



**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**0-2 YAŞ ÇOCUKLARDA İSHAL PREVELANSI VE ANNENİN İSHALİ
ÖNLEMEDE ÖZ-YETERLİLİK DURUMU**

FERİDE GÜLGEÇ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Şanlıurfa 2025



**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**0-2 YAŞ ÇOCUKLARDA İSHAL PREVELANSI VE ANNENİN İSHALİ
ÖNLEMEDE ÖZ-YETERLİLİK DURUMU**

FERİDE GÜLGEÇ

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
Tez Danışmanı: Prof. Dr. SELMA KAHRAMAN**

Şanlıurfa 2025

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında engin bilgi birikimi, akademik rehberliği ve özverili yönlendirmeleriyle yolumu aydınlatan, akademik gelişimime büyük katkı sağlayan çok kıymetli danışmanım Prof. Dr. Selma KAHRAMAN'a en içten şükranlarımı sunarım. Kendisinin bilimsel yaklaşımı, sabrı ve teşvik edici tutumu bu tezin tamamlanmasında belirleyici olmuştur.

Bu süreçte her koşulda yanımda olan, maddi ve manevi destekleriyle beni güçlü kılan sevgili aileme teşekkür ederim. Özellikle bana her zaman inanan, fedakârlıklarıyla beni bu noktaya getiren ANNEME VE BABAMA, varlıklarıyla gurur duyduğum KARDEŞLERİME, sabırları, duaları ve sevgileri için minnettarım.

Ayrıca bu sürecin en büyük destekçisi olan, anlayışı, sevgisi, sabrı ve motivasyonu ile yanımda olan can yoldaşım, eşim Abdulvahap ALUMUR'a en derin teşekkürlerimi sunarım. Varlığıyla bana güç veren ve bu zorlu akademik yolculuğu anlamlı kılan eşime minnettarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iii
ÇİZELGELER DİZİNİ	iv
SİMGELER	v
KISALTMALAR.....	vi
1. GİRİŞ	1
2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	4
2.1. İshalin Tanımı	4
2.2. İshalin Etiyolojisi	4
2.2.1. 0-2 Yaş Döneminde İshal Etiyolojisi	5
2.3. İshalin Epidemiyolojisi	7
2.4. İshalin Türleri	7
2.4.1. Süresine Göre İshal Türleri	8
2.4.1.1. Akut İshal	8
2.4.1.2. Persistan (Süregen) İshal.....	8
2.4.1.3. Kronik İshal	8
2.4.2. Etkenine Göre İshal Türleri	8
2.4.2.1. Enfeksiyöz İshaller.....	9
2.4.2.2. Non-enfeksiyöz İshaller	9
2.5. İshalin Patofizyolojisi	9
2.6. İshalde Semptomlar Ve Klinik Bulgular	10
2.7. İshalde Tanı ve Değerlendirme	11
2.8. İshalde Tedavi Yöntemleri	13
2.8.1. Oral Rehidratasyon Solüsyonu (ORS).....	13
2.8.2. Beslenmenin Devam Ettirilmesi.....	15
2.8.3. Çinko Takviyesi	16
2.8.4. Probiyotik Kullanımı	16
2.8.5. Antibiyotikler	16
2.8.6. Sıvı Takviyesi ve Hastane Yatışı.....	16
2.8.7. Hijyen Eğitimi	16
2.8.8. Protokole Göre İshalin Evde Tedavisi.....	17
2.9. İshalden Korunma ve Önleme.....	20
2.10. İshalde Hemşirelik Bakımı.....	21
2.11. İshalde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü ve Sorumlulukları	22
2.12. 0-2 Yaş Dönemi Önemi Ve Nüfustaki Oranı	23
2.12.1. 0-2 Yaş Döneminde Büyüme Gelişme	24
2.12.2. 0-2 Yaş Dönemi İzlemleri	25
2.12.3. 0-2 Yaş Döneminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü	28
2.12.4. 0-2 Yaş Döneminde İshalin Önemi	29
2.13. Öz-Yeterlik Kavramı ve Önemi	29
2.13.1. Öz-Yeterliğin Gelişmesine Etki Eden Süreçler	30
2.13.1.1. Başarı Deneyimleri ve Geri Bildirim	31
2.13.1.2. Rol Modeller ve Gözlemsel Öğrenme	31
2.13.1.3. Duygusal Durum ve Psikolojik İyi Oluş	31
2.13.1.4. Sosyoekonomik ve Kültürel Faktörler	31
2.13.1.5. Teknoloji Kullanımı ve Dijital Yeterlilik	31
2.13.2. Anne – Öz Yeterlilik	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Tipi.....	34
3.2. Araştırma Soruları.....	34
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	35

3.5. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütler	35
3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	35
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	36
3.7.1. Anket Formu (Ek 2)	36
3.7.2. Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlilik Ölçeği (Ek 3).....	36
3.8. Verilerin Toplanması	36
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	36
3.10. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	53
SONUÇLAR.....	64
7. ÖNERİLER.....	66
KAYNAKLAR	70
EKLER	81

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

0-2 YAŞ ÇOCUKLARDA İŞHAL PREVELANSI VE ANNENİN İSHALİ ÖNLEMEDE ÖZYETERLİLİK DURUMU

FERİDE GÜLGEÇ

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Danışman: Prof. Dr. SELMA KAHRAMAN

Yıl: 2025, Sayfa : 91

ÖZET

Bu araştırmada; 0–2 yaş dönemindeki çocuklarda ishal prevelansının belirlenmesi, etkileyen faktörlerin saptanması ve annelerin bu konuda öz-yeterlilik durumlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu araştırma STROBE bildirgesine uygun olarak raporlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa Merkez İlçelerinde bulunan 71 aile sağlık merkezlerine kayıtlı olan 2024 yılına ait 16552 0-2 yaş bebek ve annelerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemi Mayıs-Kasım 2024 tarihleri arasında ulaşılan 330 anne ve bebekten oluşmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ve erken çocukluk çağı ishalini önlemede anne öz-yeterlilik ölçeği ile yüz-yüze toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistik, sürekli değişkenler yönünden farkın önemliliği için bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü Anavo ve post-hoc testleri yapılmıştır. Ankete katılan annelerin %58,2’ sinin 30 yaş ve altında, %31,8’inin lise ve üzeri eğitime sahip olduğu ve çocuk sayısının ise % 37,6 ile 1 veya 2 çocuğa sahip olduğunu saptanmıştır. Çocukların ise %58,2’sinin 12 ay veya altında olduğu, %56,7’sinin kız olduğu, %64,4’ünün anne sütü almaya devam ettiği görülmüştür. Şuan çocuklarının ishal olduğunu belirten annelerin oranı % 19,4 olarak saptanmıştır. İshal olan bebeklerin %68,7’ sinin ishali 4 gündür veya daha fazla devam etmekte olup, %37,5’ inin dışkılama sayısı 5 veya daha fazladır. Annelerin %41,5’inin çocuğun ishal olma sebebinin sudan kaynaklandığını belirtmiştir. Erken çocukluk çağı ishalini önlemede anne öz-yeterliliği ölçeğinde annelerin aldığı toplam puan ortalaması ise $97,34 \pm 7,3$ olarak hesaplanmıştır. Bu ölçeğin puan ortalamasına annelerin eğitim durumu, yaşanılan yer, aile tipi, aylık gelir, çocuk sayısı, içme suyu türü, bebeğin cinsiyeti, anne sütü verme durumu faktörlerin anlamlı şekilde etkilediği saptanmıştır. Sonuç olarak bebeklerde ishalin halen önemli bir bebek sağlığı sorunu olmaya devam ettiği için gerekli önlemlerin alınarak eğitim ve bakımların doğru olarak yapılmasının yaygınlaştırılması ve bu konuda özellikle halk sağlığı hemşirelerin farkındalığının artırılması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Anne, 0-2 Yaş çocuk, Öz-yeterlilik, Prevelans, İshal,

ABSTRACT

MASTER THESIS

DIARRHOEA PREVALENCE IN CHILDREN AGED 0-2 AND MOTHER'S SELF-EFFICACY IN PREVENTING DIARRHOEA

FERİDE GÜLGEÇ

**HARRAN UNIVERSITY
INSTITUTE OF GRADUATE EDUCATION
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH NURSING**

Thesis Supervisor: Prof. Dr. SELMA KAHRAMAN

Year: 2025, Page : 91

ABSTRACT

This study aimed to determine the prevalence of diarrhea in children aged 0–2 years, identify the influencing factors, and assess the self-efficacy levels of mothers regarding this issue. The research was conducted as a descriptive and cross-sectional study and reported in accordance with the STROBE guidelines. The study population consisted of 16,552 infants aged 0–2 years and their mothers registered at 71 family health centers located in the central districts of Şanlıurfa in 2024. The sample included 330 mothers and their infants who were reached between May and November 2024. Data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire developed by the researchers and the “Maternal Self-Efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea.” Descriptive statistics, independent samples t-test, one-way ANOVA, and post-hoc tests were used in the statistical analyses. Among the participating mothers, 58.2% were aged 30 years or younger, 31.8% had a high school education or above, and 37.6% had one or two children. It was found that 58.2% of the children were 12 months old or younger, 56.7% were girls, and 64.4% were still being breastfed.

A total of 19.4% of the mothers reported that their children were currently experiencing diarrhea. Among those children, 68.7% had diarrhea lasting four days or more, and 37.5% had five or more defecations per day. Additionally, 41.5% of the mothers believed that the cause of diarrhea was water-related. The mean total score obtained from the Maternal Self-Efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea was calculated as 97.34 ± 7.3 . The maternal self-efficacy scores were significantly affected by the mother's educational level, place of residence, family type, monthly income, number of children, type of drinking water, child's gender, and breastfeeding status. In conclusion, diarrhea remains a significant public health issue among infants. It is recommended that necessary preventive measures be taken, proper education and care practices be promoted, and public health nurses be empowered to increase awareness on this issue.

KEYWORDS: Mother, 0-2 Year old child, Self-efficacy , Prevalence, Diarrhea,

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	1-2 ay arasındaki bebeğin ishal yönünden değerlendirilmesi	14
Şekil 2.2.	İshal Tedavi Planı A: İshalin Evde Tedavi Edilmesi	18
Şekil 2.3.	İshal Tedavi Planı B: İshalin Evde Tedavi Edilmesi	19
Şekil 2.4.	İshal Tedavi Planı C: Ağır dehidratasyonun hızlı tedavisi	20
Şekil 2.5.	İshal Tedavi Planı C: Ağır Dehidratasyonun Hızlı Tedavisi	21

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1.	İshalin Süresine Göre Türleri	8
Çizelge 2.2.	İshalin Türüne Göre Semptomlar	11
Çizelge 2.3.	Oral Rehidratasyon Solüsyonunun Bilesimi	14
Çizelge 4.1.	Annelerin ve Ailesinin Sosyo-Demografik ve Konut Özellikleri (n=330)	40
Çizelge 4.2.	0-2 Yaş Çocukların Sosyo- Demografik Özellikleri (n=330)	41
Çizelge 4.3.	. Çocukların İshal Durumu ve Özellikleri (n=330)	43
Çizelge 4.4.	Annelerin İshal İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları (N=330)	44
Çizelge 4.5.	Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeğinden Aldığı Puanlar	45
Çizelge 4.6.	Annelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları Puanları	46
Çizelge 4.7.	Bebeklerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları Puanları	49
Çizelge 4.8.	Bebeklerin İshal Durumuna Göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları Puanları	50
Çizelge 4.9.	Annelerin İshal Hakkında bilgi ve Uygulamalarına Göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları Puanları	52

SİMGELER

%	Yüzde
p	Anlamlılık düzeyi
°	°C Sıcaklık (Santigrad derece)

KISALTMALAR

AAFP	American Academy of Family Physicians
AAP	Amerikan Pediatri Akademisi
ASM	Aile Sağlık Merkezi
CDC	Centers For Disease Control And Prevention
DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü
ETEC	Enterotoksijenik Escherichia coli
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
IBS	Irritable Bowel Syndrome (Hassas Bağırsak Sendromu)
ORS	Oral Rehidratasyon Solüsyonu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WGO	World Gastroenterology Organisation

1. GİRİŞ

Erken çocukluk dönemi, fiziksel, bilişsel ve bağışıklık gelişiminin en yoğun şekilde yaşandığı bir süreç olmakla beraber; bu dönem ayrıca çocukların çevresel faktörlere karşı en savunmasız oldukları ve sık sık hastalandıkları zaman dilimidir (Curtis et al., 2011; Demir et al., 2022; UNICEF, 2022). Bu hastalıklardan biri de ishaldir. İshal, tüm dünyada yaygın olmakla beraber, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bilhassa çocukluk çağının özellikle iki yaş altı bebeklerde en önemli morbidite ve mortalite sebepleri arasındadır ve küresel olarak önemli bir halk sağlığı sorunudur. (WHO, 2024; UNICEF, 2023; Thapar and Sanderson, 2017). İshal ayrıca önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (WHO, 2024; UNICEF, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünya genelinde her yıl yaklaşık 1,7 ile 5 milyar ishal vakası görülmüş ve 2019 yılında ise yaklaşık 1,53 milyon kişide ölüme neden olmuştur (WHO, 2023). Bu ölümlerin büyük kısmı, beş yaş altındaki çocuklar arasında gerçekleşmiştir. Türkiye’de ishal, dünyada olduğu gibi özellikle bebek ve küçük çocuklarda önemli bir hastalıktır ve Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2022 yılı verilerine göre, çocuklarda ishal %29,4 ile en sık bildirilen ikinci hastalıklardan biri olmuştur (TÜİK, 2022]. 2019 yılında Türkiye genelinde yapılan araştırmada ishal en fazla 12-24 aylık çocuklarda, ikinci sırada ise 0-11 aylık bebeklerde, bölge olarak doğu bölgesinde görülmüştür (Şantaş, 2019). Her ne kadar Şanlıurfa ili özelinde ishal prevalansına ilişkin doğrudan ve güncel bir akademik veri bulunmasa da, Diyarbakır ve Gaziantep gibi çevre illerde yapılan çalışmalarda 0–5 yaş grubu çocuklarda ishal görülme oranlarının %35 ila %40 arasında değiştiği rapor edilmiştir (Demir et al., 2022; Yılmaz & Aydın, 2021). Çocukluk çağı ishalinin bu bölgede daha sık görülmesine neden olan faktörleri ise; şehirdeki altyapı sorunları, kalabalık haneler, sıcak iklim koşulları, eğitim seviyesinin düşüklüğü ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar olarak sıralamaktadır (Kılıç & Koç, 2021; Şantaş, 2019). TÜİK 2023 yılında en yüksek 0-6 yaş çocuk nüfus oranına sahip olan ili, %44,4 ile Şanlıurfa olduğunu açıklamıştır. Çocuk nüfusunun bu kadar yüksek olduğu bir ilde ishal prevalansı ve etkileyen faktörlere ilişkin doğrudan ve güncel bir akademik verinin yok denecek kadar az olması yapılacak bu araştırmanın önemini daha çok artırmaktadır.

Çocuklarda, özellikle 0-2 yaş aralığında ishalin yaygın olmasının pek çok nedeni bulunmaktadır. Bunların başında, henüz gelişmekte olan bağışıklık sistemi, emzirmenin yetersizliği, tamamlayıcı besinlere geçişin uygunsuzluğu, steril olmayan biberon ve emzik kullanımı, kirli su tüketimi ve yetersiz el yıkama alışkanlığı gelmektedir (Altınok, 2020; Curtis et al., 2011; Demir, 2022; Dennehy, 2021; Kaplan, 2021; Karger, 2023). Bu faktörler çocukları hem mikroorganizmalara karşı daha savunmasız hale getirmekte hem de enfeksiyonların tekrarlamasına zemin hazırlamaktadır. Ayrıca erken yaşta kreş ortamına maruz kalmak, düşük gelirli bölgelerde yaşamak ve annenin sağlık bilgisinin yetersiz olması gibi çevresel faktörler

de ishali tetikleyebilmektedir (Farthing et al., 2023; Kaplan, 2021; Yıldız ve Karaman, 2021). İshal, kısa vadede sıvı kaybı ve beslenme bozukluğu, uzun vadede ise büyüme geriliği, gelişimsel bozukluklar ve bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi daha ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (UNICEF, 2020; Walker et al., 2013). Bu nedenle, çocukluk çağında ishalin önlenmesi, tedavisinden daha önemlidir.

İshalin önlenmesinde sadece tıbbi önlemler değil, aynı zamanda davranışsal ve eğitim temelli müdahaleler de oldukça önemlidir. Bu kapsamda annenin rolü belirleyici hale gelmektedir. Eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim arttıkça anneler daha bilinçli hale gelmekte ve bu da annelik rolünü olumlu yönde etkilemektedir (UNICEF, 2022). Anne rolü, sadece biyolojik bir görev değil; çocuğun gelişimi üzerinde etkili bir sorumluluktur. Anneler, doğumdan itibaren çocuklarının rehberi ve koruyucusu olur. Çocuğun güvenli bağ kurması ve sosyal beceriler geliştirmesi açısından annelik büyük önem taşır (Akatay, 2021; Çetinkaya ve Karadağ, 2020; Güven ve Kılıç, 2022). Şanlıurfa'da annelik rolü, geleneksel aile yapısı içinde şekillenmektedir. Şanlıurfa, erkek egemen ve ataerkil kültürel yapının etkili olduğu bir ildir (Mercan ve Şahin, 2017; Şanlı ve Öztürk, 2015; Timurturkan, 2020). Geniş aile sisteminin yaygın olduğu bu ilde anneler, evin birçok bireyine karşı sorumluluk taşır. Kadının evdeki yeri genellikle anne kimliği ile tanımlanır ve bu kimlik toplumsal olarak değerli görülür. Bu kültürel yapı, annelik sorumluluklarını artırmakta; annenin bireysel gelişimini sınırlandırabilmektedir (Akatay, 2021; Şanlı ve Öztürk, 2015; Timurturkan, 2020). Sonuç olarak, Şanlıurfa'da annelik rolü hem geleneksel yapıyı hem de modernleşme sürecini yansıtmaktadır. Anneler, çocuk bakımında birincil sorumluluğa sahip oldukları için ishalden korunmada, önlemede veya tedavide hijyenik uygulamalar, güvenli beslenme, sağlıklı su kullanımı, sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi konularda bilinçli ve doğru tutumlar geliştirmeleri kritik öneme sahiptir. Bu noktada annelerin öz-yeterliliğinin artırılması gerekmektedir.

Öz-yeterlik, bireyin belirli bir davranışı etkili bir şekilde gerçekleştirme kapasitesine olan inancı olarak tanımlanır (Bandura, 2012; Güven ve Kılınc, 2022). Annelerin ishal gibi bulaşıcı hastalıkları önlemeye yönelik davranışlarında özyeterlik düzeylerinin yüksek olması, onların hijyen uygulamalarını daha etkili yapmalarını sağlamaktadır. Yüksek öz-yeterlik düzeyine sahip anneler, sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunma, uygun besin ve sıvı verme, temizlik alışkanlıklarını sürdürme ve evde ilk müdahale uygulama gibi konularda daha özgüvenli davranmaktadır (Bandura, 2012; Bang and Skaalvik, 2015; Çetinkaya ve Karadağ, 2020; Duman & Gölbaşı, 2022; Güven ve Kılınc, 2022). Bu nedenle annelerin çocuk sağlığıyla ilgili tutum ve davranışlarını etkileyen bu unsurların değerlendirilmesi, halk sağlığı uygulamaları açısından önem taşımaktadır.

Araştırmanın Amacı

Tüm bu bilgiler doğrultusunda, bu araştırmada 0–2 yaş dönemindeki çocuklarda ishal prevalansının belirlenmesi, etkileyen faktörlerin saptanması ve annelerin bu konuda öz-yeterlilik durumlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Böylece; bu veriler halk sağlığına yönelik koruyucu hizmetlerin planlanmasında ve ebeveyn destek programlarının geliştirilmesinde yol gösterici olabilir. Çalışma bulgularının, bölgeye özel sağlık politikalarının şekillendirilmesinde, annelere yönelik eğitim programlarının planlanmasında ve erken çocukluk çağındaki koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasında önemli katkılar sunması beklenmektedir.

2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. İshalin Tanımı

İshal, dışkının kıvamının bozulması ve sıklığının artması ile karakterize edilen bir gastrointestinal bozukluktur. Klinik olarak, genellikle “günde üç veya daha fazla sulu ya da gevşek dışkı” olarak tanımlanır (Shrimanker ve Friday, 2025, DescoteauxFriday ve Shrimanker, 2023)). Bu tanım; dışkının yalnızca sıklığına değil, yapısal özelliklerine de odaklanmakta ve günlük dışkı miktarının belirli bir eşiği aşmasını da içermektedir (Nemeth ve Pflughaar, 2025).

Sağlıklı bireylerde dışkıdaki su oranı %60–85 arasında değişmekte iken, ishal durumunda bu oran %90’ın üzerine çıkmaktadır (Nemeth ve Pflughaar, 2025). Günlük dışkı miktarının erişkinlerde 200 gramı aşması ve dışkı kıvamının şekilsiz veya sulu olması ishal tanısında önemli bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (Uzunve ark., 2016). Bebek ve çocuklar içinse bu oranlar yaşa ve gelişim düzeyine göre değişkenlik gösterebilir.

İshalin süresi de tanı koymada belirleyicidir. Günde üçten fazla dışkılamanın 14 günden kısa sürmesi “akut ishal”, 14–30 gün arasında sürmesi “persistan ishal”, 30 günden uzun sürmesi ise “kronik ishal” olarak sınıflandırılır (Descoteaux-Friday ve Shrimanker, 2023). Bu sınıflama, sadece semptom süresine değil, aynı zamanda tedavi yaklaşımını da etkilemektedir. Klinik kaynaklarda yer alan araştırmalar ve tezlerde yapılan analizler, ishal tanımının yalnızca sıklık ve kıvama indirgenemeyeceğini göstermektedir (Shrimanker and Descoteaux-Friday, 2023, British Society of Gastroenterology, 2018).

Sonuç olarak, ishalin tanımı dünya genelinde kabul görmüş temel ölçütlere dayanmaktadır. Bunlar arasında en önemlileri dışkı kıvamı, dışkılama sıklığı, günlük dışkı miktarı ve semptomların süresidir (WHO, 2024; British Society of Gastroenterology, 2018).

2.2. İshalin Etiyolojisi

Etiyolojik olarak ishal, çok çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu nedenler arasında en yaygın olanlar enfeksiyöz ajanlardır. Özellikle viral (örneğin rotavirüs, norovirüs), bakteriyel (örneğin Escherichia coli, Salmonella, Shigella) ve paraziter (örneğin Giardia intestinalis) patojenler ishalin önde gelen sebeplerindendir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022; Yıldız ve Karaman, 2021). Gelişmekte olan ülkelerde, rotavirüs kaynaklı ishal vakaları çocukluk çağındaki tüm ishallerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, rotavirüsün dünya genelindeki en yaygın çocukluk çağı ishal etkenlerinden biri olduğunu belirtmektedir (WHO, 2023).

Enfeksiyöz ajanlara ek olarak, ishalin oluşumunda beslenme alışkanlıkları da önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle anne sütünden erken kesilen çocuklarda veya ek gıdaya geçiş döneminde hijyenik olmayan koşullarda hazırlanan mamalar ve biberonlar enfeksiyon riskini artırmaktadır (Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü, 2023; Yıldız ve Karaman, 2021). Ayrıca besin intoleransları, antibiyotik kullanımı, immün sistem bozuklukları ve bağırsak hastalıkları da ishalin gelişimine katkı sağlayabilmektedir (Özdemir, 2022; UNICEF Türkiye, 2023).

2.2.1. 0-2 Yaş Döneminde İshal Etiyolojisi

0–2 yaş grubundaki çocuklar, fizyolojik olarak henüz tam olgunlaşmamış bağışıklık sistemleri ve bağırsak floraları nedeniyle ishal gelişimine daha yatkındırlar. Bu yaş grubundaki çocukların sıvı-elektrolit dengesi daha hızlı bozulabileceği için, ishalin şiddeti ve sonuçları çok daha ciddi olabilir (WHO, 2022; WHO, 2023). Bu nedenle bu yaş grubunda ishalin erken tanılanması ve uygun tedavi yaklaşımlarının uygulanması hayati önem taşır.

Gelismekte olan ülkelerde 0-2 yaş arası çocuklarda akut ishallerin yaklaşık %50'si Rotaviruslar, %25'i E.coli, %10'u Salmonella ve %5'i Shigella enfeksiyonları sonucu oluşmaktadır. Bakteriyel ajanlar içinde süt çocuklarının ishallerinde enterotoksijenik E.coli (ETEC), Campylobacter jejuni ve Shigella sık rastlanan mikroorganizmalardır. Vibrio cholera 01 ilk 2 yasta nadir olmakla birlikte her yasta ishale neden olur (Abdel ve ark., 2016; Kılıç ve ark., 2013; Sarker ve ark., 2021). Anne sütü alan bebeklerde, basta Rotavirus olmak üzere enfeksiyöz ishaller daha az görülür. Ek besinlere erken baslanan bebeklerde ise değişik nedenlerden dolayı (aşırı sekerli mamalar, biberon temizliği ve temiz su yetersizliği, vb) ishal sıklığı yüksektir (Mediratta ve ark., 2010; Black ve ark., 2003). Genellikle ilk yasta unlu besinler veya fazla sulandırılmış, nisasta ve seker ilave edilmiş süttten olusan beslenme sekli, protein enerji malnütrisyonuna yol açtığı gibi bağırsaklarda fermentasyonu ve sulu dışkılarına eğilimi de artırır (Mediratta et al., 2010, European SCF, 2012; Fewtrell ve ark., 2017; Rippey ve ark., 2020).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada, kırsal bölgelerde yaşayan 0–2 yaş arası çocukların %38’inde yılda en az iki kez ishal vakası görüldüğü saptanmıştır. Aynı araştırmada, annelerin yalnızca %46’sının ishalin belirtilerini doğru tanıyabildiği ve %32’sinin oral rehidrasyon solüsyonu kullanımına dair bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir (Altınok, 2020). Şanlıurfa bölgesinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada, ailelerin %60’ının hijyen konusunda bilgi eksikliği yaşadığı, bu eksikliğin ishal sıklığını önemli ölçüde artırdığı rapor edilmiştir (Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü, 2023; Gök ve Yüce, 2021).

Çocuklarda akut ishal nedenleri

Enfeksiyon

- Viral (Rotavirus, Norwalk-like virus, Adeno virus, vb)
- Bakteriyel
- E.coli (enterotoksijenik, enteropatojenik, enteroinvazif, enterohemorajik suslar)
- Salmonella
- Shigella
- Diğer (Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, V.parahemolyticus, V.cholera 01,
- Clostridium perfringens)
- Protozoa (G.lamblia, E.histolyca, Cryptosporidium, vb)
- Helminthler (Askariyazis, Enterobiyazis, vb)
- Mikozyalar (C.albicans)
- Metabolik bozukluklar (çölyak, familyal klorür diyaresi, disakkaridaz yetersizliği, vb
- Nutrisyonel nedenler (hiperosmolar süt formülleri, inek sütü proteinine intolerans, vb)
- Antibiyotik etkisi
- Neoplastik hastalıklar (ganglionöroma, lenfoma, vb)
- Psikolojik stres

İshalin etiyolojisinin anlaşılması, önleme ve tedavi süreçlerini daha etkin hale getirebilir (Kaplan, 2021; WHO, 2021).

2.3. İshalin Epidemiyolojisi

İshal, dünya genelinde beş yaş altı çocuklarda görülen en yaygın enfeksiyon hastalıklarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2023), her yıl yaklaşık 1.7 milyar çocukluk çağı ishal vakası olduğunu ve bu vakaların 500.000'e yakınının ölümle sonuçlandığını bildirmektedir. Bu ölümlerin büyük kısmı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (WHO, 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [HSGM], 2023).

Türkiye’de, Türkiye İstatistik Kurumu (2022) verilerine göre, 2022 yılında 1 yaş altındaki çocuklarda ishal, hastaneye başvuru nedenleri arasında ilk beş sıradadır. Sağlık Bakanlığı raporlarına göre, özellikle kırsal kesimde yaşayan çocuklarda ishal sıklığı kentlere oranla daha fazladır (HSGM, 2023).

Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü’nün 2023 verilerine göre, 0–2 yaş arası çocuklarda bildirilen ishal vakalarının büyük bölümü yaz aylarında yoğunlaşmaktadır (Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü, 2023). Bu durum; hijyen koşulları, içme suyu kalitesi ve sıcaklık artışı ile ilişkilendirilmektedir. Rotavirüs, özellikle kış aylarında salgınlara neden olan bir diğer önemli etmendir (Yıldız ve Karaman, 2021).

Mevsimsel etkilerin yanında, annenin eğitim durumu, hijyen bilgisi ve sağlık hizmetlerine ulaşımı da ishal sıklığını etkilemektedir (Duman ve Gölbaşı, 2022; Uçar ve Demir, 2022). UNICEF ve WHO tarafından yapılan çalışmalarda, eğitimsiz annelere sahip çocukların ishal geçirme oranlarının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (UNICEF Türkiye, 2023). Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde ishalin yaygınlığına bakıldığında, temel sağlık hizmetlerine erişim eksikliği, temiz su yetersizliği ve yetersiz beslenme gibi faktörler öne çıkmaktadır (Çelik ve Koç, 2020; Kılıç, 2021).

