



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN
ANNELERİN YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ**

Serap KAYNAK

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI YÜKSEKLİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. Nihal SUNAL
Tez No: 2011-026

2011- AFYONKARAHİSAR

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN

ANNELERİN YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ

DÜZEYLERİ

Serap KAYNAK

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI YÜKSEKLİSANS

TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

TEZ NO:2011-026

2011-AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı
çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25.12.2011



Prof. Dr. Faruk ALPAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

Medipol Üniversitesi

Üye

Yrd. Doç. Dr. Tolga Altuğ ŞEN

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Üye

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Serap KAYNAK'IN "Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri" başlıklı tezi 22.12.2011 günü saat... 16:00'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İsmail BAYRAM

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yenidoğan bakımı gelecek nesillerin sağlıklı yetişmesi ve ülkenin kalkınması için büyük önem taşır. Annelere doğum öncesi ve sonrasında yenidoğan bebek bakımı konusunda ve taburcu olduktan sonra, bebek ve kendileriyle ilgili sorun olduğunu zaman kimi arayacaklarına dair bilgi vermelidir. Sonuç olarak ülkemizde de annelerin postpartum dönemdeki bakım gereksinimlerinin öncelikli olarak ele alınması, anne bebek sağlığının geliştirilmesine sağlayacağı yararlar açısından oldukça önemlidir. Ülkemizde son yıllarda anne ve bebek ölüm oranı azalmıştır ancak yinede annelerin yenidoğan bebek bakımı konusunda eğitime devam edilmelidir ve bu konuda sağlık personeline de hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesi aşamalarında değerli katkılarından dolayı sayın danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL'a, tez çalışmamın yapılmasına izin veren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları ABD Başkanlığı'na, araştırmaya katılan annelere, desteğini benden hayat boyu asla esirgemeyen anne ve babam Pakize ve Yüksel İNAN'a, yüksek lisans ders arkadaşlarıma ve tezimin bitmesini sabırla bekleyen eşim Adem KAYNAK'a çok teşekkür ederim.

Serap KAYNAK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kabul ve Onay	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Simgeler ve Kısaltmalar.....	vi
Grafik ve Tablolar	vii
1. GİRİŞ	1
1.1 Çocuk Sağlığı.....	5
1.2 Yenidoğan Sağlığı.....	7
1.2.1. Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Perinatal ve Neonatal Ölüm Nedenleri.....	8
1.2.2. Yenidoğan Sağlığı Göstergeleri.....	10
1.2.3. Türkiye’de Bebek ve Çocuk Ölüm Ölçütleri ve Değişimi.....	12
1.3. Sağlıklı Çocuk Kavramı ve İzlemi.....	15
1.4. Çocukluk Dönemleri.....	20
1.5. Yenidoğan Dönemi ve Özellikleri.....	21
1.6. Yenidoğan Refleksleri.....	25
1.7. Yenidoğan Bakımı.....	27
1.7.1. Yenidoğanın Odası.....	29
1.7.2. Deri Bakımı.....	30
1.7.3. Ağız Bakımı.....	30
1.7.4. Göz, Burun, Kulak Bakımı.....	31
1.7.5. Göbek Bakımı.....	31
1.7.6. Genital Bölgenin Bakımı.....	32
1.7.7. Memeler.....	34
1.7.8. Tartı.....	35
1.7.9. Uyku.....	35
1.7.10. Giysileri.....	37
1.7.11. Ziyaretçiler.....	38
1.7.12. Anne sütü ve Emzirme.....	39
1.7.13. Emzirme Süresi ve Sıklığı.....	41
1.7.14. Anne Sütünün Özellikleri.....	44
1.7.15. Anne Sütünün Verilmediği Durumlar.....	45
1.7.16. Bebek Beslemesinde Kullanılan Araçların Bakımı.....	45
1.7.17. Gaz ve Sancı.....	46
1.7.18. Bebeğin Güvenliği ve Karyolası.....	48
1.7.19. Bebeğin Yastığı, Yatak Şiltesi ve Çarşafı.....	48
1.7.20. Tırnak Bakımı.....	49
1.7.21. Bebeğin Banyosu.....	49
1.7.22. Bebeğin Tutulması.....	51
1.8. Bebeğin ilk Yılında Karşılaşılabilecek Sorunlar.....	52
1.8.1 Kusma.....	52
1.8.3. Emmeme.....	53

1.8.4. Ağlama Nöbetleri.....	53
1.8.5. Hıçkırık.....	54
1.8.6. Anne Sütüne Bağlı Sarılık.....	54
1.8.7. Ateş.....	55
1.8.8. Yenidoğanın Tarama Testleri.....	56
1.8.9. Bebeğin Aşılıarı.....	56
2. GEREÇ ve YÖNTEM.....	58
2.1. Araştırmanın Tipi.....	58
2.2. Araştırmanın Evreni.....	58
2.3. Araştırmanın Örneklemi.....	58
2.4. Araştırmanın Yöntemi.....	58
2.5. İstatistiksel Analiz.....	59
2.6. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	59
3.BULGULAR.....	60
4. TARTIŞMA.....	75
5. SONUÇ ve ÖNERİ.....	90
ÖZET.....	93
SUMMARY.....	95
KAYNAKLAR.....	97
EKLER.....	107
ÖZGEÇMİŞ.....	123

SİMGELER ve KISALTMALAR

AAP	Amerikan Pediatri Akademisi
AGA	Appropriate For Gestational Age
ARK	Arkadaşları
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
ÇSE	İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü
DALE	Disability adjusted life expectancy(sakatlığa uyarlanmış yaşam beklentisi)
DALY	Disability adjusted life years (sakatlığa uyarlanmış yaşam yılları)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ELBW	Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
HALE	Healthy life expectancy (sağlıklı yaşam beklentisi)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSV	Herpes Simplex Virüs
LBW	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
LGA	Large For Gestational Age
PÖH	Perinatal Ölüm Hızı
SGA	Small for Gestational Age
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
UNİCEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
ÜSİ	Üriner Sistem İnfeksiyonları
VLBW	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
WHO	World Health Organization
YÖH	Yenidoğan Ölüm Hızı
YYBÜ	Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi

GRAFİK ve TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 1.1. 1993, 1998,2003 ve 2008 Türkiye ve Sağlık Araştırmalarında Erken Yaş Ölümlülük Göstergeleri.....	7
Tablo 1.2. Türkiye’de Annenin Bazı Özelliklerine Göre Yenidoğan, Yenidoğan Sonrası ve Bebek Ölüm Hızları (%0) (TNS, 2003).....	13
Tablo 1.3. Bebek Ölüm Hızları, Türkiye 1973-2008.....	14
Tablo 3.1. Annelerin Sosyo Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı.....	60
Tablo 3.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	61
Tablo 3.3. Annelerin Yenidoğan Bebek Bakımı İçin En İyi Besin Kaynağını Bilme Durumları.....	62
Tablo 3.4. Annelerin yenidoğan bebeği İlk Ne Zaman Beslemesi Gerektiğini Bilme Durumları.....	62
Tablo 3.5. Annelerin Yenidoğan Bebeğin Gazının Ne Zaman Çıkarılacağını Bilme Durumları.....	63
Tablo 3.6. Annelerin Yenidoğan Bebeğin İlk Banyosunun Ne Zaman Yapılabileceği Bilme Durumları.....	63
Tablo 3.7. Annelerin Yenidoğanın Göbek Kordonunun Bakımını Nasıl Yapacağını Bilme Durumları.....	64
Tablo 3.8. Annelerin Yenidoğan Bebeğin Göbek Kordonundaki Enfeksiyon Belirtilerini Bilme Durumları.....	64
Tablo 3.9. Annelerin Yenidoğan Bebeğin Ateşi Yükselmesi Durumunda Ne Yapılması Gerektiğini Bilme Durumları.....	65
Tablo 3.10. Annelerin Yenidoğan Bebeğin Kıyafetlerinin Nasıl Temizlendiğini Bilme Durumları.....	65
Tablo 3.11. Annelerin Yenidoğan Bebeğin Ağzında Pamukçuk Olduğunda Ne Yapacağını Bilme Durumları.....	65
Tablo 3.12. Annelerin Yenidoğanın Alt Bölge Temizliğinin Nasıl Yapıldığını Bilme Durumları.....	66
Tablo 3.13. Annelerin Yenidoğan Bebekte Emzik Kullanımının Hangi Dönemde Olduğunu Bilme Durumları.....	67
Grafik 3.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Bilgi Puan Dağılım Grafiği.....	67
Tablo 3.14. Verilerin Bilgi Puan Dağılımı.....	68
Tablo 3.15. Annelerin Yaşı İle Bilgi Puanı Ve Bilgi Durumları Arasındaki İlişki.....	69
Tablo 3.16. Annelerin Eğitim Düzeyleri İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	69
Tablo 3.17. Annelerin Meslekleri İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	70
Tablo 3.18. Annelerin Oturdıkları Yer İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	70
Tablo 3.19. Annelerin Aile Tipi İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	71
Tablo 3.20. Annelerin Sahip Oldukları Sağlık Güvencesi İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumu Arasındaki İlişki.....	71

Tablo 3.21. Annelerin Gelir Durumları İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	71
Tablo 3.22. Annelerin Şimdiki Çocukla Birlikte Sahip Oldukları Çocuk Sayısı İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	72
Tablo 3.23. Annelerin Şimdiki Doğum İle Bir Önceki Doğum Arasında Geçen Süre İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	72
Tablo 3.24. Annelerin Bu Gebeliği İsteyerek Gerçekleştirmesi İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	73
Tablo 3.25. Annelerin Gebelik Öncesi Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Alma Durumu İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	73
Tablo 3.26. Annelerden Daha Önce Bebek Bakımında Bilgi Alanların Bilgiyi Nereden/Kimden Aldıkları İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	74
Tablo 3.27. Annelerin Hastaneden Taburcu Olduktan Sonra Bebek Bakımında Güçlük Çekme Düşünceleri İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki.....	74

1. GİRİŞ

Sağlık; kişinin bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. Günümüzde bu tanımlama yetersiz kalmakta ve sağlık kavramı; hastalık ve ölüm kavramlarının ötesine geçerek kişinin potansiyel yeteneklerinin tam olarak gelişebildiği bir yaşam süreci şeklinde tanımlanmaktadır. Bu süreç kişinin doğum öncesi döneminden başlar ve yaşam boyu devam eder. Bu süreç içerisinde kişinin genetik potansiyeli ile çevre faktörleri sağlığı direkt etkileyen faktörler olarak sayılabilirse de;

- toplum fertlerinin ve özellikle annenin eğitim düzeyi,
- kadının statüsü,
- sağlık alanında toplum bilincinin ne derecede geliştiği,
- toplumun sağlık politikalarının gelişmesindeki katkı payı,
- ulusal ve çeşitli uluslararası kuruluşların toplum sağlığına olan katkıları,
- siyasi gücün sağlığa hangi açıdan baktığı, bu konuda ciddi, geçerli bir ulusal sağlık politikası üretebilme, geliştirme kapasitesi ve kararlılığı, gibi sağlığı yakından ilgilendiren çeşitli faktörlerin etkinlik derecesine bağlıdır. Bütün bu etkenlerin çok çeşitlilik göstermelerine rağmen sağlığın, en kaba ve kolay tanımlanabilir, ölçülebilir göstergesi ölüm hızlarıdır. Sağlık göstergeleri içerisinde en önemlilerinden birisi bebek ölüm hızıdır (BÖH) (Dünya Çocuklarının Durumu 2000; Öztürk, 2002; TNS, 2008).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastalık ve ölüm nedenleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bütün yaş gruplarında olan ölüm nedenleri irdelendiği zaman kronik hastalıklar, malignensiler ve kazalar ön sırada yer almaktadır. Oysa gelişmekte olan ülkelerde, toplum genelinde en sık görülen ölüm nedenleri çok farklıdır. Gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenlerinin ilk sırasını enfeksiyona dayalı ölümler almaktadır. 5 yaş altı çocuk ölümlerinin %41'i yenidoğan döneminde gerçekleşmektedir buda yaklaşık 3.6 milyon yenidoğan ölümünü

göstermektedir. Bu dönemde ölüme neden olan enfeksiyonların başında pönömoni ve menenjit gelmektedir. Enfeksiyon dışı ölüm nedenleri ise isalli hastalıklar, sıtma, kronik hastalıklar kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar dikkat çekmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenlerinin önlenebilir hastalıklardan oluştuğunu göstermektedir (Anita ve Ark., 2011).

Ülkelerin sağlık düzeylerinin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve sunulan hizmetlerin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesinde, en sık yararlanılan ölçütler ölüm (mortalite), doğurganlık (fertilite) ve hastalık (morbidite) boyutlarını saptamada kullanılanlardır. Bunlardan yenidoğan (0-28 gün), bebeklik (1-11 ay) ve çocukluk (12 ay- 59 ay) dönemi ölümlerini yansıtanlar özel bir öneme sahiptir. Özellikle bebek ölüm hızı ve alt formları, bir toplumdaki ana ve çocuk sağlığı düzeyini olduğu kadar, ülkenin çevre sağlığı şartlarını, toplumun sosyoekonomik düzeyini ve gelişme durumunu da açık olarak yansıtır (Pala, 2010).

Her yıl tahminen dört milyon bebek hayatlarının ilk dört haftası içinde ölmektedir. Başka bir ifadeyle, her saatte dünyada 450 yenidoğan ölmektedir. Yenidoğan ölümlerinin dörtte üçü, en yüksek risk ilk günde olmak üzere, ilk haftada oluşur. En yüksek yenidoğan ölüm sayısı Güney Merkezi Asya ülkelerinde olup, en yüksek yenidoğan ölüm hızı genellikle Sahra Altı Afrika'dadır. Küresel olarak yenidoğan ölümlerinin doğrudan nedenleri başında: prematüre doğum (%28), ciddi enfeksiyonlar (%26) ve asfiksi (%23) gelmektedir (Avcı ve Topuzoğlu,2008).

Çocuklarda ölüm nedenleri yaşa, cinse ve toplumun gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, bir yaşından küçük çocuk ölümlerinin toplam ölümler içinde önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir. Yıllar içinde çocuk ölümlerinde azalma gözlenmektedir (Unicef, 2009). Türkiye'de yıllar içinde nüfusun yaş gruplarına göre dağılımında da farklılıklar olmuştur. Nüfus artış hızının en yüksek olduğu yıllar olan 1960'lı yıllarda 0-4 yaş grubunun tüm nüfus içindeki payı %15.3 iken, 2000 yılında

%9.7'ye düştüğü görülmektedir. Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre 18 yaşına kadar bireyler çocuk sayılmaktadır. Bu tanıma göre Türkiye'nin 2000 yılı nüfusunun %38.3'ü "0-18" yaş grubundadır. Türkiye'de halen 10 kişiden biri "0-4" yaş grubunda ve her beş kişiden ikisi "18 yaş ve altında"dır. Bu veriler, Türkiye'de çocuk yaş grubu nüfus yüzdesi sağlık hizmet gereksinimi olan hedef kitlenin halen çok büyük olduğunu göstermektedir (Özçebe, 2001).

Ülkemizde de Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 raporunda binde 29 olarak bildirilen bebek ölüm hızı, TNSA 2008 verilerine göre binde 19 olarak belirlenmiştir. Ancak halen gelişmiş ülkelere göre, yüksek bebek ölüm hızına sahip Türkiye'de, bebek ve çocuk ölümlerini inceleyen araştırmaların ortak bulgusu olarak, ölümlerin çoğunlukla önlenebilir nedenlerden kaynaklandığı ifade edilmiştir (Avcı ve Topuzoğlu, 2008).

Bebeklik dönemi doğumdan sonraki 365 günü kapsayan dönemdir. İlk 28 günlük dönem **Yenidoğan Dönemi** olarak tanımlanmaktadır. Hayatın ilk 28 günü çok özel bir dönemdir. Bebek kapalı bir ortamdan açık bir ortama geçer, bu yeni ortama uyum sağlamaya çalışır. Yenidoğan dönemi, annenin gebelik dönemi, doğum olayı ve yenidoğan bakım koşullarından çok etkilenir. Gebede meydana gelen fizyolojik ve yapısal sorunlar yenidoğanı oldukça etkilemektedir. Yenidoğan döneminin doğumdan sonraki ilk fizyolojik bir haftalık bölümü (0-7 günlük) annenin sağlığı ve doğum koşullarından daha sonraki haftalara göre daha fazla etkilenen bir dönem olduğu için "**Erken Yenidoğan Dönemi**" olarak tanımlanır. **Geç Yenidoğan Dönemi** olarak tanımlanan dönem ise 8-28 günlük dönemi içerir (Koç ve Eryurt, 2011).

Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, annenin nitelikli bir bakım alması, doğru bilgi, tutum ve davranış kazanması ile sağlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre güvenli annelik de amaç; çocuk ve anne sağlığını en üst seviyeye çıkarmak, anne morbidite ve mortalitesinin azaltmak ve yenidoğan sağlığının güçlendirilmesidir. Bu programla, aile planlaması, doğum öncesi izlemleri,

sağlıklı koşullarda doğum, doğum sonrası anne ve yenidoğan bakımını içerecek şekilde temel sağlık hizmetlerinin anne ve bebeklere ulaştırılması ve bu olanağın sağlanması gerekmektedir. Anne kendi sağlığını ve bebeğin sağlığını korumak için bakım almalıdır, ancak koruyucu bakım kavramı içinde yer alan sağlığı koruma, sürdürme ve en üst düzeyde tutma sorumluluğunu da anne kendisi üstlenmelidir (Turan ve Ark., 2008).

Sağlık alanında toplanan istatistiksel veriler ve bunlardan üretilen objektif göstergeler, toplumların sağlık düzeyinin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve hizmetlerin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesi ile karşılaştırmalar yapabilmek için önemlidir. Yaşamın ilk yılında ölme olasılığı olarak tanımlanan bebek ölümlülüğü toplumların sağlık düzeyini ve sosyal refahını karşılaştırmada ilk bakılacak olan anahtar bir ölçüttür (Okuy ve Ark., 2006). Bebek ölüm hızı sadece çocuk sağlığının genel göstergesi olmayıp aynı zamanda o ülkenin eğitim düzeyinin de göstergesidir. Türkiye’de yenidoğan ölüm hızının bebek ölüm hızları arasında ön plana çıktığı ve anneye ait sosyo-demografik özelliklerin bebek ölüm hızlarını önemli derecede etkilediği görülmektedir. Bebek Ölüm Hızı (BÖH) anne eğitimi, ekonomik durum, kötü çevrede yaşama, ulaşım, iletişim, geleneksel aile, yetersiz aile planlaması uygulaması, yetersiz ve dengesiz beslenme, sağlık hizmetlerinden yararlanamama gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Örneğin; okur-yazar olmayan anneler ile en az ilkokul mezunu olan annelerin bebeklerinin ölüm olasılıkları arasında büyük bir fark bulunmaktadır. 1993 yılında öğrenim kurumlarına hiç gitmeyen annelerin bebeklerinde ölüm hızı binde 60,5 iken 2003 yılında binde 51 ve 1998 yılında en az ortaokul mezunu olan annelerin bebek ölüm hızı ise binde 36,1 den 2003 yılında binde 18, 2008 yılında binde 13’e düşmüştür (TNSA,2008).

Postpartum dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği önemli bir gelişimsel geçiş sürecidir. Bu süreçte aileye yeni bir üyenin katılımı nedeniyle anne ve babanın yeni rol ve sorumluluklara hazırlanması ve uyumu gerekir. Doğum sonu dönemde babanın ve annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlanması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve

eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir. Bu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir (Ruchala, 2000; Gölbaşı, 2003; Başer ve Ark., 2005; Çalışır ve Ark., 2008).

Doğum sonu dönem, ebeveynlerin bebek bakımı vermesi, bebek için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, ebeveynlerin yeni rollerini öğrenmesi, aile duyarlılığını geliştirmesi ve bebekle ilgili problemlerle baş etmesini gerektiren bir dönemdir. Bu dönem, aile için çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak yaşanabileceği gibi, kriz yaşanan bir dönem olarak da yaşanabilmektedir (Büyükkoca, 2001; Beydağ, 2007; Vurur ve Ark., 2007).

Postpartum dönemde yenidoğanların sağlık sorunları emme sorunları, sarılık, huzursuzluk, uyku düzeninde bozukluk, pamukçuk, pişik, göz enfeksiyonu, göbek enfeksiyonu, abdominal distansiyon, konstipasyon, ishal, yetersiz kilo alımı gibi sorunlardır. Bu sorunların erken dönemde saptanamaması nedeniyle anne ve bebekler postpartum ilk haftalarda tekrar hastaneye yatmakta, sonuç olarak sağlık bakım maliyeti ve mortalite artmaktadır. Anneler postpartum dönemde yaşadıkları sorunlarla başa çıkmada zorlanmaktadırlar. Ancak doğumun fiziksel etkileri üçüncü haftadan itibaren belirgin ölçüde azaldığından, kendi bakımlarında ve yenidoğan gereksinimlerinin karşılanmasında daha fazla sorumluluk üstlenebilirler (Balkaya, 2002; Gölbaşı, 2003). Bu çalışmanın amacı yenidoğan yoğun bakım ünitesi'nde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini belirlemektir.

1.1. Çocuk Sağlığı

Gelişmekte olan ülkelerde, çocuklar ve doğurgan yaştaki kadınlar toplum içinde sağlık yönünden daha çok tehlike altındadır, bu nedenle de sağlık hizmetlerinde öncelikleri vardır (Taşkın, 2003).

Çocukların sağlık düzeyinin, toplumların sosyoekonomik gelişimi, içinde yaşanılan çevrenin hijyenik durumu, sağlık hizmetlerinin yaygınlık ve niteliği, annenin eğitim düzeyi ile yakından ilgili olduğu bildirilmektedir. O nedenle çocuk sağlığı göstergelerinden olan Bebek Ölüm Hızı (BÖH), bir toplumdaki ana-çocuk sağlığını olduğu kadar, ülkenin çevre sağlığı koşullarını, toplumun sosyoekonomik düzeyini ve gelişme durumunu, sağlık hizmetlerinin etkinliğini, aynı zamanda ülkenin eğitim düzeyini yansıtmaktadır (Teziç, 2001; Çavuşoğlu, 2004).

Ülkemizin sağlık sorunlarının başında, bebek, çocuk ve ana ölüm hızlarının yüksek olması gelmektedir. TNSA 2003’de ülkemiz için bebek ölüm hızının %029 olduğu ve bu ölümlerin % 59’unun neonatal dönemde gerçekleştiği, beş yaş altı ölüm hızının %037, çocuk ölüm hızının ise yaklaşık %9 düzeyinde olduğu bildirilmiştir (TNS 2004). Bu oranların gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Unisef Türkiye, 2004).

Yıllar içerisinde bebek ölüm hızının Türkiye genelinde azalmasına rağmen bölgeler arası farklılık sürmektedir. 2003 verilerine göre, bebek ölüm hızı Batı Anadolu’da binde 22, Orta Anadolu’da binde 21, Doğu Anadolu’da binde 41’dir (TNSA, 2004).

TNSA 2003’te çocukların hayatta kalma olasılıkları ile annelerin eğitimi arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Hiç eğitimi olmayan ya da ilköğretim birinci kademeyi tamamlayan annelerin çocukları arasında bebek ölüm hızı binde 51 iken, anneleri ilköğretim ikinci kademe ve üstü eğitime sahip olan çocuklar arasında binde 18’dir. Ayrıca 2 yıldan daha kısa bir doğum aralığından sonra doğan çocuklar için bebek ölüm hızı binde 74’e kadar yükselmektedir (TNSA, 2004).

Ülkemizde beş yaş altı ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada perinatal mortalitenin diğer nedenleri (%33.2), konjenital anomaliler (%19.3) ve meningokok enfeksiyonları (%12.4) yer almaktadır. Çocuk ölümlerinin büyük bir kısmı bir ayını doldurmadan ölen bebeklerden oluşmaktadır (Çavuşoğlu, 2004).

Bebek ölümlerinin azaltılması için Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliği çerçevesinde, 1985 yılından itibaren bir dizi çocuk sağlığı programı uygulanmaya konulmuştur. Bu programlar, ishali Hastalıkların Kontrolü, Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü, Aşılama, Anne sütünün Teşviki, Bebek Dostu Hastaneler, Büyümenin izlenmesi Programı gibi programlardır (Teziç, 2001).

1.2. Yenidoğan Sağlığı

Türkiye’de yenidoğan ölüm hızının bebek ölüm hızları arasında ön plana çıktığı ve anneye ait sosyo-demografik özelliklerin bebek ölüm hızlarını önemli olarak etkilediği görülmektedir. Bu da anne ve yenidoğan sağlığının önemli göstergesi olan perinatal ölüm hızının değerlendirilmesini gerektirmektedir. Türkiye’de Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının ileri analizleri yapılarak perinatal ölüm hızı 1993 yılında % 042.6, 1998 yılında % 039.2 ve 2003 yılında binde 24 olarak hesaplanmıştır. BÖH 1993 yılında %052.6, 1998 yılında %042.7, 2003 yılında %029, 2008 yılında %018 olarak bulunmuştur. Bu hızlar ülkemizde yenidoğan ve anne sağlığı ile ilgili sorunların ön planlara geçtiğini göstermektedir (Tablo 2.1).

Tablo 1.1. 1993, 1998,2003 ve 2008 Türkiye ve Sağlık Araştırmalarında Erken Yaş Ölümlülük Göstergeleri (Binde)

	1993	1998	2003	2008
Perinatal ölüm hızı	42.6	39,2	24	15
Yenidoğan ölüm hızı	29.2	26	17	13
Yenidoğan sonrası ölüm hızı	23	17	12	5
BÖH	52,6	42,7	29	18

Wigglesworth sınıflandırmasına göre yenidoğan bebeklerin ölüm nedenleri; ölü doğumlar (%44.7), konjenital malformasyonlar (%13.7), prematürel ve sorunları (%26.0), perinatal asfiksi (%11.0), özel nedenler (%5.1), enfeksiyonlar (%1.8) ve diğerleri(%2.8) olmak üzere gruplandırılmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (2008) neonatal ölümlere ilişkin bazı veri analiz değerlendirmeleri yapılmıştır. Yenidoğan dönem ölümlerinin anne ve yaşanan yere göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bölgelere ve yerleşim yerlerine göre yenidoğan ölümlerinin farklı olduğu görülmektedir. Annenin doğurganlığı ile birlikte yenidoğan ölümlerinin arttığı da görülmektedir. Doğum öncesi ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanma da yenidoğan ölümlerini etkilemektedir. Sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumlarda yenidoğan ölümlerinin sıklığı düşük iken, bir sağlık personeli olmadan yapılan doğumlarda bu hız daha yüksektir. Doğumda bebeğin ağırlığı normal olanlara göre, normalden az veya fazla olan bebeklerde yenidoğan ölümleri daha fazladır (Güler ve Akın, 2006).

1.2.1. Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Perinatal ve Neonatal Ölüm Nedenleri

Dünyada beş yaş altındaki çocukların ölüm nedenlerinin %23'ü perinatal nedenlere bağlıdır. Her yıl yaklaşık 7,1 milyon bebek ölmekte ve bebeklik döneminde ölümlerin yaklaşık üçte ikisi neonatal dönemde olmaktadır. 28 gün içinde olan ölümlerin yaklaşık üçte ikisi ise ilk hafta içinde olmaktadır. Neonatal ölümler özellikle gelişmekte olan ülkelerin sorunudur, yenidoğan döneminde ölen bebeklerin yaklaşık %98'i gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (WHO, 2006).

Yenidoğan döneminde yaşama sağlıklı başlamak çok önemlidir. Özellikle yaşamın ilk 28 günü çok kritik bir dönem olup bebeklerin ölme olasılığının en yüksek olduğu dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü, Çocuk ve Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Bölümünün amacı BÖH'nı düşürmek ve yenidoğan bebeklerin yaşama sağlıklı başlamasını sağlamaktır. Bu amaca ulaşmak için toplumdaki ve evdeki

yenidoğan sağlığı, bebek ve çocuğun büyüme ve gelişmesi için doğru uygulamaları geliştirmek, birinci basamak sağlık kuruluşlarında yenidoğan bebeğe yaklaşımı geliştirmek (ocukluk ağı Hastalıklara Entegre Yaklaşım Stratejisinin kullanımıyla), toplum ve sağlık kuruluşlarında yenidoğanın sağlıklı büyüme ve gelişmesi için bakım olanaklarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Martin ve Ark., 2001).

Yenidoğan bebeğin sağlığı, anne ve aileye ait sosyodemografik faktörlerden etkilenmektedir. Ailenin ve annenin öğrenim düzeyinin düşük olması, gelir düzeyinin düşük olması, sosyal ve sağlık güvencelerinin olmaması, annenin sigara, alkol ve madde kullanımı, istenmeyen gebelik olması gibi yenidoğan ve bebek sağlığını etkileyen anneye ait pek çok risk faktörü bulunmektedir. Annenin sistemik hastalığı olması, annenin gebelik öyküsünde risk faktörü olması, gebelikte yaşanan sağlık sorunları, travmatik doğum öyküsü, doğum sonrası bebek bakımında yetersizlik olması gibi anneye ait birçok faktör perinatal mortalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Turan ve Ark., 2008).

Yenidoğan lm nedenlerinin yüzde dağılımı; doğumda asfiksi(%21,1), pnömoni(%19,0), neonatal tetanos(%14,1), konjenital anomaliler (%11,1), doğum travması(%10,6), prematürite(%10,3), sepsis ve menejit(%7,2), ishaller hastalıklar (%1,5) ve diğer nedenler (%5,1) şeklinindedir. Ölüm nedenlerinin oluşmasında ise annenin sağlık sorunları da yer almaktadır. Örneğin annenin anemisinin olması kendisinde kalp yetmezliğine neden olurken, bebekte düşük doğum ağırlığı, asfiksi ve l doğuma neden olabilir. Annenin hipertansiyonunun olması annede eklampsi ve serebrovasküler olaya neden olurken, bebekte yine düşük doğum ağırlığı, asfiksi ve l doğuma neden olabilir. Bu nedenle bebek sağlığının korunması için annenin gebelik döneminde ve doğum sırasında müdahaleler önerilmektedir (Güler ve Akın,2006).

Dünyada yenidoğan ölümlerine bakıldığında, gelişmiş ülkelerde neonatal mortalitenin binde 4-5 civarında olduğu, buna karşın gelişmekte olan ülkelerde

bunun 10 katı kadar yüksek olduğu gör÷lmektedir. Yenidoğan ölüm nedenleri incelendiğinde, gelişmekte olan ÷lkelerin tümünde aşağıda belirtilen bazı ortak sorunların bulunduğu anlaşılmaktadır:

1. Bu ÷lkelerde kadınların sosyal statüleri ve eğitim durumları gelişmiş ÷lkelerdekine göre çok düşüktür.
2. Etkin aile planlaması uygulamaları toplumun önemli bir kısmında kabul görmez.
3. Gebelerin düzenli izlemi kabul edilebilir nicelik ve nitelikte değildir.
4. Doğum koşulları güvensizdir.
5. Yenidoğanın doğum sırasında resüsitasyonu bir gereksinim olarak kabul görmez, doğumların önemli bir kısmı sağlık personeli denetimi olmaksızın gerçekeleşir ve doğumlara giren sağlık personelinin de yeterli resüsitasyon eğitimi yoktur.
6. Yenidoğanın rutin bakımı ve ısı kontrol gereksinimleri bilinmemektedir.
7. Yenidoğandaki hastalık işaretleri aileleri ve sağlık personeli tarafından yeterince fark edilememekte, hastalık durumlarındaki acil yaklaşımlar bilinmemektedir.
8. Ailelerin yenidoğanları için sağlık hizmeti talebi yetersizdir.
9. Perinatal sevk ve transport zinciri yoktur (Atasay ve Arsan, 2003).

1.2.2. Yenidoğan Sağlığı Göstergeleri

Son yıllarda sağlık sistemlerinin başarısı BÖH, beş yaşın altındaki çocuk ölüm hızı, anne ölüm hızı ve erişkin ölüm hızı gibi bilinen göstergeler yerine; sakatlığa uyarlanmış yaşam beklentisi (Disability adjusted life expectancy, DALE), sakatlığa uyarlanmış yaşam yılları (Disability adjusted life years, DALY's) ve sağlıklı yaşam beklentisi (Healthy life expectancy, HALE) gibi “yeni” göstergelerle değerlendirilmek istenmektedir. Ancak özellikle kaynakları sınırlı olan ÷lkeler için toplumun sağlığının değerlendirilmesinde kolay hesaplanabilen bir gösterge olarak BÖH önemini korumaktadır (WHO, 2003).

