

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AKUT GASTROENTERİT TANISIYLA HASTANEYE YATAN
SÜT ÇOCUKLARININ ANNELERİNE VERİLEN EĞİTİMİN
BİLGİ VE UYGULAMALARINA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mesude DUMAN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Meliha ATALAY

ŞANLIURFA
2010

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**AKUT GASTROENTERİT TANISIYLA HASTANEYE YATAN
SÜT ÇOCUKLARININ ANNELERİNE VERİLEN EĞİTİMİN
BİLGİ VE UYGULAMALARINA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mesude DUMAN

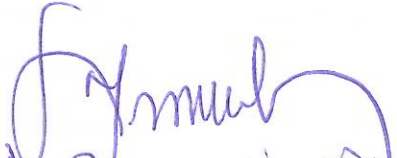
**DANIŞMAN
Prof. Dr. Meliha ATALAY**

ŞANLIURFA


2010


HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Akut Gastroenterit Hastanelerinde Hastaneye Gelen Süt Çocuklarının Annelere Verilen Eğitimin Bilgi "Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ" Belirtilen
.....Hamza Melik.....'nin hazırladığı "Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ" olarak kabul edilmiştir.
.....Hamza Melik..... Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Zeynep Zimsel
Harran Üniversitesi

Unvanı, Adı ve Soyadı
Üniversitesi
BAŞKAN


Yrd. Doç. Dr. Emine Geçik
Adıyaman Üniversitesi
Unvanı, Adı ve Soyadı
Üniversitesi
ÜYE


Prof. Dr. Melihan Atalay
Harran Üni. S40
Unvanı, Adı ve Soyadı
Üniversitesi
ÜYE
(Tez Danışmanı)

.....19.1.07.../2010


ONAY
Doç. Dr. Fatma i. KEREM
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanma süresince, benden ilgisini ve desteğini esirgemeyen, eğitim ve öğretim yaşantımda örnek aldığım ve alacağım tez danışmanım Prof. Dr. Meliha ATALAY'a, bilgisi ve deneyimiyle desteğini esirgemeyen yardımcı tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Emine GEÇKİL'e, araştırma analizlerinde desteğini ve zamanını esirgemeyen Doç. Dr. Zeynep ŞİMŞEK'e, aileme, iş arkadaşlarıma, yüksek lisans arkadaşlarıma ve çalışmalarına gönüllü katılan annelere teşekkür ederim.

Mesude DUMAN

2010

Sevgisi, şefkati ve desteğiyle benim bugünlere gelmemde büyük emeği olan canım anneme...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	iv
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Akut Gastroenterit	5
2.1.1. Akut Gastroenteritin Önemi.....	5
2.2. İshalli Hastalıkların Sınıflandırılması.	6
2.3. Akut Gastroenteritin Fiziopatolojisi.....	6
2.4. Akut Gastroenteritin Etiyolojisi	8
2.5. Akut Gastroenteritte Risk Faktörleri ve Bulaşma yolları.....	10
2.6. Akut Gastroenteritin Belirtileri	11
2.6.1. Dehidratasyon	11
2.7. Akut Gastroenterit Tanısı.....	13
2.8. Akut Gastroenteritli Çocuğa Yaklaşım ve Tedavi	13
2.8.2. Hastalığın Sonuçlanması.....	14
2.9. Akut Gastroenteritten Korunma.....	15
2.10. Akut Gastroenteritte Hemşire ve Ebelerin Rolü	16
3. MATERYAL VE METOD	19
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Müdahale Programı	21
3.4.1. Eğitimin Adı	21
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.6. Araştırma Hipotezi	22
3.7. Veri Toplama Aracı	22
3.8. Veri Toplama Formunun Uygulanması	23
3.9. Araştırmada Kullanılan Tanımlar	23
3.10. Araştırma Verisinin Analizi	24
4. BULGULAR	25
4.1. Ailelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	25
4.2. Annelerin Eğitim Öncesinde Akut Gastroenterite İlişkin Bilgi Alma, Akut Gastroenterit Nedeniyle Ölen Duyuma ve ORS Bilme Durumları	29
4.3. Ön Test Ve Son Testte Bilgi ve Uygulama Değişikliğini Etkileyen Faktörler	30
4.4. Annelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Akut Gastroenterite İlişkin Bilgi ve Uygulamaları	37
4.5. Eğitim Öncesi ve Sonrasında Bilgi Değişimi	44
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR	55
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu ve Veri Toplama Formu	63
Ek 2. Veri Toplama Formunun Yanıtları ve Puanlama	69
Ek 3. Anket Uygulama İzin Formu	72
Ek 4. Eğitim Materyali	73
Ek 5. Çocuk Hakları Bildirgesi	79

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Annelerin Akut Gastroenterite İlişkin Bilgi Alma Durumu ve Bilgi Kaynakları

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Gastroenterit Yapan Etkenler

Tablo2. Dehidratasyonun Sınıflandırılması ve Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Yapılması Gereken İlk Müdahale

Tablo 3. Annelerin ve Babaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4. Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu 3 Kliniği'ne Araştırmanın Yapıldığı 4 Aylık Sürede AGE Tanısıyla Yatan Tüm Süt Çocuklarının Annelerinin Türkçe Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 5. Bebeğe İlişkin Özellikler

Tablo 6. Aileye İlişkin Özellikler

Tablo 7. Eğitim Öncesi Annelerin Çevrelerinde Akut Gastroenterit Nedeniyle Ölen Olması veya Akut Gastroenterit Nedeniyle Ölen Duyma Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 8. Eğitim Öncesi ve Sonrasında ORS'yi Bilen Annelerin Dağılımı

Tablo 9. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin Akut Gastroenteritli Bebeğin Beslenmesi, ORS ve Korunmaya İlişkin Uygulama Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 10. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin Bebek Beslenmesi, Akut Gastroenterit Belirtileri ve Bulaşıcılığı ve Akut Gastroenterite İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 11. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin Akut Gastroenteritli Çocuğu Evde Tedavi Etme ve Doktora Götürme Zamanıyla İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 12. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin Akut Gastroenteritin Önem ve Tehlikesine İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 13. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin ORS, Akut Gastroenteritli Çocuğun Beslenmesi ve Korunmaya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 14. Eğitim Öncesi ve Sonrasında Bilgi Değişimi

Tablo 15. Eğitim Öncesinde Annelerin Yaşı ve Öğrenim Durumu, Eşlerinin Öğrenim Durumu, Yaşadıkları Evdeki Kişi Sayısı, Annenin Çocuk Sayısı ile Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 16. Eğitim Sonrasında Annelerin Yaşı ve Öğrenim Durumu, Eşlerinin Öğrenim Durumu, Yaşadıkları Evdeki Kişi Sayısı, Annenin Çocuk Sayısı ile Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 17. Eğitim Öncesi AGE'e İlişkin Bilgi Alma ve Bilgi Alınan Kaynak ile Annenin Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 18. Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ailenin Aylık Gelir Durumu, Ailenin Yerleşim Yeri, Yaşanılan Ev Tipi ve Babanın Çalışma Durumu ile Annenin Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 19. Ev İçerisinde Konuşulan Dil ile Annenin Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 20. Eğitim Öncesi ve Sonrası Aile Yapısı ile Annenin Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 21. Eğitim Öncesi ve Sonrası Bebeğin Cinsiyeti ile Annenin Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 22. Eğitim Öncesi Seçilmiş Bazı Bağımsız Değişkenlerin Ön test Toplam Bilgi Puanına Etkisini Gösteren Çoklu Regreyon Modeli Özet Sonuçları

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF: (United Nations International Children's Emergency Found) Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Kurumu

GAP: Güneydoğu Anadolu Projesi

BÖH: Bebek Ölüm Hızı

AGE: Akut Gastroenterit

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

ÖZET

Akut Gastroenterit Tanısıyla Hastaneye Yatan Süt Çocuklarının Annelerine Verilen Eğitimin Bilgi ve Uygulamalarına Etkisinin Belirlenmesi

Mesude DUMAN

Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi

Deneysel tipteki bu epidemiyolojik araştırmada, Akut Gastroenterit (AGE) vakalarının çok sık görüldüğü Diyarbakır'da, AGE tanısıyla hastaneye yatan çocukların annelerinin, AGE yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini ve eğitim gereksinimlerini saptamak ve verilen taburculuk eğitiminin annelerin bilgi düzeylerine etkisini incelemek amaçlanmıştır. Veri toplamada AGE konusunda yapılan literatür incelemesi sonucunda hazırlanan, hastalığa ilişkin bilgi ve uygulamalarına yönelik soruların olduğu anket formu kullanılmıştır. Analizlerde bağımsız gruplarda iki ortalamayı karşılaştırmada t testi, üç ve daha fazla grup arasındaki farkı karşılaştırmada varyans analizi, bağımlı gruplarda eşleştirilmiş t testi, bağımsız gruplarda yüzdeleri karşılaştırmada ki-kare testi, bağımlı gruplarda McNemar ki-kare testi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkileri saptamada ise pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Araştırma Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu 3 Kliniği'nde 15 Mayıs 2009 – 15 Ağustos 2009 tarihleri arasında AGE tanısıyla yatan çocukların annelerini kapsamıştır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmaya belirtilen tarihler arasında kliniğe yatan toplam 358 anneden 316'sı (yanıtlama oranı %88.2) katılmıştır. Taburculuk eğitimi sonrasında bilgi puanı 18.3'ten 28.6'ya yükselmiştir. Annelerin eğitim öncesi %32.6'sı AGE'in büyüme ve gelişmeyi önlediğini ve öldürücü olduğunu ifade ederken, eğitim sonrası bu oran anlamlı olarak %90.8'e yükselmiştir ($p<0.05$). Korunma yöntemlerinin tümünü bilenlerin oranı ise

%8.2'den % 53.2'ye yükselerek annelerin bu bilgilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmuştur ($p<0.05$). Eğitim öncesi anneler çocukları AGE olduğunda en sık olarak tercih ettikleri; bol sulu gıdalar vermek (%72.5), hemen doktora götürmek olmuştur (%58.5). Eğitim sonrası hemen doktora götürmek gerekir diyenlerin oranı %17.4'e düşerken, bol sulu gıdalar verilmeli diyenlerin oranı %90.2'ye yükselmiştir. Eğitim öncesi annelerin %71.2'si ORS'nin ne olduğunu bilmediğini ifade ederken, eğitim sonrası bu oran anlamlı olarak %11.4'e düşmüştür ($p<0.05$).

Sonuç olarak; hastalığa yönelik verilen sağlık eğitimi olumlu yönde bilgi ve davranış değişimine neden olan bir müdahaledir. Çalışmanın sonuçlarına göre, annelere sağlık kuruluşlarına başvurusunda veya birinci basamakta gerçekleştirilen ev ziyaretlerinde sağlık personeli tarafından AGE'i önleme ve tedavisi konusunda eğitim verilmesi önerilebilir. Annelerin AGE yönetimine ilişkin bilgilendirilmelerinin AGE'in önlenmesi, etkin tedavisinin sağlanması ve çocuk sağlığının korunması açısından annelerin eğitiminin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut Gastroenterit, Hemşire/ Ebe, Bilgi Düzeyi, Eğitim, Süt Çocuğu

ABSTRACT

Determining of the Effect of Education on Mother's Knowledge Level and Application Which Was Given to The Mothers of Infants Hospitalized in The Hospital with Acute Gastroenteritis Diagnosis

Mesude DUMAN

Master's Degree Thesis

The purpose of this experimental epidemiological investigation is to determine the level of knowledge regarding AGE management and training requirements of the mothers of children hospitalized with AGE diagnosis and to examine the discharge training on their level of knowledge in Diyarbakır where the cases of Acute Gastroenteritis (AGE) are very frequently seen. Survey form was used for data collection consisting of questions for knowledge and application regarding the disease which was prepared in consequence of literature research performed for AGE. T test for comparison of two means in independent groups, variance analysis for comparison of difference between three and more groups, matched t test in dependent groups, chi-square test for comparison of percentages in independent groups, McNemar chi-square test in dependent groups and pearson correlation test for detecting the relationships between constant variants were used.

The research included the mothers of children who were hospitalized with the diagnosis of AGE between May 15, 2009 and August 15, 2009 in Diyarbakır Children Hospital Infant 3 Clinic. Sampling method was not used in the investigation. The investigation consisted 316 (response rate 88.2%) of 358 mothers hospitalized in the clinic between the specified dates. The knowledge score was increased from 18.3 to 28.6 following discharge training. While, before training, 32.6% of the mothers stated that AGE prevented growth and improvement, this rate was significantly increased to

90.8% after training ($p < 0.05$). The rate of the mothers who were aware of protection methods was increased from 8.2% to 53.2% indicating a statistically significant improvement of their knowledge ($p < 0.05$). Before training, mothers preferred to give liquid foods to their children (72.5%) and to see a doctor (58.5%) when their children had AGE. After training, the rate of those who think to see a doctor was decreased to 17.4% while those who give liquid foods was increased to 90.2%. While, before training, 71.2% of the mothers stated that they did not know what ORS was, this rate was significantly decreased to 11.4 after training ($p < 0.05$).

As a result, health training about the disease is an intervention leading to positive change of knowledge and behaviour. Depending on the study results, training by the health personnel may be recommended for mothers regarding prevention and treatment of AGE during the mothers' application to healthcare organizations or home visits performed at the primary healthcare services. Informing the mothers and their training about AGE management is considered to be relevant for the prevention of AGE, providing the effective treatment and protection of children health.

Key Terms: Acute Gastroenteritis, Nurse/ Midwifery, Knowledge level, Education, infant

1. GİRİŞ

Akut gastroenterit, çocuklarda akut dehidratasyon ve malnütrisyon, büyüme geriliği, gereksiz ilaç kullanımı ve mortaliteye neden olan ve çocukluk çağında en sık 0-5 yaş döneminde görülen önemli bir hastalıktır (1, 4, 15, 34, 37, 43, 45, 78, 79).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF'in verilerine göre 2009'da dünyada her yıl 5 yaşın altındaki çocuklarda yaklaşık 1.5 milyar AGE vakası görülmekte ve bu çocuklardan yaklaşık olarak 1.5 milyonu ölmektedir. AGE dünyada ilk 2 yaşta ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (93). Ülkemizde ise, akut gastroenterit 0-4 yaş grubu çocukların ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır (44). Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı mortalitenin %28'i AGE'e bağlı iken ORS sıvısının %75 gibi yüksek oranda kullanılmasıyla bu oran %19'a düşmüştür. Ölenlerin çoğu iki yaşın altındadır ve ölüm nedeni genellikle dehidratasyondur (vücudun susuz kalması). Ölümle sonuçlanan ishal vakalarının %50'si AGE, %35'i persistan ishal, %15'i ise dizanteridir (40, 51, 56, 66, 82, 87, 93).

AGE çocuk ölümlerinin en önemli nedenlerindedir. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle yaz aylarında AGE önemli bir sağlık sorunudur. AGE'e eşlik eden risk faktörlerinin yoğun olarak bulunduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma (TNSA) 2008 verilerine göre, ishal görülme sıklığı %34.2'dir. Diyarbakır'ın alt yapısı yetersiz, halkın eğitim düzeyi düşük bir il olduğu, dolayısıyla AGE'in yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir. Çevresel etmenlerin (evlerin hijyenik koşullardan yoksun olması, kirli içme suları, mevsimsel özellikler, uygun tuvalet bulunmaması... v.b), besin hazırlama ve saklama koşullarının iyi olmaması, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, çocuğun vücut direncini düşüren kızamık gibi bazı bulaşıcı hastalıklar ve bunun yanında annelerin, AGE'in yönetimine ilişkin bilgi eksikliği AGE görülme sıklığını ve ilgili komplikasyonları arttırmaktadır (3, 6, 18, 24, 27, 30, 31, 32, 35, 41, 51, 73).

AGE oluşumuna yol açan risk faktörlerinin düzeltilmemesi, annelerin AGE'in önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi eksikliğinin giderilmemesi AGE vakalarının artmasına ve tedavi edilen çocuklarda AGE'in tekrarlamasına yol açmaktadır (11, 17, 21, 22, 23, 25, 33, 36, 63, 68, 74, 76, 80, 89).

AGE ülkemiz için önlenmesi gereken önemli bir sağlık sorunu olma özelliğini devam ettirmektedir. Ülkemizde, AGE'ten korunma, AGE'in erken tedavisine yönelik ilke ve yöntemlerin bilinmemesi ve uygulanmaması AGE mortalitesinin yüksek olmasının en önemli nedenlerindedir. Ülkemizde dehidratasyonu önleyerek çocuk ölümlerini azaltma amacı ile 1986 yılından itibaren İshalli Hastalıkların Kontrolü Ulusal Programı yürütülmeye başlanmıştır. Bu amaçla, programın başlangıcından itibaren Oral Rehidratasyon Tedavisi (ORT) eğitimi aktif olarak yürütülmektedir (3, 4, 24, 28, 30, 51, 77, 78, 81, 82, 83, 87).

Dünyada, Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülke tarafından imzalanan ve uygulamaya konulan "Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi"nin çok sayıda maddesi, çocukların sağlıklı bir yaşam sürdürmelerini desteklemektedir. Sözleşmenin 6. maddesine göre her çocuk esas olarak "Yaşama Hakkı" na sahiptir ve 24. maddesi gereğince her çocuğun ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanabilmesi; gerekli tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanabilmesinin devlet tarafından sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Ek 5). İnsan yaşamının korunması bakımından çocuk ölümleri büyük önem taşır. Anneler çocuk sahibi olmak için gebe kalarak kendi sağlıklarını tehlikeye atarlar. Önlenbilir bir hastalık nedeniyle çocuğun ölmesi hem annenin hem de çocuğun haklarının yeterince korunmamış olmasının göstergesidir (23, 86, 87).

Bebeklere erken yaşta ek gıdaların verilmeye başlanması Türkiye'de bebek ölümlerine yol açan nedenlerden biri olan bağırsak enfeksiyonlarının riskini arttırmaktadır. Emzirmenin desteklenmesi de, yaşama sağlıklı başlamada en önemli öğelerden biri olarak kabul edilmektedir. UNICEF ve DSÖ, bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay süresince sadece anne sütü almalarını (başka katı ve sıvı gıdalar ve su almadan) ve yedinci aydan itibaren katı ve lapa ek gıdalara başlanılmasını ve en az iki yaşına kadar anne sütüne devam edilmesini önermektedir. Bebeğin yaşamının ilk iki yılı büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde anne sütünün verilmesi sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılması için son derece

önemlidir. Bir çocuğun sağlıklı büyüyüp gelişebilmesi için, süt çocukluğu döneminde yeterli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Doğumdan itibaren ilk 6 ay anne sütü ile beslenme doğal beslenme olarak adlandırılır. Doğal beslenme bebekler için en ideal beslenme şeklidir. Anne sütü almak bebeğin, sütünü bebeğine vermek ise annenin temel insan haklarından (13, 39, 40, 42, 51, 61, 67, 72, 74, 85, 92).

Araştırmalar emzirmenin gelişimsel, psikolojik, immünolojik, sosyal, ekonomik ve beslenme ile ilgili yararlarını göstermekte, bebek sağlığına ilişkin kanıtlar sunmaktadır. Literatürde ve yapılan araştırmalarda, anne sütünün bebekte AGE, solunum yolu enfeksiyonları, astım, orta kulak iltihabı gibi sağlık problemlerinin insidans ve şiddetini azalttığı belirtilmektedir (13, 39, 40, 81, 85, 87, 92).

Toplumsal bazda irdelendiğinde AGE'in mortalite ve morbiditesinin yüksek olduğu toplumlarda eğitim, sosyoekonomik düzey ve çevre bilincinin düşük ve alt yapı tesislerinin yetersiz olduğu görülür. Bugün çocukların ishalleri hastalıklarının azaltılmasında hastaya yaklaşım, tedavi ve profilaksinin yanında annelerin bilgi düzeyi büyük önem taşımaktadır (11, 28, 29) . Osumani'nin Kuzey Gana'da yaptığı çalışmada da annelerin AGE ile ilgili bilgi, davranış ve uygulamalarının çocukluk çağı AGE morbiditesini etkilediği sonucu elde edilmiştir (69) .

Çocukların AGE'den korunmasında ve dehidratasyon başlamadan yeterli sıvı ve elektrolitin yerine konmasında annelere önemli görevler düşmektedir. AGE'de çocukların yaşamını kurtaran ilk kişi annedir. Annelere AGE'li çocuğun bakımına ilişkin bilgilerin öğretilmesi, sunulacak hizmetin etkinliğini arttıracak stratejilerin belirlenmesi zorunluluğu karşımıza çıkmaktadır.

Annelerin gereksinimlerine yönelik hazırlanan planlı taburculuk eğitimi ile annenin AGE'in yönetimine ilişkin bilgi düzeyinin artırılması, dolayısıyla komplikasyonların ve tekrarlı AGE'lerin önlenmesi sağlanabilir.

Annelerin çocuğu AGE'den koruma, AGE'in erken tanınması ve tedavisine yönelik bilgi düzeylerinin artırılmasında hemşireler anahtar bir roldedir. Hastanede AGE tanısıyla yatarak tedavi gören bebek annelerinin AGE'in yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin ve eğitim gereksinimlerinin saptanması hemşirelik bakımını ve taburculuk eğitimini planlamada önemli bir yer tutmaktadır.

Literatürde ülkemizde AGE tanısı konulmuş çocukların annelerinin bilgi düzeylerini ölçen araştırma olmasına karşın, annelere verilen eğitimin etkinliğini ölçen araştırmaya rastlanamamıştır. Bu çalışma AGE vakalarının çok sık görüldüğü Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu 3 Kliniğı'nde AGE tanısıyla yatan çocukların annelerinin AGE yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini ve eğitim gereksinimlerini saptamak ve verilen planlı taburculuk eğitiminin annelerin bilgi düzeyine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akut Gastroenterit

Akut gastroenterit mide ve bağırsakların iltihabi enflamasyonudur. Bu hastalıkta ishal ana bulgu olup, ishale bulantı, kusma, ateş ve karın ağrısı eşlik edebilir. Akut ishal 14 günden kısa süren ishaldir (7, 29, 43, 67, 71, 83).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ishal, günde üçten fazla sayıda ve sulu dışkılama şeklinde tanımlanmaktadır. Sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde ise her zamankinden daha sık ve sulu dışkılama ishal olarak belirtilmektedir. Yenidoğan döneminde bol sulu dışkılama veya sadece anne sütü ile günde 3-10 kez dışkılama, bir yaşına kadar özellikle anne sütü ile beslenen bebeklerde günde 2-7 kez dışkılama sulu kıvamda olmadıkça normal kabul edilir. İshal enfeksiyöz veya enfeksiyöz olmayan çok çeşitli nedenlerle meydana gelen önemli bir semptomdur (7, 12, 20, 29, 43, 64, 67, 71, 83).

2.1.1. Akut Gastroenteritin Önemi

AGE'in iki önemli tehlikesi beslenme yetersizliği ve ölümdür. Ölüm, ishal ile vücuttan çok miktarda su ve tuz kaybı sonucu meydana gelir. AGE kötü beslenen çocuklarda daha sık görülür ve ağır seyreder. Ayrıca AGE kendisi de beslenme bozukluğuna neden olup daha önce var olan beslenme yetersizliğini daha da kötüleştirir. Çünkü AGE'de su ve tuzun kaybı yanı sıra vücuttan besin maddeleri de kaybedilir. Eğer anneler yanlış uygulama olarak AGE'li çocuğu beslemezler ve yeterli sıvı vermezlerse çocukta beslenme bozukluğu gelişebilir (26, 29, 53, 58, 62, 84, 85).

Önlenebilir bir hastalık gibi görülen AGE'in öldürücü olmasının nedenlerinden birisi ishali arttıracığı endişesi ile çocuğa su ve sulu besinler verilmemesi şeklindeki yanlış uygulamadır (25, 47, 53, 54).

2.2. İshalli Hastalıkların Sınıflandırılması

Dehidratasyona yol açan ishaller genellikle çok sulu olanlardır. DSÖ ishalleri hastalıkları 3 gruba ayırmıştır:

1. AGE (<14 gün)
2. İnatçı - tekrarlayan (persistan) ishal (14–30 gün)
3. Kronik ishal (30 gün<)

AGE de ayrıca sınıflandırılmıştır:

1. Sulu ishaller:
 - a) Enterotoksinler (Kolera toksini)
 - b) Enteroadhezif, agregatif, adherent E. koli
 - c) Sitotoksinler (EPEC, shiga toksini)
 - d) Virüsler (Rota v, Adeno v. Norwalk v.)
 - e) Parazitler (Giardia, kriptosporidium)
 - f) Bilinmeyen mekanizmalar (Anaerop bakteriler, Giardia)
2. Dizanterik ishal
 - a) İnvazif bakteriler (Salmonella, Kampilobakter, EIEC)
 - b) Parazitler (E. histolitica)
3. Mukoid ishal: Sulu veya kanlı ishal yapan etkenler
4. Antibiyotiğe bağlı ishaller (C. difficile)
5. Parenteral ishal
6. Turist ishali (ETEC) (4, 23, 26, 71, 77, 90).

2.3. Akut Gastroenteritin Fizyopatolojisi

Gastrointestinal sistemin sindirim, emilim ve salgılama görevleri vardır. Emilim villus hücreleri, salgılama kript hücreleri tarafından gerçekleştirilir. Mikroorganizmaların hastalık oluşturmaları adherens, kolonizasyon, toksin üretimi,

invazyon yeteneği, patojen sayısı gibi faktörlere bağlıdır. İnce bağırsak hastalıklarında kolona 2-3 kat fazla sıvı geçerse, kolon absorpsiyon yeteneğini artırarak kompanzasyon sağlar. Kolona gelen sıvı miktarının daha da artması durumunda veya kolon hastalıklarında bu kompanzasyon gerçekteşmez ve AGE görülür (71, 77, 79, 90).

İshalin fizyopatolojisinde rol oynayan mekanizmalar şöyle sıralanabilir:

1. Osmotik faktörler

- a) Aşırı beslenme
- b) Emilmeyen maddeler (laktuloz, sorbitol, MgSO₄)
- c) Suda çözülebilen maddelerin malabsorpsiyonu (disakkaridaz eksikliği)

2. Su ve elektrolitlerin azalmış emilimi ve/veya artmış sekresyonu

- a) Bakteriler, virüsler, parazitler
- b) Serbest safra asitleri
- c) Hümorale faktörler: Enterotoksin, vazoaktif intestinal peptid (VIP),

prostaglandin ve serotonin

- d) Konjenital klor ishali
- e) İnflamatuvar ve otoimmün hastalıklar
- f) Mukozal hastalıklar (glutene duyarlı enteropati)
- g) Hidroksi yağ asitleri

3. Bağırsakların anatomik veya fonksiyonel yüzey alanının azalması

- a) Kısa bağırsak sendromu
- b) Mukozal hastalıklar

4. Motilite değişiklikleri

a) Hipomotilite (malnütrisyon, skleroderma, kronik idiyopatik intestinal obstrüksiyon),

b) Hipermotilite (hipertiroidi, artmış prostoglandin serotonin düzeyi) (15, 23, 29, 71, 77).

Ülkemizde gastroenterite en sık neden olan enfeksiyöz etkenlerin ishal yapma mekanizmaları aşağıda açıklanmıştır:

1. Virüsler (Rota v.): İntestinal mikrovillus harabiyeti yaparak villusların kılmasına yol açar. Villus epitelyum kaybı ve bu alanların immatur kripte benzeri hücrelerle doldurulması intestinal uygunsuz su ve elektrolit sekresyonuna neden olur.

Klor sekresyonu artar, glukoz ve sodyum absorpsiyonu azalır. Villus hasarına bağlı geçici disakkaridaz eksikliği gelişir.