Epidemiyolojik çalışmalar, yalnızca ishal sıklığını değil, bu hastalığın çocuklar üzerindeki uzun vadeli etkilerini de dikkate almaktadır. Özellikle 0–2 yaş grubunda geçirilen sık ishallerin, büyüme geriliği, malnütrisyon ve bilişsel gelişimde gecikme gibi sonuçları olduğu kanıtlanmıştır (WHO Africa, 2022; Aydın ve Karaca, 2019). Bu nedenle epidemiyoloji yalnızca sayılarla değil, bu sayıların arkasındaki sosyal ve biyolojik etkilerle de ilgilenmelidir.

2.4. İshalin Türleri

İshal, dışkının normalden daha sık ve sulu şekilde atılması ile karakterize edilen bir sağlık sorunudur. Günde üç veya daha fazla dışkılama ile tanımlanır ve özellikle 5 yaş altı çocuklarda ciddi sonuçlara neden olabilecek bir halk sağlığı problemidir (WHO, 2023). İshalin nedenleri ve süresi, tedavi yaklaşımı açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle ishal, klinik açıdan süresine ve etkenine göre sınıflandırılmaktadır.

2.4.1. Süresine Göre İshal Türleri

Bu sınıflama, ishalin ne kadar süredir devam ettiğine bağlı olarak yapılır:

Çizelge 2.1. İshalin Süresine Göre Türleri

İshal Türü	Süre	Öne Çıkan Özellik
Akut İshal	< 14 gün	Ani başlangıçlı; genellikle enfeksiyöz. Rotavirüs, E. coli gibi ajanlar etkili olur (UNICEF, 2022).
Persistan İshal	14–30 gün	Tedavisiz akut ishal sonrası gelişir. Malnütrisyon riski taşır (Walker ve ark., 2013).
Kronik İshal	> 30 gün	Kronik hastalıklara bağlıdır. Çölyak, Crohn, ilaç yan etkileri olabilir (Ford ve Talley, 2012).

2.4.1.1. Akut İshal

Akut ishal, genellikle 14 günden kısa süren, ani başlayan ve çoğunlukla viral ya da bakteriyel enfeksiyonlardan kaynaklanan ishal türüdür. Rotavirüs, norovirüs, Salmonella, Shigella ve E. coli gibi etkenlerle bulaşabilir. Özellikle 0–2 yaş grubu çocuklarda akut ishal, ciddi sıvı kaybına neden olabilir (UNICEF, 2022).

2.4.1.2. Persistan (Süregen) İshal

İki haftadan uzun, ancak dört haftadan kısa süren ishal vakaları persistan ishal olarak adlandırılır. Bu tür ishal, çoğu zaman akut ishalin uygun şekilde tedavi edilmemesinden kaynaklanır. Hijyen koşullarının kötü olduğu bölgelerde yaygın görülmektedir. Persistan ishal, malnütrisyon ve büyüme geriliği gibi komplikasyonlara neden olabilir (Walker ve ark., 2013).

2.4.1.3. Kronik İshal

Kronik ishal, dört haftadan uzun süren ve sıklıkla altta yatan kronik hastalıklardan kaynaklanan ishal türüdür. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (Crohn, ülseratif kolit), çölyak hastalığı, gıda intoleransları ve bazı ilaçlara bağlı gelişebilir. Tanı için detaylı inceleme gerektirir. Uzun süreli ishal, ciddi sıvı kaybı ve elektrolit dengesizliğine yol açabilir (Ford ve Talley, 2012).

2.4.2. Etkenine Göre İshal Türleri

İshalli hastalıklar etkenlerine göre de sınıflandırılabilir. Enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz olmak üzere iki ana gruba ayrılır.

2.4.2.1. Enfeksiyöz İshaller

Viral, bakteriyel ve paraziter etkenlerle ortaya çıkar. Viral ishaller çocuklarda yaygın olup en sık neden rotavirüstür. Bakteriyel ishaller ise daha çok gıda kaynaklıdır. Giardia lamblia gibi protozoonlar paraziter ishallere yol açar (Dennehy, 2008).

2.4.2.2. Non-enfeksiyöz İshaller

Gıda intoleransları (laktoz, gluten), inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve bazı ilaçlara bağlı gelişebilir. Enfeksiyon etkeni olmadan geliştiği için tanı genellikle klinik öykü ve laboratuvar testlerine dayanır. Çölyak hastalığı ve irritabl bağırsak sendromu bu tür ishale örnek olarak verilebilir (Ford ve Talley, 2012).

2.5. İshalin Patofizyolojisi

İshal, gastrointestinal sistemde sıvı ve elektrolit emiliminin bozulması sonucu oluşan bir bozukluktur. Normalde günlük yaklaşık 9 litre sıvı bağırsaklardan geçer ve bunun büyük kısmı emilir. Ancak ishal sırasında bu denge bozulur ve fazla miktarda sıvı dışkıyla atılır (WHO, 2024).

İshalin gelişiminde dört temel patofizyolojik mekanizma yer alır: sekretuar, ozmotik, inflamatuvar ve motilite bozukluğuna bağlı ishal. Bu mekanizmalar birbirinden farklı klinik özellikler gösterir ve altta yatan nedenin belirlenmesinde yol gösterici olabilir (Karger, 2023).

Sekretuar ishal, bağırsak hücrelerinden aktif olarak elektrolit ve su salınımının artmasıyla ortaya çıkar. Bu durumda genellikle bakteriyel toksinler (örneğin kolera toksini) etkili olur. Sekretuar ishal, hastanın yemek yemesiyle ilişkili değildir, yani açlıkta da devam eder ve dışkı hacmi yüksektir (Farthing ve ark., 2023; StatPearls, 2022).

Ozmotik ishal, emilemeyen maddelerin bağırsakta su çekmesiyle oluşur. Örneğin laktoz intoleransı olan bireylerde laktozun sindirilememesi sonucu lümeninde sıvı birikir. Bu ishal türü açlıkla azalma gösterir çünkü osmotik yük ortadan kalkar (Bennett ve Bodey, 2022; Thapar ve Sanderson, 2017).

İnflamatuvar ishal, bağırsak mukozasının iltihaplanması sonucu gelişir. Genellikle kan, mukus ve iltihap hücreleri içeren dışkı ile karakterizedir. Ülseratif kolit, Crohn hastalığı ve bazı enfeksiyöz ajanlar bu tabloya yol açabilir (Guandalini, 2021; Lancet Gastroenterology, 2023). Motilite bozukluklarına bağlı ishallerde ise bağırsak hareketlerinin hızlanması sonucu, sıvı ve besin maddeleri yeterince emilemeden dışkıyla atılır. İrritabl bağırsak sendromu (IBS) veya hipertiroidizm gibi durumlarda görülebilir (Ford ve Talley, 2022; Rippey ve ark., 2020).

Bunların dışında safra asidi malabsorpsiyonu da kronik ishalin nedenlerinden biridir. Safra asitleri emilmeden kalın bağırsağa ulaştığında, su sekresyonunu artırarak ishale yol açabilir (Staudacher ve ark., 2024). Bağırsak mikrobiyotasının bozulması da önemli bir faktördür. Özellikle antibiyotik kullanımı sonrasında normal flora bozulur ve fırsatçı patojenlerin çoğalması sonucu ishal gelişebilir. Clostridioides difficile enfeksiyonu bunun en yaygın örneğidir (Dennehy, 2023; Gut Microbiota Health, 2024). Sonuç olarak, ishalin patofizyolojisi çok yönlüdür ve altta yatan nedenin doğru belirlenmesi etkili tedavi için oldukça önemlidir. Farklı ishal türlerinin mekanizmalarını anlamak, klinik yaklaşımı doğru yönlendirmede kilit rol oynar.

2.6. İshalde Semptomlar Ve Klinik Bulgular

Öyküde; ishalin devam süresi, şekli, kusma, ates, çocuğun son 24 saatte su ve besin alımı, son idrar yapma zamanı ve miktarına ilişkin bilgilerin alınması önemlidir. ishalleri çocuğun öz ve soy geçmişinde daha önce ishal olup olmadığı, etrafta ishalleri kisi veya hayvanın bulunup bulunmadığı da sorulmalı ve çevre sağlığına (kullanılan su, tuvalet, vb) ilişkin bilgiler de alınmalıdır (Consolini ve Pekarsky, 2025; AAFP, 2022).

Muayenede öncelikle genel durum (huzursuzluk, dalgınlık, konvülsiyon, susuzluk hissi, emip emmemesi, kusma, vb) değerlendirilir. Ates, solunum hızı ve derinliği, nabızın hızı ve dolgunluğunun yanı sıra kan basıncı, deri turgoru ve tonusu, ön fontanel (açıksa) ve göz kürelerinin çöküklüğü, ağız mukozasının kuruluğu ve göz yasının olup olmaması da değerlendirilmelidir. Ayrıca karında sislik, bağırsak sesleri, karın ağrısı varsa yeri ve şekli, idrarın miktarı ve rengi de dikkatlice incelenmelidir (Consolini ve Pekarsky, 2025; AAFP, 2022; World Gastroenterology Organisation [WGO], 2022). Konvülsiyon, huzursuzluk ve dalgınlık gibi santral sinir sistemine ait semptomları olan ishalleri hastalarda Salmonella ve özellikle Shigella enfeksiyonu ya da elektrolit bozuklukları (hipernatremi, hipokalsemi, vb) gibi olasılıklar düşünülmelidir (PMC Risk Factors, 2018; Iflah ve ark., 2021).

Bebeklerde ishal önemli bir sorundur, çünkü gastrointestinal sistem yüzeyi fazladır ve absorpsiyon henüz yeterli değildir. Ayrıca bebeklerin ekstrasellüler sıvı volümü fazladır. Bu nedenle ani sıvı kaybı hızla dehidratasyona yol açar. Gayta ile birlikte sıvının yanı sıra sodyum ve potasyum iyonları da kaybedilir. Ekstrasellüler sodyumun kaybı, plazma volümünün azalmasına ve dolaşım kollapsına neden olur. Bu durum, böbrek yetmezliği, geri dönüşsüz metabolik asidoz ve ölümle sonuçlanır (Frontiers in Pediatrics, 2018; Staudacher ve ark., 2024).

Çizelge 2.2. İshalin Türüne Göre Semptomlar

	Hafif	Orta ağırlıkta	Ağır
Öykü			
Sulu dışkı sayısı	Günde < 4	Günde 4-10	Günde >10
Kusma	Yok veya az	Az veya orta derecede	Çok sık
Susuzluk hissi	Normal veya var	Belirgin	İçemez
İdrar miktarı	Normal	Azalmış, rengi koyulaşmış	Son 6 saatte idrar yok
Fizik Muayene			
Genel durum	İyi, etrafla ilgili	İyi değil huzursuz veya laterjik	Çok laterjik veya şuur kapalı, hipotoni veya konvülsiyon
Nabız	Normal	Normalden hızlı	Belirgin taşikardi, filiform veya alınamıyor
Solunum	Normal	Normalden hızlı	Çok hızlı, derin veya değil
Gözyaşı	Var	Yok	Yok
Deri	Turgor normal	Turgor azalmış	Turgor çok azalmış
Ağız mukozası ve dil	Normal	Kuru	Çok kuru
Fontanel (süt çocuklarında)	Normal	Çöktük	Çok çöktük
Ateş	Var veya yok	Var veya yok	Var veya yok
Tartı kaybı (son günlerdeki tartı biliniyorsa)	<25 g/kg	25-100 g/kg	>100 g/kg
Sonuç	Dehidratasyon belirtisi yok	Bu belirtilerin en az 2'si varsa, orta derecede dehidratasyon	Bu belirtilerin en az 2'si varsa, ağır derecede dehidratasyon

2.7. İshalde Tanı ve Değerlendirme

İshalin doğru bir şekilde tanınması ve değerlendirilmesi, altta yatan nedenin belirlenmesi açısından büyük önem taşır. Tanı süreci, hastanın öyküsü, fizik muayene, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerini içeren çok yönlü bir yaklaşım gerektirir (WHO, 2024). İshalin süresi, dışkı özellikleri, eşlik eden semptomlar ve çevresel faktörler değerlendirme sürecinin temel bileşenleridir. İlk olarak, ishalin akut mu yoksa kronik mi olduğu belirlenir. Akut ishal genellikle 14 günden kısa sürer ve çoğunlukla enfeksiyon kaynaklıdır. Kronik ishal ise 4 haftadan uzun sürer ve inflamatuvar hastalıklar, malabsorpsiyon sendromları ya da fonksiyonel bozukluklarla ilişkilidir (Shrimanker ve Descoteaux-Friday, 2023). Süreye ek olarak dışkının kıvamı, miktarı, kan veya mukus içerip içermediği gibi özellikler de tanı açısından ipuçları verir.

Hastanın hikayesi tanı sürecinin en önemli parçalarından biridir. Son günlerde tüketilen yiyecekler, seyahat öyküsü, antibiyotik kullanımı, ailede benzer semptomlar, eşlik eden karın ağrısı, ateş ya da kilo kaybı sorgulanmalıdır (Ghoshal ve ark., 2022). Fizik muayenede ise dehidratasyon bulguları (cilt turgoru, ağız kuruluğu, göz çöküklüğü, ortostatik hipotansiyon) değerlendirilmelidir.

Laboratuvar testleri, tanının netleşmesine katkı sağlar. İlk basamakta tam kan sayımı, elektrolit düzeyleri, C-reaktif protein (CRP) gibi inflamasyon belirteçleri, dışkı mikroskopisi, dışkıda lökosit ve kan testleri yapılabilir. Rotavirüs, adenovirüs gibi viral ajanlar için dışkı antijen testleri, paraziter nedenler için dışkıda parazit incelemeleri ve Giardia testi kullanılabilir (CDC, 2024).

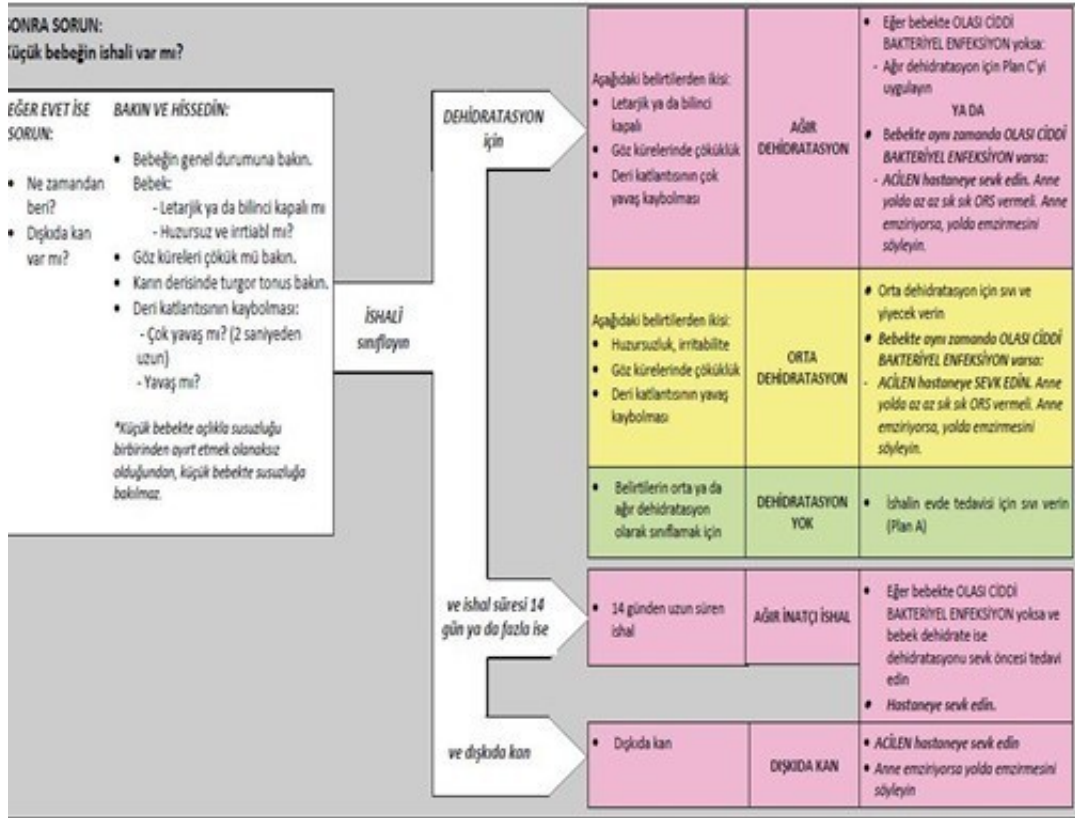
Kronik ishalde daha ileri testler gerekebilir. Bunlar arasında dışkıda yağ analizi, hidrojen nefes testi, kolonoskopi, gastroskopi, biyopsi ve enterografi gibi görüntüleme yöntemleri yer alır. Bu testlerle inflamatuvar bağırsak hastalıkları, çölyak hastalığı, mikroskopik kolit gibi nedenler ayrıntılı şekilde değerlendirilebilir (Lancet Gastroenterol Hepatol, 2023).

Bazı durumlarda ishalin fonksiyonel mi yoksa organik mi olduğu ayrımı zordur. Fonksiyonel ishal genellikle irritabl bağırsak sendromu (IBS) gibi rahatsızlıklarda görülür ve biyolojik testlerle net bir neden bulunamayabilir. Bu durumda Roma IV kriterleri gibi tanı rehberlerinden faydalanılır (Lacy ve ark., 2022).

Tanı sürecinde aynı zamanda dışkı kültürü, Clostridioides difficile toksin testleri, HIV serolojisi, tiroid fonksiyon testleri gibi sekonder nedenleri dışlayacak testler de göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle antibiyotik sonrası gelişen ishalde C. difficile enfeksiyonu ayırıcı tanıda önemlidir (Dennehy, 2023).

Sonuç olarak, ishal tanısı sadece laboratuvar verilerine değil, bütüncül bir klinik değerlendirmeye dayanmalıdır. Detaylı öykü, fizik muayene ve uygun testlerin birlikte değerlendirilmesi sayesinde ishalin nedenine yönelik etkili bir tedavi planı oluşturulabilir.

1 - 2 AY ARASINDAKİ KÜÇÜK BEBĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ, SINIFLANMASI VE TEDAVİSİ



Şekil 2.1. 1-2 ay arasındaki bebeğin ishal yönünden değerlendirilmesi

2.8. İshalde Tedavi Yöntemleri

İshal, özellikle 0–2 yaş grubundaki çocuklarda ciddi sıvı kaybına yol açabilen önemli bir sağlık sorunudur. İshal tedavisinde temel amaç; sıvı kaybının yerine konulması, beslenmenin sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesidir. Bu kapsamda, Oral Rehidratasyon Solüsyonu (ORS) başta olmak üzere çeşitli destekleyici yaklaşımlar uygulanmaktadır.

2.8.1. Oral Rehidratasyon Solüsyonu (ORS)

ORS, ishal tedavisinin temel taşıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen bu solüsyon; su, tuz ve glikoz karışımından oluşur ve dehidrasyonu önlemede son derece etkilidir. ORS, evde kolaylıkla hazırlanabilir ve özellikle hafif ve orta derecede sıvı kaybı yaşayan çocuklarda güvenle kullanılabilir. Yapılan çalışmalar, ORS kullanımının çocukluk çağı isheline bağlı ölümleri önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (WHO, 2022; UNICEF, 2021).

Çizelge 2.3. Oral Rehidratasyon Solüsyonunun Bilesimi

1 litre suda eritilecek madde	Miktarı
Sodyum klorür	3.5 g
Trisodyum sitrat anhidre	2.9 g
Potasyum klorür	1.5 g
Glükoz	20.0 g
Hazırlanmış solüsyonun bileşimi	Miktarı
Glükoz	111 mmol/L
Sodyum	90 mmol/L
Potasyum	20 mmol/L
Klorür	80 mmol/L
Sitrat	10 mmol/L
Toplam	311 mmol/L

ishal dışkısının içeriği ve vücuttan su ve elektrolit kayıpları dikkate alınınca 90 mmol/L sodyum içeren ORS'nin akut ishalde özellikle su, sodyum ve klor kayıplarını karşıladığı ve rehidratasyon tedavisi için uygun bir sıvı olduğu anlaşılmaktadır. ORS ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından toz şeklinde paketli olarak sağlık kuruluşlarında kullanılmak ve dağıtılmak üzere hazırlanmıştır. Ayrıca ticari preparatlar da vardır. Bu paket içindeki toz karışım 1 litre kaynatılmış su içinde eritilerek solüsyon sekline getirilir (WHO 2024; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023). DSÖ'nün ORS karışımının yanı sıra ailelerin evlerde hazırlayacağı basit seker tuz karışımı da dehidratasyon tedavisinde kullanılabilir (WHO 2024, CDC 2023).

Evde Hazırlanan Basit Seker-Tuz Karışımı

1 lt kaynatılmış ılıtılmış su

1 çay kasığı karbonat (yemeklik)

1 çay kasığı tuz

8 tatlı kasığı seker

Evde hazırlanması, ucuz ve kolay olması avantajları yanında, potasyumdan zengin meyve suları ile birlikte verilmelidir (AAFP 2019; WHO 2024). Pratik olarak her ishal dışkısı için süt çocuklarına 50-100 ml, 2 yasından büyüklere 100- 200 ml ORS içirilir (PMC 2022 ; CDC 2023).

ORS Veriliş biçimi

Dehidratasyon belirtisi yok: Normalde içtiğinden daha fazla su ve diğer içecekler verilir.

Hafif ve orta dehidratasyon belirtileri var

Rehidratasyon için: 50-100 ml/kg/4 saat ORS

Süt çocuklarında

Anne sütü

150 ml/kg/24 saat (ORS) Daha

büyüklerde

istedikleri kadar sıvı

Anormal kayıplar için:

<2 yas: Her ishalli dışkı için 50-100 ml ORS

>2 yas: Her ishalli dışkı için 100-200 ml ORS

2.8.2. Beslenmenin Devam Ettirilmesi

İshal sırasında çocuğun beslenmesine devam edilmesi önerilmektedir. Anne sütü alan bebeklerin emzirilmesine devam edilmesi, iyileşme sürecini hızlandırır. Katı gıdalarla beslenen çocuklarda ise, hafif ve sindirimi kolay gıdalarla beslenmenin sürdürülmesi tavsiye edilir (WHO, 2017).

2.8.3. Çinko Takviyesi

Dünya Sağlık Örgütü, ishal tedavisinde 10-14 gün süreyle çinko takviyesi kullanılmasını önermektedir. Çinko, bağışıklık sistemini destekler ve bağırsak mukozasının iyileşmesine yardımcı olur. Araştırmalar, çinko desteğinin ishal süresini ve şiddetini azalttığını göstermektedir (UNICEF, 2021).

2.8.4. Probiyotik Kullanımı

Probiyotikler, bağırsak florasını düzenlemeye yardımcı olan faydalı mikroorganizmalardır. Özellikle akut viral ishallerde probiyotik kullanımı, ishal süresinin kısalmasına katkı sağlayabilir. Ancak, her probiyotiğin etkili olmadığı ve dozunun önemli olduğu bilinmelidir (Allen ve ark., 2010; Guarino ve ark., 2014).

2.8.5. Antibiyotikler

Antibiyotik tedavisi, yalnızca bakteriyel enfeksiyonlardan kaynaklanan ishallerde önerilmektedir. Gelişigüzel antibiyotik kullanımı, antibiyotik direncini artırabilir ve çocuk sağlığını tehdit edebilir. Bu nedenle antibiyotik ancak hekim önerisi ile verilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.8.6. Sıvı Takviyesi ve Hastane Yatışı

Ağır dehidrasyon vakalarında, intravenöz sıvı tedavisi gerekebilir. Bu tür durumlar hastane ortamında izlenmeli, sıvı-elektrolit dengesi düzenli olarak takip edilmelidir. Serum elektrolit değerlerinin gözlenmesi, böbrek fonksiyonları ve genel sağlık durumu açısından önemlidir (WHO, 2022).

2.8.7. Hijyen Eğitimi

İshalli hastalıkların önlenmesi ve tekrarlanmaması açısından aileye yönelik hijyen eğitimi son derece önemlidir. Ellerin yıkanması, temiz su kullanımı ve gıda hijyenine dikkat edilmesi gibi temel konular hem korunma hem de tedavi sürecinde büyük rol oynar (UNICEF, 2022).

Sonuç olarak, ishal tedavisinde ORS hayati bir öneme sahip olsa da, çinko takviyesi, uygun beslenme, probiyotik desteği, gerektiğinde antibiyotik kullanımı ve ağır vakalarda sıvı takviyesi gibi destekleyici uygulamalarla birlikte bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir.

2.8.8. Protokole Göre İshalin Evde Tedavisi

İshal Tedavi Planı A: İshalin evde tedavisi

Ev tedavisinin 4 kuralını açıklayın; fazladan sıvı verilmesi, çinko desteği verilmesi, beslenmenin sürdürülmesi, geri gelme koşulları

1. Fazladan sıvı verilmesi

- Anneye anlatın:
 - ✓ Daha sık ve daha uzun süre emzirin.
 - ✓ Çocuk yalnızca anne sütü alıyorsa ishal olduğu dönemde ek olarak ORS ya da su verin.
 - ✓ Çocuk tamamlayıcı besin alıyorsa ORS, besin kökenli sıvılar (çorba, piring suyu ve yoğurt içecekleri) ya da su verin.

Sağlık kuruluşunda Plan B, Plan C uygulanan bebekler

İshal kötüleştiğinde yeniden kuruma getirilemeyecek bebekler

**Evde mutlaka
ORS almalıdır**

- Anneye ORS hazırlama ve vermeyi öğretin.
- Evde kullanmak için 2 paket ORS verin.
- Anneye olağan sıvı alımı dışında ek olarak vermesi gereken sıvı miktarını öğretin;

2 aydan 2 yaşa kadar	Her sulu dışkılamadan sonra 50-100 ml
2 yaş ve üzeri	Her sulu dışkılamadan sonra 100-200 ml

- ✓ Bardakla az az, sık sık sıvı verin.
- ✓ Çocuk kusarsa 10 dk bekleyin, sonra daha yavaş olarak verin.
- ✓ İshal atağı düzeline kadar fazla sıvı vermeye devam edin.

2. Çinko desteği verilmesi

- Anneye verilecek çinko miktarını ve süresini öğretin.

