

**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI İSHALİNİ ÖNLEMEDE VİDEO VE BROŞÜR İLE  
YAPILAN EĞİTİMİN ANNELERİN ÖZ-YETERLİLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**MERVE ŞAHİN MENTEŞE**  
**Orcid No: 0000-0003-3591-8172**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman**  
**Prof. Dr. Medine YILMAZ**

**İZMİR – 2023**



**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI İSHALİNİ ÖNLEMEDE VİDEO VE BROŞÜR İLE  
YAPILAN EĞİTİMİN ANNELERİN ÖZ-YETERLİLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**MERVE ŞAHİN MENTEŞE**  
**Orcid No: 0000-0003-3591-8172**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman**  
**Prof. Dr. Medine YILMAZ**

**İZMİR – 2023**

## KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : .....

Tez Danışmanı Prof. Dr. Medine YILMAZ (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi) .....

Üye :Prof. Dr. Rabia EKTİ GENÇ (Ege Üniversitesi ) .....

Üye :Doç.Dr. Betül AKTAŞ (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi) .....

ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

**o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

**o Tezimin/Raporumun ..... tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

**o Tezimin/Raporumun..... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

**o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

.....2023

## **ETİK BEYAN**

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Prof.Dr. Medine YILMAZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmır Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığımı beyan ederim.

**Merve şAHİN MENTEşE**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin boyunca teorik ve pratik anlamda faydalandığım değerli bilgileri, akademik gelişim ve mesleki yaşantımda yol gösterici deneyimleri, örnek aldığım profesyonel kişiliği, eğitim sürecimdeki her anlamda gösterdiği anlayışı ve sabrı için değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Medine YILMAZ'a,

Yüksek lisans başlanmamda beni teşvik eden canım anneme ve babama, bu süreçte yanımda olan eşime ,

Veri toplama sürecinde bana yardımcı olan iş arkadaşım Filiz AYYILDIZ'a tüm Termal Toplum Sağlığında çalışan iş arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreçte iyi günde kötü günde yanımda olan çok değerli arkadaşım Büşra DALFİDAN'a ve motivasyonumu kaybettiğimde yanımda olanlara çok teşekkür ederim.

Merve ŞAHİN MENTEŞE

2023

# **Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Video Ve Broşür İle Yapılan Eğitimin Annelerin Öz-yeterliliği Üzerine Etkisi**

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı  
Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi/ İZMİR 2023**

## **ÖZET**

**Amaç:** Farklı eğitim yöntemlerinin tek tek (video veya broşür) ya da birlikte kullanılmasının (video+broşür) çocukluk çağı ishalini önlemede annelerin öz-yeterlilik düzeylerine etkisinin incelenmesidir.

**Gereç –Yöntem:** Ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımdaki araştırma Aralık 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında bir aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür. Çalışma evrenini bu merkezlere kayıtlı 5 yaşından küçük tüm çocuklar ve anneleri oluşturmuştur (N=266). Basit rastgele örnekleme yöntemine göre anneler örnekleme alınmış, kura yöntemi ile listelerden seçilen, pandemi nedeniyle izole/hasta olmayan 120 anne ile araştırma yürütülmüştür. Girişim grubu 30’ar kişilik üç gruba ayrılmıştır (broşür ile eğitim verilen, video ile eğitim verilen ve hem video hem broşür ile eğitim verilen grup). Rutin aile sağlığı merkezi hizmeti alan kontrol grubu da 30 anneden oluşmuştur. Veri toplamada bilgi formu, Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği, eğitim materyali olarak İshalin Önlenmesi broşür ve videosu kullanılmıştır. Analizler IBM SPSS 25 programında gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular:** Çocukların yaşı, cinsiyeti, annenin çalışma durumu, anne-babanın eğitim, gelir ve çalışma durumları açısından gruplar arası fark yoktur. Video grubu ailelerin %56,7’si, Broşür grubu ailelerin %63,3’ünün, Video-Broşür grubu ailelerin %80’inin oral rehidratasyon sıvısının (ORS) ne olduğunu bildiklerini ifade ederken kontrol grubundaki annelerin %60’ının oral rehidratasyon sıvısını bilmedikleri belirlenmiştir. Girişim sonrası video, broşür ve video-broşür gruplarında bulunan annelerin çoğunlukla oral rehidratasyon sıvısı bilme oranı kontrol grubundaki annelere göre daha yüksektir (p=0,000). Gruplardaki annelerin oral rehidratasyon sıvısı bilme durumuna göre girişim öncesi ve sonrası öz-yeterlilik puanları



değişmemiştir ( $p>0,05$ ). Video ve kontrol gruplarında bulunan annelerin yarısının öz-yeterliliklerinin düşük, yarısının ise orta ve yüksek düzeyde olduğu; broşür ve Video-Broşür grubundaki annelerin çoğunlukla düşük öz-yeterlilik düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Tüm gruplarda annelerin ön test ile son test öz-yeterlilik toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Grupların öz-yeterlilik puanları arasındaki en düşük ön ve son test farkı sırasıyla kontrol ve video grubundadır. En büyük fark broşür ve sonra video-broşür grubundadır.

**Sonuç:** Araştırma sonuçları annelere tek tek veya birlikte kullanılarak yapılan girişimlerin öz-yeterliliği artırmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu yöntemler içinde broşür ve video-broşür girişiminin video girişimine göre öz-yeterliliği daha çok artırdığı söylenebilir.

**Anahtar kelimeler:** ishal, eğitim, video, broşür, yazılı materyal, görsel materyal, öz-yeterlilik

# **The Effect of Video and Brochure Education on Mothers' Self-Efficacy in Preventing Childhood Diarrhea**

**Izmir Katip Celebi University, Health Sciences Institute**

**Department of Public Health Nursing Master's Thesis / İZMİR 2022**

## **ABSTRACT**

**Objective:** To investigate the relationship between the use of different education methods (video / brochure) alone or in combination and mothers' self-efficacy levels in preventing childhood diarrhea

**Materials-Methods:** This quasi-experimental pretest-posttest study with a control group was carried out in one family health center between December 2021 and June 2022. The study population consisted of all the children under the age of 5 years registered with the aforementioned centers and their mothers (N=266). Of the mothers, 120 who were not isolated / sick due to the COVID-19 pandemic were selected from the lists by drawing lots. These 120 mothers were assigned to the following four groups each of which included 30 mothers using the simple random sampling method: group trained with a brochure, group trained with a video, group trained with both video and brochure, and control group receiving routine family health center service. The Descriptive Characteristics Form (ya da “Descriptive Information Form” / “Personal Information Form”), Maternal Self-Efficacy Scale in Preventing Early Childhood Diarrhea, brochure and video on the Prevention of Diarrhea as education material were used in data collection. Analysis was performed in IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25 program.

**Results:** There was no difference between the groups in terms of the children's age, sex, and parents' education, income and employment status. While 56.7% of the parents in the video group, 63.3% of the parents in the brochure group and 80% of the parents in the Video-Brochure group stated that they knew what oral rehydration

solution was, 60% of the mothers in the control group did not know what it was. The proportion of the mothers in the video, brochure and video-brochure groups who knew what oral rehydration solution was higher than was that of the mothers in the control group after the intervention ( $p=0.000$ ). Self-efficacy scores before and after the intervention did not change according to the oral rehydration solution knowledge of the mothers in the groups ( $p>0.05$ ). The self-efficacy level was low in the half of the mothers in the video and control groups and moderate or high in the other half, and low in most of the mothers in the brochure and video - brochure groups. There was a difference between the mothers' pretest and posttest self-efficacy total mean scores in all the groups ( $p<0.05$ ). The difference between the self-efficacy scores obtained at the pre- and post-tests was the lowest in the control and video groups, respectively. The highest difference was observed in the brochure and video-brochure groups, respectively.

**Conclusion:** The results of the study demonstrated that the implementation of the interventions alone or in combination in the mothers improved their self-efficacy. Of these methods, the brochure and video-brochure interventions improved their self-efficacy more than did the video.

**Keywords:** diarrhea, education, video, brochure, written material, visual material, self-efficacy

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL ve ONAY SAYFASI</b> .....	<b>i</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b> .....	<b>ii</b>
<b>ETİK BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
1.3. Hipotezler .....	3
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Çocuk Sağlığı.....	4
2.2.İshalin Tanımı ve Epidemiyolojisi .....	5
2.3.İshalin Etiyolojisi .....	6
2.4. İshalin sınıflandırması .....	7
2.4.1. Akut İshal.....	7
2.4.2. Persistan İshal .....	8
2.4.3.Kronik İshal .....	9
2.5. İshalde Klinik Belirti ve Bulgular .....	9
2.6. İshalde Tanı.....	11
2.7. İshalde Tedavi.....	12
2.8. İshalde prognoz ve komplikasyonlar.....	16
2.9. İshalden Korunma .....	17
2.9.1. Dünyada ve Türkiye’deki İshal Önleme Programları.....	19
2.9.2. İshalin Önlenmesi ve Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımı.....	20
2.10. Öz-yeterlilik kavramı ve önemi .....	22
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>24</b>

3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	24
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme / Edilmeme Kriterleri .....	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları .....	25
3.6.1. Bilgi Formu (EK-1) .....	25
3.6.2. Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği (EK-2) .....	26
3.7. Eğitim Araçları.....	26
3.7.1. İshalin Önlenmesi Broşürü (EK-3).....	26
3.7.2. İshali Önleme Video (EK-4):.....	26
3.8. Araştırmada Verilerin Toplanması ve Girişimin Uygulanması .....	27
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	30
3.10. Araştırmanın Etiği .....	30
3.11. Araştırmanın Süresi .....	30
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>32</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>49</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>51</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>58</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>67</b>

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

AİDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

HIV: Human Immunodeficiency Virus

İHK: İshalli Hastalıkların Kontrolü

ORS: Oral Rehidratasyon Solüsyonu

ORT: Oral Rehidratasyon Tedavi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 7: Araştırma Akış Şeması..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2. 1.</b> Çocuk ölüm hızlarının Dünya'nın farklı bölgelerindeki ölüm hızları ile karşılaştırması 5 yaş altı ölüm hızı (%) .....	6
<b>Tablo 2. 2.</b> Akut ishale neden faktörler .....	8
<b>Tablo 2. 3.</b> Dehidratasyon seviyesi .....	11
<b>Tablo 3. 1.</b> Araştırma süreci.....	30
<b>Tablo 4. 1.</b> Grupların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı .....	32
<b>Tablo 4. 2.</b> Annelerin öntest cevaplarına göre ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarının dağılımları .....	33
<b>Tablo 4. 3.</b> Annelerin son test cevaplarına göre ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarının dağılımı .....	35
<b>Tablo 4. 4.</b> Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği ve alt boyutlarının ön test puan dağılımları .....	36
<b>Tablo 4. 5.</b> Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği ve alt boyutlarının son test puan dağılımları .....	37
<b>Tablo 4. 6.</b> Annelerin gruplara göre ön test-son test Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği ve alt boyutları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 4. 7.</b> Annelerin gruplara göre ön test Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik düzeylerinin değişimi .....	41
<b>Tablo 4. 8.</b> Annelerin gruplara göre son test Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik düzeylerinin değişimi.....	41
<b>Tablo 4. 9.</b> Annelerin gruplara göre ORS bilme durumlarının ön test ve son test karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 4. 10.</b> Gruplara ve annelerin eğitim durumlarına göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test ve son test karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 4. 11.</b> Gruplara ve annelerin ORS bilme durumlarına göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test ve son test karşılaştırılması.....	44

### 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya nüfusunu zamana bağlı olarak artmaktadır. 2021 yılında dünya nüfusu 7 milyarı aşkın olarak kaydedilmiştir. Çocuk nüfus oranı dünya ortalaması, 2021 yılında %30 olarak bildirilmiştir (1). Ülkemizde Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre; 2021 yılsonu itibarıyla, Türkiye nüfusu 84 milyon 680 bin 273 kişi iken bunun 22 milyon 738 bin 300'ünü çocuklar oluşturmuştur. Bu sonuçlara göre Türkiye'deki çocuk nüfus oranı %26,9 dur. Çocukların yaş gruplarına göre %26,0'sı 0-4 yaş grubunda, %29,1'i 5-9 yaş grubunda, %28,3'ü 10-14 yaş grubunda ve %16,5'i 15-17 yaş grubundadır (1).

İshal dünya genelinde, beş yaş altı çocuklarda pnömoniden sonra ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Dünya genelinde 2019 yılında 370000 çocuğun ölümüne neden olmuştur (2,3) Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun 2019 yılı verilerine göre 0-6 yaş grubundaki çocukların 6 ay içinde geçirdiği hastalıklar arasında %28,7 ile ishal olup 2. sırada yer almıştır (4). İshalin sebep olduğu dehidratasyon, çocuk ölümlerinin en başta gelen nedenlerindedir (2). Ülkemizde ishale bağlı bebek ve çocuk ölümlerine engel olmak amacı ile Sağlık Bakanlığı 1986 yılından itibaren ülke genelinde İshalli Hastalıkların Kontrolü (İHK) Programını yürütmektedir. Programda sağlık çalışanlarının ishalin önlenmesi ve ishalde ağızdan sıvı tedavisi eğitimi hakkında halkı bilinçlendirmesi üzerinde durulmaktadır (5). Ülkemizde hem sağlık çalışanlarının hem de halkın ishal konusuna dikkat çekilmesi amacıyla 2003 yılından itibaren 1-7 Temmuz arası “İshalli Hastalıkların Önlenmesi ve Ağızdan Sıvı Tedavisi Haftası” olarak kutlanmaktadır (6).



Toplumla çalışan hemşireler, değişen sağlık bakım ihtiyaçları karşısında, eğitim, danışmanlık, savunuculuk, liderlik ve araştırma fonksiyonlarını daha etkili ve geniş kapsamlı olarak yerine getirmektedir. Halk sağlığı hemşireliğinin görevlerine baktığımızda sağlığı koruma ve geliştirme ön plana çıkmaktadır (7).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'sinde halk sağlığı hemşiresinin görevlerinden biri "topluma ve bireylere halk sağlığı ve toplum kalkınması konularında eğitim yapar" maddesidir (8).

İshal çocuklarda, yalnızca fiziksel büyümeyi değil aynı zamanda bilişsel yeteneği, üretkenliği ve ekonomik getiriyi de etkileyen çok uzun vadeli sonuçları nedeniyle, ishalle mücadelede öncelik verilmelidir. Bu nedenle, toplumdaki çocuklar arasında ishale katkıda bulunan faktörler belirlenmelidir (9).

Anne ve bebeğe uygulanan zararlı geleneksel uygulamalar, hastalanmalarına, enfeksiyon gelişmesine veya tedavi sürecinin uzamasına, ileriki yaşamında sekel kalmasına hatta ölümleri neden olabilmektedir. Bunun önüne geçebilmek için annelerin doğum öncesi ve doğum sonrası eğitim alması ile mümkün olabilmektedir (10)(11).

Öz-yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler, hastalık süreçlerini daha etkin ve iyi yönetmektedirler (12). Öz-yeterlilik düzeyinin yüksekliği, hastalığın birey üzerinde yarattığı emosyonel sıkıntıyı azaltmada ve yaşam kalitesini yükseltmede etkilidir (Mollaoğlu ve Bağ 2009). Öz-yeterlilik, başarılı sosyal ve günlük yaşam becerileri için önemli bir motivasyon faktörüdür (DSÖ 2013).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, farklı eğitim yöntemlerinin tek tek (video veya broşür) ya da birlikte kullanılmasının (video+broşür) çocukluk çağı ishalini önlemede annelerin öz-yeterlilik düzeylerinin etkisini incelemektir.

### **1.3. Hipotezler**

- Hipotez 1: Farklı eğitim materyalleri kullanılarak yapılan eğitim sonucu annelerin öz-yeterliliği kontrol grubundaki annelerin öz-yeterlilik düzeyine göre daha yüksek olacaktır.
- Hipotez 2: Çocukluk çağı ishalini önlemek için video -broşür kullanılarak yapılan eğitim video veya broşürün tek tek kullanımı ile yapılan eğitime göre annelerin öz-yeterliliğini artırmada daha etkilidir.

### **1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın veri toplama süreci COVID-19 pandemisinin ikinci yılına denk gelmiştir. Bu nedenle veri toplama süreci zaman zaman kesintiye uğramış ve süreç uzamıştır. Araştırma bulguları annelerin kendi öz bildirimlerine dayalıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Çocuk Sağlığı

Birleşmiş Milletler raporlarına göre 0 -18 yaş grubunda bulunan bütün kişiler çocuk olarak kabul edilmiştir (13). Çocuk nüfus oranı dünya ortalaması, 2021 yılında %30,0 iken Türkiye nüfusunun 22 milyon 738 bin 300'ü, toplam nüfusunun %26,9'unu çocuk nüfusedir (1).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde çocuğun hayatta kalma şansı yüksek gelirli ülkelerden daha düşüktür (2). Perinatal ve çocukluk çağı ölüm hızları; ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sosyal kalkınma durumu ya da sağlık durumu göstergeleri olarak kullanılmaktadır (14). Toplumun sağlık seviyesi ile ekonomik gelişmişlik düzeyi arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Ekonomik seviyesi belli bir seviyeye gelmiş toplumlarda sağlık için ayrılan bütçe arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda bilgi ve farkındalıkları da artmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmaktadır (15). 2020'de 5 yaş altı ölümlerin yarısı sadece 5 ülkede meydana gelmiştir ( Nijerya, Hindistan, Pakistan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti ve Etiyopya) (16).

