

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

ADÖLESAN ANNELERİN YENİDOĞAN BAKIMINA İLİŞKİN UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Eylem HİZMETÇİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Yrd.Doç.Dr. Nazife AKAN

Tez No:53

Mersin- 2005

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan Adölesan Annelerin Yenidoğan Bakımına İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14/11/2005

Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Hacer ÇETİN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun **18/11/2005** tarih ve **2005/2006** sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa DİKMENÇİL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu alıŐma sűresince deęerli yardım ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sn. Yrd.Doç. Dr. Nazife AKAN'a teŐekkűr ederim.

Tezimin istatistiksel deęerlendirmesindeki yardımlarından dolayı Mersin Őniversitesi Tıp Fakűltesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Őđretim Gűrevlisi Sn. Semra ERDOęAN'A teŐekkűr ederim.

Yűksek Lisans eęitimim boyunca beni destekleyen Mersin Őniversitesi Saęlık Yűksekokulu Műdűrű Sn. Prof.Dr. AyŐe ŐZCAN'a, Ebelik Bűlűm BaŐkanı Sn. Yrd.Doç.Dr. Mine YURDAKUL'a, çalıŐmamda bűyűk destek saęlayan Yűksek Lisans Grubu'ndaki arkadaşlarıma ayrıca teŐekkűr ediyorum.

ÇalıŐmama destekleri ile katkıda bulunan Mersin 112 Komuta HemŐire'lerine, çalıŐma arkadaşlarıma, araŐtırmanın yapılmasına ortam saęlayan KahramanmaraŐ İl Saęlık Műdűrlűęű'ne, araŐtırmam sırasında yardımcı olan Aslanbey, Dumlupınar, Eęitim, Karacaoęlan, Kűmbet, Serintepe, Tekke, Yavuzselim, YeniŐehir, Sakarya, Doęukent, Őirikçioęlu Saęlık Ocaęı ebe, saęlık memuru ve sorumlu hekimlerine teŐekkűr ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1. Adölesan	7
2.1.1. Adölesan Dönemi	7
2.1.1.a. Erken Adölesan Dönemi (<15 yaş)	7
2.1.1.b. Orta Adölesan Dönemi (15-16 yaş)	7
2.1.1.c. Geç Adölesan Dönemi (17 yaş üzeri)	8
2.1.2. Fiziksel Özellikler	8
2.1.2.a. Büyüme ve Gelişme	9
2.1.2.b. Psikososyal Özellikler	9
2.1.3. Adölesan Döneme İlişkin Sağlık Sorunları	9
2.2. Erken Yaşta Evlilik	10
2.3. Adölesan Gebelik	11
2.4. Adölesan Anneler	13
2.5. Doğum Öncesi Bakım (Antenatal Bakım)	14
2.6. Doğum Sonu Dönemde Adölesan Annenin ve Bebeğinin Bakım Gereksinimleri	16
2.6.1. Anne Bakımı	16
2.6.2. Yenidoğan Bakımı	17
2.6.2.1. Doğum Odasındaki Bakım	17
2.6.2.2. Postnatal Hastane Bakımı	18
2.6.2.2.a. Yenidoğan Bebeğin Beslenmesi	18
2.6.2.2.b. Göbek Bakımı	22
2.6.2.2.c. Tarama Testleri	23
2.6.2.2.d. İmmünizasyon	23
2.6.2.2.e. Doğum Sonrası Bebeğin Periyodik Kontrolleri ve	
Ebenin Rolü	24
2.6.2.3. Evde Bakım	26
2.6.2.3.a. Yenidoğanın Odası	26
2.6.2.3.b. Yenidoğanın Banyosu	27
2.6.2.3.c. Yenidoğanın Dışkı ve İdrar Sıklığı	29
2.6.2.3.d. Yenidoğanın Uyku Evresi	29
2.6.2.3.e. Yenidoğanın Pozisyonu	29
2.6.2.3.f. Yenidoğanın Tırnak Bakımı	30
2.6.2.3.g. Yenidoğanın Hapşırma Hıçkırıkları	31
2.6.2.3.h. Yenidoğanın Cilt Bakımı	31
2.6.2.3.i. Yenidoğanın Ağlamasının Değerlendirilmesi	32
2.6.2.3.j. Yenidoğanın Meme ve Genital Akıntı	

