TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLARI İSHAL TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ İLE YAPTIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALARIN BELİRLENMESİ

HAZIRLAYAN: İBRAHİM KANDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

DANIŞMAN

Doç. Dr. DİLEK ERGİN

MANİSA- 2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLARI İSHAL TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ İLE YAPTIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALARIN BELİRLENMESİ

HAZIRLAYAN: İBRAHİM KANDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

DANIŞMAN

Doç. Dr. DİLEK ERGİN

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. DİLEK ERGİN

Prof. Dr. HATİCE BAL YILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi AYNUR ÇETİNKAYA

MANİSA- 2019

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm materyal ve sonuçlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı

İmza

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim boyunca üstün bilgi ve tecrübesiyle beni aydınlatan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Dilek ERGİN'e

Verilerin analizinde danışmanlık yapan ve fikirleriyle katkıda bulunan Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA' ya

Tezin her aşamasında bilgi ve fikirleriyle bana yol gösteren sevgili dostum Turgay AVCI'ya

Tez yazım aşamasında bana yardım eden iş arkadaşlarım Rabia KAZER ve Birsen ŞAHİN'e

Eğitim hayatımın her aşamasında yanımda olan sevgi ve sıcaklıklarını her zaman yanımda hissettiğim, benden maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, bugünlere gelmemde en büyük katkılara sahip olan aileme,

Çalışmanın her aşamasında sevgi ve sabır ile beni motive eden sevgili nişanlım Özge ŞENEL'e,

Teşekkürlerimi sunarım.

İbrahim KANDEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BEYAN……i

TEŞEKKÜRLER……..…..ii

İÇİNDEKİLER…….….iii

ŞEKİLLER DİZİNİ…….....vi

TABLOLAR DİZİNİ…….....vii

KISALTMALAR……..……..…….. viii

1.ÖZET..... 1

2.ABSTRACT..... 2

3. GİRİŞ VE AMAÇ 3

3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU..... 3

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI..... 3

3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI..... 4

3.4. SAYILTILAR..... 4

3.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ..... 4

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 5

3.7. TANIMLAR 5

4. GENEL BİLGİLER..... 7

4.1.ÇOCUK SAĞLIĞI..... 7

4.2. KÜLTÜR VE GELENEK 8

4.2.1.Kültür ve Geleneğin Sağlık Üzerine Etkisi: 9

4.2.2.İshale Yönelik Geleneksel İnanç ve Uygulamalar 10

4.3. İSHALİN TANIMI VE ÖNEMİ..... 11

4.4. DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE İSHAL DURUMU 12

4.5. İSHALİN SINIFLANDIRILMASI..... 13

4.5.1. Akut İshal 13

4.5.2. Persistan İshal..... 14

4.5.3. Kronik İshal..... 14

4.6. EPİDEMİYOLOJİ..... 14

4.7. ETİYOLOJİ 15
4.7.1. Beslenme Bozuklukları 16
4.7.2. Besin Zehirlenmeleri 16
4.7.3. Antibiyotiklere Bağlı İshaller 16
4.7.4. Sistemik Enfeksiyonlar 16
4.7.4.1.Viral nedenler 18
4.7.4.2.Bakteriyel nedenler 19
4.7.4.3.Paraziter nedenler 21
4.7.4.4.Fungal nedenler 22
4.8.PATOGENEZ 22
4.8.1.İshalin Oluşum Mekanizmaları 22
4.8.2.İshallere Karşı Savunmada En Önemli Konak Faktörleri 23
4.9. İSHALDE SEMPTOMLAR ve KLİNİK BULGULAR 24
4.10. PROGNOZ ve KOMPLİKASYONLAR 25
4.11. TEDAVİ 25
4.12. DEHİDRATASYON 26
4.12.1.Dehidratasyon Gelişmemiş Hafif İshalli Çocuklarda Tedavi 27
4.12.2.Hafif ve Orta Dehidratasyon Olgularında İshal Tedavisi 28
4.12.3.Ağır Dehidratasyon Olgularında İshal Tedavisi 30
4.13. İSHALDEN KORUNMA 32
4.14. 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN İSHALE İLİŞKİN GELENEKSEL İNANÇ ve UYGULAMALARININ HEMŞİRELİK YÖNÜNDEN ÖNEMİ 34
5. GEREÇ VE YÖNTEM 37
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ 37
5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI 37
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ 37
5.4 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ 38
5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 38
5.5.1. Sosyo-Demografik Veri Formu 38
5.5.2. Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Evde Yaptıkları Geleneksel Uygulamaları Belirlemeye Yönelik Veri Formu 39
5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ 39

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 39
5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 40
6. BULGULAR 41
6.1. ÇOCUKLARIN ve EBEVEYNLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 42
6.2. ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR 46
6.3. ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ EVDE YAPTIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR 57
7.TARTIŞMA 63
7.1. ÇOCUKLARIN VE EBEVEYNLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI 64
7.2. ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI 67
7.3. ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ EVDE YAPTIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALARINA İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI 72
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 73
8.1. SONUÇ 73
8.2. ÖNERİLER 77
9. KAYNAKÇA 78
10.EKLER 93
EK-1: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 93
EK-2: Sosyo-Demografik Veri Formu 96
EK-3: Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Evde Yaptıkları Geleneksel Uygulamaları Belirlemeye Yönelik Veri Formu 98
EK-4: Tez Uygulama İzin Yazısı 105
EK-5: Etik Kurul Onay Belgesi 106
EK-6: Yönetim Kurulu Kararı 107
11.ÖZGEÇMİŞ 108

ŞEKİLLER DİZİNİ……..……..……..…**Sayfa No**

Şekil 1. İshal Döngüsü ……..……...…….…**27**

Şekil 2. Annelerin Geleneksel Uygulama Yapma Sıklıkları……...……...**58**

TABLOLAR DİZİNİ……..Sayfa No

Tablo 1. Yaşlara Göre İshalin En Sık Etkenleri ……..**.....15**

Tablo 2. İshal Yapan Ajanlar …..……..…….**17**

Tablo 3. Dehidratasyonun Değerlendirilmesi ……..……**27**

Tablo 4. Oral Rehidratasyon Solüsyonunun Bileşimi .……...……..**30**

Tablo 5. Dehidratasyon Derecesine Göre Tedavi Önerileri ……...….……**31**

Tablo 6. Annelerin Çocuklarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular ….……...**42**

Tablo 7. Ebeveynleri Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular ……...**43**

Tablo 8. Çocukların İshal Olma Durumuna İlişkin Bulgular ……...…...**46**

Tablo 9. Çocukların Anne Sütü Alma Durumuna İlişkin Bulgular……**47**

Tablo 10. Çocukların İshal Olmaya Yönelik Risk Faktörlerinin Dağılımına İlişkin Bulgular ……..……**....48**

Tablo 11. Annelerin İshal'in Tanımı ve Oluşumuna Yönelik Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı……...**50**

Tablo 12. Annelerin Çocuğun İshal Sürecindeki Beslenmesine Yönelik Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı …….……...…….……**53**

Tablo 13. Annelerin İshal'in Tedavisine Yönelik Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı ……..…….…….……**55**

Tablo 14. İshalde Evde Kullanılan Geleneksel Uygulamaların Dağılımı…….**57**

Tablo 15. Annelerin İshal Konusunda Bilgi Puanları ile Geleneksel Uygulamaları Yapma Sıklığına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması...……...……..**59**

Tablo 16. Çocukların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgi Kaynaklarının Bazı Sosyo-demografik özelliklerine göre incelenmesi ……...……**60**

Tablo 17. Annenin Eğitim Durumuna Göre Çocuğa Sadece Anne Sütü Verme Süresinin İncelenmesi ……..……..**61**

Tablo 18. Çocukların Annelerinin ORS Bilme Durumlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi ……..……...**62**

KISALTMALAR

AST : Ağızdan Sıvı Tedavisi

HÜ : Hacettepe Üniversitesi

Max : Maximum

Min : Minumum

ORS : Oral Rehidratasyon Sıvısı

ORT : Oral Rehidratasyon Tedavisi

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

SSYB : Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı

UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

Başlık: Çocukları İshal Tedavisi Gören Kadınların İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile Yaptıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi

Öğrencinin Adı : İbrahim KANDEMİR

Danışman : Doç. Dr. Dilek ERGİN

Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

1.ÖZET

Amaç: Bu araştırma, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği'nde 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ishal konusundaki bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları geleneksel uygulamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan sosyo-demografik veri formu ve uzman görüşü alınarak hazırlanan annelerin ishal konusundaki bilgi düzeyi ile evde yaptıkları geleneksel uygulamalarını içeren veri formu kullanılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu araştırma 1 Ağustos 2014-30 Ekim 2014 tarihleri arasında Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Bu tarihler arasında hastanede yatan 0-6 yaş çocuğu olan 150 anneye uygulanan anketlerden elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalaması 28,01 (min: 17, max: 45) yıldır. Çocukların %55,3'ü erkek %44,7'si kızdır. Çocukların %82,7'si son bir ayda en az bir kez ishal olmuştur ve annelerin %46,7'si ishalin birinci günü çocuklarını hastaneye götürmüşlerdir. Annelerin %44'ü çocuklarını ilk altı ay sadece anne sütü ile beslemiştir ve annelerin %66'sı ishal konusunda sağlık çalışanlarından bilgi almıştır. Annelerin %13,3'ü ishalin evde tedavi edilebileceği ile ilgili bir fikrinin olmadığını, %80'i ise ORS diye bir şey duymadıklarını belirtmişlerdir. ORS'yi bilme düzeyi üzerinde en etkili değişkenin annelerin eğitim düzeyi olduğu saptanmıştır.

Sonuçlar: Araştırmamızda annelerin %50,7'sinin ishalin evde tedavi edilemeyeceği ve ORS hakkında eksik bilgiye sahip oldukları bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: İshal, Anne, Çocuk, Geleneksel Uygulama

Title of the thesis : Determination of Knowledge Levels With Traditional Practices About Diarrhea of Women Having Children Receiving Treatment for Diarrhea

Name of the student: İbrahim KANDEMİR

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Dilek ERGİN

Department: Department of Nursing, Child Health and Disease Nursing Program

2.ABSTRACT

Aim: This study was done in order to determine the knowledge level of 0-6 years child mothers about diarrhea and traditional methods which were done by mothers at home.

Materials and Methods: The socio-demographıc data form, which was done by researcher through literature information and the data form which consist traditional application with knowledge level of mothers about diarrhea, which was prcapered by comments of doctors,were used as data collection tool. This study, which was done both ıllustrator and cross-sectional type,was carried out between 1 August 2014 and 30 October 2014 in child department of Manisa Moris Şinasi Hospital. The datas which were taken by surveys which were asked 150 0-6 years child mothers whose children stayed in hospital in that period,were analyzed with SPSS 15.0.

Results: The average age of mothers which were resented in research was 28.01(min: 17, max: 45) . The male child pecentage was 55.3% and female child is 44.7%. The 82.7%of child had diarrhea of least one time in a month and 46.7%of mothers brought their children to hospital in the first day of diarrhea. The 46.7%of mothers feed their children only with human milk in first six months and 66%of mother tonk information from medical staff. 13.3%of mothers indicated that they didn't have any ıdea about the treatment of children at home and 80%of mothers also indicated that they hadn't heard anything about ORS before. İt was found that. The most effective parameter on knowledge of ORS was the education level of mothers.

Conclusion: It was found that 50.7%of mothers didn't know the treatment of diarrhea at home and had imperfect information about it in our research.

Key words: Diarrhea, Mother, Children, Traditional Application

3. GİRİŞ ve AMAÇ

3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

İshal başlı başına bir hastalık değil, birçok hastalığın belirtisidir. Üst üste gelen ishaller, hem beslenme bozukluklarının, hem de büyüme ve gelişme sürecindeki aksamanın en önemli nedenidir. Beslenme yetersizliği olan çocuklar daha sık ve şiddetli ishale yakalanırlar, dolayısıyla daha yüksek ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kalırlar (Çetinkaya ve ark. 1994). Konuyla ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde; ülkemizdeki ishale bağlı çocuk ölümlerinin en önemli nedenleri arasında annelerin ishal konusundaki yanlış bilgi ve inançları, uyguladıkları yanlış tutum ve davranışlar olduğu bildirilmektedir (Öğüt ve Gürkan 2005).

Ülkemizde beş yaşın altındaki çocuklarda ölümlere neden olması, çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle hemşireler, çocukların ishalden korunmasında ve ishalli çocukların izlenmesi ve tedavisinde önemli sorumluluklara sahiptirler (Kavaklı ve ark. 1998).

Çocuk ölümlerinde ilk sıralarda olan ishal gibi önemli bir sağlık sorununun çözümlenmesinde; çocukların annelerinin hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri ve çocukları hasta olduğunda neler yaptıklarının bilinmesi gerekli ve zorunludur.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Ülkemizdeki ishale bağlı çocuk ölümlerinin en önemli nedeni annelerin ishal konusundaki bilgi düzeylerindeki yetersizlikler ve evde yaptıkları yanlış geleneksel uygulamalardır. Bu araştırma 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ishal konusundaki

bilgi düzeylerini ve evde yaptıkları geleneksel uygulamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

I. Annelerin ishal konusundaki bilgi düzeyleri sosyo-demografik değişkenlerden etkilenir mi?

II. İshalli çocukların annelerinin evde yaptıkları geleneksel uygulamalar annelerin bilgi düzeylerinden etkilenir mi?

3.4. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

3.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Çocukluk dönemi, ölüm oranının yüksek olduğu sağlık açısından riskli bir dönemdir. Günümüzde uluslararası kıyaslamalarda en fazla kullanılan ölçüttür. Ülkenin gelişmişlik düzeyi ile bebek ölüm oranı arasında sıkı bir ilişki vardır (Palanduz 2009).

Dünyada 5 yaş altı çocuklarda yılda yaklaşık 1,3 milyar ishal vakası olmaktadır (Çavuşoğlu 2011; Kılıç ve ark. 2013). İki milyondan fazla çocuk da ishal nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Çavuşoğlu 2011). İshale bağlı tüm ölümlerin yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan beş yaş altı çocuklarda görülmektedir (Ahs ve ark. 2010).

Ülkemizde ishaller, çocuk ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (Kılıç ve ark. 2013). Ülkemizde yılda 30 000 çocuk ishal nedeniyle ölmektedir (Çavuşoğlu 2011; Kılıç ve ark. 2013). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

(TNSA) sonuçlarına göre, araştırmadan önceki son beş yıl için (Aralık 2008 ile Kasım 2013 arasındaki dönem) beş yaş altı ölümlülüğün 1 000 canlı doğumda 15 olduğunu göstermektedir. Bu, Türkiye'de her canlı doğan 66 çocuktan birinin beş yaşını tamamlayamadan ölmesi anlamına gelmektedir. (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim Tarihi:20.05.2018).

Çocuk ölümlerinde ilk sıralarda olan ishal gibi önemli bir sağlık sorununun çözümlenmesinde; çocuk ile bire bir ilgilenen annelerin ishal hakkındaki bilgi düzeylerinin ve çocukları ishal olduğunda evde geleneksel olarak hangi uygulamaları yaptıklarının geliştirilmesinde kaynak olacağı düşünülmektedir.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği'ne ishal tanısı ile yatan 0-6 yaş grubu çocukların anneleriyle yürütülmüştür. Araştırma 150 anne ile görüşülerek yapılmıştır. Okuma yazması olmayan veya anket doldurmak istemeyen anneler araştırma grubuna dahil edilmemiştir.

3.7. TANIMLAR

İshal: Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre; ishal, 24 saatte üçten fazla sulu dışkılama veya sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde ise her zamankinden daha sık ve sulu dışkılama olarak tanımlamakta ayrıca dışkı miktarında ve sıklığında artma ve kıvamında azalma olarak tanımlanmaktadır (Sidal 2006; Arısoy 2003).

Malnütrisyon: Besin olarak vücudun ihtiyacı ile alınan miktar arasındaki dengesizlikten oluşan 'beslenme eksikliği' veya 'fazlalığı' şeklinde tanımlanmaktadır.

Gastroenterit: Bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısı gibi yakınmalarla seyreden mide ve ince bağırsağın birlikte tutulduğu klinik tablodur.

Enterokolit: Genellikle kusmanın eşlik etmediği ateş, karın ağrısı ve ishal gibi yakınmalarla seyreden ince ve kalın bağırsakların birlikte tutulduğu klinik tablodur.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.ÇOCUK SAĞLIĞI

Bir toplumun gelişmişliği ve kalkınmışlığı ne olursa olsun toplumun bazı bireyleri sağlık açısından özel riskler taşımaktadır. Çocuklar her toplumda diğer bireylerden daha fazla özene ve bakıma gereksinim duyarlar (Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Üreme Sağlığı Programı 2005; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Bilimleri Enstitüsü 2008).

Bebek ölümlerini biyolojik faktörler ve sağlık hizmetleri doğrudan etkilerken; gelenekler, aile geliri, ekolojik ortam, sosyo-ekonomik ve fiziksel ortamlar ise dolaylı etkilemektedir. Aynı zamanda annelerin anne-bebek bakımına ilişkin bilgi yetersizliği veya öğrendiği yanlış geleneksel bilgi ve uygulamalar, bebeğin iyileşme sürecini uzatabilmekte, etkin tedavi almasını engellemekte, sakatlık, hastalık ve hatta ölümle sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle annelerin anne-bebek bakımı uygulamalarının ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin bilinmesi önem taşımaktadır (Özyazıcıoğlu 2005; Biltekin ve ark 2004; Törüner 2011; Hotun 1990).

Dünya Sağlık Örgütü 2008 raporuna göre; dünyada her gün 1 400, bir yılda ise 529 000 kadının gebelik ve doğumla ilgili nedenlerden dolayı öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (WHO 2008; Gölbaşı ve Eğri 2010). Dünya Sağlık Raporu 2005'e göre ise, 5 yaş altındaki yaklaşık 11 milyon çocuk önlenebilir hastalıklar nedeniyle ölmektedirler. Bunların dört milyonu yaşamlarının ilk bir ayı içinde ölen bebeklerdir. Yeni doğan ölümlerinin 3,4 milyonu yaşamlarının ilk bir haftasında meydana gelmektedir (UNİCEF 2005).

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına göre yeni doğan ölümlerinin başlıca nedenleri; gebelik sırasında yetersiz doğum öncesi bakım, doğum

sırasında yanlış uygulamalar, hipotermi ve enfeksiyonlardır (WHO 2008; Gölbaşı ve Eğri 2010). Bu nedenledir ki dünyada olduğu gibi, ülkemizde çocuk sağlığı hizmetlerinin, diğer sağlık hizmetlerine göre, özel önem ve önceliği bulunmaktadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2008).

Süt çocukluğu ve erken çocukluk dönemleri büyümenin en hızlı ve dış etkenlere karşı en duyarlı olduğu dönem olduğundan bu dönemlerde yapılan geleneksel uygulamalar fazlasıyla önem taşımaktadır. Kültür de bu dönemde sağlık ve hastalığı etkileyen en önemli faktördür. Bu nedenle çocuk hemşiresinin toplumun kültürel özelliklerini bilmesi ve buna uygun davranması gerekmektedir (Aksayan ve Hayran 1992) .

4.2. KÜLTÜR VE GELENEK

Kültür; bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır. İnsanın, toplumun üyesi olarak kazandığı bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, gelenek, görenek ve alışkanlıklarının toplamı kültürünü oluşturur (Eğri ve Konak 2011).

Kültür kişiliğin şekillenmesinden ana-baba tutumlarına, bebek yetiştirme biçimlerinden kullanılan dile kadar insan yaşamının pek çok yönünü etkiler. Kültür kişinin nasıl düşüneceği, hangi dili konuşacağı, nasıl giyineceği, nasıl inanacağı, nasıl besleneceği, hastalarını nasıl tedavi edeceği konularında etkilidir (Özden 1987; Tortumluoğlu ve ark. 2004).

Gelenek; bir toplulukta kuşaktan kuşağa geçen kültür mirasları, alışkanlıkları, bilgileri, töreleri ve davranışlarıdır (Uzun ve Vural, 2000; Tortumluoğlu ve ark. 2004).

İnanç ve değerler; insan davranışlarına rehberlik eden kurallardır. Kurallar kişiye belirli bir durumda nasıl davranması konusunda yol göstericidir. Değerler, davranışların yöneldiği amaçlardır ve hangi davranışların iyi, doğru olduğunu belirten, paylaşılan ölçüt ya da fikirlerdir (Bekar 2001).

Günümüzde doğumdan başlayarak ölümle son bulan, hatta hayatın çeşitli bölümlerini konu alan sayısız geleneksel inanç ve uygulamalar vardır (Kaewsom ve ark. 2003). Geleneksel inanç ve uygulamalar yöreden yöreye, aileden aileye, kişiden kişiye kimi ayrılıklar göstererek hala canlılıklarını sürdürmekte ve ağırlıklarını korumaktadırlar (Uzun ve Vural 2000).

4.2.1.Kültür ve Geleneğin Sağlık Üzerine Etkisi:

İnsanlar maddi ve manevi olarak zorlukları yenmek için, toplumun düşünce ve yaşayışının bir yansıması olarak gelişen geleneksel inanç ve uygulamaları önceki kuşaktan öğrenir ve bir sonraki kuşağa aktarırlar. Böylece değiştirilmesi oldukça güç olan inanç ve uygulamalar ortaya çıkar (Aksayan 1983; Şenses ve Yıldızoğlu 2002).

Toplumun kültürel değerleri, tutum, inanç ve davranışları kişilerin yaşam tarzlarını, dolayısıyla sağlık koşullarını etkilemektedirler (Özsoy 2008; Beşer ve Erdin 2005). Bu nedenle insanlara sağlıklı yaşama sanatını benimsetmek için, sağlığın kapsamlı bir kültür anlayışı ile değerlendirilmesi gerekmektedir (Bolsoy 2006).

Halkın sağlığa bakış açısı, kültürel açıdan iyi bilinmelidir (Özsoy 2008). Her toplumun kendine özgü bir kültürü vardır. Kültürü biçimlendiren etmenler arasında töre, gelenek ve göreneğin önemi büyüktür (Seviğ ve Tanrıverdi 2011; Beşer ve Erdin 2005).

Geleneksel uygulamalar dünyanın her yerinde yaygın olarak yapılmakla beraber, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde daha fazla yapıldığı bilinen bir gerçektir (UNICEF 1994; Polat 1995).

Sağlık alanındaki geleneksel uygulamalar, modern tıbbın gerekleriyle kısmen bağdaşmakta kısmen çelişmektedir. Uygulamaları biçimlendiren zihniyet açısından ise çağdaş bilimsel tıpla geleneksel halk tıbbı arasında çok daha belirgin bir farklılık bulunmaktadır. Geleneksel uygulamaların temelinde inançlar, inanışlar ve eski bilgiler yatmaktadır (Özden 1987). Geleneksel tıpta hastalıkların tedavisinde mantıksal olayların birbirlerini izlemesi, deneme yanılma yolu kullanılır. Modern tıp ise neden sonuç içinde kesin bilgiye dayalı uygulamalar içerir (Aksayan 1983; Ceylan ve ark. 1996).

Geleneksel uygulamalar çoğu zaman hastalığın temel nedenini göz ardı ederek iyileşme sürecini uzatabilir ya da çocuğun sağlığını doğrudan olumsuz etkileyebilir (Öztürk 2011; Karadağ 2008).

4.2.2.İshale Yönelik Geleneksel İnanç ve Uygulamalar

İshal halk arasında amel, sürgün, ötürük gibi değişik adlandırmalarla da bilinmektedir. Gelişmemiş toplumlarda 0-4 yaş grubu çocukların ölüm nedenlerinin ilk sıralarında yer alan ishale karşı geleneksel bilgi ve inanışları olumlu ve olumsuz şekilleriyle ele almak olasıdır (Sezgin 1989).