6 aya kadar	Günde 10 mg, 10-14 gün
6 ay ve üzeri	Günde 20 mg 10-14 gün

3. Beslenmenin sürdürülmesi

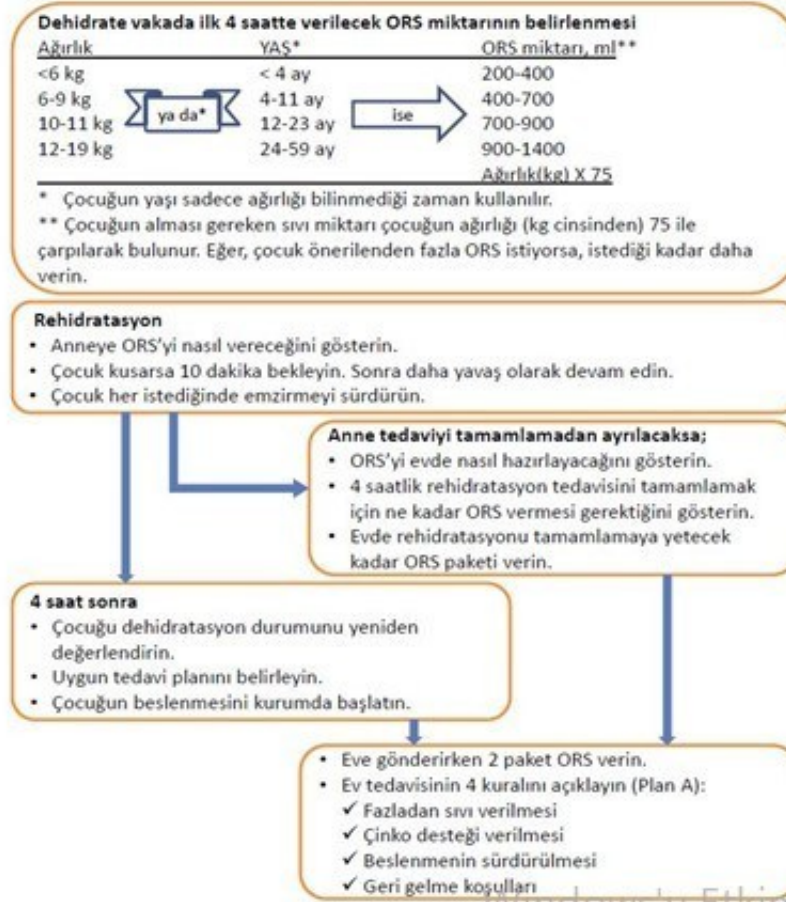
4. Geri gelme koşulları

- İshal şiddetinde artma; daha fazla sayıda ve daha sulu dışkı yapma
- Daha susuz olma (dehidratasyonun artması)
- Normal emme ve su içmesinde bozulma (yemek yiyememe, su içememe)
- Göz küresinde çökme
- Şu anda olduğundan daha hasta olması
- Çocuğun ateşinin olması
- Dışkıda kan olması
- Çocuğun genel durumunun üç gün içinde daha iyiye gitmemesi

Sekil 2. İshal Tedavi Planı A: İshalin Evde Tedavi Edilmesi

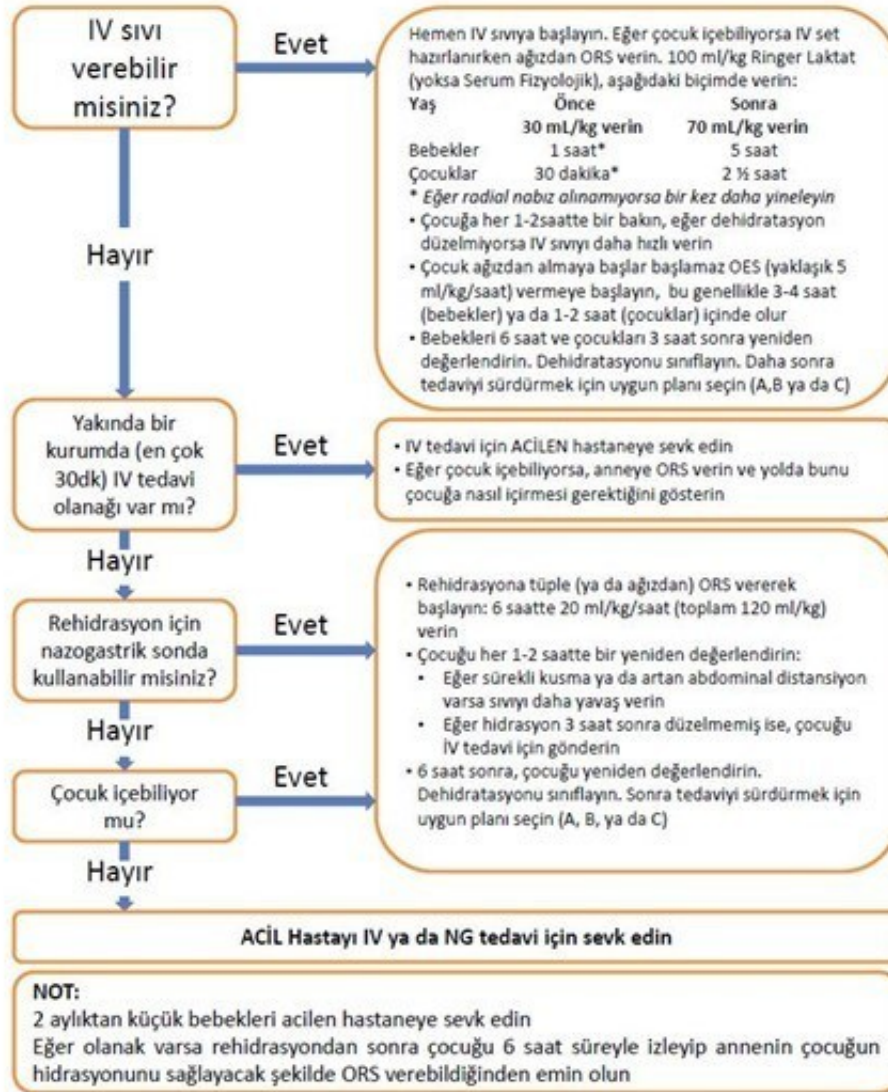
Şekil 2.2. İshal Tedavi Planı A: İshalin Evde Tedavi Edilmesi

İshal Tedavi Planı B: Dehidratasyonu olan çocuğun ORS ile tedavisi



Şekil 2.3. İshal Tedavi Planı B: İshalin Evde Tedavi Edilmesi

İshal Tedavi Planı C: Ağır dehidratasyonun hızlı tedavisi



Şekil 2.4. İshal Tedavi Planı C: Ağır dehidratasyonun hızlı tedavisi

Diğer problemler

Dışkıda kan varsa:

- Çocuğun dehidratasyonunu değerlendirin ve tedavi edin
- Bebek 2 aylıktan küçükse acilen hastaneye sevk edin ve anneye yolda emzirmesini söyleyin
- 5 gün boyunca bölgenizde shigella vakalarında önerilen bir antibiyotığı (ampisilin) kullanın, gaita kültürü yaptırın
- Anneye evde tedavinin 4 kuralını açıklayın
- 2 gün sonra kontrole çağırın. Dışkı hala kanlı ise bir diğer oral antibiyotikle tedavi edin

İshal 14 günden uzun sürmüştse:

- Çocuğun dehidratasyonunu değerlendirin ve dehidratasyonu varsa tedavi edin, ardından sevk edin
- Bebek 2 aylıktan küçükse acilen hastaneye sevk edin ve anneye yolda emzirmesini söyleyin
- Çocuğun dehidratasyonu yoksa anneye inatçı ishal beslenmesini anlatın
- 5 gün sonra kontrole çağırın

Inatçı ishal beslenmesi:

- Eğer hala emiyorsa emzirmeye daha sık, daha uzun süre, gece ve gündüz devam edin
- Eğer inek sütü veriyorsanız:
 - ✓ Bunun yerine daha sık emzirin ya da
 - ✓ Bunun yerine yoğurt, ayran gibi besinleri verin (tuz eklenmiş)
 - ✓ Bunun yerine verilen süt miktarının yarısı ile birlikte patates püresi, yoğurt, elma ve şeftali püreleri, yağsız yoğurtlu çorba ve daha fazla kaynatılmış su verin
 - ✓ Diğer besinler için çocuğun yaşına uygun beslenme önerilerine devam edin.
 - ✓ Çocuk iyileştikten sonra 1 ay süre ile çocuğun ayına göre önerilenden günde 1 öğün fazla besleyin

Eğer dehidratasyonla birlikte malnutrisyon varsa:

- Acilen hastaneye sevk edin
- Anneye yolda emzirmesini söyleyin, yolda çocuğa vermesi için ORS solüsyonu verin ve nasıl verileceğini gösterin

Eğer rehidrasyondan sonra ateş varsa:

- Bebek 2 aylıktan küçükse ve ateşi 38 derece ya da daha fazla ise acilen hastaneye sevk edin
- 2 aylıktan büyük ve ateşi 38 derece ya da daha fazla ise parasetamol verin

Şekil 2.5. İshal Tedavi Planı C: Ağır Dehidratasyonun Hızlı Tedavisi

2.9. İshalden Korunma ve Önleme

İshalden korunma ve önleme stratejileri, özellikle bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuğun sağlığının korunması açısından hayati bir öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO], 2023) ve UNICEF'e göre, dünya genelinde 5 yaş altı çocuklarda görülen ishallerin önemli bir kısmı, uygun hijyen, sanitasyon ve güvenli içme suyu uygulamalarıyla önlenabilmektedir. Bu tür koruyucu yaklaşımlar sayesinde, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde karşılaşılan yüksek ishal kaynaklı morbidite ve mortalite oranlarında ciddi azalmalar sağlanabilir.

İshalden korunmada el hijyeninin önemi büyüktür. Ellerin sabunla yıkanması, başta ishal olmak üzere pek çok bulaşıcı hastalığın önüne geçebilecek etkili ve düşük maliyetli bir yöntemdir. Özellikle çocukların altı değiştirilmeden önce ve sonra, tuvalet kullanımı sonrası, yemek hazırlığı ve beslenme öncesi ellerin sabunla yıkanması hastalık bulaşını azaltır (Curtis ve ark., 2011).

Anne sütüyle beslenme de bebekleri ishalden koruyucu en güçlü yöntemlerden biridir. Anne sütü, antikorlar açısından zengin olduğu için bebekleri enfeksiyonlara karşı güçlü bir şekilde korur (Lamberti ve ark., 2013). DSÖ, bebeklerin ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmesini, ardından tamamlayıcı gıdalarla birlikte emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (WHO, 2023).

Güvenli suya erişim, ishalin önlenmesinde en temel unsurlardandır. İçme ve kullanma suyunun mikrobiyolojik açıdan temiz olması, su kaynaklarının düzenli kontrolü, suyun kaynatılması veya arıtma cihazları kullanılarak temizlenmesi gereklidir. UNICEF (2022), her yıl milyonlarca çocuğun güvenli içme suyuna erişemediğini ve bunun ishalleri hastalıkların yayılmasında ciddi bir risk oluşturduğunu rapor etmektedir. Sanitasyon koşullarının iyileştirilmesi de ihmal edilmemesi gereken bir başka konudur. Atıkların düzenli ve sağlıklı şekilde bertaraf edilmesi, tuvaletlerin hijyenik kullanımı, açıkta dışkılamanın önlenmesi gibi sanitasyon ve hijyen müdahaleleri çocuklardaki ishalleri %24- 53 oranında azaltabilir (Clasen ve ark., 2023; Platts-Mills ve ark., 2016; BMC Public Health, 2017).

Eğitim ve farkındalık programları, ailelerin ishal ve hijyen konularında bilgi sahibi olmasını sağlar. Annelerin ve çocuk bakımından sorumlu bireylerin hijyen, su kullanımı ve ishal belirtilerini tanıma konularında bilinçlendirilmesi, hem hastalığın yayılmasını önler hem de sağlık hizmetlerine zamanında başvuruyu kolaylaştırır (Clasen ve ark. , 2023; Worku, A. G., ve Yilma, B. (2019). Mothers' handwashing knowledge as predictor of pediatric diarrheal disease: A hospital-based study. International Journal of Hygiene and Environmental Health, 229, 113–119)

2.10. İshalde Hemşirelik Bakımı

İshal, özellikle bebeklik ve çocukluk döneminde sık görülen, sıvı-elektrolit kaybına neden olan bir sağlık sorunudur. Bu durum, çocukların genel sağlık durumunu hızla kötüleştirebileceği için hemşirelik bakımı açısından erken müdahale büyük önem taşır. İshalde hemşirelik bakımı, çocuğun durumunun izlenmesi, sıvı dengesinin sağlanması, beslenmenin düzenlenmesi, hijyen koşullarının kontrolü ve aile eğitimi gibi çok yönlü bir yaklaşımı kapsar Shrimanker ve Descoteaux-Friday, 2023 ; International Council of Nurses 2021).

İlk olarak hemşire, hastanın yaşına, kilosuna ve klinik belirtilerine göre sıvı kaybını değerlendirir. Dehidratasyon belirtileri (ağız kuruluğu, cilt turgorunun azalması, göz çukurluğu, halsizlik vb.) izlenir ve hastaya uygun şekilde oral rehidratasyon sıvıları (ORS) veya intravenöz sıvı desteği verilir. Bu süreçte hemşire, sıvı alımı ve çıkışlarını dikkatle takip eder (Erkal, 2017).

Hemşire, aynı zamanda hastanın beslenmesini düzenler. Dünya Sağlık Örgütü, ishal döneminde beslenmenin kesilmemesi gerektiğini vurgular. Bebekler emzirilmeye devam edilmeli, daha büyük çocuklara sindirimi kolay, besleyici gıdalar verilmelidir. Hemşire, ailenin beslenme konusunda doğru bilgilendirilmesini sağlar ve beslenmeye dair önerilerde bulunur (WHO, 2023).

Hijyen uygulamaları da hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Özellikle çocuk bezi değişiminde ve dışkı temasında el hijyenine dikkat edilmesi, enfeksiyonların yayılmasını engeller. Hemşire, ailenin el yıkama, gıda temizliği ve tuvalet hijyeni konusunda bilinçlendirilmesinde rol alır (Biran ve ark., 2008). Ayrıca, ishalin altında yatan nedenin araştırılması ve gerekirse laboratuvar testlerinin yapılması için sağlık ekibiyle iş birliği yapılır. Hemşire, çocuğun genel durumunu izlemeye devam eder, ateş, kusma, dışkı sıklığı gibi bulguları kaydeder ve gerektiğinde hekime bildirir (Özsoy ve Aksoy, 2020).

Psikososyal destek de ihmal edilmemelidir. Aileler genellikle ishal gibi durumlarda endişelenebilir. Hemşire, aileye moral verir, anlayışlı ve destekleyici bir yaklaşım sergileyerek süreci kolaylaştırır. İletişim becerileri yüksek bir hemşirelik yaklaşımı, hem tedavi sürecine katkı sağlar hem de ailenin güven duymasını sağlar (Erkal, 2017).

2.11. İshalde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü ve Sorumlulukları

İshal, özellikle gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı ölümlerinin önemli nedenlerinden biridir ve bu durum halk sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu tür hastalıklarla mücadelede halk sağlığı hemşiresinin rolü, yalnızca tedavi hizmetleri ile sınırlı kalmayıp koruyucu, geliştirici ve eğitici hizmetleri de kapsar (Topuzoğlu ve ark., 2018). Halk sağlığı hemşiresi, bireylerin ve toplumun sağlık bilincini artırmak, davranış değişiklikleri oluşturmak ve sağlığı korumak için çeşitli düzeylerde müdahaleler yapar.

İshalin yayılımını önlemek için toplum tabanlı eğitimlerin düzenlenmesi, halk sağlığı hemşiresinin başlıca görevlerindendir. El yıkama alışkanlığı, gıda hijyeni, temiz su kullanımı ve tuvalet hijyenine dair farkındalık artırıcı çalışmalar, bu eğitimlerin merkezinde yer alır (WHO, 2023). Özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde, bu eğitimler bire bir ev ziyaretleri, köy toplantıları ya da sağlık merkezlerinde grup eğitimi şeklinde uygulanır. Bu sayede ishalin bulaş yolları hakkında bilgi verilerek korunma davranışları geliştirilmeye çalışılır (UNICEF, 2022).

Halk sağlığı hemşiresi, sadece bireysel sağlıkla değil, toplumun genel sağlığı ile de ilgilenir. Bu bağlamda ishal vakalarının tespiti, takibi ve bildiriminde aktif rol oynar. Saha taramaları yapar, olası salgınları erkenden fark eder ve ilgili birimlere

raporlama yapar. Ayrıca verilerin toplanması, analiz edilmesi ve halk sağlığı planlamalarında kullanılması sürecinde katkı sunar (Demir ve Yücel, 2020).

Ev ziyaretleri sırasında hemşire, çocukların gelişimini, hijyen alışkanlıklarını ve ishal geçirme sıklığını değerlendirir. Gerekli durumlarda sağlık danışmanlığı yaparak hastaların uygun sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesini sağlar. Ayrıca, çocukların yeterli sıvı tüketip tüketmediği, beslenme alışkanlıkları ve bağışıklık durumları da göz önünde bulundurulur (Çetinkaya ve ark., 2019).

Halk sağlığı hemşiresi yerel yöneticiler ve toplum liderleri ile iş birliği yaparak sanitasyon sistemlerinin güçlendirilmesine katkı sağlar. Bu kapsamda açıkta dışkılamayı engelleme, içme suyu kaynaklarının korunması, güvenli tuvalet kullanımı gibi konularda projeler yürütür. Bu müdahaleler uzun vadede ishalin görülme sıklığını azaltarak toplum sağlığını güçlendirir (UNICEF, 2022).

Ayrıca, halk sağlığı hemşireleri ishalin neden olduğu ikincil sağlık sorunlarına da dikkat çeker. Sık ishal geçiren çocuklarda gelişme geriliği, malnütrisyon, bağışıklık sistemi zayıflığı gibi olumsuz etkiler görülebilir. Bu nedenle hemşire, sadece mevcut ishal vakasını değil, bu vakaların olası sonuçlarını da göz önünde bulundurarak izlem yapar (Kaya ve Aksu, 2021).

Sonuç olarak, halk sağlığı hemşiresi yalnızca hastalıkla mücadele eden bir sağlık personeli değil; aynı zamanda toplumun sağlık okuryazarlığını geliştiren, önleyici sağlık hizmetlerini planlayan ve sürdürülebilir sağlık davranışlarının yerleşmesini sağlayan bir lider konumundadır. İshal gibi önlenabilir hastalıkların kontrol altına alınmasında, bu çok yönlü rolü sayesinde etkili bir pozisyona sahiptir (Topuzoğlu ve ark., 2018).

2.12. 0-2 Yaş Dönemi Önemi Ve Nüfustaki Oranı

0-2 yaş dönemi, bireyin gelişim sürecinin en kritik evresini oluşturur. Bu süreçte fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişim çok hızlıdır ve gelecekteki sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde belirleyici etkilere sahiptir. Bu dönemdeki yetersiz beslenme, yetersiz sağlık hizmeti ya da ihmal gibi durumlar, bireyin yaşamı boyunca etkisini sürdürebilecek sorunlara yol açabilir (WHO, 2023 Kaynaklar).). Bu nedenle sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler ve aile hekimleri, bu yaş grubundaki çocukların gelişimsel değerlendirmelerini düzenli olarak yapmalıdır.

Bebeklik döneminde alınan sağlık hizmetlerinin niteliği, ilerleyen yaşlardaki bilişsel ve fiziksel gelişimi doğrudan etkiler. Bu nedenle 0-2 yaş grubu çocukların sağlık izlemleri, aşılaması, beslenme düzeni ve hijyen koşulları dikkatle izlenmelidir (UNICEF, 2022; Shinsugi ve Mizumoto, 2020; Freeman et al., 2017). Anne sütü ile

beslenme, hastalıklara karşı korunmada büyük önem taşır ve DSÖ, doğumdan sonraki ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenmeyi önermektedir. Bu dönem, bağışıklık sisteminin temellerinin atıldığı, organ gelişiminin en hızlı olduğu zaman aralığıdır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de 2023 yılı itibarıyla 0-4 yaş arası çocuk nüfusu toplam nüfusun yaklaşık %6,5'ini oluşturmaktadır. 0-2 yaş arası nüfusun oranı ise yaklaşık %3-3,5 civarındadır (TÜİK, 2023). Bu oranlar, ülkede çocuk sağlığı hizmetlerinin ne denli önemli olduğunu ve bu alandaki yatırımların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle kırsal bölgelerde bu yaş grubundaki çocuklara yönelik sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi açısından kritik önemdedir.

Bu dönemin önemi, yalnızca bireysel sağlık açısından değil, toplumsal sağlık düzeyinin artırılması açısından da büyük önem taşır. Sağlıklı bir nesil oluşturmak için bu yaş grubuna yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin planlı ve sürdürülebilir olması gereklidir (Kaya ve Yılmaz, 2021; WHO, 2020; Shiffman, 2016.). Bu bağlamda, topluma yönelik sağlık politikalarının odağına erken çocukluk dönemini almak, uzun vadeli sağlık maliyetlerini azaltmakta ve toplumsal refahı artırmaktadır.

2.12.1. 0-2 Yaş Döneminde Büyüme Gelişme

0-2 yaş arası dönem, insan hayatının büyüme ve gelişme açısından en hızlı olduğu dönemdir. Bu süreçte çocukların boyu, kilosu, baş çevresi gibi fiziksel ölçümler hızla değişim gösterirken; aynı zamanda motor, bilişsel, dil ve sosyal gelişim alanlarında da büyük ilerlemeler gözlemlenir (WHO, 2023 ; Black ve ark., 2013 ; UNİCEF 2021). Bu dönemde yapılan büyüme izlemeleri, olası gelişimsel sorunların erken tespit edilmesine olanak sağlar. Ayrıca bu izlemeler, sağlık hizmetlerinin çocuğun ihtiyaçlarına göre uyarlanabilmesine imkan tanır.

Doğumdan itibaren ilk 6 ayda, bebeklerin boyu yaklaşık 2.5 cm/ay artarken, kilosu da ortalama 600-800 gram/ay kadar artmaktadır. İlk yaş sonunda doğum ağırlığının yaklaşık üç katına ulaşılır (Sağlık Bakanlığı, 2023). Baş çevresi artışı, beyin gelişimi açısından önemli bir göstergedir ve 0-1 yaşta ortalama 12 cm kadar artış gösterir. Bu dönemde düzenli izlenmeyen çocuklarda, büyüme geriliği ve gelişimsel gecikmeler daha geç fark edilebilir.

Büyümenin yanında, gelişimsel ilerlemeler de önemlidir. İlk aylarda refleks hareketler gözlenirken, 6. aydan itibaren bilinçli hareketler başlar. 9-12 ay arası çocuklar oturabilir, destekle yürüyebilir; 18. ayda ise bağımsız yürüme ve basit kelimeleri kullanma becerisi gelişir. 2 yaş sonunda çocukların yaklaşık 50 kelimeyi anlayıp kullanabilmesi ve basit iki kelimeli cümleler kurabilmesi beklenir (CDC, 2023 ; Mayo Clinic, 2024; Stanford Children's Health, 2024). Ayrıca bu süreçte ince motor

becerilerin gelişimi de desteklenmelidir. Nesneleri tutma, bırakma, sayfa çevirme gibi küçük hareketler çocuğun kas kontrolünü artırır.

Sosyal gelişim de bu dönemde belirginleşir. Bebekler 6. aydan itibaren sosyal gülümseme, başkalarıyla etkileşim kurma gibi davranışlar geliştirir. 1 yaş civarında ayrılık kaygısı, tanıdık-yabancı ayırımı gibi sosyal tepkiler gözlemlenir. 2 yaşa yaklaşırken ise paylaşma, taklit, oyun oynama gibi beceriler artar (Kaya ve Yılmaz, 2021; Chang ve ark., 2021; Messinger ve Fogel, 2017; Zeanah ve Nelson, 2020; Brownell ve ark., 2019). Bu sosyal gelişim, çocuğun ileriki yaşlarda sosyal ortamlarda başarılı olmasında temel oluşturur. Aile içi iletişim ve çevresel uyaranların kalitesi, sosyal becerilerin gelişimi üzerinde doğrudan etkilidir.

Büyüme ve gelişmenin sağlıklı ilerlemesi için beslenme, hijyen, uyku düzeni ve sevgi dolu bir çevre kritik öneme sahiptir. Anne sütü ile beslenme, fiziksel büyümenin yanı sıra bağışıklık sisteminin güçlenmesine ve bilişsel gelişimin desteklenmesine katkı sağlar. Ayrıca bebeklerin uyku düzeni, gelişim sürecini doğrudan etkileyen faktörlerden biridir. Uzun ve kaliteli uyku, hem fiziksel hem de zihinsel gelişim için gereklidir.

Sonuç olarak, 0-2 yaş dönemi hem bireyin hem de toplumun sağlıklı bir geleceğe ulaşması açısından hayati önem taşır. Bu dönemde yapılan her olumlu müdahale, çocukların sağlıklı bireyler olarak gelişmesini destekler. Ailelerin bilinçlendirilmesi, sağlık profesyonellerinin düzenli izlemleri ve toplumsal farkındalık bu sürecin en etkili şekilde yönetilmesini sağlar.v

2.12.2. 0-2 Yaş Dönemi İzlemleri

0-2 yaş dönemi, çocukların fiziksel ve zihinsel gelişiminin en hızlı olduğu dönemdir. Bu nedenle bu yaş grubundaki çocukların düzenli olarak izlenmesi, gelişimlerinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Düzenli izlem programları sayesinde büyüme, gelişme, beslenme durumu, aşılama ve çevresel risk faktörleri kontrol altında tutulabilir (Sağlık Bakanlığı, 2023). Bebek sağlığı izlemleri ile çocuk ölümleri azalmakta, hastalık ve sakatlıklar önlenmekte ve çocukların genetik olarak sahip olduğu büyüme, gelişme potansiyeline ulaşmaları ve üstüne çıkmaları sağlanabilmelidir. Bu sebeple daha uzun, sağlıklı, güçlü ve üretken yaşamları sağlanarak, bebek sağlığı düzeyi gelişmekte ve yükselmektedir. (WHO, 2024; CDC, 2023; UNICEF, 2022; Sağlık Bakanlığı, 2023)

Türkiye’de bebek izlem protokolü doğrultusunda, doğumdan sonraki ilk 6 ayda her ay, 6-12 ay arası iki ayda bir, 12-24 ay arası ise üç ayda bir bebek izlemleri yapılmaktadır. Bu izlemlerde çocuğun boy, kilo ve baş çevresi ölçümleri yapılır, aşıları kontrol edilir, beslenme alışkanlıkları değerlendirilir ve gelişim basamakları takip

edilir (AAP, 2020; An Overview on Child Health Care in Turkey, 2016). Ayrıca, annelere çocuk bakımına yönelik bilgilendirme yapılması ve gelişimsel riskler varsa erken müdahaleye başlanması hedeflenmektedir.

Düzenli izlem ziyaretleri, yalnızca fiziksel gelişimi değil aynı zamanda çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini de değerlendirme imkanı sunar. Örneğin, bebekle kurulan göz teması, seslere tepki verme, nesneleri takip etme gibi erken dönem davranışlar gelişimsel izlem kapsamında değerlendirilir (WHO, 2021; UNICEF, 2022; CDC, 2023). Gelişimde sapmalar fark edildiğinde ilgili uzmanlara yönlendirme yapılması, çocuğun gelecekteki akademik ve sosyal başarısını doğrudan etkileyebilir.

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) başta olmak üzere, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen bu izlemler, aynı zamanda sağlık okuryazarlığını artırarak aileleri çocuk bakımı konusunda daha bilinçli hale getirmektedir. Ayrıca çocuk izlem protokolleri, sağlık hizmetlerinde standardizasyonu sağladığı için sağlık personelinin sistemli ve bütüncül bir yaklaşım geliştirmesini kolaylaştırır (Ergül ve Günay, 2020).

Çocuk sağlığı izleniminin amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- Aile eğitimi ve rutin bağışıklama yoluyla hastalıkların önlenmesi,
- Öykü, fizik muayene ve tarama yöntemleriyle erken tanı konması,
- Hastaların erken dönemde tedavisi,
- Çocuğun optimal büyümesi, motor, duygusal ve entelektüel gelişmesini engelleyerek sorunların fark edilmesini sağlamak,
- Bütün bunların sağlanabilmesi için aileye sağlık eğitimi ve danışmanlık yapılması (Törüner ve Büyükgönenç, 2012; Evliyaoğlu, 2012; Araz ve Sivaslı, 2012; Soysal ve ark., 2022; Topal ve ark., 2017)

Türkiye’de bebek izlemleri çocuk polikliniklerinde, özel hastanelerde ve birinci basamak sağlık kurumlarında yapılmaktadır.

Türkiyede çocuk izlem hizmetleri 2014 yılında Aile Hekimliği Uygulama ve Eğitim Yürütme Kurulu ile ilgili Daire Başkanlıklarının tekrardan düzenlemesi sonucu “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi ”ne göre uygulanmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı protokollerinde bebeklerin doğumda, 15 ve 41. günler arasında, 2, 3, 4, 6, 9, 12 aylarda bir defa, 13-36 ay arasında 6 ayda bir defa, 4-6 yaş arasında yılda bir defa izlemine yapılması önem arz etmektedir.

Çocuk sağlığı izleminde öykü, gözlem, fizik muayene ile birçok hastalık erken dönemde tespit edilip önlemler alınmaktadır. Farklı yaşlarda önceden belirlenmiş standartlara uygun olarak düzenli tarama testleri uygulanır.

Yenidoğan taramasının amacı, hayatı veya sağlığı uzun vadeli tehdit eden bozuklukları semptomatik hale gelmeden önce tespit etmektir. Erken tanı ve tedavi ile bu hastalıklara bağlı sakatlık ve ölümlerin önüne geçilebilmesi için uygulanmaktadır. Testlerin anormal sonuç oranının en yüksek olabileceği dönemlerde yapılmasına dikkat edilmelidir (39,40,43,49).

Çocuk sağlığı izlem basamakları şu şekildedir:

1. Görüşme ve öykü (aile, çevre, çocuk ilişkisi gözlemi)
2. Fizik muayene takibi
3. Gelişimin değerlendirilmesi
4. Taramalar
5. Aşı
6. Sağlık eğitimi ve danışmanlık
7. Annenin soruları ve özetleme
8. Randevu belirleme

Doğum öncesi dönemden başlayan ve doğum sonrası dönemde devam eden takiplerin bebeklerin sağlıklarını geliştirici ve koruyucu etkisi büyük önem arz

etmektedir. Geliştirilmiş olan protokollerle sürdürülen çocuk izlemleri sağlıklı toplumlar ve nesiller için kilit noktadadır.

Birinci basamakta görev alan ebe ve hemşireler çocuk izlemlerinde aktif rol almaktadır. Sağlık çalışanları konuda kendilerini geliştirip, hizmet içi eğitimler ve bilimsel etkinliklere katılarak bilgilerini güncellemeli ve uygulamaya yansıtmalıdır.

Sonuç olarak, 0-2 yaş dönemindeki çocuklara yönelik izlem hizmetleri, hem bireysel sağlık gelişimi hem de toplum sağlığı açısından büyük katkı sunar. Erken tanı ve müdahale ile gelişimsel geriliklerin önüne geçmek mümkün olmakta, bu da uzun vadede sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmaktadır.

