

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS)

**SAĞLIĞI GELİŞTİREN HASTANE KAVRAMI İÇİNDE
PREMATÜRE YENİDOĞAN SAĞLIĞI:
DOĞUM SONRASI ANNELERE VERİLEN EĞİTİMİN ÇOCUK
BAKIMINA ETKİSİ**

ZEYNEP ÇETİN

**DANIŞMAN
PROF. DR. SERPİL UĞUR BAYSAL**

**AİLE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
ANA ÇOCUK SAĞLIĞI PROGRAMI**

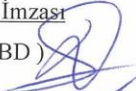
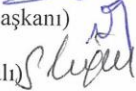



İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü AİLE SAĞLIĞI Anabilim Dalı ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI Programında ZEYNEP ÇETİN tarafından hazırlanan SAĞLIĞI GELİŞTİREN HASTANE KAVRAMI İÇİNDE PREMATÜRE YENİDOĞAN SAĞLIĞI : DOĞUM SONRASI ANNELERE VERİLEN EĞİTİMİN ÇOCUK BAKIMINA ETKİSİ başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

27 / 01 / 2011

Tez Sınav Jürisi

- | <u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u> | <u>İmzası</u> |
|---|---|
| 1.Prof.Dr.Rüveyde Bundak (İ.Ü.Çocuk Sağlığı Enstitüsü Pediatrik Bemel Bilimler ABD) |  |
| 2.Prof.Dr.Gülbin Gökçay (İ.Ü.Çocuk Sağlığı Enstitüsü Aile Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı) |  |
| 3.Prof.Dr.Serpil Uğur Baysal (İ.Ü.Çocuk Sağlığı Enstitüsü Aile Sağlığı Anabilim Dalı) |  |
| 4.Prof.Dr.Türkan Dağoğlu (İ.Ü.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı) |  |
| 5.Prof.Dr.Raif Üçsel (İ.Ü.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı) |  |

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Hemşire Zeynep Çetin (İmza)



İTHAF

Yaşam savaşını kaybetmeyen tüm prematürelere...

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışman hocam sayın Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal'a,

Yüksek Lisans derslerimiz boyunca görüş açımızı genişleten Prof. Dr. Rüveyde Bundak'a, Prof. Dr. Gülbin Gökçay'a, Doç. Dr. Muazzez Garipağaoğlu ve Doç. Dr. Talat Parman'a ve diğer tüm değerli hocalarımıza,

Araştırmamın veri analizlerine yaptığı büyük katkılar ve çok değerli fikirlerini paylaşarak bana zaman ayırdığı için Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Zeynep Dörtbudak'a,

Araştırmamın yapılmasında büyük kolaylık gösteren ve yardımlarını esirgemeyen Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Prematüre Klinik Şefi Sayın Uzm. Dr. Sultan Kavuncuoğlu'na,

Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Prematüre Servisi, Doğum Sonu Servisleri ve Prematüre Polikliniğinde görevli tüm arkadaşlarıma ve tez süresince desteklerini esirgemeyen tüm Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ekibine,

Araştırma boyunca maddi, manevi her yönden desteğini esirgemeyen benim bu günlere gelmemi sağlayan canım anneme ve canım babama,

İstanbul'daki en büyük desteklerim, tezim boyunca bana katlanan biricik ablam İlknur Çetin'e,

Tezimin en son aşamasına kadar engin tecrübeleriyle beni uykusuz gecelerde yalnız bırakmayan sevgili kardeşim Uzm. Ecz. Betül Çetin'e

Uzaktan da olsa desteğini esirgemeyen İsmail Çamkıran'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hemşire Zeynep Çetin

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlığı Geliştiren Hastane Kavramı.....	4
2.2. Prematüre Yenidoğanlar	5
2.3. Tanımlama ve Terminoloji	6
2.4. Epidemiyoloji.....	8
2.5. Etiyoloji.....	8
2.6. Mortalite ve Morbidite	10
2.7. Hastanede Kalma ve Tekrar Hastaneye Yatma.....	11
2.8. Geç Preterm Yenidoğanlarda Görülen Sorunlar	14
2.8.1. Vücut Sıcaklığındaki Dengesizlik.....	14
2.8.2. Solunum Sorunları	15
2.8.3. Hipoglisemi	17
2.8.4. Beslenme Güçlüğü	19
2.8.5. Hiperbilirubinemi.....	21
2.8.6. Sepsis	23
2.8.7. Nörolojik Gelişim	23
2.8.8. Uzun Süreli Sonuçlar	24
2.9. Sağlık Bakım Kuralları	26
2.10. Taburcu Olmada Önerilen Kriterler	27

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Tipi.....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	31
3.3.1. Bebek Seçim Kriterleri.....	32
3.3.2. Anne Seçim Kriterleri.....	32
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	33
3.5. Veri Toplama Araçları.....	33
3.5.1. Anne bebek Tanıtım Formu.....	33
3.5.2. İzlem Formu 1.....	33
3.5.3. İzlem Formu 2.....	34
3.6. Eğitim Araçları.....	34
3.7. Eğitim Kontrol Listesi.....	35
3.8. Uygulama.....	35
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.10. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Tanımlayıcı Analizler ve Bağlantı Analizleri.....	37
4.2. Anne-Bebek Tanıtım Formu İle İlgili Analizler.....	37
4.2.1. Demografik Özellikler.....	37
4.2.2. Gebelik ve Doğum İle İlgili Özellikler.....	42
4.2.3. Yaşam Tarzı-Bakıma Yardım İle İlgili Özellikler.....	48
4.3. Birinci Ayda Kullanılan İzlem Formu 1 ile İlgili Analizler.....	52
4.3.1. Birinci Ayda Endişe Durumu İle İlgili Özellikler.....	52
4.3.2. Birinci Ayda Bebeğin Beslenme Durumu İle İlgili Özellikler.....	56
4.3.3. Birinci Ayda Bebek Bakımı İle İlgili Özellikler.....	59
4.3.4. Birinci Ayda Kontrole Gitme ve Hastaneye Yatma Durumuna.....	63
4.3.5. Birinci Ayda Beslenme Dışında Kullanılanlar.....	69
4.4. Üçüncü Ayda Kullanılan İzlem Formu 2 ile İlgili Analizler.....	69
4.4.1. Üçüncü Ayda Endişe Durumu İle İlgili Özellikler.....	69
4.4.2. Üçüncü Ayda Bebeğin Beslenme Durumu İle İlgili Özellikler.....	71
4.4.3. Üçüncü Ayda Bebek Bakımı İle İlgili Özellikler.....	75
4.4.4. Üçüncü Ayda Kontrole Gitme ve Hastaneye Yatma Durumuna.....	77

4.4.5. Üçüncü Ayda Beslenme Dışında Kullanılanlar	78
4.4.6. Doğum Ağırlığı ve Tartı Alma İle İlgili Özellikler.....	79
4.4.6.1. Doğum Ağırlığı	79
4.4.6.2. Birinci Ayda Kilo Alma Durumu	81
4.4.6.3. Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi	83
4.4.6.4. Üçüncü Ayda Kilo Alma.....	85
4.4.6.5. Üçüncü ayda Kilo Farkı Yüzdesi	87
5. TARTIŞMA	91
KAYNAKLAR	104
FORMLAR	113
ETİK KURUL KARARI	125
ÖZGEÇMİŞ	126

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Özellikleri	41
Tablo 4-2: Gebelik ve Doğum İle İlgili Özellikler	47
Tablo 4-3: Yaşam Tarzı-Bakıma Yardım İle İlgili Özellikler	51
Tablo 4-4: Birinci Ayda Endişe Durumu.....	56
Tablo 4-5: Birinci Ayda Bebeğin Beslenme Durumu İle İlgili Özellikler	59
Tablo 4-6: Birinci Ayda Bebek Bakımı İle İlgili Özellikler	62
Tablo 4-7: Birinci Ayda Kontrole Gitme ve Hastaneye Yatma Durumu	68
Tablo 4-8: Birinci Ayda Beslenme Dışında Kullanılanlar.....	69
Tablo 4-9: Üçüncü Ayda Endişe Durumu	71
Tablo 4-10: Üçüncü Ayda Beslenme Durumu İle İlgili Özellikler	74
Tablo 4-11: Üçüncü Ayda Bebek Bakımı İle İlgili Özellikler.....	77
Tablo 4-12: Üçüncü Ayda Acile Başvurma ve Hastaneye Yatma Durumu	78
Tablo 4-13: Üçüncü Ayda Beslenme Dışında Kullanılanlar	79
Tablo 4-14: Bebeklerin Doğum Ağırlıkları	79
Tablo 4-15: Doğum Ağırlığı İle Doğum Şekli, Gestasyon Haftası ve Hastanede Kalış Durumu Arasındaki İlişki	80
Tablo 4-16: Doğum Ağırlığı ile 35 GH ve Doğum Şekli Arasındaki İlişki	81
Tablo 4-17: Birinci Ayda Deney ve Kontrol Grupları Arasında Kilo Alma Durumu	81
Tablo 4-18: Birinci Ayda Kilo Alma Durumu İle Cinsiyet, 35 GH ve Sadece Anne Sütü Alma Arasındaki İlişki.....	82
Tablo 4-19: BirinciAyda Kilo Alma İle Erkek Olma ve Sadece Anne Sütü Alma Arasındaki İlişki.....	82
Tablo 4-20: Kız ve Erkek Cinsiyete Göre Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi	84
Tablo 4-21: Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi İle Cinsiyet, 35 GH, Sadece Anne Sütü Alma Özellikleri Arasındaki İlişki.....	84
Tablo 4-22: Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi ile Erkek Cinsiyet ve Anne Sütü Alma Özelliği Arasındaki İlişki.....	85
Tablo 4-23: Deney ve Kontrol Gruplarının ile Üçüncü Ayda Kilo Alma Durumu Arasındaki İlişki.....	85
Tablo 4-24: Üçüncü Ayda Kilo Alma Durumuyla Bağıntılı Özellikler	86

Tablo 4-25: Üçüncü Ayda Kilo Alma ile Cinsiyete Göre Sadece Anne Sütü Alma Arasındaki Bağınıtı	87
Tablo 4-26: Cinsiyete Göre Üçüncü Ayda Kilo Farkı Yüzdesi.....	88
Tablo 4-27: Üçüncü Ayda Kilo Farkı Yüzdesi İle Cinsiyet, 35 GH, Sadece Anne Sütü Alma Özellikleri Arasındaki İlişki.....	89
Tablo 4-28: Üçüncü Ayda Kilo Farkı Yüzdesi ile Erkek cinsiyet ve Anne Sütü Alma Özelliği Arasındaki İlişki.....	90

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Perinatal dönemde yaş tanımlamaları (Engle 2006)	6
Şekil 4-1: Annenin Eğitim Durumu	38
Şekil 4-2: Sosyal Güvence Varlığı.....	40
Şekil 4-3: Doğum Şekli.....	42
Şekil 4-4: Gebelik İle İlgili Sorun.....	44
Şekil 4-5: Gebelik Haftası.....	45
Şekil 4-6: Doğum Ağırlığı	46
Şekil 4-7: Bebek Bakımına Yardımcı Olacak Kişi	49
Şekil 4-8: Evde Yaşayan Kişi Sayısı	50
Şekil 4-9: Birinci Ayda Beslenmede Endişe Durumu	53
Şekil 4-10: Birinci Ayda Kilo Almada Endişe Durumu	54
Şekil 4-11: Birinci Ayda Diğer Endişe Nedenleri	55
Şekil 4-12: Birinci Ayda Bebeğin Beslenme Durumu.....	57
Şekil 4-13: Birinci Ayda Mama Verme Durumu.....	58
Şekil 4-14: Birinci Ayda Pişik Olma Durumu	60
Şekil 4-15: Birinci Ayda Gözde Sarı Akıntı /Çapaklanma.....	61
Şekil 4-16: Birinci Ayda Acile Başvurma Durumu	64
Şekil 4-17: Birinci Ayda Acile Gitme Nedenleri.....	65
Şekil 4-18: Birinci Ayda Hastaneye Yatma Nedeni	66
Şekil 4-19: Birinci Ayda Antibiyotik Alma Durumu	67
Şekil 4-20: Üçüncü Ayda Sadece Anne Sütü Alma Durumu	72
Şekil 4-21: Üçüncü Ayda Beslenme Durumu.....	73
Şekil 4-22: Üçüncü Ayda Mama Verme Durumu	74
Şekil 4-23: Üçüncü Ayda Pişik Olma Durumu	75
Şekil 4-24: Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi	83
Şekil 4-25: Üçüncü Ayda Kilo Farkı Yüzdesi	88

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- SGH : Sağlığı Geliştiren Hastane
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
GPY : Geç preterm Yenidoğan
GH : Gestasyon Haftası
DDA : Düşük Doğum Ağırlığı
RDS : Respiratory Distress Syndrome (Respiratuvar Distres Sendromu)
YDGT : Yenidoğanın Geçici Takipnesi
PPHT : Persistent Pulmonary Hypertension (Persistan Pulmoner Hipertansiyon)
AAP : American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediyatri Akademisi)
BÖH : Bebek Ölüm Hızı
YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ÖZET

Çetin, Z. (2011). Sağlığı geliştiren hastane kavramı içinde prematüre yenidoğan sağlığı: Doğum sonrası annelere verilen eğitimin çocuk bakımına etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Sağlığı Anabilim Dalı, Ana Çocuk Sağlığı . Yüksek Lisans. İstanbul.

GEREKÇE: Prematüre yenidoğanların alt grubu olan, 34^{0/7} - 36^{6/7} gestasyon haftasında doğan, “ Geç Preterm Yenidoğanların” son yıllarda, sayılarının hızla artışıyla birlikte özel gereksinimlere ve risklere sahip oldukları belirlenmiştir. Term yenidoğanlarla karşılaştırıldıklarında hastalık ve ölüm oranları daha yüksek bulunmuştur. Sağlığı Geliştiren Hastane kavramı içinde, yenidoğanlar ve prematüre yenidoğanlar da öncelikli gruplar arasındadır. Son yapılan çalışmalar, bu çocukların hastaneden taburcu edildikten sonra evde yeterli bakımlarının sağlanmasında anne-baba eğitiminin ve izlemin önemini ortaya konmaktadır

AMAÇ: Bu araştırma, geç preterm yenidoğanların evde optimum bakımlarını ve optimum bakımlarının sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için doğum sonrası annelerine bebeklerinin bakımı konusunda gereken eğitimi vermek; böylece, evde bakım ile ilgili olası sorunların oluşumunu engellemek, ilk üç ay boyunca, bebeklerin genel sağlık durumlarını izleyerek, bu bebeklerde daha sık görülebilecek hastaneye yatışı en aza indirmek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikte ve deney-kontrol düzeninde gerçekleştirilen bu prospektif araştırma, veri toplama aracı olarak anket kullanılarak kesitsel yöntemle yürütüldü. Çalışmanın örneklemini İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 1 Haziran 2009- 1 Eylül 2009 tarihleri arasında, 34-36 gestasyon haftasında tekil doğan 70 geç preterm yenidoğan oluşturdu. Deney grubuna alınan yenidoğanların annelerine hastanede buldukları süre boyunca bebek bakımı konusunda iki defa yirmişer dakikalık eğitim verildi. Verilen eğitim, temel yenidoğan bakımını ve hastalık belirtilerini kapsadı. Her iki gruptaki bebeklerin birinci ve üçüncü ayda izlemleri yapıldı.

BULGULAR: Bebeğin bakımı ile ilgili özellikler açısından, deney grubunda birinci ve üçüncü aylarda pişik ve birinci ayda gözde sarı akıntı/çapaklanma daha az ($p<0,05$) görülürken kontrol grubunda acile başvurma oranı daha yüksek bulundu ($p=0,001$). Gruplar arasında birinci ve üçüncü ayda sadece anne sütü ile beslenme açısından anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Deney grubunda, izlem boyunca, formül süt içeren öğün sayısı kontrol grubundakinden daha azdı ($p<0,05$). Bebeklerinin beslenmesi konusunda kaygılı olma durumu deney grubundaki annelerde, birinci ayda anlamlı olarak daha az bulundu ($p<0,05$).

SONUÇ: Geç pretermilerin hastalık ve tekrar hastaneye yatış oranlarının azaltılabilmesi için doğum sonrası annelere ve evde bakım veren diğer bireylere etkili ve yeterli eğitim verilmesi, taburcu olduktan sonra prematüre sağlığının geliştirilmesi için gerekmektedir. Bu yaklaşım, geç preterm yenidoğanların evde yeterli bakımlarının sağlanmasını, tek başına anne sütü ile beslenmelerini, formül süt kullanımının en aza indirilmesini annelerin bebeklerinin bakımı konusunda kaygılarının azaltılmasını kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Geç Preterm, Bebek Bakımı, Hastaneye Tekrar Yatış, Tartı Alımı, Doğum Sonrası Eğitim, Sağlığı Geliştiren Hastaneler

ABSTRACT

Çetin, Z. (2010). Health of Preterm Newborns Within the Concept of Health Promoting Hospitals: The effect of postpartum education of mothers on newborn care. İstanbul University, Institute of Health Sciences. Department of Family Health, Mother and Child Health Master Programm. İstanbul.

BACKGROUND: The number of “late preterm newborns” which are the sub-group of premature infants born at 34^{0/7} - 36^{6/7} weeks of gestation rapidly increases in recent years; their health risks and special health requirements were recognized. Their morbidity and mortality rates are higher those of term neonates. Newborns including preterms and late preterms are involved in the groups of children having priority in the concept of health promoting hospitals. The recent studies reveal that postpartum education has a great importance for the optimum home care of premature infants.

AIM: The aim of this research was ensure the optimum health care and sustainability of home care of late preterms after discharge by delivering health education to mothers; hence, to prevent health problems which may rise to, associated with in appropriate home care; to minimize the rehospitalization by increasing awareness of the signs and symptoms of possible diseases.

METHOD: This research which is a descriptive study carried out case-control scheme was performed in a cross-sectional method by using survey to collect data. The samples of this study are 70 singleton late preterm infants who were born at 34 to 36 weeks of gestational age at İstanbul Bakırköy Obstetrics, Gynecology and Pediatrics Training and Research Hospital, between First of June 2009 and First of September 2009. The mothers of the case group were given health education about home care of the baby by a newborn nurse for two times, each lasts twenty minutes. The education included basic newborn care and the symptoms of the diseases. Both groups were followed up at the first and third months.

RESULTS: In terms of characteristics related to the infant’s care, diaper dermatitis and eye discharge were significantly less in the case group in the first and third months ($p < 0,05$); whileas the rate of admission at the emergency room in control group was higher than those in the study group ($p = 0,001$). Exclusively breast feeding ratios were not different between the groups. In the study group, the amount of formula feeding was less than those of controls during the follow up ($p < 0,05$). Mothers’ concern about feeding their babies was less in study group in the first month ($p < 0,05$).

CONCLUSIONS: Appropriate and effective education delivered to postpartum mothers and care givers is necessary for health promotion of late preterms after discharge to decrease morbidity and rehospitalization rate. This approach provides the optimum home care, exclusive breastfeeding, and minimizes formula feeding, decreases mother’s concern related to their baby’s health.

Key Words: Late Preterm, Baby Care, Rehospitalization, Weight Gain, Postpartum Education, Health Promotion Hospitals

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlığı Geliştiren Hastane (SGH), sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan bir kurumdur. SGH, öncelikle, hastalara ve onların yakınlarına, korunmasız, öncelikli grupların gereksinimlerine odaklanır. Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini ve hastalıkları önleme yollarını birleştirir (HPH 2007).

SGH kavramı içinde, yenidoğanlar ve prematüre yenidoğanlar da öncelikli gruplar arasındadır. Gelişen bilim ve teknolojiyle birlikte prematüre bebeklerin sağkalım oranları artmıştır. Ancak, bu gelişmeler, prematüre yenidoğanların ölümlerini azaltırken hastalıkların artışını engelleyememiştir. Ayrıca, prematüre bebeğin bakımı ve tedavisi oldukça güç ve bakım giderleri fazladır. Son yapılan çalışmalar, hastaneden taburcu edildikten sonra evde prematüre bakımı için anne-baba eğitiminin ve izlemin önemi ortaya konmaktadır (Engle ve ark. 2007).

Prematüre yenidoğan terimi, postmenstrual tamamlanmış 37nci gestasyon haftasından önce dünyaya gelen tüm yenidoğanlar için kullanılmaktadır. Son yıllarda artan prematüre doğumlar içinde 34-36nci gestasyon haftasında doğan “geç prematüre” bebeklerin sayısı da oldukça artmaktadır. Bu nedenle araştırmalar 34. ⁰/₇ ve 36. ⁶/₇ gestasyon haftaları arasında doğan bebekler üzerinde yoğunlaşmaktadır (Verklan 2009).

1981 ile 2003 yılları arasında, ABD’de prematüre doğumlar %31 oranında artmıştır. Son 15 yıl boyunca sınırda ise prematüre doğumlar 1990 yılında %7,3 oranında, 2005 yılında ise %9,1 oranında artmıştır. 2004 ve 2005 yıllarında, prematüre doğumların sırasıyla, %71’ini ve %75’ini geç preterm bebekler oluşturmaktadır (Wang ve ark. 2004; Thomashek ve ark. 2007; Lubow ve ark. 2009).

Geç preterm yenidoğanlar boy ve ağırlık açısından term yenidoğanlara benzemeleri nedeniyle sağlık çalışanları, aileler ve bakıcılar tarafından gelişimsel olarak matür kabul edilmelerine karşın, fizyolojik ve metabolik olarak immatürdürler (Engle ve ark. 2007). Geç preterm doğanlar, term yenidoğanlara göre fizyolojik ve metabolik olarak daha az gelişmiştir. Bu nedenle, hastalık ve ölüm oranları term yenidoğanlara göre daha yüksektir (Wang ve ark. 2004; Engle ve ark. 2007; Davidoff ve ark. 2006; Lubow ve ark. 2009).

Aynı zamanda, geç pretermilerin taburcu olduktan sonra hastaneye başvuru oranları da term yenidoğanlardan daha yüksek bulunmuştur (Thomashek ve ark. 2007).

Term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında respiratuar distres sendromu (RDS), apne, yenidoğanın geçici takipnesi (YDGT), hipoglisemi, hipoglisemide sıvı desteği gereksinimi, hipotermi, hiperbilirubinemi ve beslenme sorunları geç preterm yenidoğanlarda daha fazla görülmektedir (Sarici ve ark. 2004; Raju ve ark. 2006). Aynı zamanda, geç preterm yenidoğanların daha uzun süre hastanede yattıkları ve hastane giderlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. 1995 yılından ABD’de ve Kanada’da yapılan çalışmalarda geç preterm yenidoğanlar term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında ilk grupta bebek ölüm hızı daha yüksektir bulunmuştur, 1995 ile 2002 yılları arasında, geç preterm yenidoğan ölümlerinin term tenidoğanlara göre üç kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Kramer ve ark. 2000; Thomashek ve ark. 2007).

Böyle olmasına karşın, geç pretermier, sağlık çalışanları tarafından term bebekler gibi ele alınabilmekte, çoğunlukla ayrıcalıklı bir sağlık hizmet sunumundan yararlanamamaktadırlar.

Bu araştırma, geç preterm yenidoğanların evde optimum bakımlarını ve optimum bakımlarının sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için annelerine doğum sonrası bebeklerin bakımı konusunda gereken eğitimi vermek; böylece geç pretermierin evde bakımları ile ilgili olası sorunların oluşumunu engellemek, ilk üç ay boyunca, bebeklerin genel sağlık durumlarını izleyerek, geç pretermierde daha sık görülebilecek hastaneye yatışı en aza indirmek amacıyla yapıldı. Ayrıca araştırmanın ikincil amacı kapsamında geç preterm bebeklerin normal gelişiminin göstergelerinden biri olan tartı artışı da değerlendirildi.

Araştırmanın Hipotezleri:

Geç preterm bebeklerin annelerine, doğum sonrası verilen bebek bakımı eğitimi bu bebeklerin birinci ve üçüncü aylarında:

Hipotez 1: Bebeğin anne sütü ile beslenmesini artırır; mama ile beslenme oranını azaltır.

Hipotez 2: Annelerde bebeklerine yönelik beslenme, kilo alma ve bakım konusundaki endişeyi azaltır.

Hipotez 3: Bebeğin bakımla ilgili (pişik, göbekte kızarıklık, konak, gözde akıntı, deride kızarıklık vb.) sorunlarını azaltır.

Hipotez 4: Acile başvuruyu azaltır.

Hipotez 5: Hastaneye tekrar yatış oranını azaltır.

Hipotez 6: Antibiyotik kullanımını azaltır.

Hipotez 7: Bebeğin yeterli kilo almasını sağlar.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığı Geliştiren Hastane Kavramı

Sağlığı Geliştiren Hastane (SGH), sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan bir kurumdur. SGH, öncelikle, hastalara ve onların yakınlarına, korunmasız, öncelikli grupların gereksinimlerine odaklanır. Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini ve hastalıkları önleme yollarını birleştirir (HPH 2007).

Öncelikle hastane personeli, toplum nüfusu ve çevre faktörlerinden yola çıkarak hastalara ve onların yakınlarına, korunmasız-özellikli grupların ihtiyaçlarına odaklanır.

Hastanelerde sağlığı teşvik etme tedbirleri için birçok sebep vardır. Birçok hastanede; hastaneye gelen hastaların çoğu kronik bir hastalıktan muzdariptir. İlaç tedavisi ve tıbbi müdahalelere ek olarak bu hastaların iyi yaşam kalitesine de ihtiyaçları vardır. Çoğu zaman aldıkları ilaçlar ve beslenme durumları yüzünden yaşam tarzlarını değiştirmeleri gerekir(HPH 2007).

Sağlığı teşvik etme daha geniş sosyo-çevresel konulara hitap eder ve böylece tıbbi yaklaşımdan öteye gider. Hastalıklarla başa çıkma, yaşam kalitesini artırma perspektifinde kişiyi takımın bir parçası olarak görmek gerekir. Bir başka deyişle kimin yetki sahibi olduğunu tanımlamak demektir (Konukoğlu 2010).

Sağlığı teşvik etmede iyileşmeye ve hastalığı geriletmeye yönelik olarak hem bireysel hem de durumun gerektirdiği etmenlere odaklanılır. Bu anlamda sağlık eğitimi ve önleyici hekimlik kavramlarından farklılık arz eder (Konukoğlu 2010).

Sağlığı teşvik etme; sağlık eğitimi ve hastalıkları önleme tedbirlerini bir araya getirir. Ancak bunun yanında temel bir farkı da vardır. Hastalıkları önleme yaklaşımı; belirli hastalıkların alerji gibi önüne geçilmesini hedeflerken Sağlığın Teşviki yaklaşımı; bireyin kendi sağlık yönünde hayat kalitesinin artırılmasına odaklanmıştır (Konukoğlu 2010).

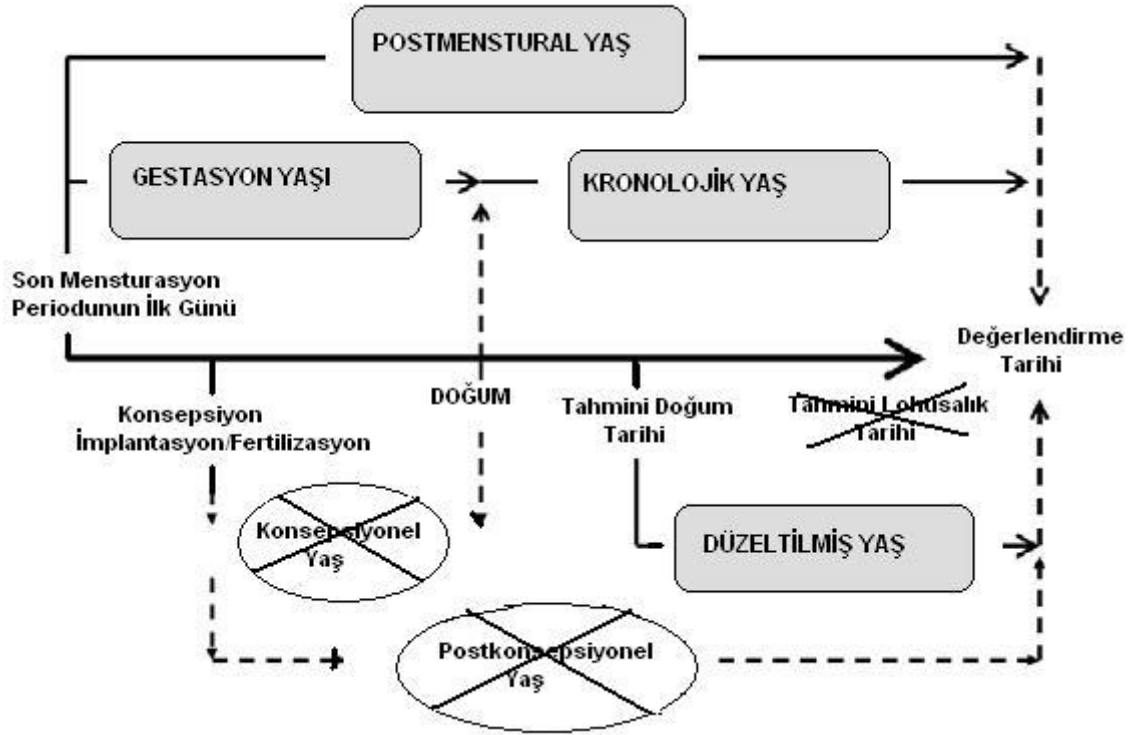
Hastaneler hizmet verdiği toplumla değişik düzeylerde karşılaşır. En yaygını muhtemel bir hastalıktan endişelenen hasta ve sağlık personeli etkileşimidir. Hasta, hasta yakını ve diğer bireylerle günü gününe temaslar sayesinde alınacak tedbirlerin neler olacağı kararlaştırılır. Zararlı maddelerin alınmasının önlenmesi gibi risk

faktörlerini azaltıcı kampanyalarda hastanelerden alınan veriler sayesinde kamu sağlığının korunmasına ciddi katkı sağlar (Konukoğlu 2010).

2.2. Prematüre Yenidoğanlar

Term yenidoğan, annenin son adet tarihinin başlangıcından 38. gestasyon haftasının ilk günü (260.gün) ile 42. gestasyon haftasının son günü (294.gün) arasında doğan tüm bebekleri tanımlamaktadır. Prematüre yenidoğan, annenin son adet tarihinin başlangıcından itibaren 37. gestasyon haftasının son gününde (259.gün) ya da daha öncesinde doğmuş bebekleri tanımlamaktadır. Postterm yenidoğan, annenin son adet tarihinin başlangıcından 43. gestasyon haftasının ilk gününden (295. gün) sonra doğan tüm bebekleri tanımlamaktadır (Engle ve ark. 2006; Can G. ve İnce Z. 2010 pp. 367-385).

Gelişmiş ülkelerde düşük doğum ağırlıklı (<2500) yenidoğanların yaklaşık %70'ini prematüre yenidoğanlar oluşturur. Ülkemizde yapılan sınırlı çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Prematüre bebeklerde mortalite ve morbidite oranlarını etkileyen en önde gelen nedenler asfiksi, solunum güçlüğü sendromu, enfeksiyon ve germinal matriks kanaması- intraventricüler kanamadır. Termoregülasyon bozuklukları (hipotermi ve soğuk stres), hipoglisemi, sarılık, retinopati, duktus arteriozis açıklığı (PDA) prematürelerin diğer önemli sorunlarıdır (Can G. ve İnce Z. 2010 pp. 367-385). Son yıllardaki prematüre doğumların artması demografik değişiklikler, yardımcı üreme tekniklerinin gelişimi, ilerlemiş gebelik yaşı ile çoğul gebeliklerin ve obezite hızının artması gibi pek çok nedeni kapsamaktadır (Sibai 2006).



Şekil 2-1: Perinatal dönemde yaş tanımlamaları (Engle 2006)

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) “gestasyonel yaş”, “postmensturel yaş”, “düzeltilmiş yaş” ve “postkonsepsiyonel yaş” terimlerinin genellikle yanlış kullanıldığını bildirmektedir (AAP 2004). Buna karşın gestasyon yaşının belirlenmesi kadın doğum uzmanları, çocuk uzmanları ve hemşireler için yenidoğana gerekli bakımın verilmesini ve müdahalenin yapılmasını sağlar. Gestasyonel yaşın tayini yenidoğanın mortalite ve morbidite riskini değerlendirmek için de önemli bir ölçektir. Engle gestasyonel yaşın tayinini “Age terminology during the perinatal period” şekil halinde vermiştir (Şekil 2-1). Prematüre, term yenidoğan ve post term yenidoğanın alt kategorileri tam olarak belirlenmemiştir (Engle 2006).

2.3. Tanımlama ve Terminoloji

Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olmak açısından prematüre doğan bebekler gestasyon yaşlarına göre ileri derece preterm (gestasyon yaşları 22-32 hafta arası), orta derece preterm (gestasyon yaşları 32 hafta +1 gün ile 36 hafta +7 gün arası) ve sınırdaki preterm (gestasyon yaşları 37 hafta +7 gün arası) olmak üzere üç gruba

ayrılır. Aynı amaçla doğum ağırlığına göre sınıflama da kullanılmaktadır. 1500gr altında olanlar çok düşük doğum ağırlıklı (very low birth weight- VLBW) 1000gr altında olanlar ileri derece düşük doğum ağırlıklı (extremely low birth weight- ELBW) olarak gruplanmaktadır. Prematüre doğumların %65-70'i 36 haftalıktan büyük ve doğum ağırlığı 1500g'dan fazla, sınırda vakalardır (Can G. ve İnce Z. 2010 pp. 367-385).

2005 yılında Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsünün Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi [National Institute of Child Health and Human Development (NICHD)] tarafından yayınlanan raporda prematüre yenidoğanların alt grubu olan $34^{0/7}$ - $36^{6/7}$ gestasyon haftasında doğanların son yıllardaki hızlı artışıyla birlikte özel ihtiyaç ve risklere sahip olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda bu grubun “late preterm” olarak adlandırılmasına karar verilmiştir (Raju ve ark. 2006). Türkiye’de tam olarak tsınıflama yapılmasa da biz bu grubu ‘ geç preterm yenidoğan’ (GPY) olarak adlandırdık.

Geç preterm yenidoğan annenin son adet tarihinin ilk gününden itibaren 239. gün ya da gebeliğin $34^{0/7}$ haftası ile 259. gün ya da gebeliğin $36^{6/7}$ haftasında doğanlar olarak tanımlanmaktadır. Gebeliğin $34^{0/7}$ haftası (239. gün) alt limit olarak belirlenmiştir. Gebeliğin $34^{0/7}$ haftası yoğun bakım ikinci ya da üçüncü düzeye kabulde, klinik ya da epidemiyolojik çalışmalarda ve gebelikle ilgili sonlandırma kararlarında dönüm noktası olarak kullanılmaktadır. Aynı zamanda uzmanlar 34. Gestasyon haftasından (GH) itibaren prematüriteyle ilgili sorunların çok nadir olduğunu düşünmektedir. Prematürelere için gebelik yaşının üst limiti önceden $36^{6/7}$ gestasyon haftası (259. gün) olarak kararlaştırılmıştır. Böylelikle, aynı üst limitin sınırda-prematüre kategorisindeki bebeklere de uygulanması önerilmektedir (Wang ve ark. 2004; Engle 2006).

Türkçe literatürde yeterli çalışma olmasada $34^{0/7}$ - $36^{6/7}$ hafta arasındaki yenidoğanlara İngilizce literatürde “near-term” (sınırdaki prematüre), “late preterm” (geç preterm), “moderately preterm” (orta derecede prematüre), ya da “midly preterm” (hafif prematüre) gibi terimler kullanılmaktadır. Tavsiye edilen “ geç preterm” terimi prematüre doğum ile fizyolojik ve gelişimsel olarak immatürite nedeniyle risklere sahip olunabileceğini vurgulamaktadır (Engle 2006). Geç preterm terimi “sınırdaki term” teriminin oluşturabileceği yanlış algılamaları önlemek için özellikle tercih edilmektedir

(Raju ve ark. 2006). Çünkü bu bebekler normal doğum haftasına yakın doğarsalar da aslında prematüredirler ve term yenidoğanlara göre daha yüksek mortalite ve morbidite taşırlar (Wang ve ark. 2004).

2.4. Epidemiyoloji

DSÖ, 2500 g doğum ağırlığına sahip bebekleri düşük doğum ağırlıklı (DDA) olarak tanımlamıştır. Dünyada DDA bebekler %15,5 oranında sıklığa sahiptir. %96,5'i gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere her yıl yaklaşık 20.6 milyon DDA bebek doğmaktadır (WHO 2006).

Son 20 yılda geç preterm yenidoğanlar (GPY) bütün yenidoğanlar arasında en hızlı büyüme gösteren gruptur. ABD'de yapılan çalışmalarda prematüre doğumların yaklaşık %74'ünü ve toplam doğumların %8'ini oluşturmaktadır. 1981 ile 2005 yılları arasında ABD'de bütün prematüre doğum hızı % 31 oranında artarken sadece geç preterm doğum hızı %40 oranında artmaktadır. Her dört prematüreden üçü geç preterm yenidoğan olarak doğmaktadır (Thomashek ve ark. 2007).

Davidoff ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 1992-2002 yılları arasındaki üçte ikilik prematüre doğum artışının nedeninin GPY doğum artış hızından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır (Davidoff ve ark. 2006).

Dikkate değer başka bir bulgu da; 2002'de doğan tüm tekil prematüre bebeklerin %74,1'inin, 34GH, 35GH ve 36 GH doğmuş olmalarıdır. (394 996 prematüre doğumun 342 234'ü tek bebektir.). Örneğin; 1992 ile karşılaştırıldığında, 2002 yılında tekil GPY doğumda %1,3'lük bir artış olduğu ve bunun toplamdaki prematüre yenidoğan sayısında 45 589 gibi bir artışa denk geldiği görülmüştür. Prematüre bebeklerin toplamında bu kadar geniş bir orana sahip oldukları için, GPY doğum oranındaki en ufak artış sağlık harcamalarında da inanılmaz bir artışa sebep olmaktadır. ABD'deki prematüre yenidoğanlarla ilgili pek çok çalışma yapılmış olsa da, GPY'lerin etiyolojisi ile ilgili geniş çaplı araştırmalar yapılmamıştır (Davidoff ve ark. 2006).

2.5. Etiyoloji

Annenin kronik hastalıkları (karaciğer, akciğer, böbrek vb) gebelikte erken doğum için risk oluşturmaktadır. Obezite ile LGA yenidoğan, doğum travması ve doğum komplikasyonları arasında bağlantı bulunmaktadır. Gebelikte obezitenin, sınırda

prematüre doğumlara neden olan gestasyonel diyabet, tip II diyabet, gebelikle ilgili hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, astım ve diğer anneye ilgili kronik durumlarla bağlantısı vardır. Bütün bunlar prematüre doğuma neden olabilir (Shapiro-Mendoza ve ark. 2008; Lubow ve ark. 2009) 149 geç preterm yenidoğanla yapılan çalışmada %9 oranında gebelikte hipertansiyon görülmüştür (Lubow ve ark. 2009).

İlerlemiş gebelik yaşı ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanılması çoğul gebeliklerin son yıllarda artmasına neden olmuştur. Çoğul gebelikler prematüre doğumlar için risk oluşturmaktadır. ABD’de 2003 yılında ikiz doğum hızı %63 oranında arttığı saptanmıştır. Ortalama olarak ikiz bebekler 35 GH ve üçüz bebekler ise 32,2 GH’de doğduğu bulunmuştur. Çoğul gebeliklerin geç preterm doğumla birlikte bir çok komplikasyona neden olduğu saptanmıştır. Bu komplikasyonlar arasında gestasyonel diyabet, preeklamsi, abrosyo plasenta, gebelikte hemoroji ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğması bulunmaktadır. Çoğul gebeliklerin %80’inde görülen komplikasyonlar tekil gestasyonun %25’inde görülmektedir (Verklan 2009).

Düşük sosyo-ekonomik durum, sigara kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, önceki servikal ameliyatlar, çoğul gebelik, anomal plasenta yerleşimi, vajinal kanama, polihidroamnios, erken membran rüptürü geç preterm doğumla ilgilidir (Verklan 2009). Preterm doğumların yaklaşık %45-50’si idiyopatik, %30’u erken membran rüptürü ve %15-20’si medikal nedenlerle elektif prematüre doğum olarak saptanmıştır (Beck ve ark. 2010). Yapılan bir çalışmada geç preterm doğumun nedenleri olarak %83 oranında spontan erken doğumun başlaması, %50 oranında erken membran rüptürü bulunmuştur. Erken doğumların birden fazla nedeni bulunmuştur. Erken doğum eyleminin başlamsı ya da erken membran rüptürünü birbirinden ayırmak oldukça güçtür. Geç preterm yenidoğan grubunun %36’sında her ikisi birden görülmüştür. Geç preterm yenidoğanlar arasında abrosio plasenta oranı yüksek bulunmuştur. İyatrojenik nedenle prematüre doğum saptanmamıştır. Erken membran rüptürü bütün prematüre doğumların üçte birinden sorumludur (Lubow ve ark. 2009).

