



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRİMİPAR ANNELERİN BEBEKLERİNİ ALGILAMA VE TEMEL
YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ VE
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

CANAN GİDEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Prof. Dr. HEDİYE ARSLAN

İSTANBUL - 2013

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Canan GİDEN tarafından hazırlanan **“Primipar Annelerin Bebeklerini Algılama ve Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 11.06.2013

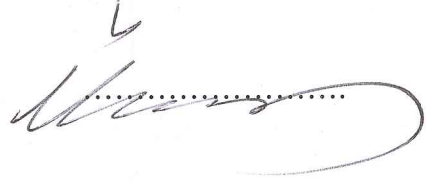
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

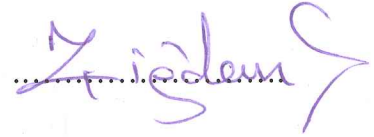
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Hediye ARSLAN
: İst. Bilim Üni. F.N. Hastanesi HYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Ümran OSKAY
: İst. Üni. F.N. Hastanesi HYO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Zerrin ÇİĞDEM
: İst. Üni. F.N. Hastanesi HYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

*İdeallerimi gerçekleştirmek için çıktığım bu yolda bana güvenip desteğini, hoşgörüsünü ve zamanını esirgemeyen; her zaman bana özel olduğumu hissettiren sevgili hocam, rol modelim ve tez danışmanım **Sn. Prof. Dr. Hediye ARSLAN'a**,*

*Araştırmam sırasında bana ortam sağlayarak eğitimlerimi destekleyen Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisinde çalışan tüm meslektaşlarıma ve özellikle Servis Sorumlu Hemşiresi **Tuğba DÜLGAROĞLU'na**,*

*Hayatımın her aşamasında, attığım her adımda üstün özverilerle beni destekleyen, en güçsüz ve yalnız kaldığım dönemlerde beni yalnız bırakmayıp güçlü kılan, hayatta sahip olduğum en değerli varlığım olan **AİLEME ve EŞİME**,*

*Dost sahibi olmanın zor olduğu şu dönemde dostluğunu benden esirgemeyen, varlığı ile beni yalnız bırakmayan bana özel olduğumu hissettiren lisans dönem arkadaşım, dostum **Hemş. Cihan ÇETİN'e**,*

*Çalışmama ilgi gösterip **katılan tüm annelere** teşekkür ederim.*

II. İÇİNDEKİLER	Sayfa
I. Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Kısaltmalar	V
IV. Tabloların Listesi	VI
1. Özet	1
2. Summary	2
3. Giriş ve Amaç	3
4. Genel Bilgiler	5
4.1. Yenidoğan Dönemi ve Özellikleri	5
4.2. Bağışıklama	7
4.2.1. Hepatit B Virüs (HBV) Aşısı	7
4.2.2. BCG (Bacille Calmette-Guerin Aşısı)	8
4.3. Yenidoğanın Tarama Testleri	8
4.4. Yenidoğanın Evde Bakımı	9
4.4.1. Yenidoğanın Odası	9
4.4.2. Ziyaretçiler	9
4.4.3. Yenidoğanın Uykusu	10
4.4.4. Yenidoğanın Beslenmesi	12
4.4.4.1. Anne Sütünün Özellikleri	13
4.4.4.2. Emzirme	18
4.4.4.3. Emzirme Tekniği	18
4.4.4.4. Emzirme Süresi ve Sıklığı	19
4.4.5. Yenidoğanın Göbek (Umbilikal Kord) Bakımı	20
4.4.6. Yenidoğanın Banyosu	21
4.4.6.1. Silme Banyosu	21
4.4.6.2. Küvet Banyosu	23
4.4.7. Yenidoğanın Giysileri	23
4.4.8. Yenidoğanın Cilt Bakımı	24
4.4.9. Yenidoğanın Tırnak Bakımı	24
4.4.10. Yenidoğanın Alt Bakımı	24

4.4.11. Yenidoğanda Sünnet Zamanı ve Bakımı	26
4.5. Yenidoğan Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar	27
4.5.1. Yenidoğanda Yüksek Ateş (Hipertermi)	27
4.5.2. Konak (Seboreik Dermatit)	28
4.5.3. Gözlerde Çapaklanma	29
4.5.4. Burun Tıkanıklığı	29
4.5.5. Pamukçuk (Müge- Moniliasis- Thrush)	30
4.5.6. İsilik (Miliaria)	31
4.5.7. Meme Apsesi	31
4.5.8. Yenidoğan Sarılığı (Hiperbilirubinemi)	31
4.5.8.1.Fizyolojik Sarılık (Doğal Hiperbilirubinemi)	33
4.5.8.2.Anne Sütü Sarılığı	33
4.5.8.3.Patolojik Sarılık	33
4.5.9. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD)	34
4.5.10. Pişik (Diaper Rash, Diaper Dermatit)	35
4.5.11. İshal (Gastroenterit)	36
4.5.12. Kabızlık (Konstipasyon)	36
4.6. Annenin Yenidoğanı Algılaması	37
5. Gereç ve Yöntem	39
5.1. Araştırmanın Şekli	39
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	39
5.3. Vaka Seçimi Kriterleri	39
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
5.5. Veri Toplama Araçları	40
5.5.1. Annelerin Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarını Değerlendirme Anket Formu	41
5.5.2. Yenidoğanı Algılama Ölçeği	41
5.6. Verilerin Toplanması	42
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	42
6. Bulgular	44
7. Tartışma	64
8. Sonuç ve Öneriler	83

8.1.	Sonuç	83
8.2.	Öneriler	87
9.	Kaynaklar	88
10.	Ekler	106
Ek-1: T.C. İstanbul İl Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü		
Araştırma İzni		107
Ek-2: Annelerin Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi		
ve Uygulamalarını Değerlendirme Anket Formunu		
Hazırlarken Görüşüne Başvurulan Uzmanlar		108
Ek-3: Annelerin Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi		
ve Uygulamalarını Değerlendirme Anket Formu		109
Ek- 4: Yenidoğanı Algılama Ölçeği (YAÖ)		119
Ek- 5: Yenidoğanı Algılama Ölçeği 'nin Kullanımına İlişkin		
İzin		123
11.	Etik Kurul Onayı	124
12.	Özgeçmiş	125

III. KISALTMALAR

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

mm Hg: Milimetre civa

UNICEF : United Nations Children's Fund

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

IV. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özellikler	44
Tablo 2: Doğum Öncesi Bilgiler	45
Tablo 3: Yenidoğan Bakımı	46
Tablo 4: Yenidoğan Beslenmesi	47
Tablo 5: Yenidoğan Sağlık Problemleri	48
Tablo 6: Yenidoğan Genel Sağlık Bilgileri	50
Tablo 7: Yenidoğan Genel Hijyen Bilgileri	51
Tablo 8: Yenidoğanın Diğer Sağlık Sorunları İle İlgili Bilgiler	54
Tablo 9: Yenidoğanda Uyku Düzeni Bilgileri ve Büyüme Ölçümleri	56
Tablo 10: Yenidoğanı Algılama Ölçeği	58
Tablo 11: Yenidoğan Algılama Ölçeği Geçerlik-Güvenirlilik Değerlendirmesi	59
Tablo 12: Yenidoğanı Algılama Ölçeğine İlişkin Puanların Dağılımı	60
Tablo 13: Yenidoğanı Algılama Ölçeğinin Algı Puanlarına İlişkin Dağılımı	60
Tablo 14: Eğitim Durumuna Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi	61
Tablo 15: Ekonomik Duruma Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi	61
Tablo 16: Bebeğin Cinsiyetinin İstenilen Cinsiyet Olma Durumuna Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi	62
Tablo 17: Bebek Bakım Bilgisi Alma Durumuna Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi	62
Tablo18: Gebeliği İsteme Durumuna Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi	62
Tablo 19: Doğum Şekline Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi	63

1. ÖZET

Bu araştırma primipar annelerin bebeklerini algılama ve temel yenidoğan bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Mart 2012-Mayıs 2012 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden 127 primipar anneyi kapsamaktadır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu ve yenidoğanı algılama ölçeği kullanılmıştır. Veriler NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, standart sapma; karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi, Continuity Correction Ki-Kare test ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Geçerlik-güvenirlik analizi için Cronbach's alpha katsayısı hesaplanmış, sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına giren annelerin yaş ortalaması $23,90 \pm 4,37$, ortalama evlilik süresi $3,97 \pm 4,12$ 'dir. Annelerin; %37,8'i ilkokul mezunu, %67,7'si çalışmıyor, eşlerinin ise %33,9'u ilkokul ve altı mezunu iken %92,9'u çalışmaktadır. Ailelerin %52'sinin geliri giderine eşittir. Annelerin; %94,5'i isteyerek gebe kalmış, %63,8'i normal doğum yapmış, %78,7'si gebelik süresince herhangi bir sağlık kuruluşuna en az bir kez başvurmuştur. Annelerin %55,9'u yenidoğan bakımı ile ilgili bilgiye ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Bilgi istenilen konular arasında, en fazla yatış pozisyonu, beslenme ve göbek bakımı yer almaktadır. Annelerin; yenidoğanın genel özellikleri, evde bakımı, beslenmesi, hijyeni, uyku düzeni ve sağlık sorunları hakkında bilgileri incelenmiş ve çoğu konuda eksik ya da yanlış bilgilerinin olduğu görülmüştür. Annelerin %30,7'sinin bebeğini "Negatif" algıladığı, %69,3'ünün "Pozitif" algıladığı belirlenmiştir. Ortaokul mezunu olan annelerin ve geliri giderine eşit olan ailelerin bebeklerini algılama durumu diğer annelere göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Bebeğin cinsiyetinin istenilen cinsiyette olma, bebek bakım bilgisi alma, doğumun şekli ve gebeliği isteme durumları ile bebeği negatif ve pozitif algılama durumları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Yenidoğan bakımı, Bebeğin algılanması

2. SUMMARY

EVALUATION OF HOW PRIMIPARA MOTHERS PERCEIVE THE NEWBORN AND THEIR BASIC KNOWLEDGE AND APPLICATIONS FOR NEWBORN CARE

This research was conducted as a descriptive and cross-sectional study for the purpose of evaluating how primipara mothers perceive the newborn and their basic knowledge and applications for newborn care. The research covers 127 primipara mothers who accepted to attend the research between March 2012-May 2012. Questionnaires which prepared by researcher and Neonatal Perception Scale were used to gather data. Obtained data was analyzed by the help of NCSS 2007 & PASS 2008 statistical software programs. Average, standard deviation approaches used for analyzing; Pearson Chi-Square Test, Continuity Correction Chi-Square Test and Fisher's Exact Test were used to compare the data. Cronbach's alpha coefficient was calculated for validity-reliability analyze and it was observed that results are within 95% confidence interval, significance was observed at $p < 0.05$ level. Average age of the mothers participated in the survey was 23.90 ± 4.37 , their average period of marriage was 3.97 ± 4.12 , 37.8% of the mothers were graduated from primary school, 67.7% of them were unemployed; 33.9% of their husbands were graduated from primary school or lower and 92.9% of them were employed. 52% of the families' income was equal to their expense. 94.5% of the mothers were conceived on purpose. 63.8% of them had natural childbirth experience, 78.7% of them applied to a health care provider at least once during their pregnancy period. 55.9% of the mothers stated that they needed some information about newborn care. Information was mostly requested on especially recumbent position, nutrition, umbilical cord care issues. Mothers' knowledge about general features of newborn, newborn care at home, newborn nutrition, newborn hygiene, sleeping patterns of newborn and health issues of newborn was examined and it was seen that mothers had lots of wrong and missing information on these issues. It was observed that 30.7% of the mothers perceived their babies "Negative" and 69.3% of them perceived their babies "Positive". It was determined that mothers that graduated from junior high school level and the families that had income equal to their expense had significantly higher level of perception for newborn than other mothers and families. It was determined that there are not statistically significant differences when issues such as the gender of baby to be as intended, pregnancy on purpose, to get information about newborn care, type of birth compared to newborn perception level as "negative" or "positive".

Key words: Nursing, Newborn care, Perception of baby

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada 2010 yılında 5,4 milyon bebek bir yaşını dolduramadan yaşama veda etmiştir. Beş yaş altı ölümlere bakıldığında, sayı 7,6 milyona yükselmektedir. Bu ölümlerin pek çoğu gelişmemiş ülkelerde gerçekleşmiş, üstelik neden çoğu zaman önlenabilir ve tedavi edilebilir hastalıklar olmuştur. Beş yaş altı çocuk ölümlerinin %70'i yaşamın ilk yılında meydana gelmektedir. Bebek ölümleri içinde de, yenidoğan ölümleri giderek artan bir oran göstermekte, çocuk ölümleri içindeki payı 1990'lardaki %10'luk seviyesinden 2010'da %40'lara ulaşmaktadır (Oestergaard et al., 2011; UNICEF, 2011a).

Türkiye'de ise 2009 yılında canlı doğan çocuk sayısı 1 254 946 iken bu sayı 2010 yılında 1 238 970'dir (TÜİK,2010a). Buna karşılık; 2010 yılında 365 190 ölüm olayı gerçekleşmiştir. Ölenlerden 15 049'u bebektir. Ve ölen bebeklerin % 63,8'i bir ayını doldurmadan ölmüştür (TÜİK,2010b).

Çocuk ölümlülüğüne ilişkin göstergeler sıklıkla tüm uluslararası kalkınma ölçütlerinde kullanılmaktadır (Bahar ve ark., 2011).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları(TNSA) 2008 öncesindeki beş yıllık dönem içindeki bebek ölüm hızlarına göre, 1,000 canlı doğmuş bebekten 17'si bir yaşından önce ölmektedir. Her dört bebek ölümünden üçü doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde meydana gelmiştir. Çocuğun hayatta kalma olasılığı, annesinin eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Anneleri eğitimsiz veya ilköğretimi tamamlamış olan çocuklar arasındaki bebek ölüm hızı, anneleri lise mezunu veya daha yüksek eğitimli olan çocuklardan 3 kat daha fazladır.

Bebek ve çocuk ölüm hızlarında, yıllara göre düşüş görülmesine karşın ölümler Avrupa standartlarına göre hala çok yüksektir. Türkiye kişi başına gelir düzeyi açısından dünyada 54'üncü sırayı alırken, beş yaş altı çocuk ölümlerinde 100'üncü sıradadır. Bebek ve çocuk ölümlerindeki bu azalma, kısmen, yükselen gelir, annelerin daha iyi eğitim almaları, doğurganlıktaki azalma ve kentleşme gibi sosyoekonomik değişimler sonucu gerçekleşmiştir (UNICEF,2011b).

Bebek bekleyen aileye doğumdan önce eğitim vererek ailenin yenidoğan bebeğe fiziksel ve ruhsal olarak hazırlanmasını sağlamak ve doğumdan sonra

bebeğin bakımını kolaylaştırıcı önerilerde bulunarak, düzenli izlemlerle gelişimin izlenmesi birinci basamak sağlık çalışanının önemli görevlerindendir (Şalk Vatandaş, 2004).

Doğum sonrası (postpartum) dönem yenidoğanın aile sistemiyle bütünleştiği, kadının emosyonel, fiziksel ve sosyal adaptasyonunun olduğu, gelişimsel bir kriz dönemidir. Bu dönemde, annelerin bebek bakımına, büyüme-gelişmesine ve bebeğin normal özelliklerine ilişkin bilgi eksikliği annede kaygı nedeni olabilir, annelik rolünden memnuniyetini azaltabilir ve yaşam değişikliğini olumsuz etkileyebilir (Yıldız,2008a).

Ebeveynin doğuma uyumu, gebeliğin planlanmış ve normal olup olmaması, doğum eylemi ve doğumun süresi, doğumda verilen ilaçlar, yenidoğanın cinsiyeti ve çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Çavuşoğlu, 2004a).

Yapılan çoğu araştırma doğum sonu dönemde anne ve babaların bebek bakımına yönelik çeşitli konularda bilgi gereksinimlerinin olduğunu ortaya koymuştur (Başer ve ark., 2005; Doğan,2007).

Araştırmalarda planlı ve sürekli olarak eğitim ve danışmanlık uygulanan primipar annelerde bebek bakım bilgi düzeyinde önemli ölçüde artma, kaygı düzeylerinde azalma, annelik rolünden memnuniyette artma gözlenmiştir (Yıldız,2003).

Yapılan çalışmalarda anne-bebek arasında dengeli ilişki kurulmazsa, çocuk suistimali, yetersizlik sendromu ve çocukta gelişim sürecinde davranış sorunları olasılığı arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle annenin yenidoğanı algılaması bilinerek, anne bebek ilişkisi için risk yaratan durumlar erken evrede tespit edilip, aralarındaki bağların kuvvetlendirilmesi gerekir (Feldman et al., 1999).

Bu çalışmanın amacı özellikle ilk bebeğini doğuran, primipar annelerin bebeklerini algılamaları ile ilgili normal ve riskli bir durum olup olmadığını, temel yenidoğan bakımına yönelik bilgi/uygulamaları, varsa eksiklik ve hatalı davranışların değerlendirilerek hemşirelik bakımının etkin planlanması, sorunların erken saptanması ve koruyucu sağlık bakımı/edğitiminin verilmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yenidoğan Dönemi ve Özellikleri

Doğumdan sonraki ilk 28 güne “yenidoğan dönemi” denir. Bu dönemin ilk 7 günü “erken yenidoğan dönemi”dir. Yedi ile 28. günler arasındaki dönem “geç yenidoğan dönemi”dir. Bu dönem boyunca yenidoğan ekstauterin yaşama uyum sağlamaya çalışır. Miadında doğan yenidoğanın tüm sistemleri uterus dışındaki yaşama uyum yapabilecek olgunluktadır (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın,2005; Datta,2009).

Gebeliğin süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 haftadır. Termde/miadında terimleri gebelik yaşını gösterir. Miadında yenidoğan, gebeliğin 38-42 haftaları arasında doğar (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın,2005; Görak,2008a).

Bebeğin doğduğu gün insan yaşamının belki de en önemli günüdür. Çünkü fetal yaşamdan ekstauterin yaşama geçiş kritik bir dönemdir. Bireyin yaşamında doğumdan sonraki ilk birkaç saat içinde gerekli olan fizyolojik uyumdan daha fazlasını gerektiren başka bir zaman yoktur. Yenidoğanın ekstauterin yaşama uyumunu kolaylaştırmak için özellikle yaşamın ilk saatlerindeki yaklaşım çok önemlidir. Hemşireler bu geçiş döneminde hem anneyi hem de yenidoğanı değerlendirerek zamanında ve uygun müdahalenin yapılmasını sağlamalıdır. 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 (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın,2005; Ertuğrul,2007; Datta,2009).

Bu dönemde yenidoğanın bakım gereksinimleri; vücut ısısının korunması, solunumunun sağlanması ve sürdürülmesi, yenidoğan distresinin erken tanımlanması, kanamanın önlenmesi (K vitamini uygulama), enfeksiyonun önlenmesi, göz bakımı,

ağız bakımı, umbilikal kord bakımı, perine bakımı, bebeğin banyosu, bebeğin giyimi, ebeveyn-yenidoğan ilişkisinin kurulması, yenidoğanın kimliğinin belirlenmesi, beslenmenin sağlanması, ebeveynlerin eğitim gereksinimlerinin karşılanması gibi aktiviteleri içermektedir (Çavuşoğlu,2004a; Taşkın,2005; Datta, 2009).

Miadında bir yenidoğanın aksillar ölçüm ile alınan vücut sıcaklığı; en düşük 36,1, en yüksek 37,7'dir. Doğum anında ortalama 37,2'dir ve doğum sonu 4 saat içinde vücut sıcaklığı normal değerlerine ulaşır. Normal yenidoğanın kalp atım hızı 120-160/dk'dır. Uykuda 70-90/dk'ya düşerken, ağlama durumunda 180/dk'ya yükselebilir. Yenidoğanın doğum sonu ilk birkaç dakikada solunum hızı 80'e kadar çıkabilir. Daha sonrasında solunum hızı 30-60/dk'dır. Yenidoğanda solunum büyük oranda diyafragma ve abdominal kaslarla gerçekleşir. Yenidoğanın kan basıncı doğumda yaklaşık 80 $\pm$ 16(sistolik) / 46 $\pm$ 16(diastolik) mm Hg'dir. 10 gün içinde yaklaşık 100/50 mm Hg'ye yükselir (Çavuşoğlu,2004a; Taşkın,2005; Datta, 2009; Savaşer ve Yıldız, 2009).

Zamanında doğmuş bebeğin doğum ağırlığı; 2500-4000 gr arasında değişir. Ortalama doğum ağırlığı 3400 gr'dır. Yenidoğanlar yaşamlarının ilk 3 günü vücut ağırlığının %5-10'unu kaybederler. Buna fizyolojik tartı kaybı denir. Bu kaybın sebebi; anneden gelen hormonların kaybı, sıvı alımının azalması, idrar ve gaita ile sıvı kaybedilmesidir. Yenidoğanın doğum sonrası 4-10. günlerden sonra, günde 25-30 gr tartı almaya başlaması, 7-15. günlerde ise doğum ağırlığına ulaşması beklenmelidir (Çavuşoğlu,2004a; Taşkın,2005; Datta,2009; Yıldız, 2008b).

Zamanında doğmuş yenidoğanın boy uzunluğu ortalama; 50 cm, sınır değerleri ise kızlarda; 49-53, erkeklerde; 50-54 cm'dir. Yenidoğanın baş çevresi 33-37 cm ortalama 35 cm olup, sıklıkla göğüs çevresinden 2 cm daha büyüktür. Yenidoğanın göğüs çevresi ortalama 33 cm'dir (Çavuşoğlu,2004a; Taşkın,2005; Datta,2009;).

Yenidoğanın ilk dışkısı koyu yeşil-siyah renkte, macun kıvamında ve yapışkan olup mekonyum olarak adlandırılır. Normalde yenidoğan bebeğin ilk dışkısı doğumdan sonraki ilk 8 ile 24 saat arasında görülür ve 48 saate kadar dışkısını yapmaması halinde barsak pasajı ile ilgili bir bozukluk düşünülür. Bebeğin ilk ayında dışkı sayısı 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 günde 2-3 kez de dışkılayabilir, bu normaldir. Mama ile beslenen

bebeklerin dışkıları daha kıvamlı ve sıklığı daha azdır. Bu bebeklerde kabızlık da görülebilir (Çavuşoğlu,2004a; Taşkın,2005; Yıldız, 2008b).

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. Yenidoğan bir defasında yaklaşık 15 ml idrar yapar. İdrar dansitesi 1008-1010'dur. Günlük atılan idrar miktarı ilk 1-2 gün için toplam 30-60 ml'dir. Bir haftanın sonunda total idrar miktarı yaklaşık 300 ml'ye yükselir. Yaşamın ilk birkaç gününde idrarda protein normaldir, ayrıca intrauterin dönemde mesanede ürik asit kristallerinin birikmesi nedeniyle idrar pembe renkli olabilir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b).

4.2. Bağışıklama

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı önerisi doğrultusunda yenidoğan döneminde sadece Hepatit B Virüs (HBV) Aşısı yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012).

4.2.1. Hepatit B Virüs (HBV) Aşısı

HBV aşısı 0., 1., 6. ay takvimi ile 3 kez uygulanır. İlk aşı doğduğu gün veya doğum sonrası birkaç gün içinde yapılmalıdır. İkinci HBV aşısı birinciden en az bir ay, üçüncü HBV aşısı, ilkinden en az 4 ay, ikincisinden en az 2 ay sonra yapılmalıdır. Üçüncü (son) HBV aşısı, altıncı ay bitmeden yapılmamalıdır. Üçüncü doz aşı 6-9 ay arasında yapılabilir.

Hepatit B virüs (HBV) aşısına tüm yenidoğanlarda en geç ilk 72 saat (tercihen ilk 24 saat) içinde başlanmalıdır. Eğer anne HBsAg-negatif ise ilk HBV aşısı zorunlu durumlarda ikinci ayın sonuna kadar geciktirilebilir, ancak bu durumlarda da aşının mümkünse doğumda ya da hemen sonra yapılması yeğlenmelidir.

HBsAg-pozitif anneden doğan yenidoğanlarda doğumu izleyen 12 saat içinde HBV aşısı ve 0,5 ml hepatit B immunglobulini (HBiG) yapılmalıdır. Bu bebeklerde ikinci aşının 1. ayda ve üçüncü aşının 6. ayda yapılması sağlanmalı, son aşıdan sonra

bebekte serolojik değerlendirme yapılmalıdır (Taşkın, 2005; Ertuğrul, 2007; Osborn et al, 2007; Datta, 2009; Torunoğlu,2011).

4.2.2. BCG (Bacille Calmette-Guerin Aşısı)

BCG aşısı doğumdan itibaren yapılabilir, ancak uygulama kolaylığı, daha az komplikasyon olması ve immünitinin daha kuvvetli gelişmesi için 2 ayı doldurduğunda uygulanmalıdır (Taşkın,2005; Datta, 2009; Torunoğlu,2011).

4.3. Yenidoğanın Tarama Testleri

25 Aralık 2006 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı koordinasyonu ile tüm Türkiye genelinde başlatılan Neonatal Tarama Programı ile ölkemizdeki yenidoğanların Fenilketonüri ve Konjenital Hipotiroidi yönünden taranması amaçlanmıştır. 2008 Ekim ayı sonunda bu testlere Biyotinidaz Eksikliği eklenmiştir. Neonatal Tarama Programı ile tüm yenidoğanların Konjenital Hipotiroidi, Fenilketonüri ve Biyotinidaz Eksikliği yönünden taranması, oluşacak zeka geriliği, beyin hasarları ve geri dönüşümsüz zararların engellenerek, topluma getirdiği ekonomik yükün önlenmesi, akraba evliliklerinin azaltılması konusunda toplum bilincinin artırılması, tanı konan bebeklerde bu hastalıklar nedeniyle oluşacak rahatsızlıkları önlemek amacıyla uygun tedavi başlanması ve böylece belli bir zeka seviyesine ulaşmalarının sağlanması amaçlanmaktadır (www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 17 Aralık 2012).

Fenilketonüri; karaciğerden salgılanan “fenilalaninhidroksilaz” enziminin yetersizliği veya azlığı nedeniyle fenilalaninin vücutta kullanılamaması sonucu oluşan, taşıyıcı baba ve annenin hastalıklı genleri ile çocuğa geçen kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Konjenital hipotiroidi; tiroid bezi gelişimsel bozukluklarından veya doğumsal tiroid hormon biyosentezinin yapılamamasından kaynaklanan, tiroid hormon yetersizliği ile karakterize klinik bir durumdur. Biyotinidaz eksikliği; proteine bağlanmış biotininin ayrılıp tekrar kullanılmaması ile karakterize kalıtsal bir hastalıktır. Otozomal resesif geçiş gösterir. Bu hastalıkların taramasının yapılması için, doğduktan sonraki ilk 48-72 saat içinde yenidoğandan topuk kanı alınarak ilgili merkezlere gönderilir (Cinaz, 2003; Doğan ve ark., 2005; Ataş ve ark., 2007; Köksal ve Gökmen Özel, 2008a;www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 17 Aralık 2012).

Bebeklerde işitme kaybı erken dönemde tanımlanıp tedavi edilmediğinde, konuşma ve dil gelişimi zarar görür. İşitme kaybı, 1 000 canlı doğumda 1-3 insidansla en yaygın görülen doğumsal defektir. Sağlık Bakanlığı tarafından işitme engeli ile doğan bebeklerin erken dönemde tespit edilmesi amacı ile işitme taramalarının gerçekleştirilmesi, kesin teşhis, işitme cihazı uygulaması ve gerekli rehabilitasyon çalışmalarının yapılmasını sağlamak üzere "Yenidoğan İşitme Tarama Programı" başlatılmıştır. Program Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın koordinasyonuyla 29.09.2000 yılında pilot program olarak başlatılmış, 2005 yılında AÇSAP Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. Doğum yapılan hastaneler bünyesinde tarama merkezleri oluşturulmaktadır (Aydemir ve Zinciroğlu, 2004; www.saglik.gov.trErişim Tarihi: 17 Aralık 2012).

4.4. Yenidoğanın Evde Bakımı

4.4.1. Yenidoğanın Odası

Çevre ısısındaki değişiklikler yenidoğan açısından çok önemlidir. Doğumdan sonraki ilk günlerde normal miadında doğmuş sağlıklı bebekler de dahil tüm yenidoğanlar çevre ısısı değişikliklerinden çok çabuk etkilenirler. Bu nedenle bebek ısısı 24°C'nin üzerinde olan havalandırılmış bir odada bulundurulmalıdır. Yenidoğan bebek için mümkünse sessiz ve fazla aydınlık olmayan bir oda seçilmelidir ve odanın temizliğine özen gösterilmelidir. Dış dünyayı yeni gören bebek için gözü fazla yoracak çok canlı ve koyu renklerden uzak durulmalıdır. Bebek soba, kalorifer gibi ısı kaynaklarına çok yakın yatırılmamalı, cereyan ortamında bırakılmamalı, giysileri oda sıcaklığına göre ayarlanmalıdır. Bebek bir karyola ya da beşiğe yatırılmalıdır. Çok hızlı olmayan sallamalar yapılabilir. Bebek yastıksız yatırılmalı, yatak çarşafı gergin olmalıdır (Şalk Vatandaş, 2004; Yıldız,2008b; Milli Eğitim Bakanlığı,2011).

4.4.2. 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 (Yıldız, 2008b).

4.4.3. Yenidoğanın Uykusu

Uyku; bilinç, uyanıklık ve istemli hareketlerin kaybolduğu, normal döngüsel fizyolojik bir durumdur. Uykuda kaybolan görsel, işitsel ve dokunma duyuları kısa sürede geriye dönmektedir. Uykunun iki bölümü vardır:

- 1- Hızlı göz hareketlerinin olduğu ve REM (rapid eye movement) dönemi olarak tanımlanan aktif uyku dönemi
- 2- Non-Rapid Eye Movement (NonREM) dönemi

Yetişkinlerde NonREM döneminin dört evresi vardır ve evreler ilerledikçe uyku daha derinleşir. Her siklus yaklaşık 90 dakika sürer. Erken çocuklukta uyku dönemleri yetişkinlerdeki kadar iyi gelişmemiştir. Uyku süresi yenidoğan bir bebekte toplam 16-18 saatken; bir aylık bebekte ortalama 14-16 saate düşer. Bu uyku ve uyanıklık sistemi, santral sinir sisteminin gelişmesi ile düzenlenmektedir. Yapılan çalışmalarda REM yani uykunun aktif döneminde çocuğun yoğun uyaranların etkisinde kaldığı; bu durumun nörolojik gelişimi sağladığı gösterilmiştir. Dolayısıyla infant geliştikçe, REM uykusu azalırken, nonREM uyku süresi artmaktadır. Bununla birlikte her çocuğun kendine özgü bir uyku düzeni vardır. Bazı bebekler bütün gün uyuyor gibi görünürken bazı bebekler dokuz saat gibi kısa bir süre uyuyabilir. Bebeğin geceleyin kesintisiz 5-6 saat uyumaya başlaması ile uyku düzeninin oluştuğu kabul edilmektedir. Döngüsel uyku ritminin oluşmasıyla gün içindeki uyku, gece dönemlerine kaymaktadır. Bu durum her bebek için değişken zamanlarda olabilmektedir (Özgen,2001;Yılmaz ve Gürakan,2002; Glaze,2004).

Yenidoğan uyurken yüzünde vücutunda spontan hareketler olabilir. Uykusu hafiftir. Ayrıca bebeğin beslenme sorunu, oda sıcaklığının uygun olmaması, anneden ayrılma anksiyetesi uyku sorununa neden olabilir. Anne sütü alan bebeklerin mama ile beslenen bebeklere göre gece daha sık uyandıkları gösterilmiştir. Ayrıca ortam ısısı da çok önemlidir. Sıcak ortamda, üstü çok örtülerek yatırılan bebekler, uygun ısıda yatırılanlara göre geceleri daha sık uyanmaktadır. Bebeğin yatmadan önce banyo yaptırılması sakinleştirici etki yaptığından anne ve babalara önerilebilir. Ayrıca, bebeğin uykuya dalmasını kolaylaştıran davranışsal yaklaşımlar geliştirilmelidir. Bazen yumuşak sesle söylenen bir şarkı, bir uyku objesi ya da hafif aydınlatılmış bir oda bu konuda çok yardımcı olabilmektedir (Yılmaz ve Gürakan,2002; Şalk Vatandaş,2004; Yıldız, 2008b).

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 (ABÖS-Sudden Infant Death Syndrome-SIDS) neden olduğu belirtilmektedir (Moon et al 2000).

ABÖS riskini azaltmak amacıyla 1992 yılından beri yapılan öneriler yeniden düzenlenmiştir. Amerikan Pediatri Akademisinin ABÖS riskini azaltmaya yönelik önerilerini şu şekilde sıralamıştır:

1. Sağlıklı süt çocukları doğumdan itibaren sırtüstü yatırılmalıdır. Yan yatış pozisyonu tercih ediliyor ise, yüzüstü pozisyona dönüş olasılığını azaltmak için altta kalan kol öne getirilmelidir. Daha iyisi, yan yatış pozisyonu tercih edilmemelidir. Yüzüstü yatış pozisyonunu azaltmaya yönelik uygulama ve öneriler sürekli olmalı, aileler güvenli uyku ortamı ile ilgili olarak sürekli bilgilendirilmelidir.
2. Çocuk karyolasında sert yataklar kullanılmalıdır. Süt çocukları su yatağı, kanepesi gibi yumuşak yüzeylerde yatırılmamalıdır. Yatak, karyolaya uyumlu olmalı, yatak-karyola arasında bir parmak ya da 2 cm'den daha fazla aralık olmamalıdır. Karyola parmaklıkları arasında 2 parmak ya da 5 cm genişliğinden fazla mesafe bulunmamalıdır. Çocuk yatağında yastık, yorgan ve koyun derisi örtüler gibi yumuşak maddeler olmamalı, battaniye, çarşaf gibi yumuşak yatak örtülerinden kaçınılmalıdır. Battaniye kullanılacak ise yatağın altına sıkıca tespit edilmeli ve çocuğun ancak göğsüne kadar örtülmelidir. Uyku tulumu kullanılması göz önünde bulundurulmalıdır.
3. Çocukları ile aynı yatağı paylaşan ebeveynler çok dikkatli olmalıdır. Bu durumda süt çocuğunun sırtüstü yatış pozisyonunda olmasına dikkat edilmeli, yumuşak yüzeyler ve örtülerden kaçınılmalıdır.
4. Çocuklar hastalık anında bile aşırı ısınmaya neden olmayacak şekilde giydirilmelidir.
5. Süt çocukları sigara içilmeyen bir ortamda tutulmalıdır.
6. Anne sütünün ABÖS riskini azalttığına dair kanıt henüz bulunmamakla birlikte, anne sütü kullanımı anne ve çocuk sağlığı için nutrisyonel, immünolojik ve psikolojik yararları açısından önerilmelidir (Amerikan Pediatri Akademisi,2000).