Yaşamın ilk yılında ölme olasılığı olarak tanımlanan bebek ölümlülüğu, toplumların sağlık düzeyinin ve sosyal refahını karşılaştırmada ilk bakılacak olan anahtar bir ölçüttür. Bir toplumun gelişmişlik düzeyi arttıka bebek ölüm hızı (BÖH)

düşmekte, gelişmişlik düzeyi azaldıkça artmaktadır. Dünya da her dört milyonu ilk ay içinde olmak üzere yedi milyon bebeğin bir yaşını doldurmadan öldüğü tahmin edilmektedir. Çocukluk dönemi ölümlülüğün büyük ölçüde azaltılmasına rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bebeklik dönemi mortalitesi halen yüksek seyretmektedir (Pala, 2010).

Beş yaş altı ölümlerin % 40'ı neonatal dönemde meydana gelmektedir. Dünyada bebeklik dönemi ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi ilk ay içinde, bunların üçte ikisi ilk haftada, ilk haftadaki ölümlerin üçte ikisi de ilk 24 saatte ortaya çıkmaktadır. Dünyada her bin gebelikten 30'unun ölü doğumla sonuçlandığı, her yıl yaklaşık dört milyon ölü doğum meydana geldiği tahmin edilmektedir. Ölü doğumların önlenmesi ile ilgili çalışmaların bebek ölümlerinin önlenmesi aktivitelerinin gerisinde kaldığı düşünülmektedir (Lawn ve Ark., 2004).

Türkiye de 2003 yılında yapılmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre neonatal ölüm hızı binde 17, postneonatal ölüm hızı binde 12, bebek ölüm hızı binde 29 olarak bulunmuştur. 2008 TNSA sonuçlarına göre neonatal ölüm hızı binde 13, postneonatal ölüm hızı binde 5, bebek ölüm hızı binde 18 olarak bulunmuştur. Kadınların %4'ünün ölü doğum yapmış olduğu ve her yüz gebelikten 1'inin ölü doğumla sonuçlandığı tespit edilmiştir (Okyay ve Ark.,2004).

Bir ülkenin gelişmişlik durumunun değerlendirilmesinde kullanılan en önemli sağlık göstergeleri;

Bebek ölüm hızı (BÖH),

Beş yaş altı çocuk ölüm hızı,

Yenidoğan ölüm hızı (YÖH) ve

Perinatal ölüm hızı (PÖH) dir (Aile Sağlığı Programı,1998).

BÖH, sadece çocuk sağlığının genel göstergesi olmayıp, aynı zamanda o ülkenin eğitim düzeyinin de göstergesidir. Türkiye de yenidoğan ölüm hızının bebek

ölüm hızları arasında ön plana çıktığı ve anneye ait sosyodemografik özelliklerin bebek ölüm hızlarını önemli derecede etkilediği görülmektedir. Bu durum anne ve yenidoğan sağlığının önemli bir göstergesi olan perinatal ölüm hızının değerlendirilmesini gerektirmektedir (Aslan ve Şenol, 2006).

1.2.3. Türkiye’de Bebek ve Çocuk Ölüm Ölçütleri ve Değişimi

Türkiye’de ölümlerin demografik özellikleri ve ölüm nedenlerine ait bilgiler il ve ilçe merkezlerinden elde edilmektedir. İl ve ilçe merkezlerinde sağlık kurumları ve belediyeler tarafından tutulan ölüm verileri her ay il sağlık müdürlükleri tarafından Devlet İstatistik Enstitüsü’ne yollanmaktadır. Türkiye’de il ve ilçe merkezlerinden toplanan ölüm bilgilerine göre “0 – 4” yaş grubu çocuk ölümlerinin tüm yaş grupları içindeki payı 2001 yılında %10,2’ dir. Türkiye’de Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda her iki canlı doğumdan birisinin bir yaşını doldurmadan ölümle sonlandığı bilinmektedir. Türkiye’de 1935 yılları için tahmin edilen bebek ölüm hızı binde 27,3’ dir. 1935- 2003 dönemi bebek ölüm hızında %89,5’lik bir azalma olduğu görülmektedir. 1935–50 döneminde bebek ölüm hızında azalma az olup, 1950 yıllarından itibaren artmaya başlamış ve 1985’den itibaren ise azalma boyutu daha da artmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 yılı sonuçlarına göre bebek ölüm hızı binde 29, TNSA 2008 sonuçlarına göre bebek ölüm hızı ise binde 18’ dir (TNSA, 2008).

Annenin öğrenim durumu bebek ölüm hızını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Öğrenimi olmayan anneler ile en az ilkokul mezunu olan annelerin bebeklerinin ölüm olasılıkları arasında büyük bir fark bulunmaktadır. 2003 yılında bebek ölüm hızı % 0,28 iken öğrenim kurumlarına hiç gitmeyen annelerin bebeklerinde ölüm hızı % 0,51, ilköğretim birinci kademedan mezun olan annelerin bebeklerinin ölüm hızı %0,25 ve ilköğretim ikinci kademe ve üzeri eğitimi olan annelerin bebeklerinde ölüm hızı binde 18’dir.

Tablo 1.2. Türkiye’de Annenin Bazı Özelliklerine Göre Yenidoğan, Yenidoğan Sonrası ve Bebek Ölüm Hızları (%0) (TNS, 2003)

Özellik	Yenidoğan Ölüm Hızı	Yenidoğan Sonrası Ölüm Hızı	Bebek Ölüm Hızı	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı
Annenin yaşı				
20’nin altı	20	27	47	60
20–29	20	16	35	42
30–39	25	15	40	50
40–49	11	15	26	79
Anne eğitimi				
Eğitimi yok	29	22	51	63
İlköğretim birinci kademe	14	11	25	33
İlköğretim ikinci kademe	15	3	18	24
Önceki doğum Aralığı				
<2 yıl	39	35	74	89
2yıl	23	16	38	49
3 yıl	14	12	25	34
4+ yıl	45	11	27	34
Toplam	17	12	29	37

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı da sağlık sisteminin durumunu yansıtabilecek temel sağlık göstergelerinin başlıcaları arasında ilk sırada BÖH’ü saymaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, Türkiye’de BÖH, 2003-2008 yılları arasındaki beş yıllık dönem için binde 17,6; 1998-2003 yılları arasındaki beş yıllık dönemde ise binde 28,7 olarak tahmin edilmiştir. Buna göre BÖH, 1998-2003 ile 2003-2008 yılları arasındaki beş yıllık dönemde yüzde 47 azalmıştır (TNS 2010).

Sağlık Bakanlığı bildirimlerine göre 1973 yılında 1000 canlı doğumda 123 olan BÖH, 2008 yılında 1000 canlı doğumda 17,6’ya inmiştir. Bu belirtilen dönemde

yüzde 80'i aşan bir azalma demektir ve 1980'lerin sonundan 2008'ye kadar olan azalma yüzde 70 civarındadır. Tablo 3' de de görüldüğü gibi Türkiye'de bebek ölüm hızı (BÖH; 1000 canlı doğumda 1 yaşından önce ölen çocuk sayısı) hızlı bir azalma göstermiştir.

Tablo 1.3. Bebek Ölüm Hızları, Türkiye 1973-2008

YIL	BÖH	YIL	BÖH
1973	123.0	1998	42.7
1975	112.0	2003	29.0
1977	102.0	2004	24.6
1979	96.0	2005	23.6
1983	95.3	2006	22.6
1988	77.7	2007	21.7
1993	52.6	2008	18.0

Annenin gebelik ve doğum sırasında sağlık hizmetlerinden yararlanması bebek ölüm hızını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Doğum öncesi bakım ya da doğum sırasında bakım alamayan annelerin bebek ölüm hızları bu hizmetten en az birisini alan annelere göre belirgin olarak daha yüksektir. Eğer anne hem gebelik hem de doğum sırasında sağlık hizmeti almış ise bebek ölüm hızı ülkenin ortalama bebek ölüm hızının çok daha altına inmektedir. Tüm bu faktörlerin yanı sıra annenin doğurganlık özellikleri bebek ölüm hızını etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Annenin sık doğum aralığı ve doğum sayısının artması da bebek ve çocuk ölüm hızlarının artışına neden olmaktadır. (Pala ve Ark., 2010)

Çocuklardan; erkek çocukların bebek ölüm hızları (binde 39) ve beş yaş altı ölüm hızları (binde 48 ve binde 45), kız çocukların (binde 36;binde 45)ölüm hızlarından daha yüksektir. Yenidoğan ölüm hızında ve yenidoğan sonrası ölüm

hızında aynı şekilde erkek bebekler (%0,22;%0,18) kız bebeklere (%0,20;%0,16) göre daha fazla ölmektedirler (Hancıoğlu ve Koç,2000; Güler ve Akın,2006).

1.3. Sağlıklı Çocuk Kavramı ve İzlemi

‘Sağlıklı çocuk’ hastalık belirtileri göstermeyen, aynı zamanda kronolojik yaşına uygun bir vücut büyümesi, fizyolojik olgunlaşma, ruh ve zeka gelişimi gösteren çocuk olarak tanımlanır. Sağlık durumlarının değerlendirilmesi daima değişik yaşlardaki normal çocukların anatomik ve fizyolojik özellikleri göz önünde tutularak yapılır. Çocuk organizmasını erişkinden ayıran en önemli özellik, sürekli bir büyüme, gelişme ve değişme süreci içinde olmasıdır. Çocukta sağlık durumunu bozan durumlar büyüme ve gelişme sürecini yavaşlatır, durdurur yada normalden saptırır (Bundak ve Ark., 2002).

Büyüme, vücut hacminin ve kütlesinin artması anlamına gelir. Gelişme (olgunlaşma) biyolojik işlevlerin kazanılmasını ifade eden bir terimdir. Daha komplekstir. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak vücut yapısında ve bileşiminde oluşan değişiklikler sonucu işlevlerin daha iyi yapılabilmesidir. Büyüme ve gelişme çocuğun temel sağlık göstergeleridir. Gelişmenin olabilmesi için fizik büyümenin olması gerekir. Bu iki süreci birbirinden ayırmak olanaksızdır (Bundak ve Ark., 2002; Özmert, 2003).

Yaşa göre büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi çocuk sağlığı taramalarının önemli bir ögesidir. Gelişmekte olan toplumlarda, beslenme yetersizliği, enfeksiyonlar ve diğer çevresel faktörler büyüme ve gelişme üzerinde olumsuz etki yapar. Olumsuz çevre koşullarının en fazla etkilediği kesim, büyümenin en hızlı ve dış etkenlere en duyarlı olduğu süt çocukluğu ve erken çocukluk dönemleridir. Bu yaşlarda karşılaşılan kötü beslenme sık enfeksiyonlar gibi olumsuz durumlar, geri dönüşsüz bozukluklarla sonuçlanabilir (Bundak ve Ark., 2002; Dağoğlu, 2002; Atabek ve Kurtoğlu, 2003).

Büyümenin Değerlendirilmesi

Büyümenin izlenmesi (Growth Monitoring) sağlıklı yaşam için çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp önleyici tedbirlerin alınması olarak tanımlanmaktadır (Okumuş ve Selçukbiricik, 2002).

Çocukta sağlık durumunu bozan durumlar büyüme sürecini etkiler. Bu nedenle herçocuğun doğumdan itibaren büyümesinin izlenip değerlendirilmesi gerekir. Yenidoğan döneminin ilk 15 gününde özellikle ağırlık artışı sık aralarla (en az haftada bir kez) değerlendirilir. Birinci aydan itibaren 6.aya kadar ayda bir, 6.aydan iki yaşına kadar üç ayda bir, 2 yaşından 6 yaşına kadar altı ayda bir ve 6 yaşından başlayarak da erişkin döneme kadar yılda bir her çocuğun büyüme ve gelişme yönünden değerlendirilmesi uygundur (Bundak ve Ark., 2002).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nca uygulanan izlem sıklığı; bölgesel önceliklere, personel sayısına, anne eğitimine göre değişmekle birlikte; doğumdan sonraki ilk 48 saat, 15. ve 41. gün, 2.,3.,4.,6.,9.,12. aylar ve 1-3 yaş arasında 6 ayda bir, 4-6 yaşlar arasında yılda bir izlemeyi öngörmektedir (Etiler ve Velipaşaoğlu, 2004).

Büyümenin izlenmesi ile;

- Çocuğun büyüme durumunun izlenmesi,
- Risklerin saptanması, büyümesi duraklayan, gerileyen ve hasta olan çocukların erken dönemde fark edilip kalıcı etkiler yapmadan önlenmesi,
- Sağlık hizmetlerinin, beslenme ve sağlığın geliştirilmesine ilişkin yürütülen danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin değerlendirilmesi,
- Annelere bebeklerinin beslenmesi, anne sütünün devamı ek besinlere uygun yaş ve besinlerle başlanması konularında eğitim verilmesi sağlanır (Pekcan, 2000; Köksal, 2004).

Bu izlemlerin annenin bebek bakımı ve beslenmesi üzerine önemli etkisi vardır. Sağlık Bakanlığı'nın bir yayınına göre bebek başına ortalama izlem sayısı

Türkiye geneli için 3.24 iken Güneydoğu Anadolu'da bu 1.05' e düşmektedir. Bir sağlık ocağının 0-11 aylık bebek izlemlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmada, bebeklerin sadece % 4'ünün bu dönemde en az altı defa izlendiği, en çok izlemin 0-2 aylarda yapıldığı, çocuğun büyümesinde duraklama ve gerilemenin görüldüğü halde müdahalenin çocuk izlem formlarının % 60.0'na işlenmediği belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada, 11 sokak randomize olarak seçilerek incelendiğinde, 0-11 aylık bebeklerin sağlık ocağında kayıtlarının olma durumuna bakılmış ve % 83.7'sinin ebeler tarafından ziyaret edilmediği, % 50.9'unun ocakta kaydının olmadığı belirlenmiştir (Özcebece ve Ark., 2003). Bu durum bize ülkemizde büyüme ve gelişme izlemlerinde sıkıntıların olduğunu göstermektedir.

Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan başlıca ölçütler şunlardır:

- Vücut ağırlığı ve ağırlık artış hızı,
- Boy uzunluğu ve boy uzama hızı,
- Baş çevresi ve baş çevresinde artma hızı,
- Vücut bölümlerinin birbirine oranları (Bundak ve Ark., 2002).

Vücut ağırlığı ve ağırlık artış hızı: Gestasyon yaşını tamamlayarak miadında doğan bir bebeğin vücut ağırlığı ırksal ve bölgesel farklılıklara göre değişir. Amerika Birleşik Devletleri'nde beyaz ırkta doğum tartısı erkek çocuklarda 3.27 kg, kız çocuklarda 3.23 kg (ortalama 2.5- 4.6 kg), ülkemizde Marmara Bölgesi'nde kız ve erkek çocuklarda ortalama 3.3 kg olarak bildirilmiştir. Orta Anadolu bölgesinde de benzer sonuçlar bulunmuştur (Bundak ve Ark., 2002).

İri annelerin çocukları, ufak annelerin çocuklarına göre doğumda daha iri doğmakta, genellikle 2. ve 3. çocukların doğum tartısı, ilk çocuktan fazla olmaktadır (Bundak ve Ark., 2002).

Doğumdan sonraki ilk 3-4 gün içinde fizyolojik ağırlık kaybı denilen ve genellikle çocuğun ağırlığının % 5-6'sı kadar olan bir ağırlık azalması olur. Bu ilk günlerden sonra sağlıklı bir süt çocuğunun vücut ağırlığı düzenli olarak artar. İlk 6

ayda sağlıklı bir çocuk günde 20-30 gr (veya haftada 150-250 gr) alır. 12-24 ay arası sağlıklı bir çocuk ortalama haftada 50 gr kadar alır. Kabaca 5.ayda çocuk doğum ağırlığının iki katı, 12. ayda üç katı, 24. ayda dört katı olur (Bundak ve Ark., 2002; Mc Carthy, 2004).

Boy uzunluğu ve boy uzama hızı: Boy uzunluğu ilk 2-3 yasta sırt üstü yatar pozisyonda bir kenarında bir mezür ve çocuğun ayaklarına uygulanan hareketli bir bölümü olan özel bir boy ölçüm masasında ölçülür. Miadında yenidoğanın ortalama boy uzunluğu 50 cm kadardır. Çocuk ilk 6 aylık dönem içinde ayda yaklaşık 2.5 cm uzarken, 6-12 aylar arasında boy uzaması biraz yavaşlayarak ayda yaklaşık 1.25 cm uzamaktadır (Bundak ve Ark., 2002; Evliyaoğlu, 2007).

Persantil eğriler: Pediatriye normal dağılımı gösteren ve daha yaygın kullanılan bir yöntem, ölçümlerin persantil eğrileri olarak gösterilmesidir. Persantil değerler en doğru olarak izlemeli yöntem ile elde edilmiş ölçümlerden hesaplanır ve zaman eğrileri (yaşa göre kg veya cm olarak) ile hız eğrileri (zaman birimine göre artış) olarak belirtilir. Çocuğun ölçümleri normal eğriler üzerine işaretlenerek normal sınırlar içinde olup olmadığı ve hangi persantil gruba uyduğu saptanır (Bundak ve Ark., 2002; Evliyaoğlu, 2007).

Doğumdan sonra vücut ağırlığının değerlendirilmesi yaşa ve boya göre yapılmaktadır.

Yaşa göre ağırlık: Bu ölçüt çocuğun aynı cinsiyetteki yasıtlarına göre durumunu değerlendirmede kullanılmaktadır (Etiler ve Velipaşaoğlu, 2004). Ayrıca bu ölçüt hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi değerlendirmektedir ve genel olarak beslenme durumunun uzun dönemli değerlendirmesini yapmak için kullanılır (Köksal, 2004). Büyüme eğrilerinde alt çizgi 3.persentile denk gelir ve bu çizginin altında kalan çocuklar 'düşük kilolu' olarak adlandırılır. Malnütrisyon sınırı 3. persentil olsa bile 10 persentilin altındaki tüm çocuklar risk altında kabul edilmektedir (Etiler ve Velipaşaoğlu, 2004). Yaşa göre ağırlığın 97. persantil değeri üstünde olması durumunda obeziteden bahsedilir. Bu durum sıklıkla puberte çağında

aşırı yemek yemeye bağlı olabildiği gibi bazı organik ve psikolojik bir nedene de bağlı olabilir (Babaoğlu ve Hatun, 2002; Sothern ve Gordon, 2003).

Boya göre ağırlık: Boya göre ağırlığın 3.persentilin altında olması ‘zayıflık’ olarak adlandırılır ve çocuğun akut olarak beslenme yetersizliği yaşadığını gösterir. Çocuğun enfeksiyon hastalığı gibi bir durum yüzünden yakın zaman önce beslenmesinin bozulması sonucu boya göre ağırlığında düşme olur. Bir toplumda deprem savaş gibi olağandışı durumlarda, kıtlık zamanlarında ve enfeksiyon hastalıklarının (özellikle ishallerin) fazla olduğu dönemlerde zayıflık sıklığında artış gözlenir (Etiler ve Velipaşaoğlu, 2004).

Yaşa göre boy: Boy uzunluğu da ‘yaşa göre boy’ ölçütü ile değerlendirilmekte ve 3.persentilin altında kalan çocuk kısa boylu ‘bodur’ olarak tanımlanmaktadır. Bir çocuğun yaşıtlarına göre bodur olarak ölçülmesi, sık geçirilen enfeksiyonları ve geçmişte yaşanmış bir malnütrisyonu ifade etmektedir. Bodurluk sıklığı 3. aydan itibaren artarak üç yaş dolayında yavaşça düşmeye başlamaktadır. Sosyoekonomik koşulların ve çevrenin kötü olduğu toplumlarda bodurluk sıklığı fazladır (Etiler ve Velipaşaoğlu, 2004).

Kronik yetersiz beslenmenin en önemli bulgusunun boy kısalığı olduğu bildirilmektedir. Aileler çocuklarının boylarının yaşıtlarına kıyasla kısa kaldığını ancak bir yaşından sonra fark edebilirler. Bu nedenle özellikle süt çocukluğu döneminde çocuğun büyüme gelişmesini değerlendirmede ve boy kısalığının erken tanı ve tedavisine başlamada boy uzunluğunu belirli aralarla ölçmek çok önemlidir (Pekcan, 2000; Köksal, 2004).

Ülkemizde TNSA 2004 verilerine göre beş yaşın altındaki her 8 çocuktan birinin bodur, % 4’ünün de düşük kilolu olduğu tespit edilmistir. Van ilinde yapılan bir çalışmada ise, 0-59 aylık çocuklarda malnütrisyon görülme sıklığı incelendiğinde, % 4.8’inin zayıf, % 9.4’ ünün düşük kilolu ve boy kısalığı prevelansının % 23.4 olduğu belirlenmiştir (Aslan ve Ark., 2004).

1.4. Çocukluk Dönemleri

Çocuklarda anatomik ve fizyolojik özellikler yaşa göre farklılıklar gösterir. Bu nedenle çocukluk çağı dönemlere ayrılır. Bu ayırım, çocuklara yönelik sağlık hizmeti sunumunda ve değişik yaşlardaki çocukların klinik değerlendirilmesinde, ayrıca bakım eğitim gibi etkinliklerin düzenlenmesinde yol göstericidir. Aşağıda çocukluk dönemleri gösterilmektedir (Bundak ve Ark., 2002).

Doğum öncesi (gestasyonel, antenatal, prenatal veya intrauterin) dönem

Embriyo (0-8 hafta)

Fetüs (9 hafta- doğum)

Doğum sonrası (postnatal dönem)

Yenidoğan (neonatal) (0-4 hafta)

Süt çocuğu (1 -12 ay)

Oyun çocuğu (1-3 yaş)

Okul öncesi çocuğu (4-5 yaş)

Okul çocuğu (Kız: 6-10 yaş, erkek: 6-12 yaş)

Ergen (Kız: 10-16 yaş, erkek: 12-18 yaş) (Bundak ve ark., 2002).

Çocuk sağlığını gözden geçirdiğimiz zaman çocukluk dönemleri içinde yenidoğan ve süt çocukluğu döneminin çok özel bir yerinin olduğunu görürüz. Aşağıda bu dönemlerin özellikleri ele alınmıştır.

Yenidoğan ve Süt Çocukluğu Dönemi: Yenidoğan dönemi doğumdan sonraki ilk 4 hafta olarak tanımlanır. Yenidoğan çocuk, yaşamını sürdürebilmek için çok yönlü uyum yapmak zorundadır. İntrauterin ortamda vücut ısısı, oksijen gereksinimi ve birçok metabolik fonksiyonları ile beslenmesi anne tarafından sağlanan, enfeksiyonlardan ve çeşitli dış etkilere korunmuş olarak yaşamını sürdüren fetüs, doğumdan sonra kendi işlevlerini (solunum, dolaşım, sindirim, ısı düzeni vb) kendisi yapmaya başlayacaktır. Dış hayata uyum ile zorluklara en fazla doğum sürecinde ve ilk hafta sonuna kadar olan sürede rastlanır (Bundak ve Ark., 2002).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılı tahminlerine göre yenidoğan ölümlerinin % 32'si, tetanoz, sepsis, pnömoni ve ishal gibi enfeksiyonlar, % 29'u doğum asfiksisi ve doğum travmaları, % 24'ü prematüriteye ait komplikasyonlar nedeniyle meydana gelmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde yenidoğan ölümlerinin bir başka temel nedeni de annelerin özellikle gebelik, doğum ve erken lohusalık dönemlerindeki sağlıksızlığı olarak belirtilmektedir (Arsan, 2002).

Gebelerin, gebeliğin başından itibaren izlenmesi, gereken tanı yöntemlerinin uygulanması, doğumların sağlık kurumlarında ve sağlık personeli tarafından yaptırılması, doğumdan sonra anne ve bebeğin uzmanlarca muayene edilmesi yakın izlem altına alınması ile bu dönemler iyi bir şekilde geçirilebilir (Bundak ve Ark., 2002).

Doğumdan sonraki 1-12 ay arasındaki süreç süt çocukluğu dönemi olarak tanımlanmaktadır. Süt çocukluğu döneminde vücut büyümesi ve gelişme hızla devam eder. Bu dönemde sinir sistemi önemli gelişme gösterir. Beyinde kıvrımlar artar, sinir hücrelerinin sayısı fazlasır, miyelinleşme ilerler. Çocuğun istemli hareketler yapma, anlama, etrafla ilgilenme, istediklerini belirtme yetenekleri gelişir (Bundak ve Ark., 2002). Anne ne kadar ilgili ve bilgili ise bu dönem de o kadar iyi geçer.

1.5. Yenidoğan Dönemi ve Özellikleri

Bebeklik Dönemi: Bebeklik dönemi, doğumdan sonraki 365 günü kapsayan dönemdir. İlk 28 günlük dönem yenidoğan dönemi olarak tanımlanmaktadır. Yenidoğan dönemi, annenin gebelik dönemi, doğum olayı ve yenidoğan bakım koşullarından çok etkilenir. Bu dönemde gebede meydana gelen fizyolojik ve yapısal sorunlar yenidoğanı oldukça etkilemektedir. Yenidoğan döneminin doğumdan

sonraki ilk fizyolojik bir haftalık dönemi (0–7 günlük) annenin sağlığı ve doğum koşullarından daha sonraki haftalara göre daha fazla etkilenen bir dönem olduğu için ‘Erken Yenidoğan Dönemi’ olarak tanımlanır. ‘Geç Yenidoğan Dönemi’ olarak tanımlanan dönem ise 8–28 günlük dönemi içerir. Yenidoğan sonrası dönem olarak tanımlanan dönem ise 29–365 günlük dönemi kapsar. Bebeklik dönemi gebelik haftası ve doğum ağırlığına göre sınıflandırılarak adlandırılır.

Perinatal Dönem: Hamileliğin tamamlanmış 22. haftasında başlayan ve doğum sonrası 7 gün içinde sona eren süreçtir.

Erken Yenidoğan Dönemi: Yenidoğan döneminin doğumdan sonraki ilk fizyolojik bir haftalık bölümü (0–7 günlük) ‘Erken Yenidoğan Dönemi’ olarak tanımlanır.

Geç Yenidoğan Dönemi: 8- 28 günlük dönem ‘Geç Yenidoğan Dönem’ olarak tanımlanır.

Toplam Neonatal (yenidoğan) Dönem: Doğumda başlar ve doğumdan sonra 28 gün tamamlandığında sonlanır. Yenidoğan dönemi insan yaşamının en hassas ve dinamik dönemidir (Güner,2009).

Bebekler gebelik yaşına ve doğum ağırlıklarına göre de sınıflandırılır.

Gebelik yaşına göre;

- **Preterm Bebek:** 37 hafta+6 günden önce doğan bebeklere denir.
- **Term (miadında) Yenidoğan:** 38 – 42 haftalar arasında doğan bebeklere denir.
- **Postterm Bebek:** 42 tamamlanmış haftadan sonra doğan bebeklere denir.

Gebelik yaşı ile doğum ağırlığının durumuna göre;

- **Appropriate For Gestational Age (AGA)=** Doğum ağırlığı gebelik haftasına göre 10. ve 90. percentilin altında olan bebeklerdir.
- **Small for Gestational Age (SGA)=** Doğum ağırlığı gebelik haftasına göre 10. percentilin altında olan bebeklerdir
- **Large For Gestational Age (LGA)=** Doğum ağırlığı gebelik haftasına göre 90.percentilin üstünde olan bebeklerdir.

Doğum ağırlığına göre;

- **Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (LBW)**= Doğum ağırlığı 2500 gr altında olan bebekler.
- **Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (VLBW)**= Doğum ağırlığı 1500 gr altında olan bebekler.
- **Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (ELBW)**= Doğum ağırlığı 1000 gr altında olan bebekler (Güner, 2009).

Yenidoğanın ekstrauterin hayata uyumu yaşamın ilk 1 ve 5. dakikasında solunum, dolaşım, renk, kas tonüsü ve reflekslerin değerlendirilmesini kapsayan Apgar Skoru ile yapılmaktadır. Ayrıca bebeğin dış dünyaya uyum sağlayabilmesi ve sonraki yaşamının sağlıklı olabilmesi için; uygun oda sıcaklığı, ilk yarım saat içinde anneyi emmesi, enfeksiyonlardan korunması, solunum ve dolaşım gereksiniminin sağlanması ile yakından ilişkilidir (Arsan ve Atasay, 2004; Satar, 2005; Yiğit, 2005).

Bu dönemde yenidoğanın bakım gereksinimleri; vücut ısısının korunması, solunumunun sağlanması, yenidoğan distressinin erken tanımlanması, kanamanın önlenmesi (K vitamini uygulama), enfeksiyonun önlenmesi, göz bakımı, göbek bakımı, perine bakımı, bebeğin banyosu, bebeğin giyimi, ebeveyn-yenidoğan ilişkisinin kurulması, yenidoğanın kimliğinin belirlenmesi, beslenmenin sağlanması, ebeveynlerin eğitim gereksinimlerinin karşılanması gibi aktiviteleri içermektedir (Arsan ve Atasay, 2004; Çavuşoğlu, 2004; Bebiş, 2005; Perk, 2005).

Yenidoğanın kan basıncı 50/30-80/50 mmHg dır. Kalp atımı 110-160/dk, derin uykuda 80-90/dk ve ağlarken bu değer yükselir. Yenidoğan karın solunumu yapar ve solunum sayısı dakikada 40-60 arasındadır (Görak, 2002; Kliegman, 2002; Arsan ve Atasay, 2004; Yiğit, 2005).

Zamanında doğmuş yenidoğanın boy uzunluğu 50 santimetre, sınır değerleri 42-54 santimetredir. Yenidoğanın baş çevresi 33–37 santimetre ortalama 35 santimetre olup, sıklıkla göğüs çevresinden 2 santimetre den daha büyüktür. Yenidoğanın göğüs çevresi ortalama 33 santimetre'dir (Görak, 2002; Arsan ve Atasay, 2004; Yiğit, 2005).

Zamanında doğmuş bebeğin doğum ağırlığı 3,3–3,5 kg (alt-üst sınırları 2,5-4,4 kg) dir. Her sağlıklı yenidoğan doğumu izleyen ilk 5. gün içinde doğum ağırlığının günde ortalama %2.0'sini, 5. günün sonunda %10.0'nu kaybeder. Buna fizyolojik kayıp denir. İkinci 5. günde ise her gün ortalama %22'lik bir artışla, 10. günde doğum ağırlığına yeniden ulaşır. Onuncu günden sonra sağlıklı bir yenidoğanın vücut tartısı günde ortalama 10-15 gr/kg artar. Bebekler bir aylıkken ortalama 4–4,3 kg'dir (Arsan ve Atasay, 2004; Yiğit, 2005).

Yenidoğanın ilk dışkısı koyu yeşil-siyah renkte, macun kıvamında ve yapışkan olup mekonyum olarak adlandırılır. Normalde yenidoğan bebeğin ilk dışkısı sı halinde barsak pasajı ile ilgili bir bozukluk düşünülür. Bebeğin ilk ayında dışkı saydoğumdan sonraki ilk 8 ile 24 saat arasında görülür ve 48 saate kadar dışkısını yapmaması fazladır (günde 6-8 kez). Anne sütü ile beslenen bebeklerin dışkıları daha yumuşaktır. Dışkı ilk günler siyah-yeşilimsi, 3-5 gün sonra altın sarısı (hardal rengi de denir) rengine döner. Bir iki ay sonra bebek 2-3 günde bir de dışkılayabilir, bu normaldir. Mama ile beslenen bebeklerin dışkıları daha kıvamlı ve sıklığı daha azdır. Bu bebeklerde kabızlık da görülebilir (Samancı, 2000; Taşkın, 2000; Arsan ve Atasay, 2004; Bebiş, 2005; Taneli, 2005).

Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde yenidoğanın idrarını yapması beklenir. Genellikle bebekler doğar doğmaz idrarlarını yaparlar. Ancak ilk 24 saat anne sütü ile beslenen ve yeterli sıvı alamayan yenidoğanın idrar yapımı 12-24 saat gecikebilir. İlk 24 saatten sonra idrar yapamayan bebekte üretral stenoz, böbrek ya da üreterlerin yokluğu gibi anomaliler düşünülür. Bebeğin günde en az 6-8 kez idrar yapması gerekir. Yeterli beslenen bebekler 2. günden sonra 40-60 ml/kg/gün idrar çıkarırlar

(Samancı, 2000; Taşkın, 2003; Arsan ve Atasay, 2004; Çavuşoğlu, 2004; Bebiş, 2005).

Yenidoğan dönemi, çok özel bir dönemdir. Bu dönemde yenidoğanın hayatını tehdit eden dört önemli sorun vardır. Bunlar; konjenital anomaliler (%2.06), düşük doğum ağırlığı (%9), enfeksiyonlar ve doğum travmalarıdır. Bu sorunlar gebelerin, gebeliğin başlangıcından itibaren izlenmesi, gereken tanı yöntemlerinin uygulanması ve laboratuvar teknikleri ile en alt düzeye indirilebilir. Ayrıca doğumların, doğum kliniklerinde ve ehil ellerde ve uzmanlarca yapılmasının büyük katkısı olabilir (Turan ve Bolışık, 2003).