Dünya da 5 yaşın altındaki çocuklarda önde gelen ölüm nedenleri erken doğum komplikasyonları, doğum asfiksisi/travması, pnömoni, ishal ve sıtmadır. Bu hastalıkların tümü önlenebilir veya sağlık ve sanitasyon alanında uygun maliyetli müdahalelere erişimle tedavi edilebilir (16). 1-59 ay ölümlerin büyük bölümünü enfeksiyonların (sıtma, menenjitler, kızamık ve HIV) oluşturduğu bilinmektedir (17).

Türkiye'de 5 yaş altı çocuk ölüm nedenleri erken doğum komplikasyonları, konjenital hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishali hastalıklardır (17).

Dünya'daki ve Türkiye gibi diğer ülkelerde bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarının düşme eğiliminde olduğu dikkati çekmektedir. Dünya çapında 5 yaş altı ölümlerinin toplam sayısı 1990'da 12,6 milyondan 2020'de 5 milyona düşmüştür (16). Türkiye beş yaş altı ölüm hızı, 2009 yılında binde 17,7 iken 2019 yılında 11,2 olmuştur (4).

TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerine baktığımızda; 0-6 yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlar sırasıyla üst solunum yolu enfeksiyonu %35,9 , ishal %28,7, alt solunum yolu enfeksiyonu %9,5, anemi %6,9, ağız ve diş sağlığı sorunları %6,4, idrar yolu enfeksiyonu % 4,2, D vitamini eksikliğine bağlı kemik bozuklukları (raşitizm) % 3, cilt hastalıkları %2,9 olmuştur (18).

## **2.2.İshalin Tanımı ve Epidemiyolojisi**

İshal, çeşitli patolojik veya patolojik olmayan durumların bir sonucu olarak ortaya çıkabilen gastrointestinal sistem hastalığının bir semptomudur ve başlı başına bir hastalık değildir. Genel olarak bebekler günde yaklaşık 10 mL/kg ve yetişkinler günde 200 g'a kadar dışkı yapar. Bir bireyde normal bir dışkı düzenini tanımlamak kolay değildir, çünkü dışkıların sıklığı ve kıvamı diyet alımına ve diğer faktörlere göre değişebilir. Emzirilen bebeklerde dışkı sıklığı, günde birden fazla dışkıdan haftada bir bağırsak hareketine kadar değişebilir ve yine de normal aralıkta kabul edilir (19).

Dünya Sağlık Örgütüne göre ishal, genellikle çeşitli mikroorganizmaların (bakteriyel, viral ve paraziter) neden olabildiği bağırsak enfeksiyonunun belirtisidir (2). İshalin tanımı standart bir ölçüde belirtmek zor olduğu için, araştırmacılar genellikle dışkı sıklığı, dışkı ağırlığı ve kıvamı kavramlarını kullanmaktadırlar (20). Günlük dışkılama sayısı bireysel ve beslenme şekline göre değişmekle birlikte günde üç veya daha fazla bağırsak hareketi anormal olarak değerlendirilmektedir (2,20). Dışkı ağırlığının üst sınırı genellikle 200 g/gün olarak kabul edilir. Bu durumda ishali, günde 3 ve daha fazla dışkılama ve dışkı ağırlığının 200g/gün fazla olması olarak tanımlanmaktadır (20).

İshal dünya genelinde, beş yaş altı çocuklarda pnömoniden sonra ikinci önde gelen ölüm nedenidir (3). Her yıl 1.7 milyar çocuk ishal oluyor ve en az 525.000 çocuk ishal nedeniyle ölmektedir (3). Ülkemiz 2019 yılı verilerine göre (TÜİK) 0-6 yaş grubundaki çocukların son altı ay içinde geçirdiği hastalıkların %28,7 ile 2. sırada ishal olduğu belirlenmiştir (4). Dünya'nın farklı bölgelerindeki çocuk ölüm hızları tablo 2.1' de verilmiştir.

**Tablo 2. 1.** Çocuk ölüm hızlarının Dünya'nın farklı bölgelerindeki ölüm hızları ile karşılaştırması 5 yaş altı ölüm hızı (%)

	1990	2019
DÜNYA ORTALAMASI	93	38
TÜRKİYE	74	10
Sahra Altı Afrika	180	76
Güney ve Orta Asya	124	38
Batı Asya ve Kuzey Afrika	74	26
Doğu ve Güneydoğu Asya	57	14
Latin Amerika ve Karayipler	55	16
Okyanusya	35	20
Avrupa ve Kuzey Amerika	14	5

Kaynak: Levels & Trends in Child Mortality Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation

Kaynak :Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye'de Bebek Ölümleri Durum Raporu T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, 2021

### 2.3.İshalin Etiyolojisi

Dünya çapında, akut gastroenteritin en yaygın nedenleri enfeksiyöz ajanlar, virüsler, bakteriler ve parazitlerdir (21). İshale neden olan patojenlerin çoğu, su yoluyla veya kontamine yiyecek fekal-ağız yoluyla alınması, yakın temasın olduğu (örneğin, kreşler) kişiden kişiye yayılma olasılığı artmaktadır. Temiz su eksikliği, kalabalık, kötü hijyen, beslenme eksikliği ve kötü sanitasyon, özellikle bakteriyel veya paraziter patojenler için önemli risk faktörleridir. Çocuklar, bağışıklık sistemleri

pek çok patojene maruz kalmadığı ve koruyucu antikorlar gelişmediği için sık ve şiddetli ishal nöbetlerine genellikle daha duyarlıdır (21).

TNSA 2008 verilerine göre hane halkı refah indeksi, oda başına düşen kişi sayısı, sağlık güvencesi, konuttaki tuvaletin tipi gibi sosyoekonomik etkenlerin ishalle arasında ilişki olduğu yönündedir (22,23).

Sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu yerlerde bağırsak anatomisinin malnütrisyon nedeniyle bozulduğunu, bunun sonucunda da ishale yakalanma riskinin arttığını saptamıştır (23)(24) .

Çocuklardaki tüm ishal vakalarının %70 'i gıda kontaminasyonu ile ilişkilendirilebilir. Özellikle 6 ila 24 aylık çocuklarda, süttten kesme besinin hijyenik olmayan şekilde hazırlanması nedeniyle, tamamlayıcı gıdalara başlandıktan sonra ishal insidansı artmaktadır (9).

## **2.4. İshalin sınıflandırması**

İshal; süresine, fizyopatolojik mekanizmasına, risk faktörlerinin varlığına ya da gaitanın özelliklerine göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. En yaygın kullanılan sınıflandırma süreye göre olan akut, persistan ve kronik ishal şeklindedir (25).

### **2.4.1. Akut İshal**

Akut ishal, 14 günden kısa süren ishal olarak tanımlanmaktadır. Akut ishal yaşamı tehdit eden sağlık koşullarına yol açabilir, morbidite ve mortalite üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (26). Dehidratasyon genellikle akut ishalleri bir çocuğun ölümüne neden olmaktadır. Akut ishaller genellikle enfeksiyöz kaynaklıdır (25). Akut ishale neden faktörler tablo 2.2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. 2.** Akut ishale neden faktörler

<b>1)Enfeksiyon</b>	<b>Viral</b>	<i>Astro virüs, Corona virüs, Rotavirüs, Norwalk-like virüs, Calici virüs, Enterik adeno virüs</i>
	<b>Bakteriyel</b>	<i>E. Coli, Salmonella, Shigella, C. Jejuni, S.aureus, Cl. Perfringens, Cl. Difficile, V. Cholerae, V.parahemoliticus, Plesiomona, Y. Enterocolitica, Cl.cereus</i>
	<b>Protozoa</b>	<i>Enterocytozoon bieneus, İsozpora belli, E. Histolitica, G. Lamblia Cryptosporidium, Strongyloides stercoralis, Cyclospora türleri Enterocytozoon bieneus, İsozpora belli, E. Histolitica, G. Lamblia Cryptosporidium, Strongyloides stercoralis, Cyclospora türleri</i>
	<b>Helmintler</b>	<i>Askariyazis, Enterobiyazis</i>
	<b>Mikozlar</b>	<i>C. Albicans</i>
<b>2)Nütrisyonel Nedenler</b>	Hiperosmolar süt formülleri	
	İnek sütü proteinine intolerans	
<b>3)Metabolik Bozukluklar</b>	Çölyak	
	Familyal klorür diyaresi	
	Disakkaridaz yetersizliği	
<b>4)Neoplastik Hastalıklar</b>	Ganglionöroma	
	Lenfoma gibi	
<b>5)Antibiyotik Kullanımı</b>		
<b>6)Psikolojik Stres</b>		

#### 2.4.2. Persistan İshal

Persistan ishal DSÖ tarafından, akut olarak başlayan ve 14 günden uzun süren ishal olarak tanımlanmıştır (25). İmmün yanıtı baskılayan durumlarda (kızamık, HIV enfeksiyonu vb.) sıklığı artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde her yıl beş yaş altı çocuklarda görülen persistan ishalin %15'i ölümlerle sonuçlanmaktadır (25). Altta yatan çok çeşitli nedenleri vardır. Bunlar arasında akut ishalde bağırsak epitelinin zarar görmesi, ikincil mikroorganizmaların eklenmesi, sekonder laktoz intoleransının oluşması, çeşitli vitamin ve minerallerin emiliminin bozulması olabilir (25)(27).

### 2.4.3. Kronik İshal

Bir aydan uzun süren ishal, kronik ishal olarak tanımlanmaktadır (25)(28). İshalde etiyoloji büyük ölçüde yaşa, sosyoekonomik duruma göre değişiklik gösterebilir (25)(29). Kronik ishalin yaşa göre en sık nedeni, süt çocuklarında inek sütü protein alerjisi olurken okul çağı çocuklarında ise irritabl bağırsak ve akkiz laktoz eksikliğidir (25). Gelişmekte olan ülkelerde, kronik ishale sıklıkla enfeksiyonlar neden olurken gelişmiş ülkelerde ise en yaygın neden fonksiyonel bağırsak bozuklukları, besin emilim bozukluğu ve inflamatuvar bağırsak hastalıklarıdır (IBH) (29).

Bağırsak enfeksiyonları her zaman potansiyel bir kronik ishal nedenidir. Gelişmekte olan ülkelerde Entero yapışık *Escherichia coli* ve *Cryptosporidium parvum*, potansiyel olarak şiddetli kronik ishale ilişkilendirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde kronik bulaşıcı ishal genellikle iyi huylu bir seyir izlemektedir. *Rotavirüs* ve *Norovirüs* sıklıkla dahil olurken, *Cytomegalovirus* ve *Clostridium difficile* seçilmiş popülasyonlarda ortaya çıkan şiddetli ishal ajanlarıdır (29).

### 2.5. İshalde Klinik Belirti ve Bulgular

İshalin değerlendirilmesinde epidemiyolojik risk faktörleri araştırılmalıdır. Bu risk faktörleri seyahat öyküsü, su kaynağı, çiğ et, yumurta, kabuklu deniz ürünleri ve pastörize edilmemiş süt ürünleri tüketimi, ishalleri evcil hayvanlarla temas, ortak yaşam alanında başka hasta kişilerin geçmişi, yakın zamanda antibiyotik kullanımıdır (30).

Akut enfektif ishalin temel klinik özellikleri, kısa inkübasyon süresi ile sık sulu veya gevşek dışkı ile ani başlangıç gösterir ve 14 gün içinde tam bir iyileşme hali göstermektedir. Çoğu durumda, hastalığın ilk aşamasını artan ateş (1-3 gün), kusma, iştahsızlık, karın ağrısı ve kolit durumunda sıkışıklık hissi ve ağırlı dışkılama takip etmektedir. Doğum öncesi kazanılan doğal pasif bağışıklık sayesinde, altı ila dokuz aylık bebeklerde ve özellikle emzirilenlerde genel olarak gastrointestinal



enfeksiyonlar özellikle viral olanlar genellikle asemptomatiktir veya hafif klinik semptomlar gösterir (31).

İshalde en sık görülen belirtiler; ishal, kusma ve karın ağrısıdır (25). Klinik özellikler bazen nedene dair bir ipucu sağlar. İnce bağırsak hastalığının neden olduğu ishal tipik olarak büyük hacimli, sulu ve sıklıkla malabsorpsiyon ile ilişkilidir. Dehidratasyon sık görülür. Bağırsak tutulumunun neden olduğu ishal, sıklıkla küçük hacimli dışkı, kan varlığı ve sıkışma hissi vardır (30).

Toksin alan veya toksijenik enfeksiyonu olan hastalarda tipik olarak bulantı ve kusmanın yanı sıra sulu ishal görülür nadir de olsa yüksek ateş eşlik edebilir. Bir yiyeceğin alınmasından sonraki 6 saat içinde başlayan kusma, *S. aureus* veya *B. cereus* gibi bakterilerden önceden oluşturulmuş toksinin neden olduğu gıda zehirlenmesini düşündürmelidir. Gıda alımından sonraki 8 ila 14 saat içinde ishal hastalığı başlarsa, *C. perfringens*'ten şüphelenilmelidir. Kuluçka süresinin 14 saatten uzun olduğu ve ishalle birlikte kusmanın da önemli bir semptom olduğu durumlarda viral etkenler düşünülmelidir. *Giardia lamblia* ve *Cryptosporidium* gibi bağırsak mukozasını istila etmeyen parazitler genellikle sadece hafif karın rahatsızlığına neden olur. Giardiazis hafif dışkıda yağ bulunması, gazlılık ve şişkinlik ile ilişkili olabilir (30).

İshal sırasında sıvı dışkıda su ve elektrolit (sodyum, klorür, potasyum ve bikarbonat) kaybı artar. Su ve elektrolitler ayrıca kusmuk, ter, idrar ve solunum yoluyla da kaybedilir. Dehidratasyon, bu kayıplar yeterince karşılanmadığında ve su ve elektrolit eksikliği geliştiğinde meydana gelir. Dehidratasyonun en yaygın nedenleri *rotavirüs*, *enterotoksijenik Escherichia coli* ajanlarıdır (21). Dehidratasyon seviyesine göre klinik durumlar tablo 2.1'de verilmiştir.

Dehidratasyon seviyesi, kaybedilen sıvı miktarını yansıtan belirti ve semptomlara göre derecelendirilir (21).

1. Dehidratasyonun erken evrelerinde herhangi bir belirti veya semptom görülmez.

2. Dehidratasyon arttıkça belirti ve semptomlar gelişir. Susuzluk, huzursuz veya sinirli davranış, azalmış cilt turgoru, çökük gözler ve çökük fontanel (bebeklerde).
3. Şiddetli dehidratasyonda, bu etkiler daha belirgin hale gelir ve hasta hipovolemik şok belirtileri geliştirebilir. Bunlar; bilinç azalması, idrar çıkışının olmaması, soğuk nemli ekstremiteler, hızlı ve zayıf nabız (radyal nabız saptanamayabilir), düşük veya saptanamayan kan basıncı ve periferik siyanoz. Rehidratasyon hızlı bir şekilde başlatılmazsa ölümle sonuçlanabilir.

**Tablo 2. 3.** Dehidratasyon seviyesi

Dehidratasyon Seviyesi	Tahmini Kilo Kaybı	Klinik Durum
Hafif Dehidratasyon	%5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuru mukoza zarları</li> <li>• Yüksek nabız</li> <li>• 2 saniyede kapiller dolum</li> <li>• Hafif artan susama</li> </ul>
Orta Dehidratasyon	%10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinirlilik</li> <li>• Aşırı susama</li> <li>• Hafif ortostatik kan basıncı</li> <li>• 2 ila 4 saniye arasında kapiller dolum</li> <li>• Azalmış gözyaşı</li> <li>• Oligüri</li> </ul>
Ağır Dehidratasyon	%10-15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aşırı susama</li> <li>• Taşikardi</li> <li>• Düşük kan basıncı</li> <li>• Bebekler de fontenellerde çökme</li> <li>• Anüri</li> <li>• Letarjiden koma durumuna geçme</li> </ul>

Linnard-Palmer, L., & Coats, G. H. (2016). *Safe Maternity and Pediatric Nursing Care*. FA Davis.

## 2.6. İshalde Tanı

İshalde iyi bir öykü alınması ve fizik muayenenin dikkatli yapılması önemlidir. Öyküde ishalin süresi (akut vs. kronik vs. tekrarlayan), ishalin başlaması (ani veya kademeli), günlük dışkı sayısı kan, mukus içeriği ve çocuğun diyetle alınan besinleri

ile ilişkili karın ağrısı, kusma, seyahat öyküsü, artrit, alerji, atopi ve tekrarlayan akciğer enfeksiyon varlığı sorgulanmalıdır (28). Süt çocukluğu döneminde başlayan ishallerde kronik nonspesifik ishal çölyak hastalığı, postenteritis sendromu, kistik fibrozis, besin alerjisi varlığı dikkate alınmalıdır (28).

Fizik muayenede hastanın genel durumuna bakılır. Yaşam bulguları, kilo alım hızı, boy ve baş çevresi, büyüme eğrilerine göre değerlendirilir (25,28). Laboratuvar, radyolojik veya invaziv (örn. kolonoskopi) incelemeler, öykü ve fizik muayene dikkatli bir şekilde gözden geçirildikten sonra yapılmalıdır (32).