Halkın hastalık konusunda kendi bilgi ve inançları vardır. Bu bilgi ve inançlar genellikle toplumun kültürel ve ekonomik yaşamından ayrılamaz. Bu nedenle de farklı toplumlarda farklı uygulamalarla gözlenebilirler. Ortak olan ise bu geleneksel bilgilerin ve inançların zaman zaman toplumu olumsuzluklarla karşı karşıya getirmesidir (Sezgin 1989).

Çocuk ölümlerinde ilk sıralarda olan ishal gibi önemli bir sağlık sorununun çözümlenmesinde; çocuk ile bire bir ilgilenen annelerin ishal hakkındaki bilgilerinin ve çocukları ishal olduğunda geleneksel olarak hangi uygulamaları yaptıkları büyük bir öneme sahiptir. Annelerin ishali gidermek için yaptıkları geleneksel uygulamalar arasında; anne sütünden kesme, kahve-limon, gazoz-aspirin içirme, koyu çay, nane-limon içirme, sumak kaynatılarak suyu alınarak yemeklerin bu su ile pişirilmesi, ebegümeci otu kaynatılarak una karıştırılıp hamur yapılıp ve ishal olan çocuğun karnına bağlanması ve bu işlem birkaç gün tekrar edilmesi yapılan geleneksel uygulamalardan bazılarıdır (Özyazıcıoğlu 2005; Elmacı ve Özelçi 2001; Biltekin ve ark. 2004).

Anneler ay basmasından ishal olan bebekleri sağlık kuruluşuna götürmez. Sağlık kuruluşunun vermiş olduğu ilacın çok tehlikeli olduğunu düşünürler. Anneler bebeklerine eğer iğne yaptırırsa havale geçireceğini, sağır, dilsiz olacağını veya anında ölebileceğini zannedebilir. Anne çocuğunun ay bastığı için ishal olduğuna karar verirse, yani çocuğun ağzı ve dışkısı kötü kokuyorsa, kusma ve ateş varsa ve gökyüzündeki ay hilal ise odun ocağında yemek pişirdiği tencerenin isinden çocuğun alnına, boynuna, sağ koluna ve sol bacağına üç gün süreyle sürerek iyileşeceğini düşünür (Özyazıcıoğlu 2005; Elmacı ve Özelçi 2001; Biltekin ve ark. 2004).

SSYB, WHO VE HÜ Hemşirelik Yüksek Okulu'nun 1979-1980 yıllarında Temel Sağlık Hizmetlerinde 'Kırsal Toplum Sağlığı Projesi' çalışmasında araştırmaya katılan annelerin ishal durumunda çocuklarına uyguladıkları geleneksel uygulamalardan bazıları şu şekildedir:

Van ilinde, ishalli çocuğa su vermeme, çaya yumurta sarısı karıştırıp verme, çocuğun ayran ile yıkanması, limon-koruk suyu ve çay karışımı verme, yoğurt, patates ve pirinç lapası yedirmedir.

Kayseri ilinde çarşaf, yağmur ve sabunlu su ile ıslatılıp çocuğa sarılır, nişasta-yoğurt karışımı verme ve pirinç lapası-patates karışımı yedirme, koyu çay-yoğurt (ayran) verme, patates ve sarımsak karışımı yedirmedir.

Isparta ilinde ise ishalli çocuğa su içirmeme, katran üzerinde yanan bezin bacak arasına konulması, yoğurt ve kızılcık suyu karışımı içirme, ayva çekirdeğini kaynatıp çocuğa vermek gibi, yapılan bazı geleneksel uygulamalardır (SSYB, WHO, HÜ Temel Sağlık Hizmetleri Raporu 1982).

İshal halindeki çocukta ölüm nedeni çoğu kez dehidratasyon ve malnütrisyona bağlı olmaktadır. Dehidratasyonda vücutta ani sıvı ve elektrolit kaybının olması, yukarıda belirtilmiş olan bazı geleneksel uygulamalarla kolaylaşmakta ve hızlanmaktadır. Örneğin; çocuğa su içirilmemesi, benzeri şekilde besin kaybına yönelik bazı geleneksel uygulamalar (çocuğu aç bırakma), yağlı besinlerin verilmesi yada dışarıdan vücuda bazı maddeler konulması (kızgın tuğlaya oturtma, göbeğe kına, katran, yosun ve keçi sütü yağı sürme gibi) sıvı ve besin kaybını engellemediği için etkisiz kalmaktadır. Yararlı geleneksel uygulamalar içerisinde; patates, pirinç, yoğurt(ayran), çay ve kızılcık suyu gibi sıvı ve besin kaybını karşılamaya yönelik olumlu uygulamalarda saptanmıştır (Sezgin 1989).

4.3. İSHALİN TANIMI VE ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütüne göre (World Health Organization-WHO) İshal 24 saatte üçten fazla sulu dışkılama veya sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde ise her zamankinden daha sık ve sulu dışkılama olarak tanımlamakta ayrıca dışkı miktarında

ve sıklığında artma ve kıvamında azalma olarak tanımlanmaktadır (Sidal 2006; Arısoy 2003).

Dışkılama sıklığında artış ve dışkı kıvamında azalma ile birlikte günlük dışkı miktarının artmasıyla karakterizedir. Bebekler günde 5-10 gr/kg kadar dışkı yaparlar. Üç yaşa kadar günlük dışkı miktarı giderek azalır ve 1-3 yaştan sonra erişkin düzeylerine ulaşır. Kültürel, coğrafik etmenlere karşın, erişkinlerde günlük dışkılama miktarı 100 g dolayındadır. Bu sınırların aşılması durumu ishal olarak adlandırılmaktadır (Kansoy 2014).

Genel olarak ishalin tanımı yapılırken; dışkılamanın sayısı, ağırlığı ve kıvamı öne çıkarılarak tanımlar yapılmaktadır. Normal dışkılama günde üç kez ve ağırlığı 100 g-200 g arasında değişirken normal dışkı kıvamlı ve şekillidir. Bu bilgilerden yola çıkarak ishal; günde üçten fazla dışkılama, sıvı kıvamlı dışkılama veya 200 g'dan fazla dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Daha çok yapılan tanımı sayı ve miktarı ne olursa olsun konulduğu kabın şeklini alan dışkılama da denebilir (Kaymakoğlu 2007).

4.4. DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE İSHAL DURUMU

Beş yaş altı çocukluk dönemi morbidite ve mortalite hızlarının yüksek olduğu sağlık açısından riskli bir dönemdir. Günümüzde uluslararası kıyaslamalarda en fazla kullanılan ölçüttür. Bu ölçüt ülkenin gelişmişlik düzeyi ile sıkı bir ilişki gösterir (Palanduz 2009). 2012 yılı beş yaş altı ölüm hızı, dünyada 120. sırada yer almakta ve dünyada beş yaş altı ölümlerin %9.5'i ishal nedeniyle olmaktadır (UNICEF 2014). 1980'lerde yılda beş milyon, 1990'larda ise üç milyon çocuk ishal nedeniyle ölmekteydi. Günümüzde bu rakam azalmakla birlikte ishal, halen çocuk ölümlerinin önemli bir nedenini oluşturmaktadır (Farthing ve ark. 2013).

Tüm dünyada beş yaş altı çocuklarda, yılda 1,3 milyara yakın ishal vakası görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hastaneye yatışların %30' unu, ABD'de %10'unu ishalli hastalıklar oluşturmaktadır. Büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, dünyada her yıl 4-5 milyon çocuğun ishalden yaşamını kaybettiği bilinmektedir (Conk ve Ark. 2013).

İshal tüm dünyada beş yaş altı çocuk ölümlerinde ikinci sıradadır. İshal, dünya genelinde beş yaş altındaki 525 000 çocuğun ölümüne neden olmakta ve her yıl yaklaşık 1,7 milyar ishal hastalığı vakası görülmektedir (WHO 2017).

Çocuk ölümlerinin en önemli nedenlerinden olan ishal, 2016 yılında dünya genelinde beş yaş altı çocuklar arasındaki tüm ölümlerin yaklaşık %8'ini oluşturmaktadır. Bu, her gün ölmekte olan 1 300'den fazla çocuğun ya da yılda yaklaşık 480 000 çocuğun ölümüne neden olmaktadır. İshal kaynaklı ölümlerin çoğu, Güney Asya ve Sahra altı Afrika'da yaşayan iki yaşın altındaki çocuklarda görülmektedir. 2 000 yılından 2016 yılına kadar, beş yaşın altındaki çocuklar arasındaki ishalden elde edilen toplam yıllık ölüm sayısı %60 oranında azalmıştır (UNİCEF 2016).

Ülkemizde çocuk ölümleri yıllar itibariyle önemli ölçüde azalmıştır. Doğumdan sonraki beş yıl içinde ölme olasılığını ifade eden beş yaş altı ölüm hızı, 2015 yılı verilerine göre binde 12,4 iken 2016 yılında ise binde 12,1 olarak gerçekleşmiştir. Son altı ay içinde, 0-6 yaş grubundaki çocuklarda en çok görülen hastalık türleri incelendiğinde; üst solunum yolu enfeksiyonu 2016 yılında %42,6 olarak ilk sırada yer alırken, ishal %32,3 ile en sık görülen ikinci hastalık olmuştur (TÜİK 2015; TÜİK 2016).

4.5. İSHALİN SINIFLANDIRILMASI

4.5.1. Akut İshal

Akut başlayan ve 14 günden kısa süren (çoğunlukla yedi gün içinde sonlanan) ishal akut ishal olarak tanımlanmaktadır. Dışkıda kan yoktur ve aşırı sıvı kaybından dolayı ölüm riski taşımaktadır. Genellikle enfeksiyöz kaynaklıdır. Enfeksiyon dışı nedenlere bağlı olarak gelişmesi de mümkündür. Metabolik bozukluklar; çölyak ve benzeri hastalıklar, nutrisyonel nedenler; hiperosmoler süt formülleri, antibiyotik etkisi, neoplastik hastalıklar, gibi değişik nedenlerle oluşmaktadır (Arısoy 2003; Öktem ve ark. 2004; Özkasap ve ark. 2004).

4.5.2. Persistan İshal

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, akut olarak başlayan ve 14 günden fazla süren ishal olarak tanımlanmıştır (Laney ve Cohen 1993). Gelişmekte olan ülkelerde beş yaş altı çocuklarda ishallerin %3-20'si persistan ishal olarak görülmektedir. En sık etken mikroorganizmalar; Enteroadherent E.coli, Cryptosporodium, Shigella, Aeromanas, Giardia ve Salmonella'dır (Özkan 2005; Etiler 2000).

4.5.3. Kronik İshal

Bir aydan uzun süren ishal ise kronik ishal olarak tanımlanmaktadır. İnce barsak mukoza bozuklukları; çölyak hastalığı, ince barsak lümen içeriği bozuklukları; pankreas salgısı eksikliği, ince bağırsakta anatomik bozukluklar; kısa barsak sendromu gibi hastalıklar kronik ishale neden olabilir. Kronik ishal haftalarca veya aylarca aralıklı veya devamlı sürebilir. Kronik ishal ayrıca ilaçlara, kemoterapiye, enteral beslenmeye bağlı olarak da gelişebilir. Uzun süren açlıktan sonra da görülebilir (Arısoy 2003; Uzunismail 2007; Çullu 2002)

4.6. EPİDEMİYOLOJİ

Çocukluk çağında en sık görülen hastalıklardan biri olan ishal, çocuklarda mortalite ve morbiditenin en sık iki nedeninden biridir (Kliegman ve ark. 2016; Guarino ve ark. 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, beş yaş altındaki çocuklarda mortalitenin en sık nedenlerinden biri olan ishal, bu yaş grubunda her yıl yaklaşık 760 000 ishal kaynaklı çocuk ölümü görülmektedir (WHO-Diarrhoeal disease 2016). 2010 yılında gelişmekte olan ülkeler genelinde %80'den fazlası Güney Asya ve Afrika'da olmak üzere, beş yaş altı çocuklarda, 1,731 milyar ishal olgusu görülmüş ve bunların 36 milyonu şiddetli seyretmiştir (Kliegman ve ark. 2016).

Avrupa'da her çocuk yaşamının ilk üç yılında, yılda 0,5 ile 2 arasında ishal atağı geçirmektedir (Guarino ve ark. 2014). Ülkemiz gibi, gelişmekte olan ülkelerde de beş yaş altı çocuklarda mortalitenin en sık üç nedeninden birisi ishaldir (Thapar 2004). Sağlık Bakanlığı'na ait 2014 verilerinde altı aylık periyotta 0-6 yaş grubu

çocukların %33,2'sinin en az bir kez ishal atağı geçirdiği belirtilmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014).

İshale bağlı küresel mortalite yıllar içerisinde hızla düşmekte olup, ishal insidansı son yıllarda gerilemiştir (Kliegman ve ark. 2016). İshal ilişkili mortalitedeki bu düşüş, infant ve çocuk beslenmesindeki gelişmeler kadar, rotavirus aşılama programlarının ve gelişmiş tedavi yaklaşımlarının bir sonucu olarak görülmektedir (Kliegman ve ark. 2016).

4.7. ETİYOLOJİ

Çocukluk yaşlarında ortaya çıkan ishalli hastalıkların en önemli nedeni bağırsak enfeksiyonlarıdır (Özkasap 2004; Öztürk 2007). Enfeksiyöz ishalde dikkat edilmesi gereken etiyolojik faktörler; inkübasyon periyodu, yakın zamanda yolculuk yapılan yerler, değişik yenilen gıdalar, antimikrobiyal kullanımı, sürekli kullandığı ilaçlar ve immunsupresyon durumudur (Kansoy 2014).

Tablo 1. Yaşlara Göre İshalin En Sık Etkenleri (Colletti ve ark. 2010).

<1 yaş	**1-4 yaş**	**>5 yaş**
Rotavirus	Rotavirus	Campylobacter
Norovirus	Norovirus	Salmonella
Adenovirus	Adenovirus	Rotavirus
Salmonella	Salmonella	
	Campylobacter, Yersinia	

4.7.1. Beslenme Bozuklukları

Süt çocuklarında yapılan beslenme hataları ishal oluşumunu kolaylaştırabilir. Çocuğa aşırı derecede gıda ve sıvı yüklemesi ishale yol açar. Yeni gıdaya geçişlerde gastrointestinal bozukluğa neden olabilir (Arlı ve ark. 2006).

4.7.2. Besin Zehirlenmeleri

Besin zehirlenmesine neden olan en sık etkenler Salmonella türleri, Bacillus cereus, Staphylococcus aureus, ve Clostridium perfringens'tir. Eğer bir bakteri ya da onun toksinleri ile veya kimyasal bir madde ile bulaşmış bir besinin yenmesinden hemen sonra bulantı, kusma, ishal, ateş gibi gastrointestinal semptomlar ortaya çıkarsa bir besin zehirlenmesinden söz edilmektedir. Bu durumda genellikle aynı yemeği yiyen ya da aynı suyu içen birden fazla çocuk benzer belirtileri gösterir. Hastalık bir epidemi yapmaz. Bazen parazitler ve virüsler de besin zehirlenmesinin nedeni olabilirler (Öztürk 2007; Özkasap ve ark. 2004; Gül ve ark. 2005).

4.7.3. Antibiyotiklere Bağlı İshaller

Antibiyotikler normal barsak florasının işlev ve içeriğini değiştirerek, patojen mikroorganizmaların çoğalmalarına yol açarak, bağırsak mukozası üzerine allerjik ve toksik etki ederek bağırsak motilitesini değiştirerek ishale neden olurlar (Özkan 2005; Çullu 2002). Bağırsak florasındaki normal ekolojik dengenin bozulmasında en sık rastlanılan etken antibiyotik kullanımıdır. Antibiyotikler iki şekilde ishale neden olurlar (McFarland 1998).

- ✓ Bağırsak florasındaki bariyer etkisinden sorumlu mikrobiyal suşların ve epitel üzerindeki adherans bölgelerin zarar görmesine bağlı olarak mikrobiyal floranın fizyolojik fonksiyonlarında yetersizlik ve kötüleşmeye yol açarlar
- ✓ Bağırsak florasında hakim mikroorganizmaların zarar görmesine bağlı olarak normalde baskılandığı düşünülen Endojen ve ekzojen patolojik türlerin potansiyel olarak çoğalmasıdır.

4.7.4. Sistemik Enfeksiyonlar

Ülkemizde en önemli ishal nedeni enfeksiyonlardır. Çevre koşullarının iyi olmaması ve kişisel hijyenin sağlanamaması ishale yakalanma sıklığını artırmaktadır. (Neyzi ve Ertuğrul 2002; DSÖ 1993; Gülden ve Gökmen 2000).

Çocukluk çağı enfeksiyöz ishallerinin büyük çoğunluğu viral kaynaklıdır. Bunlar arasında en sık rotavirüs ishali görülmekte ve sıklıkla hastaneye yatışı gerektirmektedir. İshal nedeniyle hastaneye yatışların %40'ı rotavirüs kaynaklı ishallerdir (Parashar ve ark. 2006).

Çocuklarda akut ishal olgularının çoğunda enterik enfenksiyonlar sorumludur. Özellikle iki yaş altındaki çocuklardaki enterik enfenksiyonların %60-80'ninden virüsler sorumludur. Astrovirüsler ve kalisivirüsler gibi kışın yaygın görülen diğer virüsler daha büyük çocukları etkilerler ve daha kısa süreli hastalık yaparlar. Norovirus (Norwalk ajanı) bir kalisivirüs olup, okullarda, gündüz bakım evlerinde, hastanelerde, uzun yol gemilerinde ve spor takımlarında besin kaynaklı bulaşa neden olan önemli bir etkendir. Enterovirüsler yazın salgın yapma eğilimindedirler ve rotavirüslerinin yaptığından daha uzun süreli ishale sebep olurlar (COLIN ve ark. 2013).

Süt çocuklarının ishallerinde en çok Enterotoksijenik E. Coli (ETEC), Camylobacter jejuni ve Shigella gibi bakteriyel ajanlarına daha sık rastlanmaktadır. Vibrio cholerea 01 bakteriyel ajanı ilk iki yaşta nadir olmakla birlikte her yaşta ishale neden olmaktadır. Paraziter ajanlar daha çok subakut ve kronik ishale yol açmakla birlikte özelikle Giardia Lamblia küçük çocuklarda akut ishale neden olan en yaygın parazittir (Neyzi ve Ertuğrul 2002). Akut ishale neden olan etmenler dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; viral, bakteriyel, paraziter ve fungal nedenlerdir.

Tablo 2. İshal Yapan Ajanlar (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Bakteriler:			
Salmonella	Shigella	E. coli	C. jejuni
S.aureus	Cl. Perfiringens	Cl. difficile	V. Cholerae
Aeromonas	V.parahemoliticus	Plesiomonas	Y. enterocolitica
Cl.cereus			
Viruslar:			
Rota v.	Norwalk v.	Astro v.	Corona v.
Calici v.	Enterikadeno v.		

Tablo 2. İshal Yapan Ajanlar (devamı) (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Parazitler:		
E. Histolitica	G. Lamblia	Enterocytozoon bieneus
İsospora belli	Cryptosporidium	Strongyloides stercoralis
Cyclospora türleri		
Helmintler:		
Askariyazis	Enterobiyazis	
Mikozlar:		
C. Albicans		

4.7.4.1.Viral nedenler

- **Rotavirüs**

Bir RNA virüsü olmakla beraber çocukluk çağındaki ishallerin %60'ından ve viral ishal nedenlerinin %50'sine yakın olgulardan rotavirüs sorumludur. Özellikle yılın son aylarında görülür. Kış aylarındaki ishallerin %60'ından rotavirüs sorumlu tutulmaktadır. En sık iki yaşın altındaki bebekleri etkiler. Üç yaşından sonra genellikle asemptomatik seyirlidir (Tabak 2003).

Esas olarak fekal-oral yolla bulaşır. İnsanda dışkıyla virüs çıkarılması 10 gün kadar sürmektedir. İshalli olmayan olgularda virüsü yayabilir. Virüs kuruluğa dayanıklı olduğundan ellerde, mobilya ve oyuncakların üzerinde yaşar. Çocukların tuvalet bezlerini ellemesi, yeni yürümeye başlayan çocukların eşyalarına bulaşmada önemlidir. Yılda yaklaşık 140 milyon kişiyi etkiler; 25 milyon kişinin hastaneye başvurmasına, 2 milyon çocuğun yatırılmasına ve 440 000 kadar ölüme neden olmaktadır (Öztürk 2008; Veereman-Wauters ve ark. 2006).

Korunmada anne sütünün rolü önemlidir. Ellerin iyi yıkanması ve bebeklerin bezlerinin değiştirilirken hijyene dikkat edilmesi, alınabilecek belli başlı önlemlerdir. Ayrıca rotavirüse karşı etkinlikleri değişik derecelerde olan aşılar geliştirilmiştir ve bu konuda yoğun çalışmalar vardır (Özkan 2005; Çullu 2002).

- **Adenovirüs**

Adenovirüsler dünyanın bütün coğrafi bölgelerinde epidemik, endemik ve sporadik enfeksiyonlara neden olurlar. Adenovirüsler; esas olarak solunum yolu hastalığı etkenidirler. Üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında dışkıda bulunabilirler. Süt çocukluğu dönemindeki ishallerin rotavirüslarden sonra ikinci en sık rastlanan etkenidirler. Görülme sıklığı %5-15 arasında değişmektedir (Baskın ve ark. 1995; Boğa ve ark. 2004).

İshale neden olan adenovirüsler genellikle F subgenusu içinde yer alan 40 ve 41. Serotiplerdir. 7-8 günlük enkübasyon süresini takiben kusma ve ishal ortaya çıkar (Onağ 2003). Daha çok dört yaşın altındaki çocuklarda gastroenterit yaparlar. Rotaviruslar gibi mevsim ilişkisi yoktur; yılın her ayında hastalık yapabilirler (Baskın ve ark. 1995; Boğa ve ark. 2004).

4.7.4.2.Bakteriyel nedenler

- **Shigella**

Shigella türü bakteriler tüm dünyada çocukluk çağı ishalleri içinde en sık görülen etkenlerdir. S. dysenteriae, S. flexneri, S. boydii ve S. sonnei olmak üzere dört türü vardır. Ülkemizde shigella ishalleri çoğu kez S. flexneri'ye bağlıdır. Fekal-oral yol ile bulaşır. Hastalığın inkübasyon süresi 2-4 gündür. Gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre daha az sıklıkla görülür. İnsanlar Shigella'nın tek doğal kaynağıdır. Bulaş çoğunlukla kişiden kişiye fekal-oral yolla yayılım yoluyladır, ancak enfeksiyon kontamine gıda ve suyun ağız yolundan alınması ile de oluşabilir. Enfeksiyon için 100 bakteri yeterlidir. Şiddetli karın ağrısı, yüksek ateş, kanlı ishal ve ağrılı defekasyon ile tipik dizanteri kliniği ortaya çıkar. Shigelloz, en çok süt çocukluğu ve okul öncesi çocukluk yaş grubunda görülmektedir. Malnütrisyonlu çocuklarda hastalık daha ağır ve komplike seyreder. Altı aydan küçük bebeklerde nadir görülmekte, yeni doğanlarda saptandığında ise ağır bir klinik tabloya yol açmaktadır. Dışkı incelemesinde bol lökosit ve eritrosit saptanır. Kesin tanı dışkı kültürü ile konur. Tedavide ampisiline direnç oluştuğu saptandığından TMP/SMX, sefiksim, seftriakson veya aminoglikozid kullanılabilir. Tedavi süresi iki haftaya tamamlanmalıdır (Erdem 1999; İnce 2003; Onağ 2003; Aysev 2008).

- **Salmonella**

Salmonella türleri tüm dünyada yaygın olarak bulunurlar. S. typhi, S. Choleraesuis, S. Enteritidis olmak üzere üç türü vardır. İnsanlarda tifo, septisemi ve asemptomatik enfeksiyon ile taşıyıcılığın yanı sıra, sıklıkla akut ishale de yol açarlar. S. typhi diğer türlerin aksine sadece insanlara özgü bir patojendir. Çeşitli çalışmalarda akut ishal olgularında %3-12 oranında saptanmışlardır. Görülme oranı süt çocuklarında en yüksektir. Enfeksiyonun semptomatik olarak görülme sıklığı altı yaşından büyük hastalarda çok düşüktür (Doğan ve Çokuğraş 2007; Çokuğraş 1998).