4.4.4. Yenidoğanın Beslenmesi

Anne sütü genellikle ilk yıl içinde bebek için en üstün besin kaynağıdır (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Carey and Rayburn, 2006; Ertuğrul, 2007; Osborn et al, 2007; Samur, 2008;Datta, 2009). 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 (UNİCEF, 2004). Dünyadaki kurum ve organizasyonlar, anne sütü kullanımını önermekte, ülkemizde de konuya dair önemli çaba sarfedilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF (United Nations Children's Fund) her bebeğin ilk altı ay boyunca tek başına anne sütü almasını, altıncı ayda uygun şekilde tamamlayıcı beslenmeye geçilmesini ve anne sütüne iki yaşına kadar devam edilmesini önermektedir (Köksal ve Özel, 2008b; Stuebe, 2009).

TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de çocuklar oldukça uzun bir süre emzirilmelerine karşın, ek gıdaya çok erken yaşlarda başlanmaktadır. Sadece anne sütü alan bebeklerde ortanca emzirilme süresi çok kısa olup, çoğu alt grup için 1-2 ay arasındadır. Bebekler 2-3 aylık olduğunda, yalnız yüzde 42'si sadece anne sütü ile beslenmektedir (Kurtuluş ve ark. , 2008). Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF); Türkiye'de Çocukların Durumu Raporu 2011'e göre son beş yıl içinde altı aylıktan küçük olup yalnızca anne sütü alan bebeklerin oranı iki kat artarak yüzde 40'a çıkmıştır. Belirli bir dönem yalnızca anne sütüyle besleme açısından Türkiye bugün dünya ortalamasına yaklaşmıştır. Ancak, 2 aylıktan küçük çocukların beşte biri hazır mamalarla beslenmekte, 4-5 aylarda da yalnızca anne sütüyle beslenen bebeklerin oranı dörtte birin altında kalmaktadır (www.unicef.org Erişim tarihi: 02 Aralık 2012).

Anne sütünün özendirilmesine ve annelere emzirme konusunda bilgi ve doğru alışkanlıkları kazandırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığının'nın çalışmaları kapsamında, doğum hizmeti veren hastanelerde emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere 1991 yılında "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı" başlatıldı. Yine bu uygulama kapsamında "Anne Sütü ile Beslenmenin On Adımı" politikaları belirlendi. 62 ilde de bebek dostu hastane uygulaması başlatıldı (www.unicef.org Erişim tarihi: 02 Aralık 2012).

4.4.4.1. Anne Sütünün Özellikleri

Anne sütü; yenidoğanda optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. Anne sütü ve emzirmenin hem bebek, hem de anne için, başta beslenme olmak üzere, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çok sayıda yararları vardır (Osborn et al, 2007; Samur, 2008). Anne sütü ilk 4-6 ayda D vitamini dışında hiçbir ek sıvıya, ek besine, vitamine gerek olmadan bebeğin tüm besin gereksinimlerini karşılar ve büyüme gelişmesini sağlar (Gür,2007).

Anne sütü, yıllık milyonlarca litrelik üretimiyle, en önemli doğal kaynaklardan biridir. Anne sütü sindirimi kolay, her zaman taze, temiz ve bebeğe verilmeye hazır bir besindir. Anne sütü ile beslenme ucuz ve basit bir yöntemdir. Bütün memelilerin yavruları için, kendi annelerinin sütü en iyi besindir. Her annenin sütü, kendi bebeğinin gereksinimlerine göre uygun miktar ve niteliktedir. Örneğin, prematüre doğum yapmış annenin sütünün içeriği, diğerlerine göre farklıdır. Ayrıca gece sütü ile gündüz sütünün, emmenin ilk evresinde gelen süt ile daha sonra gelen sütün, doğumdan sonra ilk aylarda salgılanan sütle, daha sonraki aylarda salgılanan sütün içeriği de birbirinden farklıdır (Giray, 2004; Köksal ve Özel, 2008b).

Doğumdan sonra ilk 4-5 günde salgılanan, koyu kıvamlı ve sarımsı renkteki süte kolostrum (ağız sütü) denilmektedir. Kolostrum yağ yönünden fakir; sodyum, potasyum, magnezyum, çinko, vitaminler, antikorlar yönünden zengindir ve bu özelliklerinden dolayı bebeğe kesinlikle verilmelidir. Kolostrumda, olgun (mature) süte oranla daha fazla bulunan antienfektif öğeler, A vitamini, sodyum ve çinko bebeği ilk birkaç gün içerisinde enfeksiyonlardan korumaktadır. Kolostrum, bebeğin gastrointestinal sistemini immünoglobülinler ile mukozal bir tabaka oluşturarak kaplar ve böylece yenidoğan bebeği dış ortamdan gelecek patojen mikroorganizmalara karşı korur. Kolostrum, laksatif ve proteinleri parçalayıcı etkisi ile mekonyumun çıkışını kolaylaştırmakta ve böylelikle mekonyum ileusu önlenmektedir. Kolostrum, bebeğin ilk aşısı olarak nitelendirilmektedir. Kolostrumun içeriği giderek değişmekte ve 10-15. günde anne sütü matür (olgun) süt halini almaktadır. Anne sütünün % 87'si sudur ve emzirmenin ilk evresinde gelen süt, yani önsüt, su bakımından oldukça zengin bir içeriğe sahiptir. Bu nedenle, bebeğin gereksinimi olan tüm su, bu önsütten karşılanmakta, çok sıcak havalarda bile bebek, su ve sulu içeceklere gerek

duymamaktadır (Oddy, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Kumar et al., 2006; Oddy et al., 2006; Schack-Nielsen et al., 2006; Gür, 2007; Samur, 2008).

Anne sütünde dokuz protein fraksiyonu bulunmaktadır ve anne sütündeki toplam protein içeriği inek sütüne oranla daha düşüktür. Ancak anne sütü proteininin biyolojik değeri yüksektir ve yaşamın ilk altı ayında tek başına bebeğin protein gereksinimini karşılamaktadır. Protein içeriğinin %60'ını sindirimi kolay ve biyolojik değeri yüksek olan Whey proteini oluşturmaktadır. Düşük düzeyde fenil alanin, tirozin, metionin, yüksek düzeyde taurin bulunmaktadır. Taurin bir büyüme faktörüdür ve retina harabiyetini önleyici özelliğe sahiptir. Whey proteini, büyük oranda alfa laktalbuminden oluşmakta ve meme alveollerinde laktoz sentezinde, laktoferrin, lizozim, sekretuar IgA ve diğer immünglobulinler de bağışıklıkta rol oynamaktadır. Anne sütünün %30-40'ı ise sindirimi daha güç olan kazein fraksiyonudur. Kazein besleyici olarak kullanılmakta, bebeğe kalsiyum, fosfor, aminoasit sağlamaktadır (Oddy, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Köksal ve ark., 2005; Kumar et al., 2006; Oddy et al., 2006; Schack-Nielsen et al., 2006; Atıcı ve ark., 2007; Gür, 2007; Samur, 2008).

Anne sütündeki yağların %98'i trigliserittir ve yağlar bebek için en önemli enerji kaynağıdır. Anne sütünde bulunan lipaz, düşük safra konsantrasyonlarında bile yağ sindirimine yardımcı olmaktadır. Anne sütünde bulunan palmitik, oleik, linoleik, alfa linolenik yağ asidi düzeyi yüksektir. Araşidonik asit (AA), doksahegzaenürik asit (DHA), linoleik asit ve alfa linolenik asit, sinir ve retina hücrelerinin yapısına girmekte, bu uzun zincirli poliansatüre yağ asitlerinin eksikliğinde sinir sistemi ve görme fonksiyonlarının gelişimi yeterli düzeyde olmamaktadır. Özellikle preterm bebeklerin annelerinin sütlerindeki uzun zincirli, poliansatüre yağ asitleri diğerlerine oranla daha yüksektir. Bir emzirme döneminin sonuna doğru salgılanan sütte, emzirmenin başlangıcına göre yağ oranı artış göstermektedir. Bu son sütü alan bebek, doyumluk hissederek memeyi bırakmakta, böylelikle obezite riskinden korunmaktadır. Anne sütünde, erken laktasyon döneminde fosfolipid ve sinir sisteminin gelişiminde rolü olan kolesterol içeriği yüksektir. Bu durumun lipid enzim sisteminin erken aktivasyonu ve ileride gelişebilecek hiperlipidemi ve aterosklerozun önlenmesinde etkili olabileceği öne sürülmektedir (Oddy, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Köksal ve ark., 2005;

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Kumar et al., 2006; Oddy et al., 2006; Schack-Nielsen et al., 2006; Atıcı ve ark., 2007; Gür, 2007; Samur, 2008; Selimoğlu ve ark., 2010). Kolesterol ve “düşük dansiteli lipoprotein” (LDL) yüksekliği koroner kalp hastalığı için önemli risk etkenleridir. Kolesterol ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada, anne sütü ile beslenmiş erken doğmuş bebeklerde 13-16 yaşlarında LDL/HDL (yüksek dansiteli lipoprotein) oranının daha düşük olduğu, doz-yanıt ilişkisinin olmadığı ve ilk dört ay tek başına anne sütü almanın önemli olduğu bildirilmiştir (Singhal et al., 2004). Otuz yedi çalışmayı içeren bir meta-analizde total kolesterol düzeyinin birinci yaşta anne sütü alanlarda daha yüksek olduğu, çocukluk-ergenlikte beslenmeyle ilişkisiz olduğu ancak erişkin dönemde daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Owen et al., 2008). Anne sütünün damar duvarına etkisi incelendiğinde farklı sonuçlarla karşılaşılmıştır. Aterosklerozdan koruyucu olan damar genişleyebilirliği uzun süre anne sütü alanlarda daha az ve arter sertlikleri fazla bulunmuş, ancak bu bireylerde belirgin artmış bir koroner ölüm oranı ile karşılaşılmamıştır. Ayrıca anne sütü alanların intima mediya kalınlıkları daha az bulunmuş ve bunun da koroner hastalıklardan koruyucu olduğu belirtilmiştir (Martin et al., 2005). Yapılan bir çalışmada anne sütüyle beslenen bebeklerde 13-16 yaşlarına geldiklerinde formüle ile beslenenlere göre sistolik kan basıncında 1 ile 1,4 mm Hg’lık bir düşüklük gösterilmiştir (Owen et al., 2003).

Anne sütünde bulunan karbonhidratların en önemli komponenti laktozdur. Laktoz, yavaş ve kolay sindirilebildiğinden, kan şekerini iyi bir biçimde düzenlemektedir. Karbonhidratlar, enerji sağlamanın yanı sıra, aminoasitlerin ve minerallerin (kalsiyumun) emilimini ve B vitamini sentezini artırır, böylece kalsiyum emilimini kolaylaştırır ve kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkiler. Laktozun galaktoz bileşeninin lipitlerle yaptığı bileşikler beyin gelişiminde önemli rol oynar. Laktozun sindirilemeyen bölümü fermente olarak bağırsaklarda asidofilik bakteriyel floranın (laktobasillus bifidus) gelişiminde rol oynamaktadır. Ayrıca Lactobacillus bifidus'un çoğalmasıyla, barsak florası oluşmakta, bebek Escherichia coli enfeksiyonlarından korunmaktadır (Oddy, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Köksal ve ark., 2005; Kumar et al., 2006; Oddy et al., 2006; Schack-Nielsen et al., 2006; Atıcı ve ark., 2007; Gür, 2007; Samur, 2008; Selimoğlu ve ark., 2010).

Anne sütünde K vitamini dışında yağda ve suda eriyen vitaminler bebek için yeterli düzeydedir. Yenidoğanda K vitamini sentezleyen barsak florası henüz oluşmadığından, yenidoğanın hemorajik hastalığının önlenmesi için yenidoğana kas içine 1 mg suda eriyen K vitamini uygulanmalıdır (Demirtaş ve ark., 2010; www.ttb.org.tr Erişim Tarihi: 03 Aralık 2012; www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 03 Aralık 2012). Gebelik ve laktasyonda normal beslenen ve güneş ışınlarından yeterince yararlanan annelerin sütlerindeki D vitamini, yeterli süre ve uygun biçimde güneşlendirilen bebekler için yeterlidir, ancak bu koşulların tam olarak sağlanamadığı durumlarda, bebeklere ilk yıl içinde, 15-20 günlükken başlamak üzere, 400 IU/gün D vitamini verilmelidir (Gartner and Greer, 2003; Hatun ve ark., 2003; Sağlık Bakanlığı Belgeleri, 2005).

Anne sütünün potasyum içeriği sodyuma oranla yüksektir ve intrasellüler sıvılarla uyum göstermektedir. Sodyum komponentinin düşüklüğü ise yenidoğanın henüz tam gelişmemiş böbrek fonksiyonlarına uygundur. Anne sütünün kalsiyum içeriği inek sütüne oranla düşük olmasına karşın, kalsiyum fosfordan iki kat daha fazladır ve emilimi daha yüksektir. Bu özelliği ile kemik mineralizasyonu için uygundur (Oddy, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Köksal ve ark., 2005; Kumar et al., 2006; Oddy et al., 2006; Schack-Nielsen et al., 2006; Atıcı ve ark., 2007; Gür, 2007; Samur, 2008).

Anne sütünün Cu, Zn ve Fe yoğunluğunun anne diyetinden etkilenmediği bilirse de yapılan çalışmalarda birbirinden oldukça farklı sonuçların bulunması anne sütünün eser element içeriği üzerinde coğrafi farklılığın etkisinin belirgin olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca prematüre doğum yapmış annenin sütünün içeriği, diğerlerine göre farklıdır (Schramel, 1988; Yoshinaga, 1991; Ohtake, 1993; Dömlöf, 2004; Yamawaki et al., 2005; Nakamori, 2009; Ergül ve ark., 2010). İnek sütüne göre, anne sütündeki demir içeriği daha az olmasına karşın, anne sütündeki demirin emilimi daha fazladır. Bu nedenle anne sütü ile beslenen bebeklerde ilk altı ayda demir yetersizliği görülmemektedir. Flor'un anne sütündeki yeterliliği ise tartışmalıdır. Su kaynaklarında flor içeriği 0,3 ppm'den az olan bölgelerde altıncı aydan başlayarak bebeğe flor desteği sağlanmalıdır (Oddy, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005;

Köksal ve ark., 2005; Kumar et al., 2006; Oddy et al., 2006; Schack-Nielsen et al., 2006; Atıcı ve ark., 2007; Gür,2007; Samur, 2008).

Anne sütü enfeksiyonlara karşı koruyucudur. Laktoferrin, lizozim, fibronektin, S IgA, musin, C3, oligosakkaritler, lipitler anne sütündeki antimikrobiyal faktörlerdendir. Vitamin A, C, E, katalaz, glutatyon peroksidaz, alfa-1 antitripsin, alfa-1 antikemotripsin, prostoglandin E 1-2, EGF, TGF, IL-10 antienflamatuar faktörlerdir. Ayrıca, anne sütünde interlekinler, interferon gama ve TNF α gibi immünomodülatörler bulunmaktadır. Monosit, makrofaj, PNL, T ve B lenfositleri ise hücresel bileşenleri oluşturmaktadır. Başta salgısal IgA olmak üzere diğer immünoglobulinler; salmonella, şigella, kolera, poliyovirüs, rotavirüs, RSV ve diğer mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonları önler (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Köksal ve ark., 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Atıcı ve ark., 2007; Gür,2007; Samur, 2008). Anne sütü bu özellikleri ile bebeği sepsis, bakteriyemi, menenjit, solunum yolları enfeksiyonları, gastroenteritler, üriner sistem enfeksiyonları, akut otitis mediadan korur. Bunun yanı sıra Tip 1 diabetes mellitus, lenfoma, crohn hastalığı, çölyak hastalığı ve atopik hastalıkların gelişim riskini azaltır. Ayrıca anne sütüyle beslenme, çene, dişeti ve diş gelişimini de olumlu yönde etkilemekte, ileri yaşta görülen diş çürüğü riskini de azaltmaktadır (Ivarsson et al., 2002; The Eurodiab Substudy 2 Study Group, 2002; Van Odijk et al.,2003; Kwan et al., 2004; Klement et al., 2004; Schack-Nielsen et al., 2006; Altınkaynak ve ark., 2006; Ip et al., 2007; Samur, 2008; Selimoğlu ve Karabiber, 2010; Silano et al., 2010; Kusunoki et al., 2010).

Anne sütünde başta sindirim sistemi, merkezi sinir sistemi, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır. Epidermal büyüme faktörü, transforming büyüme faktörleri, sinir büyüme faktörü, insüline benzer büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoetin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon başlıcalarıdır. Beynin bilişsel işlevlerinin anne sütü ile beslenen çocuklarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Anne sütü ile beslenme, bebeğin zeka gelişimini ve entellektüel yapısını olumlu yönde etkilerken, konuşma sorunlarının da daha az olmasını sağlar. Bu durum anne sütündeki protein ve yağların bebeğin beyin gelişimi için en uygun miktarda ve yapıda olmasına bağlıdır. Taurin, uzun zincirli doymamış yağ asitleri ve sinir büyüme faktörlerinin beyin gelişiminde önemli rolü vardır. Kolostrum da içeriği açısından beyin gelişiminde oldukça önemlidir.

Anne sütü ile beslenen bebeklerin daha erken aylarda yürüdükleri, gelişim indekslerinin daha iyi olduğu gözlenmiştir. Anne sütünde ayrıca cinsiyet hormonlarının salınmasını uyaran hormon(GnRH), tiroid hormonları, parathormon, kalsitonin, prolaktin, östrojen, progesteron gibi hormonlar bulunmaktadır (Reynolds, 2001; Giray, 2004; Schack-Nielsen and Michaelsen, 2007; Turck, 2007; Köksal, 2008; Köksal ve Gökmen Özel, 2008b; Selimoğlu ve ark.,2010; Holmes et al., 2010; Isaacs et al., 2010).

4.4.4.2. Emzirme

Emzirme, ekonomik, kolay, anne ve bebek için uygun bir işlemdir. Uterus kontraksiyonlarını da uyarak uterusun involüsyonuna yardımcı olur. Anne-bebek bağının kurulması, güven duygusu gelişmesi ve annede strese karşı tolerans gelişmesini sağlar. Annenin sindirim sistemi iyi çalışmasını sağlar, besin absorpsiyonunu artırır. Ovülasyonu geciktirir (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Köksal ve Gökmen Özel, 2008b; Samur, 2008; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde, bebek, çıplak olarak anne memesine konulup emzirilmeye başlanmalıdır. Bebeğin doğumdan sonraki en uyanık olduğu, dolayısıyla da emmenin en aktif olduğu dönem, doğumdan sonraki ilk yarım saattir. Bu sürenin geçirilmesi, emzirme başarısını ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Köksal ve Gökmen Özel, 2008; Samur, 2008; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

TNSA, 2008 verilerine göre; Türkiye’de emzirme çok yaygındır; çocukların tamamına yakını (%97) belirli sürelerle emzirilmişlerdir. Buna karşın, anne sütü ile beslenmeye başlamanın oldukça geç olduğunu ortaya çıkmıştır. Emzirilen çocukların %40’ı doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır. Doğumun ilk günü içinde emzirilmeye başlanan çocukların oranı ise yüzde 73’tür.

4.4.4.3. Emzirme Tekniği

Annenin emzirmeden önce ellerini yıkaması önemlidir. Emzirmeden önce meme başının temizlenmesi gerekli değildir. Areoladaki Montgomery tüberküllerinden salgılanan yağlı antibakteriyel bir madde meme başını ve areolayı doğal olarak

korumaktadır. Anneye meme başını kuru tutması ve göğüs bakımında sadece kaynamış su kullanması önerilir. 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. Baş, ensesi ve omuzları annenin dirseğinin iç 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 (C tutuşu) ve meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalıdır. Bebeğin ağzını genişçe açması 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 (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Gür, 2007; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

4.4.4.4. Emzirme Süresi ve Sıklığı

Bebek sabit zaman aralıklarıyla değil, istedikçe ve istediği süre emzirilmelidir. Bebeğin emzirmenin başlangıcında gelen önsütten ve emzirmenin sonlarına doğru gelen lipitten zengin sonsütten yararlanması için emzirme süresi en az 10 dakika olmalıdır. Bazı annelerde süt salgılanma refleksinin yerleşmesinin gecikmesi nedeni ile bebeğin emme süresi değişebilir. O nedenle emzirmenin sonlandırılmasında bebeğin isteği dikkate alınmalıdır. Ancak bu sürenin 30 dakikanın üzerine çıkması meme sorunlarına yol açmaktadır. Emzirme süresinin kısa tutulması ise lipit içeriği yüksek sonsütten yararlanamayan bebekte yetersiz tartı alımına, memenin yeterince boşalmamasına bağlı olarak annede meme sorunlarına ve yetersiz süt yapımına neden olmaktadır (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Gür, 2007; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

Emzirme sıklığı saatlere göre değil, bebeğin isteğine göre ayarlanmalıdır. Bebeklerin beslenme aralıkları bebeğin kilosuna, emiş gücüne, bebeğin ihtiyacına ve mide kapasitesine bağlıdır. Bebeğin ağlaması emzirme için geç bir bulgudur. Bebeğin emme hareketleri yapması, elini ağzına götürmesi, kol ve bacaklarını girmesi vb.

davranışlar sergilemesi; onun emmeye hazır olduğunun işaretleridir (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Gür, 2007; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

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. Emzirme sonrası bebeğin gazı çıkarılarak yatırılır. Anneye bu pozisyonun gösterilmesi gerekir (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Gür, 2007; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

Anne sütü ile beslenen bebeklerin 4-5. günlükken dilüe idrarları (günde en az 6 ıslak bez) ve sarı renkli dışkıları (günde 3-4 kez) olacaktır. Muntazam kilo alımı başlayacak ve 10-14 gün civarında doğum kilosunu yeniden kazanılacaktır. Dördüncü günün sonunda koyu renkli veya “tuğla tozu” idrar ya da az veya koyu yeşil dışkı yetersiz anne sütü alımının göstergesidir (Osborn et al, 2007).

4.4.5. Yenidoğanın Göbek (Umbilikal Kord) Bakımı

Göbek bakımı yenidoğan cilt bakımının en önemli bölümüdür. Umbilikal kordun kuru tutulması enfeksiyonu önlemede oldukça önemlidir. Doğumdan sonra ilk birkaç gün içinde umbilikal kordun çevresinde enfeksiyon (omfalit) gelişebilir. Etken ajan genellikle E.coli ya da stafilokoklardır. Enfeksiyon kirli alt bezi veya bakım veren kişinin kontamine elleri ile temas sonucu oluşur. Umblikus çevresi kanama ve enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenir, enfeksiyon gelişmesi durumunda, kültür sonucuna göre antibiyotik kullanmak gerekir. Enfeksiyon gelişimini önlemek için günde bir ya da iki kez %70’lik alkol ile umbilikal kord bakımı yapılabilir (Çavuşoğlu, 2004a; Demirtola ve Özen, 2005). Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalarda, hiç bir uygulamanın göbeğin doğal haliyle, kuru ve temiz bırakılmasına üstün olmadığı savunulmaktadır (Zupan et al, 2007) Kul ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış oldukları çalışmada; zamanında doğmuş sağlıklı yenidoğanlarda sadece steril gazlı bezle yapılan göbek bakım uygulaması yeterli bulunmuştur.

Bebeğin alt bezinin umbilikal kordun altında kalmasına dikkat edilir. Böylece, kordun hava ile temas etmesi sağlanır ve sürtünme ile oluşabilecek irritasyon önlenir.

Ebeveynlere umbilikal kord bakımı ve gelişebilecek olası sorunların önceden anlatılması gerekir (Çavuşoğlu, 2004a; Şalk Vatandaş, 2004).

4.4.6. Yenidoğanın Banyosu

Yenidoğan bebeğin ilk banyosu, doğumdan sonra vücut ısısı 2-4 saat süreyle normal seyreden ve herhangi bir sorun yaşanmadığı durumlarda yaptırılabilir. Ekstrauterin yaşama uyum sağlamaya çalışan yenidoğanı vücut ısısı stabilize olmadan yıkamak hipotermiye neden olabilir. Bebeğin ilk banyosu, anneden kan yolu ile geçebilme olasılığı olan hepatit B, hepatit C, herpes simpleks ve HIV gibi hastalıkların önlenmesine katkıda bulunabilir. Bu nedenle de bebeğin banyosunun ılığa yakın sadece sıcak su ile yapılması uygundur. İlk banyo sırasında, koruyucu özelliği olan verniks tamamen temizlenmemelidir. Yenidoğanın göbeği düşünceye ve sünnet olmuş ise sünnet yarası iyileşinceye kadar, enfeksiyonları önlemek için küvet ya da tam vücut banyosu yaptırılmamalıdır. Bu sürede bebeğe silme banyosu yaptırılır. Göbek düştükten bir gün sonra küvet banyosu yaptırılabilir. İlk bir yıl haftada 2-3 kez banyo yeterli olur. Ancak ağız, çene ve genital bölge sık sık ıslak, sabunsuz, yumuşak bir bezle silinir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Dhar, 2007; Yıldız, 2008b; Savaşer ve Yıldız, 2009; Datta, 2009; Sarkar et al., 2010; Karabulut, 2011; Fernandes et al., 2011; Utaş, 2011; www.bsm.gov.tr Erişim tarihi:07 Aralık 2012).

4.4.6.1. Silme Banyosu

Silme banyosu için geniş bir plastik küvet, temiz bez, pamuk tamponlar, havlu, battaniye ve temiz giysiler hazırlanır. İlk haftalarda silme banyosu için sadece ılık su yeterlidir. Fazla kirlenen kasık gibi bölgelerde gerekirse uygun (alkali olmayan, nötral pH'lı, deodorant, boya ve koruyucu kimyasal maddeleri içermeyen) sabun kullanılabilir. Banyo 24-25°C sıcaklıkta ve hava akımının olmadığı bir odada yaptırılır. Bebeğin banyosu iki emzirme arasındaki sürede yaptırılmalıdır. Emzirmeden hemen sonra banyo yaptırılması bebeğin kusmasına ve aspirasyonuna neden olur, açken ise huzursuz olmasına neden olur. Banyo esnasında bebek yalnız ve korumasız bırakılmamalıdır. Bebeğin banyosunun bir tezgah ya da masa üzerinde yaptırılması anneye kolaylık sağlar. Silme banyosunda ısı kaybını önlemek için bebeğin vücudu bölge bölge açılarak silinir, kurulanır ve giydirilir. Temizliğe önce gözden başlanır. Bir pamuk temiz ve ılık

su ile ıslatılarak bebeğin gözleri içten dışa doğru yavaş darbelerle silinir. Her göz için ayrı bir pamuk tampon kullanılır. Küçük ıslak havlu bir bez ile yüzün orta bölümünden dışa doğru silinir. Burun, kulak çevresi ve kulaklarının arkası da aynı şekilde temizlenir. Burun ve kulak içleri yüzeysel olarak temizlenir. Burun mukozası ve kulak zarı tahrişini önlemek için temizlik sırasında kulak ve burun içine sert pamuklu çubuklar sokulmamalıdır. Kulak kiri, görünen ve kolay alınabilecek yerde ise bir bez yardımı ile alınabilir. Daha sonra bebek futbol pozisyonunda (bebeğin vücudu annenin kolunun altında, baş ve boyun kısmı annenin eliyle desteklenerek, yüzü anneye dönük şekilde) tutulur. Bebeğin başı, ısısı önceden ayarlanmış 37 °C (bileğin iç kısmıyla kontrol edilir) su ile ıslatılır. Göz yakmayan uygun pH'lı bir şampuan ile başı nazik hareketlerle önden arkaya doğru masaj yaparak yıkanır. Bu işlem sırasında fontanellelere baskı yapılmadan yavaş hareketlerle ovulur. Bebeğin başı iyice durulanıp kurulandıktan sonra saçları yumuşak bir fırça / tarak ile taranır. Daha sonra bebeğin ısı kaybını önlemek için başı havlu ile sarılır. Aynı pozisyonda tutularak, ılık su ile ıslatılmış küçük bir havlu bez ile boyun ve boyundaki kıvrımlar silinir. Bebeğin üst zıbını çıkarıldıktan sonra boynu desteklenir sırt, gövde ve ekstremiteler yukarıdan aşağıya doğru ıslak bez ile silinir. Banyo sırasında göbeğin ıslatılmamasına dikkat edilir. Vücudun üst kısmının temizleme işlemi bittikten sonra havlu ile kurulanarak giysileri giydirilir. Yenidoğanın bel altındaki giysileri ve bezi çıkarılır. Bacakları, ayakları ve parmakları temizlenir. Islak bir bezle durulanıp kurulanır. Cildin ıslak kalması cildi tahriş edeceğinden tüm boğumlar iyice kurulanır. Kız bebeklerin perine bölgesinin temizliğinde sabun irritasyon yapabileceği için kullanılmamalıdır. Ilık su ile bölge önden arkaya doğru temiz yumuşak pamuklu bir bez ile temizlenir. Sünnetsiz erkek bebeklerde, sünnet derisinin dışını yıkamak yeterlidir. Retraksiyon (geriye çekme) uygulanmamalıdır. Yeni sünnet olmuş erkek bebeklerde yaraya su değmeden etrafı ıslak bir bez ile silinerek kurulanır. Daha sonra doktorun önerdiği pomat var ise yara bölgesine uygulanır. Tüm işlemlerden sonra bebek giydirilerek üşümesi önlenir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Dhar, 2007; Yıldız, 2008b; Datta, 2009; Savaşer ve Yıldız, 2009; Sarkar et al., 2010; Karabulut, 2011; Fernandes et al., 2011; Utaş, 2011; www.bsm.gov.tr Erişim tarihi: 07 Aralık 2012).

4.4.6.2. Küvet Banyosu

Bebeğin göbek bağı düştükten sonra ve sünnet olmuşsa sünnet yarası iyileştikten sonra küvet içinde banyo ya da tam banyo yaptırılabilir. İlk bir kaç ay, haftada 2-3 defa yıkanmaları yeterlidir. Banyo için küçük plastik bir küvet, sabun bezi, pamuk tamponlar; deodorant, boya ya da koruyucu kimyasallar gibi katkı maddeleri içermeyen nötral pH'lı sabun ve şampuan hazırlanır. Bebeğin kaymasını önlemek için küvetin zeminine bir havlu ya da bez yerleştirilir. Küvetin 1/3'ü 37°C su ile doldurulur. Banyo yaptıracak kişi banyo işlemine başlamadan önce ellerini yıkamalıdır. Bebek beşik pozisyonunda (boyun ve omuzlarından desteklenerek önce vücudun alt kısmı daha sonra tüm vücudu) küvet içine yerleştirilir. Temizliğe yine yüz temizliği ile başlanır. Bebeğin gözleri silme banyosunda olduğu gibi her göz için yeni bir pamuk kullanılarak içten dışa doğru silinir. Bebeğin tüm vücudu silme banyosundaki gibi yıkanır (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Dhar, 2007; Yıldız, 2008b; Datta, 2009; Savaşer ve Yıldız, 2009; Sarkar et al., 2010; Karabulut, 2011; Fernandes et al., 2011; Utaş, 2011; www.bsm.gov.tr Erişim tarihi: 07 Aralık 2012).

4.4.7. Yenidoğanın Giysileri

Yenidoğanın giysileri; vücudu tahriş etmeyecek şekilde, yumuşak, alerjen olmayan, pamuklu, tüy ya da toz çıkarmayan, kaşıntı yapmayan, nem çekici kumaştan yapılmış; giydirilmesi kolay, kolay yıkanan, mevsime uygun, bebeğin kollarını ve bacaklarını rahatça hareket ettirebilecek özellikte olmalıdır. Kol ve bacaklarını rahat hareket ettiren bebeğin kasları güçlenir. Bebekler mevsim koşullarına göre giydirilmelidir. Sıcak ortamlarda bebeğe fazla giysi giydirilmez üzerine hafif örtüler örtülebilir. Soğuk ortamlarda ise vücut ısını korumak için yün başlık, patik ve eldiven giydirilebilir. Bebekler güneşe her gün çıkarılmalıdır. Ancak güneş ışınlarının dik geldiği 10-16 saat saatleri arasında çıkarılmamalı, evin dışına çıkarıldığında başında şapka olmalıdır. Giysiler üzerinde kancalı iğne, toplu iğne, nazar boncuğu ya da takı gibi bebeğe zarar verebilecek nitelikte objeler kullanılmaz. Giysiler alerjik olmayan sabun ya da sabun tozu ile yıkanır, yumuşatıcı kullanılır ve bol su ile durulanır. Çamaşır suyu kullanılmaz (Çavuşoğlu, 2004a; Şalk Vatandaş, 2004; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b; Savaşer ve Yıldız, 2009).

4.4.8. Yenidoğanın Cilt Bakımı

Doğumda yenidoğan deri yüzeyi nötral veya alkali pH'ya sahiptir (pH: 6,2-7,5). Hem term hem de preterm bebeklerde deri pH değeri, doğumu izleyen ilk hafta içinde hızlı, ardından 3 hafta süresince daha yavaş bir ivme ile düşme gösterir. Birinci ayın sonunda erişkin ve büyük çocuklardaki düzeye çok yakın asidik yüzey pH değeri (pH: 5,0-5,5) kazanılır. Deri pH değeri asiditeye doğru kaydıkça Stratum korneum oluşumunda rol alan enzimler üzerinden etkiyle, deri bütünlüğüne katkı sağlanmakta, epidermal doğal immün yanıt desteklenerek deri florası daralmakta ve patojen bakteri koloni sayısı azalmaktadır. Bu nedenle deriye yapılacak her türlü girişim itina ile yapılır ve gereksiz girişimlerden kaçınılır. İlk haftalarda deri pH'sını etkilememek için cilt temizliğinde, alkali sabun ya da temizleyiciler kullanılmaz. Yenidoğan cilt bakımı için yağ ve pudra önerilmez. Yağ, kıl köklerinin kapanmasına neden olup cildin terlemesini önler. Bunun sonucunda ufak sivilceler ve isilik tarzında döküntüler görülebilir. Ancak bebeğin cildi kuru ve çatlaklar gelişirse günde 2 kez bebek losyonu ya da nemlendirici uygulanabilir. Bu durumda sık banyo yaptırmaktan kaçınılır. Pudra, solunum yollarına kaçarak solunumu güçleştirir ve perineal bölgeyi tahriş eder (Akşit, 2001; Visscher, 2009; Fluhr et al., 2010; Utaş, 2011).