GPY doğum nedenlerinin araştırıldığı bir başka çalışmada her beş GPY’nin birinde doğum kayıtları arasında tıbbi ya da obstetrik bir neden saptanmamıştır. Neonatal morbidite ve mortalite açısından yüksek risk taşıyan GPYlerin %23,2’sinin kayıtlarında tıbbi ya da obstetrik bir nedene bağlı olmaksızın doğumun gerçekleştiği saptanmıştır. Doğuma etki eden diğer faktörler annenin ya da uzmanların doğumun

şekli ve zamanı konusunda verdikleri karar olarak düşünülmektedir (Reddy ve ark. 2009).

2.6. Mortalite ve Morbidite

Yapılan çalışmalarda geç preterm yenidoğanların term yeni doğanlara göre Bebek Ölüm Hızı (BÖH) daha fazla olduğu saptanmıştır (Kramer ve ark. 2000; Thomashek ve ark. 2007). Geç preterm yenidoğanların BÖH hızları term yenidoğanlardan 2,6 kat daha yüksek bulunmuştur (Tomashek ve ark. 2007). GPY'ler erken neonatal ve neonatal ölüm hızı term yenidoğanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde erken, geç ve postneonatal ölüm hızlarında sırasıyla 5,0-3,5 ve 2,2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. İki grup arasındaki farklı mortalite oranları nedeniyle geç preterm yenidoğanlar doğumdan hemen sonra ilk hafta ve birinci yaşı boyunca yakından takip edilmeleri gerekmektedir (Tomashek ve ark. 2007).

Neonatal mortalitenin term yenidoğanlara göre geç preterm yenidoğanlarda yüksek hızda olmasının nedeni konjenital malformasyonlar, solunum problemleri, gebeliğe bağlı komplikasyonlar olarak bulunmuştur. %57 oranında geç preterm yenidoğanlar neonatal dönemde konjenital malformasyonlar nedeniyle ölmektedir. Geç preterm yenidoğanlar erken neonatal dönemde RDS tanısıyla 8,5 kat daha fazla ölmektedir. Geç preterm yenidoğanlarda postnatal dönemde ölüm nedenleri kazalar, influenza, pnömoni ve septisemi olarak bulunmuştur (Tomashek ve ark. 2007).

Yapılan çalışmalarda geç preterm yenidoğanların mortalite ve morbiditesi 39 GH'de doğan term yenidoğanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Escobar ve ark. 2006; McIntire ve Leveno 2008; Reddy ve ark. 2009). Geç preterm yenidoğanlarda en çok görülen problemler solunum sıkıntısı, sepsis, hiperbilirubinemi nedeniyle fototerapi almaktır. 34 GH'da bulunan yenidoğanda görülen morbidite hızı %34 olarak saptanmış ve ilerleyen haftalarda bu oranın kademeli olarak düştüğü gözlenmiştir (Young ve ark. 2007; McIntire ve Leveno 2008).

Geç preterm bebekler term yenidoğanlara göre; RDS, YDGT, persistan pulmoner hipertansiyon (PPHT), beslenme problemi, sarılık, hipoglisemi, sepsis, hastaneye yatış gibi problemler daha sık görülmektedir (Wang ve ark. 2004; Dudell ve Jain 2006; Escobar ve ark. 2006; Engle ve ark. 2007).

2.7. Hastanede Kalma ve Tekrar Hastaneye Yatma

Geç preterm yenidoğanlar ve term yenidoğanlar arasında en uzun süre hastanede yatan grup 34 GH'de doğanlar olarak bulunmuştur. GPY'lerin term yenidoğanlarla yoğun bakım ünitesine kabul, kalış süresi ve morbidite, oranları açısından yapılan karşılaştırmada GPY'ler anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Lubow ve ark. 2009; Mateus ve ark. 2010). Yoğun bakıma yatma oranı ve hastanede kalma süresi gestasyon yaşı arttıkça azalmaktadır. 34 GH ile 38 GH arasında yoğun bakımda yatma hızı aşamalı olarak azalmaktadır. Geç pretermelerde arasında 34 GH ve 36 GH arasında yoğun bakıma yatma oranında anlamlı olarak fark vardır ve azaldığı bulunmuştur. (Lubow ve ark. 2009).

Geç preterm yenidoğanların yoğun bakımda yatma oranları ve hastanede kalma süreleri term yenidoğanlara göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Geç preterm yenidoğanlar ortalama 5,0 gün hastanede kalırken term yenidoğanlar 2,4 gün hastanede kaldığı bulunmuştur (Lubow ve ark. 2009).

Wang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada geç preterm yenidoğanların term yenidoğanlara göre doğumda daha fazla medikal problemlerle karşılaştığı, hastane maliyetlerinin daha fazla arttığı ve hastaneden taburcu olmalarının klinik durumları nedeniyle ertelendiği bulunmuştur. Aynı çalışmada, geç preterm yenidoğanların yakın takipleri, hastaneye tekrar başvurma, beslenme ve büyüme durumları gibi konularla ilgili araştırma yapılması gerektiği bildirilmiştir (Wang ve ark. 2004).

AAP'nın doğum sonrası sadece 38 GH ve 42 GH arasında doğan bebeklerle sınırlı grubun ilk 48 saat içerisinde erken taburcu edilmesi tavsiyesi vardır. Buna rağmen pek çok geç prematüre bebek ilk 48 saat içerisinde taburcu edilmektedir. Bu nedenle, geç preterm term yenidoğanlara göre çok daha yüksek oranda tekrar hastaneye yatırılmaktadır (Raju ve ark. 2006). Hastaneden erken taburcu olan (hastanede kalışı iki gecedan az) term yenidoğanlar %2,7 oranında acil servise başvururken GPY'ler %4,3 oranında acil serviste gözlemlenmiş ya da hastaneye tekrar yatırılmışlardır. %77,1 GPY ve %60,3 term yenidoğan hiperbilirubinemi ya da sepsis tanısı almıştır (Tomasheck ve ark. 2006).

Anne sütü ile beslenmeyen GPY'ler anne sütü ile beslenmeyen term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında hastaneye başvurularında fark bulunmamıştır. Fakat anne sütü ile beslenen GPY'ler, anne sütü ile beslenen term yenidoğanlara göre 2,2 kat

daha fazla hastaneye başvurduğu bulunmuştur (Tomasheck ve ark. 2006). GPY'lerin hastanedeki emzirme durumunun, hastaneye tekrar başvurmada primer belirleyici olduğu saptanmıştır (Shapiro-Mendoza ve ark. 2006; Tomasheck ve ark. 2006) Biberonla beslenen GPY'ler ile term yenidoğanlar arasında, hastaneye tekrar başvurularında fark bulunmamıştır (Meier ve ark. 2007).

Yapılan çalışmalarda term yenidoğanların ortalama hastanede kalma süreleri 2,2 gün ve ortalama hastanede kaldığı süre boyunca maliyetleri 2087\$ bulunmuştur. GPY'lerde ortalama hastanede kalma süresi 8,8 gün ve hastanede kalış maliyeti 26,054\$ olarak bulunmuştur. Geç preterm yenidoğanların erken taburcu olması term yenidoğanlarla aynı süre bulunmasına rağmen erken taburcu olmada hastanede kalış maliyeti term yenidoğana göre 2,5 kat artmıştır. Term yenidoğanlara göre hastanede kalış maliyetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Wang ve ark. 2004; Tomashek ve ark. 2007; McLaurin ve ark. 2009).

Erken ya da geç taburcu olmuş GPY'ler term yenidoğanlara göre erken dönemde tekrar hastaneye yatmaları daha fazla olmuştur (Escobar ve ark. 2006; McLaurin ve ark. 2009). Term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında doğumdan sonra taburcu olan geç preterm yenidoğanlar erken dönemde hastaneye yatma oranları term yenidoğanlardan daha fazla bulunmuştur (Wang ve ark. 2004; Shapiro-Mendoza ve ark. 2008; McLaurin ve ark. 2009). Geç preterm yenidoğanların yaşamının ilk yıllarında solunum ve gastrointestinal sistem problemleriyle karşılaştıkları saptanmıştır. Erken taburcu olan geç preterm yenidoğanlar ve term yenidoğanların kısa dönemde hastaneye yatma nedeni sarılık olarak saptanmıştır. Geç taburcu olan geç preterm yenidoğanların sarılık nedeniyle hastaneye başvuruları düşük bulunmuştur. Sonuç olarak geç preterm yenidoğanların yaşamlarının ilk yılında term yenidoğanlara göre daha fazla hastaneye yattıkları gözlenmiştir (McLaurin ve ark. 2009).

Hastaneye tekrar yatışın en yaygın sebepleri arasında sarılık, teşhis edilen veya şüphelenilen enfeksiyon, besleme sorunları ve gelişim problemleri bulunmaktadır (Raju ve ark. 2006).

Taburcu olduktan sonra acil servise başvurma ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. GPY'lerin term yenidoğanlara göre acil servise başvurma ve hastaneye tekrar yatma oranlarının yüksek olması nedeniyle hastaneden taburcu olmadan önce

mutlaka anneye izlemler için randevu verilmelidir. Taburcu olduktan kısa süre sonra GPY değerlendirilmelidir (Jain ve Cheng 2006; Verklan 2009).

Kısa süre yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) kalan geç preterm yenidoğanların hastaneye yeniden başvurma oranı bütün gestasyon haftalarına göre daha yüksek bulunmuştur YYBÜ’da yatmamış geç preterm yenidoğanların taburcu olduktan iki hafta içinde tekrar hastaneye yatma oranları yüksek bulunmuştur (Escobar ve ark. 2005). Geç preterm yenidoğanların ilk iki hafta içinde hastaneye yatma nedenleri arasında sarılık ve beslenme güçlüğü bulunmuştur (Escobar ve ark. 2005). Burada altını çizmemiz gereken önemli bir durumda dehidratasyon nedeniyle hastaneye yatan geç preterm yenidoğanların ailelerine beslenme problemleriyle ilgili yeterli bilginin verilmesidir. Tomashek ve arkadaşları erken taburcu edilen term yenidoğanlar ile geç preterm yenidoğanları karşılaştırdığı araştırmasında hastaneye tekrar başvurular arasında sırasıyla %27 ve % 49 olarak bulunmuştur (Tomashek ve ark. 2006). 35 GH ile 36 GH’nin değerlendirildiği bir diğer çalışmada RDS hastaneye yatışların en önemli sebepleri arasında gösterilmiştir (Escobar ve ark.2006).

Term yenidoğanlar genellikle doğum sonrası taburcu olmalarının ardından yaşamlarının ikinci haftasında geç preterm yenidoğanlar ise doğum sonrası dördüncü haftasında acil servise başvurduğu saptanmıştır. Acil servise başvuran geç preterm yenidoğanlar arasında şaşırtıcı şekilde 36 GH’deki bebekler %52,1 oranında bulunmuştur (35 GH’deki bebekler %21,6, 34 GH’deki bebekler %26,2). Araştırmacılar bunun nedenini 36 GH’deki GPY’lerin daha fazla matür görünümde olmaları nedeniyle hastaneden erken taburcu olmaları ve diğer gestasyon haftalarının hastanede daha uzun süre kalmaları olarak düşünülmektedir. Acil serviste aldıkları tanılar apne, hiperbilirubinemi, ateş, solunum problemi, beslenme problemleri, hipotermi olarak bulunmuştur (Jain ve Cheng 2006).

Sezaryen ile doğan olan GPY’ler ve term yenidoğanlar, normal doğan GPY’lere ve term yenidoğanlara göre daha fazla acil servise başvurmaktadır. Gastrointestinal problemler, solunum güçlüğü, ateş, hiperbilirubinemi, sepsis ve beslenme güçlüğü nedeniyle acil servise başvurular olmaktadır. %37 oranında GPY hayatlarının ilk ayında acil servise başvurmakta ve 5,7 gün hastanede kalmaktadır (Jain ve Cheng 2006).

2.8. Geç Preterm Yenidoğanlarda Görülen Sorunlar

2.8.1. Vct Sıcaklığındaki Dengesizlik

Yenidoğanla ilgilenen sağlık çalışanlarının bilmesi gereken en önemli Şey sağlıklı yenidoğanlarda vct sıcaklığının destek olmadan devam ettirilmesi sınırlıdır. Yenidoğan doğumdan hemen sonra ılık nemli intrauterin çevreden soğuk doğumhane odasına giriş yapar. Konduksiyon ve radyasyon ile ısı kaybını engellemek için yenidoğan önceden ısıtılmış radyant ısıtıcının altına alınmalı ya da stabil ise annenin göğsüne konulup ılık bir battaniye ile örtülmelidir (Verklan 2009).

Prematüre yenidoğanlarda soğuk stres daha çok görülmektedir.. Prematüre yenidoğanlar vcduna göre daha geniş yüzey alanına sahiptirler, sınırlı kahverengi yağ depoları vardır ve deri altı yağ dokuları azdır. Bir çok prematüre yenidoğan olgunlaşmamış epidermal bariyer nedeniyle transepidermal su kayıpları yaşamaktadır (Verklan 2009).

Bütün yenidoğanlar nötral termal ortam içinde olmalıdır. Nötral termal evre, bir ortamda herhangi bir cihaz ya da yöntem kullanılarak yenidoğanın normal vct sıcaklığını koruyarak oksijen tüketimini, glukoz ya da kahverengi yağ dokularının yakılmasını ve kalori harcamasını en aza indirebilmek için oluşturulan çevredir. Doğumdan hemen sonra yenidoğan kurulanmalı ve ılık battaniye ile sarılmalıdır. İlk 1 saat içinde 30 dk ara ile vct sıcaklığı aksillar olarak ölçülmelidir. Rektal perforasyon ve vagal stimulasyon nedeniyle rektal derece ölçümü bakım standartlarından kalkmıştır. Aksillar derecenin azalması, vcdun ısı regulasyon sisteminde bozulmaya işaret eder ve ısı regulasyonu sağlanmalıdır. İlk banyo vct sıcaklığı 36,3 C ile 36,9 C arasında stabil oluncaya kadar ertelenmelidir. Banyodan 30 dk sonra, yatağa alındıktan bir saat sonra, stabil olana kadar her dört saatte ve termal instabilite bulguları görülmedikçe yenidoğan taburcu olana kadar her 8 saatte bir vct sıcaklığı ölçülmelidir (Verklan 2009).

Soğuk stres belirtileri; apne, bradikardi, letarji, hipotoni, zayıf beslenme, solukluk ve ciltte renk değişiklikleridir. Metabolik asidozla birlikte metabolik hız atmıştır ve pulmoner vazokonstriksiyon meydana gelebilir. Geç preterm yenidoğanlarda termal nötral çevrenin devam ettirilmemesiyle birlikte önemli ölçüde oksijen tüketimi artmaktadır. GPY'ler için soğuk stres (34,5C ve 36,5C) hemen müdahale gerektiren en önemli sorunlar arasında yer alır (Laptook ve Jackdon 2006).

Sadece ılık battaniyeye sarılarak yenidoğanın ısı dengesi sağlanamayabilir. Soğuk stresteki yenidoğan zaman kaybetmeden önceden ısıtılmış radyant ısıtıcıya konmalı ya da cilt temasını sağlamak için annenin çıplak teni ile temas ettirilmelidir. Aynı zamanda hipotermi nedenleri araştırılmalı ısı kaybına neden olan mekanizmalar, konveksiyon, konduksiyon, evaporasyon ve radyasyon değerlendirilmelidir. Yeniden ısıtma sırasında vücut sıcaklığı çok çabuk yükseliyorsa ($>0,5^{\circ}\text{C}$) yenidoğan apne, taşikardi ve hipertermi yönünden yakından gözlenmelidir (Gardner 2007; Verklan 2009).

Taburcu olmadan önce yenidoğanın beşikte ve uygun giysiler giydirildiğinde, vücut sıcaklığını devam ettirebildiği kontrol edilmelidir. Aileler ısı dengesizliği belirti ve bulguları olan solunum değişikliği, ısı değişikliği ve beslenme değişiklikleri konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Ailelere ve bakıcılara aksiller derecenin normal sınırları öğretilmeli ve anormal durumlarda doktora başvurulması gerektiği belirtilmelidir. Soğuk stres en sık acile başvuru nedenlerinden biridir. Bakımdan sorumlu kişilere bebeğe banyo yaptırırken ısı kaybı en aza indirilmesi konusunda eğitim verilmelidir. Çevre ısısına göre kendileri nasıl giyiniyorsa bebeklerde o şekilde giydirilmelidir (Verklan 2009).

2.8.2. Solunum Sorunları

Yapılan çalışmalarda respiratuar distres'in artması nedeniyle YYBÜ'ye yatışların arttığı belirtilmektedir. GPY'lerde term yenidoğanlara göre daha fazla YDGTRDS, PPHT) ve solunum güçlüğü daha fazla görülmektedir (Dudell ve Jain 2006). Yeterli çalışma olmamasına rağmen ABD'de YYBÜ yatışların %33'ü 34 GH ve daha büyük GH'yi içermektedir. 34 GH'deki yenidoğanların yaklaşık %50'si YYBÜ yatmakta bu oran 35 GH için %15 ve 36 GH için %8 olarak bildirilmektedir. Uzun süreli morbidite hızlarının toplanması zor olmakla birlikte %9 oranındaki normal kiloda doğan yenidoğanların solunum güçlüğü nedeniyle neonatal dönemde öldüğü saptanmıştır (Dudell ve Jain 2006). YYBÜ yatan 34 GH'den büyük bütün yenidoğanlarda en çok RDS bulunmuştur. Aynı grup içinde YYBÜ mortalite nedeni konjenital anomaliler (%45) ve ilerleyen solunum güçlüğü (%21) saptanmıştır (Escobar ve ark. 2005). Geç preterm yenidoğanlarda en yaygın görülen komplikasyonlardan, RDS term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında GPY'lerde daha fazla rastlanmaktadır (Wang ve ark. 2004; Escobar ve ark. 2006; Jeffrey ve ark. 2009; Mateus ve ark. 2010).

RDS akut bir durumdur. Taşipne, çekilme, burun kanadı solunumu, inleme gibi doğumdan bir iki saat sonra solunum güçlüğünün artmasıyla ortaya çıkar. Geç pretermlerde akciğer dokusunun ve fonksiyonunun gelişmemesi, fetal akciğer sıvısının emiliminde gecikme olması ve surfaktan yetersizliği pulmoner kompliansın azalmasına ve pulmoner direncin artmasına neden olur. Vajinal doğumun sonrasında yenidoğandan salgılanan katekolaminler dolaşımında bulunmaktadır. Katekolaminler özellikle epinefrin akciğerlerdeki sıvının emilimini kolaylaştırır ve surfaktan yapımını artırır. Doğum sonrasındaki saatlerde pulmoner kompliansın devamını ve gelişimini sağlar (Dudell ve Jain 2006; Verklan 2009).

Bir çok geç preterm yenidoğan sezaryen ile doğmaktadır. Normal doğum eyleminin yaşanmaması GPY'de YDGT, RDS, PPHT ve solunum güçlüğü gelişmesine neden olur. Yapılan araştırmalarda GPY'lerde planlı sezaryen doğumların yedide birinde resesutasyon uygulandığı saptanmıştır. GPY doğumdan hemen sonra oksijen desteği ya da pozitif basınçlı ventilasyon gibi solunum desteği ihtiyacı yönünden sıkı takip edilmelidir. Sezaryenle doğumların ve GPY doğumların artmasıyla solunum sorunlarında da artma gözlenmiştir (Yoder ve ark. 2008).

Ekstrauterin hayata adaptasyonu engelleyecek komplikasyon gelişimini saptamak için 2 saat içinde genel fizik muayene yapılmalıdır. Solunum sisteminin değerlendirilmesinde solunum hızı, derinliği ve şekli tanımlanmalıdır. Yenidoğandaki inatçı taşipneler vücudun oksijen ihtiyacının arttığı ilk göstergesi olduğu için yakından araştırılmalıdır. Lenfatik sistem tarafından akciğerlerdeki sıvı absorbe edildiği için ilk bir saat içinde burun kanadı solunumu, inleme ve çekilmeler azalır. GPY'lerin akciğer gelişimi tamamlanmadığı için İlk 24 saat solunum 4 saat aralıklarla yakından gözlemlenmelidir (Dudell ve Jain 2006; Verklan 2009).

Solunum sıkıntısı gözlenen GPY'ler hemşireler tarafından yakından takip edilmeli ve gerekirse doktora bildirilmelidir. Saturasyon belirlenmeli ve ısıtılmış nemlendirilmiş oksijen desteği sağlanmalıdır. Solunum sıkıntısı ile birlikte GPY'ler damar yolundan özellikle glukoz ve kalsiyum içeren sıvı ve elektrolit desteği gerekebilir. Solunum sıkıntısının yaygın nedenleri arasında olan ısı dengesizliği, hipoglisemi ve beslenme yetersizliği varsa bu nedene yönelik girişimlerde bulunulmalıdır (Dudell ve Jain 2006; Verklan 2009).

Geç preterm bebeklerde prematüre apnesinin meydana gelme sıklığı ve bunun tedavisiyle ilgili çok az çalışma yapılmıştır. Geç preterm bebekler, ani bebek ölümü sendromu söz konusu olduğunda diğer bebeklere göre iki kat risk altındadır. 37 haftalık gebeliklerde ölüm oranı 1000'de 0,7 iken 33-36. haftalık gebeliklerde bu sayı 1000'de 1,4'tür. Yine de buna hangi mekanizmanın sebep olduğu tam olarak bilinmemektedir (Raju ve ark. 2006).

2.8.3. Hipoglisemi

Doğumda annenin kan glukoz düzeyinin %70-80 kadarı yenidoğanın kan glukoz düzeyini belirler. Kan glukozunun normal düzeyde tutulması karaciğer glukojenoliz (glikojenin glukozla dönüşmesi) ve glukoneojenez (glukozla dönüştürme) ile sağlanır. Doğumdan önce artan plazma katekolaminleri, glukagon konsantrasyonunda dalgalanmalar ve dolaşımdaki insülinde azalma görülmektedir. Hızlı bir şekilde yağ oksidasyonu artmakta ve aminoasitler glukozla dönüşmektedir. Bütün yenidoğanlarda serum glukoz düzeyi yaşamın yaklaşık birinci ve ikinci saati arasında en düşük seviyesine ulaşır. Term yenidoğanlara göre prematürelde serum glukoz konsantrasyonundaki azalma daha hızlıdır (Garg ve Devaskar 2006; Verklan 2009).

Kompansasyon mekanizması yardımıyla yenidoğan doğumdan hemen sonra beslenmese dahi ilk 2-4saat arasında glukoz düzeyi 40 mg/dl ile 100 mg/dl arasında stabilize olur. Hepatik glukojen beslenmeye başlamadıysa hızla tükenir. Yenidoğanın normal glukoz düzeyini devam ettirmesi glukoneojenez ve lipolize (yağların hidrolizi) bağlıdır. Yenidoğanların %8'inin yaşamların ilk 4 saatinde hipoglisemi geliştiği düşünülmektedir. Prematüre yenidoğanlarda hipoglisemi insidansı term yenidoğanlara göre üç kat fazladır ve bunların %66'sı intravenöz desteğe ihtiyaç duymaktadır (Garg ve Devaskar 2006; Verklan 2009).

Çeşitli sebeplerden dolayı GPY'lerde hipoglisemi gelişme riski yüksektir. Erken doğum nedeniyle yenidoğanın glikojen ve yağ dokusu azdır. Artan metabolik faaliyet için gerekli glukoz ihtiyacını karşılamada gelişmemiş karaciğer enzim sistemi nedeniyle gerekli olan glukoneojenez sınırlıdır. Pankreasın gelişmemiş olması nedeniyle serum glukoz düzeyinin düşük olmasına rağmen dolaşımdaki insülin miktarı fazladır. Aynı zamanda RDS, hipotermi, sepsis, perinatal stres/hipoksi, oral alımın azalması gibi medikal problemler nedeniyle GPY'nin glukoz ihtiyacı artmaktadır. Yenidoğan

hipoglisemisinin en sık nedeni yetersiz glukoz desteği ya da üretimidir. Yenidoğanlar yetişkinlere göre daha fazla glukoz desteğine (4- 6 mg/kg/dk) ihtiyaç duymaktadır (Garg ve Devaskar 2006; Verklan 2009).

Hipogliseminin nedeninin tanımlanması tartışmalı olabilir. Her yenidoğanın bireysel olarak ve klinik durum değerlendirilerek bir bütün olduğu düşünölmektedir.. Hipoglisemi genel olarak serum glukoz düzeyinin 40- 45 mg/dl'nin altında olmasıdır. Birçok klinisyen değerleri 50 mg/dL ile 70 mg/dL kadar yükseltilebilir. Belirti ve bulgular değişiklik göstermesi nedeniyle sağlık çalışanlarının tanı koyabilmesi için dikkatli olması gerekir. Hemşireler tarafından yapılan sık ve düzenli değerlendirmelerle belirti vermeyen ya da şüphelenilen durumlar yenidoğanın klinik durumuna bakılarak saptanabilir (Garg ve Devaskar 2006; Verklan 2009).

Beyin kullanılabilir toplam glukozun %80'ini harcamaktadır. İki önemli glukoz taşıyıcı isoforlar glukozu nöronlara ve astrositlere taşır. GLUT1 çoğunlukla kan beyin bariyerinde ve astrositlerde, GLUT2 ise nöronlarda bulunur. Ayrıca fizyolojik stres zamanlarında acil glukoz ihtiyacını karşılamak için astrositler glukojen depolamaktadır. Diğer substratlar (keton ve laktat gibi) aktif olarak astrositlere MCT1(monokarboksilat1) ve nöronlara MCT2 tarafından taşınır. Glukoz düzeyi düştüğünde alternatif enerji kaynağı olarak laktat kullanılmaktadır. Özellikle GPY'lerde önemli bir koruyucu mekanizma olan laktat döngüsü hipoglisemiye cevap verecek yeterlilikte değildir. Term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında GPY alternatif yakıtları (amino asit, serbest yağ asitleri, keton cisimleri ve gliserol) etkili bir şekilde kullanamamaktadır (Verklan 2009).

Beyindeki gelişmemiş koruyucu mekanizmalar nedeniyle zamanında saptanmazsa ve tedavi edilmezse hipoglisemiler GPY'lerde nörolojik hasarlar açısından risk oluşturmaktadır. Hipogliseminin takibi doğum öncesinde başlamalıdır. Perinatal/bebek hemşiresi doğum öncesinde ya da doğum sırasında yenidoğanda hipoglisemiye neden olabilecek annede ki olumsuz olayların farkında olmalıdır. Annenin doğum öncesi glukoz seviyesi, diyabet, prematüre labor ve tokoliz kullanımı ya da hamileliğe bağlı hipertansiyon gibi nedenlerle değişiklik gösterebilir. Doğum esnasında fetal bradikardi, korioamniotit, ablasyo plasenta ve resesutasyona neden olan perinatal asfiksi/hipoksi gibi durumlar hipoglisemiye neden olabilir (Verklan 2009).

Hipoglisemi semptomları gösteren ya da hipoglisemi açısından risk taşıyan GPY'ler yaşamlarının ilk 30-60 dakikasında plazma glukoz düzeyi takip edilmelidir. Plazma glukoz düzeyi 40 mg/dl'nin altına düşerse müdahale ve araştırma gereklidir. Plazma glukoz düzeyi ölçümleri için kullanılan aletlerin doğruluğundan emin olunmalıdır (Verklan 2009).

Stabil GPY'lerde erken ve sıklıkla anne sütü alması sağlanarak hipoglisemi önlenbilir ya da tedavi edilebilir. Emzirme doğumhanede başlamalı ve GPY her 2-3 saatte emzirilmelidir. Eğer mama ile besleniyorsa her 3-4 saatte beslenmelidir. Beslenmeden 30-60 dakika sonra plazma glukoz seviyesi tekrarlanmalı ve genel durum değişikliklerinde kan glukoz seviyesi kontrol edilmelidir. Eğer hipoglisemisi olan GPY beslenmeyi reddediyor ya da beslenmeyi tolere edemiyorsa 2 ml/kg'dan %10 Dekstroz puşe yapılması ve %10 Dextroz (4-6 ml/kg/dk ya da 80 ml/kg/gün) ile intravenöz sıvı desteği sağlanması gerekebilir. Hipogliseminin derecesine, glukoz ya da beslenme yanıtına, semptomların durumuna ve zamanla riskli durumun seyrine göre kan glukoz düzeyi 4 saatlik aralıklarla takibe devam edilmelidir. Aile eğitimlerinde hipoglisemi belirtileri, beslenme sıklığı, glukoz seviyesinin normal sınırlarda tutulması için başarılı emzirme veya gerekli durumlarda mama ile besleme yöntemleri öğretilmelidir (Garg ve Devaskar 2006; Verklan 2009).

2.8.4. Beslenme Güçlüğü

Gastrointestinal sistem gebelik boyunca gelişmeye devam eder yinede sınırdaprematüre yenidoğanlar laktoz, protein, lipid sindirimini ve emilimini daha kolay yapabilmektedirler. Ancak; özofagus, mide ve intestindeki sfinkter kontrolleri ve yutma ile peristaltik fonksiyonlar, term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında geç pretermelerde daha geç gelişir. Bu durum; doğumdan sonra geç pretermelerde emme ve yutma koordinasyonunu sağlayamama, yeterli biçimde anne sütüyle beslenememe, yavaş kilo alımı ve dehidratasyon gibi durumlara sebep olabilir (Raju ve ark.2006).

Yapılan çalışmalarda geç preterm yenidoğanlar (%36) term yenidoğanlarla (%5) karşılaştırıldığında anlamlı olarak artan hızda beslenme problemi yaşadıkları saptanmıştır. (Jeffrey 2009). Son çalışmalarda GPY'lerde hastaneye tekrar başvurma nedenleri arasında hastanede yatarken emzirme durumunun primer belirleyici olduğu bulunmuştur (Shapiro-Mendoza ve ark. 2006; Tomashek ve ark 2006). Anne sütü ile beslenen GPY'ler, anne sütü ile beslenen term yenidoğanlara göre 2,2 kat daha fazla

hastaneye kabul edilmektedir. Biberonla beslenen GPY'ler ile term yenidoğanlar arasında fark bulunmamıştır (Meier ve ark. 2007). Az sayıda hastane sonrası beslenme üzerine yapılan çalışmada beslenme güçlüğü nedeniyle hastaneye yatışlarda annelerin olumsuz etkilendiği ve mama ile beslenmeye geçmesine karşın bazı ailelerin de beslenmeye devam etmemeleri konusunda medikal öğüt aldıkları bulunmuştur (Meier ve ark. 2007). Beslenmeyle ilişkili olumsuzlukların önlenmesinde hastalıklardan korunmada emzirmenin en etkili şekilde yapılması anahtar rol oynamaktadır. Etkili bir şekilde emzirme yapılamamasının nedeni gelişmemiş beyin yapısı ve uyku-uyanıklık davranışının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. GPY'ler için ilk iki hafta yetersiz beslenme nedeniyle hastalıkların görülmesi yönünden risk taşımaktadır (Meier ve ark. 2007).

Sağlıklı bir anneden doğan term yenidoğan ilk 24 saat içinde 30 ml anne süt emebilir. Eğer laktasyon süreci normal ise ilk 48 saatte 100 ml'ye ve ilk haftanın sonunda 700 ml'ye kadar anne sütü artmış olur. Term yenidoğanlar yeterli miktarda anne sütü alamalarında sahip oldukları yağ ve glukojen depoları ihtiyaç duyulan kaloriye dönüştürülebilir. Buna karşın GPY'ler yüksek metabolik hız ve sınırlı yağ ve glukojen deposuna sahiptir. Isı dengesizlikleri kısa dönemde kahverengi yağ dokusunu ve sınırlı enerji depolarını tükettiği için hipoglisemi görüldüğü düşünülmektedir. GPY'nin etkili şekilde emmesine rağmen aldığı az miktardaki süt ile hiperbilirubinemi başlangıcı önlenemeyebilir (Meier ve ark. 2007).

Bebeğe ve anneye bağlı nedenlerden dolayı enteral beslenme çoğunlukla problemlidir. Prematüre doğuma bağlı olarak laktogenesisin gecikmesi nedeniyle anne sütünün gelmesi üç günü bulabilir. GPY'nin memeyi yakalamasında güçlük çekilebilir ya da yutma-nefes alma koordinasyonunda uyumsuzlukla karşılaşılabilir. Emme sırasında anne sütünün akışının sağlanması ve memenin uyarılması ilk günlerde yeterli olmayabilir. Aynı zamanda bunlar anne sütünün yavaş üretimine neden olur. Obezite, diyabet, gestasyonel hipertansiyon, sezeryan doğum ve çeşitli premarüre doğum nedenleri prolaktin seviyesinin düşmesiyle ilişkilidir. Prolaktin erken dönemde ilk sütün üretiminde önemlidir. Postpartum dönemde anne bebek ilişkisini sağlamak ve sütün gelişini ya da emzirmeyi etkileyecek olumsuz şartları ortadan kaldırmak gerekmektedir (Ahmed 2009; Verklan 2009).

Term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında GPY'ler uykuya meyilli, kuvvetli emmeleri daha az ve daha kolay yorulurlar. GPY'lerin emmesinin tam gelişmediği bilinmektedir. GPY'de açıkma belirtilerinin görülmesi tam olarak gözlenemediği için sağlık çalışanları bunu erken sepsis olarak düşünebilir ve gereksiz yere anne ile bebeğin ayrılmasına ve beslenmenin ertelenmesine neden olabilirler. Beslenme güçlüğü devam ederse hipoglisemi, soğuk stres, dehidratasyon, hiperbilirubinemi ve tartı kaybı gelişme riski artmaktadır. Bu nedenle beslenme sırasında GPY yakından takip edilmelidir. Beslenme güçlükleri hastanede kalma süresinin uzamasına neden olmaktadır. Beslenme güçlüğü ve hipoglisemi term yenidoğanların %5'inde görülürken GPY'lerin %27'sinde görülmüş ve intravenöz sıvı takılması ile sonuçlanmıştır (Walker 2008; Verklan 2009).

GPY 24 saatte 8-12 defa uyandırılarak beslenmesi gerekebilir. GPY tarafından meme tamamen boşaltılmadığı için süt üretiminin devamının sağlanmasında ianne desteklenmelidir. Hemşire her üç saatte bir GPY ve anne emzirme yönünden gözlenmelidir. Yeterli süt alımını değerlendirmek için GPY her beslenme öncesi ve sonrası tartılabilir. Günlük olarak anneye emzirme danışmanlığı yapılmalı, gerekirse yapay meme ucu kullanımı yönünde anneye önerilerde bulunularak GPY'nin memeyi daha kolay kavraması, emmesi ve süt salgılanmasının uyarılması sağlanabilir (Verklan 2009).

Hastaneden taburcu olmadan önce en az 24 saat başarıyla memeyi emdiği gözlenmeli ve kaydı tutulmalıdır. Taburcu olduktan sonra beslenme sorunları görülebilecek belirtiler anneye anlatılmalı ve komplikasyonlarda gecikmeden hastaneye başvurması konusunda bilgilendirilmelidir (Verklan 2009).

2.8.5. Hiperbilirubinemi

Hiperbilirubinemi ya da sarılık, bütün yenidoğanların hastaneye yatış nedenleri arasında ilk sırada yer alır. Bilirubin üretimi ile emilimi arasındaki dengesizlik nedeniyle sarılık meydana gelebilir. Yenidoğanların eritrosit ömürlerinin kısa olması, eritrosit volümlerinin artması ve konjuge bilirubin atılma yollarının tam gelişmemiş olması hiperbilirubinemiye neden olmaktadır. Beslenme güçlükleri olan GPY'lerde gastrointestinal sistem motilitesinin düşük olması konjuge bilirubin geri emilimini ve enterohepatik dolaşıma katılımını güçleştirir. GPY'lerin anne sütü ile yetersiz beslenmesi şiddetli hiperbilirubinemiye ve geri dönüşü olmayan kernikterusa neden olabilmektedir. Akut bilirubin ensefolapatisi olarakta bilinen kernikterusun sonucunda

kalıcı beyin hasarı, işitme kaybı, dişlerin mine tabakasında bozukluklar görülebilir. Yetersiz anne sütü alımı kernikterusun önemli nedenleri arasındadır. GPY'lerin term yenidoğan gibi düşünülerek doğumdan 48 saat sonra taburcu edilmesi şiddetli hiperbilirubinemi ile acil servise başvuruyu arttıran sebepler arasındadır. GPY'ler term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında şiddetli hiperbilirubinemi gelişmesi riski iki kat fazladır. İlk 24 saat içinde sarılık gelişen her yenidoğan patolojik hiperbilirubinemi açısından değerlendirilmelidir (Meier ve ark. 2007).

Zamanında doğan bebeklerle karşılaştırıldığında, geç pretermelerin daha fazla fizyolojik sarılık riskine maruz olduğu ve sarılık kaynaklı beyin hasarına karşı daha dayanıksız olduğu belirlenmiştir. Yeterli sarılık değerlendirmesi ve sağlık takibi yapılmadan hastaneden taburcu olma riskleri vardır. Bu nedenle, geç preterm bebeklerde daha fazla hiperbilirubinemiye bağlı beyin hasarı görülme riski vardır. (Raju ve ark. 2006).

Özellikle anne sütü ile beslenen GPY'ler beslenme ve enteral alımları açısından değerlendirilmelidir. Sarılık her zaman görsel olarak değerlendirilemeyebilir. Bu nedenle serum total bilirubin düzeyi ya da transkütan bilirubin düzeyi ile değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir. Hastaneden taburcu olduktan 72 saat sonra GPY'nin izlem için polikliniğe gelmesi önerilmektedir. Taburcu olurken eğitimleri ve polikliniğe gelecekleri gün ve saat belirlenerek bebeğin gerekli kayıtları ailelere verilmelidir (Verklan 2009).

Beslenme yöntemi ne olursa olsun, term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında GPY'lerde sarılık yönünden risk altındadır. Özellikle hastaneden taburcu olmadan önce GPY'nin beslenme durumu sarılık için belirleyicidir. Bir çok klinisyen bu sarılığı "anne sütü sarılığı" olarak yorumlamaktadır. Bunun yerine "yetersiz anne sütü alımı sarılığı" ya da "açlık sarılığı" olarak tanımlamak daha doğru olur. Dışkılamanın seyrek olması, enterohepatik dolaşımda bilirubin artması ve bilirubinün bağırsaklardan emiliminin az olması nedeniyle bilirubin seviyesi kernikterusa kadar giden hızlı bir yükseliş gösterir. En önemli etiyojisi doğumdan sonra yetersiz anne sütü alımı olan klinik sarılığa yavaş kilo alma ya da dehidratasyon da eşlik eder (Meier ve ark. 2007). Yapılan çalışmada özellikle LGA olan, anne sütü ile beslenen GPY'ler term yenidoğanlara göre çok daha fazla kernikterus geliştiği saptanmıştır (Bhautani 2006). GPY'ler genellikle doğum sonrası ilk 7 gün içinde, özellikle 4 ile 5. günde daha fazla şiddetli sarılık veya yetersiz

beslenme nedeniyle hastanelerin acil servislerine ya da doktorlara başvurmakta dırlar. Ailelerle yapılan telefon gürüşmelerinde GPY'lerin beslenmede zayıflık, aşırı uyuma ve artan sarılık görünümünde olduğu belirtilmiştir. Yetersiz beslenen bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra daha fazla morbidite ile karşılaştıkları düşünölmektedir. Klinisyenler sadece beslenme problemine odaklanmak yerine beslenme problemiyle birlikte görölebilecek hastalıklarında göz önünde bulundurmalıdır (Verklan 2009).

2.8.6. Sepsis

İmmunsistemin gelişmemiş olması nedeniyle prematüre yenidoğanın bağışıklık sistemi baskılanmış olabilir. Korioamnionit, doğum eyleminin erken başlaması ve prematüre doğumların nedenlerinden biri olmasının yanında yenidoğanın doğum eylemi sırasında enfeksiyon kazanma riskinide arttırmaktadır. Yenidoğanlarda İlk 72 saatte meydana gelen erken sepsislerin neredeyse tamamı perinatal kökenlidir. Sepsise neden olan en yaygın patojen B grubu streptokoklar ve Escherichia colidir. Korioamnionit yanında 18 saatten daha uzun süren erken membran rüptürü ve maternal ateş de prematüre doğuma ve sepsis riskine neden olan faktörler arasındadır. Zamanından önce doğmaları nedeniyle anneden fetüse antikor transferi tamamlanamadığı için GPY'ler term yenidoğanlara göre daha fazla risk altındadır. Tanı konulması zor olması nedeniyle sağlık personeli sepsise karşı uyanık olmalıdır. Erken başlangıçlı sepsiste tanı konulması güçleşirse hastalık ve ölüm riski artmakta ve hastanede yatma süresi uzamaktadır. Sepsis belirtileri prematüre yenidoğanın diğer hastalık belirtileri ile aynı özellik taşımaktadır. Isı dengesizliği, solunum güçlüğü, beslenmede değişiklikler, hipoglisemi, letarji, huzursuzluk, ve hiperbilirubinemi sepsisin en çok görölen belirtilerindendir. Hemşire maternal risk faktörleri göz önünde bulundurularak sepsis şüphesi olabilecek GPY'leri yakından takip etmelidir. Hemşireler maternal faktörlerin yanında perinatal asfiksi, zorlu doğumlar, erkek cinsiyet ve çoğul gebelikler gibi GPY'lerde sepsise neden olabilecek hazırlayıcı faktörlerinde farkında olmalıdır. GPY'lerde anneden kazanılan pasif bağışıklığın az olması nedeniyle el yıkama gibi enfeksiyon kontrol önlemleri göz önünde bulundurulmalıdır (Verklan 2009).