Gelişmiş ülkeler, yukarıda belirtilen yaklaşımlarla bu sorunları tamamen çözmüştür. Bunların dışında bu dönemde karşılaşılan sarılık, morarma, konvülsiyon, kanama, laterji gibi bulgularında göz ardı edilmemesi gereklidir. Bu belirtilerinin her birinin altında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken birçok neden olabilir. Örneğin morarmanın (siyanoz) beyindeki kanamalardan mı, solunum yolu hastalıklarından mı, doğuştan bir kalp hastalığından mı, diyafragma hernisinden mi, methemoglobinemiden mi vb. meydana geldiğinin incelenmesinin gerektiği (Bauer, 2008).

Bu konularda bebeğe gerekli yardımı yapabilmek için bebek doğar doğmaz ya da yaşamın ilk saatlerinde olanak varsa bir çocuk uzmanı, bir hekim ya da bir sağlık personeli tarafından muayene edilmeli; çocuğun sağlık durumu hakkında bir tanıya varılmalıdır. Bu dönemin ilerleyen günlerinde kusma, ishal, ateş, meme emmeme, pamukçuk, el ve ya kolların hareket etmemesi, kaka yapamama gibi görülebilecek problemlerin ve nedenlerin araştırılması gereklidir (Kliegman, 2002).

Yukarıda belirtildiği gibi, doğumların klinikte uzmanlarca yaptırılması, doğumdan sonra anne ve bebeğin muayene edilmesi yakın izleme altına alınması ile bu dönem iyi bir şekilde geçirilebilir.

1.6. Yenidoğan Refleksleri

Moro Refleksi: Bu refleks bebeğe çeşitli uyarılar verilerek ortaya çıkarılabilir. Yenidoğan sırt üstü pozisyonda yatırılır. Her iki taraftan yavaşça çekilerek omuzları yukarı kaldırılır ve kollar aniden bırakılarak bebeğin tepkisi gözlenir. Gövdede ekstansiyon, kollarda ekstansiyon ve abdüksiyon, bunu izleyerek adduksiyon ve fleksiyon olur (Edwards ve Sarwark, 2005).

Yaşamın ilk 8 haftasında çok güçlü olan bu refleks, 3–4. aylarda kaybolur (Çavuşoğlu,2002). Moro refleksi 28 gestasyonel haftasında belli belirsiz alınabilir.32. haftada yanıt, normal yenidoğan düzeyine ulaşır. Minimal uyarı ile veya spontan olarak moro reaksiyonu gözlenmesi ağır bilateral beyin lezyonu işaretidir. Brakiyal pleksus zedelenmelerinde Moro refleksi tek taraflı alınmayabilir.

Emme Refleksi: Emme refleksi, dudaklara dokunmakla emme hareketinin başlamasıdır. 32 – 34. gebelik haftalarında bebek bu hareketleri düzenleyecek olgunluğa erişmiştir. Bu yaşta arama refleksi (yanağa dokunmakla başın uyarılan tarafa dönmesi ve emme hareketinin başlaması) de alınabilir. Emme refleksi uyanık durumda 4. aya, uykuda 7. aya kadar devam eder.

Yakalama Refleksi: El ayalarını ve ayak tabanlarını hafifçe sıvazlamakla parmaklarda fleksiyon oluşmasıdır. 28. gestasyon haftasında yakalama başlar, 36 haftalık veya daha büyük bebek muayene eden kişinin ellerini sıkıca kavrar ve ellerinden tutularak gövdesi öne doğru kaldırılabilir. İstemli yakalamanın başlamasıyla, iki aydan sonra bu refleks elde kaybolur. Ayakta yakalama refleksi 10. aya kadar devam eder (Güner, 2009).

Babinski Refleksi: Bu refleks, sert bir obje ile ayak tabanının lateraline, topuktan küçük parmağa ya da ayak başparmağına doğru çapraz bir çizgi çizilmesi ile uyarılır. Tepki olarak, ayak başparmağı dorsafleksiyona gelir ve diğer parmaklar yelpaze gibi açılır. Babinski refleksi 3. ayda kaybolur. Ancak çocuk yürüyüceye kadar da devam edebilir (Çavuşoğlu, 2004).

Basma ve Otomatik Yürüme: Bebek sırtı muayene eden kişiye gelmek üzere dik duruma getirilir. Bir bacak elle sabit tutulur. Diğer ayağın sırtı muayene masasının kenarına temas ettirildiğinde bacakta fleksiyon görülür. Bunu izleyerek ayak düz bir yüzeye temas ettirilirse o bacak ekstansiyon pozisyonuna, diğeri fleksiyona geçer.

Hipotonik infant: Kelime anlamı kas tonüsünün azalmasıdır. Hipotoni kuvvet kaybı değildir. Ancak, genellikle kuvvet kaybı ile birlikte dir.

Hipotonik Bebek Görünümü: Bilekleri, dizleri ve kalça eklemleri gevşek bir şekilde ekstansiyon pozisyonundadır. Baş kontrolleri zayıf veya yoktur. Hipotonik bebekler ters U şeklinde baş, kollar, eller ve bacaklar aşağıya doğru gevşek bir pozisyondadırlar. Uyarılar karşısında kasılma cevabı hem çok yavaş olur ve hem de normal adelenin süresinden daha kısa sürer (Güner,2009).

1.7. Yenidoğan Bakımı

İlk 24 saatten sonraki bakımda amaç bebeğın dış ortama uyum sağlama durumunu, hastalık belirti ve bulgularının varlığını değerlendirmek, bebek bakımında anneyi desteklemek ve cesaret vermek, loğusa izlemi ve aile planlaması yönünden danışmanlık yapmaktır.

Çocuk sağlığı ile ilgili kaygılar çocuk yapmaya karar verildiği anda başlar. Bu andan itibaren ebeveynlerin, ebeveynlik için hazır oluşlukları ve sağlık durumlarını en üst seviyeye yükseltmek için çaba sarf etmeleri çocuğın sağlıklı gelişimi için önemlidir. Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri olan doğum öncesi bakım hizmeti, koruyucu ve sağlığı geliştirici bir hizmettir. Sağlığı geliştirme bireyin iyilik halini sürdüren ve artıran kaynakları geliştirmek için kişiye yardım eden aktiviteler olarak tanımlanır (Taşkın, 2003; Lowdermilk ve Perry, 2003).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemin anne ve bebek açısından sağlıklı geçirilebilmesi için değişik zamanlarda ve konularda çeşitli eğitim ve danışmanlık programları sunulmaktadır. Bu programlarda geç prenatal sınıflar gebeliğin 3. Trimestirinde başlar ve bebek bekleyen ebeveynlere doğum, bebek bakımı ve bebek beslenmesi konularında eğitim verilir (Zwelling, 1996).

Eğitim programı geliştirmek sağlık bakımı verilmesinin önemli bir unsurudur. Çocuk ve aile eğitimi, planlama ve uygulama, çocuk ve aile odaklı profesyonel eğitim materyalleri geliştirilmesini içerir.

Böyle bir program uygulandığında,

- Taburculukta hasta ve ailelerine verilen bilgi, evde ve son poliklinik ziyaretlerinde tekrar gözden geçirilebilir.
- Eğitim kontrol listesi kullanılması da, hasta ve ailelerine verilen bilgiler de tutarlılık ve güvenilirlik sağlar (Ertem, 2003).

Osrin'in yapmış olduğu araştırmada kadınların %64'ü doğumdan hemen yarım saat sonra bebeğini kundakladığını ve %92'si de doğumdan bir saat sonra bebegine banyo yaptırdığı belirtilmiştir. Bebeklerin %99'unun doğumu takiben altı saat içinde göğsü aldığı ve bu bebeklerin %91'inin de beslendiği belirtilmiştir. Çalışmasında anksiyetenin prelaktasyona engel olmadığı ve annelerin kolostrum pratikleri üzerine çalışılması gerektiğini belirtmiştir(Osrin, 2002).

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü (ÇSE) tarafından yapılan bir araştırmada yeni doğum yapmış annelerin bebek beslenmesi, bebek bakımı, anne sağlığı ve aile planlaması konularında daha çok desteğe gereksinimi olduğu ve bu desteğin gebelik döneminden başlayarak ailenin tümüne verilmesinin görülmüştür. Aynı zamanda bu çalışmada kadınların çoğunluğu doğum öncesi bakım aldığını belirtmiş ancak doğum sonrası ile ilgili bilgilendirilmemiş ve yönlendirilmemiş oldukları da belirtilmiştir. Yine 1995 de İstanbul Çocuk Sağlığı Enstitüsü (ÇSE) tarafından yapılan bir araştırmada doğum öncesi yapılan eğitimin doğum sonrasında

ki davranışları olumlu etkilediği ve baba adaylarının da bilgilenme konusunda istekli oldukları da belirtilmiştir (Gökdemirel ve Yusuf, 2003).

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimi olumsuz etkileyecek sorunların sağlık sistemi ve diğer sistemler içinde çözümlenemediği belirtilmiştir. Hızlı çözüm bekleyen sorunlardan bazılarını sıralarken aileyi gebelik öncesinde bebeğe hazırlayan hizmetlerin yetersiz olmasını, gebenin izleminde bebeğin ve ailenin gelişiminin, babanın geniş ailenin doğuma katkılarının yeterince önemsenmemesi, ailelerin bebeklik ve erken çocukluk döneminin sağlıklı gelişimi konusunda danışabilecekleri bu konuda güncel kuramlar ile donanmış ve deneyimli uzmanların sayısının az olması ve her ailenin bu hizmetlere ulaşamaması gibi sorunları başta belirtmiştir. Aynı zamanda ailenin sağladığı koşulların temel kaynağı “annelik babalık donanımı” olarak tanımlamıştır. Anne ve babalar hamilelik öncesinde ve hamilelik sırasında bebeklerini hayatta tutma, onu koruyabilme, ona bakma, onu sevmeye, onu topluma hazırlayabilme kaygısı ile donanmış olmaları gerektiğini belirtmiştir (Ertem, 2003).

1.7.1.Yenidoğanın Odası

Çevre ısısındaki değişiklikler yenidoğan açısından çok önemlidir. Zamanında doğmuş sağlıklı bebekler dahil tüm yenidoğanlar çevre ısısı değişikliklerinden çabuk etkilenirler. Bu nedenle yenidoğan odası genellikle 22-24 C sıcaklıkta olmalıdır. Bazı kaynaklarda yenidoğan oda sıcaklığının 24-26 C olacağı belirtilmektedir. Gürültü ve sestenden uzak; güneş gören, ısınma ve nem durumu uygun olan bir oda olmalıdır. Oda günde en az bir kez havalandırılmalı ve temiz tutulmalıdır (Yıldız, 2002; Bebiş, 2005; Perk, 2005; Taneli, 2005).

Bebek soba, kalorifer gibi ısı kaynaklarına çok yakın yatırılmamalı; ayrıca cereyanlı ortamda bırakılmamalı ve giysileri oda sıcaklığına göre ayarlanmalıdır. Aşırı ısınma, beslenme isteksizliği ve uyku haline neden olur. Bebeğin vücut ısısının

yükselip ya da düştüğünü gösteren belirti ve bulgular gözlenmeli ve oda ısısı yenidoğanın vücut ısısına göre ayarlanmalıdır (Perk, 2004; Bebiş, 2005; Taneli, 2005).

Bu konuda değişik görüşler olmakla birlikte genellikle ilk 1-2 aydan itibaren bebeğin anne ve babasından ayrı bir odasının olmasının uygun olduğu düşünülmektedir. Bebeğin odası her an (gece-gündüz) izlenebileceği, sesinin duyulabileceği ve gerektiğinde hemen ulaşılabilecek yakınlıkta olmalıdır. Bebek odasında gece sık sık kontrol edilirken, rahatsız etmemek için gece lambası ve oda sıcaklığını ölçmek için bir termometre olmalıdır. Bebeğin bulunduğu ortamda sigara içilmemelidir (Taneli, 2005; Yıldız, 2002).

1.7.2. Deri Bakımı

Yenidoğanlarda deri ince olduğundan kolayca zedelenebilir. Derisinin kirli kalması nedeniyle pişikler, deri enfeksiyonları daha çok gelişir. Çok sıcak ortamda kalan veya çok giydirilen bebeklerde isilik olabilir.

Yenidoğanlarda deri bütünlüğünü korumak için derinin temiz tutulması çok önemlidir. Vücudu, özellikle kıvrım yerleri bebe yağı ile yağlanır. Yenidoğan döneminde pudra kullanılmaz. İç çamaşırları her gün değiştirilmelidir. Sağlıklı ve prematüre ve düşük doğum tartılı yenidoğanlara da soğuktan korunmaya özen gösterilerek silme banyo yaptırılır. Bu bebeklerde deri temizliği çok önemlidir (Tatlı ve Güler, 2002).

1.7.3. Ağız Bakımı

Dil ve ağız mukozası normal görünümde olan yenidoğan bebekte ağız bakımına gerek yoktur. Sadece annenin emzirmeden önce meme ucunu kaynamış ılık su ile

temizlemesi yeterlidir. Bebeğin ağız mukozası pamukçuk (moniliazis) yönünden gözlenmelidir. Çok yaygın değilse emme gücü yaratmaz. Tedavisinde birkaç gün süreyle nistatin (mukostatin) 100.000 Ü/güde 3–4 kez ağıza damlatılır (Dağoğlu ve Görak,2002).

Oral kavitede beyaz ya da gri-beyaz renkli plaklar vardır. Bu plaklar kaldırıldığında alttaki mukoza parlak kırmızı renktedir ve kanayabilir. Tedavide topikal olarak antifungal ilaçlar kullanılır. Kandida'ya karşı etkili olan ni statin ya da yüzde 1'lik geniton violet solüsyonu bir hafta boyunca günde dört kez oral lezyonlar üzerine uygulanır. Moniliazisi olan bebekler, oral kavitedeki ağrı nedeniyle emmek istemezler. Etkili tedavi ile birkaç gün iyileşme sağlanabilir. Enfeksiyonun tekrarlamasını önlemek için, biberonun ve emziğin dikkatli yıkanması ve el hijyenine dikkat edilmesi gerekir (Çavuşoğlu,2002; Goins ve Ark.,2002).

1.7.4.Göz, Burun, Kulak Bakımı

Yenidoğanın gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakım gerekmez. Çapaklanma varsa kaynatılmış, ılık suda ısıtılmış steril gazlı bir tampon ile fazla bastırılmadan içten dışa doğru silinir. Her göz için başka bir tampon kullanılır.

Kulak ve burun ise bükülmüş bir tülbent ucu ile dıştan ve ucundan temizlenir. Bebeğin solunum yoluyla aspire etmemesi için buruna süt veya yağlı damlalar damlatılmamalı, burun ve kulak içten temizlenmemeli, sadece dışarı gelen pislikler temizlenmelidir (Mc Carthy, 2004).

1.7.5.Göbek Bakımı

Yeni doğanda göbek 5–14 günler arasında düşer. Bu süre zarfında göbek kanama ve infeksiyon yönünden izlenmelidir. Umbilikal kordonun kuru tutulması kuruyup

düşmesini kolaylaştırmak ve enfeksiyonu önlemek açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle bakımdan sonra göbek yarası ıslak bırakılmamalı, açıkta tutularak tamamen kuruması beklenmelidir. Bakımdan sonra altı bağlanırken göbek alt bezinin üstünde kalmalı, alt bezi göbeğe sürtünmemelidir (Zuban ve ark., 2004). Omfolit ya da yenidoğan tetanozu gibi göbek kordonu enfeksiyonları, gelir düzeyinin yüksek olduğu ülkelerle karşılaştırıldığında, gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görülmektedir.

Göbeğin etrafı kızarmışsa kötü kokuyorsa veya akıntı varsa enfeksiyon gelişmiştir. Bu durum hekime bildirilmelidir. Bazen göbek yarası normal bir şekilde kapanmaz, granülasyon dokusu oluşur ve yara yeri kırmızı kabarık bir şekilde kalır. Göbek kordonunun bakımında dikkat edilecek hususlar (Janssen ve Ark., 2003);

- Göbek bölgesinin hava alması sağlanarak ve kuru kalmasına dikkat edilerek iyileşmesi (kuruması) hızlandırılabilir.
- Bebeği bezlerken bezin ön tarafı aşağı katlanarak göbek bölgesinin hava alması sağlanarak aynı zamanda idrarla teması da engellenmiş olur.
- Bebeğin göbeğinde oluşabilecek enfeksiyon belirtilerine dikkat edilmelidir.
- Enfeksiyon belirtileri kızarıklık, ates, akıntı, sislik, hassasiyet, ve kanama olarak sayılabilir. Ebeveyn adaylarının bu belirtiler yönünden dikkat etmesi ve gözlemesi gereklidir. Enfeksiyon durumunun ortaya çıkmasında mutlaka bir doktora başvurulmalıdır.
- Bebeğin göbek kısmında şişlik veya et görünümünde büyümeler yönünden de dikkat edilmeli, göbek fıtığı ihtimali düşünülerek doktora başvurulmalıdır(Çavuşoğlu 2000).

1.7.6. Genital Bölgenin Bakımı

Bebek doğumdan sonraki ilk 12 saate kadar idrar, ilk 24 saate kadar da mekonyum yapmamışsa hekime haber verilmelidir. 24–36 saatlerde idrar akımı azdır, giderek

artmaya başlar. 2–3 günlükten sonra dışkılar geçiş kakası özelliğini gösterir. Geçiş kakası mekonyum ve normal dışkı karışımıdır. Giderek beslenme şekline göre dışkı özelliği değişir (Dağoğlu ve Görak,2002)

Genital bölgenin bakımı kız ve erkek çocuklarda önemlidir. Yenidoğan döneminde üriner sistem infeksiyonları (ÜSİ) erkek çocuklarda kızlara oranla daha sık olup, genellikle anatomik ve fonksiyonel üriner sistem anomalisi olan bebeklerde görülür. Son çalışmalar ÜSİ'nin erkek çocukların sünnet olup olmaması ile direkt bağlantısı olduğuna yöneliktir. Sünnetsiz bebeklerde, sünnetlilere oranla ÜSİ daha fazladır. Bunun nedeni sünnet derisindeki birikintiler nedeniyle mikroorganizmaların çoğalmasıdır. Erkek çocuklarda sünnet derisi geriye doğru kıvrılarak glans penis temizlenmelidir (Dacher ve Ark., 2005).

Kızlarda vulva ve labia kıvrımları ayrılarak ıslak bir bezle önden arkaya doğru silinerek tüm dışkılar temizlenir. Her silmede bezin temiz tarafı kullanılır. Böylece üretraya dışkıda bulunan mikroorganizmaların bulaşması önlenir. Bebeklerin altınını, ph'sı düşük sabunlu su ile yıkanıp, ılık su ile durulanması pişik oluşumunu önler (Chang ve Shortliffe, 2006).

Yapılan araştırmalara göre bebeğin cildinde pişik ve benzeri dermatitlerin oluşmaması için bebeğin alt bezinin en fazla saatte bir değiştirilmesi önerilmektedir. Bu da düşünüldüğünde gün içinde 6 ve üzeri sayıda bebek her altını pisletmesinde değiştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Ancak annelerin çoğunluğu bu sayıyı 4-5 kez diye belirtirken, % 13.8'i uygun sayıyı bilmiştir (Tatlı ve Güler, 2002).

Bebeğin her altı değiştirildiğinde bu bölge temiz su ile yıkanır ve durulanır. Perine bölgesinin yıkanması, idrarda bulunan amonyağın bebeğin derisini irite etmesini ve dermatit (pişik) gelişmesini önler. Bu bölgenin sık sık ve uzun süre idrar, gaita, sabun ya da kimyasal maddelerle temas etmesi sonucu deride inflamasyon ya da döküntüler oluşur. Eğer etkilenen bölge idrarla direkt temas etmişse genellikle etken ajan irite edici kimyasal maddelerdir (Bauer ve Kogan, 2008).

Dermatiti önlemek için yenidoğanın temiz ve kuru tutulması gerekir. Eğer bebeğin derisi çok duyarlı ise tüm çabalara karşın dermatit gelişebilir. Ebeveynlere, bebekte dermatit gelişmesini önlemeye yönelik yapılacak eğitim:

- 1) Kısa aralıklarla bebeğin altının açık bırakılarak havalandırılması,
- 2) Bebeğin alt bezlerinin deterjan yerine sabunla yıkanması ve bol su ile durulanması,
- 3) Her idrar ve gayta yapışında perine bölgesinin ıslak bezle silinmesi,
- 4) Bebeğin altının sık kontrol edilmesi ve ıslanınca hemen değiştirilmesi,
- 5) Diyaresi olan bebeklerde perine bölgesinin tümüyle yıkanması,
- 6) Temizlendikten sonra perine bölgesinin kurulanması,
- 7) Aspirasyon ve akciğer sorunları gelişebileceği için perine bakımında pudra kullanılmaması,
- 8) İnflamasyonlu bölgeye yağ sürülmemesi,
- 9) Bebek bezinin içerisinde oldukça emici madde içermesinin de pişik oluşumunu engellediği belirtmiştir (Kamate, 2003).

Yapılan araştırmalara göre bebeğin cildinde pişik ve benzeri dermatitlerin oluşmaması için bebeğin alt bezinin en fazla saatte bir degistirilmesi önerilmektedir. Bu da düşünüldüğünde gün içinde 6 ve üzeri sayıda bebek her altını pisletmesinde değiştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Ancak annelerin çoğunluğu bu sayıyı 4-5 kez diye belirtirken, % 13.8'i uygun sayıyı bilmiştir (Tatlı ve Güler 2002).

Perine bölgesindeki dermatitin tedavisinde topikal olarak önerilen glukokortikoid (%1'lik hidrokortizon) kullanılır. Eğer mantar enfeksiyonu gelişmişse nistatin içeren pomatlar uygulanır. Anneye dermatiti önlemek için perine bölgesini temizledikten sonra koruyucu kremler (örn: çinko oksit içeren kremler) kullanılması önerilir. Bu kremler, amonyağı deriden uzak tutar ve ayrıca yapışkan mekonyumun temizlenmesini kolaylaştırır (Çavuşoğlu,2004).

1.7.7. Memeler

Doğumdan sonra oluşan hormonal değişikliklerin etkisi ile gerek kız, gerekse erkek bebeklerde 3. günde memelerde şişme olabilir. Sıkılırsa süte benzer bir sıvı gelebilir. Memeler ovularak, sıkılarak şişliğin geçmesi için uğraşılmamalıdır. Bu işlem, infeksiyonlara ya da abseleşmelere neden olabilir. Şişlik kendiliğinden birkaç gün içinde geçer. Anneye nedeni anlatılıp rahatlaması sağlanmalıdır.

1.7.8. Tartı

Yenidoğanların yaşamlarının ilk üç gününde fizyolojik tartı kaybı olarak adlandırılan ve vücut ağırlıklarının % 5-6 'sı kadar sıvı kaybettikleri, bu nedenle sıvı kaybının fazla olduğu durumlarda ateşinin 38,5 °C – 40 °C'ye kadar yükselebileceği unutulmamalıdır (Yenidoğanın dehidratasyon ateşi). Yenidoğanlar dehidratasyon belirtileri yönünden gözlenmeli, annenin bebeğini daha sık emzirmesi sağlanmalı, etkili emzirme pekiştirilmelidir. Bebeğin 4–10. günlerden sonra günde 25–30 g tartı almaya başlaması, 7–15. günlerde ise doğum tartısına ulaşması beklenmelidir.

1.7.9. Uyku

Sağlıklı bir yenidoğan beslenme süreleri dışında uyur. Uyurken yüzünde ve vücudunda spontan hareketler olur. Uykusu hafiftir. Bebeğin yatağı çok yumuşak olmalıdır. Yattığı zaman yatak çökmemeli, düz kalmalıdır. Yastık kullanmak sakıncalı, sırt üstü pozisyonda yatırılmalıdır. Başta şekil bozukluğu olmaması için başın pozisyonu sık sık değiştirilmelidir (Thach, 2005).

Uyku bebeklerin temel fizyolojik gereksinimlerinin başında gelir. Her bebek için uyku ve uyanıklık süresi farklıdır. Karnı tok, altı temiz ve uygun giydirilen sağlıklı bir yenidoğan beslenme dışında günün büyük bir bölümünü uykuda geçirir. Uyku dokuların yenilenmesi ve toparlanması için önemlidir (Yıldız, 2002).Yenidoğan günde ortalama 16-18 (bazı bebekler 20-22) saat uyuyarak

zamanlarının %80'inini uykuda geçirir. Gün içinde sadece birkaç saat uyanıktır (Perk, 2004; Yiğit, 2005; Taneli, 2005).

Yeni doğan döneminde uyku düzeni henüz oluşmamıştır. Bu nedenle üst üste iki gece uyku uyanıklık süreci farklı olabilir. Bazı bebekler gece içinde 2-3 kez beslenme ihtiyacı duyabilir. Anne sütünün artması için de gece emzirmeye özen gösterilmelidir (Yiğit, 2005).

Her gece aynı saatte uyutmaya özen gösterilmelidir. Uyutmadan önce 10-30 dakika bebeği rahatlatmak için loş ve sakin bir odada ilgilenilmelidir. Uyku öncesi masaj ve ılık banyo bebeği rahatlatır ve daha çabuk uyumasını sağlar. Uyku sırasında bezini değiştirmek ya da beslemek gerekiyorsa loş bir ortamda yapılmalı, ışık açılmamalıdır. Gece ağlayan bebeğin yatağından alınmamasına, sallanıp oynatılmamasına özen gösterilmelidir (Gemletti, 2001; Yıldız, 2002; Yiğit, 2005).

Yenidoğan bebekler için en ideal yatış pozisyonu sırtüstü ya da yan yatış pozisyonudur. Ancak yan yatış pozisyonunda bebeğin yüzüstü dönmesini engellemek için önlem alınmalıdır. Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yüz üstü yatış pozisyonunun ani bebek ölüm sendromuna (Sudden Infant Death Syndrome SIDS) neden olduğu belirtilmektedir (Perk, 2004; Shields ve Ark., 2005).

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP, 2000) ani bebek ölüm sendromu için risk faktörleri olarak; bebeklerin yüz üstü pozisyonda yatırılması, çok yumuşak yatakta (özellikle yastıkta) yatırma, bebeklerin üzerini fazla örtme (aşırı sıcak ortamda uyuma), bebeklerle aynı yatakta yatma gibi faktörleri göstermiştir (Perk, 2004; AAP, 2000; Uluko1, 2004). Bebeğin yatağı da yatış pozisyonu kadar önemlidir. Bebeğin yatağı çok yumuşak olmamalı, yattığı zaman yatak çökmemelidir. Yastık ve kuş tüyü yorgan kullanılmamalı ve yorgan göğüs hizasına kadar örtülmelidir. Uyku süresince bebeğin pozisyonu zaman zaman değiştirmelidir. Böylece bebeğin başında oluşabilecek şekil bozukluğu önlenmiş olur. Bebek uyurken

sık sık kontrol edilerek, nefes almasını engelleyecek bir şey olup olmadığı gözlenmelidir (Bebiş, 2005; Yıldız, 2002; Perk, 2004; AAP, 2000; Uluko1, 2004).

Bebeği karın üstü (yüz üstü) yatış Ani Bebek Ölümü Sendomu riskini artırdığı, sırt üstü veya yan yatış pozisyonlarının ise Ani Bebek Ölümü Sendromunu % 50 oranında azalttığı belirtilmektedir. En ideal olanı başından itibaren sırt üstü yatmaya alıştırmak olsa da bebeğin sık sık pozisyonu değiştirilmelidir. Yani hem sırt üstü hem de yan yatmalıdır (Vatandaş, 2004).

ABD de 94 hastanenin incelendiği bir araştırmada kampanyalara rağmen, halen bebeklerin önemli bir oranda yan yatırıldıkları saptanmıştır. Bu durumun nedeni araştırıldığında aspirasyon korkusunun önemli bir faktör olduğu görülmüştür (Hein ve Pettit, 2001). Amerikan Pediatri Akademisi 1992 yılında bebeklerin sırtüstü ya da yan yatırılmasını önermiştir. Daha sonraki yıllarda yüzüstü yatış pozisyonunda azalma ile birlikte ani bebek ölüm oranlarında azalma saptanmıştır (AAP, 2000).

1.7.10. Giysileri

Yenidoğanın giysileri yumuşak, pamuklu, nem çekici kumaştan yapılmış, giydirilmesi kolay, basit, emniyetli, kolay yıkanan, kaşıntı yapmayan ve mevsimine uygun olmalıdır. Bebeğin tüm giysileri ve bezleri beyaz sabun ile yıkanmalı ve bol su ile durulanmalıdır. Deterjan ve çamaşır suyu kullanılmamalı, kullanılırsa çok iyi durulanmalıdır. Ancak sabun tozu ise kolaylıkla elde edilebilen bir temizlik maddesidir. Bebeğiniz de alt bezi olarak kumaş bez kullanıyorsanız pislendikten sonra kaba pisliği öncelikle alınmalı ve mümkün olduğunca bezler uzun süreli bekletilmemelidir. Banyoda koku yapacak ve temizliği de daha güç olacaktır (Çankırılı, 2003).

Bebeğin kıyafetleri mümkün olduğunca güneşte (güneş ışınları ile direk temas etmeli) kurutulmalı veya ütülenmelidir. Güneş ışığı bebeğin sağlığı yönünden

çamaşırlarının üzerinde bulunan zararlı mikropların ölmesini sağlamaktadır(Lund ve Ark., 1999).

Bebekler normalde kundaklanmamalıdır. Ancak ülkemizde geleneksel olarak bebekleri kundaklama alışkanlığı vardır. Sıkı kundak bebeğin rahat nefes alıp almasını, motor aktivitelerini ve kalça eklemi gelişimini önleyebilir. Ayrıca bebeğin hastalık belirtilerinin gözlenmesi de engelleyebilir (Dağoğlu ve Görak,2002).

Ebeveynlerin, bebeği aşırı giydirme eğilimi vardır. El ve ayakların hafif soğuk ve mavimsi olması yanlılıkla bebeğin üşümesi olarak yorumlanabilir. Aşırı ısıtılan bebek, ısı kaybetmeye ilişkin fizyolojik mekanizmaları aktive eder. Buna karşıt olarak, yetişkinler için normal olan oda sıcaklığı, yenidoğanın ısı üretmeye başlamasına yol açabilir. Ebeveynlere yeterli giyinmenin önemi açıklanmalıdır. Bebeğin gövdesine dokunulduğunda sıcak olmasına karşın, ekstremiteleri hafif soğuk olabilir (Çavuşoğlu,2002).

1.7.11. Ziyaretçiler

Yenidoğanın yanına gelen ziyaretçi sayısının olabildiğince az olması ve bebeğin yanında uzun süre kalmamaları için dikkat edilmelidir. Ziyaretçilerin hasta olmamaları özellikle enfeksiyon belirtilerinin olmaması önemlidir. Yenidoğanın ziyaretçi sayısının olabildiğince az olması, yanında uzun süre kalınmaması ve ilk haftalarda yorucu ziyaretlerden kaçınılması önerilmektedir. Bu dönemde annenin bebeğine yeterli zaman ayırabilmesi için uygun ortam sağlanmalıdır. Doğum sonrası aile enerjisinin büyük kısmını bebeğin bakımı ve beslenmesine yönlendirmelidir (Yıldız, 2002) .

Kış aylarında, kapalı ortamlarda, virüslerin neden olduğu üst solunum yolu enfeksiyonlarına çok sık rastlanır. Bebeğin enfeksiyonlardan korunabilmesi için ziyaretçilerin hasta olmamalarına ve özellikle enfeksiyon belirtilerinin olmamasına

dikkat edilmelidir. Ayrıca insanların yoğun olduğu yerlere bebek götürülmemelidir (Yıldız, 2002; Aslan, 2004; Bebiş, 2005)

1.7.12. Anne sütü ve Emzirme

Emzirme sadece fizyolojik bir olay değil öğrenilmesi gereken bir süreçtir. Yenidoğanın sağlıklı olması için bu sürecin doğumdan hemen sonra başlatılması önemlidir. Çünkü bebeğin aç kalması hipoglisemiye girmesine ve beyin hücreleri başta olmak üzere hayati organların zarar görmesine neden olur. Doğumu izleyen, bebeğin en aktif olduğu ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılması ve bebeğin isteğine bağlı olarak sık sık emzirilmesi, emzirmenin sürekliliği için de önemlidir. (Dereli ve Kırcan, 2005; Varol, 2005; Güner, 2006; Gür, 2007).

Erken dönemde emzirme; bebeğin doğumuyla göbeğinin klemlenmesi ve temiz beze sarılmasından hemen sonra anneye verilmesi ve emme davranışlarının başlatılması olarak tanımlanabilir. Erken dönemde emzirmenin laktasyon, uterus involüsyonu, annebebek etkileşimi ve bebeğin gelişimi üzerinde önemli etkisi vardır (Dereli ve Kırcan, 2005).

TNSA 2003 verilerine göre ülkemizde çocukların %97'sinin bir süre sonra emzirildiğini, %54'ünün doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başladığını ve %16'sının doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde emzirildiğini göstermektedir. Yine TNSA 2003 verilerine göre annelerin %96'8'i doğumdan sonra bebeklerini emzirmeye başlamakta ve ortalama olarak 14 ay emzirmektedirler (Yiğit, 2003).