4.4.9. Yenidoğanın Tırnak Bakımı

Yaşamın ilk günlerinde uzun olan tırnaklar, yenidoğanın istemsiz hareketleri ile özellikle yüzünde çiziklere neden olabilirler. Bu çizikler bebeğin immun sistemi tam gelişmediği için enfeksiyon odağı oluşturur. Bu yüzden tırnak bakımı vermek önemlidir. Tırnaklar genellikle yaşamın birinci haftasında ciltten ayrılır ve kırılırlar. Bebeğin tırnakları çok acı vermemesi için dipten kesilmemelidir. Bebek için yapılmış özel tırnak makası (uçları sivri olmayan) kullanılarak el tırnakları yuvarlak, ayak tırnakları düz kesilir. Tırnak kesimi için en uygun zaman, yenidoğanın uykuda olduğu zamandır (Taşkın, 2005).

4.4.10. Yenidoğanın Alt Bakımı

Bebeğin alt temizliği, günlük bakımının önemli bölümünü oluşturur. Her bebeğin bağırsak hareketleri farklı olmasına karşın günde ortalama 6-8 kez altı değiştirilebilir. Bu bölge nemli ve ıslak, kapalı, bu nedenle de maserasyona ve mikroorganizmalar

tarafından saldırıya yatkın bir bölgedir. Bez bölgesinde deri hasarı gelişimi çevresel faktörlerin sonucudur. Bu faktörler: oklüzyon altında artan deri hidrasyonu, deri iritanları ile karşılaşma (idrar, feçes, sindirim enzimleri, safra tuzları, beslenme faktörleri, fekal kompozisyon vb.), mekanik sürtünme (deri-deri, deribez arası), yüksek pH, diyare, antibiyotik kullanımı ve gestasyon yaşına bağlı deri bariyerinin matürasyon düzeyidir. Aşırı hidrasyon; korneositlerde şişme, lipidlerin sıvılaşması sonucu geçirgenlikte artış ile eksojen maddelerin deri içine kolaylıkla taşınmasına olanak sağlar. Bunu önlemek için süperemici bez kullanımı tercih edilmeli, anne bezin sık değiştirilmesi konusunda uyarılmalıdır. En azından her emzirme veya besleme esnasında bez değiştirilmelidir. Deri kuru tutulmalı ve bez değişimleri esnasında havalandırılmalıdır. Sık değiştirmek mümkün değilse fizyolojik bariyer oluşturmak için mineral yağlar kullanılmalıdır. Temizlemek için ılık su ve yumuşak pamuklu bezler kullanılmalıdır. Yapışık feçes için bebek losyonu gibi bir emülsiyon yüzey gerilimini azaltmak ve debris temizlemek için kullanılmalıdır. Döküntü olursa vazelin veya çinko oksit içeren kremler kullanılabilir. Vazelin bazlı veya çinko oksit içeren bariyer kremleri irritasyon riskini azaltmak için bez değişimlerinde bez bölgesine uygulanabilir. Bebek pudraları inhalasyon durumunda ortaya çıkabilecek pulmoner komplikasyonlar (pnömoni, pulmoner granülom/fibrozis vb.) nedeniyle günümüzde önerilmemektedir. Temizleme bezleri pratik ve güzel kokulu olmasına rağmen, derideki lipid tabakayı çıkardıkları ve duyarlanmaya neden oldukları için kullanımları genellikle önerilmemektedir. Kız bebeklerin genital bölge özelliği nedeniyle, üretraya fekal kontaminasyonu önlemek amacıyla temizlik önden arkaya doğru yapılır. Temizlik sırasında kız bebeklerin vulva ve labia kıvrımları açılarak ıslak bir bezle önden arkaya doğru silinir. Her silmede bezin temiz tarafı kullanılır. Böylece üretraya mikroorganizmaların geçişi önlenmiş olur. Kız bebeklerde yaşamın ilk günlerinde gebelik süresince anneden geçen östrojen hormonlarının etkisi ile vajenden kanlı ve müküslü bir akıntı gelebilir. Bu fizyolojik bir durumdur ve birkaç gün içinde kendiliğinden geçer. Erkek bebeklerde de genital bölge önden arkaya doğru silinir. Sünnetsiz erkek bebeklerde sünnet derisi geriye doğru çekilmeden temizlenir. Sünnet derisinin geriye doğru çekilmesi ödem ve damarlarda vazokonstriksiyona neden olabilir (Akşit, 2001; Çavuşoğlu, 2004a; Adam, 2008; Afsar, 2009; Visscher, 2009; Sarkar et

al., 2010; Fernandes et al., 2011; Utaş, 2011; Karabulut, 2011; www.bsm.gov.tr Erişim Tarihi:07 Aralık 2012).

4.4.11. Yenidoğanda Sünnet Zamanı ve Bakımı

Sünnet; glans penisi örten prepsiyum adı verilen sünnet derisinin belirli şekil ve uzunlukta cerrahi yolla kesilerek alınması ve penis uç kısmının açığa çıkarılması işlemidir. Sünnet; fimozisli çocuklarda tıbbi endikasyon ile yapılabildiği gibi hiçbir tıbbi endikasyon olmadan, toplumların kültürel, sosyal durumları ve özellikle de dini inanışları nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) dünya genelindeki 15 yaş ve üzeri erkeklerin % 30-33'ünün sünnetli olduğunu tahmin etmektedir. WHO sünnetin Amerika ve Kanada'daki prevalansının sırasıyla % 75 ve %20 olduğunu, Avrupa'daki prevalansının ise % 20'den az olduğunu tahmin etmiştir. Sünnet Müslüman nüfusun yoğun olduğu bölgelerde, Güney Doğu Asya'nın bazı bölgelerinde, Amerika'da, Filipinler'de, İsrail'de ve Güney Kore'de sık olarak uygulanırken, Avrupa'da, Latin Amerika'da, Güney Afrika'nın bazı bölgelerinde, Asya'nın büyük bölümünde ve Okyanusya'da göreceli olarak daha az sıklıkla uygulanmaktadır (Söylet, 2003; Balkan ve Kılıç, 2005; Taşkın, 2005; WHO 2006; Yıldız, 2008b; Yavuz ve ark., 2011).

K vitamini düzeyi düşük olduğundan doğumdan hemen sonra sünnet yaptırılması önerilmemektedir. Sünnet için en uygun zaman doğumdan sonra K vitamini yapıldıktan sonraki 1-2. günlerdir. Sünnetin erken yapılması yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde görülen üriner sistem enfeksiyonlarının sünnetsiz çocuklara oranla 10 kat azalttığı bildirilmiştir. Sünnetin bir yaşın altında özellikle de yenidoğan döneminde yapılması önerilmektedir. Ayrıca bu dönemde yapılan sünnet estetik olarak daha iyi sonuç vermektedir. Sünnette genel uygulama çocuğun yapılan işlemi anlamayacağı ve henüz alt bağlama bezinden kurtulmamış olduğu iki yaş öncesi ya da işlem anlatıldığı zaman anlayıp ikna olabileceği altı yaşından sonra yapılmasıdır. Ayrıca 3-6 yaş arasında yapılan sünnet, çocuklarda kastrasyon korkusunu (penisini kaybetme korkusu) pekiştireceğinden önerilmez. Sünnet sonrası aileye bölgenin enfekte olmasını önlemek için el hijyenine dikkat etmeleri, alt bezini sık sık değiştirmeleri ve varsa önerilen pomatların uygulanması anlatılır (Söylet, 2003; Balkan ve Kılıç, 2005; Singh-Grewal ve

ark., 2005; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b; Weiss ve ark., 2010; Burgu ve ark., 2010; Yavuz ve ark., 2011).

4.5. Yenidoğan Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar

4.5.1. Yenidoğanda Yüksek Ateş (Hipertermi)

Ateş, vücut sıcaklığının ölçüldüğü yere göre ortalamadan 1°C daha yüksek olmasıdır. Normal ortalama vücut sıcaklığı 37 °C'dir. Ancak gün içinde değişiklikler gösterir; egzersiz, sıkı giyinme, sıcak hava, sıcak yiyecek ve içecekler ile vücut sıcaklığı 38-38,5°C arasında seyredebilir. Sıcaklık ölçümünün; rektal 38°C, oral 37,8°C, aksiller 37,2°C'nin üzerinde oluşu çoğu kaynakta ateş olarak tanımlanmaktadır. Ateş organizmanın zararlı etkenlere karşı geliştirdiği yanıtlardan biri olup, tek başına bir hastalık değil, hastalık belirtisidir. Vücut ısı yükseldiğinde inflamasyon sistemi daha iyi çalışmakta ve mikropların çoğalma hızı azalmaktadır. Ancak çalışmalar belli bir ısıdan sonra (38°C'nin üzerinde) vücut proteinlerinin zarar gördüğünü ve febril konvülsiyonlara yol açtığını belirtmektedir. Bu nedenle vücut sıcaklığının gerekli girişimlerle 38°C altında tutulması önerilmektedir. Bebeklerin ilk dört ay ateşi genellikle yükselmez. Dördüncü aydan sonra ise, ateşli dönemde febril konvülsiyon geçirme riski yüksektir. Ateş başta enfeksiyon hastalıkları, bakteri, virüs, mantar enfeksiyonları, hipertroidi krizi, dehidratasyon, olmak üzere bir çok hastalıkta görülen bir durumdur. Yüksek ateş hastalık dışında, bebeğin sıcak ortamda bulundurulması, üzerinin aşırı örtülmesi, aşırı giydirilmesi, kalorifer ya da sobanın yakınında bulundurulması ya da yetersiz beslenmesi sonucu da gelişebilir. Bunlar arasında en sık görülen nedenlerden birisi dehidratasyondur. Yüksek ateş durumunda bebeğin öncelikle hidrasyon durumunun değerlendirilmesi önemlidir (Karwowska et al., 2002; Huffman 2002; Kara, 2003; Şalk Vatandaş, 2004; Taşkın, 2005; Ertuğrul, 2007; Yıldız, 2008b).

Bebeğin ateşi koltuk altı (aksiler), oral, makat, kulak vb. bölgelerden ölçülür. Ancak yenidoğanda en güvenilir ve en kolay yöntem koltuk altı ısı ölçümüdür. Rektal yolla ısı ölçümü vagal stimülasyon, rektal perforasyon ve kafa içi basıncını arttırma riski nedeni ile önerilmemektedir. Oral ısı ölçümünde yenidoğanda önerilmez, 6 yaş üstü çocuklarda diğer bölgelerden ısı ölçümü yapılamadığı özel durumlarda kullanılabilir. Timpanik termometrelerin ise yetişkinlerde kullanımının daha uygun olduğu

saptanmıştır. Yenidoğanın ateşi özel bir termometre ile aksiller bölgeden ölçülür. Termometre, zamanında doğan bebeklerde koltuk altında en az 5 dakika tutulur. Termometre yerleştirilmeden önce bölgenin nemli olmamasına dikkat edilir. Koltuk altı ısının normal değerleri zamanında doğan bebeklerde 36,5–37,2°C, rektal ısı 37–37,5°C arasındadır. 37,2°C ve üstü ise bebeğin ateşinin yükseldiğini gösterir. Ateş, bir hastalık belirtisi değilse bebeğe yeterli sıvı verilmesi ve uygun çevre ısı sağlanmasıyla normale döner. Bu amaçla bebeğe anne sütü ya da uygun sıvı verilerek vücut ısı dengesi sağlanmaya çalışılır. Özellikle ortam ısısına bağlı ateş yüksekliğinde ortamın ısı düşürülür ya da bebek sıcak ortamdan uzaklaştırılır. Bebeğin giysileri çıkarılır, ortam ısı uygunsa iç çamaşırları ile bırakılır. Bebeğe ılık bir duş yaptırılır. Ayrıca daha önceden doktorun önerdiği bir ateş düşürücü varsa verilir. Bunlara rağmen vücut ısı düşmüyorsa mutlaka bir sağlık kuruluşuna götürülür. Bazı hastalık belirtilerinde ateş yükselirken titremeler olur. Bu durumda bebeğin giysileri azaltılır. Annelere, bebeğin ateşinin derece ile ölçümü ve ateş durumunda nasıl bir bakım uygulayacağı konusunda bilgi verilir (Kara, 2003; Şalk Vatandaş, 2004; Taşkın, 2005; Savaşer ve Yıldız, 2009; İlçe ve Karabay, 2009).

4.5.2. Konak (Seboreik Dermatit)

Seboreik dermatit (SD), çoğu kez kolaylıkla tanınabilen, kronik, yüzeysel inflamatuvar bir dermatozdur. Saçlı deri, şakaklar, kulak arkası, dış kulak yolu, kaşlar, glabella, nasolabial kıvrımlar, boyun V'sinde ve sırtta görülen lezyonlar eritem, sarı renkli yağlı kalın skuam ve kabuklarla karakterizedir. Anneden geçen hormonlar, beslenme faktörleri, atopi, biotin eksikliği, azalmış D-6-desaturaz aktivitesi ve Pityrosporum ovale gibi çeşitli mekanizmalar infantil seboreik dermatitin patogenezinde rol oynarlar. Infantil tip genellikle hayatın ilk aylarında etkilidir. Karakteristik olarak ilk önce saçlı deri tutulumu gözlenir. Saç dökülmesi yapmaz. Halk arasında “konak” olarak adlandırılır. Kış aylarında daha fazla görülmektedir. Süt çocuklarında banyo esnasında başın sabunlu bırakılması ile de oluşabilir (İnalöz ve Kırtak, 2002; Bülbül Başkan ve Tunalı, 2004; Mercan Bozkurt ve Yüksel Başak, 2007; Savaşer ve Yıldız, 2009; Saçar ve Saçar, 2011).

Seboreik dermatit tedavisinde spontan remisyon göz önüne alınarak ailenin bilgilendirilmesi ve rutin banyolar ile bakım yeterlidir. Kısa süreli olarak düşük etkili

kortikosteroidlerden faydalanılabılır. Kalın skuamları temizlemek için mineral yağlar da kullanılmaktadır. Konağın tedavisi için yapılan banyolardan önce; bebeğin saçlı derisi üstüne badem yağı, bebek yağı ya da zeytinyağı, masaj yapılarak sürülür. 20-30 dakika beklenir ve sık dişli bir tarak ile saç taranarak konak kaldırılır. Arkasından masaj yapılarak şampuan (salisilik asit ya da kükürt içermeli, gözleri yakmamalıdır) ile baş ovularak yıkanır ve iyice durulandıktan sonra kurulanır. İşlem haftada iki üç kez tekrarlanması konağın yumuşaması ve azalması için yeterlidir. Şiddetli vakalarda ise kortikosteroidli jel uygulanıp antiseptik şampuanla yıkanır. Bunun yanında antibiyotik tedavisi de uygulanabilir (İnalöz ve Kırtak, 2002; Bülbul Başkan ve Tunalı, 2004; Mercan Bozkurt ve Yüksel Başak, 2007; Savaşer ve Yıldız, 2009; Saçar ve Saçar, 2011).

4.5.3. Gözlerde Çapaklanma

Yenidoğanın gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakım gerektirmez. Bebeğin gözlerinde çapaklanma ve kızarıklık varsa enfeksiyonu önlemek amacıyla bakım veren kişinin el ve tırnak temizliğine dikkat etmesi önemlidir. Gözlerde çapaklanma varsa, temiz ılık su (kaynatılıp ılıtılmış) ile ıslatılmış steril gazlı tamponla temizlenmelidir. Enfeksiyonun bulaşmaması açısından her göz için ayrı tampon kullanılmalı ve temizlik içten dışa doğru yapılmalıdır. Çapaklanma ve akıntı görülen bebeklere göz bakımı özenle yapılmalı, akıntının özelliği ve süresi gözlenmeli gerekirse doktora ya da bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Savaşer ve Yıldız, 2009; www.bsm.gov.tr Erişim tarihi:10 Aralık 2012).

4.5.4. Burun Tıkanıklığı

Doğum sonrası yenidoğanın burnundaki müküsler iyi temizlenmemiş, alınan anne sütü regürjite olmuş ya da yenidoğan herhangi bir solunum yolu enfeksiyonu geçiriyor ise burnu tıkalı olabilir. Bebekler burunları tıkalı olduğunda iyi ememezler. Serum fizyolojik damlatılarak burun açılmalıdır. Aynı zamanda yenidoğanın rahat nefes almasını sağlamak için kaynatılmış ılık su ile ıslatılmış tülbentler kullanılarak da burnun içi temizlenebilir (Akşit, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Savaşer ve Yıldız, 2009).

4.5.5. Pamukçuk (Müge- Moniliasis- Thrush)

Pamukçuk, yanak mukozasında yumuşak damakta ve özellikle dilde beyaz süt kalıntısı halinde görülen, silmeyle kalkmayan candida albicansın oluşturduğu bir mantar enfeksiyonudur. Oral kavitede beyaz ya da gri-beyaz renkli plaklar vardır ve bu plaklar kaldırıldığında alttaki mukoza parlak kırmızı renktedir, kanayabilir. Yenidoğan döneminde en fazla olmak üzere, süt çocukluğu döneminde de sık görülür. Yenidoğanlarda sık görülen ve “pamukçuk” olarak da adlandırılan bu tablo bebeğin, enfekte doğum kanalından (vajinal moniliasis) geçmesi, uzun süreli antibiyotik tedavisi, nemli emzirme pedlerinin ya da sütyenin uzun süre meme ucuna temas etmesi, plastik kenarlı meme pedlerinin kullanılması (meme ucunun havalanmasını önlediği için), annenin diyetinde yapay tatlandırıcıları ya da tatlıları aşırı tüketmesi, kontamine eller, bebekte emzik ya da biberon kullanımı sonucunda oluşur (Kitiş ve Karaçam, 2004; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2007; Demirbağ ve ark, 2012).

Ağız içi pamukçukta bebek ağrı nedeniyle anneyi emmek istemeyebilir. Bebeğin emerken memeyi sık sık bırakması, emmenin fazla sesli olması, bebeğin huzursuz ve sakinleştirilmesinin zor olması pamukçuk belirtisidir. Pamukçuk oluşması durumunda anneye emzirme sonrası bir bardak kaynatılmış ılıtılmış suya bir çay kaşığı karbonat karıştırılarak elde edilen solüsyonu bir gazlı bez yardımı ile bebeğin ağız içini bastırarak silmesi önerilir. Sodyum bikarbonat uygulaması ilaç tedavisi ile beraber yürütülebilir, bu durumda bikarbonat ilaçtan önce uygulanmalıdır. Bu işlem günde 3-4 kez tekrarlanabilir. Bebeğin fazla miktarda sodyum bikarbonat yutması elektrolit dengesinin bozulmasına neden olacağından dikkatli olunmalıdır. Alternatif olarak distile su ile de bebeklere ağız bakımı verilebilir. Bu uygulamaların dışında çok yaygın olmamakla beraber; annenin memelerinin beyaz sirke ya da zeytin yağı ile silindiği belirtilmektedir. Ayrıca pamukçuğun medikal tedavisinde birkaç gün süreyle nistatin (mikostatin) solüsyonu önerilir. Tedavi ile 3-10 gün arasında düzelir. Dil ve ağız mukozası normal görünümde olan yenidoğan bebekte ağız bakımına gerek yoktur. Pamukçuk oluşumunu önlemek için annelere el hijyenine dikkat etmeleri, her gün duş almaları ve iç çamaşırlarını değiştirilmeleri önerilir. Sütü akan annelere göğüs pedi kullanmaları önerilerek bölgeyi kuru tutmaları sağlanır. Bu koşullara sahip olmayan annelerin bebeği emzirmeden önce meme ucunu kaynatılmış ılık su ile temizlemesi, emzirmeden sonra

ise temiz ve kuru tutmalarının yeterli olacağı vurgulanır (Kıtiş ve Karaçam, 2004; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2007; Savaşer ve Yıldız, 2009; Demirbağ ve ark., 2012).

4.5.6. İsilik (Miliaria)

Aşırı sıcakta, nemli ortamlarda ekrin ter bezi kanallarının tıkanmasıyla terin dışarı atılamaması sonucu ortaya çıkan bir döküntüdür. Milyarya rubra en sık görülen milyarya tipi olup, halk arasında isilik olarak bilinir. Toplu iğne başı büyüklüğünde, kırmızı pembe renkte makülopapüler, bazen veziküler deri lezyonları şeklinde ortaya çıkarlar. İsilik oluşumunu önlemek için annelere, bebeğin oda ısısının 22-24°C olması, bebeğin mevsim koşullarına uygun giydirilmesi, iç çamaşırlarının her gün değiştirilmesi ve cilt temizliğine özen gösterilmesi anlatılır (www.millipediatri.org.tr Erişim Tarihi: 11 Aralık 2012).

4.5.7. Meme Apsesi

Gebelik sırasında anneden bebeğe geçen hormonlar nedeniyle kız ve erkek bebeklerde doğumdan sonraki 3-4. günde memelerde fizyolojik büyüme ve dolgunluk (hipertrofik meme dokusu) görülebilir. Sıkıldığında süte benzer bir sıvı gelebilir. Memelerin ovalanması ve sıkılması durumunda enfeksiyon ya da apse gelişebilir. Tedavisinde etkene yönelik antibiyotik uygulanır. Annelere memelerdeki şişliğin nedeni, ovalanıp, sıkılmaması gerektiği ve şişliğin 2-4 hafta içinde kendiliğinden geçeceği vurgulanır (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b).

4.5.8. Yenidoğan Sarılığı (Hiperbilirubine mi)

Bilirubin vücutun epidermal dokularında birikerek deri sklera ve mukozanın sarıya boyanmasıdır. Bilirubin yenidoğan sarılığının oluşmasındaki en önemli etkidir. Bebeklerde dolaşımdaki bilirubin normal değeri 100 ml kanda 0,2-1,4 mg'dır. Eritrositlerin hızla yıkıldığı bazı durumlarda indirekt bilirubin 100 ml kanda 7 mg'ın üzerinde çıkabilir (Hiperbilirubinemi). Bilirubin damar dışına çıkarak subkutan dokuda (deri altında) birikmesi ile deri sarı renkte görülür (Tuygun ve ark., 2002; Çavuşoğlu, 2004b; Kahveci ve ark., 2004; Kültürsay ve Çalkavur, 2006; Canbulat ve Demirgöz, 2009; Açıık ve ark., 2010; Bolat ve ark., 2010).

Yenidoğan sarılığının fiziksel nedenleri:

- Yeni doğmuş bebeklerdeki alyuvarların aşırı hızlı bir şekilde ve aşırı miktarda parçalanması,
- Bebeğin karaciğerinin, kanındaki aşırı miktardaki bilirubin oluşumunu işleyecek kapasiteye sahip olmamasıdır (Çavuşoğlu, 2004b).

Diğer nedenler:

1. Bilirubinün vücutta salınımı ve atılımını engelleyen doğumsal hastalıklar,
2. Enzim defektleri (glikoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği gibi),
3. Kalıtsal hastalıklar (crigler najjar ve gilbert sendromu gibi),
4. Bazı ilaçların yüksek doz uygulanması (k vitamini, sulfanamid, diazem gibi),
5. Anne karnında bebeğin geçirdiği hastalıklar (TORCH gibi),
6. Hepatit,
7. Safra yollarını tıkayan hastalıklar,
8. Diyabetik anne çocuğu,
9. Anne sütüne bağlı sarılık,
10. Annedeki diyabet hastalığı,
11. Bebeğin doğumdan sonra çok kilo kaybetmesidir (Dennery et al., 2001; Kültürsay ve Çalkavur, 2006).

Yenidoğan sarılığının belirtileri; Sarılık, yenidoğanda çok sık görülmesine karşın, hangi bebeklerin sekel açısından riskli olduğu ve hangi bebeklerin tedavi edilmesi gerektiğine karar vermek büyük önem taşır. İlk gözlem vücut renginin sararmasıdır. Bu sararma, baştan ayağa doğru yayılır. Kramer dermal zonlara göre bilirubin düzeylerini 1969 yılında belirtmiş ve günümüze kadar kullanılagelmıştır (Aktaran: Kabakoğlu Ünsür, 2007).

- Bilirubin oranı 5 ile 8 mg/dl arasında ise baş ve boyun bölgesi sararır,
- Bilirubin miktarı 8 ile 10 mg/ arasında ise gövdenin üst bölümü sararır,
- Bilirubin miktarı 10 ile 13 mg/dl arasında ise gövdenin alt kısmı sararır,
- Bilirubin miktarı 13 ile 16 mg/dl arasında ise kol ve bacaklar sararır,
- Bilirubin miktarı 20 mg/dl civarında ise eller ve ayaklar sararır.

Sarılıkların bir bölümü sekelsiz iyileşir, zamanında tedavi edilmeyenlerinde ise sekel kalabilir. Özellikle patolojik sarılıkta erken tanı sağlanarak tedavisi ve bakımı yapılmalıdır. Sarılığın tedavisi: Fototerapi, kan değişimi ve ilaç tedavisidir (McDonagh,

2001; Çavuşoğlu, 2004b; Çetinkaya ve ark., 2006; Canbulat ve Demirgöz, 2009; Açık ve ark., 2010).

4.5.8.1. Fizyolojik Sarılık (Doğal Hiperbilirubinemi)

Fizyolojik sarılık zamanında doğan bebeklerde yaşamın ilk 24 saatinden sonra özellikle ikinci günden sonra ortaya çıkar. İkinci ve dördüncü günlerde serum bilirubin düzeyi 6-8 mg/dl tepe değere yükselip daha sonra düşer. Zamanında doğan bebeklerde serum bilirubin düzeyinin 12 mg/dl'nin üzerine çıkması fizyolojik sarılık olarak kabul edilir (Çavuşoğlu, 2004b; Datta, 2009).

4.5.8.2. Anne Sütü Sarılığı

Anne sütü ile beslenen bebeklerde, indirekt hiperbilirubinemi, mama ile beslenenlere oranla 3-6 kat daha fazla görülür. Anne sütü sarılığı iki gruba ayrılır: erken ve geç anne sütü sarılığı. Erken anne sütü sarılığı, yaşamın ilk haftasında gelişir ve ilk günlerde yaşanan emzirme başarısızlıkları ve yeterli kalori alınamaması ile ilişkilidir. Yeterli emzirme danışmanlığı ile ilk haftada başarılı emzirme sağlananlarda sarılığın olmadığı görülmüştür. Geç anne sütü sarılığı birinci haftadan sonra gelişir ve 2-3. haftadan sonra da sürer. Gelişen sarılığın sebebi ise; anne sütünde bulunan β -glukuronidaz enzimi nedeniyle bilirubinin enterohepatik dolaşımının artmasıdır. Anne sütü sarılığının tedavisi de diğer nedenlere bağlı gelişen indirekt hiperbilirubinemi gibidir. Yüksek bilirubin düzeylerinde fototerapi uygulanır. Çünkü anne sütü sarılığında da bilirubin ensefalopatisi (kernikterus) gelişebilir. Tedavi amacıyla anne sütünün kesilmesi, etkin olsa bile önerilmez (Çavuşoğlu, 2004b; Önal, 2005; Datta, 2009).

4.5.8.3. Patolojik Sarılık

Total serum bilirubin düzeyi anne sütü ile beslenen, zamanında doğan bebeklerde 14,5 mg/dl üstünde; yapay beslenen, zamanında doğan bebeklerde 12,9 mg/dl'nin üstünde ise patolojik sarılık olarak değerlendirilir. Patolojik sarılıkta; total serum bilirubin düzeyi, zamanında doğan bebeklerde saatlik 1 mg/dl'yi, günlük 5 mg/dl'yi aşar. Sarılık zamanında doğan bebeklerde bir haftadan uzun sürebilir. Tedavi edilmeyen patolojik sarılık kernikterus gibi ciddi komplikasyonlara yol açar (Çavuşoğlu, 2004b; Datta, 2009).

4.5.9. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD)

Gelişimsel kalça displazisi kalçayı oluşturan yapıların intrauterin oluşumları sırasında normal olmalarına karşın, çeşitli nedenlerle sonradan yapısal bozulma gösterdiği dinamik bir hastalıktır. GKD terimi hastalığın bilinen tüm şekillerini (tam çıkık, tam olmayan çıkık, displazi) içerir. Ortalama 1000 canlı doğumda 1 oranında görüldüğü bildirilen GKD'nin Türkiye'deki görülme sıklığının 1000 canlı doğumda yaklaşık 5 ile 15 arasında olduğu öngörülmektedir. Bu da ülkemizde her yıl tedavi edilmediği takdirde sakat kalma olasılığı olan yaklaşık 14-18 bin yenidoğan ile karşılaşıldığı anlamına gelmektedir (Çavuşoğlu, 2004b; Köse ve ark., 2010).

GKD etyolojisinde birden fazla etken rol oynar; Mekanik yapısal faktörler, (bağ doku gevşekliği, kapsüler yapı ve labrum, pulvinar, ligamentum teres, transvers asetabular bağ gibi asetabular yapılar), Genetik (ırk özellikleri ve cinsiyet) ve Mekanik Çevresel faktörler (oligohidroamnioz, makat doğum, ilk doğum, doğum sonrası pozisyon) önemlidir. Pozitif aile öyküsü olan, doğum öncesi makadi duruş ya da makadi doğum öyküsü olan, çoğul gebelik ya da oligohidroamniyoz öyküsü olan, tortikollis, metatarsus adduktus, pes kalkaneovalgus, gibi eşlik eden deformateleri olan ve kundak uygulanan bebeklerde GKD daha sık görülmektedir. Bunun yanında beyaz ırkta, ilk doğan kız çocuklar daha fazla risk altındadırlar. Yenidoğan bebek kalçaları için fizyolojik pozisyon fleksiyon ve abduksiyondur. Kalçaların ekstansiyon ve adduksiyona zorlandığı her durum GKD için risk oluşturmaktadır. Evrensel taramada tüm yenidoğan kalçaları yaşamın en geç ilk 4-6 haftasında ultrasonografik olarak taranırlar. Yenidoğan kalçası ağırlıklı olarak kıkırdak yapıda olduğu için direk radyografi ile değerlendirmek zordur. Bu dönemde asetabulum femurbaşı ilişkisini en iyi kalça ultrasonografisi (USG) ortaya koyar ve radyolojik tanıda yaşamın özellikle ilk 6 ayında kalça USG altın standarttır. GKD önlenabilir bir sakatlıktır. GKD tedavisinde özellikle yaşamın ilk 2-3 ayı altın dönemdir. İlk altı ayda kalçayı abduksiyon ve fleksiyonda tutan dinamik ya da statik ortezlerle tedavi yapılır. GKD tedavisinde bol ara bezi uygulamasının yeri yoktur. 6 aydan sonra konservatif yöntemlerle tedavi başarısız olup, çocuğun tedavisi hastanede yatarak ve ameliyathanede yapılır (Çavuşoğlu, 2004b; Çuhacı Çakır ve ark., 2009; Köse ve ark., 2010).

4.5.10. Pişik (Diaper Rash, Diaper Dermatitis)

Çocuk bezinin temas ettiği alanda gelişen enflamatuvar tablo diaper dermatit (DD) olarak adlandırılır. Hafif olgularda o deri bölgesi kızarıklık, daha ağır olgularda ise, büller ve açık yaralar vardır ve oldukça ağrılıdır. Genellikle karın alt bölgesi, inguinal bölge, genital bölge ve gluteal bölgede döküntüler görülür. Hafif olgularda döküntüler 3-4 gün içinde kendiliğinden düzelir. Eğer döküntüler daha uzun sürerse tedavi edilmesi gerekir. Deri uzun süre ıslak kaldığında epidermin bütünlüğü bozulmaya başlar. Islak deri beze sürtüldüğünde ise kolayca hasar görür ve diaper dermatit oluşur. Aşırı nem, sürtünme, idrar ya da gaitanın uzun süre deri üzerinde kalması, mantar enfeksiyonu, bakteriyel enfeksiyon ve beze karşı alerjik reaksiyon diaper dermatite yol açan nedenler arasındadır. Ayrıca; sık dışkılama yapan, altı kuru ve temiz tutulmayan, katı gıdalara başlanan özellikle 8-10. aylar arasındaki bebeklerde ve antibiyotik alan ya da anne sütü ile beslenen bebeklerin annesinin antibiyotik kullanması durumunda diaper dermatit daha sık görülür (Akşit, 2001; Taşkın, 2005; Önder ve ark., 2007; Savaşer ve Yıldız, 2009).

Diaper dermatitin tedavisinde ise şunlara dikkat edilmelidir; ıslak bezler eskisinden daha sık değiştirilmelidir. Bezlerin değiştirilmesi sırasında, bebeğin altını temizlemek için yalnızca ılık su kullanılmalıdır, deriyi daha fazla tahriş etmemek için mendil kullanılmamalıdır, aynı nedenle yıkandıktan sonra deriyi mendil ya da havlu ile kurulamak yerine, açık bırakarak kendi kendine kuruması sağlanmalıdır. Kuruduktan sonra deriye, kalın bir tabaka oluşturacak biçimde koruyucu kremler (örneğin, çinko oksit içeren kremler) sürülmelidir, uygulanan krem tabakası çok kalın olduğunda, bir dahaki bez değişiminde, kremin hepsinin çıkarılması için uğraşılmamalıdır. Önlemler yetersiz kaldığında, kortikosteroidler, antifungal ajanlar, antibakteriyel ajanlar ve kalsinörin inhibitörleri tıbbi tedavi olarak uygulanabilir. Diaper dermatitin önlenmesi için alınacak tedbirler ise; bebek altını kirllettikten sonra bezler olabildiğince çabuk değiştirilmeli ve bebeğin altına hava almayı engelleyecek kadar sıkı sarılmamalı ve disposable bezler tercih edilmelidir. Her dışkılama sonrasında, bebeklerin altını sabunlu su ile temizlemeye gerek yoktur. Anne sütü alan bebeklerin bazıları günde sekiz kez bile gaita çıkarabilirler. Onun için, gaita yalnız su ile temizlenemediği durumlarda sabunlu su kullanılmalıdır. Bebekler aspire edebileceğinden, deriye talk pudrası sürmekten ve içinde bulunan alkol ve parfüm bulunan temizleme mendillerinin

kullanımından kaçınılmalıdır (Akşit, 2001; Taşkın, 2005; Önder ve ark., 2007; Çavuşoğlu ve Yıldız, 2009).