Değerlendirilmesi	32
2.7. Yenidoğan Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar	33
2.7.1. Pişik (Diaper Rash)	33
2.7.2. Pamukçuk	33
2.7.3. Yenidoğanda Yüksek Ateş	34
2.7.4. İshal	35
2.7.5. Kabızlık	35
2.8. Özel Bakım Gerektiren Yenidoğan Sorunları	36
2.8.1. Neonatal Hiperbilirubinemi	36
2.8.1.a. Fizyolojik Sarılık	36
2.8.2.b. Anne Sütü Sarılığı	37
2.8.2.c. Patolojik Sarılık	37
2.8.2. Prematüre Bebek	38
3.GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Amacı	39
3.2. Araştırmanın Şekli	39
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
3.4. Araştırmanın Evreni	40
3.5. Araştırmanın Örnekleme	40
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
3.7. Verilerin Toplanması	41
3.7.1. Veri Toplama Formu	41
3.7.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması	41
3.7.3. Verilerin Değerlendirilmesi	42
4. BULGULAR	43
5. TARTIŞMA	66
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	84
7. KAYNAKLAR	87
8. EKLER	98
EK-1 Anket Formu	98
9. ÖZGEÇMİŞ	106

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	43
Çizelge.2. Annelerin Doğum Öncesi ve Doğum Sonu Dönemde Aldıkları Sağlık Hizmetlerine İlişkin Verilerin Dağılımı	44
Çizelge.3. Annelerin Bebeklerini Emzirme Sıklığının Dağılımı	45
Çizelge.4. Gebeliğinde Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirme Sıklığının Dağılımı	45
Çizelge.5. Doğum Sonu Dönemde Hastanede Bakımı Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirme Sıklığının Dağılımı	46
Çizelge. 6. Annelerin Bebeklerini Emzirmeden Önce Yaptıkları Uygulamalarının Dağılımı	46
Çizelge.7. Gebeliğinde Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirmeden Önce Ellerini Yıkama Durumlarının Dağılımı	47
Çizelge.8. Doğum Sonu Evde Bakım Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirmeden Önce Ellerini Yıkama Durumlarının Dağılımı	47
Çizelge.9. Doğum Sonu Bakım Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirmeden Önce Meme Ucu Suyla Silme Durumlarının Dağılımı	48
Çizelge .10. Annelerin Bebeklerinde Görülen Problemlerin Dağılımı	49
Çizelge .11. Annelerin Bebeklerinde Yaşadığı Sorunların Dağılımı	49
Çizelge.12. Annelerin Doğum Öncesi Dönemde Yeterli Sayıda Bakım Alma Durumu ile Bebeklerinde Gaz Problemi Olan Annelerin Dağılımı	50
Çizelge.13. Bebeklerinin Gözlerinde Çapaklanma ve Akıntı Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	51
Çizelge.14. Annelerin Gebeliğinde Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu ile Bebeklerinin Gözlerinde Çapaklanma ve Akıntı Görüldüğünde Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	51
Çizelge.15. Bebeklerinde Pamukçuk Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	52
Çizelge.16. Annelerin Emzirmeden Önce Yaptıkları Uygulamaları ile Bebeklerinde Pamukçuk Oluşma Durumunun Dağılımı	53
Çizelge.17. Annelerin Emzirmeden Yaptıkları Uygulamaların Bebeklerde Pamukçuk Oluşumuna Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi	54
Çizelge.18. Bebeklerinde İshal Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	54
Çizelge.19. Doğum Sonu Bakım Alma Durumu ile Bebeklerinde İshal Görülme Durumunun Dağılımı ..	55
Çizelge.20. Bebeklerinde Kabızlık Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	55
Çizelge.21. Bebeklerinde Ateş Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	56
Çizelge.22. Bebeklerinde Sarılık Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	56
Çizelge.23. Annelerin Bebeklerinde Pişik Oluşumunu Önlemek İçin Yaptıkları Uygulamalar ile Bebeklerinde Pişik Görülme Durumunun Dağılımı	57

Çizelge.24. Bebeklerinde Pişik Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	57
Çizelge.25. Annelerin Yeterli Sayıda Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ile Pişik Görülme Durumunun Dağılımı	58
Çizelge.26. Annelerin Bebeklerinde Göbek Enfeksiyonunu Önlemek İçin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	59
Çizelge.27. Bebeklerinde Göbek Enfeksiyonu- Kanama Görüldüğünde Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	59
Çizelge.28. Annelerin Yaşı ile Bebeklerinde Göbek Enfeksiyonu/Kanama Görüldüğünde Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	60
Çizelge.29. Bebeklerin İlk Banyo Zamanı ile Göbek İltihabının Oluşumunun Dağılımı	60
Çizelge.30. Bebeklerin İlk Banyosu Yaptırılırken Dikkat Edilen Uygulamaların Dağılımı	61
Çizelge.31. Annelerin Gebeliğinde Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu ile İlk Banyosu Yaptırılırken Yıkama Pozisyonuna Dikkat Edilen Bebeklerin Dağılımı	62
Çizelge. 32. Annelerin Bebeklerini Genellikle Yatırdığı Pozisyonların Dağılımı	62
Çizelge.33. Annelerin Bebeklerinin Burun Temizliği Uygulamalarının Dağılımı	63
Çizelge.34. Annelerin Bebek Bakım ile İlgili Diğer Bilgi ve Davranışların Dağılımı	63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