2.8.7. Nörolojik Gelişim

GPY'lerin beyin dokusunun tam gelişmediği bulunmuştur. 34 ve 36. gestasyon haftasında doğanların beyin ağırlıkları term bebeklerle karşılaştırıldığında sırasıyla %65

ile %80'ine sahip oldukları gösterilmektedir. Beyin gelişiminin önemli bir bölümünün bu dönemde gerçekleştiği bilinmektedir. 34GH'da beyinin kortikal volümü term yenidoğanın %50'si kadardır. Beyinin büyük bir bölümünün bu dönemde büyümesi gelişmesi ve nöral ağ sisteminin kalanının tamamlanması gerekmektedir. Beyin gelişiminin bu hassas döneminde meydana gelebilecek yaralanmalar nöral ve glial gelişimin kesintiye uğrama riskini arttırmaktadır (Kinney 2006).

Prematüre yenidoğanlarda ağır intraventriküler kanamalar (IVK) ve periventriküler lökomalazi (PVL) en çok görülen nörogelişimsel komplikasyondur. Gestasyon yaşı düştükçe görülme riski artmaktadır. Germinal Matrix 36. GH'ye kadar gelişimini devam ettirmesine rağmen geleneksel olarak GPY'lerde İVK düşünülmemektedir. Kanamanın en çok görüldüğü yer olan germinal matrix aynı zamanda serebral ve glial hücrelerin merkezinde bulunur. Bu bölgedeki bir hasar nöral gelişimi olumsuz yönde etkiler. Rutin olarak GPY'ler IVK açısından ya da sekelleri açısından hastaneden taburcu olmadan ya da yapılan izlemlerde kontrol edilmemektedir. Beyin yapısının %50'si gelişmediği için GPY'lerde beyaz alanın hasar görme riskide yüksektir (Kinney 2006).

Term bebeklerle karşılaştırıldığında, geç pretermilerin beyinleri daha az gelişmektedir. 35 haftalık bir gebelikte, beyin yüzeyinde dikkate değer oranda daha az sulkus bulunduğu tahmin edilmektedir. Aynı zamanda geç preterm bebeklerin beyin ağırlığının normal bebeklere nazaran %60 oranda daha az ağırlıkta olduğu düşünülmektedir. Hamileliğin son 4 haftasında, agiri, sulkus, sinaps, dentrit, akson, oligodendrotis, astrosit ve mikroglia oranlarında inanılmaz bir artış olmaktadır (Raju ve ark. 2006).

2.8.8. Uzun Süreli Sonuçlar

Uzun dönem nörogelişimsel çalışmalar sayıca çok az olmakla birlikte bu bebeklerin ilerde belirgin davranış problemleriyle karşı karşıya olduklarını gösteren yayınlar mevcuttur (Gray ve ark. 2004).

Yapılan çalışmalarda GPY'ler eğitim sisteminde eğitim harcamalarının da önemli ölçüde etkilenmektedir. Hayatlarının ilk 3 yılında GPY'ler sıklıkla gelişim geriliği tanısı almaktadır ve okul öncesi özel eğitim gereksinimi term yenidoğanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda GPY'lerin okul öncesi eğitimlerinde zorlanma daha çok görülmektedir.(Moster ve ark. 2008). GPY'lerde gelişebilecek

nörolojik hasarın anlaşılması ve nörogelişimsel olarak negatif etkilenme ve optimal nörolojik gelişimin korunması için stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir (Engle ve ark. 2007).

Okul başarısı ile ilgili yapılan bir çalışmada 32-36 GH'de doğan 2780 çocuk ana okulu 1. sınıf ve 5. sınıfta değerlendirilmiş ve zamanında doğan çocuklarla okul başarısı karşılaştırılmıştır. 32-34 GH'de doğan çocuklar 34-36 GH'de doğanlara göre daha fazla özel eğitime ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Çoğul doğumların okul başı puanları daha düşük saptanmıştır. 34-36 GH'de doğan çocuklar zamanında doğanlara göre daha düşük okul başarısına sahip olduğu ve daha fazla özel eğitime ihtiyacı olduğu bulunmuştur. GPY'lerin değerlendirmede kullanılan öğretmen akademik değerlendirme ölçeklerine göre okuma ve matematik yetenekleri anasınıfı, 1. Sınıf ve 5. Sınıfta zamanında doğanlara göre daha düşük saptanmıştır (Chyi ve ark. 2008).

Henüz geç preterm bebeklerin uzun süreli nörogelişimsel durumuyla ilgili çok az çalışma yapılmıştır. Bu nedenle geç preterm doğumlardan sonra meydana gelen nörolojik durumlar, öğrenme zorlukları, düşük okul başarısı ve davranışsal problemlerin ne oranda olduğu konusunda yeterince veribulunmamaktadır. 869 DDA bebeğin baz alındığı bir çalışmada gebeliğin 34-37 hafta arasında doğan 8 yaşındaki kohortlarında klinik olarak önemsenecek derecede davranışsal bozukluk gösterdiğini gözlemlemiştir. Bu oran aynı yaş grubundaki kohortlarla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir (Raju ve ark. 2006).

İngiltere'deki doğum ağırlıklarına ile iskemik kalp hastalığından ölüm oranları arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş ve düşük doğum ağırlıklı olan bireylerde mortalitenin daha yüksek olduğunu görmüşlerdir. İskemik kalp hastalığı için yüksek kan basıncının majör risk faktörü olduğu ve doğum ağırlığı küçüldükçe hipertansiyon riskinin de arttığını belirtmişlerdir (Köksal ve ark. 2004).

Farklı toplumlardaki pek çok çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. İngiltere Hertfordshire'dan elde edilen bilgilere göre erken postanal ve fetal büyüme yetişkinlerde bozulmuş glikoz tolerans testine yol açabilmektedir. Ortalama yaşları 64 olan erkeklerde yapılan bu çalışmada düşük doğum ağırlıklı olan grupta, yüksek doğum ağırlığı olan gruba oranla daha yüksek oranda bozulmuş glikoz tolerans testine sahip oldukları görülmüştür. Benzer ilişkinin bireylerin 1 yaşlarındaki ağırlıkları arasında da olduğu saptanmıştır (Köksal ve ark. 2004).

2.9. Sağlık Bakım Kuralları

Bilgi verme, danışmanlık yapma ve anne-babaların endişelerini giderme gibi hemşirelik yaklaşımlarının, özellikle doğumdan sonraki ilk üç ayda anneliğe uyum ile annenin kaygılarını giderme ve bebek bakımı konusunda annenin öz güven geliştirmesinde önemli olduğu belirtilmekte, annelik rolüne uyumda öz-güven ve prenatal dönemde başlayan sosyal destek arasında pozitif bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (Yıldız D 2008).

Gelişmiş ülkelerdeki yasalara göre anne ve bebekler; normal vajinal doğumdan sonra 48 saat, sezaryen ile doğumlardan sonra ise 96 saat hastanede kalırlar. Ancak bazı anneler evlerine daha erken gitmeyi tercih ederler. Ülkemizde normal vajinal doğumdan genellikle 24 saat sonra anne ve bebekler taburcu edilmektedir. Taburcu olma zamanı; anne ve bebeğin gereksinimlerine, isteklerine ve ilk bakım veren ekibin anne ve bebeğin durumunu değerlendirme sonuçlarına göre değişir (Yıldız S 2008).

Taburcu olduktan sonra bakım çok önemlidir. AAP doğumdan sonra 48 saatten daha kısa sürede evine giden tüm yenidoğanlara, evine gittikten sonraki bakımın sağlık bakımı veren profesyoneller tarafından sağlanmasını önermektedir. Bu bakım taburcu olduktan sonraki 48 saat içinde olmalı ve tercihen evde, klinikte ya da muayenehanede sağlanmalıdır (Yıldız,S 2008). Geç pretermilerin daha yakından izlenmesi ve izlemlerinde mortalite ve morbidite riskleri açısından dikkatli olunması önerilmektedir (Kramer ve ark. 2000, Escobar ve ark. 2006).

Doğum sonrası hemşirenin eğitim ve danışmanlık yaparken olumlu ebeveyn-bebek ilişkisini sağlamak ve sürdürmek için stratejiler gerekebilir. Özellikle başarılı bebek bakım becerileri geliştirmek ve optimal bebek gelişimini sağlamak için anne-babalara danışmanlık verilmelidir. Bu nedenle bebeğin motor aktiviteleri, beslenmesi, oyun, dil gelişimi ve disiplini hakkında ebeveynlere rehber olacak dokümanlar verilmelidir (Yıldız, D 2008).

Gebelik süresinden çok spesifik doğum ağırlığı çoğu zaman hastanede yatma süresini belirleyen etki olarak görülmektedir. Bazı yerlerde, 1500 gr ve altındaki bebekler “yüksek risk” grubunda tanımlanmaktadır. Bu aynı zamandabazı bebeklerin gebelik süresi veya doğum ağırlığına göre yüksek risk grubunda olmadığına işaret etmektedir. “. Ne var ki, gebelik süresi, doğum sonrası ağırlık, bebeğin gebelik için

SGA ya da LGA olması ya da medikal şartlar; bir bebeğin risk grubunda olup olmadığını değerlendirme sürecinde göz önünde bulundurulması gereken etkenlerdendir (Raju ve ark. 2006).

2.10. Taburcu Olmada Önerilen Kriterler

GPY'nin taburcu olma kriterleri, hem yüksek riskteki yenidoğanlar hem de term yenidoğanlar için geliştirilmiş kriterlerle benzerlikler gösterir. GPY'ler term yenidoğanlara göre neonatal hastalığa yakalanma ve ölüm oranları daha yüksek risk taşımaktadırlar. GPY ebeveynleri, taburcu olduktan sonra yakın takip edilmesinin yanında hastaneden taburcu olmadan önce özel talimatlara ve rehberliğe ihtiyaç duyabilirler. Anne sütü alan, ilk doğum olan, hastanede bakıma ihtiyaç duyan ve hastalığa yakalanma risk faktörleri taşıyan GPY'lerin anne ve babaları eğitime en çok ihtiyacı olanlardır. İlk defa anne olan GPY annelerine etkili beslenme, beslenmenin değerlendirilmesi, sıvı kaybı ve hiperbilirubineminin tespit edilmesi gibi konularda eğitimler verilmesi önemlidir. Bu eğitimler nedeniyle hastanede kalış süresinde uzamalar görülebilir (Engle ve ark. 2007).

Riskli prematürelere taburcu olmasından önce fizyolojik olgunlaşmanın tam olduğunun değerlendirilmesi, beslenme becerisinin sağlanmasını, vücut ısısının düzenlenmesi ve anne eğitimlerinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Aynı zamanda tıbbi, ailevi, çevresel ve sosyal risk faktörlerinin müdahaleleri değerlendirilmesini, planlama izlem zamanlarının ayarlamasını kapsamaktadır (Medoff-Cooper ve ark. 2005; AAP 2008).

GPY'nin en az taburcu olma kriterleri aşağıdaki gibidir (AAP 2008):

- Gestasyon yaşı tam olarak belirlenmiştir.
- Taburcu olma zamanı bireyseldir. Tıbbi hastalık ve sosyal risk faktörlerinin olmamasının yanında beslenme becerisine ve vücut ısı dengesine bağlıdır. GPY'ler genellikle doğumdan 48 saat geçmeden yeterli becerileri kazanmaları beklenemez.
- Devam eden tıbbi bakım ihtiyacı olan GPY'ler için hastaneden taburcu olduktan sonraki 24-48 saat içinde hekim tarafından bir ziyaret belirlenmelidir. Kilo almada problem olan durumlarda ek ziyaretler istenilebilir (Shaw 2008).

- Vital değerlerin, referans aralıklarında olduğu ve taburcu olmadan önceki 12 saat boyunca stabil olduğu kayıtlarda bulunmalıdır. Vital değerler için solunum sayısının 60/dk'dan düşük olması, nabızın 100-160/dk. olması ve vücut sıcaklığının kot yatakta uygun bir kıyafetle aksillar $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,4^{\circ}\text{C}$ olmasını kapsamaktadır.
- En az bir defa spontan olarak gaitasını yapmış olmalıdır.
- 24 saatlik başarılı emzirmenin gözlenmesi gerekmektedir. Emme-yutma refleksini ve emme sırasında nefes almasını koordinasyonunuyapma becerisini göstermelidir. Doğumdaki ağırlığının günde %2 -3'den daha fazlasının kaybı ya da hastanede kaldığı süre boyunca doğumdaki ağırlığın en fazla % 7'sinin kaybı dehidrasyon açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.
- Sağlık personeli tarafından doğumdan sonra en az iki defa annenin emzirme pozisyonunun gözlemlenmesi, bebeğin yakalama ve yutma becerilerinin kontrol edilmesi ve bu konularda gerekli kayıtların tutulması önerilmektedir.
- Aile tarafından anlaşılabilir bir beslenme planı geliştirilmelidir.
- Ağır hiperbilirubinemi gelişme riski değerlendirilmeli ve uygun izlem planı oluşturulmalıdır.
- GPY'nin fiziksel değerlendirmesinde ve hastanede bakımının devamını gerektirecek anormallikler saptanmamalıdır.
- Hastanede sünnet olduktan en az iki saatlik aktif bir kanama olduğuna dair belirtinin olmaması gerekmektedir.
- Annenin ve GPY'nin gerekli laboratuvar sonuçları dosyasında bulunmalıdır.(Maternal sifiliz, antiHBS-Ag, kordon ya da bebek kan grubu, direk Coombs test sonuçları vb.)
- İlk Hepatit B aşısı yapılmalı ya da olması için bir randevu ayarlanmalıdır.
- Kurum politikalarına uygun olarak 24 saatlik beslenmeden sonra tarama testleri yapılmalı ya da yapılması için gerekli randevular verilmelidir.

- Eğitimli sağlık personeli tarafından GPY uygun araba koltuğuna yerleştirilerek bradikardi, apne ve oksijen saturasyonunda değişiklikler açısından bir problem olmadığı gözlemlenmelidir.
- İşitme testi yapılmış ve sonuçlar kaydedilerek aile ya da bakıcılarla tartışılmalıdır. Gerekli durumlarda izlem planı yapılmalıdır.
- Ailevi, çevresel, ve sosyal risk etkenleri değerlendirilmelidir. Risk etkenleri tanımlandığında bunlar çözümlenemezse ya da bebeği korumak için bir plan oluşturulamazsa, taburcu olma ertelenebilir. Bu risk etkenleri aşağıdakileri kapsar:

1. Tedavi edilmemiş madde bağımlılığı, GPY’de ya da annede pozitif toksikolojik test sonuçları, bağımlılık sendromu;
2. Çocuk istismarı ya da ihmal geçmişi;
3. Anne babada psikolojik hastalık varlığı;
4. Sosyal destek eksikliği, özellikle tek başına, ilk defa anne olanlarda;
5. Hamilelik boyunca evsizlik;
6. Devam eden ya da geçmişte yaşanmış aile içi şiddet öyküsü;
7. Diğer faktörlerle birlikte adölesan annelik.

Taburcu olmadan önce ebevenler ya da bakıcı aşağıda belirtilen konularda bilgi ya da eğitim almış olmalı ya da yeterlilik göstermelidir (Pados 2007):

- a) GPY’nin hastane seyri ve şu anki durumu;
- b) Anne sütü ile beslenen GPY’ler için idrar ve gaita özellikleri (yazılı ve sözlü açıklamalar önerilmektedir.);
- c) Göbek bakımı, cilt bakımı, ve genital bakımı;
- d) Özellikle enfeksiyon riskini azaltmak için el hijyeni;
- e) Koltuk altı ısısını ölçmek için termometre kullanımı;
- f) Uygun kıyafet kullanımını değerlendirme;
- g) Hiperbilirubinemi, sepsis ve dehidratasyon gibi hastalık yaygın belirti ve semptomlarını tanıma;

- h) Sarılık için değerlendirme;
- i) Uyku sırasında sırt üstü yatma pozisyonunu da içeren, güvenli uyku ortamının sağlanması;
- j) Araba güvenlik koltuğunun kullanılmasını, duman/ yangın alarmlarının gerekliliğini, sigara dumanı ve pasif içiciliğinin zararlarını da içeren güvenlik konularında bilgilendirilmesi (Tedeschi 2007);
- k) Acil durumlarda yapılacaklar ve uygun tepkiler;
- l) Kardeş ilişkileri ve bakım sorumluluklarında uygun dahil olma.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı nitelikte ve deney kontrol düzeninde gerçekleştirilen bu araştırma , veri toplama aracı olarak anket kullanılarak kesitsel yöntemle yapılmıştır. Çalışma, geç preterm yenidoğanların annelerine doğum sonrası çocuk bakımı konusunda eğitim vererek, verilen eğitimle evde bakımın sürdürülebilirliğini, olası hastalıkların işaret ve belirtilerinin farkındalığını sağlayarak, hastaneye tekrar yatışlarını en aza indirmek amacıyla prospektif yapıda planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH) etik kurulu tarafından 29.04.2009 tarihinde alınan kararla etik açıdan uygun görülmüş ve onaylanmıştır. Araştırma hastanenin Doğum Sonu Servisi ile Sezaryen Servislerinde yapıldı. Ayrıca doğum sonrası hastanede yatan olgular Prematüre Servisinde araştırmaya alındı. Sezaryen uygulanan anneler ortalama üç gün, normal doğum yapan anneler bir gün hastanede kalmaktaydı.

1 Haziran 2009- 1 Eylül 2009 tarihleri arasında, 34-36 gestasyon haftasında tekil doğan prematüre yenidoğanlar araştırmaya alındı. Araştırmaya katılan geç preterm yenidoğanlar birinci ve üçüncü aylarda prematüre polikliniğinde izlendi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Çalışmanın evrenini TC. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH'da 1 Haziran 2009- 1 Eylül 2009 tarihleri arasında, 34-36 gestasyon haftasında tekil doğan geç pretermelerden oluşmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri arasından pişik ve gözde sarı akıntı/çapaklanma sıklığının (%30), eğitim verilen (deney) ve kontrol grupları arasında 4 katı farkı % 95 güven ve % 80 güç ile saptayabilecek teorik örneklem büyüklüğü $32 \times 2 = 64$ olgudur (Breslow ve Day 1991 pp. 294-297). Bu tarihlerde doğan tüm geç pretermeler araştırma örneklemini için hedef grup olarak seçilerek, örneklemin büyüklüğü belirlenmiştir. Çalışmamızda, araştırmanın veri toplama aşaması için belirlenen tarihlerde doğan tüm geç prematürelere örnekleme dahil edilerek teorik örneklem büyüklüğü sağlanmıştır.

Araştırma süresince geç preterm toplam 94 yenidoğana ulaşıldı. Olgu kayıpları nedeniyle 70 geç preterm yenidoğan araştırma kapsamına alındı (N=70). Belirlenen tarihlerde sırasıyla, ilk doğan deney grubuna ikinci doğan kontrol grubuna alınacak biçimde, 35 yenidoğan deney grubunu diğer 35 yenidoğan kontrol grubunu oluşturdu. Deney grubuna alınan yenidoğanların annelerine hastanede buldukları süre boyunca, yenidoğan konusunda deneyimli hemşire (araştırmacı) tarafından bebek bakımı konusunda 20 dk'dan oluşan iki ziyaret yapıldı. Verilen eğitim, temel yenidoğan bakımını ve hastalık belirtilerini kapsamaktadır. Her iki gruptaki bebeklerin birinci ve üçüncü ayda izlemleri araştırmacı tarafından yapıldı.

Geç preterm sekiz bebek araştırma kriterlerine uymadığı için araştırmaya alınmadı. Kriterlere uyan dokuz prematüre bebeğin annesi araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Yedi prematüre bebeğin annesi evleri uzak olduğu için izlemlere gelemedi. Araştırma süresi boyunca kayıp olguların yerine yeni olgular alındı.

3.3.1. Bebek Seçim Kriterleri

- 34-36 gestasyon haftaları arasında doğmuş olması. Gestasyon haftası anne son adet tarihinden eminse Nagele Formülü (Son adet tarihi+7 gün -3 ay) (Sohl ve Moore 1998 pp. 90-101) kullanılarak hesaplandı. Eğer son adet tarihi bilinmiyorsa Formlar bölümünde bulunan "Yeni Ballard Skorlaması" ile gebelik haftası tespit edildi (Ballard ve ark. 1991).
- Doğumsal anomalisi bulunmaması
- Üçüncü düzey yoğun bakımda yatmamış olması
- Tekil gebelik olması
- Hastanede 20 günden fazla kalmamış olması
- Sepsis, vb ağır enfeksiyonlar nedeniyle hastanede yatmamış olması

3.3.2. Anne Seçim Kriterleri

- Daha önce prematüre bebek bakımı konusunda eğitim almamış olması
- En az ilkokul mezunu olması

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Anneye doğum sonrası hastanede kaldığı süre boyunca verilen eğitim, annenin eğitim durumu, çocuk sayısı, aylık gelir, prematüre bebeğin hastanede kalma durumu, çocuk bakımında yardımcı olacak bireyin varlığı, evde sigara kullanan birey sayısı, evde kalan birey sayısı.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Anne sütü ile beslenme, emzirme, bebeğin tartı artışı ve bakımı konularında annelerin endişeli olma durumu, mama kullanılan öğün sayısı, bebeğin bakımı sırasında karşılaşılan sorunlar (pişik, göbek çevresinde kızarıklık, gözde akıntı, konak, deride kızarıklık), acile başvurma sayısı, taburcu olduktan sonra hastanede tekrar yatma durumu, evde antibiyotik kullanma durumu ve prematüre bebek sahibi olma konusunda kaygılı olma durumu.

3.5. Veri Toplama Araçları

- Anne bebek tanıtım formu
- İzlem Formu 1
- İzlem Formu 2

3.5.1. Anne bebek Tanıtım Formu

Çalışma kapsamında araştırmacı ve danışmanı tarafından 27 adet kapalı uçlu soru içeren Anne-bebek tanıtım formu oluşturuldu. Bebek bakımında etkisi olacağı düşünülen özellikler forma eklendi. Formda, üç ana konuda değerlendirme yapılmaktadır. Demografik özellikler, hamilelik-doğum-bebek ile ilgili özellikler ve bakıcı-alışkanlıklar-yaşam tarzı ile ilgili özelliklere yönelik tanımlayıcı analizlerin elde edilmesi amaçlanmıştır. Bebek bakımına etkisi olabilecek özelliklerin saptanması amaçlanarak bakım açısından risk etkenleri değerlendirilmiştir.

3.5.2. İzlem Formu 1

Çalışma kapsamında araştırmacı ve danışmanı tarafından hazırlanan form, 25 adet kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu formda verilen eğitimin birinci ayda bakıma etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Verilen eğitimle prematüre bakımı konusunda

endişenin azalacağı, anne sütü ile beslenmenin sürdürülebileceği ve hastaneye yatma-acile başvurma durumunda düşüş öngörülmüştür. Bu amaçla, endişe durumu, anne sütü ile beslenme, bakım, kontrol-hastaneye yatma ve vitamin desteği- tartı artışı özellikleri sorgulanmıştır.

3.5.3. İzlem Formu 2

Araştırmacı ve danışmanı tarafından hazırlanan form, 17 adet kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu ikinci formla, verilen eğitimin üçüncü ayda bakıma etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Endişe durumu, anne sütü ile beslenme, bakım, kontrol-hastaneye yatma ve vitamin desteği- tartı artışı özellikleri sorgulanmıştır.

3.6. Eğitim Araçları

Araştırmacı ve danışmanı tarafından prematüre bebeğin bakımına yönelik literatür bilgisine dayanılarak eğitim broşürü oluşturuldu (Contemporary pediatrics 2007; Neyzi ve Bulut 2007 pp. 79-102; Umur 2008; Jorgensen 2008; ABM protocols 2010; Poudre Valley Health System 2010). Eğitim broşürünün içeriği:

- Göbek Bakımı
- Göz Bakımı
- Banyo
- Bebeğin Giysileri
- Bebeğin Alt Temizliği
- Bebeğin Vücut sıcaklığı
- Bebeğin Uykusu
- Bebekte Dikkat Edilmesi Gerekenler/ Ciddi hastalıklar
- Anne sütü ve Emzirme
- Sağılmış Sütün Saklanması

3.7. Eğitim Kontrol Listesi

Olgu grubunda eğitim alan her anneye araştırmacı tarafından oluşturulan kontrol listeleri uygulanarak, uygulamaların doğru yapılıp yapılmadığı denetlendi. Kontrol listeleri ziyaretler sırasında annenin uygulamaları gözlenerek dolduruldu.

3.8. Uygulama

Anketler uygulanmaya başlamadan önce beş vakada pilot çalışma yapıldı. Pilot çalışma sonrasında gerekli düzenlemeler yapıldı.

Daha sonra, örnek seçim kriterlerine uyan annelerle tanışıldı ve araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerle görüşülerek anne-bebek tanıtım formu dolduruldu. Kontrol grubunda bulunan anneler hastanenin rutin eğitimlerini aldılar. Deney grubunda olan her anneler hastanenin rutin eğitimlerinin yanında hastaneden taburcu olmadan önce 20 dk'dan oluşan iki ziyaret yapıldı. Deney grubunda bulunan her anneye birinci ziyarette, bebek bakımı eğitimi ve ilgili yazılı materyal verildi. İkinci ziyarette kontrol listesi doldurularak eğitimi verilen uygulamalar değerlendirildi. Sezaryan olan anneler taburcu olmadan önce ziyaret edildi. Normal doğum yapan anneler hastanede bir gün yattıkları için eğitim ve değerlendirme aynı gün içinde yapıldı.

Araştırmaya katılan tüm anneler birinci ayda ve üçüncü ayda hastanenin prematüre polikliniğine çağrıldı. Bu değerlendirmeler sırasında, sırasıyla, İzlem Formu 1 ve İzlem Formu 2 doldurularak bebekler tartıldılar.

Eğitimler, yenidoğan ve prematüre bakımında ve izleminde deneyimli araştırmacı hemşire tarafından verildi. Değerlendirmeler yine aynı araştırmacı tarafından yapıldı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında istatistik programı yardımı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler için ortalama, standart sapma, frekans kullanılırken bağıntı analizinde Student's-t testi, ve Ki- Kare testleri uygulandı.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

- Araştırmanın yapıldığı hastane koşulları nedeniyle eğitimler ayrı bir odada yapılamadı. Annelerin kaldığı odalar gezilerek mümkün olan en uygun saatte eğitimlerin verilmesi gerçekleştirildi.
- Normal doğum yapan annelerin hastanede bir gün kalması eğitimin aynı gün içinde değerlendirilmesini zorunlu kıldı.
- Bazı ailelerin araştırmayı kabul etmelerine karşın çeşitli nedenlerle (evlerinin uzak olması ya da telefonla ulaşılamama gibi) izlemlere gelmemeleri nedeniyle olgu kayıpları oluştu.
- Eğitimlerde sözel anlatım teknikleri kullanıldı. Basit uygulamalar annelere yaptırıldı. Banyo gibi kapsamlı uygulamalar ise sözel olarak anlatıldı.
- Eğitimler ve izlemler araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Analizler ve Bağntı Analizleri

Formdaki verilerin tanımlayıcı analizleri frekans, yüzde ve ortalama gibi istatistiksel yöntemler kullanılarak yapılmıştır. Bağntı analizinde χ^2 ve student's t testleri kullanılmıştır. Sonuçlar tablo ve grafiklerle gösterilmiştir.

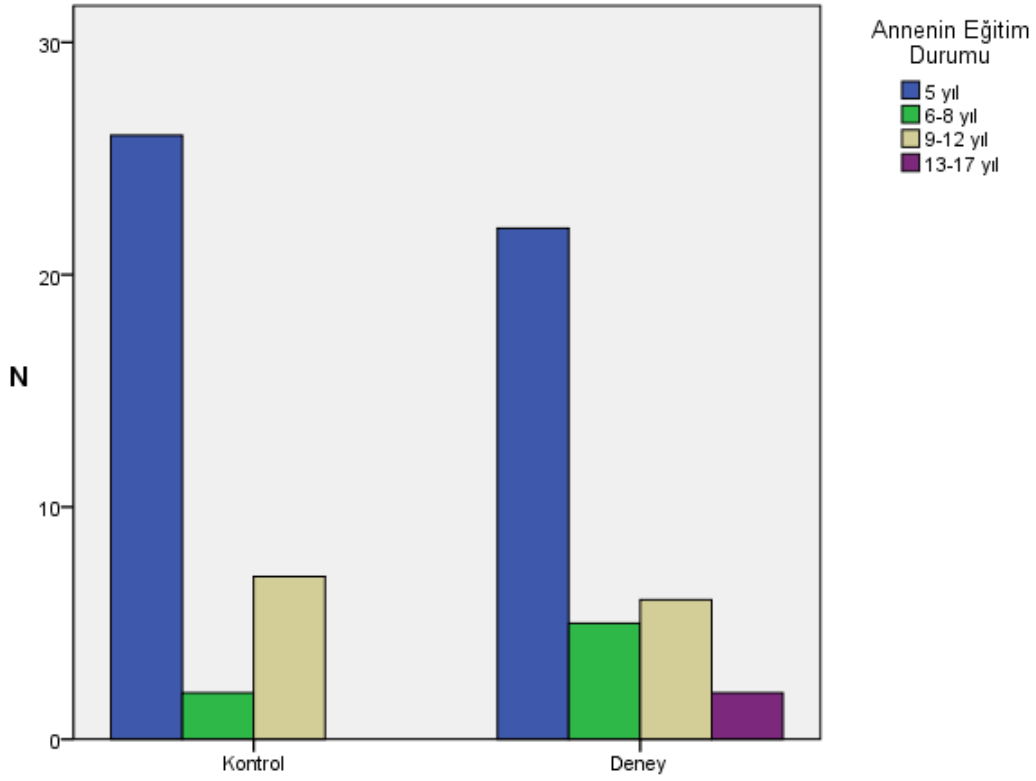
4.2. Anne-Bebek Tanıtım Formu İle İlgili Analizler

4.2.1. Demografik Özellikler

Deney ve kontrol grubunun olgu sayısı (N=35) eşittir. Olguların demografik özelliklerini özetleyen deney grubu ve kontrol grubunun sonuçları Tablo 4-1'de gösterilmektedir.

Annelerin yaş ortalaması deney grubunda $27,57 \pm 4,66$ ve kontrol grubunda $27,60 \pm 5,69$ olarak bulunmuştur ($t=0,023$, $df=68$, $p=0,950$). Annelerin yaş gruplarına bakıldığında deney grubunda 1 kişi (%2,9) 19 yaş ve altında, 3 kişi (%85,7) 20-34 yaş arasında, 4 kişi (%11,4) 35 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Kontrol grubunda 19 yaş ve altı 2 kişi (%5,79) , 20-34 yaş arası 27 kişi (%77,1), 35 yaş ve üzeri 6 kişi (%17,1) bulunmuştur. Tüm olguların %81,4'ü 20-24 yaş arasında bulunmaktadır. Deney ve kontrol grupları arasında yaş grupları değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=0,891$ $df=2$ $p=0,614$).

Annelerin eğitim durumuna bakıldığında deney grubunda bulunan 22 anne (%62,7) 5 yıllık eğitim aldığını, 5 anne (%14,3) 6-8 yıllık eğitim aldığını, 6 anne (%17,1) 9-12 yıllık eğitim aldığını ve 2 anne (%5,7) 13-17 yıllık eğitim aldığını ifade etmiştir. Kontrol grubundaki 26 anne (%74,3) 5 yıllık eğitim aldığını, 2 anne (%5,7) 5-8 yıllık eğitim aldığını, 7 anne (%20) 9-12 yıllık eğitim aldığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda 13-17 yıllık eğitim alan anne yoktur. Şekil 4-1'de Deney ve kontrol grupları arasında annenin eğitim durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=3,696$ $df=3$ $p=0,296$ $p>0,05$).



$$\chi^2 = 3,696 \text{ df}=3 \text{ p}=0,296 \text{ p}>0,05$$

Şekil 4-1: Annenin Eğitim Durumu

Annelerin çalışma durumuna bakıldığında deney grubunda 5 anne (%14,3) çalıştığını, 30 anne (%85,7) çalışmadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda 1 anne (%2,9) çalıştığını, 34 anne (%97,1) çalışmadığını ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında annelerin çalışma durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 2,914 \text{ df}=1 \text{ p}=0,198 \text{ p}>0,05$).

Babaların yaş ortalaması deney grubunda $31,09 \pm 4,61$, kontrol grubunda $30,23 \pm 5,69$ olarak bulunmuştur ($t = -0,692 \text{ df}=68 \text{ p}=0,324$). Babaların yaş gruplarına bakıldığında deney grubunda 2 kişi (%5,7) 24 yaş ve altında, 24 kişi (%68,6) 25-34 yaş arasında, 9 kişi (%25,7) 35 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Kontrol grubunda 24 yaş ve altı 7 kişi (%20), 25-34 yaş arası 21 kişi (%60), 35 yaş ve üzeri 7 kişi (%20) bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında babaların yaş grupları değişken

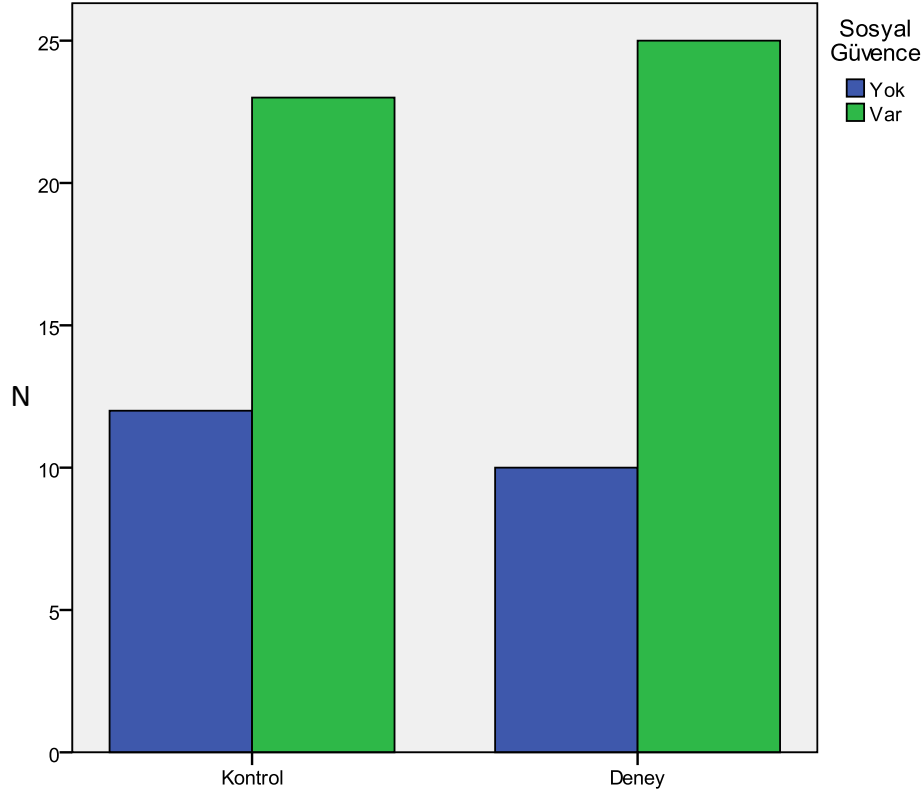
kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 3,228$ df=2 p=0,199 p>0,05).

Babaların eğitim durumuna bakıldığında deney grubunda bulunan babaların 11'i (%31,4) 5 yıllık eğitim aldığını, 12'si (%34,3) 5-8 yıllık eğitim aldığını, 9'u (%25,7) 9-12 yıllık eğitim aldığını ve 3'ü (%8,6) 13-17 yıllık eğitim aldığını ifade etmiştir. Kontrol grubundaki babaların 10'u (%28,6) 5 yıllık eğitim aldığını, 9'u (%25,7) 5-8 yıllık eğitim aldığını, 14'ü (%40) 9-12 yıllık eğitim aldığını, 2'si (%5,7) 13-17 yıllık eğitim aldığını ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında babaların eğitim durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 1,763$ df=3 p=0,623 p>0,05).

Babanın çalışma durumuna bakıldığında deney grubunda 34 kişi (%97,1) çalıştığını, 1 kişi (%2,9) çalışmadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda 31 kişi (%88,6) çalıştığını 4 kişi (%11,4) çalışmadığını ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında babaların çalışma durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 1,986$ df=1 p=0,356 p>0,05).

Babanın mesleği sorusuna deney grubunda 19 kişi işçi (%55,9), 4 kişi memur (%11,8), 6 kişi serbest meslek (%17,6) ve 5 kişi diğer (%14,7) meslek grubundan olduğunu ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda 22 kişi işçi (%71), 1 kişi memur(%3,2), 5 kişi serbest meslek (%16,1) ve 3 kişi diğer (%9,7) meslek grubundan olduğunu ifade etmişlerdir. Deney ve kontrol grupları arasında babaların meslek grupları değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 2,477$ df=3 p=0,479 p>0,05).

Sosyal güvence sorusuna deney grubunda 25 kişi (%71,4) kişi sosyal güvencesinin olduğunu, 5 kişi (%28,6) sosyal güvencesinin olmadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda 23 kişi (%65,7) sosyal güvencesinin olduğunu, 12 kişi (%34,3) sosyal güvencesinin olmadığını ifade etmiştir. Şekil 4-2'de deney ve kontrol grupları arasında sosyal güvencenin varlığı değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,265$ df=1 p=0,657).



$$\chi^2 = 0,265 \text{ df}=1 \text{ p}=0,657 \text{ p}>0,05$$

Şekil 4-2: Sosyal Güvence Varlığı

Aylık gelir durumu sorgulandığında deney grubunda 20 kişi (%57,1) gelirin giderden az olduğunu, 15 kişi (%42,9) gelirin gidere denk olduğunu ifade etmiştir. Kontrol grubunda 19 kişi (%54,3) gelirin giderden az olduğunu, 16 kişi (%45,7) gelirin gidere denk olduğunu ifade etmiştir. Her iki grupta da gelirin giderden yüksek olduğunu ifade eden kişi yoktur. Deney ve kontrol grupları arasında aylık gelir durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,058$ $df=1$ $p=0,810$ $p>0,05$).

Grupların demografik özellikleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Grupların varyansları homojen yapıdadır.

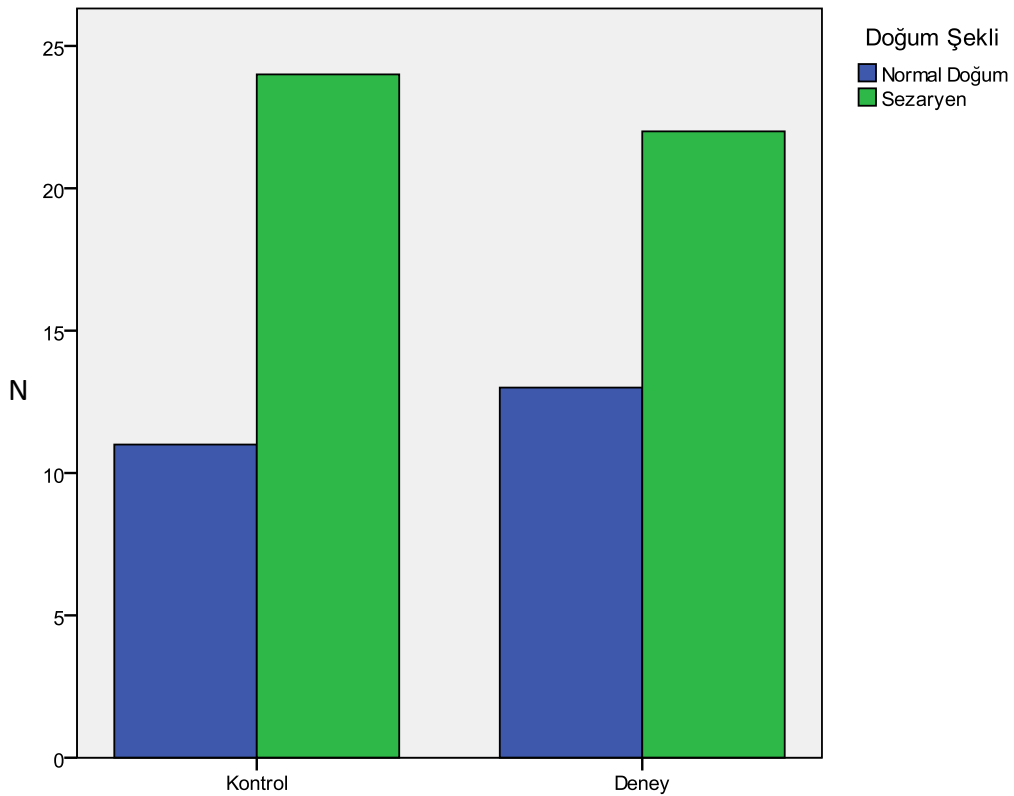
Tablo 4-1: Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Özellikleri

	Deney	Kontrol			
	N(%)	N(%)	X ²	df	P
Annenin Yaş Grupları			0,891	2	0,614
19 ve ↓	1 (2,9)	2 (5,7)			
20-34	3 (85,7)	27 (77,1)			
35 ve ↑	4 (11,4)	6 (17,1)			
Annenin Eğitim Durumu			3,696	3	0,296
5 yıl	22 (62,7)	26 (74,3)			
6-8 yıl	5 (14,3)	2 (5,7)			
9-12 yıl	6 (17,1)	7 (20)			
13-17 yıl	2 (5,7)	0			
Annenin Çalışma Durumu			2,917	1	0,198
Evet	5 (14,3)	1 (2,9)			
Hayır	30 (85,7)	34 (97,1)			
Babanın Yaş Grupları			3,228	2	0,199
24↓	2 (5,7)	7 (20)			
25-34	24 (68,6)	21 (60)			
35↑	9 (25,7)	7 (20)			
Babanın Eğitim Durumu			1,763	3	0,623
5 yıl	11 (31,4)	10 (28,6)			
6-8 yıl	12 (34,3)	9 (25,7)			
9-12 yıl	9 (25,7)	14 (40)			
13-17 yıl	3 (8,6)	2 (5,7)			
Babanın Çalışma Durumu			1,986	1	0,356
Evet	34 (97,1)	31 (88,6)			
Hayır	1 (2,9)	4 (11,4)			
Babanın Mesleği			2,477	3	0,479
İşçi	19 (55,9)	22 (71)			
Memur	4 (11,8)	1 (3,2)			
Serbest Meslek	6 (17,6)	5 (16,1)			
Diğer	5 (14,7)	3 (9,7)			
Sosyal Güvence			0,265	1	0,657
Var	25 (71,4)	23 (65,7)			
Aylık Gelir			0,058	1	0,810
Gelir giderden az	20 (57,1)	19 (54,3)			
Gelir gidere denk	15 (42,9)	16 (45,7)			
Gelir giderden yüksek	0	0			

4.2.2. Gebelik ve Doğum İle İlgili Özellikler

Anne-bebek tanıtım formunda bulunan gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerin analizleri Tablo 4-2’de gösterilmektedir.