Bulaşma fekal oral yolla olur. Enfeksiyon hasta ya da taşıyıcıların dışkılarının bulaştığı gıda ve sularla olmaktadır. Alt yapının yeterli ve sağlıklı olmadığı yerlerde, kanalizasyon sularının içme ve kullanma sularına karışması sonucunda salgınlar görülür. Bulaşık suların içilmesi, kullanılması, bu sularla sulanan sebze ve meyvelerin çiğ olarak yenmesi, kirli suların süte karışması sonucu süt ile de bulaşabilir (Erdem 1999).

S. enteritidis türü içinde en sık rastlanan serotip S. typhimurium'dur. Tifo dışındaki Salmonella enfeksiyonları sporadiktir ve genellikle besinlerden kaynaklanan salgınlara neden olur. S. typhimurium kümes hayvanlarını ve onların ürünlerini (özellikle yumurta), sığır eti, süt ve süt ürünlerini enfekte ederek insanlara bulaşırlar. Kümes hayvanları ara konaktır. Mayonez, hardal, krema, dondurma ve pastörize edilmemiş portakal suyu gibi ürünlerin tüketilmesinden sonra da salmonella ishali salgınları ortaya çıkar. Salmonella ishalleri en sık yaşamın ilk yılı içinde görülür. Kuluçka süresi 12-36 saattir. Daha sonra bulantı, kusma, ateş ve ishal başlar. Tifo dışındaki salmonella serotipleri genellikle sulu ishale neden olurlar. Genellikle dışkıda kan yoktur. Beyaz küre sayısı shigellada olduğu gibi çok yüksek değildir. İshal bazen dizanterik tiptedir. Bu durumda dışkıda kan ve mukus vardır. Kanlı ishal daha çok küçük çocuklarda görülür (Onağ 2003).

Salmonella ishallerinde sıvı elektrolit kaybının düzeltilmesi ile destekleyici tedavi yapılır. Antibiyotik tedavisi verilmez. Antibiyotik tedavisi taşıyıcılık süresini uzatır ve dirençli suşların artmasına neden olur. Kendiliğinden düzelmenin olmadığı, yüksek ateşle seyreden olgularda, hastaneye yatmayı gerektiren ağır ishallerde, immun yetmezliği olan hastalarda antibiyotik tedavisi verilir (Tümgör 2010).

4.7.4.3.Paraziter nedenler

- **Entamoeba histolytica**

E. histolytica dünyada en yaygın parazitlerden biridir. Tüm dünya nüfusunun %10'undan fazlası E. histolytica/dispar ile enfektedir (Büyükbaba ve Ark. 1997).

Özellikle tropikal ve subtropikal bölgelerde %50-60 gibi yüksek oranlarda saptanmaktadır. Her yıl dünyada yaklaşık 50 milyon invaziv amibiyaz görülmekte ve bunların yaklaşık 100 000'i ölmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda E. histolytica insidansının %0,3 ile %17,4 arasında değiştiği gösterilmiştir. Erkeklerde, gençlerde ve çocuklarda daha sık görülmektedir (Ak ve Ark. 2007).

Entamoeba histolytica, insana dört çekirdekli olgun kistlerin ağız yolundan alınmasıyla bulaşır ve kalın bağırsaklarda yerleşip çoğalarak amipli dizanteriye neden olur. En önemli kaynak, günde 15 milyon kadar kist çıkarabilen asemptomatik taşıyıcılardır. İnsandan insana direkt temas yolu ile geçebileceği gibi, insan dışkısı ile kirlenmiş sebze, meyve ve sularla da bulaşabilir. Amebiyaz sıklıkla gelişmekte olan ülkelerde, sosyoekonomik seviyesi düşük, içme suyu ve kanalizasyon altyapısı bozuk olan toplumlarda ya da kişisel hijyenin yetersiz olduğu bölgelerde görülür. Dış ortam şartları ile suyun normal klorlanmasına dirençli olan kistler yayılmayı kolaylaştırır (Tanyüksel 2008).

Karın ağrısı, iştahsızlık ve aralıklı ishal vardır. Rektosigmoid bölgenin tutulduğu hastalarda tenesmus ve ishal sıklığında artış olur. Yaygın tutuluşu olanlarda sık, kanlı, mukuslu ishal görülür. Toksik megakolon ve perforasyon gelişebilir. Tanı taze dışkı örneğinin mikroskopik incelemesi ile konur. Metronidazol, tinidazol ve ornidazol gibi ilaçlar tedavide etkilidir. Metronidazol 35-50 mg/kg/gün dozunda en fazla 2,25 mg/gün olacak şekilde üç dozda 10 gün süreyle kullanılmalıdır (Onağ 2003).

- **Giardia intestinalis**

Giardia türleri, dünyada yaygın olarak görülen, özellikle 10 yaşın altındaki çocuklarda endemik ve epidemik ishallerin başta gelen nedenlerindendir. Giardiyazis, ülkemizde protozoon enfeksiyonları arasında çok sık görülür ve özellikle çocukluk yaş grubunda ciddi klinik tablolara yol açabilir. G. intestinalis'in başlıca rezervuarı, dışkıları ile günde milyonlarca kist çıkarabilen insanlardır.

(Büyükbaba 1997). Giardiyaz özellikle çocuklarda yaygındır. Çocuk yuvaları, kalabalık aileler, ilkokullar gibi küçük çocukların bir arada yaşadığı ortamlarda bu parazitoza daha sıklıkla rastlanmaktadır. Çocuklarda asemptomatik ishale ve malabsorbsiyona neden olmaktadır (Özçelik 1999).

Giardiasis semptomları arasında ishal, şişkinlik, kilo kaybı ile beraber malabsorpsiyon, kabızlık ve karın ağrısı görülür, ancak dışkı kanlı değildir ve lökosit içermez. Dışkı incelemesinde dışkıda yağ saptanabilir. Eosinofili görülmez. Tanı giardia kist, trofozoit veya antijenlerinin dışkıda, duodenal sıvıda veya intestinal biyopsi örneklerinde saptanmasına dayanır. Paraziti saptama duyarlılığının incelenen dışkı sayısı ile arttığı gösterilmiştir. Tedavide metronidazol (15 mg/kg/gün, 3 doz, 5 gün süreyle, maksimum 750 mg/gün) veya furazolidon (6 mg/kg/gün, 4 doz, 10 gün süreyle, maksimum 400 mg/gün) kullanılır. Cryptosporidium immun yetmezliği olan çocuklarda şiddetli ishal ve malnütrisyona neden olur (Onağ 2003).

4.7.4.4.Fungal nedenler

Candida albicans ve aspergillosis gibi mantar enfeksiyonları daha çok fırsatçı enfeksiyon şeklinde akut ishallere neden olurlar (Onağ 2003).

4.8.PATOGENEZ

4.8.1.İshalin Oluşum Mekanizmaları

Osmotik ishal: Sindirilemeyen veya emilemeyen solütlerin alınması ya da normalde emilen solütlerin emilimini engelleyen hastalıklar ile oluşur. Emilemeyen bu solütler lümende osmolik basıncı arttırarak lümenden su ve elektrolit emilimini azaltır, özellikle incebağırsağın tutulduğu hastalıklarda görülür. En sık klinik laktöz intoleransıdır (Kansoy 2014).

Sekretuvar ishal: Villuslar üzerindeki epitelyum hücreleri sıvı absorbsiyonu, kriptler üzerindeki hücreler ise sekresyondan sorumludur. Özellikle kolonu tutan hastalıklarda sekresyon artar ve sonuçta sekretuvar ishal gelişir (Tümgör 2010).

İnflamatuvar ishaller: İnflamatuvar ishallerde dışkıda lökosit veya ürünleri laktoferrin, kalprotektin artmıştır. İnflamasyon sonucu barsak mukoza hasarı ve

mukozal hücre kaybı nedeniyle ortaya çıkar (Uzunismail 2007; Çullu 2002; Uzunismail 2001).

Barsak motilitesindeki bozukluklara bağlı ishaller: Hipomotilite, normalde göreceli olarak steril olan üst ince bağırsakta intestinal mikroşoranın proliferasyonuna yol açabilir. Hipermotilite ise bağırsaktan sıvının geçiş zamanını kısaltarak emilimin azalmasına neden olabilir. Barsak motilitesinin artması besin maddelerinin barsak lümeninde kalış süresini, dolayısıyla emilim süresini kısalttığı için malabsorbsiyon ve ishale neden olur (Özkan 2005; Çullu 2002).

Anatomik veya fonksiyonel yüzey alanının azalmasına bağlı ishaller: Cerrahi bir girişim sonrası anatomik olarak ya da mukozal bir hastalıkta fonksiyonel olarak bağırsağın emilim yüzeyinin azalmasıyla suyun enterosistemik dönüşümü azalır ve ishaller ortaya çıkar. Dışkı suludur (Tümgör 2010).

4.8.2.İshallere Karşı Savunmada En Önemli Konak Faktörleri

Mide asiditesi ve diğer fiziksel engeller: Etkenlerin çoğu normal mide asit engelini geçemediklerinden bağırsaklara canlı olarak ulaşamazlar. Bu engel antasitlerle ortadan kaldırıldığında etkenlere duyarlılık artar. Normal mide asit ortamında (pH<4) koliform bakterilerin yaklaşık %99,9'u 30 dakika içinde öldürülür (Tabak 2003).

Midenin asit pH'da olması pek çok patojene karşı koruyucu engel oluşturur. Asit pH, Salmonella, E. coli, Shigella ve değişik helmintik enfeksiyonlara engel olur. Rotavirus, Giardia lamblia ve Entamoeba histolytica kistleri gibi bazı etkenler mide asidine dayanıklıdır. Ayrıca yağ miktarı yüksek besinler enfeksiyon etkeninin mide asidinden gizlenmesini sağlayarak enfeksiyöz ishallere neden olurlar (Öztürk 2001; Öztürk 2002).

Safra tuzları: Duodenumda safra tuzları mikroorganizmaların yüzeyini bozarak çoğunu inhibe eder. Fakat; Enterobacteriaceae üyeleri safra tuzuna dayanıklıdır (Tümgör 2010).

Normal flora: Normal enterik floranın %99,9'u anaeroblardır. Dışardan gelen etkenlerin kolonizasyonuna normal flora engel olmaktadır. Değişik nedenlerle normal floranın kaybı veya antibiyotikler ile dengenin bozulması sonucu Pseudomonas, Klebsiella, Clostridium ve Candida gibi mikroorganizmalar bağırsakta

aşırı çoğalırlar ve sonucunda ciddi sistemik enfeksiyonlara neden olurlar (Tabak 2003).

Bağışıklık: Bağırsak immünitesi fagositik, humoral ve hücresel elemanlarla sağlanmaktadır. HIV enfeksiyonunda enfeksiyöz gastroenteritler çok sık karşılaşılan enfeksiyon hastalıkların başında gelmektedir (Tabak 2003). Ayrıca konak immunitesi de patojen mikroorganizmaların etkilerine karşı bağırsağı korurlar. Savunmada bağırsak lenfoid doku hücreleri (peyer plakları) ve sekretuvar IgA etkilidir (Tümgör 2010).

Bağırsak motilitesi: Motilite alınan etkenlerin uzaklaştırılması, mikrofloranın normal dağılımının sürdürülmesi ve akışı için gereklidir. Bağırsak stazı ince bağırsakta 'aşırı bakteri çoğalması' sendromunun gelişiminde en büyük etkendir. Normal motalite birçok etkenin hastalık oluşumunu da engellemektedir (Tabak 2003).

Yaş: Yeni doğan ve süt çocukluğu dönemlerinde mide asidi azlığı, koruyuculuk ve bağışıklık sisteminin yetersizliği sonucu enfeksiyöz ishaller daha kolay gelişir (Öztürk 2001; Öztürk 2002).

4.9. İSHALDE SEMPTOMLAR ve KLİNİK BULGULAR

İshalin devam süresi, şekli, kusma, ateş, çocuğun 24 saatte su ve besin alımı, son idrar yapma zamanı ve idrar miktarına ilişkin bilgilerin sorgulanması gerekmektedir. Dışkının miktarı, kıvamı, kan ve mukus içerip içermediği, pürülan olup olmadığı dikkate alınmalıdır (Ulutan 1996). İshalli çocuğun öz ve soy geçmişinde daha önce ishal olup olmadığı, etrafta ishalli kişi veya hayvanın bulunup bulunmadığı sorulmalı ve çevre sağlığına (kullanılan su, tuvalet vb.) ilişkin bilgilerin sorulması da önemlidir (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Bazı enfeksiyonlar asemptomatik olabilir. İshal, kusma, karın ağrısı gibi sindirim sistemi belirtilerine sıklıkla ateş > 38,5°C, halsizlik, huzursuzluk ve konvülsiyon gibi sistemik belirtiler de eşlik eder. Bazen kusma ön plandadır, ishal sonradan gelişebilir, bazen de kusma olmadan yalnız ishal klinik tablodan

sorumludur. İshal nedeniyle vücuttan sıvı kaybı sonucu dehidratasyon ve intravasküler hacim yetersizliği gelişir (Öztürk 2002; Eroğlu 2008).

4.10. PROGNOZ ve KOMPLİKASYONLAR

Akut ishal iki-yedi gün sürer. Uygun tedavi ile ishal her zaman iyileşmektedir. Sistemik bir enfeksiyonun veya malnütrisyonun olması, mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir. Üç aylıktan küçük bebekler riskli grup arasındadır (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Akut ishalin başlıca komplikasyonları laktoz intoleransı oluşması, enfeksiyonun kronikleşmesi ile ishalin uzaması ve var olan malnütrisyon tablosunun ağırlaşmasıdır (Neyzi ve Ertuğrul 2002; Gülden ve Gökmen 2000).

Elektrolit (Na, K, Mg ve Cl) ve sıvı kaybı sonucu dehidratasyon (sekretuvar ishallerde daha belirgin) ve kollaps meydana gelir. Kollaps çok küçük çocuklarda ciddi ishali olanlarda hızla gelişir. HCO3 kaybı sonucu metabolik asidozun oluşmasına neden olmaktadır (Öztürk 2001; Öztürk 2002).

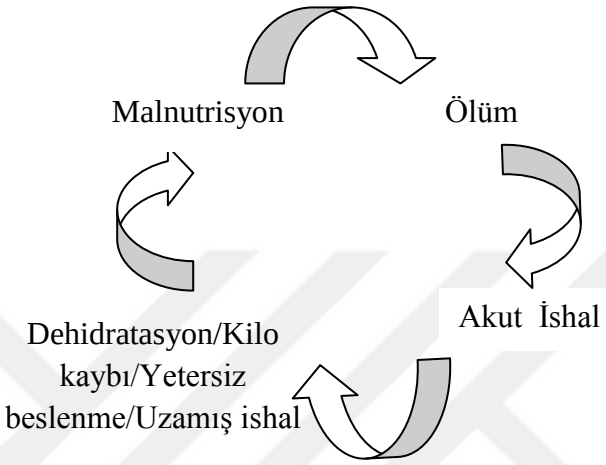
Basili dizanteri olan çocuklarda dehidratasyon ve hipovolemik şok daha sık görülmektedir. Çok sık dışkılama nedeniyle rektal prolapsus, rektoskopi sırasında perforasyon, malnütrisyonlu ve küçük çocuklarda görülen hemolitik üremik sendrom basilli dizanterinin diğer komplikasyonlarıdır (Ulutan 1996).

4.11. TEDAVİ

Akut ishalli çocuğun tedavisi öncelikle dehidratasyonu önlemeye ve beslenmenin sürekliliğini sağlamaya odaklı olmalıdır. Ağızdan sıvı tedavisinin (AST/ORS, oral rehidrasyon sıvısı) kullanımı ishalli hastalıklar için hızlı, güvenli, etkin ve ucuz bir tedavi sunar (COLIN ve ark. 2013).

Gelişmiş ülkelerde ishale bağlı ölümler dışkıyla kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin yerine konmaması nedeniyle gelişen akut dehidratasyona bağlıdır. Gelişmekte olan

ülkelerde ise sık geçirilen ve uzun süren ishal atakları malnütrisyona neden olmakta, malnütrisyonlu çocuklarda ishal daha sık ve daha ağır seyretmektedir. Sonuç olarak gelişmekte olan ülkelerde ishale bağlı ölümler akut dehidratasyon dışında malnütrisyona bağlı olmaktadır (Arı 1982; Saltık ve Yorulmaz 1991)



Şekil 1: İshal döngüsü (https://www.dicle.edu.tr/Contents/47770dc9-5110-442a-9286e0cf98647349.pdf, Erişim Tarihi: 03.09.2017)

Bu nedenle değişik yaşlardaki hastaların değişik nedenlere bağlı ishallerinin hepsinde aynı derecede etkili olan, içindeki maddeler her yerde ucuza ve kolaylıkla bulunabilen, hazırlanması ve uygulanması kolay olan ağızdan sıvı tedavi formülleri geliştirilmiştir. Bu tedavi şekli etkili ve ekonomik olmasının yanında çocuğu gereksiz yere uygulanacak intravenöz sıvı tedavisinin komplikasyonlarından koruduğu için de önemlidir (Arı 1982; Saltık ve Yorulmaz 1991).

4.12. DEHİDRATASYON

İshalde aşırı su ve elektrolit kaybıyla sonuçlanan fazla miktarda sıvı ve gaita atılımı, önce homeostazisi bozar sonra dehidratasyon ve şoka neden olur. İshal

süresince sıvı ve elektrolit kaybı (Na, K, CI, HC03) uygun şekilde yerine konulmazsa dehidratasyon oluşur (Çakmur 2013)

Toplam vücut suyu yaşlara göre değişkenlik gösterir. Fetusta toplam vücut suyu en yüksek olup term bir bebekte yaklaşık %75 civarındadır. Prematüre bebeklerde toplam vücut suyu vücut ağırlığının yaklaşık %60'ına düşer ve ergenlik dönemine kadar bu seviyelere kalır (Kansoy 2014).

Çocuk mortalitesinin önemli bir bölümünü dehidratasyona bağlı ölümler oluşturmaktadır. Başarılı bir dehidratasyon tedavisi ile mortalite oranının azaltılması mümkündür (Aydın 2001).

Çocukların metabolik aktivitesi erişkinlere göre iki-üç kat fazladır. Bu yüzden sıvı kaybı (insensible kayıp) da daha fazladır. İnsensible kaybın 1/3ü solunum 2/3ü deri yolu ile olur. İnsensible kayıp, bebeklerde yaklaşık 50ml/100 kcal iken büyük çocuklarda 35ml/100kcal'dir (Kansoy 2014).

- **Dehidratasyonun sınıflanması:** İshalli bir çocukta dehidratasyon için üç olası sınıflama vardır. Bunlar; hafif, orta ve ağır dehidratasyondur.

Tablo 3. Dehidratasyonun Değerlendirilmesi (T.C Sağlık Bakanlığı 2003**).**

Belirtilerin orta ya da ağır dehidratasyon olarak sınıflamak için yetersiz olması	HAFİF DEHİDRATASYON
Aşağıdaki belirtilerden ikisi Huzursuzluk, irritabilte Göz kürelerinde çöküklük İştahla içme, susuzluk Deri katlantısının yavaş kaybolması	ORTA DEHİDRATASYON
Aşağıdaki belirtilerden ikisi Letarjik ya da bilinci kapalı Göz kürelerinde çöküklük İçememe ya da çok az içebilme Deri katlantısının çok yavaş kaybolması	AĞIR DEHİDRATASYON

4.12.1.Dehidratasyon Gelişmemiş Hafif İshalli Çocuklarda Tedavi

İshali olan çocuklarda dehidratasyon bulgusu yoksa verilen sıvı miktarı artırılarak ve beslenmelerine dikkat edilerek evde tedavi edilebilirler (Set 2007).

Evde tedavinin üç kuralı aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ Çocuğa olabildiğince ek sıvı vermek.
- ✓ Beslenmeyi sürdürmek.
- ✓ Ebeveyne çocuğu sağlık kuruluşuna götürmeyi gerektiren durumları öğretmek (T.C Sağlık Bakanlığı 2003).

İshalde temel amaç kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin karşılanmasıdır. Bu amaçla çocuk ağızdan alabiliyorsa, çocuğa bol sıvı verilmesi doğru bir uygulamadır (Set 2007). İshalli çocuğun sağlıklı çocuktan daha fazla beslenmeye ihtiyacı vardır. Bu nedenle çocuk aç bırakılmamalı beslenmesine devam edilmelidir. Çocuğun aç bırakılması bozuklukların ağırlaşmasına ve ishalin uzamasına neden olabilir (Gülden ve Gökmen 2000).

Özel durumlar dışında ilaç kullanılmaması, su ve tuz kayıplarının oral sıvı tedavisi ile karşılanması ve beslenmenin erken başlatılması önemlidir. İshali olan çocuğa pirinç lapası, haşlanmış patates, şeftali gibi yiyeceklerin verilmesi ishalin süresini ve dışkılama sıklığını azaltır (Set 2007).

Dehidratasyonun gelişmesini engellemek amacıyla iki yaşın altındaki ishalli çocukların ½-1 çay bardağı, iki yaşından büyük çocukların ise ½-1 su bardağı sıvı alması sağlanır. Anne sütü alan bebeklerde sık aralıklarla emzirme sürdürülür. Karışık ya da yapay beslenen altı aydan küçük bebeklerde kontrol altına alınmış ishal atağını yeniden başlatabileceğinden, bir-iki gün süre ile süt formülleri ayran sulandırılarak verilir (Conk 2013). Anne sütü almayan dört-altı aylıktan büyük bebek ve çocuklarda içine ekmek doğranmış ayran veya yoğurt ilave edilmiş sulu pirinç lapası, elma veya muz püresi de verilebilir. Öğünler üç veya dört saatte bir olmalıdır (Neyzi ve ark. 2002).

4.12.2.Hafif ve Orta Dehidratasyon Olgularında İshal Tedavisi

Hafif ve orta dehidrate ishalli çocuklarda sıvı alımı artırılmalı ve beslenmesi asla kesilmemeli, hastalık sırasında da sürdürülmelidir. Anne sütü alan bebeklerde emzirmeye daha sık olarak devam edilmelidir. İshalde emzirilmeye devam eden bebeklerde ishalin şiddeti azalır ve süresi kısalır. Mama ile beslenen bebeklerde ise normalde aldıkları mamalarla, öğün sayısı arttırılarak, beslenmelerine devam edilmelidir (Yıldız ve Balcı 2008).

Hafif veya orta derecede dehidratasyon bulguları olan çocuklara belirli oranlarda şeker ve tuz içeren sıvı (oral rehidratasyon sıvısı) ağızdan verilmelidir. Dehidrate olan çocuklar rehidrate edilir edilemez yaşına uygun diyetle beslenmelidir (Duman 2010).

Altı aydan küçük bebeklerde emzirme sıklaştırılmalı, anne sütü almıyorsa her zamanki mamasına devam edilmeli, az ve kısa aralıklarla beslenmelidir. İshal sonrası iki hafta süre ile bir öğün fazla verilmelidir (Duman 2010).

Altı aydan büyük çocuklara ise süte ek olarak enerjiden zengin, protein içeren, besin değeri yüksek gıdalar (muz, patates püresi, yoğurt, pirinç lapası, tarhana çorbası, haşlanmış yağsız et, tavuk, ekmek, elma suyu, şeftali suyu, havuç suyu, ayran gibi) verilir. Çocuğa ishali geçinceye kadar liften zengin besinler, şekerli, ağır baharatlı yiyecekler ile bağırsaklardan geçişi hızlandıran yağlı besinler verilmemelidir (Conk 2013).