2.12.3. 0-2 Yaş Döneminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

0-2 yaş dönemi, çocuk gelişiminin en kritik evrelerinden biridir. Bu dönemdeki çocukların sağlıklı büyüme ve gelişme süreçlerinde, halk sağlığı hemşiresi önemli bir rol üstlenir. Halk sağlığı hemşiresi, hem birey hem de toplum düzeyinde sağlığı koruyucu, geliştirici ve eğitici görevler üstlenerek 0-2 yaş grubunun gelişiminde aktif rol oynar (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Bu yaş grubundaki çocuklara yönelik yapılan düzenli sağlık izlemleri, aşılama programları, büyüme-gelişme değerlendirmeleri gibi uygulamalar genellikle halk sağlığı hemşiresi tarafından yürütülmektedir. Erken çocukluk döneminde sık görülen hastalıkların önlenmesi, tespiti ve uygun yönlendirmelerin yapılması da hemşirenin sorumluluğundadır (Kaya ve Demir, 2020).

Halk sağlığı hemşiresi ayrıca annelere ve aile bireylerine yönelik sağlık eğitimi vererek, bebek bakımında hijyen, beslenme, emzirme, güvenli çevre düzenlemesi gibi konularda bilgi ve beceri kazandırır. Bu bağlamda hemşire, yalnızca tedavi edici değil; aynı zamanda önleyici sağlık hizmetlerinde de temel aktörlerden biridir (UNICEF, 2021).

Toplum temelli sağlık hizmetlerinde görev alan hemşireler, 0-2 yaş arası çocukların büyüme-gelişme takibinde hem ev ziyaretleri yaparak hem de Aile Sağlığı Merkezleri'nde birebir görüşmelerle hizmet verirler. Özellikle riskli gruplar, düşük sosyoekonomik düzeydeki aileler ve kırsal bölgelerde yaşayan çocukların izlemi açısından halk sağlığı hemşiresinin görevi daha da kritik hale gelmektedir (WHO, 2022).

Sonuç olarak, halk sağlığı hemşiresi, 0-2 yaş dönemindeki çocukların sağlıklı gelişimini desteklemede hayati bir rol üstlenir. Gerek bireysel takiplerde gerekse

topluma yönelik uygulamalarda hemşirenin etkinliği, çocuk sağlığına ilişkin olumlu sonuçların elde edilmesinde temel faktörlerden biridir.

2.12.4. 0–2 Yaş Döneminde İshalin Önemi

0–2 yaş arası çocuklar, bağışıklık sistemlerinin tam olarak gelişmemiş olması nedeniyle enfeksiyon hastalıklarına karşı en savunmasız grubu oluşturur. Bu yaş grubunda sık görülen hastalıklardan biri de ishaldir. İshal, bebeklerde ciddi sıvı ve mineral kaybına yol açarak kısa sürede hayati tehlike yaratabilecek duruma gelebilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, ishal hastalıkları dünya genelinde beş yaş altı çocuklarda ölümlerin en önemli sebeplerindendir (WHO, 2023). UNICEF'in 2022 raporuna göre, her yıl yaklaşık 525.000 beş yaş altı çocuk, çoğunlukla önlenebilir olan ishal nedeniyle hayatını kaybetmektedir (UNICEF, 2022).

Türkiye’de ise beş yaş altı çocuklar arasında bildirilen en yaygın hastalıklardan biri ishaldir. Bu durum, özellikle 0–2 yaş grubunda daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Bu yaş grubundaki çocukların çoğu emme döneminde olduğundan, sıvı kaybı çok daha hızlı gelişebilir ve bu durum, acil müdahale gerektiren dehidratasyona yol açabilir. Yapılan bir çalışmada, 0–2 yaş aralığındaki çocuklarda ishal sıklığının, tamamlayıcı beslenmeye geçiş dönemiyle birlikte arttığı gözlemlenmiştir (Yıldız ve Karaman, 2021).

Ayrıca annelerin eğitimi ve çocuk bakımındaki yeterliliği, ishal gibi bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde büyük rol oynamaktadır. Şanlıurfa gibi sıcak iklim bölgelerinde ishal vakalarının özellikle yaz aylarında artış gösterdiği bildirilmiştir. Bu nedenle annelere yönelik hijyen eğitimi, güvenli su kullanımı ve ishalin erken belirtilerinin tanınmasına yönelik farkındalık çalışmaları büyük önem taşımaktadır.

2.13. Öz-Yeterlik Kavramı ve Önemi

Öz yeterlilik, bireyin belirli bir davranışı ya da görevi başarıyla yerine getirebilme yetisine dair inancıdır. Albert Bandura’nın sosyal bilişsel kuramı çerçevesinde şekillenen bu kavram, bireylerin öğrenme, motivasyon, duygusal durumları ve başarıları üzerinde doğrudan etkili bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Bandura, 2012). Yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip bireyler, karşılaştıkları zorlukları aşmak konusunda daha kararlı, azimli ve çözüm odaklı davranırlar. Aynı zamanda hedeflerine ulaşmak için daha çok çaba gösterirler ve başarısızlıklardan daha az etkilenirler (Schunk, 2020).

Öz yeterlilik inancının gelişimi, bireyin yaşamının erken dönemlerinden itibaren sosyal çevresi, aile yapısı, eğitim ortamı ve yaşadığı başarı/başarısızlık deneyimleri ile şekillenir. Özellikle çocukluk döneminde aileden görülen destek, olumlu geri bildirimler ve teşvik edici yaklaşımlar öz yeterliliği güçlendirmektedir

(Luszczynska ve Schwarzer, 2015). Demokratik aile ortamlarında yetişen çocukların, özgüvenlerinin ve öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kılıç ve Aydın, 2022).

Eğitim sürecinde öğretmenlerin öğrencilere kazandırdığı akademik yeterlilikler ve sorumluluk bilinci, öz yeterliliğin gelişiminde oldukça önemli bir yer tutar (Demirtaş, 2021). Sosyal faaliyetler, gönüllü projeler, spor veya sanat gibi alanlardaki başarılar, bireyin öz yeterlilik algısını artıran dışsal unsurlar arasında yer alır (Yıldız, 2023).

Bunun yanı sıra, öz yeterliliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için bireyin duygusal ve fiziksel sağlığının desteklenmesi gerekmektedir. Stresle başa çıkma yetisi, duygusal zekâ ve psikolojik dayanıklılık, öz yeterliliği doğrudan etkileyen bileşenler arasında gösterilmektedir (WHO, 2022).

UNICEF'in (2021) raporlarında da erken çocukluk gelişiminde öz yeterliliğin önemli bir gösterge olduğu; öz yeterlilik duygusunun gelişiminin, bireyin yaşam boyu öğrenmeye olan ilgisini ve toplumsal katılım düzeyini artırdığı vurgulanmaktadır. Eğitimciler, ebeveynler ve politika yapımcılar tarafından öz yeterliliği artırmaya yönelik programlar geliştirilmesi, bireylerin psikolojik ve sosyal iyi oluşlarını desteklemektedir.

Öz yeterlilik, bireylerin kariyer seçimlerinde, stresle başa çıkmalarında ve sosyal ilişkilerinde de belirleyici rol oynar. Yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip bireylerin yaşam doyumlarının ve ruh sağlığı göstergelerinin daha olumlu olduğu, çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Bandura, 2012; Schunk, 2020). Özellikle pandemi gibi kriz dönemlerinde öz yeterliliği yüksek bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının daha güçlü olduğu gözlemlenmiştir (Luszczynska ve Schwarzer, 2015).

Toplumsal düzeyde değerlendirildiğinde, bireylerin öz yeterlilik düzeyleri ekonomik gelişmişlik, eğitim seviyesi ve toplumsal kalkınma ile de yakından ilişkilidir. Dolayısıyla öz yeterliliğin desteklenmesi, sadece bireysel değil aynı zamanda toplumsal düzeyde de olumlu sonuçlar doğurur. Bu nedenle politika yapımcıların öz yeterliliği geliştiren programları desteklemeleri önemlidir (UNICEF, 2021; WHO, 2022).

2.13.1. Öz-Yeterliliğin Gelişmesine Etki Eden Süreçler

Öz yeterlilik, bireyin belirli bir davranışı başarıyla gerçekleştirebileceğine olan inancıdır ve bireyin öğrenme, baş etme ve karar alma süreçlerinde önemli bir

belirleyicidir (Klassen ve Usher, 2010). Bu inanç sistemi, yalnızca bireysel değil, aynı zamanda sosyal, duygusal ve çevresel faktörlerin etkisiyle şekillenir.

2.13.1.1. Başarı Deneyimleri ve Geri Bildirim

Bireyin daha önce yaşadığı başarılar, öz yeterlilik inancını doğrudan artıran en güçlü faktörlerden biridir. Erken yaşta edinilen başarı deneyimleri, bireyin daha sonraki yaşamında da özgüvenle hareket etmesini sağlar (Zhang ve ark., 2019). Bu başarılar kadar alınan sosyal geri bildirim de büyük rol oynar. Aileden, öğretmenlerden veya akranlardan gelen olumlu destek ve teşvikler, bireyin kendi yetkinliğine olan inancını pekiştirir (Schunk ve DiBenedetto, 2020).

2.13.1.2. Rol Modeller ve Gözlemsel Öğrenme

Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde bireyler, yakın çevrelerinde gözlemledikleri kişilerden etkilenirler. Kendi yaşlarına ve koşullarına yakın bireylerin başarılı performanslarını izlemek, 'ben de yapabilirim' düşüncesini doğurur (Usher ve Pajares, 2016). Bu, gözlemsel öğrenmenin öz yeterliliği geliştirmedeki etkisini ortaya koymaktadır.

2.13.1.3. Duygusal Durum ve Psikolojik İyi Oluş

Stres, kaygı ve düşük öz saygı gibi duygusal durumlar, bireyin kendi becerilerine olan inancını zayıflatabilir. Bu nedenle öz yeterliliğin sürdürülebilirliği, psikolojik dayanıklılık ve duygusal denge ile yakından ilişkilidir (Talsma ve ark., 2021).

2.13.1.4. Sosyoekonomik ve Kültürel Faktörler

Bireyin yaşadığı çevrenin sosyoekonomik yapısı, kültürel değerleri ve eğitim olanakları, öz yeterliliğin gelişimini etkiler. Gelişmiş sosyal destek sistemlerinin bulunduğu çevrelerde yetişen bireylerin öz yeterlilik düzeyleri genellikle daha yüksektir (Bong ve Skaalvik, 2015).

2.13.1.5. Teknoloji Kullanımı ve Dijital Yeterlilik

Günümüzde dijital araçlara erişim ve bu araçları etkin kullanabilme becerisi, bireyin çağdaş problemleri çözme yetkinliğini artırmakta ve bu da öz yeterliliği olumlu yönde etkilemektedir (Martin ve ark., 2020).

2.13.2. Anne – Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik, bireyin belirli bir görevi ya da davranışı başarıyla gerçekleştirebileceğine dair inancıdır. Bu kavram, ebeveynlik bağlamında ele alındığında annenin çocuk bakımına, sağlığına ve gelişimine dair görevlerde kendini ne kadar yeterli gördüğünü ifade eder. Öz yeterliliği yüksek anneler, çocuklarının ihtiyaçlarına daha duyarlı yaklaşmakta, doğru zamanda müdahale edebilmekte ve sağlıkla ilgili kararları daha bilinçli şekilde verebilmektedir (Çetinkaya ve Karadağ, 2020; Bandura, 2012).

Annelerin öz yeterlilik düzeyi özellikle 0–2 yaş döneminde kritik bir öneme sahiptir. Bu dönemde çocuğun büyüme ve gelişimi hızlıdır ve anne bakımına olan bağımlılığı oldukça yüksektir. Annelerin hijyen, beslenme, hastalık belirtilerini fark etme ve gerekli sağlık hizmetlerine yönlendirme gibi konulardaki yeterliliği, çocuğun genel sağlık durumu üzerinde doğrudan etkilidir (Güven ve Kılıç, 2022).

Öz yeterlilik inancı birçok faktörden etkilenmektedir. Annenin eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu, aldığı sosyal destek, ruhsal sağlığı ve daha önceki ebeveynlik deneyimleri öz yeterliliği şekillendiren temel unsurlardır (Luszczynska ve Schwarzer, 2015). Araştırmalar, eğitim düzeyi yüksek, sosyal destek alan ve güvenli yaşam koşullarında bulunan annelerin öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (UNICEF, 2021; Kılıç ve Aydın, 2022).

Ayrıca kültürel değerler ve toplumsal roller de bu inancı etkileyebilir. Geleneksel toplum yapılarında annelikle ilgili sorumluluklar kadına yüklenmiş olup, bu rollerin desteklenmemesi durumunda anneler kendilerini yetersiz hissedebilir. Bu durum, çocuk bakımının kalitesini de doğrudan etkileyebilir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Sağlık sistemiyle olan ilişki ve sağlık profesyonellerinden alınan eğitim de öz yeterlilik gelişiminde rol oynamaktadır. Annelerin sağlık kuruluşlarında verilen eğitimlerle bilinçlendirilmesi, onların çocuklarına dair kararlarında daha özgüvenli olmalarını sağlar (Demirtaş, 2021). Özellikle ilk çocuğunu dünyaya getiren anneler için bu rehberlik çok daha belirleyici olabilir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Günümüzde yapılan çeşitli çalışmalar, annelerin öz yeterlilik düzeylerinin doğrudan çocukların gelişimsel sonuçlarını etkilediğini göstermektedir. Öz yeterliliği yüksek anneler, çocuklarının eğitimine daha fazla katılım göstermekte, sağlık kontrollerini aksatmadan yaptırmakta ve gelişimsel sorunları daha erken fark edebilmektedir (Güven ve Kılıç, 2022).

Ayrıca, öz yeterlilik düzeyi yüksek anneler kriz anlarında daha sakin kalabilmekte ve çocuklarına karşı daha sabırlı olabilmektedir. Bu durum, özellikle

doğal afetler, ekonomik zorluklar veya pandemi gibi olağandışı koşullarda çocukların psikolojik olarak daha az etkilenmesine katkıda bulunmaktadır (UNICEF, 2021; Luszczyńska ve Schwarzer, 2015).

Annelerin öz yeterliliklerini artırmak için yapılan girişimler, yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de olumlu sonuçlar doğuracaktır. Bu doğrultuda, özellikle kırsal bölgelerdeki kadınlara ulaşan sosyal hizmet projeleri ve sağlık eğitimleri önem taşımaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Sonuç olarak, anne öz yeterliliği hem annenin ruhsal sağlığı hem de çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimi açısından büyük öneme sahiptir. Bu nedenle kamu politikaları, sağlık hizmetleri ve aile eğitimi programlarında annelerin bu yönlerinin desteklenmesi gerekmektedir (Kılıç ve Aydın, 2022). Uzun vadede çocuk sağlığı ve aile refahının artırılabilmesi için öz yeterliliği güçlendiren kapsamlı müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (UNICEF, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Bu çalışmanın raporlaması, Epidemiyolojide Gözlemsel Çalışmaların Raporlanmasının Güçlendirilmesi (STROBE) bildirgesine ve gözlemsel çalışmaların raporlanmasına ilişkin yönergelerle uygundur (Ek 1, Ghaferi ve ark., 2021).

3.2. Araştırma Soruları

1. 0-2 yaş arasında bebeklerde ishal prevalansı nedir?
2. Bu orana etki eden faktörler nelerdir?
3. Annelerin ishali önlemede özyeterlilik durumu nedir?
4. Annelerin ishali önlemede özyeterlilik durumuna etki eden faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Şanlıurfa Merkezi 3 ilçeden oluşmaktadır. Karaköprü ilçesine bağlı 15 ASM merkezi, Haliliye ilçesine bağlı 33 ASM merkezi, Eyyübiye ilçesine bağlı 31 ASM merkezi bulunmaktadır. ASM merkezleri sabah 08:00-17:00 saatleri arasında çalışmaktadır ve her ASM merkezi mesai saatleri dışında 1 Doktor ve 1 Hemşire akşam saat 19:00 kadar icap kalmaktadır. Araştırma için rastgele olarak her bir ilçeden bir asm belirlenmiştir. Bunlar, Şanlıurfa ili Karaköprü ilçesindeki 1 Nolu ASM, Haliliye ilçesindeki Bamyasuyu ASM ve Eyyübiye ilçesindeki Uğurlu ASM'dir.

Karaköprü 1 No'lu ASM toplamda 9 birimden oluşmakta olup 9 doktor ve 9 hemşire ile hizmet vermektedir. ASM, mesai saatleri dışında da hizmet sunarak saat 19:00'a kadar açıktır. 0-2 Yaş bebek çocuk nüfusunun 670 olduğu bilinmektedir. Poliklinik hizmetleri, aşı uygulamaları, çocuk ve bebek izlemleri, gebe-lohusa takibi gibi temel aile hekimliği hizmetleri verilmektedir. Araştırma kapsamında aktif olarak yer almış ve 0-2 yaş grubu çocuklardan örneklem alınmıştır. Haliliye Bamyasuyu Aile Sağlığı Merkezi, toplam 6 birimden oluşmakta ve 6 doktor ile 6 hemşire görev yapmaktadır. 0-2 Yaş bebek ve çocuk nüfusu 1250'dir ve sürekli değişim göstermektedir. ASM, aile sağlığı hizmetleri kapsamında çocuk ve gebe izlemleri, aşılama ve poliklinik hizmetlerini yürütmektedir. Araştırma sürecinde katılımcı verileri bu merkezden de toplanmıştır. Eyyübiye Uğurlu Aile Sağlığı Merkezi, 5 birimden oluşan bir köy ASM'sidir. 5 doktor ve 5 hemşire ile hizmet veren merkez, kırsal bölgede yer aldığı için ulaşımı zor mahalle ve köylere de gezici sağlık hizmeti

sunmaktadır. 0-2 Yaş bebek çocuk nüfusu 1650 olup sürekli olarak değişmektedir. Çocuk nüfusu oldukça yoğun olan bu bölgede özellikle 0–2 yaş grubuna yönelik bebek izlemleri, aşı uygulamaları ve çocuk sağlığı hizmetleri ön plandadır. Araştırma kapsamında önemli miktarda veri bu merkezden sağlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Şanlıurfa Merkez İlçelerinde bulunan 71 aile sağlık merkezlerine kayıtlı olan 2024 yılına ait 16552 2 yaş ve altı bebek ve annelerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise %28,7 0-6 yaş ishal prevalansı ile (TUIK 2019) 16552 popülasyonda %5 kesinlik ve %95’lik güven ile tahmin edilmesi için gerekli minimum denek sayısının 309 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini ise verilerin toplandığı Karaköprü 1 Nolu ASM, Haliliye Bamya Suyu ASM ve Eyyübiye Uğurlu ASM’ye Haziran 2024-Kasım 2024 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 330 anne ve bebek oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütler

-ASM’lere kayıtlı olan 0-2. yaşından küçük bebek olması -Annenin

Türkçe biliyor olması.

-İletişim sorunu olmaması (konuşma, işitme vb.),

-Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

Çalışmaya dışlanma veya dahil edilmeme kriterleri;

-Herhangi bir psikolojik/ algılama sorun varlığı olan anneler

-0-2 Yaşından büyük bebekler

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler: Annelerin öz-yeterlilik düzeyleri ve çocukların ishal durumu.

Bağımsız değişkenler: Annenin yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, çocuk sayısı, hijyenik uygulamalar, ORS bilgisi ve kullanımı.

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.7.1. Anket Formu (Ek 2)

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket Formu; annenin ve bebeğin sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik 13 soru, bebeğin ishal durumu ve annenin bu duruma müdahale şekillerini değerlendirmeye yönelik 11 soru, annenin ishal ve ORS (Oral Rehidrasyon Sıvısı) konusundaki bilgi düzeyini ölçmeye yönelik 7 soru ve ishal durumundaki sıvı-besin desteği ile ilgili 4 soru olmak üzere toplam 35 sorudan oluşmaktadır. Anket, annelerin çocuk sağlığına dair bilgi ve tutumlarını değerlendirmek, aynı zamanda sağlık eğitimi ve hizmet planlamasında kullanılabilecek niteliksel veriler elde etmek amacıyla hazırlanmıştır.

3.7.2. Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlilik Ölçeği (Ek 3)

Bu ölçek, annelerin ishalde uyguladıkları müdahalelerdeki öz-yeterliliklerini ölçmeye yönelik olup, Pınar Bekar'ın çalışmasından faydalanılarak düzenlenmiştir.

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla, Pınar Bekar (2021) tarafından geliştirilen ve annelerin ishal durumunda uyguladığı girişimleri değerlendirmeye yönelik 'İshalli Çocuğa Yönelik Anne Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği' kullanılmıştır. Ölçek, toplam 32 maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipi bir derecelendirme (Kesinlikle Katılmıyorum = 1, Katılmıyorum = 2, Kararsızım = 3, Katılıyorum = 4, Kesinlikle Katılıyorum = 5) ile puanlanmaktadır. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır: Genel Hijyenik Davranışlar, İshal Yönetimi, Hijyen Yönetimi ve ORS (Oral Rehidrasyon Sıvısı) Bilgi ve Uygulama. Her bir alt boyut, farklı uygulama alanlarını değerlendirmek amacıyla yapılandırılmıştır. Yüksek puan, annenin ilgili alandaki uygulamalarının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) genel ölçek için 0.89 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise $\alpha=0.91$ olarak hesaplanmıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmacı belirlenen asımlara giderek, asıma gelen 0-2 yaşından küçük bebeklerin annelerine, araştırma hakkında gerekli bilgi vermiş ve araştırmaya katılması için sözlü onamları alınmıştır. Ayrıca katılımcılara çalışma sırasında toplanan bireysel bilgilerinin araştırmacılar tarafından korunacağı ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları bilgisi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden anket formundaki (EK 2) sorular yüz yüze sorularak doldurulmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma protokolü için Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurulu'ndan (30.10.2023 tarih 20 no'lu oturum 19 nolu karar) onay

alınmıştır (Ek 4). Araştırma verilerinin toplanabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nün yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Bu çalışmada, erken çocukluk çağı ishalini önlemede annelerin öz yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla, Pınar Bekar'ın tezinde türkçeye uyarlanıp kullanmış olduğu "Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz Yeterlilik Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, Pınar Bekar'ın izni alınarak araştırmada uygulanmıştır (Ek 6). Araştırma Helsinki deklarasyonuna uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara araştırma hakkında gerekli bilgi verildikten sonra, sözlü onamları alınmıştır. Ayrıca katılımcılara çalışma sırasında toplanan bireysel bilgilerinin araştırmacılar tarafından korunacağı ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları bilgisi de verilmiştir.

3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics v.22.0 (IBM Corp; Armonk, NY, USA) paket programına kaydedilerek değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, minimum maksimum değerler; nominal değişkenler için sayı ve yüzde kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi, normal dağılım grafikleri incelenerek belirlenmiştir. Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach's Alpha testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler yönünden farkın önemliliği için bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü Anava testleri kullanılmıştır. 3 gruplarda farkın neden kaynaklandığını bulabilmek için post hoc testlerinden Duncan testi yapılmıştır. Tüm analizler için 0,05'in altındaki p değeri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Annelerin ve Ailesinin Sosyo-Demografik ve Konut Özellikleri (n=330)

Sosyo-Demografik Özellikler (n=330)	Sayı	Yüzde
Anketin Yapıldığı Semt		
Eyyübiye	120	36,4
Haliliye	100	30,3
Karaköprü	110	33,3
Yaş($\bar{X} \pm SS = 29,64 \pm 6,1$)		
30 Yaş ve Altı	192	58,2
31 Yaş ve Üzeri	138	41,8
Annenin Eğitim Durumu		
Okur- yazar veya Değil	70	21,2
İlkokul	89	27,0
Ortaokul	66	20,0
Lise ve üzeri	105	31,8
Şuan Yaşanılan Yer		
İl	211	63,9
Taşra	119	36,1
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	187	56,7
Geniş Aile	143	43,3
Baba Eğitim Durumu		

Okur- yazar veya Değil	49	14,8
İlkokul	73	22,1
Ortaokul	67	20,3
Lise ve üzeri	141	42,7
Aylık Gelir		
Asgari ve Altı	140	42,4
Asgari Üzeri	190	57,6
Çocuk Sayısı		
1-2 Çocuk	124	37,6
3 Çocuk	95	28,8
4 ve Üzeri Çocuk	111	33,6
Yaşanılan Ev Tipi		
Apartman	136	41,2
Müstakil	118	35,8
Gecekondu	76	23,0
İçme Suyu Türü		
Şebeke Suyu	211	63,9
Hazır Su	119	36,1

Çizelge 4.1’ de araştırmaya katılan annelerin ve ailesinin sosyo-demografik ve konut özellikleri verilmiştir. Bu verilere göre; Şanlıurfa Merkez İlçelerinden en fazla katılımcı sağlanan yer %36,4 oranı ile Eyyübiye İlçesi olmuştur. Ankete katılan annelerin %58,2’ sinin 30 yaş ve altında olduğu ve yaş ortalamasının ise $29,64 \pm 6,1$ olduğu hesaplanmıştır. Annelerin %31,8’inin lise ve üzeri eğitime sahip olduğu, %63,9’ unun il merkezinde yaşadığı ve hepsinin gelir getiren bir işte çalışmadıkları görülmüştür. Ankete katılan annelerin %56,7’ si aile tipinin çekirdek aile olduğunu ve

çocuk sayısının ise % 37,6 ile 1 veya 2 çocuğa sahip olduğunu beyan etmiştir. Anneler eşlerinin %42,0'ının lise veya üzeri eğitime sahip iken, %91,2'sinin gelir getiren bir işte çalıştıklarını, çalışan eşlerinin ise %85,7'sinin çiftçi, şoför gibi serbest meslekte çalıştıklarını ifade etmiştir. Ankete katılmış olan ailelerin %57,6'sının aylık geliri asgari veya üzeridir. Annelerin %41,2'si apartman tipi evde ikamet ettikleri ve %63,9'u kullanma ve içme suyu olarak şebeke suyu kullandığını saptanmıştır.

Çizelge 4.2. 0-2 Yaş Çocukların Sosyo- Demografik Özellikleri (n=330)

Bebeğe Ait Özellikler (n=330)	Sayı	Yüzde
Bebek Ayı ($\bar{X} \pm SS = 12,19 \pm 4,8$)		
1-12 Ay Arası	192	58,2
13 Ay ve Üzeri	138	41,8
Cinsiyet		
Erkek	143	43,3
Kız	187	56,7
Şu Anda Anne Sütü Kullanma Durumu		
Evet	111	33,6
Hayır	219	64,4
Anne sütü bırakma zamanı (n=219)		
6 aydan önce	38	17,4
6- 12 ay	138	63,0
12 aydan sonra	44	19,6
Anne sütü verme sıklığı (n=111)		

1-2 kez	53	47,7
3-4 kez	25	22,5
5 kezden daha fazla	33	29,8
Ek Gıdaya Başlanma Zamanı (n=327)		
6 aydan önce	178	54,4
6 ay ve üzeri	149	45,6
Çocuğa Su Verme Şekli		
Hazır	119	36,1
Şebeke	211	63,9

0-2 yaş çocuklara ait sosyo-demografik özellikler Çizelge 4.2’de verilmiştir. Bu veriler incelendiğinde; çocukların %58,2’sinin 12 ay veya altında olduğu, aylık ortalamasının ise $12,19 \pm 4,8$ olarak hesaplanmıştır. Çocukların %56,7’sinin kız olduğu, %64,4’ünün anne sütü almaya devam ettiği ve anne sütünü alan çocukların %47,7’sinin günde 1 veya 2 kez emzirildiği saptanmıştır. Çocuklarının şuanda anne sütü almadığını belirten annelerin %63,0’ının çocukları 6-12 ay aralığındayken anne sütünü bıraktığını ifade etmiştir. Annelerin bebeklerine ek gıdaya 6 aydan önce başlama oranı % 54,4 olarak belirtilmiştir. Annelerin %63,9’unun çocuklarına içme suyu olarak şebeke suyu verdiğini ifade etmiştir.

Çizelge 4.3. . Çocukların İshal Durumu ve Özellikleri (n=330)

İshal Özellikler(n=330)	İle İlgili	Sayı	Yüzde
Çocuğun Daha Önce Geçirme Durumu	İshal		
Evet		182	55,2
Hayır		148	44,8
Şuana kadar ishal sıklığı (=182)	olma		

1 kez		53	29,1
2 kez		72	39,6
3 ve üzeri		57	31,3
Çocuk Şuan İshal mi?			
Evet		64	19,4
Hayır		266	80,6
Ne Zamandan Beri (n=64)	İshal		
3 gün veya daha az		20	31,3
4 gün veya daha fazla		44	68,7
Dışkılama Sayısı (n=64)			
3 kez		22	34,4
4 kez		18	28,1
5 ve daha fazla		24	37,5

Çocukların ishal durumu ve özellikleri Çizelge 4.3’de görülmektedir. Annelerin %55,2’sinin çocuklarının daha önce ishal geçirmiş olduğunu, daha önce ishal geçiren çocukların %39,6’ının ise şüana kadar 2 defa bu hastalığı geçirdiğini belirtmiştir. Şuan çocuklarının ishal olduğunu belirten annelerin oranı % 19,4 olarak saptanmıştır. İshal olan bebeklerin %68,7’ sinin ishali 4 gündür veya daha fazla devam etmekte olup, %37,5’ inin dışkılama sayısı 5 veya daha fazladır.