2. Bakteriler

a) Mukozal adezyon (EPEC, Enteroadheren E. coli, ETEC, V. cholerae 01 pili ve fimbrialarla mukozaya tutunur).

b) Sekresyona neden olan toksinler aracılığı ile ishale neden olurlar (ETEC, V. Cholerae 01 toksinleri hücre membranındaki adenilat siklazı aktive ederek sAMP'yi artırır, bu da Sodyum (Na) absorpsiyonunu azaltıp Klorür (Cl) sekresyonunu artırır. Şigella ekzotoksini enterotoksiktir ve sekretuvar ishale yol açar).

c) Mukozal invazyon yaparak ishale neden olurlar (Şigella, Salmonella, C. jejuni, Y. enterocolitica, EIEC jejunum, ileum ve kolonda invazyon yaparak kanlı ishale yol açar. İnvazyon sonucu mikro apseler ve yüzeysel ülserler gelişir, gaitada lökositler ve eritrositler görülür).

3. Parazitler, mukozal adezyon ve invazyona neden olurlar (G. lamblia, Cryptosporidium intestinal hasara, E. histolitica kolonda şişe dibi benzeri ülserler açar) (15, 71, 84, 90).

2. 4. Akut Gastroenteritin Etiyolojisi

Çocukluk yaşlarında ortaya çıkan AGE'in en önemli nedeni bağırsak enfeksiyonlarıdır. Bunların yanı sıra besin zehirlenmeleri, beslenme bozuklukları, sistemik enfeksiyonlar, antibiyotikler ve alerjik nedenler AGE'e neden olurlar. Bununla birlikte AGE'lerin büyük bir kısmı etiyojisini araştırmaya ve bir takım tahliller yapmaya gerek kalmayacak şekilde kısa sürede kendi kendine geçen hastalıklardır (3, 20, 24, 71).

1. Beslenme bozuklukları: Özellikle süt çocuklarında gerek nicelik gerekse de nitelik olarak yapılan beslenme hataları AGE'le sonuçlanabilir. Çocuğun aşırı beslenmesi ya da yaşına uygun olmayan besinlerin verilmesi AGE'e yol açabilir. Ek besin alan çocuklarda, yeni bir besine geçildiği zaman da geçici birtakım gastrointestinal bozukluklar görülebilir.

2. Besin zehirlenmeleri: Eğer bir bakteri ya da onun toksinleri ile veya kimyasal bir madde ile bulaşmış bir besinin yenmesinden hemen sonra kusma ve

ishal ortaya çıkarsa bir besin zehirlenmesinden söz edilebilir. Bu durumda genellikle aynı yemeği yiyen ya da aynı suyu içen birden fazla kişi benzer semptomları gösterir. Besin zehirlenmesine neden olan etkenler sıklıkla Salmonella türleri, Staphylococcus aureus, ve Clostridium perfringens'tir. Bazen parazitler ve virüsler de besin zehirlenmesinin nedeni olabilirler.

3. Sistemik infeksiyonlar: Çocuklarda sistemik infeksiyonlara AGE eşlik edebilir. Özellikle süt çocuklarındaki viral infeksiyonlar genellikle birden fazla sistemi ilgilendiren semptomlara yol açabilirler. Solunum ve üriner sistemin infeksiyonlarına AGE sık olarak eşlik edebilir.

4. Antibiyotiklere bağlı AGE'ler: Antimikrobiyal ilaçların kullanılması sırasında AGE'e sıkça rastlanır. Bu genellikle ince bağırsak motilitesindeki veya kolon mikroflorasındaki değişikliklere bağlı olabileceği gibi, Clostridium difficile üremesine neden olarak ya da alerjik mekanizmaları harekete geçirerek de olabilir.

5. Alerjik AGE'ler ve besin intoleransı: Alerjik mekanizmalarla ortaya çıkan AGE'ler için en iyi örnek bir anlamda gastrointestinal alerjinin prototipini oluşturan inek sütü alerjisidir. İnek sütünün içerdiği beta laktoglobulin, alfa laktalbumin, kazein, sığır serum albumini ve sığır globulini başta olmak üzere alerjenik proteinlerin neden olduğu özellikle erken süt çocukluğu döneminde başlayan bazen kanlı olabilen genellikle inatçı ya da tekrarlayan özellikte bir AGE söz konusudur. Burada aile öyküsü, ekzema, rinit ya da astım gibi başka bir alerjik hastalığın bulunuşu, süte karşı spesifik IgE antikorlarının varlığı ve eliminasyon-provokasyon diyetleri tanıya yardımcıdır. Ayrıca kişinin duyarlı olduğu ya da bir enzim eksikliği nedeniyle entoleransının olduğu (laktoz entoleransında süt içilmesi gibi) durumlarda bu besinlerin alınmasıyla AGE'ler ya da inatçı AGE'ler görülebilir (10, 34, 42, 45, 59, 70, 71, 75, 90).

Çocuklarda oldukça sık rastlanan bu nedenlerin yanı sıra AGE'lerde, infeksiyöz etkenlerin yol açtığı AGE'ler etiyolojide önemli bir yer tutmaktadır. Bu etkenlerin önemli olanları özet olarak Tablo 1'de gösterilmiştir (26, 35, 37, 59, 70, 71, 75).

Tablo 1. Gastroenterit Yapan Etkenler

Bakteriler	Virüsler	Parazitler
Salmonella	Rota v.	E. Histolitica
Shigella	Norwalk v.	G. Lamblia
E. Coli	Enterik adeno v.	Cryptosporidium
C. Jejuni	Corona v.	Cyclospora türleri
Y. enterocolitica	Calici v.	Enterocytozoon bienewisi
V. Cholerae	Astro v.	İsozpora belli
V. parahemoliticus		Strongyloides stercoralis
Cl. difficile		
Cl. perfringens		
Cl. cereus		
S. aureus		
Aeromonas		
Plesiomonas		

2. 5. Akut Gastroenteritte Risk Faktörleri ve Bulaşma Yolları

AGE gelişiminde çevresel ve çocuğa bağlı faktörler rol oynayabilir. Çevresel faktörler arasında şunlar söylenebilir:

1. Evlerin hijyenik koşullardan yoksun olması ve annelerin kişisel hijyen bilgilerinin olmaması,
2. Dengesiz beslenme, karbonhidrattan zengin diyet alımı sonucunda, protein enerji malnütrisyonu ve bağırsak fermantasyonu artması ile sulu dışkı görülür.
3. İlk 4-6 ayda sadece anne sütü ile beslememe,
4. Plastik biberon ve emzik kullanımı (çabuk kontamine olabilmeleri nedeniyle),
5. Mevsimsel özellikler (yaz aylarında bakteriyel AGE'ler, tüm yıl ve özellikle kış aylarında Rota virüs)
6. Sosyoekonomik düzeyin kötü olması, alt yapı yetersizliği.

Çocuğa ait faktörler ise şöyle sıralanabilir:

1. Malnütrisyon
2. Kızamık
3. İmmün supresyon
4. Yaş (6-11 ay)

AGE, etkeni içeren dışkı ile bulaşmış olan yiyecek ve içeceklerin yenilip içilmesiyle ve etkenle temas etmiş kirli ellerin ağza götürülmesi ile gelişir. Aynı zamanda uzun süre bekletilmiş besinler, kaynağı belli olmayan içme suları da, mikropları barındırarak AGE'e neden olurlar (3, 4, 7, 22, 23, 24, 34, 71, 90).

2.6. Akut Gastroenteritin Belirtileri

Hastalığın etkeni ne olursa olsun, tüm gastroenteritlerde ishal görülür. Virüsler ile gelişen AGE'de dışkıda kan görülmez. Bazı bakteriler kanlı, sümüksü bir dışkıya neden olurken, bazıları kansız, sulu veya su gibi dışkıya yol açar. AGE'lerde bulantı, kusma, karın ağrısı ve ateş sık olarak gelişir. Bazen bağırsakta gaz toplanması, baş ağrısı, halsizlik görülür (71, 72, 75, 90).

2.6.1. Dehidratasyon

Dehidratasyon, vücuttan su-sıvı kaybı olmasıdır. Dehidratasyon, bebekler ve küçük çocuklarda daha sık görülür. İshal, kusma ve ateş sonucu gelişen sıvı kaybı vücudun elektrolit (tuz ve mineral) dengesini bozabilir. Hafif dehidratasyon geliştiğini gösteren belirti hastanın susamış olmasıdır. Vücuttan su kaybı arttıkça susuzluğa ek olarak, dudak ve ağız kuruluğu, uykuya meyil, gözyaşında azalma veya gözyaşının gelmeyişi, göz kürelerinde çökme, nabızda hızlanma, el ve ayaklarda soğukluk, derin veya hızlı solunum ve idrar miktarında azalma olabilir. Ağır dehidratasyonda bunlara ek olarak hücrel perfüzyon ve fonksiyonlar dolaşım sistemi tarafından devam ettirilemez ve sonuçta dalgınlık, kan basıncında düşme, hiç idrar çıkarmama, periferik dolaşım yetmezliği ve buna bağlı olarak gelişen yetersiz doku perfüzyonuna bağlı şok görülebilir (1, 7, 19, 23, 26, 47, 62, 77, 79, 82).

AGE’li bir çocukta dehidratasyon için üç olası sınıflama vardır:

- Ağır dehidratasyon
- Orta dehidratasyon
- Dehidratasyon yok (1, 7, 19, 23, 26, 77, 82).

Tablo 2. Dehidratasyonun Sınıflandırılması ve Birinci Basmak Sağlık Kuruluşunda Yapılması Gereken İlk Müdahale

<p>Aşağıdaki belirtilerden ikisi varsa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Laterjik ya da bilinci kapalı• Göz kürelerinde çöküklük• İçememe ya da az içebilme• Deri katlantısının çok yavaş kaybolması	<p>AĞIR DEHİDRATASYON</p>	<ul style="list-style-type: none">• Eğer çocuğun başka bir ağır sınıflaması yoksa: -Ağır dehidratasyon için sıvı verin• YA DA• Eğer çocuğun başka bir ağır sınıflaması varsa: -ACİLEN hastaneye sevk edin, annenin az az sık sık ORS vermesini sağlayın• Anne emziriyorsa, yolda emzirmesini söyleyin
<p>Aşağıdaki belirtilerden ikisi varsa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Huzursuzluk, irritabilite• Göz kürelerinde çöküklük• İştahla içme, susuzluk• Deri katlantısının yavaş kaybolması	<p>ORTA DEHİDRATASYON</p>	<ul style="list-style-type: none">• Orta dehidratasyon için sıvı ve yiyecek verin• Eğer çocuğun ayrıca ağır sınıflaması da varsa -ACİLEN hastaneye sevk edin• Anneye az z sık sık ORS verilmesini söyleyin• Anne emziriyorsa, emzirmesini söyleyin• Anneye acilen geri gelmesi gereken durumları anlatın• Eğer düzelme olmazsa 5 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin
<ul style="list-style-type: none">• Belirtilerin orta ya da ağır dehidratasyon olarak sınıflamak için yetersiz olması	<p>DEHİDRATASYON YOK</p>	<ul style="list-style-type: none">• AGE’in ev tedavisi için sıvı ve yiyecek önerin• Anneye acilen geri gelmesi gereken durumları anlatın• Eğer düzelme olmazsa 5 gün sonra kontrole gelmesini söyleyin

2.7. Akut Gastroenterit Tanısı

Hasta öyküsü ve muayene bulguları genellikle AGE tanısı için yeterlidir. Bazı bakteri ve parazitlerin oluşturduğu AGE'lerin tedavisinde antimikrobiyal ilaçların kullanılması gerektiğinden, hastalık etkeninin bu mikroplardan biri olabileceği düşünüldüğünde bunlara yönelik dışkı tetkikleri ve diğer tetkikler yapılabilir. Kandaki elektrolitlerin düzeyine bakılması gerekebilir (71, 90).

2.8. Akut Gastroenteritli Çocuğa Yaklaşım ve Tedavi

AGE'lerde tedavi tanıdan önce olmalıdır ve genellikle destekleyici tedavi uygulanır. Özellikle 2 yaş altındaki çocuklar öncelikle dehidratasyon bulguları yönünden dikkatle incelenmelidir. AGE tedavisinde ana ilke, kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin yerine konması ve beslenmenin sürdürülmesidir. Bu şekilde AGE'lerin çoğu kendiliğinden düzelir. Eğer bu başarılmazsa, bağırsak onarım süresi olan 5-7 gün içerisinde kendiliğinden düzelebilecek olan AGE atakları öldürücü olabilir (38, 47, 71, 83, 87, 91).

Bebeklerde ve küçük çocuklarda birkaç saat içerisinde vücuttan aşırı sıvı kaybı olabilir. İshal ve kusma ile kaybedilen sıvı ve elektrolitler mümkünse ağız yoluyla yerine konmalıdır. Hafif veya orta derecede dehidratasyon bulguları olan çocuklara belirli oranlarda şeker ve tuz içeren sıvı (oral rehidratasyon sıvısı) ağızdan verilmelidir. AGE'li ama dehidrate olmayan çocuklarda yaşına uygun diyetle beslenmeye devam edilmeli çocuğun sıvı alımı su, çorba, ayran, pirinç suyu, elma suyu gibi içeceklerle arttırılmalıdır. Dehidrate olan çocuklar rehidrate edilir edilemez yaşına uygun diyetle beslenmelidir. Altı aydan küçük bebeklerde emzirme sıklaştırılmalı, anne sütü almıyorsa her zamanki mamasına devam edilmeli, az ve kısa aralıklarla beslenmelidir. AGE sonrası 2 hafta süre ile bir öğün fazla verilmelidir (15, 19, 23, 26, 29, 47, 64, 82).

Şeker-tuz karışımı hazır paketlerde bulunur ve 5 su bardağı kaynatılmış ve soğutulmuş su içinde karıştırıldıktan sonra belirli bir süre içerisinde hastaya içirilir. Şeker tuz karışımını evde de hazırlamak mümkündür. Anneye hafif dehidratasyonda evde tuz-şeker karışımı hazırlamayı öğretmek gerekir (7, 19, 28, 29, 47, 54, 82).

Evde tuz-şeker karışımı hazırlama: 5 su bardağı kaynatılmış soğutulmuş suya 2 çorba kaşığı şeker, 1 çay kaşığı sofr tuzu ve 1 çay kaşığı karbonat konarak karıştırılarak hazırlanıp, iki yaşından küçükler her dışkılama sonrasında 1 çay bardağı iki yaş ve üzerindeki çocuklara 1 su bardağı içirilmelidir (47, 62, 72, 90).

Yağsız çorba, pirinç suyu ile ve seyreltilmiş sütle hazırlanmış muhallebi suyu gibi sıvılar susuzluğu önlemek ve kalori ihtiyacını karşılamak için verilebilir. Ağır dehidratasyonda veya ağızdan sıvı tedavisinin uygulanmadığı durumlarda hastanede damardan sıvı tedavisinin uygulanması gerekir. Ağır dehidratasyonda acilen damar yolu açılmıyorsa nazogastrik tüp ile 20ml/kg/saat ORS verilebilir. ORS tedavisi uygun kullanıldığı takdirde hiponatremi yanı sıra orta ve hatta ağır metabolik asidoz vakalarında bile başarılı olduğu görülmüştür (7, 23, 26, 29, 43, 54, 58, 62).

Ateş varsa ateş düşürücü ilaçlar kullanılabilir. Antidiyaretik, bağırsak antiseptiği ve antiemetik ilaçlar 3 yaşın altındaki çocuklarda kullanılmamalıdır. Bazı gastroenteritlerin tedavisi için antibiyotik tedavisi veya antiparaziter tedavi gerekir. Nedenleri farklı olsa da AGE'lerde tedavi yaklaşımları aynı olup, bebeğe hekim onayı olmadan antibiyotik ya da diğer ilaçlar verilmez (4, 15, 19, 23, 29, 36, 43, 53, 71, 78, 90).

Ayrıca annelere aşağıdaki durumlarda çocuğun hastaneye götürülmesi gerektiği öğretilmelidir:

- Çocuğun çok fazla sayıda ve miktarda dışkılaması,
- Su içmeme, çocuğun su kaybı belirtileri (gözyaşı olmaması, gözün kuru olması, cildin kuru ve buruşuk olması, tükürüğün azalması) varsa,
- Tekrarlayan kusmalar,
- Dışkıda kan görülmesi,
- Ateş,
- İdrar çıkışının azalması (15, 78, 82, 84, 90).

2.8.3. Hastalığın Sonuçlanması

Akut gastroenteritli hastalar genellikle 10 günden kısa sürede tamamen iyileşir. Ancak bağırsakta hastalık oluşturan mikroorganizma bazen kan yoluyla diğer organ ve dokulara yayılabilir. Elektrolit değişiklikleri konvülsiyonlara (havale

geçirme), bağırsak hareketlerinin durmasına yol açabilir. AGE sırasında aşırı bağırsak hareketleri bağırsak düğümlenmesine neden olabilir. Bunlar uygun şekilde tedavi edilebilecek durumlardır. Uzun süren elektrolit bozuklukları küçük bebeklerde beyin hasarı oluşturabilir. Aşırı sıvı ve elektrolit kaybı veya mikrobun kan yoluyla bağırsak dışı organlara yayılması şok ve ölümlerle sonuçlanabilir (67, 71, 77, 90).

2.9. Akut Gastroenteritten Korunma

AGE, hastalık ve ölümlere yol açması nedeniyle önemli bir hastalıktır ve önlemek için aşağıdaki kurallara uyulmalıdır.

➤ Çocukların beslenmesi

- Bebeklere ilk 6 ay sadece anne sütü verilmeli ve 2 yıl devam edilmelidir. Anne sütü ile beslenmeyen bebeklerde ilk altı ayda AGE riskinin 2–3 kat arttığı bildirilmiştir. Bunun mekanizmaları, anne sütü alan bebeklerin kontamine yiyecek ve içeceklere maruz kalma olasılığının daha az olması, anne sütünün içeriğinde bulunan antikokların ve diğer nonspesifik maddelerin AGE için koruyucu olması, anne sütünün enterik patojenlerin üremesini engelleyen bağırsak mikroflorasını artırma özelliğidir. Anne sütü ile beslenme, AGE gelişmesini önleyen en iyi ve etkili korunma yöntemidir. Anne sütü ile beslenen bebeklerde genellikle ağır AGE görülmez. Anne sütü almaya devam eden AGE’li çocukta, ağır dehidratasyon gelişme olasılığı pek azdır.

- Bebek beslenmesinde biberon kullanımı; biberonlar fekal bakterilerle kolay kontamine olurlar ve temizlenmeleri zordur. Süt temiz olmayan bir biberona konulmuşsa ve hemen tüketilmemişse AGE’e neden olabilir. Plastik biberonlar mikroorganizmaları barındırırlar.

- Pişmiş besinlerin oda sıcaklığında saklanması; bütün yiyecekler hemen yedirilmeli, bayat-bekletilmiş yemek verilmemelidir. Pişmiş besinler oda sıcaklığında birkaç saat saklanırsa çoğu zaman bakteri üreyebilir.

- Besinler açıkta bırakılmamalı ve sıcakta bekletilmemelidir (4, 7, 16, 26, 33, 55, 90).

- Su;
 - İçme suyunun fekal bakterilerle kontamine olması; İçme suyu temiz olmalı,
 - Sular klorlu değilse, bebeğe 18. ayının sonuna kadar sular kaynatarak içirilmelidir (4, 7, 9, 25, 32, 34, 55).
- Genel Önlemler;
 - Tuvaletler temiz ve sağlıklı olmalıdır.
 - Ellerin bebeğin altını değiştirmeden önce ve sonra, bebeği beslemeden önce ve sonra mutlaka sabun ve suyla yıkanması korunma da oldukça önemlidir. Bulaşma ihtimali olan nesnelere dokunduktan sonra en az 10 saniye sabunla eller yıkanmalıdır.
 - Feçesin hijyenik bir şekilde uzaklaştırılması; aslında çok fazla sayıda infeksiyöz virüs ve bakteri içermesine rağmen sıklıkla bebek feçeslerinin zararsız olduğuna inanılır. Ancak bebek bezleri kapalı kaplarda toplanmalıdır (8, 23, 26, 33, 35, 54, 65, 90).

2.10. Akut Gastroenteritte Hemşire ve Ebenin Rolü

DSÖ'nün tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir. Sağlığın geliştirilmesi, kalıtımla sahip olduklarımızı, olumlu çevre koşulları ve yaşam biçimleri oluşturarak, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırarak sağlıklı tutmak için sürdürülen eğitim, önleme, koruma çabalarıdır.

Sağlık eğitimi, sağlığı geliştirmek için, insanların karşılaşacakları sağlık riskleri ya da sağlık seçenekleri konusunda bilgi sahibi olmalarını, doğru davranışı istemelerini ve bunu yapabilmelerini sağlayan, amaç ve hedeflerin belirlendiği eğitim programları ile toplumsal davranış geliştirme yollarıdır.

Sağlık eğitiminin konuları insan biyolojisi ve kendine bakım, sağlık kuruluşlarından yararlanma, sağlığı etkileyen ulusal, bölgesel politikalar ve çevre gibi temel konular yanında, hijyen ve bulaşıcı hastalıklardan korunma, okul sağlığı, iş sağlığı, beslenme, çevre sağlığı, kronik hastalıklar (kanser, diyabet, hipertansiyon...v.b.), ağız-diş sağlığı, kazalardan korunma, ilk yardım, anne-çocuk

sağlığı, aile planlaması, alışkanlıklar, genetik danışma, ruh sağlığı eğitimleri ve hasta eğitimleri gibi eğitim alacak grubun özelliklerine göre gereksinim duyulduğu oranda çeşitlendirilebilir. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi yasal anlamda ve geleneksel yaklaşımla profesyonellere verilen görev olmakla birlikte modern yaklaşımda sadece profesyonellerin değil herkesin işidir (48).

V. Henderson'a göre hemşirelik, sağlam bireye sağlığını korumak, hasta bireye ise sağlığını yeniden kazandırmak konusunda destek olmak, bireyin kendi kendine yapmaya gücü, isteği ve bilgisi yetmediği işlerde ise ona yardımcı olmak ya da huzurlu bir ölüme destek sağlayacak yaklaşımlarda bulunmaktır. Bütün bunları yaparken hastayı en kısa zamanda yeniden kendi kendine yetebilecek duruma getirmektir. Tanımda da görüldüğü gibi hemşirelik, temel gereksinimlerini kendisi karşılayamayan insanın yaşamına doğrudan müdahaleyi öngörmektedir (92).

Günümüzde benimsenen bütüncül sağlık anlayışına göre, sağlık hizmeti bir ekip işidir. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşire sorumlulukları nedeniyle hasta ya da sağlıklı bireylerle en yoğun iletişime giren kişidir. Bu nedenle toplumun sağlık öğretmenleri olan hemşireler bireylerin sağlık gereksinimlerini yakından görebilme ve saptayabilme olanağına sahiptir (74, 91).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un, Ebe/hemşirelerin temel görevi olan "Annelere, doğumdan evvel ve sonraki bakımları ile çocukların bakımları hakkında bilgi vermek ve bakabilecekleri sayıda çocuğa sahip olma yolları hakkında anneleri aydınlatmakla yükümlüdürler" maddesi ile belirtilmektedir. Bu madde ebe/hemşirelerin öncelikli hedefinin sağlıklı bir nesil için anneleri eğitmek olduğunu vurgulamaktadır (12, 28, 76, 91).

AGE çocuğun yaşamını riske atmakta, büyüme ve gelişmesini geciktirmekte ve ülke ekonomisini olumsuz etkilemektedir. Çocukların mortalitesi yüksek olan ishalden korunmasında ve dehidratasyon başlamadan yeterli sıvı ve elektrolitin yerine konmasında annelere önemli görevler düşmektedir. İshalli hastalıklarda çocukların yaşamını kurtaran ilk kişi annedir. Ancak annelere ishalli çocuğun bakımına ilişkin bilgileri öğretmek, çocuğun yaşamının riske girmesini önlemek, sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişmesini sağlamak ve ülke ekonomisini gereksiz harcamalardan kurtarmak için gerekli eğitimi vermek ise ebe-hemşirenin başlıca

koruyucu görevidir (28, 76, 91).

Hemşire, tüm sağlık alanlarında olduğu gibi, çocuk sağlığı alanında da kültürel yapının bir parçası olan geleneksel inanç ve uygulamaları gözlemleyip tanımlayabilmeli ve yaygınlık derecelerini yorumlayabilmelidir. Bunun yanında geleneklerin nedenlerini, amaçlarını irdeleyerek, aynı amaca yönelik ve sağlığı olumsuz yönde etkilemeyecek uygulamaları önerebilmelidir (74, 76).

Annelerin çocuğu AGE'den koruma, AGE'in erken tanılanması ve tedavisine yönelik bilgi düzeylerinin artırılmasında ebe-hemşireler anahtar bir roldedir. Hastanede AGE tanısıyla yatarak tedavi gören bebek annelerinin ishalin yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin ve eğitim gereksinimlerinin saptanması hemşirelik bakımını ve taburculuk eğitimini planlamada önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle hastanın bakımını sağlamak amacıyla hasta yatışından itibaren hemşiresi tarafından taburculuk eğitim planı yapılmalıdır. Hemşirenin yaptığı taburculuk eğitimi planı, hastanedeki sistemik bakımın evde devamlılığının sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Taburculuk eğitimi; hijyenik bakım gereksinimleri, solunum, beslenme, boşaltım, ve dolaşım gereksinimlerinin sağlanması, fiziksel aktiviteleri sağlayabilmeyi, psikososyal desteği içermelidir. Bunun yanında hasta ailesine/ bakım vericiye dikkat edilecek konular, hekime başvurulması gereken durumlar, ilaç kullanımı, tüm bakım gereksinimleri, evde kullanılacak ekipman yönetimi ve enfeksiyon kontrol yöntemleri konusunda eğitim verilmelidir. Bu amaçla eğitim formları, broşürler ve taburculuk yönergeleri kullanılmalıdır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Süt Çocuğu 3 Kliniği'nde AGE tanısıyla yatan süt çocuklarının annelerinin, AGE'in yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini ve eğitim gereksinimlerini saptamak ve verilen taburculuk eğitiminin annelerin bilgi ve uygulamalarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, randomize olmayan, her kadının kendisinin kontrolü olduğu, zaman serisi yöntemiyle (ön-son değerlendirme) yürütülen deneysel tipte epidemiyolojik bir araştırmadır (55).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmaya, Diyarbakır İli belediye sınırları içerisinde yer alan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu 3 Kliniği'nde 15 Mayıs 2009 – 15 Ağustos 2009 tarihleri arasında AGE tanısıyla yatan süt çocuklarının anneleri katılmıştır. Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi, DSÖ/UNICEF'in emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi ile ilgili hedefleri kabul etmiş "Bebek Dostu Hastane" unvanını almış olan ve tüm bölge illerinden hasta çocukların getirildiği güney doğudaki en büyük çocuk hastanesidir.

450 yataklı olan bu hastanede; Çocuk Cerrahi Kliniği, İntaniye Kliniği, Büyük Çocuk Kliniği, Süt Çocuğu Klinikleri(1, 2, 3 klinikleri), Yan Dallar Kliniği, Yeni Doğan ve Prematüre Kliniği, Yeni Doğan ve Prematüre Yoğun Yakımı Ünitesi, Yoğun Bakım Ünitesi, Acil Servis, Ameliyathane, Laboratuvar, Radyoloji Ünitesi, Eczane, Çocuk Poliklinikleri, bulunmaktadır. Hastanede 16 çocuk uzmanı, 21 pratisyen hekim, 2 radyoloji uzmanı, 2 mikrobiyoloji uzmanı, 2 biyokimya uzmanı, 5 çocuk cerrahi uzmanı, 2 çocuk gelişimci, 1 nefroloji uzmanı, 1 nöroloji uzmanı, 1 psikiyatri uzmanı, 2 psikolog, 2 anestezi uzmanı, 171 hemşire ve 65 ebe, 10 anestezi

teknisyeni, 20 röntgen teknisyeni, 37 laborant, 3 biyolog, 18 sağlık memuru ve 3 tıbbi sekreter çalışmaktadır.