Ayrıca, dışkıının sıklığı ve karakteri, ishalin ince bağırsaktan mı yoksa kalın bağırsaktan mı kaynaklandığını gösterebilir. İnce bağırsak kaynaklı ishal tipik olarak suludur; büyük hacim; ve karın krampları, şişkinlik ve gaz ile ilgili. Bununla birlikte, kalın bağırsak kaynaklı ishal sık, düzenli, küçük hacimlidir ve genellikle ağrılı bağırsak hareketleriyle ilişkilidir. Ayrıca, kalın bağırsaktan kaynaklanan dışkı özellikleri şunları içerir: kanlı veya mukoid dışkı; bununla birlikte, ince bağırsak kaynaklı dışkılarda ikisi de yaygın değildir (Differential Diagnosis of Acute Diarrhea 2021)

## 2.7. İshalde Tedavi

Akut ishal tedavisindeki ana hedefler arasında sıvı ve elektrolit dengesizliğinin değerlendirilmesi, rehidratasyon, idame sıvı tedavisi ve yeterli bir diyeteye yeniden başlanması yer almaktadır. Akut ishal ve dehidratasyon olan bebekleri ve çocukları öncelikle ORS ile tedavisi önerilmektedir (21).

Probiyotikler ve simbiyotikler kullanımının yararlı olduğu yönünde pek çok görüş vardır (21,24,32). Probiyotiklerin, ishalin tedavisinin süresini kısaltarak ve/veya komplikasyonlarını önleyerek iyileştirme potansiyeli olduğu belirtilmiştir (33). Antibiyotik uygulaması belirli durumlarda kullanılmaktadır (21). Antipiretik, uygulanmaları için ek bir neden olmadıkça, ateşi 39°C'nin altında olan çocuklar için endike değildir. Çocukların yaşı için tercih edilen ateş düşürücü parasetamoldür, ancak bir çocuk üç aydan büyükse (>5 kg), İbuprofen de tercih edilmektedir (31). Akut ishal tedavisi, şiddetli dehidratasyon veya diğer bazı ciddi komplikasyonlar dışında, hastaneye yatmayı gerektirmemektedir (31).

Amerikan Pediatri Akademisi ve DSÖ tarafından önerilen ve kabul gören ishal tedavisinin ana prensipleri şu şekildedir (34,35):

**Sıvı ve elektrolit dengesinin korunması:** zaman kaybetmeden evde uygun sıvıların verilmesi, hafif ve orta derecede dehidratasyonu olanlara ORS verilmesi, ORS'nin uygulanmadığı durumlarda intravenöz (IV) sıvı tedavisi başlanmasıdır.

**Beslenmenin sürdürülmesi:** Beslenmenin devamlılığının sağlanması (emzirme sıklığının artırılması da dahil), mümkün olduğunca en erken sürede beslenmeye başlanmasıdır.

### **Antibiyotiklerin sınırlı kullanımı**

### **Antiemetik ve antidiyareik ilaçların kullanılmaması**

Amerikan Pediatri Akademisi, Dünya Sağlık Örgütü ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, ishalin neden olduğu çoğu dehidratasyon vakası için tercih edilen tedavi olarak ORS yi önermektedir (21). ORS, ishalde dehidratasyonu önlemek veya düzeltmek için uygun solüsyonların ağız yoluyla uygulanmasıdır. ORS, akut gastroenterit tedavisinde uygun maliyetli bir yöntemdir ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hastaneye yatış gereksinimlerini azaltmaktadır (24).

Çinko eksikliği gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklar arasında yaygındır. ORS'ye ek olarak rutin çinko tedavisi, ishalin süresi ve şiddeti ile dehidratasyon riski azaltılır. Çinko takviyesine 10- 14 gün devam edilerek ishal sırasında kaybedilen çinko tamamen yerine konur ve sonraki 2-3 ay içinde çocuğun yeni ishal atakları yaşama riski azalır (21).

İshalde çocuğun olağan diyeti sürdürülmeli ve sonrasında artırılmalıdır. Emzirmeye devam edilmeli, besin değeri yüksek yiyecekler verilmelidir. Çocuğa üç veya dört saat arayla yiyecek verilmelidir. Sık küçük beslemeler daha iyi tolere edilebilmektedir (21).

Antimikrobisidler, küçük bebeklerde (<3 aylık) ve immün yetmezlik, malignite ve kronik inflamatuvar bağırsak hastalığı, kanlı ishali (muhtemel şigelloz), ciddi

dehidratasyonlu kolera şüphesi ve pnömoni gibi ciddi bağırsak dışı enfeksiyonları olan çocuklar için güvenilir bir şekilde faydalıdır. Anti-protozoal ilaçlar nadiren endikedir (21,31).

Antidiyareik ilaçlar ve anti-emetikler akut veya inatçı ishali olan çocuklar için kontrendikedir. Antidiyareik ajanlar akut ishalin tedavisinde endike değildir. Opioidler, ishalin şiddetini maskeleyebilecek antimotilite etkisine sahiptirler ve ciddi dehidratasyonu önlemezler veya tedavinin temel amacı olan beslenme durumunu iyileştirmezler (21,36).

İshalli çocuğun dehidratasyon derecesine göre tedavi planı yapılır (21).

### ***Hafif İshali Olan Çocuklarda Tedavisi***

Dehidratasyon belirtisi olmayan ishalli çocuklardır. İshal nedeniyle kaybettikleri su ve elektrolitleri yerine koymak için ekstra sıvı ve tuza ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlar verilmezse dehidratasyon belirtileri gelişebilmektedir (36).

Dehidratasyonu önlemek için çocuğa normalden daha fazla sıvı verilmez. İshalli çocuğa ORS solüsyonu, besin içeren sıvılar (ayran, çorba), su verilmelidir. İshalli çocuğa hazır meyve suları, gazlı içecekler, şekerli çay verilmemelidir. Beslenmeye devam edilmesi hastalığın şiddetini ve süresini azaltır. Anne sütü alan bebeklerde ise emzirme sık aralarla devam ettirilir. Mama ile beslenen bebekler mamalarına devam etmelidir; tolere edilemezse birkaç gün laktoz içermeyen bir formül kullanılabilir. Altı aydan büyük çocuklarda yumuşak veya püre haline getirilmiş yiyeceklere devam edilmesi için herhangi bir kontrendikasyon yoktur (25,36). Altı aydan büyük çocuklarda süte ek olarak enerji ve besin değeri yüksek, zengin protein içeren muz, patates püresi, yoğurt, pirinç lapası, tarhana çorbası, haşlanmış yağsız et, tavuk, ekme, elma suyu, şeftali suyu, havuç suyu, ayran gibi besinler verilir. İshal geçene kadar lifli, şekerli, baharatlı ve yağlı besinler verilmemelidir (25).

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında 0-5 yaş grubu çocuklardaki ishalli hastalıklarda olabilecek dehidratasyonunu önlemek üzere ücretsiz oral

rehidrasyon paketi desteği sağlanmaktadır (5). Eczanelerde ticari markalarda ORS saşeleri bulunmaktadır.

**ORS Paketinin Hazırlanışı:** Eller su ve sabunla yıkandıktan sonra, ORS paketinin içindeki toz temiz bir kaba boşaltılır, bir litre kaynatılmış soğutulmuş su ilave edilerek toz çözüncüye kadar karıştırılır (T.C Sağlık Bakanlığı 2003). Solüsyon çocuğa ılık veya soğuk olarak içirilmeli, kesinlikle ısıtılmamalıdır. Solüsyonun yeniden kaynatılması bileşimini bozmaktadır. Kontaminasyon açısından hazırlanmış solüsyon en fazla 12 saat içinde kullanılmalıdır (25,36).

Oral hidrasyon solüsyonları çoğu dehidrasyon vakasında faydalıdır ve kusma bir kontrendikasyon değildir. Kusan bir çocuğa sık aralıklarla ve küçük miktarlarda ORS verilmelidir (36). Önerilen ORS miktarları şu şekildedir (21);

- 2 yaşından küçük çocuklar: 50-100 ml (çeyrek - yarım büyük bardak) sıvı;
- 2 ila 10 yaş arası çocuklar: 100-200 ml (bir buçuk bardak - bir büyük fincan);
- Daha büyük çocuklar ve yetişkinler: istedikleri kadar sıvı alabilirler (21,25).

### ***Orta Ağırlıkta İshali Olan Çocuklarda Tedavi***

Orta dehidrasyonu olan çocuklar ilk başta sağlıklı bir ortamda ORS solüsyonu ile oral rehidrasyon tedavisi (ORT) almalıdır. Rehidrasyon için gereken ORS solüsyonu miktarını ayarlamak için çocuğun ağırlığı ve yaşı ihtiyaç duyulan yaklaşık solüsyon miktarını belirlemek için kullanılmalıdır (21,25). Miktar, çocuğun ağırlığının kg cinsinden 75 ml ile çarpılmasıyla da tahmin edilebilir. Çocuğun ağırlığı bilinmiyorsa, çocuğun yaşına göre yaklaşık miktar seçilebilir (21).

Gerekli solüsyonun tam miktarı, çocuğun dehidrasyon durumuna bağlı olacaktır. Çocuk tahmini miktardan daha fazla ORS solüsyonu istiyorsa ve aşırı hidrasyon belirtisi yoksa daha fazlası verilebilir. Çocuk kusarsa, 5-10 dakika beklenir ve ardından tekrar ORS solüsyonu vermeye daha yavaş bir şekilde başlanır (örn. her 2-3 dakikada bir kaşık) (21).

ORS nazogastrik tüp ve gastrostomi tüpü ile de verilebilir (25). Genellikle ilk 4-6 saatlik ORS tedavisinden sonra beslenme başlatılır (25,35). İlk 4 saatlik

rehidrasyon döneminde anne sütü dışında yiyecek verilmemelidir. Emzirilen bebekler oral rehidrasyon sırasında bile bebeğin sık sık emzirmeye teşvik edilmelidir (21).

ORS solüsyonunun doğru bir şekilde alındığından ve dehidratasyon belirtilerinin kötüleşmediğinden emin olmak için rehidrasyon sırasında çocuğu zaman zaman kontrol edilmeli, çocukta ciddi dehidratasyon belirtileri gelişirse intravenöz (IV) tedaviye başlanmalıdır. Ancak bu çok sıra dışı bir durumdur, ancak ORS solüsyonunu az içen ve rehidrasyon döneminde sık sık bol sulu dışkı yapan çocuklarda meydana gelebilir (21).

### ***Ağır İshali Olan Çocuklarda Tedavi***

Ağır dehidratasyonu olan çocuklar için tercih edilen tedavi intravenöz rehidrasyondur (21,35). İlk aşamada vücudun günlük sıvı-elektrolit gereksinimleri karşılanarak Na, K, Cl ve HCO<sub>3</sub> gibi elektrolitlerin dengesi korunur (35). Şiddetli dehidratasyon ya da inatçı kusmaları olan çocuklarda IV elektrolit solüsyonları (ringer laktat gibi) kullanılmalıdır (37). IV sıvı, çocuk rehydrate (40–75 ml/ kg) edildikten sonra genellikle 4–6 saatte sonlandırılır. Oral alım mümkün olduğunda ORS başlanmalıdır. Kusma ORS kullanımına engel değildir (21). Ağızdan beslenme başlatıldığında besinler sık aralıklarla ve az miktarlarda olmalıdır (21,35).

## **2.8. İshalde prognoz ve komplikasyonlar**

Akut ishal iki-yedi gün arasında sürer. Uygun tedavi ile ishal her zaman iyileşmektedir. Sistemik bir enfeksiyonun veya malnütrisyonun olması, mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir. Üç aylıktan küçük bebekler riskli grup arasındadır (38).

Akut ishelli bir hastalığın olası komplikasyonları arasında dehidratasyon, metabolik asidoz, bilinç bozukluğu, konvülsiyonlar, dolaşım şoku ve prerenal azotemi hatta ölüme kadar ilerleyen ciddi sıvı kaybına neden olabilmektedir (39). Anoreksiya, kusma, ishal ve ateşe bağlı olarak ortaya çıkan ikinci en sık komplikasyon, negatif beslenme durumudur ve bunu geri dönüşlü vücut ağırlığı kaybı takip etmektedir (31).

Çok sık dışkılama nedeniyle rektal mukozal prolapsus, bağırsak invajinasyonu ve perforasyonu, paralitik ileus, toksik megakolon ishalin diğer olası komplikasyonlarıdır (31). Nadir görülen komplikasyonlar, ciddi dehidratasyonun bir sonucu olarak prerenal azotemi ile invajinasyon, toksik veya hipovolemik şoku içerir. Epileptik konvülsiyonlar, sıvı ve/veya elektrolit değişimlerinden/hipoglisemiden kaynaklanabilir. Ensefalit nadiren görülmektedir. Kusma genellikle yeterli rehidrasyondan sonra birkaç saat içinde ve en fazla 48 saat sonra durmaktadır (39). Şiddetli dehidratasyonu tedavi edilmemiş metabolik asidozu, hipo-hiperkalemi ve hipoglisemi ve en şiddetli duyuşal bozukluk, konvülsiyonlar ve anüri takip etmektedir. Uzun süreli hipoperfüzyon ve renal hipoksi gibi şiddetli hipovoleminin bir sonucu olarak tübüler nekroz da görülebilmektedir (31).

## **2.9. İshalden Korunma**

İshalli hastalıklarda uygun tedavi yapıldığında, ölümlerin önlenmesi oldukça mümkündür, ancak ishal insidansı üzerinde hiçbir etkisi yoktur. Sağlık çalışanlarının, aile üyelerini eğitmek ve onları önleyici tedbirler almaya motive etmek ishalden korunmada en etkili girişimlerden birisidir. Annelere aşırı bilgi yüklemekten kaçınmak için anne ve çocuk için en uygun olan bilginin verilmesi daha etkilidir (21).

İshalden korunmada DSÖ önerileri şunlardır (2);

- Temiz içme suyu,
- Gelişmiş sanitasyon,
- El yıkama,
- Yaşamın ilk altı ayında sadece anne sütü,
- Gıda hijyeni,
- Enfeksiyonlar açısından sağlık eğitimi
- Rotavirüs aşısı yapılmasıdır

Yaşamın ilk 6 ayında bebekler sadece anne sütü ile beslenmelidir. Bu, sağlıklı bebeğin anne sütü alması ve su, çay, meyve suyu, tahıllı içecekler, hayvan sütü veya



mama gibi başka yiyecek veya sıvı almaması gerektiği anlamına gelir. Yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerin ishal olma veya ishalden ölme olasılığı, emzirmeyen veya kısmen emziren bebeklere göre çok daha düşüktür. Anne sütü, bebeği enfeksiyondan, özellikle ishalden koruyan immünolojik özelliklere sahiptir, yaşamın erken dönemlerinde alerji riskine karşı korur. Emzirme en az 2 yaşına kadar devam etmelidir. Bebeği emzirmek ishale neden olabilecek bakterilerle kolayca kontamine olan biberon, emzik, su ve mama kullanımını gerektirmemektedir (21).

Bebeklerde ilk 6 ayından sonra anne sütüne ek olarak ek gıdalara başlamak bebeğin sağlığı için önemlidir. Besinlerin bebeğe uygun (püre) ve hijyen içinde hazırlanması gerekmektedir (21).

Güvenli su kullanımı, ishal riski, mevcut en temiz su kullanılarak ve kontaminasyondan korunarak azaltılabilir. Mevcut temiz su kaynağını korumalı ve temiz tutulmalıdır. Tuvaletler 10 metreden daha uzağa ve yokuş aşağı yerleştirilmelidir. Hayvanları korumalı su kaynaklarından uzak tutmalıdır (21).

Tüm ishaller hastalık ajanları, dışkı materyali ile kontamine olmuş ellerden yayılabilir. Aile üyeleri düzenli olarak el yıkama uyguladığında ishal riski önemli ölçüde azalmaktadır. Tüm aile bireyleri, dışkılamadan sonra, dışkılayan çocuğu temizledikten sonra, çocuğun dışkısını attıktan sonra, yemek hazırlamadan ve yemek yemeden önce ellerini iyice yıkamalıdır. İyi el yıkama, sabun veya kül veya toprak gibi yerel bir ikame ve elleri iyice durulamak için yeterli su kullanımını gerektirir (21).

Gıdalar, üretim ve hazırlamanın tüm aşamalarında ishal etkenleri ile kontamine olabilir. Çocuklara verilecek sebze ve meyvelerin bol su ile yıkanması, uygun ortamlarda hazırlanması, kabukları soyulmuş ve hemen yenen bozulmamış meyve ve sebzeler dışında çiğ gıda yenmemesi, yiyeceklerin iyi pişirilerek tüketilmesi ve uygun koşullarda kapalı kaplarda muhafaza edilmesi gerekmektedir (21,25).

Tuvaletlerin kullanımı ve dışkıların güvenli bir şekilde atılması ishalden korunmada oldukça önemlidir (21).

Bağışıklama da ishalden korunmada oldukça önemlidir. Bebekler rotavirüs hastalığından korunmak için rotavirüs aşısı yaptırmalıdır (40). Kızamık aşılması, ishali hastalıkların insidansını ve şiddetini önemli ölçüde azaltabilir (21).