Emzirilen çocuklara ek olarak ORS ya da kaynatılmış su verilmeli, emzirilmeyen çocuklara ise; ORS, besin içerikli sıvılar (ayran, çorba vs.) ve kaynatılmış temiz su verilir. Ayrıca anneye ORS'nin hazırlanışı ve çocuğa verilişiyle ilgili eğitim verilmelidir (T.C Sağlık Bakanlığı 2003).

Evde tuz-şeker karışımının hazırlanışı: Beş su bardağı kaynatılmış soğutulmuş suya iki çorba kaşığı şeker, bir çay kaşığı sofra tuzu ve bir çay kaşığı karbonat konarak karıştırılarak hazırlanır (Duman 2010).

ORS Paketinin Hazırlanışı: Eller su ve sabunla yıkandıktan sonra, ORS paketinin içindeki toz temiz bir kaba boşaltıldıktan sonra, bir litre kaynatılmış soğutulmuş su ilave edilerek toz çözününceye kadar karıştırılır.

-Çocuk iki yaşından küçük ise; her sulu dışkılamadan sonra 50-100 ml (bir çay bardağı).

-Çocuk iki yaşından büyük ise; her sulu dışkılamadan sonra 100-200 ml sıvı verilir (bir su bardağı) (T.C Sağlık Bakanlığı 2003).

Hafif – orta dehitrasyonda; ORS 50-100 ml/kg üç-dört saatte içirilir. Devam eden kayıplar (ishal, kusma) yerine konulur. Dört saat sonra, çocuk sakinse ve artık

ORS içmek istemiyorsa, idrar çıkışı varsa ve turgor normale döndüyse rehidratasyon tamamlanmış kabul edilir. Eğer çocuğun göz kapakları şiş ise ORS kesilir. Ancak, bebeğe anne sütü ve su verilebilir (Kansoy 2014).

DSÖ'nün önerdiği özelliklere uygun olarak hazırlanan ve Türkiye'de de yaygın olarak kullanılan ORS paketlerinin ve bunlardan hazırlanan solüsyonun bileşimleri Tablo 4'te verilmiştir (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Tablo 4. Oral Rehidratasyon Solüsyonunun Bileşimi (DSÖ) (Neyzi ve Ertuğrul 2002; Gülden ve Gökmen 2000; Taşar 2003).

1 litre suda eritilecek madde	**Hazırlanmış solüsyonun bilesimi**
Sodyum klorür 3,5g	Glukoz 111mmol/l
Trisodyum sitrat anhide 2,9g	Sodyum 90mmol/l
Potasyum klorür 1,5g	Potasyum 20mmol/l
Glukoz 20,0g	Klorür 80mmol/l
	Sitrat 10mmol/l
	Toplam 311mmol/l
Evde Hazırlanan Basit Şeker-Tuz Karışımı	
1lt kaynatılmış ılıtılmış su	
1 çay kaşığı yemeklik karbonat	
1 çay kaşığı tuz	
8 tatlı kaşığı seker	

4.12.3.Ağır Dehidratasyon Olgularında İshal Tedavisi

Orta dereceden ağır dehidratasyona ilerleyerek şok bulguları gösteren çocuklar yeterli kan dolaşımını sağlayacak acil tedaviye gereksinim duyarlar. Böyle olgularda sıvı resusitasyonu normal serum fizyolojik gibi izotonik kristalloid solüsyonların intravenöz yoldan verilmesini gerektirir (COLIN ve ark. 2013).

Parenteral sıvı tedavisinin uygulanması gereken durumlar;

- ✓ Şok belirtilerinin varlığı
- ✓ Aşırı karın gerginliği, barsak seslerinin alınamaması

- ✓ AST uygulamasına karşın devam eden aşırı kusmalar
- ✓ AST uygulaması ile ishalin belirgin olarak artması
- ✓ Bilinç kaybı
- ✓ IV yoldan antibiyotik veya başka ilaç uygulaması gerektiren olgular (T.C. Sağlık Bakanlığı 1992).

Şuur açık ise nazogastrik yolla ORS verilebilir, bu durumda çocuk çok dikkatle izlenmelidir. IV sıvı tedavisi uygulanan ishalli çocuklarda üç saatlik uygulama sonunda yapılacak değerlendirme sonucuna göre AST 'ye geçilir ya da IV uygulamaya devam edilir. Hastanın genel durumu düzelir düzelmez beslenmeye başlanmalıdır. Başlangıçta besinler sık aralıklarla ve az miktarda verilmelidir (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Tablo 5. Dehidratasyon Derecesine Göre Tedavi Önerileri (Kansoy 2014).

Dehidratasyon derecesi	Rehidratasyon tedavisi	Kayıpların karşılanması
Hafif dehidratasyon		<10kg: 60-120ml ORS (her kusma ve ishal için) >10kg:120-240 ml ORS (her kusma ve ishal için)
Orta dehidratasyon	ORS 50-100cc/kg (3-4 saatte) ORS ile düzelme olmazsa IV hidrasyon	<10kg:60-120ml ORS (her kusma ve ishal için) >10kg:120-240 ml ORS (her kusma ve ishal için)
Ağır dehidratasyon	%0,9 NaCL yada Ringer Laktat (20cc/kg, mental durum ve dolaşım düzelinceye kadar sonra idame sıvı tedavisi)	<10kg: 60-120ml ORS (her kusma ve ishal için) >10kg:120-240 ml ORS (her kusma ve ishal için) Oral tedaviyi tolere edemiyorsa nazogastrik ile veya idameye ek olarak

Kan sodyum düzeyine göre dehidratasyon tipleri şu şekilde sınıflandırılır:

- İzonatremik : 130-150 mEq/L
- Hiponatremik : <130 mEq/L

- Hipernatremik : >150 mEq/L

Ağır dehidratasyon tedavisinde, kayıp + günlük idame sıvı hesaplanır. 20 ml/kg Ringer laktat veya %0,9 NaCl 20-30 dk içinde IV verilir. Şok tablosu düzelmezse (hipotansiyon, taşikardi, anüri / oligüri) aynı miktar sıvı tekrar verilir. Genel durum düzeldikten sonra ağızdan sıvı alamayanlarda 24 saatte (hipernatremik dehidrasyonda 36 saatte) %5 Dekstroz + ½ SF ile rehidratasyon tamamlanır. İdrar yaptıktan sonra sıvıya 20 mEq/L KCL eklenir (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Rehidratasyon sırasında ;

- Semptom ve bulgularda düzelme olup olmadığı
- Vital bulgular (Nabız , kan basıncı)
- Ağırlık artışı
- Dehidratasyon veya sıvı yüklenmesi bulguları
- Sıvı alımı ve devam eden kayıplar
- Sıvı dengesi (İV sıvılar, ishal, kusma …)
- İdrar miktarı ve dansitesi
- Serum elektrolitleri, yakından izlenmelidir (Kansoy 2014).

4.13. İSHALDEN KORUNMA

İshal gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmektedir. Fekal-oral yolla bulaşan ishal, yeterli hijyenik koşulların (kişisel hijyen, su kaynakları, besinlerin hazırlanışı vs.) sağlanamaması ve beslenmenin yetersiz olması ishal riskini artırmaktadır (Conk ve ark. 2013).

İshale karşı henüz etkinlikle ve rutin olarak uygulanan bir bağışıklama çalışması yoktur. İshale sık neden olan ve aşı takvimine yeni eklenen rotavirüs aşısı dahil çocukların tüm aşılarının tamamlanarak bağışıklamaları sağlanmalıdır (Conk ve ark. 2013). Uygun endikasyon durumunda kolera ve tifo aşısı kullanılabilir (Öztürk 2011).

Konutlarda akar su ve kanalizasyon sistemlerinin olmaması gibi çevresel hijyen koşullarından yoksun yaşama özellikle çocuklarda her yaş grubunda ishal riskini artıran önemli bir faktördür (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Klor ve iyot tabletleri ile suların dezenfeksiyonu veya taşınabilir filtreler ile süzülmesi (ancak filtreler bakteri, parazit kist ve yumurtalarını uzaklaştırabilirken virüsleri tutamaz (Rendi-Wagner 2002).

Anne sütünün ve emzirmenin; hem bebek, hem de anne için başta beslenme olmak üzere, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden pek çok yararı vardır. Anne sütü ve emzirmenin bebek, anne ve topluma yararları; sağlığın geliştirilmesi ve korunması, yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması, sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanması, bağışıklık sisteminin korunması ve geliştirilmesi, sosyal-psikolojik gelişim ve ekonomik boyut yönünden önemlidir (WHO 2008). Optimal büyüme ve gelişme için anne sütünün önemi bütün dünyada kabul görülmüştür (Balcı 2011).

Hastalıklara karşı direnci artıran anne sütünün ilk altı ay sürdürülmesi ve altı aydan sonra ek gıdalara geçilerek yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasının yanında iki yaşına kadar emzirilmeye devam edilmesi önemlidir. Bebeklere içirilen, mama hazırlama ya da inek sütünü sulandırmak için kullanılan su ve çocuklara içirilen suyun kaynatılması ishal riskini azaltmaktadır (Conk ve ark. 2013).

El hijyenine dikkat edilmesi; yiyeceklerin hazırlamadan ve çocuğu beslemeden önce, çocuğun bezini değiştirdikten sonra, tuvalete girmeden önce ve tuvaletten çıktıktan sonra ellerin yıkanması enfeksiyonların bulaşmaması açısından önemlidir (Neyzi ve Ertuğrul 2002).

Çocuklara verilecek sebze ve meyvelerin bol su ile yıkanması, yiyeceklerin iyi pişirilerek tüketilmesi, uygun ortamlarda hazırlanmamış krema ve mayonezli salatalardan ve az pişmiş deniz ürünlerinden uzak durulması ve uygun koşullarda saklanması, bardak, tabak, kaşık gibi yiyecek kaplarının temiz yıkanması, enfeksiyona neden olan emzik ve biberonun azaltılması, yemeklerin açıkta bırakılmaması ve sıcakta bekletilmemesi, perine hijyenine dikkat edilmesi ve tek kullanımlık bebek bezlerinin kullanılması dikkat edilmesi gereken diğer koruyucu önlemlerdir (Conk ve ark. 2013).

Çöplerin kapalı kutularda toplanması, gömülerek veya yakılarak ortadan kaldırılması, gübrelerin üstünün kapalı tutulması diğer koruyucu önlemlerdendir (Neyzi ve Ertuğrul 2002; Sağlık Bakanlığı 1992).

Özel (1989) ve Altın'ın (1994) değişik yörelerde yaptıkları çalışmalarda ishalin kalabalık ailelerde, düşük eğitim düzeyli annelerin çocuklarında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Özel 1989; Altın 1994).

Son yıllarda yapılan birçok çalışmada, probiyotiklerin ishallerin önlenmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Probiyotiklerle ilgili çalışmalar sayesinde probiyotik ürünlerin sayısı her geçen gün artmaktadır (Conk ve ark. 2013).

4.14. 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN İSHALE İLİŞKİN GELENEKSEL İNANÇ ve UYGULAMALARININ HEMŞİRELİK YÖNÜNDEN ÖNEMİ

Kültürel değer, tutum, inanç ve davranışlar kişilerin yaşam biçimlerini ve sağlık koşullarını etkileyen, aynı zamanda kişilerin sağlık hizmetlerine karşı benimsenmesini sağlayan durumlardır. Bunların bilinmesi, topluma sağlık hizmetlerinin götürülmesinde kişilerle iletişim kurma ve sürdürmenin önemli bir etkenidir. Bu nedenle bir hemşire toplumun kültürel değişkenlerini bilmek durumundadır (Sezgin 1989).

Çocuk hemşiresi, 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 (Özyazıcıoğlu ve Polat 2004; Set 2008).

Çocuk hemşiresi, bugün yalnızca hastanede değil, ev, okul gibi çalışma alanlarında da hizmet vermeye başlamıştır. Bu çalışma alanlarındaki uygulamalarında hizmet götürdüğü birey, aile ya da toplumun kültürel yapısını ve özelliklerini tanıması, sunduğu hizmetin etkinliği yönünden oldukça önemlidir (Moore 1972; Lerch 1974).

Akut ishalin hemşirelik yönetiminin temel amacı; sıvı elektrolit dengesizliğini düzeltmek ve malnütrisyonun gelişmesini önlemektir. Bu doğrultuda; sıvı-elektrolit kayıplarının belirlenmesi, ORT (Oral Rehidratasyon Tedavisi) ile bebek/çocuğun yeniden hidrate edilmesi ve çocukların erken dönemde yaşına uygun diyetle beslenmeleri konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmalıdır (Conk ve ark. 2013).

Ebeveynlere ORS'nin nasıl hazırlanacağı öğretilmelidir (Derindere Kuşçu 2011). Çocuğun aldığı besinler takip edilir. Bebek altı aydan küçük ise anne sütünü sık olarak alması için teşvik edilir, altı aydan büyük ise çorba, pirinç lapası, haşlanmış patates, yoğurt, muz, ayran, elma, şeftali gibi ishal diyetine yönelik besinler alması sağlanır. Eğer oral alamazsa enteral ya da total parenteral olarak beslenmesi sağlanır (Çavuşoğlu 2011; Kılıç ve ark. 2013).

Çocuk hemşiresi aileye İzolasyon tekniklerinin kullanılması ve bebeğin bakımı konusunda yeterli bilgi vererek anksiyeteleri azaltılabilir. Aileye, bebeğin evdeki bakımı (örn; beslenme, enfeksiyon kontrolü, komplikasyonlar) ile ilgili eğitim verebilmelidir (Rota ve Fidan 2007; Çavuşoğlu 2004). Aile üyeleri arasında ishalin yayılmasını önlemek için aileye enfeksiyon kontrol yöntemleri öğretilmelidir. Ayrıca evde besinlerin hazırlanması ve saklanması konusunda eğitim yapılır ve taburcu olmadan önce sağlık kontrollerinin önemi vurgulanır. Hemşireler, ev ziyaretleri yaparak bebeğin ya da çocuğun durumunu aralıklı olarak değerlendirebilmelidir (Çavuşoğlu 2004; Mott 1990; Nelson ve Beckel 1987).

Hemşire, annelere çocuk sağlığı konusunda danışmanlık ve eğitim yapma sırasında, çağdaş sağlık bilgilerini annenin geleneksel inançlarını göz önüne almadan sunduğunda verdiği bilgide hedefe ulaşma güçleşecektir. Verilen sağlık bilgilerinin kabul görme olasılığı azalır. Çocuk hemşirenin sağlığı olumsuz etkileyen geleneksel uygulamaları tespit ederek yapılmasına engel olması, sağlığı olumsuz etkilemeyen geleneksel inanç ve uygulamalara da saygı göstermesi annenin güvenini ve sevgisini kazandıracak bir yaklaşımdır (Sezgin 1989).

Sonuç olarak; ishale ilişkin sağlık eğitiminin sürekliliğinin sağlanması gerektiği, annelere geleneksel inanç ve toplumun kültürel değişkenlerini yeterli ve doğru içerikle verilecek sağlık eğitiminin tüm sağlık kuruluşlarında ve özellikle kırsal bölgelerde ebeler ve toplum sağlığı hemşireleri tarafından ev ziyaretleri ile

pekiştirilmesi ishale bağlı çocuk ölümlerinin azalmasına katkıda bulunacaktır (Sezgin 1989; Duman 2010).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği'nde ishal tanısıyla yatmakta olan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ishal konusundaki bilgi düzeyleri ve evde yaptıkları geleneksel uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma, Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği'nde 01 Ağustos 2014 - 30 Ekim 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniğinde Ağustos 2014 - Ekim 2014 tarihleri arasında yatan 0-6 yaşında ishalli çocuğu olan tüm anneler oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Araştırma tarihleri arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm anneler ile araştırma yürütülmüştür (n=150).

5.4 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Annelerin ishal konusundaki bilgi düzeyi ve evde yaptıkları geleneksel uygulamalardır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Annelerin yaşı, eğitim durumu, mesleği, babaların eğitim durumu ve mesleği, aile tipi, nerede yaşadıkları, ekonomik durumu, sosyal güvencesi, yaşayan çocuk sayısı, çocuklarının yaşı, cinsiyeti, kilosu, anne sütü alma durumu, besin saklamada kullanılan kaplar, günlük dışkılama sayısı, ishalin rengi, tuvalet tipi vb. değişkenlerdir.

5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan sosyo-demografik bilgi formu ve uzman görüşü alınarak hazırlanan annelerin ishal konusundaki bilgi düzeylerini tespit etmeye yönelik ve çocuklarını hastaneye getirmeden önce evde yaptıkları geleneksel uygulamaları belirlemeye yönelik soruları içeren veri formları kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları iki bölümden oluşturmaktadır. Bu bölümler;

- Sosyo-Demografik Veri Formu (EK-2).
- Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Evde Yaptıkları Geleneksel Uygulamaları Belirlemeye Yönelik Veri Formu (EK-3).

5.5.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Bu bölüm soruları; annelerin yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, bebeğe ait yaş, cinsiyet, aylık gelir düzeyi vb. soruları içeren 17 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

5.5.2. Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Evde Yaptıkları Geleneksel Uygulamaları Belirlemeye Yönelik Veri Formu

Bu bölüm soruları; annelerin ishal konusundaki bilgi düzeylerini tespit etmeye yönelik sorular ve annelerin çocuklarını hastaneye getirmeden önce evde yaptıkları geleneksel uygulamaları belirlemeye yönelik 48 sorudan oluşmaktadır (EK-3).

5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği; 12 cerrahi ve 11 dahili branş olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Çocuk servislerinde toplamda 415 yatak olup, 291 hemşire görev almaktadır.

Veriler, Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği'nde takip edilmekte olan 0-6 yaş arası ishalli çocuklar belirlenmiştir. Çocukların annelerinin ishal konusundaki bilgi düzeyi ve evde yaptıkları geleneksel uygulamaların belirlenmesi amacıyla çocukların anneleri ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak gönüllü olan annelere, araştırmacı tarafından oluşturulan anket formları verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Her anketin doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür. Veri toplama süreci 1 Ağustos 2014 - 30 Ekim 2014 tarihleri arasındadır.

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada kullanılan anket formları araştırmacı tarafından değerlendirildikten sonra hata kontrolleri yapılıp veriler bilgisayara geçirilip sonra dökümleri yapılmıştır. Verilerin denetimi, yönetimi ve analizi; araştırmacı tarafından SPSS 15,0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Annelerin ve çocuklarının sosyo-demografik özellikleri, annelerin ishal konusundaki bilgi düzeyi ve evde yaptıkları geleneksel uygulamalarına ilişkin bulgular tanımlayıcı tablolara dönüştürülmüş ve sayı, yüzde dağılımları yapılmıştır.

Annelerin ishal hakkındaki bilgi kaynakları, çocuğu emzirme ve ORS hakkındaki bilgilerinin annelerin eğitim düzeyi ile ilişkisi Ki kare (X^2) testi ile değerlendirilmiştir. Annelerin ishal konusundaki bilgi düzeyleri ile evde yaptıkları geleneksel uygulama sayıları Spearman Korelasyon testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir

5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya dahil edilen annelere araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, toplanacak verilerin bilimsel araştırmada kullanılacağı araştırmacı tarafından anlatıldı, sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları (EK-1) alındıktan sonra araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapılacağı Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Kliniği'nin bağlı olduğu Kamu Hastaneler Birliğinden Temmuz 2014 tarihinde, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği Başhekimliğinden 11/07/2014 tarihinde resmi izin alınmıştır (EK-4). Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş 16.07.2014 tarihli 257 sayılı karar ile etik komisyon onayı alınmıştır (EK-5).

6. BULGULAR

Bu çalışma, Merkez Efendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği'nde ishal tanısıyla yatmakta olan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ishal konusundaki bilgi düzeyi ve evde yaptıkları geleneksel uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma bulguları kapsamında öncelikle çocukların ve ebeveynlerin Sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, daha sonra annelerin ishal konusundaki bilgi düzeyi ve evde yaptıkları geleneksel uygulamalarına ilişkin bulgular tespit edilmeye çalışılmıştır.

Bu bölümde, araştırma kapsamında elde edilen bulgular üç başlık altında verilecektir.

6.1. Çocukların ve Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.2. Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular

6.3. Annelerin İshal Konusundaki Evde Yaptıkları Geleneksel Uygulamalarına İlişkin Bulgular

6.1. ÇOCUKLARIN ve EBEVEYNLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6. Annelerin Çocuklarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çocuğu tanıtıcı özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş gurubu (Yaş Ortalama=30,49 ay; Min-Max=0,5 ay-72 ay)	0 - 1 ay	3	2,0
	1 aydan büyük - 1 yaş	37	24,7
	1 yaştan büyük - 3 yaş	53	35,3
	3 yaştan büyük - 6 yaş	57	38,0
Cinsiyet	Erkek	83	55,3
	Kız	67	44,7
Çocuğun kilosu (Kilo ortalama=3139 gr)	2400 g veya daha az	13	8,7
	2500 - 3500 g	105	7,0
	3600 g ve üzeri	32	2,3
Çocuğun boyu	46 cm veya altı	11	7,4
	47 - 53 cm	125	83,3
	54 cm veya üzeri	14	9,3
Toplam		**150**	**100,0**

Tablo 6'da araştırmaya katılan annelerin 0–6 yaş çocuklarının tanıtıcı özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Çocukların cinsiyetine bakıldığında %55,3'ü erkek, %44,7'si kızdır, yaş ortalaması 30,49 ay, minimum 0,5 ay, maximum 72 ay olarak bulunmuştur.

Çocukların kilosu incelendiğinde %70'i 2500 g-3500 g ağırlıktadır. Ortalama doğum kilosu 3139 g ve çocukların %8,7'sinin de düşük doğum ağırlıklı doğduğu belirlenmiştir. Çocukların %83,3'ünün ise 47-53 cm boyuna sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Ebeveynleri Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Ebeveynleri tanıtıcı özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Annenin yaşı (Yaş Ortalama=28,01 yıl; Min-Max=17-45)	20-30 yaş	110	73,4
	31-40 yaş	36	24,0
	41 yaş ve üzeri	4	2,7
Annenin eğitim durumu	Okur-yazar değil	3	2,0
	Okur-yazar	8	5,3
	İlkokul	58	38,7
	Ortaokul	39	26,0
	Lise	32	21,3
	Üniversite ve üzeri	10	6,7
Annenin mesleği	Ev hanımı	126	84,0
	Memur	4	2,7
	İşçi	13	8,7
	Serbest meslek	7	4,7
Babanın yaşı	20-30 yaş	75	50,0
	31-40 yaş	62	41,3
	41-50 yaş	13	8,7
Babanın eğitim durumu	Okur-yazar	4	2,7
	İlkokul	56	37,3
	Ortaokul	33	22,0
	Lise	44	29,3
	Üniversite ve üzeri	13	8,7
Babanın mesleği	Çalışmıyor	5	3,3
	Memur	6	4,0
	İşçi	75	50,0
	Emekli	2	1,3
	Serbest meslek	62	41,4
Yaşadığınız bölge	İl	132	88,0
	İlçe	9	6,0
	Köy/Kasaba	9	6,0
Aile tipi	Çekirdek	101	67,3
	Geniş	43	28,7
	Parçalı (Anne-Baba Ayrı, Ölü)	6	4,0
Sosyal güvenceniz	Yok	10	6,7
	Emekli sandığı	7	4,7
	Bağ kur	13	8,7
	SSK	101	67,3
	Yeşil Kart	19	12,7

Tablo 7. Ebeveynleri Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (devamı)

Aylık gelir düzeyi	Çok iyi	5	3,3
	İyi	46	30,7
	Orta	86	57,3
	Kötü	12	8,0
	Çok kötü	1	0,7
Çocuğa bakan kişi	Anne	137	91,3
	Baba	1	0,7
	Akraba	9	6,0
	Bakıcı	3	2,0
Yaşayan çocuk sayısı (Ortalama= 2,51)	Bir	27	18,0
	İki	57	38,0
	Üç	41	27,3
	Dört	13	8,7
	Beş ve üzeri	12	8,0
Bu çocuk ailenin kaçıncı çocuğu	Bir	79	52,7
	İki	48	32,0
	Üç	13	8,7
	Dört ve üzeri	10	6,7
Toplam		**150**	**100,0**

Tablo 7'de araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Annelerin yaş ortalaması 28,01 yaş, minimum 17 yaş maximum 45 yaş ve %73,4'ü 20-30 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. %38,7'si ilkokul mezunu, %2'sinin okur-yazar olmadığı belirlenmiştir. Annelerin mesleğine bakıldığında %84'ünün ev hanımı, %2,7'sinin memur olduğu saptanmıştır.