A.B.D.: Amerika Birleşik Devletleri

DÖB: Doğum Öncesi Dönem

n: Toplam Kişi Sayısı

UNFPA: United Nations Population Found (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)

UNFPA: United Nations Development Programme (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)

WHO: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Bu araştırma 15-19 yaş arasında ulaşılabilen adölesan annelerin yenidoğan bakımına ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı araştırma yöntemine uygun olarak yapılmıştır. Araştırma 01.11.2004 -31.05.2005 tarihleri arasında ulaşılabilen ve araştırmayı kabul eden 100 adölesan anneyi kapsamaktadır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS for Windows 11.5 ve MINITAB 13.0 paket programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdellik dağılımı, ki-kare testleri, lojistik ve iki oran testi kullanılmıştır.

Annelerin %17'sinin 15-16, %83'ünün 17-19 yaş aralığında olduğu, %29'unun resmi nikahı olmayan, %71'inin resmi nikahı olan olarak tespit edilmiştir. Annelerin %4'ünün 14 yaşında, %37'sinin 15-16 yaş arasında, %59'unun ise 17-19 yaşları arasında evlendikleri tespit edilmiştir. Annelerin eğitim durumu incelendiğinde ise; %7'sinin okuryazar olmayanlar, %90'ını ilköğretim mezunu olan annelerin %66'sının herhangi bir sosyal güvencesi bulunmadığı tespit edilmiştir. Araştırmada annelerin %89'unun primipar olduğu, %70'inin vajinal doğum yaptığı ortaya çıkmıştır.

Çalışmada adölesan annelerin yenidoğan bakımında da sorunlar yaşadığı ortaya çıkmıştır. Bu annelerin doğum öncesi, doğum, doğum sonrası aldıkları eğitimlerle bu sorunları gidermede yeterli olamadığı saptanmıştır. Ayrıca adölesan annelerin bebek bakımındaki bilgi eksikliği ve yetersizlikleri nedeniyle geleneksel uygulamalara devam ettikleri de gözlenmiştir.

Ebelerin yapmış olduğu doğum öncesi, doğum, doğum sonrası izlemlerin yeterli olmadığı, yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin gerekli tüm bakım konularını kapsamadığı veya verilen eğitimin anneler ve yakınları tarafından yeterince anlaşılmadığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan anne / Yenidoğan bebek bakım.

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine 15 to 19-year-old adolescent mothers' involvement with and caregiving practices concerning their newborn babies. To gain a more in depth understanding of adolescent mothers' perceptions and caregiving practices, the present study utilized descriptive research methods approach. One hundred ($n = 100$) adolescent mothers who were approached between 01.11.2004 and 31.05.2005 and agreed to participate in the study constituted the sample for this study. Prior to carrying out the study, participant adolescent mothers were informed about the study and their role in it. Each participant was asked to complete the questionnaires developed by the researcher. Collected data were analyzed by SPSS for Windows version 11.5 and MINITAB version 13.0 statistical pocket programs. In analyzing the data, percentages, chi square tests, logistical analyses and two proportion test were used.

Of all participant mothers, 17 % were between the ages of 15-16 years old, whereas 83 % were between the ages of 17-19 years old. The most of mothers (71%) reported being officially married. Participants, who reported getting married at or after the age of 17 (59%) constituted the majority of the sample. On the other hand, 37% of the participants reported that they got married when they were between the ages of 15-16 years old, and 4% of the participants reported getting married at the age of 14 years old. In terms of participants' education levels, this study revealed that, 7% of the participant mothers were illiterate, 90% were elementary school graduate. Majority of the participant adolescent mothers (66%) indicated that they did not have any form of social security. Of all participant mothers, 89% were primipar, 70% of mothers in this study indicated giving vaginal birth.

Findings of this study revealed some points of concerns related to difficulties adolescent mothers, experience with relation to caregiving responsibilities of their newborn babies. Educational instructions adolescent mothers received prenatal, perinatal, and postnatal regarding their newborn babies were found to have restricted impacts in equipping these mothers to deal with difficulties they faced. Furthermore, there was sufficient evidence to suggest that the lack of knowledge and inadequacy adolescent mothers experience about newborn caregiving were main reasons these mothers continue carrying traditional caregiving practices on.