Hastane içerisinde bulunan emzirme polikliniği, tüm süt çocuğu klinikleri ve yeni doğan kliniklerinde annelere anne sütünün önemi, ek gıdaya başlama zamanı, yaşına göre bebek beslenmesi ve bebek bakımı konularında eğitimler verilmekte ve annelerin emzirmeye özendirilmesi çalışmaları yürütülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı süt çocuğu 3 kliniğinde, 9 hemşire, 6 uzman doktor, 1 otomasyon görevlisi, 2 temizlik personeli çalışmaktadır. Klinikte toplam 41 hasta yatağı bulunmaktadır. Klinik içerisindeki hasta odaları ise; tek yataklı 1 özel oda, 2 yataklı 2 oda, 3 yataklı 4 oda, 6 yataklı 4 oda olmak üzere toplam 11 hasta odası bulunmaktadır. Klinikte yıllık ortalama 3000 hasta yatmakta ve yatan hastaların büyük bir kısmını, st solunum yolu enfeksiyonları ve AGE tanısıyla yatan hastalar oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve rneklemi

Çalışmanın yapıldığı dört aylık sürede süt çocuğu 3 kliniğinde akut gastroenterit tanısıyla yatan, annesi yanında olan, annesi Türkçe bilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü 316 süt çocuğu annesi alınmış olup, örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmanın yapıldığı dönem içerisinde 29 anne Türkçe bilmediği için araştırmaya dâhil edilmemiştir. Annelerin tümü araştırmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Araştırmada bilgi düzeyini ölçmede kullanılan veri toplama aracı (anket formu), eğitim öncesi ve eğitim sonrası aynı gruba uygulanmıştır. Annelerin n test ve son test esnasında birbiriyle etkileşime geçmemesine dikkat edilmiş ve etkileşime geçmiş 2 anne araştırmaya dâhil edilmemiştir. Ayrıca n teste tabi tutulup, son test için ulaşılamayan 11 anne araştırma dışına çıkarılmıştır. Kliniğe dört aylık sürede AGE tanısıyla çocuğu yatan toplam anne sayısı 358'dir. Çalışmaya alınıp ön test- son testini yanıtlayan 316 annenin verisi değerlendirilmiştir. Çalışmada yanıtlama oranı % 88.2'dir (5, 55).

3.4. Müdahale Programı

3.4.1. Eğitimin Adı

Akut Gastroenterit Eğitimi

Eğitim süreci: Annelere AGE yönetimi ile ilgili eğitim, konuyla ilgili hazırlanan broŖrlar kullanılarak interaktif eğitim yapılmıŖtır. Soru-cevap tekniği kullanılarak annelerin aktif katılımı sađlanmıŖtır. Eğitim sırasında ve sonrasında annelerden geri bildirim alınarak, annelerin uygulama düzeyleri deđerlendirilmiŖ ve annelerin soruları dikkate alınarak gereken tekrarlar yapılmıŖtır.

Eğitimler annelere çocuğunun ve kendisinin rahat olduğu zamanlarda, içerisinde bir kanepede bulunan sakin bir hemŖire odasında (hemŖire giyinme odası) grup alıŖması Ŗeklinde yapılmıŖtır. 7–8 kiŖilik gruplara uygulanan eğitim programının süresi 60 dakikadır. Eğitimin içeriği ise, AGE, nedenleri, nlenmesi, AGE’li bebeğin beslenmesi, hijyen uygulamaları, ORS tedavisi konularında eğitim materyali hazırlanmıŖ ve araŖtırmaya katılan tüm annelere bu materyal ön test sonrası verilen eğitimde dađıtılmıŖtır. Kullanılan broŖr ve bilgi notları Ek 4’te sunulmuŖtur.

3.5. AraŖtırmanın Değerkenleri

Bağımlı değerken: Annelerin akut gastroenteritle ilgili bilgi ve uygulamaları.

Bağımsız değerken: Annelere AGE yönetimi ile ilgili verilen eğitim

Müdahale ncesi annelerin bilgi ve uygulamaları ile ilgili değerkenler de belirlenmeye alıŖılmıŖtır. Bu aŖamada kullanılan *bağımsız değerkenler* ise; annenin yaŖı, annenin ve babanın öğrenim durumu, evde yaŖayan kiŖi sayısı, bebeğin yaŖı ve cinsiyeti, annenin sahip olduğu ocuk sayısı, AGE’e iliŖkin bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynak, ailenin gelir durumu, yerleŖim yeri, yaŖanılan ev tipi, babanın alıŖma durumu, ev içerisinde konuŖulan dil, aile yapısı.

3.6. Araştırma Hipotezi

Annelerin AGE konusunda hemşire/ebeler tarafından eğitilmeleri, annelerde AGE'li çocuğun bakımında, AGE'in yönetimi konusunda bilgi ve uygulama değişikliği oluşturur.

3.7. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu kullanılarak toplanmıştır. Soru formunda yer alan sorular, AGE konusunda yapılan literatür incelenmesi sonucunda oluşturulmuştur. Ayrıca konuyla ilgili uzmanların görüşüne başvurulmuştur.

Veri toplama formunda 47 soru yer almıştır. Bu sorulardan 17'si çocukların, annelerin ve ailelerin sosyo-demografik özellikleri, 30 soru ise bilgi ve uygulamaları sorgulanmıştır (Ek 1). Bilgi puanları toplam 30 sorudan oluşmuş ve doğru cevap sayısı birden fazla olan sorularda her doğru cevaba (1) puan verilmiştir. Doğru cevabı bilenlere (1), yanlış cevap verenlere (0) verilerek toplam puan hesaplanmıştır. Toplam puan 38'dir. Formun ilk bölümünde, bebek, anne ve ailelerin sosyo-demografik özellikleri (annenin ve babanın yaşı, bebeğin kaç aylık olduğu ve cinsiyeti, annenin ve babanın öğrenim durumu, annenin AGE ilgili bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynak, anne ve babanın çalışma durumu, bebeğin kaçıncı ocuk olduğu, bebeğin kaç ay sadece anne sütü ile beslendiği, ailenin aylık gelir durumu, yerleşim yeri, yaşanılan ev tipi, yaşanılan ev içerisinde ayrı mutfak, tuvalet ve banyo bulunma durumu, ailenin yapısı, ev içerisindeki kişi sayısı, ev içerisinde konuşulan dil), ikinci bölümünde ise annelerin AGE yönetimine ilişkin bilgi ve uygulama sorularının yanında bebeğin AGE olma sıklığı ve annenin daha önce AGE'den ölen birini duyup duymadığını sorgulayan 2 soru yer almıştır. Bu blmde, AGE'li bebeğin bakımına yönelik bilgilerini değerlendirmek amacıyla sorulan sorular açık uçlu sorulmuş veya cevapları şıklarda verilmiştir (Ek 1).

3.8. Veri Toplama Formunun Uygulanması

T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu 3 Kliniği'ne 15 Mayıs 2009-15 Ağustos 2009 tarihleri arasında AGE tanısıyla yatan 316 süt çocuğunun annelerine uygulanmıştır. Annelerin ön-son test uygulanması esnasında birbiriyle etkileşime geçmemiş olmasına dikkat edilmiştir. Soru formu eğitim öncesi ve eğitim sonrası aynı gruba uygulanmıştır. Annelerin kontrole çağırılması, ön ve son testlerinin eşleştirilebilmesi için isim, adres ve telefon bilgileri alınması gerektiğinden annelere araştırma hakkında açıklama yapılarak yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılacağı Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır.

Annelere çalışma ile ilgili bilgi verilip yazılı onayları alınarak anket formları, bebeğin yatışının ilk iki günü içinde araştırmacı tarafından serviste uygulanmıştır. Soru formu yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuş, görüşmeler, içerisinde bir kanepede bulunan sakin bir hemşire odasında (hemşire giyinme odası) anne ile teke-teke yapılmış ve annelerin cevapları soru kâğıdına aynen kaydedilmiştir. Bebekler klinikte kaldığı sürece, 08-16 saatleri arasında görüşülen annelere araştırmacı tarafından hemşire giyinme odasında taburculuk eğitimi uygulanmıştır.

Annelere yapılan eğitimin annelerin bilgi düzeylerine etkisini belirlemek için, eğitimden 30 gün sonra anneler kontrole çağrılarak soru formu yeniden uygulanmıştır.

Araştırmamızda elde edilecek sonuçların raporları İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilecek ve hastanede bir bilgilendirme toplantısı yapılacaktır.

3.9. Araştırmada Kullanılan Tanımlar

Akut gastroenterit (AGE) : Müdahale programına alınan annelerin bebelerine hekim tarafından konulan AGE tanısı

Tuz şeker eriyiği (ORS) : AGE'de sıvı elektrolit dengesinin sağlanması için ağızdan verilen tuz şeker karışımı

Süt Çocuğu: Bebeğin doğumdan iki yaşının sonuna kadar olan dönemdir. Ancak hasta sayısının fazla olmasından dolayı Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu Klinikleri'nde 36. aya kadar olan çocuklar yatmaktadır.

Toplam bilgi puanı: AGE’de ishal yönetimine ilişkin bilgi içeren maddelere verilen doğru yanıtların toplamıdır. Toplam 30 sorudan her bir soruya 1 puan verilerek hesaplanmıştır. En yüksek puan 38’dir.

3.10. Araştırma Verisinin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.0 programı kullanılmıştır. Verilerin öncelikle tanımlayıcı istatistikler sonucunda elde edilen sayı, yüzde, ortalama, standart sapma dağılımları belirlenmiştir. İki grup arasındaki farkı karşılaştırmada; sürekli değişkenler için; “t testi”, üç ve daha fazla grup arasındaki farkı karşılaştırmada “varyans analizi” kullanılmıştır. İki bağımlı grup arasındaki farkı karşılaştırmada; ortalama eşleştirilmiş t testi, yüzdelerin karşılaştırılmasında McNemar testi kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Pearson korelasyon analizinde korelasyonun gücü için genel geçer bir yaklaşım olarak,

$r = 0.00-0.24$ ise **zayıf**

$r = 0.25-0.49$ ise **orta**

$r = 0.50-0.74$ ise **güçlü**

$r = 0.75-1.00$ ise **çok güçlü** sınırları kullanılmıştır.

Ayrıca birden fazla bağımsız değişkenin birlikte bulunduğu koşullarda bağımlı değişkenin bu birliktelikten nasıl etkilendiğini ve karıştırıcı faktörleri kontrol etmek için “Çoklu Regresyon Analizi“ kullanılmıştır. **Çoklu regresyon analizinde oluşturulan dummy değişkenler:** Yapılan Çoklu Regresyon analizinde babanın çalışma durumu (1) memur-işçi, (0) mevsimlik işçi-işsiz, ailenin gelir durumu (1) gelir durumu düşük, (0) gelir durumu yüksek, yerleşim yeri (1) kır, (0) kent, bilgi alınan kaynak (1) sağlık personeli, (0) diğer, aile tipi (1) geniş aile, (0) çekirdek aile, evde konuşulan dil (1) Kürtçe, (0) Türkçe ve yaşanan ev tipi (1) gecekondü ve müstakil, (0) apartman olarak gruplanmış olup, sürekli veriler olduğu gibi kullanılmıştır.

Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir (5).

4. BULGULAR

1–36 aylık ve AGE tanısıyla hastaneye yatırılan süt çocuklarının annelerine AGE'ye ilişkin verilen eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları; 4.1. Ailelerin sosyo-demografik özellikleri, 4.2. Annelerin eğitim öncesinde akut gastroenterite ilişkin bilgi alma, akut gastroenteritten ölen duyma ve ORS bilme durumları, 4.3. Ön test ve son test bilgi ve uygulama değişikliğini etkileyen faktörler 4.4. Annelerin eğitim öncesi ve sonrasında akut gastroenterite ilişkin bilgi ve uygulamaları, 4.5. Eğitim öncesi ve sonrasında bilgi değişimi, başlıkları altında verilmiştir.

4.1. Ailelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Annelerin ve Babaların Sosyo-Demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	SAYI	%
Annelerin yaş grupları		
19 ve altı yaş	18	5.7
20-34 yaş	242	76.6
35 ve üstü yaş	56	17.7
Annenin öğrenim durumu		
Okur-yazar değil	147	46.5
Okur-yazar	47	14.9
İlkokul ve ortaokul mezunu	105	33.2
Lise ve üniversite mezunu	17	5.4
Annenin çalışma durumu		
Çalışmıyor	312	98.7
Çalışıyor(memur işçi)	4	1.3
Babanın öğrenim durumu		
Okur-yazar değil	48	15.2
Okur-yazar	25	7.9
İlkokul ve ortaokul mezunu	185	58.5
Lise ve üniversite mezunu	58	18.4
Babanın çalışma durumu		
Çalışıyor(memur-işçi)	123	38.9
Vasıfsız geçici işçi	127	40.2
Mevsimlik işçi	11	3.5
İşsiz	55	17.4
Yaşayan çocuk sayısı		
4 ve altı	251	79.4
5 ve üstü	65	20.6
Toplam	316	100

Araştırmada yer alan 316 annenin yaş ortalaması 27.5 ± 6.1 'dir. Yaş gruplarına dağılımı incelendiğinde annelerin %23.4'ü 19 yaş altında ya da 35 yaş üstündedir. Annelerin okula gittikleri yıl ortalaması 2.5 ± 3.2 iken babaların 5.5 ± 3.7 'dir. Annelerin %61.4'ü hiç okula gitmemişken, bu oran babalarda %23.1'dir.

Annelerin % 98.7'si ev hanımıdır. Babaların yaptıkları işler değerlendirildiğinde; %17.4'ü işsiz, %38.9'u memur-işçi, %40.2'si vasıfsız geçici işçi ve %3.5'i mevsimlik işçi oldukları belirlenmiştir.

Ailelerin %79.4'ünün 4 ve altında çocuğu olduğu, çocuk sayısı ortalaması ise 3 ± 2 olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu 3 Kliniği'ne Araştırmanın Yapıldığı 4 Aylık Sürede AGE Tanısıyla Yatan Tüm Süt Çocuklarının Annelerinin Türkçe Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Türkçe bilme durumu	N	%
Biliyor	329	91.9
Bilmiyor	29	8.1
Toplam	358	100

Tablo 4'de Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu 3 Kliniği'ne araştırmanın yapıldığı 4 aylık sürede AGE tanısıyla yatan tüm süt çocuklarının annelerinin %8.1'i Türkçe bilmiyorken, %91.9'u Türkçe bilmedikleri görölmektedir.

Tablo 5. Bebeğe İlişkin Özellikler

	SAYI	%
Bebeğin cinsiyet		
Erkek	199	63.0
Kız	117	37.0
Bebek yaşı(ay olarak)		
1- 12 ay	179	56.6
13 -24 ay	99	31.3
25-36 ay	38	12.0
Sadece anne sütü alma durumu		
Hiç	19	6.0
1-5 ay	122	38.6
6 ay	111	35.1
7 ay ve üzeri	23	7.3
6 aydan küçük ve hala sadece anne sütü alıyor	41	13.0
Toplam	316	100

Tablo 5 incelendiğinde bebeklerin %63'ünün erkek, %37'sinin kız olduğu görölmektedir. Bebeklerin % 56.6'sı 1–12 ay arası, %31.3'ü 13–24 ay arası, %12'si 25–36 ay arası ve bebeklerin yaş (ay olarak) ortalaması 13.3±8.9'dur. Annelerin %35.1'i bebeklerini ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemişlerdir.

Tablo 6. Aileye İlişkin Özellikler

Aile yapısı	SAYI	%
Geniş aile	103	32.6
Çekirdek aile	210	66.5
Tek ebeveynli aile	3	0.9
Ailenin gelir durumu		
Gelir-giderden fazla	77	27.4
Gelir-gidere denk	83	26.3
Gelir-giderden az	156	49.4
Evde konuşulan dil		
Türkçe	136	43.0
Kürtçe	173	54.7
Arapça	1	0.3
Diğer	6	1.9
Evde yaşayan birey sayısı		
4 ve altı	80	25.3
5 ve üstü	236	74.7
Yerleşim tipi		
İl merkezi	205	64.9
İlçe	34	10.8
Köy	77	24.4
Yaşanılan ev tipi		
Gece kondu	101	32.0
Apartman dairesi	119	37.7
Müstakil ev	96	30.4
Yaşanılan ev içerisinde ayrı banyo-tuvalet-mutfak olma durumu		
Evet	232	73.4
Hayır	84	26.6
Toplam	316	100

Tablo 6'ya göre ailelerin;

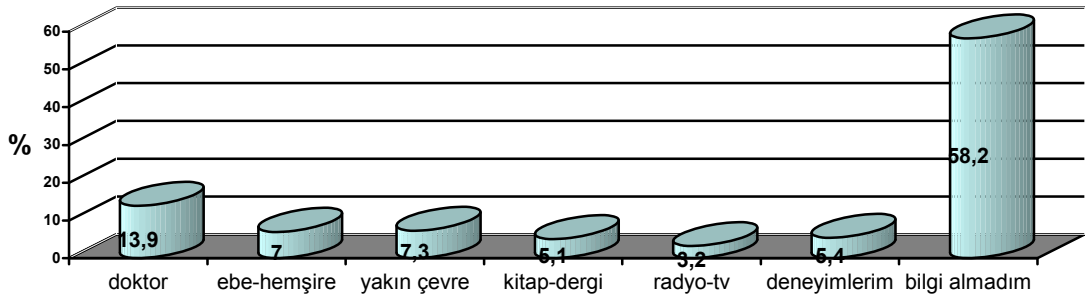
- %32.6'sı geniş aile,
- %49.4'ünün geliri asgari ücret altı,
- %54.7'si evde Kürtçe konuşmakta,
- Evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 6.7 ± 3.2 ,
- %24.4'ü kırsal bölgede yaşamakta,
- %32'si gecekonduda yaşamakta,
- %26.6'sının ev içerisinde ayrı mutfak, tuvalet ve banyosu

bulunmamaktadır.

4.2. Annelerin Eğitim Öncesinde Akut Gastroenterite İlişkin Bilgi Alma, AGE Nedeniyle Ölen Duyma ve ORS Bilme Durumları

Annelerin %41.8'i AGE ilişkin bilgi edindiğini ifade etmiştir. Şekil 1'de görüldüğü gibi annelerin %20.9'u sağlık çalışanlarından bilgi almışlardır.

Şekil 1. Eğitim Öncesi Annelerin AGE ile İlgili Bilgi Alma Durumu ve Bilgi Kaynakları



Tablo 7. Eğitim Öncesi Annelerin Çevrelerinde Akut Gastroenterit Nedeniyle Ölen Olması veya Akut Gastroenterit Nedeniyle Ölen Olduğunu Duyma Durumuna Göre Dağılımı

Çevrenizde ishalden ölen oldu mu /duydunuz mu?	Sayı	%
Evet	122	38.6
Hayır	194	61.4
Toplam	316	100

Tablo 7 incelendiğinde annelerin %38.6'sı daha önce AGE nedeniyle ölen olduğunu duymuş veya çevresinde AGE nedeniyle ölen olmuştur.

Tablo 8. Eğitim Öncesi ve Sonrasında ORS'yi Bilen Annelerin Dağılımı

ORS bilme durumu	Eğitim Öncesi		Eğitim sonrası	
	N	%	N	%
Evet	91	28.8	314	99.4
Hayır	225	71.2	2	0.6
Toplam	316	100	316	100

χ^2 McNemar ; $p < 0.05$

Tablo 8'de görüldüğü gibi annelerin %28.8'i eğitimden önce ORS'yi bilirken, eğitim sonrası bu oran %99.4'e yükselmiştir.

4.3. Ön Test ve Son Testte Bilgi ve Uygulama Değişikliğini Etkileyen Faktörler

Tablo 15. Eğitim Öncesinde Annelerin Yaşı ve Öğrenim Durumu, Eşlerinin Öğrenim Durumu, Yaşadıkları Evdeki Kişi Sayısı, Bebeğin Yaşı, Annenin Çocuk Sayısı ile Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	R	P
Annenin yaşı	0.421	0.000
Annenin öğrenim durumu	0.428	0.000
Babanın öğrenim durumu	0.306	0.000
Evde yaşayan kişi sayısı	-0.135	0.016
Bebeğin yaşı (ay olarak)	0.172	0.002
Annenin çocuk sayısı	0.175	0.002

Tablo 15'e göre eğitim öncesi annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, babanın öğrenim durumu ile ön test toplam bilgi puanı arasında olumlu, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Annenin yaşı, okula gittiği yıl arttıkça ön test toplam bilgi puanı da artmıştır. Bebeğin yaşı ve annenin çocuk sayısı ile annenin ön test toplam bilgi puanı arasında olumlu, zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Annenin çocuk sayısı ve bebeğin yaşı (ay) arttıkça annenin ön test toplam bilgi puanı artmıştır.

Çalışmamızda evde yaşayan kişi sayısı ile ön test toplam bilgi puanı arasında zayıf, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Evde yaşayan kişi sayısı azaldıkça ön test toplam bilgi puanı artmıştır.

Tablo 16. Eğitim Sonrasında Annelerin Yaşı ve Öğrenim Durumu, Eşlerinin Öğrenim Durumu, Yaşadıkları Evdeki Kişi Sayısı, Bebeğin Yaşı, Annenin Çocuk Sayısı ile Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	R	p
Annenin yaşı	0.006	0.915
Annenin öğrenim durumu	0.579	0.000
Babanın öğrenim durumu	0.280	0.000
Evde yaşayan kişi sayısı	-0.177	0.002
Bebeğin yaşı	0.114	0.044
Annenin çocuk sayısı	-0.155	0.006

Tablo 16'ya göre eğitim sonrasında annenin yaşı ile annenin son test toplam puanı arasında olumlu, zayıf düzeyde ve anlamlı olmayan bir ilişki vardır ($p>0.05$). Annenin öğrenim durumu ile annenin son test toplam bilgi puanı arasında olumlu, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Babanın öğrenim durumu ile annenin son test toplam bilgi puanı arasında olumlu, orta düzeyde ve çok anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Bebeğin yaşı ile annenin son test toplam bilgi puanı arasında olumlu, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır. Annenin ve babanın okula gittiği yıl ve bebeğin yaşı (ay) arttıkça annenin son test toplam bilgi puanı da artmaktadır.

Çalışmamızda evde yaşayan kişi sayısı ve annenin sahip olduğu çocuk sayısı ile annenin son test toplam bilgi puanı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Evdeki kişi sayısı azaldıkça ve annenin çocuk sayısı azaldıkça son test bilgi puanı artmıştır.

Tablo 17. Eğitim Öncesi AGE2 İlişkin Bilgi Alma ve Bilgi Alınan Kaynak ile Annenin Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki

Bilgi Alma Durumu	Ön test		
	Ort ±SD	t	p
Bilgi Alan	22.8 ± 4.6	6.7980	0.000
Bilgi Almayan	15.1 ± 3.9		
Bilgi Alınan Kaynak			
Sağlık Personeli	17.2 ± 5.3	-6.8646	0.000
Diğerleri	22.6 ± 5		

Tablo 17’de görüldüğü gibi daha önce AGE’ye ilişkin bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynak ile annelerin ön test bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Daha önce bilgi almış olan annelerin toplam bilgi puanları bilgi almayanlara göre daha yüksek, ancak sağlık personelinden bilgi alanların toplam bilgi puanları düşüktür.

Tablo 18. Eğitim Öncesi ve Sonrasında Ailenin Aylık Gelir Durumu, Ailenin Yerleşim Yeri, Yaşanılan Ev Tipi ve Babanın Çalışma Durumu ile Annenin Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Gelir Durumu	Ön test			Son test		
	Ortalama ±SD	F	p	Ortalama ± SD	F	p
Gelir giderine denk	17.9 ± 4.7	13.678	0.000	28.9 ± 3.9	4.980	0.007
Gelir giderinden az	17.2 ± 5			27.9 ± 4		
Gelir giderinden fazla	21.1 ± 6.9			29.6 ± 4.3		
Yerleşim yeri						
İl merkezi	19 ± 5.6	8.478	0.000	29.3 ± 3.9	9.649	0.000
İlçe	19.1 ± 5			28.4 ± 3.2		
Köy	16.1 ± 5.7			26.9 ± 4.4		
Yaşanılan ev tipi						
Gece kondu	16.9 ± 5.6	7.550	0.001	27.2 ± 4.3	14.723	0.000
Apartman dairesi	19.8 ± 5.6			30 ± 3.5		
Müstakil ev	18 ± 5.5			28.3 ± 3.9		
Babanın çalışma durumu						
Çalışıyor (memur-İşçi)	19.9 ± 6.1	8.489	0.000	29.7 ± 3.9	9.993	0.000
Vasıfsız geçici işçi	18.1 ± 5.3			28.6 ± 3.9		
Mevsimlik işçi	14 ± 4.6			24.8 ± 4.2		
İşsiz	16.2 ± 4.6			26.9 ± 3.7		

Tablo 18’de görüldüğü gibi, aile aylık gelir durumu ile annelerin ön test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Ortalamlar arasındaki farka göre, ailesinin aylık geliri giderinden fazla olan annelerin ön test puanları, ailesinin aylık geliri giderine denk ve geliri giderinden az olan annelerin ön test puanlarından yüksektir.

Aile aylık gelir durumu ile annelerin son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, ailesinin aylık geliri giderinden fazla olan annelerin son test puanları, ailesinin aylık geliri giderinden az olan annelerin son test puanlarından yüksektir.

Araştırmaya katılan hasta çocuk annelerinin ikamet ettikleri yerleşim yeri ile ön test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, ikamet ettikleri yerleşim yeri il merkezi ve ilçe olan annelerin ön test puanları, ikamet ettikleri yerleşim yeri köy olan annelerin ön test puanlarından yüksektir.

Araştırmaya katılan hasta çocuk annelerinin, ikamet ettikleri yerleşim yeri ile annelerin son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, ikamet ettikleri yerleşim yeri il merkezi olan annelerin son test puanları, ikamet ettikleri yerleşim yeri köy olan annelerin son test puanlarından yüksektir.

Araştırmaya katılan hasta çocuk annelerinin yaşadığı ev tipi ile annelerin ön test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, yaşadıkları evi apartman olan annelerin ön test puanları, yaşadıkları evi gecekondulu olan annelerin ön test puanlarından yüksektir.

Araştırmaya katılan hasta çocuk annelerinin yaşadığı ev tipi ile annelerin son test toplam bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, yaşadıkları evi apartman olan annelerin son test puanları, yaşadıkları evi gecekondulu ve müstakil ev olan annelerin son test puanlarından yüksektir.

Araştırmaya katılan annelerin eşlerinin çalışma durumu ile annelerin ön test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar Arasındaki farka göre eşi memur-işçi olarak çalışan ve vasıfsız geçici işçi olanların ön test puanları, eşi mevsimlik işçi olarak çalışan ve işsizlerin ön test puanlarından yüksektir.

Araştırmaya katılan annelerin eşlerinin çalışma durumu ile annelerin son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre eşi memur-işçi olarak çalışan ve vasıfsız geçici işçi olanların son test puanları, eşi mevsimlik işçi olarak çalışan ve işsizlerin son test puanlarından yüksektir.

Tablo 19. Ev İçerisinde Konuşulan Dil ile Annenin Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Dil	Ön test			Son test		
	Ort \pm SD	t	p	Ort \pm SD	t	p
Türkçe	19.9 \pm 5.8	4.259	0.000	30.2 \pm 3.6	6.518	0.000
Kürtçe	17.2 \pm 5.3			27.3 \pm 4		

Tablo 19’da görüldüğü gibi, ev içerisinde konuşulan dil ile annelerin ön test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, ev içerisinde Türkçe konuşan annelerin ön test puanları, ev içerisinde Kürtçe konuşan annelerin ön test puanlarından yüksektir.