Doğum şekli ile ilgili olarak deney grubun %37,1’i (13 kişi) normal doğum yaptığını, %62,9’u (22 kişi) sezaryen olduğunu, kontrol grubunun %31,4’ü (11 kişi) normal doğum yaptığını, %68,7’si (24 kişi) sezaryen olduğunu ifade etmiştir. Örneklemine geneline bakıldığında %34,3’ü (24 kişi) normal doğum yaptığını, %65,7’si (46 kişi) sezaryen olduğunu ifade etmiştir. Şekil 4-3’de Deney ve kontrol grupları arasında doğum şekli değişken kategorilerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gösterilmektedir ($\chi^2 = 0,254$ df=1 p=0,615 p>0,05).



$\chi^2 = 0,254$ df=1 p=0,615 p>0,05

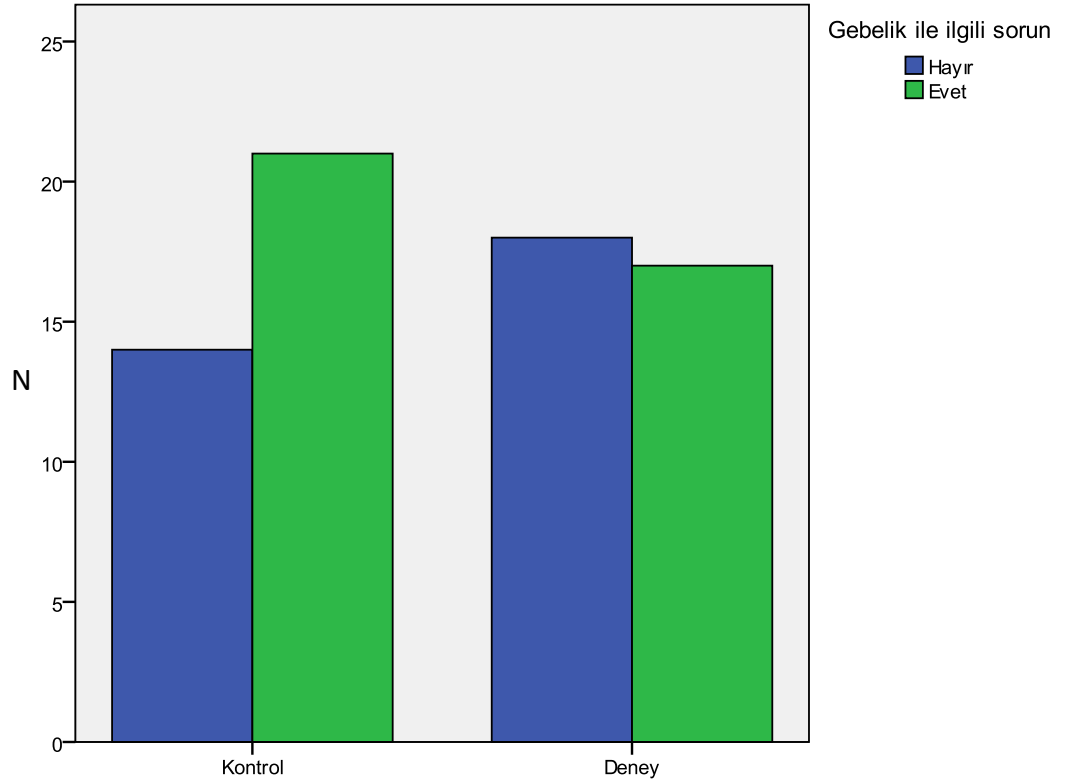
Şekil 4-3: Doğum Şekli

Düşük yapma durumu ile ilgili olarak: deney grubunun %20'si düşük yaptığını, %80'i düşük yapmadığını, kontrol grubunda %31,4'i düşük yaptığını, %82,9'u düşük yapmadığını ifade etmiştir. Örneklemin geneline baktığımızda %81,4'ü (57 kişi) düşük yapmadığını, %18,6'sı (13 kişi) düşük yaptığını ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında düşük yapma durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,094$ df=1 p=0,759 p>0,05).

Bu çocuk hariç evde bulunan çocuk sayısı ile ilgili soruya deney grubunda %37,1'i (13 kişi) evde çocuğunun bulunmadığını, %42,9'u (15 kişi) 1 çocuğu olduğunu, %14,3'ü (5 kişi) evde 2 çocuğu olduğunu, %5,7'si (2 kişi) evde 3 çocuğu olduğunu ifade etmiştir. Kontrol grubunda %45,7'si (16 kişi) evde çocuğunun bulunmadığını, %40'ı (14 kişi) evde 1 çocuğunun bulunduğunu, %14,3'ü (5 kişi) evde 2 çocuğunun bulunduğunu ifade etmiştir. Kontrol grubunda evde üç çocuğu bulunan kişi yoktur. Deney ve kontrol grupları arasında çocuk sayısı değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 2,345$ df=3 p=0,504 p>0,05).

Önceki doğumlarda prematürelilik öyküsü ile ilgili soruya deney grubunun %8,6'sı (3 kişi) "evet", %91,4'ü (32 kişi) "hayır"; kontrol grubunun %14,3'ü (5 kişi) "evet", %85,7'si (30 kişi) "hayır" cevabını vermiştir. Deney ve kontrol grupları arasında prematüre doğum yapma durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,565$ df=1 p=0,71 p>0,05).

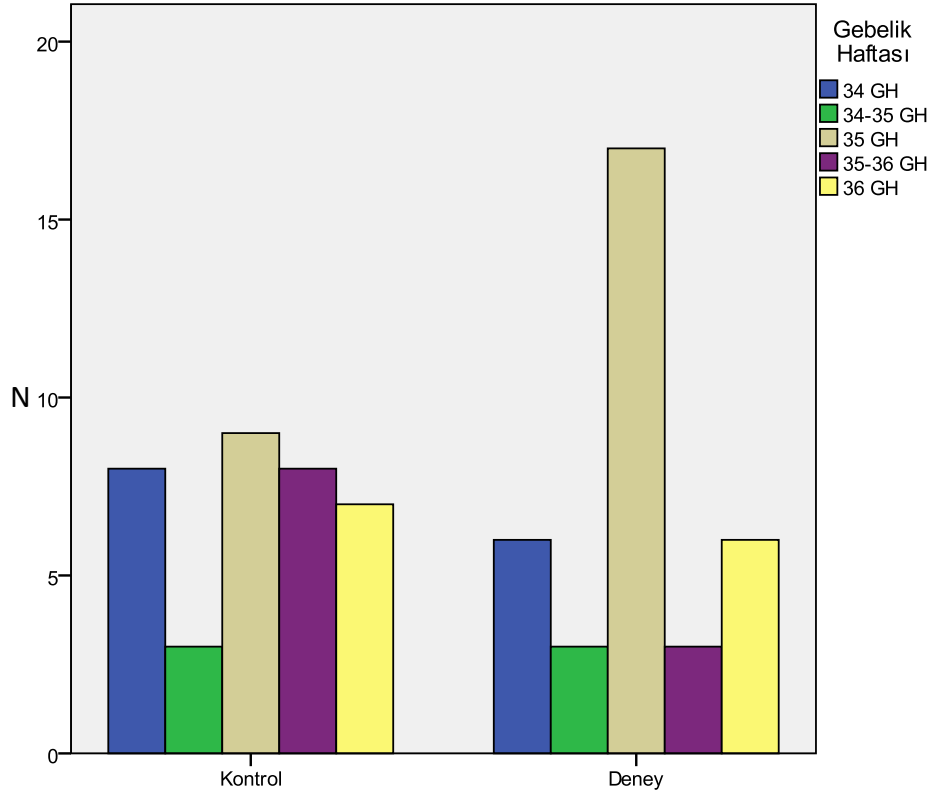
Gebelik ile ilgili sorun yaşanması ile ilgili soruya deney grubun %48,6'sı (17 kişi) "evet", %51,4'ü (18 kişi) "hayır"; kontrol grubunun %60'ı (21 kişi) "evet", %40'ı (14 kişi) "hayır" cevabını vermiştir. Örneklemin geneline bakıldığında %54,3'ü (38 kişi) hamilelik problemi yaşadığını, %45,7'si (32 kişi) hamilelik problemi yaşamadığını ifade etmiştir. Şekil 4-4'te deney ve kontrol grupları arasında hamilelik problemi değişken kategorilerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,921$ df=1 p=0,472 p>0,05).



$$\chi^2 = 0,921 \text{ df}=1 \text{ p}=0,472 \text{ p}>0,05$$

Şekil 4-4: Gebelik İle İlgili Sorun

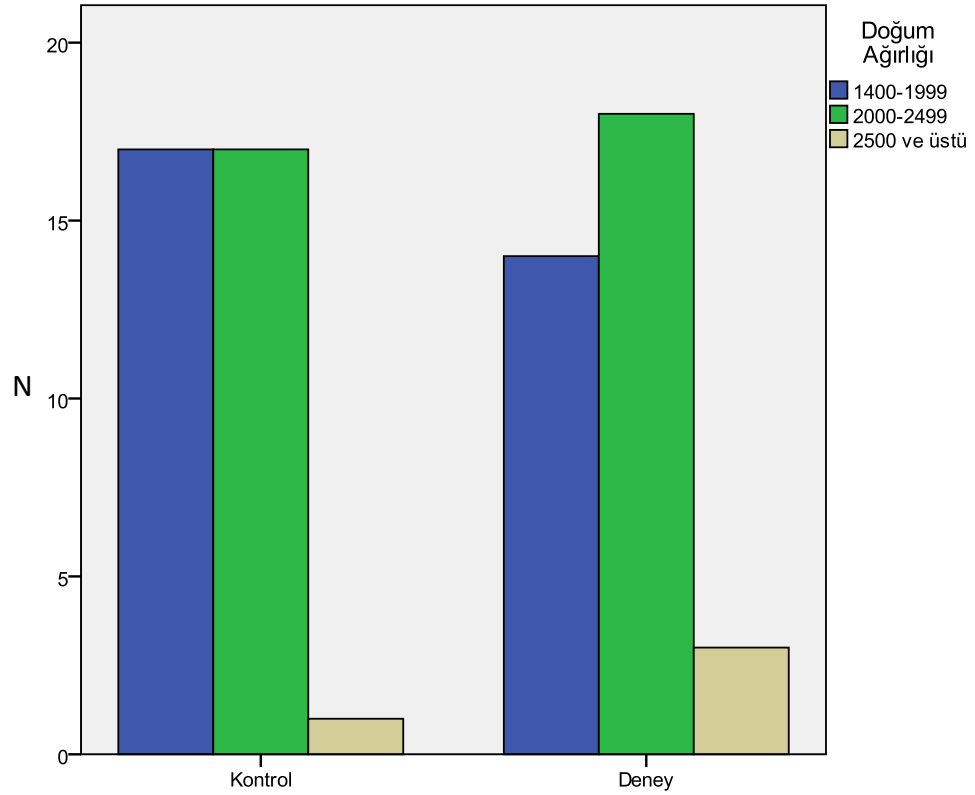
Bebeğin gestasyon haftasına bakıldığında deney grubundaki %17,1 bebek 34 GH, %8,6 bebek 34-35 GH, %48,6 bebek 35 GH, %8,6 bebek 35-36 GH, %17,1 bebek 36 GH olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda %22,9 bebek 34 GH, %8,6 bebek 34-35 GH, %25,7 bebek 35 GH, %22,9 bebek 35-36 GH, %20 bebek 36 GH olarak bulunmuştur. Şekil 4-5'te deney ve kontrol grupları arasında gestasyon haftası değişken kategorisinin dağılımı görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=5,097$, $df=4$, $p=0,277$ $p>0,05$).



$$\chi^2 = 5,097 \text{ df}=4 \text{ p}=0,277 \text{ p}>0,05$$

Şekil 4-5: Gebelik Haftası

Bebeğin doğum ağırlığı ortalamaları deney grubunda ortalama $2076 \pm 291,402$ g bulunmuştur. Kontrol grubunda doğum ağırlığı ortalama $2040 \pm 271,027$ g bulunmuştur. Ağırlık gruplarına bakıldığında deney grubunun %40'ı (14 bebek) 1400-2000 g, %51,4'ü (18 bebek) 2000-2500 g, %8,6'sı (3 bebek) 2500 g ve üstü doğmuştur. Kontrol grubunun %48,6'sı (17 bebek) 1400-2000 g, %48,6'sı (17 bebek) 2000-2500 g, %2,9'u (1 bebek) 2500 g ve üstü doğmuştur. Şekil 4-6'da deney ve kontrol grupları arasında doğum ağırlığı değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 1,319 \text{ df}=2 \text{ p}=0,519 \text{ p}>0,05$).



$$\chi^2 = 1,319 \text{ df}=2 \text{ p}=0,519 \text{ p}>0,05$$

Şekil 4-6: Doğum Ağırlığı

Bebeğin cinsiyetine bakıldığında deney grubunun %42,9'u. (15 bebek) kız, %57,1'i (20 bebek) erkektir. Kontrol grubunda %45,7'si (16 bebek) kız, %54,3'ü (19 bebek) erkektir. Örneklemin genelinde %44,3'ü (31 bebek) kız, %55,7'si (39 bebek) erkektir. Deney ve kontrol grupları arasında bebeklerin cinsiyet değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,058 \text{ df}=1 \text{ p}=0,810 \text{ p}>0,05$).

Bebeğin doğumdan hemen sonra hastanede yatış süresine bakıldığında deney grubunda bebeklerin ortalama $7,67 \pm 3,67$ gün, kontrol grubunda $9,86 \pm 4,80$ gün hastanede kaldığı ifade edilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında bebeklerin hastanede yatış süresi değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($T=1,357 \text{ df}=28 \text{ p}=0,344 \text{ p}>0,05$).

Doğumdan hemen sonra hastanede kalma nedenine bakıldığında deney grubunun %66,7'si (8 bebek) solunum sıkıntısı, %33,3'ü (4 bebek) hiperbilirubinemi nedeniyle hastanede yatmıştır. Kontrol grubunda %77,8'i (14 bebek) solunum sıkıntısı, %5,6'sı (1 bebek) prematürelilik, %11,1'i (2 bebek) hiperbilirubinemi, %5,6'sı (1 bebek) enfeksiyon nedeniyle hastanede kalmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında bebeklerin hastanede kalma nedeni değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 3,232$ $df=3$ $p=0,357$ $p>0,05$).

Tablo 4-2: Gebelik ve Doğum İle İlgili Özellikler

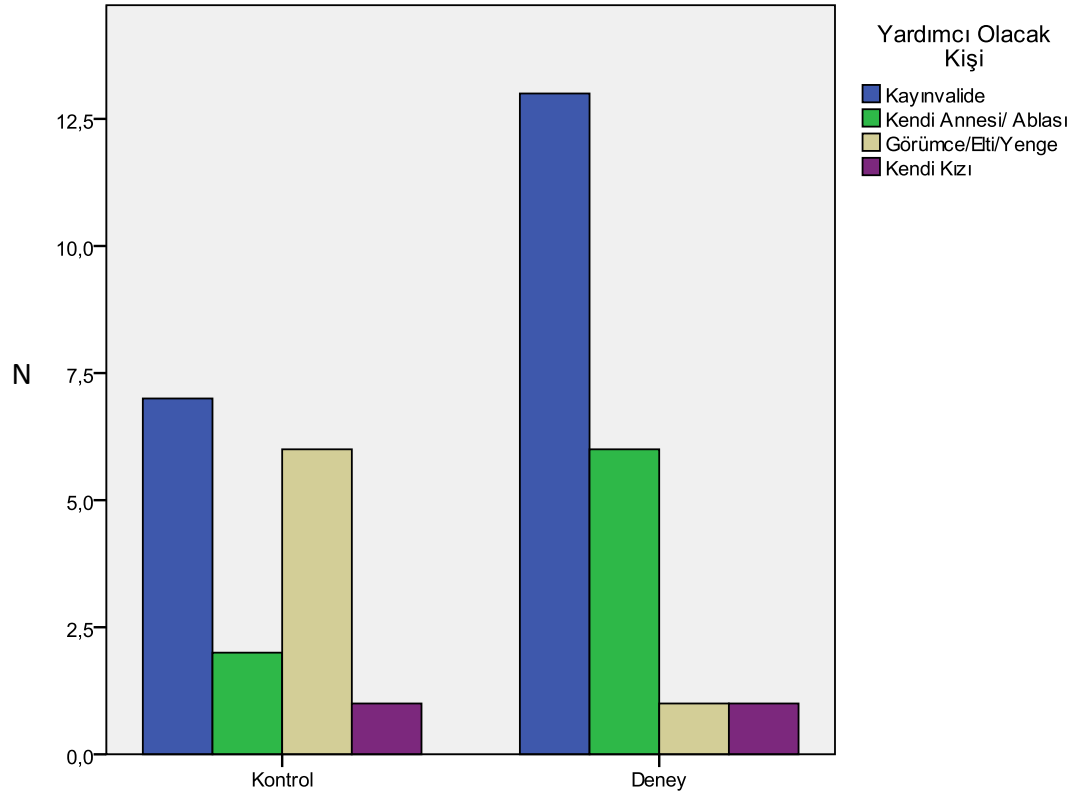
	Deney	Kontrol				
	N (%)	N(%)	X ²	T	df	P
Doğum Şekli			0,254		1	0,615
Normal Doğum	13 (37,1)	11 (31,4)				
Sezaryen	22 (62,9)	24 (68,7)				
Düşük Yapma			0,094		1	0,759
Evet	7 (20)	6 (17,1)				
Hayır	28 (80)	29 (82,9)				
Yaşayan Çocuk Sayısı			2,345		3	0,504
Yok	13(37,1)	16 (45,7)				
1 çocuk	15 (42,9)	14 (40)				
2 çocuk	5 (14,3)	5 (14,3)				
3 çocuk	2 (5,7)	0				
Önceki Doğumlarda Prematürelilik			0,565		1	0,710
Evet	5 (14,3)	3 (8,6)				
Hayır	30 (85,7)	32 (91,4)				
Gebelik sorunu			0,921		1	0,472
Var	17 (48,6)	21 (60)				
Yok	18 (51,4)	14 (40)				
Gestasyon Haftası			5,097		4	0,277
34 GH	6 (17,1)	8 (22,9)				
34-35 GH	3 (8,6)	3 (8,6)				
35 GH	17 (48,6)	9 (25,7)				
35-36 GH	3 (8,6)	8 (22,9)				
36 GH	6 (17,1)	7 (20)				
Bebeğin doğum ağırlığı	2076,03± 291,402	2040,29± 271,027		-0,531	68	0,607
Ağırlık Grupları			1,319		2	0,519
1400-1999	14 (40)	17 (48,6)				
2000-2499	18 (51,4)	17 (48,6)				
2500 ve üstü	3 (8,6)	1 (2,9)				
Bebeğin Cinsiyeti			0,058		1	0,810
Kız	15 (42,9)	16 (45,7)				
Erkek	20 (57,1)	19 (54,3)				
Bebeğin Hastanede Kalış Durumu			2,100		1	0,147

Evet	12 (34,3)	18 (51,4)			
Hayır	23 (65,7)	17 (48,6)			
Hastanede kalış Süresi	7,67±3,67	9,86±4,80	1,357	28	0,344
Hastanede kalış Nedeni			3,232	3	0,357
Solunum Sıkıntısı	8 (66,7)	14 (77,8)			
Prematürelilik	0	1 (5,6)			
Hiperbilirubinemi	4 (33,3)	2 (11,1)			

4.2.3. Yaşam Tarzı-Bakıma Yardım İle İlgili Özellikler

Anne-Bebek Tanıtım Formunda bulunan yaşam tarzı ve bakıma yardımla ilgili özellikler Tablo 4-3'te gösterilmiştir.

Bakıma yardımcı kişi sorusuna deney grubunun %40'ı (14 kişi) bakıma yardımcı olacak kişinin olmadığını, %37,1'i (13 kişi) kayınvalidesinin, %17,1 (6 kişi) anne ya da ablasının, %2,9'u (1 kişi) görümce,elti ya da yengesinin, %2,9'u (1 kişi) kendi kızının yardımcı olacağını belirtmiştir. Kontrol grubunda %54,3'ü (19 kişi) bakıma yardımcı olacak kişinin olmadığını, %20'si (7 kişi) kayınvalidesinin, %5,7'si (6 kişi) anne ya da ablasının, %17,1'i (6 kişi) görümce,elti ya da yengesinin, %2,9'u (1 kişi) kızının yardımcı olacağını belirtmiştir. Şekil 4-7'de deney ve kontrol grupları arasında bakıma yardımcı olacak kişi değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 8,129$ df=4 p=0,087 p>0,05).



$$\chi^2 = 8,129 \text{ df}=4 \text{ p}=0,087 \text{ p}>0,05$$

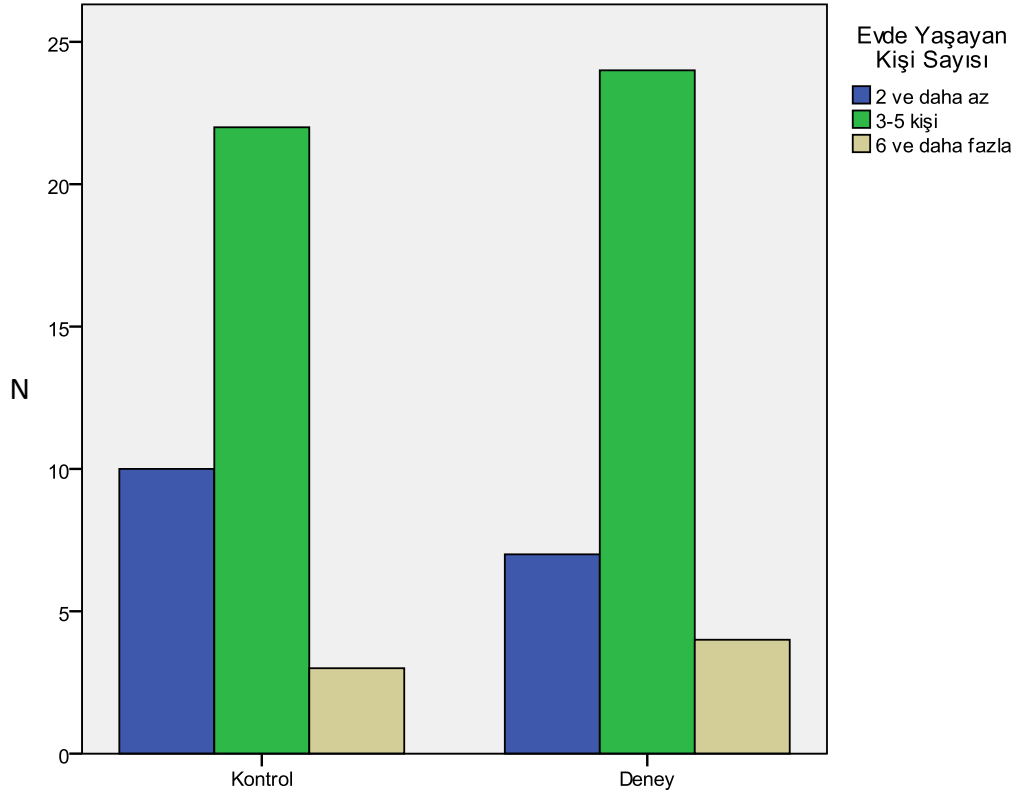
Şekil 4-7: Bebek Bakımına Yardımcı Olacak Kişi

Evde sigara kullanımı ile ilgili olarak deney grubunun %80'i (28 kişi) sigara kullanmakta, %20'si (7 kişi) sigara kullanmamaktadır. Kontrol grubunun %74,3'ü (26 kişi) evde sigara kullanan kişi bulunmakta, %25,7'si (9 kişi) sigara kullanan kişi bulunmamaktadır. Örneklem geneline baktığımızda %77,1'i (54 kişi) evde sigara kullanan kişi bulunduğunu, %22,9'u (16 kişi) evde sigara kullanan kişi bulunmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında evde sigara kullanımı değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,324$ $df=1$ $p=0,569$ $p>0,05$).

Evde bulunan oda sayısı ile ilgili olarak deney grubunun %8,6'sı (3 kişi) 2 ve daha az sayıda odalı evde, %91,4'ü (32 kişi) 3 ve daha fazla odalı evde yaşadığını belirtmiştir. Kontrol grubunun %14,3'ü (5 kişi) 2 ve daha az sayıda odalı evde, %85,7'si (30 kişi) 3 ve daha fazla odalı evde yaşadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları

arasında evde bulunan oda sayısı değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,565$ $df=1$ $p=0,355$ $p>0,05$).

Evde yaşayan kişi sayısı ile ilgili olarak: deney grubunda %20'si (7 kişi) evde yaşayan sayısının 2 ve daha az kişi, %68,6'sı (24 kişi) evde yaşayan sayısı 3-5 kişi ve %11,4'ü (4 kişi) evde yaşayan sayısının 6 ve daha fazla kişi olarak ifade etmiştir. Kontrol grubunun %28,6'sı (10 kişi) evde yaşayan sayısının 2 ve daha az kişi, %62,9'u (22 kişi) evde yaşayan sayısının 3-5 kişi ve %8,6'sı (3 kişi) evde yaşayan sayısının 6 ve daha fazla kişi olarak ifade etmiştir. Şekil 4-8'de deney ve kontrol grupları arasında evde yaşayan kişi sayısı değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 0,759$ $df=2$ $p=0,684$ $p>0,05$).



$$\chi^2 = 0,759a \quad df=2 \quad p=0,684 \quad p>0,05$$

Şekil 4-8: Evde Yaşayan Kişi Sayısı

Bebeğin anne yanında kalma durumuyla ilgili olarak deney grubunun %11,4'ü (4 kişi) bebeğin anne yanında kaldığını, %88,6'sı (31 kişi) anne ile aynı odada kaldığını ifade etmiştir. Deney grubunda anne ile ayrı odada kalan bebek yoktur. Kontrol grubunun %11,4'ü (4 kişi) bebeğin anne yanında kaldığını, %80'i (28 kişi) bebeğin anne ile aynı odada kaldığını, %8,6'sı (3 kişi) bebeğin anne ile ayrı odada kaldığını ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında bebeğin anne yanında kalma durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=3,154$ $df=2$ $p=0,207$ $p>0,05$).

Tablo 4-3: Yaşam Tarzı-Bakıma Yardım İle İlgili Özellikler

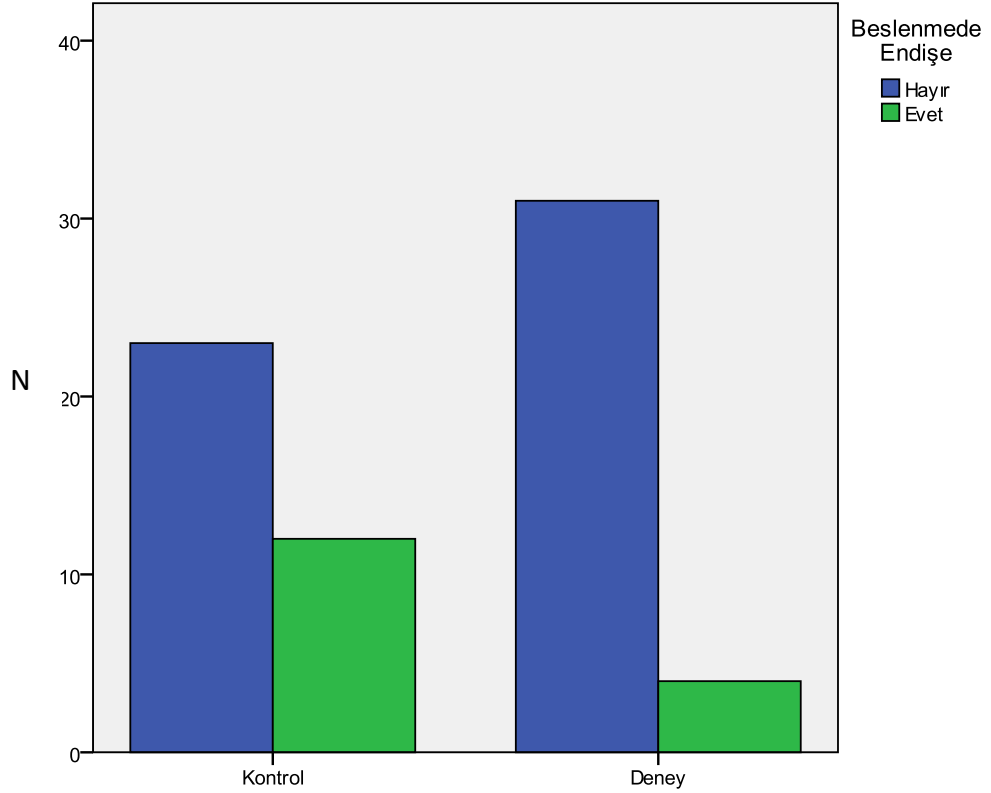
	Deney		Kontrol		χ^2	df	P
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)			
Bakıma Yardımcı Kişi					8,129	4	0,087
Yok	14 (40)	19 (54,3)					
Kayınvalide	13 (37,1)	7 (20)					
Kendi Annesi/Ablası	6 (17,1)	2 (5,7)					
Görümce/Elti/Yenge	1 (2,9)	6 (17,1)					
Kızı	1 (2,9)	1 (2,9)					
Sigara Kullanımı					0,324	1	0,569
Var	28 (80)	26 (74,3)					
Yok	7 (20)	9 (25,7)					
Evde Bulunan Oda sayısı					0,565	1	0,355
2 ve daha az	3 (8,6)	5 (14,3)					
3 ve daha çok	32 (91,4)	30 (85,7)					
Evde Yaşayan Kişi Sayısı					0,759	2	0,684
2 ve daha az	7 (20)	10 (28,6)					
3-5 kişi	24 (68,6)	22 (62,9)					
6 ve daha fazla	4 (11,4)	3 (8,6)					
Bebeğin Anne Yanında Kalma Durumu					3,153	2	0,207
Anne yanı	4(11,4)	4(11,4)					
Anne ile aynı odada	31(88,6)	28 (80)					
Ayrı odada	0	3 (8,6)					

4.3. Birinci Ayda Kullanılan İzlem Formu 1 ile İlgili Analizler

4.3.1. Birinci Ayda Endişe Durumu İle İlgili Özellikler

İzlem Formu 1’ de bulunan ‘birinci ay ile ilgili endişe durumu’na ait özellikler Tablo 4-4’ te gösterilmiştir.

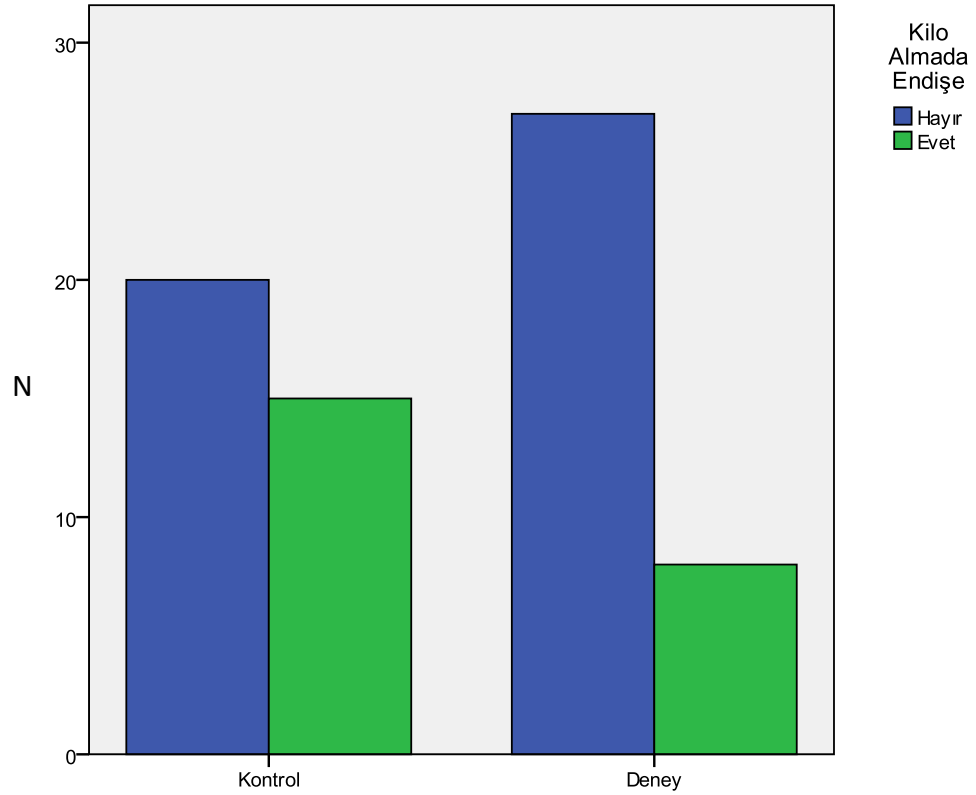
Birinci ayda “Kendinizi iyi hissediyor musunuz?” sorusuna deney grubundan 20 kişi (%57,1) “evet” yanıtını, 15 kişi (%42,9) ‘hayır’ yanıtını vermiştir. Kontrol grubundan 25 kişi (%71,4) ‘evet’ yanıtını verirken 10 kişi (%28,6) ‘hayır’ yanıtını vermiştir. Toplam annelerin %64,3’lük bölümü kendini iyi hissettiğini belirtirken % 35,7’lik bölümü kendini iyi hissetmediğini belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “kendini iyi hissetme” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 1,556^a$ df=1 p=0,212 p>0,05). Birinci ayda “Bebeğinizin beslenmesi konusunda endişeniz var mı?” sorusuna deney grubundan 4 kişi (%11,4) “evet” yanıtını, 31 kişi (%88,6) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubundan 12 kişi (%34,3) “evet” yanıtını, 23 kişi (%65,7) “hayır” yanıtını vermiştir. Toplam annelerin %22,9’luk bölümü bebeğinin beslenmesi konusunda endişe duyduğunu belirtirken %77,1’lik bölümü beslenme konusunda endişe duymadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda bebeğin beslenme konusunda endişe” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($\chi^2 = 5,185$ df=1 p=0,044 p<0,05). Kontrol grubunda annelerin bebeklerinin beslenmesi konusunda deney grubuna göre daha endişeli oldukları gözlemlenmektedir. Şekil 4-9’da görülmektedir.



$$\chi^2 = 5,185 \quad df=1 \quad p=0,044 \quad p<0,05$$

Şekil 4-9: Birinci Ayda Beslenmede Endişe Durumu

Birinci ayda “Bebeğinizin kilo alması konusunda endişe duyuyor musunuz?” sorusuna, deney grubundan 8 kişi (%22,9) “evet” yanıtını, 27 kişi (%77,1) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubundan 15 kişi (%42,9) “evet” yanıtını, 20 kişi (%57,1) “hayır” yanıtını vermiştir. Toplam annelerin % 32,9’luk bölümü kilo almada endişe duyuyarken, %67,1’lik bölümü kilo almada endişe duymadığını belirtmiştir. Şekil 4-10’da deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda bebeğin kilo alma konusunda endişe” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 3,173 \quad df=1 \quad p=0,075 \quad p>0,05$).



$$\chi^2 = 3,173 \quad df=1 \quad p=0,075 \quad p>0,05$$

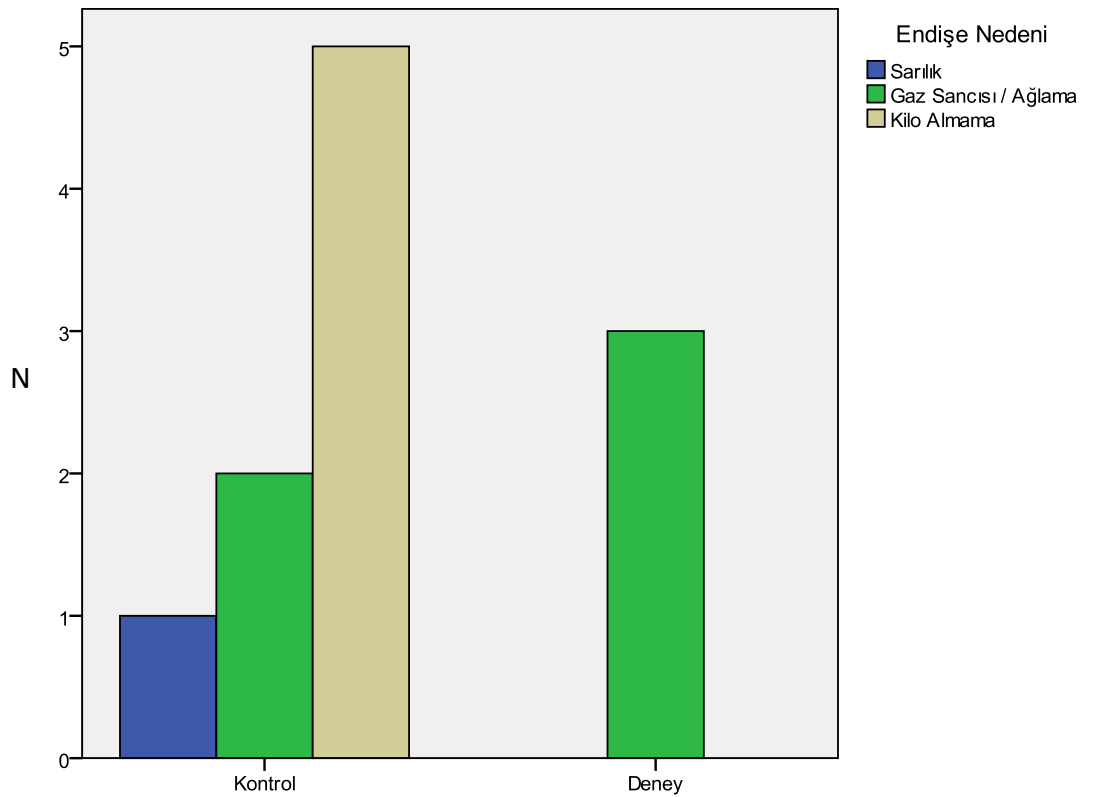
Şekil 4-10: Birinci Ayda Kilo Almada Endişe Durumu

Birinci ayda “Bebeğin bakımı ile ilgili endişe duyuyor musunuz?” sorusuna deney grubundan 3 kişi (%8,6) “evet” yanıtını, 32 kişi (%91,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubundan 2 kişi (%5,7) “evet” yanıtını, 33 kişi (%94,3) “hayır” yanıtını vermiştir. Toplam annelerin % 7,1’lik bölümü bebeğin bakımı konusunda endişe duyduğunu belirtirken % 92,9’luk bölümü bebeğin bakımı konusunda endişe duymadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda bebeğin bakımı ile ilgili endişe” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 0,215 \quad df=1 \quad p=0,643 \quad p>0,05$).

Birinci ayda “bebek ile ilgili başka endişeniz var mı?” sorusuna deney grubundan 3 kişi (%8,6) “evet” yanıtı, 32 kişi (%91,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubundan 8 kişi (%22,9) “evet” yanıtını, 27 kişi (%77,1) “hayır” yanıtını

vermiştir. Toplam annelerin %15,7'lik bölümü bebeği ile ilgili bir endişesinin olduğunu belirtirken % 84,3'lük bölümü bebeği ile ilgili herhangi bir endişesinin olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda bebek ile ilgili başka endişe” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 2,696$ $df=1$ $p=0,188$ $p>0,05$).