Findings of the present study pointed out the insufficiency of the current practices of educational home visits to adolescent mothers' homes by midwives. These results suggest that either midwives were not efficacious enough at prenatal, perinatal, postnatal the educational program in a clear and detailed manner, or the contents of the educational program were not fully understood by the target group of adolescent mothers and their close relatives.

Key words: Adolescent mothers; newborn caregiving.

1-GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arası dönem olarak tanımlanan adölesan dönemi bireyin duygu, düşünce, davranış ve tutumlarının geliştiği, fizyolojik ve psikolojik değişim ile sosyal olgunluğa hazırlandığı dönemdir (1). Adölesan dönem kızlarda 10, erkeklerde 12 yaşında başlar ve 18-20'li yaşlara kadar devam eder. Ancak bazı otoriteler adölesan dönemin üst yaş sınırını 24 olarak kabul etmektedir. Öte yandan adölesan dönemi erken adölesan (>15yaş), orta adölesan (15-16), geç adölesan (17 yaş ve üzeri) olarak kategorize edilmiştir (2,3). Ülkemizdeki resmi istatistiki çalışmalar adölesan dönemini 15-19 yaş sınırı alınarak yapılmaktadır.

Adölesan çağdaki gençler toplam dünya nüfusunun %19'unu oluşturmaktadır. Türkiye'de 2000 yılı nüfus araştırması sonuçlarına göre 15-19 yaş kadın nüfusunun 3.518.257 olduğu saptanmıştır (2,3). TNSA 2003 verilerine göre 15-19 yaş kadın nüfus oranı %9.6'dır (4). Türkiye'de 10-19 yaş nüfusumuzun toplam nüfusa oranı %19.7 olarak saptanmıştır ve 15-19 yaş grubunun doğurgan çağdaki kadınların beşte birini oluşturduğu saptanmıştır (4). Bu grubun gereksinimleri, ülkelerin sosyal, sağlık, eğitim ve ekonomik politikalarının belirlenmesinde önem taşımaktadır.

Adölesan dönemi, erişkin dönem sağlığını etkileyebilen fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok değişimin bir arada yaşandığı bir çağdır. Sorumlulukların ve sorunların arttığı, vücut şeklinin değişikliğe uğradığı, bağımsızlığın üst düzeyde yaşandığı bu dönemde başta beslenme bozukluğu ve yetersiz sağlık davranışlarına bağlı sorunlar sıklıkla karşılaşılan sağlık sorunları arasındadır (1,5,6).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, planlanmamış gebelikler ve erken yaşta annelik gibi üreme sağlığı sorunları genç nüfusun sağlık hizmetine en çok gereksinim duyduğu konular arasındadır. Cinsel aktivite yaşının erken olması, cinsellik ve gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi eksikliği nedeniyle adölesanlar, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskine daha çok maruz kalmaktadırlar (1,5,6,7,8).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 19 yaşındaki evlenmemiş kadınların yaklaşık %70'inin, evlenmemiş erkeklerin ise %80-90'ının cinsel ilişkide bulunduğu sanılmaktadır. Gençlerin sıklıkla herhangi bir doğum kontrol yöntemi uygulanmadan

seksüel aktiviteye başladıkları ve bunun sonucunda istenmeyen gebeliklere maruz kaldıkları bilinmektedir (9,10).

Beklenmeyen ve istenmeyen bir gebelik adölesan anne, adölesan baba ve çocuk için önemli sağlık ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece 4000 kadarı gelişmiş ülkelerde, geri kalanı ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Son 20 yılda çocuk sağlığında belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, hala her yıl 10.5 milyon bebek ölümü olmakta, bunların da büyük bir çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (11,12). Ülkelere göre büyük farklılıklar göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerdeki adölesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Gelişmiş ülkelerde ise her yıl 1000 adölesan genç kızdan 63'ü doğum yapmakta ve 17 milyon bebek dünyaya gelmekte ve 70.000 adölesan genç anne gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (13).

Türkiye'deki gebeliklerin yaklaşık %7'si adölesan yaşta görülmektedir. 1993 DİE verilerine göre 15-19 yaş grubundaki kadınların doğurganlık hızı %56, 1998 yılında ise doğurganlık hızı %60'tır (14). TNSA 2003 verilerine göre ülkemizde 15-19 yaş arası doğurganlık hızı kentte %44, kırdada ise %47'dir (4). Ülkemizdeki 17 yaşındaki kadınların %8'i ya anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe kalmıştır. Bu oran 18 yaşında %15'e, 19 yaşında %23'e (yaklaşık 1/4) varmaktadır. Ülkemizde doğurganlık düzeyi en fazla doğuda olmasına karşın adölesan doğumlar en fazla kuzeyde olmaktadır. Kentsel alanda yaşayan adölesan arasında anne olanların oranı, kırsal alanda yaşayanlara göre çok düşüktür. Dolayısıyla erken evlilik nedeniyle adölesan gebelikler birinci basamak sağlık kurumu personelinin çok sık karşılaştığı bir sorundur (14,15,16).

Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır. Adölesan gebeliklerinin büyük bir oranının istenmeyen gebelik olması, genç kadınları, yasal olsun veya olmasın isteyerek düşüğe yöneltmektedir (9,11,17).

Yirmi yaşından önce gebe ve anne olmanın hem demografik hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları vardır. Bu nedenle bu durum birçok ülkede önemli bir toplumsal ve sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Adölesan dönem gebeliklerinde bazı sorunlar ileri yaşlardaki gebelere göre daha sık görülmektedir.

Preeklampsi ve eklampsi, abortus, fetal ölüm, prematüre doğum, zor ve uzamış doğum eylemi, neonatal ölüm, düşük doğum ağırlığı, uterus disfonksiyonuna bağlı doğum sonu kanamalar, doğuma bağlı enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar anemi, adölesan gebeleri bekleyen sorunlardır. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelik ve ebeveynlik adölesanda rol çatışmalarına bağlı benlik kavramında bozulmaya neden olabilmektedir. Bu durum anneliğe henüz hazır olmayan ve çocuk büyütmenin stresini taşıyamayan ergenin bebeğini ihmal etmesine ya da örselemesine yol açabilir (18,19,20,21,22,23). Bunların sonucu olarak henüz gelişimini tamamlamamış olan adölesan annelerin doğumdan sonra yenidoğanın bakımı ve kendi kişisel bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalabilecekleri ortaya çıkmaktadır.

Topçuoğlu ve Akın'ın çalışmasında çocukların %44'ünün annelerin doğurganlık davranışına (anne yaşı, doğum aralığı, doğum sayısı) bağlı olarak yüksek ölüm risklerine maruz kaldıkları belirlenmiştir. Çocukların %31'i bir risk faktörüne, %13'ü ise birden fazla risk faktörüne bağlı olarak yüksek ölüm riskine maruz kaldıkları anneleri sadece bir risk grubunda yer alan çocukların ölüm oranlarının, anneleri hiçbir risk grubunda yer almayanlara göre 1.5 kat daha fazla olduğu görülmüştür (16). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 raporuna göre 18 yaş altındaki annelerden doğan bebeklerin 20-25 yaş arasındaki gebe kadınlara kıyasla ölme riski 2-5 kez daha fazladır (13). Adölesan annelerin doğan bebeklerinde düşük doğum ağırlığı ve ilk yıl içerisinde enfeksiyonlar ve malnutrisyon nedeniyle ölüm riski daha yüksektir (16, 24, 25).

Anneler kendi ve bebeklerinin bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde sağlık personelinin desteğine ihtiyaçları vardır. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmeti almaları anne ve bebek için olası riskleri azaltacaktır.

Yenidoğan ile anne arasındaki bağlılık, yaşamın bu döneminde majör gelişimsel görevlerden biri olan güven duygusunun gelişmesini de sağlar. Bebeğinden ayrılan annenin kendine güveninin azaldığı ve yetersizlik duygularının arttığı görülebilir. Anne kendi rolüne uyum yaptıkça, bebek ile anne arasındaki ilişki giderek derinleşir. Annenin bebekten geri bildirim alması, annelik rolüne spontan şekilde devam etmesini destekler (26,27,28,29).

Başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere bir çok ülkede anne ve çocuk sağlığını riske sokan durumların azaltılması için çalışmalar sürdürülmektedir. 1987 yılında DSÖ öncülüğünde Nairobi’de yapılan uluslararası bir toplantı ile, temel amacı anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak olan “Güvenli Annelik” programı başlatıldı. Günümüzde 100’den fazla ülkede uygulanan bu program Türkiye’de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlatılmıştır.

Güvenli Annelik programının amacı :istenmeyen ve yüksek riskli gebelik sayısının, obstetrik komplikasyonların, komplikasyon gelişen kadınlarda ölüm riskinin azaltılmasıdır. Bu programda anne ve yenidoğan hastalıkları ve ölümlerini azaltmada etkisi olan basit, geçerli, maliyet- etkin müdahaleler bir araya getirilmektedir. Bu müdahalelerde toplum ve sağlık sistemi arasında sürekliliği olan bir bağ oluşturulur. Aile planlaması, anne ve yenidoğan için doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım komplikasyonları için temel obstetrik bakım ve özel yenidoğan bakımı temel alınan müdahalelerdir. Anne bebek paketi uygulandığında anne ve yenidoğan ölümlerinde önemli azalmalar hedeflenmiştir (30,31). Bu programda anne ve bebek sağlığını yükseltmede doğum sonrası anne ve bebek bakımına özel önem verildiği görülmektedir.