Doğumdan sonraki ilk dakikalar içinde başlatılan ve ilk 24 saat içinde anne ve bebeğe öğretilmeye çalışılan emzirme tekniği konusunda, annenin eğitimine devam edilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırmaları verilerine göre, ülkemiz genelinde bebeklerin %39' u doğumdan bir saat sonra annesini emmektedir. İlk altı ay yalnızca

anne sütü verilem oranı Türkiye genelinde %41,6 iken toplam anne sütü verme süresi 15,7 ay olarak tespit edilmiştir (TNSA 2008). Annenin doğru emzirme tekniği kullanıp kullanmadığı, bebeğin etkili emip emmediği gözlenir. Bu gözlem telaşsız, sakin ve kibarca yapılır, annenin doğru davranışları övülerek yaptığı işler konusunda cesaretlendirilir. Eksiklikleri belirlenir, daha sonraki emzirmelerde anneye eğitim yapılarak yardım edilir (Mane ve Ark., 2006).

Emzirirken anne değişik pozisyonları deneyebilir. Ancak bebek hangi pozisyonda tutulursa tutulsun, bebeğin başı ve tüm gövdesi aynı hizada olmalı, yüzü memeye dönük ve burnu tam meme ucunun karşısında olmalıdır. Başı, ensesi ve omuzları annenin dirseğinin i yüzüyle ya da yastıkla desteklenir. Bebek yalnız başından değil tüm vücudu ile birlikte desteklenmelidir aksi takdirde bebek meme başını kavrayamaz. Anne, işaret parmağı ile memeyi alttan desteklemeli, başparmak memenin üstünde olmalı ve meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalıdır. Bebeğin ağzını genişce aması beklenmeli, bebek ağzını açar açmaz alt dudağı; meme ucunun altında kalan areolanın tamamını kavramalı, alt dudak dışa kıvrık olmalı, çenesi memeye dayanmalıdır. Ayrıca her iki memeden de yeterli süt salgılanması için ilk verilen memenin tam boşaltılması ve bir sonraki emzirmeye emzirilmeyen memeden başlanması gerekmektedir (Yurdakök, 2004; Atlas, 2006; Varol, 2006; Gr, 2007).

Anneye yardım ederken; yalnızca zorlukla karşılaştığında yardım edilir, annenin mümkün olduğunca kendisinin yapması sağlanır, ne yaptığımızı anladığından ve bunu kendi kendine yapabileceğinden emin olunur. Özellikle annenin bebeği ve memeyi nasıl tutacağı, memeyi ne zaman ve nasıl bebeğin ağzına yerleştireceği, vb. konularda yardıma gereksinimi olabilir. Ancak bunları yaparken gürültücü olmamaya zen gösterilmeli, kritik bir yorum getirmemeli ve annenin her zamankinden daha hassas, alıngan olduğu unutulmamalıdır. Bu arada anneye bebeğin beslenmesine yönelik bazı bilgiler verilmelidir (Buckley ve Charles, 2006).

Beslenmeden sonra gazı çıkarılır, anneye de öğretilir ve beslenmeden sonra kısa bir süre için yatağının başucu yükseltilerek yatırılır. Böylece besinlerin özofagusdan gevşemiş kardiasfinkterine doğru akarak mideye gelmesine yardımcı olunur. Emzirme genelde bebek her istediğinde yapılır (Gür, 2007).

Anne sütü yaşamın ilk altı ayında en ideal besindir ve büyüme- gelişmeyi de en üst düzeyde sağlar (Varol, 2005). Dünyada Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülke tarafından imzalanan ve uygulamaya konulan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde, çocukların en temel haklarından birisi olarak "anne sütü ile beslenme hakkı" üzerinde durulmaktadır (Giray, 2004). Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) 2004 verilerine göre ülkemizde bebek ölüm hızı %0.36 ve altı ay boyunca tek başına anne sütü ile besleme ise %7.0 olarak belirtilmektedir. Çocukluk Dönemi Beslenme Yetersizliklerini Önleme Merkezi ; 4-6 ay sadece anne sütü ile, altıncı aydan sonra yeterli ek gıda desteği ile bir yaşına kadar emzirmenin yılda 1.3 milyon bebek ölümünü önleyebileceğini bildirmektedir (Varol, 2005).

2000'li yıllarda Herkese Sağlık Hedefleri arasında emzirmenin %75'e, 5-6 ay anne sütüyle beslenmenin ise en az %50'lere çıkartılması yer almaktadır (50). DSÖ ve UNICEF anne sütünün korunması, desteklenmesi, özendirilmesi kapsamında oluşturulan proje ile 1981 yılında "Bebek Dostu Hastaneler" uygulamasını başlatmıştır. Yine bu uygulama kapsamında "Bebek Dostu Hastane Başarılı Laktasyon için 10 Adım" politikalarını belirtmiştir. Ülkemizde anne sütü ile beslemeyi özendirici pek çok çalışma yapılmakta ve 62 ilde de bebek dostu hastane uygulaması başlatılmıştır (Varol, 2005).

1.7.13. Emzirme Süresi ve Sıklığı

Emzirme pozisyonu uygun olan bir bebek annesini istediği süre ve istediği sıklıkta emebilir. Bebeğin emzirmenin başlangıcında gelen ön süttten ve emzirmenin

sonlarına doğru gelen lipitten zengin son süttten yararlanması için emzirme süresi en az 10 dakika olmalıdır. Bazı annelerde süt salgılanma refleksi gecikmesi nedeni ile bebeğin emme süresi değişebilir. Bu nedenle emzirmenin süresi bebeğe göre ayarlanır. Ancak bu sürenin 30 dakikadan daha uzun sürdürülmesi meme sorunlarına yol açabilir (Gür, 2007). Emzirme sıklığı saatlere göre değil, bebeğin isteğine göre ayarlanır. Bebeğin ağlaması emzirme için geç bir bulgudur. Bebeğin emme hareketleri yapması, elini ağzına götürmesi, kol ve bacaklarını gemesi v.b. davranışlar bebeğin emmeye hazır olduğunu gösterir. Kısaca bebek her istediğinde emzilir. Çünkü bebek ne kadar emerse bir sonraki emmeye o kadar çok süt salgılanır (Yurdakök, 2004; Varol, 2005; Gür, 2007).

Yaşamın ilk iki ayında bebek günde 8–12 kez emmek isteyebilir. Bazı bebekler yeterli sütü 20–30 dakikada almalarına karşın, bazılarında bu süre 4-10 dakikaya kadar düşebilir. Yetişkinlerde olduğu gibi bebeğin süt gereksinimi günden güne ve öğünden öğüne değişiklik gösterebilir. Bebekler bazen sırf keyif için emerken, bazen de gereksinimleri kadar süre ve sıklıkta emerler. Yeterli miktarda emen bir bebek annenin meme başını kendiliğinden bırakır. Ancak anne emzirmeyi kendi sonlandırmak isterse, meme başını bebeğin ağzından çekip çıkartmaya çalışmamalıdır. Böyle bir hareket meme başının zedelenmesine yol açabilir. Bu durumda anne küçük parmağını bebeğin ağız köşesinden sokarak meme başının serbest kalmasını kolaylaştırabilir (Yurdakök, 2004).

Ayrıca bebeklerin büyüme hızının değişken olması nedeniyle bazı bebeklerde daha fazla açlık hissi ve ağlama görülebilir. Bebeklerde 2–3 ve 6–8 haftalık, 3–5 aylıkken büyüme daha hızlı olduğu için bu dönemlerde bebeklerin daha sık emzirilmesi önerilmektedir (Varol, 2006). Prolaktin hormonu geceleri daha çok salgılanır ve bu hormon anneyi gevşeterek uykusunu getirir. Bu nedenle gece emzirmeleri hem süt yapımını artırır hem de annenin dinlenmesini sağlar. Emzirme sonrası bebeğin gazı çıkarılarak yatırılır. Ebe ve hemşireler annelere, doğum sonrası bu konu ile ilgili danışmanlık yaparlar (Yurdakök, 2004).

Bebeğin yetersiz süt aldığını gösteren en güvenilir belirtiler yetersiz tartı alımı ve konsantre idrar yapmasıdır. Doğumdan sonraki ilk iki hafta sonunda doğum tartısına ulaşmaması ve ilk bir ayda 500gr'ın altında tartı alması anne sütünün yetersizliğini gösterir. İlk 48 saatte 2-3, üçüncü günde üç, dördüncü günde dört kezden az ve yoğun idrar yapması anne sütünün yetersiz olduğunu düşündürür. Bunların dışında bebeğin sık ağlaması, emzirmeden sonra tatmin olmuyor gözükmemesi, memeyi çok sık emmesi, memede uzun süre kalmak istemesi, emmeyi reddetmesi, sert, kuru ve az sayıda kaka yapması bebeğin yeterli miktarda süt alamadığını gösterir. Bebeklerin, Doğumdan sonra 15. günde doğum kilosuna ulaşması ve ayda en az 500 gr alması, günde 6-8 kez idrar yapması yeterli süt aldığını gösterir (Yurdakök, 2004; Atlas, 2006; Gür, 2007).

Emzirmenin sürdürülmesi ve desteklenmesi çok önemlidir. Annelerin sağlık kuruluşlarına başvurma nedenleri ne olursa olsun, bebeğin beslenme durumu mutlaka sorulmalı, emziren annelere emzirme danışmanlığı yapılmalı, emzirmeleri gözlenmeli ve emzirmenin sürdürülmesi yönünden desteklenmelidir. Emzirmede zorluk çeken anne ve bebeğe mutlaka yardım edilmelidir (Naylor, 2001)

Biberon ile emmeye alışan bebek anne memesini almakta güçlük çeker. Emzik ve yalancı meme kullanımı uygun olmayan emme nedeniyle bebekte oral motor disfonksiyonuna ve bebeğin anne memesini reddetmesine neden olur. Ayrıca emzik kullanımı memeyi erken bırakma, otitis media ve oral kandida ile diğer mikroorganizmaların taşınması gibi olumsuz etkileri vardır. Bu nedenle anne memesini emen bebekte biberon ve emzik kullanımından kaçınılmalıdır (Atlas, 2006).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ayına kadar sadece anne sütü ile, bunu izleyen dönemde de yeterli ek gıda desteği ile 2 yaşına kadar emzirmenin devam etmesini önermektedir (Bebiş, 2005; Varol, 2005; Tuncel ve Ark., 2006; Gür, 2007).

1.7.14. Anne Sütünün Özellikleri

Anne sütü, sağlıklı ve zamanında doğmuş olan yenidoğanlar için tam besin kaynağı değil, aslında beslenme için neredeyse tam ve mükemmel bir kaynaktır ancak önemli bir istisnası bulunmaktadır. AAP anne sütü alan tüm bebeklere en az 500 ml/gün D vitamini de içeren mama ya da süt alıncaya kadar 200IU/ gün D vitamini desteği verilmesini önermektedir (Gartner ve Greer, 2003; Greer, 2004; Gür, 2007).

Anne sütü bakteri içermez aksine içerdiği immünolojik faktörler nedeniyle enfeksiyonlara karşı korur ve allerjik sorunlara yol açmaz. İdeal sıcaklıkta olduğu için hazırlık gerektirmez ve ekonomiktir. Bebeğin gelişim özelliğine uygun miktarda, sindirimi kolay protein ve büyüme faktörü içerir (Gür, 2007).

Anne sütündeki büyüme faktörlerinden epidermal büyüme faktörü, bebeğin villuslarının gelişimini sağlar. Böylelikle bağırsak mukozasından büyük moleküllerin geçmesini engeller. Anne sütündeki demirin bağırsaktan emilim oranı çok yüksektir. Anne sütü A vitamininden zengin olduğu için bebeğin görme gelişimini sağlamaktadır. Anne sütündeki kalsiyum- fosfor oranı ve içeriği kemiklerdeki normal mineralizasyon için uygundur. Tek başına anne sütü ile beslenen bebeklerde anemi görülme olasılığı azdır (Reynolds, 2001) .

Ayrıca anne sütü ile beslenen bebekler arasında allerjik hastalıklar, kulak iltihabı, ishal, zatürre, idrar yolu enfeksiyonu ve bazı kanserler de daha az görülür (Çavuşoğlu, 2004; Yurdakök, 2004; Varol, 2005; İnce, 2005; Atlas, 2006; Varol, 2006; Gür, 2007). Anne sütü antimikrobial faktörler içerir ve bu faktörler gastrointestinal sistemden salgılanan enzimlere dirençli olup, bakterileri öldürmekte sinerjik etki gösterirler (Atlas, 2006). İlk 4-5 günde salgılanan, koyu kıvamlı ve sarımsı renkteki süte kolostrum (ağız sütü) denir. Kolostrum, bebeğin ilk aşısı olarak nitelendirilir. Kolostrumun içeriği 10-15. güne kadar değişir ve matür (olgun) süt halini alır. Kolostrum yağ yönünden fakir, sodyum, potasyum, çinko, magnezyum ve vitaminlerden zengindir. Kolostrum, laksatif ve proteinleri parçalayıcı etkisi ile

mekonyumun çıkışını kolaylaştırarak mekonyum ileusunu önler (Giray, 2004; Atlas, 2006).

Anne sütünün yararları yalnızca fizyolojik değildir. Bebek ve anne arasında gözenteması nedeniyle bebek ve annenin duygusal doyumunu sağlar. Hiçbir formüle sütte bulunmayan taurin bebeğin mental gelişimini destekleyen tek maddedir ve sadece anne sütünde bulunmaktadır. Her annenin sütü, kendi bebeği için en uygun bileşimdedir. Anne sütü su dahil başka hiçbir şey verilmeksizin yaşamın ilk altı ayında bebeğin tüm fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini karşılar (Giray, 2004; Yurdakök, 2004; İnce, 2005; Atlas, 2006; Varol, 2006; Gür, 2007).

1.7.15. Anne Sütünün Verilmediği Durumlar

Anne sütü her çocuk için yararlı bir besin kaynağıdır ancak verilmesinin sakıncalı olduğu durumlarda vardır. Annenin ağır hastalığı yada psikoza, kemoterapi veya radyoterapi alması, annede HIV enfeksiyonu olması, 1 annenin memesinin ucunda HSV lezyonlarının olması bebeğe anne sütü verilmesini engeller. Ayrıca bebeğin galaktozomi, fenilketonüri v.s bazı metabolik hastalıklarında anne sütü verilmemelidir. Çok yakından izlenmesi koşulu ile kan fenilalanin düzeyine göre fenilketonüri bebeklere de kısmen anne sütü ile beslenmesine izin verilebilir (Bakiler ve Ark., 2005; Gür, 2007).

1.7.16. Bebek Beslemesinde Kullanılan Araçların Bakımı

Bebek beslenmesinde kullanılan araçlar biberon, emzik, tabak ve kaşık olarak sayabiliriz. Bu sayılan araçların içinde bebek beslenmesinde en sık kullanılanları biberon ve emziktir. Biberonla emzirme, meme ile emmekten daha kolay görünmektedir. Emzik, sukroz, yalancı emme, kundaklama, kucaklama, ten tene temas, emzirme, çevresel uyarıyı düzenleme, ritmik sallama gibi girişimlerin

kullanılması yeni doğanın ağlamasını azalttığını ve böylece ailedeki stresi azalttığı görülmüştür. Ailelerin bu nedenle emzik ve biberon kullanımına yöneldiklerini belirtmiştir (Özel Efe, 2004).

Başarılı bir emzirme, için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF'in önerdiği on altın kural arasında emzik ve yalancı meme kullanılmaması gelmektedir. İrgil ve arkadaşları yapmış oldukları araştırmada emzik kullananlarla kullanmayanlar arasında yaş ve cinsiyet açısından herhangi bir fark bulunmamasına karşın, emzik kullananların anneleri daha genç ve daha iyi eğitilmiş oldukları belirlenmiştir. Anne sütü almayanlara ve ek gıdaya erken başlayanlara diğerlerine göre daha fazla oranda emzik verilmiş olduğu belirtilmiştir. Emzik kullananların, halen daha fazla oranda anne sütü dışındaki besinleri almakta oldukları belirlenmiştir.

Yenidoğanlara emzik verilmemesi gerektiği inanişin altında iyi bir düşünce yatmaktadır. Emzirme taraftarları yenidoğanın emziği emmekle yorulacağı ve memeyi daha az emeceği yönünde kaygı taşımaktadır, annenin emzirme yeteneği başarılı olamayacaktır diye düşünmektedir(Burke ve Whit Hall, 2007). Ayrıca 48 aydan daha uzun süre emzik kullanılması ortodontik sorunlara ve dişlerde çürümeye yol açmaktadır (Warren ve Ark., 2001)

Bu nedenlerden dolayı uzun süreli emzik kullanımı ağız sağlığı açısından zararlı olabilmekle birlikte, yeni kanıtlara göre emzirme sırasında ki ilk birkaç yıl kullanılmasında çok fazla sakınca bulunmamaktadır. (Çankırılı, 2003; Burke ve Whit Hall, 2007).

1.7.17. Gaz ve Sancı

Bebek beslenme esnasında hava yutabilir. Bebeğin beslenmesi bittikten sonra bu yutulan gaz bebegi rahatsız edecektir. Her beslenme sonrasında ara ara bebeğin gazının çıkarılmasına yardımcı olunmalıdır. Bunun için dört ayrı yöntem vardır:

- Omuza dayanarak yüzü yana bakar şekilde bebeğin sırtının sıvazlanması yolu ile,
- Kucakta yüzü yana bakar şekilde de sırtının sıvazlanması yolu ile,
- Bebeği dik oturtturarak sırtının sıvazlanması yolu ile,
- Kucağa alıp bebeğin karnına masaj yapma yolu ile yapılabilir.

Bu yöntemleri kullanırken dikkat edilecek diğer hususlar ise bebeğin vücudunun ve başının doğru desteklenmesi, kıyafetinizi korumak için örtü kullanılması sayılmalıdır. Bebek gazı olduğunu size ağlaması ile belli eder. Bunun yanı sıra huzursuz olması, karnının şiş – sert olması, karnına dokunulduğunda yüzünü buruşturup ağlaması ve bacaklarını karnına doğru çekmesi ile belli eder (Çavuşoğlu, 2000).

Gaz çıkarma yöntemlerinin yanı sıra bebeğinizin gazını karın bölgesine masaj yapara ve bebeğin bacaklarını karnına doğru kaldırarak egzersiz yaptırarak gazını çıkarmasına yardımcıdır. Bazı bebeklerde sadece sırtın sıvazlanması yeterli iken bazı bebeklerde daha ısrarcı uygulamalar yapılabilir. Bu uygulamaların yanı sıra bebeğe bitki çayı verilebilir. Bitki çayı gün içinde yarım çay bardağı papatya, anason, vs. içirilebilir (Çankırılı, 2003).

Bebeğin karnının tok olduğu, altının temiz olduğu halde de ağlaması sancı işareti olabilir. Karın ağrılarının ilk üç ay içinde sebebi gaz olabilir. Daha sonraki aylarda ise kabızlık olabilir.

Diğer bir sancı sebebi de kolik (karın ağrısı) olabilir. Kolik ikinci veya üçüncü haftada başlar ve altıncı haftada en kötü düzeye ulaşır. Ancak on ikinci haftadan sonra düzelmeye başlar, ilerleyen sürede tamamen ortadan kalkar. Kolik'in sebebi olarak ortaya birçok teori sürülmüştür. Annenin beslenmesine bağlı, evde sigara içilmesi, kalıtsal olması gibi ancak en uygun açıklama yenidoğan bebeklerin ilk zamanlarda uyarılara tepki vermesine blokajın olduğu ve bunun ilk ay da ortadan kalktığı ve besinci ayın sonunda bebeğin uyarılarla başa çıkmaya başladığını belirtir. Sancısı (karın ağrısı) olan bebeklerde gaz olduğu bilinmektedir.

Bu nedenle uygulanacak yöntemler gazı giderme yöntemleri ile aynıdır. Doktora başvurulduğunda ise kolik olan bebeklere yan etkisi olmayan fitiller önerilir. Bu tür araçlar bu dönemi anne-baba ve bebeğin daha rahat atlatmasını sağlayacaktır. Aynı zamanda ek gıdalara başlanması ile bebeğe sıkılmış taze meyve sularının verilmesi sancının azaltılmasında yardımcı olacaktır (Eisenberk ve Ark., 1998).

1.7.18. Bebeğin Güvenliği ve Karyolası

Anne ve baba adayları bebeklerini kucaklarına aldıklarında onları kırabileceklerini düşünürler. Ancak bebekleri düşündüklerinden daha sağlamdırlar. Kucağımıza aldığımızda kırılmazlar, başlarını, desteklemeyi unutursanız başları yerinden çıkmaz ve çoğu düsmeleri yarasız ve beresiz sonuçlanır. Ama unutmamak gerekli her zaman her türlü kazaya açıktırlar (Eistenberk ve Ark., 1998; Çankırlı, 2003).

Bebegin karyolası zamanının neredeyse tümünü geçireceği yer olduğu için bebeğin güvenliği için dikkat edilecek bir esyadır. Karyolasının kenar çubuklarının bulunması, bu parmaklıkların en az 44 cm yüksek olması ve parmaklık aralarının 4 cm'i geçmemesi gereklidir. Karyolanın belirgin olan uç kısımlarının sivri köseli olmasından ziyade yuvarlak hatlı olması gereklidir. Hatta imkan dahilinde karyola kenarlıkları için tampon kullanılması da uygundur. Karyolanın altında tekerlek olmasına da dikkat edilmelidir. Tekerlekli olması taşınmasını kolaylaştırır (Eistenberk ve Ark., 1998; Çankırlı, 2003).

1.7.19. Bebeğin Yastığı, Yatak Şiltesi ve Çarşafı

Bebekte ilk altı ay yastık kullanılmamalıdır. Kullanılmama nedeni bebek kendi hareketlerini henüz kontrol edememektedir. Baş yastığa gömülerek nefes alması engellenebilir. İlk aylarda yastık kullanılmama nedeni olarak bu durum gösterilebilir.

Şilte karyolanın içine tam olarak oturmalı, ailenin alerji öyküsüne göre şiltenin yapım malzemesi dikkatli seçilmeli, şilte sağlam ve mümkün olduğunca sert olmalıdır. Bebeğin yüzü kolaylıkla şiltenin üzerinde çöküntü oluşturmamalıdır. Yatak çarşafı alışverişinde dikkat edilecek diğer hususlardan biridir. Mümkün olduğunca 3, 4 adet alınmalı ve alerji riski hesaba katılarak alınmalıdır. Emiciliği ve alerjenliği düşünülerek çarşaf lar pamuklu olmalıdır. Bebeğin uykusundan terli olarak uyanmasını önleyecektir. Aynı zamanda ısıyı muhafaza edecektir(Eistenberk ve Ark., 1998; Çankırılı, 2003).

1.7.20. Tırnak Bakımı

Bebeklerin tırnakları ince ve keskin olduğu için çizik veya yara açabilir. Bu sebepten tırnakları sık sık kesilmeli ve daima kısa tutulmalıdır. Kısaltılmalarına rağmen çizik açmaya devam ediyorsa yumusak hava alabilen temiz bir eldiven giydirilebilir.

Bebeğin tırnaklarını kesmek için en uygun vakit banyo yaptırmadan önce olmalı, eğer bebek rahat durmuyorsa uyuyor iken kesmek en uygun olan zamandır. Aynı zamanda bebeğin tırnak makası ona özel olmalıdır (Çavuşoğlu, 2000; Çankırılı, 2003).

1.7.21. Bebeğin Banyosu

Yenidoğan doğumdan hemen sonra banyo yaptırılmamalıdır. Hipotermiminin oksijen tüketimini ve solunum sıkıntısını artıracığının göz önünde bulundurulmalı ve bu nedenle yenidoğanın vital bulgularının stabil olana dek ilk banyosu ertelenmelidir. Aynı zamanda banyo yaptırmada kullanılan kimyasal maddelerin absorpsiyonu, iritan maddelerle temas sonucu hipotermi gibi sorunlar oluşturabilmektedir (Tatlı ve Gürel, 2002).

Yenidoğan bebek terleyemediği için her gün banyo yapmasına gerek yoktur. Yaz döneminde hava sıcak ve nemli olduğu için her gün banyo yaptırılabilir. Ancak kış döneminde haftada 2–3 kez banyo yaptırılması yeterlidir (Fernandes ve Ark.,2011).

Doğumdan birkaç gün sonra verniks kazeoza giderek kaybolur, deri kurumaya ve dökülmeye başlar. Bu durum normaldir, ancak bebeğin her gün yıkanması derideki kuruma sürecini artırabilir. Ebeveynler derinin kuruluşunu gidermek için losyon sürmek isteyebilir. Ancak deri üzerinde losyon tabakasının kalması, bakterilerin gelişmesi için sıcak ve nemli bir ortam sağlar. Ayrıca bazı yenidoğanlar, bu ürünlere karşı alerjik olabilir (Dağoğlu ve Görak, 2002). Eğer losyon sürüldükten sonra fazlası alınır ve tekrar sürmeden önce kalan losyon tabakası silinirse, bebeğe zarar vermesi önlenir. Deri aşırı derecede kuru görünüyorsa ve enfeksiyon için giriş yerleri varsa bebeğin banyo suyuna bebe yağı ilave edilir yada direkt olarak cildine sürülebilir.

Kusma ve aspirasyon olasılığını önlemek için bebeğin banyosu beslenmeden önce yaptırılır. Yenidoğanın banyosu, bebek odasında ya da banyo küveti içinde yaptırılabilir. Eğer bebeğe küvet içinde banyo yaptırılacaksa aşağıda belirtilen güvenlik önlemleri alınmalıdır;

-Küvetin içine katlanmış bir havlu yerleştirilir.

-Küvete uygun sıcaklıkta su konur. Kaza ile yanmaları önlemek için suyun sıcaklığı kontrol edilir.

-Oda sıcaklığı üşümeyi önlemek için yaklaşık 24–25 °C, banyo suyu ise 37–38 °C olmalıdır.

-Banyo suyunun sıcaklığı en iyi şekilde ön kolun iç yüzeyi ile test edilir. Dirsek, suyun bebek için çok sıcak olup olmadığını belirlemede yeterince duyarlı değildir (Dağoğlu ve Görak,2002).

Eğer bebeğin kilosu çok düşük veya normal banyo için uygun koşullar yoksa babağa silme banyosu yaptırılmalıdır. Silme banyosunda bebeğin vücut ısısını

kaybetmemesi için bölge bölge açılarak silinmelidir. Silme banyo suyu sıcaklığı bebeğin özelliğine uygun olmalıdır(Tatlı ve Gürel, 2002).

Silme banyosunda, ince bez veya tülbent temiz su kabında ıslatıldıktan sonra ele sarılır. Temizliğe ilk olarak gözlerden başlanmalı ve gözler içerden dışarıya doğru silinmelidir. Her göz için ayrı bez veya pamuk top kullanılmalıdır. Burun delikleri kontrol edilir ve temizlenir. Temizlemede pamuklu kürdan çöpler asla kullanılmamalıdır. Dış kulak yoluna temizleme bezi sokulmamalıdır. Kulak yıkandıktan sonra yüzün kalan kısmı, sabunlu ve duru su ile temizlenir. Yüz temizliği her gün, ağız ve çene temizliği ise her beslenmeden önce ve sonra yapılmalıdır (Tatlı ve Gürel, 2002)

Boyun da bulunan kırışıklıklar arası dikkatlice silinir. Boyunun silinmesinden sonra bebeğin başı yıkanması için fontanellere baskı yapılmadan baş yıkanmalıdır. Boynu desteklenir ve koltuk altları, kollar, göğüs, sırt ve karın sabunlu ve duru bez ile sırayla silinir. Bacakları, kalçaları ve genitaleri sabunlu ve duru su ile yıkanır. Genital bölge temizliği önden arkaya doğru yapılmalıdır. Erkek çocuklarında günlük olarak penis ve skrotum sabunlu su ile yıkanmalıdır.

Yenidoğanın genital bölge temizliği cilde olacak tahrişi önlemek amacı ile her bez değişiminde yıkanmalıdır. Cilt bakımı için yağ ve pudra önerilmez. Cilt bakımında A ve D vitaminli pomadı önerilmektedir(Lund ve Ark., 1999; Tatlı ve Gürel, 2002).

1.7.22. Bebeğin Tutulması

Baş desteği: Bebeğin boyun kasları oldukça zayıftır. Bu nedenle 3 aylık olana kadar ağır olan başını dik tutamaz ve destekleyemez. Bebek yaşamının ilk 5 ayına kadar dik pozisyonda tutulurken başını tutmasını desteklemek için, onu kucakladığımızda

vücudundan tutarken elinizi bebeğin başının arkasına yerleştirerek tutmanız gerekir. Böylece sırtı ve başı kol ve el ile birlikte desteklemiş olunur.

Pozisyon: Bebeklere bakımları sırasında farklı pozisyonlar verilir. “Football” pozisyonunda bebeğin başı avuç içi ile desteklenirken, vücudu da aynı elin kolu ile desteklenir. Bu pozisyon diğer elin serbest kalmasına izin verilir. Böylece bu pozisyondan yararlanarak bir el ve kol ile çocuğu tutarken diğer el ile başı yıkanabilir veya emzirebilir.

Kullanılacak değişik bir pozisyonda beslenmeden sonra gaz çıkarmak amacıyla kullanılan pozisyonudur. Bu pozisyonda bebek baş ve omuz hizasında dik tutarak, sırtını sıvazlayıp veya hafifçe vurup gazı çıkartılabilir. Aynı zamanda bebeği kucağa (dizlerin üzerine) oturabilir ve bir el ile başı ve göğsü desteklerken diğer el ile sırtı yavaşça ovalanabilir. Bu pozisyon, salya akışı durumunda bebeğin yüzünün görülmesini sağlar. Bebeğin dizlerin üzerine yüzükoyun yatırıp, sırtını sıvazlayarak da gazı çıkartılabilir (Dağoğlu ve Görak, 2002).

1.8. Bebeğin ilk Yılında Karşılaşılabilecek Sorunlar

1.8.1.Kusma

Yenidoğanlardaki kusma ataklarının oldukça fazla bir bölümünde eşlik eden tıbbi bir sorun bulunmamaktadır. Yapılan bir araştırmada 900 den fazla yenidoğan incelenmiş, bu bebeklerin gün içinde ortaya çıkan regürjitasyon ya da kusmanın %47’ sinden fazlasında altta yatan tıbbi bir hastalık olmadığı bulunmuştur (Miyazawa ve Ark., 2002). Bebek kustuğunda bir öğün gibi görünen süt tükürük ve mukusla karışık bir-iki çay kasığı dolusu süt olduğunu bilmelidir. Bebeğin kustuğu süt yalnızca yemek borusuna kadar gidip oradan geri geldi ise pek fazla değişikliğe uğramaz. Ancak mideye kadar inmiş ise her sekli değişmiştir. Hem de eksi süt kokusu bulunur. Aynı zamanda hava ile karışan beslenmelerde geğirme ile bir miktar süt gelebilir. Bebeğin tutuş pozisyonuna dikkat edilmediğinde de bir miktar kesik süt

gelebilir. Bebeğin kusması durumunda dik tutuş pozisyonunda tutulmalı veya sol yanına yatırılmalıdır. Kusmuş olduğu sütün niteliğine göre de tekrardan beslenebilir. Eger süt kesilmiş ise beslenmeyebilir, süt yemek borusundan gelmiş ise bir süre sonra tekrar beslenebilir (Çavuşoğlu, 2000; Çankırlı, 2003; Burke ve Whit Hall, 2007).

1.8.3. Emmeme

Anne adaylarının günlük çektiği konulardan birisi de bebeğin dönem dönem emmeyi reddetmesidir. Emmeyi reddetme sebepleri arasında da burun tıkanıklığı, rahat nefes alıp verememesi bulunabilir. Bu sorunun giderilmesi için burun damlası veya ucu pamuklu temizlik kürdanları kullanılabilir. Bebek emzik ve biberon kullanımından dolayı da annenin gösünü emmede isteksizlik gösterebilir. Aynı zamanda bebek tok olabilir. Bebek bir müddet beklendikten sonra tekrar emzirmelidir (Myazava ve Ark., 2002).

Vatandaş, bebeğin emmeme nedenleri arasında burnunu tıkanık olabileceği, bebeğin ağzında pamukçuk şeklinde yaralar olabileceği, gaz sancısının olabileceği, biberon emzik kullanımının da emmeyi reddetmeye neden olabileceğini belirtmiştir.

1.8.4. Ağlama Nöbetleri

Ağlama bebeklerin tek iletişim kurma biçimleridir ve ilk bebek konuşmasıdır. Bebeğin aç mı, uykusuz mu, yalnız mı, rahatsız mı olduğunu ancak ağladığından anlaşılacaktır. İlerleyen zamanda bebeğin farklı ağlamalarını deşifre etmek kendiliğinden oluşacaktır.

Bebeğin bazı ağlamaları ise temel ihtiyaçlarından kaynaklanmaz. Bebek bir sebebi olmaksızın gün içinde 10-15 dk. Ağlayabilir. Bebeğin karnı tok, gazı yok, altı

temiz ve uykusu yok ise, sakinleştirmek için yapılabilecek birkaç uygulama vardır (Çavuşoğlu, 2000; Çankırılı, 2003).