4.5.11. İshal (Gastroenterit)

Akut gastroenterit; 24 saat içinde üçten fazla, ya da anne sütü ile beslenen bebeklerde her zamankinden daha sık ve daha sulu dışkılamadır. Yenidoğan döneminde bol sulu dışkılama veya sadece anne sütü ile günde 3-10 kez dışkılama, bir yaşına kadar özellikle anne sütü ile beslenen bebeklerde günde 2- 7 kez dışkılama sulu kıvamda olmadıkça normal kabul edilir. Anneden geçen özgül IgG'nin 5 ay civarında azalarak kaybolması ve ek gıdalara geçiş dönemi nedeniyle 6-24 aylık çocuklarda viral gastroenterit sık görülür. Anne sütü almayan bebeklerde de sık görülür. Tedavide; dehidratasyon şiddetli değilse sık sık anne sütü ile beslenmesi önerilir. Orta ve ağır dehidratasyon söz konusuysa bebek IV sıvılar ile beslenir. Oral rehidratasyon uygulanması yenidoğanda tartışmalıdır. Antiemetik, antidiyareik ve barsak antiseptiği gibi ilaçların kullanımı özellikle üç yaşın altında önerilmemelidir Anne ve bebeğe bakım veren kişilere el hijyeninin önemi anlatılmalıdır (Özkasap ve ark., 2004; Çavuşoğlu, 2004a; Şalk Vatandaş, 2004; Altındış ve ark., 2008).

4.5.12. Kabızlık (Konstipasyon)

Kabızlık normal dışkılamamanın yetersiz oluşu sonucu sert ve dışkılamada zorluk ya da seyrek dışkılamadır. Diğer bir ifadeyle haftada iki defadan daha az sert kıvamlı dışkı çıkarımı kabızlık olarak kabul edilmektedir (Özen, 2004; Dalgıç, 2008).

Barsak hareketlerinin sıklığı ve düzeni çocuktan çocuğa değişir. Anne sütü alan bebekler genellikle her beslenmeden sonra dışkı yaparlar, ancak mama ile beslenen bebekler her gün dışkı çıkarabilecekleri gibi iki ya da üç günde bir de dışkı yapabilirler. Ayrıca anne sütü alan bebeklerde 6. haftadan itibaren günlük gaita sayısının azalması normaldir (Özen, 2004; Dalgıç, 2008).

Yenidoğan döneminde kabızlık seyrek görülür. Yenidoğan döneminden sonra görülen kabızlığın nedeni %5'organik, %95'i fonksiyoneldir. Hayatın ilk aylarında görülen kabızlığın organik nedenleri arasında en önemlisi; yaklaşık 5.000 canlı doğumda bir görülen, distal kolonda ganglion hücrelerinin yokluğu ile karakterize doğumsal aganglionik megakolondur (Hirschsprung Hastalığı). Hastalık, yenidoğanda

mekonyum çıkışının ilk 24-48 saat gecikmesi sonucu, intestinal obstrüksiyon bulgusu ile kendini gösterir ve fonksiyonel kabızlıktan kolayca ayrılır. Hirschsprung'da tedavi cerrahidir (Kaya ve ark., 2004). Kronik kabızlık öyküsü olan bir yaş üstü çocuklar ile yapılan bir araştırmada; çocukların %40'ının ilk mekonyum çıkışının 24 saatten sonra olduğu gözlenmiştir (Özen, 2004).

Yenidoğan gaitasının yumuşak kıvamlı olmasına rağmen zorlu ve ağrılı çıkarması fonksiyonel bir durumdur. Bebeklerin defekasyon sırasında karın içi basıncını arttırıp, aynı anda pelvik taban kaslarını gevşetme işini ilk aylarda yapamamaları sonucu olduğu ileri sürülmektedir. Ağrılı defekasyon, hayatın ilk haftalarında günde birkaç defa olup 20 dakika kadar sürebilir. Bu sırada bebeklerin yüzleri kızarır, ıknır ve bacaklarını karınlarına çekerler. Çıkan dışkı yumuşak olduğu sürece bu durum kabızlık sayılmaz. Kabızlık genellikle tek başına ticari mama ile besleme ya da anne sütünün kesilip ticari mamaya geçildiği dönemde görülür (Kaya ve ark., 2004). Fonksiyonel kabızlığın nedenleri arasında ateşli hastalık, dehidratasyon ve beslenme değişikliği gelir. Annelere, anne sütünün önemi, ek gıdalara 6. aydan sonra başlanması, ticari mamaları tercih etmemeleri önerilir. Ayrıca kabızlık durumunda sık sık emzirmesi ve 2-3 günden fazla süren kabızlık durumunda doktora başvurmaları gerektiği anlatılır (Özen, 2004).

4.6. Annenin Yenidoğanı Algılaması

Doğum sonu ilk günlerde başlayan anne-bebek etkileşimi daha sonraki gün/ay ve yıllarda oluşacak anne-bebek ilişkisinin temelini oluşturur. (Balcı, 1997). Korkmaz'a göre annenin bebeğini algılaması ve belli bir ilişkinin kurulması doğum öncesi dönemde başlayıp, doğum ve doğum sonrası dönemde de devam etmektedir. Annenin bebeğini algılamasını; bebeği isteyip istememesi, gebeliğin planlı olup olmaması, bebeğin istenilen özellikleri taşıyıp taşıymaması, annenin çocukluğunu anne ve babası ile geçirme durumu, bebeklerinin olması ile ebeveynlik rolüne uyum sağlayıp sağlayamama, doğumun şekli ve doğumun zor olup olmaması, eşinin desteğini alıp almaması, eşi ile olumlu ilişkilerinin olup olmaması, olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir (Aktaran: Manav, 2008). Doğum sonrası dönemde algılamayı hem anneye hem de bebeğe ait pek çok faktör etkileyebilir. Anneye ait faktörlerin başında; erken doğum, hastalık, hastaneye yatma, planlanmamış gebelik, eşler arasındaki ilişkinin zayıf olması, fiziksel ve duygusal destek kaynakları hakkında bilgi eksikliği, ebeveynlere karşı sağlık

personelinin tutumları, doğumdaki ayrılık, doğum sonrası hayal kırıklığı gibi nedenler gelmektedir (Çavuşoğlu, 2004; Taylor et al., 2005). Ayrıca annenin duygusal durumu, benlik saygısı, sosyal desteklerinin olup olmaması, postpartum depresyon, bitkinlik, ağrı ve sosyoekonomik stresörleri de annenin bebeğini algılamasını ve anne-bebek ilişkisini etkilemektedir (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006; Amankwaa et al., 2007).

Doğum sonu dönem annenin bebeği ile yakınlık kurmaya en çok istekli olduğu dönemdir. Annenin bebeğini görmesi, ona dokunması ve onunla etkileşimi başlatması bebeğini algılamasını olumlu etkiler. Yenidoğanda erken dönemde sağlanan birliktelik, hem bebekte güven duygusunun artmasına, hem de annenin bebeğini algılamasına ve aralarındaki ilişkinin kuvvetlenmesine yardımcı olur (Çavuşoğlu, 2004; Taşkın, 2005). Anne ve bebeğe ait olumlu algılar gelişmesinin, anne ve bebek ilişkisinin niteliğine ve bebeğin büyüme ve gelişmesine katkısı oldukça önemlidir. Annenin bebeğine ilişkin algıları pozitif yönde gelişmez ise; anne perinatal bakımdan yeterince yararlanamayacak ve hem kendisinin hem de bebeğin sağlığını riske atacaktır. Normal bebek bakımı ve beslenmesi yavaşlayacağı ve gecikebileceğinden, bebeğin büyümesi yavaşlayacak ve gecikecektir. Bebeğin ilişkileri zayıflayacak ve bebeği sakinleştirmek de güçleşecektir (Görak, 2008b).

Yapılan çalışmalarda anne-bebek arasında dengeli ilişki kurulmazsa, çocuk suistimali, yetersizlik sendromu ve çocukta gelişim sürecinde davranış sorunları olasılığı arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle annenin yenidoğanı algılaması bilinerek, anne bebek ilişkisi için risk yaratan durumlar erken evrede tespit edilip, aralarındaki bağlar kuvvetlendirilebilir (Feldman et al., 1999).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma; ilk kez bebeği olan annelerin, bebek bakımı ve algılama durumları ile ilgili olarak;

- anne ve bebeklerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek,
- annelerin, yenidoğanın temel bakımına yönelik bilgi düzeylerini saptamak,
- doğumdan sonraki ilk günlerde ve bir ay sonra annenin bebeğini pozitif veya negatif algılama durumunu saptamak,
- saptanan veriler doğrultusunda gerekli karşılaştırmaları yapmak ve
- risk altındaki bebekleri belirlemek,

amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; İstanbul il sınırları içinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde Mart 2012-Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce, araştırma kapsamındaki birimler ile görüşmeler yapıldıktan sonra, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli kurum izni (Ek-1), Haliç Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan ise Etik Kurul Onayı (sayfa:124) alınmıştır.

5.3. Vaka Seçimi Kriterleri

Vaka seçiminde;

- anne ve bebeğin doğumdan sonra bir arada olması,
- bebeğin miadında doğmuş ve sağlıklı olması,
- annenin ilk bebeği olması

kriterleri kullanılmıştır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde doğum yapan ve sağlıklı bebeğe sahip olan primipar anneler oluşturmuştur.

Çalışmanın yapılacağı hastanede son bir yıl içinde doğum yapan primipar sayısı baz alınarak örneklem büyüklüğü hesaplanmış ve ortalama 150 anneye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde primipar olup, doğum yapan tüm anneler çalışma kapsamına alınmış, annelere çalışmanın amacı anlatılarak çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. 135 annenin, 5'i çalışmaya katılmayı kabul etmediğini belirtmiş, 3 anneye ise ikinci görüşme için çeşitli nedenlerle (telefon ve adres değişikliği) ulaşılammış ve değerlendirme dışı bırakılmışlardır. Çalışma toplam 127 anne üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bebeğinde herhangi bir anomali bulunan ve doğum sonrası bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan anneler çalışmanın dışında tutulmuştur.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak;

- İlgili literatür ve uzman görüşleri (Ek-2) doğrultusunda geliştirilen; “*Annelerin Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarını Değerlendirme Anket Formu*” (Ek-3) ve
- Broussard ve Hartner(1971) tarafından geliştirilen, Balcı(1997) tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan “*Yenidoğan Algılama Ölçeği*” (Ek-4)

kullanılmıştır. Veriler gönüllülük esasına göre yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Her anne için bir görüşmede harcanan zaman ortalama 35-40 dakikadır.

5.5.1. Annelerin Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarını Değerlendirme Anket Formu

Literatür bilgisi ışığında hazırlanan anket formu, uzman görüşüne sunulduktan sonra üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Anket formunda; sosyodemografik özellikleri tanımlayan 10 adet açık ve kapalı uçlu soru, yenidoğan bakımına ilişkin ise 52 adet açık ve kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Anket formunun anlaşılabilirliğini denetlemek amacıyla toplam 10 annede ön deneme yapılmıştır.

5.5.2. Yenidoğan Algılama Ölçeği (YAÖ)

Ölçek, Broussard ve Hartner tarafından 1971 yılında geliştirilmiş, Balcı(1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Ölçek kullanılmadan önce gerekli izin için; Balcı'ya ulaşılmış ve gerekli izin (Ek-5) alınmıştır.

Ölçeğin amacı annelerin bebeklerini algılama durumlarını ölçmektir. Ölçek doğumdan sonraki ilk günlerde uygulanan YAÖ-1 ve doğumdan 1 ay sonra uygulanan YAÖ-2 olarak iki bölümden oluşmaktadır.

Doğumdan sonraki ilk günlerde uygulanan YAÖ-1 formu; annenin herhangi bir bebeğin ve kendi bebeğinin ne gibi davranışları olacağı konusundaki algılarını, doğumdan 1 ay sonra uygulanan YAÖ-2 formu ise; annenin bebeği ile geçirdiği ilk 1 aylık sürede yaşadığı deneyimleri ve bebeğinin gerçek davranışları konusundaki algılarını içerir.

YAÖ-1 ve 2'de her biri 6 madde içeren (ağlama, beslenme, uyku, kusma/salya çıkarma, kaka yapma, yeme ve uyuma alışkanlığının yerleşmesi gibi davranışlar) "Herhangi Bir Bebek" ve "Sizin Bebeğiniz" formları bulunmakta ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde, 5 *Likert tipli ölçek* üzerinde annelerin yanıtlamasına göre 1'den 5'e kadar puanlanmıştır. *Hiç* yanıtına "1" puan, *çok az, orta derecede, biraz fazla, çok fazla* yanıtlarına sırasıyla 2,3,4,5 puan verilir. Likert tipli ölçek üzerindeki düşük değerler, olması istenilen davranışı gösterir.

Sonuçta, ölçeğin her bir bölümü ayrı ayrı toplanır. Aşağıdaki formülde olduğu gibi hesaplanarak annenin bebeğini algılama puanı bulunur.

Annenin Algı Puanı, Sağlıklı Bebek formlarının toplam puanından, Sizin Bebeğiniz formlarının toplam puanı çıkarılarak elde edilir.

$$\text{Algı Puanı} = \left[\begin{array}{c} \text{Herhangi Bir Bebek 1+2} \\ \text{Toplam Puanı} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{Sizin Bebeğiniz 1+2} \\ \text{Toplam Puanı} \end{array} \right]$$

Değerlendirme sonucunda puan;

☹️ “0” olduğunda anne herhangi bir bebekle kendi bebeğini aynı değerlendiriyor
yani *ortalama* algılıyor,

😊 “0”dan büyük olduğunda anne bebeğini *olumlu* algılıyor,

☹️ “0”dan küçük olduğunda ise *olumsuz* algılıyor demektir.

Kaynakta ortalama ve olumsuz algılama **negatif** algılama, olumlu algılama **pozitif** algılama olarak kabul edilmektedir (Balcı, 1997).

5.6. Verilerin Toplanması

Anket formundaki sorular ve YAÖ-1 formu doğumdan sonraki ilk 3 gün içinde anneye görüşülerek doldurulmuştur. YAÖ-2 formu ise doğumdan 1 ay sonraki görüşmelerde (poliklinik ve telefon) doldurulmuştur.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Number Cruncher Statistical System (NCSS, 2007) ve Power Analysis and Sample Size (PASS, 2008) Statistical Software programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi, Continuity Correction Ki-Kare test ve Fisher's Exact test kullanıldı. Geçerlik-güvenirlik analizi için

Cronbach's alpha katsayısı hesaplandı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Çalışma, primipar annelerin bebeklerini algılama ve temel yenidoğan bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla, T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde Mart 2012-Mayıs 2012 tarihleri arasında 127 anne üzerinde gerçekleştirildi.

Çalışma verileri; Annelerin Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarını Değerlendirme Anket Formu ve Yenidoğanı Algılama Ölçeği kullanılarak elde edildi.

Tablo 1: Demografik Özellikler (n=127)

		Min-Max	Ort±SD
Yaş (yıl)		16-39	23,90±4,37
Evlilik Süresi (yıl)		1-18	3,97±4,12
		n	%
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	48	37,8
	Ortaokul	45	35,4
	Lise ve üzeri	34	26,8
İş Durumu	Çalışmıyor	86	67,7
	Çalışıyor	41	32,3
Eş Eğitim Durumu	İlkokul	43	33,9
	Ortaokul	43	33,9
	Lise ve üzeri	41	32,3
Eş İş Durumu	Çalışmıyor	9	7,1
	Çalışıyor	118	92,9
Ekonomik Durum Düzeyi	Gelir giderden az	50	39,4
	Gelir gidere eşit	66	52,0
	Gelir giderden fazla	11	8,7
Evde Eşten Başka Yaşayan Kişi Varlığı	Evet	44	34,6
	Hayır	83	65,4
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Köy	30	23,6
	İlçe	37	29,1
	İl	60	47,2

Annelerin yaşları 16 ile 39 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $23,90 \pm 4,37$ saptanmıştır.

Araştırmaya katılan olguların evlilik süreleri 1-18 yıl arasında değişmekte olup, ortalama evlilik süresi $3,97 \pm 4,12$ 'dir.

Araştırmaya katılan olguların; %37,8'i (n=48) ilkokul ve altı, %35,4'ü (n=45) ortaokul, %26,8'i (n=34) lise ve üzeri mezunudur.

Araştırmaya katılan olguların meslekleri incelendiğinde, %67,7'si (n=86) kendisini ev hanımı veya çalışmıyor olarak tanımlarken, %32,3'ü (n=41) çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan olguların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde; %33,9'u (n=43) ilkokul ve altı mezunu, %33,9'u (n=43) ortaokul, %32,3'ü (n=41) lise ve üzeri mezunudur.

Araştırmaya katılan olguların eşlerinin iş durumları incelendiğinde; %7,1'i (n=9) çalışmıyorken, %92,9'unun çalıştığı görülmektedir.

Ailelerin %39,4'ünün (n=50) geliri giderden az, %52'sinin (n=66) geliri giderine eşit, %8,7'sinin (n=11) geliri giderinden fazladır.

Araştırmaya katılan olguların %65,4'ü (n=83) evlerinde eşlerinden başka kimse yaşamadığını belirtmiştir. Olguların %47,2'si (n=60) en uzun süre il de yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2: Doğum Öncesi Bilgiler

		n	%
Gebeliği İsteme Durumu	Evet	120	94,5
	Hayır	7	5,5
Doğum Şekli	Normal	81	63,8
	Sezaryen	46	36,2
Bebek Cinsiyeti	Kız	63	49,6
	Erkek	64	50,4
Bebegin İstenilen Cinsiyette Olma Durumu	Evet	121	95,3
	Hayır	6	4,7
Gebeliği Öğrenme Zamanı	15 günlük	24	18,9
	3-4 haftalık	74	58,3
	2 ay ve üzeri	29	22,8
Gebelik Süresince Sağlık Kuruluşuna Gitme	Evet	100	78,7
	Hayır	27	21,3
Başvurulan Sağlık Kuruluşu	Sağlık Ocağı	51	40,2
	Özel Doktor	21	16,5
	Hastane ve Poliklinik	57	44,9
Bakım Kontrollerine Gitme Sıklığı	Ayda Bir	100	78,7
	2-4 ayda bir	27	21,3
Sağlık Sorunu	Var	10	7,9
	Yok	117	92,1
Var ise; (n=10)	Diabetes Mellitus (DM)	2	20,0
	Hipertansiyon (HT)	2	20,0
	Diğer	6	60,0

Çalışmaya alınan olguların doğum öncesi bilgileri incelendiğinde; %94,5'i (n=120) isteyerek gebe kaldığını belirtmiş olup; %58,3'ü (n=74) gebeliğini 3-4 haftalık iken öğrendiğini belirtmiş ve %63,8'i (n=81) normal doğum yaptığını belirtmiştir.

Bebeklerin cinsiyeti oran olarak eşit sayılabilir ve olguların %95,4'ü (n=121) bebeklerinin cinsiyetinin bekledikleri cinsiyet olduğunu belirtmiştir.

Olguların %78,7'si (n=100) gebelikleri süresince sağlık kuruluşuna başvurdıklarını belirtmiş, olguların %40,2'si (n=51) başvurdıkları sağlık kuruluşunu sağlık ocağı, %44,9 (n=51) hastane ve poliklinik olarak belirtmiştir. %78,7'si (n=100) ayda bir kere kontrole gitmiştir.

Çalışmaya alınan olguların %92,1'inde (n=117) sağlık problemi görülmemektedir.

Tablo 3: Yenidoğan Bakımı

		n	%
Bebek Bakım Bilgisi Alma Durumu	Evet	53	41,7
	Hayır	74	58,3
Bilgiye İhtiyaç Durumu	Var	71	55,9
	Yok	56	44,1
Talep Edilen Bilgiler (n=71) (Birden çok seçenek işaretlendi)	Göz Bakımı	36	28,3
	Göbek Bakımı	37	29,1
	Ağız Bakımı	29	22,8
	Tırnak Bakımı	24	18,9
	Yatış Pozisyonu	46	36,2
	Beslenme	44	34,6
	Alt Bakımı	24	18,9
	Cilt Temizliği	28	22,0
	Banyo	34	26,8
Bebek Bakımında Yardımcı	Var	112	88,2
	Yok	15	11,8
Yardımcı Kimse	Annem	59	52,7
	Kayınvalidem	31	27,7
	Diğer	22	19,6
Yardım Alınacak Süre	7-10 Gün	17	15,2
	11-40 Gün	27	24,1
	40 Günden Fazla	56	50,0
	Sürekli	12	10,7

Çalışmaya alınan olguların yenidoğan bakımı ile ilgili bilgileri incelendiğinde; %58,3'ü (n=74) bebek bakımı hakkında bilgi almadığını ve %55,9'u (n=71) bilgiye ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Bilgiye ihtiyaç duyan %55,9 olgu bulunmaktadır. Bunların hangi konularda bilgi istedikleri Tablo 3'te ayrıntılı olarak görülmekte olup, en fazla yatış pozisyonu, beslenme ve göbek bakımı konusunda eğitim istemişlerdir.

Olguların %88,2'si (n=112) bebek bakımında yardımcı kişi olduğunu ve 112 kişinin %52,7'sinin (n=59) annesi, %27,7'si (n=31) kayınvalidesi olduğunu belirtmiştir.

Olguların %50'si (n=56) yardımcı kişinin 40 günden fazla yardımda bulunacağını belirtmiştir.

Tablo 4: Yenidoğan Beslenmesi

		N	%
Bebek için En Uygun Besin Kaynağı	Bilmiyorum	9	7,1
	Anne Sütü	114	89,8
	İnek Sütü	1	8
	Anne sütü+Ek Mama	3	2,4
Bebek'in ilk Beslenme Zamanı	Bilmiyorum	16	12,6
	İlk 30 Dk. içinde	102	80,3
	Birkaç Saat Sonra	5	3,9
	Diğer	4	3,1
Bebek'in Beslenme Sıklığı	Bilmiyorum	15	11,8
	Her Ağladığında	71	55,9
	Yarım Saatte Bir	18	14,2
	Saat Başı	9	7,1
	Haftaya Göre Değişen	10	7,9
	5 Saatte Bir	4	3,1
Anne Sütü Yeterli İse Kaçınca Aya Kadar Verilmeli	Bilmiyorum	11	8,7
	6.Aya Kadar	85	66,9
	1 Yaşına Kadar	12	9,4
	2 Yaşına Kadar	19	15,0
Beslendikten Sonra Gazını Çıkarma	Evet	112	88,2
	Hayır	4	3,1
	Bilmiyorum	11	8,7
Gaz Çıkarma Şekli (n=112)	Sırtını Ovarak	106	94,6
	Diğer	6	5,4
Kusması Durumunda Ne Yapılmalı	Bilmiyorum	38	29,9
	Gazı çıkarılır, Başı yan Çevrilip Yatırılır	89	70,1

Çalışmaya alınan olguların yenidoğan beslenmesi ile ilgili bilgileri incelendiğinde; %89,8'i (n=114) en uygun besinin anne sütü olduğunu belirtmiş, %80,3'ü (n=102) ilk beslemenin, ilk 30 dakika içinde olması gerektiğini ve %66,9'u (n=85) 6. aya kadar anne sütünün yeterli olacağını düşündüğünü belirtmiştir.

Araştırmaya katılan olguların; %88,2'si (n=112) bebeğin beslendikten sonra gazının çıkarılması gerektiğini ve %94,6'sı (n=106) gazın sırtını ovarak çıkarılabileceğini belirtmiştir.

Bebeğin kusması durumunda olguların %70,1'i (n=89) bebeğin gazı çıkarılarak başı yan çevrilip yatırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Kalan %29,9 olgu ise ne yapacağını bilmediklerini ifade etmiştir.

Tablo 5: Yenidoğan Sağlık Problemleri

		N	%
Gözlerde	Bilmiyorum	54	42,5
	Anne Sütü Damlatılır	31	24,4
	Ilık Su İle İçten Dışa Silinir	33	26,0
	Ilık Su İle Dıştan İçe Silinir	9	7,1
Burun Deliklerinde Tıkanma	Bilmiyorum	66	52,0
	Biliyorum	61	48,0
	Bir Şey Yapılmaz (n=61)	3	4,9
	Bez İle Temizlenir (n=61)	26	41,9
	Serum Fizyolojik Damlatılır (n=61)	31	50,8
	Diğer (n=61)	8	13,1
Ağızda Pamukçuk Oluşmasını Önleme	Bilmiyorum	58	45,7
	Biliyorum	69	54,3
	Anne Her Gün Duş Almalı (n=69)	6	8,7
	Meme Ucu Temizlenmeli(n=69)	58	84,1
	Biberon ve Emziği Kaynatılmalı (n=69)	19	27,5
Ağızda Pamukçuk Oluşması	Bilmiyorum	59	46,5
	Biliyorum	68	53,5
	Karbonatlı Su İle Temizlenir(n=68)	27	39,7
	Bir Şey Yapılmaz(n=68)	2	2,9
	Doktora Götürülür (n=68)	43	63,2

Konak	Bilmiyorum	65	51,2
Oluşması	Bir Şey Yapılmaz	8	6,3
	Yağ ile Temizlenir	52	40,9
	Diğer	2	1,6
İsilik	Bilmiyorum	63	49,6
Oluşması	Biliyorum	64	50,4
	Kundaklanır(n=64)	3	4,7
	Tüm Vücut Tuzlanır(n=64)	12	18,8
	Tüm Vücut Pudralanır(n=64)	30	46,9
	Normal Oda Isısında Tutulur, Giysiler Ütülenir(n=64)	37	57,8
	Mevsim Koşullarına Göre Giydirilir(n=64)	1	1,6
	Bir Şey Yapılmaz(n=64)	3	4,7

Çalışmaya alınan olguların yenidoğan sağlık problemleri ile ilgili bilgileri incelendiğinde;

Bebeğin gözünde çapaklanma gelişmesi durumunda, olguların %42,5'i (n=54) ne yapması gerektiğini bilmediğini, 24,45'ü (n=31) anne sütü damlatacağını, %26,0'sı (n=33) ılık su ile içten dışa sileceğini, %7,1'i (n=9) ılık su ile dıştan içe doğru silineceğini belirtmiştir.

Bebeğin burun deliklerinin tıkanması durumunda, olguların %52'si (n=66) ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmişken, %48'i (n=61) bildiğini belirtmiştir. Ne yapacağını bildiğini belirten 61 kişinin %50,8'i (n=31) serum fizyolojik damlatmak gerektiğini, %41,9'u (n=26) bez ile temizlemek gerektiğini belirtmiştir.

Bebeğin ağzında pamukçuk oluşmasının önlenmesi durumunda, olguların %45,7'si (n=58) ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmiş olup, %54,3'ü (n=69) bildiğini belirtmiştir. Ne yapacağını bildiğini belirten 69 kişinin %84,1'i (n=58) meme ucunun temizlenmesi gerektiğini, %27,5'i (n=19) biberon ve emziğin kaynatılması gerektiğini belirtmiştir.

Bebekte pamukçuk oluşması durumunda, olguların %46,5'i (n=59) ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmişken, %53,5'i (n=68) bilmediğini belirtmiştir. Ne yapacağını bildiğini belirten 68 kişinin %63,2'si (n=43) bebeği doktora götürmek gerektiğini, %39,7'si (n=27) bebeğin ağzını karbonatlı su ile temizlemek gerektiğini belirtmiştir.

Bebekte konak oluşması durumunda, olguların %51,2'si (n=65) ne yapılması gerektiğini bilmediğini, %40,9'u (n=52) bebeği yağ ile temizlemek gerektiğini belirtmiştir.

Bebekte isilik oluşması durumunda, olguların %49,6'sı (n=63) ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmişken, %50,4'ü (n=64) bildiğini belirtmiştir. Ne

yapacağını bildiğini belirten 64 kişinin %46,9'u (n=30) tüm vücudu pudralamak gerektiğini, %57,8'i (n=37) bebeğin normaloda ısısında tutularak, giysilerinin ütülenmesi gerektiğini, %18,8'i (n=12) bebeğin tüm vücudunu tuzlamak gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 6: Yenidoğan Genel Sağlık Bilgileri

		N	%
Göbeğin Düşme Zamanı	Bilmiyorum	41	32,3
	Kırk Gün İçinde	12	9,4
	5-14 Gün	72	56,7
	Diğer	2	1,6
Göbek Bakımı	Bilmiyorum	41	32,3
	Biliyorum	86	67,7
	İlaçla Yapılmalı (n=86)	69	78,4
	Bir Şey Yapılmaz (n=86)	19	22,1
	Diğer (n=86)	2	2,3
Bebek Memesinde Şişlik Olması	Bilmiyorum	65	51,2
	Meme Ovulmalı	48	37,8
	Memeye Dokunulmalı	10	7,9
	Meme Sıkılıp Süt Çıkarılmalı	4	3,1
	Bilmiyorum	25	19,7
Bebek Ateşi Ölçme Bilgisi	Ağız	5	3,9
	Makat	10	7,9
	Koltuk Altı	87	68,5
	Bilmiyorum	25	19,7
Bebekte Yüksek Ateş Sınırı	Bilmiyorum	73	57,5
	Biliyorum	54	42,5
Bebekte Yüksek Ateşte Yapılacaklar	Bilmiyorum	23	18,1
	Biliyorum	104	81,9
	Ilık Su ile Duş Aldırılır (n=104)	53	41,7
	Sıkıca Örtülür, Terletilir (n=104)	1	0,8
	Giysi ve Örtüleri Hafifletilir (n=104)	30	23,6
	Doktora Götürülür (n=104)	73	57,5

Çalışmaya alınan olguların yenidoğan genel sağlık bilgileri incelendiğinde; bebeğin göbeğinin düşme zamanı konusunda olguların %32,3'ü (n=41) göbek düşme zamanını bilmediğini belirtmiş olup, %56,7'si (n=72) 5-14 gün sonra düşeceğini, %9,4'u (n=12) 40 gün içine düşeceğini belirtmiştir.

Bebekte göbeğe bakım konusunda olguların %32,3'ü (n=41) ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmiş olup, ne yapacağını bildiğini belirten 86 kişinin %78,4'u (n=69) bakımın ilaçla yapılması gerektiğini, %22,1'i (n=19) bir şey yapılmayacağını belirtmiştir.

Bebeğin memesinde şişlik olması durumunda olguların %51,2'si (n=65) ne yapılacağını bilmediğini belirtmiş olup, %37,8'i (n=48) bebeğin memesinin ovulması gerektiğini, %7,9'u (n=10) memeye dokunulmaması gerektiğini belirtmiştir.

Bebeğin ateşini ölçme bilgisi konusunda olguların %19,7'si (n=25) nereden ölçüleceğini bilmediğini belirtmiş olup, %68,5'i (n=87) bebeğin koltuk altından ölçüleceğini, %7,9'u (n=10) makattan, %3,9'u da (n=5) ağızdan ölçüleceğini belirtmiştir.

“Bebeğin ateşi kaç derece olduğunda yüksek ateş olarak değerlendirilmelidir?” sorusuna çalışmaya alınan olguların %57,5'i (n=73) bilmiyorum derken, %42,5'i (n=54) biliyorum olarak cevap vermiştir.

“Bebeğin ateşi yüksek ise ne yapılmalıdır?” sorusuna çalışmaya alınan olguların %18,1'i (n=23) yapması gerekeni bilmediğini belirtmiştir. Ne yapacağını bildiğini belirten 104 olgunun %41,7'si (n=53) ılık su ile duş aldırarak gerektiğini, %57,5'i (n=73) doktora götürmek gerektiğini, %23,6'sı (n=30) giysi ve örtülerinin hafifletilmesi gerektiğini, %0,8'i de (n=1) sıkıca örtülmesi ve terletilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 7: Yenidoğan Genel Hijyen Bilgileri

		N	%
Yenidoğan İlk İdrar Yapma Zamanı	Bilmiyorum	80	63,0
	1 saat	28	22,0
	12 saat	16	12,6
	24 saat	2	1,6
	48 saat	1	,8
Yenidoğan İlk Dışkı Yapma Zamanı	Bilmiyorum	80	63,0
	1 saat	13	10,2
	12 saat	23	18,1
	24 saat	7	5,5
	48 saat	4	3,1

Yenidoğan Alt Temizleme Şekli	Bilmiyorum	16	12,6
	Pamukla Silmek	30	23,6
	Sabunlu Suyla Yıkamak	11	8,7
	Alkolsüz Mendille Silmek	70	55,1
Yenidoğan Alt Temizleme Sıklığı	Bilmiyorum	16	12,6
	2-3 Saat Ara İle	16	12,6
	Altını Her Islattığında	91	71,7
	Uykudan Uyandığında	4	3,1
Kız Bebek Alt Temizleme Şekli	Bilmiyorum	36	28,3
	Gelişi Güzel	7	5,5
	Önden Arkaya	71	55,9
	Arkadan Öne	13	10,2
İlk Banyo Yapılma Zamanı	Bilmiyorum	33	26,0
	Birkaç Gün Sonra	20	15,7
	Göbeği Düşünce	15	11,8
	Doğar Doğmaz	10	7,9
	Eve Gider Gitmez	48	37,8
Gün İçinde Banyo Zamanı	Bilmiyorum	62	48,8
	Yemekten Hemen Sonra	16	12,6
	Açken	7	5,5
	İki Emzirme Arası	42	33,1
Oda Sıcaklığı Durumu	Bilmiyorum	46	36,2
	Vücut Isısında	45	35,4
	24 Derece	29	22,8
	40 Derece	3	2,4
	18 Derece	4	3,1
Tırnak Kesme Şekli	Bilmiyorum	58	45,7
	Düz Kesilmeli	33	26,0
	Eller Düz Ayaklar Yuvarlak	7	5,5
	Eller Yuvarlak Ayaklar Düz	29	22,8
Bebek Giysi Özelliği	Bilmiyorum	37	29,1
	Sentetik	22	17,3
	Kalın ve Dar	6	4,7
	Mevsime Göre Pamuklu	62	48,8

Çalışmaya alınan olguların yenidoğan genel hijyen bilgileri incelendiğinde; Bebeğin ilk idrar yapma zamanı konusunda olguların %63'ü (n=80) ilk idrar zamanını bilmediğini belirtmiş olup, %22'si (n=28) 1 saat içinde, %12,6'sı (n=16) 12 saat içinde ilk idrarını yapması gerektiğini belirtmiştir.