Doğum Sonrası Anne Bakımı

- Doğum sonu komplikasyonların (kanama, sepsis, eklampsi gibi) erken fark edilerek saptanılması ve sağlık ocağı veya hastane düzeyinde gerekli müdahale ve yaklaşımların uygulanması.
- Postpartum bakım (emzirmenin teşviki, meme komplikasyonlarında uygun yaklaşım).
- Aile planlaması ile ilgili bilgilendirme ve hizmetin verilmesi.
- CYBE/HIV’in önlenmesi ve gerekli yaklaşım.
- Tetanosa karşı bağışıklama.

Doğum Sonrası Bebek Bakımı

- Canlandırma.
- Hipotermi önlenmesi.
- Erken ve sadece anne sütünün verilmesi.
- Enfeksiyonun önlenmesi ve gerekli yaklaşımın uygulanması (kordon ve yenidoğan oftalmisi gibi).

Anne-Bebek paketinin ülkede uygulanmasında izlenecek aşamalar bölümünde bu programın uygulanmasında ebe ve hemşirenin de önemli role sahip olduğu görülmektedir (30,31).

Güvenli Annelik programının 100'den fazla ülkede uygulanması ile elde edilen deneyimler, programın başarısı için kadınların güçlendirilmesi, her gebeliğin en sağlıklı ve eğitilmiş gruplarda bile risk taşıdığı, doğumun mutlaka eğitilmiş personel tarafından yaptırılması, nitelikli obstetrik bakım hizmetlerine ulaşılabilmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sağlıksız düşüklerde gerekli hizmetin verilmesi, acil obstetrik hizmetlerde iyi işleyen bir sevk sisteminin olması ve mutlaka programla ilgili gelişmelerin bilimsel yöntemlerle değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur (30-31).

Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Annelik programını 1994 yılının nisan ayında anne-bebek ölümlerinin yüksek olduğu ülkelerde uygulamayı planlamıştır. Mongolya bu programı kullanan ilk ülkedir. Mongolya'daki sağlık görevlileri ve doğum uzmanları bu paketi kullanarak komplikasyonları önlemeye çalışmışlardır. Bu komplikasyonları önlemek için sağlık ekipleri kurulmuştur (32).

TNSA 2003 verilerine göre DÖB alan gebelerin oranı %80.9'dur. 1-3 kez DÖB alan gebe oranı %26.4, 4 kez ve üzeri alan gebe oranı %53.9, hiç DÖB almayan gebe oranı %18.6'dır (4).

Dünya Sağlık Örgütü, gebelerin en azından dört kez DÖB almasını tavsiye etmektedir. Sağlık Bakanlığı ise DÖB'a gebeliğin ilk üç ayı içinde başlanılmasını, gebelik süresince en az 6 izlem yapılmasını ve yüksek riskli gebelerde izlem sayısının artırılmasını önermektedir (4).

T.C.Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında sağlık ocaklarında yapılan poliklinik, laboratuvar, doğum ve izlem hizmetleri ile ilgili bazı göstergelerin bölgelere göre dağılımına bakıldığında gebe başına düşen izlem sayısı ise 1.76, lohusa başına düşen izlem sayısı 0.72 olduğu görülmektedir. Bu durum Kahramanmaraş ilinde gebelerde 2.69, lohusalar 0.86 izlem şeklindedir (33).

Doğum sonu dönem gerek fizyolojik gerekse psikolojik gelişimlerini tamamlamamış adolesan anneler için önemli bir gelişimsel kriz dönemidir. Bu dönemde genç anne bedeninde meydana gelen değişiklikleri algılamakta ve bu döneme özgü özbakım ve bebeğinin bakım gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekebilir. Yenidoğan

ile anne arasındaki bağlılık, yaşamın bu döneminde majör gelişimsel rollerden biri olan annelik rolünün gelişmesini de sağlar. Bebeğine bakım verebilen anneninz güven ve yeterlilik duygularının artmasını sağlar. Anne kendi rolüne uyum yaptıkça, bebek ile anne arasındaki ilişki giderek derinleşir. Annenin bebekten geri bildirim alması, annelik rolüne spontan şekilde devam etmesini destekler (24,25,34).