Araştırmaya katılan hasta çocuk annelerinin son test toplam bilgi puanları ile ev içerisinde konuşulan dil arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, ev içerisinde Türkçe konuşan annelerin son test puanları, ev içerisinde Kürtçe konuşan annelerin son test puanlarından yüksektir.

Tablo 20. Eğitim Öncesi ve Sonrası Aile Yapısı ile Annenin Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Aile yapısı	Ön test			Son test		
	Ort ±SD	t	p	Ort±SD	t	p
Çekirdek aile	19.5 ± 5.6	5.404	0.000	29 ± 3.9	2.065	0.040
Geniş aile	15.9 ± 5			28 ± 4.2		

Tablo 20’de görüldüğü gibi, aile yapısı ile annelerin ön test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, aile tipi çekirdek aile olan annelerin ön test puanları, aile tipi geniş aile olan annelerin ön test puanlarından yüksektir.

Araştırmaya katılanların aile yapısı ile son test toplam bilgi puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, aile tipi çekirdek aile olan annelerin son test puanları, aile tipi geniş aile olan annelerin son test puanlarından yüksektir.

Tablo 21. Eğitim Öncesi ve Sonrası Bebeğin Cinsiyeti ile Annenin Toplam Bilgi Puanları Arasındaki İlişki

Cinsiyeti	Ön test			Son test		
	Ort ±SD	t	p	Ort±SD	t	p
Kız	19.1 ± 6	1.853	0.065	29.1 ± 4.3	1.605	0.109
Erkek	17.9 ± 5.5			28.3 ± 3.9		

Tablo 21’de görüldüğü gibi eğitim öncesinde ve sonrasında bebeğin cinsiyeti ile annenin ön test ve son test toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22. Eğitim Öncesi Seçilmiş Bazı Bağımsız Değişkenlerin Öntest Toplam Bilgi Puanına Etkisini Gösteren Çoklu Regresyon Modeli Özet Sonuçları

Değişkenler	B	beta	t	P	GA(%95)	
Sabit (Constant)	13.531		7.210	0.000	9.838	17.225
Annelerin yaşı (yıl)	0.302	0.326	6.318	0.000	0.208	0.395
Annelerin öğrenim durumu (okula gittiği yıl)	0.447	0.253	5.640	0.000	0.291	0.603
Annelerin çocuk sayısı	-0.053	-0.017	-0.285	0.776	-0.423	0.316
Babaların öğrenim durumu	0.062	0.041	0.981	0.327	-0.062	0.187
Babaların çalışma durumu (memur-işçi/mevsimlik işçi-işsiz)	-0.337	-0.063	-1.678	0.094	-0.734	0.058
Bebek yaşı(ay)	0.030	0.049	1.348	0.179	-0.014	0.076
Evde yaşayan kişi sayısı	-0.057	-0.032	-0.622	0.535	-0.238	0.124
Ailenin gelir durumu(Düşük/yüksek)	0.542	0.068	1.860	0.064	-0.031	1.117
Yerleşim yeri (kır/kent)	-0.194	-0.029	-0.757	0.450	-0.701	0.312
Bilgi alma durumu (bilgi alan)	-0.915	-0.476	-10.034	0.000	-1.094	-0.736
Bilgi alma kaynağı (sağlık personeli- diğer)	-0.169	-0.275	-0.275	0.783	-1.382	1.043
Aile tipi (çekirdek aile/geniş aile)	-0.744	-0.065	-1.365	0.173	-1.816	0.328
Evde konuşulan dil (Türkçe/Kürtçe)	-0.006	-0.001	-0.016	0.988	-0.788	0.775
Yaşanılan ev tipi (apartman-gecekondu)	0.068	0.010	0.258	0.796	-0.454	0.591

ANOVA; F:37.736, df: 14, p: 0.000, R: 0.798, RS:0.637, Durbin-Watson:1.868

Tabloda 22’de görüldüğü gibi yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda annenin yaşı, öğrenim durumu ve daha önce AGE’e ilişkin bilgi alma durumunun annelerin ön test toplam bilgi puanını bağımsız olarak etkiledikleri saptanmıştır ($p < 0.05$). Annelerin sahip olduğu çocuk sayısı, babaların öğrenim durumu, babanın mesleği, bebeğin yaşı, evdeki kişi sayısı, ailenin gelir durumu, yerleşim yeri, bilgi alınan kaynak, aile tipi, evde konuşulan dil ve yaşanılan ev tipinin ön test toplam bilgi puanını bağımsız olarak etkilemedikleri, karıştırıcı faktörler oldukları görülmüştür ($p > 0.05$).

4.4. Annelerin Eğitim Öncesi ve Sonrasında Akut Gastroenterite İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

Tablo 9. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin AGE’li Bebeğin Beslenmesi, ORS ve Korunmaya İlişkin Uygulama Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Çocuk AGE olduğunda yapılması gereken	Eğitim Öncesi	Eğitim sonrası	χ^2 McNemar P
	Sayı (%)	Sayı (%)	
Doğru (AGE’de çocuğa bol sulu gıdalar verilmeli)	229 (72.5)	285 (90.2)	0.000
Yanlış	57 (18)	6 (1.9)	
Bilmiyorum	30 (9.5)	25 (7.9)	
ORS (Tuz-şeker karışımı) nereden alınır			0.000
Sağlık ocağı	40 (12.7)	130 (41.1)	
Eczane	30 (9.5)	46 (14.6)	
Evde hazırlanır	3 (0.9)	47 (14.9)	
Hepsi	15 (4.7)	57 (18.0)	
Bilmiyorum	228 (72.2)	36 (11.4)	
ORS evde nasıl hazırlanır			0.000
Doğru	19 (6)	160 (50.6)	
Yanlış	17 (5.4)	59 (18.7)	
Bilmiyorum	280 (88.6)	97 (30.7)	
Hazır paket halindeki ORS nasıl sulandırılır			0.000
Doğru	66 (20.9)	240 (75.9)	
Yanlış	18 (5.7)	20 (6.3)	
Bilmiyorum	232 (73.4)	56 (17.7)	
AGE’li çocuğa verilmemesi gereken yiyecek			0.000
Doğru (Kayısı suyu)	206 (65.2)	265 (83.9)	
Yanlış	16 (5)	3 (0.9)	
Bilmiyorum	94 (29.7)	48 (15.2)	
AGE’li çocuğun besin miktarı ve beslenme sıklığı			0.000
Doğru (Az ve sık)	117 (37.0)	224 (70.9)	
Yanlış	127 (40.2)	54 (17)	
Bilmiyorum	72 (22.8)	38 (12.0)	
AGE’den korunmak için yapılması gereken			0.000
Anne sütü+temizlik kurallarına uymak+hasta çocuklarla temas ettirmemek	26 (8.2)	168 (53.2)	
Çocuk bakımında temizlik kurallarına uymak	210 (66.5)	141 (44.6)	
Bebeğin besinlerine dikkat etmek(yağsız,şekersiz)	17 (5.4)	1 (0.3)	
AGE’li çocuklarla temas ettirmemek	24 (7.6)	6 (1.9)	
Önlem alınamaz, ishal olacaksa olur	27 (8.5)	0 (0.0)	
Bilmiyorum	12 (3.8)	0 (0.0)	
Toplam	316 (100)	316 (100)	

χ^2 McNemar testleri, cevaplar doğru ve yanlış diye iki gruba ayrılarak yapılmıştır.

Tablo 9 incelendiğinde annelerin eğitim öncesi %72.5’i, eğitim sonrası %90.2’si AGE’li çocuğa bol sulu gıdalar verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. AGE’li çocuğa bol sulu gıdalar verilmesi gerektiğini ifade eden annelerin oranı eğitim sonrasında anlamlı olarak artmıştır (p<0.05).

Çalışmaya katılan annelerin eğitim öncesi %72.2'si, eğitim sonrası %11.4'ü ORS'nin nereden alındığını bilmediğini ifade etmişlerdir. ORS'nin nereden alındığını bilmeyen annelerin oranı anlamlı olarak düşmüştür ($p<0.05$). Annelerin eğitim öncesi %88.6'sı, eğitim sonrası %30.7'si evde ORS hazırlamayı bilmediğini ifade etmişlerdir. Evde ORS hazırlamayı bilmeyen annelerin oranı anlamlı olarak düşmüştür ($p<0.05$). Eğitim öncesi annelerin %73.4'ü, eğitim sonrası %17.7'si hazır paket halindeki ORS'nin nasıl sulandırıldığını bilmediğini ifade etmişlerdir. Hazır paket halindeki ORS'nin nasıl sulandırıldığını bilmeyen annelerin oranı anlamlı olarak %17.7'ye düşmüştür ($p<0.05$). Eğitim öncesi annelerin %65.2'si AGE'li çocuğa kayısı suyu verilmemesi gerektiğini ifade ederken, eğitim sonrası bu oran %83.9'a yükselmiştir. AGE'li çocuğa kayısı suyu verilmemesi gerektiğini bilen annelerin oranı anlamlı olarak artmıştır ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan annelerin eğitim öncesi %37'si, eğitim sonrası %70.9'u AGE'li çocuğun az ve sık beslenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. AGE'li çocuğun az ve sık beslenmesi gerektiğini bilen annelerin oranı eğitim sonrası anlamlı olarak yükselmiştir ($p<0.05$). Eğitim öncesi annelerin %8.6'sı, eğitim sonrası %53.2'si AGE' den korunma yollarını tam olarak bilmişlerdir. AGE'den korunma yollarını tam olarak bilenlerin oranı eğitim sonrası anlamlı olarak yükselmiştir ($p<0.05$).

Tablo 10. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin Bebek Beslenmesi, Akut Gastroenterit Belirtileri ve Bulaşıcılığı, AGE'ye İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Eğitim Öncesi	Eğitim sonrası	χ^2 McNemar P
Sadece anne sütü alma süresi	Sayı (%)	Sayı (%)	
4 ay	56 (17.7)	19 (6.0)	0.000
Doğru (6 ay)	206 (65.2)	296 (93.7)	
1 yıl	22 (7.0)	1 (0.3)	
Anne sütü yetmediğinde ek gıdaya geçilmeli	32 (10.1)	0 (0.0)	
Anne sütünü kesme zamanı			0.000
24. ayda	107 (33.9)	235 (74.4)	
18. ayda	113 (35.8)	57 (18.0)	
36. aydan sonra	23 (7.3)	9 (2.8)	
Çocuğun kendiliğinden bırakması beklenir	73 (23.1)	15 (4.7)	
Akut Gastroenterit nedir?			0.000
Doğru (Mide ve bağırsakların iltihaplanması)	199 (63.0)	293 (92.7)	
Yanlış	3 (0.9)	3 (0.9)	
Fikrim yok	114 (36.1)	20 (6.3)	
AGE'yi kolaylaştırıcı etken			0.000
Bebeğin altını değiştirirken ve sonrasında ellerin yıkanması	2 (0.6)	3 (0.9)	
Bebeğin anne sütü ile beslenmemesi	232 (73.4)	286 (90.5)	
Bebeğin besinleri hazırlanırken temizlik kurallarına uyma	17 (5.4)	14 (4.4)	
Fikrim yok	65 (20.6)	13 (4.1)	
AGE'nin belirtileri			0.000
Doğru	285 (90.2)	315 (99.7)	
Yanlış	15 (4.7)	1 (0.3)	
Bilmiyorum	16 (5.1)	0 (0)	
AGE bulaşıcı mı			0.000
Evet	169 (53.5)	313 (99.1)	
Hayır	104 (32.9)	3 (0.9)	
Fikrim yok	43 (13.6)	0 (0.0)	
AGE nasıl bulaşır			0.000
Doğru (Mikropların ağız yoluyla vücuda girmesiyle)	135 (42.7)	248 (78.5)	
Yanlış	43 (13.6)	28 (8.8)	
Bilmeyen	138 (43.7)	40 (12.7)	
İshal nedir?			0.001
Doğru (Günde 3 veya daha fazla sayıda sulu kaka yapması)	300 (94.9)	311 (98.4)	
Yanlış	15 (4.7)	5 (1.6)	
Fikrim yok	1 (0.3)	0 (0.0)	
AGE'ye neden olan durum			0.771
Doğru (Mikropların çocuğa bulaşması)	257 (81.3)	301 (95.3)	
Yanlış	31 (9.8)	7 (1.9)	
Bilmeyen	28 (8.9)	8 (2.5)	
AGE hangi çocuklarda sık görülür			0.167
İyi beslenmiş,normal kilolu çocuklar	56 (8.2)	6 (1.9)	
Yeni aşılanmış bebekler	22 (7.0)	1 (0.3)	
Büyük yaştaki çocuklar,özellikle 3 yaşından sonra	8 (2.5)	6 (1.9)	
3ay-2 yaş arasında	131 (41.5)	226 (71.5)	
Bilmeyen	129 (40.8)	77 (24.4)	
Toplam	316 (100)	316 (100)	

χ^2 McNemar testleri, cevaplar doğru ve yanlış diye iki gruba ayrılarak yapılmıştır.

Tablo 10 incelendiğinde annelerin eğitim öncesi %65.2'si, eğitim sonrası %93.7'si ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. İlk 6 ay sadece anne sütü verilmesi gerektiğini bilen annelerin oranı eğitim sonrası anlamlı olarak artmıştır (p<0.05).

Eğitim ncesi annelerin %35.8'i 18. ayda anne sütü vermeyi kesmek gerektiğini ifade ederken, eğitim sonrası bu oran anlamlı olarak %18'e düşmüştür ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan annelerin eğitim öncesi %63' AGE'yi doğru tanımlarken, eğitim sonrası bu oran anlamlı olarak %92.7'ye yükselmiştir ($p<0.05$). Eğitim ncesi annelerin %20.6'sı AGE' i kolaylaştırıcı etkeni bilmediğini ifade ederken, eğitim sonrası bu oran anlamlı olarak %4.1'e düşmüştür ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan annelerin eğitim öncesi %5.1'i AGE belirtilerini bilmediklerini ifade ederken, eğitim sonrası %99.7'si AGE belirtilerini doğru bilmiiştir. Annelerin eğitim öncesi %32.9'u, eğitim sonrası %0.9'u AGE'nin bulaşıcı olmadığını, eğitim öncesi %43.7'si, eğitim sonrası %12.7'si AGE'in nasıl bulaştığını bilmediğini, eğitim öncesi %94.9'u, eğitim sonrası %98.4' bebeğin günde üç veya daha fazla sayıda sulu kaka yapmanın ishal olduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışmaya katılan annelerin eğitim öncesi %81.3', eğitim sonrası %95.3' mikropların çocuğa bulaşmasının AGE'e neden olduğunu ifade etmişlerdir. Mikropların ocuğa bulaşmasının AGE'e yol açtığını bilenlerin sayısı eğitim sonrasında anlamlı olarak yükselmiştir ($p<0.05$). Annelerin eğitim öncesi %41.5'i AGE'in 3 ay-2 yaş arasındaki küçük çocuklarda daha sık görüldüğünü ifade ederken, bu oran eğitim sonrası anlamlı olarak %71.5'e yükselmiştir ($p<0.05$).

Tablo 11. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin AGE’li Çocuğu Evde Tedavi Etme ve Doktora Götürme Zamanıyla İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Evde tedavi etme durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	χ^2 McNemar P
Evet	81 (25.6)	129 (40.8)	0.000
Hayır	235 (74.4)	187 (59.2)	
Çocuğu doktora götürme zamanı			0.000
Evet, hemen	185 (58.5)	55 (17.4)	
Hayır, evdeki ishal kesici ilaçlardan verilmeli	44 (13.9)	41 (13.0)	
Fazla su kaybetmişse ve durumu kötüleşiyorsa götürülmeli	85 (26.9)	215 (68.0)	
Fikrim yok	2 (0.6)	5 (1.6)	
Toplam	316 (100)	316 (100)	

χ^2 McNemar testleri, cevaplar doğru ve yanlış diye iki gruba ayrılarak yapılmıştır.

Tablo 11’e göre annelerin eğitim öncesi %74.4’ü, eğitim sonrası %59.2’si AGE’li çocuk evde tedavi edilmemeli demişlerdir. AGE’li çocuğun evde tedavi edilebileceğini ifade edenlerin oranı anlamlı olarak artmıştır ($p<0.05$). Eğitim öncesi annelerin %58.5’i, eğitim sonrası %17.4’ü çocuk AGE olunca hemen doktora götürülmeli şeklinde cevap vermişlerdir. AGE’li çocuğun fazla su kaybetmesi ve durumunun kötüleşmesi durumunda doktora götürülmesi gerektiğini ifade eden annelerin oranı anlamlı olarak artmıştır($p<0.05$).

Tablo 12. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin AGE'in Önem ve Tehlikesine İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Eğitim öncesi	Eğitim Sonrası	χ^2 McNemar
	Sayı (%)	Sayı (%)	P
AGE'in çocuk sağlığı açısından önemli olma durumu			
Önemli	311 (98.4)	316 (100)	0.100
Önemsiz	2 (0.6)	0 (0.0)	
Fikrim yok	3 (0.9)	0 (0.0)	
AGE'in önemi			
Tehlikeli bir hastalık olduğu için	299 (94.6)	306 (96.8)	0.000
Fikrim yok	17 (5.4)	10 (3.2)	
AGE'in tehlikeli olma durumu			
Tehlikeli	310 (98.1)	314 (99.4)	0.125
Tehlikesiz	3 (0.9)	1 (0.3)	
Fikrim yok	3 (0.9)	1 (0.3)	
AGE'in tehlikesinin nedeni			
Çocuğu susuz bırakır ve beslenme bozukluğu yapar ve öldürür	179 (56.6)	315 (99.7)	0.000
Çocuğu zayıflatır	57 (18.0)	0 (0.0)	
Çocuğu güçsüzleştirir	74 (23.4)	1 (0.3)	
Fikrim yok	6 (1.9)	0 (0.0)	
Toplam	316 (100)	316 (100)	

χ^2 McNemar testleri, cevaplar doğru ve yanlış diye iki gruba ayrılarak yapılmıştır.

Tablo 12 incelendiğinde annelerin; eğitim öncesi %98.4'ü AGE'in çocuk sağlığı için önemli, %98.1'i AGE'in tehlikeli olduğunu ifade ederken, eğitim sonrası %100'ü önemli, %99.4'ü tehlikeli olduğunu ifade etmişlerdir. AGE'in önemli ve tehlikeli olduğunu ifade edenlerin oranlarındaki artış anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan annelerin eğitim öncesi %94.6'sı, eğitim sonrası %96.8'i AGE tehlikeli bir hastalık olduğu için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bu oran artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitim öncesi annelerin %56.6'sı, eğitim sonrası %99.7'si çocuğu susuz bıraktığı, beslenme bozukluğu yaptığı ve öldürücü olduğu için AGE tehlikelidir yanıtını vermişlerdir. Çocuğu susuz bıraktığı, beslenme bozukluğu yaptığı ve öldürücü olduğu için AGE tehlikelidir yanıtını veren annelerin oranı anlamlı olarak artmıştır ($p<0.05$).

Tablo 13. Eğitim Öncesi ve Sonrası Annelerin ORS, AGE’li Çocuğun Beslenmesi ve Korunmaya İlişkin Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası	χ^2 McNemar
ORS tanımı	Sayı (%)	Sayı (%)	p
Pakette toz şeklinde AGE’de kullanılan bir karışım	66 (20.9)	97 (30.7)	0.000
Evde hazırlanan ve AGE’e iyi gelen bir karışım	8 (2.5)	67 (21.2)	
Pakette toz şeklinde ve evde de hazırlanabilen bir karışım	17 (5.4)	116 (36.7)	
Fikrim yok	225 (71.2)	36 (11.4)	
ORS sıvısı verme miktarı			
Doğru (2 yaşından küçüklere 1 çay bardağı)	49 (15.5)	244 (77.2)	0.000
Yanlış	5 (1.6)	14 (4.4)	
Fikrim yok	262 (82.9)	58 (18.4)	
AGE’e iyi gelen yiyecekler			
Yoğurt ve yoğurtlu yiyecekler,su ve sulu yiyecekler	34 (10.8)	47 (14.9)	0.000
Pirinç lapası,patates haşlaması,,ekmek,kraker	27 (8.5)	25 (7.9)	
Muz,şeftali,elma püresi	36 (11.4)	27 (8.5)	
Hepsini bilen	123 (38.9)	201 (63.6)	
Kola ve hazır meyve suyu	30 (9.5)	5 (1.6)	
Kahve ve çay	21 (6.6)	3 (0.9)	
Fikrim yok	45 (14.2)	8 (2.5)	
Verilmesi doğru olan besin			
Doğru (Pirinç suyu, ayran,su ve çorbalar)	195 (61.7)	264 (83.5)	0.000
Yanlış	72 (22.8)	45 (14.2)	
Bilmiyorum	49 (15.5)	7 (2.2)	
AGE’li çocuğa su vermenin yararı			
Yararı yok	27 (8.5)	0 (0.0)	0.000
Kaybedilen suyu yerine koyar	212 (67.1)	274 (86.7)	
Fikrim yok	77 (24.4)	42 (13.3)	
AGE’li çocuğa su vermenin zararı			
Zararı yok	257 (81.3)	312 (98.7)	0.000
İshali artırır	31 (9.8)	1 (0.3)	
Fikrim yok	28 (8.9)	3 (0.9)	
Yapılmaması gereken			
Şekerli ve yağlı yiyecekler ishali arttırdığı için verilmemeli	7 (2.2)	1 (0.3)	0.024
Doktor önerisi dışında antibiyotik verilmez	13 (4.1)	1 (0.3)	
Hazır meyve suları ve kolalı içecekler verilmemeli	38 (12.0)	7 (2.2)	
Anne sütü ishali arttırdığı için verilmemelidir	216 (68.4)	288 (91.1)	
Fikrim yok	42 (13.3)	19 (6.0)	
AGE’den korunmada yanlış olan			
Doğru (Aşılar AGE’e yol açacak diye yaptırmama)	241 (76.3)	298 (94.3)	0.000
Yanlış	23 (7.2)	1 (0.3)	
Fikrim yok	52 (16.5)	17 (5.4)	
Toplam	316 (100)	316 (100)	

χ^2 McNemar testleri, cevaplar doğru ve yanlış diye iki gruba ayrılarak yapılmıştır.

Tablo 13 incelendiğinde annelerin eğitimden önce %71.2’si ORS’nin ne olduğunu bilmediğini ifade ederken, eğitimden sonra bu oran anlamlı olarak %11.4’e düşmüştür (p<0.05). Eğitimden önce annelerin %82.9’u, eğitimden sonra %18.4’ü ORS sıvısı verme miktarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. ORS sıvısı verme

miktarını bilenlerin sayısı anlamlı olarak artmıştır ($p<0.05$). Çalışmaya katılan annelerin eğitimden önce %14.2'si, eğitimden sonra %2.5'i AGE'e iyi gelen yiyecekleri bilmediklerini ifade etmişlerdir. AGE'e iyi gelen yiyecekleri bilenlerin sayısı anlamlı olarak yükselmiştir ($p<0.05$). Annelerin eğitimden önce %61.7'si pirinç suyu, ayran, su ve çorbaların AGE'li çocuğa verilmesi gerektiğini ifade ederken, eğitim sonrası bu oran anlamlı olarak %83.5'e yükselmiştir ($p<0.05$).

Annelerin eğitimden önce %24.4'ü, eğitimden sonra %13.3'ü AGE'li çocuğa su vermenin yararını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Eğitimden önce %9.8'i, eğitimden sonra %0.3'ü AGE'li çocuğa su vermek ishali artırır yanıtını vermişlerdir. Eğitim sonrası AGE'li çocuğa su vermenin ishali arttırdığı yanıtını verenlerin sayısında anlamlı bir düşüş vardır ($p<0.05$). Eğitimden önce annelerin %13.3'ü anne sütü AGE'i arttırdığı için verilmemesi gerektiğini ifade ederken, eğitimden sonra bu oran anlamlı olarak %6'a düşmüştür ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan annelerin, eğitimden önce %76.3'ü aşılardan AGE'e neden olmadığını bilirken, eğitimden sonra bu oran %94.3'e yükselmiştir. Aşı yaptırmamanın AGE'e neden olmadığını bilen annelerin oranı anlamlı olarak yükselmiştir ($p<0.05$).

4.5. Eğitim Öncesi ve Sonrasında Bilgi Değişimi

Araştırmaya katılan 316 annenin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları incelendiğinde; eğitim öncesinde toplam bilgi puanı ortalaması (toplam 38 puan üzerinden) 18.3 iken, sonrasında anlamlı olarak 28.6'ya yükselmiştir ($p<0.05$).

Tablo 14. Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Değişimi

Bilgi Değişimi	Ön test		Son test		Eşleştirilmiş	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Toplam Bilgi Puanı	18.3	5.7	28.6	4.1	-36.522	0.000

Tablo 14'de görüldüğü gibi, eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

AGE'e ilişkin verilen eğitimin etkinliği ile ilgili bu araştırmaya katılan annelere yapılan taburculuk eğitimi öncesi ve sonrasında ki bilgi puanları arasında anlamlı olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annelerin eğitim sonrasında bilgi puanları artmıştır. Freedman ve arkadaşlarının yaptığı eğitim çalışmasında bakıcılara verilen eğitimle çocukluk çağı hastalıklarından enterit nedeniyle acile başvuru oranı azaltılmıştır. Çocuğa bakan kişinin eğitimi ile gastroenterit olma oranının azalması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (33).

Hemşirelikte değişik alanlarda yapılan çeşitli araştırmalarda sağlık eğitiminin etkinliğini vurgulayan sonuçlar elde edilmiştir. Bunlardan bazı çalışma sonuçları şöyledir; Fındık yaptığı çalışma ile amputasyon uygulanan hastalarda eğitimin hastalığı değerlendirme ve öz-bakım yetisine etkisini belirlemiştir (46). Güngör ve arkadaşlarının yaptığı, 15-49 yaş kadınlara aile planlaması ve kontraseptif yöntemler konusunda verilen eğitimi değerlendiren çalışmada, verilen eğitimle kadınların aile planlaması ve kontraseptif yöntemler konusundaki sorulara eğitim öncesi bilgi açığının kapandığı saptanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (50). Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrenci hemşirelerin kendi eğitimlerinin gereği olarak yaptıkları uygulama kapsamında yürüttükleri bir eğitim programı ile kadınların hem meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyinde hem de düzenli olarak kendi kendini meme muayenesi yapma davranışlarında önemli bir artış olduğu saptanmıştır (49). Arıcı ve arkadaşının yaptığı çalışmada hastaların histerektomi ameliyatı ve evde bakım konusunda bilgi eksiklerinin olduğu ve bu konuda verilen planlı eğitimin hastaların eğitim öncesi ön-test ile saptanan açıklarını giderebildiği görülmüştür (14). Bu sonuçlar, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirmenin birlikte birey ve toplumu

hastalıklardan korunma ve fonksiyonel yetersizlikleri önleme, yaşam kalitesini yükseltme konusunda yardımcı olan uygulamalar olduğunu kanıtlayarak, eğitimin hastalıkların seyrine olumlu etkisi olduğunu göstermiştir.

Annelerin % 76.6'sı 20-34 yaş arasındadır. Çalışmamızda yaş ile bilgi puanı arasında eğitim öncesinde anlamlı bir ilişki varken eğitim sonrasında yaşın bilgi puanı üzerinde etkisiz olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Energin'in yaptığı çalışmada ise annenin yaşı ile AGE'den korunma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (22). Bu nedenle özellikle düşük öğrenim seviyesinde olan annelere yönelik düzenli, denetimli ve sürekli bir sağlık eğitiminin çocuk sağlığını korumada etkili olduğu söylenebilir. Eğitim-sağlık arasındaki etkileşim her yaşta bulunan insan için önemlidir.