Babaların; %50'sinin 20-30 yaş aralığında, %8,7'sinin 41-50 yaş, %37,3'ünün ilkokul mezunu, %2,7'sinin okur-yazar, %50'sinin işçi, %1,3'ünün ise emekli olduğu tespit edilmiştir.

Ailelerin %88'inin il merkezinde, %6'sı ilçe ve köy/kasabada yaşadığı belirlenmiştir. Aile tipi incelendiğinde ise %67,3'ü çekirdek aile, %28,7'si geniş aile ve %4'ü parçalı aile olarak saptanmıştır.

Ailelerin %93,3'ünün bir sağlık güvencesinin olduğu, %6,7'sinin bir sağlık güvencesi olmadığı tespit edilmiştir. Bu ailelerin %57,3'ünün orta gelirli, %8,7'sinin düşük gelirli olduğu belirlenmiştir.

Çocuğa bakan kişilerin %91,3'ünü anneler oluşturmaktadır. Ailedeki ortalama çocuk sayısı 2,51 ve çocukların %52,7'sinin ise ailenin ilk çocuğu olduğu tespit edilmiştir.

6.2. ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 8. Çocukların İshal Olma Durumuna İlişkin Bulgular

İshal olma durumu özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuğunuz doğumundan beri kaç kez ishal oldu?	İlk kez	39	26,0
	İkinci kez	32	21,3
	Üçüncü kez	32	21,3
	Dört kez ve üzeri	47	31,3
Çocuğunuzun son bir ayda ishal olma durumu nedir?	Hiç	26	17,3
	Bir kez	96	64,0
	İki kez	15	10,0
	Üç kez ve üzeri	13	8,7
Çocuğunuzu ishalin kaçıncı günü hastaneye getirdiniz?	Birinci gün	70	46,7
	İkinci gün	56	37,3
	Üçüncü gün	15	10,0
	Dördüncü gün ve üzeri	9	6,0
Çocuğunuz ishal olduğunda ailenizle yakın ilişkide olan başkasında ishal var mıydı?	Diğer çocuğunda/çocuklarında	6	4,0
	Aileden birinde	16	10,7
	Akrabalardan birinde	7	4,7
	Komşusunun çocuğunda	8	5,3
	Diğer	113	75,3
Çocuğunuzun ishal sırasında günde kaç kez dışkılaması oldu?	Üçten az	12	8,0
	Üç kez	29	19,3
	Dört kez - beş kez	43	28,7
	Beşten fazla	66	44,0
Çocuğunuzun ishal sırasındaki dışkı miktarı ne kadardı?	Normalden az	16	10,7
	Normal	62	41,3
	Normalden biraz fazla	54	36,0
	Normalden çok fazla	18	12,0
Çocuğunuzun ishal sırasındaki dışkının kokusunda farklılık var mıydı?	Hayır	30	20,0
	Evet	120	80,0
İshalin rengi nasıldı?	Normal	19	12,7
	Yeşil	43	28,7
	Sarı	83	55,3
	Kırmızı/kanlı	5	3,3
Toplam		**150**	**100,0**

Tablo 8'de çocukların ishal olma durumu ile ilgili özelliklerine ait sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Çocukların %31,3'ünde doğumdan itibaren dört veya daha fazla ishal olduğu, %64'ünün son bir ayda bir kez ishal olup, %46,7'sinin ise ishalin birinci günü hastaneye götürüldüğü belirlenmiştir.

İshale yakalanan çocukların %75,3'ünde aile ve akrabaların dışındaki kişilerden hastalık geçiren birilerinin olduğu, ishal sırasında çocukların %44'ünde günde beşten fazla dışkılama görüldüğü, %41,3'ünde dışkı miktarının normal, %80'inde dışkının kokusunda farklılaşma ve %55,3'ünde ise dışkı renginin sarı olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Çocukların Anne Sütü Alma Durumuna İlişkin Bulgular

Anne sütü alma ile ilgili özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuğunuz anne sütü aldı mı?	Hayır	13	8,7
	Evet	137	91,3
Çocuğunuzu ilk 6 ay neyle beslediniz?	Sadece anne sütü	66	44,0
	Anne sütü ve su	23	15,3
	Anne sütü ve mama ve su	46	30,7
	Anne sütü ve ek gıda	3	2,0
	Sadece mama	12	8,0
Çocuğunuzun sadece anne sütü ile beslenme süresi ne kadardır? (Ort, Sadece anne sütü ile beslenme süresi = 4,82 ay)	0-1 ay	22	14,7
	2-4 ay	23	15,3
	5-6 ay	39	26,0
	6 aydan fazla	66	44,0
Çocuğunuzu anne sütüyle beslerken ishal olduğunuzda anne sütü vermeye devam ettiniz mi? (n=100)*	Evet	86	86,0
	Hayır	14	14,0
Çocuğunuzu büyütürken düzgün beslenmesini sağlamak için kime danıştınız/kimi dinlediniz? (n=150)	Hemşire-Doktor	99	66,0
	Kitap ve Televizyon	9	6,0
	Komşular, Büyükler	42	28,0
Toplam		**150**	**100,0**

*** Bu süreçte ishal olmayan anneler bu soruyu cevaplamamışlardır.**

Tablo 9'da çocukların anne sütü alma durumu ile ilgili özelliklerine ait sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Çocukların %91,3'ünün anne sütü ile beslendiği, %8,7'sinin anne sütü ile beslenmediği belirlenmiştir. Ebeveynlerin %44'ünün ilk altı

ayda çocuklarını sadece anne sütü, %30,7'sinin anne sütü-mama-su, %15,3'ünün anne sütü-su, %8'sinin sadece mama, %2'sinin anne sütü ve ek gıdalarla beslediği saptanmıştır.

Çocukların %56'sının ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslendiği, ve çocukların ortalama sadece anne sütü ile beslenme süresinin 4,82 ay olduğu tespit edilmiştir. Çocuklardan anne sütü ile beslenirken ishale yakalananların %86'sına anne sütü verilmeye devam edildiği, %14'üne ise anne sütü verilmediği belirlenmiştir.

Annelerin ishalle ilgili bilgi alma durumuna bakıldığında ise; %66'sının çocuğun büyüme ve beslenmesi ile ilgili olarak doktor veya hemşirelerden, %34'ünün ise diğer kaynaklardan (kitap-televizyon-komşular-büyükler vb.) bilgi aldığı saptanmıştır.

Tablo 10. Çocukların İshal Olmaya Yönelik Risk Faktörlerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

İshal olma ile ilgili risk faktörleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuğunuzun beslenme yöntemi nedir?	Biberon	40	26,7
	Kaşık	78	52,0
	Meme	30	20,0
	Diğer	2	1,3
Besinlerinizi saklamada kullanılan kap çeşitleriniz nelerdir?	Cam	119	79,3
	Plastik	13	8,7
	Satın alındığı kutu	11	7,3
	Teneke	2	1,3
	Çelik	5	3,3
	Saklamıyorum	2	1,3
Evde besinleri sakladığınız yerler nereleridir?	Mutfak	19	12,7
	Buzdolabı	127	84,7
	Balkon	2	1,4
Çocuğunuzu beslemeden önce ellerinizi yıkar mısınız?	Ara sıra	13	8,7
	Çoğunlukla	39	26,0
	Her zaman	98	65,3

Tablo 10. Çocukların İshal Olmaya Yönelik Risk Faktörlerinin Dağılımına İlişkin Bulgular (devamı)

Çocuğunuza içme suyu nereden ve nasıl verirsiniz?	Musluktan kaynatarak	47	31,3
	Musluktan kaynatmadan	24	16,0
	Damacanadan	68	45,3
	Arıtma suyundan	11	7,3
Evdeki tuvalet tipi nasıl?	Kanalizasyona bağlı	137	91,3
	Foseptik çukur	13	8,7
Çocuğunuz tuvaletini yaptıktan sonra altını ne ile temizliyorsunuz?	Tuvalet kâğıdı ile temizliyorum	17	11,3
	Islak mendille temizliyorum	101	67,3
	Sadece su ile temizliyorum	16	10,7
	Su ve sabunla temizliyorum	16	10,7
Tuvalette kullandığınız su kaynağınız nedir?	Musluk	145	96,7
	Bidon	3	2,0
	Kova	2	1,3
Tuvaletten önce ellerinizi yıkar mısınız?	Yıkamam	20	13,3
	Ara sıra	37	24,7
	Çoğunlukla	31	20,7
	Her zaman	62	41,3
Tuvaletten çıktıktan sonra ellerinizi yıkar mısınız?	Çoğunlukla	5	3,3
	Her zaman	145	96,7
Toplam		**150**	**100,0**

Tablo 10'da çocukların ishal olmaya yönelik risk faktörlerine ait sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Ebeveynlerin beslenme yöntemi incelendiğinde; %52'sinin kaşık , %26,7'sinin biberon, %20'sinin meme yöntemini kullandığı, %79,3'ünün besinleri cam kapta sakladığı, %84,7'sinin saklama yeri olarak buzdolabını kullandığı tespit edilmiştir.

Ebeveynlerin çocuklarının beslenmesi öncesinde ellerini yıkama alışkanlıklarına bakıldığında; %65,3'ünün her zaman, %26'sının çoğunlukla, %8,7'sini ara sıra ellerini yıkadığı, %45,3'ünün çocuğuna damacanadan su verdiği, %31,3'ünün musluktan kaynatarak, %16'sının musluktan kaynatmadan, %7,3'ünün ise arıtma suyu kullandığı belirlenmiştir.

Ailelerin %91,3'ünün kanalizasyona bağlı tuvalet tipine sahip olduğu, %67,3'nün çocuğun tuvaletini yaptıktan sonra ıslak mendille altını temizlediği,

%96,7'sinin tuvalette musluktan su kullandığı, %41,3'ünün tuvaletten önce her zaman ellerini yıkadığı, %96,7'sinin ise tuvaletten çıktıktan sonra her zaman ellerini yıkadığı saptanmıştır.

Tablo 11. Annelerin İshal'in Tanımı ve Oluşumuna Yönelik Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İshalin tanımına ve oluşumuna yönelik bilgi soruları		Sayı (n)	Yüzde (%)
İshal nedir?	Dışkının sık olarak sulu veya yumuşak çıkması durumudur	105	70,0
	Akciğerlerin iltihaplanması	5	3,3
	Ateşli havale geçirme	11	7,3
	Fikrim yok	29	19,3
İshalin belirtileri nelerdir?	Dışkılama sayısının artması ve dışkı vasfının değişmesi	117	78,0
	Öksürükle beraber kusma, zor nefes alma, ateş, huzursuzluk	15	10,0
	Kusma, susama, çok su içme, iştahta artma	7	4,7
	Fikrim yok	11	7,3
İshal oluşumunu hangisi kolaylaştırır?	Bebeğin altını değiştirirken ve değiştirdikten sonra ellerin yıkanması	8	5,3
	Bebek 18 aylık oluncaya kadar kaynatılmış su içirilmesi	5	3,3
	Bebeğin anne sütü ile beslenmemesi	52	34,7
	Bebeğin besinleri hazırlanırken temizlik kurallarına uyulması	36	24,0
	Fikrim yok	49	32,7
İshal evdeki diğer çocuklara geçer mi?	Evet	76	50,7
	Hayır	38	25,3
	Fikrim yok	36	24,0

Tablo 11. Annelerin İshal'in Tanımı ve Oluşumuna Yönelik Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (devamı)

İshal nasıl bulaşır?	Mikropların ağız yoluyla vücuda girmesiyle	65	43,3
	Mikropların solunum yoluyla vücuda girmesiyle	22	14,7
	Çocuğun alışık olmadığı besinlerin verilmesiyle	26	17,3
	Fikrim yok	37	24,7
Verilen bilgilerden hangisi ishale neden olur?	Çocuğa fazla miktarda sulu gıdalar verilmesi	8	5,3
	Çocuğa fazla miktarda besin verilmesi	6	4,0
	Çocuğa yeterli miktarda gıda verilmemesi	1	0,7
	Mikropların çocuğa bulaşması	109	72,7
	Fikrim yok	26	17,3
İshal hangi çocuklarda daha sık görülür?	İshal iyi beslenmiş olan, normal kilodaki çocuklarda daha sık görülür	5	3,3
	Yeni aşılanmış bebeklerde daha sık görülür	5	3,3
	Büyük yaştaki çocuklarda, özellikle 3 yaşından sonra ishal daha sık görülür	11	7,3
	Özellikle 3 ay-2 yaş arasındaki küçük çocuklarda ishal daha sık görülür	66	44,0
	Fikrim yok	63	42,0
Çocuğunuz ishal olunca ne yapılmalıdır?	İshalin kendiliğinden geçmesini beklenir	32	21,3
	İshali arttırmamak için fazla sulu besinler verilmez	4	2,7
	Anne sütü alıyorsa ishali geçinceye kadar bebek emzirilmez	92	61,3
	İshalli çocuğa bol sulu gıdalar verilmesi gerekir	22	14,7
Toplam		**150**	**100,0**

Tablo 11'de annelerin ishalin tanımı ve oluşumuna yönelik bilgi sorularına verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Annelerin %70'inin ishalin tanımını ve %78'inin ishalin belirtilerini bildiği %50,7'sinin ise ishalin evdeki diğer çocuklara geçebileceği belirlenmiştir.

Annelerin %43,3'ü ishalin mikropların ağız yoluyla vücuda girmesiyle bulaştığını, %72,7'si mikropların çocuğa bulaşmasının ishale neden olduğunu, %44'ü özellikle 3 ay-2 yaş arasındaki küçük çocuklarda ishalin daha sık görüldüğünü ve %61,3'ü ishal durumunda anne sütü alan çocuğun emzirilmemesi gerektiğini belirttikleri saptanmıştır.

Tablo 12. Annelerin Çocuğun İshal Sürecindeki Beslenmesine Yönelik Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Çocuğun İshal Sürecindeki Beslenmesine Yönelik Bilgi Soruları		Sayı (n)	Yüzde (%)
İshal olan çocuğa hangi besinleri vermek doğru olur?	Pirinç suyu, ayran, su ve çorbalar	93	62,0
	Çok sulu çorbalar ve yemek suları	9	6,0
	Çiğ sebze, meyve ve kepekli tahıllar	19	12,7
	Fikrim yok	29	19,3
İshalli çocuğa su vermenin zararı var mı?	Evet	6	4,0
	Hayır	138	92,0
	Fikrim yok	6	4,0
Ek gıda alan ishalli çocuğa hangisi verilmez?	Haşlanmış patates	8	5,3
	Kaynamış su	4	2,7
	Pirinç lapası	7	4,7
	Kayısı suyu	114	76,0
	Fikrim yok	17	11,3
İshalle ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?	Şekerli ve yağlı yiyecekler ishali arttırır	16	10,7
	İshalli çocuğa, doktor önerisi dışında antibiyotik verilmez	5	3,3
	Hazır meyve suları ve kolalı içeceklerin ishalli çocuğa hiçbir yararı yoktur	14	9,3
	Anne sütü ishalin artmasına yol açtığı için ishalli çocuğa verilmemelidir	84	56,0
	Fikrim yok	31	20,7
İshalli çocuğun bir öğündeki besin miktarı ve beslenme sıklığı nasıl olmalıdır?	Az ve sık	96	64,0
	Besin miktarı ve sıklığında değişiklik yapmaya gerek yok	18	12,0
	Fazla ve uzun aralıklı	2	1,3
	Fikrim yok	34	22,7

Tablo 12. Annelerin Çocuğun İshal Sürecindeki Beslenmesine Yönelik Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (devamı)

İshalden korunmak için yapılan uygulamalardan hangisi yanlıştır?	Bütün bebekler ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeli ve 2 yıl emzirmeye devam edilmelidir	2	1,3
	Biberon yerine cam veya porselen tabaklar tercih edilmelidir	7	4,7
	Çocukların besinleri daima taze hazırlanmalı ve kaynatılmış su kullanılmalıdır	12	8,0
	Aşılar ishale yol açacağından yaptırılmamalıdır	102	68,0
İshalde katı yiyecek verme miktarı değiştirilmeli mi?	Fikrim yok	27	18,0
	Hayır	36	24,0
	Bilmiyorum	44	29,3
	Evet daha az verilmeli	32	21,3
	Evet daha fazla verilmeli	38	25,3
İshalde sıvı yiyecek verme miktarı değiştirilmeli mi?	Hayır	18	12,0
	Bilmiyorum	28	18,7
	Evet daha az verilmeli	42	28,0
	Evet daha fazla verilmeli	62	41,3
Çocuğunuz ishal iken emzirmeye devam edilmeli mi?	Bilmiyorum	19	12,7
	Etmemeli	12	8,0
	Etmeli	119	79,3
Toplam		**150**	**100,0**

Tablo 12'de annelerin ishal sürecinde beslenmeye yönelik bilgi sorularına verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Annelerin %62'si ishal olan çocuğa pirinç suyu, ayran, su ve çorba verdiğini, %92'si ishal durumunda çocuğa su vermenin zararlı olmadığını, %76'sı ishalli çocuğa kayısı suyu verilmemesini belirttiği tespit edilmiştir.

Annelerin %64'ü ishalli çocuğun bir öğündeki besin miktarı ve beslenme sıklığının az ve sık olması gerektiğini, %68'si aşıların ishale yol açabileceğini, %46,6'sının ishal durumunda katı yiyecek miktarının değiştirilmesi gerektiği ve %41,3'ü sıvı yiyecek miktarının artırılması gerektiğini ifade ettikleri bulunmuştur.

Tablo 13. Annelerin İshal'in Tedavisine Yönelik Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İshal 'in Tedavisine Yönelik Bilgi Soruları		Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk ishal olduğunda evde tedavi edilebilir mi?	Evet	54	36,0
	Hayır	76	50,7
	Fikrim yok	20	13,3
İshalli çocuk doktora götürülmeli mi?	Evet, çocuk ishal olduğunda hemen doktora götürülmelidir	103	68,7
	Doktora götürmek gerekmez, evdeki ishal kesici ilaçlardan vermek yeterlidir	3	2,0
	Çocuk fazla su kaybetmişse ve durumu kötüye gidiyorsa doktora götürmek gerekir	41	27,3
	Fikrim yok	3	2,0
Tuz-şeker eriyiği (Oral Rehidratasyon Sıvısı) ORS diye bir şey duydunuz mu?	Evet	30	20,0
	Hayır	120	80,0
Hazır paketler halinde bulunan tuz-şeker eriyiği nereden alınabilir?	Eczane	45	30,0
	Sağlık ocağı	3	2,0
	Market	8	5,3
	Fikrim yok	94	62,7
Evde tuz-şeker eriyiği hazırlayabiliyor musunuz?	Evet	7	4,7
	Hayır	143	95,3
Hazır paketler halinde bulunan tuz-şeker eriyiği; Bir litre (5 büyük su bardağı) kaynatılıp soğutulmuş içme suyu içine 1 poşet konup, iyice karıştırılarak eritildikten sonra içirilir,	Doğru	16	10,7
	Yanlış	4	2,7
	Fikrim yok	130	86,7
Tuz şeker eriyiği ile hazırlanmış (Oral Rehidratasyon Sıvısı) ORS sıvısı, hangi miktarda verilir? (Her sulu kaka yaptıktan sonra)	2 yaşından küçük çocuklara 1 çay bardağı	6	4,0
	2-10 yaş arasındaki çocuklara 1 çay bardağı	6	4,0
	11 yaş ve daha büyük çocuklara 1 çay bardağı	2	1,3
	Fikrim yok	136	90,7
Toplam		**150**	**100,0**

Tablo 13'te annelerin ishalin tedavisine yönelik bilgi sorularına verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Annelerin %50,7'si çocuk ishal olduğunda evde tedavi edilemeyeceğini, %68,7'si çocuk ishal olduğunda hemen doktora götürülmesi gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir.

Annelerin %80'i ishal tedavisinde kullanılan ORS'yi duymadığı saptanmıştır. Annelerin %70'i tuz-şeker eriyiğinin nereden alınabileceğini, 95,3'ü tuz-şeker eriyiğinin evde nasıl hazırlandığını, %96'sı ise ORS sıvısının hangi miktarlarda verilmesi gerektiğini bilmedikleri tespit edilmiştir.

6.3. ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ EVDE YAPTIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

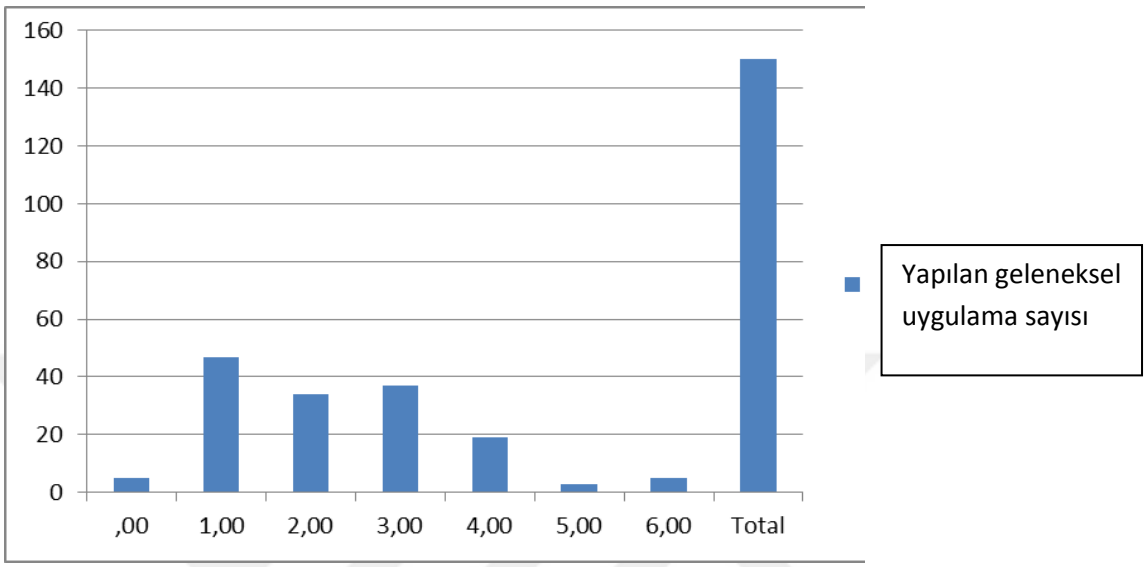
Tablo 14. İshalde Evde Kullanılan Geleneksel Uygulamaların Dağılımı

Geleneksel Uygulamalar	Uyguluyor		Uygulamıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Gazoz+ aspirin içirme	25	16,7	125	83,3	150	100,0
Kahve+limon verme	30	20,0	120	80,0	150	100,0
Aç bırakma-bir şey yedirilip içirilmez	1	0,7	149	99,3	150	100,0
Oral rehidratasyon sıvısı(ORS)paketi	16	10,7	134	89,3	150	100,0
Şekerli yiyecek ve içecekler verme	12	8,0	138	92,0	150	100,0
Yağlı yiyecekler verme	11	7,3	139	92,7	150	100,0
Temizliğe dikkat etme	111	74,0	39	26,0	150	100,0
Limontuzu çiğnetme	2	1,3	148	98,7	150	100,0
Ekmeğin dış kabuğunu yedirme	20	13,3	130	86,7	150	100,0
Şeftali rendesi	54	36,0	96	64,0	150	100,0
Patates haşlaması	22	14,7	128	85,3	150	100,0
Muz	15	10,0	135	90,0	150	100,0
Pirinç lapası	10	6,7	140	93,3	150	100,0
Diğer *	8	5,3	142	94,7	150	100,0

*** Annelerin çocukları ishal olduğunda evde uyguladıklarını söyledikleri (sulu gıda, leblebi, yoğurt, kraker vb.) kendi ifadelerini içermektedir.**

Tablo 14'te ishalde evde kullanılan geleneksel uygulamaların sayı ve yüzde dağılımı yer almaktadır. Anneler evde geleneksel olarak; %16,7'sı gazoz + aspirin, ve %20'si kahve-limon içirme, %10,7'si ORS paketi kullanma, %8'i şekerli yiyecek ve içecekler verme, %7,3'ü yağlı yiyecekler yedirme, %74'ü temizliğe dikkat etme, %1,3'ü limon tuzu çiğnetme, %13,3'ü ekmeğin dış kabuğunu yedirme, %36'sı şeftali

rendesi ve %14,7'si patates haşlaması verme, %10'u muz ve %6,7'si pirinç lapası yedirme, %5,3'ü de diğer besinleri yedirme şeklinde yöntemler kullandığı belirlenmiştir.