Adölesan annelerin kendi ve bebeklerinin bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için doğum sonrası dönemde sağlık personelinin desteğine ihtiyaçları vardır. Doğum sonrası bakım hizmeti almaları anne ve bebek için olası riskleri azaltacaktır.

Ülkemizde evde doğum sonu dönemde anne ve bebeklerin izlem kapsamında olmalarına karşın eğitim gereksinimlerinin karşılanmadığı ve bunun sonucu olarak kendiz bakımları ve yenidoğan bakımında sorunlar yaşadıkları gözlenmektedir. İstatistiksel verilere grelkemizde sağlık personelinin Dünya Sağlıkrgtnnnerdiği sayıda ve sıklıkta doğum sonu izlemi yapmadıkları anlaşılmaktadır. Ancak adölesan annelerin bebek bakımında güçlük yaşadıkları gözlenmektedir. Ebe ve hemşirenin rolü bu sretenem kazanmaktadır. Bu araştırma adölesan annelerin yenidoğan bakımı konusundaki bilgi düzeylerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Adölesan

2.1.1.Adölesan Dönemi

Adölesan dönemi sorumsuz çocukluktan sorumluluk bilincinde erişkinliğe geçiş sürecidir. Ergenlik, delikanlılık, teenage, buluş çağı olarak da tanımlanır. Büyümek olgunlaşmak anlamına gelen adölesan bu dönemde üç farklı alanda büyük değişim geçirir. Fiziksel büyüme (puberte ve somatik büyümenin tamamlanması) cinsel gelişme, psikososyal gelişmedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre 10-19 yaş arası kabul edilen adölesan dönemi kendi içinde erken (<15 yaş), orta (15-16 yaş) ve geç adölesan (17 yaş ve üzeri) olarak üç dönemde incelenmektedir (23). Her dönem, gelişim oranları bireyler arasında geniş farklılıklar gösteren fiziksel, bilişsel, psikoseksüel, psiko-sosyal ve davranışsal özelliklerle nitelendirilir (35).

2.1.1.a. Erken Adölesan Dönemi (<15 yaş)

Cinsel gelişme ve fiziksel büyümenin en hızlı olduğu dönemdir (6). Fiziksel değişimler ve bunlarla ilgili davranışsal değişiklikler bu alt evrenin en önemli özelliğidir. Erken puberte dönemindeki bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığı üzerine odaklanır. Genç adölesanlar, hala somut olarak düşünür ve geleceği soyut olarak kolay kavrayamazlar (2,26,35).

2.1.1.b.Orta Adölesan Dönemi (15-16 yaş)

Erken adölesandaki hızlı pubertal gelişme yavaşlarken, orta adölesan döneminde birey yeni bedenine alışmaya ve daha rahat davranmaya başlar. Zihinsel yönden adölesanlar somut düşünceden soyut düşünme yeteneğini geliştirmeye başlarlar. Kişiliğin oluşması ve bağımsızlık bu dönemin başlıca özelliğini oluşturur. Deneme dürtüsünün sonucu olan yüksek riskli davranışlar sık görülür (35).

Bu dönemde cinsel aktivite başlar. Cinsel yönden aktif olan adölesanlar kontraseptif kullanmaya gerek görmeyebilirler çünkü gebe kalmayacaklarına, bunun onların başına gelmeyeceğine inanabilirler (2,26).

2.1.1.c.Geç Adölesan Dönemi (17 yaş üzeri)

Kişisellik ve geleceğe dönük planlar bu dönemin başlıca özelliklerini oluşturur Adölesan, ailesinden daha bağımsız hale gelir. Soyut düşünme yeteneği adölesana gelecekle ilgili planlar, eylemler ve görevler konusunda daha gerçekçi düşünme olanağı verir. Geç adölesan döneminde, kişi daha az benmerkezcidir ve başkalarını daha fazla düşünmeye başlar. Sosyal ilişkiler arkadaş grubundan kişisel ilişkilere kayar (2,26,35).

2.1.2.Fiziksel Özellikler

2.1.2.a.Büyüme ve Gelişme

Adölesan döneme ulaşıldığında, çocuğun fiziksel uyumu hızla artmış, bireysel büyüme modeli oluşmuştur. Kızlarda pubertenin ilk bulgusu olan meme büyümesi (Telarş), 8-13 yaşları arasında (ortalama 10 yaşında) ortaya çıkar. Erkeklerde ise ilk bulgu testis büyümesidir ve 9-15 yaş arasında (ortalama 12 yaşında) oluşur. İkinci bulgu pubik kıllarının ortaya çıkmasıdır (Adrenarş), üçüncü bulgu ilk menstruasyonun görülmesidir (Menarş). Kız çocuklarında Telarş'tan itibaren 1 yıl içerisinde hızlı boy artışı olur. Erkeklerdeki boy uzama evresi kızlara göre daha geç ortaya çıkar (7,27,28,29,35).