Araştırmaya katılan annelerin %46.5'i okur-yazar değildir. TNSA 2008'e göre ise Güneydoğu Anadolu bölgesinde okur-yazar olmayan kadınların oranı %37.7'dir (51). Okur-yazarlık oranının bu kadar düşük olması, kadınların öğreniminin önemsenmediğini göstermektedir. Böyle bir bulgunun sağlıklı olmayı olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Çünkü anne öğrenimi çocuğun sağlığı, eğitimi ve yetiştirilmesi için gereklidir. Çalışmamızda annelerin öğrenim durumunun eğitim öncesinde ve sonrasında annelerin bilgi düzeyi üzerinde etkili bir faktör olduğu belirlenmiştir. Ertem ve arkadaşlarının Diyarbakır'da yaptığı çalışmada da 0-6 yaş grubu çocuklarda AGE sıklığı % 53.4 olarak bulunmuş ve bu çalışmada yüksekliğin nedeni olarak alt yapının kötü olması ve bölgede yaşayan annelerin öğrenim durumlarının düşük düzeyde olması düşünülmüştür. Aynı çalışmada AGE ile anne öğrenimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (31). Şanlıer ve AYTEKİN'in 0-3 yaş arası çocuğu olan 679 kadın üzerinde yaptığı çalışmada annelerin öğrenim durumları ile çocuklara AGE diyeti uygulama, evdeki ilaçları verme, ORS, yağsız katı besin ve kaynatılmış su verme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (80). Baysal ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesine başvuran çocuk annelerinin AGE hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili yaptığı çalışmada annelerin öğrenim düzeyi azaldıkça AGE'den korunma yöntemlerini bilmediği bulunmuştur ($p<0.05$) (22). Etiler ve arkadaşlarının Antalya'da yaptığı çalışmada anne öğrenim durumunun düşük olması ile AGE olma oranı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (6). ÇETİNEL'in yaptığı çalışmada anne öğreniminin çocuğun hastalıklardan korunması ve önlenmesinde etkili olduğu

belirlenmiştir (91). TNSA 2008 verilerine göre de, annelerin eğitim düzeyi lise veya üzeri olan, yüksek ve en yüksek refah düzeyine sahip olan çocukların, ORS tedavisi alma veya uygun şekilde beslenme olasılıkları diğerlerine göre daha yüksek tespit edilmiştir (51). Bu bilgiler AGE ve enfeksiyon hastalıkları dahil bütün hastalıkların temelinde eğitimin tek ve önemli ilk etken olduğunun göstergesidir.

Çalışmamıza katılan ailelerin gelir durumunun annelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları üzerinde etkili olduğu ve gelir düzeyi azaldıkça annelerin toplam bilgi puanlarının düştüğü bulunmuştur. Seigel ve arkadaşlarının Brezilya’da yaptığı çalışmada ise düşük sosyoekonomik durumlu toplumlarda AGE görülme oranı anlamlı olarak ilişkili çıkmış ($p<0.05$) ve düşük soyo-ekonomik durumun AGE görülme oranını arttırdığı tespit edilmiştir (56). Baysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin gelir düzeyleri azaldıkça doğru korunma yöntemlerini bilmediği tespit edilmişti ($p<0.05$) (22).

Annelerin %75.7’si şehirde, %24.4’ü ise köyde yaşamaktadır. AGE ve ORS konusundaki bilgilere ulaşma ve bu bilgilerden yararlanma konusunda şehir merkezinde yaşayan anneler, kırsal kesimde yaşayan annelere göre daha geniş olanaklara sahiptirler. Kırsal kesimde yaşayanlarda öğrenim durumunun düşük olması nedeni ile AGE ve ORS konularında yanlış bilgiler ve uygulamalar görülmektedir. Çalışmamızda yaşanan yerin eğitim öncesinde ve sonrasında bilgi puanı üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Ertem ve arkadaşlarının da Diyarbakır’da yaptığı çalışmada yerleşim yeri ile AGE arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (31). TNSA 2008 verilerinde ise kentte yaşayan çocukların, ORS tedavisi alma ve uygun şekilde beslenme olasılıkları diğerlerine göre daha yüksek belirlenmiştir. (51).

Araştırmaya katılan annelerin çocuk sayısı ve yaşı arttıkça eğitim öncesi, ön test bilgi puanları anlamlı olarak artmıştır ($p<0.05$). Çocuk sayısı ve yaşın artmasıyla ön test bilgi puanlarının yükselmesinin deneyimden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan annelerin eğitim sonrası toplam bilgi puanlarını ev içerisindeki kişi sayısı ve annenin çocuk sayısı anlamlı olarak etkilemiştir. Evdeki kişi sayısı ve annenin çocuk sayısı düştükçe annelerin son test toplam bilgi puanları anlamlı olarak artmıştır ($p<0.05$). Bunun nedeni olarak, evdeki kişi ve annenin çocuk sayısı düştükçe anneler çocuklarıyla daha fazla ilgilenebilmekte ve çocuk bakımıyla ilgili bilgileri daha fazla öğrenmeye çabalamaktadır.

Ev içerisinde Türkçe konuşan annelerin eğitim sonrasında son test toplam bilgi puanları, ev içerisinde Türkçe konuşan annelerin son test toplam bilgi puanlarından anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Çünkü eğitim dili Türkçe'dir. Eğitim materyalleri Türkçe hazırlanmış olup, eğitim Türkçe verilmiştir. Anneler ev içerisinde Kürtçe konuştukları için Türkçe'leri yetersiz kalmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin %63.6'sı AGE hakkında bilgi almadıklarını, %20.9'u sağlık personellerinden, %7.3'ü yakın çevresinden, %8.3'ü radyo-televizyon-dergi-gazetelerden ifade etmişlerdir. Sağlık personellerinden bilgi alanların ön test toplam puanları diğer kaynaklardan bilgi alanların ön test toplam bilgi puanlarından düşük saptanmış olup bunun nedeni olarak, bilgi alınan kaynaklar arasında sağlık personellerinin oranının az olması, sağlık personellerinin verdiği eğitimin annelerin anlayamayacağı dille (çok fazla tıbbi terim kullanılması ve açıklanmaması) yapılması olarak düşünülmektedir. Annelerin bilgi kaynakları arasında sağlık personelinin oranının az olması, sağlık hizmetlerine, özellikle sağlık eğitimine ulaşamadıklarını göstermekte olup, sağlık personelinin sağlık eğitimi hizmetini artırması ve sürekliliğini sağlaması ve anneler tarafından anlaşılabilir sözcükler kullanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Eğitim öncesi annelerin %81.3'ü AGE'e neden olan durumu mikropların çocuğa bulaşması olarak belirtirken bu oran eğitim sonrasında %95.3'e yükselmiştir. Elmacı ve arkadaşının Diyarbakır'da çocuk ishalleri adıyla yaptığı çalışmada annelerin %87.1'i AGE'e neden olan etkeni ay basması olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada annelerin %47.7'si yoğurt ve yoğurtlu yiyecekleri AGE'e iyi gelen yiyecekler olarak belirtirken, %36.3'ü pirinçli ve patatesliler olarak belirtmiştir (41). Çalışmamızda ise eğitim öncesinde annelerin %69.4'ü, eğitim sonrasında ise %88.6'sı AGE'e iyi gelen yiyecekleri doğru bilmişlerdir.

Annelerin %46.5'i eğitim öncesi, eğitim sonrası %0.9'u AGE'in bulaşıcı olmadığını belirtmişlerdir. Eğitim öncesi AGE'nin bulaşıcı olmadığını ifade eden anneler, AGE'nin bulaşıcı olmadığını düşünmelerinin sebebini, bebeklerinin yattığı servisin bulaşıcı hastalıklar servisi olmadığı için hastalık bulaşıcı değildir şeklinde belirtmişlerdir. Bu sonuçlar gösteriyor ki annelerin AGE'in bulaşıcılığı hakkında bilgilendirilmeleri önem kazanmaktadır ve AGE'in önlenmesinde annelerin eğitimi önemli bir yer almaktadır.

Eđitim ncesi annelerin %56.6'sı AGE'in tehlikesinin çocuklar için öldürücü olduğunu belirtmişlerdir. Gaziantep'teki çalışmada annelerin %85.8'i AGE'in çocuklar için öldürücü olduğunu belirtmişlerdir (27). Çalışmamızda AGE'nin öldürücü olduğunu ifade eden annelerin oranı Gaziantep'de yapılan çalışmada elde edilen oranlardan daha dūřuktur.

AGE'de ölüm nedeni vücuttaki sıvı- elektrolit kaybı olmasından dolayı su ve sulu besinlerin verilmesi ayrıcalık taşımaktadır. Suyun verilmesiyle kaybedilen sıvının yerine konulması başta gelen bir yaklaşımdır. Çalışmaya katılan annelerin %72.5'i eğitim öncesinde, %90.2'si eğitim sonrasında 'AGE'li çocuğa bol sulu gıdalar verilmeli' demişlerdir. Annelerin %67.1'i AGE'li çocuğa su vermenin 'kaybedilen sıvıyı yerine koymak için gerekli' olduğunu söylemişlerdir. Benzer şekilde Bozkurt ve arkadaşlarının Gaziantep'te yaptığı çalışmada 'AGE'li çocuğa verilecek sıvı miktarı arttırılmalıdır' diyenlerin oranı %79.5 bulunmuş ve yine aynı çalışmada annelerin çocukları AGE olduklarında %67.1'nin çocuklarına verdikleri su ve sıvı gıdalarda artış yaptıkları bulunmuştur (27). Baysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin %93.6'sı AGE başladığında ilk müdahale olarak ne yaparsınız sorusuna sıvı gıdaları attırđığını söylemişlerdir (22). TNSA 2008'e göre ise çocukların %27'si için verilen sıvı miktarının öncekiyle aynı tutulduğunu, %49'u için sıvı miktarının arttırılmış ve yüzde 16'sı için ise verilen sıvı miktarının azaltıldığı belirtilmektedir (51).

AGE'in neden olduğu dehidratasyona en basit ve etkili tedavi çocuğun aldığı sıvı miktarını ORS ile arttırmaktır. Ağızdan sıvı tedavisi (AST) olarak da bilinen ORS, hazır olarak satılan oral rehidratasyon tuzlarından oluşan paketin suyla karıştırılmasıyla oluşan eriyiği, ya da evde, önerilen şekilde hazırlanan tuz, şeker ve sudan oluşan AGE sıvısını (AST) içermektedir (51). Araştırmaya katılan annelerin sadece %28.8'i eğitim öncesinde ORS'yi duymuş ve ORS'yi duyanların ancak %20.9'u paket ORS, %2.5'i evde hazırlanan ORS ve %5.4'ü ise hem paket hem de evde ORS olarak tanımlamış ancak, %6'sı evde ORS hazırlamayđ, %20.9'u hazır paketdeki ORS'yi hazırlamayđ doğru tarif etmiştir. Bu araştırmada elde edilen bulgular literatürle paralellik göstermektedir. TNSA 2008'e göre annelerin %9.2'si paket ORS'yi, %7.5'i evde hazırlanan ORS'i, %14.7'sinin ise hem paket hem de evde hazırlanan ORS'yi bildiği ve ocuk AGE olduğunda ocuğa ORS verdiği belirlenmiştir (48). Ertem ve arkadaşlarının Diyarbakır'da yaptığı çalışmada ORS

kullanım oranı %19.2 olarak tespit edilmiştir (30). Şanlıer ve AYTEKİN' in yaptığı çalışmada, annelerin %39.1'i çocukları AGE olunca ishali arttıracığı için çocuklarına su vermediği, %2.2'sinin anne sütünü kestiği ve %59.8'nin ORS vermedikleri saptanmıştır (80). Ancak Baysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin %76.4'ü ORS'yi bildiği tespit edilmiş olup bu araştırmadan yüksektir (22). Bunun nedeni olarak, bu araştırmanın yapıldığı bölgenin sosyo-demografik özelliklerinin farklı olması düşünülmektedir.

Annelerin %98.7'si çocuk AGE olduğunda anne sütü vermeye devam etmiştir. Baykan ve arkadaşının yaptığı çalışmada annelerin %82.3'ü AGE sırasında emzirmeye devam edilmesi gerektiğini bilmektedir (21). Gaziantep'te yapılan çalışmada ise kadınların %65'i AGE olan çocuğu emzirmeye devam edeceklerini belirtmişlerdir (27). Ertem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise annelerin %16.6'sının çocuk AGE olduğunda emzirmeyi azalttığı, %2.9'unun ise emzirmeyi kestiği belirtilmiştir (31).

Araştırmaya katılan annelerin AGE'e karşı korunmada eğitim öncesinde %66.5'i hijyene dikkat etme olarak belirtirken, eğitim öncesi %8.6'sı, eğitim sonrası %53.2'si AGE'den korunma yollarını tam olarak doğru yanıtlamışlardır. Baysal ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesine baş vuran çocuk annelerinin AGE hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili çalışmada annelerin AGE'e karşı en sık tercih edilen korunmada %54.8'i hijyene dikkat etmek olduğunu belirtilmiştir (22). Gaziantep'teki çalışmada AGE'den nasıl korunacağı sorusuna %62'si doğru yanıt vermiştir (27). Zaire'de temizlik kurallarını temel alan ve annelere uygulanan temizlik kuralları ile ilgili bir eğitimle AGE sıklığında ve AGE'in süresinde belirgin bir azalma saptanmıştır (52). Bu sonuç bilinçli ve programlı olarak yapılacak eğitimlerle çocukların AGE'den korunabileceğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin eğitim öncesinde %25.6'sı, eğitim sonrasında %40.8'i çocuk AGE olunca evde tedavi edilebilir demişlerdir. Nijerya'da yapılan bir çalışmada incelenen iki bölgede AGE olan çocukların sağlık merkezine götürülme durumları %40 ve 44'tür (68).

Sınırlılıklar: Çalışmaya katılan annelerin ön test soru ve cevaplarını ezberleyip, 1 ay sonraki son testte bu ezbere dayalı cevap verme ihtimalleri bulunmaktadır.

Ön test uygulanıp eğitim verilen 11 anneye son test uygulaması için ulaşamadığı için son test uygulanamamış ve bu annelere uygulanan soru formları örneklem dışı bırakılmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

AGE tanısıyla hastaneye yatan süt çocuklarının annelerine verilen eğitimin bilgi ve uygulamalarına etkisinin belirlenmesi ile ilgili çalışmamızda elde edilen sonuçlar, annelerin AGE konusunda bilgilerinin yeterli olmadığını ve mevcut bilgilerinin de uygulamalarına yansımadığını göstermektedir. Araştırma kapsamındaki annelere AGE'e ilişkin verilen eğitimle bilgi açığının kapandığı saptanmış olup, annelerin bilgilerini arttırarak uygulamalarında değişiklik yaratacak eğitim uygulanmasıyla annelerin AGE'e yönelik bilgi düzeylerinin arttığı ve bilgilerinin uygulamalarına yansıdığı görülmüş ve böylece çocuk sağlığının olumlu etkilendiği belirlenmiştir.

Annelere, AGE kontrolü doğrultusunda anlayabilecekleri bir dille sağlık eğitiminin verilmesi çocukluk çağı akut gastroenteritlerin görülme sıklığını ve dolayısıyla mortalitesini azaltmakta büyük önem taşımaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda düşünülmüş olan öneriler aşağıda belirtilmiştir.

➤ AGE'li çocuğun bakımını sağlamak amacıyla hasta yatışından itibaren hemşiresi tarafından taburculuk eğitimi planı yapılmalıdır. Hemşirenin yaptığı taburculuk eğitimi uygulaması, hastanedeki sistemik bakımın evde devamlılığının sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Taburculuk eğitimi; verilen eğitim AGE'nin nasıl bir hastalık olduğu, belirtileri, bulaşma yolları, AGE'li çocuğun beslenmesi, anne sütünün yararları ve AGE'den korumada en etkili korunma yöntemi olduğu, AGE'in çocukları nasıl etkilediği (AGE'in zararsız ya da normal olmadığını, sık sık AGE olan bir çocuğun yeterince büyüemeyeceğini ve AGE'in, çocukların vücudunda çok fazla su ve tuz kaybolmasına yol açmasıyla çok hızlı bir şekilde çocuğun ölümüne neden

olabileceğini) ve yaratacağı sonuçları ile tedavide nasıl bir yaklaşımın olacağı, ORS, doktora başvurmaksızın ilaç kullanılmaması gerektiğini ve korunma yöntemlerini içermelidir. Bunun yanında hasta annesine/bakım vericiye dikkat edilecek konular, hekime başvurulması gereken durumlar, tüm bakım gereksinimleri, evde kullanılacak ekipman yönetimi ve enfeksiyon kontrol yöntemleri konusunda eğitim verilmelidir. Bu amaçla eğitim formları, broşürler ve taburculuk yönergeleri kullanılmalıdır.

➤ Eğitim öncesinde ORS'yi bilme oranının çok düşük olması da düşündürücüdür. Bu nedenle tüm kitle iletişim araçları ve ilgili kuruluşlar, ORS kullanımını yaygınlaştırma çabalarını arttırmalıdır.

➤ Araştırmaya katılan annelerin toplam bilgi puanları üzerinde, eğitimde kullanılan yazılı kaynakların (broşürlerin) ve uygulamalı ORS hazırlama anlatımının etkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda, AGE konusunda yazılı eğitim materyallerinin sağlık kurumlarınca geliştirilerek, taburcu olurken annelere verilmesi ve özellikle kırsal bölgelerde ebeler ve toplum sağlığı hemşiresi tarafından ev ziyaretleri esnasında annelere uygulamalı olarak evde ORS hazırlanmasının öğretilmesi önerilebilir. Ayrıca sağlık kuruluşlarında AGE eğitimi programları hazırlanıp, eğitimin hedefleri doğrultusunda hazırlanan bilgi formu ile annelerin bireysel bilgi ve uygulama yetersizlikleri belirlenerek, belirlenen yetersizlikler doğrultusunda, yazılı kaynak kullanılarak eğitim yapılması, annelerin kişisel özelliklerine göre planlanmış, bireysel görüşmelerle bu eğitimin sürdürülmesi önerilebilir.

➤ Çalışmamızda öğrenim düzeyi düşük genç annelerin, bilgi düzeyleri eğitim öncesinde düşük bulunmuştur. Eğitim öncesi ORS'yi bilerek kullananların oranı eğitim sonrası anlamlı olarak artmıştır ($p < 0.05$). Bu nedenle, özellikle öğrenim düzeyi düşük annelerin eğitimine önem verilmelidir. Öğrenim düzeyi düşük annelere verilen eğitimlerin daha anlaşılır bir dille olması, görsel işitsel araçların kullanılması ve tekrarların daha fazla yapılması veya öğrenim düzeylerine uygun farklı eğitim yöntemlerinin kullanılması önerilebilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında etkin, sürekli eğitimin yapılması ve yapılan eğitimin denetiminin sağlanmasının faydalı olacağı ve AGE'den korunmak için gerekli eğitimin verilmesinde kitle iletişim araçlarından, vakıflardan, gönüllü kuruluşlardan faydalanılması sayesinde

öğrenim düzeyi düşük annelerinde gerekli bilgiyi alması sağlanabileceği düşünülmektedir.

➤ Çocuk sayısı azaldıkça annelerin eğitim sonrası bilgi puanları anlamlı olarak yükselmiştir ($p<0.05$). Bu sonuç doğrultusunda aile planlaması yöntemlerinin yaygınlaştırılması ve doğurganlığın azaltılması için gerekli eğitimlerin artırılması önerilebilir.

Sonuç olarak; araştırma sonucunda elde edilen tüm veriler AGE'e ilişkin sağlık eğitiminin sürekliliğinin sağlanması gerektiği ve yeterli ve doğru içerikle annelere verilecek sağlık eğitiminin tüm sağlık kuruluşlarında ve özellikle kırsal bölgelerde ebeler ve toplum sağlığı hemşiresi tarafından ev ziyaretleri ile pekiştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Acar B, Aral YZ, Dallar Y, Saç R, Sarıyıldız E. Akut Gastroenteritli Çocuklarda Klinikte Varsayılan ve Gerçek Dehidratasyonun Karşılaştırılması. Ege Tıp Dergisi (Ege Journal of Medicine), 2008; 47(3): 197–192.
2. Adam R, Hoehne M, Petzold A, Schenk S, Schrotten H, Tenenbaum T. Severe Gastroenteritis With Secondary Fever in A 10 Month-old Boy. Journal of Clinical Virology, 2010; 47: 107–109.
3. Ağzıkuru S, Boran P, Bostan Ö, Ketenci Ö, Öktem S, Tokuç G, Tutar E, Şimşek Ş, Zeren M. Akut Gastroenteritli Olgularımızın Değerlendirilmesi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2004; 15(3): 147–150.
4. Akın L. Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıkların Kontrolü. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. (Eds: Güler Ç, Akın L.) Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006; 905–20.
5. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayını. İzmir, 2006.
6. Aktekin M, Etiler N, Velipasaoğlu. Risk Factors for Overall and Persistent Diarrhoea in Infancy in Antalya, Turkey: A Kohort Study. Journal of The Royal Institute of Public Health, 2004; 118: 62–69.
7. Akut Gastroenterit ve Dehidratasyon Bilgilendirme Formu. Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Klinik destek Belgeleri, Hastalık Değerlendirme ve Girişim Onam Formları. Çocuk Enfeksiyon Dergisi, 2009; (http://www.cocukenfeksiyon.org/sayfalar/hasta_onam_formlari.asp)
8. Alam N, Wojtyniak B, Henry FJ, Rahaman M. Mothers' Personal and Domestic Hygiene and Diarrhoea Incidence in Young Children in Rural Bangladesh. International Journal of Epidemiology, 1989; 18: 242–247.
9. Albayrak S, Aycan S, Bumin MA, Ceyhan M, Görür N, Tüzün H. Water Usage Habits and The Incidence of Diarrhea in Rural Ankara, Turkey. Transactions of

- the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2007; 101 (11): 1131–1135 (Abstr).
10. Allan C, Booth AJ, Cunliffe NA, Hart CA, Lowe SJ, Nakagomi O, Regan M, Sopwith W. Healthcare – Associated Rotavirus Gastroenteritis in a Large Pediatric Hospital in The UK. *Journal of Hospital Infection*, 2007; 67: 240-244.
 11. Altunbaş H, Arslan Z, Bölükbaş N, Erbil N. 0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdukları geleneksel Uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009; 6 (1): 164–176.
 12. Anastasi JK, Winson G. Diarrhea and Wasting Conference Summary. *Journal of The Association of Nurses in Aids Care*, 2001; 12 (Suppl): 63–65.
 13. Ardythe LM, Rangel JM. Human Milk Protection Against Infectious Diarrhea: Implications for Prevention and Clinical Care. *Semin Pediatr Infect Dis*, 2004; 15: 221-228.
 14. Arıcı Karazeybek E, Özbayır T. Histerektomi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005; 21 (2): 1-11.
 15. Aszkenasy OM, Rahman S. Management of Childhood Gastroenteritis in The Community. *Public Health*, 2001; 115: 292–294.
 16. Avita AU, Iswarawanti DN, Davelyna D, Drupadi Dillon. Food and Personal Hygiene Perceptions and Practices among Caregivers Whose Children Have Diarrhea: A Qualitative Study of Urban Mothers in Tangerang, Indonesia. *J Nutr Educ Behav*, 2010; 42: 33-40.
 17. Aydın M, Aygün M, Kabakuş N, Kılıç M, Taşkın E. Annelerin İshale Karşı Tutum ve Davranışları. *Klinik Bilimler ve Doktor*, 2003; 9 (5): 590–595.
 18. Aziz KMA, Hoque BA, Hasan KZ, Patwary MY, Huttly SRA, Rahaman MM, Feachem RG. Reduction in Diarrhoeal Diseases in Children in Rural Bangladesh by Environmental and Behavioural Modifications. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1990; 84 (3): 433-438 (abstr).
 19. Barata IA, Brown KM, Colletti JE, Ishimine P, Sharieff GQ. The Management of Children with Gastroenteritis and Dehydration in The Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine, U.S.A.*, 2009; 1-13.
 20. Barrabaig I, Bartolome R, Buesa J, Camps N, Dominguez A, Godoy P, Martinez A, Minguell S, Montova R, Parron I, Perez U, Pumares A, Ruiz L, Sala MR,

Simon M, Torner N. Aetiology and Epidemiology of Viral Gastroenteritis Outbreaks in Catalonia (Spain) in 2004-2005. *Journal of Clinical Virology*, Elsevier, 2008; 126-131.

21. Baykan Z, Maral I. Ankara İli Gölbaşı İlçesinde 0–60 Aylık Çocuğu Olan Annelerin İshal Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları ile Çocukların Son İki Hafta İçindeki İshal Prevelansı. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 2001; 10 (3): 125–132.
22. Baysal T, Energin VM, Kaya Ü, Köksal Y, Reisli İ. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Çocuk Hastaların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Selçuk Tıp Derg*, 2007; 23: 69–75.
23. Baysal SU, Cantez T, Oğuz F, Ömeroğlu RE. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2003; 66–67, 496–501.
24. Bezen D. Süt Çocukluğu Dönemindeki Akut Gastroenteritlerde Etiyolojik ve Epidemiyolojik Faktörler. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
25. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year? *Lancet* 2003; 361: 2226–34
26. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Gastroenteritis. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16. ed, Philadelphia, WB Sanders Company, 2000, 765.
27. Bozkurt AI, Özgür S, Özçırpıcı B. Gaziantep'te Farklı Sosyoekonomik Bölgelerde Yaşayan Evli Kadınların İshal Konusunda Bilgi Düzeyleri. *Çapa Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi*, 1996; 49–54.
28. Boztepe H. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. *Türkiye Klinikleri J Nursi Sci*, 2009;1 (2): 88–93.
29. Burkhart DM. Management of Acute Gastroenteritis in Children. *Am Fam Physician*, 1999; 60-2555.
30. Cebeci B, Koç A, Kösecik M, Tatlı MM. Şanlıurfa'da 5 Yaş Altı Çocukların Hastaneye Yeterilme ve Ölüm Nedenleri. *Genel Tıp Derg*, 1998; 8(1): 37-40.
31. Ceylan A, Ertem M, İlcin E, Saka G. Diyarbakır'da 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Akut İshal. *Türk Pediatri Arşivi*, 1996; (Abstr.).
32. Cheng AC, McDonald JR, Thielman NM. Infectious Diarrhea in Developed and Developing Countries. *J Clin Gastroenterol*. 2005; 39: 757-73.

33. Couto M, Freedman SB, Haladyn JK, Spooner L. The Implementation of a Gastroenteritis Education Program. *American Journal of Emergency Medicine*, 2009; 1-7.
34. Çan G, Kazaz S, Odabaş Y, Sünbül Ş, Topbaş M. Trabzon Vakıfkebir İlçesi Akut Gastroenterit Salgını İncelemesi- Kasım 2006. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(4): 233-241.
35. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD. Çocuklarda İshal. *Uludağ Üniversitesi*, 2007.
36. Demiral T. Akut İnfeksiyöz İshallere Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002; 11 (6): 206-208.
37. Demirtürk N. Akut İshalli Olguların Değerlendirilmesi. *ANKEM Derg*, 2004; 18 (1): 24-27.
38. Dibley MJ, Freeman S, Higginbotham N, Howteerakul N. ORS is Never Enough: Physician Rationales for Altering Standard Treatment Guidelines When Managing Childhood Diarrhoea in Thailand. *Social Science and Medicine*, 2003; 57: 1031-1044.
39. DSÖ. Dünya Sağlık Raporu 2005, Her Anne ve Çocuk Önemlidir. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı, 2005.
40. Ehlayel MS, Bener A, Abdulrahman HM. Protective Effect of Breastfeeding on Diarrhea Among Children in A Rapidly Growing Newly Developed Society. *Turk J Pediatr*, 2009; 51 (6): 33–527(abstr).
41. Elmacı N, Özelçi P, Diyarbakır'da çocuk İshalleri: İnanışlar ve Yerel Tedavi Uygulamaları. *GAP Çerçevesinde Halk Kültürü Sempozyumu Bildirileri Kitabı*, 2003.
42. Emmett PM, Golding J, Rogers IS. Gastroenteritis, Diarrhoea and Breast Feeding. *Early Human Development*, 1997; 49 (Suppl): 83-103.
43. Eroğlu C. Akut İshalli Hastaya Yaklaşım. *İ. Ü. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, 2008; 61: 171–178.
44. Etiler N. Etiler N, Velipaşaoğlu S, Aktekin M. Risk factors for overall and persistent diarrhoea in infancy in Antalya, Turkey: a cohort study. *Public Health*. 2004; 118 (1): 62–9.
45. Eyigün CP, Görenek L, Pahsa A. Acilde Gastroenteritler. *Gata Tıp Dergisi*, 2003;527–552.