Şekil 2. Annelerin geleneksel uygulama yapma sıklıkları

Tablo 14'te ishalde evde kullanılan geleneksel uygulamaların dağılımına ilişkin bulgular sunulmuş Şekil 2'de geleneksel uygulama yapma sayılarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 15. Annelerin İshal Konusunda Bilgi Puanları ile Geleneksel Uygulamaları Yapma Sıklığına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	Ortalama-Standart Sapma	Minimum-Maximum	p
Bilgi puanı	**11,5±3,75**	**2,0-22,00**	**r_s=0,270***
Geleneksel uygulama yapma sayısı	**2,31±1,35**	**0-6,00**	**0,001**

***Spearman Korelasyon testi, p değeri**

Tablo 15'te görüldüğü gibi; annelerin ishal konusunda bilgilerini ölçmeye yönelik 24 soru üzerinden en az 2 soru, en çok 22 soruyu bildikleri, ortalama 11,51 ±3,75 (ortanca 11,00) soruyu bildikleri belirlenmiştir.

Geleneksel uygulamalardan hiç yapmayanlar ve en çok 6 tane yapan bulunmakta, ortalama 2,31±1,35 (ortanca 2,00) geleneksel uygulama yaptıkları belirlenmiştir.

Annelerin ishal konusunda bilgi puanları ile geleneksel uygulama yapma sayıları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r_s=0,270, p=0,001).

Tablo 16. Çocukların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgi Kaynaklarının Bazı Sosyo-demografik özelliklerine göre incelenmesi

	Hemşire Doktor		Kitap Televizyon		Komşular Büyükler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tüm Grup	99	66,0	9	6,0	42	28,0	150	100,0
Annenin Yaşı								
20-30 yaş	70	63,6	8	7,2	32	29,2	110	100,0
31-40 yaş	26	72,2	1	2,8	9	25,0	36	100,0
41 yaş ve üzeri	3	75	0	0	1	25	4	100,0
							p =0,249	p>0,05
Çalışma Durumu								
Ev hanımı	80	63,5	6	4,8	38	30,2	126	100,0
Memur	3	75,0	1	25,0	0	0	4	100,0
İşçi	10	76,9	2	15,4	1	7,7	13	100,0
Serbest Meslek	6	85,7	0	0	1	14,3	7	100,0
							p =0,346	p>0,05
Annenin Eğitimi								
Okur yazar	7	63,7	0	0	4	36,3	11	100,0
İlkokul	38	65,5	2	3,4	18	31,0	58	100,0
Ortaokul	27	69,2	2	5,1	10	25,6	39	100,0
Lise ve üzeri	27	59,4	5	15,6	10	25,0	42	100,0
							p =0,672	p>0,05

Tablo 16'da annelerinin ishal hakkındaki bilgi kaynaklarının dağılımına ait sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Annelerin %66'sının çocuğun büyüme ve beslenmesi ile ilgili olarak doktor veya hemşirelerden, %34'ünün ise diğer kaynaklardan (kitap-televizyon-komşular-büyükler vb.) bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 9). Annelerin yaşı, çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile ishal hakkında bilgi aldıkları kaynaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 17. Annenin Eğitim Durumuna Göre Çocuğa Sadece Anne Sütü Verme Süresinin İncelenmesi

	Anne sütü verme süresi									
	0-1 ay		2-4 ay		3-6 ay		6 aydan fazla		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tüm Grup	22	14,7	23	15,3	39	26,0	66	44,0	150	100,0
Annenin Eğitimi										
Okur yazar	0	0	3	27,2	3	27,2	5	45,6	11	100,0
İlkokul	7	12,1	4	6,9	16	27,6	31	53,4	58	100,0
Ortaokul	9	23,1	5	12,8	8	20,5	17	43,6	39	100,0
Lise ve üzeri	6	14,2	11	26,2	12	28,6	13	31,0	42	100,0
									p=0,314	p>0,05

Tablo 17'de annenin eğitim durumuna göre çocuğa sadece anne sütü verme süresinin dağılımına ait sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Annelerin %44'ünün anne sütü verme süresinin 6 aydan fazla, %26'sının 3-6 ay, %15,3'ünün 2-4 ay ve %14,7'sinin 0-1 ay olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Annelerin eğitim düzeyi ile anne sütü verme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 18. Çocukların Annelerinin ORS Bilme Durumlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

	ORS'yi Biliyor,		ORS'yi Bilmiyor,		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tüm Grup	30	20,0	120	80,0	150	100,0
Annenin Eğitim Durumu						
Okur-yazar	4	36,4	7	63,6	11	100,0
İlkokul	6	10,3	52	89,7	58	100,0
Otaokul	5	12,8	34	87,2	39	100,0
Lise	10	31,2	22	68,8	32	100,0
Üniversite ve üzeri	5	50,0	5	50,0	10	100,0
p=0,004 p<0,05						
Annenin yaşı						
20-30 yaş	18	16,3	92	83,7	110	100,0
31-40 yaş	10	27,8	26	72,2	36	100,0
41 yaş ve üzeri	2	50,0	2	50,0	4	100,0
p=0,196 p>0,05						
Annenin mesleği						
Ev hanımı	25	19,8	101	80,2	126	100,0
Memur	2	50,0	2	50,0	4	100,0
İşçi	1	7,7	12	92,3	13	100,0
Serbest meslek	2	28,6	5	71,4	7	100,0
					p=0,283, p>0,05	

Tablo 18'de çocukların annelerinin ORS hakkındaki bilgi dağılımına ait sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Annenin eğitim durumu ile ORS'yi bilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. (p<0,05) Annelerin eğitim durumu arttıkça ORS'yi bilme düzeyleri de arttığı tespit edilmiştir. Annelerin yaşı ve mesleği ile ORS'yi bilmesi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

7.TARTIŞMA

7.1. Çocukların ve Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

7.2. Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgularının Tartışılması

7.3. Annelerin İshal Konusundaki Evde Yaptıkları Geleneksel Uygulamalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

7.1. ÇOCUKLARIN VE EBEVEYNLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Araştırmamızdaki çocuklar 0-6 yaş aralığındadır. Çocukların cinsiyetine bakıldığında %55,3'ü erkek, %44,7'si kız olarak belirlenmiştir. Çocukların doğumdaki kilosu incelendiğinde %8,7'si 2400 g veya daha az, %70'i 2500 g-3500 g ağırlığında, %21,3'ü ise 3600 g veya üzeri ağırlığa sahiptir. Çocukların boy uzunluğuna bakıldığında %7,3'ü 46 cm veya altı %83,3'ü 47-53 cm aralığında, %9,3'ü ise 54 cm veya üzeri boy uzunluğuna sahiptir (Tablo 6). Derindere Kuşçu'nun (2011) 0-3 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yaptığı araştırmada çocukların %54,6'sı erkek, %45,4'ü kız olarak belirlenmiştir. Çocukların doğumdaki kilosuna bakıldığında 2500 g ve altı olanlar %4,1, 2500 g-3500 g olanlar %66,2, 3500 g ve üstü olanlar %29,7 olarak belirlenmiştir. Çocukların boy uzunluğu ise 45 cm ve altı olan %4,8, 46 cm–55cm olan %94,8, 56 cm ve üzeri olan %0,4 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular kıyaslandığında elde edilen sonuçların birbiriyle benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmamızda annelerin %72,7'si 20-30 yaş aralığında, %0,7'si 15-19 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Babaların %50'sinin 20-30 yaş aralığında, %0,7'sinin ise 51 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6). 2013 TNSA sonuçlarında 15-49 yaş grubu kadınların %16,1'i 15-19 yaş grubunda, %29'u ise 20-30 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın yaş grubu yüzdesi ile 2013 TNSA verileri karşılaştırıldığında; araştırmamızda 20-30 yaş grubunun yüzdesi yüksek, 15-19 yaş grubunun yüzdesi düşük çıkmıştır.

Araştırmamızda annelerin eğitim düzeyinin %38,7'sinin ilkokul mezunu, %2'sinin okur-yazar olmadığı, babaların ise %37,3'ünün ilkokul mezunu, %2,7'sinin okur-yazar olduğu saptamıştır (Tablo 7). 2013 TNSA sonuçlarında 15-49 yaş grubu kadınların %34,6'sının ilkokul mezunu, %12'sinin okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızın annelerin eğitim durumu ile 2013 TNSA verileri karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu annelerin yüzdelerinin benzerlik gösterdiği, okur-yazar olmayan annelerin ise araştırmamızda daha düşük çıktığı görülmektedir.

Araştırmamızda annelerin %84'ünün ev hanımı olduğu, %16'sının çalıştığı, babaların ise %96,7'sinin çalıştığı, %3,3'ünün çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). 2013 TNSA verilerine göre annelerin %31'inin çalıştığı, %69'unun çalışmadığı (ev hanımı) saptanmıştır. Bu açıdan bakıldığında TNSA verilerine göre karşılaştırıldığında araştırmamızda çalışmayan anne yüzdesi yüksek, çalışan anne yüzdesi düşük çıkmıştır.

Araştırmamızda ailelerin yaşadığı bölge incelendiğinde %88'i il merkezi, %12'si ilçe, köy ve kasabada yaşamaktadır (Tablo 7). 2013 TNSA sonuçlarında ise ailelerin yaşadığı bölge dağılımının %81,1'i kent, %18,9'u ise kent dışında (kır) yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgularla kıyaslandığında elde edilen sonuçların birbiriyle benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmamızda ailelerin aile tipine bakıldığında %67,3'ü çekirdek aile, %28,7'si geniş aile yapısına sahiptir (Tablo 7). Derindere Kuşçu (2011) Edirne'de yapmış olduğu çalışmada çekirdek aile yapısını %92,6, geniş aile yapısını %7,1 olarak saptamıştır. Bu bulgular kıyaslandığında; araştırmamızda çekirdek aile yapısı yüzdesinin düşük, geniş aile yüzdesinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeninin coğrafi konum olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda annelerin %93,3'ünün sağlık güvencesi bulunmakta %6,7'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır (Tablo 7). 2013 TNSA verilerinde annelerin %89'unun sağlık sigortası varken, %11'inin sağlık sigortasının olmadığı saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda bulunmuş olan bulgularla araştırmamızda bulguları benzerlik göstermektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada ailelerin gelir düzeyi incelendiğinde %57,3'ü orta (gelir=gider), %34'ü iyi ya da çok iyi (gelir>gider), %8,7'si kötü ya da çok kötü (gelir<gider) olarak tespit edilmiştir (Tablo 7). Cambaz Ulaş ve ark. (2012) Manisa il merkezinde 11 sağlık ocağında bulunan 0-6 yaş grubu çocuğu olan anneler üzerinde yaptığı araştırmada; ailelerin %68,6'sının gelir ve gideri eşit, %3,1'inin geliri giderden fazla ve %28,4'ünün geliri giderden düşük olduğu saptanmıştır. Bu iki çalışmadaki gelir düzeylerindeki farklılığın nedeninin; araştırmamızın hastane ortamında uygulanmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çocuğa bakan kişilerin %91,3'ünü anneler, %0,7'sini babalar, %6'sını akrabalar ve %2'sini bakıcılar oluşturmaktadır. Ebeveynlerin %52,7'si hasta olan çocukların ailenin ilk çocuğu olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamıza dahil ettiğimiz annelerinin çocuk sayısına bakıldığında; dört veya daha az çocuğu olan %92, beş veya daha fazla çocuğu olan aile ise %8 olarak tespit edilmiştir (Tablo 7). Duman (2010) Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yaptığı araştırmada ailede çocuk sayısının dört ve daha az olanları %79,4, beş ve daha fazla olanları ise %20,6 olarak saptamıştır. Bu bulgular kıyaslandığında araştırmamızda yüzdelerdeki bu farklılıkların bölgeler arası demografik yapıya bağlı olabileceği düşünülmektedir.

7.2. ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Araştırmamızda çocukların %31,3'nün doğumdan itibaren dört ve daha fazla ishal olma durumuyla karşılaştığı, %64'ünde son bir ay içinde en az bir kez ishal görüldüğü, %46,7'sinde ise ishale yakalanan çocukların ishalin birinci günü hastaneye götürüldüğü saptanmıştır (Tablo 8). Derindere Kuşçu (2011) yaptığı araştırmada çocukların %64,3'ünün doğumdan itibaren ilk kez ishal olduğunu, %86,6'sının son bir ayda hiç ishal olmadığını saptamıştır. İshale yakalanan çocukların %49,4'ünün ishalin üçüncü günü hastaneye götürüldüğünü belirlemiştir. Bu bulgular araştırmamızda elde edilen sonuçlarla farklılık göstermektedir. İshal olma durumunun fazla olması araştırmamızın yaz ayında yapılmış olmasından, ishale yakalanan çocukların ise hemen birinci gün hastaneye götürülmesi durumunun ailelerin bu konudaki eğitim düzeyinin yüksek olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda ishal sırasında çocukların %44'ünde günde beşten fazla dışkılama görüldüğü, %41,3'ünün dışkı miktarının normal olduğu, %80'inin dışkı kokusunda farklılık olduğu ve %55,3'ünün ishalin renginin 'sarı' olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Derindere Kuşçu (2011) yaptığı araştırmada ishal sırasında çocukların %59,1'inin dışkı miktarının normalden biraz fazla olduğu, %41,3'ünün dışkı kokusunda farklılık olduğu ve %45,7'sinin ishal renginin 'sarı' olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgularla kıyaslandığında dışkı miktarı bakımından farklılık olsa da diğer sonuçların birbiriyle benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Çalışmamızda ebeveynler %91,3'ü çocuklarını anne sütü ile beslediklerini ve %44'ü ilk altı ayda çocuklarına sadece anne sütü verdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 9). Kırıcı (2015) yaptığı çalışmada bebeklerin %92,5'inin anne sütü ile beslendiklerini, Koç'un (2014) yapmış olduğu çalışmada ise bebeklerin %54,3'ünün ilk altı ay sadece anne sütü ile beslendiklerini saptamıştır. Bu bulgularla araştırma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Annelerin %44'ünün altı aydan fazla süre ile çocuklarını sadece anne sütü ile besledikleri ve anne sütü ile beslenirken ishale yakalanan çocukların %86'sına ise

anne sütü verilmeye devam edildiği tespit edilmiştir (Tablo 9). Anne sütü verme süresi ile annelerin eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17). Ancak annelerin eğitim düzeyine bakıldığında okur-yazar olmayan annelerin anne sütü verme süresinin daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlam Aksüt ve Ayran (2015) Erzincan'da yapmış olduğu bir çalışmada anne sütü ile beslenirken ishale yakalanan çocukların %95,3'ünün anne sütü ile beslenmeye devam ettiğini belirlemişlerdir. Bu bulgular kıyaslandığında elde edilen sonuçların birbiriyle benzerlik gösterdiği görülmektedir. 2013 TNSA verilerine göre; yaşamlarının ilk iki ayında üç yaş altı çocukların %58'i sadece anne sütü ile beslenmiştir. TNSA 2008 verilerinde ise bu değer %69'dur. Bu bağlamda çocukların anne sütü ile beslenmesinin önemli olduğu görülmektedir.

Annelerin bilgi alma durumu incelendiğinde %66'sı çocuğun büyüme ve beslenmesi ile ilgili olarak doktor veya hemşirelerden, %34'ü ise diğer kaynaklardan (kitap-televizyon-komşular-büyükler vb.) bilgi almışlardır (Tablo 9). Annelerin yaşı, çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile ishal hakkında bilgi aldıkları kaynaklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17). Ancak üniversite mezunu annelerin daha çok ishal hakkında sağlık kuruluşlarından (hemşire, doktor) bilgi aldıkları görülmektedir. Zengin (2009) yapmış olduğu çalışmada annelerin emzirmeye ilişkin edindiği bilgilerin; %33,5'ini sağlık çalışanlarından (ebe-hemşire-doktor), %12,8'ini diğer kaynaklardan (kitap-dergi-yakın çevre) ve %53,7'sinin ise hiçbir kaynaktan bilgi almadığını belirlemiştir. Bu bağlamda bakıldığında emzirme konusunda bilgi almayan anne oranının yüksek olduğu görülmektedir. Yaptığımız araştırmada ise annelerin büyük bir oranla emzirme konusunda sağlık kuruluşlarından bilgi edindikleri ve bunun araştırmanın yapıldığı bölgedeki annelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda annelerin %79,3'ü besinleri cam kapta %8,7'si plastik kapta sakladıklarını, %84,7'si ise saklama yeri olarak buzdolabını ve %12,7'si ise mutfağı kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 10). Bu açıdan bakıldığında annelerin besinleri cam ve plastik kapta saklamayı tercih ettikleri ve saklama yeri olarak da buzdolabı ve mutfağı kullandıkları görülmektedir. Derindere Kuşçu (2011) yaptığı araştırmada ise annelerin %30,3'ü besinleri cam kapta, %34,1'i plastik kapta, %34,2'si ise satın

alınan kutuda sakladıklarını belirtmişlerdir. Besinleri sakladıkları yer olarak ise %40,1'i buzdolabı ve %40,1'i mutfak olarak ifade etmişlerdir. Çiçek ve ark. (2005) yaptıkları araştırmada ise ev kadınlarının büyük çoğunluğunun yiyecekleri cam ve plastik kapta sakladığı ve yine büyük çoğunluğunun yiyecekleri mutfakta ve buzdolabında, dondurarak sakladığı belirlenmiştir. Bu çalışmalar sonucunda saptanmış olan bulgularla araştırmamızda bulunan sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Ebeveynlerin çocuğu beslenme öncesinde ellerini yıkama alışkanlıklarına bakıldığında %65,3'ü her zaman, %26'sı çoğunlukla, %8,7'si ara sıra yıkamaktadır. Ebeveynlerin %45,3'ü çocuğuna damacanadan su verirken, %31,3'ü musluktan kaynatarak, %16'sı musluktan kaynatmadan, %7,3'ü arıtma suyu kullanmaktadır (Tablo 10). Derindere Kuşçu (2011) yaptığı araştırmada annenin çocuğu beslenme öncesinde ellerini yıkama alışkanlıklarını %17,1'i her zaman, %21,9'u çoğunlukla, %43,9'u ara sıra şeklinde saptanmıştır. Ebeveynlerin %32,3'ü çocuğuna damacanadan su verirken, %31,6'sı musluktan kaynatarak, %36,1'i ise musluktan kaynatmadan çocuğuna su verdiğini tespit etmiştir. Bu çalışmalar sonucunda saptanmış olan bulgularla araştırmamızda bulunan sonuçlar benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızda ailelerin tuvalet tipi incelendiğinde %91,3'ünün kanalizasyona bağlı olduğu saptanmıştır (Tablo 10). 2013 TNSA sonuçlarına göre ise kanalizasyona bağlı tuvalet tipi %86 olarak tespit edilmiştir. Cambaz Ulaş ve ark. (2012) yaptığı çalışmada kanalizasyona bağlı tuvalet tipini %99,5 olarak belirlemişlerdir. Türk (2015) yaptığı çalışmada kanalizasyona bağlı tuvalet tipini %98 olarak saptamıştır. Bu bulgularla kıyaslandığında elde edilen sonuçların birbiriyle benzerlik gösterdiği görülmüştür. Kanalizasyona bağlı tuvalet tipinin yüksek oranda çıkması artık günümüzde şehirlerin alt yapılarının büyük oranda tamamlanmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çocukların tuvaletini yaptıktan sonra altını ebeveynlerin %67,3'ü ıslak mendil ve %11,3'ü tuvalet kağıdı ile temizlendiği ve aynı zamanda tuvalette su kaynağı olarak %96,7 oranında musluk suyu kullanıldığı belirlenmiştir (Tablo 10). Derindere Kuşçu (2011) yaptığı araştırmada çocuğun tuvaletini yaptıktan sonra ebeveynlerin %98,9'u çocuğun altını tuvalet kağıdı ile temizlediği ve %98,9'u ise tuvalette su

kaynağı olarak musluk suyu kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular kıyaslandığında elde edilen sonuçların çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmamızda ebeveynlerin tuvaletten önce el yıkama alışkanlığı; %41,3'ü her zaman, %24,7'si ara sıra, tuvaletten çıktıktan sonra el yıkama alışkanlığı ise; %96,7'sinin her zaman ellerini yıkadıkları belirlenmiştir (Tablo 10). Derindere Kuşçu (2011) yaptığı araştırmada ise annelerin tuvaletten önce el yıkama alışkanlığı; %58'i ara sıra, %23'ü çoğunlukla, tuvaletten çıktıktan sonra el yıkama alışkanlığı ise; %68,8'i her zaman, %31,2'si ise çoğunlukla ellerini yıkadıkları saptanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda saptanmış olan bulgularla araştırmamızda bulunan sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Annelerin %70'i ishalin tanımı ve %78'i ishalin belirtilerini bildiği, %50,7'sinin ishalin bulaşıcı olduğunu, %43,3'ü ishalin mikropların ağız yoluyla vücuda girmesiyle bulaştığını, %44'ü ishalin özellikle 3 ay-2 yaş arasındaki küçük çocuklarda daha sık görüldüğünü ve %61,3'ü ise çocuğun ishal olma durumunda anne sütü alıyorsa ishali geçinceye kadar çocuğa anne sütü verilmemesi gerektiğini belirttikleri tespit edilmiştir (Tablo 11). Türk (2015) yapmış olduğu araştırmada; annelerin %89,5'inin ishalin hastalık olduğunu, %48,7'sinin ishalin bulaşıcı olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Araştırmamızda annelerin %62'sinin ishal olan çocuğa pirinç suyu, ayran, su ve çorbalar verdiği, %92'sinin ishalli çocuğa su vermenin gerekli olduğunu, %76'sının kayısı suyu verilmemesi gerektiğini, %64'ünün çocukların bir öğündeki besin miktarının ve beslenme sıklığının az ve sık olmasını, %46,6'sı ishal sırasında çocuğa verilen katı yiyecek miktarının değiştirilmesi gerektiğini, %41,3'ü sıvı yiyecek miktarının arttırılmasını ve %79,3'ünün ise ishal olan çocuğun emzirilmeye devam ettirilmesi gerektiği bulunmuştur (Tablo 12). Baykan ve Maral (2001) çalışmasında, annelerin %91,1'inin çocuk ishal olduğunda verdiği sıvı miktarının arttırılması gerektiğini ve %82,3'ünün emzirmeye devam edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Energin ve ark. (2007) araştırmasında; annelerin ishal durumunda %59,2'si sıvı miktarının arttırılmasını, %95,5'i emzirmeye devam edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. TNSA (2008) İshal araştırmasında annelerin %63'ü ishalli çocuklarının tedavisinde verdikleri sıvı miktarını arttırmışlardır veya ağızdan sıvı tedavisi

paketlerini kullandıklarını ifade etmiştir. Ayrıca ishali olan çocukların %27' si için verilen sıvı miktarının öncesiyle aynı tutulduğu, %49'u için sıvı miktarının arttırıldığı ve %16'sı için ise verilen sıvı miktarın azaltıldığı belirtilmiştir. Çocukların yalnızca %6'sında ishal öncesine göre daha çok katı gıda verilirken, yarısından fazlasında verilen katı gıda miktarının azaltıldığı bulunmuştur.