Bebeğin ilk dışkı yapma zamanı konusunda olguların %63'ü (n=80) ilk dışkı yapma zamanını bilmediğini belirtmiş olup, %10,2'si (n=13) 1 saat içinde, %18,1'i (n=23) 12 saat içinde ilk dışkısını yapması gerektiğini belirtmiştir.

Yenidoğanın dışkısını/kakasını yaptıktan sonra alt temizliği nasıl yapılacağı konusunda olguların %12,6'sı (n=16) bilmediğini, %23,6'sı (n=30) pamukla silmek gerektiğini, %8,7'si (n=11) sabunlu su ile yıkamak, %55,1'i (n=70) alkolsüz mendille silmek gerektiğini belirtmiştir.

Yenidoğanın alt temizleme sıklığı konusunda olguların %12,6'sı (n=16) temizleme sıklığını bilmediğini, %12,6'sı (n=16) 2-3 saat ara ile temizlemek gerektiğini, %71,7'si (n=91) altını her ıslattığında temizlemek gerektiğini belirtmiştir.

Kız bebeklerin altının temizleme şekli konusunda olguların %28,3'ü (n=36) nasıl temizlemek gerektiğini bilmediğini, %55,9'u (n=71) önden arkaya doğru temizlemek gerektiği, %10,2'si (n=13) arkadan öne doğru temizlemek gerektiğini belirtmiştir. Olguların %26,0'ı (n=33) bebeğin ilk banyo yapma zamanını bilmediğini belirtmiş olup, %37,8'i (n=48) eve gider gitmez, %15,7'si (n=20) doğumdan birkaç gün sonra, %11,8'i (n=15) göbeği düştükten sonra genel vücut banyosu yaptırılacağını belirtmiştir.

Gün içinde bebeğin banyo yapma zamanı konusunda olguların %48,8'i (n=62) banyo yapma zamanını bilmediğini belirtmiş olup, %33,1'i (n=42) yemekten 30 dakika önce ya da 1 saat sonra (iki emzirme arası), %12,6'sı (n=16) yemekten hemen sonra, %5,5'i (n=7) açken banyo yaptırılacağını belirtmiştir.

Olguların %36,2'si (n=46) bebeğin banyo yaptırıldığı odanın sıcaklığının kaç derece olması gerektiğini bilmediğini belirtirken, %35,4'ü (n=45) oda sıcaklığının vücut ısısında olması gerektiğini, %22,8'i (n=29) 24 derece, %3,1'i (n=4) 18 derece, %2,4'ü (n=3) 40 derece olması gerektiğini belirtmiştir.

Çalışmaya alınan olguların yenidoğanın tırnak kesme bilgileri incelendiğinde; olguların %45,7'si (n=58) nasıl kesileceğini bilmediğini belirtmiş olup, %26'sı (n=33) düz kesmek gerektiğini, %22'si (n=29) el tırnaklarını yuvarlak, ayak tırnaklarını düz kesmek gerektiğini belirtmiştir, %5,5'i (n=7) ise el tırnaklarını düz, ayak tırnaklarını yuvarlak kesmek gerektiğini belirtmiştir.

Olguların %29,1'i (n=37) bebeğin giysileri seçilirken dikkat edilmesi gereken özellikleri bilmediğini belirtmiş, %48,8'i (n=62) yazın ince ve pamuklu, kışın kalın ve pamuklu kumaşlar tercih edilmeli, %17,3'ü (n=22) sentetik kumaştan yapılmış giysi tercih edilmeli, %4,7'si (n=6) sıcak tutması için kalın ve dar giysiler tercih edilmeli şeklinde cevap vermişlerdir.

Tablo 8: Yenidoğanın Diğer Sağlık Sorunları İle İlgili Bilgiler

		N	%
Pişik Olma Nedeni	Bilmiyorum	25	19,7
	Biliyorum	102	80,3
	Alt Değiştirme Sıklığı (n=102)	88	86,3
	İç Çamaşırı Nedeni (n=102)	16	15,7
	Deterjanlar Nedeni ile (n=102)	24	23,5
Pişik Durumunda Yapılacaklar	Bilmiyorum	21	16,5
	Biliyorum	106	83,5
	Altı Pudralanmalı(n=106)	36	34,0
	Bezi Sık Değişmeli (n=106)	31	29,2
	Bezler Kaynatılıp, Güneşte Kurumalı n=106)	8	7,5
	Pişik Kremi Sürülmeli (n=106)	72	67,9
İshal Durumunda Yapılması Gereken	Bilmiyorum	37	29,1
	Anne Sütü Kesilmeli	7	5,5
	Doktora Götürmeli	80	63,0
	Diğer	3	2,4
Kabız Durumunda Yapılması Gereken	Bilmiyorum	55	43,3
	Anne Sütü Kesilmeli ve Doyuracak Kadar Mama Verilmeli	6	4,7
	Zeytin Yağı İçirilmeli	20	15,7
	Sık Emzirilmeli ve Doktora Götürülmeli	46	36,2
Sünnet Derisi Hareket Ettirme Durumu	Evet	30	23,6
	Hayır	9	7,1
	Bilmiyorum	88	69,3
Kalça Çıkığı Durumu	Bilmiyorum	44	34,6
	Sıkıca Kundaklamalı	5	3,9
	Doktora Götürülmeli	78	61,4

Çalışmaya alınan olguların yenidoğanın diğer sağlık sorunları ile ilgili bilgileri incelendiğinde; bebeğin pişik olma nedenini olguların %19,7'si (n=25) bilmediğini belirtmiştir. Pişik olma nedenini bildiğini belirten 102 (%80,3) olgunun, %86,3'ü (n=88) pişik nedeninin alt değiştirme sıklığına bağlı olduğunu, %15,7'si (n=16) iç çamaşırının sıkı olması nedeni ile pişik geliştiğini, %23,5'i (n=24) ise bezlerin deterjanla yıkanıp iyi durulanmamasından dolayı pişik geliştiğini belirtmiştir.

Bebekte pişik gelişir ise yapılması gereken konusunda olguların, %16,5'i (n=21) yapması gerekeni bilmediğini belirtmiştir. Yapılması gerekeni bildiğini belirten 106 (%83,5) olgunun %67,9'u (n=72) pişik kremi sürülmeli, %29,2'si (n=31) bezi sık değiştirmeli, %34,ü (n=36) bebeğin altı pudralanmalı, %7,5'i (n=8) bebeğin bezleri kaynatılmalı ve güneşte kurutulmalı şeklinde cevap vermiştir.

Bebeğin ishal olması durumunda olguların %29,1'i (n=37) ne yapılacağını bilmediğini belirtmiş olup, %63'ü (n=80) bebeği anne sütü kesilmeden doktora götürmek gerektiğini, %5,5'i (n=7) anne sütünün kesilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Bebeğin kabız olması durumunda olguların %43,3'ü (n=55) ne yapılacağını bilmediğini belirtmiş olup, %36,2'si (n=46) sık anne sütü vermek ve doktora götürmek gerektiğini, %15,7'si (n=20) bebeğe zeytinyağı içirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

“Erkek bebeklerde sünnnet derisi ileri geri hareket ettirilir mi?” sorusuna olguların %69,3'ü (n=88) bilmiyorum, %23,6'sı (n=30) evet, %7,1'i (n=9) hayır cevabı vermiştir.

Bebekte kalça çıkığı şüphesi olması durumunda olguların %34,6'sı (n=44) ne yapılacağını bilmediğini belirtmişken, %61,4'ü (n=78) doktora götürmek gerektiğini, %3,9'u (n=5) sıkıca kundaklamak gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 9: Yenidoğanda Uyku Düzeni Bilgileri ve Büyüme Ölçümleri

			N	%
Güvenli Uyku Önlemleri	Karyola Korkuluğu	Olmalı	95	74,8
		Gerek Yok	32	25,2
	Yastık	Kullanılmalı	81	63,8
		Kullanılmamalı	46	36,2
	Yattığı Şilte	Yumuşak Olmalı	93	73,2
		Sert Olmalı	34	26,8
	Çarşaflar	Sentetik Olmalı	45	35,4
		Pamuklu Olmalı	82	64,6
Güvenli Uyku Pozisyonu	Bilmiyorum		59	46,5
	Yüzükoyun		13	10,2
	Yumuşak Yatak		7	5,5
	Sert Yatak		48	37,8
Uyku Düzeni Bilgisi	Bilmiyorum		62	48,8
	Biliyorum		65	51,2
	Beslenme Dışında Uyur (n=65)		58	89,2
	16-18 Saat Uyur, 1 Aylık:14-16 Saat (n=65)		8	12,3
	Bebek Uyurken Hareket etmez(n=65)		2	3,1
Bebek Tarama Test Bilgi Durumu	Bilmiyorum		28	22,0
	Biliyorum		99	78,0
Sarılık Durumunda Yapılacaklar	Bilmiyorum		27	21,3
	Biliyorum		100	78,7
	Sarı Örtü Örtmek (n=100)		17	17,0
	Doktora Götmek (n=100)		85	85,0
	Kendiliğinden Geçer (n=100)		0	0
Yenidoğanda İlk Yıl Yapılacak Büyüme Ölçümleri	Bilmiyorum		38	29,9
	Biliyorum		89	70,1
	Kilo Ölçümü(n=89)		80	89,9
	Boy Ölçümü (n=89)		67	75,3
	Baş Çevresi Ölçümü (n=89)		36	40,4
	Diğer (n=89)		4	4,5

Çalışmaya alınan olguların yenidoğanın güvenli bir şekilde uyuması için alınması gereken önlemler konusunda bilgileri incelendiğinde; %74,8'i (n=95) karyola korkuluğu olması gerekir, %63,8'i (n=81) yastık kullanılmalı, %73,2'si (n=93) şilte yumuşak olmalı, %64,60'sı (n=82) çarşaf pamuklu olmalı şeklinde yanıt vermiştir.

Çalışmaya alınan olguların yenidoğanın güvenli bir şekilde uyuması için en uygun pozisyon konusunda bilgileri incelendiğinde; %46,5'i (n=59) uygun pozisyonu bilmediğini, %37,8'i (n=48) sert bir yatakta sırtüstü ya da yan yatırılması gerektiğini, %10,2'si (n=13) yüzükoyun şekilde bir yastığın üzerinde, %5,5'i (n=7) yumuşak yatakta baş aşağıda yatırılması gerektiğini belirtmiştir.

Bebeğin uyku düzeni konusunda olguların bilgileri incelendiğinde, %48,'i (n=62) uyku düzeni hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Bildiğini belirten %51,2 (n=65) olgunun, %89,2'si (n=58) sağlıklı bir yenidoğan beslenme süreleri dışında uyur, %12,3'ü (n=8) uyku süresi yenidoğan bir bebekte toplam 16-18 saatken; bir aylık bebekte ortalama 14-16 saate düşer şeklinde belirtmiştir.

Bebeğe taburcu olmadan yapılacak tarama testleri hakkında olguların %22'si (n=28) bilgi sahibi değilken, %78'inin (n=99) bilgi sahibi olduğu görülmüştür.

Bebeğin doğum sonrası ilk haftasında sararmaya başlaması durumunda yapılması gerekenler konusunda olguların %21,3'ü (n=27) ne yapılacağını bilmediğini belirtmiştir. Bildiğini belirten %78,7 (n=100) olgunun %85'i (n=85) bir sağlık kuruluşuna başvurup, tetkiklerini yaptırmak gerektiğini, %17'si (n=17) sarı örtü ile üzerinin örtülmesi gerektiğini belirtmiştir.

Bebeğe ilk bir yılda yapılması gereken ölçümler konusunda olguların %29,9'u (n=38) ne yapılacağını bilmediğini belirtirken, bildiğini belirten %70,1 (n=89) olgunun %89,9'u (n=80) kilo ölçümü, %75,3'ü (n=67) boy ölçümü, %40,4'ü (n=36) baş çevresi ölçümü yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 10: Yenidoğanı Algılama Ölçeği (YAÖ)

	Hiç	Çok Az	Orta	Biraz Fazla	Çok Fazla	Ort±SD
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Herhangi Bir Bebek I						
Sizce Herhangi Bir Bebek Ne Kadar Ağlar?	-	11(8,7)	83(65,4)	21(16,5)	12(9,4)	3,50±2,74
Sizce Herhangi Bir Bebeğin Beslenmesi İle İlgili Ne Kadar Sorunu Olabilir?	6(4,7)	32(25,4)	54(42,5)	22(17,3)	13(10,2)	3,19±1,96
Sizce Herhangi Bir Bebek Ne Kadar Kusar Veya Salya Çıkarır?	4(3,1)	16(12,6)	78(61,4)	22(17,3)	7(5,5)	3,33±2,77
Sizce Herhangi Bir Bebeğin Uyku İle İlgili Ne Kadar Sorunu Olabilir?	7(5,5)	23(18,1)	59(46,5)	24(18,9)	14(11)	3,12±1,01
Sizce Herhangi Bir Bebek Kaka Yapmada Ne Kadar Zorluk Çekebilir?	11(8,7)	25(19,7)	64(49,6)	25(19,7)	3(2,4)	3,11±2,82
Sizce Herhangi Bir Bebeğin Yeme Ve Uyuma Alışkanlığının Yerleşmesinde Ne Kadar Sorunu Olabilir	10(7,9)	16(12,6)	61(48)	31(24,4)	9(7,1)	3,10±0,98
Sizin Bebeğiniz I						
Sizce Bebeğiniz Ne Kadar Ağlar?	5 (3,9)	18(14,2)	71(55,9)	29(22,8)	4(3,1)	3,07±,81
Sizce Bebeğiniz Beslenmesi İle İlgili Ne Kadar Sorunu Olabilir?	18(14,2)	38(29)	57(44,9)	10 (7,9)	4 (3,2)	3,19±5,44
Sizce Bebeğiniz Ne Kadar Kusar Veya Salya Çıkarır?	7 (5,5)	43(33,9)	63(49,6)	13(10,2)	1 (0,8)	2,91±2,80
Sizce Bebeğiniz Uyku İle İlgili Ne Kadar Sorunu Olabilir?	12(9,4)	28(22)	60(47,3)	14(11)	13(10,2)	3,46±4,63
Sizce Bebeğiniz Kaka Yapmada Ne Kadar Zorluk Çekebilir?	15(11,8)	39(30,7)	59(46,5)	9(7,1)	5(3,9)	2,59±0,91
Sizce Bebeğiniz Yeme Ve Uyuma Alışkanlığının Yerleşmesinde Ne Kadar Sorunu Olabilir	15(11,8)	30(23,6)	58(45,7)	17(13,4)	7(5,5)	2,77±1,01
Herhangi Bir Bebek II						
Sizce Herhangi Bir Bebek Ne Kadar Ağlar?	-	23(18,1)	83(65,4)	18(14,2)	3(2,4)	3,01±,65
Sizce Herhangi Bir Bebeğin Beslenmesi İle İlgili Ne Kadar Sorunu Olabilir?	3(2,4)	31(24,4)	64(50,4)	24(18,9)	5 (3,9)	2,98±0,83
Sizce Herhangi Bir Bebek Ne Kadar Kusar Veya Salya Çıkarır?	5 (3,9)	27(21,3)	71(55,9)	23(18,1)	1(0,8)	3,14±2,78
Sizce Herhangi Bir Bebeğin Uyku İle İlgili Ne	6(4,7)	33(26)	57(44,9)	27(21,3)	4(3,1)	2,92±0,89

Kadar Sorunu Olabilir? Sizce Herhangi Bir Bebek Kaka Yapmada Ne Kadar Zorluk Çekebilir?	8(6,3)	29(22,8)	69(53,8)	20(15,7)	1(0,8)	3,29±3,86
Sizce Herhangi Bir Bebek'in Yeme Ve Uyuma Alışkanlığının Yerleşmesinde Ne Kadar Sorunu Olabilir	13(10,2)	27(21,3)	71(55,9)	13(10,2)	3(2,4)	2,73±0,87
Sizin Bebeğiniz II						
Sizce Bebeğiniz Ne Kadar Ağlar?	7 (5,5)	29(22,8)	72(56,7)	17(13,4)	2(1,6)	2,83±0,79
Sizce Bebeğiniz Beslenmesi İle İlgili Ne Kadar Sorunu Olabilir?	10(7,9)	44(34,1)	56(44,1)	14(11)	3(2,4)	2,65±0,87
Sizce Bebeğiniz Ne Kadar Kusar Veya Salya Çıkarır?	16(12,6)	47(38)	52(40,9)	12(9,4)	–	2,63±1,92
Sizce Bebeğiniz Uyku İle İlgili Ne Kadar Sorunu Olabilir?	11(8,7)	42(33,1)	60(47,3)	12(9,4)	2(1,6)	3,17±3,70
Sizce Bebeğiniz Kaka Yapmada Ne Kadar Zorluk Çekebilir?	15(11,8)	42(33,1)	55(43,3)	14(11)	1(0,8)	2,56±0,87
Sizce Bebeğiniz Yeme Ve Uyuma Alışkanlığının Yerleşmesinde Ne Kadar Sorunu Olabilir	26(20,5)	37(29,1)	58(45,7)	4(3,1)	2(1,6)	2,36±0,90

Çalışmaya katılan olguların kendi bebekleri ve herhangi bir bebekle ilgili ölçeklere verdikleri cevapların dağılımı tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 11: Yenidoğan Algılama Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik Değerlendirmesi

	k	Cronbach's Alpha
Yenidoğan Algılama Ölçeği 1	12	0,822
Yenidoğan Algılama Ölçeği 2	12	0,791

Birinci Yenidoğan Algılama Ölçeği'nin geçerlik güvenirlik değerlendirmesi sonucunda Cronbac's alpha katsayısı 0,822 bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

İkinci Yenidoğan Algılama Ölçeği'nin geçerlik güvenirlik değerlendirmesi sonucunda Cronbac's alpha katsayısı 0,791 bulunmuştur. Bu da ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 12: Yenidoğanı Algılama Ölçeğine (YAÖ) İlişkin Puanların Dağılımı

	Min	Max	Ort $\pm$ SD
Herhangi Bebek 1	8	28	18,49 $\pm$ 3,46
Herhangi Bebek 2	9	26	17,36 $\pm$ 3,05
Sizin Bebeğiniz 1	6	29	16,56 $\pm$ 3,73
Sizin Bebeğiniz 2	8	27	15,49 $\pm$ 3,39

Yenidoğanı Algılama Ölçeğine ilişkin “Herhangi Bebek 1” puanı 8 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama 18,49 $\pm$ 3,46; “Herhangi Bebek 2” puanı 9 ile 26 arasında değişmekte olup, ortalama 17,36 $\pm$ 3,05; “Sizin Bebeğiniz 1” puanı 6 ile 29 arasında değişmekte olup, ortalama 16,56 $\pm$ 3,73 ve “Sizin Bebeğiniz 2” puanı 8 ile 27 arasında değişmekte olup, ortalama 15,49 $\pm$ 3,39’dur.

Tablo 13: Yenidoğanı Algılama Ölçeğinin (YAÖ) Algı Puanlarına İlişkin Dağılımı

	Min	Max	Ort $\pm$ SD(Medyan)
Annenin Algı Puanı	-14	19	3,82 $\pm$ 5,88 (3,0)
	n	%	
	Olumsuz algı	32	25,2
Algı Düzeyi	Ortalama algı	7	5,5
	Olumlu algı	88	69,3
	Negatif algılama	39	30,7
Algılama	Pozitif algılama	88	69,3

Yenidoğanı Algılama Ölçeğine ilişkin algı puanı -14 ile 19 arasında değişmekte olup, ortalama 3,82 $\pm$ 5,88’dir. Olguların %25,2’si (n=32) “Olumsuz”, %5,5’i (n=7) “Ortalama” ve %69,3’ü (n=88) “Olumlu” algılamaktadır. Buna göre olguların %30,7’si (n=39) “Negatif” algılarken, %69,3’ü (n=88) “Pozitif” algılamaktadır.

Tablo 14: Eğitim Durumuna Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi

Eğitim Durumu	Algı Sonucu		X^2 ; p
	Negatif (n=39)	Pozitif (n=88)	
	n (%)	n (%)	
İlkokul ve altı	20 (%41,7)	28 (%58,3)	$X^2:4,467$; $p:0,035^*$
Ortaokul	9 (%20,0)	36 (%80,0)	
Lise ve üzeri	10 (%29,4)	24 (%70,6)	
Continuity Correction Ki-Kare test kullanıldı		$*p<0,05$	

Annenin bebeği algılama durumu, eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Ortaokul mezunu annelerin bebeği pozitif algılama durumu diğer eğitim düzeyindeki annelerden anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p:0,05$; $p<0,05$).

Tablo 15: Ekonomik Duruma Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi

Ekonomik Durum	Algı Sonucu		p
	Negatif (n=39)	Pozitif (n=88)	
	n (%)	n (%)	
^a Gelir giderden az	19 (%38,0)	31 (%62,0)	$X^2:3,370$; $p:0,043^*$
^a Gelir gidere eşit	15 (%22,7)	51 (%77,3)	
^b Gelir giderden fazla	5 (%45,5)	6 (%54,5)	
^a Continuity Correction Ki-Kare test		^b Fisher's Exact test	

Annenin bebeği algılama durumu ekonomik duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geliri giderden az olan ve geliri giderden fazla olan olguların algıları arasında anlamlı fark görülmezken ($p>0,05$); gelir gidere eşit olan olgularda algılamanın pozitif olması anlamlı düzeyde yüksek oranda saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 16: Bebeğin Cinsiyetinin İstenilen Cinsiyet Olma Durumuna Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi

Bebeğin Cinsiyeti	Algı Sonucu		p
	Negatif (n=39)	Pozitif (n=88)	
	n (%)	n (%)	
İste diğı gibi	37 (%30,6)	84 (%69,4)	$X^2: 0,020;p:1,000$
İste me diğı gibi	2 (%33,3)	4 (%66,7)	

Fisher's Exact test kullanıldı

Annenin bebeğı algılama durumu bebeğın cinsiyetinin istenilen cinsiyette olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Bebek Bakım Bilgisi Alma Durumuna Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi

Bebek Bakım Bilgisi Alma	Algı Sonucu		p
	Negatif (n=39)	Pozitif (n=88)	
	n (%)	n (%)	
Evet	19 (%35,8)	34 (%64,2)	$X^2:1,130;$ $p:0,288$
Hayır	20 (%27,0)	54 (%73,0)	

Pearson Ki-Kare test kullanıldı

Annenin bebeğı algılama durumu bebek bakım bilgisi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo18:Gebeliğı İste me Durumuna Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi

Gebeliğı Durumu	İste me	Algı Sonucu		p
		Negatif (n=39)	Pozitif (n=88)	
		n (%)	n (%)	
Evet		38 (%97,4)	82 (%93,2)	$X^2:0,939;$ $p:0,437$
Hayır		1 (%2,6)	6 (%6,8)	

Fisher's Exact test kullanıldı

Annenin bebeğı algılama durumu gebeliğı isteme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 19: Doğum Şekline Göre Algı Sonucu Değerlendirmesi

Doğum Şekli	Algı Sonucu		<i>p</i>
	Negatif (n=39)	Pozitif (n=88)	
	n (%)	n (%)	
Normal	25 (%64,1)	56 (%63,6)	<i>X²:0,001;</i>
Sezaryen	14 (%35,9)	32 (%36,4)	<i>p:1,000</i>

Continuity Correction Ki-Kare test kullanıldı

Annenin bebeği algılama durumu doğum şekline göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA

Araştırmalarda planlı ve sürekli olarak eğitim ve danışmanlık uygulanan primipar annelerde bebek bakım bilgi düzeyinde önemli ölçüde artma, kaygı düzeylerinde azalma, annelik rolünden memnuniyette artma gözlenmiştir (Yıldız,2003).

Yapılan çalışmalarda anne-bebek arasında dengeli ilişki kurulmazsa, çocuk suistimali, yetersizlik sendromu ve çocukta gelişim sürecinde davranış sorunları olasılığı arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle annenin yenidoğanı algılaması bilinerek, anne bebek ilişkisi için risk yaratan durumlar erken evrede tespit edilip, aralarındaki bağların kuvvetlendirilmesi önem taşır (Feldman et al., 1999).

Bu çalışmanın amacı özellikle ilk bebeğini doğuran primipar annelerin bebeklerini algılamaları ile ilgili normal ve riskli bir durum olup olmadığını, temel yenidoğan bakımına yönelik bilgi/uygulamaları, varsa eksiklik ve hatalı davranışların değerlendirilerek hemşirelik bakımının etkin planlanması, sorunların erken saptanması ve koruyucu sağlık bakımı/eğitiminin verilmesidir.

Araştırma kapsamına giren annelerin yaş ortalaması 23,9 olup oldukça genç, eğitim seviyesi açısından birbirine yakın gruplar olup çoğunluğu ilköğretim mezunu (%37,8) ve önemli bir bölümü ise (%67,7) çalışmamaktadır (Tablo 1). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kadınların ortalama olarak 25 yaşında ilk çocuğunu doğurduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki annelerin ilk çocuğunu doğurma yaşı Türkiye genelini yansıtmaktadır.

Araştırmamıza katılan annelerin çoğu, ilköğretim mezunu ve ev hanımı olan kişilerdir. Bu sonuç annelerin bebek bakımı ile ilgili deneyimlerinin az olması, eğitim düzeyi ve çalışmamaları nedeniyle daha fazla bilgiye gereksinim duyduklarını düşündürülebilir.

Eş eğitim durumu ilköğretim ve ortaokul mezunu (%33,9) olarak eşit sayıda kişiden oluşmakta ve eşlerin tamamına yakını (%92,9) çalışmaktadır. Ailelerin ekonomik durumuna bakıldığı zaman ise çoğunluğunun (%52,0) geliri giderine eşit düzeydedir (Tablo 1).

Annelerin ortalama evlilik süresi 3-4 yıl, en uzun süre yaşadıkları yer şehir (%47,2) ve önemli bir kısmı (%65,4) çekirdek aile olarak yaşamaktadır (Tablo 1).

Annelerin tamamına yakını (%94,5) isteyerek gebe kalmıştır, yarısından fazlası (%58,3) gebeliğini, ilk 4 hafta içinde öğrenmiştir (Tablo 2).

Annelerin %63,8'i normal doğurmuş, %36,2'si tıbbi nedenlerden dolayı sezaryen doğum yapmak zorunda kalmışlardır. Doğan bebeklerin cinsiyetleri oran olarak eşit sayılabilir ve annelerin %95,4'ü bebeklerinin cinsiyetinin, bekledikleri cinsiyet olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu (%78,7) doğum öncesi dönemde kontrole gitmiştir ve kontrole gidenlerin önemli bir kısmı (%78,7) ayda bir kere kontrole gitmiştir. Annelerin başvurdukları sağlık kuruluşları ise %40,2 oranla sağlık ocağı, %44,9 oranla hastane veya poliklinik olmuştur. Annelerin %92,1'i herhangi bir sağlık problemi yaşamadığını ifade etmiştir (Tablo 2). Turan ve ark.(2008) prenatal bakım almaya yönelik yeni doğum yapmış annelerle yaptığı çalışmada da annelerin %77,1'nin gebelikleri boyunca sağlık personeli tarafından izlenmiş oldukları belirlenmiştir. Bu durum genç anne adaylarının doğum öncesi bakım alma konusunda bilinçli ve duyarlı olduklarını göstermektedir. Bu veriler toplum sağlığı ve hizmet talebi açısından ülkemiz insanının en azından büyük illerde gelişme kaydettiğini göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre annelerin %92'si doğum öncesi bakım (DÖB) almaktadır. Yine TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kadınların yaklaşık dörtte üçü, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almışlardır. Doğum öncesi bakım almayan annelerin oranı TNSA-2003'deki rakamlar temel alındığında yüzde 58 azalmış olmakla birlikte, TNSA-2008'de annelerin yaklaşık onda biri doğum öncesi herhangi bir bakım almamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gebelerin gebeliği süresince en az dört kez DÖB almasını önermektedir. DSÖ'nün 2005-2010 yılları arasındaki incelemelerinde dünya genelinde DÖB alma oranının %53 olduğu belirtmektedir. Bu oran düşük gelirli ülkelerde ise %36'ya düşmektedir (www.who.int Erişim Tarihi: 20 Nisan 2013). Yine Sağlık Bakanlığı DÖB'in gebeliğin ilk üç ayı içinde başlanılmasını, gebelik süresince en az dört izlem yapılmasını ve yüksek riskli gebelerde izlem sayısının arttırılmasını önermektedir (www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 20 Nisan 2013). Yukarıdaki verilerden de anlaşılacağı gibi annelerin kontrollere gitme zamanı ve sıklığı anne ve yenidoğan sağlığı açısından önemlidir.

Annelerin büyük çoğunluğu (%55,9) bebek bakımı ile ilgili bilgiye gereksinim duymaktadır (Tablo 3). Annelerin yaş ortalamasının(%23,90) genç olması (Tablo 1) ve ilk bebeklerine hamile olmaları nedeniyle bilgi gereksinimlerinin olması doğal bir sonuçtur. Başer ve ark. (2005) yaptığı çalışmada %34,5'inin ilk gebeliği olduğu ve yine yarısından fazlasının bebek bakımına yönelik çeşitli konularda bilgi gereksinimi olduğu belirtilmiştir. Başer ve ark. (2005) çalışmasında ilk gebeliği olan annelerin bebek bakımı konusunda daha fazla güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.

Akdolun Balkaya (2002) çalışmasında; postpartum dönemde annelerin daha çok yenidoğanın bakım gereksinimlerine ihtiyaç duydukları, kendi bakım gereksinimlerini ikinci planda tuttukları üzerinde durmuştur. Bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızı desteklemektedir. Yine Akdolun Balkaya (2002) çalışmasında postpartum dönemde annelerin sürekli ebe ve hemşireler tarafından izlenmelerini, aksi takdirde bilgi gereksinimlerini arkadaş ve yakınlarından karşılayabilecekleri vurgulanmıştır. Annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgi eksikliğinin sağlık profesyonelleri tarafından giderilmemesi, kişileri yanlış bilgi ve uygulama kaynaklarına yönlendirebilir.

Annelerin yarısından fazlası (%58,3) gebeliği süresince yenidoğan bakımı hakkında bilgi almadığını belirtmiştir (Tablo 3). Şalk Vatandaş (2004) çalışmasında; ailenin yenidoğan bebeğe fiziksel ve ruhsal olarak hazırlanmasını sağlamak ve doğumdan sonra bebeğin bakımını kolaylaştırıcı önerilerde bulunarak, düzenli izlemlerle gelişimin izlenmesinin birinci basamak sağlık çalışanının önemli görevlerinden olduğunu vurgulamış ve bebek bekleyen aileye doğumdan önce eğitim verecek olan kişinin ebe ve hemşireler olduğunu belirtmiştir. Bu durum bizim çalışmamız ile kıyaslandığında; gebe eğitiminden sorumlu olduğu vurgulanan hemşire ve ebelerin bu sorumluluklarını yeterince yerine getiremedikleri anlamına gelebilir.

Bebek bakımı ile ilgili bilgiye ihtiyaç duyan (%55,9) anneler; en fazla yatış pozisyonu (%36,2), beslenme (%34,6) ve göbek bakımı konusunda eğitim istemişlerdir (Tablo 3). Görüldüğü gibi annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgiye gereksinimleri vardır. Pınar ve ark. (2009) annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörleri inceledikleri 150 anne üzerindeki gerçekleştirdikleri çalışmalarında; doğum sonrası dönemde sorun yaşama oranı sezeryan ile doğum yapanlarda, emzirememe (%36), bebek bakımına yönelik bilgi eksikliği (%34), normal doğum yapanlarda, meme ve

meme ucu sorunları (%30), bebek bakıma yönelik bilgi eksikliği (%24) şeklinde tespit etmişlerdir.

Başer ve ark (2005) 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. Bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da annelerin bebek bakımı ile ilgili önemli derecede bilgiye gereksinimleri vardır. Hemşirenin özellikle ilk bebeğini bekleyen annelere bebek bakımı ile ilgili eğitim vermesi, annenin kaygı ve endişelerini gidereceği gibi belirsizlikleri de ortadan kaldıracaktır.

Annelerin önemli bir kısmı (%88,2) doğum sonrası bebeğin bakımı için yakın çevresinden destek alacağını, büyük çoğunluğu(%50,0) ise 40 günden fazla süre yanında bir yakınının bulunacağını ifade etmiştir. Yardım alacakları kişiler arasında; ilk sırayı anneleri (%52,7) ve sonrasında kayınvalideleri (%27,7) almaktadır (Tablo 3). Pınar ve ark. (2009) çalışmalarında; doğum sonu desteğe ihtiyaç duyma-destek alma durumu değerlendirdiklerinde, annelerin en fazla yardım/destek istediği kişiler sırasıyla; eş (%44,7), aile-yakın akraba (%29,3), sağlık personeli (ebe-hemşire-doktor) (%26,0) olduğunu belirtmişlerdir. Doğum sonu dönemde annelerin fiziksel ve ruhsal olarak desteğe gereksinimlerinin olduğu ortadadır. Bu destek yakınları ve arkadaşları tarafından sağlanır. Doğum sonu dönemin ilk günlerinde annelerin kendilerinin ve bebeklerinin bakımı sırasında yakınları tarafından desteklenmeleri önemlidir.

Çalışmaya alınan olguların yenidoğan beslenmesi ile ilgili bilgileri incelendiğinde; %89,8'i en uygun besinin anne sütü olduğunu belirtmiş, %80,3'ü ilk beslemenin ilk 30 dakika içinde olması gerektiğini, %55,9'u bebeğin her ağladığında emzirilmesi gerektiğini ve %66,9'u 6. aya kadar anne sütünün yeterli olacağını düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 4). Annelerin konu hakkındaki görüşlerinin UNİCEF'in bebeğin beslenmesi ile ilgili ilkelerle örtüştüğü görülmektedir(UNİCEF, 2004). Ünsal ve ark. (2005) toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler araştırmak amacıyla 5003 anne üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında annelerin; %93,7'si doğumda bebeklerini anne sütü ile beslemeye başladıklarını, %71,8'i doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmenin başlatıldığını söylemişlerdir, buna karşın bebeklerin ortalama sadece anne sütü alma süresinin $4,3 \pm 2,1$ ay olduğunu saptanmıştır. Anne sütü genellikle ilk yıl içinde bebek için en üstün besin kaynağıdır.

Anne sütü; yenidoğanda optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. Anne sütü ve emzirmenin hem bebek, hem de anne için, başta beslenme olmak üzere, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çok sayıda yararları vardır. Doğum sonrası dönemde annelerin ilk olarak anne sütünü tercih etmelerindeki sebep ise genellikle; temiz, ucuz ve vermesinin kolay olmasından kaynaklanmaktadır.