46. Fındık Y. Ampütasyon Uygulanan Hastalarda Eğitimin Hastalığı Değerlendirme ve Öz-bakım Gücü Kazanma Yetisine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 1999.
47. Greenbaum LA, Acute Diarrhea and Oral Rehydration. Textbook of Pediatrics, Philadelphia, 2004; 50–249.
48. Gökkoca U.Z. Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. Sted, Antalya, 2001; 10 (10) : 371–374.
49. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. Öğrenci Hemşireler Tarafından Bir Halk Eğitim Merkezinde Verilen Eğitimin Kadınların Meme Kanseri/Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Meme Sağlığı Dergisi, 2007; 3(2): 53-57.
50. Güngör N, Çeçen D, Özbaşaran F. Manisa Organize Sanayi Bölgesindeki Bir Tekstil Fabrikasında Çalışan 15-49 Yaş Kadınlara Aile Planlaması ve Kontraseptif Yöntemler Konusunda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2004; 7 (2): 17-26.
51. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008.
52. Haggerty PA, Muladi K, Kirkwood BR, Ashworth A, Manunebo M. Community- based Hygiene Education to Reduce Diarrhoeal Disease in Rural Zaire: impact of the intervention on diarrheal morbidity. International Journal of Epidemiology, 1994; 23: 9–1050 (abstr).
53. Heinz P. Management of Gastroenteritis in Children. J. Pediatric and Child Health, Elsevier Ltd, 2008; 453–457.
54. Hepps TS, McQuillen KK, Roslund G. The Rol of Ondansetron in Children With Vomiting as aResult Acute Gastritis / Gastroenteritis Who Have Failed Oral Rehydration Therapy: A Randomized Controlled Trial. Annals of Emergency Medicine, 2008; 52: 22–29.
55. Hulley B.S, Cummings R.S, Browner W.S, Grady Deborah G, Hearst N, Newman T. B. Designs Clinical Research. Lippincott Williams and Wilkins, USA, 2000; 2. ed, 168-170.
56. Irmak H. Sularla İlişkili Hastalıklar. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008; 10–16, 24-26.

57. Jesus P, Salgado K, Sant'anna CS, Seigel RR. Acute Dairrhea Among Children From High and Low Socioeconomic Communities in Salvador , Brazil. *Int J. Infect Dis*, 1996; 1: 28-34.
58. Kartoğlu Ü, Neyzi O, Oğuz F, Sidal M, Uğur S, Uzel N. The Impact of Systemic Use of Oral Rehydration Therapy on Outcome in Acute Diarrheal Disease in Children. *J PEdiatric Emergency Care*, 1994; 10(6): 326–329.
59. Keser M. Akut İshal Tanısı İle Hastaneye Yatırılan Beş Yaşından Küçük Çocuklarda Rotavirüs Sıklığı ve Klinik Özellikleri. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yan Dal Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
60. Kurugöl Z, Geylani S, Karaca Y. Rotavirus Gastroenteritis Among Children Under Five Years of Izmir, Turkey. *Turk J Pediatr* 2003; 45: 290-294.
61. Kutlu T. İshalli Çocuğun Beslenmesi. Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul 2004; 267-351.
62. Kutlu T. İshalli Çocuğun Beslenmesi ve Oral Rehidratasyon Tedavisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, Güncel Tıp Yayınları, İsatnbul 2001; 155–164.
63. Kúpeli S, Yalçın S. Akut Gastroenteritte Malpraktis: Bir Olgu Sunumu. *Sted*, 2002; 11 (4): 295-296.
64. Losek J.D, Reid Sr. Hypoglisemia Comlicating Dehydration in Children With Acute Gastroenteritis. *The Journal of Emergency Medicine, USA*, 2005; 29 (2): 141-145.
65. Luby SP, Agboatwalla M, Bowen A, Kenah E, Sarker Y, Hoekstra M. Difficulties in Maintaining Improved Handwashing Behavior, Karachi, Pakistan. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 2009; 81 (1): 140-145 (abstr).
66. Mintz ED, Nataro JP, Parashar UD, Podewils LJ. Acute, Infectious Diarrhea Among Children in Developing Countries. *Seminar's in Pediatric Infectious Diseases*, Elsevier, 2004; 155-168.
67. Neyzi O, Ertuğrul T, Soner G ve ark. Akut İshaller in Pediatri. Nobel Tıp Kitabevi, 2002; 3. ed.
68. Omokhodion FO, Oyemade A, Sridhar MK, Olashea IO, Olawuyi JF. Diarrhoea in Children of Nigerian Market Women: prevalence, knowledge of causes, and management. *J. Diarhoeal Dis Res*, 1998; 16 (3): 194-200.

69. Osumanu IK. Reducing Childhood Diarrhea Morbidity: Does Behaviour Change Matter? A case study from Northern Ghana. *World Health Popul*, 2008; 10(2): 53-63 (abstr).
70. Özkan A. Çocukluk Çağı Akut Gastroenterit Olgularında Etiyolojik Ajanların Belirlenmesi. Çukurova Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2005.
71. Özkasap S, Yıldırım A, Yüksel S. Akut Gastroenterit ve Tedavisi. *Klinik Pediatri Dergisi*, 2004; 3 (1): 12-18.
72. Özmert E. Çocukluk Çağı İshalli Hastalıkları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sosyal Pediatri Bilgi Notu, 2010.
73. Özmert E, Yurdakök K. Dünyada ve Türkiye’de İshalli Hastalıklar. *Katkı Ped Ders*, 2000; 1-21.
74. Özyazıcıoğlu N, Polat S. 12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bazı Sağlık Sorunlarında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 7 (2): 30–38.
75. Palandüz A. Gastrointestinal Enfeksiyon Etkenleri ve Neden Oldukları Klinik Tablolar. *J Pediatr Inf*, 2009; 3 (1): 116–8.
76. Set T. Birinci Basamakta Akut İshalli Çocuğa yaklaşım. *Aile Hekimliği dergisi*, 2008; 1 (5–6): 64-70.
77. Sıdal M. Çocuklarda İshale Klinik Yaklaşım. *ANKEM Derg*, 2006; 20 (Ek 2): 135–138.
78. Sing N, Rodriguez W, Supportive Treatment of Acute Enteritis, *Pediatric Infectious Diseases Principles and Practice*. Philadelphia, 2002;2. ed: 916–18.
79. Sökücü S, Elkabes B. Akut İshaller. In; Neyzi O, Ertuğrul T, editors. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2002.
80. Şanlıer N, AYTEKİN F. Sıfır –Üç Yaş Grubunda Çocuğu Bulunan Annelerin Beslenme ve İshal Konusunda Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. *GÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2004; 24 (3): 81–100.
81. Tanır F. Bebekleri 0–2 Yaş Arasında Olan Bir Grup Annenin Emzirmeye İlişkin İnanç ve Tutumları. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2006.

82. TC, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı. İshal Modül Eğitimi Katılımcı Kitabı, 2009.
83. Taşar MA. Çocuklarda Karın Ağrısı Nedenlerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2005; 47: 199–203.
84. Toker SO. İshal ve İshalli Hastalıklara Genel Bir Bakış. T Klin Tıp Bilimleri, 1994; 14: 303–305.
85. Tuna R. Bebeklerde İshal Morbiditesi ile Beslenme ve Büyüme Etkileşimleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005.
86. UNICEF- Türkiye. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. 2004.
87. UNICEF, The State of The Worlds Children Report 2008. New York, 2007.
88. Uysal GC. 5 Aylık Bebeklerin Beslenme Şeklinin Fizik Gelişim, İshal ve İnfeksiyon Sıklığı Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul, 1988; 4–82.
89. Yıldız H. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran 0-5 Yaş Arası Çocuklarda İshal ve Solunum Yolu İnfeksiyonu Olgularının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Ana-Çocuk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989.
90. Yılmaz R. İshal. MJ Türkiye. 2006. (<http://pediatriklinigi.com>).
91. Çetinel R. Hastaneye Gastroenterit Tanısıyla Yatırılan 0-3 Yaş Grubu Çocuk Annelerinin Bilgi Düzeyleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988.
92. Zengin L. Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Süt Çocuğu Kliniği'nde Yatan Bebek Annelerinin Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeyleri. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 5.
93. <http://www.on5yirmi5.com/genc/content.aspx?c=10119&tag=cami> Her yıl 1,5 milyon çocuk ölüyor. 2010.
94. <http://www.istabip.org.tr/icerik/cocuk-haklari-beyannamesi/2010>

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu ve Veri Toplama Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli anneler,

Bu araştırma, siz değerli annelerimizin ishal hakkındaki bilgi dőzeylerinin ve eğitim gereksinimlerinin saptanması amacıyla planlanmış bilimsel bir araştırmadır. Sizlere bir anket formu uygulanıp ishale yönelik gerekli eğitimler verilecektir. Sizlere verilen eğitimin bilgi dőzeyine etkisi taburculuk iŐlemlerinden 15 gőn sonra incelenektir. Bu bilgiler sizin gibi hastalarımıza daha iyi bakım vermemize yardım edecektir.

Araştırmada sizden alınan bilgiler hiçbir Őeklilde araştırmanın amacı dışında kullanılmayacak, başka kişilere aktarılmayacaktır. Bu bilgiler sadece araştırmacı tarafından bilimsel amaçlar için kullanılacak ve asla isimler kullanılmayacaktır. Sizden isim ve telefon bilgileriniz istenecek ve bu bilgiler sizinle iletişime geğmek için kullanılacaktır.

Bu ęalıŐmaya katılıp katılmama tamamen isteğinize bağlıdır. Arzu ettiğiniz taktirde kabul etmeyebilir ya da ayrılabilirsiniz.

Lőtfen her soruyu dikkatle okuyunuz. Hangi sorunun size en uygun ve yaklaşık olduğunu kararlaŐtırınız. Sorulara vereceğiniz samimi ve dőrőst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teŐekkőrlere.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı:

Telefon:

İmza:

Yőksek Lisans Őęrencisi

Mesude DUMAN

**DİYARBAKIR ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ SÜT ÇOCUĞU 3 KLİNİĞİNDE
YATAN AKUT GASTROENTERİTLİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN HASTALIKLA
İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİNİ BELİRLEME ANKET FORMU**

- 1.Bitirdiğiniz yaşıınız.....
- 2.Eğitim durumunuz (Kaç yıl okula gittiniz).....
- 3.Mesleğiniz.....
- 4.Eşinizin bitirdiği yaşı.....
- 5.Eşinizin eğitim durumu (kaç yıl okula gitti).....
- 6.Eşinizin mesleği.....
- 7.Gelir durumunuzu belirtiniz.
 - 1)Gelir- gidere denk
 - 2)Gelir- giderden az
 - 3)Gelir- giderden fazla
- 8.Bebğinizin cinsiyetini belirtiniz.
 1. Kız
 2. Erkek
- 9.Bebğiniz kaç aylık?.....
10. Bebeğiniz kaçncı çocuğunuz?.....
- 11.Yerleşim yerinizi belirtiniz.
 1. İl merkezi
 2. İlçe
 3. Köy
- 12.Yaşadığınız ev tipini belirtiniz.
 1. Gece kondu
 2. Apartman dairesi
 3. Müstakil ev
13. Yaşadığınız ev içerisinde ayrı ayrı mutfak, banyo ve tuvalet var mı?
 1. Evet
 - 2.Hayır
- 14.Yaşadığınız evde kaç kişi bulunmaktadır?.....
- 15.Ev içerisinde hangi dili konuşuyorsunuz?
 - 1.Türkçe
 2. Kürtçe
 3. Arapça
 4. Diğer
- 16.Aile tipinizi belirtiniz.
 1. Çekirdek aile
 2. Geniş aile
 3. Tek ebeveynli aile
17. Bebeğize kaç ay sadece anne sütü verdiniz ?.....

18. Bugüne kadar herhangi bir kaynaktan akut gastroenterit ile ilgili bilgi aldınız mı?
1. Evet (bilgi aldığınız kaynağı belirtiniz).....

2. Hayır

19. Sizce bebeklere doğduktan sonra ilk kaç ay sadece anne sütü verilmeli ve emzirmeye kaçınıcı aya kadar devam edilmelidir?
.....

20. Sizce akut gastroenterit nedir?

1. Mide ve bağırsakların iltihabi enflamasyonu
2. Akciğerlerin iltihaplanması
3. Ateşli havale geçirme
4. Fikrim yok

21. Aşağıdakilerden hangisi akut gastroenterit oluşumunu kolaylaştırır?

1. Bebeğin altını değiştirirken ve değiştirdikten sonra ellerin yıkanması
2. Bebek 18 aylık oluncaya kadar kaynatılmış su içirilmesi
3. Bebeğin anne sütü ile beslenmemesi
4. Bebeğin besinleri hazırlanırken temizlik kurallarına uyulması
5. Fikrim yok

22. Akut gastroenteritin belirtileri nelerdir?

1. Sulu ve fazla sayıda kaka, kusma, karın ağrısı, ateş,
2. Baş ağrısı, öksürük, balgam çıkarma, kabızlık
3. Öksürükle beraber kusma, zor nefes alma, ateş, huzursuzluk
4. Kusma, susama, çok su içme, iştahta artma
5. Fikrim yok

23. Akut gastroenterit evdeki diğer çocuklara geçer mi?

1. Evet
2. Hayır

24. Sizce akut gastroenterit nasıl bulaşır?

1. Mikropların ağız yoluyla vücuda girmesiyle
2. Mikropların solunum yoluyla vücuda girmesiyle
3. Çocuğun alışık olmadığı besinlerin verilmesiyle
4. Fikrim yok

25. Sizce İshal nedir?

1. İshal çocuğun günde bir kere yumuşak kıvamlı kaka yapmasıdır.
2. Günde iki kere yumuşak kıvamda kaka yapmasıdır.
3. Günde 3 veya daha fazla sayıda sulu kaka yapmasıdır.
4. Günde iki kere normal kıvamda kaka yapmasıdır.
5. Fikrim yok

26. Sizce aşağıdakilerden hangisi AGE'e neden olur?

1. Çocuğa fazla miktarda sulu gıdalar verilmesi
2. Çocuğa fazla miktarda besin verilmesi
3. Çocuğa yeterli miktarda gıda verilmemesi
4. Mikropların çocuğa bulaşması
5. Fikrim yok

27. Sizce AGE hangi çocuklarda daha sık görülür?

1. İshal iyi beslenmiş olan, normal kilodaki çocuklarda daha sık görülür.
2. Yeni aşılanmış bebeklerde daha sık görülür.
3. Büyük yaştaki çocuklarda, özellikle 3 yaşından sonra ishal daha sık görülür.
4. Özellikle 3 ay-2 yaş arasındaki küçük çocuklarda ishal daha sık görülür.
5. Fikrim yok.

28. Çocuğunuz şimdiye kadar AGE oldu mu? Olduysa sayısını belirtiniz.

1. Evet.....
2. Hayır

29. Sizce AGE çocukların sağlığı açısından önemli bir sağlık sorunu mudur?

1. Evet (Sizce neden önemli bir sorundur).....

.....

.....

.....

2. Hayır

30. AGE tehlikeli midir?

1. Evet (Sizce neden tehlikelidir).....

.....

.....

2. Hayır

31. Çevrenizde AGE nedeniyle ölen bebek hiç oldu mu-duydunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

32. Çocuğunuz AGE olunca ne yapılmalıdır?

1. AGE'in kendiliğinden geçmesini beklenir.
2. İshali arttırmamak için fazla sulu besinler verilmez.
3. Anne sütü alıyorsa ishali geçinceye kadar bebek emzirilmez.
4. AGE'li durumda çocuğa bol sulu gıdalar verilmesi gerekir.
5. Fikrim yok

33. Çocuk AGE olduğunda evde tedavi edebilir miyiz?

1. Evet
2. Hayır

34. AGE'li çocuk doktora götürülmeli mi?

1. Evet, çocuk AGE olduğunda hemen doktora götürülmelidir.
2. Doktora götürmek gerekmez, evdeki ishal kesici ilaçlardan vermek yeterlidir.
3. Çocuk fazla su kaybetmişse ve durumu kötüye gidiyorsa doktora götürmek gerekir.
4. Fikrim yok.

35. Tuz-şeker eriyiği (ORS) diye bir şey duydunuz mu?

1. Evet(Nasıl bir şey olduğunu açıklayabilir misiniz?)

2. Hayır

36.Tuz –Şeker eriyiği nereden alınabilir?

37. Evde tuz şeker eriyiği nasıl hazırlanır? .

38. Hazır paketler halinde bulunan tuz şeker eriyiği nasıl sulandırılır?

39.Tuz şeker eriyiği ile hazırlanmış ORS sıvısı, hangi miktarda verilir?

Her sulu kaka yaptıktan sonra;

1. 2 yaşından küçük çocuklara 1 çay bardağı
2. 2-10 yaş arasındaki çocuklara 1 çay bardağı
3. 11 yaş ve daha büyük çocuklara 1 çay bardağı
- 4.Fikrim yok

40. Sizce AGE'e iyi gelen yiyecekler hangileridir?

41. Sizce AGE olan çocuğa hangi besinleri vermek doğru olur?

1. Pirinç suyu, ayran, su ve çorbalar
2. Çok sulu çorbalar ve yemek suları
3. Çiğ sebze, meyve ve kepekli tahıllar
4. Çok şekerli besinler,
5. Fikrim yok

42. AGE'li çocuğa su vermenin zararı var mı?

1. Evet
2. Hayır
3. Fikrim yok

43. Aşağıdakilerden hangisi ek gıda alan iAGE'li çocuğa verilmez?

1. Haşlanmış patates
2. Kaynamış su
3. Pirinç lapası
4. Kayısı suyu
5. Fikrim yok

44. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- 1.Şekerli ve yağlı yiyecekler ishali artırır
2. İshalli çocuğa, doktor önerisi dışında antibiyotik verilmez

3. Hazır meyve suları ve kolalı içeceklerin ishalleri için yararlıdır
4. Anne sütü ishallerin artmasına yol açtığı için ishalleri için yararlıdır
5. Fikrim yok

45. AGE'li çocuğun bir öğündeki besin miktarı ve beslenme sıklığı nasıl olmalıdır?

1. Az ve sık
2. Fazla ve uzun aralıklı
3. Besin miktarı ve sıklığında değişiklik yapmaya gerek yok
4. Fikrim yok

46. AGE'den korunmak için neler yapılmalıdır?

.....
.....
.....
..

47. Çocukları AGE'den korumak için hangisi yanlıştır.

1. Bütün bebekler ilk 4-6 ay sadece anne sütü ile beslenmeli ve 2 yıl emzirmeye devam edilmelidir.
2. Biberon yerine cam veya porselen tabaklar tercih edilmelidir.
3. Çocukların besinleri daima taze hazırlanmalı ve kaynatılmış su kullanılmalıdır.
4. Aşılar AGE'e yol açacağından yaptırılmamalıdır.
5. Fikrim yok

TEŞEKKÜRLER

Ek 2. Veri Toplama Formunun Yanıtları ve Puanlama

SORULAR	YANITLAR	PUAN
1. Bebeğe ilk kaç ay sadece anne sütü verilmeli?	6 ay	(1)
2. Kaçınıcı ayda bebeğe anne sütü vermeyi kesmek gerekir?	24. ay	(1)
3. Akut gastroenterit nedir?	Mide ve bağırsakların iltihabi enflamasyonu	(1)
4. Hangisi akut gastroeneterit oluşumunu kolaylaştırır?	Bebeğin anne sütü ile beslenmemesi	(1)
5. Akut gastroenterit belirtileri nelerdir?	Sulu ve fazla sayıda kaka,kusma,karın ağrısı, ateş	(1)
6. Akut gastroenterit evdeki diğer çocuklara geçer mi?	Evet	(1)
7. Akut gastroenterit nasıl bulaşır?	Mikropların ağız yoluyla vücuda girmesiyle	(1)
8. İshal nedir?	Bebeğin günde 3 veya daha fazla sayıda sulu kaka yapmasıdır	(1)
9. Hangisi AGE'e neden olur?	Mikropların çocuğa bulaşması	(1)
10. AGE hangi çocuklarda daha sık görülür?	Özellikle 3 ay-2 yaş arasındaki çocuklarda AGE daha sık görülür	(1)
11. AGE çocuk sağlığı açısından önemli mi?	Evet	(1)
12. AGE çocuk sağlığı açısından neden önemli?	Büyüme ve gelişmeyi önler/öldürür	(1)
13. AGE tehlikeli mi?	Evet	(1)
14. AGE neden tehlikeli	Çocuğun susuz kalmasına ve beslenme bozukluğuna yol açar	(1)
15. Çocuk AGE olunca ne yapılmalıdır?	AGE'li durumda çocuğa bol sulu gıdalar verilmelidir.	(1)
16. Çocuk AGE olduğunda evde tedavi edebilir	Evet	(1)

miyiz?		
17. AGE’li çocuk doktora götürülmeli mi?	Çocuk fazla su kaybetmişse ve durumu kötüye gidiyorsa doktora götürmek gerekir	(1)
18.Tuz-şeker eriyiği nasıl bir şeydir?	Pakette toz şeklinde ishale kullanılan bir karışım Evde hazırlanabilen ve ishale iyi gelen tuz-şeker karışımı	(1) (1)
19.ORS nereden alınabilir?	Sağlık ocağı Eczane Evde hazırlanır	(1) (1) (1)
20.ORS evde nasıl hazırlanır?	5 su bardağı kaynatılmış soğutulmuş suya 2 çorba kaşığı şeker, 1 çay kaşığı sofr tuzu ve 1 çay kaşığı karbonat konarak karıştırılır.	(1)
21.Hazır paketler halindeki ORS nasıl sulandırılır?	Bir paket 5 su bardağı suya konulur	(1)
22.ORS sıvısı hangi miktarda verilir?	2 yaşından küçük çocuklara 1 çay bardağı	(1)
23.AGE’e iyi gelen yiyecekler?	Yoğurt ve yoğurtlu yiyecekler,su ve sulu yiyecekler Muz,şeftali,elma püresi,havuç...v.b Pirinç lapası,haşlanmış patates...v.b	(1) (1) (1)
24.AGE olan çocuğa hangi besinleri vermek doğru olur?	Pirinç suyu,ayran, su ve çorbalar	(1)
25. AGE’li çocuğa su vermenin yararı nedir?	Çocuğun ishalle kaybettiği suyu yerine koymak gerekir	(1)
26. Hangisi ek gıda alan AGE’li çocuğa verilmez	Kayısı suyu	(1)
27. Hangisi yanlıştır?	Anne sütü ishale artmasına yol açtığı için ishale çocuğa verilmemeli	(1)
28. AGE’li çocuğun bir öğündeki besin miktarı ve beslenme sıklığı nasıl olmalı?	Az ve sık	(1)
29.AGE’den korunmak için neler yapılmalıdır?	Bebeği ilk 4-6 ay sadece anne sütü ile beslemek ve 2 yıl emzirmeye devam	

	etmek Bebek bakımında temizlik kurallarına uymak AGE'li çocuklarla temas ettirmemek Yağsız ve şekersiz yiyecekler yedirmek(besinlerine dikkat etmek)	(1) (1) (1) (1)
30. Korunmada hangisi yanlıştır?	Aşılar ishale yol açacağından yaptırılmamalıdır	(1)

Ek 3. Anket Uygulama İzin Formu

Ek 4. Eğitim Materyali

Çocuklarda ishale dikkat!



**BEBEKLERDE İSHAL RİSKİNE KARŞI
EN ÖNEMLİ KORUNMA YOLU ANNE SÜTÜDÜR**

**Prof. Dr. Meliha ATALAY
Yrd. Doç.Dr. Emine GEÇKİL
Yüksek Lisans Öğrencisi Mesude DUMAN**

**Sorularınız için araştırmacınızı veya hemşirenizi arayın
Telefon: 05052368152**

AKUT GASTROENTERİT NEDİR?

- Mide ve bağırsakların iltihabi enflamasyonuna akut gastroenterit denir.
- Ani başlayan ishal (akut gastroenterit) 0-5 yaş grubu çocuklarda hayatı tehdit eden ve gelişme geriliğine yol açan en önemli hastalıktır.
- Günde 3 kereden fazla sayıda sulu dışkılama ishal olarak kabul edilir.
- Yalnızca sık dışkılama, kıvam bozuk değilse ishal sayılmaz.

İshale neden olan faktörler nelerdir?

- Bakteri, virüs ve parazitler tarafından oluşturulan enfeksiyonlardır
- Beslenme hataları
- Doğuştan metabolizma hastalıkları
- Kötü yaşam şartları
- Bünyesel faktörler
- Bağışıklık sisteminin zayıflığı ve bulaşan mikroorganizmanın saldırganlığı
- Mikroplu suların içilmesi ve bu sularla yıkanmış meyve ve sebzelerin tüketilmesi

Gastroenterit, etkeni içeren dışkı ile bulaşmış olan yiyeceklerin yenilmesi veya içeceklerin içilmesiyle, etkenle temas etmiş kirliliğin ellerin ağza götürülmesi ile bulaşır.



*DÜNYADA HER YIL
YAKLAŞIK 3 MİLYON
ÇOCUK İSHAL
NEDENİYLE
HAYATINI
KAYBETMEKTEDİR*

Hastalığın belirtileri nelerdir?

- İshal
- Bulantı
- Kusma
- Ateş
- Karın ağrısı
- Halsizlik, iştahsızlık
- Karında gaz toplanması
- Bebeklerde emmede azalma ve sürekli uyuma
- Vücudun aşırı susuzluk durumu demek olan "dehidratasyon" kendisini göz kürelerinin ve bingıldağın çökmesi, ağız içinin kuruluğu gibi belirtilerle gösterir. Nabız atışları zayıflamıştır, idrar miktarı azalmış durumdadır ve şuur bulanıktır.

Akut ishalde vücudun kaybettiği su ve tuzun yerine konması tedavinin esasını oluşturur. Bu nedenle bu kaybın derecesi belirlenip, az oranda ise ağız yoluyla, şiddetli oranda ise damardan yerine konması gerekir.

ORS(Ağızdan sıvı tedavisi, tuz- şeker eriyiği) Nedir?

- GEORAL adlı tuz-şeker paketlerinin suda eritilmesi ile elde edilen sıvılarla yapılabilen, ishalde su ve tuz kaybının ağızdan karşılanmasını sağlayan bir karışımdır.
- Eczanelerden veya sağlık ocaklarından kolaylıkla temin edilebilir. Hazır paket ORS 5 su bardağı suya konulup eritilir.
- 2 yaşımdan küçüklere her kaka yapmasından sonra 1 çay bardağı içirilmelidir.
- **Ev ortamında hazırlanışı;** 5 su bardağı kaynatılmış soğutulmuş suya 2 çorba kaşığı şeker, 1 çay kaşığı sofr tuzu ve 1 çay kaşığı karbonat konarak

kariştirilir. Her ishal sonrası mutlaka olmak üzere hastaya içebildiği kadar sık aralarla içirilir.