Bebeği sakinleştirmede kullanılan ilk yöntem kucağa alıp gezdirme ve hafif hafif sallanmasıdır. Bebek anne karnında en uyanık ve hareketli olduğu an annenin uyuduğu zamandır. Anne uyanık ve hareketli olduğu zamanda ise annenin hareketleri ona ninni gibi gelmektedir. Bu nedenle bebekleri ağlamaları sırasında bir örtü içine koyup sallamak, kucakta sallayarak gezmek veya araba da gezintiye çıkmak bebeğin sakinleşmesinde etkili yöntemlerdir. Bunun yanı sıra uygun sıcaklıkta bir banyo yaptırmak bebeğin gevşemesini ve sakinleşmesini sağlayacaktır. Bebeğe cildine uygun yağ veya nemlendirici kremler ile masaj yapmakta gevşemesini ve sakinleşmesini sağlayacaktır (Çankırılı, 2003; Biltekin ve Ark.,2004).

1.8.5. Hıçkırık

Bazı bebekler doğumdan hemen sonra hatta doğumdan önce bile sürekli hıçkırırlar. Bebek anne rahminde iken sürekli hıçkırıyor ise ilk aylarda da hıçkırmaya devam edecektir. Yetişkinlerdekinin tersine ve yeni doğanda bunun belli bir nedeni yoktur ve bebeğin bir tür refleksidir. Aynı zamanda bebeği rahatsız etmez. Ancak uzun sürerse bir miktar emzirilir ve gazı çıkartılabilir. Bunlar uygulanarak hıçkırığı geçirecektir (Çankırılı, 2003; Vatandaş, 2004).

Hıçkırık diafragmanın aralıklı olarak kasılması ve bu kasılmalar sırasında glottisin kapanması ile karakterize refleks orijinli bir aktivitedir eğer bebeğin hıçkırığı kronik ise tedavisinde kullanılabilen ilaçlar olarak bildirilen valproik asit kullanılabilir (Pelin ve Ark., 2001).

1.8.6. Anne Sütüne Bağlı Sarılık

Hangi nedenle olursa olsun ortaya çıkan sarılıkta emzirmeye ara verilmemelidir; bu durumun tek istinası bebeğin değişim transfüzyonu gerektiren risk altında olmasıdır. Tek başına fototerapi uygulanması gerekliliği emzirmeye ara verilmesi için yeterli bir neden değildir (Maisels ve Ark., 2004). Anne sütüne bağlı sarılık olası bir durumdur ve yenidoğanların %1 ila %33 ünde orta çıkmakta olduğu inanılmaktadır. Emzirmeye ara verilmesi için tek neden düşük maliyetli bir anne sütü sarılığı tanısının bu sayede konmasıdır. Emzirmeye ara verildikten 24 ila 48 saat sonra bilirubin düzeyinin yeniden kontrol edilmesiyle anlamlı bir azalma olduğu ortaya çıkarsa tanı anne sütüne bağlı sarılık olarak doğrulanmış olur ve bu sayede daha ciddi hastalıklar için ileri inceleme yapılmasına gerek kalmaz (Stoll ve Ark., 2004). Bu yanlış tedavi yaklaşımları ile emzirmeye ara vermenin bir sonucu olarak, bazı anneler emzirmeyi tamamen kesmektedir. Ailelere doğru yaklaşımları anlatmak gerekmektedir (Digirolamo ve Ark., 2005).

1.8.7. Ateş

Ateş yenidoğan ve çocukluk döneminde en sık karşılaşılan ve aileleri en çok telaşa düşüren belirtilerden biridir. Neredeyse tüm çocukların doğumdan itibaren en az bir kez 37.8-40 C arasında ateşleri olmaktadır (Liebman ve Ark., 2000). Ateş aileler için önemli bir korku kaynağıdır, öyle ki zaman zaman normal vucut ısılarında bile ateş düşürücü ilaç kullanmak, uyuyan çocuğu uyandırarak ateş düşürücü ilaç vermek, ateşini düşürmek için soğuk su, alkol veya sirke gibi uygulamalar yapmak, antibiyotikleri ateş düşürücü olarak kullanmak, birden fazla antipiretik kullanmak gibi gereksiz hatta zararlı olabilecek uygulamalar yapılmakta ve sonucunda çocukların sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir (Huffman, 2002).

İzmir’ de 2004 yılında yapılan bir çalışmada anneler çocukların da ateş saptadıklarında annelerin %81’i bebeğine soğuk uygulama, %47 ‘si ılık uygulama, %33’ü alkol/sirkeli su uygulaması yapmakta, %23’ü ateş düşürücü ilaç vermekte, %9’u ise hemen bir sağlık kuruluşuna götürdüğünü ifade etmektedir. Yapılan bu araştırmada annelerin ateş bakımı konusunda yanlışlıkları olduğu saptanmış ve bu

konuda sağlık personelinden gerekli bilgileri alması konusunda sonuca varılmıştır (Esenay ve Ark, 2004).

Sağlıklı çocukta 39°C nin altındaki ateşte genellikle ilaç tedavisi gerekmez. Ateş yükseldikçe, çocuk daha rahatsız olmaya başlar ve antipiretiklerin verilmesi sıklıkla hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlar. Ateş çocukta aksiler ölçüm ile 37.5°C nin üzerinde olduğu zaman evde en iyi yapılacak müdahale çocuğa ılık uygulama yapmaktır yapılan müdahaleye rağmen ateş yükselmeye devam ederse çocuk sağlık kuruluşuna götürülmelidir (Powell, 2007).

1.8.8. Yenidoğanın Tarama Testleri

Doğumsal metabolik hatalıkları veya genetik hastalıklar gibi durumları belirlemek için yenidoğanlarda bazı tarama testlerinin yapılması gerekir. Çünkü erken tanı konulup tedavisi başlatılmazsa bozukluklar mental retardasyona veya daha ciddi problemlere neden olabilir. Tarama testleri kolay ve ucuzdur. Tarama testleri ile genellikle daha yaygın olarak, fenilketonüri, hipotriodi, galaktozemi, orak hücreli anemi, talasemi gibi hemoglobinoopatiler taranır.

Tüm yenidoğanlara tarama testleri yapılmalıdır. Problemlili yenidoğanlara daha fazla test yapılır. Tarama testleri için kan örneği, yenidoğan beslenmeye başladıktan sonra özellikle fenilketonüri taramasında yenidoğan proteinli besinler ile beslenmeye başladıktan 24 saat sonrasında 5. güne kadar alınmalı ve ilk hafta içinde tarama laboratuvarına gönderilmelidir (Dağoğlu ve Görak,2002).

1.8.9. Bebeğin Aşıları

Çocukluk ağı aşılamaları, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaşamsal öneme sahip olan bir parçasıdır. Aşı ile korunma sağlanabilen hastalıklardan bebek ölümlerinin

engellenmesi amacıyla, WHO tarafından, tüm dünya çocuklarının korumaya alınmasını hedefleyen “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” geliştirilmiştir. Bu program 1981’den bu yana ülkemizde de uygulanmakta, hedefleri arasında tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık ve hepatit B hastalıklarını kontrol altına almaya yönelik olarak sıfır yaş grubundaki bebeklerin %90’ını 12. aya ulaştıklarında tam aşıli hale getirmek yer almaktadır.

Çocuk sağlığının geleneksel olarak birincil sorumlusu olan anneler, aşı takviminin uygulanmasında sağlık personelinin en temel yardımcılarıdır (Case, 2001). Doğum sonrası dönemden itibaren annenin, sağlığının düzene girmesiyle birlikte, bebeğin gereksinimlerini karşılayabilecek duruma gelmesi, bebeğin bakımı ve sağlığı ile ilgili sorumluluğu üstlenmesi beklenir. Anne adayına doğum öncesi bakım ziyaretleri sırasında bebek bakımı, beslenmesi, sağlıklı çocuğun gelişim evreleri, çocukluk çağı aşıları hakkında bilgiler verilmesi, annenin doğumdan hemen sonra bebeğin sorumluluğunu üstlenmeye kendini hazır hissetmesi, bebeğe daha sağlıklı bir yaşam sürme olanağı sunması açısından önemlidir. Böylece aşı takviminin tam ve zamanında uygulanmasına özen göstermesi de sağlanmış olur (Uzuner ve Ark.,2005).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma yenidoğan yoğunbakım ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)'nde 20.10.2010- 15.06.2011 tarihleri arasında bebeği yatan 201 anne oluşturmaktadır.

2.3. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmaya 20.10.2010 - 15.06.2011 tarihleri arasında YYBÜ'nde bebeği yatan, evli, rahat iletişim kurabilen, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü annelerin tamamının alınması planlanmıştır ancak annelerin 148'i yapılan araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

2.4. Araştırmanın Yöntemi

Veri toplamak amacıyla, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen annelerin tanımlayıcı özelliklerini içeren yedi soru, annelerin obstetrik özelliklerini içeren yedi soru ve annelerin yenidoğan bebek bakımına yönelik bilgi düzeylerini değerlendirmeyi içeren 43 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket

formunun ön uygulaması için araştırmaya dahil edilmemiş 30 anneye anket soruları uygulanmış ve anlaşılmayan veya yanlış anlaşılan sorular ve seçenekler yeniden dzenlenerek soru formuna son şekli verilmiştir. Verilerin toplanmasında deneklerin birbirinden etkilenmelerini önlemek için yüz yüze görüşme yöntemi uygulanmıştır. Araştırma deneklere yenidoğan bakımı ile ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan 57 soruluk anket bizzat araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

2.5. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS 11.5 paket programında bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Niteliksel veriler sayı ve yüzde (%) ile, niceliksel veriler ise aritmetik ortalama (\pm) standart sapma ile ifade edilmiştir. Annelerin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla anket formunda sorulan her sorunun doğru cevabına bir puan verilmiştir ve annelerin bilgi düzeyleri non- parametrik olan Mann- Whitney U, Fışher's Exact Test, Kruskal- Wallis Test'leri kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında ise Chi- Square Test'i kullanılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ ve $p<0,01$ olarak kabul edilmiştir.

2.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlanmadan önce araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Etik Kurulu'na sunularak araştırma için etik kurul onayı 26548 nolu yazı ile alınmıştır (Ek 3). Araştırmayı gönüllü olarak kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır. Ayrıca araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden "bilgilendirilmiş onam" koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Araştırmada göz önünde bulundurulan diğer bir ilke "insan onuruna saygı" dır. Yine araştırmaya katılan annelerden alınan kişisel bilgilerin başka kimseye söylenemeyeceği açıklanmış ve "gizlilik" ilkesine bağlı kalarak güvenleri sağlanmıştır

3.BULGULAR

Tablo 3.1. Annelerin Sosyo Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı

Annelerin Sosyo Ekonomik Özellikleri		Sayı	Yüzde (%)
Yaş	20- 25 yaş arası	37	%25,0
	25- 30 yaş arası	59	%39,9
	30- 35 yaş arası	31	%20,9
	35- 40 yaş arası	17	%11,5
	40 yaş ve üzeri	4	%2,7
Eğitim Durumu	Okur- yazar	2	%1,4
	İlkokul mezunu	49	%33,1
	Ortaokul mezunu	17	%11,5
	Lise mezunu	42	%28,4
	Üniversite mezunu	38	%25,7
Meslek	Ev hanımı	93	%62,8
	Memur	26	%17,6
	İşçi	14	%9,5
	Muhasebeci	3	%2,0
	Özel sektör çalışanı	10	%6,8
	Mühendis	2	%1,4
Oturlan yer	İl	77	%52,0
	İlçe	58	%39,2
	Köy	13	% 8,8
Aile tipi	Çekirdek tip aile	129	%87,2
	Geniş tip aile	19	%12,8
Annenin sosyal güvencesi	SSK	104	%70,3
	Emekli sandığı	22	%14,9
	Bağkur	12	% 8,1
	Yeşil- kart	6	% 4,1
	Özel sağlık sigortası	2	% 1,4
	Sağlık güvencesi yok	2	%1,4
Annenin gelir düzeyi	Gelir giderden az	30	%20,3
	Gelir gidere denk	99	%66,9
	Gelir giderden fazla	19	%12,8
Toplam		148	%100

Araştırmaya katılan annelerin yaşları 20-25 yaş ve 25-30 yaş arasında yoğunluk göstermektedir. Annelerin %33,1'i ilkokul mezunudur. Annelerin %62,8'i ev hanımıdır. Annelerin %52'si il merkezinde oturmaktadır. Annelerin %87,2'si çekirdek aile tipi yapısına sahiptir. Annelerin %70,3'ü SSK sağlık güvencesine sahip olup sosyal güvencesi olmayanlar annelerin %1,4'nü oluşturmaktadır. Anneler %66,9'unun gelir durumu giderine denktir.

Tablo 3.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Annelerin Obstetrik özellikleri	Sayı	Yüzde (%)	
Kaçıncı çocuk olduğu	1.çocuk	91	%61,5
	2.çocuk	37	%25,0
	3.çocuk	16	%10,8
	4.çocuk	3	%2,0
	5.çocuk	1	%0,7
Şimdiki çocuk ile bundan önceki çocuk arasındaki yıl farkı	İlk çocuk	91	%61,5
	1- 4 yıl arası	30	%20,3
	5- 9 yıl arası	14	%9,5
	10 yıl ve üzeri	13	%8,8
Gebeliği isteme durumu	Evet	133	%89,9
	Hayır	15	%10,1
Gebelik öncesinde bilgi alma durumu	Evet	106	%71,6
	Hayır	42	%28,4
Gebelik öncesi bilgi alanların bilgiyi kimden/nereden aldıkları	Sağlık personeli	37	%25,0
	Kitap- Broşür	15	%10,1
	TV	3	%2,0
	Akraba	30	%20,3
	Sağlık personeli-Akraba	3	%2,0
	Kitap-Akraba	3	%2,0
	Kitap- Sağlık personeli	10	%6,8
	İnternet	5	%3,4
Bebek bakımında güçlük yaşayabileceği durumu	Evet	50	%33,8
	Hayır	98	%66,2

Bebek bakımında ne tür güçlükler yaşanabileceği	Güçlük yaşamam	98	%66,2
	Bebeğin bakımı	28	%18,9
	Bebeğin beslenmesi	10	%6,8
	Bebeğin enfeksiyon ve hastalıklardan korunması	6	%4,1
	Bebekte uyku ve gaz problemi olması	4	%2,7
	Bebeğin ağlaması	2	%1,4

Araştırmaya katılan annelerin %61,5'inin ilk çocuğu yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmaktadır ve ilk kez anne olmaktadır. Annelerin %89,9'unun gebeliği isteyerek gerçekleşmiştir. Annelerin %71,6'sı gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında bilgi almıştır, gebelik öncesi bilgi alan annelerin %25'i sağlık personelinde bilgi almıştır. Annelerin %66,2'si yenidoğan bebek bakımında güçlük yaşamayacağını düşünmektedir, yenidoğan bebek bakımında güçlük yaşayacağı düşünen %33,8 oranındaki annelerin %18,9'u bebek bakma konusunda güçlük yaşayabileceğini belirtmiştir.

Tablo 3.3. Annelerin Yenidoğan Bebek Bakımı İçin En İyi Besin Kaynağını Bilme Durumları

Yenidoğan bebek için en iyi besin kaynağı		Sayı	Yüzde (%)
		Anne sütü	144
Anne sütü ve inek sütü	2	% 1,4	
Hazır mama	1	% 0,7	
İnek sütü	1	%0,7	

Araştırmaya katılan annelerin %97,3'ü yenidoğan bebek için en iyi besin kaynağını anne sütü olduğunu bilmektedir.

Tablo 3.4. Annelerin yenidoğan bebeği İlk Ne Zaman Beslemesi Gerektiğini Bilme Durumları

Yenidoğan bebeğin ilk ne zaman besleneceği		Sayı	Yüzde (%)
	Doğumdan hemen sonraki ilk yarım saat	101	%68,2
	Doğumdan birkaç saat sonra	35	%23,6
	Doğumdan 12 saat sonra	2	%1,4
	Bilmiyorum	10	%6,8

Araştırmaya katılan annelerin %68,2'si yenidoğan bebeğin doğumdan sonra ilk yarım saat içinde beslenmesi gerektiğini bilmektedir.

Tablo 3.5. Annelerin Yenidoğan Bebeğin Gazının Ne Zaman Çıkarılacağını Bilme Durumları

Yenidoğan bebeğin gazının ne zaman çıkacağı		Sayı	Yüzde (%)
	Beslendikten sonra	138	%93,2
	Beslenmeden önce	5	%3,4
	Günde birkaç kez	3	%2,0
	Bilmiyorum	2	%1,4

Araştırmaya katılan annelerin %93,2'si yenidoğan bebeğin gazının beslenme sonrası çıkarılacağını bilmektedir.

Tablo 3.6. Annelerin Yenidoğan Bebeğin İlk Banyosunun Ne Zaman Yapılabileceği Bilme Durumları

Yenidoğan bebeğin ilk ne zaman yıkanabileceği		Sayı	Yüzde (%)
	Göbek kordonu düştükten sonra	101	%68,2
	Doğumdan birkaç gün sonra	28	%18,9
	Kırkı çıkınca	8	%5,4
	Doğumdan hemen sonra	8	%5,4
	Bilmiyorum	3	%2,0

Araştırmaya katılan annelerin %68,2'si yenidoğanın ilk kez göbek kordonu düştükten sonra yıkanması gerektiğini belirtmiştir, annelerin %18,9'u ise yenidoğanın doğduktan birkaç gün sonra yıkanabileceğini bilmiştir.

Tablo 3.7. Annelerin Yenidoğanın Göbek Kordonunun Bakımını Nasıl Yapacağını Bilme Durumları

Yenidoğanın göbek kordon bakımının nasıl yapılacağı		Sayı	Yüzde (%)
		Günde birkez uygun bir solüsyonla göbek kordonu ve çevresini temizleyerek	104
Göbek kordonuna hiç dokunulmamalı	11	%7,4	
Günde bir kez göbek tozu kullanılmalı	8	%5,4	
Bilmiyorum	25	%16,9	

Araştırmaya katılan annelerin %70,3'ü tentürdiyot veya batikonla göbek kordonundan başlayarak göbek çevresinin silinmesi gerektiğini belirtmiştir, annelerin %7,4'ü ise göbek kordonuna hiç dokunulmadan kuru kalması gerektiğini bilmektedir.

Tablo 3.8. Annelerin Yenidoğan Bebeğin Göbek Kordonundaki Enfeksiyon Belirtilerini Bilme Durumları

Yenidoğan göbek kordonundaki enfeksiyon belirtileri		Sayı	Yüzde (%)
		Kızarıklık şişlik ateş ve akıntı	105
Kanama	7	% 4,7	
Kurumaya başlaması	5	% 3,4	
Bilmiyorum	31	%20,9	

Araştırmaya katılan annelerin %70,9'u yenidoğanın göbek kordonunda enfeksiyon oluşması halinde belirtilerinin neler olduğunu bilmektedir.

Tablo 3.9. Annelerin Yenidoğan Bebeğın Ateşı Yükselmesi Durumunda Ne Yapılması Gerektiğini Bilme Durumları

		Sayı	Yüzde (%)
		Üstündeki giysiler çıkartılır, oda havalandırılır ve ılık su ile uygulama yapılır	124
Yenidoğanda ateş yükseldiğinde yapılması gerekenler	Soğuk su ile banyo yaptırılır	11	%7,4
	Üstü örtülür	4	%2,7
	Doktora götürürüm	2	%1,4
	Sirkeli su uygulanır	1	%0,7
	Bilmiyorum	6	%4,1

Araştırmaya katılan annelerin %83,8'i yenidoğan bebeklerde ateş yüksekliğı olduğunda neler yapılması gerektiğini bilmektedir.

Tablo 3.10. Annelerin Yenidoğan Bebeğın Kıyafetlerinin Nasıl Temizlendiğini Bilme Durumları

		Sayı	Yüzde (%)
		Sabun tozu ile yıkanmalı	120
Yenidoğan bebeğın çamaşırlarının nasıl temizlenmesi gerektiği	Çamaşırlar bol su ile durulanmalı	17	%11,5
	Detarjanla çamaşır makinesinde diğer kıyafetlerle birlikte yıkanmalı	5	% 3,4
	Bilmiyorum	6	%4,1

Araştırmaya katılan annelerin %81,1'i yenidoğan bebeğın çamaşırlarının nasıl yıkanması gerektiğini bilmektedir.

Tablo 3.11. Annelerin Yenidoğan Bebeğın Ağzında Pamukçuk Olduğında Ne Yapacağını Bilme Durumları

Yenidoğan bebeğin ağızında pamukçuk olması durumunda yapılması gereken		Sayı	Yüzde (%)
	Karbonatlı su ile silerim	72	%48,6
	Anne sütü ile silerim	38	%25,7
	Kuru bezle silerim	16	%10,8
	Doktora götürürüm	6	%4,1
	İki çay kaşığı şekerli su içiririm	1	%0,7
	Sıcak su ile ağızını silerim	1	%0,7
	Bilmiyorum	14	%9,5

Araştırmaya katılan annelerin %48,6'sı yenidoğanın ağızında pamukçuk olması halinde ne yapması gerektiğini bilmektedir.

Tablo 3.12. Annelerin Yenidoğanın Alt Bölge Temizliğinin Nasıl Yapıldığını Bilme Durumları

Yenidoğanın alt bölge temizliğinin nasıl yapılması gerektiği		Sayı	Yüzde (%)
	Her iki cinsiyette de önden arkaya doğru temizlik yapılmalı	84	%56,8
	Erkeklerde sünet derisinden kızlarda küçük tuvaletini yaptığı bölgeden başlayarak temizlenmelidir	41	%27,7
	Her iki cinsiyette de ilk olarak arka bölge temizlenmelidir	17	%11,5
	Bilmiyorum	6	%4,1

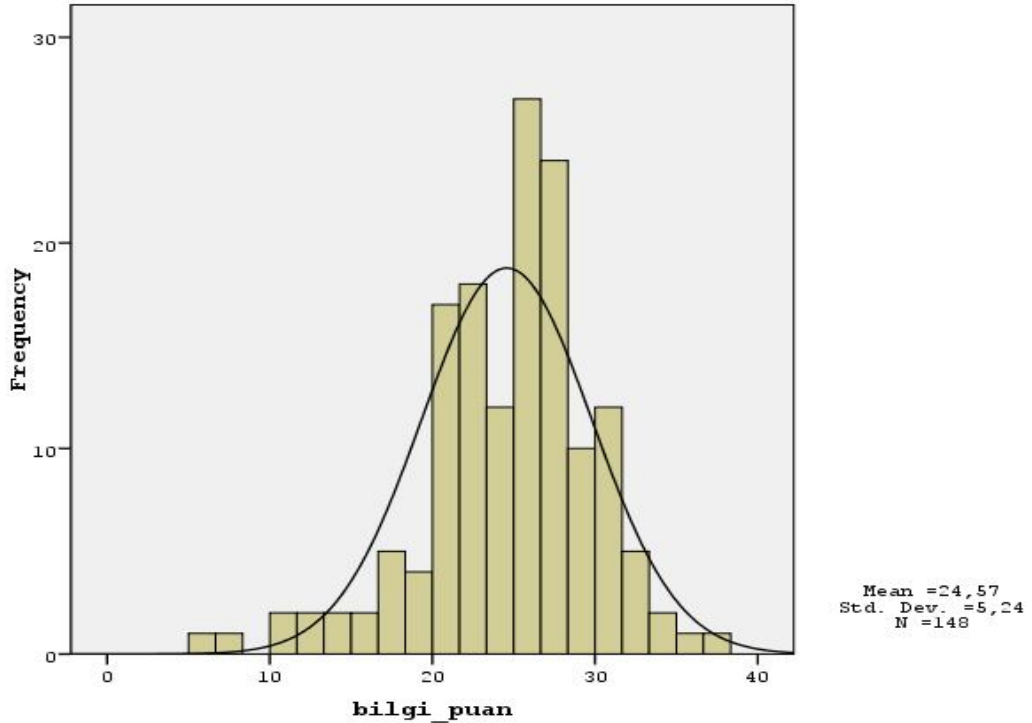
Araştırmaya katılan annelerin %56,8'i her iki cinsiyette de önden arkaya doğru alt bölge temizliğinin yapılması gerektiğini belirtirken, ancak %22,7'si alt bölge temizliği konusunda doğru bilgi vermiştir.

Tablo 3.13. Annelerin Yenidoğan Bebekte Emzik Kullanımının Hangi Dönemde Olduğunu Bilme Durumları

Yenidoğanda emzik kullanımının ne zaman olması gerektiği	Sayı		Yüzde (%)
	Hiç başlanmamalı	72	%48,6
Doğar doğmaz başlanmalı	23	%15,5	
Altıncı aydan itibaren başlanmalı	21	%14,2	
Emmesi azsa başlanmalı	5	%3,4	
Bebek isterse susturmak için	1	%0,7	
Bilmiyorum	26	%17,6	

Araştırmaya katılan annelerin %48,6'sı yenidoğanda emzik kullanımının hiç olmaması gerektiğini doğru belirtmiştir.

Grafik 3.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Bilgi Puan Dağılım Grafiği



Yukarıdaki grafik incelendiğinde, elde edilen verilerin sağa çarpık olduğu, normal bir dağılım olmadığı gözlenmektedir.

Tablo 3.14. Verilerin Bilgi Puan Dağılımı

Doğru cevap sayısı	Sayı	Yüzde (%)	Kümülatif yüzde
6	1	%0,7	%0,7
8	1	%0,7	%1,4
10	1	%0,7	%2,0
11	1	%0,7	%2,7
12	2	%1,4	%4,1
14	2	%1,4	%5,4
15	1	%0,7	%6,1
16	1	%0,7	%6,8
18	5	%3,4	%10,1
19	4	%2,7	%12,8
20	6	%4,1	%16,9
21	11	%7,4	%24,3
22	7	%4,7	%29,1
23	11	%7,4	%36,5
24	12	%8,1	%44,6
25	13	%8,8	%53,4
26	14	%9,5	%62,8
27	15	%10,1	%73,0
28	9	%6,1	%79,1
29	10	%6,8	%85,8
30	5	%3,4	%89,2
31	7	%4,7	%93,9
32	3	%2,0	%95,9
33	2	%1,4	%97,3
34	2	%1,4	%98,6
35	1	%0,7	%99,3
38	1	%0,7	%100
Toplam	148	%100	

Yukarıdaki tablo her sorunun doğru cevabına birer puan verilerek elde edilen bilgi puan sonuçlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan anneler ortalama $24,57 \pm 5,2$ doğru soru cevaplamışlardır. Anneler kırk üç sorudan en az altı soruya, en çok ise otuz sekiz soruya doğru cevap vermişlerdir. Kırk üç sorunun %70'ine doğru cevap verenler araştırmada biliyor olarak kabul edilmiştir. Kırk üç sorunun %70'i otuz soruya denk gelmektedir. Araştırmada otuz ve üzeri bilen kişi sayısı yirmi bir yani %14,2 otuzun altında kalan kişi sayısı ise yüz yirmi yedidir buda %85,8 kişiyi oluşturmaktadır.

Tablo 3.15 Annelerin Yaşı İle Bilgi Puanı Ve Bilgi Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Yaşı	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
20-25 yaş arası	23,16 ± 4,8	2 (%5,4)
25-30 yaş arası	25,39 ± 5,5	12 (%20,3)
30-35 yaş arası	24,65 ± 5,8	6 (19,4)
35-40 yaş arası	25,59 ± 3,2	1 (%5,9)
40 yaş ve üzeri	20,50 ± 3,4	0 (%0,0)
P	0,069*	0,166*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin yaşı ile bilme durumları ve bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 3.16. Annelerin Eğitim Düzeyleri İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Eğitim Durumu	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
Okur-Yazar	14,50 ± 12,0	0 (%0,0)
İlkokul Mezunu	23,45 ± 5,1	3 (%6,1)
Ortaokul Mezunu	21,35 ± 4,9	1 (%5,9)
Lise Mezunu	24,62 ± 4,5	6 (%14,3)
Üniversite Mezunu	27,92 ± 3,6	11 (%28,9)
P	0,075*	0,030*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri ile bilme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin sorulan soruları doğru

bilme durumları %28,9, ortaokul mezunlarının sorulan soruları doğru bilme durumları %5,9'dur, ilişki buradan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Ancak araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri ile bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.17. Annelerin Meslekleri İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Meslekleri	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
Ev Hanımı	23,27 ± 5,3	8 (%8,6)
Memur	28,23 ± 4,2	9 (%34,6)
İşçi	24,50 ± 4,4	2 (%14,3)
Muhasebeci	27,33 ± 3,2	1 (%33,3)
Özel Sektör	26,10 ± 3,3	1 (%10,0)
Mühendis	26,00 ± 0,0	0 (%0,0)
P	0,001**	0,027*

P**=0,01

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin meslek gurupları ile bilme durumları ve bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annelerin mesleği memur olanların bilgi puan ortalaması en yüksek 28,23± 4,2 mesleği ev hanımı olanların bilgi puan ortalaması en az 23,27 ± 5,3 dür, ilişki buradan kaynaklanmaktadır ($p<0,01$). Mesleği memur olan annelerin sorulara doğru cevap verme durumu %34,6 ile en çok, mesleği ev hanımı olan annelerin sorulan sorulara doğru cevaplama durumu %8,6 ile en azdır, bilme durumlarındaki ilişki de buradan kaynaklanmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 3.18. Annelerin Oturdukları Yer İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Oturdukları Yer	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
İl Merkezi	25,27 ± 5,1	11 (14,3)
İlçe	23,90 ± 5,6	10 (17,2)
Köy	23,38 ± 3,4	0 (%0,0)
P	0,174*	0,273*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin oturdukları yer ile bilgi puanı ve bilme durumları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Tablo 3.19. Annelerin Aile Tipi İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Aile Tipi	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
Çekirdek Aile Tipi	24,77 ± 5,2	19 (%14,7)
Geniş Aile Tipi	32,21 ± 5,2	2 (%10,5)
P	0,180*	1,000*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin aile tipi ile bilgi puanı ve bilme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 3.20. Annelerin Sahip Oldukları Sağlık Güvencesi İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumu Arasındaki İlişki

Annelerin Sahip Oldukları Sağlık Güvencesi	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
SSK	24,63 ± 4,9	15 (%14,4)
Emekli Sandığı	27,00 ± 4,7	5 (%22,7)
Bağ-kur	24,50 ± 4,4	1 (%8,3)
Yeşil Kart	17,00 ± 7,3	0 (%0,0)
Özel Sağlık Sigortası	21,50 ± 4,9	0 (%0,0)
Sağlık Güvencesi Yok	21,00 ± 0,0	0 (%0,0)
P	0,026*	0,652*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin sahip oldukları sağlık güvencesi ile bilgi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Emekli sandığı sağlık güvencesine sahip anneler en çok soru ortalaması 27,00 ± 4,7, yeşil kart sağlık güvencesine sahip anneler en az soru ortalaması 17,00 ± 7,3 sahiptir, ilişki buradan kaynaklanmaktadır (p<0,05). Annelerin sahip oldukları sağlık güvencesi ile bilme durumları arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p>0,05).