Çizelge 4.4. Annelerin İshal İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları (N=330)

Anne bilgi düzeyi (n=330)	Sayı	Yüzde
İshalken Yapılan Müdahaleler		
Su, Besin ve Emzirme Sayısını Artırmak	32	9,7
Evdeki ilaçlardan Vermek	83	25,2
Hemen Doktora Götürme	137	41,5

Hepsini yapıyorum	78	23,6
Anneye Göre İshal Olma Sebebi		
Sudan	131	41,5
Yiyeceklerden	31	9,4
Havadan	86	26,1
Diş çıkarmasından	76	23,0
ORS Bilgi Durumu		
Biliyor	30	9,1
Bilmiyor	300	90,9
ORS Evde Hazırlanışını Bilme Durumu(n=30)		
Doğru Bilen	18	60,0
Yanlış Bilen	12	40,0
ORS Nasıl Verilir?		
Doğru Bilen	18	60,0
Yanlış Bilen	12	40,0
Anneye Göre İshalli Çocuğa Verilmeyen Besinler		
Meyve Suyu-Bisküvi	227	68,8
Haşlama Patates, Pirinç, Muz	29	8,8
Sulu Besinler	74	22,4

Çizelge 4.4.'te Annelerin ishal hastalığı ile ilgili bilgi ve uygulamaları verilmiştir. Çizelgeye göre annelerin %41,5'i çocuğu ishal olduğunda hemen doktora götürdüğünü belirtmiş olup, %9,7' si ise ilk olarak kendi bildiği yöntemler olan bol sıvı verme, emzirmeyi arttırma ve ishali önleyici besinler verdiğini belirtmiştir. İshal olduğunda evdeki ilaçlardan verdiğini ifade eden annelerin %51,8'inin probiyotik

verdiğini, besinlerden ise annelerinin yarısından çoğunun (%56,8) patates püresi verdiği saptanmıştır. Annelerin %41,5'inin çocuğun ishal olma sebebinin sudan kaynaklandığını belirtmiştir. Annelerin ishal hastalığı hakkında bilgi durumları incelendiğinde annelerin hemen hemen hepsi ishalleri çocuğa su verilir belirtirken (%98,5), verilmeyen besinler olarak da annelerin %68,8'inin meyve suyu veya bisküvi vermediğini belirtmiştir.

ORS hakkında bilgi sahibi olan anne oranının % 9,1 olduğu görülmüştür. ORS hakkında bilgisi olan annelerin %60,0'ı ORS hazırlanışını ve nasıl verileceğini doğru bilmektedir. Anneleri %68,8' i ishalleri çocuğa meyve suyu ve bisküvi tarzı abur cuburların verilmemesi gerektiğini bilmektedir.

Çizelge 4.5. Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeğinden Aldığı Puanlar

Boyutlar	Madde Sayısı	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
Kişisel Hijyen	8	38,03 $\pm$ 1,84	32-40
Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranışlar	9	35,12 $\pm$ 5,0	22 -44
Genel Hijyenik Davranışlar	5	24,18 $\pm$ 1,34	18-25
Toplam	22	97,34$\pm$7,3	73-109

Çizelge 4.5.'te erken çocukluk çağı ishalini önlemede anne öz-yeterliği ölçeğinde annelerin aldığı puanlar sıralanmıştır. Anneler kişisel hijyen alt boyutundan 38,03 $\pm$ 1,84 puan ortalaması hesaplanırken, çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutundan 35,12 $\pm$ 5,0, genel hijyenik davranışlar alt boyutundan 24,18 $\pm$ 1,34 puan ortalaması hesaplanmıştır. Annelerin bu ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması ise 97,34 $\pm$ 7,3 olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.6. Annelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları Puanları

Değişkenler	Kişisel Hijyen		Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranışlar		Genel Hijyenik Davranışlar		Toplam	
	X _{ss}	P	X _{ss}	P	X _{ss}	P	X _{ss}	P
Anketin Yapıldığı Semt		0,000		0,000		0,000		0,000
Eyyübiye(1)	36,5±1,4	(1-2), 0,000	30,6±4,2	(1-3), 0,000	23,1±1,6	(1-2), 0,000	90,3±6,4	(1-3) 0,000
Haliliye(2)	38,4±1,6	(1-3), 0,000	36,6±2,6	(1-2), 0,000	24,7±0,6	(1-3), 0,000	99,7±3,7	(1-2) 0,000
Karaköprü(3)	39,2±1,2	(2-3), 0,000	37,8±2,8	(2-3), 0,000	24,8±0,4		102,8±3,7	(2-3) 0,000
Yaş(X _{ss} -29,64±6,1)		0,068		0,02		0,05		
30 Yaş ve Altı	37,8±1,8		34,4±5,1		24,0±1,41		96,3±7,3	0,02
31 Yaş ve Üzeri	38,2±1,7		36,1±4,6		24,4±1,13		98,7±6,7	
Anne Eğitim Durumu		0,000		0,000		0,000		0,000
Okur-yazar veya Değil(1)	36,8±1,8	(1-2), 0,002	31,6±5,4	(1-2) 0,006	23,4±1,7	(1-3) 0,000	91,9±7,8	(1-2) 0,001
İlkokul(2)	37,8±1,8	(1-4), 0,000	33,9±4,7	(1-4) 0,000	23,9±1,5	(1-4) 0,000	95,7±7,1	(1-4) 0,000
Ortaokul(3)	38,0±1,8	(2-4), 0,000	36,1±4,8	(2-3) 0,020	34,4±1,0	(2-4) 0,000	98,5±6,7	(2-4) 0,000
Lise ve üzeri (4)	39,0±1,2	(3-4), 0,001	37,7±3,1	(2-4) 0,000	34,7±0,6	(2-3) 0,019	101,5±4,2	(2-3) 0,037
Suan Yaşanılan Yer		0,00		0,00		0,00		0,00
İl	38,8±1,5		37,6±2,9		24,7±0,5		101,2±4,1	0,00
Taşra	36,5±1,4		30,6±4,7		23,1±1,6		90,3±6,5	
Aile Tipi		0,00		0,00		0,00		0,00
Çekirdek Aile	38,8±1,4		37,6±3,1		24,7±0,5		101,2±4,3	
Geniş Aile	37,0±1,7		31,7±5,0		23,4±1,6		92,2±7,2	
Baba Eğitim Durumu		0,000		0,000		0,000		0,000
Okur-yazar veya Değil(1)	37,3±1,6	(1-4) 0,000	32,1±5,5	(1-3) 0,004	23,2±1,7	(1-3) 0,000	92,7±8,0	(1-3) 0,001
İlkokul(2)	37,2±1,7	(2-4) 0,000	33,0±4,5	(1-4) 0,000	23,7±1,6	(1-4) 0,000	94,0±6,9	(1-4) 0,000
Ortaokul(3)	37,9±1,9	(3-4) 0,023	35,0±4,9	(2-3) 0,045	24,3±1,0	(2-4) 0,000	97,4±6,9	(2-4) 0,000
Lise ve üzeri (4)	38,7±1,6		37,2±4,1	(3-4) 0,009	24,6±0,7	(2-3) 0,019	100,6±5,7	(3-4) 0,007
Aylık Gelir		0,016		0,010		0,157		0,008
Asgari ve Altı	37,7±1,8		34,2±5,0		24,0±1,4		96,1±7,3	
Asgari Üzeri	38,2±1,7		35,7±4,9		24,2±1,2		98,2±7,2	
Çocuk Sayısı		0,002		0,002		0,521		0,002
1-2 Çocuk(1)	38,1±1,8	(2-3), 0,002	35,1±4,8	(2-3), 0,001	24,2±1,3		97,5±7,1	(2-3), 0,001
3 Çocuk(2)	38,4±1,7		36,4±4,6		24,2±1,2		99,1±6,8	
4 ve Üzeri Çocuk(3)	37,5±1,7		33,9±5,2		24,0±1,3		95,6±7,5	
Yaşanılan Ev Tipi		0,000		0,000		0,000		0,000
Apartman (1)	38,9±1,5	(1-2) 0,000	37,8±3,2	(1-2) 0,000	24,7±0,6	(1-2) 0,000	101,5±4,6	(1-2) 0,000
Müstakil(2)	37,2±1,6	(1-3) 0,000	33,0±5,0	(1-3) 0,000	23,7±1,6	(1-3) 0,000	94,0±7,4	(1-3) 0,000
Gecekondu(3)	37,6±1,9		33,4±5,2		23,8±1,4		95,0±7,4	
İçme Suyu Türü		0,000		0,000		0,000		0,000
Şebeke Suyu	37,3±1,8		33,2±5,0		23,8±1,5		94,5±7,3	
Hazır Su	39,2±1,2		38,3±3,0		24,7±0,6		102,3±3,9	

Annelerin sosyo demografik özelliklerine göre erken çocukluk çağı ishalini önlemede anne öz-yeterliği ölçeği toplam ve alt boyutları puanlarının dağılımı Çizelge 4.6'da görülmektedir. Ailelerin yaşadığı semte göre ölçeğin kişisel hijyen alt boyutu karşılaştırıldığında; Eyyübiye semtinde oturan annelerin kişisel hijyen puan ortalamasının 36,5±1,4, Haliliye için 38,4±1,6, Karaköprü için 39,2±1,2 olarak hesaplanmıştır. Bu iki değişken arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (p<0,05). Bu gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığına yönelik yapılan analizde farkın üç gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (p<0,05). Aynı durumu çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutu ve toplam puanda görülmüş,

bu alt boyut ile ailelerin yaşadığı semt arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). Bu gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığına yönelik yapılan analizde üç gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (p<0,05).

Ölçeğin diğer alt boyutu olan genel hijyenik davranışlar alt boyutunda semtlere göre annelerin aldıkları puan ortalaması sırasıyla; Eyyübiye 23,1±1,6, Haliliye 24,7 + 0,6, Karaköprü 24,8±0,4 olarak belirtilmiştir (p<0,05). Semtler arası istatistiksel fark Eyyübiye Semtinden kaynakladığı saptanmıştır (p<0,05).

Anne yaşı ile çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutuna bakıldığında; 30 yaş ve altı annelerin puan ortalamasının 34,4 ± 5,1, 31 yaş ve üzeri annelerin ise 36,1 ± 4,6 olduğu hesaplanmıştır (p<0,05). Toplam boyutta aynı durumu belirtilmiş, 31 yaş ve üzeri annelerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aradaki istatistiksel

farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (30 yaş ve altı: $96,3 \pm 7,3$, 31 yaş ve üstü: $98,7 \pm 6,7$, $p < 0,05$).

Anne eğitim durumu ile ölçeğin toplam ve alt boyutları kıyaslandığında, kişisel hijyen alt boyutuna göre, okuryazar veya olmayan annelerin puan ortalamasının $36,8 \pm 1,8$ iken, bu puan ilkökul eğitime sahip olan annelerde $37,8 \pm 1,8$, ortaokulda $38,0 \pm 1,8$, lise ve üzeri mezunu annelerde $39,0 \pm 1,2$ olduğu hesaplanmış ve annelerin eğitim durumu ile bu alt boyut arasında istatistiksel farkın anlamlı çıktığı hesaplanmıştır ($p < 0,05$). Anlamlı çıkan farkın ise dört farklı eğitim durumuna sahip olan anne grupların hepsinden kaynaklandığı hesaplanmıştır. Aynı durumu toplam ve çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda saptanmış, değişkenler arasında fark istatistiksel olarak anlamlı ve farkı oluşturan grupların tümü olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Şuan yaşanılan yer ile annelerin erken çocukluk çağı ishalini önlemede anne öz-yeterliği ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ilde ikamet eden annelerin toplam puan ortalaması $101,2 \pm 4,1$ iken, taşrada ikamet eden annelerde $90,3 \pm 6,5$ dur ($p < 0,05$). Alt boyutlarında aynı durum saptanmış, ilde yaşayan annelerin puan ortalamasının yüksek ve değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$).

Aile tipine göre annelerin kişisel hijyen alt boyutunda aldıkları puan ortalaması çekirdek aile tipine sahip annelerde $38,8 \pm 1,4$, geniş aile tipine sahip annelerde $37,8 \pm 1,7$ olduğu ve değişkenler arasından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda sırasıyla, çekirdek aile için $37,6 \pm 3,1$, geniş aile için $31,7 \pm 5,0$ ($p < 0,05$), genel hijyenik davranışlar alt boyutunda, çekirdek aile için $24,7 \pm 0,5$, geniş aile için $23,4 \pm 1,6$ ($p < 0,05$), toplam boyutta ise çekirdek aile için $101,2 \pm 4,3$, geniş aile için $92,2 \pm 7,2$ ($p < 0,05$) olduğu belirtilmiştir.

Baba eğitim durumu ile kişisel hijyen alt boyutu bakıldığında; okuryazar veya okuryazar olmayan babalarda puan ortalaması $37,3 \pm 1,6$, ilkökul seviyesinde olan babalarda $37,2 \pm 1,7$, ortaokulda $37,9 \pm 1,9$, lise ve üzeri eğitim seviyesi sahip babalar içinde $38,7 \pm 1,6$ olduğu ve bu iki değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu hesaplanmıştır ($p < 0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığına yönelik yapılan post-hoc güç analizinde, farklılığı oluşturan grubun dört grubunda olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Anlamlı çıkan farkın ise dört farklı eğitim durumuna sahip olan baba eğitim durumu grupların hepsinden kaynaklandığı hesaplanmıştır. Aynı durumu toplam ve çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda saptanmış, değişkenler arasında fark istatistiksel olarak anlamlı ve farkı oluşturan tüm gruplar olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Annelerin ifadesine göre aylık geliri asgari veya altında olduğunu belirten annelerin kişisel hijyen alt boyutu puan ortalaması $37,7 \pm 1,8$ iken, asgarinin üzerinde olduğunu belirten annelerde $38,2 \pm 1,7$ 'dir ve bu iki değişken arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Aylık geliri asgarinin üzerinde olduğunu ifade eden annelerin erken çocukluk çağı ishalini önlemede anne öz-yeterliği ölçeği toplam ve diğer alt boyutları puan ortalaması daha yüksek belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Annelerin sahip olduğu çocuk sayısına göre kişisel hijyen alt boyutuna bakıldığında; 3 çocuğu olan anneler $38,4 \pm 1,7$ puan alırken, 1–2 çocuğu olanlar $38,1 \pm 1,8$; 4 ve üzeri çocuk sahibi olanlar ise $37,5 \pm 1,7$ puan almıştır. Gruplar arasında anlamlı fark istatistiksel olarak vardır ($p < 0,05$) ve farkı oluşturan grupların 3 çocuğu olan anneler ile 4 veya daha fazla olan annelerden kaynaklanmıştır ($p < 0,05$). Çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda ve toplam ölçekte 3 çocuklu annelerin puanı (çocuğa yönelik hijyenik davranışlarda, $36,4 \pm 1,4$, toplam ölçekte, $99,1 \pm 6,6$) en yüksek çıkmış ve kişisel hijyen alt boyutunda olduğu gibi farkı oluşturan grupların 3 çocuğu olan anneler ile 4 veya daha fazla olan annelerden kaynaklanmıştır ($p < 0,05$).

Yaşanılan ev tipine göre, kişisel hijyen alt boyutunda apartmanda yaşayan anneler $38,9 \pm 1,5$, müstakil evde yaşayanlar $37,2 \pm 1,6$ ve gecekondü bölgesinde yaşayanlar $36,6 \pm 1,9$ puan almıştır ($p < 0,05$). Apartmanda yaşayan annelerin toplam ölçekten aldığı puan ortalaması $101,5 \pm 4,6$ ile en yüksek düzeyde bulunurken, müstakil evde yaşayanlarda bu ortalama $94,0 \pm 7,4$ ve gecekonduda yaşayanlarda $95,0 \pm 7,4$ olarak hesaplanmıştır ($p < 0,05$). Çocuğa yönelik ve genel hijyenik davranışlar alt boyutlarında da apartmanda oturduğunu belirten annelerin puan ortalamasının müstakil ve gecekonduda oturduğunu belirten annelere göre daha yüksek hesaplanmıştır. Tüm boyutlarda ve toplam ölçekte gruplar arasındaki oluşan farkın apartman grubundan kaynaklandığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Annelerin çocuklarına içme suyu olarak verdiğini su türüne göre ölçeğin tüm boyutları ve toplam ölçek incelendiğinde; toplam ölçekte, hazır su kullanan annelerin toplam öz-yeterlilik puan ortalaması $102,3 \pm 3,9$, şebeke suyu kullananların ortalaması ise $94,5 \pm 7,3$ 'tür ($p < 0,05$). Kişisel hijyen, çocuğa yönelik ve genel hijyen davranışları alt boyutlarında da hazır su kullandığını belirten annelerin puanı daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$).

Çizelge 4.7. Bebeklerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları Puanları

Değişkenler	Kişisel Hijyen	p	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranışlar		Genel Hijyenik Davranışlar		Toplam	
	X±ss		X±ss	p	X±ss	p	X±ss	p
Bebek Ayı		0,809		0,625		0,240		0,955
1-12 Ay Arası	38,0±1,8			35,2±5,2		24,1±1,3		97,3±7,6
13 Ay ve Üzeri	38,0±1,7			34,9±4,7		24,2±1,3		97,3±6,9
Cinsiyet		0,120		0,005		0,000		0,003
Erkek	38,2±1,8			35,9±4,4		24,4±1,0		98,6±6,5
Kız	37,8±1,8			34,4±5,3		23,9±1,4		96,3±7,7
Şu Anda Anne Sütü Kullanma Durumu		0,392		0,000		0,001		0,001
Evet	38,1±1,9			36,3±3,7		24,4±0,9		99,0±5,7
Hayır	37,9±1,7			34,4±5,4		24,0±1,4		96,4±7,8
Anne sütü bırakma zamanı(n=219)		0,000 (1-3) 0,000 (2-3) 0,014		0,000		0,000		0,000
6 aydan önce (1)	37,7±1,9			33,6 ±5,7	(1-2) 0,000	23,7±1,6	(1-2) 0,000	95,1±8,3
6- 12 ay(2)	38,1±1,7			36,1±4,0	(1-3) 0,000	24,4±0,9	(1-3) 0,000	98,7±5,7
12 aydan sonra (3)	39,0±1,4			37,4±2,8		24,9±0,3		101,3±3,8
Anne sütü verme sıklığı (n=111)								
4 kez ve altı	38,0±1,8	0,126		0,305		0,319		0,884
4 kezden daha fazla	37,6±1,5			35,0±5,0		24,2±1,3		97,3±7,4
				35,8±4,6		23,9±1,3		97,5±6,5
Ek Gıdaya Başlanma Zamanı(n=327)		0,000		0,000		0,000		0,000
6 aydan önce	37,7±1,8			33,9±3,7		23,9±1,0		95,6±6,5
6 ay ve üzeri	38,4±1,7			36,4±5,4		24,5±1,4		99,4±7,7
Çocuğa Su Verme Şekli		0,000		0,000		0,000		0,000
Hazır	39,2±1,2			38,3±3,0		24,7±0,6		102,2±3,9
Şebeke	37,3±1,8			33,3±5,0		23,8±1,5		94,5±7,7

Çizelge 4.7'de bebeklerin sosyo-demografik özelliklerine göre annelerin erken çocukluk çağı ishalini önlemede öz-yeterlik toplam ve alt boyut puanları değerlendirilmiştir. Annelerin genel hijyenik uygulamalara yönelik öz-yeterliliklerinin erkek çocuk sahibi olan annelerin 24,4 $\pm$ 1,0 iken, kız çocuk sahibi annelerin ortalaması 23,9 $\pm$ 1,0'dur ($p<0,05$). Aynı şekilde çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda ($p<0,05$, 35,9 $\pm$ 4,4) ve toplam ölçeğe erkek çocuğa sahip annelerin puanı daha yüksek saptanmış ve istatistiksel fark anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$, 98,6 $\pm$ 6,5).

Şu anda anne sütü verme durumuna göre yapılan değerlendirmede; hem genel hem çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda hem de toplam öz-yeterlilik puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,005$). Anne sütü veren annelerin genel hijyenik davranışlar alt boyut puan ortalaması 24,4 $\pm$ 0,9 iken, anne sütü vermeyen annelerde bu ortalama 23,9 $\pm$ 1,4 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, toplam puan açısından anne sütü veren annelerin ortalaması 99,0 $\pm$ 5,7 ile daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anne sütü bırakma zamanı değişkenine göre yapılan analizlerde; kişisel hijyen, çocuğa yönelik hijyenik davranışlar, genel hijyenik davranışlar ve toplam puan alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Bütün boyutlarda ve toplamda 12 ay ve sonrası sürede emzirmeyi bırakan annelerin puan ortalaması, diğer gruplara göre yüksek çıkmıştır. Gruplara arası farkın hangi gruptan kaynaklandığına yönelik yapılan post-hoc analizlerinde; kişisel hijyende 3 grup olan 12 ay ve sonrası, diğer alt boyutlar ve toplamda ise 1 grup olan 6 aydan önce anne sütü bıraktığını belirten annelerden kaynaklanmıştır.

Ek gıdaya başlama zamanına göre yapılan değerlendirmede tüm alt boyutlar ve toplam öz-yeterlilik puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). 6 ay ve

üzeri dönemde ek gıdaya başlayan annelerin toplam puan ortalaması $99,4 \pm 7,7$ olup, 6 aydan önce başlayanlarda ise $95,6 \pm 6,5$ bulunmuştur. ($p < 0,05$).

Çocuğa su verme şekli değişkenine göre yapılan analizde de tüm alt boyutlarda ve toplam puan düzeyinde anlamlı farklar bulunarak ($p < 0,05$), hazır su kullanan annelerin toplam ve alt boyut öz-yeterlilik puanı daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.8. Bebeklerin İshal Durumuna Göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları Puanları

Değişkenler	Kişisel Hijyen X $\pm$ ss p	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranışlar X $\pm$ ss p	Genel Hijyenik Davranışlar X $\pm$ ss P	Toplam X $\pm$ ss p
Çocuğun Daha Önce İshal Geçirme Durumu				
Evet	38,1 $\pm$ 1,8	0,061	0,204	0,023
Hayır	37,5 $\pm$ 1,8			
Suana kadar ishal olma sıklığı(=182)				
1 kez (1)	38,1 $\pm$ 1,8	0,008	0,000	0,000
2 kez(2)	37,5 $\pm$ 1,8	(1-3), 0,005	(1-3) 0,000	(1-3) 0,000
3 ve üzeri (3)	37,0 $\pm$ 1,6		(2-3) 0,001	(2-3) 0,002
Çocuk Şuan İshal mi?				
Evet	37,8 $\pm$ 1,8	0,473	0,017	0,28
Hayır	37,6 $\pm$ 1,8			
Ne Zamandan Beri İshal (n=64)				
3 gün ve daha az (1)	36,8 $\pm$ 1,2	0,036	0,011	0,124
4 gün ve daha fazla (2)	37,7 $\pm$ 2,0			
Dışkılama Sayısı (n=64)				
3 kez(1)	37,5 $\pm$ 1,5	0,769	0,714	0,569
4 kez(2)	37,1 $\pm$ 2,			
5 ve daha fazla(3)	37,5 $\pm$ 1,7			

Çizelge 4.8’de çocukların ishal durumu ile annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması incelenmiştir. Çocuğun daha önce ishal geçirip geçirmediği değişkenine göre genel hijyenik davranışlar alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Genel hijyenik davranışlar ortalaması ishal geçirmiş çocukların $24,5 \pm 1,0$, ishal geçirmemiş çocukların annelerinde $24,0 \pm 1,2$ olarak bulunmuştur.

Bebeğin şu ana kadar geçirdiği ishal sıklığına göre yapılan değerlendirmede; kişisel hijyen alt boyutunda, bir kez ishal geçirmiş bebeklerin anneleri $38,1 \pm 1,8$, iki kez geçirenlerin $37,5 \pm 1,8$ ve üç ve üzeri kez geçirenlerin $37,5 \pm 1,8$ puan ortalamasına sahiptir ($p < 0,05$). Bu farkın ise bir kez olan grupta, üç ve üzeri olan grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır ($p < 0,05$). Genel ve çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutlarında ve toplam ölçekte en düşük ortalamaya sahip olan grubun üç ve üzeri olan grup olduğu ve gruplar arası farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,05$).

Çocuğun şu anda ishal olup olmama durumuna göre çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). İshal olmayan çocukların annelerinde bu alt boyuttaki ortalama $34,6 \pm 4,5$, ishal olanlarda $32,9 \pm 4,3$ ’tür. Toplam öz-yeterlilik puanı da ishal olmayan çocukların annelerinde $95,7 \pm 7,9$, ishal olanlarda ise $91,9 \pm 7,7$ olmuştur ($p < 0,05$).

Ne zamandan beri ishal” değişkenine göre yapılan değerlendirmede, sadece kişisel hijyen alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Üç gün ve daha az süredir ishal olan çocukların annelerinin kişisel hijyen puan ortalaması $36,8\pm1,2$, dört gün ve üzeri ishal olan çocukların annelerinin ortalaması ise $37,7\pm2,0$ olarak hesaplanmıştır. Bu farkın, dört gün ve üzeri ishal süresine sahip çocukların annelerinden kaynaklandığı ve bu grubun daha yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.9. Annelerin İshal Hakkında bilgi ve Uygulamalarına Göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterliği Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları Puanları

Değişkenler	Kişisel Hijyen		Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranışlar		Genel Hijyenik Davranışlar		Toplam	
	X $\pm$ ss	p	X $\pm$ ss	p	X $\pm$ ss	p	X $\pm$ ss	p
İshalken Yapılan Müdahaleler		0,000		0,000		0,000		0,000
Hemen Doktora Götürme (1)	37,9 $\pm$ 1,8	(1-3), 0,017	35,2 $\pm$ 4,5	(1-3), 0,001	24,2 $\pm$ 1,2	(1-3), 0,003	97,4 $\pm$ 6,7	(1-3), 0,000
Su, Besin Emzirme Sayısını artırma 2	38,7 $\pm$ 1,5	(1-4), 0,041	35,4 $\pm$ 5,4	(1-4), 0,005	24,3 $\pm$ 1,3	(2-3), 0,049	98,5 $\pm$ 7,6	(1-4), 0,007
Evdeki ilaçlardan Verme (3)	37,2 $\pm$ 1,8	(2-3), 0,000	32,6 $\pm$ 5,2	(2-3), 0,021	23,6 $\pm$ 1,5	(3-4), 0,000	93,4 $\pm$ 7,4	(3-4), 0,002
Hepsini yapıyorum (4)	38,6 $\pm$ 1,5	(3-4), 0,000	37,4 $\pm$ 4,3	(3-4), 0,000	24,5 $\pm$ 1,1		100,6 $\pm$ 6,7	
ORS Hakkında Bilgisi		0,001		0,000		0,000		0,000
Biliyor	39,0 $\pm$ 1,5		40,0 $\pm$ 3,1		24,7 $\pm$ 0,6		103,8 $\pm$ 4,7	
Bilmiyor	37,9 $\pm$ 1,8		34,6 $\pm$ 4,9		24,1 $\pm$ 1,3		96,7 $\pm$ 7,2	
ORS Hazırlanışını Bilme(n=30)								
Doğru bilen	39,1 $\pm$ 1,7	0,566	41,0 $\pm$ 1,9	0,081	24,8 $\pm$ 0,3	0,105	105,0 $\pm$ 3,6	0,110
Yanlış bilen	38,8 $\pm$ 1,4		38,6 $\pm$ 4,0		24,4 $\pm$ 0,9		101,9 $\pm$ 5,7	
Anneye Göre İshal Olma Sebebi		0,000		0,000		0,000		0,000
Sudan (1)	38,7 $\pm$ 1,6	(1-3), 0,000	36,9 $\pm$ 4,2	(1-3), 0,025	24,5 $\pm$ 0,9	(1-4), 0,000	100,9 $\pm$ 6,0	(1-3), 0,005
Yiyeceklerden(2)	38,0 $\pm$ 1,8		35,4 $\pm$ 4,1		24,2 $\pm$ 1,3		97,0 $\pm$ 6,4	(1-4), 0,000
Havadan(3)	37,7 $\pm$ 1,9	(1-4), 0,000	35,1 $\pm$ 5,0	(1-4), 0,000	24,2 $\pm$ 1,2	(2-4), 0,019	97,0 $\pm$ 7,3	(2-4), 0,011
Diş çıkarmasından(4)	37,1 $\pm$ 1,5		32,0 $\pm$ 5,1	(2-4), 0,028	23,4 $\pm$ 1,6	(3-4), 0,001	92,6 $\pm$ 7,3	(3-4), 0,000
				(3-4), 0,000				
Anneye Göre İshalı Çocuğa Verilmeyen Besinler		0,000		0,000		0,005		0,000
		(1-2), 0,000		(1-2), 0,000		(1-2), 0,006		(1-0), 0,000
		(1-3), 0,000		(1-3), 0,001				(1-3), 0,000
Meyve Suyu-Bisküvi(1)	38,4 $\pm$ 1,7		36,0 $\pm$ 4,7	(2-3), 0,015	24,3 $\pm$ 1,2		98,8 $\pm$ 6,9	(2-3), 0,035
Haşlama Patates, Pirinç, Muz(2)	36,8 $\pm$ 1,8		30,8 $\pm$ 4,8		23,5 $\pm$ 1,7		91,2 $\pm$ 6,9	
Sulu Besinler(3)	37,1 $\pm$ 1,7		33,8 $\pm$ 4,8		24,0 $\pm$ 1,3		95,0 $\pm$ 6,6	

Annelerin ishal durumunda yaptığı müdahalelere göre toplam ve alt boyut özyeterlilik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0,05$). Kişisel hijyen alt boyutunda, ‘hemen doktora götürme’ seçeneğini işaretleyen annelerin puan ortalaması $37,9\pm1,8$ iken, ‘evdeki ilaçlardan verme’ seçeneğini işaretleyenlerin puanı $37,2\pm1,8$ olarak hesaplanmıştır. ‘Hepsini yapıyorum’ seçeneğini işaretleyenlerin ortalaması ise $38,6\pm1,5$ bulunmuştur. Yapılan post-hoc analiz sonucunda farkın ‘evdeki ilaçlardan veren’ grup ile ‘hemen doktora götüren’ ve ‘hepsini yapıyorum’ grupları arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda da benzer şekilde anlamlı fark saptanmış ($p<0,05$) ve en yüksek puan ortalaması $37,4\pm4,3$ ile ‘hepsini yapıyorum’ diyen annelerde, en düşük ortalama ise $32,6\pm5,0$ ile ‘evdeki ilaçlardan veren’ grupta bulunmuştur. Farkın bu iki gruptan kaynaklandığı post-hoc analizle belirlenmiştir.