Çocuk Ani İshal (Akut Gastroenterit) Olduğunda Neler Yapılmalıdır?

- Bebeğiniz kustuğunda yan veya yüzükoyun çevirin, kustuktan sonra ağzı çalkalanır ve silinir.
- Bebeğinizin ateşi 38 C° ve üstüne çıktığında (ateşi yükseldiğinde, kıyafetleri çıkartılıp ılık duş aldırılmalı ve doktor önerisine göre ateş düşürücü verilir.
- İshalin erken döneminde çocuk aç ve susuz bırakılmamalı, alışık olduğu sıvı besinlerden alabildiği oranda verilmelidir.
- Uygun diyet tedavisi ishalin ağırlığına ve çocuğunuzun yaşına bağlı olarak değişmektedir.
- Çocuğunuz günde 4'den fazla sulu dışkılama yapmadan diyetini değiştirmeyin.



*ÇOCUĞUNUZ GÜNDE 4
DEFADAN FAZLA SULU
DIşKILAMA
YAPMADAN DİYETİNİ
DEĞİşTİRMEYİN*

- İshalli bebeğinizi az az ve sık sık besleyin.
- Bebeğinizin ishali bitince normal gıdalarına yavaş yavaş geçin.
- Mama ile beslenen 1 yaşındaki çocuklar; sulu ve sık ishal olduğunda; mamaları, laktoz içermeyen sindirimi kolay mamalarla değiştirilebilir. Bunu doktorunuza danışın.

*NORMAL MAMAYA DÖNERKEN
DOKTORUNUZUN ÖNERİLERİNE UYUN!...*

- 2 yaşından büyük çocuklar (sık ve sulu ishali olduğunda); sofraya yemekleri yiyebilecekleri için mamayla beslenmeleri gerekmez.
- Pirinç, ekme , kraker, havuç, patates, muz, elma püresi, kızarmış ekme  gibi besinler bu durumda uygundur. Tuzlu krakerler çocuğunuzun ihtiya ı olan tuz miktarını karşılamasına yardım eder.
- şekerli ve yağlı yiyecekler den ka ınmın.
- Her zaman verdiğinizden daha fazla su verin. Ancak meyve suları ishali arttırabilir.
- Anne sütü alan bebeklerde emzirme sürdürülmelidir.
- Süt formülleri veya ayran 4-6 aydan k  uk bebeklerde yarı yarıya sulandırılarak tüketilmelidir.
- Tuz şeker paketleriyle (GEORAL) hazırlanan karışımdan 2 yaşından k  uk çocuklara her dışkılama sonrası bir çay bardağı, daha büyük çocuklara bir su bardağı içirilmelidir.
-  ocuk kusarsa daha yavaş (2-3 dakikada bir kaşık) verilmelidir.
- Ağızdan su-tuz karışımı tedavisi verilmesine rağmen devam eden aşırı kusmalar oluyorsa, su kaybı bulguları belirginse, tedaviyle ishal daha da artıyorsa hastanede damardan serum tedavisi gerekli olur.



Korunma

- Anne sütü en önemli korunma faktörüdür. 6. aydan sonra anne sütüne ek olarak ek gıda alan bebekler için kullanılan araç-gereçlerin temiz tutulması önemlidir. Plastik biberon ve emzik kullanılmamalıdır.
- Bebeklerin besinleri hazırlanırken kaynatılıp soğutulmuş içme suyu kullanılması gerekir

*YETERLİ BESLENME VE
TEMİZLİK İLE İSHAL
ÇOĞU ZAMAN
ÖNLENEBİLİR*



- En önemli korunma yöntemlerinden biri ise ellerin sık yıkanması, özellikle yuvalarda ortam temizliğine dikkat edilmesidir.
- Hasta çocukların diğer çocuklar ile temas etmelerini engellemek gerekir.
- Bebeğin altını değiştirirken ve değiştirdikten sonra ellerin yıkanması gerekir,
- Kirli bebek bezlerinin atıldığı poşetlerin ağzının sıkıca kapatılıp yok edilmesi gerekir.
- Çocuk 18. ayını bitirinceye kadar temiz su içirilmesi ishalden korur
- İshalli çocuğa, doktor önerisi dışında antibiyotik verilmez.

Ek. 5. Çocuk Hakları Bildirgesi

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Tarafından 20 Kasım 1989 Tarihinde Kabul Edilmiştir.

ÖNSÖZ

Bu Sözleşmeye Taraf Devletler:

Birleşmiş Milletler Antlaşması'nda ilân edilen ilkeler uyarınca insanlık ailesinin tüm üyelerinin, doğuştan varlıklarına özgü bulunan haysiyetle birlikte eşit ve devredilemez haklara sahip olmalarının tanınmasının, dünyada özgürlük, adalet ve barışın temeli olduğunu düşünerek,

Birleşmiş Milletler halklarının, insanın temel haklarına ve bireyin, insan olarak taşıdığı haysiyet ve değere olan kesin inançlarını Birleşmiş Milletler Antlaşması'nda bir kez daha doğrulamış olduklarını ve daha geniş bir özgürlük ortamında toplumsal ilerleme ve daha iyi bir yaşam düzeyi sağlama yolundaki kararlılıklarını hatırladıkça,

Birleşmiş Milletlerin, İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde ve Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmelerinde herkesin, bu metinlerde yer alan hak ve özgürlüklerden ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi ya da başka görüş, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğuştan veya başka durumdan kaynaklanan ayrımlar dâhil, hiçbir ayırım gözetilmeksizin yararlanma hakkına sahip olduklarını benimsediklerini ve ilân ettiklerini kabul ederek,

Uluslararası İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde, Birleşmiş Milletlerin, çocukların özel ilgi ve yardıma hakkı olduğunu ilân ettiğini anımsayarak,

Toplumun temel birimi olan ve tüm üyelerinin ve özellikle çocukların gelişmeleri ve esenlikleri için doğal ortamı oluşturan ailenin toplum içinde kendisinden beklenen sorumlulukları tam olarak yerine getirebilmesi için gerekli koruma ve yardımı görmesinin zorunluluğuna inanmış olarak,

Çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu olarak gelişebilmesi için mutluluk, sevgi ve anlayış havasının içindeki bir aile ortamında yetişmesinin gerekliliğini kabul ederek,

Çocuğun toplumda bireysel bir yaşantı sürdürebilmesi için her yönüyle hazırlanmasının ve Birleşmiş Milletler Antlaşmasında ilân edilen ülkeler ve özellikle barış, değerbilirlik, hoşgörü, özgürlük, eşitlik ve dayanışma ruhuyla yetiştirilmesinin gerekliliğini göz önünde bulundurarak,

Çocuğa özel bir ilgi gösterme gerekliliğinin, 1924 tarihli, Cenevre Çocuk Hakları Bildirisinde ve 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler

*** 27 Ocak 1995 tarihli ve 22184 sayılı Resmi Gazete'den aynen alınmıştır.**

Teşkilatı Genel Kurulunca kabul edilen Çocuk Hakları Bildirisinde belirtildiğini ve İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde, Medeni ve Siyasi Haklar Uluslar arası Sözleşmesi'nde (özellikle 23 ve 24 üncü maddelerinde) ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmede (özellikle 10 uncu maddesinde) ve çocukların esenliği ile ilgili uzman kuruluşların ve uluslararası örgütlerin kurucu ve ilgili belgelerinde tanındığını hatırd tutarak,

Çocuk Hakları Bildirisinde de belirtildiği gibi "çocuğun gerek bedensel gerek zihinsel bakımdan tam erginliğe ulaşmamış olması nedeniyle doğum sonrasında olduğu kadar, doğum öncesinde de uygun yasal korumayı da içeren özel güvence ve koruma gereksiniminin bulunduğu"nu hatırd tutarak,

Ulusal ve uluslararası düzeyde çocukları aile yanına yerleştirme ve evlât edinmeye de özel atıfta bulunan Çocuğun Korunması ve Esenliğine İlişkin Toplumsal ve

Hukuksal İlkeler Bildirisi; Çocuk Mahkemelerinin Yönetimi Hakkında Birleşmiş Milletler Asgari Standart Kuralları (Beijing Kuralları) ve Acil Durumlarda ve Silâhlı Çatışma Halinde Kadınların ve Çocukların Korunmasına İlişkin Bildirinin hükümlerini anımsayarak, Dünyadaki ülkelerin tümünde çok güç koşullar altında yaşayan ve bu nedenle özel bir ilgiye gereksinimi olan çocukların bulunduğu bilinci içinde,

Çocuğun korunması ve uyumlu gelişmesi bakımından her halkın kendine özgü geleneklerinin ve kültürel değerlerinin taşıdığı önemi göz önünde tutarak,

Her ülkedeki, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki çocukların yaşama koşullarının iyileştirilmesi için uluslararası işbirliğinin taşıdığı önemin bilincinde olarak, Aşağıdaki kurallar üzerinde anlaşmaya varmışlardır:

I. KISIM

Madde 1

Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.

Madde 2

1. Taraf Devletler, bu Sözleşmede yazılı olan hakları kendi yetkileri altında bulunan her çocuğa, kendilerinin, ana babalarının veya yasal vasilerinin sahip oldukları, ırk, renk, cinsiyet, dil, siyasal ya da başka düşünceler, ulusal, etnik ve sosyal köken, mülkiyet, sakatlık, doğuş ve diğer statüler nedeniyle hiçbir ayırım gözetmeksizin tanır ve taahhüt ederler.

2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, yasal vasilerinin veya ailesinin öteki üyelerinin durumları, faaliyetleri, açıklanan düşünceleri veya inançları nedeniyle her türlü ayırımı veya cezaya tâbi tutulmasına karşı etkili biçimde korunması için gerekli tüm uygun önlemleri alırlar.

Madde 3

1. Kamusal ya da özel sosyal yardım kuruluşları, mahkemeler, idari makamlar veya

yasama organları tarafından yapılan ve çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde, çocuğun yararı temel düşüncedir.

2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, vasilerinin ya da kendisinden hukuken sorumlu olan diğer kişilerin hak ve ödevlerini de göz önünde tutarak, esenliği için gerekli bakım ve korumayı sağlamayı üstlenirler ve bu amaçla tüm uygun yasal ve idari önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler, çocukların bakımı veya korunmasından sorumlu kurumların, hizmet ve faaliyetlerin özellikle güvenlik, sağlık, personel sayısı ve uygunluğu ve yönetimin yeterliliği açısından, yetkili makamlarca konulan ölçülere uymalarını taahhüt ederler.

Madde 4

Taraf Devletler, bu Sözleşmede tanınan hakların uygulanması amacıyla gereken her türlü yasal, idari ve diğer önlemleri alırlar. Ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin olarak, Taraf Devletler eldeki kaynaklarını olabildiğince geniş tutarak, gerekirse uluslararası işbirliği çerçevesinde bu tür önlemler alırlar.

Madde 5

Taraf Devletler, bu Sözleşmenin çocuğa tanıdığı haklar doğrultusunda çocuğun yeteneklerinin geliştirilmesi ile uyumlu olarak, çocuğa yol gösterme ve onu yönlendirme konusunda ana-babanın, yerel gelenekler öngörüyorsa uzak aile veya topluluk üyelerinin, yasal vasilerinin veya çocuktan hukuken sorumlu öteki kişilerin sorumluluklarına, haklarına ve ödevlerine saygı gösterirler.

Madde 6

1. Taraf Devletler, her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu kabul ederler.
2. Taraf Devletler, çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler.

Madde 7

1. Çocuk doğumdan hemen sonra derhal nüfus kütüğüne kaydedilecek ve doğumdan

itibaren bir isim hakkına, bir vatandaşlık kazanma hakkına ve mümkün olduğu ölçüde ana-babasını bilme ve onlar tarafından bakılma hakkına sahip olacaktır.

2. Taraf Devletler, özellikle çocuğun tabiiyetsiz kalması söz konusu olduğunda kendi ulusal hukuklarına ve ilgili uluslararası belgeler çerçevesinde üstlendikleri yükümlülüklerine uygun olarak bu hakların işlerlik kazanmasını taahhüt ederler.

Madde 8

1. Taraf Devletler, yasanın tanıdığı şekliyle çocuğun kimliğini; tabiiyeti, ismi ve aile bağları dâhil, koruma hakkına saygı göstermeyi ve bu konuda yasa dışı müdahalelerde bulunmamayı taahhüt ederler.

2. Çocuğun kimliğinin unsurlarının bazılarında veya tümünden yasaya aykırı olarak yoksun bırakılması halinde, Taraf Devletler çocuğun kimliğine süratle yeniden kavuşturulması amacıyla gerekli yardım ve korumada bulunurlar.

Madde 9

1. Yetkili makamlar uygulanabilir yasa ve usullere göre ve temyiz yolu açık olarak, ayrılığın çocuğun yüksek yararına olduğu yolunda karar vermedikçe, Taraf Devletler, çocuğun; ana-babasından, onların rızası dışında ayrılmamasını güvence altına alırlar. Ancak, ana-babası tarafından çocuğun kötü muameleye maruz bırakılması ya da ihmâl edilmesi durumlarında ya da ana-babanın birbirinden ayrı yaşaması nedeniyle çocuğun ikametgâhının belirlenmesi amacıyla karara varılması gerektiğinde, bu tür bir ayrılık kararı verilebilir.

2. Bu maddenin birinci fıkrası uyarınca girişilen her işlemde, ilgili bütün taraflara işleme katılma ve görüşlerini bildirme olanağı tanınır.

3. Taraf Devletler, ana-babasından veya bunlardan birinden ayrılmasına karar verilen çocuğun, kendi yüksek yararına aykırı olmadıkça, anababanın ikisiyle de düzenli bir biçimde kişisel ilişki kurma ve doğrudan görüşme hakkına saygı gösterirler.

4. Böyle bir ayrılık, bir Taraf Devlet tarafından girişilen ve çocuğun kendisinin ana veya babasının veya her ikisinin birden tutuklanmasını, hapsini, sürgün, sınır dışı edilmesini

veya ölümünü (ki buna devletin gözetimi altında iken nedeni ne olursa olsun meydana gelen ölüm dahildir) tevlit eden herhangi benzer bir işlem sonucu olmuşsa, bu Taraf Devlet, istek üzerine ve çocuğun esenliğine zarar vermemek koşulu ile; ana-babaya, çocuğa veya uygun olursa, ailenin bir başka üyesine, söz konusu aile bireyinin ya da bireylerinin bulunduğu yer hakkında gereken bilgiyi verecektir. Taraf Devletler, böyle bir istemin başlı başına sunulmasının ilgili kişi veya kişiler bakımından aleyhe hiç bir sonuç yaratmamasını ayrıca taahhüt ederler.

Madde 10

1. 9 uncu Maddenin 1 inci fıkrası uyarınca Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, çocuk veya ana-babası tarafından, ailenin birleşmesi amaçlarıyla yapılan bir Taraf Devlet ülkesine girme ya da onu terketme konusundaki her başvuru, Taraf Devletlerce olumlu, insani ve ivedi bir tutumla ele alınacaktır. Taraf Devletler, bu tür bir başvuru yapılmasının başvuru sahipleri veya aile üyeleri aleyhine sonuçlar yaratmamasını taahhüt ederler.

2. Ana-babası, ayrı devletlerde oturan bir çocuk olağanüstü durumlar hariç, hem ana hem de babası ile düzenli biçimde kişisel ilişkiler kurma ve doğrudan görüşme hakkına sahiptir. Bu nedenle ve 9 uncu maddenin 1 inci fıkrasına göre Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, Taraf Devletler çocuğun ve ana-babasının Taraf Devletlerin ülkeleri dâhil herhangi bir ülkeyi terketmeye ve kendi ülkelerine dönme hakkına saygı gösterirler. Herhangi bir ülkeyi terketme hakkı, yalnızca yasada öngörüldüğü gibi ve ulusal güvenliği, kamu düzenini, kamu sağlığı ve ahlak veya başkalarının hak ve özgürlüklerini korumak amacı ile ve iş bu sözleşme ile tanınan öteki haklarla bağdaştığı ölçüde kısıtlamalara konu olabilir.

Madde 11

1. Taraf Devletler, çocukların yasadışı yollarla ülke dışına çıkarılıp geri döndürülmemesi halleriyle mücadele için önlemler alırlar.

2. Bu amaçla Taraf Devletler iki ya da çok taraflı anlaşmalar yapılmasını ya da mevcut anlaşmalara katılmayı teşvik ederler.

Madde 12

1. Taraf Devletler, görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkını bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak, gereken özen gösterilmek suretiyle tanırırlar.

2. Bu amaçla, çocuğu etkileyen herhangi bir adli veya idari kovuşturmada çocuğun ya doğrudan doğruya veya bir temsilci ya da uygun bir makam yoluyla dinlenilmesi fırsatı, ulusal yasanın usule ilişkin kurallarına uygun olarak çocuğa, özellikle sağlanacaktır.

Madde 13

1. Çocuk, düşüncesini özgürce açıklama hakkına sahiptir; bu hak, ülke sınırlarına bağlı olmaksızın; yazılı, sözlü, basılı, sanatsal biçimde veya çocuğun seçeceği başka bir araçla her türlü haber ve düşüncelerin araştırılması, elde edilmesi ve verilmesi özgürlüğünü içerir.

2. Bu hakkın kullanılması yalnızca:

- a) Başkasının haklarına ve itibarına saygı,
- b) Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu sağlığı ve ahlakın korunması nedenleriyle ve kanun tarafından öngörülme ve gerekli olmak kaydıyla yapılan sınırlamalara konu olabilir.

Madde 14

1. Taraf Devletler, çocuğun düşünce, vicdan ve din özgürlükleri hakkına saygı gösterirler.

2. Taraf Devletler, ana-babanın ve gerekiyorsa yasal vasilerin; çocuğun yeteneklerinin gelişmesiyle bağdaşır biçimde haklarının kullanılmasında çocuğa yol gösterme konusundaki hak ve ödevlerine, saygı gösterirler.

3. Bir kimsenin dinini ve inançlarını açıklama özgürlüğü kanunla öngörülme ve gerekli olmak kaydıyla yalnızca kamu güvenliği, düzeni, sağlık ya da ahlâki ya da

başkalarının temel hakları ve özgürlüklerini korumak gibi amaçlarla sınırlandırılabilir.

Madde 15

1. Taraf Devletler, çocuğun dernek kurma ve barış içinde toplanma özgürlüklerine ilişkin haklarını kabul ederler.
2. Bu hakların kullanılması, ancak yasayla zorunlu kılınan ve demokratik bir toplumda gerekli olan ulusal güvenlik, kamu güvenliği, kamu düzeni yararına olarak ya da kamu sağlığı ve ahlâkın ya da başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması amaçlarıyla yapılan sınırlamalardan başkalarıyla kısıtlandırılamaz.

Madde 16

1. Hiçbir çocuğun özel yaşantısına, aile, konut ve iletişimine keyfi ya da haksız bir biçimde müdahale yapılamayacağı gibi, onur ve itibarına da haksız olarak saldırılamaz.
2. Çocuğun bu tür müdahale ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır.

Madde 17

Taraf Devletler, kitle iletişim araçlarının önemini kabul ederek çocuğun; özellikle toplumsal, ruhsal ve ahlâki esenliği ile bedensel ve zihinsel sağlığını geliştirmeye yönelik çeşitli ulusal ve uluslararası kaynaklardan bilgi ve belge edinmesini sağlarlar.

Bu amaçla Taraf Devletler:

- a) Kitle iletişim araçlarını çocuk bakımından toplumsal ve kültürel yararı olan ve 29 uncu maddenin ruhuna uygun bilgi ve belgeyi yaymak için teşvik ederler;
- b) Çeşitli kültürel, ulusal ve uluslararası kaynaklardan gelen bu türde bilgi ve belgelerin üretimi, değişimi ve yayımı amacıyla uluslararası işbirliğini teşvik ederler;
- c) Çocuk kitaplarının üretimini ve yayılmasını teşvik ederler;

d) Kitle iletişim araçlarını azınlık grubu veya bir yerli ahaliye mensup çocukların dil gereksinimlerine özel önem göstermeleri konusunda teşvik ederler;

e) 13 ve 18 inci maddelerde yer alan kurallar göz önünde tutularak çocuğun esenliğine zarar verebilecek bilgi ve belgelere karşı korunması için uygun yönlendirici ilkeler geliştirilmesini teşvik ederler.

Madde 18

1. Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesinde ve gelişmesinin sağlanmasında ana-babanın birlikte sorumluluk taşıdıkları ilkesinin tanınması için her türlü çabayı gösterirler. Çocuğun yetiştirilmesi ve geliştirilmesi sorumluluğu ilk önce ana-babaya ya da durum gerektiriyorsa yasal vasilere düşer. Bu kişiler her şeyden önce çocuğun yüksek yararını göz önünde tutarak hareket ederler.

2. Bu Sözleşmede belirtilen hakların güvence altına alınması ve geliştirilmesi için Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesi konusundaki sorumluluklarını kullanmada ana-baba ve yasal vasilerin durumlarına uygun yardım yapar ve çocukların bakımı ile görevli kuruluşların, faaliyetlerin ve hizmetlerin gelişmesini sağlarlar.

3. Taraf Devletler, çalışan ana-babanın, çocuk bakım hizmet ve tesislerinden, çocuklarının da bu hizmet ve tesislerden yararlanma hakkını sağlamak için uygun olan her türlü önlemi alırlar.

Madde 19

1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dâhil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

2. Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun

olduğu takdirde adliyenin işe el koymasý olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere, gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir.

Madde 20

1. Geçici ve sürekli olarak aile çevresinden yoksun kalan veya kendi yararına olarak bu ortamda bırakılması kabul edilmeyen her çocuk, Devletten özel koruma ve yardım görme hakkına sahip olacaktır.

2. Taraf Devletler bu durumdaki bir çocuk için kendi ulusal yasalarına göre, uygun olan bakımı sağlayacaklardır.

3. Bu tür bakım, başkaca benzerleri yanında. bakıcı aile yanına verme, İslâm Hukukunda kefalet (kafalah), evlât edinme ya da gerekiyorsa çocuk bakımı amacı güden uygun kuruluşlara yerleştirmeyi de içerir. Çözümler düşünülürken, çocuğun yetiştirilmesinde sürekliliğin korunmasına ve çocuğun etnik, dinsel, kültürel ve dil kimliğine gereken saygı gösterilecektir.

Madde 21

Evlât edinme sistemini kabul eden ve/veya buna izin veren Taraf Devletler, çocuğun en yüksek yararlarının temel düşünce olduğunu kabul edecek ve aşığıdaki ilkeleri gerçekleştireceklerdir:

a) Bir çocuğun evlât edinilmesine ancak yetkili makam karar verir. Bu makam uygulanabilir yasa ve usullere göre ve güvenilir tüm bilgilerin ışığında; çocuğun, ana-babası, yakınları ve yasal vasisine göre durumunu göz önüne alarak ve gereken durumlarda tüm ilgililerle yapılacak görüşme sonucu onların da evlât edinme konusundaki onaylarını alma zorunluluğuna uyarak, kararını verir.

b) Çocuğun kendi ülkesinde elverişli biçimde bakılması mümkün olmadığı veya evlât edinecek veya yanına yerleştirilecek aile bulunmadığı takdirde, ülkelerarası evlât edinmenin çocuk bakımından uygun bir çözüm olduğunu kabul ederler.

c) Başka bir ülkede evlât edinilmesi düşünülen çocuğun, kendi ülkesinde mevcut evlât edinme durumuyla eşdeğer olan güvence ve ölçülerden yararlanmasını sağlarlar.

d) Ülkelerarası evlât edinmede, yerleştirmenin ilgililer bakımından yasadışı para kazanma konusu olmaması için gereken bütün önlemleri alırlar.

e) Bu maddedeki amaçları, uygun olduğu ölçüde, ikili ya da çok taraflı düzenleme veya anlaşmalarla teşvik ederler ve bu çerçevede, çocuğun başka bir ülkede yerleştirilmesinin yetkili makam veya organlar tarafından yürütülmesini güvenceye almak için çaba gösterirler.

Madde 22

1. Taraf Devletler, ister tek başına olsun isterse ana babası veya herhangi bir başka kimse ile birlikte bulunsun, mülteci statüsü kazanmaya çalışan ya da uluslararası veya iç hukuk kural ve usulleri uyarınca mülteci sayılan bir çocuğun, bu Sözleşmede ve insan haklarına veya insani konulara ilişkin ve sözkonusu Devletlerin taraf oldukları diğer Uluslararası Sözleşmelerde tanınan ve bu duruma uygulanabilir nitelikte bulunan hakları kullanması amacıyla koruma ve insani yardımdan yararlanması için gerekli bütün önlemleri alırlar.

2. Bu nedenle, Taraf Devletler, uygun gördükleri ölçüde, Birleşmiş Milletler Teşkilatı ve onunla işbirliği yapan hükümetler arası ve hükümet dışı yetkili başka kuruluşlarla bu durumda olan bir çocuğu korumak, ona yardım etmek, herhangi bir mülteci çocuğun ailesi ile yeniden bir araya gelebilmesi için ana-babası veya ailesinin başka üyeleri hakkında bilgi toplamak amacıyla işbirliğinde bulunurlar. Herhangi bir nedenle kendi aile çevresinden sürekli ya da geçici olarak ayrı düşmüş bir çocuğa bu Sözleşmeye göre tanınan koruma, aynı esaslar içinde, ana-babası ya da ailesinin başkaca üyelerinden hiçbirisi bulunmayan çocuğa da tanınacaktır.

Madde 23

1. Taraf Devletler zihinsel ya da bedensel özürlü çocukların saygınlıklarını güvence altına alan, özgüvenlerini geliştiren ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını kolaylaştıran şartlar altında eksiksiz bir yaşama sahip olmalarını kabul ederler.

2. Taraf Devletler, özürlü çocukların özel bakımdan yararlanma hakkını tanırlar ve eldeki kaynakların yeterliliği ölçüsünde ve yapılan başvuru üzerine, yardımdan yararlanabilecek durumda olan çocuğa ve onun bakımından sorumlu olanlara, çocuğun durumu ve ana-babanın veya çocuğa bakanların içinde buldukları koşullara uygun düşecek yardımın yapılmasını teşvik ve taahhüt ederler.

3. Özürlü çocuğun, özel bakıma gereksinimi olduğu bilincinden hareketle bu maddenin 2. fıkrası uyarınca yapılması öngörülen yardım, çocuğun ana-babasının ya da çocuğa bakanların parasal (mali) durumları göz önüne alınarak, olanaklar ölçüsünde ücretsiz sağlanır. Bu yardım; özürlü çocuğun eğitimi, meslek eğitimi, tıbbi bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, bir işte çalışabilecek duruma getirme hazırlık programları ve dinlenme/eğlenme olanaklarından etkin olarak yararlanmasını sağlamak üzere düzenlenir ve çocuğun en eksiksiz biçimde toplumla bütünleşmesi yanında, kültürel ve ruhsal yönü dahil bireysel gelişmesini gerçekleştirme amacını güder.

4. Taraf Devletler, uluslararası işbirliği ruhu içinde, özürlü çocukların koruyucu sıhhi bakımı, tıbbi, psikolojik ve işlevsel tedavileri alanlarına ilişkin gerekli bilgilerin alışverişi yanında, rehabilitasyon, eğitim ve mesleki eğitim hizmetlerine ilişkin yöntemlerin bilgilerini de içerecek şekilde ve Taraf Devletlerin bu alanlardaki güçlerini, anlayışlarını geliştirmek ve deneyimlerini zenginleştirmek amacıyla bilgi dağıtımını ve bu bilgidan yararlanmayı teşvik ederler. Bu bakımdan, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri, özellikle göz önüne alınır.