### **2.9.1. Dünyada ve Türkiye’deki İshal Önleme Programları**

Dünyada çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi için 1946 yılında Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNİCEF) kurulmuştur. Bu fon çocuk sağlığını iyileştirmeye yönelik pek çok çalışma yapmıştır (41). Bunlardan birisi 1979 yılının “Uluslararası Çocuk Yılı” ilan edilmesi olmuştur. 1980-1995 yılları arası çocukların hayatta kalması ve gelişmesi dönemidir. 1982 yılında UNICEF “Çocukların Hayatta kalma Kampanyası” GOBİ’yi vurgulamıştır (41).

#### **“GOBİ (GAEB)”;**

1. **G**rowth monitoring (**G**elişmenin izlenmesi),
2. **O**ral rehydration therapy (**A**ğızdan sıvı tedavisi),
3. **B**reast feeding (**E**mzirme),
4. **I**mmunization (**B**ağışıklama) (41,42).

1978’de, 31. Dünya Sağlık Asamblesindeki kararlarla DSÖ İshali Hastalıkların Kontrolü Programı (İHK), küresel çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltmayı, ORS’nin kullanımının yaygınlaşmasını hedeflemiştir (43,44). DSÖ, 1995 yılında UNICEF ve USAID ile işbirliği yapmış, İHK programını radyo gibi kitle haberleşme araçlarıyla toplumu, ishali hastalıkların tehlikesi ve tedavisi konularında bilinçlendirmiştir (43,44). DSÖ ve UNİCEF tarafından eğitim programları düzenlenmiştir (43). Ülkemizde ise 16 Haziran 1986 tarihinde, Sağlık Bakanlığı tarafından, ishali hastalıkların kontrolü kampanyası uygulanmaya başlamıştır (44). Ülkemizde 2003 yılından itibaren 1-7 Temmuz arası “İshali Hastalıkların Önlenmesi ve Ağızdan Sıvı Tedavisi Haftası” olarak kutlanmaktadır (6).

DSÖ, aşı ile önlenebilir hastalıklardan korumak amacıyla “ Genişletilmiş Bağışıklama Programı” ‘nı 1974 yılında başlatmıştır (45).

Ülkemizde ise 1981 yılında uygulamaya konması ile birlikte bağışıklama konusunda aktiviteler hızla ilerlemiş ve günümüze kadar devam etmiştir (46). ABD gibi gelişmiş ülkelerde rotavirus, meningokok, influenza ve human papilloma virüs aşılı gibi aşıların rutin çocukluk çağı aşı takviminde yer aldığı bilinmektedir. Ülkemizde uygulanan çocukluk dönemi güncel rutin aşı programı içinde bu aşıların yer almamakla birlikte ülkemizde ruhsat alarak rutin dışı aşılar kapsamında uygulanmaktadır (46).

Bin Yıl Kalkınma Hedefleri sekiz amaç üzerine temellendirilmiştir. Bu hedeflerden 4. ve 7. amaç 1990-2015 yılları arasında ishalli hastalıklardan korunmayı ve çocukluk çağı ölümlerini önlemeyi doğrudan ve dolaylı şekilde kapsamaktadır. Amaç 4'de çocuk ölümlerini azaltmak amacıyla 1990-2015 yılları arasında, beş yaş altı çocuk ölümlerinin 2/3 oranında azaltılması hedeflenmiştir. Amaç 7'de çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması olup 2015 yılına kadar güvenli içme suyuna ve temel atık sistemine erişimi olmayan nüfusun oranının yarı yarıya azaltılması hedeflenmiştir (47).

2015 yılında belirlenen, 2030'a kadar 17 küresel amacın gerçekleştirilmesi için sürdürülebilir kalkınma amaçları belirlenmiştir. Bu amaçlar içerisinde yoksulluğa ve açlığa son verilmesi sağlık ve kaliteli yaşam ile temiz su ve sanitasyon hedefleri çocuk sağlığını geliştirmeye yönelik olarak katkı sağlayacaktır (48).

### **2.9.2. İshalin Önlenmesi ve Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımı**

DSÖ ishali önlemede kişisel hijyen, güvenli/temiz su ve gıdanın, anne sütünün ve bulaşıcı hastalıklar önlenmesinde sağlık eğitiminin önemini vurgulamıştır (WHO 2019).

Çocuklardaki tüm ishal vakalarının %70 'i gıda kontaminasyonu ile ilişkilendirilir (9). Çocuklara verilecek yiyeceklerin bol su ile yıkanması, yiyeceklerin iyi pişirilerek tüketilmesi, uygun ortamlarda hazırlanması ve uygun koşullarda saklanması, yiyecek kaplarının temiz yıkanması, enfeksiyona neden olan emzik ve biberonun azaltılması, yemek kaplarının ağzı açık bırakılmaması, perine

hijyenine dikkat edilmesi ve tek kullanımlık bebek bezlerinin kullanılması dikkat edilmesi gereken diğer koruyucu önlemlerdir (25).

Kişisel hijyen davranışları içerisinde el yıkama özel öneme sahiptir. El yıkama, enfeksiyonların önlenmesinde, besin güvenliğinin sağlanmasında, besin kaynaklı hastalıkların önlenmesinde en basit ve en etkili yöntemdir (49). El yıkama ile ilgili çalışmaların meta-analizinde ishaller hastalıklarının el yıkama ile %47 azaldığı gösterilmiştir (50). Ebeveynlere el yıkama eğitimleri verilmelidir. Ebeveynlerin eğitimi, çocuklarının hastalıklarının yönetimini etkiler ve hastalığı anlamalarını artırarak komplikasyonları önlemeye veya en aza indirmeye yardımcı olur. Hastaneye yatışların sıklığını ve süresini azaltmaktadır (51).

Hemşire, ishaller bir çocuk için ayrıntılı bir değerlendirme yapmalıdır çünkü kayıplar hızla akut bir duruma dönüşebilmektedir. İshallerin, başlama zamanı ve süresi, dışkı miktarı ve özellikleri, kusma, ateş durumu, seyahat öyküsü, beslenme durumu, ilaç kullanımı, son 24 saatte su ve besin alımı, son idrar yapma zamanı ve miktarı, yakın çevresinde ishaller kişi varlığı gibi durumlar sorgulanır (34).

Fiziki değerlendirme yapılır. Vital bulguları 2-4 saatte bir takip edilir. Dışkı ve idrarın özellikleri, miktar, renk, tutarlılık, koku ve sıklık açısından gözlemlenmelidir (52). Çocuk kusuyorsa, miktarı ve türü izlenmeli, aspirasyon riski nedeniyle çocuğa uygun pozisyon verilmelidir. Ateşli bir çocuk su kaybını artırarak dehidratasyona katkıda bulunur. Vücut gereksinimleri doğrultusunda sıvı-elektrolit dengesini düzenlemek ve yeterli hidrasyonu sürdürmek, amacıyla aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılmalıdır. Hidrasyon durumu değerlendirilmelidir (deri turgoru, muköz membran, mental durum, gözyaşı, yaşam bulguları). Günlük tartı takibi yapılmalıdır. Çocuğun durumuna göre sıvı miktarı artırılmalı eğer oral alamıyorsa nazogastrik tüp ya da IV yolla hidrasyon sağlanmalıdır (25,35).

Yaşına uygun kiloyu sürdürmesi için yeterli besin alımı takip edilmelidir. Altı aydan küçük bebekse anne sütü ile beslenmesi sağlanmalı, bu konuda anne teşvik edilmelidir. Günlük tartı takibi yapılmalıdır (25,35,52).

İshalli dışkı, perianal cildi oldukça tahriş eder ve bebek bezi bölgesindeki deriyi bütünlüğünde bozulma riskine karşı korumak için ekstra özen gösterilmesi gerekir. Bezleri her 2 saatte bir veya gerektiği gibi değiştirilmeli, bez bölgesini her kirlenmeden sonra bol su ve alkali bir sabun ile yıkanmalı ve kurulmalıdır. Ticari bebek mendilleri kullanılmamalıdır. Perine bölgesi açıkta kalacak şekilde havalandırılmalıdır. Bölgeye önerilen pomadlar/bariyer kremler sürülmelidir (35,52).

Çocuğa ve aileye destek ve danışmanlık verilmelidir. Ebeveynler çocuğun durumu hakkında bilgilendirilmeli, genel hijyen, sık ve uygun el yıkamanın önemi vurgulanmalıdır (25,52). İshalin nedeni belirlenene kadar çocuk izole edilmelidir. İzolasyon teknikleri çocuklara, aile üyelerine ve ziyaretçilere öğretilmelidir (35).

## **2.10. Öz-yeterlilik kavramı ve önemi**

Öz-yeterlilik kavramı, ilk kez “Bilişsel Davranış Değişimi” kuramı kapsamında psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında ileri sürülmüştür (53). Bandura'ya göre öz-yeterlilik, bireyin kendisine verilen işlevleri ve görevleri yerine getirme yeteneğine olan inancını ifade eder. Başka bir deyişle, öz-yeterlilik, kişinin belirli görevleri etkili ve yetkin bir şekilde yerine getirme yeteneğine ilişkin algısını yansıtır (Bandura, 1997) (54). Bandura bir kişinin öz-yeterliliğinin dört temel bilgi kaynağından etkilendiğini söylemiştir. Bu kaynaklar; Performans başarıları, güvenilir deneyimler, sözlü ikna ve fizyolojik durumlardır (55,56).

Bandura'ya göre, bazı bireyler doğru bilgiyi veya ne yapacaklarını bildiği halde çoğu zaman uygun şekilde davranmamaktadır. Bunun nedeni, kendine gönderme yapan düşüncenin aynı zamanda bilgi ve eylem arasındaki ilişkiye aracılık etmesidir. Bu sorgulama hattında ele alınan konular, insanların kendi kapasitelerini nasıl yargıladıkları ve öz-yeterlilik algıları aracılığıyla motivasyonlarını ve davranışlarını nasıl etkiledikleri ile ilgilidir (12).

Öz-yeterlilik yargıları insanlar engeller veya hoş olmayan deneyimler karşısında ne kadar çaba harcayacaklarını ve ne kadar ısrar edeceklerini de belirler. Yetenekleri hakkında ciddi şüpheler besleyen insanlar zorluk karşısında çabalarını azaltır veya tamamen pes ederken, güçlü bir yeterlilik duygusuna sahip olanlar zorlukların

üstesinden gelmek için daha fazla çaba harcarlar. Yüksek azim genellikle yüksek performans kazanımları sağlamaktadır (57).

Öz-yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler, hastalık süreçlerini daha etkin ve iyi yönetmektedirler (12). Öz-yeterlilik düzeyinin yüksekliği, hastalığın birey üzerinde yarattığı emosyonel sıkıntıyı azaltmada ve yaşam kalitesini yükseltmede etkilidir (58). Öz-yeterlilik, başarılı sosyal ve günlük yaşam becerileri için önemli bir motivasyon faktörüdür (59). Bir olumsuzluk karşısında düşük öz-yeterliliğe sahip kişide depresyon, anksiyete ve çaresizlik hissi ortaya çıkmaktayken öz-yeterliliği yüksek olan kişiler olumsuzluklara karşı öz-yeterliliği düşük olanlara göre daha çok ve uzun süre çaba harcarlar bundan dolayı herhangi bir aksilik durumunda çabuk toparlanarak amaçlarına ulaşma çalışırlar (58).

Özyeterlilik annelerin çocuk bakımı ve çocuklarıyla iletişiminde etkilidir (60). Ebeveynlerin öz-yeterlilik duyguları, bebek bakımı ile yakından ilişkili psikososyal bir faktördür (61). Öz-yeterlilik düzeyi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarında obezite riskinin daha düşük düzeyde de olduğu belirtilmiştir (62). Yenal ve ark. (2013) annelerin emzirme başarısının arttırılması ve emzirme problemlerini çözebilmek için motivasyonlarının ve ilgilerinin, yani öz-yeterliliklerinin yüksek olmasının önemini vurgulamıştır (63).

### 3.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Farklı eğitim yöntemlerinin tek tek (video veya broşür) ya da birlikte kullanılmasının (video+broşür) çocukluk çağı ishalini önlemede annelerin öz-yeterlilik düzeyleri ile ilişkisinin incelendiği bu araştırmanın ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel araştırma modeli olarak gerçekleştirilmiştir.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Aralık 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında Yalova ili Termal ilçesi Termal Toplum Sağlığı Merkezine bağlı bir aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür. Termal Aile Sağlığı merkezinde 2 hekim, 2 hemşire yaklaşık 6500 nüfusa hizmet vermektedir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Yalova Termal Toplum Sağlığı Merkezine bağlı 1 ve 2 no'lu Aile Sağlığı Merkezlerine Aralık 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında kayıtlı, 5 yaşından küçük tüm çocuklar ve anneleri oluşturmuştur (N=266). Araştırmada basit rastgele örnekleme yöntemine göre anneler örnekleme alınmıştır. Kura yöntemi ile listelerden seçilen anne uygun değilse yerine listeden başka anne seçilmiştir. Araştırma tarihleri arasında pandemi nedeniyle izole olmayan ve hasta olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm anneler ile araştırma yürütülmüştür (n:120).

### 3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme / Edilmeme Kriterleri

#### Anneler için araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- 5 yaş altı en az bir çocuğa sahip

- 18 yaş üstü olma
- Okuma-yazma bilme
- İletişim kurmaya engel görme-ışitme engeli bulunmaması
- Araştırmaya katılmayı kabul etme
- Videoyu izleyecek koşullara sahip olma (internet ve akıllı telefon/ bilgisayar)

#### **Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri;**

- İletişim engeli olma (görme, ışitme, psikiyatrik bir sorun)
- İnterneti olmama
- Pandemi nedeniyle COVID-19 pozitif tanısı olma veya izolasyonda olma

#### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

- **Bağımlı Değişkenler:** Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği Puanı
- **Bağımsız Değişkenler:** Farklı eğitim materyallerinin kullanımı (video, broşür veya video+broşür)

#### **3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Araştırmada aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Bilgi Formu
- Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği

##### **Eğitim Araçları**

- İshalin Önlenmesi Broşür
- İshali Önlemeye Yönelik Video

##### **3.6.1. Bilgi Formu (EK-1)**

Literatüre dayandırılarak (25,64,65) oluşturulan form iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuk ve ebeveynlere ilişkin sosyodemografik sorular yer almıştır. İkinci bölümde annelerin çocukluk çağı ishalleri ile ilgili bilgi ve



davranışlarına yönelik sorular yer almıştır. İkinci bölümde yer alan 11. Ve 12. sorular hem ön testte hem son testte annelere sorulmuştur.

### **3.6.2. Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği (EK-2)**

Bu ölçek, erken çocukluk çağı ishalini önlemede için Joventino ve ark. tarafından 2013 yılında geliştirilmiş (65), Bekar (2018) tarafından Türkçe geçerlik - güvenirlik çalışması yapılmıştır (64). Yirmi iki maddeli ölçek “1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde değerlendirilmektedir. Toplam ölçek puanı 22 ile 110 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanlara göre  $\leq 96$  öz-yeterlilik düzeyi düşük, 97- 101 arası orta,  $\geq 102$  102 öz-yeterlik düzeyi yüksek olarak değerlendirilmektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.74’tür (65). Bu araştırmada gruplara göre ön testte 0.89 -0.96 son testte 0.88- 0.93 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçek kullanımı için ilgili yazardan e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-3).

## **3.7. Eğitim Araçları**

**3.7.1. İshalin Önlenmesi Broşürü (EK-3):** Literatürden (21,25,66,67) yararlanılarak hazırlanmış olan broşür içeriğinde “ishalin tanımı, nedenleri, evde ishal tedavisinin yönetimi, doktora başvurmayı gerektiren durumlar, oral rehidratasyon sıvısı (ORS) hazırlanışı ve kullanımı, çocuğu ishalden korumak için yapılacaklar, temiz içme ve kullanma suyunun önemi, ishali önlemeye yönelik beslenme önerileri, besin hijyeni ve besin güvenliğini sağlama yolları, kişisel hijyen” konuları yer almıştır. Broşürün içeriği ve görselleri için uzmanlardan (2 akademisyen hemşire, 3 hekim ve 1 klinisyen hemşire) görüş alınmıştır. Uzman görüşü sonrası bazı şekilsel düzenlemeler yapılmıştır.

**3.7.2. İshali Önleme Video (EK-4):** Literatürden (21,25,66,67) yararlanılarak hazırlanmış olan video içeriğinde “ishalin tanımı, nedenleri, evde ishal tedavisinin yönetimi, doktora başvurmayı gerektiren durumlar, oral rehidratasyon sıvısı (ORS) hazırlanışı ve kullanımı, çocuğu ishalden korumak için yapılacaklar, temiz içme ve kullanma suyu, ishali önlemeye yönelik beslenme önerileri, besin hijyeni ve besin güvenliğini sağlama yolları, kişisel hijyen konuları” yer almıştır. Videonun içeriği ve görsellerin uygunluğu için uzman görüşü (2 akademisyen hemşire, 3 hekim ve 1

klinisyen

hemşire)

alınmıştır

(<https://www.youtube.com/watch?v=ADPXNtqZQXk&t=7s>). Uzman görüşü sonrası video üzerinde bir düzenleme gereksinimi olmamıştır.