Genel hijyenik davranışlar alt boyutunda da anlamlı fark saptanmış ($p<0,05$); ‘hepsini yapıyorum’ diyen anneler $24,5\pm1,1$ ortalamaya sahipken, ‘evdeki ilaçlardan veren’ grup $23,6\pm1,5$ ortalamaya sahiptir. Toplam öz-yeterlilik puanı en yüksek olan grup $100,6\pm6,7$ ile ‘hepsini yapıyorum’ grubu olurken, en düşük puan ise $93,4\pm7,4$ ile ‘evdeki ilaçlardan veren’ grupta saptanmıştır. Farkın ‘hemen doktora götürme’, ‘evdeki ilaçlardan verme’ ve ‘hepsini yapıyorum’ gruplarından kaynaklandığı anlaşılmıştır ($p<0,05$).

ORS hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre tüm alt boyutlarda ve toplam puanlarda anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). ORS bilen annelerin kişisel hijyen puanı $39,0\pm1,5$, bilmeyenlerin $37,8\pm1,8$; çocuğa yönelik hijyenik davranışlar ortalaması sırasıyla $40,0\pm1,9$ ve $34,9\pm4,9$; genel hijyenik davranışlar ortalaması $24,7\pm0,6$ ve $24,1\pm1,3$ ’tür. Toplam ölçek öz-yeterlilik puanı ORS bilen grupta $103,8\pm4,7$, bilmeyen grupta ise $96,7\pm7,2$ ’dir.

Annelerin ishal durumunda çocuklarına verilmemesi gerektiğini düşündükleri besin türlerine göre anne öz-yeterlilik düzeyleri alt boyutları ve toplam puan açısından değerlendirilmiştir.

Annelerin verdiği yanıtlara göre, “meyve suyu ve bisküvi” (1), “haşlanmış patates, pirinç, muz” (2) ve “sulu besinler” (3) şeklinde sınıflandırılan besin grupları arasında tüm alt boyutlarda ve toplam öz-yeterlilik puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Kişisel hijyen alt boyutunda, en yüksek puan ortalaması $38,4\pm1,7$ ile haşlanmış patates, pirinç ve muz grubuna, en düşük ortalama ise $37,1\pm1,7$ ile meyve suyu-bisküvi grubuna aittir. Farkın kaynağı, post-hoc analiz sonuçlarına göre 1. grup ile 2. grup arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda ise en yüksek ortalama yine haşlanmış patates, pirinç, muz grubuna ($34,8\pm4,8$), en düşük ise meyve suyu-bisküvi grubuna ($33,3\pm4,8$) ait olup, bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Farkın 1. grup ile 2. grup arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Genel hijyenik davranışlar alt boyutunda en yüksek ortalama $24,3\pm1,2$ ile haşlanmış patates, pirinç, muz grubuna; en düşük ortalama ise $23,5\pm1,7$ ile meyve suyu-bisküvi grubuna aittir. İstatistiksel olarak anlamlı fark 1. grup ile 2. grup arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$).

Toplam öz-yeterlilik puanı açısından ise, haşlanmış patates, pirinç ve muz grubunun ortalaması $95,0\pm6,6$ ile en yüksek; meyve suyu-bisküvi grubunun ortalaması ise

91,2±6,9 ile en düşük bulunmuştur. Anlamlı farklılığın post-hoc analiz sonuçlarına göre 1. ve 2. grup arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Çocuklarda ishal hem dünyada hem ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada 0-2 yaş çocuklarda ishal oranı %19,4 olması (Çizelge 4.3), bu yükün bölgesel düzeyde ciddi olduğunu göstermektedir. Bu yük yalnızca bireysel sağlığı değil, toplumun ekonomik ve sosyal kalkınmasını da etkileyecek boyuttadır. Çünkü çocukluk çağında görülen ishal, yalnızca akut bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda gelişim geriliği, yetersiz beslenme, eğitim kayıpları ve hatta çocuk ölümlerine yol açabilecek kadar ciddi bir halk sağlığı problemidir (Milli Pediatri Derneği, 2021; Yıldız & Kaya, 2018). Ayrıca çocukların bu hastalık nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurma sıklığı, ebeveynlerin iş gücü kaybı, tedavi masrafları gibi çok boyutlu etkileri beraberinde getirmektedir (Aydın M., 2016; Özkan ve Demir, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2023) verilerine göre, her yıl dünya genelinde yaklaşık 525.000 beş yaş altı çocuk ishal nedeniyle hayatını kaybetmektedir. UNICEF 2022 yılı verilerinde ise, çocuk ölümlerinin %8'inin ishale bağlı olduğunu bildirmektedir (UNICEF 2022). Ülkemiz Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri incelendiğinde; beş yaş altı çocuklarda son bir yıl içinde geçirilen ishal atağı oranı bazı bölgelerde %30'lara kadar ulaşabildiğini saptamıştır (TÜİK 2023). Türkiye genelinde yapılan çalışmada; çocuklarda ishalin yaygınlığının, 2008 döneminde %20 olarak belirlemiştir (Şantaş, 2019). 2005 yılında Sivas'ta yapılan bir çalışmada 0-12 aylık bebeklerde ishal prevalansı %16.6 olarak belirlenirken (Tuna, 2005), 2018 yılında Erzincan'da yapılan çalışmada ise çocuklarda ishal oranı %6.2 olarak belirlemiştir (Bekar, 2018). Türkiye genelinde ishal oranları yıllara ve bölgelere göre değişiklik göstermektedir. 2005'teki yerel verilerle 2023'teki ulusal oranlar kıyaslandığında, bazı bölgelerde belirgin bir artış olduğu anlaşılmaktadır. Zaman içinde genel bir azalma beklenirken, oranların yüksek kalması; ishalin önlenabilir olmasına rağmen altyapı, eğitim ve sağlık yatırımlarında hâlâ eksikler olduğunu göstermektedir. Oysa ishal önlenabilir ve korunabilir bir hastalıktır ve bu konuda çocukların birincil bakımını üstlenen annelere önemli görevler düşmektedir.

Bu çalışmada annelerin, erken çocukluk çağı ishalini önlemede anne özyeterlilik ölçeği puanlara bakıldığında; annelerin toplam ölçek puanının $97,34 \pm 7,3$ (Çizelge 4.5) saptanması ve bu puanın ölçekten alınan puanın en yüksek 109 olduğu düşünüldüğünde annelerin ishali önlemede bilgi ve uygulama özyeterliliklerin yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Bu çalışmada ayrıca annelerin ishal ile ilgili bilgi ve uygulamaları incelendiğinde annelerin ishal olduğunda yapılan müdahalelerin her değişikende annelerin yarıya yakını doğru bilgi ve uygulamaya sahip olduğu görülmüştür (Çizelge 4.4). Bu durum çelişkilidir. Bu çelişkinin birkaç temel nedeni olabilir. Öncelikle, teorik bilgi ile gerçek uygulama arasında fark bulunabilir; anneler öz-yeterlilik ölçeğinde kendilerini daha yeterli değerlendirmiş olabilirler çünkü bu tür ölçekler genellikle öz-değerlendirmeye dayalıdır ve kişiler kendilerini olduğundan

daha başarılı görebilir. Ancak pratikte, örneğin ishal durumunda sıvı takviyesi, beslenmeye devam etme ya da hijyen alışkanlıkları gibi uygulamalarda bu yeterliliğin tam olarak karşılık bulmadığı görülebilir (UNICEF 2021, Demir ve Yılmaz 2019). Diğer yandan, anneler doğru bilgiye sahip olsa bile bu bilgiyi uygulamaya dönüştürmek için gerekli koşullar olan eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim, hijyen malzemeleri, temiz su gibi her zaman sahip olmayabilir. Bu durum, bilgi düzeyi yüksek olsa da davranış değişikliğinin gerçekleşmediğini ve bu nedenle ölçek puanları ile gerçek uygulama arasında çelişki oluştuğunu göstermektedir.

Annelerin yerleşim birimine göre ölçekten aldıkları puanlar analiz edildiğinde; Karaköprü ilçesindeki annelerin ortalama öz-yeterlilik puanı Eyyübiye'den daha fazla olduğu görülmüştür. Bu fark, sağlık hizmetlerine ulaşım, çevresel hijyen koşulları, kadınların eğitim düzeyi ve bilgiye erişim gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Özellikle Eyyübiye gibi demografik olarak daha kalabalık, göç alımı yüksek, kültürel çeşitliliğin yoğun olduğu bölgelerde annelerin sağlık davranışlarını etkileyen çok sayıda sosyal değişken bulunmaktadır (Güzel ve Demir, 2017; Şahin, 2019; Yıldırım ve Kaya, 2021). Özellikle demografik olarak yoğun, göç alımı yüksek ve kültürel çeşitliliğin fazla olduğu bölgelerde, annelerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebilmek için kültüre duyarlı sağlık eğitimleri verilmeli, mobil sağlık hizmetlerine sosyal destek uzmanları dahil edilmeli, kadınlara yönelik mahalle sağlık merkezleri kurulmalı ve topluluk içinden eğitilen anne liderlerle bu çalışmalar desteklenmelidir. Ayrıca, ebeveynlik eğitimlerinin kreş ve aile sağlığı merkezlerine entegre edilmesi, sağlık bilincinin erken dönemde yerleşmesini kolaylaştıracaktır.

Annenin öz-yeterliliğinin etkileyen önemli değişkenlerden biri eğitim durumudur. Lise ve üzeri eğitim almış annelerin öz-yeterlilik toplam puan ortalaması $101,5 \pm 4,2$ iken, eğitim düzeyi ilkökul ve altı olan annelerde bu değer $91,9 \pm 7,8$ e kadar düşmektedir (Çizelge 4.6, $p < 0.05$). Aynı durum ölçeğin tüm boyutlarında görülmekte ve farkı yaratan grupların hepsi olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Bu sonuç, sadece bilgi edinme değil, bilgiyi uygulamaya koyabilme becerisi açısından da eğitim düzeyinin belirleyici olduğunu göstermektedir. Yapılan çeşitli araştırmalar, annelere yönelik hijyen, ishal yönetimi ve sıvı tedavisi eğitimlerinin çocukluk çağı ishallerinin sıklığını ve şiddetini azalttığını ortaya koymuştur (UNICEF, 2023; BMJ Paediatrics Open, 2023). Özellikle düşük gelirli ve kalabalık bölgelerde verilen bu eğitimler sonucunda, annelerin oral rehidrasyon uygulamaları ve evde bakım becerileri anlamlı şekilde gelişmiş, hastane başvuruları azalmıştır (Koç, Demirtaş, & Kardaş, 2015; Yılmaz & Ayhan, 2018). Ayrıca, ulusal düzeyde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe çocuklarda ishal prevalansının düştüğü görülmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Çocukluk çağında sık görülen ishallerin önlenmesi ve etkili şekilde yönetilmesi için, özellikle düşük gelirli ve riskli bölgelerde yaşayan annelere yönelik hijyen, ishal belirtileri, sıvı kaybı ve evde bakım konularını içeren eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır. Bu eğitimlerin aile sağlığı merkezlerinde ve okul öncesi

kurumlarda düzenli ve uygulamalı biçimde verilmesi, hem hastane başvurularını azaltacak hem de annelerin ishal yönetiminde bilinçli ve güvenli kararlar almasını sağlayacaktır.

Eğitim durumu gibi benzer bir etki aile tipi üzerinde de gözlemlenmiştir. Çekirdek ailede yaşayan annelerin ölçek toplam puan ortalaması geniş ailede daha düşüktür. Hijyen alışkanlıklarının paylaşılması, bireysel sorumluluğun dağılması ve karar alma süreçlerinin yavaşlaması bu farkta etkili olabilmektedir. Geniş ailede yaşayan annelerin öz-yeterlik puanlarının çekirdek aileye göre daha düşük olması, aile yapısına bağlı sosyal dinamiklerin etkisini göstermektedir (Bekar ve Arıkan, 2022; Joventino ve ark., 2013; da Penha ve ark., 2022). Çekirdek ailede yaşayan annelerin öz-yeterlik puanlarının daha yüksek olması, bu aile yapısında bireysel sorumlulukların daha net dağılması ve annenin karar alma süreçlerinde daha etkin rol üstlenmesiyle açıklanabilir. Geniş aile yapılarında ise bakım sorumluluğunun paylaşılması, annenin inisiyatif alma düzeyini düşürebilmekte, bu da sağlıkla ilgili davranışlara yansıyabilmektedir. Bu nedenle, geniş ailede yaşayan annelere yönelik sağlık eğitimlerinin yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı kalmaması; karar alma becerilerini, kişisel sorumluluk duygusunu ve öz-yeterlik algısını güçlendirecek şekilde yapılandırılması önemlidir. Ayrıca, bu ailelerde yaşayan diğer aile büyüklerinin (örneğin kayınvalide) de eğitim süreçlerine dâhil edilmesi, uygulamaların sürdürülebilirliği açısından fayda sağlayabilir.

Bu araştırmaya göre, hazır su kullanan annelerin toplam öz-yeterlilik puanı ortalaması $102,2 \pm 3,9$ iken, şebeke suyu kullananlarda bu puan daha düşüktür. Bu durum, güvenilir suya erişimi olan annelerin hijyen uygulamalarına daha fazla güvendiğini ve bu güvenin öz-yeterlik puanlarına olumlu yansıdığını göstermektedir.

Bu anlamlı fark, sadece hijyen bilgisinden değil, aynı zamanda annenin su kaynağının güvenilirliğine olan inancından ve hijyenik yaşam koşullarına verdiği önemden kaynaklanabilir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2020), dünya genelinde yaklaşık 2 milyar insanın dışkı ile kontamine olmuş su tükettiğini ve bu durumun çocukluk çağı ishallerinin başlıca nedenlerinden biri olduğunu raporlamaktadır. Luby ve arkadaşları (2015), Pakistan’da yaptıkları çalışmada, güvenli suya erişimi olan ailelerde çocukluk çağı ishal oranlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Prüss-Ustün ve arkadaşlarının (2014) 145 ülkeyi kapsayan analizinde, içme suyunun kalitesinin yalnızca fiziksel hastalıkları değil, bakım verenin sağlıkla ilgili karar alma davranışlarını da etkilediği vurgulanmıştır. Hazır su kullanımının daha yüksek öz-yeterlilik ile ilişkilendirilmesi, annelerin hijyen risklerini algılama düzeyinin davranışlarına yansıdığını göstermektedir. Ayrıca literatür, güvenli içme suyuna erişimin, ishalin önlenmesinde temel bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır (UNICEF, 2023; GBD Diarrhoeal Diseases Collaborators, 2020). Literatürde de içme suyunun kalitesinin yalnızca fiziksel sağlıkla değil, aynı zamanda hijyen davranışlarının sürdürülebilirliğiyle de doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.

(WHO 2019; UNICEF 2019; Wolf ve ark 2020). Örneğin, Wolf ve arkadaşlarının (2020) sistematik derlemesinde, güvenli içme suyu temini ile çocukluk çağı ishallerinde %27'ye kadar azalma sağlandığı rapor edilmiştir. Benzer şekilde, WHO ve UNICEF (2019) verilerine göre, temiz su ve sanitasyon uygulamaları, düşük ve orta gelirli ülkelerde ishalleri hastalıkların önemli bir bölümünü önleyebilmektedir (WHO 2019; UNICEF 2019). Bu bağlamda, bireysel hijyen eğitimi kadar, çevresel altyapının ve su güvenliğinin sağlanması da annelerin hijyen öz-yeterliliğini destekleyen kritik bir unsurdur (Prüss-Ustün ve ark., 2014). Bu çerçevede, hazır su kullanımı annelerde sadece bireysel hijyen değil, aynı zamanda çocuklarının sağlığına yönelik daha bilinçli ve koruyucu davranışların da göstergesidir. Kuyu ve tanker gibi kontrolsüz su kaynaklarıyla beslenen ailelerde ise hijyen eğitimi ne kadar yüksek olursa olsun, ishal riski daha yüksek kalmaktadır (Nasir ve ark., 2022). Bu noktada, halk sağlığı hemşirelerinin hem ailelere temiz su temini hakkında rehberlik etmesi hem de su güvenliğiyle ilgili toplumsal farkındalığı artırması oldukça kritiktir. Ailelere yönelik eğitim programlarının sadece hijyen eğitimiyle sınırlı kalmaması, aynı zamanda suyun temin şekli, saklama koşulları ve kullanım hijyenine ilişkin uygulamalı bilgiler içermesi gerekmektedir.

Literatürde ayrıca sağlıklı içme suyu başta olmak üzere ishal sıklığını artıran bir diğer faktörün yaşanılan ev tipi olduğunu göstermiştir (WHO, 2017; UNICEF & WHO, 2021). Çalışma bulgularına göre, yaşanılan ev tipi annelerin hijyen özyeterliliği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Kişisel hijyen alt boyutunda apartmanda yaşayan anneler en yüksek ortalamaya sahipken gecekonduda yaşayanlar ise en düşük puanı almıştır. Benzer şekilde, toplam öz-yeterlik puanı açısından da apartmanda yaşayan anneler en yüksek özyeterlilik ortalamasına sahiptir. Bu farklar, yaşam koşullarının hijyen davranışları üzerindeki doğrudan etkisini göstermektedir. Apartman gibi altyapısı daha gelişmiş, temiz suya erişimi daha düzenli konutlarda yaşayan anneler, hem fiziksel koşulların uygunluğu hem de sosyal desteğin varlığı nedeniyle hijyen uygulamalarında daha yüksek öz-yeterlilik sergileyebilmektedir. Literatürde de benzer şekilde, altyapı yetersizliği ve kalabalık yaşam koşullarının hijyen uygulamalarını zorlaştırdığı ve çocuklarda ishal riskini artırdığı bildirilmiştir (Vazir ve ark., 2013; Günindi ve ark., 2020). Bu nedenle, fiziksel çevre iyileştirmeleri, hijyen eğitimiyle birlikte düşünülmeli ve dezavantajlı konutlarda yaşayan annelere yönelik özel destek programları geliştirilmelidir.

3 çocuklu anneler kişisel hijyen alt boyutunda yüksek puanlar alırken 4 ve üzeri çocuk sahibi annelerde bu puan anlamlı şekilde düşüyor. Bu durum, çocuk sayısı arttıkça annenin zaman, dikkat ve kaynaklarını çocuklar arasında bölmek zorunda kalmasının kişisel hijyen uygulamalarını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Literatürde benzer bulgulara rastlanmaktadır (Rahman ve ark. 2022; Yaya ve ark.; 2021; Aluko ve ark. 2020). Örneğin Rahman ve arkadaşları (2022), çocuk sayısındaki artışın hijyen davranışlarında azalmaya neden olduğunu ve özellikle kalabalık hanelerde annelerin el yıkama ve temizlik alışkanlıklarını sürdürmekte

zorlandığını belirtmiştir. Benzer şekilde Yaya ve ark. (2021), çocuk sayısı arttıkça hijyen ve bakım uygulamalarında azalma olduğunu, bunun da çocukluk çağı ishallerinde artışa yol açabileceğini vurgulamıştır. Ayrıca Aluko ve ark. (2020) de annelerin hijyen uygulamalarında yetersizliklerin çoğunlukla düşük sosyoekonomik durum, kalabalık hane yapısı ve çocuk sayısındaki fazlalıkla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla, çok çocuklu annelerin hijyen eğitimleri açısından öncelikli hedef grup olarak değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir. Bu bulgu, halk sağlığı uygulamalarında hijyen farkındalığı oluşturulurken aile yapısının da dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir.

Çizelge 4.7 deki araştırma bulguları, çocuk cinsiyetinin annelerin hijyen özyeterlik düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Genel hijyen uygulamaları alt boyutunda erkek çocuk sahibi annelerin öz-yeterlik puanı, kız çocuk sahibi annelerin puanından daha yüksek olarak ölçülmüş; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde, toplam ölçeğe de erkek çocuk sahibi anneler daha yüksek puan almıştır. Bu durum toplumsal cinsiyet rol aldığı söylenebilir ve bazı annelerin erkek çocukların daha hassas ya da korunmaya muhtaç olduğunu düşünmeleriyle ilişkilendirilebilir. Literatürde, erkek çocukların daha fazla ilgi, kontrol ve koruma davranışlarına maruz kaldığı; bunun da annelerin sağlıkla ilgili konularda daha dikkatli davranmalarına neden olabileceği ifade edilmektedir (Güngör ve ark., 2020; Kılıç & Uçanok, 2017). Bununla birlikte, bu farkın kültürel rollerle, toplumsal cinsiyet algısıyla ya da erkek çocuğa verilen öncelikle ilişkili olabileceği de düşünülebilir. Bu bağlamda, tüm çocuklar için eşit hijyen eğitimi ve bakım davranışlarının benimsenmesi önemlidir.

Anne sütü veren annelerin genel hijyen davranış puanı $24,4 \pm 0,9$, vermeyen annelerin ise $23,9 \pm 1,4$ olarak belirlenmiş; toplam öz-yeterlilik puanı da emziren annelerde daha yüksek çıkmıştır. Bu bulgu, emzirmenin sadece beslenme değil, aynı zamanda annenin hijyen pratiğine olan duyarlılığını artırdığını göstermektedir. Emziren anneler daha sık sağlık kurumlarına başvurmakta, hemşire ve ebe desteği almakta ve genellikle doğum sonrası danışmanlık hizmetlerinden yararlanmaktadır (Aktaş & Pasinlioğlu, 2020). Ayrıca anne sütüyle beslenen bebeklerde ishal görülme sıklığı daha düşük olduğu için, anneler hijyenik davranışların önemini daha yakından gözlemleyerek uygulamalarına daha fazla dikkat etmektedir (Yalçın ve ark., 2020). Dünya çapındaki veriler de bu durumu desteklemektedir: Victora ve arkadaşları (2016), yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerde ishal riskinin %50'ye kadar azaldığını, emzirmenin çocuk sağlığı üzerinde uzun vadeli olumlu etkiler yarattığını belirtmiştir (Victoria ve ark., 2016). Araştırma bulguları doğrultusunda, anne sütü verme davranışının hijyen öz-yeterliliğini artırıcı etkisi dikkate alınarak, tüm annelere doğum öncesi ve sonrası dönemlerde emzirme ve hijyen konularını kapsayan yapılandırılmış eğitim programları sunulmalıdır. Özellikle anne sütü veremeyen gruplara yönelik bireyselleştirilmiş rehberlik ve ev temelli hijyen danışmanlığı hizmetleri sağlanmalı; bu gruplar, hijyen uygulamaları ve çocuk bakımına ilişkin karar

alma süreçlerinde desteklenmelidir. Hastane çıkışı sonrası yapılan ev ziyaretlerinde, hem emzirme süreci hem de hijyen pratikleri birlikte değerlendirilmelidir. Ayrıca, görsel ve dijital materyallerle desteklenen eğitim uygulamaları (örneğin videolar, broşürler, mobil uygulamalar) annelerin öz-yeterlilik düzeylerini artırmada etkili olabilir. Kamu politikaları, doğum sonrası ilk altı ay boyunca emzirmeyi sürdüren annelere yönelik teşvik edici sosyal destek modelleri geliştirmelidir. Bu tür bütüncül müdahaleler, sadece hijyen davranışlarını değil, çocuk sağlığı sonuçlarını da olumlu yönde etkileyecektir. Diğer yandan anne sütü verme süresi uzadıkça annelerin hijyen öz-yeterlilik düzeyleri anlamlı biçimde artmaktadır. Özellikle anne sütünü 12 ay sonrasında kesenlerin öz-yeterlilik puanı ($101,3 \pm 3,8$), 6 aydan önce kesenlere ($95,1 \pm 8,3$) göre oldukça yüksektir ($p < 0,05$;

Çizelge 4.7). Bu sonuç, uzun süreli emzirmenin sadece çocuk sağlığına değil, annenin kendi bakım ve hijyen becerilerine yönelik güveninin gelişmesine de katkı sağladığını göstermektedir. Literatürde, uzun süreli emziren anneler genellikle sağlık hizmetleriyle daha uzun süreli temas hâlinde kalmakta, daha fazla bilgilendirme ve danışmanlık alma fırsatı yakalamaktadır (Lamberti ve ark., 2011; Victora et al., 2016). Ayrıca, bu annelerin bebekleriyle kurdukları fiziksel temas süresi arttıkça hijyen pratiği konusunda daha duyarlı ve dikkatli davranma eğiliminde oldukları görülmektedir (Aktaş & Pasinlioğlu, 2020). Literatürde de, 6 aydan kısa süreli emzirmenin ishal gibi enfeksiyon hastalıklarına karşı koruyuculuğunun sınırlı olduğu; buna karşın 12 aya kadar devam eden emzirmenin hem bağışıklık sistemini güçlendirdiği hem de annenin öz-yeterliliğini artırdığı belirtilmektedir (Lamberti ve ark., 2011; Yalçın ve ark., 2020). Bu bağlamda, sadece emzirme oranlarını değil, süresini de uzatmaya yönelik müdahale programlarının hijyen davranışlarını dolaylı olarak güçlendireceği söylenebilir. Anne sütünü bırakma kadar ek gıdaya başlama zamanı da annelerin hijyen öz-yeterliliği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Bu çalışmada, altı aydan önce ek gıdaya başlayan annelerin toplam öz-yeterlilik puanı $95,6 \pm 6,5$ iken, 6 ay ve sonrasında başlayan annelerde bu puan $99,4 \pm 7,7$ 'ye yükselmiştir ($p < 0,05$, Çizelge 4.7). Bu fark, erken dönemde ek gıdaya başlayan annelerin, çocuk beslenmesi ve gıda hijyeni konularında bilgi eksiklikleri yaşayabileceğini ve bu nedenle öz-yeterliliklerinin düşük olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle düşük sosyoekonomik gruplarda, hijyen koşullarına uygun olmayan ortamda hazırlanan gıdalar, ishal başta olmak üzere çeşitli enfeksiyon risklerini artırmaktadır (Walson & Berkley, 2018). Nitekim WHO ve UNICEF (2021), ek gıdaya başlama zamanlamasının hem enfeksiyon riskleri hem de annenin çocuk bakımındaki güven düzeyiyle yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, erken dönemde başlanan ek beslenme, anne sütü verme süresini kısaltarak, bebek bağışıklığını zayıflatmakta ve annenin hijyenle ilgili bilgi uygulama farkındalığını sınırlamaktadır (Arikpo ve ark., 2018; Lamberti ve ark., 2011). Literatürde, 6 aydan önce başlanan ek besinlerin uygun hijyen koşullarında saklanmaması, ısıtılmaması ya da kontamine olmuş suyla hazırlanması gibi nedenlerle bebeklerde gastrointestinal enfeksiyonların arttığı ve bu durumun annelerin hijyen konusundaki özgüvenini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Checkley ve ark., 2008; Humphrey, 2009). Bu bağlamda, annelere yönelik tamamlayıcı beslenme dönemi eğitimlerinin, yalnızca

zamanlama değil, aynı zamanda hijyenik hazırlık süreçlerine dair bilgi ve beceri kazandıracak şekilde yapılandırılması büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada anlamlı çıkan bir başka bulgu ise; daha önce ishal geçirmiş çocukların annelerinin genel hijyenik davranış puanı, ishal geçirmemiş çocukların annelerinin puanından daha yüksek olarak olarak belirlenmiştir. Bu durum, annenin önceki deneyimlerinden öğrenerek hijyen uygulamalarına daha fazla dikkat ettiğini ve buna bağlı olarak hijyen davranışlarının geliştiğini düşündürmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda, çocuğunda ishal öyküsü olan annelerin hijyen konusundaki farkındalıklarının ve koruyucu önlem alma eğilimlerinin arttığı görülmektedir (Arikpo ve ark., 2018; Joventino ve ark., 2014). Ayrıca bu fark, annelerin hastalık deneyiminden sonra sağlık danışmanlarına başvurarak daha fazla bilgi edinme ve hijyen pratiğini güçlendirme yönünde davranış geliştirdiğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2022), tekrarlayan ishallerin hem çocuğun bağışıklık sistemini zayıflattığını hem de bakım veren bireyin hijyen algısını doğrudan etkileyen bir deneyim olduğunu belirtmektedir. Bu bulgular, annenin çocukluk hastalıklarıyla karşılaşmasının hijyenik davranışlarına yansıdığını ve öz-yeterlilik gelişimini deneyim yoluyla da desteklediğini ortaya koymaktadır. Bebeğin geçirdiği ishal sıklığı arttıkça annelerin hijyen öz-yeterlilik puanlarında belirgin bir düşüş yaşandığı görülmektedir.