“Bebek ile ilgili başka endişeniz var mı?” sorusuna “evet” yanıtını veren annelere “Evet ise belirtiniz” açık uçlu sorusuna verilen yanıtlar düzenlenip kategorize edildiğinde annelerin en çok “sarılık”, “gaz sancısı/ağlama” ve “kilo almama” konusunda endişe duyduğu görülmüştür. Deney grubunda 3 kişi (%100) “gaz sancısı/ağlama” nedeniyle endişelendiğini belirtmiştir. Kontrol grubunda 1 kişi (%12,5) “sarılık”, 2 kişi (%25) “gaz sancısı/ağlama” 5 kişi (%62,5) “kilo almama” konusunda endişelendiğini belirtmiştir. Şekil 4-11’de deney ve kontrol grupları arasında “endişe nedenleri” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 4,950$ $df=2$, $p=0,084$ $p>0,05$). Şekil 4-11’de görülmektedir.



$$\chi^2 = 4,950 \quad df=2 \quad p=0,084 \quad p>0,05$$

Şekil 4-11: Birinci Ayda Diğer Endişe Nedenleri

Tablo 4-4: Birinci Ayda Endişe Durumu

	Deney		Kontrol		X ²	df	p
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)			
Kendini iyi hissetme					1,556	1	0,212
Evet	20 (57,1)	25 (71,4)					
Hayır	15 (42,9)	10 (28,6)					
Beslenmede endişe					5,185	1	0,044*
Evet	4 (11,4)	12 (34,3)					
Hayır	31 (88,6)	23 (65,7)					
Tartı alma konusunda endişe					3,173	1	0,075
Evet	8 (22,9)	15 (42,9)					
Hayır	27 (77,1)	20 (57,1)					
Bakım konusunda endişe					0,215	1	0,643
Evet	3 (8,6)	2 (5,7)					
Hayır	32 (91,4)	33 (94,3)					
Diğer endişe					2,696	1	0,188
Evet	3 (8,6)	8 (22,9)					
Hayır	32 (91,4)	27 (77,1)					
Diğer endişe nedeni					4,950	2	0,084
Sarıklık	0	1 (12,5)					
Gaz sancısı/Ağlama	3 (100)	2 (25)					
Kilo almama	0	5 (62,5)					

*p<0,05

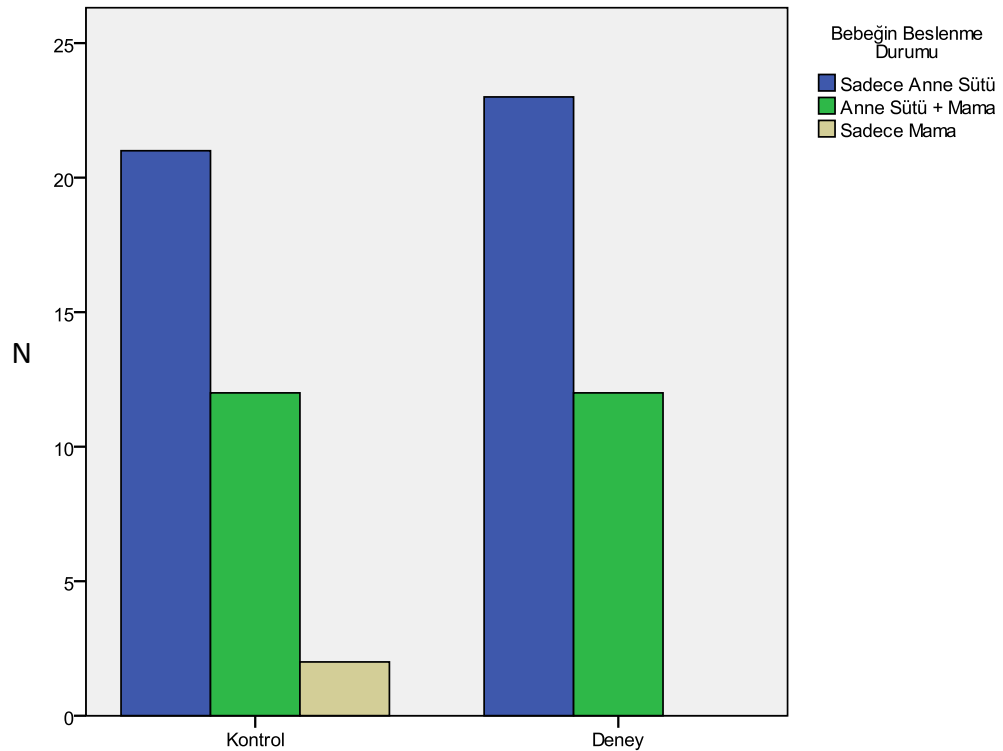
4.3.2. Birinci Ayda Bebeğin Beslenme Durumu İle İlgili Özellikler

İzlem Formu 1’de bulunan birinci ayda anne sütü ile beslenme durumuna ait özellikler Tablo 4-5’de gösterilmiştir.

Birinci ayda “Bebeğinizi sadece anne sütü ile beslemeye devam ediyormusunuz?” sorusuna deney grubundan 23 kişi (%65,7) “evet” yanıtını, 12 kişi (%34,3) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 21 kişi (%60) “evet” yanıtını, 14 kişi (%40) “hayır” yanıtını vermiştir. Birinci ayda annelerin tamamının %62,9’luk bölümü sadece anne sütü verdiğini belirtirken %37,1’lik bölümü sadece anne sütü vermediğini

belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda sadece anne sütü ile beslenme” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 0,245$ df=1 p=0,621 p>0,05).

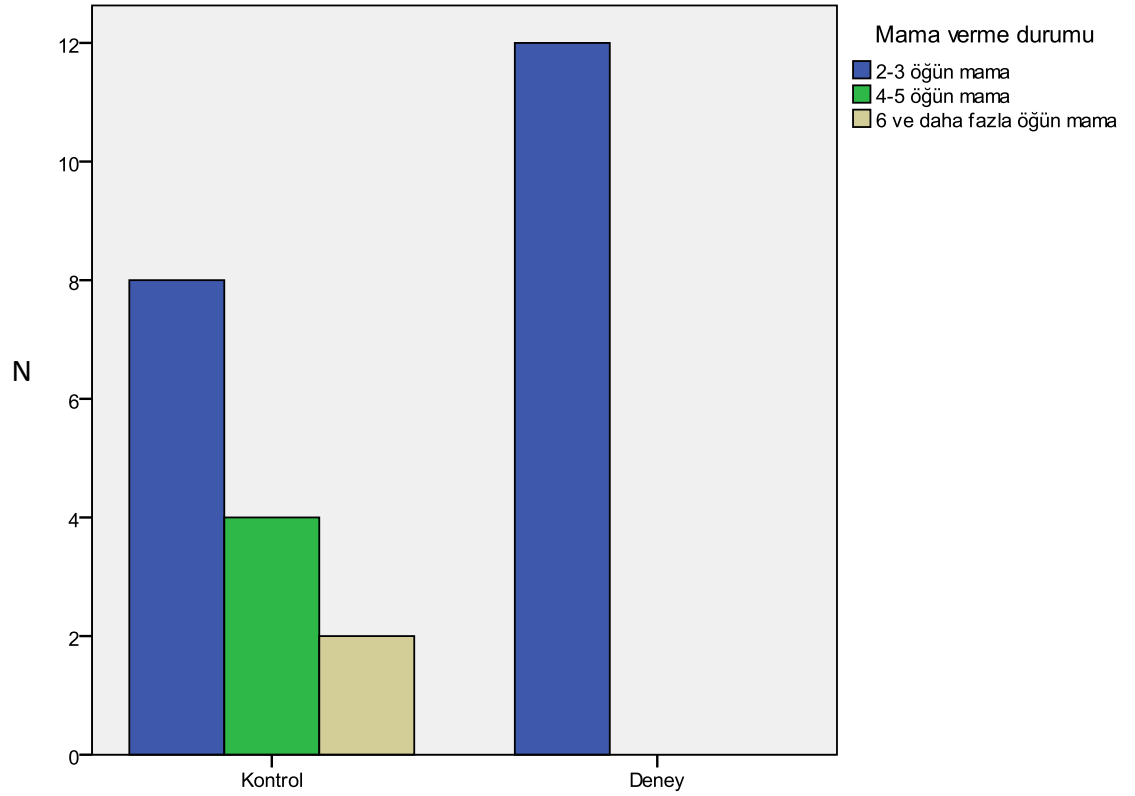
Birinci ayda “Bebeğinizi sadece anne sütü ile beslemeye devam ediyormusunuz?” sorusuna “hayır” yanıtını veren annelere “Hayır ise ne ile besliyorsunuz?” sorusu sorulmuştur. Deney grubundan 12 kişi (%34,3) “anne sütü+mama” verdiğini belirtmiştir. Deney grubunda sadece mama veren anne bulunmamaktadır. Kontrol grubunda 12 kişi (%34,3) “Anne sütü+mama” verdiğini, 2 kişi (%5,7) sadece mama verdiğini belirtmiştir. Annelerin tamamına bakıldığında birinci ayda sadece anne sütü veren oranı %62,9, anne sütü+mama verenlerin oranı %34,3 ve sadece mama verenlerin oranı %2,9 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda bebeğin beslenmesi” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 2,0915$ df=2 p=0,352 p>0,05). Şekil 4-12’de beslenme durumu görülmektedir.



$$\chi^2 = 2,0915 \quad df=2 \quad p=0,352 \quad p>0,05$$

Şekil 4-12: Birinci Ayda Bebeğin Beslenme Durumu

Birinci ayda “Bebeğinizi sadece anne sütü ile beslemeye devam ediyormusunuz?” sorusuna “hayır” yanıtını veren annelere “Kaç öğün mama veriyorsunuz?” açık uçlu sorusu soruldu. Verilen yanıtlar düzenlenip kategorize edildiğinde “2-3 öğün mama”, “4-5 öğün mama” ve “6 ve daha fazla öğün mama” verildiği görülmüştür. Deney grubunda 12 kişi (%100) “2-3 öğün mama” verdiği bulunmuştur. Kontrol grubunda 8 kişi (%57,1) “2-3 öğün mama” vermekte, 4 kişi (%28,6) “4-5 öğün mama” vermekte ve 2 kişi (%14,3) “6 ve daha fazla öğün mama” vermekte olduğunu belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda mama verme durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Kontrol grubunda annelerin bebeklerine deney grubunda göre daha fazla mama verdiği gözlemlenmektedir ($\chi^2 =6,686$ $df=2$ $p=0,035$ $p<0,05$). Şekil 4-13’de mama verme durumu görülmektedir.



$$\chi^2 =6,686 \quad df=2 \quad p=0,035 \quad p<0,05$$

Şekil 4-13: Birinci Ayda Mama Verme Durumu

Tablo 4-5: Birinci Ayda Bebeğin Beslenme Durumu İle İlgili Özellikler

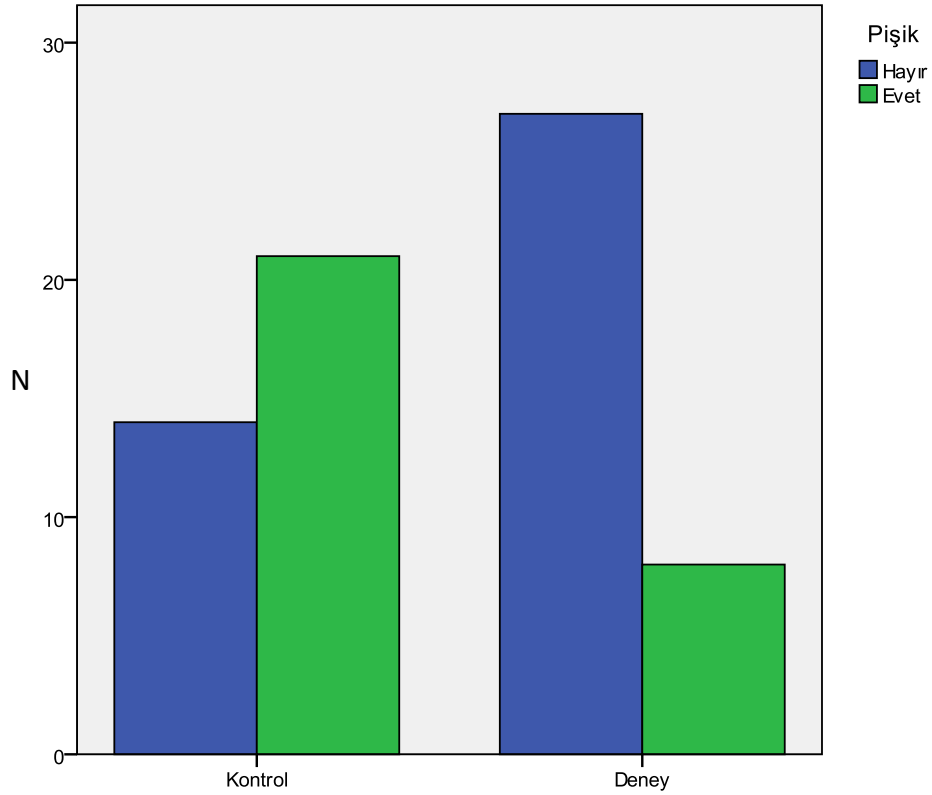
	Deney	Kontrol			
	N (%)	N(%)	X ²	df	p
Sadece anne sütü ile beslenme			0,245	1	0,621
Evet	23 (65,7)	21 (60)			
Hayır	12 (34,3)	14 (40)			
Ne ile besleniyor			2,091	2	0,352
Sadece anne sütü	23 (65,7)	21 (60)			
Anne sütü+Mama	12 (34,3)	12 (34,3)			
Sadece Mama	0	2 (5,7)			
Mama verme durumu			6,686	2	0,035*
2-3 öğün mama	12 (100)	8 (57,1)			
4-5 öğün mama	0	4 (28,6)			
6 ve daha fazla öğün mama	0	2 (14,3)			

*p<0,05

4.3.3. Birinci Ayda Bebek Bakımı İle İlgili Özellikler

İzlem Formu 1’de bulunan birinci ayda bebek bakımına ait özellikler Tablo 4-6’da gösterilmiştir.

Birinci ayda “Bebeğinizde pişik oldu mu?” sorusuna deney grubundan 8 kişi (%22,9) “evet” yanıtını, 27 kişi (%77,1) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 21 kişi (%60) “evet” yanıtını, 14 kişi (%40) “hayır” yanıtını vermiştir. Birinci ayda annelerin tamamının %41,4’lük bölümü bebeğinde pişik olduğunu belirtirken %58,6’lık bölümü bebeğinde pişik olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda pişik olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda bulunan bebekler daha fazla pişik olduğu belirlendi (Şekil 4-14).



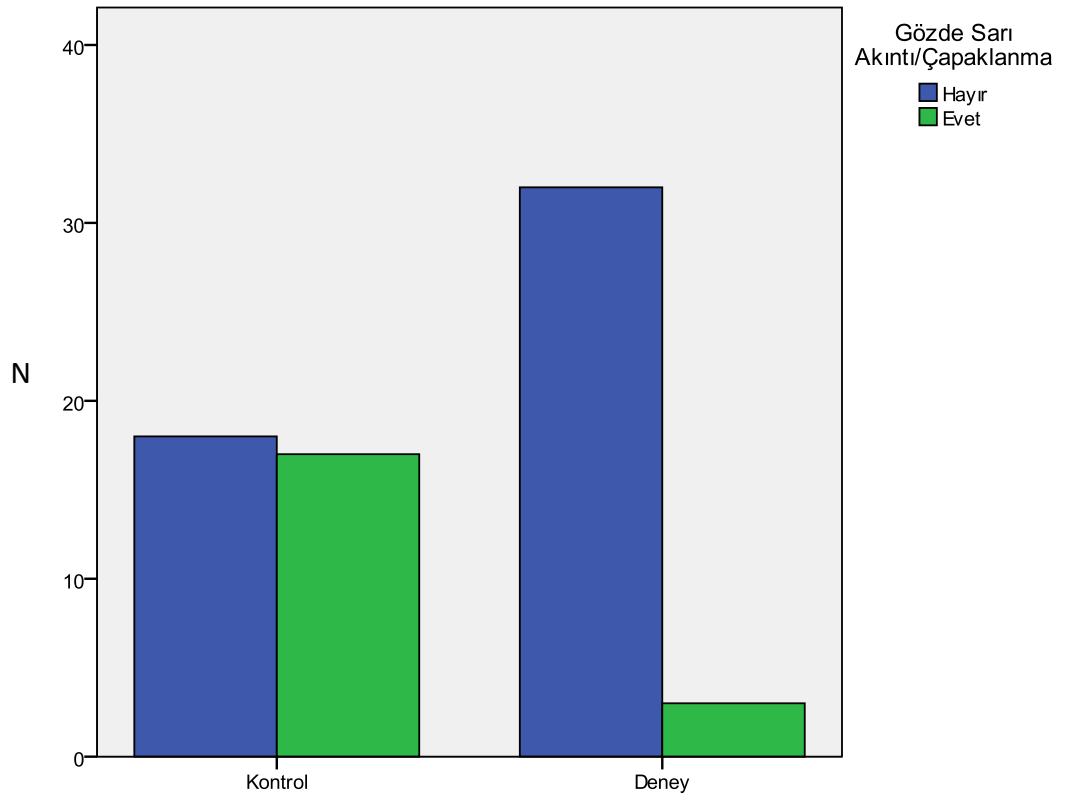
$$\chi^2 = 9,950 \text{ df}=1 \text{ p}=0,002 \text{ p}<0,01$$

Şekil 4-14: Birinci Ayda Pişik Olma Durumu

Birinci ayda “Göbek çevresinde kızarıklık oldu mu?” sorusuna deney grubundan 6 kişi (%17,1) “evet” yanıtını, 29 kişi (%82,9) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 10 kişi (%28,6) “evet” yanıtını, 25 kişi (%71,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Birinci ayda annelerin tamamının %22,9’luk bölümü bebeğinin göbeğinde kızarıklık olduğunu belirtirken %77,1’lik bölümü bebeğinin göbeğinde kızarıklık olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda göbek çevresinde kızarıklık olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2 = 1,296 \text{ df}=1 \text{ p}=0,394 \text{ p}>0,05$).

Birinci ayda “Gözde sarı akıntı/çapaklanma oldu mu?” sorusuna deney grubundan 3 kişi (%8,6) “evet” yanıtını, 32 kişi (%91,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 17 kişi (%48,6) “evet” yanıtını, 18 kişi (%51,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Birinci ayda annelerin tamamının %28,6’lık bölümü bebeğinin gözünde sarı

akıntı/çapaklanma olduğunu belirtirken %71,4'lük bölümü bebeğinin gözünde sarı akıntı/çapaklanma olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda gözde sarı akıntı/çapaklanma olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda bulunan bebeklerin gözlerinde daha fazla sarı akıntı/çapaklanma olduğu belirlendi (Şekil 4-15).



$$\chi^2=13,720 \text{ df}=1 \text{ p}=0,0002 \text{ p}<0,001$$

Şekil 4-15: Birinci Ayda Gözde Sarı Akıntı /Çapaklanma

Birinci ayda “Konak oldu mu?” sorusuna deney grubundan 3 kişi (%8,6) “evet” yanıtını, 32 kişi (%91,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 9 kişi (%25,7) “evet” yanıtını, 26 kişi (%74,3) “hayır” yanıtını vermiştir. Birinci ayda annelerin tamamının %17,1’lik bölümü bebeğinde konak olduğunu belirtirken %82,9’luk bölümü bebeğinde konak olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci

ayda konak olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2 = 3,621$ $df=1$ $p=0,055$ $p>0,05$).

Birinci ayda “Deride kızarıklık, döküntü oldu mu?” sorusuna deney grubundan 35 kişi (%100) “hayır” yanıtını vermiştir. Deney grubunun anneleri bebeklerinin derilerinde kızarıklık, döküntü olmadığını belirtmişlerdir. Kontrol grubunda 5 kişi (%14,3) “evet” yanıtını, 30 kişi (%85,7) “hayır” yanıtını vermiştir. Birinci ayda annelerin tamamının %7,1’lik bölümü bebeğinin derisinde kızarıklık, döküntü olduğunu belirtirken %92,9’luk bölümü bebeğinin derisinde kızarıklık, döküntü olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda deride kızarıklık, döküntü olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2 = 5,385$ $df=1$ $p=0,054$ $p>0,05$).

Tablo 4-6: Birinci Ayda Bebek Bakımı İle İlgili Özellikler

	Deney		Kontrol		X ²	df	p
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)			
Pişik					9,950	1	0,002*
Var	8 (22,9)	21 (60)					
Yok	27 (77,1)	14(40)					
Göbek çevresinde kızarıklık					1,296	1	0,394
Var	6 (17,1)	10 (28,6)					
Yok	29 (82,9)	25 (71,4)					
Gözde sarı akıntı/çapaklanma					13,720	1	0,0002**
Var	3 (8,6)	17 (48,6)					
Yok	32(91,4)	18 (51,4)					
Konak					3,621	1	0,055
Var	3 (8,6)	9 (25,7)					
Yok	32 (91,4)	26 (74,3)					
Deride kızarıklık/döküntü					5,385	1	0,054
Var	0	5 (14,3)					
Yok	35 (100)	30 (85,7)					

*p<0,01 **p<0,001

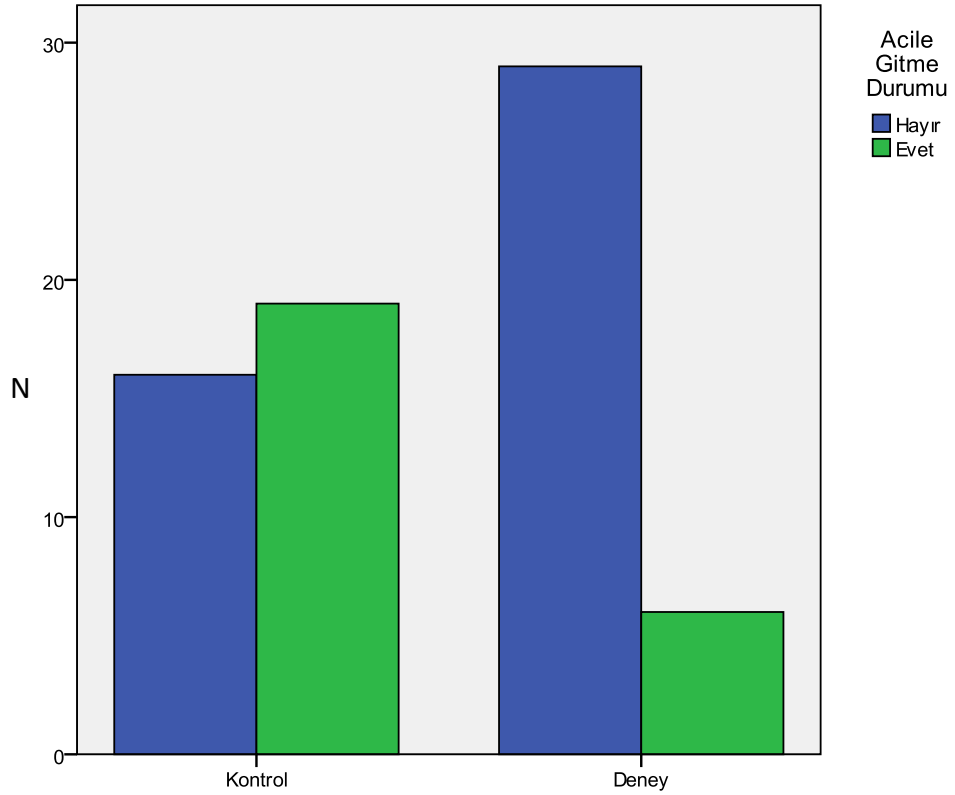
4.3.4. Birinci Ayda Kontrole Gitme ve Hastaneye Yatma Durumuna

İzlem Formu 1’de bulunan birinci ayda kontrole gitme ve hastaneye yatma durumuna ait özellikler Tablo 4-7’de gösterilmiştir.

Birinci ayda “Bebeğinizin rutin kontrollerine gittiniz mi?” sorusuna deney ve kontrol grubunun tamamı “evet” olarak yanıt vermiştir. Annelerin tamamı bebeklerini rutin kontrollerine götürmüş olduğu saptanmıştır.

Birinci ayda Rutin kontrollerin nerede yapıldığı sorgulandığında deney grubundan 2 kişi (%5,7) “hastane polikliniğine”, 20 kişi (%57,1) “sağlık ocağına”, 11 kişi (%31,4) “Hastane polikliniği ve sağlık ocağına” ve 2 kişi (%5,7) “özel hastaneye gittiğini belirtmiştir. Kontrol grubundan 9 kişi (%25,7) “hastane polikliniğine”, 15 kişi (%42,9) “sağlık ocağına”, 8 kişi (%22,9) “Hastane polikliniği ve sağlık ocağına” ve 3 kişi (%8,6) “özel hastaneye gittiğini belirtmiştir. Annelerin tamamına bakıldığında %7,1 oranında özel hastaneye gittiğini, %50 oranında sadece sağlık ocağına gittiğini ve %15,7 oranında sadece hastane polikliniğine gittiğini belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “rutin kontrollere gidilen yer” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 5,843$ $df=3$ $p=0,120$ $p>0,05$).

Birinci ayda “Bebeğinizi acile getirdiniz mi?” sorusuna deney grubundan 6 kişi (%17,1) “evet” yanıtını, 29 kişi (%82,9) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 19 kişi (%54,3) “evet” yanıtını, 16 kişi (%45,7) “hayır” yanıtını vermiştir. Annelerin tamamına bakıldığında %35,7’lik bölümü acile başvurduğunu ve %64,3’lük bölümün acile başvurmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “bebeği acile getirme” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Şekil 4-16).

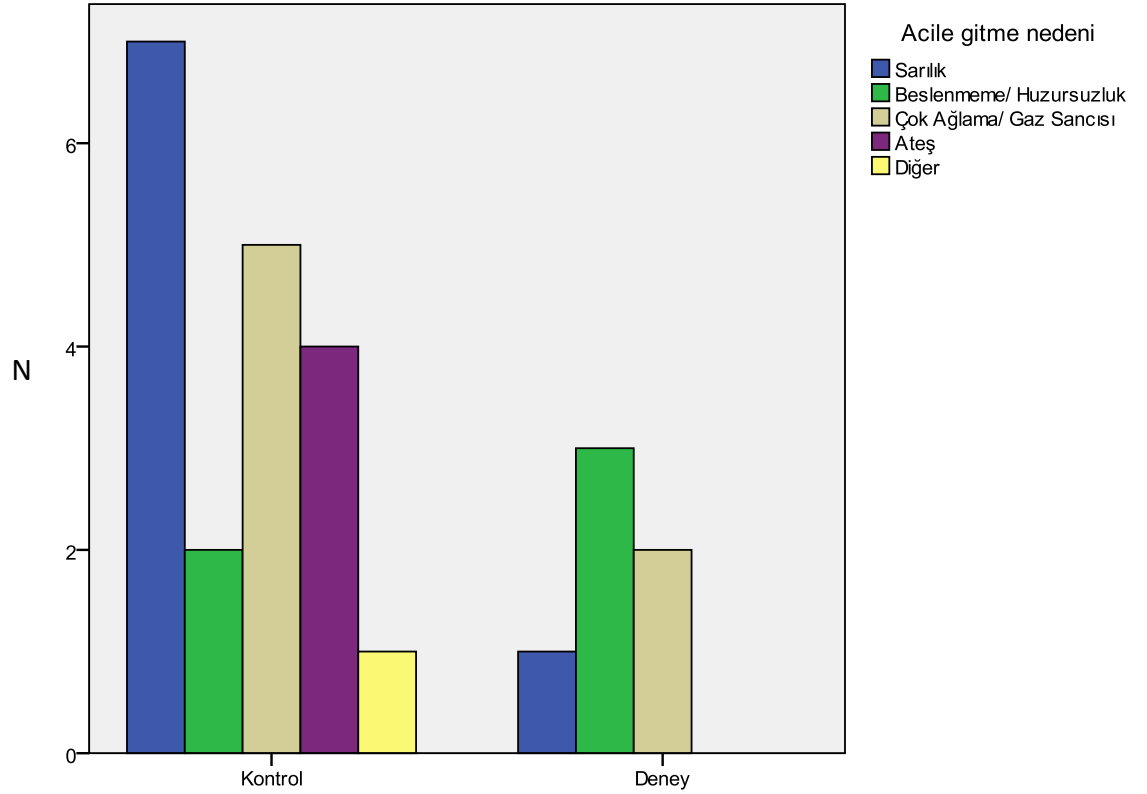


$$\chi^2 = 10,516 \quad df=1 \quad p=0,001 \quad p<0,01$$

Şekil 4-16: Birinci Ayda Acile Başvurma Durumu

“Bebeğinizi acile getirdiniz mi?” sorusuna “evet” yanıtını veren annelere acile başvurma nedeni açık uçlu olarak soruldu. Verilen yanıtlar düzenlenerek kategorize edildiğinde acile başvurma nedenleri “Sarılık”, “Beslenmeme/huzursuzluk”, “Ağlama/Gaz Sancısı”, “Ateş” ve “Diğer” olarak bulunmuştur. Deney grubunun acile başvurma nedenlerine bakıldığında 1 kişi (%16,7) “Sarılık” nedeniyle, 3 kişi (%50) “beslenmeme/huzursuzluk” nedeniyle, 2 kişi (%33,3) “Ağlama/Gaz sancısı” nedeniyle acile başvurduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunun acile başvurma nedenlerine bakıldığında 7 kişi (%36,8) “Sarılık” nedeniyle, 2 kişi (%10,5) “beslenmeme/huzursuzluk” nedeniyle, 5 kişi (%26,3) “Ağlama/Gaz sancısı” nedeniyle, 4 kişi (%21,1) “Ateş” nedeniyle ve 1 kişi (%5,3) “Diğer” nedenlerden dolayı acile başvurduğunu belirtmiştir. Grupların tamamına bakıldığında annelerin %32 oranında “sarılık” nedeniyle acile başvurduğunu, %28 oranında “gaz sancısı/çok ağlama nedeniyle

acile başvurduğu ve %20 oranında “Beslenmeme/huzursuzluk” nedeniyle acile başvurduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda acile gitme nedeni” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Şekil 4-17).

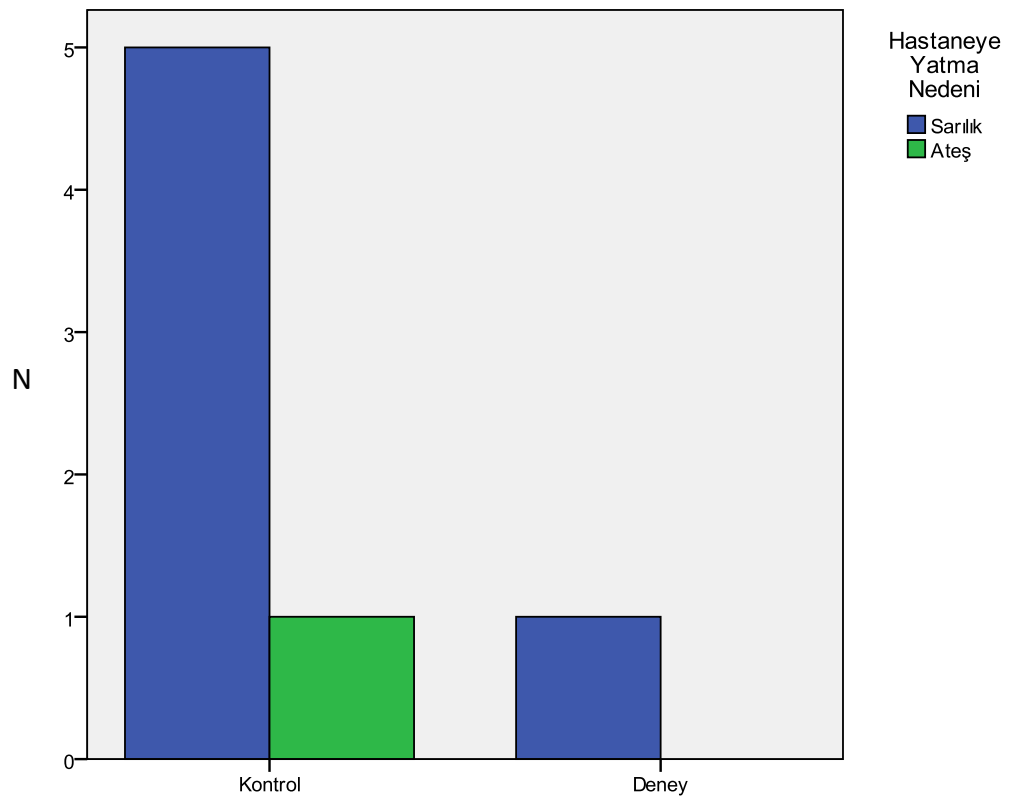


$$\chi^2=5,792 \text{ df}=4 \text{ p}=0,215 \text{ p}>0,05$$

Şekil 4-17: Birinci Ayda Acile Gitme Nedenleri

Birinci ayda “Bebeğiniz hastaneye yattı mı?” sorusuna deney grubundan 1 kişi (%2,9) “evet” yanıtını, 34 kişi (%97,1) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 6 kişi (%17,1) “evet” yanıtını 29 kişi (%82,9) “hayır” yanıtını vermiştir. Grupların tamamına bakıldığında %10’luk bölümün hastaneye yattığı ve %90’lık bölümün hastaneye yatmadığı görülmüştür. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda bebeğin hastaneye yatma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=3,968 \text{ df}=1 \text{ p}=0,053 \text{ p}>0,05$).

Birinci ayda “Bebeğiniz hastaneye yattı mı?” sorusuna “evet” yanıtını veren annelere hastaneye yatma nedenleri açık uçlu olarak sorulmuştur. Verilen yanıtlar düzenlenerek kategorize edildiğinde hastaneye yatma nedenleri “Sarılık” ve “Ateş” olarak bulunmuştur. Deney grubundan sadece 1 annenin bebeği “sarılık” nedeniyle hastaneye yatmıştır. Kontrol grubundan 5 annenin bebeği “sarılık” nedeniyle ve 1 annenin bebeği “ateş” nedeniyle hastaneye yatmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda hastaneye yatma nedeni” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Şekil 4-18).

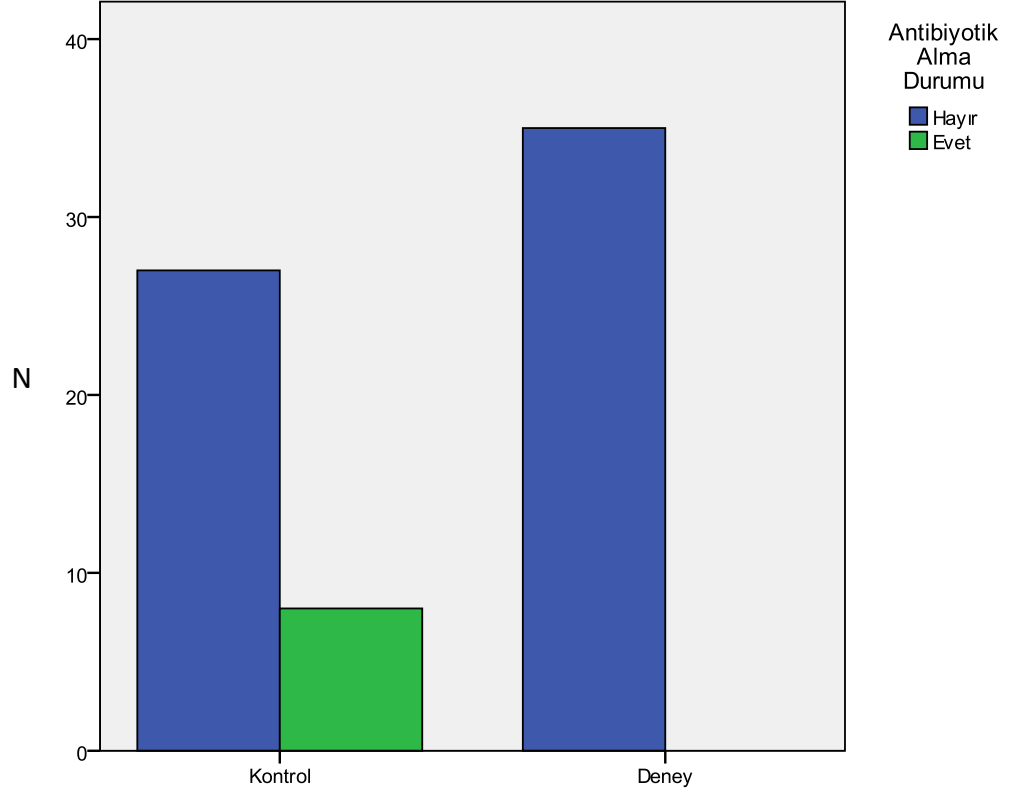


$$\chi^2=0,194 \quad df=1 \quad p=0,659 \quad p>0,05$$

Şekil 4-18: Birinci Ayda Hastaneye Yatma Nedeni

Birinci ayda “Evde bebeğiniz antibiyotik aldı mı?” sorusuna deney grubunun tamamı “hayır” olarak yanıt vermiştir. Kontrol grubunda 8 anne bebeğinin (%22,9) antibiyotik kullandığını belirtmiş ve 27 anne bebeğinin (%77,1) antibiyotik kullanmadığını ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda bebeğin

antibiyotik alma durumu” değişken kategorisinin dağılımını açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Şekil 4-19).



$$\chi^2=9,032 \text{ df}=1 \text{ p}=0,005 \text{ p}<0,01$$

Şekil 4-19: Birinci Ayda Antibiyotik Alma Durumu

Birinci ayda Evde bebeğiniz antibiyotik aldı mı?” sorusuna “evet” yanıtını veren annelere antibiyotik alma nedeni sorulmuştur. Kontrol grubunda 2 annenin bebeği (%25)“ateş/enfeksiyon” nedeniyle, 2 annenin bebeği (%25) “hastaneden taburcu olduktan sonra” ve 4 annenin bebeği (%50) “solunum problemi” nedeniyle antibiyotik kullandığını belirtmiştir.

Tablo 4-7: Birinci Ayda Kontrole Gitme ve Hastaneye Yatma Durumu

	Deney	Kontrol	X ²	df	p
	N(%)	N (%)			
Rutin Kontrollere gitme					
Evet	35 (100)	35 (100)			
Hayır	0	0			
Kontrole gidilen yer			5,843	3	0,120
Hastane Polikliniği	2 (5,7)	9 (25,7)			
Sağlık Ocağı	20 (57,1)	15 (42,9)			
Hastane polikliniği ve sağlık ocağı					
Hastane polikliniği ve sağlık ocağı	11(31,4)	8 (22,9)			
Özel hastane	2 (5,7)	3 (8,6)			
Acile başvurma			10,516	1	0,001*
Evet	6 (17,1)	19 (54,3)			
Hayır	29 (82,9)	16 (45,7)			
Acile başvurma nedeni			5,792	4	0,215
Sarılık	1 (16,7)	7 (36,8)			
Beslenmeme/Huzursuzluk	3 (50)	2 (10,5)			
Ağlama /Gaz sancısı	2 (33,3)	5 (26,3)			
Ateş	0	4 (21,1)			
Diğer	0	1 (5,3)			
Hastaneye yatma durumu			3,968	1	0,053
Evet	1 (2,9)	6 (17,1)			
Hayır	34 (97,1)	29 (82,9)			
Hastaneye yatma nedeni			0,194	1	0,659
Sarılık	1 (100)	5 (83,3)			
Ateş	0	1 (16,7)			
Antibiyotik kullanımı			9,032	1	0,005*
Evet	0	8 (22,9)			
Hayır	35 (100)	27 (77,1)			
Antibiyotik kullanma nedeni					
Ateş/Enfeksiyon	0	2 (25)			
Taburcu olduktan sonrası	0	2 (25)			
Solunum problemi	0	4 (50)			

* p<0,001

4.3.5. Birinci Ayda Beslenme Dışında Kullanılanlar

İzlem Formu 1’de bulunan beslenme dışında kullanılanlar ait özellikler Tablo 4-8’de gösterilmiştir.

Birinci ayda annelere sorulan “Bebeğinize beslenme dışında neler veriyorsunuz?” açık uçlu soruya annelerin verdiği yanıtlar düzenlenerek kategorize edildi. Annelerin verdiği yanıtlar “D vitamini”, “D vitamini ve Fe damlası”, “D vitamini ve Multivitamin” ve “D vitamini ve gaz damlası” olarak bulundu. Deney grubunda 29 anne (%82,9) bebeğine sadece “D vitamini” verdiği ve 6 anne (%17,1) bebeğine “D vitamini ve multivitamin” verdiğini ifade etmiştir. Kontrol grubunda 21 annenin (%60) bebeğine sadece “D vitamini” verdiğini, 4 annenin (%11,4) bebeğine “D vitamini ve Fe damlası” verdiğini, 5 annenin (%14,3) bebeğine “D vitamini ve multivitamin” verdiğini ve 5 annenin (%14,3) bebeğine “D vitamini ve gaz damlası” verdiğini ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Birinci ayda beslenme dışında kullanılanlar” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($\chi^2=10,371$ df=3 p=0,016 p<0,001)

Tablo 4-8: Birinci Ayda Beslenme Dışında Kullanılanlar

	Deney	Kontrol			
	N (%)	N (%)	X ²	df	P
Beslenme dışında kullandıkları			10,371	3	0,016*
D vitamini	29 (82,9)	21 (60)			
D vitamini ve Fe damlası	0	4 (11,4)			
D vitamini ve multivitamin	6 (17,1)	5 (14,3)			
D vitamini ve gaz damlası	0	5 (14,3)			

*p<0,05

4.4. Üçüncü Ayda Kullanılan İzlem Formu 2 ile İlgili Analizler

4.4.1. Üçüncü Ayda Endişe Durumu İle İlgili Özellikler

İzlem Formu 2’de bulunan üçüncü ay ile ilgili endişe durumuna ait özellikler Tablo 4-9’da gösterilmiştir.