### 3.8. Araştırmada Verilerin Toplanması ve Girişimin Uygulanması

Araştırmanın ilk aşamasında aile sağlığı merkezine kayıtlı ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun annelere telefon yolu ile ulaşılmıştır. İlk görüşmede 0-3 yaş çocukların anneleri ile aile sağlığı merkezinde, 4-5 yaş grubundaki çocukların anneleri ile bölgedeki kreş ve anaokullarında görüşülebilmektedir. Deney grubuna basit rastgele yöntem ile atanan anneler yine basit rastgele yöntem ile broşür, video veya video-broşür grubuna atanmıştır. Gruplara atama sonrası gruptan ayrılan anne olmamıştır.

Deney grubuna iki aşamalı girişim uygulanmıştır. Bu gruplar;

**Broşür Grubu (n:30):** İlk aşamada annelerle ASM’de görüşülmüş araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden anneye Bilgi Formu (EK-1) ve Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği (EK-2) uygulanmıştır. Daha sonrasında annelere sadece broşür kullanılarak ortalama 10 dakikalık birebir, yüz yüze eğitim verilmiş, soruları cevaplanmıştır. İkinci aşamada ise 2 ay sonra anneler telefonla aranmış, Ek 1’deki 11 ve 12. sorular sorulmuş ve Ek 2 uygulanmıştır. Annelerin her biri ile ilk görüşme, ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

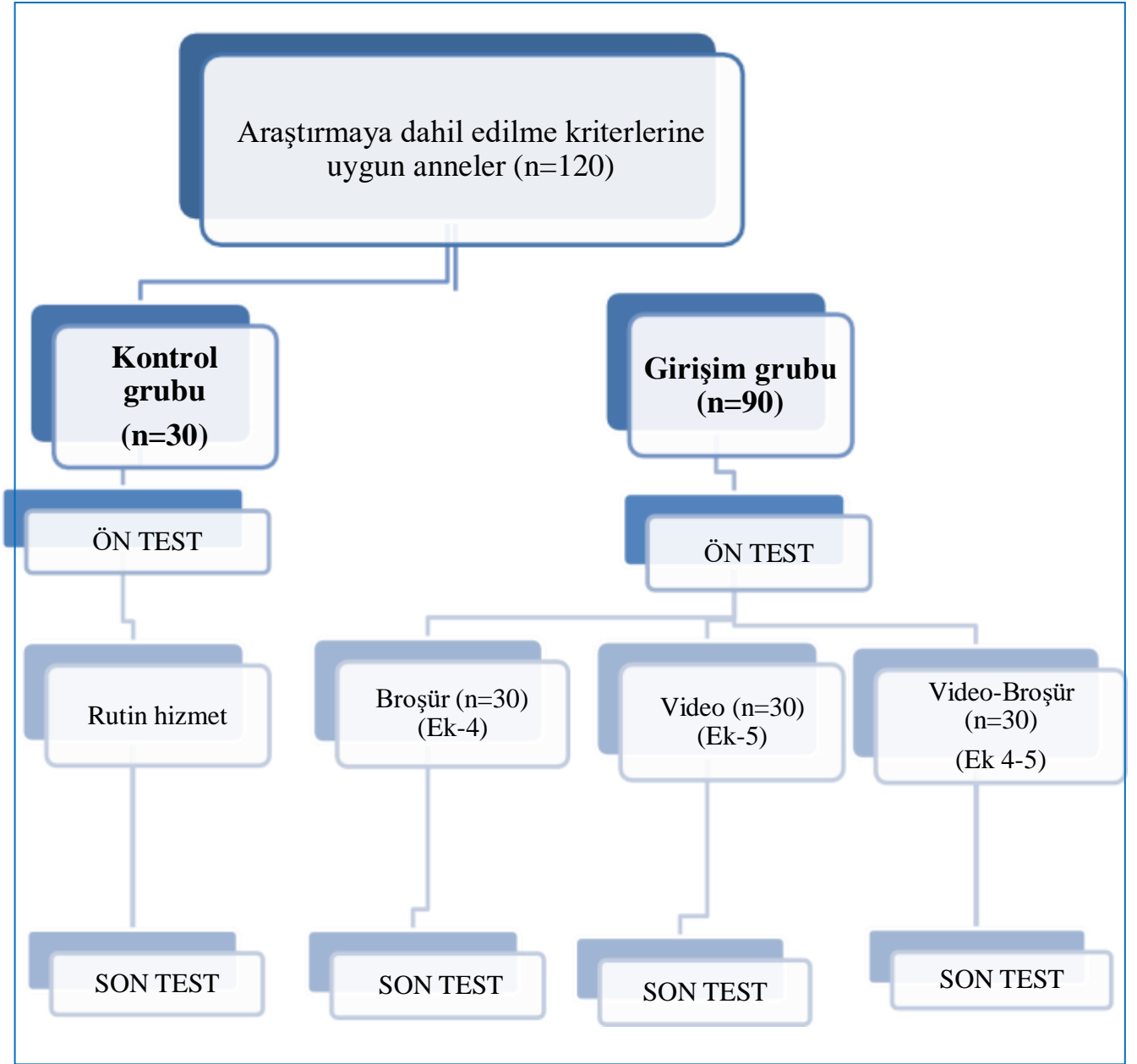
**Video Grubu (n:30):** İlk aşamada annelerle ASM’de görüşülmüş araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden anneye Bilgi Formu (EK-1) ve Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği (EK-2) uygulanmıştır. Daha sonrasında annelere sadece video kullanılarak ortalama 10 dakika birebir yüz yüze eğitim verilmiş, soruları cevaplanmıştır. Videolar annelerin telefonuna youtube linki olarak gönderilmiştir. İkinci aşamada ise 2 ay sonra anneler telefonla aranmış, Ek 1’deki 11 ve 12. sorular sorulmuş, Ek-2 uygulanmıştır. Annelerin her biri ile ilk görüşme, ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

**Video-Broşür Grubu (n:30):** İlk aşamada annelerle ASM’de görüşülmüş araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden anneye Bilgi Formu (EK-1) ve Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği (EK-2) uygulanmıştır. Daha sonrasında annelere broşür ve video birlikte kullanılarak

ortalama 10 dakika birebir, yüz yüze eğitim verilmiştir. Videolar annelerin telefonuna youtube linki olarak gönderilmiştir. İkinci aşamada ise 2 ay sonra anneler telefonla aranmış, Ek 1'deki 11-12. sorular ve Ek 2 uygulanmıştır. Annelerin her biri ile ilk görüşme, ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

**Kontrol Grubu (n:30):** Eğitim yöntemi uygulanan gruplar ile karşılaştırma yapılması amacı ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Bu grup da aynı aile sağlığı merkezlerine kayıtlı, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun çocukların annelerinden oluşmuştur. Bu anneler rutin aile sağlığı merkezi hizmeti olan 0-5 yaş çocuk izlemindeki geçerli hizmetleri almaktadırlar. Kontrol grubunda veri toplama 2 aşamada uygulanmıştır.

İlk aşamada annelerle ASM'de görüşülmüş araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden anneye Bilgi Formu (EK-1) ve Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği (EK-2) uygulanmıştır. İkinci ise 2 ay sonra anneler telefonla aranmış, Ek 1'deki 11 ve 12. sorular sorulmuş, Ek 2 uygulanmıştır. Annelerin her biri ile ilk görüşme, ortalama 10-15 dakika sürmüştür.



Şekil 3. 1. Araştırma Akış Şeması

### 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler IBM SPSS 25 programında gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir. Nicel verilerin normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir ( $p>0,05$ ). Normallik varsayımının karşılandığı bağımsız grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi için bağımsız örneklem t testi; normal dağılım varsayımı karşılanmadığı durumda Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normallik varsayımının karşılandığı bağımsız üç ve daha fazla grubun ortalamaları arasındaki farkı incelenmesi için Anova testi; normal dağılım varsayımı karşılanmadığı durumda ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların ortaya çıkartılması için Post Hoc Bonferroni testi uygulanmıştır. Bağımlı grup analizlerinde Wilcoxon testi ve Anova testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için örneklem boyutu varsayımı karşılandığı koşullarda (her grup için beklenen değer $>5$ ) Pearson Ki Kare analizi, karşılanmadığı durumlarda ise Fisher's Exact testi kullanılmıştır.%95 güven aralığında  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### 3.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlanmadan önce Joventino ve arkadaşlarının geliştirdiği "Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-Yeterlik Ölçeği"nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Dr.Öğr.Üyesi Pınar BEKAR dan e-posta yoluyla yazılı olarak izin alınmıştır (EK-5). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul'undan etik onay alınmıştır (18/11/021-Sayı no:0503) (EK-6). Araştırma verilerini toplamak için Yalova İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (EK-7).

### 3.11.Araştırmanın Süresi

Araştırmanın planlanması, veri toplama, verilerin analizi, tezin yazımı ve sunulmasının 2021- 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 3. 1.** Araştırma süreci

Yıl	2021			2022												2023	
Ay	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Konunun Belirlenmesi ve Literatür İncelenmesi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tez önerisinin hazırlanması	X																
Etik kurul izninin alınması onayı ve	X	X															
Kurum izninin alınması		X	X														
Veri toplama				X	X	X	X	X	X								
Analiz														X	X		
Tez Yazımı	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## 4.

## BULGULAR

Tablo 4. 1. Grupların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişkenler			Video	Broşür	Video- Broşür	Kontrol	Test İstatistiği	p
Çocukların yaşı	1 yaş	n	5	5	5	5	0,000	1,000
		%	16,7	16,7	16,7	16,7		
	2 yaş	n	5	5	5	5		
		%	16,7	16,7	16,7	16,7		
	3 yaş	n	5	5	5	5		
		%	16,7	16,7	16,7	16,7		
	4 yaş	n	5	5	5	5		
		%	16,7	16,7	16,7	16,7		
	5 yaş	n	10	10	10	10		
		%	33,3	33,3	33,3	33,3		
Çocuğun cinsiyeti	Kız	n	20	16	17	12	4,397	0,222
		%	66,7	53,3	56,7	40,0		
	Erkek	n	10	14	13	18		
		%	33,3	46,7	43,3	60,0		
Çocuk sayısı	1 çocuk	n	8	3	5	14	16,419**	0,026*
		%	26,7	10,0	16,7	46,7		
	2 çocuk	n	15	23	19	15		
		%	50,0	76,7	63,3	50,0		
	3 çocuk	n	6	3	4	1		
		%	20,0	10,0	13,3	3,3		
	4 çocuk ve üzeri	n	1	1	2	0		
		%	3,3	3,3	6,7	0,0		
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	n	8	6	12	14	6,000	0,112
		%	26,7	20,0	40,0	46,7		
	Çalışmıyor	n	22	24	18	16		
		%	73,3	80,0	60,0	53,3		

Annenin eğitim durumu	İlkokul	n	0	4	3	2	6,826**	0,667
		%	0,0	13,3	10,0	6,7		
	Ortaokul	n	5	7	6	5		
		%	16,7	23,3	20,0	16,7		
	Lise	n	14	8	12	11		
		%	46,7	26,7	40,0	36,7		
	Üniversite ve üstü	n	11	11	9	12		
		%	36,7	36,7	30,0	40,0		
Babanın eğitim durumu	İlkokul	n	2	7	6	1	14,998**	0,081
		%	6,7	23,3	20,0	3,3		
	Ortaokul	n	4	5	5	2		
		%	13,3	16,7	16,7	6,7		
	Lise	n	13	12	6	13		
		%	43,3	40,0	20,0	43,3		
	Üniversite ve üstü	n	11	6	13	14		
		%	36,7	20,0	43,3	46,7		
Ailenin ekonomik düzeyi	Gelir giderden az	n	5	10	5	5	10,199**	0,103
		%	16,7	33,3	16,7	16,7		
	Gelir gidere eşit	n	24	19	18	22		
		%	80,0	63,3	60,0	73,3		
	Gelir giderden fazla	n	1	1	7	3		
		%	3,3	3,3	23,3	10,0		

\*p<0,05 ve \*\*Fisher's Exact testi

Grupların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact testleri ile analiz edilmiştir (Tablo 4.1). Çocukların yaşı, cinsiyeti, annenin çalışma durumu, annenin mesleği, babanın çalışma durumu, babanın mesleği, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu ve ailenin ekonomik durumu ile çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir (p>0,05). Analiz sonucunda annelerin çocuk sayılarının gruplara göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir (p=0,026). Kontrol ve video grubundaki annelerin daha çok bir, video ve video-broşür grubundaki annelerin üç çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).



**Tablo 4. 2.** Annelerin ön test cevaplarına göre ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarının dağılımları

Değişkenler		Video		Broşür		Video-Broşür		Kontrol	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Çocuğunuz şu anda ishal mi?	Evet	1	3,3	-	-	1	3,3	3	10,0
	Hayır	29	96,7	30	100,0	29	96,7	27	90,0
Çocuğunuz hiç ishal geçirdi mi?	Hayır	3	10,0	4	13,3	9	30,0	2	6,7
	Evet	27	90,0	26	86,7	21	70,0	28	93,3
Çocuğunuz ishal olursa neler yaparsınız?	Bol su verme	15	50,0	12	40,0	13	43,3	15	50
	Dr. Götürme	6	20,0	8	26,7	5	16,7	13	43,3
	İlaç verme	3	10,0	4	13,3	3	10	-	-
	Muz	10	33,3	11	36,7	16	53,3	14	46,7
	Kahve limon	2	6,7	1	3,3	-	-	3	100
	Patates haşlaması	5	16,7	8	26,7	14	46,7	12	40,0
	Probiyotik	5	16,7	2	6,7	4	13,3	5	16,7
	Sık emzirme	1	3,3	1	3,3	1	3,3	3	10,0
	Asitli içecek	1	3,3	1	3,3	1	3,3	5	16,7
	Leblebi	1	3,3	1	3,3	1	3,3	-	-
	Yoğurt	1	3,3	1	3,3	4	13,3	-	-
	Elma	-	-	1	3,3	1	3,3	-	-
	Diğer**	1	3,3	2	6,7	1	3,33	2	6,7
ORS***'nın ne olduğunu biliyor musunuz?	Biliyor	5	16,7	5	16,7	2	6,7	2	6,7
	Kısmen biliyor	4	13,3	1	3,3	3	10,0	6	20,0
	Bilmiyor	21	70,0	24	80,0	25	83,3	22	73,3
İshal hakkında bildiklerinizi nereden öğrendiniz?	Kitle iletişim aracı****	8	26,7	3	10,0	10	33,3	8	26,7
	Çevreden	5	16,7	9	30,0	9	30,0	10	33,3
	Sağlık kurumu / çalışanlarından	17	56,7	18	60,0	11	36,7	12	40,0

\*p<0,05 ve \*\*Fisher's Exact testi

\*\*Birden fazla yanıt verilmiştir

\*\*\*Diğer:Pirinç lapası, yağsız gıda, meyve suyu

ORS\*\*\*\*: Oral Rehidratasyon Sıvısı

\*\*\*\*\*TV, radyo, yazılı medya, sosyal medya

Annelerin ishal ile ilgili eğitim öncesi bilgi davranış sorularına verdikleri cevapların dağılımları Tablo 4.2’de görülmektedir. Video grubundaki annelerin %50’si, Broşür grubundakilerin %50’si, Video-Broşür grubundakilerin %56,7’si ve kontrol grubundakilerin %56,7’si çocuklarına suyu genellikle “hazır su” şeklinde vermektedirler. Video grubu, Video-Broşür grubundaki çocukların %3,3’ünün (1 çocuk), kontrol grubundakilerin %10’unun (3 çocuk) çalışmanın yürütüldüğü süreçte ishal olduğu belirlenmiştir. Video grubu çocukların %90’ı, Broşür grubu çocukların %86,7’si, Video-Broşür grubu çocukların %70’i ve kontrol grubu çocukların %93,3’ünün en az bir kez ishal geçirdikleri saptanmıştır. Video grubundaki annelerin %50’si, Broşür grubundakilerin %40’ı, Kontrol grubundakilerin %50’si çocukları ishal olduğunda “bol su” tükettirdiklerini, Video-Broşür grubundakilerin %53,3’ü “muz” tükettirdiklerini belirtmişlerdir. Video grubundaki annelerin %70’inin, Broşür grubundakilerin %80’inin, Video-Broşür grubundakilerin %83,3’ünün ve Kontrol grubundakilerin %73,3’ünün ORS’nın ne olduğunu bilmedikleri belirlenmiştir. Video grubundaki annelerin %56,7’si, Broşür grubundakilerin %60’ı, Video-Broşür grubundakilerin %36,7’si ve kontrol grubundakilerin %40’ı ishal hakkında bildiklerini sağlık kurumu/çalışanlarından öğrendiklerini bildirmişlerdir.