Madde 24

1. Taraf Devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, hiçbir çocuğun bu tür tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılmamasını güvence altına almak için çaba gösterirler.

2. Taraf Devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takip ederler ve özellikle:

a) Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi;

- b) Bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve tıbbi bakımın; temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilerek sağlanması;
- c) Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ve başka olanakların yanı sıra, kolayca bulunabilen tekniklerin kullanılması ve besleyici yiyecekler ve temiz içme suyu sağlanması yoluyla ve çevre kirlenmesinin tehlike ve zararlarını göz önüne alarak, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi;
- d) Anneye doğum öncesi ve sonrası uygun bakımın sağlanması;
- e) Bütün toplum kesimlerinin özellikle ana-babalar ve çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütü ile beslenmenin yararları, toplum ve çevre sağlığı ve kazaların önlenmesi konusunda temel bilgileri elde etmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına yardımcı olunması;
- f) Koruyucu sağlık bakımlarının, ana-babaya rehberliğini, aile planlanması eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi; amaçlarıyla uygun önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler, çocukların sağlığı için zararlı geleneksel uygulamaların kaldırılması amacıyla uygun ve etkili her türlü önlemi alırlar.

4. Taraf Devletler, bu maddede tanınan hakkın tam olarak gerçekleştirilmesini tedricen sağlamak amacıyla uluslararası işbirliğinin geliştirilmesi ve teşviki konusunda karşılıklı olarak söz verirler. Bu konuda gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle göz önünde tutulur.

Madde 25

Taraf Devletler, yetkili makamlarca korunma ve bakım altına alma, bedensel ya da ruhsal tedavi amaçlarıyla hakkında bir yerleştirme tedbiri uygulanan çocuğun, gördüğü tedaviyi ve yerleştirilmesine bağlı diğer tüm şartları belli aralıklarla gözden geçirme hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

Madde 26

1. Taraf Devletler, her çocuğun, sosyal sigorta dahil, sosyal güvenlikten yararlanma hakkını tanır ve bu hakkın tam olarak gerçekleşmesini sağlamak için ulusal

hukuklarına uygun, gerekli önlemleri alırlar. 2. Sosyal Güvenlik, çocuğun ve çocuğun bakımından sorumlu olanların kaynakları ve koşulları göz önüne alınarak ve çocuk tarafından ya da onun adına yapılan sosyal güvenlikten yararlanma başvurusuna ilişkin başkaca durumlar da göz önünde tutularak sağlanır.

Madde 27

1. Taraf Devletler, her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir hayat seviyesine hakkı olduğunu kabul ederler.
2. Çocuğun gelişmesi için gerekli hayat şartlarının sağlanması sorumluluğu; sahip oldukları imkânlar ve mali güçleri çerçevesinde öncelikle çocuğun ana-babasına veya çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere düşer.
3. Taraf Devletler, ulusal durumlarına göre ve olanakları ölçüsünde, ana babaya ve çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere, çocuğun bu hakkının uygulanmasında yardımcı olmak amacıyla gerekli önlemleri alır ve gereksinim olduğu takdirde özellikle beslenme, giyim ve barınma konularında maddi yardım ve destek programları uygularlar.
4. Taraf Devletler, Taraf Devlet ülkesinde veya başka ülkede bulunsun; ana-babası veya çocuğa karşı mali sorumluluğu bulunan diğer kişiler tarafından, çocuğun bakım giderlerinin karşılanmasını sağlamak amacıyla her türlü uygun önlemi alırlar. Özellikle çocuğa karşı mali sorumluluğu olan kişinin, çocuğun ülkesinden başka bir ülkede yaşaması halinde, Taraf Devletler bu konuya ilişkin uluslararası anlaşmalara katılmayı veya bu tür anlaşmalar akdinin yanı sıra başkaca uygun düzenlemelerin yapılmasını teşvik ederler.

Madde 28

1. Taraf Devletler, çocuğun eğitim hakkını kabul ederler ve bu hakkın fırsat eşitliği temeli üzerinde tedricen gerçekleştirilmesi görüşüyle özellikle:
 - a) İlk öğretimi herkes için zorunlu ve parasız hale getirirler;
 - b) Orta öğretim sistemlerinin genel olduğu kadar mesleki nitelikte de olmak üzere çeşitli biçimlerde örgütlenmesini teşvik ederler ve bunların tüm çocuklara açık

olmasını sağlarlar ve gerekli durumlarda mali yardım yapılması ve öğretimi parasız kılmak gibi uygun önlemleri alırlar;

c) Uygun bütün araçları kullanarak, yüksek öğretimi yetenekleri doğrultusunda herkese açık hale getirirler;

d) Eğitim ve meslek seçimine ilişkin bilgi ve rehberliği bütün çocuklar için elde edilir hale getirirler;

e) Okullarda düzenli biçimde devamın sağlanması ve okulu terk etme oranlarının düşürülmesi için önlem alırlar.

2. Taraf Devletler, okul disiplininin çocuğun insan olarak taşıdığı saygınlıkla bağdaşır biçimde ve bu Sözleşmeye uygun olarak yürütülmesinin sağlanması amacıyla gerekli olan tüm önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler eğitim alanında, özellikle cehaletin ve okuma yazma bilmemenin dünyadan kaldırılmasına katkıda bulunmak ve çağdaş eğitim yöntemlerine ve bilimsel ve teknik bilgilere sahip olunmasını kolaylaştırmak amacıyla uluslararası işbirliğini güçlendirir ve teşvik ederler. Bu konuda, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle göz önünde tutulur.

Madde 29

1. Taraf Devletler çocuk eğitiminin aşağıdaki amaçlara yönelik olmasını kabul ederler;

a) Çocuğun kişiliğinin, yeteneklerinin, zihinsel ve bedensel yeteneklerinin mümkün olduğunca geliştirilmesi;

b) İnsan haklarına ve temel özgürlüklere, Birleşmiş Milletler Antlaşmasında benimsenen ilkelere saygısının geliştirilmesi;

c) Çocuğun ana-babasına, kültürel kimliğine, dil ve değerlerine, çocuğun yaşadığı veya geldiği menşe ülkenin ulusal değerlerine ve kendisinininkinden farklı uygarlıklara saygısının geliştirilmesi;

d) Çocuğun, anlayışı, barış, hoşgörü, cinsler arası eşitlik ve ister etnik, ister ulusal, ister dini gruplardan, isterse yerli halktan olsun, tüm insanlar arasında dostluk ruhuyla, özgür bir toplumda, yaşantıyı, sorumlulukla üstlenecek şekilde hazırlanması;

e) Doğal çevreye saygısının geliştirilmesi,

2. Bu maddenin veya 28 inci maddenin hiçbir hükmü gerçek ve tüzel kişilerin öğretim kurumları kurmak ve yönetmek özgürlüğüne, bu maddenin 1 inci fıkrasında belirtilen ilkelere saygı gösterilmesi ve bu kurumlarda yapılan eğitimin Devlet tarafından konulmuş olan asgari kurallara uygun olması koşuluyla, aykırı sayılacak biçimde yorumlanmayacaktır.

Madde 30

Soya, dine ya da dile dayalı azınlıkların ya da yerli halkların var olduğu Devletlerde, böyle bir azınlığa mensup olan ya da yerli halktan olan çocuk, ait olduğu azınlık topluluğunun diğer üyeleri ile birlikte kendi kültüründen yararlanma, kendi dinine inanma ve uygulama ve kendi dilini kullanma hakkından yoksun bırakılamaz.

Madde 31

1. Taraf Devletler çocuğun dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yağına uygun eğlence (etkinliklerinde) bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakkını tanırlar.

2. Taraf Devletler, çocuğun kültürel ve sanatsal yaşama tam olarak katılma hakkını saygı duyarak tanırlar ve özendirirler ve çocuklar için, boş zamanı değerlendirmeye, dinlenmeye, sanata ve kültüre ilişkin (etkinlikler) konusunda uygun ve eşit fırsatların sağlanmasını teşvik ederler.

Madde 32

1. Taraf Devletler, çocuğun, ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitimine zarar verecek ya da sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâksal ya da toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı korunma hakkını kabul ederler.

2. Taraf Devletler, bu maddenin uygulamaya konulmasını sağlamak için yasal, idari, toplumsal ve eğitsel her önlemi alırlar. Bu amaçlar ve öteki uluslararası belgelerin ilgili hükümleri göz önünde tutularak, Taraf Devletler özellikle şu önlemleri alırlar:

- a) İşe kabul için bir ya da birden çok asgari yaş sınırı tespit ederler;
- b) Çalışmanın saat olarak süresi ve koşullarına ilişkin uygun düzenlemeleri yaparlar.
- c) Bu maddenin etkili biçimde uygulanmasını sağlamak için ceza veya başka uygun yaptırımlar öngörürler.

Madde 33

Taraf Devletler, çocukların uluslararası anlaşmalarda tanımladığı biçimde uyuşturucu ve psikotrop maddelerin yasadışı kullanımına karşı korunması ve çocukların bu tür maddelerin yasadışı üretimi ve kaçakçılığı alanında kullanılmasını önlemek amacıyla, yasal, sosyal ve eğitsel niteliktekiler de dâhil olmak üzere, her türlü uygun önlemleri alırlar.

Madde 34

Taraf Devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla Taraf Devletler özellikle:

- a) Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;
- b) Çocukların, fuhuş, ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurularak sömürülmesini;
- c) Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini,

önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar.

Madde 35

Taraf Devletler, her ne nedenle ve hangi biçimde olursa olsun, çocukların

kaçırılmaları, satılmaları veya fuhuşa konu olmalarını önlemek için ulusal düzeyde ve ikili ve çok yanlı ilişkilerde gereken her türlü önlemleri alırlar.

Madde 36

Taraf Devletler, esenliğine herhangi bir biçimde zarar verebilecek başka her türlü sömürüye karşı çocuğu korurlar.

Madde 37

Taraf Devletler aşağıdaki hususları sağlarlar:

a) Hiçbir çocuk, işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaya tâbi tutulmayacaktır. Onsekiz yaşından küçük olanlara, işledikleri suçlar nedeniyle idam cezası verilemeyeceği gibi salıverilme koşulu bulunmayan ömür boyu hapis cezası da verilmeyecektir.

b) Hiçbir çocuk yasadışı ya da keyfi biçimde özgürlüğünden yoksun bırakılmayacaktır. Bir çocuğun tutuklanması, alıkonulması veya hapsi yasa gereği olacak ve ancak en son başvurulacak bir önlem olarak düşünülüp, uygun olabilecek en kısa süre ile sınırlı tutulacaktır.

c) Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuğa insancıl biçimde ve insan kişiliğinin özünde bulunan saygınlık ve kendi yaşındaki kişilerin gereksinimleri göz önünde tutularak davranılacaktır. Özgürlüğünden yoksun olan her çocuk, kendi yüksek yararı aksini gerektirmedikçe, özellikle yetişkinlerden ayrı tutulacak ve olağanüstü durumlar dışında ailesi ile yazışma ve görüşme yoluyla ilişki kurma hakkına sahip olacaktır.

d) Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuk, kısa zamanda yasal ve uygun olan diğer yardımlardan yararlanma hakkına sahip olacağı gibi özgürlüğünden yoksun bırakılmasının yasaya aykırılığını bir mahkeme veya diğer yetkili, bağımsız ve tarafsız makam önünde iddia etme ve böylesi bir işlemle ilgili olarak ivedi karar verilmesini isteme hakkına da sahip olacaktır.

Madde 38

1. Taraf Devletler, silahlı çatışma halinde kendilerine uygulanabilir olan uluslararası

hukukun, çocukları da kapsayan insani kurallarına uymak ve uyulmasını sağlamak yükümlülüğünü üstlenirler.

2. Taraf Devletler, onbeş yaşından küçüklerin çatışmalara doğrudan katılmaması için uygun olan bütün önlemleri alırlar.

3. Taraf Devletler, özellikle onbeş yaşına gelmemiş çocukları askere almaktan kaçınırlar. Taraf Devletler, onbeş ile onsekiz yaş arasındaki çocukların silâh altına alınmaları gereken durumlarda, önceliği yaşça büyük olanlara vermek için çaba gösterirler.

4. Silahlı çatışmalarda sivil halkın korunmasına ilişkin uluslararası insani hukuk kuralları tarafından öngörülen yükümlülüklerine uygun olarak, Taraf Devletler, silahlı çatışmadan etkilenen çocuklara koruma ve bakım sağlamak amacıyla mümkün olan her türlü önlemi alırlar.

Madde 39

Taraf Devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir.

Madde 40

1. Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddia edilen ve bu nedenle itham edilen ya da ihlâl ettiği kabul edilen her çocuğun; çocuğun yaşı ve yeniden topluma kazandırılmasının ve toplumda yapıcı rol üstlenmesinin arzu edilir olduğu hususları göz önünde bulundurularak, taşıdığı saygınlık ve değer duygusunu geliştirecek ve başkalarının da insan haklarına ve temel özgürlüklerine saygı duymasını pekiştirecek nitelikte muamele görme hakkını kabul ederler.

2. Bu amaçla ve uluslararası belgelerin ilgili hükümleri göz-önünde tutularak Taraf Devletler özellikle, şunları sağlarlar:

a) İşlendiği zaman ulusal ya da uluslararası hukukça yasaklanmamış bir eylem ya da ihmâl nedeniyle hiçbir çocuk hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddiası ya da ithamı öne sürülemeyeceği gibi böyle bir ihlâlde bulunduğu da kabul edilmeyecektir.

b) Hakkında ceza kanununu ihlâl iddiası veya ithamı bulunan her çocuk aşağıdaki asgari güvencelere sahiptir:

i) Haklarındaki suçlama yasal olarak sabit oluncaya kadar masum sayılmak;

ii) Haklarındaki suçlamalardan kendilerinin hemen ve doğrudan doğruya; ya da uygun düşen durumlarda ana-babaları ya da yasal vasileri kanalı ile haberli kılınmak ve savunmalarının hazırlanıp sunulmasında gerekli yasal ya da uygun olan başka yardımdan yararlanmak;

iii) Yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde adli ya da başkaca uygun yardımdan yararlanarak ve özellikle çocuğun yaşı ve durumu göz önüne alınmak suretiyle kendisinin yüksek yararına aykırı olduğu saptanmadığı sürece, ana-babası veya yasal vasisi de hazır bulundurulurken yasaya uygun biçimde adil bir duruşma ile konunun gecikmeksizin karara bağlanmasının sağlanması;

iv) Tanıklık etmek ya da suç ikrarında bulunmak için zorlanmamak; aleyhine olan tanıkları sorguya çekmek veya sorguya çekmiş olmak ve lehine olan tanıkların hazır bulunmasının ve sorgulanmasının eşit koşullarda sağlanması;

v) Ceza yasasını ihlâl ettiği sonucuna varılması halinde, bu kararın ve bunun sonucu olarak alınan önlemlerin daha yüksek yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde yasaya uygun olarak incelenmesi;

vi) Kullanılan dili anlamaması veya konuşamaması halinde çocuğun parasız çevirmen yardımından yararlanması;

vii) Kovuşturmanın her aşamasında özel hayatının gizliliğine tam saygı gösterilmesine hakkı olmak;

3. Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlâl ettiği iddiası ileri sürülen, bununla itham edilen ya da ihlâl ettiği kabul olunan çocuk bakımından, yalnızca ona uygulanabilir yasaların, usullerin, onunla ilgili makam ve kuruluşların oluşturulmasını teşvik edecek ve özellikle şu konularda çaba göstereceklerdir:

a) Ceza Yasasını ihlâl konusunda asgari bir yaş sınırı belirleyerek, bu yaş sınırının altındaki çocuğun ceza ehliyetinin olmadığı kabulü;

b) Uygun bulunduğu ve istenilir olduğu takdirde, insan hakları ve yasal güvencelere tam saygı gösterilmesi koşulu ile bu tür çocuklar için adli kovuşturma olmaksızın önlemlerin alınması.

4. Koruma tedbiri, yönlendirme ve gözetim kararları, danışmanlık, şartlı salıverme, bakım için yerleştirme, eğitim ve meslek öğretme programları ve diğer kurumsal bakım seçenekleri gibi çeşitli düzenlemelerin uygulanmasında, çocuklara durumları ve suçları ile orantılı ve kendi esenliklerine olacak biçimde muamele edilmesi sağlanacaktır.

Madde 41

Bu Sözleşmede yer alan hiçbir husus, çocuk haklarının gerçekleştirilmesine daha çok yardımcı olan ve;

a) Bir Taraf Devletin yasasında; veya

b) Bu Devlet bakımından yürürlükte olan uluslararası hukukta yeralan hükümleri etkilemeyecektir.

II. KISIM

Madde 42

Taraf Devletler, Sözleşme ilke ve hükümlerinin uygun ve etkili araçlarla yetişkinler kadar çocuklar tarafından da yaygın biçimde öğrenilmesini sağlamayı taahhüt ederler.

Madde 43

1. Taraf Devletlerin bu Sözleşme ile üstlendikleri yükümlülükleri yerine getirme konusunda kaydettikleri ilerlemeleri incelemek amacıyla, görevleri aşağıda belirtilen bir Çocuk Hakları Komitesi kurulmuştur.

2. Komite bu Sözleşme ile hükme bağlanan alanda yetenekleriyle tanınmış ve yüksek ahlâk sahibi on uzmandan oluşur. Komite üyeleri Taraf Devletlerce kendi vatandaşları arasından ve kişisel olarak görev yapmak üzere, adil bir coğrafi dağılımı sağlama gereği ve başlıca hukuk sistemleri göz-önünde tutularak seçilirler.

3. Komite üyeleri, Taraf devletlerce gösterilen kişiler listesinden gizli oyla seçilirler. Her Taraf Devlet, vatandaşları arasından bir uzmanı aday gösterebilir.

4. Komite için ilk seçim, bu Sözleşmenin yürürlüğe girişini izleyen altı ay içinde yapılır. Sonraki seçimler iki yılda bir yapılır. Her seçim tarihinden en az dört ay önce, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, Taraf Devletleri iki ay içinde adaylarını göstermeye yazılı olarak davet eder. Daha sonra Genel Sekreter böylece belirlenen kişilerden, kendilerini gösteren Taraf Devletleri de işaret ederek, alfabetik sıraya göre oluşturduğu bir listeyi, Taraf Devletlere bildirir.

5. Seçimler, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Merkezinde, Genel Sekreter tarafından davet edilen Taraf Devletler toplantılarında yapılır. Nisabı, Taraf Devletlerin üçte ikisinin oluşturduğu bu toplantılarda, hazır bulunan ve oy kullanan Devletlerin salt çoğunluğuyla en fazla oy alan kişiler Komiteye seçilir.

6. Komite üyeleri dört yıl için seçilir. Aday gösterildikleri takdirde yeniden seçilebilirler. İlk seçimde seçilmiş olan beş üyenin görevi iki yıl sonra sona erer, bu beş üyenin isimleri ilk seçimden hemen sonra toplantı başkanı tarafından çekilen kura ile belirlenir.

7. Bir komite üyesinin ölmesi veya çekilmesi ya da başka herhangi bir nedenle bir üyenin Komitedeki görevlerini yapamaz hale gelmesi durumunda adaylığını öneren Taraf Devlet, Komitenin onaylaması koşuluyla, böylece boşalan yerdeki görev süresi doluncaya kadar, kendi vatandaşları arasından başka bir uzmanı atayabilir.

8. Komite, iç tüzüğünü kendisi belirler.

9. Komite, memurlarını iki yıllık bir süre için seçer.

10. Komite toplantıları olağan olarak Birleşmiş Milletler Teşkilatı Merkezinde ya da Komite tarafından belirlenecek başka uygun bir yerde yapılır. Komite olağan olarak her yıl toplanır. Komite toplantılarının süresi, gerektiğinde, Genel Kurulca onaylanmak koşuluyla, bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bir toplantısıyla belirlenir veya değiştirilir.

11. Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri gerekli maddi araçları ve personeli bu Sözleşme ile kendisine verilen görevleri etkili biçimde görebilmesi amacıyla, Komite emrine verir.

12. Bu Sözleşme uyarınca oluşturulan Komitenin üyeleri, Genel Kurulun onayı ile, Birleşmiş Milletler Teşkilatının kaynaklarından karşılanmak üzere, Genel Kurulca saptanan şart ve koşullar çerçevesinde kararlaştırılan ücreti alırlar.

Madde 44

1. Taraf Devletler, bu Sözleşmede tanınan hakları yürürlüğe koymak için, aldıkları önlemleri ve bu haklardan yararlanma konusunda gerçekleştirilen ilerlemeye ilişkin raporları:

a) Bu Sözleşmenin, ilgili Taraf Devlet bakımından yürürlüğe giriş tarihinden başlayarak iki yıl içinde,

b) Daha sonra beş yılda bir,

Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri aracılığı ile Komiteye sunmayı taahhüt ederler.

2. Bu madde uyarınca hazırlanan raporlarda, bu Sözleşmeye göre üstlenilen sorumlulukların, şayet varsa, yerine getirilmesini etkileyen nedenler ve güçlükler belirtilecektir. Raporlarda ayrıca, ilgili ülkede Sözleşmenin uygulanması hakkında Komiteyi etraflıca aydınlatacak biçimde yeterli bilgi de bulunacaktır.

3. Komiteye etraflı bilgi içeren bir ilk rapor sunmuş olan Taraf Devlet, bu maddenin 1 (b) bendi gereğince sunacağı sonraki raporlarında daha önce verilmiş olan temel bilgileri tekrarlamayacaktır.

4. Komite, Taraf Devletlerden Sözleşmenin uygulamasına ilişkin her türlü ek bilgi isteminde bulunabilir.

5. Komite, iki yılda bir Ekonomik ve Sosyal Konsey aracılığı ile Genel Kurula faaliyetleri hakkında bir rapor sunar.

6. Taraf Devletler kendi raporlarının ülkelerinde geniş biçimde yayımını sağlarlar.

Madde 45

Sözleşmenin etkili biçimde uygulanmasını geliştirme ve Sözleşme kapsamına giren alanda uluslararası işbirliğini teşvik etmek amacıyla:

a) Uzmanlaşmış kurumlar, UNICEF ve Birleşmiş Milletler Teşkilatının öteki organları, bu Sözleşmenin kendi yetki alanlarına ilişkin olan hükümlerinin uygulanmasının incelenmesi sırasında, temsil edilmek hakkına sahiptirler. Komite; uzmanlaşmış kurumları, UNICEF'i ve uygun bulunduğu öteki yetkili kuruluşları, kendi yetki alanlarını ilgilendiren konularda uzman olarak görüş vermeye davet edebilir. Komite, uzmanlaşmış kurumları, UNICEF'i ve Birleşmiş Milletler Teşkilatının öteki organlarını kendi faaliyet alanlarına ilişkin kesimlerde Sözleşmenin uygulanması hakkında rapor sunmaya davet edebilir;

b) Komite, uygun bulunduğu takdirde, Taraf Devletlerce sunulmuş, bir istem içeren ya da teknik danışma veya yardım ihtiyacını belirten her raporu, gerekiyorsa Komitenin bu istek veya ihtiyaca ilişkin tavsiye ve gözlemlerini de ekleyerek, uzmanlaşmış kurumlara, UNICEF'e ve öteki yetkili kuruluşlara gönderir;

c) Komite, Genel Kurula Genel Sekreterden Komite adına çocuk haklarına ilişkin sorunlarda incelemeler yaptırması isteğinde bulunulmasını, tavsiye edebilir;

d) Komite, bu Sözleşmenin 44 ve 45 inci maddeleri uyarınca alınan bilgilere dayanarak, telkin ve genel nitelikte tavsiyelerde bulunabilir. Bu telkin ve genel

nitelikteki tavsiyeler, ilgili olan her Taraf Devlete gönderilir ve şayet varsa, Taraf Devletlerin yorumları ile birlikte Genel Kurulun dikkatine sunulur.

III. KISIM

Madde 46

Bu Sözleşme bütün Devletlerin imzasına açıktır.

Madde 47

Bu Sözleşme onaylamaya bağlı tutulmuştur. Onay belgeleri Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

Madde 48

Bu Sözleşme bütün Devletlerin katılmasına açık olacaktır. Katılma belgeleri Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

Madde 49

1. Bu Sözleşme, yirminci onay ya da katılma belgesinin Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi tarihini izleyen otuzuncu gün yürürlüğe girecektir.

2. Yirminci onay ya da katılma belgesinin tevdiinden sonra bu Sözleşmeyi onaylayacak ya da ona katılacak Devletlerin her biri için, bu Sözleşme, söz konusu Devletin onay ya da katılma belgesini tevdi tarihinden sonraki otuzuncu gün yürürlüğe girecektir.

Madde 50

1. Bu Sözleşmeye Taraf herhangi bir Devlet bir değişiklik önerisinde bulunabilir ve buna ilişkin metni Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edebilir. Genel Sekreter bunun üzerine değişiklik önerisini Taraf Devletlere, önerinin incelenmesi ve oya konulması amacıyla bir Taraf Devletler Konferansı oluşturulmasını isteyip istemediklerini kendisine bildirmeleri kaydıyla, iletir. Böyle bir duyuru tarihini izleyen dört ay içinde Taraf Devletlerin en az üçte biri söz konusu konferansın

toplanmasından yana olduklarını ifade ederlerse Genel Sekreter, Birleşmiş Milletler Teşkilatı çerçevesinde bu konferansı düzenler. Konferansta hazır bulunan ve oy kullanan Taraf Devletlerin çoğunluğu tarafından kabul edilen her değişiklik, onay için Birleşmiş Milletler Genel Kuruluna sunulur.

2. Bu maddenin 1 inci fıkrasında yer alan hükümlere uygun olarak kabul edilen bir değişiklik, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca onaylandığı ve bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin üçte iki çoğunluğu tarafından kabul edildiği zaman yürürlüğe girer.

3. Bir değişiklik yürürlüğe girdiği zaman, onu kabul eden Taraf Devletler bakımından bağlayıcılık taşır. Öteki Taraf Devletler bu Sözleşme hükümleri ve daha önce kabul ettikleri her değişiklikle bağlı kalırlar.

Madde 51

1. Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, onay ya da katılma anında yapılabilecek çekincelerin metnini alacak ve bütün Devletlere bildirecektir.

2. Bu Sözleşmenin amacı ve konusu ile bağdaşmayan hiçbir çekinceye izin verilmeyecektir.

3. Çekinceler, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreterince, geri alınacağına ilişkin bildirimde bulunma yoluyla her zaman geri alınabilir. Bunun üzerine Genel Sekreter, bütün Devletleri haberdar eder. Böyle bir bildirim, Genel Sekreter tarafından alındığı tarihte işlerlik kazanır.

Madde 52

Bir Taraf Devlet, bu Sözleşmeyi, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreterine vereceği yazılı bildirim yoluyla feshedebilir. Fesih, bildirim Genel Sekreter tarafından alınması tarihinden bir yıl sonra geçerli olur.

Madde 53

Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, bu Sözleşmenin tevdi makamı olarak belirlenmiştir.

Madde 54

İngilizce, Arapça, Çince, İspanyolca, Fransızca ve Rusça metinleri de aynı derecede geçerli olan bu Sözleşmenin özgün metni, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

Hükümetleri tarafından tam yetkili kılınan aşağıda imzaları bulunan Temsilciler, yukarıdaki kuralların ışığında, bu Sözleşmeyi imzalamışlardır.

"İhtirazı Kayıt:

Türkiye Cumhuriyeti Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 17, 29 ve 30. maddeleri hükümlerini T.C. Anayasası ve 24 Temmuz 1923 tarihli Lozan Anlaşması hükümlerine ve ruhuna uygun olarak yorumlama hakkını saklı tutmaktadır."

UNICEF Türkiye Temsilciliği tarafından çevrilmiştir (94).