Üçüncü ayda “Bebeğinizin beslenmesi konusunda endişeniz var mı?” sorusuna deney grubundan 3 kişi (%8,6) “evet” yanıtını, 32 kişi (%91,4) “hayır” yanıtını

vermiştir. Kontrol grubundan 4 kişi (%11,4) “evet” yanıtını, 31 kişi (%88,6) “hayır” yanıtını vermiştir. Üçüncü ayda toplam annelerin %10’luk bölümü bebeğinin beslenmesi konusunda endişe duyduğunu belirtirken %90’lık bölümü beslenme konusunda endişe duymadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda bebeğin beslenme konusunda endişe” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 0,159$ df=1 p=0,69 p>0,05).

Üçüncü ayda “Bebeğinizin kilo alması konusunda endişe duyuyor musunuz?” sorusuna, deney grubundan 3 kişi (%8,6) “evet” yanıtını, 32 kişi (%91,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubundan 8 kişi (%22,9) “evet” yanıtını, 27 kişi (%77,1) “hayır” yanıtını vermiştir. Üçüncü ayda toplam annelerin % 15,7’lik bölümü kilo almada endişe duyuyarken, %84,3’lük bölümü kilo almada endişe duymadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda bebeğin kilo alma konusunda endişe” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 2,696$ df=1 p=0,158 p>0,05).

Üçüncü ayda “bebek ile ilgili başka endişeniz var mı?” sorusuna deney grubundan 35 kişi (%100) “hayır” yanıtını vermiştir. Deney grubunda üçüncü ayda bebeği ile ilgili herhangi bir endişe duyan anne bulunmamıştır. Kontrol grubundan 3 kişi (%8,6) “evet” yanıtını, 32 kişi (%91,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda bebek ile ilgili başka endişe” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($\chi^2 = 3,134$ df=1 p=0,239 p>0,05).

Üçüncü ayda “Bebek ile ilgili başka endişeniz var mı?” sorusuna “evet” yanıtı veren annelerin “Evet ise belirtiniz” açık uçlu sorusuna verdiği yanıtlar düzenlenip kategorize edildiğinde; annelerin üçüncü ayda da “gaz sancısı/ağlama” ve “kilo almama” konusunda endişe duyduğu görülmüştür. Kontrol grubunda 1 kişi (%33,3) “gaz sancısı/ağlama” 2 kişi (%66,7) “kilo almama” konusunda endişelendiğini belirtmiştir.

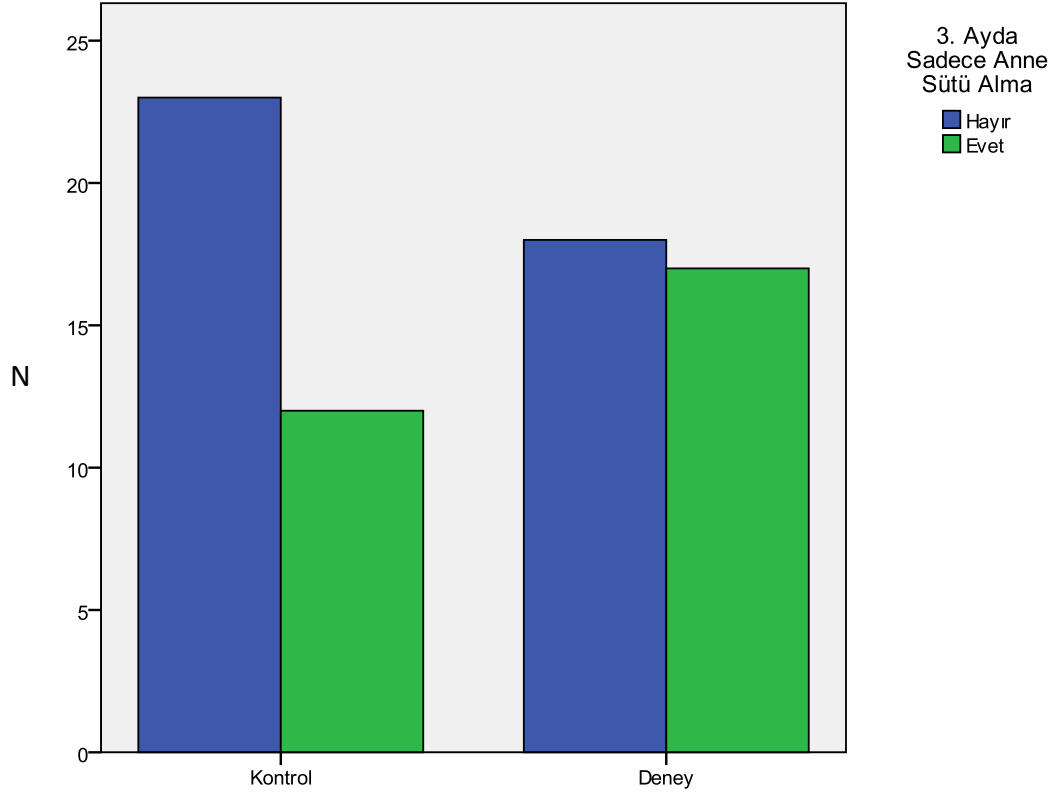
Tablo 4-9: Üçüncü Ayda Endişe Durumu

	Deney	Kontrol			
	N (%)	N (%)	X ²	df	p
Beslenmede endişe			0,159	1	0,690
Evet	3 (8,6)	4 (11,4)			
Hayır	32 (91,4)	31 (88,6)			
Kilo alma konusunda endişe			2,696	1	0,188
Evet	3 (8,6)	8 (22,9)			
Hayır	32 (91,4)	27 (77,1)			
Diğer endişe			3,134	1	0,239
Evet	0	3 (8,6)			
Hayır	35	32 (91,4)			
Endişe nedeni					
Gaz sancısı/Ağlama	0	1 (33,3)			
Kilo almama	0	2 (66,7)			

4.4.2. Üçüncü Ayda Bebeğin Beslenme Durumu İle İlgili Özellikler

İzlem Formu 2’de bulunan üçüncü ayda anne sütü ile beslenme durumuna ait özellikler Tablo 4-10’da gösterilmiştir.

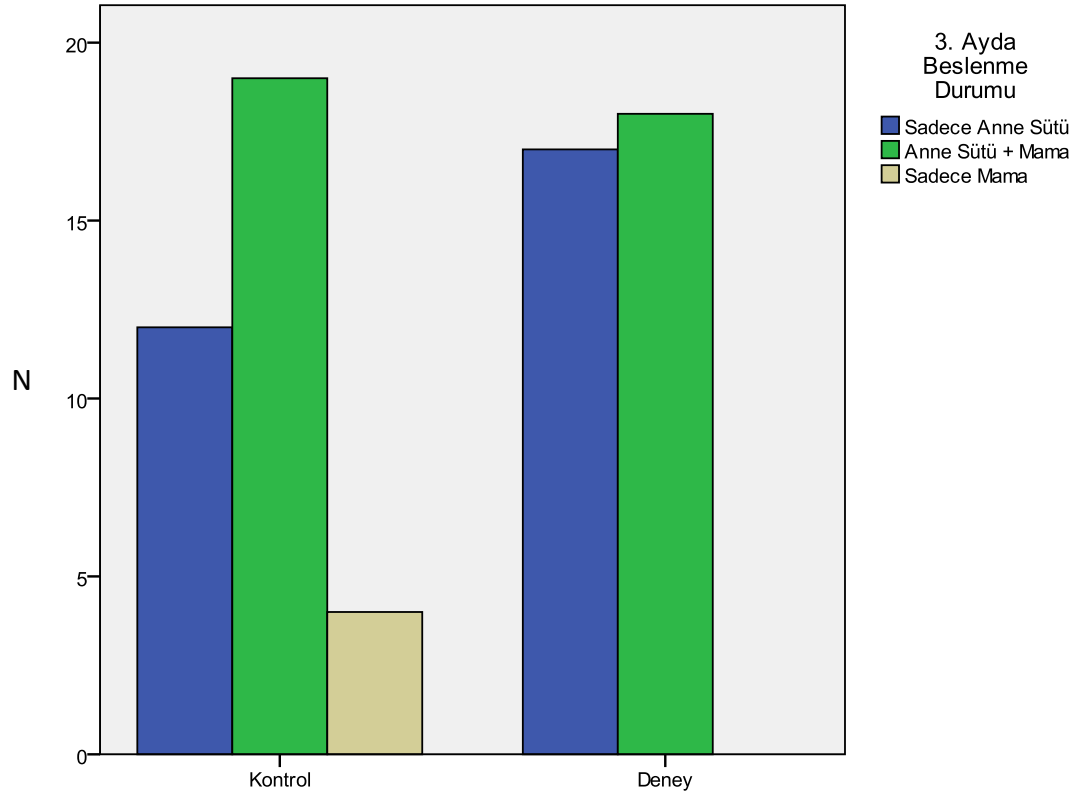
Üçüncü ayda “Bebeğinizi sadece anne sütü ile beslemeye devam ediyormusunuz?” sorusuna deney grubundan 17 kişi (%48,6) “evet” yanıtını, 18 kişi (%51,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 12 kişi (%34,4) “evet” yanıtını, 23 kişi (%65,7) “hayır” yanıtını vermiştir. Üçüncü ayda annelerin tamamının %41,4’lük bölümü sadece anne sütü verdiğini belirtirken %58,6’lık bölümü sadece anne sütü vermediğini belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda sadece anne sütü ile beslenme” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Şekil 4-20).



$$\chi^2 = 1,472 \quad df=1 \quad p=0,332 \quad p>0,05$$

Şekil 4-20: Üçüncü Ayda Sadece Anne Sütü Alma Durumu

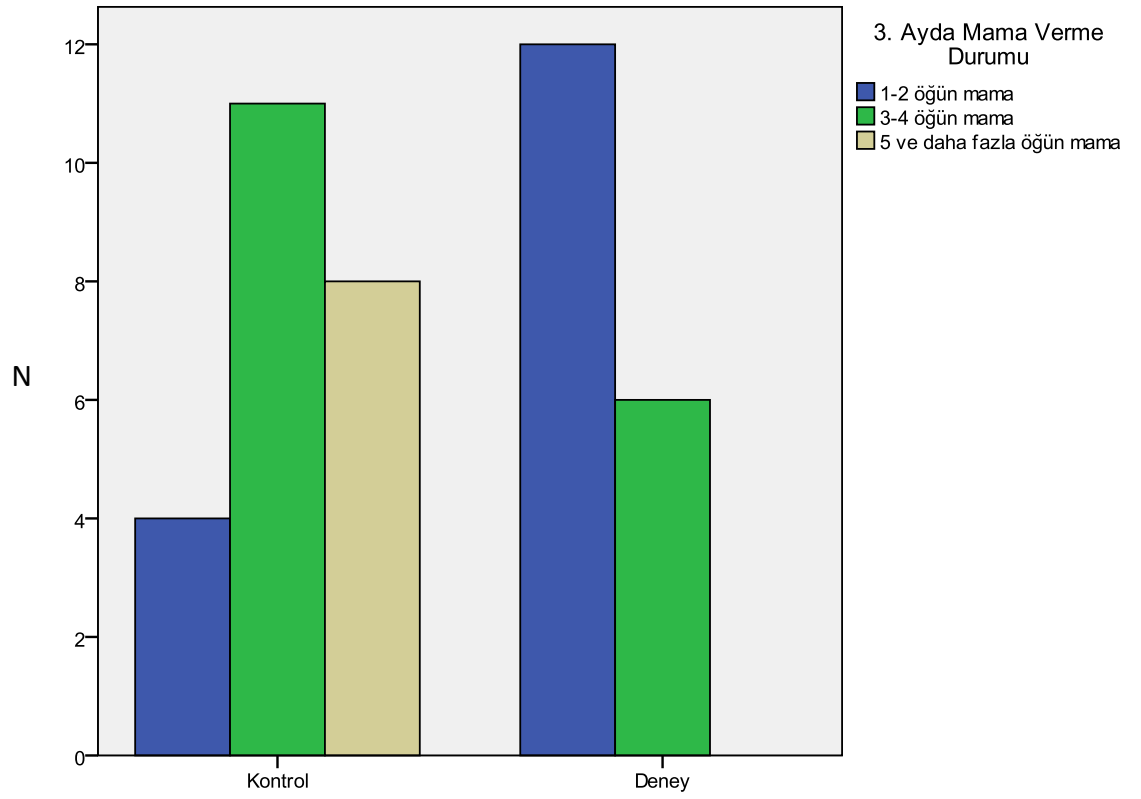
Üçüncü ayda “Bebeğinizi sadece anne sütü ile beslemeye devam ediyormusunuz?” sorusuna “hayır” yanıtını veren annelere “Hayır ise ne ile besliyorsunuz?” sorusu sorulmuştur. Deney grubundan 18 kişi (%51,4) “Anne sütü+mama” verdiğini belirtmiştir. Deney grubunda sadece mama veren anne bulunmamaktadır. Kontrol grubunda 19 kişi (%54,3) “Anne sütü+mama” verdiğini, 4 kişi (%11,4) sadece mama verdiğini belirtmiştir. Annelerin tamamına bakıldığında üçüncü ayda sadece anne sütü veren oranı %41,4, anne sütü+mama verenlerin oranı %52,9 ve sadece mama verenlerin oranı %5,7 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda bebeğin beslenmesi” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Şekil 4-21).



$$\chi^2 = 4,889 \quad df=2 \quad p=0,087 \quad p>0,05$$

Şekil 4-21: Üçüncü Ayda Beslenme Durumu

Üçüncü ayda “Bebeğinizi sadece anne sütü ile beslemeye devam ediyormusunuz?” sorusuna “hayır” yanıtını veren annelere “Kaç öğün mama veriyorsunuz?” açık uçlu sorusu soruldu. Verilen yanıtlar düzenlenip kategorize edildiğinde “1-2 öğün mama”, “3-4 öğün mama” ve “5 ve daha fazla öğün mama” verildiği görülmüştür. Deney grubunda sadece 12 kişi (%66,7) 1-2 öğün mama verdiği ve 6 kişi (%33,3) 3-4 öğün mama vermekte olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunda 4 kişi (%17,4) 1-2 öğün mama vermekte, 11 kişi (%47,8) 3-4 öğün mama vermekte ve 8 kişi (%19,5) 5 ve daha fazla öğün mama vermekte olduğunu belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda bebeğin beslenme durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (Şekil 4-22).



$$\chi^2 = 13,055 \quad df=3 \quad p=0,001 \quad p<0,05$$

Şekil 4-22: Üçüncü Ayda Mama Verme Durumu

Tablo 4-10: Üçüncü Ayda Beslenme Durumu İle İlgili Özellikler

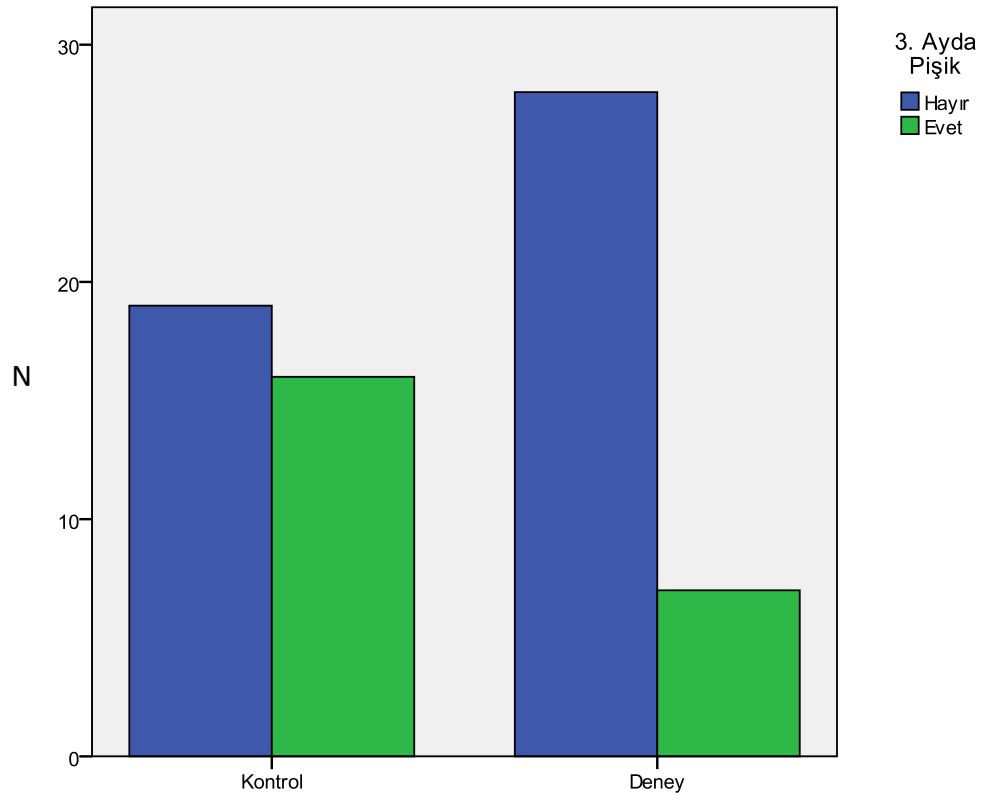
	Deney	Kontrol	X ²	df	P
	N (%)	N (%)			
Sadece anne sütü ile beslenme			1,472	1	0,332
Evet	17 (48,6)	12 (34,3)			
Hayır	18 (51,4)	23 (65,7)			
Ne ile besleniyor			4,889	2	0,087
Sadece anne sütü	17 (48,6)	12 (34,3)			
Anne sütü+Mama	18 (51,4)	19 (54,3)			
Sadece Mama	0	4 (11,4)			
Mama verme durumu(öğün sayısı)			13,055	2	0,001*
1-2	12 (66,7)	4 (17,4)			
3-4	6 (33,3)	11 (47,8)			
5 ve daha fazla	0	8 (19,5)			

*p<0,05

4.4.3. Üçüncü Ayda Bebek Bakımı İle İlgili Özellikler

İzlem Formu 2’de bulunan üçüncü ayda bebek bakımına ait özellikler Tablo 4-11’de gösterilmiştir.

Üçüncü ayda “Bebeğinizde pişik oldu mu?” sorusuna deney grubundan 7 kişi (%20) “evet” yanıtını, 28 kişi (%80) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 16 kişi (%45,7) “evet” yanıtını, 19 kişi (%54,3) “hayır” yanıtını vermiştir. Üçüncü ayda annelerin tamamının %32,9’luk bölümü bebeğinde pişik olduğunu belirtirken %67,1’lik bölümü bebeğinde pişik olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda pişik olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubunda bulunan bebeklerin Üçüncü ayda da daha fazla pişik olduğu belirlendi (Şekil 4-23).



$$\chi^2 = 5,245 \quad df=1 \quad p=0,022 \quad p<0,05$$

Şekil 4-23: Üçüncü Ayda Pişik Olma Durumu

3.ayda “Gözde sarı akıntı/çapaklanma oldu mu?” sorusuna deney grubundan 2 kişi (%5,7) “evet” yanıtını, 33 kişi (%94,3) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 4 kişi (%11,4) “evet” yanıtını, 31 (%88,6) kişi “hayır” yanıtını vermiştir. Üçüncü ayda annelerin tamamının %8,6’lık bölümü bebeğinin gözünde sarı akıntı/çapaklanma olduğunu belirtirken %91,4’lük bölümü bebeğinin gözünde sarı akıntı/çapaklanma olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda gözde sarı akıntı/çapaklanma olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,729$ df=1 p=0,673 p>0,05).

3.ayda “Konak oldu mu?” sorusuna deney grubundan 2 kişi (%5,7) “evet” yanıtını, 33 kişi (%94,3) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 3 kişi (%8,6) “evet” yanıtını, 32 kişi (%91,4) “hayır” yanıtını vermiştir. Üçüncü ayda annelerin tamamının %7,1’lik bölümü bebeğinde konak olduğunu belirtirken %92,9’luk bölümü bebeğinde konak olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda konak olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,215$ df=1 p=0,643 p>0,05).

3.ayda “Deride kızarıklık, döküntü oldu mu?” sorusuna deney grubundan 1 kişi (%2,9) “evet” yanıtını, 34 kişi (%97,1) “hayır” yanıtını vermiştir. Kontrol grubunda 5 kişi (%14,3) “evet” yanıtını, 30 kişi (%85,7) “hayır” yanıtını vermiştir. Üçüncü ayda annelerin tamamının %8,6’lık bölümü bebeğinin derisinde kızarıklık, döküntü olduğunu belirtirken %91,4’lük bölümü bebeğinin derisinde kızarıklık, döküntü olmadığını belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda deride kızarıklık, döküntü olma durumu” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=2,917$ df=1 p=0,198 p>0,05).

Tablo 4-11: Üçüncü Ayda Bebek Bakımı İle İlgili Özellikler

	Deney	Kontrol			
	N (%)	N (%)	X ²	df	P
Pişik			5,245	1	0,022*
Var	7 (20)	16 (45,7)			
Yok	28 (80)	19 (54,3)			
Gözde sarı akıntı/çapaklanma			0,729	1	0,673
Var	2 (5,7)	4 (11,4)			
Yok	33 (94,3)	31 (88,6)			
Konak			0,215	1	0,643
Var	2 (5,7)	3 (8,6)			
Yok	33 (94,3)	32 (91,4)			
Deride kızarıklık/döküntü			2,917	1	0,198
Var	1 (2,9)	5 (14,3)			
Yok	34 (97,1)	30 (85,7)			

*p<0,05

4.4.4. Üçüncü Ayda Kontrole Gitme ve Hastaneye Yatma Durumuna

İzlem formu 2’de bulunan üçüncü ayda acil başvurma ve hastaneye yatma durumuna ait özellikler Tablo 4-12’de gösterilmiştir.

Üçüncü ayda “Bebeginizi acile getirdiniz mi?” sorusuna kontrol grubundan 2 kişi (%5,7) “evet” yanıtını, 33 kişi (%94,3) “hayır” yanıtını vermiştir. Deney grubundaki anneler bebeklerini acile getirmediğini ifade etmiştir. Üçüncü ayda annelerin acile başvurma nedenleri sorgulanmıştır. Kontrol grubundan 1 anne bebeğini “ağlama/gaz sancısı” nedeniyle ve 1 anne de bebeğini “solunum problemi” nedeniyle acile getirdiğini ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “bebeği acile getirme” durumu değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=2,059$ df=1 p=0,493).

Üçüncü ayda her iki grupta da anneler bebeklerinin hastaneye yatmadığını ve bebeklerinin antibiyotik kullanmadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4-12: Üçüncü Ayda Acile Başvurma ve Hastaneye Yatma Durumu

	Deney	Kontrol			
	N (%)	N (%)	X ²	df	P
Acile başvurma			2,059	1	0,493
Evet	0	2 (5,7)			
Hayır	35 (100)	33 (94,3)			
Acile başvurma nedeni					
Ağlama /Gaz sancısı	0	1 (50)			
Solunum problemi	0	1 (50)			
Hastaneye yatma durumu					
Evet	0	0			
Hayır	35	35			
Antibiyotik kullanımı					
Evet	0	0			
Hayır	35	35			

4.4.5. Üçüncü Ayda Beslenme Dışında Kullanılanlar

İzlem Formu 2’de sorgulanan üçüncü ayda beslenme dışında kullanılanlar Tablo 4-13’te gösterilmiştir.

3.ayda annelere sorulan “Bebeğinize beslenme dışında neler veriyorsunuz?” açık uçlu soruya annelerin verdiği yanıtlar düzenlenerek kategorize edildi. Annelerin verdiği yanıtlar “D vitamini”, “D vitamini ve Fe damlası”, “D vitamini ve Multivitamin” ve “D vitamini ve gaz damlası” olarak bulundu. Deney grubunda 24 anne (%68,6) bebeğine sadece “D vitamini ve Fe damlası” verdiğini ve 9 anne (%25,7) bebeğine “D vitamini ve multivitamin” verdiğini ve 2 anne (%5,7) bebeğine “D vitamini ve gaz damlası” verdiğini ifade etmiştir. Kontrol grubunda 4 annenin (%11,4) bebeğine sadece “D vitamini” verdiğini, 21 annenin (%60) bebeğine “D vitamini ve Fe damlası” verdiğini, 5 annenin (%14,3) bebeğine “D vitamini ve multivitamin” verdiğini ve 5 annenin (%14,3) bebeğine “D vitamini ve gaz damlası” verdiğini ifade etmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında “Üçüncü ayda beslenme dışında kullanılanlar” değişken kategorisinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=6,629$ df=3 p=0,085 p>0,05).

Tablo 4-13: Üçüncü Ayda Beslenme Dışında Kullanılanlar

	Deney		Kontrol		X ²	df	P
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)			
Beslenme dışında kullandıkları					6,629	3	0,085
D vitamini	0		4 (11,4)				
D vitamini ve Fe damlası	24 (68,6)		21(60)				
D vitamini ve multivitamin	9 (25,7)		5 (14,3)				
D vitamini ve gaz damlası	2(5,7)		5 (14,3)				

4.4.6. Doğum Ağırlığı ve Tartı Alma İle İlgili Özellikler

4.4.6.1. Doğum Ağırlığı

Araştırmaya katılan tüm bebeklerin doğum ağırlıklarının özellikleri Tablo 4-14'de gösterilmektedir. Buna göre deney ve kontrol grupları arasında doğum ağırlığı özelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Grupların varyansları homojendir.

Tablo 4-14: Bebeklerin Doğum Ağırlıkları

	Deney				Kontrol				T	df	P
	Min	Maks	Ort	ss.	Min	Max	Ort	SS			
Doğum Ağırlığı	1611	2650	2076,03	291,402	1400	2540	2040,29	271,027	-0,531	68	0,597

Doğum ağırlığı ile kontrol ve deney grupları, cinsiyet, hamilelik probleminin olması ve evde sigara kullananların sayısı özellikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Doğum ağırlığı ile 35 gestasyon haftasından önce doğum ve doğumdan sonra hastanede kalış durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4-15).

Tablo 4-15: Doğum Ağırlığı İle Doğum Şekli, Gestasyon Haftası ve Hastanede Kalış Durumu Arasındaki İlişki

Doğum Ağırlığı		N	Ortalama	SS	T	df	P
Doğum Şekli					2,008	68	0,49
	Normal Doğum	24	2149,21	286,000			
	Sezaryen	46	2010,65	267,618			
Gestasyon Haftası					4,672	68	0,0004*
	35GH ve 35GH'den ↑	50	2144,80	250,569			
	35GH'den ↓	20	1841,55	231,334			
Hastanede Kalış Durumu					2,648	68	0,01**
	Evet	40	2131,75	261,160			
	Hayır	30	1960,03	278,016			

*p<0,001 **p<0,05

Doğum şekline göre tabakalı analiz yapıldığında 35 gestasyon haftasından küçük olup sezaryen doğum yapanların doğum ağırlığı daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4-16).

Tablo 4-16: Doğum Ağırlığı ile 35 GH ve Doğum Şekli Arasındaki İlişki

Doğum Ağırlığı		N	Ortalama	SS	T	df	P
Normal Doğum					1,331	22	0,197
35GH ve 35GH'den ↑		21	2178,10	280,297			
35GH'den ↓		3	1947,00	291,371			
Sezaryen					4,289	44	0,0006*
35GH ve 35GH'den ↑		29	2120,69	228,738			
35GH'den ↓		17	1822,94	224,688			

*p<0,001

4.4.6.2. Birinci Ayda Kilo Alma Durumu

İzlem formu 1'de sorgulanan birinci ayda kilo durumu Tablo 4-17'de görülmektedir. Kontrol ve deney grupları arasında bebeklerin birinci aydaki tartıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4-17: Birinci Ayda Deney ve Kontrol Grupları Arasında Kilo Alma Durumu

	Deney (N=35)				Kontrol (N=35)				T	df	P
	Min	Max	Ort	SS	Min	Max	Ort	SS			
Birinci ayda Kilo	2400	3450	2797,14	266,133	1595	4000	2735,29	401,967	-0,877	68	0,384

Birinci ayda kilo durumunun diğer değişkenler açısından değerlendirdiğimizde deney/kontrol grupları, doğum şekli, endişe duyma, acile gitme, hastaneye başvurma ve antibiyotik kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Birinci ayda kilo durumu ile cinsiyet, 35 GH ve sadece anne sütü alma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4-18).

Tablo 4-18: Birinci Ayda Kilo Alma Durumu İle Cinsiyet, 35 GH ve Sadece Anne Sütü Alma Arasındaki İlişki

Birinci ayda kilo							
		N	Ortalaması	SS	T	df	P
Cinsiyet					2,138	68	0,036*
	Kız	31	2689,84	286,631			
	Erkek	39	2841,03	299,366			
Gestasyon Haftası					3,545	68	0,01*
	35GH ve 35GH'den ↑	50	2848,80	286,382			
	35GH'den ↓	20	2587,25	258,444			
Sadece Anne Sütü Alma					2,214	68	0,030*
	Evet	44	2714,43	275,456			
	Hayır	26	2875,0	321,313			

*p<0,05

Cinsiyete göre tabakalı analiz sonucu sadece anne sütü alan erkek bebeklerin Birinci aydaki kilo ortalamaları mama+anne sütü ile beslenen bebeklerle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4-19).

Tablo 4-19: Birinci Ayda Kilo Alma İle Erkek Olma ve Sadece Anne Sütü Alma Arasındaki İlişki

Cinsiyet Alma	Sadece Anne Sütü	N	Birinci ayda Kilo Ortalama	SS	T	df	P
Kız					0,941	29	0,355
	Evet	18	2648,61	247,516			
	Hayır	13	2746,92	335,445			
Erkek					2,559	37	0,015*
	Evet	26	2760,00	289,081			
	Hayır	13	3003,08	258,888			

*p<0,05

4.4.6.3. Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi

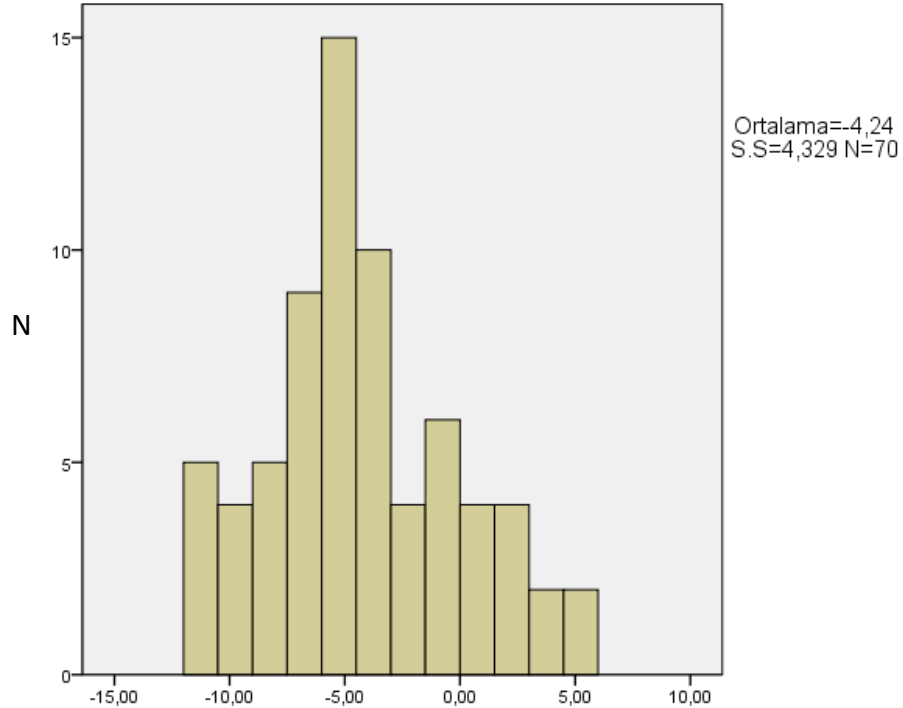
Bebeklerde aylık kilo artışının kilo kadar önemli olduğu bilinmektedir. Kilo ile ilgili hesaplamalarda bebeklerin aldıkları kilo ile alması beklenen kilo arasındaki fark hesaplanmıştır. Bebeklerin ortalama olarak 25 g/gün alacakları düşünülerek beklenen kiloları hesaplanmıştır (Schenlar 2005). Bebeğin kilosundan beklenen kilo çıkarılarak kilo farkı bulunmuştur. Kilo farkının beklenen kiloya oranının yüzde olarak hesaplanması ile yüzde kilo farkı oluşturulmuştur.

$$\text{Beklenen Kilo} = (\text{Gün sayısı} \times 25 \text{ gr}) + \text{Doğum Ağırlığı}$$

$$\text{Kilo Farkı} = \text{Kilo} - \text{Beklenen Kilo}$$

$$\text{Kilo Farkı Yüzdesi} = \frac{\text{Kilo Farkı}}{\text{Beklenen Kilo}} \times 100$$

Kilo Farkı Yüzdesi alması gereken kilodan ne kadar eksik ya da fazla aldığını göstermektedir. Bu nedenle kilo farkı yüzdesinin anlamlı olması kilo almayı arttıran ve azaltan faktörler olarak düşünülebilir. Tablo 4-20'de örneklem genelinin, kız ve erkek bebeklerin kilo farkı yüzdelerinin dağılımları görülmektedir (Şekil 4-24).



Şekil 4-24: Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi

Tablo 4-20: Kız ve Erkek Cinsiyete Göre Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi

	N	Min	Maks	Ort	Median	SS
Birinci ayda Kilo farkı yüzdesi	70	-11,88	5,45	-4,2410	-4,8301	4,322913
Kız	31	-11,88	5,26	-5,4238	-5,3435	4,01175
Erkek	39	-11,18	5,45	4,39047	-3,6364	4,39047

Birinci ayda kilo farkı yüzdesi ile kontrol/deney grupları, doğum şekli, annedeki endişe durumu, hastanede yatma, acile başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Birinci ayda kilo farkı yüzdesi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4-21).

Tablo 4-21: Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi İle Cinsiyet, 35 GH, Sadece Anne Sütü Alma Özellikleri Arasındaki İlişki

Birinci ayda kilo farkı yüzdesi	N	Ortalama	SS	T	df	P
Cinsiyet				2,087	68	0,041*
Kız	31	-5,4238	4,01175			
Erkek	39	-3,3009	4,39047			
Gestasyon Haftası				-0,062	68	0,951
35GH ve 35GH'den ↑	50	-4,2614	4,12488			
35GH'den ↓	20	-4,1902	4,91702			
Sadece Anne sütü Alma				1,413	68	0,162
Evet	44	-4,7989	4,06328			
Hayır	26	-3,2970	4,67482			

*p<0,05

Cinsiyete göre tabakalı analiz sonucunda, sadece anne sütü alan erkek bebeklerde birinci aydaki kilo farkı anne sütü+mama ya da sadece mama ile beslenen bebeklerle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4-22).

Tablo 4-22: Birinci Ayda Kilo Farkı Yüzdesi ile Erkek Cinsiyet ve Anne Sütü Alma Özelliği Arasındaki İlişki

Birinci ayda Kilo Farkı Yüzdesi							
Cinsiyet	Sadece Anne Sütü Alma	N	Ortalama	SS	T	df	P
Kız					-0,136	29	0,893
	Evet	18	-5,3392	4,11312			
	Hayır	13	-5,5408	4,03026			
Erkek					2,398	37	0,022*
	Evet	26	-4,4248	4,06666			
	Hayır	13	-1,0531	4,28688			

*p<0,05

4.4.6.4. Üçüncü Ayda Kilo Alma

İzlem formu II'de sorgulanan üçüncü ayda kilo durumu Tablo 4-23'de dörölmektedir. Kontrol ve deney grupları arasında bebeklerin üçüncü aydaki tartıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4-23: Deney ve Kontrol Gruplarının ile Üçüncü Ayda Kilo Alma Durumu Arasındaki İlişki

	Deney				Kontrol				T	df	P
	Min	Maks	Ort	SS	Min	Max	Ort	SS			
Tartı	4050	5600	4742,0	402,198	3050	5800	4519,14	591,147	-1,762	68	0,082

Üçüncü ayda kilo durumu ile deney/kontrol grupları, doğum şekli, endişe duyma, acile gitme, hastaneye başvurma ve antibiyotik kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Üçüncü ayda kilo durumu ile gestasyon haftası ve birinci ayda sadece anne sütü alma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4-24).

Tablo 4-24: Üçüncü Ayda Kilo Alma Durumuyla Bağlantılı Özellikler

3.ayda kilo	N	Ortalama	SS	T	df	P
Cinsiyet				0,586	68	0,560
Kız	31	4598,06	563,498			
Erkek	39	4669,23	453,439			
Gestasyon Haftası				3,328	68	0,01*
35GH ve 35GH'den ↑	50	4755,80	473,976			
35GH'den ↓	20	4342,50	457,578			
Birinci ay (Sadece Anne Sütü Alma)				3,398	68	0,030*
Evet	44	4491,59	459,787			
Hayır	26	4885,00	481,940			
Üçüncü ay (Sadece Anne Sütü Alma)				1,631	68	0,129
Evet	29	4528,97	393,567			
Hayır	41	4714,63	559,102			

Cinsiyete göre tabakalı analiz sonucunda, sadece anne sütü alan erkek bebeklerde üçüncü aydaki kilo ortalaması anne sütü+ mama ya da sadece mama ile beslenen bebeklerle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,007). Aynı bağlantı, kız bebeklerde de geçerli olmakla birlikte, istatistiksel açıdan marjinal düzeyde (p=0,049) anlamlıdır (Tablo 4-25).

Tablo 4-25: Üçüncü Ayda Kilo Alma ile Cinsiyete Göre Sadece Anne Sütü Alma Arasındaki Bağını

3.Ayda Kilo								
Cinsiyet Alma	Sadece Anne Sütü	N	Ortalama	SS	T	df	P	
Kız	Birinci ay				2,056	29	0,049*	
	(Sadece Anne Sütü Alma)							
		Evet	18	4430,00	556,343			
		Hayır	13	4830,77	504,289			
Erkek					2,869	37	0,007*	
		Evet	26	4534,23	385,385			
		Hayır	13	4939,23	472,449			
Kız	Üçüncü Ay				0,572	29	0,572	
	(Sadece Anne Sütü Alma)							
		Evet	11	4519,09	347,461			
		Hayır	20	4641,50	657,437			
Erkek					1,758	37	0,087	
		Evet	18	4535,00	428,956			
		Hayır	21	4784,29	451,814			

*p<0,05 **p<0,01

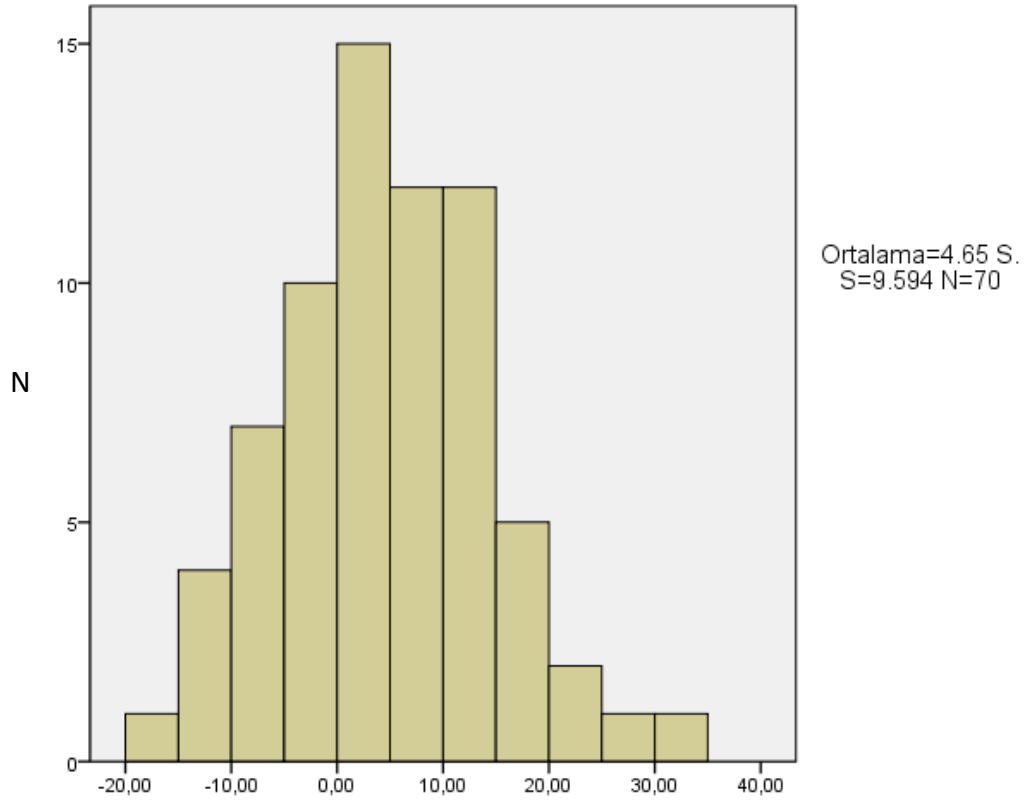
4.4.6.5. Üçüncü ayda Kilo Farkı Yüzdesi

Bebeklerin 25 g/gün alacakları düşünülerek beklenen kiloları hesaplanmıştır. Bebeğin kilosundan beklenen kilo çıkarılarak kilo farkı bulunmuştur. Kilo farkının beklenen kiloya oranının yüzde olarak hesaplanması ile yüzde kilo farkı oluşturulmuştur. Tablo 4-26'da kilo farkı yüzdesinin örneklem geneli, kız ve erkeklerin kilo farkı görülmektedir. Şekil 4-25'te örneklemin dağılımını görülmektedir.