Araştırmamızda annelerin çocukların ishale yakalanması durumunda; %50,7'sinin evde tedavi edilemeyeceğini, %68,7'sinin ishalli çocuğun hemen doktora götürülmesi gerektiğini, %80'ninin ishal sürecinde kullanılması gereken ORS'nin ne olduğunu duymadıklarını, %62,7'sinin bu ORS paketini nereden alacakları konusunda belli bir fikrinin olmadığını ve %95,3'ünün geleneksel olarak evde hazırlanabilecek tuz-şeker eriyiğinin nasıl yapılabileceğini bilmediklerini saptamıştır (Tablo 13). Annelerin eğitim durumunun ORS'yi bilme düzeyini etkilediği tespit edilmiştir. Üniversite mezunu annelerin ORS'yi bilme düzeylerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 18). Türk (2015) yapmış olduğu araştırmada; annelerin %44,7'sinin çocukları ishal olduğunda hemen doktora götürdüklerini, %23,1'inin ORS'nin ne olduğunu bildiğini, %10,7'sinin sadece tuz-şeker karışımı olarak bildiğini ama %66,2'sinin ORS hakkında hiçbir bilgiye sahip olmadığını belirtmiştir. Energin ve ark. (2007) araştırmasında ise annelerin %76,4'ünün ORS'yi bildiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda araştırmamız, Türk (2015) yaptığı araştırma sonuçları ile benzerlik göstermekte fakat; Energin ve ark. (2007) yaptığı araştırma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

7.3. ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ EVDE YAPTIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALARINA İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamız bulgularında annelerin çocukların ishal durumunda kullandıkları geleneksel yöntemler; %16,7'si gazoz-aspirin içirme, %20'si kahve ve limon verme, %10,7'si ORS paketi kullanma, %74'ü hijyene önem verme, %1,3'ü limon tuzu çiğnetme, %13,3'ü ekmeğin dış kabuğunu yedirme, %36'sı şeftali rendesi verme, %14,7'si patates haşlaması yedirme, %10'u muz verme, %6,7'si pirinç lapası yedirme ve %5,3'ü ise diğer besinleri kullanma şeklinde tespit edilmiştir (Tablo 14). Şanlıer ve ark. (2004) yaptığı araştırmada annelerin %71,1'i ishal durumunda çocuğunu aç bırakmayıp bol su verdiğini, %53,3'ü haşlanmış patates, pirinç lapası, %51,3'ü kaynamış su, %48,7'si sulu besinler, %40,2'si hazır tuz-şeker paketi, %23,6'sı ilaç verdiği saptanmıştır.

Araştırma bulguları doğrultusunda ishalli çocuklara anneleri tarafından geleneksel uygulama yapıldığı tespit edilmiştir (Tablo 14).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının %55,3'ünün erkek, %44,7'sinin kız ve yaş ortalamasının 30,49 ay (min:0,5 ay, max:72 ay) olduğu belirlenmiştir.
- Çocukların %70'inin 2500-3500 g aralığında doğdukları, doğum kilosu ortalamasının 3139 g ve %83,3'ünün 47-53 cm boy uzunluğuna sahip oldukları saptanmıştır.
- Bu araştırmaya katılan annelerin %72,7'sinin 20-30 yaş, %24'ünün 31-40 yaş, %2,7'sinin 41 yaş ve üzeri, %0,7'sinin 15-19 yaş grubunda ve yaş ortalaması 28,01 yaş (min:17, max:45) olduğu tespit edilmiştir.
- Annelerin %38,7'sinin ilkokul mezunu, %26'sının ortaokul mezunu, %21,3'ünün lise mezunu, %6,7'sinin ise üniversite ve üzeri okul mezunu oldukları bulunmuştur.
- Annelerin %84'ünün ev hanımı, %16'sının ise bir işte çalıştığı saptanmıştır.
- Çocukların babalarının %50'sinin 20-30 yaş aralığında, %37,3'ünün ilkokul mezunu ve %50'sinin işçi meslek grubunda oldukları tespit edilmiştir.
- Annelerin %88'inin il merkezinde yaşadıkları, %67,3'ünün çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır.
- Ailelerin %93,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %57,3'ünün gelir gidere eşit ekonomik durumu olduğu, %91,3'üne çocuklara annelerinin baktığı,

%38'inin iki çocuğa sahip olduğu ve %52,7'sinin ailenin ilk çocuğu olduğu belirlenmiştir

- Araştırma kapsamına alınan çocukların %31,3'ü doğumundan beri dört ve üzeri ishal olduğu, %64'ünün son bir ayda bir kez ishal hastalığına yakalandığını ve %46,7'sinin ishalin birinci günü hastaneye getirildiği tespit edilmiştir.
- Çocukların %44'ünün günde beşten fazla dışkılamasının olduğunu, %41,3'ünün ishal sırasındaki dışkı miktarının normal, %80'inin ishal sırasında ishalin kokusunda farklılık olduğunu ve %55,3'ünün ise dışkının renginin sarı olduğu belirlenmiştir.
- Çocukların %91,3'ünün bir süre anne sütü aldığı, %44'ünün ilk altı ay sadece anne sütü ile beslendiği, %44'ünün altı aydan fazla bir sürede sadece anne sütü ile beslediği ve anne sütü alma süresi ortalama 4,82 ay olduğu tespit edilmiştir.
- Annelerin %66'sının çocuğun büyüme ve beslenmesi ile ilgili sağlık çalışanlarından bilgi aldıkları, %26,7'si komşular/büyüklerden, %6'sı kitap ve televizyondan ve %1,3'ünün diğer kaynaklardan bilgi aldıkları bulunmuştur.
- Annelerin %52'sinin beslenme yöntemi olarak kaşık, %79,3'ünün besinleri cam kapta saklayarak ve %84,7'sinin ise saklama yeri olarak buzdolabı kullandıkları saptanmıştır.
- Annelerin %65,3'ünün çocuğu beslemeden önce ellerini her zaman yıkadığı ve %45,3'ünün çocuğa içme suyunu damacanadan verdiği belirlenmiştir.
- Ailelerin %91,3'ünün tuvalet tipinin kanalizasyona bağlı olduğu, %67,3'ünün çocuğun altını ıslak mendil ile temizlediği, %96,7'sinin tuvalette kullandığı su kaynağının musluk olduğu, %41,3'ünün tuvalete girmeden önce ellerini her zaman yıkadığı ve %96,7'sinin ise tuvaletten çıktıktan sonra ellerini her zaman yıkadığı tespit edilmiştir.
- Annelerin %70'inin ishalin tanımını ve %78'inin ishalin belirtilerini bildikleri belirlenmiştir.

- Annelerin %50,7'sinin ishalin evdeki diğer çocuklara geçebileceğini, %43,3'ünün mikropların ağız yoluyla vücuda girerek ishale yol açtığını, %72,7'sinin mikropların çocuğa bulaşarak ishale neden olduğunu, %44'ünün özellikle 3 ay-2 yaş arasındaki küçük çocuklarda ishalin daha sık görüldüğünü, %61,3'ünün ise ishali olan çocuğa anne sütü alıyorsa ishali geçinceye kadar bebeğin emzirilmemesi gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir.
- Annelerin %62'sinin ishalli çocuğa; pirinç suyu, ayran, su ve çorbalar verilmesi gerektiğini, %92'sinin su vermenin zararlı olmadığını, %76'sının kayısı suyunun verilmemesi gerektiğini, %56'sının anne sütü ishalin artmasına yol açtığını ve bu yüzden verilmemesi gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır.
- Annelerin %64'ünün ishalli çocuğun bir öğündeki besin miktarı ve beslenme sıklığının az ve sık olması gerektiğini, %68'inin ishalden korunmak için aşılar ishale yol açacağından yaptırılmaması gerektiğini, %46,6'sının ishalde katı yiyecek verme miktarının değiştirilmesi gerektiğini, %41,3'ünün ishalde sıvı yiyecek verme miktarının artırılması gerektiğini ve %79,3'ünün çocuk ishalli iken emzirilmesi gerektiğini ifade ettikleri bulunmuştur.
- Annelerin %50,7'sinin ishalin evde tedavi edilemeyeceğini belirttikleri saptanmıştır.
- Annelerin %68,7'sinin çocuk ishal olduğunda hemen doktora götürülmesi gerektiği tespit edilmiştir.
- Annelerin %80'inin ORS'nin ne olduğunu duymadıkları, %62,7'sinin tuz-şeker eriyiğinin nereden alındığı ile ilgili bir fikirlerinin olmadığı, %95,3'ünün evde tuz-şeker eriyiğini hazırlayamadığı, %86,7'sinin hazır paketler halinde bulunan tuz-şeker eriyiği ile ilgili bir fikirlerinin olmadığı ve %90,7'sinin hazırlanmış olan tuz-şeker eriyiğinin hangi miktarlarda verilebileceği ile ilgili bir fikirlerinin olmadığı belirlenmiştir.
- Anneler evde geleneksel olarak; %16,7'si gazoz + aspirin ve %20'si kahve-limon içirme, %10,7'si ORS paketi kullanma, %8'i şekerli yiyecek ve içecekler verme, %7,3'ü yağlı yiyecekler yedirme, %74'ü temizliğe dikkat

etme, %1,3'ü limon tuzu çiğnetme, %13,3'ü ekmeğin dış kabuğu, %36'sı şeftali rendesi, %14,7'si patates haşlaması, %10'u muz, %6,7'si pirinç lapası ve %5,3'ü diğer besinleri yedirme şeklinde yöntemler kullandığı belirlenmiştir.

- Annelerin yaşı, çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile ishal hakkında bilgi aldıkları kaynaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Annelerin eğitim düzeyi ile anne sütü verme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
- Annenin eğitim durumu ile ORS'yi bilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Annelerin eğitim durumu arttıkça ORS'yi bilme düzeyleri de arttığı tespit edilmiştir.
- Annelerin yaşı ve mesleği ile ORS'yi bilmesi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

8.2. ÖNERİLER

Araştırmamızda elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Annelere anne sütünün ve emzirmenin önemi hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca ilk altı ay sadece anne sütü ile emzirmenin ve iki yaşına kadar da ek gıdalarla beraber anne sütünün verilmeye devam edilmesinin önemi anlatılmalıdır.
- Basın-yayın kuruluşları ve eğitim kurumlarında ishal ile ilgili bilgilerin daha çok verilmesi sağlanmalıdır.
- Alanında uzman sağlık çalışanları başta olmak üzere sağlık kuruluşlarında çalışan personeller; gerek ev ziyaretlerinde gerekse poliklinik hizmetleri sırasında öncelikle eğitim seviyesi düşük olan anneler olmak üzere tüm annelere ishalin bir hastalık ve bulaşıcı olduğunu, nasıl bulaştığını ve tedavisi konusunda bilgilendirme çalışmaları yapılması önerilmektedir.
- Ebeveynlerin ellerini yıkaması ve hijyen kurallarına dikkat etmesi çocuklarda ishal oranını azaltabilir. Sağlık personellerinin hijyen kurallarına dikkat edilmesi konusunda aileleri daha duyarlı hale getirecek eğitim programlarını hayata geçirmelidir.
- Araştırmamızda annelerin ORS'yi bilme ve nereden temin edilebileceği noktasında bilgi düzeylerinin çok düşük olması da düşündürücüdür. Bu açıdan bakıldığında İshalde ORS kullanımının yayınlaştırılması, ORS'nin evde nasıl hazırlanabileceği, nerelerden temin edilebileceği, ailelere ORS'nin avantajları ve etkileri hakkında bilgi verilmelidir.
- Annelere verilen eğitimlerde emzik ve biberon kullanmanın sakıncaları anlatılmalı, zorunda kalmadıkça kullanılmaması gerektiği, besinlerin cam kaplarda saklanmasının önemi vurgulanmalıdır.

9. KAYNAKÇA

Ahs JW, Tao W, Löfgren J, Forsberg BC. Diarrheal diseases in low-and middle-ıncome countries: ıncidence, prevention and management. Open Infect Dis J, 2010; 4: 113-124.

Ak M, Tanyüksel M, Dağcı H. Amoebıosis. Özcel M.A (editör). Tıbbi Parazit Hastalıkları. Türkiye Parazitoloji Derneği Yayını. İzmir; 2007, No:22. 279-307.

Aksayan S. Çocuk Sağlığına İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1983.

Aksayan S, Hayran D. Sağlık, Hastalık ve Kültür, Sendrom, 1992, 4(2): 12 -14.

Altın BO. 0-6 Yaş Grubu Çocukların GİS Sorunlarında (ishal, kabızlık, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı) Sağlık Kurumu Bulunan ve Bulunmayan İki Farklı Bölgede Ailelerin Geleneksel Uygulamalarının Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1994.

Arı A. Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi, IV. baskı, 1982, s. 113-130.

Arısoy S. E (Ed). T.C. Sağlık Bakanlığı 1. Basamağa Yönelik Tanı Ve Tedavi Rehberleri. 2. basım, 2003; 209-212.

Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve Çocuk Beslenmesi. Ankara; 2006, 101-139.

Aydın A. Çocuklarda Dehidratasyonun Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi, Pediatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 14-15 Haziran 2001; s. 145-153.

Aysev AD. Shigella Türleri. Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (editörler). Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 3.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2008, 2164-2168.

Balcı E. Anne Sütünün Çocuk Büyüme ve Gelişmesine Etkisi, Türk Aile Hekimliği Dergisi, Kayseri; 2011, 15: 135-138.

Baskın E, Türkay S, Gökalp AS. Adenovirus Gastroenteritleri. T. Klinikleri Tıp Bilimleri, 1995, 15: 121-125.

Baykan Z, Maral I. Ankara ili Gölbaşı ilçesinde 0-60 Aylık Çocuğu Olan Annelerin İshal Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları İle Çocukların Son İki Hafta İçindeki İshal Prevelansı. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2001, 10: 125-132.

Bekar M. Kültürler Arası (transkültürel) Hemşirelik. Toplum ve Hekim, 2001, 6: 136-141.

Beşer E, Erdin F. Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetler Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005, 4: 321–329.

Biltekin Ö, Boran Ö, Denkli M, Yalçınkaya S. Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Dönem ve Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamaları. 2004; 13 (5): 166-168.

Boğa JA, Melon S, Nicieza I, Diego İ, Villar M, Parra F, Ona M. Etiology of Sporadic Cases Of Pediatric Acute Gastroenteritis in Asturias, Spain, and Genotyping and Characterization of Norovirus Strains Involved. Journal of Clinical Microbiology 2004, 2668-2674.

Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilimleri Dergisi / Journal Of Anatolıa Nursıng And Health Scıences, 2006, 9: 78-87.

Büyükbaba Ö, Babaoğlu G, Katrancı H, Uyar A, Kırkoyun H. Dışkı Örneklerinde Entamoeba histolytica 'Galactose-Inhibitable-Adherence Protein'(GIAP) Antijeninin ELISA ile Aranması ve Sonuçların Mikroskopi ile Karşılaştırılması. Klimik Dergisi 1997; 10: 57-59.

Cambaz Ulaş S, Çetinkaya A, Özmen D, Çevik K. Manisa İl Merkezinde 0-6 Yaş Çocuklarda İshal Olmayı Etkileyen Etmenler ve Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2012; 21(4): 236-244.

Ceylan S, Hamzaoğlu O, Beyan C. GATA Hematoloji-Onkoloji Bilim Dallarında Yatan Hastaların Halk Hekimliği Uygulamalarına Başvurma Durumlarının Saptanması. Ulusal Halk Sağlığı Bildiri Kitabı, İstanbul, 1996, s.82-87.

Colin D, Abraham M, George E, Lewıs R, Anna A. Rudolph Pediatri, 22. Baskı, Güneş Tıp Kitap Evleri Yayınları, Ankara; 2013, 1381-1385.

Colletti JE, Brown KM, Sharieff GQ, Barata IA, Ishimine P. ACEP Pediatric Emergency Medicine Committee.The management of children with gastroenteritis and dehydration in the emergency department . J Emerg Med. 2010; 38(5): 686-698

Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B. Pediatri Hemşireliği. 1.Baskı, Akademisyen Tıp Kitap Evleri, Ankara; 2013, 189-217.

Çakmur H. Çocuklukta Enfeksiyöz Diyare ve Dehidratasyon, Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, 2013; 3(2): 96-102

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 7. Baskı, Ankara; 2004, 225-235.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 9. Baskı, Cilt 2, Sistem Ofset Basımevi, Ankara; 2011, 225-235.

Çetinkaya F, Aykut M, Kocagül A, Öztürk Y. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 0-36 Aylık Çocuklarda İshal Morbiditesi ve Annelerin İshal Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1994; 23(1): 7-20.

Çiçek B, Budak B, Şahin H. Kayseri İlinde Ev Kadınlarının Besinlerini Saklama ve Uygulamaları, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005; 14(1): 43-51.

Çokuğraş H. Çocuklarda Akut İshallerin Etyopatogenezi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Yaz İshalleri- Besin Zehirlenmeleri Sempozyumu, İstanbul, 1998; 9-22.

Çullu F. Çocukluk Çapında Akut İshaller Ve Antibiyotik Tedavisi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Çocuklarda Akılcı Antibiyotik Kullanımı Sempozyum Dizisi No: 33 Aralık, 2002; 59-76.

Derindere Kuşçu A. Gastroenterit Tanısıyla Yatırılan 0-3 Yaş Grubu Çocuklara Annelerin Evde Yaptıkları Uygulamalar, Bilgi ve Öz Yeterlilik Düzeyleri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2011.

Doğan Y, Çokuğraş FÇ. İshal. Kliegman R.M, Greenbaum LA, Lye PS. Practical Strategies in Pediatric Diagnosis and Therapy. 2nd edition. Narlı N (eds) Pediatrik Tanı ve Tedavide Pratik Yaklaşımlar. Nobel Kitabevi, İstanbul; 2007, 271-290.

DSÖ. İshalli Hastalıkların Kontrol Programı. İshalin Tedavisi. 1993; 1-54.

Duman M. Akut Gastroenterit Tanısıyla Hastaneye Yatan Süt Çocuklarının Annelerine Verilen Eğitimin Bilgi ve Uygulamalarına Etkisinin Belirlenmesi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır, 2010.

Eğri GB, Konak A. Doğum Sonu Dönem İle İlgili Geleneksel İnanç ve Uygulamalara Dünyadan ve Türkiye'den Örnekler. Journal of World of Turks 2011; 3: 143-155.

Elmacı N, Özelçi P. Diyarbakır'da çocuk ishalleri: İnanışlar ve Yerel Tedavi Uygulamaları. Diyarbakır; 2001.

Energin M, Ünal E, Kaya Ü, Baysal T, Köksal Y, İsli İ. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Çocuk Hastaların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Selçuk Tıp Dergisi, 2007; 23: 69-75.

Erdem B. Enterobactericeae. Usta çelebi Ş (ed). Temel ve Klinik Mikrobiyoloji. Ankara, Güneş Kitabevi, 1999; 471-515.

Eroğlu C. Akut İshalli Hastaya Yaklaşım. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar, Sempozyum Dizisi No : 61, Şubat 2008; 171-178.

Etiler N. İshalli Hastalıklar Epidemiyolojisi Ve Kontrolü (eds). 2000; 9(8): 14-16.

Farthing M, Salam MA, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, Ramakrishna BS, Goh KL, Thomson A, Khan AG, Krabshuis j, LeMair a; WGO . Acute diarrhea in adults and children : a global perspective . J Clin Gastroenterol. 2013; 47(1) : 12-20.

Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2014 Jul; 59(1): 132-52.

Gülden K, Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Hatiboğlu Yayınları, Ankara; 2000; s. 325-358.

Gül M, Garip Ardınç M, Çıragil P, Aral M, Karabiber H, Güler İ. 0-5 Yaş Arası Gastroenteritli Çocuklarda Rotavirüs ve Adenovirüs Tip 40/41 Araştırılması. ANKEM Dergisi, 2005; 19(2): 64-67.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2009; 171 176.

Hotun N. İstanbul İli Halkalı Yöresindeki Kadınların Gebelik ve Doğuma İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamaları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1990: 82.

İnce E. Çocukluk Çağı Akut Gastroenteritlerinde Salmonella ve Shigella Sıklığı, Antibiyotik Direnci ve Serotiplendirme. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu. Ankara; 2003.

Kaewsom P, Moyle W, Creedy O. Traditonal postpartum practices among thai women, Journal of Advanced Nursing, 2003; 41(4): 358-66.

Kansoy S. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ege Çocuk Vakfı, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir; 2014, 215-218.

Karadağ F. Gebelere Lohusalık Bakımı ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar; 2008, 115.

Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. 2. baskı, Yüce Yayım, İstanbul; 1998, s. 406-7, 430-3.

Kaymakoğlu S. İshaller, içinde: Büyüköztürk K. (eds) İç Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2007, s. 855-863.

Kılıç M, Polat S, Çimen S. Çocuklarda Sıvı-Elektrolit Dengesi ve Bozuklukları. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B (eds). Pediatri Hemşireliği, 1. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2013, 161-232.

Kırıcı S. 0-6 Yaş Arası Bebeği Olan Annelerin Bebek Beslenme Durumlarının İncelenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2015.

Kliegman RM, Stanton BF, III JWSG, Schor NF, Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 20 ed. Canada: elsevier; 2016.

Koç M. 0-2 Yaş Arası Çocukları Olan Annelerin İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2014.

Laney DW Jr, Cohen MB. Approach to the pediatric patient with diarrhea. Gastroenterol Clin North Am. 1993; 22(3): 499-516.

Lerch C., Maternity Nursing, The CV. Mosby Comp. St. Louis: 1974.

McFarland LV. Epidemiology, risk factors and treatments for antibiotic-associated diarrhea. Dig Dis, 1998; 16: 292-307.

Moore M.L. Maternity Nursing, The CV. Mosby Comp. St.Louis: 1972.

Mott S. Nursing Care of Children and Families. Second Edition, Cummingg Publishing Company. Inc. New York, California, Sydney: 1990.

Nelson N.P, Beckel J. (Ed). Nursing Care Plans fort he Pediatric Patient. The C.V. Mosby Company. St. Louis, Toronto: 1987.

Neyzi O, Ertuğrul T. Akut İshaller, In:Pediatri 2, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2002, s. 775-782.

Onağ A. Pediatrik Aciller, Celal Bayar Üniversitesi Yayınları, Manisa; 2003, 163-170.

Öğüt Y. Gürkan A. İshale İlişkin Geleneksel Tutum ve Uygulamalar. 3. Uluslararası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir; 2005.

Öktem S, Tokuç G, Şimşek Ş, Zeren M, Bostan Ö, Boran P, Tutar E, Ağzı kuru S, Ketenci Ö. Akut Gastroenteritli Olgularımızın Değerlendirilmesi. Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2004; 15(3): 147-150.

Özçelik S. Kamçılı protozoonlar ve Yaptıkları Hastalıklar. Ustaçelebi Ş. (eds) Temel ve Klinik Mikrobiyoloji. Güneş Kitabevi, Ankara; 1999, 1191-1207.

Özden T. Gebelik, Doğum ve Lohusalığa İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1987.

Özel N. Eskişehir Merkez 4 Nolu Sağlık Ocağı Polikliniği'ne Başvuran 0-5 Yaş Arası Çocuklarda İshal ve Solunum Yolu Enfeksiyonu Olgularının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989.

Özkan A. Çocukluk Çağı Akut Gastroenterit Olgularında Etiyolojik Ajanların Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2005.

Özkasap S, Yıldırım A, Yüksel S. Akut Gastroenterit ve Tedavisi. Klinik Pediatri, Ankara; 2004, 3(1): 12-18.