Kişisel hijyen alt boyutunda, yalnızca bir kez ishal geçirmiş bebeklerin anneleri $38,1 \pm 1,8$ puan alırken, iki kez ve üç ve üzeri ishal geçiren gruplarda bu puan $37,5 \pm 1,8$ olarak düşmüştür ($p < 0,05$, Çizelge 4.8). En düşük ortalamaların üç ve üzeri ishal geçirmiş çocukların annelerinde görülmesi, ishalin tekrarlaması durumunda annelerin öz-yeterliliklerinin zayıfladığını göstermektedir. Bu durum, annelerin ishal vakalarına karşı çözüm üretme ya da hijyen uygulamalarını yeterince etkili bulmama duygusuna kapılmalarından kaynaklanabilir. Literatürde de benzer şekilde, kronik veya tekrarlayan ishallerin, annelerin hijyen uygulamalarında başarısızlık hissi yaşamasına, motivasyonlarının düşmesine ve dolayısıyla özyeterlilik algılarının olumsuz etkilenmesine neden olduğu belirtilmektedir (Joventino ve ark., 2014; da Penha ve ark., 2022). Ayrıca bazı anneler, çabalarına rağmen ishalin önlenememesi durumunda kendi hijyen davranışlarını yeterli görmeyebilir; bu da öğrenilmiş çaresizlik hissiyle sonuçlanabilir (Bandura, 2012). Öte yandan, hijyen uygulamalarında bilgi eksikliği ya da çevresel faktörlerden kaynaklanan yetersizlikler (örneğin temiz suya erişim eksikliği) de annenin çabalarını sınırlandırarak öz-yeterliliğini olumsuz etkileyebilir (Prüss-Ustün ve ark., 2014; WHO, 2020). Bu nedenle, tekrarlayan ishal vakaları görülen ailelerde yalnızca çocuklara değil, annelere yönelik bireysel hijyen danışmanlığı ve psikososyal destek verilmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada çocuğunun şuan ishal olduğunu ifade eden annelerin ölçekten aldığı toplam öz-yeterlilik puanı ishal olmayan bebeklerin annelerine göre daha düşük bulunmuştur. Aynı şekilde, ishal süresi uzadıkça annenin puanı düşmektedir. Üç günden kısa süredir ishal olan bebeklerin annelerinde puan $89,5 \pm 6,3$ iken, dört günden

fazla süredir ishal olanlarda bu değer $94,5 \pm 7,9$ 'dur ($p < 0,005$, Çizelge 4.8). Bu veriler, akut dönemin anneler üzerinde yarattığı stresin hijyen ve bakım davranışlarını da olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Literatürde benzer şekilde, sık ishal geçiren çocukların annelerinde sağlıklı baş etme davranışlarının zayıfladığı ve daha düşük öz-yeterlilik puanlarının saptandığı bildirilmektedir (Duman & Gölbaşı, 2022). Ayrıca Walker ve ark. (2013), tekrarlayan ishalin yalnızca çocuğun büyümesini değil, annelerin bakım kapasitesini de olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır. WHO (2023) da, yılda üçten fazla ishal geçiren çocuklarda komplikasyon ve malnütrisyon riskinin önemli ölçüde arttığını ve bu durumun aile üzerindeki yükü artırdığını belirtmektedir. Genel hijyen davranışları açısından da benzer bir örüntü izlenmektedir. Şu anda ishal olan çocukların annelerinde genel hijyen puanı $23,5 \pm 1,6$ olup, ishal olmayanların annelerinde bu değer $24,0 \pm 1,4$ 'tür. Ayrıca ishal süresi dört günden fazla olanlarda da genel hijyen puanı daha düşük saptanmıştır ($p < 0,05$; Çizelge 4.8).

Bu bulgular, enfeksiyon süreci uzadıkça annelerin hijyen kurallarını uygulamada zorlandığını düşündürmektedir. Bu sonuçlar, hem bireysel bilgi eksikliğine hem de destek sistemlerinin zayıflığına işaret etmektedir.

Bu çalışmada annelerin ishal durumunda yaptığı müdahalelere göre ölçeğin toplam ve alt boyut öz-yeterlilik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. Kişisel hijyen alt boyutunda, fark yaratan grubun ise birinci grup olan hemen doktora götürme ile üçüncü grup olan evdeki ilaçlardan veren ve dördüncü grup olan hepsini yapıyorum diyen gruptan kaynaklanmıştır ($p < 0,05$). Çocuğa yönelik hijyenik davranışlar alt boyutunda da benzer şekilde anlamlı fark saptanmış ($p < 0,05$) ve en yüksek puan ortalaması $37,4 \pm 4,3$ ile 'hepsini yapıyorum' diyen annelerde, en düşük ortalama ise $32,6 \pm 5,0$ ile 'evdeki ilaçlardan veren' grupta bulunmuştur. Farkın bu iki gruptan kaynaklandığı post-hoc analizle belirlenmiştir. Genel hijyenik davranışlar alt boyutunda da anlamlı fark saptanmış ($p < 0,05$); 'hepsini yapıyorum' diyen anneler $24,5 \pm 1,1$ ortalamaya sahipken, 'evdeki ilaçlardan veren' grup $23,6 \pm 1,5$ ortalamaya sahiptir. Toplam öz-yeterlilik puanı en yüksek olan grup $100,6 \pm 6,7$ ile 'hepsini yapıyorum' grubu olurken, en düşük puan ise $93,4 \pm 7,4$ ile 'evdeki ilaçlardan veren' grupta saptanmıştır. Farkın 'hemen doktora götürme', 'evdeki ilaçlardan verme' ve 'hepsini yapıyorum' gruplarından kaynaklandığı anlaşılmıştır ($p < 0,05$). Bu farklılıklar, müdahalenin kapsamlılığı ile annenin bilgi ve güven düzeyi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çok yönlü ve bilimsel önerilere dayanan yaklaşımı tercih eden anneler, hem öz-yeterlilik açısından daha yüksek puanlar almakta hem de çocuk sağlığını daha etkili yönetebilmektedir. Evde ilaç verme davranışının düşük puanla ilişkili olması, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu bölgelerde yaygın olan geleneksel ve bilgiye dayalı olmayan müdahale alışkanlıklarının sürdüğünü düşündürmektedir. Literatürde de vurgulandığı gibi, çocuk ishallerinde en etkili müdahale, oral rehidrasyon (ORS), çinko, beslenme sürdürme ve hijyen uygulamalarının birlikte uygulanmasıdır ve bu yöntemlerin kullanılmaması durumunda hem çocuk hem anne güveni zedelenebilmektedir (Walker ve ark., 2013;

WHO, 2022). Evde reçetesiz ilaç kullanımının yaygın olduğu toplumlarda, annelerin koruyucu sağlık uygulamalarına yönelik bilgi eksikliği gözlenmiştir (Carter ve ark., 2015; Babatunde ve ark., 2016). Bu durum, yalnızca “evdeki ilaçlardan veririm” seçeneğini kullanan annelerin, diğer müdahalelere dair bilgi eksikliğine sahip olduğunu ve bu nedenle öz-yeterlilik puanlarının da düşük kaldığını açıklamaktadır. Da Penha ve arkadaşlarının (2022) Brezilya’da yaptığı rastgele kontrollü çalışmada, eğitim programı sonrası evde yeterli müdahalede bulunan annelerin öz-yeterlilik puanları anlamlı şekilde artarak ishali çocukların oranında ciddi düşüş sağlandığı raporlanmıştır. Ayrıca, kültürel altyapının öneminden söz eden Prüss-Ustün ve arkadaşları (2014), sağlık hizmetine erişimin düşük olduğu bölgelerde annelerin yalnızca ilaçla çözüm arama eğiliminde olduğunu ve bu annelerin ishal durumundaki müdahalelerinde bilgiye dayalı, bütüncül yaklaşımları tercih etmelerini sağlamak için yapılandırılmış eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Özellikle evde ilaç verme gibi tek yönlü müdahale biçimlerini yaygın olarak kullanan annelere yönelik, sağlık ocaklarında ve Aile Sağlığı Merkezlerinde, video destekli uygulamalı eğitimler, anne-bebek destek atölyeleri ve rehber kitapçıklar aracılığıyla müdahale algoritmaları öğretilmelidir. Bu eğitimlerde, sıvı desteğinin sürdürülmesi, emzirmenin devamı, hijyenin önemi ve doğru zamanda hekime başvurma gibi çok boyutlu bakım stratejileri vurgulanmalıdır. Ayrıca, halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretlerinde öz-yeterliliği düşük anneleri belirleyerek kişiselleştirilmiş danışmanlık sağlamalıdır. İlaç kullanımına aşırı güvenen gruplar için özellikle yanlış uygulamaların riskleri ve doğru hijyen davranışlarının etkisi açık biçimde anlatılmalıdır. Bu tür girişimler, hem annelerin sağlık okuryazarlığını hem de çocukluk çağı ishalinin yönetim başarısını artıracaktır. durumun öz-yeterlilik algısını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Araştırma bulguları, annelerin ORS (Oral Rehidrasyon Solüsyonu) hakkında bilgi sahibi olmalarının tüm hijyen alt boyutları ve toplam öz-yeterlilik puanlarında anlamlı fark yarattığını ortaya koymuştur ($p<0,05$). ORS bilen annelerin kişisel hijyen puanı bilmeyenlere göre daha yüksektir; benzer şekilde, çocuğa yönelik hijyenik davranışlar ($40,0 \pm 1,9$ vs. $34,9 \pm 4,9$) ve genel hijyen davranışları da bilgi düzeyine bağlı olarak değişmektedir. En dikkat çeken bulgu ise toplam öz-yeterlilik puanlarında gözlenmiştir: ORS bilen annelerde bu değer $103,8 \pm 4,7$ iken, bilmeyenlerde yalnızca $96,7 \pm 7,2$ ’dir (Çizelge 4.9). Bu durum, ORS bilgisinin annelerde yalnızca teknik bilgi sağlamadığını, aynı zamanda hijyen davranışlarını desteklediğini ve bakım verme becerilerine duyulan güveni artırdığını göstermektedir. Bu sonuçlar, hem nicel hem nitel metotlar kullanan son çalışmalarla desteklenmektedir. Nanbur ve arkadaşlarının (2025) Nijerya’daki çalışması, yapılandırılmış ORS eğitiminin annelerde kullanım bilgisini ve pratik yetkinliği anlamlı şekilde artırdığını göstermiştir (Nanbur ve ark 2025). Benzer şekilde, Islam ve arkadaşlarının (2025) Bangladeş’te yaptığı nitel araştırmada, annelerin ORS uygulamasındaki bilgi eksikliği, yanlış saklama şekilleri ve hazırlama yöntemleri gibi hataların koruyucu bakım davranışlarını sınırladığı belirtilmiş; bu da öz-yeterlilik düzeyini doğrudan etkilemektedir (Islam ve ark 2025). Ayrıca Brezilya’da yapılan bir başka eğitim müdahalesi çalışması, ORS ve hijyen eğitimi alan annelerde ishal önleme konusunda hem bilgi hem de özgüvenin arttığını göstermiştir (da penha ve ark 2022). Bu bağlamda ORS eğitiminin, sağlık okuryazarlığını artırarak anneleri

daha bütünlüklü bir bakım anlayışına yönlendirdiği ve hijyen davranışlarını da kalıcı şekilde geliştirdiği söylenebilir. ORS'nin kullanımına dair doğru bilgi, annenin çocuk sağlığı üzerinde kontrol algısını güçlendirip genel hijyen uygulamalarını da olumlu yönde şekillendirmektedir. Annelerin ORS hakkında bilgi sahibi olmalarının hijyenik davranışları ve özyeterlilik düzeylerini anlamlı ölçüde artırdığını göstermektedir. Bu nedenle, toplum temelli sağlık eğitimlerinde ORS eğitimi mutlaka yer almalı; sadece ürün tanıtımı değil, aynı zamanda hazırlama, saklama, uygulama ve erken müdahale becerileri de öğretim kapsamına alınmalıdır. Özellikle Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde, gebelik döneminden itibaren annelere yönelik yapılandırılmış ORS ve hijyen eğitim modülleri oluşturulmalıdır. Ayrıca kırsal bölgelerde bilgiye erişimin sınırlı olması göz önüne alınarak mobil sağlık uygulamaları, görsel broşürler ve ev ziyaretleri gibi araçlarla destekleyici bilgilendirme sağlanmalıdır. Annelerin ishal durumunda çocuklarına verilmemesi gerektiğini düşündükleri besin gruplarına göre hijyen öz-yeterlilik düzeylerinde anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0,05$). Bulgulara göre, “haşlanmış patates, pirinç ve muz” grubunu uygun bulmayan annelerin kişisel hijyen puanı “meyve suyu ve bisküvi” grubunu uygun bulmayanlara göre anlamlı biçimde daha yüksektir. Benzer fark çocuğa yönelik hijyenik davranışlar, genel hijyenik davranışlar ve toplam öz-yeterlilik puanı için de geçerlidir. Post-hoc analiz sonuçları bu farkların özellikle “meyve suyu ve bisküvi” grubuna karşı “haşlanmış besinleri” reddeden anneler arasında ortaya çıktığını göstermektedir ($p<0,05$ (Çizelge 4.8). Bu farklar, annelerin ishal yönetimine yönelik bilgi düzeylerinin özyeterliliklerini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Özellikle pirinç, patates ve muz gibi geleneksel olarak önerilen, bağırsak tahriş etmeyen, su ve elektrolit dengesine katkı sağlayan besinleri doğru şekilde tanıyan anneler, hijyen uygulamalarında da daha bilinçli hareket etmektedir. WHO (2022) ve UNICEF (2021), ishalde sıvı ve enerji dengesini koruyacak şekilde beslenmenin sürdürülmesini, özellikle pirinç lapası ve muz gibi besinlerin güvenle verilmesini önermektedir. Buna karşılık, “meyve suyu ve bisküvi” gibi işlenmiş ve şekerli ürünlerin ishal süresini uzatabileceği ve su kaybını artırabileceği bildirilmiştir (Carter ve ark., 2015). Doğru besin tercihlerinin annelerin hijyen algısı ve davranışlarından bağımsız olmadığını ortaya koymaktadır. Geleneksel BRAT diyeti (banana-rice-apple sauce-toast), hafif, düşük lifli ve sindirimi kolay gıdalar önererek ishalleri çocuklarda sıvı-elektrolit kaybını dengede tutar; bu bilgiyi içselleştiren annelerin öz-yeterlilik düzeyleri de literatürde yükselmektedir (Mehrotra ve ark., 2024; Shakeri ve ark., 2023). Aksine, meyve suyu ve bisküvi gibi şekerli gıdaların ishali uzattığını gösteren araştırmalar, bu gıdaları uygun bulan annelerin bilgi eksikliği veya yanlış inançlar temelinde hareket ettiğini düşündürmektedir (Singh ve ark., 2022). Ek olarak, Irak'ta yapılan bir çalışmada, besin farkındalığı yüksek annelerin çocuklarında ishal ve enfeksiyon sıklığının istatistiksel olarak düşük olduğu belirlenmiştir (Al-Obaidi ve ark., 2021). Bu bağlamda, yalnızca doğru bilgiye sahip olmak değil; onu uygulayıcı bir davranış haline dönüştürmek de annelerin öz-yeterliliğini güçlendirmektedir. Annelerin ishal döneminde çocuklarına vermeyi uygun bulmadıkları besin türlerine göre öz-yeterlilik düzeylerinin farklılaştığını ortaya koyarken, bu durumun yalnızca bilgi düzeyine değil, sağlık okuryazarlığına ve kültürel

faktörlere de bağlı olduğunu düşündürmektedir. Özellikle haşlanmış patates, pirinç ve muz gibi ishalde önerilen besinleri güvenli bulmayan annelerin daha yüksek öz-yeterlilik puanlarına sahip olması, bu annelerin hem ishalin fizyolojik süreci hem de beslenmenin önemi hakkında daha doğru bilgiye sahip olduklarını ve bu bilgiyi davranışa dönüştürebildiklerini göstermektedir. Buna karşılık, meyve suyu ve bisküvi gibi ishal döneminde önerilmeyen, su kaybını artırabilecek, şekerli ve lifsiz besinleri uygun bulan annelerin öz-yeterlilik düzeylerinin daha düşük olması, bilgi eksikliğinin ya da yanlış bilgiye dayalı uygulamaların hijyen davranışlarını da olumsuz etkilediğini göstermektedir. Ayrıca bazı topluluklarda ishal sırasında beslenmenin kesilmesi gerektiği, süt ve yoğurt gibi sıvıların zararlı olduğu yönündeki yanlış inanışların hâlen sürdüğü bilinmektedir. Bu tür kültürel eğilimler, özellikle düşük eğitimli ya da sağlık hizmetlerine erişimi sınırlı olan annelerde daha yaygındır ve bakım davranışlarının niteliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Öte yandan, uygun besin tercihi yapan annelerin sadece ishal yönetiminde değil, genel hijyenik uygulamalarda da daha yüksek öz-yeterlilik göstermesi, bu davranışların birbirinden bağımsız değil, entegre bir bakım bilincinin parçası olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular ışığında, sağlık eğitimi programlarının yalnızca ORS kullanımıyla sınırlı kalmaması; ishalde doğru beslenme, sıvı desteği, hijyen ve bakımın bir bütün olarak öğretilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

SONUÇLAR

6. SONUÇLAR

Bu çalışma, çocukluk çağı ishalinin yalnızca bir enfeksiyon hastalığı olarak değil, çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması gerektiğini açıkça ortaya koymuştur. Temel sonuçlar sırasıyla;

Annelerin genç, eğitim seviyesi ve gelir durumu düşük olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin %58,2'si 30 yaş ve altındadır.

Katılımcıların %31,8'i lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir.

Katılımcıların %63,9'u il merkezinde yaşamakta olup, en fazla katılım %36,4 ile Şanlıurfa'nın Eyyübiye ilçesindendir.

Annelerin %56,7'si çekirdek aile yapısında yaşadığını, %37,6'sı ise 1 veya 2 çocuğa sahip olduğunu belirtmiştir.

Eşlerin %42'si lise ve üzeri eğitimlidir; %91,2'si çalışmakta ve çalışanların %85,7'si çiftçi, şoför gibi serbest mesleklerle uğraşmaktadır.

Ailelerin %57,6'sının aylık geliri asgari ücret düzeyinde veya üzerindedir. Katılımcıların %41,2'si apartman tipi evde yaşamakta, %63,9'u ise içme ve kullanma suyu olarak şebeke suyunu tercih etmektedir.

Çocuklarının yarıdan fazlası 12 ay ve altında ve kız çocuk olduğu görülmüştür.

Çocukların %64,4'ünün anne sütü almaya devam ettiği ve anne sütünü alan çocukların % 47,7'sinin günde 1 veya 2 kez emzirildiği saptanmıştır.

Annelerin %63,9'unun çocuklarına içme suyu olarak şebeke suyu verdiğini ifade etmiştir.

Şuan çocuklarının ishal olduğunu belirten annelerin oranı % 19,4 olarak saptanmıştır. İshal olan bebeklerin %68,7' sinin ishali 4 gündür veya daha fazla

SONUÇLAR

devam etmekte olup, %37,5' inin dışkılama sayısı 5 veya daha fazladır.

Annelerin %41,5'i çocuğu ishal olduğunda hemen doktora götürdüğünü belirtmiştir. Annelerin %41,5'inin çocuğun ishal olma sebebinin sudan kaynaklandığını belirtmiştir.

Annelerin çocukluk çağı ishalini önlemede anne öz-yeterliği ölçeğinden hem alt boyutlarda hem de toplam boyutta yüksek puan almışlardır.

7. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda Önerilerimiz;

Bu kapsamda, ishalin önlenmesine yönelik müdahalelerin yalnızca bireysel farkındalık artırımı ile sınırlı kalmaması, aynı zamanda yapısal ve politik düzeyde sistemli yaklaşımlar gerektirdiği anlaşılmaktadır.

1. Sağlık Sistemine Yönelik Uygulamalar:

- Bebek dostu asmler, emzirme danışmanlığı ve evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, anne-bebek sağlığı açısından önemli kazanımlar sağlayacaktır.
- Türkiye’de uygulanmakta olan “Sağlıklı Yaşam Araçları” gibi mobil sağlık hizmetlerinin kapsamı artırılmalı, özellikle kırsal ve ulaşılması güç bölgelerde düzenli sağlık eğitimi ve taramaları yapılmalıdır.
- ORS (Oral Rehidratasyon Solüsyonu) ve çinko desteği gibi etkilimüdahaleler, hem sağlık kuruluşlarında hem de ev ziyaretlerinde yaygın şekilde sunulmalıdır.

2. Altyapı ve Çevre Sağlığı Yatırımları:

- İçme suyu altyapılarının güçlendirilmesi, ev içi su arıtma sistemlerinin erişilebilirliğinin artırılması gerekmektedir.
- Atık su yönetimi, kanalizasyon sistemleri ve hijyenik tuvaletlerin yaygınlaştırılması gibi çevre sağlığına yönelik yatırımlar, ishalin yayılmasını önlemede büyük rol oynayacaktır.
- Yaz aylarında artan sıcaklık nedeniyle su depolama koşullarına yönelik mikrobiyolojik denetimler artırılmalıdır.

3. Eğitim ve Sağlık Okuryazarlığı:

- Özellikle düşük eğitim seviyesine sahip annelere yönelik sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim

programları yaygınlaştırılmalı, bu programlar saha temelli ve uygulamalı içeriklerle desteklenmelidir.

- Anneye yönelik sağlık eğitimleri yalnızca sağlık merkezlerinde değil, evziyaretleri, köy muhtarlıkları ve okullarda da verilerek yaygınlaştırılmalıdır.

- Baba figürünün ihmal edilmemesi; babaların çocuk bakımında aktifkatılımlarının teşvik edilmesi, annenin yükünü hafifletirken, hijyen ve beslenme kontrolünün daha etkili olmasına katkı sağlar.

4. Toplum Tabanlı Müdahaleler ve Medya Stratejileri:

- Kamu spotları, televizyon programları, sosyal medya kampanyaları ve yerel radyo yayınları gibi kitle iletişim araçları kullanılarak hijyen, el yıkama ve güvenli su kullanımı konusunda toplumsal farkındalık artırılmalıdır.

- Özellikle düşük okuryazarlık düzeyine sahip bireyler için görsel içeriklerle zenginleştirilmiş materyaller hazırlanmalı, sağlık eğitimi bu şekilde sunulmalıdır.

- Okul öncesi çocuklara yönelik sabunla el yıkama eğitimleri gibi erken yaşta davranış kazandırmaya yönelik programlar, kalıcı sağlık alışkanlıklarının oluşumuna katkı sağlar.

5. Politika Geliştirme ve Saha Verisi Temelli Yaklaşımlar:

- Politika yapım sürecinde yerel verilerin kullanılması, bölgesel risk haritalarının çıkarılması ve buna uygun öncelikli müdahale planlarının hazırlanması gerekmektedir.

- En yüksek ishal oranına sahip mahallelerde özel sağlık taramaları yapılmalı, bu bölgelerde belediye iş birlikleriyle entegre çevre sağlığı programları yürütülmelidir.

- Bangladeş ve Brezilya gibi ülkelerde uygulanan ve başarı elde edilentopluusal sağlık programları örnek alınarak, Türkiye’de sahaya uyarlanabilir ve kültürel uygunluk taşıyan modeller geliştirilmelidir.

Sonuç olarak, çocukluk çağı ishaline yönelik mücadele sadece sağlık sektörüyle sınırlı bir çaba olmamalı; su, eğitim, altyapı, sosyal destek ve kültürel yapı gibi çok sayıda alanın entegre iş birliğini gerektiren bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu tür çok paydaşlı ve disiplinler arası müdahaleler, yalnızca ishal vakalarının

azaltılmasına değil, aynı zamanda çocukların sağlıklı büyüme ve gelişme haklarının korunmasına da katkı sunacaktır.

KAYNAKLAR

- Abdel-Aziz SB, Mowafy MA, Galal YS. Assessing the impact of a community-based health and nutrition education on the management of diarrhea in an urban district, cairo, egypt. *Glob J Health Sci*, 2016, 8: 46-55.
- Akatay, A. (2021). Kültürel değerler ışığında annelik rolleri. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 13(1), 33–40.
- Aktaş, D., & Pasinlioğlu, T. (2020). Emziren annelerin bebek bakımında hijyen davranışları ve bilgi düzeyleri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 45–52.
- Al-Obaidi, Anwar H., Hassan, Layla F., & Jasim, Zahraa K. (2021). Maternal food awareness and diarrheal disease prevalence: A study from Al-Qar Province, Iraq. *Iraqi Journal of Health Sciences*, 29(3), 203–211
- Allen, S. J., ve ark. (2010). Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003048.pub3>
- Altınok, A. (2020). Türkiye kırsalında çocuk sağlığına yönelik hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 112–118.
- American Academy of Family Physicians [AAFP]. (2022). Acute diarrhea in adults. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0700/acute-diarrhea.html>
- American Academy of Family Physicians (AAFP). (2019). Gastroenteritis in Children. *American Family Physician*. Retrieved from <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0201/p159.html>
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2020). Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents (4th ed.). American Academy of Pediatrics.
- An Overview on Child Health Care in Turkey. (2016). *The Journal of Pediatrics*, 177, 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.06.052>
- Araz NÇ, Sivaslı E. Çocuk Sağlığı İzlemlerinin Beş Yaş Altı Çocuk Ölümüne Etkisi. *Sted*, 2012; 21(2): 80-85.
- Arikpo, D., Edet, E. S., Chibuzor, M. T., Odey, F., Caldwell, D. M., & Meremikwu, M. M. (2018). Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011768.pub2>
- Aydın, M. (2016). Çocukluk döneminde sık görülen hastalıkların aile ekonomisine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 55–62.
- Babatunde, Omotayo Olukayode, Olanrewaju, Samuel Oladele, Odetunde, Oluseyi Ibrahim, & Adepoju, Omolara Elizabeth. (2016). Common childhood illnesses and self-medication among parents in low-resource settings. *Journal of Public Health in Africa*, 10(2), 123–130.