Beklenen Kilo= (Gün sayısıx25gr)+Doğum Ağırlığı

Kilo Farkı= Kilo-Beklenen Kilo

Kilo Farkı Yüzdesi =
$$\frac{100 \times \text{Kilo Farkı}}{\text{Beklenen Kilo}}$$



Şekil 4-25: Üçüncü Ayda Kilo Farkı Yüzdesi

Bebeklerin %62,9'inin kilo alma yüzdeleri standart sapmanın içinde bulunmuştur. Bebeklerin %30'unun kilo alma yüzdeleri standart sapmanın üzerinde bulunmuştur. Bebeklerin %7.1'i kilo alma yüzdeleri standart sapmanın altında bulunmuştur.

Tablo 4-26: Cinsiyete Göre Üçüncü Ayda Kilo Farkı Yüzdesi

	N	Min	Maks	Ort	Median	SS
3.Ayda Kilo farkı yüzdesi	70	-16,44	32,23	4,6535	3,8436	9,59428
Kız	31	-16,44	32,23	4,6901	3,5409	11,07125
Erkek	39	-10,95	20,65	4,6245	4,1463	8,38893

Üçüncü ayda kilo farkı yüzdesi ile kontrol/deney grupları, doğum şekli, annedeki endişe durumu, hastanede yatma, acile başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Üçüncü ayda kilo farkı yüzdesi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4-27).

Tablo 4-27: Üçüncü Ayda Kilo Farkı Yüzdesi İle Cinsiyet, 35 GH, Sadece Anne Sütü Alma Özellikleri Arasındaki İlişki

3.ayda kilo farkı yüzdesi		N	Ortalama	SS	T	df	p
Cinsiyet					-0,028	68	0,978
	Kız	31	4,6901	11,07125			
	Erkek	39	4,6245	8,38893			
Gestasyon Haftası					0,970	68	0,336
	35GH ve 35GH'den ↑	50	5,3572	9,42330			
	35GH'den ↓	20	2,8945	10,03597			
Birinci ay (Sadece Anne sütü Alma)					2,481	68	0,016*
	Evet	44	2,5443	9,07650			
	Hayır	26	8,2231	9,55398			
Üçüncü ay (Sadece Anne sütü Alma)					1,894	68	0,062
	Evet	29	2,1176	7,37938			
	Hayır	41	6,4473	10,61617			

*p<0,05

Cinsiyete göre tabakalı analiz sonucu, sadece anne sütü alan erkek bebeklerde üçüncü aydaki kilo farkı anne sütü+mama ya da sadece mama ile beslenen bebeklerle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4-28).

Tablo 4-28: Üçüncü Ayda Kilo Farkı Yüzdesi ile Erkek cinsiyet ve Anne Sütü Alma Özelliği Arasındaki İlişki

3.Ayda Kilo Farkı Yüzdesi								
Cinsiyet	Sadece Anne Sütü Alma	N	Ortalama	SS	T	df	p	
Kız	Birinci ay				1,273	29	0,213	
	(Sadece Anne Sütü Alma)							
	Evet	18	2,5615	11,37617				
	Hayır	13	7,6374	10,33846				
Erkek					2,327	37	0,025*	
	Evet	26	2,5323	7,32764				
	Hayır	13	8,8088	9,08498				
Kız	Üçüncü Ay				0,542	29	0,592	
	(Sadece Anne Sütü Alma)							
	Evet	11	3,2203	7,07050				
	Hayır	20	5,4985	12,85635				
Erkek					2,314	37	0,026*	
	Evet	18	1,4437	7,68291				
	Hayır	21	7,3508	8,16256				

*p<0,05

5. TARTIŞMA

Geç preterm yenidoğanlarla bazı term bebeklerin boy ve kiloları aynı olabilmektedir. Yapılan bir araştırmada, doğum ağırlığı 2000-2500 g olan bebeklerin term bebeklere yakın bir büyüme ve gelişim gösterdiği gözlenmiştir (Çiçek ve ark. 2005). Bu nedenle, geç preterm yenidoğanlar (GPY); anne-babaları, bakıcıları ve sağlık personelleri tarafından hastalığa yakalanma riskleri daha düşük ve gelişimsel açıdan olgun olarak görülmektedir. GPY'ler genellikle hastanelerde bebek odasında, birinci düzey yenidoğan servislerinde ya da doğduktan hemen sonra annelerinin yanında kalabilmektedir (Engle ve ark 2007).

AAP 38 GH ve 42 GH arasındaki yenidoğanlarla sınırlı olmak üzere doğum sonrası ilk 48 saat içerisinde erken taburcu olmasını önermektedir. Buna karşın pek çok geç preterm bebek ilk 48 saat içerisinde taburcu edilmektedir (Tomasheck ve ark. 2006). Bununla beraber yapılan çalışmalar GPY'lerin neonatal mortalite ve morbidite açısından term yenidoğanlara göre daha fazla risk taşıdığına işaret etmektedir (Wang ve ark. 2004).

Prematüre yenidoğanlarla yapılan bir araştırmada annenin taburcu olmadan önce bebeğin bakım ve gereksinimine katılması, bakım ve beslenmeye ilişkin uygulamalarının gözlenerek oluşturulan kontrol listesine kaydedilmesi ve eksik oldukları konularda uygulamalı olarak tekrar eğitilmesi gerektiği saptanmıştır (Balci 2006).

Bu doğrultuda, geç preterm yenidoğanların evde optimum bakımlarını ve optimum bakımlarının sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için verilen eğitimin, bu bebeklerin olası sorunlarının oluşumunu engelleyeceği, geç pretermelerde daha sık görülebilecek hastaneye yatışı en aza indirebileceği düşüncesiyle bu araştırma gerçekleştirildi. Aynı zamanda, geç pretermelerde tartı alımının değerlendirilmesi amaçlandı.

Amaçlarımız doğrultusunda bulunan sonuçlar, tartışma bölümünde:

- Tanımlayıcı özelliklerde öne çıkanlar
- Bebeklerin bakımına ait özelliklerde ortaya çıkan bulgular
- Hastaneye yatma- acile başvurma durumlarının değerlendirilmesi
- Tartı alımını etkileyen özellikler

olarak dört ana başlık altında değerlendirildi.

Tanımlayıcı Özelliklerde Öne Çıkanlar

Deney ve kontrol gruplarına ait demografik özellikler Tablo 4-1’de, gebelik ve doğum ile ilgili özellikler Tablo 4-2’de, yaşam tarzı-bakıma yardım ile ilgili özellikler Tablo 4-3’te gösterilmektedir.

Sezaryen ile doğum, gebelik sorununun varlığı, gestasyon haftası, beslenme, bakıma yardım ve endişe konularında tanımlayıcı özellikler açısından dikkat çekici bulgular saptanmıştır. Gruplar arasında bu özelliklerle ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmasada geç pretermle yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Doğumların yarısından fazlası (%65,7) sezaryen ile doğumdur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye genelinde %36,7 oranında sezaryen ile yapılan doğum bildirilmektedir (TNSA 2008). DSÖ’nün 2010 raporunda Türkiyede sezaryen ile doğum oranı %21 olarak kayıtlıdır. (WHO 2010). Bebek doğum tartışının, yenidoğan ve prematüre servislerinin niteliklerinin, yüksek riskli gebeliklerin yakın takibinin ve intrapartum fetal monitorzasyonun sezaryen ile doğum oranında etkili olduğu saptanmıştır. Klasik bilgi olarak < 2500 g bebekler özellikle intraventriküler kanama açısından risk altında olduğundan ve vajinal doğumun travma oluşturabileceğinden prematürelere sezaryen önerilmekteydi. Ancak, sonrasındaki bazı çalışmalarda <1500 gr olan bebeklerde, sezaryen doğumun mortalite ve intraventriküler kanama açısından koruyucu olmadığını belirten veriler yayınlandı (Lumley 2003). Sezaryen (2001’de 24,4 ve 2004’te 29.1) ve prematüre doğumlardaki artışın devam etmesi (2001’de 11.9 ve 2004’te 12.5) GPY’lerde görülen sorunların artışını da etkilediğini düşündürmektedir (Reddy ve ark. 2009). Genel olarak, bebeğin

tahmini doğum ağırlığından bağımsız olarak verteks prezentasyonunda doğum normal olarak ilerliyor ve fetal kalp raseleri iyi seyrediyor ise premature doğumların vajinal yol ile yaptırılabilceği görüşü günümüzde kabul görmektedir (Sezik ve Özkaya 2007).

Yapılan araştırmalarda gebelikle ilgili problemlerin erken doğuma neden olduğu saptanmıştır. Gebelikte görülen antepartum kanamaların ve gebeliğe bağlı hipertansiyonun geç preterm doğumlar açısından risk olduğu saptanmıştır (Reddy ve ark. 2009). Çalışmamızda annelerin yarısı gebeliğinde bir problem yaşadığını ifade etmiştir. Erken doğuma neden olabilecek faktörlerin bulunması erken doğumu önlemede önemli bir adım teşkil etmektedir.

Gebelik haftası değerlendirildiğinde doğumların onda yedisi 35 GH ve üzerinde bulunmuştur. Araştırmamıza alınan bebeklerin yarısının doğum ağırlıkları 2000-2500 gr olarak belirlenmiştir.. Bu durum doğum ağırlığı açısından geç preterm bebeklerin term yenidoğanlara yakın olduklarını göstermektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları tarafından geç preterm bebeklerin term yenidoğan olarak görülme riski artmaktadır. Yenidoğanlara doğum ağırlığı yerine gestasyon haftasına göre değerlendirerek bakım verilmeleri gerekmektedir.

Araştırmamızda bakıma yardımcı olacak kişilerin varlığında sorgulanmıştır. Araştırmamıza katılan annelerin yarısı evde kendisine yardımcı olacak kişinin kayınvalide, akrabalar ya da kendi kızı olduğunu ifade etmişlerdir. Türk aile yapısı ve büyük şehirde yaşam koşulları, araştırmaya katılan çoğu annenin çalışmaması ve evde yaşayan kişi sayısına göre geniş ailelerin aynı evde kalması ya da akrabaların evlere yakın yerlerde oturması bebek bakımında yardımcı kişilerin varlığını belirlemiş olabilir. Sosyo ekonomik durumun orta ya da alt olarak ifade edilmesi bakımda yardımcı kişinin aile içinden bir kişinin olmasına neden olduğu da düşünülebilir. Bu durumda sağlık çalışanlarının bebek bakımı konusunda sadece anne ile iletişimde olmasının yetersiz olduğu ve evde bebeğe bakacak kişinin eğitime katılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmada bebeklerin %38,1'ine anne sütü dışında besin verildiği ve bu durum evde yardımcı olanlarda annenin tek başına bebek baktığı duruma göre daha yüksek (%46) bulunmuştur (Kondolot ve ark. 2009). Bakıma yardımcı olan kişilerin de bakım konusunda ve anne sütü konusunda eğitim almaları gerekmektedir.

Birinci ayda ve üçüncü ayda endişe durumunu incelediğimiz araştırmamızda endişe ile ilgili istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Yalnızca birinci ayda beslenme ile

ilgili endişe istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Anne ve babalar bebeklerini matür olarak görmeleri nedeniyle endişe duymamış olabilirler. Annelerin “sarılık, gaz sancısı/ağlama ve kilo almama” konularında endişe duydukları saptanmıştır. Endişe nedenleri ile acile başvurma nedenleri benzerlik göstermektedir. Üçüncü ayda endişe durumu ile ilgili değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmasada kontrol grubunda anneler bebeklerin beslenmesi, kilo almaması konusunda endişelerinin devam ettiğini belirtmişlerdir. Üçüncü ayda gaz sancısı/ağlama ve kilo almama annelerin aklına gelen ilk endişe olmaya devam etmektedir. Kilo alma konusundaki endişelerin anneleri mama ile beslenmeye yöneltebileceği düşünülmektedir.

Beslenme ile ilgili durum her izlemde sorgulanmıştır. Anne sütünün yararları ve ilk altı ay sadece anne sütü verilmesi DSÖ tarafından da desteklenmektedir (WHO 2006). TNSA 2008 verilerine göre hayatın ilk iki ayında bebeklerin %69’unun sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Ayrıca ilk altı ayda anne sütü ile beslenme oranı yüzde 41,6 olarak bulunmuştur (TNSA 2008).

Yapılan bir araştırmada ilk dört ay yalnız anne sütü alma oranı term bebeklerde % 73,6, pretermelerde % 41,7 iken, ilk altı ay yalnız anne sütü alma oranı, term bebeklerde % 29,6 preterm bebeklerde % 12,5 olarak bulunmuştur (Can ve ark. 2008).

Araştırmamızda birinci ayda araştırmaya katılan on prematüreden altısı anne sütü ile beslenmektedir. Anne sütünün önemi araştırmanın yapıldığı hastanenin bebek dostu olması nedeniyle yüksek bulunmuş olabilir. Buna rağmen deney ve kontrol grubu arasında mama verme durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Mama kullanan annelerin mama verme öğün sayısı kontrol grubunda daha fazla bulunmuştur. Üçüncü ayda her on bebekten ikisi sadece anne sütü ile beslenmekten vazgeçmiştir. Üçüncü ayda on bebekten dördü anne sütü ile beslenmektedir. Bu veriler emzirme danışmanlığının devamlılığını ve önemini ortaya koymaktadır. Gerekli durumlarda ev ziyaretleri ya da telefon ile anneye ulaşılarak emzirmenin devamlılığı sağlanmalıdır.

Yapılan bir diğer araştırmada anneler için emzirme süresini etkileyen faktörler; yaş, çocuk sayısı, annenin eğitim düzeyi, ailenin aylık gelir durumu ve anne sütünün faydalarının öğrenildiği kaynak olarak bulunmuştur (Alp 2009).

Araştırmamızda annelerin artan oranda mama kullandığı görülmektedir. Annelerin, endişelerinin bir sonucu olarak karışık beslenmeye geçtiği düşünülmektedir. Medyanın bu konuda olumsuz etkisini de gözardı edemeyiz. Gruplar arasında anne

sütüne devam konusunda bir fark bulunmamasına rağmen mama verilen öğün sayısında anlamlı ölçüde fark bulunmuştur. Eğitim verilen annelerde mama verilen öğün sayısı daha az bulunmuştur. Sadece anne sütü alan çocuk yüzdesi prematüre bebeklerde zamanında doğanlara göre düşük (%35.7) bulunmuştur (Kondolot ve ark. 2009).

Yapılan bir çalışmada annelerin anne sütü ile beslenme konusunda istekli fakat erken dönemde bebeklerine ek gıdaya başlama eğiliminde oldukları saptanmıştır. Emzirilen bebeklerin doğumda %97'si sadece anne sütü alırken birinci ayda %91,5 , dördüncü ayda %46 ve altıncı ayda ise %8,7 düzeyine inmekte olduğu bulunmuştur. Anne sütünü kesmenin en sık nedeni (%36,3) bebeğin bırakması olarak gösterilmiştir. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda sütün azalarak kesilmesi ek besinlere başlamada esas neden olarak gösterilmiştir (Ünsal ve ark. 2005).

Yapılan bir araştırmada hayatının ilk üç günü içinde sağlık problemi yaşayan bebeklerin ilk 1-1,5 ayda sadece anne sütü almaları daha düşük bulunmuş ve bu bebeklerin yarısının, ilk mamayı hastanede aldığı belirlenmiştir. Emzirilme oranının artırılması ve yenidoğan servislerinde her koşulda anne sütü önceliğinin korunması için sağlık personeline gerekli duyarlılığın kazandırılması ve desteklenmesi gerektiği saptanmıştır (Örün ve ark 2009). Çalışmamızda bazı GPY'lerin taburcu olmaları çeşitli nedenlerle ertelenmiş ve yaklaşık 7-9 gün hastanede kalmışlardır. Bu durumun anne sütü alımını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Emzirilen ve aşırı ağlayan bebeklerin doymadığını düşünen annelerin beslenmede mamaya yönelindikleri görülmektedir (Örün ve ark 2009). Çalışmamızda da annelerin endişe nedenleri arasında gaz sancısı/ağlama bulunmaktadır. Anne sütünden mamaya geçişte prematüre bebeklerin ağlama durumu gelecek araştırmalarda sorgulanabilir.

Bebeklerin bakımına ait özellikler

Bebeklerin bakımına ait özelliklerle ilgili birinci ayda ve üçüncü ayda yapılan değerlendirmeler Tablo 4-6 ve Tablo 4-11'de görülmektedir. Bakıma ait özellikler annenin bakım becerilerini değerlendirmek amacıyla pişik, göbek çevresinde kızarıklık, gözde sarı akıntı/çapaklanma, konak ve deride kızarıklık/döküntünün varlığı sorgulanmıştır. Birinci ayda ve üçüncü ayda yapılan kontrollerde bakım değerlendirilmiştir. Birinci ayda bakımla ilgili değerlendirmede deney ve kontrol

grupları arasında pişik ($p<0.01$) ve gözde sarı akıntı/çapaklanma ($p<0.001$) açısından anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim alan grupta pişik ve gözde akıntı/çapaklanma daha az görülmüştür. Üçüncü ayda bakımla ilgili özellikler değerlendirildiğinde deney grubunda daha az oranda pişik görüldüğü saptanmıştır ($p<0.05$).

Prematürelde sistemik enfeksiyon sırasında kandidal diyaper dermatit oranı %32'ye kadar çıktığı gözlenmiştir. Sağlıklı yenidoğanlarda bu oran %2,1-10 arasında bildirilmektedir. Prematürelde diyaper dermatit 10-11. haftalarda, miyadında doğanlarda 7-9. aylarda pik yapmaktadır (Sarıcaoğlu 2008). Yaptığımız araştırmada pişik oranı deney grubunda %22,9 kontrol grubunda %60 oranına bulunmuştur. Kandidal bir enfeksiyon olarak düşünmediğimiz diyaper dermatit için ailelerin ekonomik durumları orta ve alt gelir seviyesinde olduğu için bez değişiminin istenen sıklıkta olmadığı düşünülmüştür. Eğitim alan grupta pişik oranının düşük bulunması eğitimin amacına ulaştığını göstermektedir.

Başer ve arkadaşları tarafından yaptığı bir çalışmada; postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi amacı ile normal vajinal yol ve sezaryan ile doğan sağlıklı bebeklerin anne ve babalarının bebek bakımına yönelik gereksinim duydukları konular sorulmuştur. Annelerin gereksinim duydukları konular içinde konak bakımı, ağız bakımı ve sarılık yönünden izleme konusunda bilgi gereksinimi duyanların ilk sırada yer aldığı (%54,5), isilik bakımına gereksinim duyanların oran olarak ikinci (% 52,7), idrar miktarı değerlendirilmesinde gereksinim duyanların ise oran olarak üçüncü sırada (% 50,9) yer aldığı bulunmuştur. Babaların gereksinim duydukları konular içinde göbek ve konak bakımında bilgi gereksinimi olanlar % 78,3 ile ilk sırada yer alırken, isilik bakımı ve genital bölgenin bakımında desteğe gereksinim duyanlar % 73,9 ile ikinci sırada, ağız bakımı konusunda bilgi ve destek gereksinimi olanlar % 69,6 ile üçüncü sırada yer aldığı saptanmıştır. Vücut ısısının değerlendirilmesi ve gazının çıkarılması konusunda babaların bilgi gereksinimi duymadığı belirlenmiştir (Başer ve ark. 2005).

Annelere doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde bebek bakımı konusunda eğitim verilerek desteklenmeleri önerilmektedir (Manav ve Yıldırım 2010).

Turan ve Bolışık, preterm bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerini belirlemek amacı ile 100 preterm bebek annesine eğitim yapmışlar ve eğitim kitapçığı vermişlerdir. Sonuçta; 15 gün sonraki izlemde

pişik, pamukçuk, konak gibi sağlık sorunları görülmesi yönünden deney ve kontrol grupları arasında, deney grubunun lehine anlamlı bir fark bulunmuştur (Turan ve Bolışık 2003). Çalışmamızda da benzer eğitim alan annelerin bebeklerinde pişik ve gözde akıntı/çapaklanma yönünden anlamlı fark bulunmuştur.

Balcı'nın yaptığı araştırmada, preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme–gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisinin belirlenmesi amaçlamıştır. Araştırma 31 deney, 32 kontrol grubu olmak üzere toplam 63 anne ve 75 preterm bebek (12'si ikiz) ile gerçekleştirilmiştir. Sonuç olarak, preterm bebeği olan annelere yönelik hastanede yapılan planlı eğitimin ve ev ortamında sağlanan desteğin bebeklerin gelişimleri ve annelerin sorun çözme becerileri üzerinde etkili olduğu ancak bebeklerin büyümeleri üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda benzer sonuçlar bulunmuştur.

Hastaneye yatma- acile başvurma durumlarının değerlendirilmesi

Hastaneye yatma-acile başvurma durumu ile ilgili özellikler aylara göre Tablo 4-7 ve Tablo 4-12'de gösterilmiştir.

Çalışmamızda birinci ayda acile başvurma özelliklerine göre deney ve kontrol grupları arasında anlamlı oranda fark bulunmuştur ($p<0.001$). Kontrol grubunda ilk bir ayda acile başvurma oranı deney grubuna göre yaklaşık olarak üç kat fazla bulunmuştur. Acile başvurma nedenleri sarılık, beslenmeme/huzursuzluk, ağlama/gaz sancısı, ateş olarak saptanmıştır. Üçüncü ayda hastaneye yatma ve acile başvurma sorgulandığında gruplar arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

İlk birinci ayda hastaneye yatma özelliklerine bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen çalışmanın genelinde yaklaşık %10 oranında hastaneye yatma gözlenmiştir. Hastaneye yatma nedenleri sarılık ve ateş olarak tespit edilmiştir.

Birinci ayda antibiyotik kullanımına bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.005$). Antibiyotik kullanım nedenleri arasında ateş/enfeksiyon, taburcu olduktan sonra ve solunum problemleri bulunmuştur.

Shapiro-Mendoza ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada 9552 sağlıklı 34-36 GH prematüre yenidoğanın mortalite ve morbidite risk faktörlerini incelemişlerdir. Araştırmaya alınan bebelerin %4,8 oranında hastaneye başvurdukları ve %1,3 oranında

gözlem amaçlı hastanede kaldıkları bulunmuştur. Hastaneye başvuran bebekler %63 oranında sarılık ve %13 oranında enfeksiyon teşhisi konulmuştur. Anne sütü ile beslenen 34-36 GH'deki bebeklerin beslenme problemleri, yetersiz tartı alımı ve sarılık nedeniyle acile başvurmaları ve gözlem altında kalma risklerinin fazla olduğu görülmüştür. Sarılık nedeniyle hastaneye başvuran bebeklerin %89'unun anne sütü ile beslendiği saptanmıştır. Aynı çalışmada doğum sonrası hastanede yatış süresinin neonatal morbidite açısından risk faktörü olduğu saptanmamıştır. (Shapiro-Mendoza ve ark. 2006).

Çalışmamızda hastaneye başvurma nedenleri yönünden benzer sonuçlar bulunmuştur. Acile başvurma nedenleri arasında sarılık, beslenme problemleri ve ateş görülmektedir. Ailelere verilen eğitimin bebeklerin hastaneye başvurma oranlarını azalttığı gözlenmiştir.r.

Wang ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada 90 geç preterm ile 95 term yenidoğanın hastanede kalma süresi, apgar skoru, klinik tanıları (ısı dengesizliği, sarılık, hipoglisemi, sepsis, apne ve bradikardi, respiratuar distres), IV tedavi uygulanma durumu, hastaneden taburculuğun gecikmesi ve maliyet açısından karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak, geç pretermelerde solunum sıkıntısı %30 oranında taburculuğu geciktirmiş hastanede yatışı uzatmıştır. Geç pretermelerde hipoglisemi üç kat daha fazla oranda görülmüş ve 2/3 oranında IV tedavi uygulanmak zorunda kalınmıştır. Çeşitli nedenlerde geç pretermelere %27 oranında IV tedavi uygulanmıştır. Term yenidoğanlara (%37,9) göre geç pretermelere (%54) daha fazla sarılık teşhisi konulduğu bulunmuştur. Geç pretermelerde term yenidoğanlara göre üç kat daha fazla oranda sepsis olduğu gözlenmiştir. En çok pnömoni teşhisi konmuş ve 7 gün antibiyotik tedavisi görmüşlerdir. Geç pretermelerle term yenidoğanların hastanede kalış süreleri aynı olmasına rağmen maliyetleri farklı bulunmuştur.

Çalışmamızda da antibiyotik kullanım açısından benzer sonuçlar elde edilmiştir. Grupların antibiyotik kullanım durumu sorgulandığında sınırda preterm bebeklerin en çok ateş/enfeksiyon, solunum problemi nedeniyle hastaneden taburcu olduktan sonra antibiyotik kullandığı saptanmıştır. Araştırmamızda geç preterm bebeklerin yarıya yakınının hastaneden taburcu olmasının geciktiği görülmektedir. Hastanede kalış süresi ortalama 7-9 gün olarak bulunmuştur. Taburcu olmayı geciktiren nedenler arasında solunum sıkıntısı, prematürelilik ve hiperbilirubinemi yer almaktadır. Genel olarak

prematürelilik kavramı içinde immaturiteye bağlı hipoglisemi, hipotermi ve beslenme problemleri yer almaktadır.

Thomashek ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada vajinal yol ile doğan geç preterm yenidoğanlar term yenidoğanlara göre hastaneden erken taburcu olduktan sonra hastaneye tekrar başvurmaları yaklaşık 1,5 kat daha yüksek bulunmuştur (Thomashek ve ark. 2006). Özellikle anne sütü ile beslenen GPY'ler term yenidoğanlara göre neonatal morbidite açısından yüksek risk taşımaktadır. Hastaneye başvurma nedenleri arasında sarılık ve enfeksiyon ilk sırada yer almaktadır. Çalışmamızda da hastaneye başvurma nedenleri benzer özellik göstermektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin yoğun olması nedeniyle doğumdan sonra hastanede kalış süresi normal doğumda bir gün, sezaryen ile doğumda iki gündür. Bakım ve eğitim açısından sağlık sorunu saptanmadığı durumda, geç preterm bebekte doğum sonrası hastanede kalış süresi term yenidoğan ile aynıdır. Geç pretermilerin taburcu olmadan önce hastanede yakın izlemi yapılarak belirlenen taburcu olma kriterlerine uygunluğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının gestasyon haftası ve geç preterm bebeklerin sağlık sorunları konularında eğitim almaları gerekmektedir.

Çalışmamızda, gruplar arasında hastaneye yatma durumu ile ilgili anlamlı sonuç bulunmasa da grubun geneline bakıldığında hastaneye yatma oranı %10'dur. Bu oranın Shapiro-Mendoza ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmadan farklı bulunmasının nedeni örneklem sayısının farklılığı olabilir (Shapiro-Mendoza ve ark 2006).

Tartı alımını etkileyen özellikler

Tartı alımı özellikleri ayrıntı olarak birinci ve üçüncü ayda incelenmiş olup Tablo 4-18, Tablo 4-21, Tablo 4-25, Tablo 4-27 ve Tablo 4-28'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Taburcu olduktan sonra yeterli beslenmenin en iyi göstergesi büyümenin izlenmesidir. Prematüre bebeklerin izleminde tartı alımı kontrol edilmelidir. Taburcu olduktan sonraki üç ay içinde günde 25-30 g artışlık tartı alımı 3-12 ay arasında ise 10-15 g/gün kilo alması bebeğin beslenmesinin iyi olduğunun göstergesidir (Gürsoy ve Yurdakök 2008; İnce 2009). Tartı alımı ile ilgili yapılan çalışmalar genel olarak çok

düşük doğum ağırlıklı bebekleri kapsamaktadır. Bu konuda geç pretermle ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Anne sütü ile beslenen prematüre bebeklerin mama ile beslenen bebeklerle yapılan karşılaştırması sonucunda anne sütü ile beslenenlerin enfeksiyon ve nekrotizan enterokolit oranları daha düşük olduğu ve nörogelişimsel sonuçlarının daha iyi olduğuna dair güçlü ve tutarlı kanıtlar bulunmuştur. Normal anne sütü (zenginleştirilmemiş) ile beslenen 1500 g altı prematüre bebeklerin tartı alımı ve boy artışının yavaş olmasının büyümeye etkisinin tam olarak belirlenmediğini ve malnutrisyon riskini arttırdığını gösteren yeterli kanıtın bulunmadığını bildirmektedir. Anne sütü ile beslenmenin uzun dönem kan basıncı, serum lipid düzeyi ve pro insülin düzeyleri üzerine yararlı etkileri prematüre bebekler için de bildirilmiştir. Bu konuda DDA bebeklerle ilgili sınırlı veri vardır. Mevcut veriler anne sütü ile beslenen bebeklerde enfeksiyonu iyileştirme ve nörogelişimsel sonuçlarla ilgilidir (WHO 2006).

Doğum ağırlığı ile ilgili olarak 35 GH'den düşük olanların doğum ağırlığı daha düşük bulunmuştur. Hastanede kalış durumuna baktığımızda hastanede kalan bebeklerle kalmayanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hastanede yatmayan bebeklerin tartıları yatanlara göre daha fazla bulunmuştur. Gestasyon haftası küçüldükçe doğum tartısı azalmakta ve bakım gereksinimi artmaktadır. 35 GH'nin altında sezaryan ile doğan bebeklerin kiloları daha düşük saptanmıştır ($p<0,001$).

Birinci ayda tartı alma ile cinsiyet, 35 GH'den düşük olma, anne sütü alma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sadece anne sütü alan erkek bebeklerin anne sütü almayanlara göre tartı alımı anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

Üçüncü ayda, gestasyon haftası ve birinci ayda sadece anne sütü alma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Üçüncü ayda cinsiyete göre tabakalı analiz sonucunda, sadece anne sütü alan erkek bebeklerde üçüncü aydaki kilo ortalaması anne sütü+ mama ya da sadece mama ile beslenen bebeklerle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,007$). Aynı bağıntı, kız bebeklerde de geçerli olmakla birlikte, istatistiksel açıdan marjinal düzeyde anlamlıdır.

Çalışmamızda beklenen kiloya göre tartı alımının yüzdesi hesaplanmıştır. Ülkemizde intrauterin büyüme eğrisi bulunmadığından, kullanılan uluslar arası eğrilerin Türk bebeklerine uygunluğu bilinmediğinden intrauterin büyüme eğrisi kullanmak yerine bebeklerin beklenen tartıya ulaşma durumları yüzde olarak hesaplanmıştır.

Beklenen kiloyu hesaplarırken 25gr/gün tartı alımı göz önünde bulundurulmuştur (Schanler 2005). Birinci ayda ve üçüncü ayda hesapladığımız kilo farkı yüzdeleri Tablo 4-22 ve Tablo 4-27’de gösterilmektedir.

Cinsiyete göre tabakalı analiz sonucunda, sadece anne sütü alan erkek bebeklerde birinci aydaki ve üçüncü aydaki kilo farkı, anne sütü+mama ya da sadece mama ile beslenen bebeklerle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur($p<0,05$).

DDA bebeklerle yapılan bir çalışmada taburcu olduktan sonra kullanılan zenginleştirilmiş mama ile term yenidoğan maması, büyüme ve kemik mineralizasyonu bakımından karşılaştırılmıştır. Anne sütü ile beslenen düşük doğum ağırlıklı bebeklerin erken büyüme dönemleri mama ile beslenen prematürelere göre daha yavaş bulunmuştur. Buna rağmen görme keskinliği puanları anne sütü ile beslenenlerin alt gruplarında daha yüksek saptanmıştır (O’connor ve ark. 2003). Çalışmamızda, yalnız anne sütü ile beslenen erkek bebeklerin mama ya da mama+anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha az tartı aldığı belirlenmiştir.

Düşük doğum ağırlıklı prematürelere yapılan bir başka çalışmada yenidoğan maması ile zenginleştirilmiş mama karşılaştırılmış ve zenginleştirilmiş mama ile beslenen erkek bebekler, düzeltilmiş altıncı ayda yüksek büyüme eğrisi yakalamışlardır (Koo ve Hockman 2006).

Gestasyon haftası 37’den küçük prematürelere yapılan çalışmada taburcu olma sonrası zenginleştirilmiş mama ile beslenen erkek bebeklerin yenidoğan maması ile beslenen erkek bebeklere göre daha fazla tartı aldıkları saptanmıştır (Lucas ve ark. 2001).

Prematüre maması ile beslenen erkek bebekler kız bebeklere göre tartıları 600 g daha fazla ve boyları 2cm daha uzun saptanmıştır (Cooke ve ark. 2001).

Brezilya’da yapılan çalışmada 371’i geç preterm 3285 tekil yenidoğan çalışmaya alınmış, 12. ve 24. aydaki büyüme ve gelişme durumları değerlendirilmiştir. 12. ayda, geç preterm doğan bebeklerde zamanında doğanlara göre kilo azlığı, boy kısalığı ve zayıflığın görülme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, 12 aylık değerlendirmede hastaneye yatış ve solunum sorunları term yenidoğanlara göre daha fazla görülmüştür. 24 aylık değerlendirmelerde, düşük tartı ve boy kısalığı görülürken hastaneye yatma ve pnömoni, zamanında doğan bebeklere göre daha fazla oranda olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda, hızlı büyümelerine karşın geç preterm

bebeklerde hastaneye yatma, boy kısalığı ve zayıflık oranları daha fazla bulunmuştur (Santos ve ark. 2009). Çalışmamızda da ilk üç ay izlenen geç pretermilerin %62,9'unun tartıları normal dağılımın içinde bulunmuştur. Uzun süreli araştırmalarda tartı alımı yakından izlenmelidir.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırma gruplarında yer alan anneler ve babalar yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence ve aylık gelir özellikleri açısından karşılaştırıldığında homojen yapıda olup değişkenler arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Gebelik ve doğum ile ilgili özellikler açısından doğum şekli, düşük yapma, yaşayan çocuk sayısı, önceki doğumlarda prematürelilik, hamilelikte sorun, gestasyon haftası, bebeğin doğum ağırlığı, cinsiyeti, hastanede kalış durumu ve hastanede kalış nedenleri açısından gruplar homojen yapıda olup aralarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).
- Yaşam tarzı – bakıma yardım ile ilgili özellikler açısından bakıma yardımcı birey sayısı, sigara kullanımı, evde bulunan oda sayısı, evde yaşayan birey sayısı ve bebeğin anne yanında kalma durumu açısından gruplar homojen yapıda olup aralarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).
- Gruplar arasında birinci ve üçüncü ayda sadece anne sütü ile beslenme açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Birinci ayda ve üçüncü ayda deney grubunda mama ile beslenen öğün sayısı kontrol grubunda mama ile beslenen öğün sayısına göre daha az olup mama verme durumu açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).
- Annelerde bebeklerine yönelik beslenme, kilo alma ve bakım konusunda endişe durumu ile ilgili olarak sadece birinci ayda deney grubundaki annelerde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Bebeğin bakım ile ilgili özellikleri açısından birinci ayda deney grubunda pişik ve gözde sarı akıntı/çapaklanma daha az görülmüş ve deney grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Üçüncü ayda deney grubunda

sadece pişik daha az görülmüş ve deney grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

- Birinci ayda deney grubunda acile başvurma daha az görülmüş ve deney grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Üçüncü ayda anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.
- Gruplar arasında birinci ve üçüncü ayda hastaneye yatma açısından bir fark bulunmamıştır.
- Gruplar arasında kilo alımı konusunda bir fark saptanmamıştır. Anne sütü ile beslenen erkek bebeklerin kilo alımı anne sütü+mama ya da sadece mama ile beslenen bebeklere göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırma sonuçlarına göre önerilerim aşağıda sıralanmıştır:

- Geç preterm bebeklerde anne sütünün devamlılığını sağlamak için annelere verilen emzirme danışmanlığı eğitimleri emzirme süresince belli aralıklarla tekrar edilmeli;
- Hastanelerde, geç pretermle ilgili olarak taburcu olma formları ve kontrol listeleri oluşturulmalı;
- Annelere uygulamalı eğitimler verilmeli;
- Annelerle taburcu olduktan sonra izlem planı yapılmalı geç preterm bir yaşına kadar yakından izlenmeli;
- Acile başvurma ve hastaneye yatma ile ilgili araştırmalar artırılmalı;
- Geç preterm tartı alımı ve gelişim açısından daha yakından araştırılmalı; gelecek yıllardaki durumları değerlendirilmeli;
- Sağlık çalışanlarının, preterm ve geç preterm bebeklerin taşıdıkları sağlık riskleri ve gereksinimleri konularında farkındalıkları ve duyarlılıkları sürekli eğitimlerle artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

Ahmed, A.H. (2009). Role of the Pediatric Nurse Practitioner in Promoting Breastfeeding for Late Preterm Infants in Primary Care Settings. *Journal of Pediatric Health Care*, **24**(2), 116-122.

American Academy of Pediatrics (AAP).Committee on Fetus and Newborn. (2004). Age Terminology During the Perinatal Period. *Pediatrics*, **114**(5), 1362-1364.

American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on Fetus and Newborn. (2008). Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. *Pediatrics*, **122**(5), 1119-1126.

Alp, H. (2009). Çocuklarda Anne Sütü ile Beslenme Süresi ve ilişkili Faktörler. *Güncel Pediatri*, **7**, 45-52.

Balcı, S. (2006). Preterm Bebeğin Evdeki Bakımına Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Bebeğin Büyüme – Gelişmesine ve Annelerin Bakım Sorunlarını Çözme Becerilerine Etkisi.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İstanbul

Başer, M., Mucuk, S., Korkmaz, Z. ve Seviğ, Ü. (2005). Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14**, 54-58.

Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A.P., Merialdi, M., Requejo, J.H. ve ark. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull 31 World Health Organ*, **88**, 31–38.

Breslow N.E. ve Day N.E. (1991) Statistical Methods in Cancer Research (Case-Control Sampling Within a Cohort) New York,Oxford University Press; S294-297.

Can, G., İnce, Z. (2010).Preterm doğanlar, İntrauterin Büyüme Geriliği, Makrozomi,Çoğul gebelikler. İçinde O. Neyzi, T. Ertugrul (Ed.), *Pediyatri 1*. İstanbul: Nobel Matbaacılık ; 367-385.

Can, E., Küçükemre, B., Poyrazoğlu, Ş., Gökçay, G. ve Uğur Baysal, S. (2008). Bir Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde İzlenen Bebeklerin ve Ailelerin Özellikleri. *Çocuk Dergisi*, **8**(2), 96-101.

Chyi, L.J., Lee, H.C., Hintz, S.R., Gould, J.B. ve Sutcliffe, T.L. (2008). School Outcomes of Late Preterm Infants: Special Needs and Challenges for Infants Born at 32 to 36 Weeks Gestation. *The Journal of Pediatrics*, **153**, 25-31.

Contemporary Pediatrics.(2007).Guide for parents: Going home with your late preterm infant. Erişim: 10.05. 2009

<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contpeds/data/articlestandard//contpeds/472007/473739/article.pdf>

Cooke, R.J., Embleton, N.D., Griffin, I.J., Wells, J.C. ve McCormick, K.P. (2001). Feeding Preterm Infants after Hospital Discharge: Growth and Development at 18 Months of Age. *Pediatric Research*, **49**(5), 719-722.

Çiçek, N., Vitrinel, A., Cömert, S., Erdağ, G., Aksoy, F. ve Akın, Y. (2005). Prematüre bebeklerin izlem sonuçları. *Türk Pediyatri Arşivi*, **40**, 33-38

Dudell, G.G. ve Jain, L. (2006). Hypoxic Respiratory Failure in the Late Preterm Infant. *Clinics in Perinatology*, **33**, 803–830.

Engle, W.A. (2006). A Recommendation for the Definition of “Late Preterm” (Near-Term) and the Birth Weight–Gestational Age Classification System. *Seminars in Perinatology*, **30**, 2-7.

Engle, W.A., Tomashek, K. M., Wallman, C. ve Committee on Fetus and Newborn. (2007). "Late-Preterm" Infants: A Population at Risk. *Pediatrics*, **120**(6), 1390-1401.

Escobar, G.J., Clark, R.H. ve Greene, J.D. (2006). Short-Term Outcomes of Infants Born at 35 and 36 Weeks Gestation: We Need to Ask More Questions. *Seminars in Perinatology*, **30**, 28-33.

Escobar, G.J., Greene, J.D., Hulac, P., Kincannon, E., Bischoff, K., Gardner, K. ve ark. (2005). Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Archives of Disease in Childhood*, **90**, 125-131.

Garg, M. ve Devaskar, S.U. (2006). Glucose Metabolism in the Late Preterm Infant. *Clinics in Perinatology*. **33**, 853–870.

Gardner, S.L. (2007). Late-Preterm ("Near-Term") Newborns: A Neonatal Nursing Challenge. *Nurse Current*, **1**(1), 3-16.

Gürsoy, T. ve Yurdakök, M. (2008). Prematüre bebeklerin beslenmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **51**(4), 240-251.