TNSA 2008 verilerine göre Türkiye’de çocuklar oldukça uzun bir süre emzirilmelerine karşın, ek gıdaya çok erken yaşlarda başlamaktadırlar. Sadece anne sütü alan bebeklerde ortanca emzirilme süresi çok kısa olup, çoğu alt grup için 1-2 ay arasındadır.

Biltekin ve ark.(2004) yapmış olduğu çalışmada; annelerin ağız sütünü(kolostrum) attığı, bebeğin ilk beslenmesi için şekerli su veya inek sütü verdiği, ayrıca anne sütü vermeden önce bir geleneksel uygulama yaptıkları, bununda 3 ezan bekledikten sonra emzirme olduğu saptanmıştır. Eğri ve Gölbaşı (2007), Sis Çelik ve ark. (2012)’nin çalışmalarında da benzer sonuçlar ortaya konulmuştur. Toplumda anne sütü gibi önemli bir konuda halen daha geleneksel ve yanlış uygulamaların bulunması üzücü ve düşündürücüdür. Fakat bizim araştırmamız bebek dostu bir hastanede yapıldığı için anne sütü ile ilgili geleneksel uygulamalara rastlanılmamıştır.

Araştırmaya katılan olguların; %88,2’si bebeğin beslendikten sonra gazının çıkarılması gerektiğini ve %94,6’sı gazın sırtını ovarak çıkarılabileceğini belirtmiştir. Bebeğin kusması durumunda olguların %70,1’i bebeğin gazı çıkarılarak başı yan çevrilip yatırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Kalan %29,9 olgu ise ne yapacağını bilmediklerini ifade etmiştir (Tablo 4). Çalışkan ve Bayat (2011) ise çalışmalarında tüm annelerin bebeklerinde gaz sancısı olduğunu; bu durumda annelerin yüksek oranda (%84,7) gaz damlası verdiğini, %1,9 oranında bademyağı veya zeytinyağı içirdiğini, %10,3 oranında hiçbir şey yapmadığını belirtmişlerdir. Şalk Vatandaş (2004) ise çalışmasında; bebeklerin beslendikten sonra gazının çıkarılması gerektiğini ve bu amaçla 10-15 dakika sırtına hafifçe avuç içi ile vurulabileceğini ifade etmiştir, bebeğin emdikten sonra bir miktar peynirimsi kusması olabileceğini, bazen aşırı beslenmeye bağlı olarak da kusma görülebileceğini belirtmiştir. Bebekte gaz genellikle beslenme esnasında hava yutulması veya ek besinlerin verilmesiyle oluşur. Bebekte huzursuzluk

yaratır (Taşkın, 2005). Bebeğin sırtına uygun bir şekilde avuç içi ile yapılacak masaj bebeği rahatlatır. Çalışmamızda annelerin konuya verdikleri cevaplar ise literatür bilgisi ile örtüşmektedir. Fakat %29,9'luk kısmı oluşturan ve ne yapacağını bilmeyen anneler bebeğin gazını çıkarmamaları durumunda; kusma, gaz sancısı ve bebeğin emmeyi istememesi gibi durumların yaşanması halinde paniğe kapılabilirler.

Bebeğin gözünde çapaklanma gelişmesi durumunda olguların %42,5'i ne yapması gerektiğini bilmediğini, 24,45'ü anne sütü damlatacağını, %26,0'sı ılık su ile içten dışa sileceğini, %7,1'i ılık su ile dıştan içe doğru silineceğini belirtmiştir. Annelerin yarıya yakınının konu hakkında bilgisi olmadığı gibi, doğru girişimi bilenlerin oranı (%26,0) ise toplam sayının dörtte biri kadardır (Tablo 5). Yenidoğanın gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakım gerektirmez. Eğer gözlerde çapaklanma varsa, temiz ılık su (kaynatılıp ılıtılmış) ile ıslatılmış steril gazlı tamponla temizlenmelidir. Enfeksiyonun bulaşmaması açısından her göz için ayrı tampon kullanılmalı ve temizlik içten dışa doğru yapılmalıdır (Savaşer ve Yıldız, 2009; www.bsm.gov.tr Erişim tarihi:10 Aralık 2012).

Bebeğin burun deliklerinin tıkanması durumunda olguların %52'si ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmişken, %48'i bildiğini belirtmiştir. Ne yapacağını bildiğini belirten kişilerin %50,8'i serum fizyolojik damlatmak gerektiğini, %41,9'u bez ile temizlemek gerektiğini belirtmiştir (Tablo 5). Annelerin yarıdan fazlasının konu hakkında hiçbir bilgisi olmamasının yanında, bilenlerin yapmış olduğu girişimler de literatüre uygundur. Bebeğin rahat nefes alıp vermesi çok önemlidir. Bebekler burunları tıkalı olduğunda iyi ememezler. Serum fizyolojik damlatılarak burun açılmalıdır. Aynı zamanda yenidoğanın rahat nefes almasını sağlamak için kaynatılmış ılık su ile ıslatılmış tülbentler kullanılarak da burnun içi temizlenmelidir (Akşit, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Savaşer ve Yıldız, 2009).

Özyazıcıoğlu ve Polat (2004)'ın yaptığı çalışmada; burun tıkanıklığını gidermek için annelerin %20,8'inin çocuğu doktora götürdüğü, %28,9'unun buruna serum fizyolojik damlattığı, %50,3'ünde buruna zeytinyağı, tereyağı veya anne sütü damlatma, çocuğa nane limon içirme ayrıca limon suyu ile kola ve aspirini karıştırıp verme gibi geleneksel yöntemlere başvurdukları saptanmıştır. Annelerin kullandıkları geleneksel yöntemlerin bir kısmı bebekte sağlık sorunlarına yol açabilir. Bizim çalışmamızda bu şekilde sonuçlarla karşılaşmamıştır.

Annelerin yaklaşık yarısı (%45,7) bebeğin ağızda pamukçuk oluşmasının önlenmesi için ne yapılması gerektiğini bilmemektedir, bilenler ise literatüre uygun olarak meme ucunun temizlenmesi gerektiğini (%84,1), biberon ve emziğin kaynatıldıktan sonra kullanılması (%27,5) gerektiğini belirtmiştir. (Kitiş ve Karaçam, 2004; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2007; Savaşer ve Yıldız, 2009; Demirbağ ve ark., 2012). Bebekte pamukçuk oluşması durumunda olguların %46,5'i ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmişken, %53,5'i bildiğini belirtmiştir. Ne yapacağını bildiğini belirten 68 kişinin %63,2'si bebeği doktora götürmek gerektiğini, %39,7'si bebeğin ağızını karbonatlı su ile temizlemek gerektiğini belirtmiştir (Tablo 5). Eğri ve Gölbaşı (2007) çalışmalarında; annelerin bebeklerinde pamukçuk gelişmesi durumunda, bebeğin ağızına soda sürenlerin %61,6, şeker sürenlerin %17,2, kadın saç sürenleri ise %9,1 oranında olduğunu belirlemişlerdir. Bölükbaş ve ark. (2009) çalışmalarında; annelerin %32,5'inin bebeğinin ağızda pamukçuk olduğunda doktora götürdüğünü, %25,1'inin karbonatlı su ile sildiğini, %1,0'ının ise annenin saçını bebeğin ağızına sürdüğünü belirlemişlerdir. Özyazıcıoğlu ve Polat (2004)'ın yaptığı çalışmada annelerin %69,2'sinin pamukçuk enfeksiyonunun tedavisinde en az bir tane geleneksel uygulama yaptığını belirlemişlerdir. Bu uygulamaların başında bebeğin ağızının saç ile silinmesi ilk sırada yer almaktadır. Biltekin ve ark. (2004) çalışmasında ise annelerin %52'sinin pamukçuğu düzeltmek için geleneksel uygulama yaptıkları ve en çok bebeğin ağızını soda ile silmeyi tercih ettikleri saptanmıştır. Bizim araştırmamıza katılan annelerin genç, eğitim düzeylerinin yüksek olması ve uzun süre şehirde yaşamış olmaları geleneksel uygulamalara yer vermediklerini göstermektedir.

Bebekte konak oluşması durumunda; olguların %51,2'si saçlı deride oluşan konağı gidermek için doğru tekniği (konak olan bölgeye badem yağı / zeytinyağı uygulayıp yarım saat sonra tarak ile temizlenip yıkanması) bilmezken, %40,9'u bebeği yağ ile temizlemek gerektiğini belirtmiştir (Tablo 5). Özyazıcıoğlu ve Polat (2004)'ın yaptığı çalışmada; annelerin yarısının konağı geleneksel yöntemlerle tedavi ettikleri bulunmuştur. Bu annelerden %30,3'ünün zeytinyağı ve karbonatı karıştırarak çocuğun başına sürdükleri, %19,7 sinin daha çok artar endişesi ile konağa müdahale etmedikleri belirlenmiştir.

Bebekte isilik oluşması durumunda annelerin %49,6'sı ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmişken, %50,4'ü bildiğini belirtmiştir. Ne yapacağını bildiğini belirten

64 kişinin %46,9'u tüm vücudu pudralamak gerektiğini, %57,8'i bebeğin normal oda ısısında tutularak, giysilerinin ütülenmesi gerektiğini, %18,8'i bebeğin tüm vücudunu tuzlamak gerektiğini belirtmiştir (Tablo 5). Çoğu anne isilik oluşması halinde ne yapacağını bilmediği gibi, bilenlerin arasında da yanlış bilgiye sahip anneler bulunmaktadır. Isilik oluşumunu önlemek için; bebeğin oda ısısının 22-24°C olması, bebeğin mevsim koşullarına uygun giydirilmesi, iç çamaşırlarının her gün değiştirilmesi ve cilt temizliğine özen gösterilmesi gerekir (www.millipediatri.org.tr Erişim Tarihi: 11 Aralık 2012). Hemşire ve ebeler annelere isilik oluşumunu önlemek için gerekli eğitimi vermelidir.

Bebeğin göbeğinin düşme zamanı konusunda annelerin %32,3'ü göbek düşme zamanını bilmediğini belirtmiş olup, yarıdan fazlası (%56,7) doğru bilgiye (5-14 gün) sahiptir (Tablo 6). Bebeğin göbeğe bakım konusunda annelerin %32,3'ü ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmiş olup, ne yapacağını bildiğini belirten annelerin %78,4'u bakımın ilaçla yapılması gerektiğini, %22,1'i bir şey yapılmayacağını belirtmiştir (Tablo 6). Bölükbaş ve ark. (2009) çalışmalarında annelere bebeğin göbeğinin düşmesi için ne yaptığını sorulduklarında; %19,7'sinin batikonla sildiğini, %6,4'ünün temiz tuttuğunu, %2,0'nın ise anne sütü damlattığını bulmuşlardır. Biltekin ve ark. (2004) çalışmasında; en sık uygulanan yöntem ise çaput uygulaması ve kahve tozu uygulamasıdır (%40). Eğri ve Gölbashi (2007)'nin çalışmasında ise; kadınlar tarafından en sık yapılan uygulamaların bebeğin göbeğini göbek bağı ile sıkıca bağlamak (%28,8), göbeğe zeytinyağı sürmek (%20,8) ve bebeği banyo yaptırmak (%15,4) olduğu tespit edilmiştir.

Enfeksiyon gelişimini önlemek için günde bir ya da iki kez %70'lik alkol ile umbilikal kord bakımı yapılabilir (Çavuşoğlu, 2004a; Demirtola ve Özen, 2005). Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalarda, hiç bir uygulamanın göbeğin doğal haliyle, kuru ve temiz bırakılmasına üstün olmadığı savunulmaktadır (Zupan et al., 2007) Kul ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış oldukları çalışmada; zamanında doğmuş sağlıklı yenidoğanlarda sadece steril gazlı bezle yapılan göbek bakım uygulaması yeterli bulunmuştur.

Bebeğin memesinde şişlik olması durumunda annelerin yarıdan fazlası (%51,2) ne yapılacağını bilmediğini belirtmiş olup, bilenlerin ise büyük bir kısmı (%37,8) yanlış (bebeğin memesinin ovulması), çok az bir kısmı (%7,9) doğru (memeye

dokunulmaması) bilgiye sahiptir (Tablo 6). Gebelik sırasında anneden bebeğe geçen hormonlar nedeniyle kız ve erkek bebeklerde doğumdan sonraki 3-4. günde memelerde fizyolojik büyüme ve dolgunluk (hipertrofik meme dokusu) görülebilir. Sıkıldığında süte benzer bir sıvı gelebilir. Memelerin ovalanması ve sıkılması durumunda enfeksiyon ya da apse gelişebilir. Tedavisinde etkene yönelik antibiyotik uygulanır. Annelere memelerdeki şişliğin nedeni, ovalanıp, sıkılmaması gerektiği ve şişliğin 2-4 hafta içinde kendiliğinden geçeceği vurgulanmalıdır (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b).

Bebeğin ateşini ölçme bilgisi konusunda olguların %19,7'si nereden ölçüleceğini bilmediğini belirtmiş olup, büyük çoğunluğu (%68,5) konu hakkında doğru (koltuk altından) bilgiye sahiptir. Annelerin %57,5'i yüksek ateşi tanımlayamazken, %42,5'i yüksek ateş sınırını (37,5°C) bilmektedir (Tablo 6).

Bebeğin ateşi koltuk altı (aksiler), oral, makat, kulak vb. bölgelerden ölçülür. Ancak yenidoğanda en güvenilir ve en kolay yöntem koltuk altı ısı ölçümüdür. Rektal yolla ısı ölçümü vagal stimulasyon, rektal perforasyon ve kafa içi basıncını artırma riski nedeni ile önerilmemektedir. Oral ısı ölçümünde yenidoğanda önerilmez, 6 yaş üstü çocuklarda diğer bölgelerden ısı ölçümü yapılamadığı özel durumlarda kullanılabilir. Timpanik termometrelerin ise yetişkinlerde kullanımının daha uygun olduğu saptanmıştır 37,2°C ve üstü ise bebeğin ateşinin yükseldiğini gösterir (Kara, 2003; Taşkın, 2005; Savaşer ve Yıldız, 2009; İlçe ve Karabay, 2009).

Bebeğin ateşinin yükselmesi durumunda annelerin %18,1'i yapması gerekeni bilmediğini belirtmiştir. Ne yapacağını bildiğini belirten annelerin %41,7'si ılık su ile duş aldirmek gerektiğini, %57,5'i doktora götürmek gerektiğini, %23,6'sı giysi ve örtülerinin hafifletilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Tablo 6). Yüksek ateş hastalık dışında, bebeğin sıcak ortamda bulundurulması, üzerinin aşırı örtülmesi, aşırı giydirilmesi, kalorifer ya da sobanın yakınında bulundurulması ya da yetersiz beslenmesi sonucu da gelişebilir. Bölükbaş ve ark.(2009) çalışmalarında; annelerin çocukları ateşlendiğinde %45,3'ünün üzerini soyup ısını azalttığını, %36,5'inin ise ilaç verdiği saptanmışlardır. Özyazıcıoğlu ve Polat (2004) çalışmalarında; çocuğun ateşini düşünmek için annelerin %72,8'inin çocuğa ateş düşürücü ilaçlar verdiklerini, annelerin %25'inin ılık uygulama yaptıklarını ve çocuğu doktora götördüklerini tespit

edilmişlerdir. Biltekin ve ark. (2004) çalışmalarında ise en sık uygulanan (%75) yöntem sirkeli suyla silmedir.

Ateş, bir hastalık belirtisi değilse bebeğe yeterli sıvı verilmesi ve uygun çevre ısısı sağlanmasıyla normale döner. Bu amaçla bebeğe anne sütü ya da uygun sıvı verilerek vücut ısısı dengesi sağlanmaya çalışılır. Özellikle ortam ısısına bağlı ateş yüksekliğinde ortamın ısısı düşürülür ya da bebek sıcak ortamdan uzaklaştırılır. Bebeğin giysileri çıkarılır, ortam ısısı uygunsa iç çamaşırları ile bırakılır. Bebeğe ılık bir duş yaptırılır. Ayrıca daha önceden doktorun önerdiği bir ateş düşürücü varsa verilir. Bunlara rağmen vücut ısısı düşmüyorsa mutlaka bir sağlık kuruluşuna götürülür. (Kara, 2003; Şalk Vatandaş, 2004; Taşkın, 2005; Savaşer ve Yıldız, 2009).

Annelere yüksek ateşle ilgili verilecek eğitim ile ateşin evde kontrolü sağlanabilir, yanlış uygulamalar önlenir ve bunun sonucunda çocukta oluşabilecek istenmeyen sonuçlar engellenebilir ve sağlık kuruluşlarına gereksiz başvurular azaltılabilir.

Annelerin büyük çoğunluğu (%63) bebeğin ilk idrar ve dışkı yapma zamanı konusunda bilgisi olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 7). Doğumdan sonra idrar ve dışkısını yapmayan bebeklerin anneleri konu hakkında bilgi sahibi olmadıkları için gereksiz yere paniğe kapılabilirler. Normalde yenidoğan bebeğin ilk dışkısı doğumdan sonraki ilk 8 ile 24 saat arasında görülür ve 48 saate kadar dışkısını yapmaması halinde barsak pasajı ile ilgili bir bozukluk düşünülür. 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 (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b).

Annelerin yarısından fazlası (%55,1) bebeğin dışkısını/kakasını yaptıktan sonra alt temizliğinin alkolsüz mendille yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Büyük bir çoğunluğu (%71,7) ise altını her ıslattığında temizlemek gerektiğini vurgulamıştır (Tablo 7).

Yenidoğanın cildinin hassas olması nedeniyle uzun süre gaita ve idrar ile temas etmesi sonuca deride tahriş ya da döküntüler (diaper dermatit / rash) oluşabilir. Bunu önlemek için bebeğin altını her ıslattığında temizlenmesi önemlidir.

Kız bebeklerin altının temizleme şekli konusunda ise annelerin %28,3'ü nasıl temizlemek gerektiğini bilmediğini, %55,9'u önden arkaya doğru temizlemek gerektiği, %10,2'si arkadan öne doğru temizlemek gerektiğini belirtmiştir (Tablo 7).

Alt temizliği için ılık su ve yumuşak pamuklu bezler kullanılmalıdır. Kız bebeklerin genital bölge özelliği nedeniyle, üretraya fekal kontaminasyonu önlemek amacıyla temizlik önden arkaya doğru yapılır. Temizlik sırasında kız bebeklerin vulva ve labia kıvrımları açılarak ıslak bir bezle önden arkaya doğru silinir (Akşit, 2001; Çavuşoğlu, 2004a; Adam, 2008; Afsar, 2009; Visscher, 2009; Sarkar et al., 2010; Utaş, 2011; www.bsm.gov.tr Erişim Tarihi:07 Aralık 2012).

Annelerin %26,0'ı bebeğin ilk banyo yapma zamanını bilmediğini belirtmiş olup, %37,8'i eve gider gitmez, %15,7'si doğumdan birkaç gün sonra, %11,8'i göbeği düştükten sonra genel vücut banyosu yaptırılacağını belirtmiştir (Tablo 7).

Bölükbaşı ve ark. (2009) çalışmalarında; annelerin çocuğun ilk banyosunu ne zaman yaptırıldığı araştırılmış; annelerin %66,0'ının göbeği düşmeden önce bebeği banyo yaptırdığı bulunmuştur.

Yenidoğanın göbeği düşünceye ve sünnet olmuş ise sünnet yarası iyileşinceye kadar, enfeksiyonları önlemek için küvet ya da tam vücut banyosu yaptırılmamalıdır. Bu sürede bebeğe silme banyosu yaptırılır. Göbek düştükten bir gün sonra küvet banyosu yaptırılabilir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Dhar, 2007; Yıldız, 2008b; Datta, 2009; Savaşer ve Yıldız, 2009; Sarkar et al., 2010; Karabulut, 2011; Fernandes et al., 2011; Utaş, 2011; www.bsm.gov.tr Erişim tarihi: 07 Aralık 2012).mBu sonuç annelerin konuyla ilgili eğitilmeleri gereğini düşündürmektedir.

Gün içinde bebeğin banyo yapma zamanı konusunda annelerin %48,8'i banyo yapma zamanını bilmediğini belirtmiş olup, doğru cevabı (yemekten 30 dakika önce ya da 1 saat sonra yani iki emzirme arası) verenlerin oranı ise %33,1'dir. Bebeğin banyo yaptırılacağı odanın sıcaklığının kaç derece olması gerektiği sorusuna ise annelerin sadece %22,8'i doğru (24°C) vermiştir (Tablo 7).

Yenidoğanların deri altı yağ dokusu ve ısı düzenleme merkezi tam gelişmediğinden kolaylıkla hipotermiye girerler.

Banyo 24-25°C sıcaklıkta ve hava akımının olmadığı bir odada yaptırılmalıdır. Bebeğin banyosu iki emzirme arasındaki sürede yaptırılmalıdır. Emzirmeden hemen sonra banyo yaptırılması bebeğin kusmasına ve aspirasyonuna neden olur, açken ise

huzursuz olmasına neden olur. (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Dhar, 2007; Yıldız, 2008b; Savaşer ve Yıldız, 2009; www.bsm.gov.tr Erişim tarihi: 07 Aralık 2012).

Pediatric hemşireleri doğum sonrası bebeğin banyosu ile ilgili olarak taburcu olmadan annelere gerekli eğitimi vermelidir.

Annelerin tırnak kesme bilgileri incelendiğinde; %45,7'si nasıl kesileceğini bilmediğini belirtmiş olup, doğru cevabı (el tırnaklarını yuvarlak, ayak tırnaklarını düz) verenlerin oranı ise %22,8'dir (Tablo 7). Bölükbaş ve ark. (2009) çalışmalarında; annelerin %88,2'sinin bebeklerinin tırnaklarını 0-3 ay içerisinde kestiklerini belirlenmişlerdir. Yine %32,5'inin çocuğun tırnaklarını kesmek için kırkının çıkmasını bekledikleri saptanmıştır.

Yaşamın ilk günlerinde uzun olan tırnaklar, yenidoğanın istemsiz hareketleri ile özellikle yüzünde çiziklere neden olabilirler. Bu çizikler bebeğin immun sistemi tam gelişmediği için enfeksiyon odağı oluşturur. Bu yüzden tırnak bakımı vermek önemlidir. Tırnaklar genellikle yaşamın birinci haftasında ciltten ayrılır ve kırılırlar. Bebeğin tırnakları çok acı vermemesi için dipten kesilmemelidir. Bebek için yapılmış özel tırnak makası (uçları sivri olmayan) kullanılarak el tırnakları yuvarlak, ayak tırnakları düz kesilir. Tırnak kesimi için en uygun zaman, yenidoğanın uykuda olduğu zamandır (Taşkın, 2005).

Annelerin %29,1'i bebek giysileri için doğru kumaş seçimini nasıl yapacaklarını bilmezken, konu hakkında doğru bilgiye (yazın ince ve pamuklu, kışın kalın ve pamuklu kumaşlar) sahip olanların oranı; %48,8'dir (Tablo 7). Yenidoğanın giysileri teri emme özelliğine sahip pamuklu kumaşlardan olmalıdır. Ayrıca giysiler ortam ısısına göre ayarlanmalıdır.

Annelerin büyük çoğunluğu (%80,3) bebekte pişige neden olan etmenler hakkında fikir sahibidir. Nedeni ile ilgili olarak ise; %86,3'ü pişik nedeninin alt değiştirme sıklığına bağlı olduğunu, %15,7'si iç çamaşırının sıkı olması nedeni ile pişik geliştiğini, %23,5'i ise bezlerin deterjanla yıkanıp iyi durulanmamasından dolayı pişik geliştiğini belirtmiştir (Tablo 8).

Bebeğin ıslak derisi beze sürtüldüğünde kolayca hasar görür ve pişik(diaper dermatit) oluşur. Aşırı nem, sürtünme, idrar ya da gaitanın uzun süre deri üzerinde kalması, mantar enfeksiyonu, bakteriyel enfeksiyon ve beze karşı alerjik reaksiyon diaper dermatite yol açan nedenler arasındadır. Ayrıca; sık dışkılama yapan, altı kuru ve

temiz tutulmayan, katı gıdalara başlanan özellikle 8-10. aylar arasındaki bebeklerde ve antibiyotik alan ya da anne sütü ile beslenen bebeklerin annesinin antibiyotik kullanması durumunda diaper dermatit daha sık görülür (Akşit, 2001; Taşkın, 2005; Önder ve ark.,2007; Savaşer ve Yıldız, 2009).

Annelerin %16,5'i pişik gelişmesi durumunda ne yapması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir. Yapılması gerekeni bildiğini belirten annelerin ise %67,9'u pişik kremi sürülmeli, %29,2'si bezi sık değişmeli, %34,ü bebeğin altı pudralanmalı, %7,5'i bebeğin bezleri kaynatılmalı ve güneşte kurutulmalı şeklinde cevap vermiştir (Tablo 8).

Annelerin pişığı önleme girişimleri konusunda fikir sahibi olmaları ve pişik oluşması halinde doğru girişimlerde bulunmaları sevindirici bir sonuç olmakla birlikte, toplumda halen daha yenidoğan sağlığını tehdit edecek boyutta pudra kullanımı mevcuttur.

Çalışkan ve Bayat (2011)'ın çalışmasında; pişik bakımına yönelik yüksek oranda (%92,6) pişik kremi kullanma, zeytinyağı sürme (%15,7), pudra kullanma (%15,7) şeklinde sonuçlar ortaya çıkmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da pişığı iyileştirmek için zeytinyağı sürme, pişik kremi kullanma ve pudra kullanmadan söz edilmektedir (Eğri ve Gölbaş 2007, Biltekin ve ark. 2004).

Atherton and Mills (2004) çalışmalarında; pişik oluşumunu önlemek ve tedavi etmek için en iyi yolun bebeğin altının iyi bir şekilde temizlenip kurulanması ve altı kirlendiğinde hemen değiştirilmesi gerektiğini belirtmektedirler. Bebeğin altını temizlerken ılık su ya da alkolsüz malzemelerin kullanılmasını, bezlerin sıvıyı emici özelliğinin iyi olması gerektiğini, sentetik olmayan, parfüm içermeyen, bariyerli bezlerin tercih edilmesi önerilmektedir.

Bebeğin ishal olması durumunda annelerin %29,1'i ne yapılacağını bilmediğini belirtmiş olup, %63'ü bebeği anne sütü kesilmeden doktora götürmek gerektiğini, %5,5'i anne sütünün kesilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 8).

Literatürde bizim çalışmamıza benzer ve farklı sonuçları olan çalışmalar mevcuttur. Bölükbaş ve ark. (2009) çalışmalarında annelerin; %58,6'sının ishalleri çocuğu doktora götürdüğü, %26,6'sının çocuğa bol su verdiği sonucuna ulaşmışlardır. Biltekin ve ark. (2004) çalışmalarında ishal durumunda en sık anne sütünden kesme ve kahve ile yoğurt karıştırılarak verilmesi uygulamalarını belirtmişlerdir. Özyazıcıoğlu ve

Polat (2004) çalışmalarında çocuğun ishalini tedavi etmek için annelerin %51,7'sinin çağdaş yöntemler, %48,3'ünün ise geleneksel yöntemler kullandıkları saptamışlardır. Kullanılan geleneksel yöntemler arasında çocuğa koyu çay, nane limon içirme, ishal şurubu verme ve diyetten yağlı yiyecekleri çıkarma gibi uygulamalar yer almaktadır.

Bebeğin kabız olması durumunda annelerin; %43,3'ü ne yapılacağını bilmediğini belirtmiş olup, %36,2'si sık anne sütü vermek ve doktora götürmek gerektiğini, %15,7'si bebeğe zeytinyağı içirilmesi gerektiğini ve %4,7'si anne sütünün kesilip doyuracak kadar mama verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 8).

Özyazıcıoğlu ve Polat (2004) çalışmalarında çocuğun kabızlığını gidermek için annelerin %28,4'ünün çağdaş, annelerin %71,6'sının geleneksel uygulamalara başvurduklarını belirlemişlerdir. Annelerin başvurdukları geleneksel uygulamalar arasında anüse zeytinyağı, katı yağ, sabun koyma, herhangi bir müshil ilacı ve fitil kullanma gibi uygulamalar yer almıştır.

Annelerin bebeğin kabızlığı durumunda geleneksel uygulamalardan olan “zeytinyağı” uygulamasına yer verdikleri görülmektedir. Yenidoğan döneminde aspirasyon riski ve gastrointestinal sistem immatür olması nedeniyle zeytinyağı uygulamasının önemli sakıncaları olabilir.

“Erkek bebeklerde sünnet derisi ileri geri hareket ettirilir mi?” sorusuna annelerin %69,3'ü bilmiyorum, %23,6'sı evet, %7,1'i hayır cevabı vermiştir (Tablo 8).

Sünnet derisinin geriye doğru çekilmesi ödem ve damarlarda vazokonstriksiyona neden olacağına sünnet derisi hareket ettirilmemelidir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005). Aileye bu konuda bilgi verilmelidir.

Bebekte kalça çıkığı şüphesi olması durumunda annelerin %34,6'sı ne yapılacağını bilmediğini belirtmişken, %61,4'ü doktora götürmek gerektiğini, %3,9'u sıkıca kundaklamak gerektiğini belirtmiştir (Tablo 8).

Eğri ve Gölbaşı (2007)'nin çalışmasında; kadınların bebeklerini kundaklama nedenleri arasında çocuğun rahat uyması (%69,9), bacaklarının düzgün olması (%59,8) ve belinin batmaması (%29,2) ilk sıralarda belirtilen nedenler arasında yer almıştır. Çalışkan ve Bayat (2011)'in çalışmasında ise annelerin bebek bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar arasında kundaklama %56,3 oranında görülmüştür.

Araştırmalardan da anlaşıldığı gibi ülkemizde yenidoğanın kundaklanması yaygındır. Bu uygulamaların annelerin yenidoğan bakımı ile ilgili yeterli ve uygun donanımlarının olmadığını ve yanlış uygulamaların devam ettiğini göstermektedir.

Annelerin yenidoğanın güvenli bir şekilde uyuması için alınması gereken önlemler konusundaki bilgileri incelendiğinde; %74,8'i karyola korkuluğu olmalı, %63,8'i yastık kullanılmalı, %73,2'si şilte yumuşak olmalı, %64,60'sı çarşaf pamuklu olmalı şeklinde yanıt vermişlerdir (Tablo 9). Annelerin yenidoğanın güvenli bir şekilde uyuması için en uygun pozisyon konusundaki bilgileri incelendiğinde; %46,5'i uygun pozisyonu bilmediğini belirtirken; %37,8'i konuya doğru (sert bir yatakta sırtüstü ya da yan yatırılmalı) cevap vermiştir (Tablo 9).

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 (ABÖS-Sudden Infant Death Syndrome-SIDS) neden olduğu belirtilmektedir (Moon et al 2000).

Amerikan Pediatri Akademisinin ABÖS riskini azaltmaya yönelik önerilerini arasında; bebeğin doğumdan itibaren sırtüstü ya da yan yatırılması, karyolasında sert yataklar kullanılması, su yatağı, kanepeler gibi yumuşak yüzeylerde yatırılmaması, yatak ile uyumlu arasında 2 parmak ya da 5 cm genişliğinden fazla mesafe olmayan korkulukların bulunması, bebeğin yatağında yastık, yorgan ve koyun derisi örtüler gibi yumuşak maddeler olmaması, battaniye, çarşaf gibi yumuşak yatak örtülerinden kaçınılması gerektiği vurgulanmaktadır (Amerikan Pediatri Akademisi,2000).

Annelerin bebeğin uyku düzeni konusundaki bilgileri incelendiğinde, %48,'i uyku düzeni hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Bildiğini belirten %51,2 olgunun, %89,2'si sağlıklı bir yeni doğan beslenme süreleri dışında uyur, %12,3'ü uyku süresi yeni doğan bir bebekte toplam 16-18 saatken; bir aylık bebekte ortalama 14-16 saate düşer şeklinde literatür ile örtüşen cevaplar vermişlerdir (Tablo 9) (Özgen, 2001;Yılmaz ve Gürakan, 2002; Glaze, 2004).

Bebeğe taburcu olmadan yapılacak tarama testleri hakkında olguların %22'si bilgi sahibi değilken, %78'inin bilgi sahibi olduğu görülmüştür (Tablo 9). Verilen cevaplar arasında ise en çok topuk kanı testi yer almıştır. Tarama testleri konusunda annelerin bilinçli olması, sağlıklı bir gelecek nesil açısından sevindiricidir.

Bebeğin doğum sonrası ilk haftasında sararmaya başlaması durumunda yapılması gerekenler konusunda annelerin %21,3'ü ne yapılacağını bilmediğini belirtmiştir. Bildiğini belirten %78,7 anneni %85'i bir sağlık kuruluşuna başvurup, tetkiklerini yaptırmak gerektiğini, %17'si sarı örtü ile üzerinin örtülmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 9).

Eğri ve Gölbaşı (2007)'nin çalışmasında; annelerin bebeğin sarılık olmaması için yaptıkları uygulamalar incelendiğinde en sık olarak bebeğin yüzüne sarı örtü örttükleri (%73,6) ve bebeği altın konulan su ile yıkadıkları (%20,0) görülmektedir. Yine aynı çalışmada; sarılık olan bebeğe yönelik yapılan geleneksel uygulamalar arasında en sık olarak yapılan uygulamanın %40,0 ile bebeğe sarı bez bağlamak olduğu belirlenmiştir. Kadınların %32,9'u ise bebeğin sarılığının geçmesi için sarılık tekkesinden su getirip bebeği yıkadıklarını ve bu suyu bebeğe içirdiklerini belirtmişlerdir. Bölükbaş ve ark. (2009) çalışmalarında; ise annelerin %75,4'ünün bebekte sarılık görülmesi durumunda doktor tavsiyesi dışında herhangi bir uygulama yapmadığı, yapanların ise (%24,6) bebeklerine sarı giydirdiği, sık emzirdiği, altın suyunda yıkadığı ve ışık altında bıraktığı şeklinde sonuçlar ortaya çıkmıştır. Sarılık olan bebeğe yönelik yapılan geleneksel uygulamalar arasında en sık olarak yapılan uygulamanın %40,0 ile bebeğe sarı bez bağlamak olduğu belirlenmiştir. Biltekin ve ark. (2004) çalışmasında bu konuda en sık uygulanan yöntem ise sarı bez bağlanmasıdır.