Tablo 3.21. Annelerin Gelir Durumları İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Gelir Durumu	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
Gelir Giderden Az	22,00 ± 4,7	1 (%3,3)
Gelir Gidere Denk	25,30 ± 4,9	17 (%17,2)
Gelir Giderden Fazla	24,79 ± 6,4	3 (%15,8)
P	0,003**	0,160*

P*=0,05

P**=0,01

Araştırmaya katılan annelerin gelir durumları ile bilgi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Annelerin gelir gidere denk olanların bilgi puan ortalaması $25,30 \pm 4,9$ gelir giderden az olanların bilgi puan ortalaması $22,00 \pm 4,7$ 'dir, ilişki buradan kaynaklanmaktadır ($p < 0,01$). Annelerin gelir durumları ile bilme durumları arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 3.22. Annelerin Şimdiki Çocukla Birlikte Sahip Oldukları Çocuk Sayısı İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Sahip Oldukları Çocuk Sayısı	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
1. çocuk	$24,71 \pm 4,9$	12 (%13,2)
2. Çocuk	$25,19 \pm 5,4$	8 (%21,6)
3. Çocuk	$22,81 \pm 5,6$	1 (%6,3)
4. Çocuk	$21,00 \pm 8,8$	0 (%0,0)
5. Çocuk	$27,00 \pm 0,0$	0 (%0,0)
P	0,631*	0,518*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin sahip oldukları çocuk sayısı ile bilgi puanı ve bilme durumları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 3.23. Annelerin Şimdiki Doğum İle Bir Önceki Doğum Arasında Geçen Süre İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Şimdiki Doğum İle Bundan Önceki Doğum Arasında Geçen Süre	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
1-4 Yıl Arası	$22,70 \pm 6,7$	5 (%16,7)
5-9 Yıl Arası	$27,29 \pm 3,6$	4 (%28,6)
10 Yıl Ve Üzeri	$24,92 \pm 3,0$	0 (%0,0)
İlk Çocuk	$24,71 \pm 4,9$	12 (%13,2)
P	0,136*	0,191*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin bu doğum ile bundan önceki doğum arasındaki yıl farkı ile bilgi puanı ve bilme durumu arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.24. Annelerin Bu Gebeliği İsteyerek Gerçekleştirmesi İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Gebeliği İsteme Durumları	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
Evet	24,66 ± 5,4	21 (%15,8)
Hayır	23,73 ± 3,1	0 (%0,0)
P	0,292*	0,130*

$P^*=0,05$

Araştırmaya katılan annelerin gebeliği isteyerek gerçekleştirme durumları ile bilgi puanı ve bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.25. Annelerin Gebelik Öncesi Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Alma Durumu İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Daha Önce Bebek Bakımı Hakkında Bilgi Alma Durumları	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
Evet	25,32 ± 5,1	18 (%17,0)
Hayır	22,67 ± 5,0	3 (%7,1)
P	0,002**	0,122*

$P^*=0,05$

$P^{**}=0,01$

Araştırmaya katılan annelerin daha önce bebek bakımı konusunda bilgi alma durumları ile bilgi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bebek bakımı konusunda daha önce bilgi alanların bilgi puan ortalamaları 25,32 ± 5,1, daha önce bebek bakımı konusu bilgi almayanların ise bilgi puan ortalaması 22,67 ± 5,0'dır, ilişki buradan kaynaklanmaktadır ($p<0,01$). Annelerin daha önce bebek bakımı konusunda bilgi almaları ile bilme durumları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.26. Annelerden Daha Önce Bebek Bakımında Bilgi Alanların Bilgiyi Nereden/Kimden Aldıkları ile Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Bilgiyi Nereden/ Kimden Aldıkları	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
Sağlık Personeli	26,05 ± 5,7	10 (%27,0)
Kitap- Broşür	25,80 ± 4,8	3 (%20,0)
TV	24,67 ± 0,5	0 (%0,0)
Akraba	23,80 ± 4,9	2 (%6,7)
Sağlık Personeli- Akraba	18,67 ± 7,5	0 (%0,0)
Kitap-TV-Akraba	26,33 ± 3,0	0 (%0,0)
Kitap-TV- Sağlık Personeli	27,30 ± 2,8	2 (%20,0)
İnternet	27,40 ± 2,8	1 (%20,0)
P	0,182*	0,434*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin daha önce her hangi bir yerden bebek bakımı konusunda bilgi almaları ile bilgi puanı ve bilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 3.27. Annelerin Hastaneden Taburcu Olduktan Sonra Bebek Bakımında Güçlük Çekme Düşünceleri İle Bilgi Puanı Ve Bilme Durumları Arasındaki İlişki

Annelerin Taburcu Olunca Bebek Bakımında Güçlük Yaşacağını Düşünmeleri	Bilgi Puanı	Bilme Durumu
Evet	23,34 ± 5,6	6 (%12,0)
Hayır	25,19 ± 4,9	15 (%15,3)
P	0,025*	0,804*

P*=0,05

Araştırmaya katılan annelerin bilme durumu açısından hastaneden taburcu olduktan sonra bebek bakımı konusunda evde güçlük çekenlerle çekmeyenler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Ancak bu anlamlıdır, çünkü güçlük çekeceğini düşünenlerin ortalaması güçlük çekmeyeceğini düşünenlerden daha düşük bulunmuştur. Ancak iki grubun ortalamaları bilme eşik değeri olan otuz sorunun altında kalmıştır.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğumuz araştırma verileri tartışılmıştır.

Bu çalışmaya 20-45 yaşlar arasında yaş ortalaması 27.7 ± 2.2 olan 148 anne katılmıştır. Anneler üzerinde yapılan benzer çalışmalarda annelerin yaş ortalamaları 26.7 ± 5.7 bulunmuştur (Bilgili, 2009). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasında da (TNSA) kadın nüfusunun %18.3'ünü 25-29 yaş grubu oluşturmaktadır olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de kadınların ilk doğurganlık deneyimlerini 20'li yaşlarda yaşadıklarını göstermektedir. Günümüzdeki doğurganlık yaşına bakıldığında, ortalama bir kadın 25 yaşında bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olmaktadır. Kırsal alandaki kadınlar her yaş grubunda kentsel alanlardaki aynı yaş grubundaki kadınlara göre daha fazla çocuk doğurmaktadır. Kırsal alandaki yaşa özel doğurganlık hızları, 15-19 yaş grubundan itibaren hızlı bir şekilde artmakta, 20-24 yaş grubunda en üst noktaya ulaşmakta ve daha sonra ise yavaş bir şekilde düşmektedir (TNSA 2008).

Araştırmamızda yenidoğan yoğun bakımda bebeği yatan annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında %1.4'ü okur-yazar, %33.1'i ilkokul mezunu, %11.5'i ortaokul mezunu, %28.4'ü lise mezunu ve %25.4'ü üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada ise araştırmaya katılan araştırmacıların %5.3'ü okur-yazar değil, %2.4'ü okur-yazar, %76.1'inde ilkokul mezunu, %12.8'ü lise mezunu ve %3.5'ü yüksek okul mezunu olarak belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda okuma yazma bilmeyen anne bulunmamaktadır ve üniversite mezunu anne diğer çalışmalara oranla daha fazla bulunmuştur. Bu durum ülkemizde okur yazarlık ve eğitim- öğretim durumunun arttığını göstermektedir. Ayrıca annenin eğitim durumu ile iyi bir bebek bakımı arasında olumlu bir ilişki olduğu bizim çalışmamızda görülmektedir.

Araştırmamızda annelerin %62.8 'i ev hanımıdır, araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu çalışmamaktadır. Benzer çalışma olan Bilgili'nin yapmış olduğu araştırmada ise annelerin %82.7'si çalışmamaktadır. Bu durum günümüzde ülkemizde çalışan anne sayısının az olduğunu göstermektedir. Araştırmamızda annelerin %52.0'ı il merkezinde oturmaktadır, annelerin %87.2'si çekirdek tipi aile yapısına sahiptir. Bilgilinin yapmış olduğu araştırmada annelerin %55.1'ı il merkezinde oturmaktadır ve %69.9'u çekirdek tipi aileye sahiptir. Bu durum bize araştırmaya alınan grupların büyük çoğunluğunun il merkezlerinde oturduğunu ve çekirdek tip aileye sahip olduğunu göstermektedir. Elde edilen bu veriler bize araştırmaya katılan bireylerin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabileceklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %70.3'ü SSK sağlık güvencesine sahiptir, herhangi bir sağlık güvencesi olmayan anne oranı ise %1.4'tür. Benzer bir çalışma olan Özçelik'in yapmış olduğu araştırmada ise annelerin %45.1'inin SSK sağlık güvencesine sahip olduğu, %9.6'sının ise sosyal güvencesinin olmadığı belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda annelerin sosyal güvencesi olma oranı artmakta ve sosyal güvencesi olmayan kişi sayısının azaldığı gözlenmektedir, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek bakımından olumlu olan bu durumun çalışmamızın büyükşehir il merkezindeki bir üniversite hastanesinde yapılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin gelir durumları incelendiğinde annelerin %66.9'unun gelirinin giderine denk olduğu, %20.3'ünün ise gelirinin giderden daha az olduğu bulunmuştur. Özçelik'in araştırmasında annelerin %80.9'sinin gelirinin gidere denk olduğu, %16.5'inin ise gelirinin kötü olduğu bulunmuştur. Bu durum bize araştırmaya katılan bireylerin gelir durumlarının çok iyi olmadığı hatta azımsanmayacak bir oranın da gelirinin kötü olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %61.5'inin ilk çocuğu olduğu, %20,3'ünün gebelik aralığının 48 ay ve altında olduğu saptanmıştır. Bu sonuç Mucuk ve ark' nın çalışma sonucuyla benzer bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde

ülkemizdeki aile planlaması çalışmalarının bu sonuca olumlu katkısı olduğu da düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %89,9'u isteyerek hamile kaldığını belirtmiştir. Başer'in çalışmasında ise bu oran annelerin % 67,3' olarak verilmiştir. Yenidoğan bakımı açısından annelerin bebeklerine isteyerek sahip olmaları, onların gereken bakımı daha fazla özen ve özveriyle sağlayacaklarını düşündüren olumlu bir bulgudur.

Araştırmaya katılan annelerin doğum öncesi bilgi alma durumları incelendiğinde annelerin %71,6'sı daha önce bebek bakımı konusunda bilgi aldığını belirtmiştir. Özçelik'in çalışmasında annelerin %28,9'u, Arslan'ın yapmış olduğu araştırmada annelerin %57,6'sı daha önce bebek bakımı konusunda bilgi aldığı ve Genç ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada annelerin %35,2'si daha önce bilgi almış sadece kendi deneyimlerine güvenmediğini belirtmiştir. Araştırmalar arasındaki fark araştırmaya alınan annelerin yaşadığı çevre farklılığı, sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeylerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Araştırma bulgularımız Arslan'ın yapmış olduğu çalışma bulguları ile yakınlık göstermektedir. Annelerin daha önce bebek bakımı konusunda bilgi alma durumları iyi bebek bakımını etkilemektedir. Bizim araştırmamız da bu durumu destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan annelerin %25'i sağlık personelinden, %20.3'ü her hangi bir akrabasından, %10,1'i kitap-broşürden, %5.4'ü internet ve TV gibi kaynaklardan yenidoğan bakımına yönelik bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Özçelik'in yapmış olduğu araştırmada annelerin %62.9'u ailesinden, %27.4'ü sağlık personelinden %9.8'ide diğer kaynaklardan bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. Arslan'ın yapmış olduğu araştırmada annelerin %11.9'u annelerinden, %42.4'ü kitaptan ve %3.4'ü de hemşire'den bilgi aldığı belirtilmektedir. Genç ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada annelerin %64.8'i kendi deneyimleri ile, %21.2'si annelerinden bilgi aldığını %10.4'ü sağlık personelinden ve %3.6'sıda kitap – TV ve gazeteden bilgi

edindiği belirtilmektedir. Yapmış olduğumuz araştırmaya ve Özçelik'in araştırmasına göre annelerin %25 ve fazlası sağlık personelinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Ancak araştırma sonuçlarına göre annelerin bilgi kaynaklarını etkin olarak kullanamadıkları görölmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %66.2'si bebek bakımı konusunda sorun yaşamayacağını belirtmişlerdir, %33.8'i ise her hangi bir sorunla karşılaşıp güçlük yaşayacağını düşünmektedir. Güçlük yaşacağını belirten annelerin %18.9'u bebek bakımı, %6.8'i bebeğin beslenmesi, %4.1'i bebeğin enfeksiyon kapıp hasta olması, %2.7'si bebekte uyku ve gaz problemi ve %1.4'ü ise ağlama problemi olup bununla baş etmede zorluk yaşayacağını belirtmiştir. Doğan'ın yapmış olduğu araştırmada Annelerin %91.3'ü göz, burun ve ağız bakımı, %91.3'ü bebeğin banyo ve cilt bakımı, %95.7'si beslenmesi ve %83.7'si alt bakımı ile ilgili bilgiye gereksinim duymaktadırlar. Göröldüğu gibi annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgiye gereksinimleri vardır. Greaf ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da annelerin bebek beslenmesi ile ilgili kaygılarının ilk sırada yer aldığı görölmüştür. Başer ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada da annelerin yenidoğan bakımına ilişkin bilgi gereksinimlerinde birinci sırada ağız bakımı, ikinci sırada göz bakımı, üçüncü sırada bebeğin banyosu ve dördüncü sırada bebeğin emzirilmesi ve beslenmesi yer almaktadır. Araştırma bulgularımız da incelendiğinde araştırmaya katılan annelerin sadece bebek bakımında güçlük yaşayacağını düşünen kısmı değil tümüne yakını bu problemlerle karşılaştığında ne yapacağını doğru olarak bilmediği belirlenmiştir, yapılan araştırmalarda bunu desteklemektedir. Bu doğrultuda annelerin bebek bakımı konusunda daha önceden doğru kişi ve güvenilir kaynaklardan bilgi almaları ve bu bilgileri etkin bir şekilde kullanmaları önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin %97.3'ü yenidoğan bebek için en iyi besin kaynağının anne sütü, %1.4'ü anne sütü ve inek sütü, %0.7'si hazır mama, %0.7'si inek sütü olduğunu belirtmiştir. Naylor'un yapmış olduğu araştırmada annelerin %98.3'ü bebeğin anne sütü ile beslenmesi gerektiğini bildiğini belirtmiştir. Yapılan araştırmalar göz önüne alındığında annelerin tamamına yakını yenidoğan bebek için en iyi besin kaynağının anne sütü olduğunu bilmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %68.2'si yenidoğan bebeğin doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde, %23.6'sı doğumdan birkaç saat sonra, %1.4'ü doğumdan on iki saat sonra yenidoğanın emzirilmesi gerektiğini belirtirken %6.8'i bilmediğini belirtmiştir. Dereli ve Kırca'nın yapmış olduğu araştırmada annelerin %44.4'ü bebeğini doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzilir diye belirtirken %25.4'ü ise bilmediğini, %29.6'sı da doğumdan sonra birkaç saat sonra emzirmeli diye belirtmekte ve %1.1'inde ilk ezandan sonra emzirmelidir şeklinde cevaplanmıştır. Biltekin ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmalarında annelerin %69'u birkaç saat sonra ve ezan bekleyerek bebeklerini ilk olarak beslediklerini belirtmektedir. En sık kullanılan yöntemin doğumdan birkaç saat sonra emzirilmesi olduğu belirtilmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada çocukların anne sütü alma durumları incelenmiş ve %9.3'ünün hiç anne sütü almadığı, 4-6 ay arasında anne sütü alanların oranı da %42.6 bulunmuştur. Gürakan ve arkadaşlarının araştırmalarında annelerin %97.3'ü anne sütü ile beslenmesi gerektiğini, ilk sütün verilmesi gerektiğini %90.2'si belirtmiştir.

Emzirmeye erken başlanması hem anne hem de bebek için yararlıdır. Emzirmek anne rahminin kasılmasını sağlayan oksitosin hormonunun yapımını uyarır. Kolostrum denilen ilk anne sütü çok yoğun şekilde antikor içerdiği için yenidoğan enfeksiyonlarından bebeği korur. TNSA 2003 den elde edilen tüm çocukların emzirmeye başlama zamanı ile ilgili bilgiler, ülkemizde anne sütü ile beslenmeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir. Annelerin bebeklerini ortalama 6 saat sonra emzirdikleri belirlenmiştir. Yapılan tüm araştırmalar ve araştırmamız incelendiğinde yenidoğan bebeğe ilk yarım saat içinde anne sütü verilmesi gerektiği büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin bebeğin gazının ne zaman çıkartılması gerektiği sorusuna %93.2'si beslendikten sonra, %3.4'ü beslenmeden önce, %2.0'ı günde birkaç kez ve %1.4'ü bilmiyorum cevabını vermiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda annelerin tamamına yakınının bebeği besledikten sonra gazının çıkartılması gerektiğini doğru bir şekilde cevapladığı görülmektedir. Beslenme sonrası bebeğin gazının çıkartılması hem bebek için hem de aile için çok önemlidir.

Bebeğin gazının çıkarılmasının aileleri için bebek ağlamaları ile birlikte bir stres kaynağı haline geldiği ve sadece bebeğin gaz şikayetinden dolayı ailelerin sağlık kuruluşuna başvurmasına neden olduğu bir çok araştırma sonucunda belirlenmiştir (Bingöler, 2003).

Araştırmaya katılan annelerin yenidoğan bebek ilk ne zaman yikanır sorusuna %68.2'si bebeğin göbek kordonu düştükten sonra, %18.9'u doğumdan birkaç gün sonra, %5.4'ü bebeğin kırkık çıkınca, %5.4'ü doğumdan hemen sonra, %2.0'ı ise doğumdan hemen sonra cevabını vermiştir. Özçelik'in yapmış olduğu araştırmada annelerin %53.5'i doğumdan hemen sonra, %31.6'sı göbek kordonu düştükten sonra, %2.4'ü kırkık çıktıktan sonra bebeğin ilk banyosunu yaması gerektiğini belirtmiştir. Bebeğin ilk banyosunun doğumda hemen sonra yaptırılması yarardan çok zarar getirebilir. Bebeğin vücudunu toplayan Verniksin koruyucu ve yara iyileşmesini hızlandırıcı özelliği düşünülerek verniks bebeğin cildi tarafından emilinceye kadar ve yenidoğanın vücut ısısı stabil olana kadar bebeğin ilk banyosu ertelenmelidir (Tatlı, 2002). Yapılan araştırmalar karşılaştırıldığında bizim araştırmamızda bebeği doğumdan hemen sonra diyen annelerin sayısının oldukça azaldığı gözlenmektedir. Olumlu olan bu durumun bizim araştırmamızın büyük şehir il merkezinde yapılmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Araştırmaya katılan annelerin %70.3'ü yenidoğanın göbek kordonun günde bir kez uygun bir solüsyon ile göbek kordonundan başlayarak çevresini temizleyecek şekilde, %7.4'ü göbek kordonuna hiç dokunmayarak, %5.4'ü günde bir kez göbek tozu dökerek temizlenmesi gerektiğini ifade ederken %16.9'u ne yapması gerektiğini bilmediğini ifade etmiştir. Oğur ve arkadaşları yapmış oldukları araştırmalarında araştırmaya katılan annelerin % 60'ı göbek bakımını bilmekte iken % 40'ı ise göbek bakımını bilmediği belirtilmiştir. Yeni doğanda göbek 5–14 günler arasında düşer. Bu süre zarfında göbek kanama ve infeksiyon yönünden izlenmelidir. Umbilikal kordonun kuru tutulması kuruyup düşmesini kolaylaştırmak ve enfeksiyonu önlemek açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle bakımdan sonra göbek yarası ıslak bırakılmamalı, açıkta tutularak tamamen kuruması beklenmelidir. Bakımdan sonra altı bağlanırken göbek alt bezinin üstünde kalmalı, alt bezi göbeğe sürtünmemelidir

(Zuban ve Ark., 2004). Yenidoğanın göbek kordonunun uygun bir solüsyonla temizlemek doğrudur ancak bu koşulların evde mümkün olmayacağı düşünülerek annelerin göbek kordonunu sadece kuru tutması oluşabilecek enfeksiyonu önlemek açısından yeterlidir (Janssen ve Ark., 2003). Yapılan araştırmalarda annelerin göbek bakımını bildiğini ifade ettiği ancak yanlış uygulama yaptıkları görülmektedir. Bizim araştırmamızda da göbeğe hiç dokunulmadan kuru tutulması gerektiğini bilen anne oranı sadece %5.4'tür. Bu bakımdan evlerine gönderilen yenidoğanların hastaneye tekrar Omfolit, göbekte kızarıklık, şişlik, enfeksiyon gibi nedenlerle geri dönmesi kaçınılmaz değildir.

Araştırmaya katılan annelere göbek kordonunda enfeksiyon belirtileri nelerdir diye sorulduğunda; %70.9'u kızarıklık, şişlik, %4.2'si kanama, %3.4'ü kurumaya başlaması, %2.9'u bilmiyorum ifadesini kullanmıştır. Janssen ve arkadaşlarının araştırmasında annelerin bebeğin göbek kordonun da oluşabilecek enfeksiyon belirtileri sorulduğunda annelerin %46.0'ı kızarıklık, sislik ve ateş olabilir, %13.8'i akıntı ve kanama olabilir ve %46.3'ü de enfeksiyon belirtilerini bilmediğini belirtmiştir. Bir çok bebek bakımına yönelik kaynakta bebeğin göbeğinde oluşabilecek enfeksiyon belirtileri olarak kızarıklık, sislik ve ateş ilk zaman belirtileri olarak geçmektedir. Akıntı ve kanama ise ileri derecede enfeksiyon belirtileri olarak değerlendirilmiştir. Annelerin yaklaşık yarısının enfeksiyonun ilk belirtilerini bilmiş olduğu belirlenmiştir. Enfeksiyon belirtileri kızarıklık, ateş, akıntı, sislik, hassasiyet, ve kanama olarak sayılabilir. Ebeveyn adaylarının bu belirtiler yönünden dikkat etmesi ve gözlemesi gereklidir. Bizim araştırmamızda annelerin göbekte oluşabilecek enfeksiyon belirtilerini bilme oranları daha fazladır. Buna rağmen anneler göbek kordonu bakımında uygun yöntemi kullanmadıkları ortaya çıkmaktadır. Enfeksiyon durumunun ortaya çıkmasında mutlaka bir doktora başvurulmalıdır(Çavuşoğlu,2000; Çankırılı, 2003).

Biltekin ve arkadaşlarının araştırmalarında annelerin göbek düşmesi ve bakımı için çaput bağlama, göbek tozu ve kahve dökme %40.0 oranı ile en sık uygulanan yöntemlerden olduğu belirtilmiştir. Bu soruya yanıt veren annelerin %31'i bu yöntemlerden herhangi birini yaptığı belirtilmiştir. Bizim araştırmamız bu

araştırmaya göre daha gelişim göstermiş ve annelerin bu gibi geleneksel uygulamalar uygulamadığı gözlenmiştir. Bu durumun bebekte göbük kordonu enfeksiyonun daha az görülüp hastaneye bebeğın bu nedenle tekrar yatışının önüne geçeceği düşünülmektedir (Biltekin, 2004).

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinde ateş yüksekliğı olduğı zaman %83.8'i bebeğın üzerindeki giysileri çıkarıp odayı havalandırdığını ve bebeğine ılık uygulama yaptığını, %7.4'ü bebeğini soğuk su ile banyo yaptırdığını, %2.7'si bebeğının üzerini örttüğünü, %1.4'ü doktora götürdüğünü, %4.1'i ise ne yapacağını bilmediğini ifade etmiştir. Esenay ve arkadaşlarının yapmış olduğı çalışmada anneler çocukların da ateş saptadıklarında annelerin %81'i bebeğine soğuk uygulama, %47 'si ılık uygulama, %33'ü alkol/sirkeli su uygulaması yapmakta, %23'ü ateş düşürücü ilaç vermekte, %9'u ise hemen bir sağıık kuruluşuna götürdüğünü ifade etmektedir. Yapılan bu araştırma bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir, araştırmada doğru cevabı veren anneler olsa annelerin ateş bakımı konusunda yanlışlıkları olduğı da yüksek oranda saptanmış ve bu konuda sağıık personelden gerekli bilgileri olması konusunda sonuca varılmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin %81.1'i bebeğın kıyafetlerini sabun tozu ile yıkadığını, %11.5'i bol su ile çamaşırları duruladığını, %3.4'ü kendi çamaşırları ile beraber yıkadığını, %4.1'i ise bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir. Özçelik'in yapmış olduğı araştırmada annelerin %10.5'i bebeğın çamaşırlarının ev halkının çamaşırları ile birlikte yıkanabileceğini, %88.6'sı, bebeğın çamaşırlarının ayrı olarak sabun tozu gibi bebeğın cildini tahriş ve alerji oluşturmayacak bir deterjanla yıkanması gerektiğini belirtmiş, %0.2'si ise aynı zamanda bol su ile ovulmalı şeklinde belirtirken, %0.9'u bebeğın çamaşırlarının nasıl yıkanması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir. Araştırmamız Özçelik'in yapmış olduğı araştırma ile benzerlik göstermektedir. Annelerin çoğı bebeğın çamaşırlarının nasıl yıkanacağını doğru olarak ifade etmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %48.6'sı bebeğinin ağzında pamukçuk olduğu zaman bebeğin ağızını karbonatlı su ile sildiği, %25.7'sinin anne sütü ile sildiği, %10.8'inin kuru bezle sildiği, %4.1'i doktora götürdüğü, %9.5'i ise bilmediğini ifade etti. Öztürk'ün yapmış olduğu araştırmada annelerin bebeğin ağız temizliğine yönelik uygun olan uygulamalar sorulduğunda %4.5'i kaynamış su ile ıslatılmış tülbent, %8.7'si beslenmesi sonrasında su içirmek, %26.3'ü bebeğin ağız bakımının yapılmayacağını ve %57.7'side buna yönelik bir uygulama bilmediğini belirtmiştir. Özçelik'in araştırmasında annelerin yalnızca yaklaşık %20'si uygun bir yöntem bilmektedir. Araştırmalar arasında farklılıklar bulunmaktadır, bizim araştırmamızda anneler ağız bakımına yönelik doğru bilgileri bilme oranları daha fazladır. Annelerin bebeğin ağız bakımına ilişkin bilgi düzeyinin diğer araştırmaya nazaran yüksek olmasını annelerin etkin bilgi edinme kaynaklarını doğru kullanmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin yenidoğan bebeğin alt bölge bakımı nasıl yapılmadığı sorusuna verdikleri cevapları incelendiğinde; annelerin %56.8'i her iki cinsiyette de alt bölge temizliğinin önden arkaya doğru olması gerektiği, %27.2'si erkeklerde sünnet derisinden kızlarda küçük tuvaletini yaptığı bölgeden başlayarak temizlenmesi gerektiği, %11.5'i her iki cinsiyette de önce arka bölgesinin daha sonra ön bölgesinin temizlenmesi gerektiğini ve %4.1'inin ise bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Aslan'ın yapmış olduğu araştırmada annelerin bebeğin perine bakımına yönelik uygulama bilgileri incelendiğinde %0.9'u erkek bebeklerinde sünnet derisinden başlayarak önden arkaya doğru temizlenmeli diye belirtmiş, %51.1'i ise her iki cinsiyette de perine temizliğinin arkadan öne doğru yapılması gerektiğini belirtirken, %43.8'i ise her iki cinsiyette de perine temizliğini önden arkaya doğru yapılması gerektiğini ve %4.2'si ise perine temizliğini bilmediğini belirtmiştir. Bizim araştırmamızda annelerin yarısından fazlası bu soruya doğru cevap vermiştir ve diğer araştırmadan bu oran oldukça fazladır, annelerin bebekte perine bakımını uygun bir şekilde yapması bilgilerini etkin ve doğru kullanması sevindirici bir durumdur.

Araştırmaya katılan annelere yenidoğan bebekte emzik kullanımı nasıl olmalıdır diye sorulduğunda; annelerin %48.6'sı hiç başlanmamalı, %15.5'i doğar doğmaz başlanmalı, %14.2'si altıncı ayda başlanmalı, %3.4'ü emmesi azsa başlanmalı şeklinde ifade ederken, %17.6'sı ise bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir. İrgil ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ise annelerin %62.8'i bebeklerin huzursuzluğu nedeniyle, %33.6'sı bebeğin ağlamasını engellemek için, %1.8'i ise uyutabilmek için emzik kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde bizim araştırmamızda annelerin yarısına yakını yenidoğanda emzik kullanılmaması gerektiğini doğru olarak ifade etmiştir. Öncelikli olarak emzik kesinlikle kullanılmamalıdır. Emzik kullanımı bebeği emzirdikten sonra uykuya dalmasını kolaylaştırmak amaçlı uykuya dalarken verilebilir. Ancak bebek uykuya daldıktan sonra emzik alınmalıdır. Araştırmalar arasındaki bu farkın bizim araştırmamızın büyükşehir il merkezinde yapılmış olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Araştırmaya katılan annelerin yaşları ile bilgi puanı ve bilme durumları karşılaştırıldığında yaş aralığı 20-25 olan genç annelerin bilgi puanı $23,16 \pm 4,8$ iken bilme durumları %5.4'tür, yaşı 40 ve üzeri olan annelerin bilgi puanı $20,50 \pm 3,4$ iken bilme durumları %0'dır. Araştırmaya katılan annelerin en iyi bilme durumları ve bilgi puanları dağılımı 25-30 yaş arasındadır, öyle ki bu yaştaki annelerin bilgi puanları $25,39 \pm 5,5$ ve bilme durumları ise %20.3'tür ($p=0.05$). Özçelik'in yapmış olduğu araştırmada annelerin yaşlarına göre bebek bakımına yönelik sorulara vermiş oldukları cevaplara göre almış oldukları bilgi puanı karşılaştırıldığında genç yaşta olan annelerin 27.92 ± 9.44 gibi oldukça düşük bir puan alırken yaşı 35-44 yaş grubu olan anne adayları ise 34.91 ± 7.87 gibi daha yüksek bir puan almıştır. Görünen odur ki yaşı genç olan anneler bebek bakımı konusunda daha az bilgiye sahip iken orta yaş anneler bebek bakımı konusunda daha çok bilgi sahibi olmaktadır. Ancak araştırmaya katılan annelerin yaşları ile bilme durumu ve bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, bunun nedeninin annelerin elde ettikleri bilgileri etkin kullanmamış olmalarıdır.

Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumları ile bilgi puanı ve bilme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde annelerin eğitim durumları ile yenidoğan bakımı konusundaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Okur yazar annelerin bilgi puanı $14,50 \pm 12,0$ iken bilme durumları %0'dır. Üniversite mezunu annelerin ise bilgi puanı $27,92 \pm 3,6$ iken bilme durumları %28,9'dır ($p=0.05$). Özçelik'in yapmış olduğu araştırmada annelerin bilgi puan ortalamaları okur-yazar olanlar ise 25.80 ± 8.48 iken, ilk okul mezunu olanlar ise 31.22 ± 9.30 gibi bir ortalamaya sahipken, lise mezunu olanlar ise 35.94 ± 12.82 gibi bir ortalamaya sahip ve üniversite mezunları ise 39.00 ± 14.32 gibi bir bilgi puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. İrgil ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada anne adaylarının eğitim durumlarına göre bebek bakım bilgi düzeyleri değerlendirilmiş ve okur-yazar olmayan annelerin %69'unun 0-20 puan arasında değerler alırken, ilk okul mezunu annelerin %54'ü 21-40 arasında puan alırken, orta okul ve üzeri mezun olan annelerin %54'ü 40 ve üzeri arasında bir puan almışlardır. Bizim yapmış olduğumuz araştırmada da eğitim düzeyi yükseldikçe annelerin bilme durumları da yükselmiştir. Araştırmamıza göre eğitim düzeyi yükseldikçe yenidoğan bebek bakımına yönelik annelerin bilme durumlarının da arttığı görülmektedir. Bu bilgi artışının en önemli nedeni annenin eğitim düzeyi olduğu belirlenmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe annelerin bilgiyi edinme çabası ve bilgiye ulaşma yollarını edinme çabası daha da artmaktadır (Aslan, 2001).

Araştırmaya katılan annelerin meslekleri ile yenidoğan bakımı ile ilgili sorulara vermiş oldukları cevaplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Öyle ki annelerin meslekleri ve hem bilgi puanları hem de bilme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annelerin mesleği memur olanların bilgi puan ortalaması en yüksek $28,23 \pm 4,2$ mesleği ev hanımı olanların bilgi puan ortalaması en az $23,27 \pm 5,3$ dır ($p=0.05$, $p=0.01$). Özçelik'in yapmış olduğu araştırmada annelerin çalışma durumuna göre bebek bakımı bilgi düzeyleri incelendiğinde de çalışan annelerin yani bir meslek sahibi olan ev hanımları ve çalışan annelerin sırasıyla bilgi düzeyleri arasında 31.49 ± 9.76 ve 47.56 ± 13.07 gibi oldukça büyük bir fark görülmektedir. Bizim araştırmamızda ve yapılan diğer araştırmalarda çalışan annelerin yenidoğan bebek bakımı konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

Araştırmaya katılan annelerin yenidoğan bakımı ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar ile oturdukları yer incelendiğinde annelerden köyde oturanların bilgi puanı $23,38 \pm 3,4$ iken bilme durumları %0'dır, ilçede oturan annelerin bilgi puanı $23,38 \pm 3,4$ iken bilme durumları %17.2'dir, il merkezinde oturanların bilgi puanı $25,27 \pm 5,1$ iken bilme durumu %14.3'tür ($p=0.05$). Yaşanılan bölge bilgi kaynaklarına ulaşımı etkilemektedir. Şehir merkezinde yaşayan anneler rahatlıkla herhangi bir sağlık personeli veya diğer bilgi kaynaklarına ulaşırken, kırsal kesimde yasan anne adayları bilgi kaynaklarına ulaşımında güçlük yaşadıkları görülmektedir. Ancak bu durum yine de araştırma sonucuna göre anneler arasında oturdukları yer ve bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermemiştir.

Araştırmaya katılan annelerin aile tipi ve yenidoğan bebek bakımı bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiye baktığımızda; çekirdek aile tipine sahip annelerin bilgi puanı $24,77 \pm 5,2$ bilme durumu ise %14.7'dir. geniş aile tipine sahip annelerin bilgi puanı $32,21 \pm 5,2$ ve bilme durumu ise %10.5'tir. annelerin aile tipinin ile yenidoğan bebek bakımı bilgi düzeylerini etkilememektedir.