**Tablo 4. 3.** Annelerin son test cevaplarına göre ishal ile ilgili bilgi ve davranışlarının dağılımı

Değişkenler		Video		Broşür		Video-Broşür		Kontrol	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Çocuğunuz ishal olursa neler yaparsınız?	Bol su	19	63,3	17	56,7	13	43,3	18	60
	Dr. Götürme	10	33,3	12	40	7	23,3	14	46,7
	İlaç verme	4	13,3	4	13,3	2	6,7	1	3,3
	Muz	24	80	16	53,3	12	40	16	53,3
	Kahve limon	-	-	1	3,3	-	-	2	6,7
	Patates haşlaması	7	23,3	14	46,7	12	40,0	12	40,0
	Probiyotik	3	10,0	3	10,0	3	10,0	6	20,0
	Sık emzirme	-	-	-	-	1	3,3	2	6,7
	Asitli içecek	9	30,0	-	-	-	-	4	13,3
	Leblebi	2	6,7	1	3,3	-	-	-	-
	Yoğurt	3	10,0	-	-	3	10,0	-	-
	Elma	-	-	1	3,3	3	10,0	-	-
	Diğer	2	6,7	1	3,3	-	-	1	3,3
	ORS	4	13,3	2	6,7	10	33,3	4	13,3
	ORS'nın ne olduğunu biliyor musunuz?	Biliyor	17	56,7	19	63,3	24	80,0	7
Kısmen biliyor		6	20,0	7	23,3	2	6,7	5	16,7
Bilmiyor		7	23,3	4	13,3	4	13,3	18	60,0

\* $p < 0,05$  ve \*\*Fisher's Exact testi

Annelerin ishal ile ilgili eğitim sonrası bilgi ve davranış sorularına verdikleri cevapların dağılımları Tablo 4.3'te görülmektedir. Video grubundaki annelerin %63,3'ü, Broşür grubundakilerin %56,7'si, Video-Broşür grubundakilerin %43,3'ü ve kontrol grubundakilerin %60'ı çocukları ishal olduğunda "bol su" tükettirdiklerini belirtmişlerdir. Video grubu ailelerin %56,7'si, Broşür grubu ailelerin %63,3'ünün, Video-Broşür grubu ailelerin %80'inin ORS'nın ne olduğunu bildiklerini ifade ederken kontrol grubundaki annelerin %60'mın ORS'yı bilmedikleri belirlenmiştir.

**Tablo 4. 4.** Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği ve alt boyutlarının ön test puan dağılımları

Gruplar		Min.	Maks.	Ortalama	Standart Sapma
Video	Kişisel Hijyen	22	40	37,53	4,18
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	21	43	33,63	4,77
	Genel Hijyenik Davranışlar	15	25	23,17	2,51
	EÇÇİÖAÖÖ	58	108	94,33	10,33
Broşür	Kişisel Hijyen	17	40	33,03	7,76
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	18	44	30,53	6,47
	Genel Hijyenik Davranışlar	7	25	19,87	5,22
	EÇÇİÖAÖÖ	46	109	83,43	18,56
Video-Broşür	Kişisel Hijyen	21	40	33,47	4,22
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	23	40	31,37	3,36
	Genel Hijyenik Davranışlar	10	25	20,50	2,58
	EÇÇİÖAÖÖ	54	105	85,33	9,40
Kontrol	Kişisel Hijyen	30	40	37,40	2,77
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	26	40	33,27	4,05
	Genel Hijyenik Davranışlar	19	25	23,37	1,73
	EÇÇİÖAÖÖ	78	105	94,03	7,68

\*p<0,05 \*\*\*Wilcoxon İşaret sıra testleri

Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği ve alt boyutlarının ön test puan dağılımları Tablo 4.4'te yer almaktadır. Video grubunun Kişisel Hijyen ortalaması  $37,53 \pm 4,18$ ; Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış ortalaması  $33,63 \pm 4,77$ , Genel Hijyenik Davranışlar ortalaması  $23,17 \pm 2,51$ , EÇÇİÖAÖÖ ortalaması  $94,33 \pm 10,33$ 'tür. Broşür grubunun Kişisel Hijyen ortalaması  $33,03 \pm 7,76$ , Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış ortalaması  $30,53 \pm 6,47$ ; Genel Hijyenik Davranışlar ortalaması  $19,87 \pm 5,22$ ; EÇÇİÖAÖÖ ortalaması  $83,43 \pm 18,56$ 'dir. Video-Broşür grubunun Kişisel Hijyen ortalaması  $33,47 \pm 4,22$ ; Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış ortalaması  $31,37 \pm 3,36$ ; Genel Hijyenik Davranışlar ortalaması  $20,50 \pm 2,58$ ; EÇÇİÖAÖÖ ortalaması  $85,33 \pm 9,40$ 'dir. Kontrol grubunun Kişisel Hijyen ortalaması  $37,40 \pm 2,77$ ; Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış ortalaması  $33,27 \pm 4,05$ ; Genel Hijyenik Davranışlar ortalaması  $23,37 \pm 1,73$ ; EÇÇİÖAÖÖ ortalaması  $94,03 \pm 7,68$ 'dir.

**Tablo 4. 5.** Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği ve alt boyutlarının son test puan dağılımları

Gruplar		Min.	Maks.	Ortalama	SS
Video	Kişisel Hijyen	24	40	38,57	3,22
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	19	42	35,70	4,66
	Genel Hijyenik Davranışlar	15	25	23,57	2,39
	EÇÇİÖAÖÖ	58	106	97,83	9,15
Broşür	Kişisel Hijyen	24	40	37,60	4,41
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	23	45	35,17	5,31
	Genel Hijyenik Davranışlar	15	25	23,03	2,75
	EÇÇİÖAÖÖ	62	110	95,80	11,36
Video-Broşür	Kişisel Hijyen	31	40	36,93	3,52
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	29	41	34,33	3,31
	Genel Hijyenik Davranışlar	20	25	22,97	2,20
	EÇÇİÖAÖÖ	80	105	94,23	8,25
Kontrol	Kişisel Hijyen	31	40	37,83	2,55
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	25	41	34,40	4,48
	Genel Hijyenik Davranışlar	20	25	23,53	1,61
	EÇÇİÖAÖÖ	80	106	95,77	7,98

\*p<0,05 \*\*\*Wilcoxon İşaret sıra testleri

Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği ve alt boyutlarının son test puan dağılımları tablo 4.5'te yer almaktadır. Video grubunun Kişisel Hijyen ortalaması  $38,57 \pm 3,22$ ; Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış ortalaması  $35,70 \pm 4,66$ , Genel Hijyenik Davranışlar ortalaması  $23,57 \pm 2,39$ ; EÇÇİÖAÖÖ ortalaması  $97,83 \pm 9,15$ 'dir. Broşür grubunun Kişisel Hijyen ortalaması  $37,60 \pm 4,41$ ; Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış ortalaması  $35,17 \pm 5,31$ ; Genel Hijyenik Davranışlar ortalaması  $23,03 \pm 2,75$ ; EÇÇİÖAÖÖ ortalaması  $95,80 \pm 11,36$ 'dir. Video-Broşür grubunun Kişisel Hijyen ortalaması  $36,93 \pm 3,52$ ; Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış ortalaması  $34,33 \pm 3,31$ ; Genel Hijyenik Davranışlar ortalaması  $22,97 \pm 2,20$ , EÇÇİÖAÖÖ ortalaması  $94,23 \pm 8,25$ 'dir. Kontrol grubunun Kişisel Hijyen ortalaması  $37,83 \pm 2,55$ , Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış ortalaması  $34,40 \pm 4,48$ ; Genel Hijyenik Davranışlar ortalaması  $23,53 \pm 1,61$ ; EÇÇİÖAÖÖ ortalaması  $95,77 \pm 7,98$ 'dir.

**Tablo 4. 6.** Annelerin gruplara göre ön test- son test Erken Çocukluk Çağı İşhalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçęęi ve alt boyutları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Gruplar		Zaman	Ortalama	SS	Test İstatistiği	P	
Video	Kişisel Hijyen	Ön test	37,53	4,18	2,464	0,014*	
		Son test	38,57	3,22			
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	Ön test	33,63	4,77	2,556	0,011*	
		Son test	35,70	4,66			
	Genel Hijyenik Davranışlar	Ön test	23,17	2,51	1,444	0,149	
		Son test	23,57	2,39			
	EÇÇİÖAÖÖ	Ön test	94,33	10,33	3,024	0,002*	
		Son test	97,83	9,15			
	Broşür	Kişisel Hijyen	Ön test	33,03	7,76	3,127	0,002*
			Son test	37,60	4,41		
Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış		Ön test	30,53	6,47	3,580	0,000*	
		Son test	35,17	5,31			
Genel Hijyenik Davranışlar		Ön test	19,87	5,22	3,309	0,001*	
		Son test	23,03	2,75			
EÇÇİÖAÖÖ		Ön test	83,43	18,56	3,657	0,000*	
		Son test	95,80	11,36			
Video- Broşür		Kişisel Hijyen	Ön test	33,47	4,22	3,085	0,002*
			Son test	36,93	3,52		
	Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış	Ön test	31,37	3,36	3,441	0,001*	
		Son test	34,33	3,31			
	Genel Hijyenik Davranışlar	Ön test	20,50	2,58	3,653	0,000*	
		Son test	22,97	2,20			
	EÇÇİÖAÖÖ	Ön test	85,33	9,40	3,659	0,000*	
		Son test	94,23	8,25			
	Kontrol	Kişisel Hijyen	Ön test	37,40	2,77	2,919	0,004*
			Son test	37,83	2,55		
Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış		Ön test	33,27	4,05	3,291	0,001*	
		Son test	34,40	4,48			
Genel Hijyenik Davranışlar		Ön test	23,37	1,73	1,667	0,096	
		Son test	23,53	1,61			
EÇÇİÖAÖÖ		Ön test	94,03	7,68	3,790	0,000*	
		Son test	95,77	7,98			

\*p<0,05 \*\*\*Wilcoxon İşaret sıra testleri

Annelerin gruplara göre ön-son test Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği ve alt boyutları toplam puan ortalamaları arasındaki farklar Wilcoxon İşaret sıra testleri analiz edilmiştir (Tablo 4.6). Alt boyutlara göre analiz sonuçları şöyledir;

Video grubu için Kişisel Hijyen alt boyutu, Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış alt boyutu ve EÇÇİÖAÖÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kişisel Hijyen, Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış alt boyutu ve ölçek için son test toplam puan ortalamalarının ön test toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Genel Hijyenik Davranışlar alt boyutu ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir ( $p>0,05$ )(Tablo 4.6).

Broşür grubu için tüm alt boyutlar ile EÇÇİÖAÖÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Tüm alt boyutlar ve ölçek için son test toplam puan ortalamalarının ön test toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Video-Broşür grubu için tüm alt boyutlar ile EÇÇİÖAÖÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Tüm alt boyutlar ve ölçek için son test toplam puan ortalamalarının ön test toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Kontrol grubu için Kişisel Hijyen alt boyutu, Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış alt boyutu ile EÇÇİÖAÖÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kişisel Hijyen alt boyutu, Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış alt boyutu ve ölçek için son test toplam puan ortalamalarının ön test toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Genel Hijyenik Davranışlar alt boyutu ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6).

**Tablo 4. 7.** Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlilik Ölçeği ön test puanlarının kategorik dağılımı

Ön test		Video	Broşür	Video- Broşür	Kontrol	Test İstatistiği	P
Düşük düzeyde	n	16	23	26	15	13,427	0,031*
	%	20,0	28,8	32,5	18,8		
	%Grup	53,3	76,7	86,7	50,0		
Orta düzeyde	n	7	4	3	9	13,427	0,031*
	%	30,4	17,4	13,0	39,1		
	%Grup	23,3	13,3	10,0	30,0		
Yüksek düzeyde	n	7	3	1	6	13,427	0,031*
	%	41,2	17,6	5,9	35,3		
	%Grup	23,3	10,0	3,3	20,0		

\*p<0,05 \* Fisher's Exact

Ön test Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlilik düzeylerinin gruplara göre değişimi Fisher's Exact test ile analiz edilmiştir (Tablo 4.8). Analiz sonucunda gruplara göre ön test ölçek düzeylerinin değiştiği belirlenmiştir (p<0,05). Video ve kontrol gruplarında bulunan annelerin yarısının öz-yeterliliklerinin düşük, yarısının ise orta ve yüksek düzeyde olduğu; broşür ve Video-Broşür grubundaki annelerin çoğunlukla düşük öz-yeterlilik düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

**Tablo 4. 8.** Annelerin Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Özyeterlilik Ölçeği son test puanlarının kategorik dağılımı

Son test		Video	Broşür	Video- Broşür	Kontrol	Test İstatistiği	p
Düşük düzeyde	n	7	13	14	13	5,128	0,527
	%	23,3	43,3	46,7	43,3		
Orta düzeyde	n	10	8	9	7	5,128	0,527
	%	33,3	26,7	30,0	23,3		
Yüksek düzeyde	n	13	9	7	10	5,128	0,527
	%	43,4	30,0	23,3	33,3		
Toplam	n	30	30	30	30	5,128	0,527
	%	100	100	100	100		

\*p<0,05 \* Pearson Ki Kare analizi



Son test Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik düzeylerinin gruplara göre değişimi Pearson Ki Kare analizi ile analiz edilmiştir (Tablo 4.8). Analiz sonucunda son test öz-yeterlilik düzeylerinin gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4. 9.** Annelerin gruplara göre ORS bilme durumlarının ön test ve son test karşılaştırılması

Değişkenler			Video	Broşür	Video- Broşür	Kontrol	Test İstatistiği	p			
ORS'nın ne olduğunu biliyor musunuz?	EĞİTİM ÖNCESİ	Biliyor	n	5	5	2	2	6,549**	0,359		
		%	16,7	16,7	6,7	6,7					
	EĞİTİM SONRASI	Kısmen biliyor	n	4	1	3	6				
		%	13,3	3,3	10,0	20,0					
		Bilmiyor	n	21	24	25	22				
		%	70,0	80,0	83,3	73,3					
		Biliyor	n	17	19	24	7				
		%	56,7	63,3	80,0	23,3					
		Kısmen biliyor	n	6	7	2	5			26,473	0,000*
		%	20,0	23,3	6,7	16,7					
		Bilmiyor	n	7	4	4	18				
		%	23,3	13,3	13,3	60,0					

\* $p<0,05$  ve \*\*Fisher's Exact testi

Annelerin "ORS'nın ne olduğunu biliyor musunuz" sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.10'da görülmektedir. Eğitim öncesi gruplar arasında farklılık belirlenmezken ( $p>0,05$ ) eğitim sonrası video, broşür ve video-broşür gruplarında bulunan annelerin çoğunlukla bilme oranlarının kontrol grubundaki annelerin bilme durumuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4. 10.** Gruplara ve annelerin eğitim durumlarına göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test ve son test karşılaştırılması

YÖNTEM	Eğitim durumu	EÇÇİÖAÖÖ Puanları				
			EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
		n	Ortalama	SS	Ortalama	SS
VİDEO	İlköğretim	5	82,60	18,05	89,00	19,46
	Lise	14	96,36	5,56	99,93	3,12
	Üniversite ve üstü	11	97,09	7,48	99,18	5,64
	Test İstatistiği; p		2,727	0,256	0,489	0,783
BROŞÜR	İlköğretim <sup>a</sup>	11	71,73	20,65	92,36	10,72
	Lise <sup>b</sup>	8	87,25	20,45	100,25	15,86
	Üniversite ve üstü <sup>a,b</sup>	11	92,36	5,46	96,00	7,36
	Test İstatistiği; p		4,460	0,108	6,965	0,031*
VİDEO+- BROŞÜR	İlköğretim <sup>a,b</sup>	9	81,11	11,43	93,89	7,25
	Lise <sup>a</sup>	6	85,17	3,60	92,83	8,30
KONTROL	Üniversite ve üstü <sup>b</sup>	12	85,75	6,28	90,25	8,72
	Test İstatistiği; p		0,702	0,704	7,375	0,025*
	İlköğretim <sup>a</sup>	7	85,00	3,87	85,86	4,14
	Lise <sup>b</sup>	11	96,36	5,80	98,55	5,72
	Üniversite ve üstü <sup>b</sup>	12	97,17	6,98	99,00	6,88
	Test İstatistiği; p		10,450	0,005*	13,269	0,001*

\*p<0,05 ve \*\*\*Anova testi

Video ve video-broşür grubundaki annelerin eğitim durumlarına göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test ve son test arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Broşür grubundaki ilkokul mezunu annelerin son test öz-yeterlilik puanlarının lise mezunu annelere göre daha düşük olduğu (p=0,031), ön test puanları arasında fark olmadığı görülmüştür (p>0,05). Video-Broşür grubundaki lise mezunu annelerin son test öz-yeterlilik puanlarının üniversite mezunu annelerin öz-yeterlilik puanlarına göre daha yüksek olduğu (p=0,023), ön test puanları arasında fark olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Kontrol grubundaki annelerin hem ön test (p=0,005) hem son test (p=0,001) öz-yeterlilik puanlarının eğitim düzeyine göre değiştiği belirlenmiştir. İlkokul mezunu

annelerin öz-yeterlilik puanları, lise ve üniversite mezunu annelerin puanlarından daha düşüktür ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4. 11.** Gruplara ve annelerin ORS bilme durumlarına göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test ve son test karşılaştırılması

YÖNTEM	ORS Bilme Durumu	n	EÇÇİÖAÖÖ Puanları			
			EĞİTİM ÖNCESİ		EĞİTİM SONRASI	
			Ortalama	SS	Ortalama	SS
<b>VİDEO</b>	Evet, biliyorum	9	91,00	19,05	93,00	19,65
	Hayır, bilmiyorum	21	96,38	6,45	99,43	4,78
	Test İstatistiği; p		1,730	0,421	0,743	0,690
<b>BROŞÜR</b>	Evet, biliyorum	6	97,50	6,63	102,83	5,04
	Hayır, bilmiyorum	24	79,92	18,98	94,04	11,87
	Test İstatistiği; p		31,00	0,033*	34,50	0,050
<b>VİDEO+- BROŞÜR</b>	Evet, biliyorum	5	78,80	14,31	91,00	7,28
	Hayır, bilmiyorum	25	86,64	7,88	94,88	8,41
	Test İstatistiği; p		49,00	0,481	44,00	0,327
<b>KONTROL</b>	Evet, biliyorum	8	95,13	8,25	97,38	8,73
	Hayır, bilmiyorum	22	93,64	7,63	95,18	7,82
	Test İstatistiği; p		0,463**	0,647	0,659**	0,515

\* $p<0,05$  ve \*\*\*Anova testi

Gruplara ve annelerin ORS bilme durumunun gruplara ve annelerin ORS bilme durumlarına göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test ve son test öz-yeterlilik puanlarının değişmediği belirlenmiştir. Sadece broşür grubunda yer alan annelerin ORS bilme durumuna göre eğitim öncesi bilmeyenlerin puanları düşükken, eğitim sonrası fark görülmemiştir (Tablo 4.11).