HPH. (2007). *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH), the International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services. Concept, Framework and Organization*. HPH-HC Knowledge Center.. Erişim: 10.09.2009, <http://www.healthpromotinghospitals.org>

İnce, Z. (2009). Preterm Bebeğin Taburcu Olduktan Sonra Büyüme İzlemi, Beslenme ve Aşılmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Çocuk Dergisi*, **9**(4), 167-171.

Jain, S. ve Cheng, J. (2006). Emergency Department Visits and Rehospitalizations in Late Preterm Infants. *Clinics in Perinatology*, **33**, 935–945.

Jorgensen, A.M. (2008). Late Preterm Infants: Clinical Complications and Risk, Part Two of a Two-Part Series. *Nursing for Women's Health*, **12**(4), 316-331.

Kinney, H.C. (2006). The Near-Term (Late Preterm) Human Brain and Risk for Periventricular Leukomalacia: A Review. *Seminars in Perinatology*, **30**, 81-88.

Kondolot, M., Yalcın, S.S. ve Yurdakok, K.(2009). Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **52**(3), 122-127.

Koo, W.WK. ve Hockman, E.M. (2006). Posthospital discharge feeding for preterm infants: effects of standard compared with enriched milk formula on growth, bone mass, and body composition. *American Journal of Clinical Nutrition*, **84**, 1357-131364.

Konukoğlu, R. (2010). T.C. Sağlık bakanlığı okmeydanı eğitim ve araştırma hastanesi çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde sağlığı geliştirme projesi için ön çalışma .İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Köksal, N., Özkan, H., Gider, C., Kılıçbay, İ., Kılıçbay, F., Can, S. ve ark. (2004). Gestasyon Haftasına Göre Düşük Doğum Ağırlıklı (SGA) Olan Bebeklerin Uzun Süreli İzlemi. *Güncel Pediatri*, **2**, 73-79.

Kramer, M.S., Demissie, K., Yang, H., Platt, R.W., Sauve', R. ve Liston, R. (2000). The Contribution of Mild and Moderate Preterm Birth to Infant Mortality. *The Journal of the American Medical Association*, **284**(7), 843-849.

Laptook, A. ve Jackson, G.L. (2006). Cold Stress and Hypoglycemia in the Late Preterm ("Near-Term") Infant: Impact on Nursery of Admission. *Seminars in Perinatology*, **30**, 24-27.

Lucas, A., Fewtrell, M.S., Morley, R., Singhal, A., Abbott, R.A., Isaacs, E. ve ark. (2001). Randomized Trial of Nutrient-Enriched Formula Versus Standard Formula for Postdischarge Preterm Infants. *Pediatrics*, **108**(3), 703-711.

Lubow, J.M., How, H.Y., Habli, M., Maxwell, R. ve Sibai, B.M. (2009). Indications for delivery and short-term neonatal outcomes in late preterm as compared with term births. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **200**(5), e30-e33.

Lumley, J. (2003). Method of delivery for the preterm infant. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **110**(20), 88–92.

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

Mateus, J., Fox, K., Sangeeta J., Sunil J., Latta, R. ve Cohen, J. (2010). Preterm Premature Rupture of Membranes: Clinical Outcomes of Late-Preterm Infants. *Clinical Pediatrics*. **49**(1) 60–65.

McIntire, D.D. ve Leveno, K.J. (2008). Neonatal Mortality and Morbidity Rates in Late Preterm Births Compared With Births at Term. *obstetrics & gynecology*, **111**(1), 35-41.

McLaurin, K.K., Hall, C.B., Jackson, E.A., Owens, O.V. ve Mahadevia, P.J. (2009). Persistence of Morbidity and Cost Differences Between Late-Preterm and Term Infants During the First Year of Life. *Pediatrics*, **123**(2), 653-659.

Medoff-Cooper, B., Bakewell-Sachs, S., Buus-Frank, M.E. ve Santa-Donato, A. (2005). The AWHONN Near-Term Infant Initiative:A Conceptual Framework for Optimizing Health for Near-Term Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **34**(6), 666-671.

Meier, P.P., Furman, L.M. ve Degenhardt, M. (2007). Increased Lactation Risk for Late Preterm Infants and Mothers: Evidence and Management Strategies to Protect Breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **52**(6), 579-587.

Moster, D., Lie, R.T. ve Markestad, T. (2008). Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *The new England journal of medicine*, **359**(3), 262-273

Neyzi, O. ve Bulut, A. (Ed.). (2007). *Evde Çocuk Bakımı*. İstanbul: Aşama Matbaacılık; 79-102.

Turan, M. ve Bolışık, B. (2003). Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 39-46.

O'Connor, D.L., Jacobs, J., Hall, R., Adamkin, D., Auestad, N., Castillo, M. ve ark. (2003). Predominantly Human Milk, Predominantly Premature Infant Formula, or a Combination of Human Milk and Premature Formula. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37(4), 437-446.

Örün, E., Yalçın, S.S., Madendağ, Y., Üstünyurt Eras, Z., Dursun, A., Mutlu, B. ve ark. (2009). Annelerin sosyodemografik ve psikopatolojik özellikleri ile bebeklerini ilk 1.5 ayda sadece anne sütü ile besleme durumlarına etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 52(4), 167-175.

Pados, B.F. (2007). Safe Transition to Home: Preparing the Near-term Infant for Discharge. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7(2), 106-113.

Poudre Valley Health System. (2010).The late Preterm Infant: A little baby with big needs. Erişim: 13.07.2010

<http://www.pvhs.org/documents/Women%20and%20Children's%20Services/The%20Late%20Preterm%20Infant%20PVHS%20Parent%20handout%2034-35%20weeks.pdf>

Raju, T.N.K., Higgins, R.D., Stark, A.R. ve Leveno, K.J. (2006). Optimizing Care and Outcome for Late-Preterm (Near-Term) Infants: A Summary of the Workshop Sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics*, 118(3), 1207-1214.

Reddy, U.M., Ko, C.W., Raju., T.N.K. ve Willinger, M. (2009). Delivery Indications at Late-Preterm Gestations and Infant Mortality Rates in the United States. *Pediatrics*, 124(1): 234–240.

Sarıcaoğlu, H. (2008). Çocuklarda Bez Bölgesi Enfeksiyonları, *Güncel Pediatri*, **6**, 31-39.

Sarici, S.Ü., Serdar, M.A., Korkmaz, A., Erdem, G., Oran, O., Tekinalp, G. ve ark. (2004). Incidence, Course, and Prediction of Hyperbilirubinemia in Near- Term and Term Newborns. *Pediatrics*, **113**(4), 775-780.

Santos, I.S., Matijasevich, A., Domingues, M.R., Barros, A.JD., Victora, C.G. ve Barros, F.C. (2009). Late preterm birth is a risk factor for growth faltering in early childhood: a cohort study. *BMC Pediatrics*, 9:71. Erişim 13.08.2010, <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/71>

Schanler, R.J. (2005). Post-discharge nutrition for the preterm infant. *Acta Paediatrica*, **94**(449), 68-73

Sezik, M. ve Özkaya, O. (2007). Prematür gebeliklerde doğum yöntemleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **14**(1), 45-46.

Shapiro-Mendoza, C.K., Tomashek, K.M., Kotelchuck, M., Barfield, W., Weiss, J. ve Evans, S. (2006). Risk Factors for Neonatal Morbidity and Mortality Among “Healthy,” Late Preterm Newborns. *Seminars in Perinatology*, **30**, 54-60.

Shapiro-Mendoza, C.K., Tomashek, K.M., Kotelchuck, M., Barfield, W., Nannini, A., Weiss, J. ve ark. (2008). Effect of Late-Preterm Birth and Maternal Medical Conditions on Newborn Morbidity Risk. *Pediatrics*, **121**(2), e223-e232.

Shaw, R.R. (2008). Late Preterm Birth: New Nursing Issue. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, **33**(5), 287 – 293.

Sibai, B. M. (2006). Preeclampsia as a cause of preterm and late preterm (near-term) births. *Seminars in Perinatology*, **30**, 16-19.

Sohl, B. ve Moore, TR. (1998). Abnormalities of fetal growth. İçinde HW. Taeusch, RA. Ballard Seventh Edition, Eds. Taeusch HW, Ballard RA (Ed.), *Avery's Diseases of the Newborn, Seventh Edition*. Philadelphia: WB Saunders Company; 90-101

Tedeschi, L.A. (2007). The Challenge of Positional Car Seat Testing in Healthy Near-term Neonates. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 7(2), 100-105.

The Academy Of Breastfeeding Medicine. ABM Protocols Breastfeeding the near-term infant (35 to 37 weeks gestation). Erişim: 10.09.2010

www.bfmed.org/Resources/Download.aspx?Filename=Protocol_10.pdf

Tomashek, K.M., Shapiro-Mendoza, C.K., Weiss, J., Kotelchuck, M., Barfield, W., Evans, S. ve ark. (2006). Early Discharge Among Late Preterm and Term Newborns and Risk of Neonatal Morbidity. *Seminars in Perinatology*, 30, 61-68.

Tomashek, K.M., Shapiro-Mendoza, C.K., Davidoff, M.J. ve Petrini J.R. (2007). Differences in Mortality between Late-Preterm and Term Singleton Infants in the United States, 1995–2002. *The Journal of Pediatrics*, 151, 450-456.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Arastırması (TNSA 2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. Erişim: 08.08.2010
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analiz.shtml>

Umur, A. (2008). Prematürelere için hemşirelik bakım standartları oluşturulması ve etkinliğinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş. ve Hassoy, H. (2005) Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48(3), 226-233.

Verklan, M.T.(2009). So, He's a Little Premature.What's the Big Deal? *Critical Care Nursing Clinics of North America*, **21**, 49–161.

Walker, M. (2008). Breastfeeding the Late Preterm Infant. *Principles&Practice*, **37**(6), 692-701.

Wang, M.L., Dorer, D.J., Fleming, M.P. ve Catlin, E.A. (2004). Clinical Outcomes of Near-Term Infants. *Pediatrics*, **114**(2), 372-376.

WHO (2006). Optimal feeding of low-birth-weight infants. Child and adolescent health and development. Erişim: 21.07.2010, http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595094/en/

WHO. (2010). World Health Statistic 2010. Erişim: 05.09.2010 <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>

Yıldız, D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, **50**(4), 294-298.

Yıldız, S. (2008). İlk günden sonraki bakım. İçinde T. Dağoğlu, G. Görak (Ed.), *Temel Neonatoloji ve Hemsirelik İlkeleri*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 769-788.

Yoder, B.A., Gordon, M.C. ve Barth, W.H. (2008). Late-Preterm Birth Does the Changing Obstetric Paradigm Alter the Epidemiology of Respiratory Complications? *Obstetrics & Gynecology*, **111**(3), 814-822.

Young, P.C., Glasgow, T.S., Li, X., Guest-Warnick, G. ve Stoddard G. (2007). Mortality of Late-Preterm (Near-Term) Newborns in Utah. *Pediatrics*, **119**(3), e659-e665.

FORMLAR

Geç Preterm Bebeğin Bakımına Yönelik Anne Eğitimi

Beslenme

Anne sütü erken doğan bebeğin büyümesi için gerekli en önemli besin maddelerini içerir ve onu hastalıklara karşı korur.

- Bebeğe ilk 6 ay sadece anne sütü verilir. Anne sütü alan bebeğe su dahil hiçbir şey verilmez.
- Bebeği 2 yaşına kadar emzirebilirsiniz. Fakat 6 aydan sonra ek gıdalara başlanmalıdır.

Evde beslenme:

Prematüre bebekler çabuk yorulur. Bu nedenle beslenme süresi 20-30dakikayı aşmamalıdır. Bir beslenmede az alan bebek diğer beslenmede biraz daha fazla alır. İlk beslenmeler 3-4saatte bir ve gün içinde 7-8 defa olmalıdır. Daha sonra kilo arttıkça ara açılabilir.

Emzirirken yutma sesleri duyulması, beslendikten sonra sert olan göğsün yumuşaması ve bebeğin emdikten sonra 1-2 saat uyursa bebek doymuştur. Bebek bir seferde tek göğsü emerse bir sonraki sefer diğer göğüsten emzirilmeye başlanmalıdır.

Bebek ne sıklıkta emzirilir?

- Bebeğinizi her ağladığında ya da istediğinde (2-3 saatte bir) emzirin.
- Emzirme suresi bebekten bebeğe değişmekle birlikte en az yarım saat olmalıdır.
- Her yeni öğünde, son emzirilen memeden başlanmalı ve meme tam boşalmadan diğer memeye geçilmemelidir.
- Emzirme sonunda bebek uykuya daldıysa gaz çıkarmaya gerek yoktur. Gaz çıkarmak gerekirse bebek dik olarak yüzü omuza gelecek şekilde tutularak ve sırtına hafif hafif masaj yapılarak gazının çıkarılması gerekir.

Bebeğin yeterli emdiği nasıl anlaşılır?

- Zamanında doğan bebekler de dahil, bütün bebekler kilo almadan önce kilo verirler. Bebeğiniz de kilo verirse endişelenmeyin.
- Emzirme sırasında anne bebeğin yutkunduğunu duymalıdır.
- Emme sırasında bebeğin sakaklarında ve kulaklarında kıpırdanmalar görülmelidir.
- İyi emmiş bir bebek 2-3 saatte uyanır. Bebek rahat ve huzurludur.
- Bebek günde en az 8 kez emmelidir.
- Bebek günde 2-5 defa dışkıyı yapmalıdır. (bebek 6 haftadan sonra daha az dışkı yapabilir)
- Etkili bir emzirmeden sonra meme ucu daha belirginleşir ve meme dokusu yumuşar.
- Bebekte tartı alımı olur (25-30gr/gün).

Emzirirken dikkat edilmesi gerekenler nelerdir?

Emzirmeden önce ellerinizi yıkayın ve rahat edebileceğiniz bir yere oturun.

- Bebeğin vücudunu kendinize yakın tutun, başı ve vücudu aynı doğrultuda ve düz bir hat üzerinde olacak şekilde tutun ve bebeğin poposundan tutup basını dirseğinizle destekleyin.
- Emzirirken sadece meme basını değil, meme basının çevresindeki koyu renkli bölgeyi de ağzına almasını sağlayın. (böylece bebekte gaz oluşmasını ve meme bası çatlaklarını önlemiş olursunuz)
- Bebekler burun yoluyla solunum yaptıkları için bebeğinizi emerken rahat solunum yapabileceği şekilde tutun, burnun tıkalı olamamasına dikkat edin.

Göbek Bakımı:

Göbek kordonu doğumdan sonra kuruyarak genellikle ilk hafta sonunda düşer. Nadir olarak kordonun düşmesi üç dört haftaya kadar uzayabilir. Göbek kordonu düşmeden önce bebek banyo yaptırılmaz. Islanan göbeğin kuruması ve düşmesi gecikebilir. Göbeğin kuru tutulmasına özen gösterilmelidir. İdrarla temas etmemesi için bebeğin bezi göbeğin altından bağlanır. Göbeğin ilk ayın sonuna kadar düşmemesi, düştükten sonra yerinden akıntı olması normal değildir. Göbekten kanama olması da beklenmeyen bir durumdur. Göbek etrafının kızarıklık ve şiş olması iltihaplanmış olduğunu gösterir. Bu durumda doktora başvurmak gerekir. Göbek yeri tamamen kuruyup iyileşmedikçe mikropların buradan girebileceği unutulmamalıdır.

Göz Bakımı:

Bebeğinizin günlük göz temizliğini yaparken kaynamış soğumuş su kullanabilirsiniz. Her iki göz içinde ayrı pamuk kullanarak bebeğinizin gözünü içten dışa doğru silebilirsiniz. Aynı pamuğu tekrar kullanmayın. Bebeğinizin gözleri bazen çapaklanabilir. Gözlerini temiz tutmak önemlidir. Akıntılı sarı görünümde çapaklanma varsa doktorunuza başvurun

Banyo:

Genellikle vücut temizliği her gün tüm vücut ve kıvrım yerleri vücut sıcaklığında ılık suyla ıslatılmış yumuşak bir tülbent ya da sünger silinerek yapılmalıdır. Temizlik sonrası bebeğin cildi ıslak kalmamalı kurulanmalıdır. Nemlendirme için bebek losyonları kullanılabilir. Pudra sürülmesi cilde zedelenmeye neden olabileceğinden önerilmez. Banyo yaptırmaya göbek kordonu kuruyup düştükten bir iki gün sonra başlanır.

- ✓ Altı kirli ise banyodan önce temizlenir.
- ✓ Banyo yaptırılan ortamın ısısı 28-30°C banyo suyu vücut sıcaklığına yakın 37-38°C olmalıdır. Yıkamanın hava akımı olmayan bir yerde olmasına özen gösterilmelidir.
- ✓ Banyo başlamadan önce bebek şampuanı, sabun, havlu sünger, giyeceği eşyaları, kulak kepeçesi ve ağızını temizlemek için pamuklu bez, temiz bez, banyo sonrası sürmek için badem yağı veya bebek yağı hazır olmalıdır.
- ✓ Dikkatin dağılmasını önlemek için telefonu fişten çekerek kapatmak gerekebilir.
- ✓ Hafif bir müzik anneyi rahatlatır.
- ✓ Bebek küvete sokulur. Koltuk altları, kasık arası ve tüm vücudu süngerle veya yumuşak bir tülbentle sabunlanır, silinir. En son yüzü ve başı yıkanır. Baş ve tüm vücut su dökülerek durulanır. Bebek banyodan çıkarılır. Havluya sarılıp kurulanır.
- ✓ Banyodan sonra bebek üzerine havlu serilmiş düz bir zemine yatırılır. Tüm cildi yağlanır. Bu işlemle rahatlayan bebeğin giysileri giydirilmelidir.

Bebeğin Giysileri:

- ✓ Giyecekleri pamuklu kumaştan olmalıdır.
- ✓ Yeni alınan giysiler yıkanmadan giydirilmemelidir. Yıkarken deterjan kullanılmamalı, sabun tozu kullanılmalı, iyice durulanmalıdır.
- ✓ Baş ve kulakları korumak için başlık, ayaklara patik giydirilebilir.
- ✓ Bebeğin bacağına geren tek parça, ayaklı kıyafetler alınmamalıdır. Hareketleri engelleyeceği için kalça gelişiminin etkilenmesine neden olabilir.
- ✓ Kıyafetlerin çit çitli ve rahat giydirilenleri tercih edilmelidir.
- ✓ Ellerin ve tırnakların hava almasını engelleyerek mantar enfeksiyonlarının oluşmasını kolaylaştıracağından, eldiven giydirilmemelidir. Eldiven, emzirme sırasında ten temasını önlediği için de sakıncalıdır. Bebeğin tırnaklarının cildi çizmesini önlemek için tırnaklar birkaç günlük aralarla kontrol edilmeli, gerekiyorsa kesilmelidir.
- ✓ Alt bezleri ile bebeğin bacakları hafif dışa doğru pozisyonda (U şeklinde) olmalıdır. Bezler kalça hareketinin engellenmemesi için kalça üzerinde bağlamaz.
- ✓ Bebeğin kalça gelişimini etkilememek için kesinlikle kundak yapılmamalıdır. Üzerine ağır yorganlar örtülmemeli, dar giysiler giydirilmemelidir

Bebeğin Alt Temizliği:

Bebeklerin cildi çok duyarlıdır. Cildi pişiklerden korumak için altının uzun süre ıslak ya da dışkıyla bırakılmaması ve kullanılan bezlerin temiz ve uygun nitelikte olması çok önemlidir.

İlk haftalarda alt bezinin günde en az beş-altı kez bebeğin uyanık olduğu zamanlarda değiştirilmesi gerekir. Bebeğin altını değiştiren kişi bu işlemde önce ve sonra ellerini özenle yıkamalıdır. Her temizlikte cilt ve cilt kıvrımları, özellikle bebek dışkı yapmışsa, alkol içermeyen ıslak mendillerle, bunları satın almaya olanak yoksa ıslak bir pamuk ile iyice temizlenmeli, temizlikten sonra kurulanmalıdır. Her bez ya da pamuk, bir yönde tek siliş için kullanılmalı ve atılmalıdır. İlk zamanlarda prematürelere için bez büyük gelebilir. Bunun için bezi önden dışa doğru kıvrarak yapılandırabilirsiniz. Dışkının içerdiği mikropların idrar yollarına bulaşmasını önlemek için kız bebeklerde temizlik daima önden arkaya doğru yapılmalıdır. Erkek bebeklerde penis ucundaki deri kıvrımlarını temizlemeye çalışmamalıdır.

Cildi çok duyarlı olan bebeklerde temizlikten sonra cilde vazelin, badem yağı ya da özel bebek losyonları uygulanabilir. Pudralar, parçacıklar halinde birikerek cildi zedeleyeceğinden kesinlikle kullanılmamalıdır. En önemlisi bebeğin altının kuru olmasıdır. Pişik oluşursa oda ısısının 25-26°C olmasına özen gösterilerek bebeğin günde bir-iki kez 10 dk sürelerle bezsiz bırakılması ve cildin hava ile temas ettirilmesi yararlıdır.

Bebeğin Isısı:

Normal oda ısısı 21°C iken prematüre bebeğin kalacağı oda ısısı 24-25°C olmalıdır. Bebeğin üşüdüğünü ellerinden ve ayaklarından anlayabilirsiniz. Şapka eldiven, çorap giydirerek ısınmasını sağlayabilirsiniz. Bebeği evin ısısına göre giydirmelisiniz. Fazla giydirerek bebeğin ateşinin çıkmasına neden olabilirsiniz. Aşırı sıcak bebeğin uykulu olmasına ve emme isteğinin azalmasına neden olur. Mutlaka bebeğinizin ateşini ölçmelisiniz. Koltuk altı ısısı 36.5-37.5°C arası normal kabul edilir. 36.5 °C'nin altında üşümeye başladığını gösterir. 37.5°C ateşi çıkmaya başlamaktadır. Üzerindeki giysileri çıkartıp 15dk sora tekrar vücut ısısı ölçülmelidir. Eğer yükselmeye devam ediyorsa doktora başvurulmalıdır.

Bebeğin Uykusu:

Prematüre bebekler 3-4 ay uyku sırasında gözlemlenmelidir. Bebekle aynı odada kalınmalıdır. Bebek sert bir yatağa yatırılmalıdır. Yastık kullanılmamalıdır. Sırt üstü yatırılmalıdır. Yüz üstü yatırılmaz. Bebeğin yüzünün üstüne tülbent ya da battaniye örtülmemelidir.

Bebekte dikkat edilmesi gerekenler:

- ✓ Koltukaltı ısısı 38°C'nin üzerinde olması.
- ✓ Sarı göz akıntısı, göbek çevresinde kızarıklık akıntı, döküntülü inatçı pişik
- ✓ Artan sıklıkta kusma olması
- ✓ Sık ve sulu kaka yapması, dışkıda kan veya sümük varsa
- ✓ 5-6 saatten uzun süren uyku, uyandıramama, beslenmek istememesi
- ✓ Göbek çevresinde veya bacaklara kadar inmiş sarılık
- ✓ Bebek mor kendini salmış bulunursa solunumu kontrol dilmelidir.

Sağlıklı sütün saklanması:

- ✓ Her sağılan süt temiz plastik şişe ya da süt saklama poşetinde saklanmalıdır.
- ✓ Her sağma için ayrı poşet kullanılmalıdır.
- ✓ Cam şişe kullanılmamalıdır.
- ✓ Sağılan süt dondurulmadan buzdolabın rafında 48 saat kalabilir.
- ✓ Tek kapılı buzdolabın buzlukunda 3 haftaya kadar, iki kapılı buzdolabın buzlukunda 3 aya kadar saklanabilir.
- ✓ Derin dondurucuda (-18°C'nin altında) 6 aya kadar saklanabilir.
- ✓ Donmuş süt eritildikten sonra 24 saat buzdolabında saklanabilir.
- ✓ Eritilmiş süt tekrar dondurulmamalıdır.
- ✓ Sıcak suyun içine konulan bir kapta sütün erimesi sağlanabilir.

Aile- Bebek Tanıtım Formu

Formun Doldurulma Tarihi:

Annenin Soyadı Adı:

1. Annenin Yaşı,

2. Annenin Eğitim Durumu

[1] 5 yıl [2] 5-8 yıl [3] 9-12 yıl [4] 13-17 yıl

3. Bir işte çalışıyor musunuz?

[1] Evet [0] Hayır

4. Annenin Mesleği,

[1] İşçi [2] Memur [3] Serbest Meslek [4] Diğer

5. Babanın Yaşı,

6. Babanın Eğitim Durumu:

[1] 5 yıl [2] 5-8 yıl [3] 9-12 yıl [4] 13-17yıl

7. Baba Çalışıyor mu?

[1] Evet [0] Hayır

8. Babanın Mesleği,

[1] İşçi [2] Memur [3] Serbest Meslek [4] Diğer

9.Sosyal güvence

[1] Var [0] Yok

10.Ailenizin aylık gelirinin gidere oranı,

[1] Gelir giderden az [2] Gelir gidere denk [3] Gelir giderden yüksek

11. Doğum Şekli

[1] Normal doğum [2] Sezaryan

12. Düşük yaptınız mı?

[1] Evet [0] Hayır

13. Halen yaşayan çocuk sayısı, (bu bebekten hariç) (sayı olarak)

[0] 0 [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 3 ve üstü

14. Diğer çocuklarınız da prematüre doğan var mıydı?

[1] Evet [0] Hayır

15 Hamileliğinizde bir problem yaşadınız mı?

[1] Evet [0] Hayır

16. Bebeğin doğum haftası: (hafta olarak)

[1] 34GH [2] 34-35GH [3] 35GH [4] 35-36 GH [5] 36 GH

17. Bebeğin doğum Ağırlığı:..... (gr olarak)

18. Bebeğin cinsiyeti:

[1] K [0] E

19. Bebek hastanede kaldı mı?

[1] Evet [0] Hayır

20. Bebeğin hastanede yatış süresi:..... (sayı olarak)

21. Bebeğin hastanede yatma nedeni....

Solunum Sıkıntısı [1]

Prematürelilik [2]

Hiperbilirubinemi [3]

Enfeksiyon [4]

22. Aileye yardımcı olacak kişi/kişilerin varlığı,

[1] Var [0] Yok

23. Var ise kim/kimler?

Kayınvalide [1]

Kendi Annesi/ kendi ablası [2]

Görünce/elti/yenge [3]

Kendi Kızı [4]

24. Evde sigara kullanan var mı?

[1] Evet [0] Hayır

25. Evde sigara kullananlar:..... (sayı olarak)

26. Evde bulunan oda sayısı:..... (sayı olarak)

27. Evde yaşayan kişi sayısı:..... (sayı olarak)

İzlem Formu I :

1. Kendinizi iyi hissediyor musunuz?
[1] Evet [0] Hayır
2. Bebeğinizin beslenmesi konusunda endişeleriniz var mı?
[1] Evet [0] Hayır
3. Bebeğinizin kilo alması konusunda endişe duyuyor musunuz?
[1] Evet [0] Hayır
4. Bebeğin bakımı ile ilgili endişe duyuyor musunuz?
[1] Evet [0] Hayır
5. Bebeğinizi sadece anne sütü ile beslenmeye devam ediyor musunuz?
[1] Evet [0] Hayır
6. Hayır ise ne ile besliyorsunuz?
[1] Sadece Anne sütü
[2] Anne sütü + mama
[3] Yalnızca mama
7. Kaç öğün mama veriyorsunuz?
[1] Mama Vermiyor
[2] 2-3 Öğün Veriyor
[3] 4-5 Öğün Veriyor
[4] 6 ve daha fazla öğün veriyor
8. Bebek evde nerede yatıyor?
[1] Anne yanı
[2] Anne ile aynı odada ayrı karyolada
[3] Ayrı oda
9. Bebeğinizde pişik oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
10. Göbek çevresinde kızarıklık oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
11. Göz de sarı akıntı / çapaklanma oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
12. Konak oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
13. Deride kızarıklık, döküntü oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
14. Bebeğinizin rutin kontrollerine gittiniz mi?
[1] Evet [0] Hayır
15. Gittiyseniz nereye gittiniz?
[1] Sadece Hastane Polikliniğine
[2] Sadece Sağlık Ocağına
[3] Hastane Polikliniği ve Sağlık Ocağı

- [4] Sadece Özel Hastaneye
16. Bebeğiniz için acile getirdiniz mi?
[1] Evet [0] Hayır
17. Evet ise nedeni?
[1] Acile Başvurmadı
[2] Sarılık
[3] Beslenmeme/huzursuzluk
[4] Çok ağlama/gaz sancısı
[5] Ateş
[6] Diğer
18. Hastaneye yattınız mı?
[1] Evet [0] Hayır
19. Evet ise neden:
[1] Sarılık
[2] Ateş
[3] Hastaneye yatmadı
20. Evde bebeğiniz antibiyotik aldı mı ?
[1] Evet [0] Hayır
21. Evet ise neden.
[1] Ateş/Enfeksiyon
[2] Taburcu olduktan sonra
[3] Solunum problemi
[4] Antibiyotik kullanmadı
22. Bebeğinize beslenme dışında neler veriyorsunuz?
[1] D vit
[2] Dvit ve Demir preparatı
[3] D vit ve Multivitamin
[4] Dvit ve Gaz damlası
23. Bebek ile ilgili başka endişeleriniz var mı?
[1] Evet [0] Hayır
24. Evet ise belirtiniz.
[1] Sarılık
[2] Gaz sancısı/ ağlama
[3] Kilo almama
[4] Endişe yok
25. Kilo:

İzlem Formu II :

1. Bebeğinizin beslenmesi konusunda endişeleriniz var mı?
[1] Evet [0] Hayır
2. Bebeğinizin kilo alması konusunda endişe duyuyor musunuz?
[1] Evet [0] Hayır
3. Bebeğinizi sadece anne sütü ile beslenmeye devam ediyor musunuz?
[1] Evet [0] Hayır
4. Hayır ise ne ile besliyorsunuz?
[1] Sadece Anne sütü
[2] Anne sütü + mama
[3] Yalnızca mama
5. Günde kaç öğün mama veriyorsunuz
[1] Mama Vermiyor
[2] 1-2 Öğün Veriyor
[3] 3-4 Öğün Veriyor
[4] 5-7 Öğün
[5] 8 ve daha fazla öğün mama veriyor
6. Bebeğinizde pişik oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
7. Göz de sarı akıntı / çapaklanma oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
8. Konak oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
9. Deride kızarıklık, döküntü oldu mu?
[1] Evet [0] Hayır
10. Bebeğiniz için acile getirdiniz mi?
[1] Evet [0] Hayır
11. Acile gitme nedeni?
[1] Ağlama/gaz sancısı
[2] Solunum Problemi
[3] Acile Gitmedi

12. Hastaneye yattınız mı?
[1] Evet [0] Hayır
13. Evde bebeğiniz antibiyotik aldı mı ?
[1] Evet [0] Hayır
14. Bebeğinize beslenme dışında neler veriyorsunuz?
[1] D vit
[2] Dvit ve Demir preparatı
[3] D vit ve Multivitamin
[4] Dvit ve Gaz damlası
15. Bebek ile ilgili başka endişeleriniz var mı?
[1] Evet [0] Hayır
16. Nedenini belirtiniz.
[1] Kilo almama
[2] Gaz sancısı/ ağlama
[3] Endişelenmiyor
17. Kilo:

KONTROL LİSTESİ

<p>Öğrenmenin Değerlendirilmesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiziksel Engel <input type="checkbox"/> Bilişsel Engel <input type="checkbox"/> Duygusal Engel <input type="checkbox"/> Ağrı/Rahatsızlık Hissetme <input type="checkbox"/> Bakım için mali destek <input type="checkbox"/> Dil Engeli <input type="checkbox"/> Kültürel/Dini uygulamalar <input type="checkbox"/> İsteksizlik <input type="checkbox"/> Engel yok/Öğrenmeye Hazır <p>(Form doldurulduktan sonra öğrenmeyi değerlendiriniz)</p> <p>Tarih: _____ Ad/Soyad: _____</p>	<p>* Eğitim Metodu</p> <p>G: Görsel U: Uygulama A: Açıklama G: Grup Eğitimi B: Broşür R: Role Play (Seçilen eğitim metodunu İşaretleyin)</p>	<p>**Sonuç/ Değerlendirme</p> <p>EÖ: Etkili Öğrenme TY: Tanımlama Yeterli UT: Uygulamanın tekrarı EG: Eğitim Geçersiz GG: Gözden Geçirilecek</p>
---	--	--

Tarih	Eğitim Planı	Eğitim Metodu	Eğitime Hazır E vet/ H ayır	Sonuç/ Değerlendirme	Tekrar görüşme Tarihi	Tekrar Değerlendirme	Yorum ve Notlar
	<input type="checkbox"/> El Yıkama <input type="checkbox"/> Enfeksiyondan Korunma						
	Bakım <input type="checkbox"/> Alt Bakımı <input type="checkbox"/> Göbek Bakımı <input type="checkbox"/> Göz Bakımı <input type="checkbox"/> Gaz Çıkarma						
	<input type="checkbox"/> Giysileri <input type="checkbox"/> Isı Kontrolü <input type="checkbox"/> Uyku Pozisyonu <input type="checkbox"/> Aynı odada kalma						
	Emzirmenin Değerlendirilmesi						
	Emzirme Pozisyonu <input type="checkbox"/> Anne gevşek ve rahat <input type="checkbox"/> Bebeğin vücudu yakın, memeye dönük <input type="checkbox"/> Bebeğin başı ve vücudu düz <input type="checkbox"/> Çene memeye değiyor						
	Bebeğin Davranışı <input type="checkbox"/> Bebek acıkınca memeye uzanıyor (memeyi arıyor) <input type="checkbox"/> Bebek diliyle Memeyi keşfediyor <input type="checkbox"/> Bebek memede sakin ve uyanık <input type="checkbox"/> Bebek memeye yerleştirilmiş duruyor <input type="checkbox"/> Süt salgılanması bulguları var (süt akması)						

* Eğitim Metodu G: Görsel A: Açıklama B: Broşür (Seçilen eğitim metodunu İşaretleyin)	U: Uygulama G: Grup Eğitimi R: Role Play	**Sonuç/ Değerlendirme EÖ: Etkili Öğrenme TY: Tanımlama Yeterli UT: Uygulamanın tekrarı EG: Eğitim Geçersiz GG: Gözden Geçirilecek
--	---	---

Eğitim Planı	Eğitim Metodu	Eğitime Hazır Evet/Hayır	Sonuç/ Değerlendirme	Tekrar görüşme Tarihi	Tekrar Değerlendirme	Yorum ve Notlar
Emme <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Geniş Açık ağız <input type="checkbox"/> Alt dudak dışa dönmüş <input type="checkbox"/> Dil memenin etrafında kıvrılmış <input type="checkbox"/> Yanaklar yuvarlak <input type="checkbox"/> Ağızın üzerinde daha fazla areola <input type="checkbox"/> Yavaş, derin emmeler ve arada dinlenme <input type="checkbox"/> Yutkunma duyulabiliyor ya da görülebiliyor 						
Taburculuk sonrası dikkat edilecek durumlar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sarılık, <input type="checkbox"/> Ateş, <input type="checkbox"/> Beslenememe, <input type="checkbox"/> Uyku hali <input type="checkbox"/> Morarma 						
Aşılar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aşı kartının verilmesi 						
Fenil için Kan Alınması <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eğitim Tarih: _____ Fenil No: _____						
Taburculuk sonrası gerekli testler <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> İşitme testi <input type="checkbox"/> ROB muayenesi <input type="checkbox"/> Kontrol Randevusu verilmesi 						

GESTASYON YAŞININ MATURASYONEL DEĞERLENDİRMESİ (Yeni Ballard Skoru)

İSİM _____ TARİH DOĞUM TARİHİ _____ CİNSİYET _____
 PROTOKOL NO _____ MUAYENE TARİHİ _____ DOĞUM ADIĞI _____
 POSTNATAL GÜN _____ DOĞUM BOYU _____
 APOGAR SKORU: 1 DAKIKA _____ 5 DAKIKA _____ 10 DAKIKA _____ BAŞ ÇEVRESİ _____

NÖROMÜSKÜLER MATURASYON

NÖROLOJİK BELİRTİ	SKOR						SKOR
	-1	0	1	2	3	4	
POSTUR							
DÖRTGEN PENCERE							
KOLUN GERİYE KIVRILMASI							
POPLİTEAL AÇI							
EŞARP BELİRTİSİ							
TOPUKTAN KULAĞA							
TOPLAM NÖROMÜSKÜLER MATURETE SKORU							

SKOR

Nöromusküler _____

Fiziksel _____

Toplam _____

MATURETE PUANLAMASI

SKOR	Hafta
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

FİZİKSEL MATURASYON

FİZİKSEL BELİRTİ	SKOR						SKOR
	-1	0	1	2	3	4	
CİLT	yapışkan kirli saydam	jetanöz kırmızı	düz pembe ventiler görülebilir	yüzeyli soyuma birkaç van	yüzeyli paldaklar, nadir ventiler	parşömen pekinde çam çanaklar damarlar görülebilir	meşin gibi çatlaklar buruşuk deri
LANUGO	yok	nadir	çok	seyrek	lüksüz alanlar	yaygın lüksüz alanlar	
AYAK TABANI ÇİZGİLERİ	tepuktan baş parmak 40-50 mm-1 <40 mm-2	>50 mm çizgi yok	hafif kırmızı çizgiler	ön yüzde transvers çizgiler	ayak tabanı ön 2-3'de çizgiler var	ayak tabanının tümünde belirgin	
MEME	meme dokusu seçilmiyor	meme dokusu güçlükle seçiliyor	areola yassı, meme başı yok	areola belirgin meme başı 1-2 mm	kenarı kalkık belirgin areola 3-4 mm	areola tam oluşmuş 5-10 mm	
KULAK	kepen yapışık gevşek-1 sıkı-2	plana düz, katlanmış olarak kalır	kulak kepenleri kenarı hafif pekinleşmiş kalıncıca yanak çizgiler	kulak kepenleri kenarı belirginleşmiş koyu kenarlar	in pekinleşmiş kulak kepenleri üstünde hemen çizgiler	kalın kılınçlı kulak sert	
DİŞİ GENİTALYA	kilitimsi belirgin labra düz	belirgin kilitimsi geniş minora	belirgin kilitimsi ve minora	1 majora ve minora eşit belirgin	1 majora büyük 1 minora küçük	kilitimsi ve L minora tam olarak oluşmuş	
ERKEK GENİTALYA	skrotumlar düz	skrotum boy belirgin kıvrımlar var	testisler kanıca, nadir kıvrım var	testisler imnek üzere az kıvrım var	testisler vsmg kıvrımlar var	testisler skrotumda derin kıvrımlar var	
TOPLAM FİZİKSEL MATURETE SKORU							

GESTASYON YAŞI

(Hafta)

Son adet tarihine göre _____

USG'ye göre _____

Muayeneye göre _____

ETİK KURUL KARARI

ETİK KURUL KARARI

Hastanemiz Etik Kurulu 29.04.2009 tarihinde Baştabiplik odasında toplanmış, Hastanemiz Hemşiresi Zeynep ÇETİN'in Sağlığı geliştiren hastane kavramı içinde prematüre yenidoğan sağlığı: Doğum sonrası annelere verilen eğitimin çocuk bakımına etkisi" konulu tez çalışması etik açıdan uygun görülmüştür.

Dr. Rengin ŞİRANECİ
Baştabip
Çoc. Sağ. Ve Hast.

Doç. Dr. Ahmet ÇULKILIK
Klinik Şefi
Kad. Hast. Ve Doğ.

Dr. Yavuz CEYLAN
Klinik Şefi
Kad. Hast. Ve Doğ.

Dr. H. Cemal ARK
Klinik Şefi
Kad. Hast. Ve Doğ.

Dr. Ali İsmet TEKİRDAĞ
Klinik Şefi
Kad. Hast. Ve Doğ.

Dr. Engin ODABAŞ
Klinik Şef Yardımcısı
Kad. Hast. Ve Doğ.

Dr. Gönül AYDOĞAN
Klinik Şefi
Çoc. Sağ. Ve Hast.

Dr. S. Erdal ADAL
Klinik Şefi
Çoc. Sağ. Ve Hast.

Dr. Sultan KAVUNCUOĞLU
Klinik Şefi
Çoc. Sağ. Ve Hast.

Dr. Cüneyt ÖNGÜT
Uzman Tabip
Patoloji

Serdar FÜRKMEN
Biyokimya Uzmanı

Özden UNQU
Sorumlu Eczacı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ZEYNEP	Soyadı	ÇETİN
Doğ.Yeri	ÜSKÜDAR	Doğ.Tar.	01.03.1981
Uyruğu	T.C	TC Kim No	58021198824
Email	ze_cet@yahoo.com	Tel	05062034521

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2003
Lise	Balıkesir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	1998

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Bakırköy Kadın, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2004-
2.	Hemşire	Amerikan Hastanesi	2003-2004
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS /ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	65	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	56,408	57,107	57,805
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Word	İyi
Microsoft Power Point	İyi

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Ulusal Yayınlar

1) Makale:

Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, **Çetin Z**, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağında yaralanma kontrolü: Ailenin rolü ve güvenlik danışmanlığı. **Türk Pediatri Arşivi 2008**; 43: 127-134.

2) Ulusal kongrelerde sunulan bildiriler

Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, **Çetin Z**, Coşkun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağında yaralanma kontrolü: Ailenin rolü ve bireysel danışmanlık. 44. Türk Pediatri Kongresi. Program ve Özet Kitabı. İstanbul, 2008:270-271.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Fotoğraf çekmek, Doğa yürüyüşleri, Kitap Okumak