Araştırmaya katılan annelerin sağlık güvencesine göre yenidoğan bebek bakımı bilgi düzeylerine bakıldığında; annelerin sağlık güvencesinin bilgi puanını etkilerken bilme durumunu etkilemediği saptanmıştır. Emekli sandığı sağlık güvencesine sahip anneler en çok soru ortalaması $27,00 \pm 4,7$, yeşil kart sağlık güvencesine sahip anneler en az soru ortalaması $17,00 \pm 7,3$ sahip olduğu bulunmuştur ($p=0.05$). Günümüzde on sekiz yaş altı her çocuğun sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu durumda her anne istediği sağlık kuruluşuna gidip bebeğini muayene ettirebilir ve bebeği için gerekli bilgiyi alabilir. Anneler sağlık kuruluşlarından yeterli ve etkin faydalanmadığı için yenidoğan bebek bakımına ilişkin bilme durumları yetersizdir.

Yapmış olduğumuz araştırmada annelerin gelir durumlarına göre bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında annelerin gelir düzeyi arttıkça bilgi puanlarının da arttığı gözlenmiştir. Geliri giderden az olan annelerin bilgi puanı $22,00 \pm 4,7$, geliri

gidere denk olan annelerin bilgi puanı $25,30 \pm 4,9$, geliri giderden fazla olan annelerin bilgi puanı ise $24,79 \pm 6,4$ 'dir ($p=0.05$). Görüldüğü gibi gelir durumu annelerin bilgi puanında bir etkiye sahiptir ancak annelerin bilme durumlarını etkilememektedir. Araştırma sonucuna göre anneler bilgilerini etkin kullanmamaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin sahip oldukları çocuk sayısı ve bu doğum ile bundan önceki doğum arasındaki yıl farkının yenidoğan bebek bakımı bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş fakat annelerin sahip olduğu çocuk sayısının bebek bakımına etkisi olmadığı bulunmuştur. Ruchala'nın yapmış olduğu araştırmada annelerin sahip oldukları çocuk sayısına göre bilgi puan düzeyleri değerlendirildiğinde hiç çocuğu olmayan ilk gebeliği olan anne adaylarının %25'sinin 41-üzeri arasında puan aldığı , bir ve üzeri çocuk sahibi olan annelerin %38'inin 41- üzeri arasında puan aldıkları belirtilmiştir. Bizim araştırmamızın Ruchala'nın yapmış olduğu araştırmadan farklı olması nedeni bizim araştırmamızdaki annelerin bilgi puanının bilme durumunu etkilememiş olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin bu gebeliği isteme durumlarına göre yenidoğan bebek bakımı bilgi düzeylerine bakıldığında; gebeliği isteyenlerin bilgi puanı $24,66 \pm 5,4$ ve bilme durumu %15.8'dir. gebeliği istemeyenlerin bilgi puanı $23,73 \pm 3,1$ ve bilme durumları %0'dır ($p=0.05$). Araştırmaya katılan annelerin gebeliğini isteyerek gerçekleştirenlerin yenidoğan bebek bakımı konusunda bilgi puanı ve bilme durumları gebeliği isteyerek gerçekleştirilmeyenlere göre daha yüksektir ancak bu durum bir fark yaratmamaktadır. Araştırmaya katılan annelerin gebeliği isteyerek gerçekleştirmeleri bilgi düzeylerini etkilemediği görülmüştür.

Araştırmaya katılan annelerin daha önce bebek bakımına yönelik bilgi alma durumlarına göre yenidoğan bebek bakımı bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; daha önce bebek bakımı konusunda bilgi alan annelerin bilgi puanı $25,32 \pm 5,1$ iken bilme durumları %17.0'dır, daha önce bebek bakımı konusunda

bilgi almayan annelerin bilgi puanı $22,67 \pm 5,0$ ve bilme durumları %7.1'dir ($p=0.05$ - $p=0.01$). Ruchala'nın yapmış olduğu araştırmada anne adaylarının bilgi alma özelliklerine göre bakıldığında bilgi aldığını belirten annelerin %62'si 41-üzeri puan alırken, bilgi almadığını belirten annelerin %29'u 41-üzeri puan almış oldukları belirtilmiştir. Bizim araştırmamız ile Ruchala'nın araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin daha önce bebek bakımına yönelik bilgi aldığı kaynaklara göre yenidoğan bebek bakımına yönelik bilgi düzeyleri incelendiğinde; sağlık personelinden bilgi alan annelerin bilgi puanı $26,05 \pm 5,7$ ve bilme durumu %27.0'dır, kitap-broşür kaynaklarından bilgi edinen annelerin bilgi puanı $25,80 \pm 4,8$ ve bilme durumun %20.0'dır, TV den bilgi edinen annelerin bilgi puanı $24,67 \pm 0,5$ ve bilme durumu %0.0'dır, akrabasından bilgi alan annelerin bilgi puanı $23,80 \pm 4,9$ ve bilme durumu %6.7'dir ($p=0.05$). Özçelik'in yapmış olduğu araştırmada annelerin bilgiyi edindiği kaynaklara göre almış oldukları bilgi puanları incelendiğinde bilgi kaynağı olarak kitap kullanan anne adaylarının bilgi düzeyleri 40.44 ± 12.84 gibi bir düzeyde iken, sağlık ocaklarında verilen kitapçıklardan bilgi edindiğini belirten anne adaylarının bilgi puan düzeyi ise 36.26 ± 10.94 gibi bir düzeyde iken, televizyon programlarını izleyerek bilgi edindiğini belirten anne adaylarının bilgi puan düzeyi ise 39.42 ± 72.68 bulunmuştur. Yapılan araştırmalar arasında farklılıkların olmasının nedeni araştırmalar arasında bölge farkının olması ve annelerin farklı tip kaynak tercih etmesidir. Araştırmamızda her ne kadar sağlık personelinden bilgi alan annelerin bilgi puanları diğer kaynaklardan bilgi alan annelere oranla daha yüksek olsa da bu durum annelerin yenidoğan bebek bakımı konusunda bilgi sahibi olduklarını göstermemiştir. Bunun da en büyük nedeni annelerin bilgi kaynaklarını etkin kullanmamış olmalarıdır.

Araştırmaya katılan annelerin taburcu olduktan sonra bebek bakımı konusunda evde güçlük yaşayacağı düşüncelerine göre yenidoğan bebek bakımı bakımına yönelik bilgi düzeyleri incelendiğinde; güçlük yaşayacağını düşünen annelerin bilgi puanı $23,34 \pm 5,6$ iken bilme durumu %12.0'dır, güçlük

yaşamayacağını düşünenlerin bilgi puanı $25,19 \pm 4,9$ iken bilme durumu %15.3'tür ($p=0.05$). Yaptığımız araştırma sonucunda araştırmaya katılan annelerin yenidoğan bebek bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı bulunmuştur. her anne bebek bakımı konusunda kendine güvense de mutlaka etkin bir eğitim alması gerekmektedir.

Oğur ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada annelerin bebek bakımı hakkındaki tam ve doğru bilgiye sahip olanlarının oranı oldukça düşük olarak saptanmıştır. Bizim yapmış olduğumuz araştırmada annelerin ortalama $24,57 \pm 5,2$ doğru soru cevaplamış olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda anneler 43 sorudan en az altı soruya en çok 38 soruya doğru cevap vermişlerdir. Araştırmamızda 38 soruya doğru cevap veren kişi sayısı birdir. Soruların %70'ine doğru cevap veren kişi oranı ise sadece %14.2'dir. Yapmış olduğumuz araştırma annelerin yenidoğan bebek bakımına yönelik bilgilerinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİ

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin yaşı, oturdukları yer, sahip oldukları aile tipi, sahip oldukları çocuk sayısı, iki doğum arasında geçen süre, bu gebeliği isteme durumları ve yenidoğan bakımı hakkında bilgi aldıkları yer/kişi ile yenidoğan bebeğin bakımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,05$).

Araştırmamız sonucunda; araştırmaya katılan annelerin eğitim durumları, meslek grupları, sahip oldukları sosyal güvenceleri, gelir durumları, gebelik öncesi bilgi almaları ve yenidoğan bakımında güçlük yaşayacağını düşünmeleri ile yenidoğan bebeğin bakımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Üniversite mezunu annelerin yenidoğan bakımını bilme durumları %28,9 oranı ile en yüksek, mesleği memur olan annelerin bilme durumları %34,6 ile diğer meslek gruplarından en yüksek, emekli sandığı sosyal güvencesine sahip olan annelerin bilme durumları %22,7 ile diğer sosyal güvenceye sahip olan annelere oranla en yüksek olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde geliri giderine denk olan annelerin bilme durumları %17,2 ile en yüksek ve daha önce bebek bakımı konusunda bilgi alan annelerin bilme durumları %17 ile almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,05$ - $p=0,01$).

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Annelerin yenidoğan bakımı ile ilgili bilgi gereksinimlerinin önemi ve gereksinimlerin karşılanmasına yönelik eğitimlerin hamile kalınmasından hatta anne olmaya karar vermesinden itibaren düzenli olarak hekim, hemşire ve ebeler

tarafından verilmesi uygulamaların yaptırılması, geri bildirimlerin alınması doğum sonu ortaya çıkabilecek eğitim ihtiyacını en aza indirgeyecektir.

Anneden, doğum sonu dönemin değişikliklerine uyum sağlaması, annelik rolü ve bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine, bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması beklenir. Ailelere hastanede geçirilen kısa zaman süreci içinde kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmak her zaman mümkün değildir. Dolayısıyla bu tür hizmetlerin taburculuktan sonra evde de devam ettirilmesi gerekmektedir.

Eğitim verilecek birimlerde kullanılan eğitim materyalleri düzenli olarak denetlenmeli teknolojik gelişimlere uygunluk göstermelidir ve kullanılan materyaller elde edilen bilgiler ışığında yeniden düzenlenmelidir.

Doğuma hazırlık ve doğum sonu bakım grupları oluşturulamayan yerlerde, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ve doğum alanında çalışacak ebelerin hizmet içi eğitimlerle bilgilerinin yenilenmesi ve anne eğitimi programları oluşturulmaları konusunda yönlendirilmelidirler.

Doğum sonu dönemdeki kadın ve ailesine bakım veren sağlık personelinin bireyi bütüncül olarak değerlendirirken, onların inandıkları ve yaptıkları geleneksel uygulamaları da ortaya çıkaracak şekilde kapsamlı veri toplamasının önemli olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanları erken post-partum döneminde olan annelere yapacakları sağlık eğitiminde yenidoğan bebeğin bakımı, büyüme ve gelişmesi, beslenmesi ve aile planlaması yöntemleri üzerinde odaklanmalıdır.

Taburcu olmadan önce, yeni annelere bebek ve kendileriyle ilgili sorun olduğunu zaman zaman kimi arayacaklarına dair bilgi vermelidir.

Yapmış olduğumuz araştırmanın farklı boyutlarını görebilmek için niteliksel araştırma yöntemleri ile planlı olarak verilen eğitimin annelerin mevcut bilgilerine olan etkileri araştırılmalı, araştırmanın, toplumumuzu temsil edebilecek, değişik sosyo-kültürel düzeylerdeki anneleri kapsayan, farklı popölasyonlarda tekrarlanması önerilmektedir.

Ülkemizde de annelerin postpartum dönemdeki bakım gereksinimlerinin öncelikli olarak ele alınması, anne bebek sağlığının geliştirilmesine sağlayacağı yararlar açısından oldukça önemlidir.

ÖZET

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri

Gelecek nesilleri oluşturacak çocuklarımızın yenidoğan döneminde ortaya çıkan veya çıkabilecek sağlık sorunlarının erken fark edilmesi ve önlem alınması onlar için yaşamsaldır. Bu durumda yenidoğana en yakın kişi olan, onların annelerinin yenidoğan bakımında ne kadar bilgiye sahip oldukları ve hangi bilgilere ihtiyaçları olduğunu bilmek önemlidir.

Bu araştırma Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini 20.10.2010- 15.06.2010 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeği yatan evli, rahat iletişim kurabilen, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 148 anne oluşturmuştur. Annelere yenidoğan bebek bakımına yönelik bilgi düzeylerini değerlendirmeyi içeren 43 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Annelerin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla anket formunda sorulan her sorunun doğru cevabına bir puan verilmiştir. Elde edilen verilerin betimsel istatistikleri bulunarak, bu sonuçlar doğrultusunda, annelerin bilgi düzeylerini belirlemek için non- parametrik Mann- Whitney U, Fisher's Exact Test, Kruskal- Wallis Test'leri yapılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında ise Chi- Square Test'i kullanılmış ve anlamlılık düzeyi 0,05 ve 0,01 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 27.7 ± 2.2 olarak belirlenmiştir. Annelerin %33,1'ilkokul mezunu, %62,8'i ev hanımıdır ve %52'si il merkezinde oturmaktadır. Araştırmaya katılan annelerin %87,2'si çekirdek tip aileye sahiptir ve %70,3'ünün sağlık güvencesi SSK'dır. Annelerin %66,9'unun gelir durumu gidere denktir.

Annelerin yaşı, oturdukları yer, sahip oldukları aile tipi, sahip oldukları çocuk sayısı, iki doğum arasında geçen süre, bu gebeliği isteme durumları ve yenidoğan bakımı hakkında bilgi aldıkları yer/kişi ile yenidoğan bebeğin bakımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,05$).

Araştırmamız sonucunda; araştırmaya katılan annelerin eğitim durumları, meslek grupları, sahip oldukları sosyal güvenceleri, gelir durumları, gebelik öncesi bilgi almaları ve yenidoğan bakımında günlük yaşayacağını düşünmeleri ile yenidoğan bebeğin bakımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.01-p=0.05$).

Araştırma verilerine göre yapılan değerlendirmede annelerin yenidoğan bebek bakımına yönelik özellikle yenidoğanın beslenmesi, banyo gereksinimi, ağız ve göz bakımı, perine temizliği, emzik kullanımı, kullanılan eşyaların temizliği, gaz ve sancı gibi konularda bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır.

Annelerin yenidoğan bakımı ile ilgili bilgi gereksinimlerinin önemi ve gereksinimlerin karşılanmasına yönelik eğitimlerin hamile kalınmasından hatta anne olmaya karar verilmesinden itibaren düzenli olarak hekim, hemşire ve ebeler tarafından verilmesi, uygulamaların yaptırılması, geri bildirimlerin alınması doğum sonu ortaya çıkabilecek eğitim ihtiyacını en aza indirgeyecektir.

Anahtar Kelimeler: Anne, bilgi düzeyi, bilgi gereksinimi, yenidoğan, yenidoğan bakımı.

SUMMARY

Information Levels About Newborn Care Of The Mother Of The Babies Lining At The Newborn Intensive Care

Early detection of health problems that will emerge or likely to emerge during newborn period in our children who will form the upcoming generations and taking necessary preventive measures are vital for children. In this case, to know the type and amount of information that mothers, who are the closest persons to newborns, need concerning newborn care is highly important.

This research was carried out to determine information levels of mothers related to newborn care, whose infants staying in Newborn Intensive Care Unit of Ege University Children's hospital.

A total of 148 mothers whose infants have stayed in Newborn Intensive Care Unit of Ege University Children's hospital between 20 October 2010 and 15 June 2010, who were married, who could communicate easily, who had no psychiatric disorders and who were volunteered to participate in research comprised the scope of this descriptive type of study. A questionnaire including 43 questions evaluating the mothers' information levels related to newborn care was applied. The statistical analysis of data was performed by using SPSS 11.5 package program. One point was assigned to each true answer given to each question asked in the survey form in order to determine the information levels of mothers. Descriptive statistics of the data obtained were detected; and in the direction of these results non-parametric Mann-Whitney U Test, Fisher's Exact Test, Kruskal-Wallis Test were performed to establish the information levels of mothers. During comparison of data, Chi-Square Test was used and the level of significance was accepted as 0.05 and 0.01.

The mean age of mothers participated in study was identified as 27.7 ± 2.2 years. Of the mothers 33.1 % were elementary school graduates, 62.8 % were housewives and 52 % were residing in Centrum. 87.2 % of the mothers had a nuclear type of family and the type of social security was SSK in 70.3 %. Income status was equal to expenses in 66.9 % of the mothers.

Any significant relationship could not be found between mothers' age, place of residence, family type, number of children, time span between two childbirths, whether they wanted this pregnancy or not, the place/person they received information about newborn care and their information levels related to newborn care ($p=0.05$).

As a result of our research significant relationships were found between mothers' education status, occupation groups, social security, income levels, receiving information pre-gestation, assuming trouble could be experienced during newborn care and their information levels related to newborn care ($P=0.01/p=0.05$).

In the assessment performed according to research data, mothers were found to be in need of information about newborn infant care; especially in subjects such as nourishment of newborn, bathing, mouth and eye care, perineum cleaning, use of pacifier, cleanness of the belongings used, gas and pain.

The importance of mothers' information requirements related to newborn care and providing trainings aimed at meeting these requirements by physicians, nurses and midwives regularly, having practices done and receiving feedbacks will reduce the potential postnatal training requirement to minimum.

Key Words: Information level, information requirement, mother, newborn, newborn care.

KAYNAKLAR

- AAP Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. American Academy of Pediatrics. Pediatrics, 2000; 105: 650-6.
- American Academy Of Pediatrics Subcommittee On Hyperbilirubinemia, Maisels, M., Baltz, R., Newman, T., Palmer, H., et al. (2004). Management of hyperbilirubinemia in The Newborn Infant or More Weeks of Gestation. Pediatrics, 114:219-316.
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü <http://www.pendiksgb.saglik.gov.tr/docsemezirme> Erişim tarihi: 01.03.07.
- Anne Sütü İle İlgili Temel Gerçekler. http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html. Erişim Tarihi: 26.05.2011.
- ARSAN, S. (2002). Yenidoğan Sağlığına Küresel Bir Bakış. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni 5:5-9.
- ARSAN, S., ATASAY, B. (2003). Organization Of Neonatal Care Services And Its Importance. J Perinat med, 31: 392-394.
- ARSAN, S., ATASAY, B. (2004). Yenidoğan Muayenesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Baskı, Ankara: Baran Ofset, 159-162.
- ASLAN, Y. (Mart 2004). Genel Bakım. Neonatoloji. 2. Baskı, Ankara: Alp Ofset. Sy. 152-165.
- ASLAN, D., ÖZCEBE, H., BİLİR, N., VAİZOĞLU, S., SUBAŞI, N. (2004). Van İli Kent Merkezinde Beş Yaş Altı Çocuklarda Beslenme ve Malnütrisyon Durumu. Çocuk Dergisi, 4 (1):16-23.
- ASLAN, G., ŞENOL, S. (2006). Türkiye’de Bebek ve Çocukların Durumuna İlişkin Sorunlar ve Ebenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(1).
- ATABEK, E., KURTOĞLU, S. (2003). Normal Büyüme ve Büyümenin Kontrolü. Sendrom Dergisi, (8): 48 -54.
- ATLAS, B. (2006). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aşı Merkezi ve Yenidoğan İzleme Ünitesine Başvuran Annelerin Anne Sütü Konulu Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.

- AVCI, A., TOPUZOĞLU, A. (2008). İstanbul’da 2005’de Meydana Gelen Beş Yaş Altı Çocuk Ölümünün Değerlendirilmesi.
- BABAOĞLU, K., HATUN, Ş. (2002). Çocukluk Çağında Obezite. *Sted*, 11(1): 8-10.
- BAKİLER, A., ÖZGÜR, S., ÖZER, EA. (2005). Anne Sütü İle Beslenmeyi Etkileyen Faktörler. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. Sy. 11-15.
- BAKLAYA, N. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri Ve Ebe-Hemşirenin Rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2).
- BAŞER, M., MUCUK, S., KORKMAZ, Z., SEVGİ, Ü. (2005). Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14 (Ek sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)*. Sy. 54–58.
- BAUER, R., KOGAN, BA. (2008). New Developments in the Diagnosis and Management of Pediatric UTIs. *Urol Clin N Am*, 35: 47-58.
- BEBİŞ, H. (13-17.04.2005). Sağlıklı Yenidoğanın Evde Bakımı. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Kongresi Özet Kitabı. Kayseri. Sy. 450-454.
- BEŞER, E. (2006). Aydın İlinde 2004 yılı Bebek Ölümleri ve Ölü Doğumlar: Bildirim Sorunları, Tanımlayıcı Özellikleri ve Nedenleri; *7(2): 3–12*.
- BEYDAĞ, K. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, *Kor Hek*. 6(6): 479-484.
- BİLTEKİN, Ö., BURCU, Ö.D., DENKLİ, M.D., YALÇINKAYA, S. (2004). Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Dönem ve Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamaları Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(5): 166-168.
- BİLGİLİ, N. (2010). Yenidoğan Yoğunbakımda Bebeği Yatatan Ebeveynlerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri. *Ondokuzmayız Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi*. Sy. 71-93.
- BİNGÖLER, B., ULUKOL, B. (4-6.06.2003). “Aileler Neleri Bilmek İstiyor” II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kitabı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. Sy. 198-203.
- BUCKEY, K., CHARLES, G. (2006). Benefits and Challenges of Transitioning Preterm Infants to At- Breast Feedings. *Int Breastfeed J*, 31: 1-13.
- BUNDAK, R., NEYZİ, O., GÜNÖZ, H., DARENDELİLER, F. (2002). Büyüme- Gelişme ve Bozuklukları. Neyzi, O., Ertuğrul T (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri, Pediatri Cilt 1, 3. Baskı. Sy. 79-99.

- BURKE, B., WHIT HALL, R. (Ekim 2007). Yenidoğan Bakımı:Uygulamayı Biçimlendiren 12 İnanış, The Journal of Family Practice Vol 56, No 10: 802-807.
- BÜYÜKKOCA, M. (2001). Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı.Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir. Sy. 7-19 .
- CHANG, SL., SHORTLIFFE, LD. (2006). Pediatric Urinary Tract Infections. Pediatr Clin N Am. Sy. 379-400.
- CASE, A., PAXSON, C. (2001). Mothers and Others: Who Invests In Children's Health? Health Econ, 20:30: 301-28.
- ÇALIŞIR, H., ŞEKER, S., GÜLER, F., ANAÇ, G., TÜRKMEN, M. (2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12(1).
- ÇANKIRILI, A. (2003). Anneliğe İlk Adım Bebeğimi Büyütüyorum. Timaş Yayınları, İstanbul, 10. baskı. Sy. 25-50.
- ÇAVUŞOĞLU, H. (2004). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. (8. Baskı), cilt I, Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 5, 9, 19.
- ÇAVUŞOĞLU, H. (2000). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. H. Çavuşoğlu, Normal Yenidoğan ve Hemşirelik Bakımı, 4. Baskı, Ankara. Sy. 23-55.
- Çocuk Özel İhtisas Komisyonu Raporu. (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara. Sy. 7-9.
- DACHER, JN., HİTZEL, A., AVNİ, FE, et al. (2005). Imaging Strategies in Pediatric Urinary Tract Infection. Eur Radiol, 15(7): 1283- 1288.
- DAĞOĞLU, T. (2002). İntrauterin ve Ekstrauterin Büyümeyi Etkileyen Nutrisyonel Faktörler. Klinik Çocuk Forumu , 2 (1): 18-28.
- DAĞOĞLU, T., GÖRAK, G. (2002). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Nobel Tıp Kitabevleri. Sy. 89-93.
- DERELİ, F., KIRCAN, N. (13-17.04.2005). Muğla İli Merkez Sağlık Ocağına Kayıtlı Gebelerin Bebek Bakımı Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Kongresi Özet Kitabı. Kayseri. Sy. 501-502.

- DİĞİROLAMO, A., THOMPSON, N., MARTORELL, R., FEİN, S., GRUMMER-STRAWN, I. (2005). Intention or Experience? Predictors of Continued Breastfeeding. *Healt Educ Behav*, 32: 208-226.
- Doğum Öncesi Eğitim Programları. (2000). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın ve Çocuk Sağlığı, Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul. Sy. 120-127.
- Dünya Çocuklarının Durumu 2004. Unicef Türkiye Temsilciliği, Ankara.
- EDWARDS, SL., SARWARK, JF. (2005). Infant And Child Motor Development. *Clin Orthop Relat Res*, 434: 33-39.
- Emzirmenin Korunması Özendirilmesi ve Desteklenmesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Belge>. Erişim Tarihi: 25.04.2011.
- ERTEM, İ. (4-6.06.2007). "Anne ve Baba: Çocuk Gelişiminin Desteklenmesinde Ailenin Önemi" II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı, Kong Kitabı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. Sy. 69-70.
- ESENAY, F., İŞLER, A., KURUGÖL, Z., CONK, Z., KOZUROĞLU, G. (2007). Annelerin Ateşli Çocuğa Yaklaşımı Ve Ateş Korkusu. *Türk Pediatri Arşivi*, 42: 57-60.
- ETİLER, N., VELİPAŞAOĞLU, S. (2004). Çocukluk Döneminde Beslenmenin Değerlendirilmesi: Birinci Basamakta Antropometrinin Kullanımı. *STED Dergisi*, 13 (2): 50-53.
- EVLİYAOĞLU, N. (2007). Sağlam Çocuk İzlemi. *Türk Pediatri Arşivi*, 42 Özel Sayı. Sy. 6-10.
- FERNANDES, DJ., MACHADO, MC., OLIVEİRA, ZN. (2011). Children and Newborn Skin Care And Prevention. *An Bras Dermatol*;86(1):102-10.
- GARTNER, IM., GREER, Fr. (2003). Section on Breatfeeding And Commit Tee on Nutrition. Prevention of Rickets and Vitamin D Deficiency: New Guidelines For Vitamin D İntake . *Pediatrics*, 111: 908-910.
- GELMETTİ, C. (2001). Skin Cleansing in Children. *European Academy of Dermatology and Venereology JEADV*, 15(1): 12-15.
- GİRAY, H. (2004). Anne Sütü İle Beslenme. *Sürekli Tıp Eğitim dergisi (Sted)*, 13(1): 12-15.
- GOİNS, R., ASCHER, D., WAECKER, N. (2002). Comparison of Fluconazole And Nytatin Oral Suspensions For Treatment Of Oral Candidiasis İn Infants. *Pediatr Infect Dis*, 21: 1165-1167.

- GÖKDEMİREL, S., YUSUF, S. (4-6.06.2003) “Doğum Öncesi Eğitim Programı” II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. Sy. 43-45.
- GÖLBAŞI, Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,7(2): 15-22.
- GÖRAK, G. (2002). Yenidoğanın Değerlendirilmesi, Yeni Doğanın Deri Hastalıkları. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri.1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. Sy. 119-144, 641-661.
- GÜLER, Ç., AKIN, L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- GREAF, P., Mc GHEE, K., ROZYCKI, J., FESCINA-JONES, D., CLARK, JA., THOMPSON, J., BROOTEN, D. Postpartum Consens of Breastfeeding Mothers, Journal of Nurse-Midwifery, 33(2); November-December 1999: 595-605.
- GREER, F. (2004). Issues İn Establishing Vitamin D Recommendations for Infants And Children. Am K Nutr 80 (Suppl): 17595-17625.
- GÜNER, T. (2006) Vajinal Yol Ve Sezaryenla Doğum Yapan Adölesan Annelerin Postpartum Dönemde Kendilerinin Ve Bebeklerinin Bakımında Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilimdalı, Sivas.
- GÜR, E. (2007). Anne Sütü İle Besleme. Türk Ped. Arş. 42 (özel sayısı). Sy. 11-15.
- HANCIOĞLU, A., KOÇ, İ. (2000). The State of Children and Women in Turkey, Unicef,Turkey.
- HEİN, H., PETTİT, S. (2001). Back To Sleep: Good Advice For Parents But Not For Hospitals, Pediatrics, 107: 537- 539.
- HUFFMAN, GB. (2002). Parental Misconceptions about Fever İn Children, Am Fam Physician, 65: 482-483.
- İNCE, Z. (2005). Anne Sütünün Önemi ve Emzirme. Temel Yenidoğan Sağlığı. 2. Baskı, Ankara: Baran Ofset. Sy. 37-39.
- İRGİL, E., AKIŞ, N., AYDIN, N., PALA, K., AYTEKİN, N. (2000). Gemlik İlçe Merkezinde Yaşayan Bebeklerin Emzik Kullanma Durumları ve Buna Etki Eden Etmenler. Bursa Devlet Hastanesi Bülteni , 16(2): 133-136.

- JANSSEN, P., SELWOOD, B., DOPSON, S., PEACOCK, D., THIESSEN, P. (2003). To Dye or Not To Dye: A Randomized, Clinical Trial Of A Triple Dye/Alcohol Regime Versus Dry Cord Care. *Pediatrics* 111: 15-20.
- KAMATE, M. (2003). Disposable Diapers: A Hygienic Alternative. P.M.D: 14703266, Pub Med Indexed for Medline, 8: 379.
- KLIEGMAN, RM. (2002). Fetus ve Yenidoğan Hastalıkları. *Nelson Essentials of Pediatrics*. Çeviri Editörü: Tuzcu M. Türkçe 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi Yüce Reklam. Sy. 179- 250.
- KOÇ, İ., ERYURT, MA. (2011). Türkiye’de Beş Yaş Altında Gerçekleşen Ölümlerin Zamanlamasının ve Sayısal Büyüklüğünün Değişimi: 1978-2008. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*, 54: 39-44.
- KÖKSAL, E. (2004). Büyüme ve Gelişimin Önemi ve İzlenmesi. *Klinik Çocuk Forumu*, 4 (1): 25-31.
- KÖSECİK, M., CEBECİ, B., KOÇ, A., TATLI, M. (1998). Şanlıurfa’da 5 Yaş Altı Çocukların Hastaneye Yatırılma ve Ölüm Nedenleri. *Genel Tıp Dergisi*, 8 (1): 37-40.
- LAWN, JE., BHUTTA, ZA., et al. (2004). Why Are 4 Million Newborn Babies Dying Each Year? *Lancet*, 364: 399-401.
- LIABMAN, M., BARNSTEINER, J., O’NEILL- MURPHY, K. (2000). Fever education : Does It Reduce Parent Fever Anxiety? *Pediatr emerg Care*, 17: 47-51.
- LUND, C., KÜLLER, J., LANE, A. (1999). Neonatal Skin Care: The Scientific Basis for Practice. *JOGNN*, 28 (3): 241-254.
- MANE, N., SİMONDON, K., DIALLO, A., et al. (2006). Early Breastfeeding Cessation in Rural Senegal : Causes, Modes, and Consequences. *Am J Public Health*. Sy. 139-144.
- MARTİN, RJ., SONENKO, I., BANCALARI, E. (2001). Respiratory Problems. In: Martin RJ., Fanaroff AA., Walsh MC. (eds). *Care of High Risk Neonate* (5th ed). Philadelphia: WB Saunders. Sy. 244 -245.
- MC CARTHY, PL. (2004). The Well Child. In: Behrman, RE., Jenson, HB., Kliegman, RM. (eds.). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. WB Saunders. Sy. 20-22.
- MEYER, E., SNELLİNG, L., MYREN, L. (February 1998). ‘Pediatric Intensive Care: The Parents’ Experience. Vol. 9, No. 1.

- MİYAZAWA, R., TOMOMASA, T., KANEKO, H., TACHIBANA, A., OGAWA, T., MORİKAWA, A. (2002). Prevalence of Gastro –Esophageal Reflux- Related Symptoms in Japanese Infants. *Pediatr Int*, 44: 513-516.
- NAYLOR, A. (2001). Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, Promoting, And Supporting Breastfeeding In The Twenty- First Century. *Pediatr Clin North Am*, 48: 457-483.
- OĞUR, R., TEKBAŞ, F., YAREN, H., ÜNAY, B. (2000). Sağlam Bebek Kliniğine Başvuran Annelerin Hamilelik, Bebek Beslenmesi ve Bakımı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *T. Klinikleri Pediatri*, 9(3): 150-154.
- OKUMUŞ, N., SELÇUKBİRİCİK, S. (2002). *Pediatri (3 Bs), Nobel Tıp Kitabevleri*, 3-1.
- OSRİN, D. (2002). Cross Sectional , Community Based Study of Care of Newborn Infants in Nepal. *BMJ*, 325 :1063.
- ÖZEL EFE, E. (2004). Yenidoğan Ağrılı İşlemler Sırasında Nonfarmakolojik Yöntemlerin Kullanımı. Doktora Tezi, MN- Klinik Bilimleri , 10 (1): 69-76.
- ÖZÇEBE, H. (2001). “Türkiye’de Çocuk Sağlığının Durumu”, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- ÖZCEBECE, H., SUBAŞI, N., BOZKURT, C., CAN, T., CANDEMİR, B., ve Ark. (4 6.06.2003.) Bir Sağlık Ocağının 0-11 Aylık Bebek İzlemlerinin Değerlendirilmesi, II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Sy. 189, Şişli İstanbul.
- ÖZMERT, EN. (2003). Çocuk Sağlığı İzlemi. *Katkı Pediatri Dergisi*, 1: 115-32.
- PALA, K., TÜRKAN, A., GERÇEK, H. (2010). Türkiye’de İllerde Bebek Ölüm Hızı Ne Kadar Doğru Hesaplanabiliyor? Bursa’dan Bir Çalışma. *Türk Ped Arşivi* (9); 45: 264-7.
- PELİN, Z., BOZLUOLCAY, M., ERKOL, G. , BUGAY, G. , DENKTAŞ, H. (2001). “Lateral Medullar Sendromun Bir Bulsusu Olarak Hıçkırık ve Tedavisi : Dört Olgu Sunumu.” *Cerrahi Tıp Dergisi* ,32 (2): 115-119.
- PEKCAN, G. (2000). Büyümenin Önemi ve İzlenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi*, 1: 16-20.
- PERK, Y. (Mayıs 2005). Rutin Yenidoğan Bakımı. *Temel Yenidoğan Sağlığı*. 2. Baskı, Ankara: Baran Ofset. Sy. 41- 44.
- PERK, Y. (2004). *Nörolojik Hastalıklar, Neonatoloji*. 2. Baskı, Ankara: Alp Ofset. Sy. 760-761.