Özsoy S.A, Katabi V. A. Comparison of traditional practices used in pregnancy, labour and the postpartum period among women in Turkey and Iran. Midwifery 2008; 24: 291-300.

Öztürk R. Akut Diyare. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastarointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul; 11-12 Ocak, 2001, 27-56.

Öztürk R. Akut Enfeksiyöz İshaller, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi. No: 31, Kasım 2002; 195-224.

Öztürk R. Akut İshal, Etiyoloji, Patogenez, Tanı ve Tedavi, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar I, Enfeksiyon Hastalıkları, Romatizmal Hastalıklar, Afetlerde Azimle Yaralanmaları Sempozyum Dizisi. No: 55, Ocak 2007; 175-194.

Öztürk R. Akut Diyare, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul; Ocak 2011, s. 27-56, 11-12.

Özyazıcıoglu N, Polat S. 12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bazı Sağlık Sorunlarında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 7: 30-38.

Özyazıcıoğlu N. 12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamaları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8: 63-71.

Palanduz A. Gastroeintestinal Enfeksiyon Etkenleri ve Neden Oldukları Klinik Tablolar. Çocuk Enfeksiyonları Dergisi, 2009; 3(1): 116-118.

Parashar UD, Gibson CJ, Bresee JS, Glass RI. Rotavirus and Severe Childhood Diarrhea. Emerging Infectious Diseases 2006; Vol. 12, No: 2: 304-306.

Rendi-Wagner P, Kollaritsch. Drug Prophylaxis for Travelers' Diarrhea. Clin Infect Dis 2002; 34: 628–633.

Rota S, Fidan I. Noninflamatuvar İshallerin Patogenezi. Türk Mikrobiyal Cem Dergisi, 2007; 37(4): 234-241.

Sağlam Aksüt R, Ayran G. Erzincan İl Merkezinde 0-36 Aylık Çocuğa Sahip Annelerin İshal Konusunda Bilgi ve Uygulamaların Belirlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2015; 4(2): 68-73.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı [database on the Internet]. 2014.

Saltık A, Yorulmaz F. Çocuk Gastroenteritlerine İlişkin Epidemiyolojik Parametreler. Sendrom, 1991; 3: 34-39.

Set T. Birinci Basamakta Akut İshalli Çocuğa Yaklaşım. Aile Hekimliği Dergisi, 2007; 1(5-6): 64-70.

Sezgin S. Sivas Eskikarahisar ve Kayapınar Köylerinde 0-4 Yaşlarında Çocuğu Olan Annelerin İshale İlişkin Bilgi, Tutum ve Geleneksel Uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1989.

Seviğ Ü, Tanrıverdi G. Kültürlerarası Hemşirelik. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011.

Sidal M. Çocuklarda İshale Klinik Yaklaşım. Ankem Dergisi, 2006; 20(2): 135-138.

SSYB, WHO, H.Ü.H.Y.O Temel Sağlık Hizmetleri Raporu, Kırsal Toplum Sağlığı Projesi Değerlendirme Konferansı. Bolu-Abant; 11-12 ocak 1982, s. 13-15.

Şanlıer N, Aytekin F. Sıfır- Üç Yaş Grubunda Çocuğu Bulunan Annelerin Beslenme ve İshal Konusunda Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. G.Ü, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2004; 24(3): 81-100.

Şenses M, Yıldızoğlu D. Sekiz Ayrı İldeki Kaynana ve Gelinlerin Loğusalık ve Çocuk Bakımında Geleneksel Uygulamaları. Çocuk Forumu, 2002; 5(2): 44–48.

Tabak T. Enfeksiyon Hastalıkları, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul; 2003, 163-178.

Tanyüksel M. İntestinal ve Ürogenital Protozoonlar. Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (eds). Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 3.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2008, 2557-2570.

Taşar A. Ağızdan Sıvı Tedavisi. Klinik pediatri 2003; 2: 52-58.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Unicef Türkiye Temsilciliği, Ankara; 1992, 374-390.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, İshal Modül Eğitimi Katılımcı Kitabı, 2003.

Thapar N, Sanderson IR. Diarrhoea in children: an interface between developing and developed countries. Lancet. 2004 Feb; 21; 363 (9409): 641-53.

TNSA 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara; Ekim 2009.

TNSA 2013. Beslenme Durumu ve Çocuk Sağlığı. s. 161.

Tortumoğlu, G, Okanlı, A, Özer N. Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004; 1(1): 1–9.

Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı, Cilt 1, Göktuğ Yayıncılık, Ankara; 2011, 359-635.

Tümgör A. Çocuk Yaş Grubunda Görülen Gastroenteritlerde Viral ve Bakteriyel Etkenlerin Klasik ve Moleküler Yöntemlerle Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim dalı, Doktora Tezi, Adana, 2010.

Türk G. 0-5 Yaşında İshalli Çocuğu Olan Annelerin İshal Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Osman CEYHAN). Kayseri 2015.

Türkiye İstatistik Kurumu, ölüm istatistikleri 2015.

Türkiye İstatistik Kurumu, sağlık araştırması 2016.

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Üreme Sağlığı Programı 2005. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Bilimleri Enstitüsü. Ankara; 2006.

Ulutan F. Akut İshalli Hastaya Yaklaşım. In: Topçu A.W, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 1996, s. 599-618.

UNİCEF. The Basics Of Maternal And Child Health, Copright Unicef. Barok Ofset Printing House, Ankara; 1994, s.51-64.

UNICEF. Global Thematic Report: Integrated Early Child Development, 2005.

UNICEF. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, Sayılarla Dünya Çocuklarının Durumu, New York, 2014; 1-35.

UNICEF. Monitoring the situation of children and women, 2016.

Uzunismail H. Kronik Diyare. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul; 11-12 Ocak 2001, s. 57-69.

Uzunismail H. Kronik İshalli Hastaya Yaklaşım. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye' de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II, Sindirim Sistemi Hastalıkları Akciğer Kanserine Güncel Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 58, Kasım 2007; 59-68.

Uzun S, Vural H. Kültür ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Sendrom, 2000; 12 (12): s.111.

WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practice, 2008.

WHO-Diarrhoeal disease [database on the Internet]. 2016.

WHO. Diarrhoeal disease, 2017.

Veereman-Wauters G, Taminiau J. Diarrhea. Wyllie R, Stlyams J (editörs). Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia, Elsevier Inc, 2006; 151-167.

Yıldız S, Balcı S. Çocuklarda Akut İshal ve Hemşirelik Bakımı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2008; 5 (2): 9-16.

Zengin L. Diyarbakır Çocuk Hatalıkları Hastanesi Süt Çocuğu Kliniği'nde Yatan Bebek Annelerinin Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeyleri. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa; 2009.

10.EKLER

EK-1: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMANIN ADI

"ÇOCUKLARI İSHAL TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ İLE YAPTIKLARI GELENEKSEL UYGULAMALARIN BELİRLENMESİ"

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Ülkemizdeki ishale bağlı çocuk ölümlerinin en önemli nedenleri arasında annelerin ishal konusundaki bilgi düzeylerindeki yetersizlikler ve evde uyguladıkları yanlış geleneksel yöntemlerdir. Bu araştırma Manisa ilinin merkez ilçesinde yaşanan ishalli çocuklar ile ilgili annelerin bilgi düzeylerini ve annelerin evde uyguladıkları geleneksel yöntemleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size yaş, eğitim durumu, mesleğiniz gibi bazı özelliklerinizi ve annelerin bilgi düzeyleri ve evde uyguladıkları geleneksel

yöntemlerin belirlenmesi amacıyla hazırlanmış bir anket formu uygulanacaktır. Anket sorularına yanıt vermeniz ortalama 25 dakika sürebilir. Ankete verdiğiniz yanıtlar araştırmacı tarafından soru kağıdına işaretlenecektir. Araştırmaya katılan bireylerin yanıtları çalışma sonunda değerlendirilecektir. Bu değerlendirmeler sonucunda çocukları ishal tedavisi gören kadınların ishal konusundaki bilgi düzeyleri ile evde yaptıkları geleneksel yöntemlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çocukları ishal tedavisi gören kadınların ishal konusundaki bilgi düzeyleri ile evde yaptıkları geleneksel yöntemlerin belirlenmesi ile tespit edilen yanlış uygulamalara yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Araştırmada kullanılan anket formlarında ad, soyad, T.C kimlik numarası, adres, telefon gibi kişisel bilgiler bulunmaktadır. Yalnızca yaşınız, cinsiyetiniz, medeni durumunuz, eğitim durumunuz, meslekte çalışma yılınız gibi kişisel bilgiler bulunmaktadır. Araştırmamızda bu bilgiler çalışmaya katılan bireylerin özelliklerini tanımlamak için bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Ankete verdiğiniz tüm yanıtlar bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Başka amaçlarla üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Anketi eksiksiz doldurmanız çalışma sonuçlarımızın doğru ve güvenilir olabilmesi açısından önemlidir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Hem. İbrahim KANDEMİR Tel: 554 813 44 22 Mail: i_k_7272@hotmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Tanık[1] Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı[2] Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Adres ve Telefon:		

1: *Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi*

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-2: Sosyo-Demografik Veri Formu

1.BÖLÜM ANNEYE VE BEBEĞE AİT BÖLÜM

ANKET NO:

1. Çocuğunuzun yaşı (Gün, Ay, Yıl): ……..

2. Cinsiyeti: 1. Erkek 2.Kız

3. Çocuğunuzun doğumdaki kilosu:……..…

4. Çocuğunuzun doğumdaki boyu :…….

5. Annenin yaşı :…….

6. Yaşadığınız bölge:

1. İl 2. İlçe 3. Köy/Kasaba

7. Annenin eğitim durumu:

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite ve üzeri

8. Annenin mesleği:

1. Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5. Serbest meslek 6. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

9. Babanın yaşı: .....

10. Babanın eğitim durumu:

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite ve üzeri

11. Babanın mesleği: 1. Çalışmıyor 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5. Serbest meslek 6. Diğer (lütfen açıklayın) ……

12. Aile tipiniz: 1. Çekirdek 2. Geniş 3. Parçalı (Anne-Baba Ayrı, Ölü)

13. Sosyal güvenceniz: 1. yok 2. Emekli sandığı 3. Bağkur 4. SSK 5. Yeşil Kart 6. Diğer(lütfen açıklayınız) ……

14. Aylık gelir düzeyi:

1. çok iyi 2.İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

15. Çocuğa bakan kişi:

1. Anne 2. Baba 3. Akraba 4. Bakıcı 5. Diğer (lütfen açıklayınız)……

16. Kardeş sayısı:

1. Bir 2. İki 3. Üç 4. Dört ve üzeri

17. Bu çocuk ailenin kaçıncı çocuğu?:

1. Bir 2. İki 3.Üç 4.Dört

EK-3: Kadınların İshal Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Evde Yaptıkları Geleneksel Uygulamaları Belirlemeye Yönelik Veri Formu

18. Çocuğunuz doğumundan beri kaç kez ishal oldu?

1. İlk kez 2. İkinci kez 3. Üçüncü kez 4. Dört ve üzeri

19. Çocuğunuzun son bir ayda ishal olma durumu nedir?

1. Hiç 2. Bir kez 3. İki kez 4. Üç ve üzeri

20. Çocuğunuzu ishalin kaçıncı günü hastaneye getirdiniz?

1. Birinci gün 2. İkinci gün 3. Üçüncü gün 4. Dördüncü gün ve üzeri

21. Çocuğunuz ishal olduğunda ailenizle yakın ilişkide olan başkasında ishal var mıydı?

1. Diğer çocuğunda/çocuklarında 2. Aileden birinde 3. Akrabalardan birinde

4. Komşusunun çocuğunda 5. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

22. Çocuğunuzun ishal sırasında günde kaç kez dışkılaması oldu?

1. Üçten az 2. Üç kez 3. Dört-beş kez 4. Beşten fazla

23. Çocuğunuzun ishal sırasındaki dışkı miktarı ne kadardı?

1. Normalden az 2. Normal 3. Normalden biraz fazla 4. Normalden çok fazla

24. Çocuğunuzun ishal sırasındaki dışkının kokusunda farklılık var mıydı?

1. Hayır 2. Evet

25. İshalin rengi nasıldı?

1. Normal 2. Yeşil 3. Sarı 4. Kırmızı/kanlı 5. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

26. Çocuğunuzu büyütürken düzgün beslenmesini sağlamak için kime danıştınız/kimi dinlediniz?

1.Hemşire-Doktor 2. Kitap ve televizyon 3. Komsular-büyükler 4. Diğer (lütfen açıklayınız) …….

27. Çocuğunuz anne sütü aldı mı?

1. Hayır 2. Evet

28. Çocuğunuzu ilk 6 ay neyle beslediniz?

1. sadece Anne sütü 2.Anne sütü ve su 3. Anne sütü ve mama ve su 4. Anne sütü ve ek gıda 5. Sadece mama 6. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

29. Çocuğunuzun sadece anne sütü ile beslenme süresi ne kadardır?

1. 0-1 Ay 2. 2-4ay 3. 5-6 Ay 4. 6 Aydan fazla

30. Çocuğunuzu anne sütüyle beslerken ishal olduğunda (bu süreçte ishal olmayanlar bu soruya cevap vermeyecekler) anne sütü vermeye devam ettiniz mi?

1.evet 2. hayır

31. Çocuğunuzun beslenme yöntemi nedir?

1. Biberon 2. Kaşık 3. Meme 4. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

32. Besinlerinizi saklamada kullanılan kap çeşitleriniz nelerdir?

1. Cam 2. Plastik 3. Satın alındığı kutu 4. Teneke 5. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

33. Evde besinleri sakladığınız yerler nereleridir?

1. Saklamıyorum 2. Mutfak 3. Buzdolabı 4. Balkon 5. Kiler 6. Diğer (lütfen açıklayın) ……

34. Çocuğunuzu beslemeden önce ellerinizi yıkar mısınız?

1. Yıkamam 2. Ara sıra 3. Çoğunlukla 4. Her zaman

35. Çocuğunuza içme suyu nereden ve nasıl verirsiniz?

1. Musluktan kaynatarak 2. Musluktan kaynatmadan 3. Damacanadan 4. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

36. Evdeki tuvalet tipi nasıl?

1. Kanalizasyona bağlı 2. Foseptik çukur 3. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

37. Çocuğunuz tuvaletini yaptıktan sonra altını ne ile temizliyorsunuz?

1. Tuvalet kağıdı ile temizliyorum 2. Islak mendille temizliyorum 3. Sadece su ile temizliyorum 4. Su ve sabunla temizliyorum 5. Diğer (lütfen açıklayınız).....

38. Tuvalette kullandığınız su kaynağınız nedir?

1. Musluk 2. Bidon 3. kova 4. Diğer (lütfen açıklayınız) ……

39. Tuvaletten önce ellerinizi yıkar mısınız?

1. Yıkamam 2. Ara sıra 3. Çoğunlukla 4. Her zaman

40. Tuvaletten çıktıktan sonra ellerinizi yıkar mısınız?

1. Yıkamam 2. Ara sıra 3. Çoğunlukla 4. Her zaman

41. Sizce ishal nedir?

1. Dışkının sık olarak sulu veya yumuşak çıkması durumudur.

2.Akciğerlerin iltihaplanması

3.Ateşli havale geçirme

4. Fikrim yok

42. İshalin belirtileri nelerdir?

1. Dışkılama sayısının artması ve dışkı vasfının değişmesi

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

43. Aşağıdakilerden hangisi ishal 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

44. İshal evdeki diğer çocuklara geçer mi?

1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok

45. Sizce ishal nasıl bulaşır?

1. Mikropların ağız yoluyla vücuda girmesiyle

2. Mikropların solunum yoluyla vücuda girmesiyle

3. Çocuğun alışık olmadığı besinlerin verilmesiyle

4. Fikrim yok

46. Sizce aşağıdakilerden hangisi ishale 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

47. Sizce ishal 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.

48. Çocuğunuz ishal olunca ne yapılmalıdır?

1. İshalin kendiliğinden geçmesini beklenir.

2. İshali arttırmamak için fazla sulu besinler verilmez.

3. Anne sütü alıyorsa ishali geçinceye kadar bebek emzirilmez.

4. İshalli çocuğa bol sulu gıdalar verilmesi gerekir.

5. Fikrim yok

49. Sizce ishal 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

50. Sizce ishalli çocuğa su vermenin zararı var mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok

51. Aşağıdakilerden hangisi ek gıda alan ishalli çocuğa verilmez?

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

52. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

1.Şekerli ve yağlı yiyecekler ishali arttırır

2. İshalli çocuğa, doktor önerisi dışında antibiyotik verilmez

3. Hazır meyve suları ve kolalı içeceklerin ishalli çocuğa hiçbir yararı yoktur

4. Anne sütü ishalin artmasına yol açtığı için ishalli çocuğa verilmemelidir

5. Fikrim yok

53. İshalli çocuğun bir öğündeki besin miktarı ve beslenme sıklığı nasıl olmalıdır?

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

54. Çocukları ishalden korumak için hangisi yanlıştır.

1. Bütün bebekler ilk 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 ishale yol açacağından yaptırılmamalıdır.

5. Fikrim yok.

55. Sizce ishalde katı yiyecek verme miktarı değiştirilmeli mi?

1. Hayır 2. Bilmiyorum 3. Evet daha az verilmeli 4. Evet daha fazla verilmeli

56. Sizce ishalde sıvı yiyecek verme miktarı değiştirilmeli mi?

1. Hayır 2. Bilmiyorum 3.Evet daha az verilmeli 4. Evet daha fazla verilmeli

57. Çocuğunuz ishal iken emzirmeye devam edilmeli mi?

1. Bilmiyorum 2. Etmemeli 3. Etmeli

58. Çocuk ishal olduğunda evde tedavi edebilir miyiz?

1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok

59. İshalli çocuk doktora götürülmeli mi?

1. Evet, çocuk ishal 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.

60. Tuz-şeker eriyiği (Oral Rehidratasyon Sıvısı) ORS diye bir şey duydunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

61. Hazır paketler halinde bulunan tuz-şeker eriyiği nereden alınabilir?

1.Eczane 2. sağlık ocağı 3. Market 4. Fikrim yok.

62. Evde tuz-şeker eriyiği nasıl hazırlanır?

……

……

……

……

63. Hazır paketler halinde bulunan tuz-şeker eriyiği; Bir litre (5 büyük su bardağı) kaynatılıp soğutulmuş içme suyu içine 1 poşet konup, iyice karıştırılarak eritildikten sonra içirilir.

1. Doğru 2. Yanlış 3. Fikrim yok.

64. Tuz şeker eriyiği ile hazırlanmış (Oral Rehidratasyon Sıvısı) 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

65. Çocuğunuz ishal olduğunda evde kullandığınız yöntemler nedir?

(Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

1. Gazoz-aspirin içirme

2. Kahve-limon verme

3. Aç bırakma (bir şey yedirilip içirilmez)

4. Oral Rehidratasyon Sıvısı (ORS) paketi

5. Şekerli yiyecek ve içecekler verme

6. Yağlı yiyecekler verme

7. Temizliğe dikkat etme

8. Limon tuzu çiğnetme

9. Ekmeğin dış kabuğunu yedirme

10. Şeftali rendesi

11. Diğer.....

EK-4: Tez Uygulama İzin Yazısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUM
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekr

MANİSA DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - MANİSA DEVLET İstatistik
11/07/2014 15:57 - 61763929 / 774.07 / 275
00004074929

Sayı : 61763929/774.07
Konu : İbrahim KANDEMİR/Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: İbrahim KANDEMİR'in 11.07.2014 tarihli ve 0000.2014.1216794.2.5582 sayılı dilekçesi.

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi İbrahim KANDEMİR'in Merkezefendi Devlet Hastanesi Moris Şinasi Çocuk Kliniği'nde "Çocukları İshal Tedavisi Gören Kadınların İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile Yaptıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi" konulu tez çalışması izin talebi uygun görülmüştür. Ancak hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, araştırma sonucu ile ilgili Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Erkan ERSOY
İdari Hizmetler Başkanı

Dağıtım:
Gereği:
Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Yöneticiliği

Bilgi:
İbrahim KANDEMİR (Manisa Dev Hast Acil Serv)

Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı
A[illegible]tılı bilgi için: 02362351540

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden df8706ae-c72e-45f3-b8ae-9032543d4951 kodu ile erişebilirsiniz.

EK-5: Etik Kurul Onay Belgesi

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	16 /07 / 2014 / 20478486 - 278
ARAŞTIRMANIN ADI	Çocukları İshal Tedavisi Gören Kadınların İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri İle Yaptıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Dilek ERGİN - CBÜ Sağlık Yüksek Okulu
ARAŞTIRMA EKİBİ	İbrahim KANDEMİR
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	**UZMANLIK TEZİ** ☐ **YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ** ☒ **AKADEMİK AMAÇLI** ☐
KARAR BİLGİLERİ	**Araştırma başvuru formu** ve **gerekli ekleri** incelenmiş; **Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.** Etik kurulumuzun çalışma prensipleri gereği **dosya taraması içeren çalışmalarda başhekimlik onayı** gerekmektedir. **Diğer araştırmalar için** ise günlük işleyişin bozulmaması ve olası hasta mağduriyetlerinin oluşmaması açısından araştırmaya başlamadan önce, mutlaka ilgili **anabilim dalı/bilim dalı onayı** alınması gerekmektedir.

Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD		☐	☐	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD		☐	☐
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD		☐	☐	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD		☐	☐
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD		☐	☐	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD		☐	☒
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD		☐	☐	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	----------	☐	☒
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD		☐	☐	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD		☐	☐
Doç. Dr. Selda BEREKET Antrenörlük Eğitimi AD		☐	☐	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	☐
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	----------	☐	☒	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD		☐	☐
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbı Etik AD	----------	☐	☒	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		☐	☐
Nazlı KÜEY Avukat		☐	☐	Derviş KILIÇ Sivil Üye	----------	☐	☒

Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ
Başkan

EK-6: Yönetim Kurulu Kararı

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
25.07.2014	21	26

Karar 17- Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans öğrencisi İbrahim KANDEMİR'in "Çocukları İshal Tedavisi Gören Kadınların İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile Yaptıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi" başlıklı Tez Konusunun Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile kabulüne **OY BİRLİĞİ**ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof. Dr. İbrahim TUĞLU
Enstitü Müdürü

e-imzalıdır Doç. Dr. Enis CEZAYİRLİ Müdür Yardımcısı	**e-imzalıdır** Doç. Dr. Kamil VURAL Müdür Yardımcısı	**e-imzalıdır** Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
e-imzalıdır Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye		**e-imzalıdır** Doç. Dr. Mehmet GÖRAL Üye

e-imzalıdır
Özcan GERÇEKER
Enstitü Sekreteri
Raportör

Aslı Gibidir
08/04 /2019

Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER
Enstitü Sekreteri

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	İbrahim	**Soyadı**	KANDEMİR
Doğum yeri	Batman	**Doğum Tarihi**	01.02.1986
Uyruğu	T.C	**Tel**	0554 813 44 22
E-mail	İ_k_7272@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Yüksek Lisans		
Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2011
Lise	Batman Cumhuriyet Lisesi	2004

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl-Yıl)**
Hemşire	Manisa Şehir Hastanesi Acil Servis Kliniği	2013-devam ediyor

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***
İngilizce	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu#

YDS	**ÜDS**	**IELTS**	**TOEFL IBT**	**TOEFL PBT**	**TOEFL CBT**	**FCE**	**CAE**	**CPE**

YÖK DİL:

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	77.024	71.697	55.797

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma Becerisi**
Office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Hemşirelik (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı) Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı: Çocukları İshal Tedavisi Gören Kadınların İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile Yaptıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi

Tezime ilişkin05/04/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 21'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
05.04.2019

Adı Soyadı :İbrahim Kandemir
Öğrenci No :141365008
Anabilim Dalı :Hemşirelik
Programı :Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Doç.Dr. Dilek Ergin

Açıklamalar
1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
5-***İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;*** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
7- ***Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.***
8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu'nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
9-Turnitin Hakkında Bilgiler: http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html