Bu araştırmada farklı eğitim yöntemlerinin tek tek (video veya broşür) ya da birlikte kullanılmasının (video+broşür) çocukluk çağı ishalini önlemede annelerin öz-yeterlilik düzeylerine etkisi incelenmiştir. Ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel tipteki araştırmada farklı eğitim yöntemlerinin uygulandığı gruplardaki çocukların yaşı ve cinsiyeti ile ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri benzerdir. Bu sonuç tüm gruplardaki çocuk ve annelerin özelliklerinin benzer olması araştırma bulgularının müdahaleden veya kontrol edilemeyen dış değişkenlerden kaynaklandığına işaret etmektedir.

Öz-yeterlilik teorisinde (Bandura, 1977) belirtildiği gibi, annenin çocukluk ishalini önleme konusundaki kendine güveni, çocuğun sağlığının iyileştirilmesine yönelik güçlü bir faktör olabilir. İşhali hastalık riski durumunda anne öz-yeterliliğinin annelerin çocuk bakımında önemli etkisi olduğu bilinmektedir (65). Finlayson ve ark. (2007), öz-yeterlilik puanları yüksek olan annelerin çocuklarının ağız sağlığı ile ilgili faydalı uygulamaları olduğunu bulmuşlardır (68). Yapılan bu araştırmada annelerin eğitim durumlarına göre öz-yeterlilik düzeylerinin farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Broşür grubundaki ilkokul mezunu annelerin son test öz-yeterlilik puanları, lise mezunu annelere göre daha düşüktür. Video-Broşür grubundaki lise mezunu annelerin son test öz-yeterlilik puanları da üniversite mezunu annelerin öz-yeterlilik puanlarına göre daha yüksektir. Tolga ve ark.(2018) sekiz yıldan az anne eğitim süresi, yirmi dokuz yaşından genç annesi olan ve sosyoekonomik düzeyi düşük bir ailede yaşayan çocukların akut ishal yakalanma risklerinin sırasıyla 2.95, 3.48, 3.94 kat fazla olduğunu bulmuşlardır (23). Farklı materyaller kullanılsa da annenin eğitim düzeyinin öz-yeterlilikte önemli olduğu söylenebilir.

Eğitim ncesi “ocuğunuz ishal olursa neler yaparsınız?” sorusuna video ve kontrol grubundaki annelerin %50’si, broŖur grubundakilerin %40’ı, video-broŖur grubundakilerin %43,3’ü “bol su” veririm demiŖlerdir. Diğer gruplardan farklı olarak video-broŖur grubundaki annelerin % 53,3 ‘ü daha çok muz verdiklerini belirtmiŖlerdir. Eğitim sonrasında ise bol su veren anne yüzdesi tüm gruplarda artmıŖtır (video %63,3, broŖur %56,7, video-broŖur %43,3, kontrol %60). Eğitim sonrasında annelerin ishal durumunda en çok tüketilen besin/sıvı muz (ortalama %56) ve bol sudur (% 55±8). Türkiye Beslenme ve Sağlık AraŖtırmasının 2010 yılı verilerine göre; Türkiye genelinde ishalde tedavi amaçlı olarak en çok tüketilen besin/ieeğin, su (%32.5) ve patates püresi (%29.3) olduğu bildirilmiŖtir (69).

Annelerin ORS bilme durumları eğitim öncesinde gruplar arasında farklılık göstermezken eğitim sonrası video, broŖur ve video-broŖur gruplarındaki annelerin çoğunluğunun ORS bilme oranlarının ciddi Ŗekilde arttığı belirlenmiŖtir. Kontrol grubundaki annelerde eğitim öncesine göre eğitim sonrası %10’luk bir artıŖ göstermekle birlikte bu artıŖ istatistiksel olarak anlamlı olmamıŖtır. Eğitim sonrası video grubundaki annelerin %23,3’ünün, broŖur ve video-broŖur grubundakilerin %13,3’ünün, kontrol grubundakilerin %73,3’ünün ORS’nin ne olduğunu bilmedikleri belirlenmiŖtir. AraŖtırmanın yürütüldüğü ilçede nüfusun az olmasına bağlı olarak anneler arası etkileŖim bu sonucu etkilemiŖ olabilir. Türk’n (2015) yapmıŖ olduğu araŖtırmada; annelerin %44,7’sinin çocukları ishal olduğunda hemen doktora gtrdkleri, %23,1’inin ORS’nin ne olduğunu bildikleri, %10,7’sinin sadece tuz-Ŗeker karıŖımı olarak bildiği ancak %66,2’sinin ORS’nin ne olduğunu bilmedikleri belirlenmiŖtir (70). Kandemir (2019), annelerin %80’ninin ishal sürecinde kullanılması gereken ORS’nin ne olduğunu duymadıklarını bildirmiŖtir (71). AraŖtırma sonuçlarında olduğu gibi annelerin ishal durumunda ORS kullanımına iliŖkin bilgilerinin olmadığı açıktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ishalin nlenmesine yönelik daha çok bilgilendirme alıŖması yapılması kaçınılmazdır.

Eğitim ncesi ve sonrası annelerin öz-yeterlilik düzeyleri incelendiğinde; eğitim sonrasında tüm gruplarda annelerin öz-yeterlilik puanlarının artıŖ gösterdiği belirlenmiŖtir En çok artıŖ olan gruplar broŖur ve video-broŖur grubundaki annelerde gerekleŖmiŖtir. En az kontrol grubundaki annelerin öz-yeterlilik düzeyi artıŖ

göstermiştir. Kontrol grubundaki annelerin öz-yeterlilik düzeyindeki 1,74 puanlık artış pandemi sonucu bilgilendirme yayınlarının etkisi ile olabilir. Bu sonuçlara göre “ farklı eğitim materyalleri kullanılarak yapılan eğitim sonucu annelerin öz - yeterliliği kontrol grubundaki annelerin öz-yeterlilik düzeyine göre daha yüksek olacaktır” hipotezi kabul edilmiştir. Yapılan bir çalışmada (Bekar, 2018) fonksiyonel olmayan uygulamalar ile ishali önlemeye yönelik annelere verilen eğitim, erken çocukluk çağı ishali önlemede anne öz-yeterliliğini artırdığı belirlenmiştir (64). Melo ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada; basılı ve görsel-işitsel müdahalelerin, annelerde çocukluk ishali önlemek için anne öz-yeterliliği desteklediği bildirilmiştir (72). Vaconcelos ve ark. (2018) çalışmasında; öz-yeterliliğin artmasının eğitim teknolojilerinin eğitimci ve öğrenenlerin katılımını teşvik ederek eğitim süreçlerini iyileştirmesinden kaynaklanmış olabileceğini belirtmişlerdir (73). Melo ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada ishal hakkındaki bilgilerin sağlık uzmanları tarafından (çocuk büyümesini ve gelişimini izlemek için konsültasyonlar sırasında), aile üyeleri, arkadaşlar veya çalışma sırasında başarılı kişisel deneyimler tarafından aktarılmış olabileceği varsayılmıştır (72).

Literatürde video gibi görsel-işitsel materyaller, yeni bilgi edinme ve öz-yeterliliği artırmada etkili araçlar olarak tanımlanmaktadır (74). Bu çalışmada da eğitim sonrası video grubundaki annelerin öz-yeterlilik düzeylerinde 3,5 puanlık bir artış olmuştur. Bu sonuç görsel-işitsel eğitim araçlarının annelerin öz-yeterliliğini etkili bir şekilde desteklediğini göstermiştir. Joventino ve ark. (2017) çalışmasında; annelere çocukluk ishali hakkında video aracılığıyla verilen eğitimin, erken çocukluk çağı ishali önlemede anne öz-yeterliliğini artırdığını belirlemişlerdir (75). Wolf ve ark. (2020) çalışmasında, eğitim videolarının onkoloji hastalarının yetersiz beslenme değerlendirmesi ve teşhisine ilişkin bilgi ve öz-yeterliliği geliştirmede başarılı olduğunu saptamışlardır (74). Sonuçlar doğrultusunda video ile eğitimin annelerin öz-yeterliliğini artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Sağlık eğitimlerinde eğitim materyalinin (kitapçık, broşür vb.) resimlere sahip olması ve metin ile görseli birleştirme, materyalin diğer materyallere göre çekici ve daha net olmasını aynı zamanda anlaşılmasını kolaylaştırır (76). Broşür grubundaki

annelerin eğitim öncesine göre eğitim sonrasında 12,37'lik puan artışı broşür materyalinin etkin olduğunu göstermiştir. Bekar (2018) tarafından yürütülen çalışmada annelere kitapçıkla verilen eğitim öncesi %95.13 olan öz-yeterlilik puanı eğitim sonrası 103.08 olmuş öz-yeterlilik düzeyinin arttığı belirlenmiştir (64). Melo ve ark. (2021) 'nın çalışmasında olduğu gibi annelerin broşürü yanlarında götürebilmeleri, daha kolay ulaşabilmeleri ve böylece tereddüt ettikleri konulara dönüp tekrar bakma fırsatı bulması, okur-yazar olan anneler için broşürün eğitim materyali olarak etkin olduğunu göstermiştir (72).

Eğitim sonrası video-broşür grubundaki annelerin öz-yeterlilik puanlarında 8,9'luk bir puan artışı olmuştur. Eğitim materyallerinin birleşik bir biçimde kullanılması anne öz-yeterliliğini pekiştirdiği şeklinde değerlendirilebilir. Melo ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada; video ve kitapçığın bir arada kullanılması anne öz-yeterlilik puanlarının artmasında etkili bulunmuştur (72). Kırsalda yaşayan annelerin öz-yeterlilik puanı 113 iken eğitim sonrası 118 puan olmuştur, metropolde yaşayan annelerin ise öz-yeterlilik puanı 112 den 119 puana yükselmiştir (72). Silva ve ark. (2019) eğitim teknolojileri ve bu teknolojilerin emzirmeyi teşvik etmedeki etkileri inceleyen çalışmasında, diğer teknolojilerle (video ve danışmanlık) birlikte ilişkili broşür kullanımının, annelerin emzirme oranlarını artırmada olumlu sonuçlar verdiğini belirlemişlerdir (77). Tüm bu sonuçlar video-broşür kullanımı annelerin öz-yeterliliğini artırmada etkin materyallerdir.

Müdahale grubundaki annelerin öz-yeterlilikleri çeşitli düzeylerde artış göstermiştir. Bununla birlikte video ve broşürlerin ayrı ayrı kullanımı ile video-broşür birlikteliğinin annelerin öz-yeterliliğini artırmada farklı etkiler yapmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda "Çocukluk çağı ishalini önlemek için video -broşür kullanılarak yapılan eğitim video veya broşürün tek tek kullanımı ile yapılan eğitime göre annelerin öz-yeterliliğini artırmada daha etkilidir" hipotezi reddedilmiştir. Melo ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (72). Lopez-Olivo ve ark. (2020) basılı ve görsel-ışitsel medyanın osteoporoz üzerindeki etkilerini karşılaştırdıkları çalışmada; farklı eğitim materyallerinin hedef kitlenin öz-yeterliliğine etkisi için sağlık çalışanlarının bireye en uygun stratejiyi/müdahaleyi seçmesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir (78).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Annelerin gruplara göre ön-son test Video grubu için Kişisel Hijyen alt boyutu, Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış alt boyutu ve EÇÇİÖAÖÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kişisel Hijyen, Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış alt boyutu ve ölçek için son test toplam puan ortalamalarının ön test toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
- Broşür grubu için tüm alt boyutlar ile EÇÇİÖAÖÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Video-Broşür grubu için tüm alt boyutlar ile EÇÇİÖAÖÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Kontrol grubu için Kişisel Hijyen alt boyutu, Çocuğa Yönelik Hijyenik Davranış alt boyutu ile EÇÇİÖAÖÖ ön test ile son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Ön test Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik düzeylerinin gruplara göre değiştiği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Video ve kontrol gruplarında bulunan annelerin yarısının öz-yeterliliklerinin düşük, yarısının ise orta ve yüksek düzeyde olduğu; broşür ve Video-Broşür grubundaki annelerin çoğunlukla düşük öz-yeterlilik düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.
- Son test Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik düzeylerinin gruplara göre değişim göstermediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).
- Annelerin “ORS bilme durumunun” eğitim sonrası video, broşür ve video-broşür gruplarında bulunan annelerin çoğunlukla bilme oranlarının kontrol



grubundaki annelerin bilme durumuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,000$ ).

- Gruplara ve annelerin ORS bilme durumunun göre gruplara ve annelerin ORS bilme durumlarına göre Erken Çocukluk Çağı İshalini Önlemede Anne Öz-yeterlik ölçeği toplam puan ortalamalarının sadece broşür grubunda yer alan annelerin ORS bilme durumuna göre eğitim öncesi bilmeyenlerin puanları düşükken, eğitim sonrası fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

## 6.2. Öneriler

- Bu araştırma sonucuna göre broşür ve video-broşür girişiminin diğer yöntemlere göre öz-yeterliliği daha çok artırdığı belirlenmiştir. Bu sonuç dikkate alındığında eğitim yöntemlerinin farklı çocuk sağlığı sorunlarının önlenmesine yönelik çalışmalarda kullanılması,
- Çocukluk çağı ishallerini önlemede farklı eğitim yöntemlerinin annelerin öz-yeterliliği ve çocuk sağlığı üzerine etkinliklerini belirleyecek çalışmaların yürütülmesi,
- Birinci basamakta çalışan hemşirelerin broşür, video gibi eğitim yöntemlerini ebeveyn eğitimlerinde kullanması

önerilir.

## KAYNAKLAR

1. WEB\_1. (2022). Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi.(Erişim Tarihi:20.10.2022)
2. WEB\_2. (2013). World Health Organization. Diarrhoeal disease <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease> . (Erişim Tarihi:20.10.2022)
3. Santika NKA, Efendi F, Rachmawati PD, Has EMM ah, Kusnanto K, Astutik E. Determinants of diarrhea among children under two years old in Indonesia. Child Youth Serv Rev 2020;111:104838.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Türkiye, 2019. (Erişim Tarihi: 20.10.22).
5. WEB\_3. (2012). <https://www.saglik.gov.tr/TR,11067/ishalli-hastaliklarin-kontrolu-genelgesi-2004--52.html>. (Erişim Tarihi: 20.10.22).
6. WEB\_4. (2013). T.C İstanbul valiliği İstanbul halk sağlığı müdürlüğü. İshalli hastalıkların önlenmesi ve ağızdan sıvı tedavisi haftası. [www.istanbulhalksagligi.gov.tr/haber/ishalli\\_hastaliklarin\\_onlenmesi\\_ve\\_agizdan\\_sivi\\_tedavisi\\_haftasi](http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/haber/ishalli_hastaliklarin_onlenmesi_ve_agizdan_sivi_tedavisi_haftasi).(Erişim Tarihi:20.10.2022)
7. Ergül Ş. Halk sağlığı Hemşireliği'nin Dünü, Bugünü ve Geleceği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1) : 157-166
8. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Somgür Yayıncılık, Ankara 1994.
9. Usfar AA, Iswarawanti DN, Davelyna D, Dillon D. Food and personal hygiene perceptions and practices among caregivers whose children have

- diarrhea: a qualitative study of urban mothers in Tangerang, Indonesia.  
Nutr Educ Behav 2012; 42:33-40.
10. Sivri BB, Karataş N. Toplumun Kültürel Yönü: Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar ve Dünyadan Örnekler. Güncel Pediatri 2015; 13(3): 183-193.
  11. Konuklu B, Koçoğlu D. Diarrhea Knowledge and Practices of 0-3 Years Old Mother . Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal , 2nd National Health Sciences Congress Book 2017; 36-49.
  12. Erol Ö, Tekin Yanık Y. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 19(3): 0-0.
  13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 2011;
  14. Gümüş B. Türkiye ' de 15 Yaş Altı Çocuk Ölümünün Değerlendirilmesi. 2018;32(1):13-9.
  15. Sayılı U, Aksu Sayman Ö, Vehid S, Köksal SS, Erginöz E. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması. OTSBD. 2017; 2(3): 1-12.
  16. WEB\_5. (2022). World Health Organization. Under five mortality. [apps.who.int/gho/data/node.main.525](https://apps.who.int/gho/data/node.main.525) (Erişim Tarihi:20.10.2022).
  17. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye'de Bebek Ölümleri Durum Raporu Ankara 2021.
  18. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık araştırması 2019, TÜİK, Ankara 2013:3.(Erişim Tarihi:20.10.2022)
  19. Guarino A, Lo Vecchio A, Berni Canani R. Chronic diarrhoea in children. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2012;26(5):649-61.
  20. Schiller LR. Diarrhea. Medical Clinics of North America 2000; 84(5): 1259-74.
  21. World Health Organization. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers (No. WHO FCH/CAH05/1) (2005/).

22. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> (Erişim Tarihi:20.10.22)
23. İnce T, Yalçın SS, Temel F, Köksal E, Yurdakök K. Sosyodemografik Özellikler ve Beslenme Örüntüsünün İshalli Hastalıklara Etkisi: Olgu-Kontrol Çalışması. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2018;12:112-9.
24. Farthing M, Salam MA, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, vd. Acute diarrhea in adults and children: A global perspective. J Clin Gastroenterol 2013;47(1):12–20.
25. 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.
26. Lee CS. Differential Diagnosis of Acute Diarrhea. J Nurse Pract. 2022;18(2):164–7.
27. Bhutta Z, Syed S. Diarrheal Diseases. Encycl Food Heal 2016; 361–72.
28. Memeşa A, Özkan T, Özeke T. Çocuklarda Kronik İshale Tanı Yaklaşımları. Güncel Pediatri 2004;2:124-130.
29. Urgancı N. Çocuklarda Kronik İshale Yaklaşım. Çocuk Derg 2018;18(2):52–8.
30. Linnard-Palmer L. Coats GH. Safe Maternity and Pediatric Nursing Care. FA Davis 2016:604-606.
31. Radlovic N, Zoran L, Vuletic B, et al. Acute diarrhea in children. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 2015; 143 (11-12): 755-762.
32. Wyllie, R., Hyams, J. S., & Kay, M. Pediatric gastrointestinal and liver disease E-Book. Elsevier Health Sciences. 2015.
33. Guandalini S. Probiotics for prevention and treatment of diarrhea. J Clin Gastroenterol 2011; 45 (SUPPL. 3):149–53.
34. Gökdemir O, Kavlakçı M. Acute Diarrhea and Dehydration at Childhood During Pandemic. Turkish J Fam Med Prim Care 2021;15(1):194–201.
35. Yıldız S, Balcı S, Çocuklarda akut ishal ve hemşirelik bakımı. HEAD 2008, 5: 9- 16

36. Wilson D, Rodgers CC. Wong's essentials of pediatric nursing-e-book. Elsevier Health Sciences; 2016.
37. Çakmur H. Infectious Diarrhea and Dehydration in Childhood. Kafkas Journal of Medical Sciences 2013; (2): 96-102.
38. Neyzi O, Ertuğrul T. Akut İshaller, In:Pediatri 2, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2002: ss 775-782.
39. Koletzko S, Osterrieder S. Akute infektiöse durchfallerkrankung im kindesalter. Dtsch Arztebl. 2009;106(33):539-48.
40. WEB\_6.(2021). CDC Rotavirus Vaccination.  
<https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/rotavirus/public/index.html>  
(Erişim Tarihi:09.11.2022)
41. WEB\_7. (2022).  
[https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/TarihcePa\\_TR\\_nel.png](https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/TarihcePa_TR_nel.png).  
(Erişim Tarihi: 09.11.22)
42. WEB-8. (2022).  
<https://www.unicef.org/stories/learning-experience-19801988>.  
(Erişim Tarihi: 09.11.22)
43. World Health Organization. The Evolution of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control at WHO: Achievements 1980- Research, Development 1995 in and Implementation (No. WHO/CHS/CAH/99.12). World Health Organization 1999.
44. Uğur S, Uzel N. İlimiz Kentsel ve Yarı-Kentsel Bölgelerinde Akut İshal Olgularında Oral Rehidratasyon Solüsyonlarının Kullanımı, İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 1988;2:4- 6.
45. Mühür İ, Yılmaz Ş, Soylu P. Geçmişten Günümüze Aşılama. Tıp Konuları ve Güncellemeler Dergisi 2022; 1 (1), 32-36.
46. Orhon F. Ş. Genişletilmiş bağışıklama programına her yönüyle bakış. Osmangazi Tıp Dergisi 2020; 6-14.
47. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi. (1989). Erişim Adresi [http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat\\_uamevzuat/birlesmis\\_milletler.pdf](http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/birlesmis_milletler.pdf) (Erişim Tarihi:09.11.2022)
48. WEB-9.(2023) <https://www.kureselamaclar.org/> (Erişim Tarihi:17.03.2023)

49. Bilgin İ, Evcili F, Kaya N, Bekar M. El yıkama ve paraziter hastalıklar eğitimi: okul çocuklarının bilgi ve davranışları üzerine etkisi. ACU. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;(4):218-225.
50. Dennehy PH. Effect of handwashingwithsoap on diarrhea risk in community. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:103-5
51. Abuaish M, Mirza G, Al-Zamzami W, et al. The Effect of a Structured Gastroenteritis Discharge Management Plan on Compliance, Prognosis, and Parents' Satisfaction. *Cureus*, 2022;14(3): e23240.
52. Ball JW, Blinder RC, Cowen KJ, Shaw MR. Principles of Pediatric Nursing Caring for Children Seventh Edition. Henrich S, editör. 2017;1082.
53. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Adv Behav Res Ther* 1978;1(4):139–61.
54. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control, 1st edition. Freeman Company, New York (1997).
55. Sezgin EE, Düşükcan M. Hemşirelerin Öz Yeterlilik İnanç Düzeylerinin Performansları Üzerindeki Etkisi: Elazığ İli Örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2020; 9(3):1689-1702
56. Tatlıoğlu SS. Öğrenmeye Sosyal- Bilişsel Bir Bakış: Albert Bandura. *Sosyoloji Notları*. 2021; 5(1): 15-30.
57. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 37(2): 122-147.
58. Mollaoğlu M, Bağ E. Hemodiyaliz hastalarında öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 72: 37-42.
59. WEB-10. (2021) World Health Organization. Postnatal care of the mother and newborn 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>. (Erişim Tarihi:25.12.2022)
60. Colemean PK, Karraker KH. Self Efficacy and Parenting Quality Finding and Future Applications. *Developmental Review* 1997:18,47-85.
61. Werner-Bierwisch T, Pinkert C, Niessen K, et al. Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:473.

62. Fransca SA, Stifter CA, Paul IM, Birch L. Infant Temperament and Maternal Parenting Self-Efficacy Predict Child Weight Outcomes. Elsevier, 2013:36,494- 497.
63. Yenal K, Tokat MA, Ozan YT, Çeçe Ö, Abalın FB. Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013; 10:14-9.
64. Bekar P. Annelere verilen eğitimin erken çocukluk çağı ishalini önleme öz-yeterliliğine ve fonksiyonel olmayan uygulamalara etkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi,2018.
65. Joventino ES, Ximenes LB, Almeida PC, et al. The maternal self-efficacy scale for preventing early childhood diarrhea: validity and reliability. Public Health Nurs 2013, 30: 150-158.
66. Yoldaş İ. Akut Gastroenterit ( İshal).Temel Aile Hekimliği Tanı Tedavi Rehberi, 3. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi, 2019: 330-333
67. WEB-11. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Akut Barsak Enfeksiyonları (İshaller) Broşür ve Afişler <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/akut-bagirsak-enfeksiyonu/liste/akut-barsak-enfeksiyonlari-ishaller-brosur-ve-afisler.html>. (Erişim Tarihi: 08.11.21)
68. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35(4):272–81.
69. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. 2014. [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf). 17.02.2023
70. Türk G. 0-5 Yaşında ishalleri Çocuğu Olan Annelerin İshal Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri 2015.
71. Kandemir İ. Çocukları İshal Tedavisi Gören Kadınların İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri İle Yaptıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa 2019.

72. Melo ESJ, de Oliveira BSB, Melo FM de S, et al. Audiovisual and printed technology to prevent childhood diarrhea: A clinical trial. *Public Health Nurs* 2022;39(2):423–30.
73. Ribeiro de Vasconcelos CM, Ribeiro de Vasconcelos EM, Gorete Lucena de Vasconcelos M, et al. Educational Interventions in the Promotion of Healthy Eating in Schools. *J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE*. 2018;12(10):2803–15.
74. Wolf, P.G. Manero, J. Harold, KB. et al. Educational Video Intervention Improves Knowledge and Self-Efficacy in Identifying Malnutrition among Healthcare Providers in a Cancer Center: A Pilot Study. *Support Care Cancer* 2020, 28, 683–689.
75. Joventino ES, Ximenes LB, da Penha JC, et al. The use of educational video to promote maternal self-efficacy in preventing early childhood diarrhoea. *Int J Nurs Pract* 2017,23: e12524.
76. de Oliveira SC, de Oliveira Lopes MV, Fernandes AFC. Development and validation of an educational booklet for healthy eating during pregnancy. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22(4):611–20.
77. da Silva NV de N, Pontes CM, de Sousa NFC, et al. Health technologies and their contributions to the promotion of breastfeeding: An integrative review of the literature. *Cienc e Saude Coletiva* 2019; 24(2):589–602.
78. Lopez-Olivo MA, des Bordes JKA, Lin H, Rizvi T, et al. Comparison of multimedia and printed patient education tools for patients with osteoporosis: a 6-month randomized controlled trial. *Osteoporos Int* 2020 ; 31(5):857–66.



## **EKLER**

### **EK-1: BİLGİ FORMU**

Sayın katılımcı, bu çalışma farklı eğitim yöntemlerinin tek tek (video veya broşür) ya da birlikte kullanılmasının (video+broşür) çocukluk çağı ishalini önlemede annelerin öz-yeterliliğini artırmadaki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma sonuçları herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz açıklanmayacaktır. Katkınız için teşekkür ederim.

**Merve ŞAHİN MENTEŞE**

Rumuz:

Telefon Numarası:.....

- 1) Yaş:.....
- 2) Çocuğun cinsiyeti:
  - a) Kız b) Erkek
- 3) Kaç çocuğunuz var ?
  - a) 1 b) 2 c)3 d) 4 ve üzeri
- 4) Annenin çalışma durumu?
  - a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
- 5) Babanın çalışma durumu?
  - a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
- 6) Annenin eğitim durumu ?

- a) Okur-yazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üstü
- 7) Babanın eğitim durumu ?
- a) Okur-yazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üstü
- 8) Ailenin sosyoekonomik düzeyi ?
- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla
- 9) Çocuğunuz şu anda ishal mi ? a)Evet b) Hayır
- 10) Çocuğunuz ne kadar sıklıkta ishal geçirdi ? .....
- 11) Çocuğunuz ishal olduğunda neler yaparsınız ? .....
- 12) ORS'nın ne olduğunu biliyor musunuz?
- a) Evet, biliyorum b) Tuz-şeker karşımı c) Hayır, bilmiyorum
- 13) İshal hakkında bildiklerinizi nereden öğrendiniz ?
- a) Kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, gazete, dergi, internet)
- b) Çevresindekilerden (sağlık çalışanı olmayan kişi, anne, kaynana, komşu ve arkadaş)
- c) Sağlık kurumu veya çalışanları (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru)

## EK-2: ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI İSHALİNİ ÖNLEMEDE ANNE ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ

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. Yiyeceklere 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 nesnelere sokmasını önlerim.					

<b>11.</b> Önceki öğünlerden arta kalan yemekleri çocuğuma vermekten kaçınıyorum					
<b>12.</b> İlk 6 ay boyunca çocuğuma sadece anne sütü veririm.					
<b>13.</b> Çöpleri taşıdıktan sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
<b>14.</b> Gerektiğinde çocuğumun tırnaklarını keserim.					
<b>15.</b> Ev çöplerini poşete koyup, poşetlerin ağzını bağladıktan sonra çöpe atarım.					
<b>16.</b> Çöpleri evden dışarı atarak evimi temiz tutarım.					
<b>17.</b> Tuvaleti kullandıktan sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
<b>18.</b> Emzirmeyi kestikten sonra çocuğuma sağlıklı yiyecekler veririm (örneğin; meyve, sebze, kırmızı et, yumurta, tavuk, pirinç, fasulye).					
<b>19.</b> Çocuğum yerlerde yürümeden/oynamadan önce evimi temizlerim.					
<b>20.</b> Çocuğumun ayakkabılarını evin dışında çıkarmasını sağlarım.					
<b>21.</b> Çocuğum çişini ya da kakasını yaptığinde onu temizledikten sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
<b>22.</b> Çocuğumun içme suyunu filtreden geçirir, kaynatır veya hazır (mineralli) su satın alırım.					

## EK-3: BROŞÜR

### İSHALDEN KORKMAYALIM- TANIYALIM

**İshal**, günlük dışkı sayısının artması ve her zamankinden daha sulu veya yumuşak dışkılamadır.



#### İSHALİN NEDENLERİ

- **İshal**; sindirim sisteminin herhangi bir bakteri ile enfeksiyon geçirmesinden kaynaklanan bir durumdur.

#### BELİRTİLERİ

- Gevşek ve sulu dışkılama
- Karın krampları
- Karın ağrısı
- Ateş
- Dışkıda kan
- Karın bölgesinde şişkinlik
- Mide bulantısı
- Sümüksü görünümlü dışkılama



#### DOKTORA BAŞVURULMASI GEREKEN DURUMLAR:

##### Çocuğunuzun;

- Ateşi 39°C'in üstündeyse ya da soğuk ve soluk ten rengi varsa,
- Ağız kuruyuşa veya gözyaşı dökmeden ağlıyorsa,
- Normalin dışında uykulu, uyuşuk, tepkisiz veya sinirlenmişse,
- Karın, gözleri ve yanaklarında çöküklük varsa,
- Cildi sıkılıp bırakıldığında düzleşmiyorsa **mutlaka** doktora başvurun.

#### TEDAVİ

Doktor tarafından önerilen ilaçları **mutlaka** kullanınız.

- İshal düzeline kadar yağsız ve posasız gıdalarla ishal diyeti uygulayın.
- **Altı ayından küçük, anne sütü ile beslenen çocuğunuzu sık sık emzirin.**
- Altı aydan büyük çocuklarınıza anne sütüne ek olarak **muz, patates püresi, pirinç lapası, haşlanmış yağsız et, yoğurt, meyve suları** verebilirsiniz.

#### EVDE YAPILMASI GEREKEN İLK MÜDAHALE:

Kayıbedilen su ve tuzun geri alınması için ağızdan sıvı takviyesi (**Oral Rehidratasyon Sıvısı-ORS**) alınmalıdır.

#### HER İSHALLİ DİŞKİDAN SONRA :

- 2 yaşın altındakilere bir çay bardağı ORS,
- 2 yaşından büyüklere yarım veya bir su bardağı ORS,
- Büyük çocuk ve yetişkinlerde içebildiği kadar ORS verilmelidir.

#### ORAL SIVI HAZIRLANMASI (ORS)

1 litre kaynamış iletilmiş su içine 2 yemek kaşığı toz şeker, 1 çay kaşığı tuz ve 1 çay kaşığı karbonat atılır. İyi karıştırıldıktan sonra önerilen miktarda çocuğa içirilir.



### İSHALDEN KORUNMANIN YOLLARI

#### EL YIKAMA ve TEMİZLİĞE ÖZEN GÖSTERME



- Dışarıdan geldikten sonra,
- Yemek yemeden önce ve sonra,
- Bozulmuş yiyecekleri düktükten sonra,
- Yemeklerinizi hazırlamadan önce ve sonra,
- Tuvalete gitmeden önce ve sonra,
- Çocuğunuzu beslemeden önce, bezini değiştirmeden önce ve sonra,
- Ellerimizi sabunla, bol ve temiz su kullanarak en az 20 saniye yıkayınız.

**Ellerinizi yıkarken her tarafının (ön ve arka parmak aralarını, tırnak içlerini) temizlendiğine emin olana kadar yıkamaya özen gösteriniz.**

#### TEMİZ YİYECEK TÜKETME



- Tüm yiyecekleri tüketmeden hemen önce bol ve temiz su ile yıkayınız.
- Et ve sebzeleriniz için farklı kesme tahtası kullanınız.
- Pişirilmiş yiyecekleri ağız kapaklı kaplarda buzdolabında saklayınız.
- Açıkta satılan yiyecekleri kesinlikle tüketmeyiniz.
- Et ve et ürünleri tam olarak pişirdikten sonra tüketiniz.
- Pastörize edilmiş süt ve süt ürünleri kullanınız.

#### TEMİZ SU KULLANMA



- Mutlaka temiz su tüketiniz.
- Uygun şekilde klorlanmış sular kullanınız.
- Kaynağını bildiğiniz ve temizliğinden emin olduğunuz suları kullanınız.
- Zorunlu hallerde suyunuzu **en az 10 dakika kaynatarak** kullanınız.



#### **EK-4: VIDEO**

<https://www.youtube.com/watch?v=ADPXNtqZQXk&t=7s>

## **EK-5: ÖLÇEK İZİNİ**

## **EK-6: ETİK KURUL ONAYI**



**EK-7: ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI RESMİ KURUM İZNİ**

## **ÖZGEÇMİŞ**