- POWELL, K., (2007). Fever İn: Kliegman, RM., Behrman, RE., Jenson, HB. Et al., eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saun-Ders Elsevier. Sy. 1084-1086.
- REYNOLDS, A. Breastfeeding and Brain Development. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 159-171.
- RUCHALA, PL. (2000). Teaching New Mothers: Priorities of Nurse and Infants in a Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatric Nursing*. 27(3): 281–286.
- Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara , Türkiye.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2000, Ankara, 2001.
- SAMANCI, N. (2000). Yenidoğanın Genel Bakım Prensipleri. *Temel Neonatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. Sy. 142-143.
- SATAR, M. (2005). Yenidoğana İlişkin Tanımlar ve Yenidoğanın Muayene Özellikleri. *Temel Yenidoğan Sağlığı*. 2. Baskı, Ankara: Baran Ofset, Sy. 11-32.
- SHELDS, L., HUNSAKER, D., MULDOON, S., et all. (2005). Risk factors Associated With Sudden Unexplained Infant Death: A Prospective Study Of Infant Care Practices İn Kentucky, *Pediatrics*;116:13-20.
- SOTHERN, MS., GORDON, ST. (2003). Prevention of Obesity in Young Children: A Critical Challenge for Medical Professionals. *Clinic Pediatr*, 42: 101-111.
- STOLL, B., KLIEGMAN, R. (2004). Digestiva system Disorders. In: Bherman, R., Kliegman, R., Jenson, H., eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia, PA: Wb Saunders. Sy. 595-596.
- ULUKOL, B. (2004). Ani Bebek Ölüm Sendromu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*. 1. Baskı, Ankara Baran Ofset. Sy. 139-143.
- TANELİ, N., TANELİ, B (2005). Yenidoğan Bakımına Ait Özellikler, İlk Bir Ay İçinde Görülen Sorunlar, Bir Çocuk Yetiştiriyor. 2. Baskı, İzmir: Güven Kitabevi. Sy. 34-80.
- TAŞKIN, L. (2003). Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (6.Baskı), Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 1-6: 323-338.
- TATLI, M., GÜLER, MS. (2002). Yenidoğan Cilt Bakımı. *T. Klinikleri Pediatr*, 11: 108 112.

- TEZİÇ, T. (2001). 2000’li Yıllarda Türkiye’de Çocuk Sağlığı. Yeni Türkiye Dergisi, (39): 498-503.
- THACH, B. (2005). Where Should Baby Be Put Back To Sleep. J Pediatr, 147: 32-37.
- TURAN, T., CEYLAN, SS., TEYİKÇİ, S. (2008). Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. Cilt:3, Sayı:9.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara,2004.
- TNSA, 2008. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2008 Ön Raporu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) “Kamu kurumları araştırma ve geliştirme projelerini destekleme programı”. Ankara, Mart, 2009.
- Türkiye’de Çocuk ve Kadınların Durumu Raporu. T.C Hükümeti – Unicef 2001-2005 İşbirliği Programı, Temmuz 2000: 140-149.
- TUNCEL, EK., DÜNDAR, C., CANBAZ, S., PEŞKEN, Y. (2006). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran 0-24 Aylık Çocukların Anne Sütü İle Beslenme Durumlarının Saptanması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1): 1-6.
- TURAN, T., BOLIŞIK, B. (2003). Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1).
- UNICEF (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu). Dünya Çocuklarının Durumu , 2004. Ankara. Sy. 102-138.
- VAROL, D. (2006). Doğum Sonrası 6 Ay Boyunca Sürdürülen Emzirme Eğitiminin Tek Başına Anne Sütüyle Beslenme Süresine ve Büyümeye Etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14 (56): 27- 40.
- VATANDAŞ, SN. (2004).Bebek Bakımında Aileye Ögütler. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (sted), 13(1): 6-8
- VURUR, S., TİRYAKIOĞLU, E., SEVİNÇ, E., ASLAN, G., TOKER, Ö. (2007). Doğum Sonu Dönemde Verilen Bebek Bakımı Eğitiminin Annenin Bebek Bakımına Etkisi. 12. Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara.
- YILDIZ, S. (2002). İlk Günden Sonraki Bakım, Yenidoğanın Ortopedik Sorunları. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. Sy. 739-758, 611-639.

- YİĞİT, EK., TEZCAN, S. (2003). Bebeklerin Beslenme Alışkanlıkları, Çocukların ve Annelerin Beslenme Durumu. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Kitabı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sy. 141-155.
- YURDAKÖK, K. (2004). Anne Sütü İle Beslenme. Neonatoloji. 2. Baskı, Ankara: Alp Ofset. Sy. 166-173.
- WARREN, JJ., BİSHARA, S., STEINBOCK, K., NOWAK, A. (2001). Effects Of Oral Habits' Duration On Dental Charasteristics İn Primary Dention . J Am Dent Assos, 132: 1685-1693.
- WHO. (2003). Health Systems Performance Assessment Debates, Methods And Empiricism. Editors: Murray, CJL, Evans, DB. World Health Organization, Geneva.
- World Healt Organization. (2006). Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates.
- ZUBAN, J., GARNER, P., OMARİ, A. (2004). Topikal Umplical Cord Care at Birth. Cochrane Database Syst Rev (3): CD001057.
- ZAİDİ, AKM., GANATRA, HA., SYED, S., COUSENS, S., LEE, ACC., BLACK, R., BHUTTA, ZA., LAWN, JE. (2011). Effect of Case Management On Neonatal Mortality Due To SepsisAand Ppneumonia. Zaidi et al. BMC Public Health, 11(Suppl 3):S13 <http://www.biomedcentral.com/1471> 2458/11/S3/S13. Erişim Tarihi: 24.05.2011.

EKLER:

Ek1: Kullanılan Anket Formu

**YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN
ANNELERİN YENİDOĞAN BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ ARAŞTIRMASI ANKET FORMU**

Bu anket formu sizin bebeğinizin bakımı konusunda bilginizi değerlendirmek, gereksinimlerinizi belirlemek amacıyla düzenlenmiştir. İsimleriniz alınmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Serap İNAN

Anket No :

Görüşme Tarihi:

BÖLÜM 1

1. Kaç Yaşındasınız?

2. Eğitim Durumunuz Nedir?

- 1.Okur-yazar değil () 2. Okur-yazar() 3. İlkokul()
4. Ortaokul() 5. Lise() 6. Üniversite()

3. Mesleğiniz Nedir?

1. Ev hanımı() 2. Memur() 3. İşçi() 4. Diğer(açıklayınız)..

4. Nerede Oturuyorsunuz?

1. İl() 2. İlçe() 3. Köy()

5. Aile Tipiniz Nedir?

1. Çekirdek aile() 2. Geniş aile() 3. Diğer ()

6. Sosyal Güvenceniz Nedir?

- 1-SSK() 2-Emekli Sandığı() 3-Bağ-Kur () 4-Yeşil Kart()
Özel Sağlık Sigortası() 6-Sağlık Güvencesi yok()

5-

7. Ailenizin gelir durumu nedir?

- a) Geliri giderinden az
b) Geliri gidere denk
c) Gelir giderden fazla

8. Şimdiki kaçınıcı çocuğunuz?.....

9. Bu doğum ile bundan önceki doğum arasında ki süre ne kadardır?

.....

10. Bu Gebelik İsteyerek mi Gerçekleşti?

1. Evet() 2. Hayır()

11. Daha önce bebek bakımına yönelik bilgi aldınız mı?

1)Evet() 2)Hayır() (ise 13. soruya geçiniz)

12. Bebek bakımına yönelik bilgiyi kimden/nereden aldınız?

- a)Sağlık personeli
- b)kitap/braşür
- c)Televizyon
- d)Akrobalar
- e)Diğer.....

13. Taburcu olunca evde bebeğinizin bakımı için günlük yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

1. Evet() 2. Hayır()

14. Ne tür bir günlük yaşayacağınızı düşünüyorsunuz?

.....

BÖLÜM 2

1)Yenidoğan bebek için en iyi besin kaynağı hangisidir?

- a) Anne sütü
- b) Hazır mama(formül süt)
- c) Anne sütü+_inek sütü
- d) İnek sütü
- e) Diğer.....
- f) Bilmiyorum

2) Doğumdan sonra bebek ilk ne zaman emzirilmelidir?

- a)Doğumdan birkaç saat sonra
- b)Doğumdan hemen sonra ilk yarım saat içinde
- c)Doğumdan 12 saat sonra
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

3) Bebeğin aç olduğu nasıl anlaşılır?

- a)Sürekli ağlamasından
- b)Elini ağzına götürmesinden
- c)Kol ve bacaklarını germesinden
- d)Hepsi

4) Bebek ne sıklıkta beslenmelidir?

- a)Her istediğinde ve ağladıkça
- b>Günde 3-4 defa
- c)Her saat
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

5) Hangi beslenme düzeni bebek için en uygun sekildir?

- a) Yarım saatte bir

- b) 5 saatte bir
- c) İlk 2-3 hafta iki saatte bir, daha sonra 3-4 saatte bir
- d) Saat başı
- e) Diğer.....
- f) Bilmiyorum

6) Bebeğe anne sütü kaçınca aya kadar verilmelidir?

- a)6. aya kadar
- b)12. aya kadar
- c)24. aya kadar
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

7) Besledikten sonra bebeğin gazını çıkartmak gerekir mi?

- a)Evet ise nasıl.....
- b)Hayır
- c)Bilmiyorum

8) Bebeğinizin gaz sancısı olunca ne yaparsınız?

- a)Hindistan cevizi veririm
- b)Bademyağı,zeytinyağı içiririm
- c)Bacak ve karına zeytinyağı bal v.b maddeler koyarım
- d)Diğer(ise belirtiniz).....

9) Bebeğinizin gazı olduğunu nasıl anlarsınız?

- a) Ağlamasından.
- b) Huzursuz ve ağlamaklı olmasından
- c) Karnı sis ve dokunulduğunda ağlamasından.
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

10) Bebeğinizin gazı ne zaman çıkartılmalıdır?

- a) Yemekten önce
- b) Yemekten sonra
- c) Gün içinde birkaç kez
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum.

11) Bebek doğduktan sonra ilk ne zaman banyo yaptırılmalıdır?

- a)Göbeği düştükten sonra
- b)Kırkçı çıkınca
- c)Doğumdan birkaç gün sonra
- d)Doğumdan hemen sonra
- e)Bilmiyorum

12) Bebek ne sıklıkta yıkanmalıdır?

- a)Yaz-kış haftada bir
- b)15 günde bir

- c)Yaz aylarında her gün kışın haftada 2-3 kez
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

13) Bebeğe banyo yaptırırken hangi sıra izlenmelidir?

- a)Göz-urun-kulak-yüz-baş-gövdenin önü-gövdenin arkası-kolları-bacakları-genital bölge(cinsel organlar)
- b)Gövde-kollar-bacaklar-genital bölge-baş-yüz
- c)Kollar-bacaklar-gövde-genital bölge-baş-yüz
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

14) Bebeğin banyo sıcaklığı ne ile ayarlanmalıdır?

- a)El ile
- b)Termometre ya da ön kolun iç yüzeyi ile
- c)Bebeğin vücuduna biraz su dökerek
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

15) Gün içinde banyo ne zaman yaptırılmalıdır?

- a) Yemekten önce
- b) Yemekten sonra
- c) Sabah kahvaltısından sonra
- d) Öğle yemeginden sonra
- e) Diğer.....
- f) Bilmiyorum

16) Bebeğinizin göbek kordon bakımını nasıl yapmalısınız?

- a) Günde bir kez uygun bir solüsyon (tendüriyot-batikon) ile göbek kordonundan başlayarak çevresini temizleyecek şekilde
- b) Göbek tozları kullanılmalı günde bir kez
- c) Göbeğe hiç dokunulmamalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

17) Bebeğinizin göbek kordonunda oluşabilecek enfeksiyon belirtileri nelerdir?.

- a) Kızarıklık, sislik, ates ve akıntı
- b) Kurumaya başlaması
- c) Kanama
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

18) Bebeğin göbeği ne zaman düşer?

- a) Bebekten bebeğe değişir
- b) 7-14 gün içinde
- c) 15-20 gün içinde
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

19) Bebeğin göbeğin de enfeksiyon oluşmaması için ne yapılmalıdır?

- a) Göbek kordonunu üzeri açık bırakılmalı ve alt bezinin dışında bırakılmalıdır
- b) Üzerine gazlı bez konulmalı ve alt bezinin dışında bırakılmalıdır.
- c) Göbek tozu dökülmüş bir bez ile sarılmalı ve alt bezin dışında tutulmalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

20) Bebeğin göbek çevresinde akıntı, kızarıklık, şişlik ve akıntı olursa ne yapılmalıdır?

- a)Hiçbir şey yapılmaz.
- b)Merhem sürülmelidir.
- c)Doktora götürülmelidir
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

21) Bebeğin ateşi yükseldiğinde ne yapılmalıdır?

- a)Üstü örtülür.
- b)Soğuk su ile banyo yaptırılır.
- c)Sirkeli su uygulanır.
- d)Üstündeki giysiler çıkartılır, oda havalandırılır ve ılık uygulama yapılır.
- e)Diğer.....
- f)Bilmiyorum

22) Bebeğinizin çamasırları nasıl temizlenmelidir?

- a) Deterjanla çamasır makinesin da diğer kıyafetlerle birlikte yıkanmalı
- b) Sabun tozu ile yıkanmalı
- c) Çamasırlar bol su ile durulanmalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

23) Bebeğinizin çamasırları nasıl kurutulmalı?

- a) Güneste
- b) Aydınlık fakat içerde bir yerde
- c) Ütülenerek kurutulmalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

24) Bebeğin pişik gelişirse ne yapılmalıdır?

- a)Hiçbir şey yapılmaz.
- b)Sık sık altı temizlenmeli ve altı temizlendikten sonra koruyucu vazelin, bepantengibi kremler kullanılmalıdır.
- c)Diğer.....
- d)Bilmiyorum

25) Bebeğinizin altının pisik olmaması için ne yaparsınız?

- a)Bezlerini sabunla yıkarım,ütülerim
- b)Altını arada bir açık bırakırım
- c) Altını sık degistiririm

d)Diğer (belirtiniz).....

26) Yenidoğan bir bebek kaç saat uyumalıdır?

- a)16-20 saat
- b)8 saat
- c)10 saat
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

27) Bebek uyurken nasıl yatırılmalıdır?

- a)Yüzüstü
- b>Sırtüstü ve sağ yan tarafına
- c)Diğer.....
- d)Bilmiyorum

28) Bebeğin göz temizliğinde ne türde malzeme kullanılmalıdır?

- a) Bez parçası
- b) Kaynatılmış , sogutulmuş su ile temiz bir tülbent
- c) Gazlı bez ve distile su (saf su)
- d) Diğer
- e) Bilmiyorum

29) Bebeğinizin basında konak (kepeklenme) olursa ne yaparsınız?

- a)Zeytinyağı sürüp banyo yaptırırım
- b)Zeytinyağı ile karbonatı karıştırarak basına sürürüm
- c)Hiçbirsey yapmam
- d)Doktora götürürüm
- e) Diğer (belirtiniz)

30) Bebeğinizin basında konak olmaması için ne yaparsınız?

- a)Haftada bir yıkarım
- b>Saçına zeytinyağı sürerim
- c)Hiçbir sey yapmam
- d) Diğer (ise belirtiniz)

31) Bebeğinizin agzında pamukçuk olursa ne yaparsınız?

- a) Anne sütü ile silerim
- b) Kuru bezle silerim
- c) Karbonatlı suyla silerim
- d) Diğer (ise belirtiniz).....

32) Bebeğinizin agzında pamukçuk olmaması için ne yaparsınız?

- a) Arada bir agzına karbonat veririm
- b) Arada bir agzını suyla silerim
- c) Hiçbirsey yapmam
- d) Diğer (belirtiniz).....

33) Bebegi hıçkırık tutunca ne yapılmalıdır?.

- a) Hiçbir sey yapılmamalı
- b) Gazı vardır, gazı çıkarılmalı
- c) Sadece biraz su verilmeli
- d) Bilmiyorum
- e) Diger.....

34) Yenidogan bebek sıvı ve sıvı+katı dıskılama yapar bu dönemde bebegın alt bezi ne sıklıkla degistirilmelidir?

- a) 4-5
- b) 8-10
- c) Diger.....
- d) Bilmiyorum

35) Bebeklerin alt bölge temizlikleri nasıl yapılmalıdır?

- a) Erkeklerde sünnet dersinden kızlarda küçük tuvaletini yaptığı bölgeden baslayarak temizlenir.
- b) Her iki cinsiyette de ilk olarak arka bölge temizlenmelidir.
- c) Her iki cinsiyette de önden arkaya dogru temizlik yapılmalıdır.
- d) Diger
- e) Bilmiyorum

36) Bebeklerde olusan sancı sebepleri nelerdir?

- a) Kabız olabilir
- b) Gazı olabilir
- c) Aç olabilir
- d) Diger.....
- e) Bilmiyorum

37) Bebeginizin sancısı olması durumunda neler yapılmalıdır?

- a) Bebek aç bırakılmayacak miktarda beslenmeli
- b) Taze sıkılmış meyve suyu verilmeli
- c) Yemeklerden sonra gazını çıkartmasına yardımcı olunmalı
- d) Diger.....
- e) Bilmiyorum.

38) Bebeginiz emmiyorsa neler yapmalısınız?

- a) Burnu tıkalı olabilir, burun damlası veya sf ile açılmalıdır.
- b) Biberon ve emzik kullanımından olabilir, kullanılmamalıdır.
- c) Bebek tok olabilir emzirilmemelidir.
- d) Diger.....
- e) Bilmiyorum.

39) Bebekte emzik kullanımı hangi dönem ve durumda olmalıdır?

- a) Dogar dogmaz baslanmalı
- b) 6. aydan itibaren her aglamasında
- c) Hiç baslanmamalı
- d) Diger.....

e) Bilmiyorum

40) Kullanılan emzik biberon gibi araçların bakımı nasıl yapılmalıdır?

- a) Hiçbir şekilde kullanılmamalı
- b) Sık sık kaynatılmalı ve saklanmalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

41) Bebeğiniz sık olarak kusuyorsa neler yapılmalıdır?

- a) Bebek emzirmelerden sonra yan yatırılmalı
- b) Kustuktan sonra tekrar beslenmelidir.
- c) Kusmuş süt kesigi gibi bir halde ise emzirmemeli
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

42) Bebeğinizin tırnaklarını kesmek işlemi hangi durumda da yapılmalıdır?

- a) Doğar doğmaz
- b) Uykuda iken
- c) Banyo sırasında kesilmeli
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum.

43) Ağlayan bebeğinizi yatıstırmak için neler yapılmalıdır?

- a) Ritmik olarak sallanmalı veya gezinti yapılmalı
- b) Bebek kundaklanmalı
- c) Sıcak banyo veya masaj yaptırılmalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum.

Ek2: Anket Formunun Puanlanması

YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN ANNELERİN YENİDOĞAN BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ ARAŞTIRMASI ANKET FORMU PUAN DAĞILIMI

BÖLÜM 2

1)Yenidogan bebek için en iyi besin kaynagi hangisidir?

- a) Anne sütü (1 puan)
- b) Hazır mama(formül süt)
- c) Anne sütü+_inek sütü
- d) İnek sütü
- e) Diğer.....
- f) Bilmiyorum

2) Doğumdan sonra bebek ilk ne zaman emzirilmelidir?

- a)Doğumdan birkaç saat sonra
- b)Doğumdan hemen sonra ilk yarım saat içinde (1 puan)
- c)Doğumdan 12 saat sonra
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

3) Bebeğin aç olduğu nasıl anlaşılır?

- a)Sürekli ağlamasından
- b)Elini ağzına götürmesinden
- c)Kol ve bacaklarını germesinden
- d)Hepsi (1 puan)

4) Bebek ne sıklıkta beslenmelidir?

- a)Her istediğinde ve ağladıkça (1 puan)
- b)Günde 3-4 defa
- c)Her saat
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

5) Hangi beslenme düzeni bebek için en uygun sekildir?

- a) Yarım saatte bir
- b) 5 saatte bir
- c) İlk 2-3 hafta iki saatte bir, daha sonra 3-4 saatte bir(1 puan)
- d) Saat bası
- e) Diğer.....
- f) Bilmiyorum

6) Bebeğe anne sütü kaçınca aya kadar verilmelidir?

- a)6. aya kadar
- b)12. aya kadar
- c)24. aya kadar(1 puan)
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

7) Besledikten sonra bebeğin gazını çıkartmak gerekir mi?

- a)Evet ise nasıl (sırtını ovarak, karnına masaj yaparak)(1 puan)
- b)Hayır
- c)Bilmiyorum

8) Bebeğinizin gaz sancısı olunca ne yaparsınız?

- a)Hindistan cevizi veririm
- b)Bademyağı,zeytinyağı içiririm
- c)Bacak ve karına zeytinyağı bal v.b maddeler koyarım
- d)Diğer(ise belirtiniz) (sırtı ovulur, karnına masaj yapılır, gazı çıkartılır) (1 puan)

9) Bebeğinizin gazı olduğunu nasıl anlarsınız?

- a) Aglamasından.
- b) Huzursuz ve ağlamaklı olmasından
- c) Karnı sis ve dokunulduğunda ağlamasından. (1 puan)
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

10) Bebeğinizin gazı ne zaman çıkartılmalıdır?

- a) Yemekten önce
- b) Yemekten sonra(1 puan)
- c) Gün içinde birkaç kez
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum.

11) Bebek doğduktan sonra ilk ne zaman banyo yaptırılmalıdır?

- a)Göbeği düştükten sonra
- b)Kırkı çıkınca
- c)Doğumdan birkaç gün sonra(1 puan)
- d)Doğumdan hemen sonra
- e)Bilmiyorum

12) Bebek ne sıklıkta yıkanmalıdır?

- a)Yaz-kış haftada bir
- b)15 günde bir
- c)Yaz aylarında her gün kışın haftada 2-3 kez(1 puan)
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

13) Bebeğe banyo yaptırırken hangi sıra izlenmelidir?

- a)Göz-urun-kulak-yüz-baş-gövdenin önü-gövdenin arkası-kolları-bacakları-genital bölge(cinsel organlar) (1 puan)
- b)Gövde-kollar-bacaklar-genital bölge-baş-yüz
- c)Kollar-bacaklar-gövde-genital bölge-baş-yüz
- d)Diğer.....
- e)Bilmiyorum

14) Bebeğin banyo sıcaklığı ne ile ayarlanmalıdır?

- a) El ile
- b) Termometre ya da ön kolun iç yüzeyi ile(1 puan)
- c) Bebeğin vücuduna biraz su dökerek
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

15) Gün içinde banyo ne zaman yaptırılmalıdır?

- a) Yemekten önce(1 puan)
- b) Yemekten sonra
- c) Sabah kahvaltısından sonra
- d) Öğle yemeginden sonra
- e) Diğer.....
- f) Bilmiyorum

16) Bebeğinizin göbek kordon bakımını nasıl yapmalısınız?

- a) Günde bir kez uygun bir solüsyon (tendüriyot-batikon) ile göbek kordonundan başlayarak çevresini temizleyecek şekilde
- b) Göbek tozları kullanılmalı günde bir kez
- c) Göbeğe hiç dokunulmamalı(1 puan)
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

17) Bebeğinizin göbek kordonunda olabilecek enfeksiyon belirtileri nelerdir?.

- a) Kızarıklık, sislik, ates ve akıntı(1 puan)
- b) Kurumaya başlaması
- c) Kanama
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

18) Bebeğin göbeği ne zaman düşer?

- a) Bebekten bebeğe değişir
- b) 7-14 gün içinde(1 puan)
- c) 15-20 gün içinde
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

19) Bebeğin göbeğin de enfeksiyon oluşmaması için ne yapılmalıdır?

- a) Göbek kordonunu üzeri açık bırakılmalı ve alt bezinin dışında bırakılmalıdır(1 puan)
- b) Üzerine gazlı bez konulmalı ve alt bezinin dışında bırakılmalıdır.
- c) Göbek tozu dökülmüş bir bez ile sarılmalı ve alt bezin dışında tutulmalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

20) Bebeğin göbek çevresinde akıntı, kızarıklık, şişlik ve akıntı olursa ne yapılmalıdır?

- a) Hiçbir şey yapılmaz.
- b) Merhem sürülmelidir.
- c) Doktora götürülmelidir(1 puan)
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

21) Bebeğin ateşi yükseldiğinde ne yapılmalıdır?

- a) Üstü örtülür.
- b) Soğuk su ile banyo yaptırılır.
- c) Sirkeli su uygulanır.
- d) Üstündeki giysiler çıkartılır, oda havalandırılır ve ılık uygulama yapılır. (1 puan)
- e) Diğer.....
- f) Bilmiyorum

22) Bebeğinizin çamasırları nasıl temizlenmelidir?

- a) Deterjanla çamasır makinesin da diğer kıyafetlerle birlikte yıkanmalı
- b) Sabun tozu ile yıkanmalı(1 puan)
- c) Çamasırlar bol su ile durulanmalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

23) Bebeğinizin çamasırları nasıl kurutulmalı?

- a) Güneste(1 puan)
- b) Aydınlık fakat içerde bir yerde
- c) Ütülenerek kurutulmalı
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

24) Bebeğin pişik geliıirse ne yapılmalıdır?

- a) Hiçbir şey yapılmaz.
- b) Sık sık altı temizlenmeli ve altı temizlendikten sonra koruyucu vazelin, bepantengibi kremler kullanılmalıdır. (1 puan)
- c) Diğer.....
- d) Bilmiyorum

25) Bebeğinizin altının pisik olmaması için ne yaparsınız?

- a) Bezlerini sabunla yıkarım,ütülerim
- b) Altını arada bir açık bırakırım
- c) Altını sık degistiririm(1 puan)
- d) Diğer (belirtiniz).....

26) Yenidoğan bir bebek kaç saat uyumalıdır?

- a) 16-20 saat(1 puan)
- b) 8 saat
- c) 10 saat
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

27) Bebek uyurken nasıl yatırılmalıdır?

- a)Yüzüstü
- b)Sırtüstü ve sağ yan tarafına(1 puan)
- c)Diğer.....
- d)Bilmiyorum

28) Bebeğin göz temizliğinde ne türde malzeme kullanılmalıdır?

- a) Bez parçası
- b) Kaynatılmış , soğutulmuş su ile temiz bir tülbent(1 puan)
- c) Gazlı bez ve distile su (saf su)
- d) Diğer
- e) Bilmiyorum

29) Bebeğinizin basında konak (kepeklenme) olursa ne yaparsınız?

- a)Zeytinyağı sürüp banyo yaptırırım(1 puan)
- b)Zeytinyağı ile karbonatı karıştırarak basına sürürüm
- c)Hiçbirsey yapmam
- d)Doktora götürürüm
- e) Diğer (belirtiniz)

30) Bebeğinizin basında konak olmaması için ne yaparsınız?

- a)Haftada bir yıkarım(1 puan)
- b)Saçına zeytinyağı sürerim
- c)Hiçbir sey yapmam
- d) Diğer (ise belirtiniz)

31) Bebeğinizin agzında pamukçuk olursa ne yaparsınız?

- a) Anne sütü ile silerim
- b) Kuru bezle silerim
- c) Karbonatlı suyla silerim(1 puan)
- d) Diğer (ise belirtiniz).....

32) Bebeğinizin agzında pamukçuk olmaması için ne yaparsınız?

- a) Arada bir agzına karbonat veririm
- b) Arada bir agzını suyla silerim
- c) Hiçbirsey yapmam
- d) Diğer (belirtiniz)(emzirmeden önce mememi silerim) (1 puan)

33) Bebeği hıçkırık tutunca ne yapılmalıdır?

- a) Hiçbir sey yapılmamalı(1 puan)
- b) Gazı vardır, gazı çıkarılmalı
- c) Sadece biraz su verilmeli
- d) Bilmiyorum
- e) Diğer.....

34) Yenidoğan bebek sıvı ve sıvı+katı dışkılama yapar bu dönemde bebeğin alt bezi ne sıklıkla değiştirilmelidir?

- a) 4-5
- b) 8-10(1 puan)
- c) Diğer.....
- d) Bilmiyorum

35) Bebeklerin alt bölge temizlikleri nasıl yapılmalıdır?

- a) Erkeklerde sünnet dersinden kızlarda küçük tuvaletini yaptığı bölgeden başlayarak temizlenir. (1 puan)
- b) Her iki cinsiyette de ilk olarak arka bölge temizlenmelidir.
- c) Her iki cinsiyette de önden arkaya doğru temizlik yapılmalıdır.
- d) Diğer
- e) Bilmiyorum

36) Bebeklerde oluşan sancılı sebepleri nelerdir?

- a) Kabız olabilir
- b) Gazlı olabilir(1 puan)
- c) Aç olabilir
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

37) Bebeğinizin sancılı olması durumunda neler yapılmalıdır?

- a) Bebek aç bırakılmayacak miktarda beslenmeli
- b) Taze sıkılmış meyve suyu verilmeli
- c) Yemeklerden sonra gazını çıkartmasına yardımcı olunmalı(1 puan)
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum.

38) Bebeğiniz emmiyorsa neler yapmalısınız?

- a) Burnu tıkalı olabilir, burun damlası veya sf ile açılmalıdır. (1 puan)
- b) Biberon ve emzik kullanımından olabilir, kullanılmamalıdır.
- c) Bebek tok olabilir emzirilmemelidir.
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum.

39) Bebekte emzik kullanımı hangi dönem ve durumda olmalıdır?

- a) Doğar dogmaz başlanmalı
- b) 6. aydan itibaren her ağlamasında
- c) Hiç başlanmamalı(1 puan)
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

40) Kullanılan emzik biberon gibi araçların bakımı nasıl yapılmalıdır?

- a) Hiçbir şekilde kullanılmamalı
- b) Sık sık kaynatılmalı ve saklanmalı(1 puan)
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum

41) Bebeginiz sık olarak kusuyorsa neler yapılmalıdır?

- a) Bebek emzirmelerden sonra yan yatırılmalı(1 puan)
- b) Kustuktan sonra tekrar beslenmelidir.
- c) Kusmugu süt kesigi gibi bir halde ise emzirilmemeli
- d) Diger.....
- e) Bilmiyorum

42) Bebeginizin tırnaklarını kesmek islemi hangi durumda da yapılmalıdır?

- a) Dogar dogmaz
- b) Uykuda iken(1 puan)
- c) Banyo sırasında kesilmeli
- d) Diger.....
- e) Bilmiyorum.

43) Aglayan bebeginizi yatıstırmak için neler yapılmalıdır?

- a) Ritmik olarak sallanmalı veya gezinti yapılmalı(1 puan)
- b) Bebek kundaklanmalı
- c) Sıcak banyo veya masaj yaptırılmalı
- d) Diger.....
- e) Bilmiyorum.

Toplam..... 43 puan

Ek3: Anket Formunun Uygulanması İçin Alınan İzin Belgesi

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

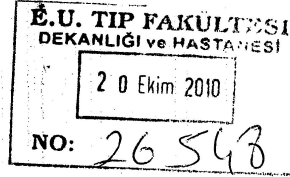
Sayı: B.30.2.EGE.0.20.11.01 - 4100
Konu:

Bornova/ İZMİR
12.10.2010

TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
(İstatistik Bürosu)

İlgi: 06.10.2010 tarih ve 1622-9850 sayılı yazınıza istinaden.

İlgi sayılı yazınızda adı, geçen Afyon Kocatepe Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Serap İNAN'ın 'Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yeni Doğan Bakım Ünitesine Yönelik Bilgi Düzeyleri' adlı tez çalışmasını Anabilim Dalımız Yeni Doğan Ünitesinde yapmasında sakınca yoktur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.



Prof. Dr. Savaş KANSOY
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Serap KAYNAK 1985 yılında Soma'da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Soma'da tamamladı. 2003 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okuluna kaydoldu. 2008 yılında üniversiteden mezun oldu, aynı yıl Afyonkocatepe Üniversitesi Hastesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2009 yılında Afyonkocatepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Ve Hemşireliği ABD'da yüksek lisansa başladı. 2010 yılı Temmuz ayı itibari ile Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde hemşire olarak çalışmaktadır.