Yararlı olmayıp zararı da olmayan geleneksel uygulamaları (sarı giydirmek, altın suyunda yıkamak gibi) değiştirmek konusunda ısrarlı davranmamak ancak herhangi bir yararının olmadığını açıklamak gerekir.

Bebeğe ilk bir yılda yapılması gereken ölçümler konusunda annelerin %29,9'u ne yapılacağını bilmediğini belirtirken, bildiğini belirten %70,1 annenin %89,9'u kilo ölçümü, %75,3'ü boy ölçümü, %40,4'ü baş çevresi ölçümü yapılması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 9).

Bebek ve çocukların büyümelerinin gelişme dönemlerine uygun olup olmadıklarını anlamak için büyümesinin değerlendirilmesi gerekir. Büyümenin değerlendirilmesi; vücut ağırlığı ve ağırlık artış hızına, boy uzunluğu ve uzama hızına, baş çevresi ve baş çevresinin artma hızına, göğüs çevresi ve vücut bölümlerinin bir birine oranlarına bakılarak yapılır (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005).

Pediatric hemşireleri bebeğin büyüme ve gelişme durumunun takip edilmesi ve amaçla izlem zamanlarında kontrol için gidebileceği yerler hakkında annelere bilgi vermelidir.

Annelerin yenidoğanı algılama durumlarına bakıldığı zaman ise %25,2'si "Olumsuz", %5,5'i "Ortalama" ve %69,3'ü "Olumlu" algılamakla birlikte sonuç olarak, annelerin %30,7'si "Negatif", %69,3'ü "Pozitif" algılamaktadır (Tablo 13).

Anne ve bebeğe ait olumlu algılar gelişmesinin, anne ve bebek ilişkisinin niteliğine ve bebeğin büyüme ve gelişmesine katkısı oldukça önemlidir. Annenin bebeğine ilişkin algıları pozitif yönde gelişmez ise; anne perinatal bakımdan yeterince yararlanamayacak ve hem kendisinin hem de bebeğin sağlığını riske atacaktır (Görak, 2008). Yapılan çalışmalarda anne-bebek arasında dengeli ilişki kurulmazsa, çocuk suistimali, yetersizlik sendromu ve çocukta gelişim sürecinde davranış sorunları olasılığı arttığı belirtilmektedir (Feldman et al., 1999).

Çalışmamızda; annenin bebeğini algılama durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ortaokul mezunu olan annelerin bebeklerini algılama durumu diğer annelere göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$; $p<0,05$) (Tablo 14).

Eğitim düzeyi, çalışma durumu postpartum dönemde annelik rolünün kabul sürecini pozitif yönde etkilemektedir (Beydağ, 2007).

Manav ve Yıldırım (2010) çalışmalarında; ilköğretim mezunu term bebek annelerinin %95'i ve ortaöğretim ve üzeri term bebek annelerinin de %92,6'sının da bebeklerini pozitif algıladıkları sonucuna ulaşmışlardır.

Balcı (1997) çalışmasında annelerin eğitim durumu ile algılama puanlarını karşılaştırmış ve öğrenim düzeyleri arasında algılama durumları açısından anlamlı bir fark bulamamıştır.

Çalışmamızda; annenin bebeğini algılama durumu ile ekonomik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri giderden az olan ve geliri giderden fazla olan olguların algıları arasında anlamlı fark görülmezken ($p>0,05$); gelir gidere eşit olan olgularda algılamanın pozitif olması anlamlı düzeyde yüksek oranda saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 15).

Manav ve Yıldırım (2010) çalışmalarında; algılama durumunu ekonomik durum ile karşılaştırdıklarında; geliri giderine eşit olan term bebeklerin annelerinin sadece

%6,6'sı bebeklerini negatif algılarken, geliri giderinden az olan annelerin tamamının bebeklerini pozitif algıladıkları görülmüştür. Balcı (1997)'nin çalışmasında ise sosyo-ekonomik durumun aile içi ilişkileri ve anne bebek arasındaki ilişkiyi etkilediği görülmüştür.

Çalışmamızda; annenin bebeğini algılama durumu ile bebeğin cinsiyetinin istenilen cinsiyette olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Manav ve Yıldırım (2010) çalışmalarında; term ve preterm bebek anneleri arasında bebeğin istenilen cinsiyette doğması ve algılaması arasında istatistiksel olarak fark saptamışlardır.

Altun (2003) ise çalışmasında; bebeğin cinsiyetinin algılama üzerine etkisi olmadığını yalnızca ekonomik durumun algılamayı etkilediğini vurgulamışlardır.

Balcı (1997) ise çalışmasında; bebeğin istenilen cinsiyette doğmasının annenin bebeğini algılama durumunu etkilemediğini saptamıştır.

Çalışmamızda; annenin bebeğini algılama durumu ile bebek bakım bilgisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Manav ve Yıldırım (2010) çalışmalarında; doğum öncesi bebek bakımı konusunda bilgi alan term bebek annelerinin %94,2'si bebeklerini pozitif algılarken, bilgi almayan annelerin %6,7'si bebeklerini negatif algılamaktadır.

Çalışmamızda; annenin bebeğini algılama durumu ile doğumun şekli (Tablo 19) ve gebeliği isteme durumu (Tablo 18) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Manav ve Yıldırım (2010) çalışmalarında; normal doğum yapan term bebek annelerin bebeklerini %94,4, sezaryen doğum yapan annelerin bebeklerini %93,5 oranında pozitif algıladıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak annelerin yenidoğanın temel bakımına yönelik birçok konuda bilgiye gereksinimleri olduğu ve yenidoğanı algılamakta sıkıntı çektikleri görülmüştür. Annelere; doğum öncesi ve sonrasında bebek bakımı ile ilgili eğitim verilmesi, yenidoğan bakımı ile ilgili bilgi ve becerilerini arttıracakları gibi sorunları da önleyebilir. Ayrıca verilen eğitimler, annenin kendini daha iyi hissetmesini, rahatlamasını ve

kaygılarının azalmasını sağlayabilir. Annenin doğum öncesi bedeni ile ilgili değişikliklerin farkına varmasını ve değişikliklere hazırlıklı olmasını, annelik rolüne hazırlanmasını, kendisi ve bebeği ile ilgili konularda bilgi ve beceri sahibi olmasını sağlayabilir. Kendini hazır ve yeterli hisseden annelerin doğum sonrası annelikle ilgili doyumu ve öz saygısı da artabilir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1.Sonuç

- Araştırma kapsamına giren annelerin yaş ortalaması 24, çoğunluğu ilkokul mezunu ve önemli bir bölümü ise çalışmamakta idi. Eş eğitim seviyesi açısından çoğunluğu ilköğretim ve ortaokul mezunları oluşturmakta ve eşlerin tamamına yakını çalışmakta idi.
- Ailelerin ekonomik durumuna bakıldığında çoğunluğun gelirinin giderine eşit olduğu görüldü. Annelerin ortalama evlilik süresi 3-4 yıl, en uzun süre yaşadıkları yer şehir ve önemli bir kısmının çekirdek aile olarak yaşadığı belirlendi.
- Annelerin tamamına yakınının isteyerek gebe kaldığı, yarıdan fazlasının gebeliğini ilk 4 hafta içinde öğrendiği saptandı.
- Normal doğum yapan annelerin sayısının sezaryen doğum yapanlardan fazla olduğu, bebeklerin cinsiyet oranının eşit olduğu ve annelerin yüksek oranda bekledikleri cinsiyette bebeğe sahip oldukları görüldü.
- Annelerin büyük bir kısmının doğum öncesi dönemde kontrole gittiği, gidenlerin ise sıklıkla ayda bir kere kontrole gittiği belirlendi. Başvurulan yer olarak ilk sırayı hastane ve polikliniklerin aldığı görüldü.
- Annelerin yarıdan fazlasının gebelik süresince yenidoğan bakımı hakkında bilgi almadığı ve bebek bakımı ile ilgili bilgiye gereksinim duyduğu belirlendi. Bilgiye ihtiyaç duyulan konular arasında en fazla; yatış pozisyonu, beslenme ve göbek bakımının olduğu saptandı.

- Çoğu anneye doğum sonrası bir yakının yardımcı olacağı, yarıdan fazlasında ise 40 günden fazla süre ile bir yakınının refakat edeceği belirlendi. Yardım istenilen kişiler arasında ilk sırayı; anneler ve kayınvalidelerin aldığı görüldü.
- Anne sütü ve yenidoğan beslenmesi ile ilgili çoğu annenin; en uygun besin olarak anne sütünü tercih ettiği, ilk beslenmeye ilk yarım saat içinde başlanıldığı, bebeğin her ağladığında emzirildiği ve ilk altı ay tek başına anne sütünün yeterli olacağını düşündükleri belirlendi. Çoğu annenin bebeğin beslendikten sonra gazının çıkarılması gerektiğini düşündüğü ve bunun için bebeğin sırtının ovalanması yöntemini tercih ettikleri görüldü. Bebeğin kusması durumunda çoğu anne; bebeğin gazının çıkarılarak başı yan çevrilip yatırılması gerektiğini vurguladı.
- Annelerin yarıya yakınının bebeğin gözünde çapaklanma gelişmesi durumunda ne yapacağını bilmediği, doğru girişimi bilenlerin oranının ise toplam sayının dörtte biri kadar olduğu belirlendi.
- Bebeğin burun deliklerinin tıkanması halinde ne yapılacağı ile ilgili; annelerin yarıdan fazlasının konu hakkında hiçbir bilgisi olmadığı, bilenlerin ise literatüre uygun cevaplar verdiği görüldü.
- Bebeğin ağzında pamukçuk oluşumunu önleme ve oluşması halinde yapılacaklar hakkında annelerin çoğunun bir fikri olmadığı belirlendi. Fikri olanlar ise yüksek oranda bebeğin doktora götürülmesi gerektiğini vurguladı.
- Bebekte konak oluşması durumunda yapılacaklar hakkında; annelerin yarıdan azının doğru girişimleri bildiği belirlendi.
- Çoğu annenin isilik oluşması halinde yapacak girişimler hususunda bir fikri olmadığı, girişimde bulunanların ise geleneksel ve yanlış yöntemlere başvuracağı belirlendi.

- Annelerin yarıdan fazlası göbeğin düşme zamanı konusunda doğru bilgiye sahipti. Göbeğe yapılacak bakım konusunda annelerin yüksek oranda doktorun verdiği ilacı tercih ettikleri görüldü.
- Bebeğin memesinde şişlik olması durumunda yapılacaklar konusunda, annelerin yarıdan fazlasının bir fikri olmadığı belirlendi. Fikri olanların ise büyük bir kısmının yanlış ve zararlı girişimlerde bulunacağı tespit edildi.
- Annelerin büyük çoğunluğunun bebeğin ateşini koltuk altından ölçeceği ve yarıdan azının yüksek ateş sınırını bildiği saptandı. Bebeğin ateşlenmesi halinde annelerin yüksek oranda doktora başvuracağı görüldü.
- Bebeğin ilk idrar ve dışkı yapma zamanı konusunda, annelerin büyük çoğunluğunun bir fikri yoktu. Annelerin büyük bir kısmı, bebeğin alt temizliği alkolsüz mendille ve bebek altını her ıslattığında yapılmalıdır şeklinde cevaplar verdi. Kız bebeklerin alt temizleme şekli konusunda annelerin çoğu doğru bilgiye sahipti.
- Anneler pişige neden olan etmenler hakkında yüksek oranda fikir sahibi idi. Pişik gelişmesi durumunda ise en çok tercih edilenin pişik kremleri olduğu görüldü.
- Bebekte ishal ve kabız gelişmesi durumunda ne yapacağını bilmeyenlerin yanında, annelerin tercihlerini en çok doktora götürmekten yana kullandığı saptandı.
- Annelerin erkek bebeklerde sünnet derisinin ileri geri hareket ettirilip ettirilmeyeceğini bilmediği, bebekte kalça çıkığı şüphesi olması durumunda yüksek oranda doktora götürecekleri belirlendi.
- Anneler arasında; bebeğin ilk banyo yapma zamanı, gün içinde banyo yapma zamanı, banyo yaptırılacak odanın sıcaklığı ve tırnak kesme konularında çok azı doğru bilgiye sahipti.

- Bebek giysileri için doğru kumaş seçimini konusunda annelerin yarıya yakınının tercihi yazın ince ve pamuklu, kışın kalın ve pamuklu kumaşlar olduğu görüldü.
- Annelerin bir kısmının, bebeğin güvenli uyku ortamı için yanlış bilgilere sahip olduğu, yarıdan azının bebeğin güvenli bir şekilde uyuması için en uygun pozisyonu bildiği, yarıdan fazlasının ise bebeğin uyku düzeni konusunda literatür ile örtüşen cevaplar verdiği görüldü.
- Bebeğe taburcu olmadan yapılacak tarama testleri hakkında annelerin yüksek oranda bilgi sahibi olduğu görüldü. Bebeklere ilk bir yılda yapılması gereken ölçümler konusunda ise annelerin yüksek oranda kilo ve boy ölçümünü bildiği belirlendi.
- Bebekte sarılık gelişmesi halinde annelerin büyük çoğunluğunun bir sağlık kuruluşuna başvuracağı saptandı.
- Annelerin yarıdan fazlasının bebeğini pozitif algıladığı, yarıdan azının ise negatif algıladığı belirlendi.
- Annenin eğitim durumu ve ailenin ekonomik düzeyi ile bebeği negatif ve pozitif algılama durumları karşılaştırıldığında;
 - Ortaokul mezunu olan annelerin bebeklerini algılama durumu diğer annelere göre anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0,05$; $p<0,05$).
 - Geliri giderden az olan ve geliri giderden fazla olan olguların algıları arasında anlamlı fark görülmezken ($p>0,05$); gelir gidere eşit olan olgularda algılamanın pozitif olması anlamlı düzeyde yüksek oranda saptandı ($p<0,05$).
- Bebeğin cinsiyetinin istenilen cinsiyette olma, bebek bakım bilgisi alma, doğumun şekli ve gebeliği isteme durumları ile bebeği negatif ve pozitif algılama durumları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı saptandı ($p>0,05$).

8.2.Öneriler

- Sağlık kuruluşlarında çalışan ebe ve hemşirelerin doğum öncesi ve doğum sonrasında ailelere eğitim verebilmeleri için uygun fiziki ortamın sağlanması ve eğitimin desteklenmesi,
- İlk gebelik deneyimini yaşayan anne adaylarına gebelik süresince gebelik ve yenidoğan bakımına yönelik düzenli olarak eğitim verilmesi ve doğumdan sonra eğitimlerin tekrarlanması,
- Doğumda bebeğin anne tarafından olumsuz algılanması ileride çocuk ihmali açısından risk grubu oluşturacağından bu taramaların yapılması, yaygınlaştırılması ve saptanan riskli ailelerin takibe alınması,
- Ebe ve hemşirelerin yenidoğan döneminde sık görülen sorunlar ve bakımına yönelik eğitimlere ağırlık verilmesi,
- Sağlık sisteminin ebe ve hemşirelerin doğum öncesi dönemden başlayarak doğumsonu dönemde de en az bir yıl süreyle ev ziyaretleri yapmalarını, annelerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerini almalarını kolaylaştıracak ve geliştirecek biçimde planlanması,
- Anneye bebek bakımında yardım etme ve destek olma konusunda ailenin özellikle babanın teşvik edilmesi,
- Kitle iletişim araçları yoluyla anne-bebek sağlığı ve bakımına yönelik programların arttırılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Açık Y., Deveci SE., Ulutaşdemir N., İpekçi N. (2010) Yenidoğan sarılığı ve aile eğitimi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13): 61-77.

Adam R. (2008) Skin care of the diaper area. [abstract] *Pediatr Dermatol*; 25: 427-733. PMID: 18789081 [PubMed - indexed for MEDLINE]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18789081> Erişim Tarihi: 12.07.2012.

Afsar FS. (2009) Skin care for preterm and term neonates. [abstract] *Clin Exp Dermatol*; 34: 855-858. PMID: 19575734 [PubMed - indexed for MEDLINE]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19575734> Erişim Tarihi: 12.07.2012.

Akdolun Balkaya N. (2002) Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6 (2), s: 42-49.

Akşit S.(2001) Diaper dermatit. *Sted*; 10 (9): 328-329.

Akşit S. (2002) Akut solunum yolu enfeksiyonları – 1. *Sted*, 11(4):132-135.

Altındış M., Beştepe G., Çeri A., Yavru S., Kalaycı R. (2008) Akut ishal yakınmalı çocuklarda rotavirüs ve enterik adenovirüs sıklığı. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 15(2): 17-20.

Altınkaynak S., Selimoğlu MA., Turgut A., Kılıçaslan B., Ertekin V. (2006) Breast-feeding duration and childhood acute leukemia and lymphomas in a sample of Turkish children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 42: 568-572.
http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2006/05000/Breast_feeding_Duration_and_Childhood_Acute.18.aspx Erişim Tarihi: 12.04.2012.

Altun E. (2003) Adölesan Gebelere Verilen Planlı Eğitimin Benlik Saygısı ve Bebeği Algılaması Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Sevim Savaşer).

Amankwaa LC., Pickler RH., Boonmee J. (2007) Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. Newborn Infant Nurs Rev; 7: 25-30.

Amerikan Pediatri Akademisi (2000) Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. Pediatrics, Vol. 105 No. 3 March. pediatrics.aappublications.org Erişim Tarihi:11.27.2012.

Ataş A., akmak A., Karazeybek H. (2007) Konjenital hipotiroidizm. Güncel Pediatri; 5: 70-76.

Atherton D., Mills K. (2004) What can be done to keep babies skin healthy? [abstract] RCM Midwives, 7(7), s:288-90. PMID: 15314924 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15314924> Erişim Tarihi: 04.22.2013.

Atıcı A., Polat S., Turhan AH. (2007) Anne sütü ile beslenme. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci, 3(6):1-5.

Aydemir C., Zinciroğlu A. (2004) Yenidoğan bebeklerde işitme tarama testleri. Sted, 13(11):418-421.

Bahar Z., Gördes Aydoğdu N. (2011) Sağlıkta eşitsizlik ve hemşirelik. DEUHYO ED; 4(3), 131-136.

Balcı Akkaya S. (1997) İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Sevim Savaşer)

Balkan E., Kılıç N.(2005) Sünnet ve komplikasyonları. Güncel Pediatri, 2: 22-23.

Başer M., Mucuk S., Korkmaz Z., Seviğ . (2005) Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of 54 Health Sciences) 14(Ek Sayı:Hemşirelik zel Sayısı); 54-5.

Beydağ KD. (2007) Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), s:479-484.

Biltekin Ö., Boran D., Denkli MD., Yalçınkaya S. (2004). Naldöken sağlık bölgesinde 0-11 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi dönem ve bebek bakımında geleneksel uygulamaları. STED 13(5), s:166-168.

Bolat F., Uslu S., Bülbül A., Cömert S., Güran Ö., Kiray Baş E., Nuhoglu A. (2010) Yenidoğan indirekt hiperbilirubinesinde ABO ve Rh uygunsuzluğunun karşılaştırılması. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 44(4): 156-161.

Bölükbaş, N., Erbil, N., Altunbaş, H., Arslan, Z. (2009). 0–12 aylık bebeği olan annelerin çocuk bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri dergisi 6(1), s:164-176.

Burgu B., Aydogdu Ö., Tungal S., Soygur T. (2010) Circumcision: Pros and cons. IJU, 12-15.

Bülbül Başkan E., Tunalı Ş. (2004) Sık rastlanan pediatrik deri hastalıkları. Güncel Pediatri; 2: 157-164.

Canbulat N., Demirgöz M., (2009) Yenidoğanın ışık tedavisi: fototerapi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 40(1):37-41.

Carey JC., Rayburn WF. (2006) Obstetrics & Gynecology. Obstetrik ve Jinekoloji. Çeviren: Güner H. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. s:236-237.

Cinaz P. (2003) Konjenital hipotiroidi. Klinik Pediatri, 2(2): 59-63.

Çalışkan Z., Bayat M. (2011) Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: bir kapadokya örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14: 2, s:23-30.

Çavuşoğlu H. (2004a) Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt 2. Sistem Ofset Basımevi Ltd. Şti., Ankara, s: 23-56.

Çavuşoğlu H. (2004b) Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt 1. Sistem Ofset Basımevi Ltd. Şti., Ankara, s:196-197.

Çetinkaya M., Köksal N., Özkan H. (2006) Yenidoğan sarılıklarında tedavi yaklaşım. Güncel Pediatri, 3: 118-123.

Çuhacı Çakır B., Kibar AE., Çakır HT., Arhan E., Cansu A., Yakut Hİ. (2009) 300 bebeğin gelişimsel kalça displazisi açısından ultrasonografi ile taranması. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 3:4. <http://www.tchdergisi.org/sdetay.asp?did=79,1691,c> Erişim Tarihi: 13.12.2012.

Dalgıç B. (2008) Alt gastrointestinal sistemin fonksiyonel hastalıkları. Güncel Pediatri Dergisi, 3(6);Özel Sayı-1: 179-181. <http://www.guncelpediatri.com/sayilar/85/179-181.pdf> Erişim Tarihi: 12.13.2012.

Datta P. (2009) Pediatric Nursing. Second Edition. Jaypee Brothers Medical Publishers(P) Ltd. USA, s:66-114.

Demirbağ BC., Kürtüncü Tanır M., Kuşuoğlu S. (2012) 1-12 ay arası bebeklerde pamukcuk enfeksiyonu ve annelerin tedaviye yönelik kullandıkları geleneksel yaklaşımlar. Electronic Journal of Vocational Colleges, Mayıs:136-144.

Demirtaş F., Evim MS., Baytan B., Güneş AM. (2010) Vitamin k ve hemostaz. Güncel Pediatri; 8: 113-118.

Demirtola A., Özen O. (2005) Göbek ve göbek kordonu anomalileri. Sted;14:3: s:47-49.

Dennerly PA., Seidman DS., Stevenson DK. (2001) Neonatal hyperbilirubinemia. N Engl J Med, 22; 344(8): 581-590.

Dhar S. (2007) Newborn skin care revisited. Indian J Dermatol;52:1-4.
<http://www.eijd.org/article.asp?issn=00195154;year=2007;volume=52;issue=1;spage=1;epage=4;aualast=Dhar>Erişim Tarihi: 12.07. 2012.

Doğan M., Bay A., Yılmaz C., Köse Y., Açıkgöz M., Çaksen H. (2005) Biyotidinaz enzim eksikliği: üç vakanın sunumu. Tıp Araştırmaları Dergisi, 3(3): 34-37.

Doğan N. (2007) Annelere Doğum Öncesinde Verilen Yenidoğan Bakımı ile İlgili Eğitimin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrasında Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç Dr. Rana YİĞİT).

Dömelöf M., Lönnerdal B., Dewey KG., Cohen RJ., Henell O. (2004) Iron, zinc, and copper concentrations in breast milk are independent of maternal mineral status. Am J Clin Nutr; 79: 111-115.

Eğri G., Gölbaşı Z. (2007) 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(5), s:313-320.

Ergöl AB., Öztürk MA., Leblebici Z. (2010) Erken ve zamanında doğmuş bebeklerin anne sütlerinin çinko, bakır ve demir düzeylerinin karşılaştırılması. Türk Pediatri Arşivi; 45: 272-279.

Ertuğrul T. (2007) Yenidoğan ve Hastalıkları. İçinde: Pediatri El Kitabı. Eds: Darendeliler F, Bilge I, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. şti., İstanbul, s:45-68.

Feldman R., Weller A., Leckman JF., Kuint J., Eidelman AI. (1999) The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. J Child Psychol Psychiatry, Sep;40(6):929-939. PMID: 10509887 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10509887> Erişim Tarihi: 12.23.2012.

Fernandes JD., Prado de Olivera ZN., Machado MCR. (2011) Children and newborn skin care and prevention. An Bras Dermatol; 86: 102-110. http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/en_v86n1a14.pdf Erişim Tarihi: 12.07.2012.

Fluhr JW., Darlenski R., Taieb A., Hachem JP., Baudouin C., Msika P., De Belilovsky C., Berardesca E. (2010) Functional skin adaptation in infancy almost complete but not fully competent. [abstract] Exp Dermatol;19: 483-492. PMID: 20353516 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20353516> Erişim Tarihi: 12.07.2012.

Gartner LM., Greer FR. (2003) American Academy of Pediatrics. Clinical Report: Prevention of rickets and vitamin d deficiency: new guidelines for vitamin d intake. Pediatrics; 111:908-911. <http://pediatrics.aappublications.org/content/111/4/908.full.html> Erişim Tarihi: 12.03.2012.

Giray H. (2004) Anne sütü ile beslenme. Sted; 13(1):12-15.

Glaze GD. (2004) Childhood insomnia: why chris can't sleep. The Pediatric Clinics of North America, 51; s:33– 50.

Grak G. (2008b) Yenidoğan Ailesinin Psikososyal Durum ve Sorunlarında Bakım. İçinde: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik ilkeleri. Eds: Dalğlu T, Grak G, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:816-823.

Görak G. (2008a) Yenidoğanın Değerlendirilmesi. İçinde: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik ilkeleri. Eds: Daloğlu T, Görak G, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:127-152.

Gür E. (2007) Anne sütü ile besleme. Türk Ped. Arş; 42 (özel sayısı): 11-15. <http://www.turkpediatricsivi.com/sayilar/30/11-15.pdf> Erişim Tarihi: 12.02.2012.

Hatun Ş., Bereket A, Çalikoğlu AS., Özkan B. (2003) Günümüzde d vitamini yetersizliği ve nutrisyonel rikets. Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 46: 224-242.

Holmes VA., Cardwell C., McKinley MC., Young IS., Murray LJ., Boreham CA., Woodside JV. (2010) Association between breast-feeding and anthropometry and CVD risk factor status in adolescence and young adulthood: the Young Hearts Project. Northern Ireland. [abstract] Public Health Nutr; 13:771-778. PMID: 19807938 [PubMed-indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19807938> Erişim Tarihi: 12.04.2012.

Huffman GB. (2002) Parental misconceptions about fever in children. American Family Physician 65(3): 482-3. <http://www.aafp.org/aafp/2002/0201/p482.html> Erişim Tarihi: 12.07.2012.

Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., Trikalinos T., Lau J. (2007) Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. [abstract] Evid Rep Technol Assess (Full Rep); 153: 1-186. PMID: 17764214 [PubMed-indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764214> Erişim Tarihi: 12.04.2012.

Isaacs EB., Fischl BR., Quinn BT., Chong WK., Gadian DG., Lucas A.(2010) Impact of breast milk on IQ, brain size and white matter development. Pediatr Res. Apr;67(4):357-362.

Ivarsson A., Hernell O., Stenlund H., Persson L.A. (2002) Breastfeeding protects against celiac disease. Am J Clin Nutr; 75: 914-921.

İlçe A., Karabay O. (2009) Ateş ölçümünde dört farklı vücut bölgesinin karşılaştırılması ve hasta tercihinin incelenmesi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 11(3):5-10.

İnalöz S., Kırtak N. (2002) The pathogenesis and treatment of seborrhoeic dermatitis. T Klin J Med Sci, 22: 239-244. http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/abstract-tr_283.html Erişim Tarihi: 12.08.2012.

Kabakoğlu Ünsür E. (2007) Birinci Gün Bilirubin Değerinin Neonatal Hiperbilirubinemi Olgularının Değerlendirilmesinde Prediktif Değeri. T. C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Abdülkadir Bozaykut)

Kahveci M., Çeltik C., Acunaş B. (2004) Yenidoğan dönemindeki patolojik sarılıklı olguların değerlendirilmesi. Sted 13(6): 215-219.

Kara B. (2003) Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (sted): 12(2).10-14.

Karabulut AA. (2011) Yenidoğanda deri fizyolojisi ve topikal ilaç kullanımı. Türkderm; 45 Özel Sayı 2: 60-67.

<http://journal.turkderm.org.tr/jvi.aspx?pdire=turkderm&plng=tur&volume=45&supp=2> Erişim Tarihi: 12.07.2012.

Karwowska A., Nijssen-Jordan C., Johnson D., Davies HD. (2002) Parental and health care provider understanding of childhood a fever: Canadian perspective. Pediatric EM • Pédiatrie D' Urgence 4(6): 394-400.

Kaya M., Boleken ME., Zeyrek D., Kanmaz T., Yücesan S. (2004) Çocukluk çağı kronik kabızlıklarının değerlendirilmesinde tanısal testlerin gerekliliği. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1(3): 10-14.

Kitiş Y., Karaçam Z. (2004) Emzirmeyi olumsuz etkileyen bir faktör olarak pamukçuk; önleme, tanı ve tedavide hemşire / ebinin rolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 8(1):46-52.

Klement E., Cohen RV., Boxman J., Joseph A., Reif S.(2004) Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. Am J Clin Nutr; 80: 1342-1352.

Köksal E. (2008) Beslenme ve Bilişsel Gelişim. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. Ankara.

Köksal N., Aydoğdu H., Sentürk E., Perçin K., Özkan H.(2005) Anne sütünün immünolojik özellikleri. Güncel Pediatri Dergisi; 3:74-77.

Köksal G., Gökmen Özel H. (2008a) Metabolik Hastalıklarda Beslenme. Sağlık Bakanlığı Yayın No; 728: 11-12.

Köksal G., Gökmen Özel H. (2008b) Bebek Beslenmesi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. Ankara.

Köse N., Ömeroğlu H., Dağlar B. (2010) Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı ve Tedavi Programı.

http://ordusaglik.gov.tr/UserFiles/File/ulusal_gelisimsel_kalca_displazisi_erken_tani_ve_tedavi_programi_egitim_kitapcigi_2.pdfErişim Tarihi: 12.13.2012.

Kul M., Gürsel O., Gülgün M., Kesik V., Sarıcı SÜ., Alpay F. (2005) Sağlıklı term yenidoğanlarda farklı göbek bakımı uygulamalarının göbek düşme zamanı ve diğer klinik sonuçlar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi; 40: 227- 231.

Kumar D., Goel NK., Mittal PC., Misra P. (2006) Influence of infant-feeding practices on nutritional status of under-five children. [abstract] Indian J Pediatr; 73: 417-21. PMID:16741328[PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16741328>Erişim Tarihi: 12.03.2012.

Kurtuluş Yiğit E., Tezcan S., Tunçkanat H. (2008) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ana Rapor. Çocukların ve Annelerin Beslenme Durumu, s:171-189. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>Erişim Tarihi: 12.02.2012.

Kusunoki T., Morimoto T., Nishikomori R., Yasumi T., Heike T., Mukaida K., Fujii T., Nakahata T. (2010) Breastfeeding and the prevalence of allergic diseases in schoolchildren: Does reverse causation matter? Pediatr Allergy Immunol; 21: 60–66.

Kültürsay N., Çalkavur ř. (2006) İndirekt hiperbilirubinemi/nedenler ve tanı. Güncel Pediatri 2: 21-25.

Kwan ML., Buffler PA., Abrams B., Kiley VA. (2004) Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. Public Health Rep; 119: 521-535.

Manav G. (2008) Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ferda Yıldırım).

Manav G., Yıldırım F. (2010) Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 32: 149-157.

Martin RM.,Ebrahim S., Griffin M., Smith DG., Nicolaides AN., Georgiou N., Watson S., Frankel S., Holly JMP., Gunnell D. (2005) Breastfeeding and atherosclerosis: intima-media thickness and plaques at 65-year follow-up of the boyd orr cohort. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology; 25: 1482-1488.

McDonagh AF. (2001) Phototherapy: from ancient egypt to the new millennium. Journal of Perinatology, 21:S7–S12.

Mercan Bozkurt N., Yüksel Başak P. (2007) Seboreik dermatit tedavisi ve yeni tedavi yaklaşımları. Turkderm; 41: 112-6.
<http://journal.turkderm.org.tr/jvi.aspx?pdirekt=turkderm&plng=tur&un=TURKDERM-97059&look4=> Erişim tarihi: 12.08.2012.

Moon RY., Patel KM., Shaefer SJ. (2000) Sudden infant death syndrome in child care settings. [abstract] Pediatrics, Aug;106(2 Pt 1):295-300. PMID:10920154 [PubMed - indexed for MEDLINE]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10920154> Erişim Tarihi:12.05.2012.

Nakamori M., Ninh NX., Isomura H., Yoshike N., Hien VTT., Nhug BT., Nhien NV., Nakano T., Khan NC., Yamamoto S. (2009) Nutritional status of lactating mothers and their breast milk concentration of iron, zinc and copper in rural Vietnam. J Nutr Sci Vitaminol; 55: 338-345.

Number Cruncher Statistical System(NCSS) (2007). Statistical Software. USA, Utah.

Oestergaard MZ., Inoue M., Yoshida S., Mahanani WR., Gore FM., Cousens S., Lawn JE., Mathers CD on behalf of the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation and the Child Health Epidemiology Reference Group. Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections and priorities. PLoS Med; 8(8), 1-13.

Oddy WH. (2002) The impact of breastmilk on infant and child health. [abstract] Breastfeed Rev; 10: 5-18. PMID:12592775 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12592775> Erişim Tarihi: 12.03.2012.

Oddy WH., Scott JA, Graham KI, Bims JW. (2006) Breastfeeding influences on growth and health at one year of age . [abstract] Breastfeed Rev; 14: 15-23.

PMID:16800062[PubMed - indexed for MEDLINE]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16800062> Erişim Tarihi: 12.03.2012.

Osborn LM., Dewitt TG., First LR., Zenel JA. (2007) Pediatrics. Pediatri. Çeviren: Yurdakök M. Güneş Kitabevi Ltd. şti. s:1277-1285.

Ohtake M., Tamura T. (1993) Changes in zinc and copper concentrations in breast milk and blood of Japanese women during lactation. J Nutr SCI Vitaminol; 39, s:189-200.

Owen CG., Whincup PH., Gilg JA., Cook DG. (2003) Effect of breast feeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. BMJ; 327: 1189-1195.

Owen CG., Whincup PH., Kaye SJ., Martin RM., Davey Smith G., Cook DG., Bergstrom E., Black S., Wadsworth ME., Fall CH et al. (2008) Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. [abstract] Am J Clin Nutr 2008; 88: 305-14. PMID:18689365 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18689365> Erişim Tarihi: 12.03.2012.

Önal EE. (2005) On soru on yanıt. Sted, 14(3): IX-XI.

Önder M., Adışen E., Velagiç Z. (2007) Diaper dermatit. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 50: 129-135.

Özen H. (2004) Çocuklarda kabızlık ve dışkı kaçıırma. Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 135-142.

Özgen F. (2001) Uyku ve uyku bozuklukları. Psikiyatri Dünyası;5: 41-48.