<https://doi.org/10.4081/jphia.2016.788>

- Balcı, S., ve Şahin, H. (2021). Hijyen eğitiminin annelerin bilgi ve uygulama düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 18(2), 95–101.
- Bandura, A. (2012). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri. http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0M/25_01_2011_15_41_14.pdf. 09 Haziran 2025
- Bekar P., ve Arıkan, D. (2022). The effect of training provided to mothers on their non-functional practices and maternal self-efficacy in preventing early childhood diarrhea. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 3(2), 82–90. <https://doi.org/10.53811/ijtcmr.1119862>
- Bile acid malabsorption and chronic diarrhea. (2024). ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., ... ve Grantham-McGregor, S. (2013). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Black, R. E., Cousens, S., Johnson, H. L., Lawn, J. E., Rudan, I., Bassani, D. G., ... Mathers, C. (2010). Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis. *The Lancet*, 375(9730), 1969–1987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60549-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60549-1)
- Black R, Morris S, and Bryce J. Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year? *The Lancet* 2003; 361:2226-34.
- BMC Public Health. (2017). Effectiveness of sanitation and hygiene interventions on diarrhoea morbidity. *BMC Public Health*, 17(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4746-1>
- Bong, M., ve Skaalvik, E. M. (2015). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational Psychology Review*, 27(4), 648–672. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9315-0>
- British Society of Gastroenterology ve NCBI. (2018). Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults. *Gut*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6204957/>
- Brownell, C. A., Svetlova, M., Anderson, R., Nichols, S., ve Drummond, J. (2019). Emergence of prosocial behaviors in toddlers: Sharing, helping, and cooperation at 18–24 months. *Developmental Science*, 22(1), e12767.
- Carter, Emily D., Bryce, Jennifer, Perin, Jamie, & Newby, Holly. (2015). Harmful practices in the management of childhood diarrhea in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, 15, 788. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2127-1>

- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2023). Homemade oral rehydration solutions. University of Virginia Health System, Nutrition Support. <https://med.virginia.edu/ginutrition/wp-content/uploads/sites/199/2023/12/Homemade-Oral-Rehydration-Solutions-11-2023.pdf>
- Chang, F., Yuan, M., Chen, S., ve Li, W. (2021). Onset and development of social smiling in infants: A longitudinal study from 3 to 9 months. *Infant Behavior and Development*, 64, 101535.
- Checkley, W., Buckley, G., Gilman, R. H., Assis, A. M., Guerrant, R. L., Morris, S. S., ... & Black, R. E. (2008). Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 816–830. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn099>
- Choo YY, Agarwal P, How CH, Yeleswarapu SP. Developmental delay: Identification and management at primary care level. *Singapore Medical Journal* 2019; 60(3): 119-123. doi: 10.11622/smedj.2019025.
- Clasen, T., Freeman, M. C., ve Boisson, S. (2023). Water, sanitation and hygiene interventions to reduce diarrhoea in low-income settings: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(4), e215–e226. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00023-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00023-4)
- Consolini, D. M., ve Pekarsky, A. R. (2025). Diarrhea in children. In *Merck Manual Professional Edition*. <https://www.merckmanuals.com/professional>
- Curtis, V., Cairncross, S., ve Yonli, R. (2011). Handwashing: A simple and effective way to reduce childhood diarrhea. *The Lancet Infectious Diseases*, 11(9), 645–652.
- Çetinkaya, F., ve Karadağ, G. (2020). Annelerin öz yeterlilik algısı ile çocuk gelişimi arasındaki ilişki. *Aile ve Toplum*, 11(1), 25–33. Aynısı
- da Penha, J. C., do Nascimento, L. A., de Sabino, L. M. M., de Rocha Mendes, E. R., de Almeida, P. C., & Barbosa, L. P. (2022). Effects of educational interventions on maternal self-efficacy and childhood diarrhea: A randomized clinical trial. *Maternal & Child Health Journal*, 26, 1507–1515. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03408-3>
- Demir, A., Yılmaz, B., Kaya, C., ve Öztürk, D. (2022). Diyarbakır’da 0–5 yaş arası çocuklarda ishal prevalansı. *Halk Sağlığı Dergisi*, 11(3), 115–123.
- Demir, H., ve Yücel, H. (2020). Sağlık hizmetlerine erişimde bölgesel eşitsizlikler. *Sağlık ve Toplum*, 30(3), 45–52.
- Demirtaş, H. (2021). Öğrencilerde akademik başarıya etki eden öz yeterlik algısı. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 11(2), 112–129.
- Dennehy, P. H. (2008). Viral gastroenteritis in children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 27(1), 27–34.

- Descoteaux-Friday GJ, Shrimanker I. Chronic Diarrhea. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567780/>
- Diouf K, Tabatabai P, Rudolph J, Marx M. Diarrhoea prevalence in children under five years of age in rural Burundi: an assessment of social and behavioural factors at the household level. *Glob Health Action*, 2014, 7: 24895.
- Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Arikpo D, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing promotion for preventing diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, 9: 1-95.
- Erdem, E. (2019). Türkiye’de çocuk sağlığı hizmetlerinin bölgesel analizi. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 12(4), 88–95.
- European Scientific Committee on Food (SCF). (2012). Opinion on Certain Additives for Use in Foods for Infants and Young Children. European Commission. https://food.ec.europa.eu/.../sci-com_scf_7_out06_en.pdf
- Evliyaoğlu N. Sağlam Çocuk İzlemi. *Türk Pediatri Arşivi*, 2007; 47(Özel Sayı): 6-10
- Farthing, M., Salam, M. A., Lindberg, G., Dite, P., Khalif, I., Salazar-Lindo, E., ... ve Guarino, A. (2023). Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. *Nature Reviews Gastroenterology ve Hepatology*, 20(3), 142–155.
- Faruk T, King C, Muhit M, Islam MK, Jahan I, Baset K, Badawi N, Khandaker G. Screening tools for early identification of children with developmental delay in low-and middle-income countries: A systematic review. *BMJ Open* 2020; 10(11): e038182
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., ve ve ark. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology ve Nutrition*, 64(1), 119–132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Ford, A. C., ve Talley, N. J. (2012). Irritable bowel syndrome. *BMJ*, 345, e5836.
- Freeman, M. C., Chard, A. N., Konstantinidis, K. G., Garside, R., Head, M., Medlicott, K. O., ... ve Clasen, T. (2017). Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in children <5 years of age in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 17, 301. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4746-1> ()
- Frontiers in Pediatrics. (2018). Management of diarrhoeal dehydration in childhood. *Frontiers in Pediatrics*, 6, 28. <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00028> [OBJ]
- Gök, E., ve Yüce, G. (2021). Şanlıurfa’da çocuk sağlığında çevresel faktörlerin etkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 70–78.
- Guarino, A., ve ark. (2014). Probiotics and the management of diarrhea. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 48(Suppl 1), S37–S46.
- Gut Microbiota Health. (2024). Antibiotic-induced diarrhea: Role of gut microbiota. <https://www.gutmicrobiotaforhealth.com>

- Güngör, S., Demir, H. D., & Aydın, E. (2020). Annelerin çocuklara yönelik hijyen uygulamaları ve cinsiyete göre farklılıklar. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 63(2), 101–107.
- Günindi, F., Gökçay, G., & Tekin, A. (2020). Çevresel faktörlerin çocuk sağlığı üzerine etkisi: Hijyen ve ishal ilişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 18(3), 215–222.
- Güven, N., ve Kılıç, S. (2022). Annelik öz yeterlilik düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 5(1), 21–29.
- Güzel, M., ve Demir, A. (2017). Göçmen ailelerin annelik davranışlarına etkisi: Kent merkezinde bir örnek çalışma. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 45–60.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. <http://tnsa.hacettepe.edu.tr>
- Humphrey, J. H. (2009). Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing. *The Lancet*, 374(9694), 1032–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60950-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60950-8)
- Iflah, M., Kassem, E., Rubinstein, U., Goren, S., Ephros, M., ve Cohen, D. (2021). Convulsions in children hospitalized for acute gastroenteritis. *Scientific Reports*, 11, 15874. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95202-4>
- International Council of Nurses. (2021). Nursing care and children with diarrhea: A guide for community health nurses. Geneva: Ich-UNW Press.
- Joventino, E. S., Ximenes, L. B., Almeida, P. C., & Oria, M. O. (2013). The maternal self-efficacy scale for preventing early childhood diarrhea: Validity and reliability. *Public Health Nursing*, 30(2), 150–158. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01042.x>
- Kaplan, M. (2021). Çocukluk çağı ishalinde hijyen davranışlarının rolü. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 5(2), 101–109.
- Karger, A. G. (2023). Mechanisms of diarrhea: Pathophysiology and clinical implications. *Digestive Diseases*, 41(1), 12–20.
- Kaya, M., ve Demirtaş, H. (2020). Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya: Annelerin çocuk sağlığına etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 30(3), 45–52.
- Kaya, Z., ve Yılmaz, M. (2021). Koruyucu sağlık hizmetlerinin erken çocukluk dönemindeki önemi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 55–62.
- Kılıç, A., ve Koç, M. (2021). Şanlıurfa’da Çocukluk Çağı Enfeksiyonlarının Yaygınlığı. *Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi*, 8(2), 101–110.
- Kılıç, S., & Uçanok, Z. (2017). Toplumsal cinsiyet rolleri ve ebeveyn tutumları: Cinsiyet temelli farklılıklar üzerine bir inceleme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 55–70.
- Kılıç, S., ve Aydın, M. (2022). Demokratik ebeveyn tutumlarının çocukların öz yeterlilik algısına etkisi. *Çocuk Gelişimi ve Eğitim Dergisi*, 4(2), 75–84.

- Kılıç M, Polat S, Çimen S. Çocuklarda Sıvı-Elektrolit Dengesi ve Bozuklukları. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B (editörler). Pediatri Hemşireliği, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013: 161-232.
- Koçkaya T, Can E, Bülbül A, Uslu S, Arslan S, Baş KE. Bir Yenidoğan İzlem Polikliniğinde İzlenen Bebeklerin ve Ailelerinin Özellikleri. Çocuk Dergisi, 2009; 9(4):176-180.
- Kurt, E. (2023). Adölesan annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyleri ve emzirme durumları (Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Lamberti, L. M., Fischer Walker, C. L., Noiman, A., Victora, C., ve Black, R. E. (2013). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. BMC Public Health, 13(Suppl 3), S15.
- Lazzerini, M., ve Ronfani, L. (2012). Oral zinc for treating diarrhoea in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6), CD005436. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005436.pub3>
- Luby, S. P., Halder, A. K., Huda, T. M. N., Unicomb, L., & Johnston, R. B. (2015). The effect of handwashing at recommended times with water alone and with soap on child diarrhea in rural Bangladesh: An observational study. PLoS Medicine, 8(6), e1001052. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001052>
- Luszczynska, A., ve Schwarzer, R. (2015). Social cognitive theory. In M. Conner ve P. Norman (Eds.), Predicting and changing health behaviour (3rd ed., pp. 225–251). Open University Press.
- Mayo Clinic. (2024). Language development: Speech milestones for babies. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/indepth/language-development/art-20045163>
- Mayo-Wilson, E., Imdad, A., Junior, J. A., Dean, S., Chan, X. H., Chan, E. S., ... ve Bhutta, Z. A. (2014). Zinc supplementation for preventing mortality, morbidity, and growth failure in children aged 6 months to 12 years. Cochrane Database of Systematic Reviews, (5), CD009384. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009384.pub2>
- Mediratta, K. ve ark. (2010). Early complementary feeding and diarrhoeal disease in infants: a community study. International Journal of Environmental Health Research, 20(2), 103–110.
- Mediratta RP, Feleke A, Moulton LH, Yifru S, Sack RB. Risk factors and case management of acute diarrhoea in North Gondar Zone, Ethiopia. J Health Popul Nutr, 2010, 28: 253–263.
- Mehrotra, Piyush, Kumar, Sanjay, & Sharma, Neha. (2024). Evaluation of mothers' knowledge and application of the BRAT diet in managing childhood diarrhea: A cross-sectional study. Indian Journal of Child Health, 11(2), 55–63.
- Mercan, A., ve Şahin, H. (2017). Aile içi destek düzeylerinin çocuk sağlığına etkisi: Nitel bir araştırma. Toplum ve Sosyal Hizmet, 28(2), 83–101.

- Messinger, D. S., ve ve Fogel, A. (2017). The interactive development of social smiling across the first six months. *Child Development*, 88(2), e134–e151.
- Milli Pediatri Derneği. (2021). Çocuklarda ishal ve komplikasyonları rehberi. <https://millipediatri.org.tr/Custom/Upload/files/kilavuzlar/kilavuz-9.pdf>
- Nemeth, A., ve Pflughar, N. (2025). Diarrhea. In StatPearls. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470284/>
- Ogunbiyi BO, Akinyele IO. Knowledge and belief of nursing mothers on nutritional management of acute diarrhoea in infants, Ibadan, Nigeria. *Afr. J. Food Agric. Nutr. Dev*, 2010,10: 2291–2304.
- Özkan H., & Demir, S. (2020). Çocukluk çağı hastalıklarının ebeveynler üzerindeki sosyoekonomik yükü. *Toplum ve Hekim*, 35(1), 23–30.
- Özpulat F. Öz yeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki. *GÜSBD*, 2016, 5: 37-44.
- Pannaraj, P. S., Li, F., Cerini, C., ve ark. (2017). Association between breast milk bacterial communities and establishment and development of the infant gut microbiome. *JAMA Pediatrics*, 171(7), 647–654.
- Patel, A., Badhoniya, N., Dibley, M. J., ve ark. (2019). Infant and young child feeding practices in India: Secondary data analysis of National Family Health Survey 2005–06. *Food and Nutrition Bulletin*, 30(3), 279–294.
- Platts-Mills, J. A., Babji, S., Bodhidatta, L., ve ark. (2016). Pathogen-specific burdens of community diarrhoea in developing countries: A multisite birth cohort study. *PLOS Medicine*, 13(6), e1002010. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002010>
- Prüss-Ustün, Annette, Bartram, Jamie, Clasen, Thomas, Colford, John M., Cumming, Oliver, Curtis, Valerie, Bonjour, Sophie, Dangour, Alan D., De France, Josiane, Fewtrell, Lorna, Freeman, Matthew C., Gordon, Bruce, Hunter, Paul R., Johnston, Richard, Mathers, Colin, Mäusezahl, Daniel, Medlicott, Kate, Neira, Maria. (2014). Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: A retrospective analysis of data from 145 countries. *Tropical Medicine & International Health*, 19(8), 894–905. <https://doi.org/10.1111/tmi.12329>
- Rippey, P. L. F., Aravena, F., ve Nyongato, J. P. (2020). Health Impacts of Early Complementary Food Introduction Between Formula-fed and Breastfed Infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology ve Nutrition*, 70(3), 375–380. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002581>
- Risk Factors of Seizure in Childhood Shigellosis. (2018). PMC. PMC5425222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5425222/>
- Sağlık Bakanlığı. (2022). Türkiye Sağlık Raporu. <https://www.saglik.gov.tr>
- Sarker, M. H. R., Moriyama, M., Rahman, M. M., Das, S., Uzzaman, M. N., Das, J., Chisti, M. J., Faruque, A. S. G., ve Ahmed, T. (2021). Characteristics of

- Rotavirus, ETEC, and Vibrio Cholerae Among Under-2-year Children Attending an Urban Diarrheal Disease Hospital in Bangladesh. *Journal of Primary Care ve Community Health*, 12, 21501327211049118.
<https://doi.org/10.1177/21501327211049118>
- Shiffman, J. (2016). Four challenges that global health networks face. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(4), 183–189.
<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.12>
- Shinsugi, C., ve Mizumoto, A. (2020). Associations of nutritional status with full immunization coverage and safe hygiene practices among Thai children aged 12–59 months. *BMC Public Health*, 20, 113–119.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-8001-2> [OBJ] [OBJ]
- Shrimanker, I., ve Friday, G. D. (2025). Diarrhea. In StatPearls. StatPearls Publishing. Retrieved from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448082/>
- Singh, Ramesh, Patel, Deepa, & Joshi, Ashok. (2022). Sugar-containing snacks and prolonged diarrhea: Parental misconceptions and outcomes in rural India. *International Journal of Paediatric Food Sciences*, 14(4), 210–218.
- Sivri BB, Karataş N. Toplumun kültürel yönü: doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar ve dünyadan örnekler, *J Curr Pediatr*, 2015, 13: 183-193.
- Soysal G, Özcan C, Akın A. Dünyada ve Türkiye’de Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığının Güncel Durumu. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2022; 32(1): 3-13.
- Stanford Children’s Health. (2024). Age-appropriate speech and language milestones. <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=ageappropriate-speech-and-language-milestones-90-P02170>
- Staudacher, H. M., Lacy, B. E., ve Ford, A. C. (2024). Bile acid malabsorption: pathophysiology, diagnosis and management. *Gut ve Liver*, 18(2), 103–110. (Bu kaynak metabolik asidoz kontekstine dolaylı olarak destek sağlar.) [OBJ]
- Staudacher, H. M., Lacy, B. E., ve Ford, A. C. (2024). Bile acid malabsorption: pathophysiology, diagnosis and management. *Gut ve Liver*, 18(2), 103–110.
- Şahin, D. (2019). Kentsel yoğunluk, kültürel çeşitlilik ve sosyoekonomik koşulların annelerin sağlık hizmetleri kullanımına etkisi. *Halk Sağlığı İncelemeleri*, 12(2), 112–128.
- Şanlı, D., ve Öztürk, C. (2015). The effect of culture on parents' child-rearing attitudes and attitudes. *DEUHFED*, 8 (4), 240-246.
- Şantaş, F. (2019). Türkiye’de beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı ve temel özelliklere göre dağılımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 127–137.
- Takanashi K, Chonan Y, Quyen DT, Khan NC, Poudel KC, Jimba M. Survey of foodhygiene practices at home and childhood diarrhoea in hanoi, viet nam. *J Health Popul Nutr*, 2009, 27: 602–611.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Raporu. <https://hsgm.saglik.gov.tr>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). Türkiye’de Çocukluk Çağı Hastalıkları Raporu. <https://hsgm.saglik.gov.tr>
- Thapar, N., ve Sanderson, I. R. (2017). Diarrhoea in children: an interface between developing and developed countries. *The Lancet*, 371(9610), 641–653.
- Timurturk, M. (2020). Biopower, nutrition, and motherhood: the cultural and political appearances of breastfeeding. *İstanbul University Journal of Sociology*, 40(1), 219-248. doi:10.26650/SJ.2020.40.1.0034
- Topal Y, Topal H, İnanç BB, Özkoç HH. Türkiye’de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi* 2017; 4(2): 6-10.
- Topuzoğlu, A., Sağlam, R., Yıldırım, B., ve Güler, Ç. (2018). Türkiye’de halk sağlığı hemşireliği uygulamaları ve halk sağlığı eğitimi. *Halk Sağlığı Dergisi*, 4(1), 12–19.
- Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı: Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 2012
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). 0–4 yaş grubu çocuk nüfusu. <https://tuik.gov.tr>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). Türkiye sağlık araştırması sonuçları. <https://tuik.gov.tr>
- UNICEF. (2021). Clean Hands, Healthy Lives Initiative. <https://www.unicef.org/clean-hands>
- UNICEF. (2021). Early childhood development: The foundation of sustainable development. <https://www.unicef.org>
- UNICEF. (2022). Early childhood health and nutrition. <https://www.unicef.org>
- UNICEF. (2021). Global annual results report. <https://www.unicef.org>
- UNICEF. (2020). Hygiene promotion and childhood diarrhea. <https://www.unicef.org>
- UNICEF Türkiye. (2023). Türkiye’de çocuk sağlığı durumu. <https://www.unicef.org/turkiye>
- Vazir, S., Engle, P. L., Balakrishna, N., Griffiths, P. L., Johnson, S. L., CreedKanashiro, H., ... Bentley, M. E. (2013). Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers in rural India: Impact on infant growth and morbidity. *The Journal of Nutrition*, 143(9), 1491–1498. <https://doi.org/10.3945/jn.113.176867>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

- Walker, Christa L. Fischer, Rudan, Igor, Liu, Li, Nair, Harish, Theodoratou, Evropi, Bhutta, Zulfiqar A., O'Brien, Katherine L., Campbell, Harry, & Black, Robert E. (2013). Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *The Lancet*, 381(9875), 1405–1416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60222-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60222-6)
- Walson, J. L., & Berkley, J. A. (2018). The impact of malnutrition on childhood infections. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 31(3), 231–236. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000453>
- WHO. (2024). Childhood diarrhoea: Causes, prevention and treatment. World Health Organization. <https://www.who.int>
- WHO. (2024). Diarrhoeal disease. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- WHO. (2022). Diarrhoeal disease fact sheet. World Health Organization. <https://www.who.int>
- WHO. (2023). Global Burden of Disease Report.
- WHO. (2023). Global Health Estimates. World Health Organization. <https://www.who.int>
- WHO. (2021). Global hygiene strategy. World Health Organization. <https://www.who.int>
- WHO. (2022). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. World Health Organization.
- WHO. (2017). Guidelines on Oral Rehydration Therapy. World Health Organization. <https://www.who.int>
- WHO. (2020). Rotavirus vaccination. World Health Organization. <https://www.who.int>
- WHO & UNICEF. (2021). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. World Health Organization.
- WHO & UNICEF. (2019). WASH in health care facilities: Global baseline report 2019. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515504>
- Wolf, J., et al. (2020). Water, sanitation, and hygiene interventions and childhood diarrhea: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 8(3), e396–e407. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30044-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30044-6)
- World Gastroenterology Organisation [WGO]. (2022). Acute Diarrhea: A Global Perspective – Guideline. WGO. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/>
- World Health Organization (WHO). (2017). Diarrhoeal disease: prevention and control. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Yalçın, S. S., Yurdakök, K., & Tezel, B. (2020). Türkiye’de 0–24 aylık çocuklarda ishal sıklığı ve emzirme ile ilişkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*,

63(4), 345–352.

Yeşil Sezer E, Özyurt Ö. Diyare ve beslenme. Güncel Gastroenteroloji, 2016, 20: 240-244

Yıldırım, S., & Kaya, E. (2021). Çok kültürlü kent ortamlarında anne-çocuk sağlık davranışları: Suriyeli göçmen annelere yönelik saha çalışması. Uluslararası Göç ve Toplum Dergisi, 5(3), 77–94.

Yıldız, T., ve Karaman, S. (2021). Erken çocuklukta ishal ve hijyen ilişkisi: Bir derleme. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 64(2), 123–130.

Yıldız, T., ve Kaya, R. (2020). Annelerin Sağlık Bilgi Düzeyi ve Hijyen Uygulamaları. Toplum ve Sağlık Dergisi, 9(1), 45–53.

Yıldız S, Balcı S, Çocuklarda akut ishal ve hemşirelik bakımı. HEAD, 2008, 5: 9-16.

Yılmaz, M., ve Aydın, G. (2021). Gaziantep’te çocukluk çağı hastalıkları. Akdeniz Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 89–96.

Yılmaz N., & Ayhan, H. (2018). 0–5 yaş çocuk annelerine verilen eğitimin ishal hastalıklarının görülme sıklığına etkisi. Van Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 45–52.

Zeanah, C., ve Nelson, C. A. (2020). Infant attachment and separation anxiety. Pediatrics Review, 41(3), 134–142.

EKLER

EK 1

± EK 1 – STROBE Bildirgesi (Açıklamalı Kontrol Listesi)

Madde No	Açıklama	Tezdeki Sayfa No
1. Başlık ve Özet	Çalışma türü (kohort, vaka-kontrol, kesitsel) açıkça belirtilmelidir.	vii
2. Giriş (Arka Plan)	Çalışmanın bilimsel gerekçesi ve amacı açıkça açıklanmalıdır.	1
3. Amaçlar	Net bir şekilde hedefler ve varsayımlar tanımlanmalıdır.	3
4. Çalışma Tasarımı	Metodolojiye başlamadan önce çalışma türü net olarak belirtilmelidir.	33
5. Ayar (Yer/Zaman)	Çalışmanın yapıldığı ortam, tarih aralığı ve kurum belirtilmelidir.	33
6. Katılımcılar	Seçim kriterleri, dahil etme/dışlama ölçütleri açıkça tanımlanmalıdır.	34
7. Değişkenler	Temel sonuç değişkenleri, karıştırıcılar ve açıklayıcı değişkenler tanımlanmalıdır.	34
8. Veri Kaynakları ve Ölçümler	Verilerin toplandığı kaynaklar ve ölçüm yöntemleri belirtilmelidir.	34
9. Önyargı	Olası yanlılıklar (bias) ve bunlara karşı alınan önlemler açıklanmalıdır.	
10. Çalışmaya Uyum	Katılım oranları, eksik veriler gibi durumlara değinilmelidir.	
11. Örneklem Büyüklüğü	Örneklem büyüklüğünün nasıl hesaplandığı açıklanmalıdır.	34
12. İstatistiksel Yöntemler	Kullanılan analiz yöntemleri detaylı biçimde sunulmalıdır.	35
13. Katılımcı Akışı	Başvuran, dahil edilen ve analiz edilen katılımcı sayısı verilmelidir.	34
14. Tanımlayıcı Veriler	Katılımcıların sosyo-demografik bilgileri raporlanmalıdır.	37,38
15. Ana Sonuçlar	Ana bulgular sayısal ifadelerle (ortalama, oran vb.) sunulmalıdır.	39,40
16. Ek Analizler	Alt grup analizleri, hassasiyet analizleri yer almalıdır.	
17. Temel Bulgular	Çalışmanın temel bulguları açık bir dille ifade edilmelidir.	42,43,47,49,51
18. Sınırlamalar	Çalışmanın sınırlılıkları ve etkileri tartışılmalıdır.	
19. Yorum	Sonuçların literatürle ilişkisi kurulmalı ve yorum yapılmalıdır.	54
20. Genellenebilirlik	Sonuçların hangi popülasyona genellenebileceği belirtilmelidir.	
21. Finansman	Çalışmayı destekleyen kurum ve sponsorlar açıklanmalıdır.	
22. Ek Bilgiler	Gerekli durumlarda ek tablolar, grafikler ve belgeler sunulmalıdır.	

STROBE Bildirgesi (Açıklamalı Kontrol Listesi)

EK 2

1-Yaşınız:.....

2-Eğitim durumuz?

a)Okur-yazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üstü

3-Gelir getiren bir işte çalışma durumuz?

Evet Hayır ()

4-En uzun yaşadığı yer? () İl () ilçe () Köy

5- Şuan Yaşanılan yer? () İl () İlçe () Köy

6-Aile Tipi? a)Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

7-Baba eğitim durumu?

a)Okur-yazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üstü

8-Baba çalışma durumu? Evet ()..... Hayır ()

9-Ailenin aylık ortalama geliri..... 10-Ailedeki çocuk sayısı? (Çocukla beraber)

11-Oturduğu ev tipi nasıl?

a)Apartman dairesi b)Müstakil ev c)Gecekondu **12-Evde**

şebeke su durumu? () Var () Yok

13-İçme suyu kullanım durumu? () Şebeke suyu () Hazır su () diğer.....

14-Bebegin cinsiyeti: a)Kız b)Erkek

15- Bebeğiniz kaç aylık?

16-Anne sütü kullanma durumu? () Evet (günde ne kadar)

()Hayır sütü bırakma zamanı

17-Ek gıdaya başlama ayı.....

18- Çocuğunuza suyu genellikle nasıl verirsiniz?

a) Kaynatıp soğutarak b) Hazır su c) Çeşmeden, şebeke suyundan **19- Çocuğunuz daha önce ishal geçirme durumu?**

()Hayır

()Evet sıklığı?.....

1. Çocuğunuz şu anda ishal mi? a)Evet b) Hayır (21. ve 22. soruyu geçiniz)

1. Ne zamandan beri ishal?.....

22-Dışkılama sayısı?.....

23- Çocuğunuza ishal durumunda ne tür müdahalede bulunursunuz? (birden fazla müdahale işaretlenebilir)

1. Hemen doktora götürürüm
2. Bol sıvı veririm (Ne zaman, ne kadar, nasıl).....
3. Evdeki ilaçlardan veririm (Ne ilacı, ne kadar, nasıl).....
4. Emzirme sayımı arttırırım
5.besinleri veririm.

24- Çocuğun size göre ishal olma nedeni nedir?

a. Sudan b. Yiyeceklerden c.....

25-ORS(Oral replasman sıvısı) nedir ?

a)Biliyorum kullandım daha önce b)Duydum ama hiç kullanmadım c)Hiç duymadım(26.

27. Ve 28. Soruyu geçiniz)

26-ORS nasıl hazırlanmalı?

a)1 litre kaynatılmış su içine, 2 çorba kaşığı toz şeker, 1 çay kaşığı tuz, 1 çay kaşığı karbonat eklenip karıştırılarak hazırlanır.

b)Suya eşit oranda şeker ve tuz atılıp karıştırılır.

c)

27.ORS nasıl verilmeli?

a)Her ishalli dışkıdan sonra bir çay bardağı b)Günde 3 öğün bir bardak

c).....

28.ORS ne kadar sürede tüketilmeli?

a) İshal boyunca devam edilmeli b) 3 gün verilmeli c).....

29-Şuan ishal durumunda ORS kullanacak mısınız? () Evet () Hayır

30-İshalli çocuğa su kullanma durumu () Verilir () Verilmez

31.İshalli çocuğa hangi besinler verilmez?

a)Meyve suyu ve bisküvi b) Haşlanmış patates, pirinç lapası, muz c) Sulu besinler

EK-2 ANKET SORU FORMU

EK 3

Aşağıdaki maddelerin her biri için çocuğunuzun ishalini önleme konusunda kendinize ne derece güvendiğinizi ve bunu şu an nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan yanıtı seçiniz. Doğru ya da yanlış yanıt bulunmamaktadır.

1'den 5'e kadar maddeler yazılmıştır. Bunlardan birini işaretleyiniz.

- 1 = Kesinlikle Katılmıyorum
2 = Katılmıyorum
3 = Bazen Katılıyorum
4 = Katılıyorum
5 = Kesinlikle Katılıyorum

	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Bazen Katılıyorum (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1. Yemeklerden önce çocuğumun ellerini su ve sabunla yıkamasını sağlarım.					
2. Meyve ve sebzeleri sirke ya da çamaşır suyu karıştırılmış su ile yıkarım					
3. Ürünleri çocuğuma vermeden önce son kullanma tarihlerine bakarım.					
4. Yiyeceklerle dokunmadan veya yemek hazırlamadan önce ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
5. Yemek hazırladığım yeri temiz tutarım.					
6. Kendime yemek hazırladıktan sonra yiyecek ve içeceklerin üzerini örterim.					
7. Çocuğumu 6 aydan daha uzun süre emziririm.					
8. Çocuğumu günde bir kereden fazla banyo yaptırırım.					
9. Çocuğumu beslemeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
10. Çocuğumun ağızına kirli nesneler sokmasını önlerim.					

EK-3 ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI İSHALİNİ ÖNLEMEDE ANNE ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