Özkasap S., Yıldırım A., Yüksel S. (2004) Akut gastroenterit ve tedavisi. Klinik Pediatri, 3(1):12-18.

Özyazıcıoğlu, N., Polat, S. (2004). 12 aylık çocuğu olan annelerin bazı sağlık sorunlarında başvurdukları geleneksel uygulamalar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 7(2), s:30-38.

Pınar G., Doğan N., Algier L., Kaya N., Çakmak F. (2009) Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi, 36(3), s:184-190.

Power Analysis and Sample Size (PASS) (2008). Statistical Software. USA, Utah.

Reynolds A.(2001) Breastfeeding and brain development. [abstract] Pediatr Clin North Am; 48: 159- 171. PMID: 11236723 [PubMed-indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11236723>, [http://www.pediatric.theclinics.com/article/S0031-3955\(05\)70291-1/abstract](http://www.pediatric.theclinics.com/article/S0031-3955(05)70291-1/abstract) Erişim Tarihi: 12.04.2012.

Sabuncuoğlu O., Berkem M. (2006) Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi; 17(4):252-258.

Saçar T., Saçar H. (2011) Seboreic dermatitis. J Clin Anal Med, 2(2):57-60.

Sağlık Bakanlığı Belgeleri (2005) D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Sted, 14(5); 4-5.

Samur G. (2008) Anne Sütü. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. Ankara.

Sarkar R., Basu S., Agrawal RK., Gupta P. (2010) Skin care for the newborn. Indian Pediatrics(47); 17: 593-598.

Savaşer S., Yıldız S. (2009) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, s:60-86.

Schack-Nielsen L., Michaelsen KF. (2006) Breast feeding and future health. [abstract] Curr Opin Clin Nutr Metab Care; 9: 289-296. PMID:16607131 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16607131> Erişim Tarihi: 12.03.2012, http://journals.lww.com/coclinicalnutrition/Abstract/2006/05000/Breast_feeding_and_future_health.19.aspx Erişim Tarihi: 12.04.2012.

Schack-Nielsen L., Michalsen K.F. (2007) Advances in our understanding of the biology of human milk and its effects on the offspring. J Nutr; 137: 503-510.

Schramel P., Lill G., Hasse S., Klose BJ. (1988) Mineral and trace element concentrations in human breast milk, placenta, maternal blood, and the blood of the newborn. Biol Trace Elem Res; 16: 67-75.

Selimoğlu MA., Celiloğlu ÖS., Celiloğlu C. (2010) Anne sütün ile beslenmenin ileri yaşama etkileri. Türk Ped Arş. 2; 45: 309-314.

Selimoğlu MA., Karabiber H. (2010) Celiac disease: prevention and treatment. [abstract] J Clin Gastroenterol; 44: 4-8. http://journals.lww.com/jcge/Abstract/2010/01000/Celiac_Disease_Prevention_andTreatment.8.aspx Erişim Tarihi: 12.04.2012.

Silano M., Agostoni C., Guandalini S. (2010) Effect of the timing of gluten introduction on the development of celiac disease. World J Gastroenterol; 28: 1939-1942.

Singhal A., Cole TJ., Fewtrell M., Lucas A. (2004) Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. [abstract] Lancet; 363: 1571-1578. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15145629> Erişim Tarihi: 12.03.2012.

Singh-Grewal D., Macdessi J., Craig J. (2005) Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. Arch Dis Child, 90, 853-858.

Sis Çelik A., Çapık A., Engin R. (2012) Erzurum’da gebelik ve doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(4), S:262-267.

Söylet Y. (2003) Çocuk cerrahisinde en sık uygulanan cerrahi girişimler (kasık kanlı ameliyatları, sünnet, hipospadyas). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi, Ekim; No:35, s:33-40.
<http://www.ctf.edu.tr/stek/bb35.htm>Erişim tarihi: 12.07.2012.

Stuebe A.(2009) The risks of not breastfeeding for mothers and infants. Reviews In Obstetrics & Gynecology; 2(4) 222-231.

Şalk Vatandaş N. (2004) Bebek bakımında aileye öneriler. Sted; 13(1):6-8.

Taşkın L. (2005) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara, s:373-425.

Taylor A., Atkins R., Kumar R., Adams D., Glover V. (2005) A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. [abstract] Arch Womens Ment Health, 2005 Mayıs;8(1):45-51.PMID:15868385[PubMed - indexed for MEDLINE]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15868385>Erişim Tarihi: 12.20.2012.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (2011) Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anne ve Çocuk Sağlığı II. Ankara, s:30-39,60-67.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005) Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 2-B Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara, s:103-111.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2012) Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi.
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3929/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html>Erişim Tarihi: 11.28.2012.

The Eurodiab Substudy 2 Study Group (2002) Rapid early growth is associated with increased risk of childhood type 1 diabetes in various European populations. Diabetes Care; 25:1755-1760.

Turan T., Ceylan SS., Teyikçi S. (2008) Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:9, s:157-172.

Turck D.(2007) Later effects of breastfeeding practice: the evidence. [abstract] Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program; 60: 31-42. PMID:17664895 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17664895>Erişim Tarihi: 12.04.2012.

Tuygun N., Tıraş Ü., Şıklar Z., Erdeve Ö., Tanyer G., Dallar Y. (2002) Yenidoğan uzamış sarılığının etyolojik yönden değerlendirilmesi ve anne sütü sarılığı. Türk Pediatri Arşivi, 37: 138-143.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008) Temel Bulgular. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor-tr.pdfErişim Tarihi: 02.25.2012.

Torunoğlu MA. (2011) Ulusal Aşı Takvimi. J Pediatr Inf; 5 (Suppl 1): 239-243.

TÜİK (2010a). Doğum İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=37&ust_id=11Erişim Tarihi: 02.25.2012.

TÜİK (2010b). Ölüm İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=37&ust_id=11Erişim Tarihi: 02.25.2012.

UNİCEF (2004) Çocuk Haklarına Dair Sözleşme.

UNICEF (2011a). Levels and trends in child mortality. Report 2011-Estimates developed by the UN Inter Agency Group for Child Mortality Estimation.

UNICEF (2011b.) Türkiye’de Çocukların Durumu Raporu.

<http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/s/i/sitan-tur.pdf>Erişim Tarihi: 02.25.2012.

Utaş S. (2011) Yeni doğanlarda deri bakımı. *Türkderm*; 45: 123-126.
<http://journal.turkderm.org.tr/eng/jvi.aspx?pdire=3showabs=true>Erişim Tarihi: 12.07.2012.

Ünsal H., Atlıhan F., Özkan H., Targan T., Hassoy H. (2005) Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48: 226-233.

Van Odijk J., Kull I., Borres MP., Brandtzaeg P., Edberg U., Hanson LA., Høst A., Kuitunen M., Olsen SF., Skerfving S., et al. (2003) Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. [abstract] *Allergy*; 58: 833-843. PMID:12911410 [PubMed-indexed for MEDLINE]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911410>Erişim Tarihi: 12.04.2012.

Visscher MO. (2009) Update on the use of topical agents in neonates. *Newborn Infant Nurs Rev*; 9:31-47.

Weiss HA., Larke N., Halperin D., Schenker I. (2010) Complications of circumcision in male neonates infants and children: a systematic review. *BMC Urology*, 10;2: 1-13.

WHO (2006) Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169_eng.pdf
Erişim Tarihi: 12.07.2012.

Yamawaki N., Yamada M., Kan-no T., Kojima T., Kaneko T., Yonekubo A. (2005) Macronutrient, mineral and trace element composition of breast milk from Japanese

women. [abstract] J Trace Elem Med Biol; 19:171-181. PMID: 16325533 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16325533> Erişim tarihi: 12.04.2012.

Yavuz M., Demir D., Doğangün B. (2011) Sünnetin çocuk ruh sağlığı üzerine etkisi: gözden geçirme çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 22: 1-9.

Yıldırım T. (2007) Orofarengeal kandidiyazis. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 11: 222-225.

Yıldız D.(2003) T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü. Yüksek Lisans Ve Doktora Tez Özetleri (1999-2004). Gata Basımevi, Ankara, s:195-196.

Yıldız D. (2008a) Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. [özet] Gülhane Tıp Dergisi; 50: 294-298.

Yıldız S. (2008b) İlk Günden Sonraki Bakım. İçinde: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik ilkeleri. Eds: Daloğlu T, Görak G, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:769-788.

Yılmaz G. Gürakan B. (2002) Çocuklukta uyku düzeni sorunları. Sted; 11(8), s:289-290.

Yoshinaga J., Li JZ., Suzuki T., Karita K., Abe M., Fujii H., Mishina J., Morita M.(1991) Trace elements human transitory milk. Variation caused by biological attributes of mother and infant. [abstract] Biol Trace Elem Res 1991; 31:159-170. PMID: 9438037 [PubMed - indexed for MEDLINE] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9438037> Erişim tarihi: 12.04.2012.

Zupan J., Garner P, Omari AAA. (2007) Topical umbilical cord care at birth. The Cochrane Library; 4.

<http://www.bsm.gov.tr/acsap/bebekbanyosu.asp?sira=8>Erişim tarihi: 12.07.2012.

<http://www.bsm.gov.tr/acsap/docs/lohusa.pdf>Erişim tarihi: 12.10.2012.

<http://www.bsm.gov.tr/acsap/docs/temizlik.pdf>Erişim tarihi: 12.07.2012.

<http://www.millipediatry.org.tr/UserFiles/pdfs/24.pdf>Erişim Tarihi: 12.11.2012.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10162/dogum-onesi-bakim-yonetim-rehberi-genelgesi-2010--13.html>Erişim Tarihi: 04.20.2013.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12100/neonatal-tarama-programi-fenilketonurikongenital-hipot-.html>Erişim Tarihi: 12.17.2012.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71876/h/yenidogan-istime-taramasi-genelgesi-2007-51.pdf>Erişim Tarihi: 17.12.2012.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/resim/1-29448/k-vit.JPG>Erişim tarihi: 12.03.2012.

<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0100/st01004.html>Erişim tarihi: 12.03.2012.

http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.htmlErişim tarihi: 12.02.2012.

http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/antenatal_care_text/en/index.htmlErişim Tarihi: 04.20.2013.

a

107

Ek-2: Annelerin Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarını Değerlendirme Anket Formunu Hazırlarken Görüşüne Başvurulan Uzmanlar

- Prof. Dr. Hediye ARSLAN
- Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
- Doç.Dr. Candan ÖZTÜRK
- Yard.Doç. Dr. Gülçin BOZKURT

Ek-3: ANNELERİN TEMEL YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK

BİLGİ VE UYGULAMALARINI DEĞERLENDİRME

ANKET FORMU

Açıklama;

Bu araştırma; ilk bebeğini dünyaya getirmiş olan annelerin yenidoğan bebeğin bakımına yönelik bilgi durumlarını ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılanların kimlik bilgisi gizli tutulacaktır. Bu anketten elde edilen bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Bu çalışmanın değeri sorulan soruları cevaplandırmada göstereceğiniz samimiyet ve dikkate bağlıdır.

İlgi ve içtenliğiniz için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans Öğrencisi
Hemşire Canan GİDEN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hediye ARSLAN

Anket no:

Sosyodemografik Özellikler:

1. Adınız soyadınız:
2. Yaşınız:
3. Eğitim Durumunuz?
 - a) Okuryazar değil
 - b) İlkokul
 - c) Ortaokul
 - d) Lise
 - e) Ön lisans
 - f) Lisans
 - g) Lisansüstü
4. İşiniz?
 - a) Çalışmıyor
 - b) İşçi
 - c) Memur
 - d) Serbest
 - e) Emekli
 - f) Diğer (belirtiniz).....
5. Eşinizin eğitim durumu?
 - a) Okuryazar değil
 - b) İlkokul
 - c) Ortaokul
 - d) Lise

- e) Ön lisans
 - f) Lisans
 - g) Lisansüstü
6. Eşiniz çalışıyor mu?
- a) Çalışmıyor
 - b) İşçi
 - c) Memur
 - d) Serbest
 - e) Emekli
 - f) Diğer (belirtiniz).....
7. Ne kadar süredir evlisiniz? (lütfen belirtiniz).....
8. Sizce ekonomik durumunuz hangi düzeyde lütfen belirtiniz?
- a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere eş
 - c) Gelir giderden fazla
9. Evde eşiniz ve sizden başka beraber yaşadığınız biri var mı?
- a) Hayır
 - b) Evet (kimlerle yaşıyorsunuz lütfen belirtiniz).....
10. En uzun süre yaşadığınız yer?
- a) Köy
 - b) İlçe
 - c) İl

Yenidoğan bakımı:

11. İsteyerek mi gebe kaldınız?
- a) Evet
 - b) Hayır
12. Doğum şekliniz?
- a) Normal
 - b) Sezaryan
13. Bebeğinizin cinsiyeti?
- a) Kız
 - b) Erkek
14. Bebeğiniz istediğiniz cinsiyette mi doğdu?
- a) Evet
 - b) Hayır
15. Gebe olduğunuzu ne zaman öğrendiniz?

- a) 15 günlükken
- b) 3-4 haftalıkken (1 aylıkken)
- c) 1,5-2 aylıkken
- d) 3-3,5 aylıkken
- e) 4.aydan sonra

16. Gebeliğiniz süresince doğum öncesi bakım almak için herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet (Nereye gittiniz lütfen belirtiniz)

Sağlık ocağı ()
Özel doktor ()
Hastane ()
Poliklinik ()

15.Soruya cevabınız evet ise 16. soruyu cevaplayınız.

17. Doğum  ncesi bakım kontrollerine ne sıklıkta gittiniz?

- a) 15 günde bir
- b) Ayda bir
- c) 2 ayda bir
- d) 3-4 ayda bir
- e) Gebelik süresince sadece bir

18. Geçmişte ya da  u anda önemli bir sağlık sorunuz var mı?

- a) Yok
- b) Var (lütfen belirtiniz)
 -  eker (diyabet) ()
 - Hipertansiyon ()
 - Kalp yetmezliği ()
 - Kanser ()
 - Diğer.....

19. Bebek bakımı ile ilgili bilgi aldınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet (bilgiyi kimden ya da nereden aldınız lütfen belirtiniz?).....

20. Bebek bakımı ile ilgili bilgiye ihtiyacınız var mı?

- a) Hayır
- b) Evet (Bakım ile ilgili hangi bilgilere ihtiyacınız var lütfen belirtiniz?)
 - G z bakımı ()
 - Beslenmesi ()
 - Göbek bakımı ()
 - Alt bakımı ()
 - Ağız bakımı ()
 - Cilt temizliği ()
 - Tırnak bakımı ()
 - Banyosu ()
 - Yatış pozisyonu ve uyku düzeni ()

21. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında size yardımcı olacak kimse var mı?

- a) Hayır

- b) Evet (size yardımcı olacak kişiyi / kişileri) lütfen belirtir misiniz?.....
20. Soruya cevabınız evet ise 21. soruyu cevaplayınız.
22. Bebeğinizin bakımına yardımcı olacak kişi/kişiler ne kadar süre ile yardımcı olacak?
- a) 7-10 gün
b) 11-40 gün
c) 40 günden fazla
d) Sürekli
23. Yeni doğan bebek için en uygun besin kaynağı hangisidir?
- a) Bilmiyorum
b) Sadece anne sütü
c) Sadece inek sütü
d) Hazır mama (formül süt)
e) Anne sütüne ek olarak inek sütü ya da hazır mama
f) Diğer (belirtiniz).....
24. Doğumdan sonra bebek ilk ne zaman emzirilmelidir?
- a) Bilmiyorum
b) Doğumdan sonra ilk yarım saat (30dk) içinde
c) Doğumdan birkaç saat sonra
d) Doğumdan 8 saat sonra
e) Diğer (belirtiniz).....
25. Bebek ne sıklıkla beslenmelidir?
- a) Bilmiyorum
b) Bebek her ağladığında ve istediğinde beslenmeli
c) Yarım saatte bir beslenmeli
d) Saat başı beslenmeli
e) İlk 2-3 hafta iki saatte bir, daha sonra 3-4 saatte bir beslenmeli
f) 5 saatte bir beslenmeli
g) Diğer (belirtiniz).....
26. Anne sütü yeterli olduğu durumlarda kaçınıcı ayına kadar sadece anne sütü verilmelidir?
- a) Bilmiyorum
b) İkinci ayına kadar
c) Altıncı aya kadar
d) 1 yaşına kadar
e) 2 yaşına kadar
f) Diğer (belirtiniz).....
27. Bebeği besledikten sonra gazını çıkarmak gerekir mi?
- a) Bilmiyorum
b) Hayır
c) Evet ise nasıl çıkartırsınız lütfen belirtiniz:.....

28. Bebek beslendikten sonra kusması durumunda ne yapılmalıdır?
a) Bilmiyorum
b) Bebek sırt üstü yatırılarak beslenmeye devam edilmeli
c) Kustuktan sonra acıkıncaya kadar bir şey verilmemeli
d) Bebek anne sütü aldıktan sonra gazı çıkarılıp başı yan çevrilerek yatırılmalı
e) Diğer (belirtiniz).....
29. Bebeğin gözünde çapaklanma gelişirse ne yapılmalıdır?
a) Bilmiyorum
b) Bebeğin gözlerine anne sütü damlatılmalı
c) Kaynamış ıslatılmış suyla ıslatılmış temiz bir tülbent ile bebeğin göz kapağının üstünden içten dışa doğru silinmeli
d) Kaynamış ıslatılmış suyla ıslatılmış temiz bir tülbent ile bebeğin göz kapağının üstünden dıştan içe doğru silinmeli
e) Diğer (belirtiniz).....
30. Bebeğin burun delikleri tıkalı olduğunda ne yapılmalıdır? (Birden fazla yanıt verilebilir)
a) Bilmiyorum
b) Hiçbir şey yapılmamalı
c) Bir bez ile temizlenmeli
d) Burnuna tuzlu su (serum fizyolojik) damlatılmalı
e) Diğer (belirtiniz).....
31. Bebeğin ağzında pamukçuk(beyaz lekeler) oluşumunu önlemek için ne yapılmalıdır? (Birden fazla yanıt verilebilir)
a) Bilmiyorum
b) Anne her gün duş almalı
c) Emzirmeden önce meme ucunun kaynatılmış su, ıslatılmış temiz bir bez ile silmeli
d) Bebek biberon ile besleniyorsa şişe ve emziği her beslenme öncesi iyice kaynatılmalı
e) Diğer (belirtiniz).....
32. Bebekte pamukçuk geliştiğinde nasıl bir bakım uygulanmalıdır? (Birden fazla yanıt verilebilir)
a) Bilmiyorum
b) Karbonatlı suya batırılmış temiz bir tülbentle ağız içi silinmeli
c) Hiçbir şey yapmadan kendiliğinden geçmesi beklenmeli
d) Bir sağlık merkezine ya da doktora götürülmeli
e) Diğer (belirtiniz).....
33. Bebeğin başında konak(saçlı deride oluşan beyaz ya da sarımsı-kahverengi tabaka) gelişmiş ise ne yapılmalıdır?
a) Bilmiyorum
b) Hiçbir şey yapmadan kendiliğinden geçmesi beklenmeli

- c) Konak olan bölge badem yağı/zeytinyağı ile yağlanmalı, yarım saat sonra tarak ile temizlenip yıkanmalı
- d) Diğer (belirtiniz).....
- 34. Bebeğe isilik(tüm vücutta görülen kırmızı döküntüler) geliştiğinde ne yapılmalıdır?**
(Birden fazla yanıt verilebilir)
- a) Bilmiyorum
- b) Kundaklanmalı
- c) Tüm vücudu tuzlanmalı
- d) Bebeğin tüm vücudu pudralanmalı
- e) Oda ısısı normal tutulmalı, giysileri ütülenmeli
- f) Bebek mevsim koşullarına göre giydirilmeli (yazın: ince, kışın: kalın)
- g) Hiçbir şey yapmadan kendiliğinden geçmesi beklenmeli
- h) Diğer (belirtiniz).....
- 35. Bebeğin göbeği ne zaman düşer?**
- a) Bilmiyorum
- b) 40 gün içinde
- c) Yaklaşık 5 ile 14 gün içinde
- d) Diğer (belirtiniz).....
- 36. Bebeğin göbeği düşene kadar göbek bakımı nasıl yapılmalıdır?** (Birden fazla yanıt verilebilir)
- a) Bilmiyorum
- b) Hekim ya da hemşirenin önerdiği ilaçla yapılmalı
- c) Hiç bir şey yapmadan kuru tutulmalı
- d) Diğer (belirtiniz).....
- 37. Bebeğin memelerinde şişlik olması durumunda ne yapılmalıdır?**
- a) Bilmiyorum
- b) Bebeğin memeleri ovuşturulmalı
- c) Bebeğin memelerine hiç dokunulmamalı
- d) Bebeğin memeleri sıkılıp içindeki süt çıkarılmalı
- e) Diğer (belirtiniz).....
- 38. Bebeğin ateşi en güvenilir hangi yolla ölçülebilir?**
- a) Bilmiyorum
- b) Ağız
- c) Makat
- d) Koltuk altı
- e) Diğer (belirtiniz).....
- 39. Bebeğin ateşi kaç derece olduğunda yüksek ateş olarak değerlendirilmelidir?**
- a) Bilmiyorum
- b) Koltuk altından 36,3 oC
- c) Koltuk altından 37 oC
- d) Koltuk altından 37,5 oC ve üstü
- e) Diğer (belirtiniz).....

40. Bebeğin ateşi yüksek ise ne yapılmalıdır?(Birden fazla yanıt verilebilir)
- a) Bilmiyorum
 - b) Ilık suyla duş aldırılmalı
 - c) Sıkıca örtülerek terletilmeli
 - d) Üstündeki giysiler ve örtüler hafifletilmeli
 - e) Doktora ya da bir sağlık merkezine götürülmeli
 - f) Diğer (belirtiniz).....
41. Yenidoğan bebeğin ilk idrarını kaç saat içinde yapması beklenir?
- a) Bilmiyorum
 - b) İlk 1 saat
 - c) İlk 12 saat
 - d) İlk 24 saat
 - e) İlk 48 saat
42. Yenidoğan bebeğin ilk dışkısını/kakasını kaç saat içinde yapması beklenir?
- a) Bilmiyorum
 - b) İlk 1 saat
 - c) İlk 12 saat
 - d) İlk 24 saat
 - e) İlk 48 saat
43. Bebek dışkısını/kakasını yaptıktan sonra alt temizliği nasıl yapılmalı?
- a) Bilmiyorum
 - b) Islak pamukla silinip, kurulanıp pudralanmalı
 - c) Sabunlu su ile temizlenip, havlu ile kurulanmalı
 - d) Islak pamukla ya da alkolsüz ıslak mendille silinip, kurulanmalı
 - e) Diğer (belirtiniz).....
44. Bebeğin bezi hangi sıklıkta değiştirilmeli?
- a) Bilmiyorum
 - b) 2-3 saat ara ile
 - c) Altını her ıslattığında
 - d) Bebek uykudan uyandığında
 - e) Diğer (belirtiniz).....
45. Kız bebeklerde alt temizliği nasıl yapılmalı?
- a) Bilmiyorum
 - b) Gelişigüzel silinmeli
 - c) Önden arkaya doğru silinmeli
 - d) Arkadan öne doğru silinmeli
 - e) Diğer (belirtiniz).....
46. Bebekte neden pişik oluşur? (Birden fazla yanıt verilebilir)
- a) Bilmiyorum
 - b) Altını sık değiştirmemekten dolayı gelişir
 - c) Sıkı giydirilen iç çamaşırlarından dolayı gelişir

- d) Bezlerin deterjanlarla yıkanıp iyi durulanmamasından dolayı gelişir
- e) Diğer (belirtiniz).....

47. Bebekte pişik gelişirse ne yapılmalı? (Birden fazla yanıt verilebilir)

- a) Bilmiyorum
- b) Bebeğin altı yıkanıp pudralanmalı
- c) Bebeğin bezi sık sık değiştirilmeli
- d) Bebeğin bezleri kaynatılmalı, güneşte kurutulup ütülenmeli
- e) Alt temizliği yapıp altı bir süre havalandırıldıktan sonra pişik kremi sürülmeli.
- f) Diğer (belirtiniz).....

48. Bebek ishal olduğunda ne yapılmalıdır?

- a) Bilmiyorum
- b) Anne sütü kesilmeli
- c) Anne sütü kesilmeden doktora götürülmeli
- d) Diğer (belirtiniz).....

49. Bebek kabız olduğunda ne yapılmalı?

- a) Bilmiyorum
- b) Anne sütü kesilmeli
- c) Zeytinyağı içirilmeli
- d) Bebeği doyuracak kadar mama verilmeli
- e) Sık aralıklarla emzirilmeli ve doktora götürülmeli
- f) Diğer (belirtiniz).....

50. Erkek bebeklerde sünnet derisi ileri geri hareket ettirilir mi?

- a) Bilmiyorum
- b) Evet
- c) Hayır

51. Kalça çıkığı şüphesi olan yenidoğan bebeklere ne yapılmalı?

- a) Bilmiyorum
- b) Bebek sıkıca kundaklanmalı
- c) Kundaklanmamalı ve doktora götürülmeli
- d) Diğer (belirtiniz).....

52. Yeni doğanın genel vücut banyosu ilk ne zaman yaptırılmalıdır?

- a) Bilmiyorum
- b) Kırkı çıkınca
- c) Doğumdan birkaç gün sonra
- d) Göbeği düştükten sonra
- e) Doğumdan hemen sonra
- f) Eve gider gitmez
- g) Diğer (belirtiniz).....

53. Gün içinde bebeğin banyosu ne zaman yaptırılmalıdır?

- a) Bilmiyorum
- b) Yemekten hemen sonra

- c) Açken
- d) Yemekten 30 dakika önce ya da 1 saat sonra (iki emzirme arası)
- e) Diğer (belirtiniz).....

54. Bebeğin banyosunun yaptırıldığı odanın ısı kaç derece olmalıdır?

- a) Bilmiyorum
- b) Vücut ısısında
- c) 24 oC civarında
- d) 40 oC civarında
- e) 18 oC civarında
- f) Diğer (belirtiniz).....

55. Bebeğin tırnakları nasıl kesilmelidir?

- a) Bilmiyorum
- b) El ve ayak tırnakları düz kesilmeli
- c) El tırnakları düz, ayak tırnakları yuvarlak kesilmeli
- d) El tırnakları yuvarlak, ayak tırnakları düz kesilmeli
- e) Diğer (belirtiniz).....

56. Bebek giysileri seçilirken nelere dikkat edilmeli?

- a) Bilmiyorum
- b) Sentetik kumaştan yapılmış giysiler tercih edilmeli
- c) Sıcak tutması için kalın ve dar giysiler tercih edilmeli
- d) Yazın ince ve pamuklu, kışın kalın ve pamuklu kumaşlar tercih edilmeli
- e) Diğer (belirtiniz).....

57. Bebeği güvenli şekilde uyutabilmek için ne tür önlemler alınmalıdır?

- | | | |
|---------------------|---------------------|--------------------|
| Karyola korkuluğu : | () Olmalı | () Gerek yok |
| Yastık : | () Kullanılmalı | () Kullanılmamalı |
| Yattığı şilte : | () Yumuşak olmalı | () Sert olmalı |
| Çarşaf : | () Sentetik olmalı | () Pamuklu olmalı |

58. Bebeğinizin güvenli bir şekilde uyuması için en uygun pozisyon hangisidir?

- a) Bilmiyorum
- b) Yüzükoyun şekilde bir yastığın üzerinde
- c) Yumuşak bir yatakta baş aşağıda
- d) Sert bir yatakta sırtüstü ya da yan
- e) Diğer (belirtiniz).....

59. Yenidoğan bir bebeğin uyku düzeni nasıldır? (Birden fazla yanıt verilebilir)

- a) Bilmiyorum
- b) Sağlıklı bir yenidoğan beslenme süreleri dışında uyur
- c) Uyku süresi yenidoğan bir bebekte toplam 16-18 saatken; bir aylık bebekte ortalama 14-16 saate düşer.
- d) Bebek uyurken hiç hareket etmez
- e) Diğer (belirtiniz).....

- 60.** Bebeğinize taburcu olmadan yapılacak tarama testlerini biliyor musunuz?
- a) Hayır
 - b) Evet ise lütfen bildiklerinizi belirtiniz:.....
- 61.** Bebeğiniz doğum sonrası ilk haftasında sararmaya başlarsa ne yaparsınız?
- a) Bilmiyorum
 - b) Sarı örtü ile üstünü örtmek gerekir
 - c) Bir sağlık kuruluşuna başvurup, tetkiklerini yaptırmak gerekir
 - d) Hiçbir şey yapmaya gerek yoktur, kendiliğinden geçmesi beklenir
 - e) Diğer (belirtiniz).....
- 62.** İlk bir yılda bebeğin büyümesini değerlendirmek için hangi ölçümler yapılır?(Birden fazla yanıt verilebilir)
- a) Bilmiyorum
 - b) Kilo ölçümü
 - c) Boy ölçümü
 - d) Baş çevresi ölçümü
 - e) Diğer (belirtiniz).....

Teşekkür ederim...

Adres:

Telefon:

Ek- 4: YENİDOĞANI ALGILAMA ÖLÇEĞİ (YAÖ)

- Yenidoğanı Algılama Ölçeği (YAÖ) I

Herhangi Bir Bebek I

Her ne kadar bu sizin ilk bebeğiniz ise de, büyük olasılıkla sizin küçük bebeklerin nasıl olduklarına dair düşünceleriniz vardır. Lütfen herhangi bir bebeği en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz.

Sizce herhangi bir bebek ne kadar ağlar?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebeğin beslenmesi ile ilgili ne kadar sorunu olabilir?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebek ne kadar kusar veya salya çıkarır?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebeğin uyku ile ilgili ne kadar sorunu olabilir?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebek kaka yapmada ne kadar zorluk çekebilir?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebeğin yeme ve uyuma alışkanlığının yerleşmesinde ne kadar sorunu olabilir?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizin Bebeğiniz I

Her ne kadar kesin olarak bebeğinizin gelecekte nasıl olacağını bilmeniz mümkün olmasa da büyük olasılıkla bebeğinizin gelecekte nasıl olacağına dair düşünceleriniz vardır. Lütfen bebeğinizin nasıl olacağını en iyi anlatan seçeneği işaretleyiniz.

Bebeğinizin ne kadar ağlayacağını düşünüyorsunuz?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğinizin beslenmesi ile ilgili ne kadar sorunu olacağını düşünüyorsunuz?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğinizin ne kadar kusacağını veya salya çıkaracağını düşünüyorsunuz?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğinizin uyku ile ilgili ne kadar sorunu olacağını düşünüyorsunuz?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğinizin kaka yapma ile ilgili ne kadar zorluk çekeceğini düşünüyorsunuz?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğinizin yeme ve uyuma alışkanlığının yerleşmesinde ne kadar sorunu olacağını düşünüyorsunuz?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

- Yenidoğanı Algılama Ölçeği (YAO) II

Herhangi Bir Bebek II

Her ne kadar bu sizin ilk bebeğiniz ise de, büyük olasılıkla sizin küçük bebeklerin nasıl olduklarına dair düşünceleriniz vardır. Lütfen herhangi bir bebeği en iyi tarifieden seçeneği işaretleyiniz.

Sizce herhangi bir bebek ne kadar ağlar?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebeğin beslenmesi ile ilgili ne kadar sorunu olabilir?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebek ne kadar kusar veya salya çıkarır?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebeğin uyku ile ilgili ne kadar sorunu olabilir?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebek kaka yapmada ne kadar zorluk çekebilir?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizce herhangi bir bebeğin yeme ve uyuma alışkanlığının yerleşmesinde ne kadar sorunu olabilir?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Sizin Bebeğiniz II

Bebeğiniz ile birlikte 1 aydır yaşıyorsunuz. Lütfen bebeğinizi en iyi anlattığınızı düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

Bebeğiniz ne kadar ağladı?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğinizin beslenmesi ile ilgili ne kadar sorunu oldu?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğiniz ne kadar kustu veya salya çıkardı?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğinizin uyku ile ilgili ne kadar sorunu oldu?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğiniz kaka yaparken ne kadar zorlandı?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Bebeğinizin yeme ve uyuma alışkanlığının yerleşmesinde ne kadar sorunu oldu?

_____5_____	_____4_____	_____3_____	_____2_____	_____1_____
Çok fazla	biraz fazla	orta derecede	çok az	hiç

Ek- 5: Yenidoğanı Algılama Ölçeği 'nin Kullanımına İlişkin İzin

canan giden

04.05.2012

Kime: sbalci@istanbul.edu.tr

Değerli Hocam,

Prof. Dr. Hediye Arslan'ın danışmanlığında; tasarladığım yüksek lisans tezimde, primipar annelerin bebeklerini algılama ve temel yenidoğan bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarını değerlendirmeyi planlıyoruz.

Eğer siz de uygun görürseniz; veri toplama aşamasında, Türkçe'ye uyarlayıp, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Yenidoğanı Algılama Ölçeği"ni kullanmak istiyoruz.

Teşekkür ederim. En derin saygılarımı sunarım...

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans Öğrencisi
Hemşire Canan GİDEN

Serap Balci (seraybalci@hotmail.com)

11.05.2012

Kime: c.giden@hotmail.com

Canan hanım merhaba,

"Yenidoğanı Algılama Ölçeğini" kullanmanız beni memnun edecektir. Soracak bir şeyiniz olduğunda da yardımcı olmaya çalışırım. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Yard.Doç.Dr.Serap BALCI

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

E- mail: seraybalci@hotmail.com

11.ETİK KURUL ONAYI



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

SAYI : 11
KONU:

07/05/2012

Sayın: Prof. Dr. Hediye ASLAN

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Canan GİDEN' in *"Primipar Annelerin Bebeklerini Algılama ve Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi"* isimli araştırmanın kurulumuzun 30/04/2012 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Önder Özkazanç

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Canan Giden
Doğum Yeri ve Tarihi: Fatsa/01.12.1988
Medeni Hali: Evli
Yabancı Dil: İngilizce
E-posta Adresi: c.giden@hotmail.com
Tel: 0535 264 15 50

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise:	Fatsa Lisesi	2005
Lisans:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu	2009

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
Özel Ümraniye Atlas Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği	6 Ay
T.C. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bebek Hemşireliği	2 Yıl
T.C. Sağlık Bakanlığı Küçükmustafapaşa Aile Sağlığı Merkezi	
Halk Sağlığı Hemşireliği	9 Ay