Kızlarda FSH ve östrojen etkisiyle overler, uterus ve klitoris büyür, endometrium ve vajinal mukoza kalınlaşır. Menarş pubertenin başlangıcından sonra 2 yıl içinde gerçekleşir. Erkeklerde ise LH ve testesteron etkisiyle seminifer tübüller, epididimis, seminal veziküller ve prostat büyür (29).

Adölesan döneminde kızlar yılda 9 cm, erkekler ise yılda 10.5 cm büyürler. Büyüme distal olarak başlar. Kafa kemikleri dışında tüm iskelet sisteminde büyüme hızlanması gözlenir. Kız çocuklarda kemik matürasyonu, erkek çocuklardan 2 yıl daha öndedir. Bu nedenle epifizlerin kapanması, dolayısıyla boy uzamasının durması da daha erken olur.

Boy uzaması ergenliğin son dönemlerinde giderek yavaşlayıp kızlarda 16-18 erkeklerde 18-20 yaşında durur. Erkeklerde bacaklar uzar, omuzlar genişler, kızlarda ise omuzlarda, kalçalarda, göğüslerde ve uylukta yağ birikimi oluşur. Menstrual periyod düzene girer. Kemik dansitesi ve kas dokusu artar. Adölesan döneminde, ağırlıkta 2 misli, boyda ise %15-20 artış görülür. Bu dönemde dental değişiklikler de gözlenir. Çene büyür, son süt dişleri dökülür kalıcı dişler çıkar. Yetişkin görünüm, kızlarda 18 erkeklerde 20 yaşa kadar belirlenir (26,29,36).

2.1.2.b.Psikososyal Özellikler

Erikson'un teorisine göre adölesan, karmaşık bir kimlik özelliği gösterir. Aşırı bağımsızlığını kazanmak için gayretlidir ancak bağımlı ve bağımsız rollerde kararsızdır. Ruhsal durumu değişkendir. Sınırlamalara, kurallara baş kaldırır, sık sık evden uzaklaşmak ister. Gizliliğe saygı, güvene olumlu yanıt verir. Bu dönemde arkadaş grubu onayı önemli olduğundan, yaşlılarının giyimine, saç modellerine, tavırlarına, alışkanlık ve müzik zevklerine uymak ister. Bazı adölesanlar kabul edilmek için sigara, alkol, ilaç bağımlılığı ya da seksüel ilişki gibi istenmeyen davranışlar geliştirebilirler. Piaget'in teorisine göre, bu dönemde soyut düşünce biçimselleşir, yorum yapma kapasitesi artar (36,37,38).

2.1.3. Adölesan Dönemine İlişkin Sağlık Sorunları

Erken veya geç puberte, müller kanalı anomalileri ve vaginal atrezi, imperfore himen, hipo–hipergonadotropik hipogonadizm, menstruasyon bozuklukları, amenore, disfonksiyonel uterus kanaması, dismenore, jinekomasti, meme asimetrisi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, akne, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı, okul problemleri, evden kaçma, merkezi-sinir sistemi lezyonları, sistemik hastalıklar adölesan döneminde sık görülen sağlık sorunlarıdır (28,35,37,38).

Yaşam boyu yaklaşım içinde kadın sağlığı hizmetleri adölesan dönemin başından itibaren başlamaktadır. Adölesanlar, mevcut hizmetlerden yeterince yararlanmamaktadırlar. Adölesanlar üreme ve cinsel sağlık konularında doğru ve yeterli bilgiye sahip değildir. Cinsel ilişki yaşının giderek küçüldüğü ve cinsel yönden aktif

olan gençlerin oranının da giderek arttığını düşündüren işaretler mevcuttur. Rutin veri toplama sistemi içinde adölesanların üreme sağlığı ile ilgili verilerin yetersiz olması adölesanlara verilen hizmetin değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (39).

Türkiye’de, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı ve UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) işbirliğiyle "Adölesanların Üreme Sağlığı Bilgi ve Hizmet Gereksinimlerinin Karşılanması İçin Strateji Geliştirilmesi Projesi" kapsamında "Adölesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi - Ulusal Hizmet Sunum Modeli" başlatılmıştır. Adölesanlara yönelik hizmetler; AÇS/AP Genel Müdürlüğü bünyesinde 1. basamak sağlık kuruluşlarında Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmeti Merkezi adı altında 17 merkezde çalışmalarını sürdürmektedir (40).

Bu merkezlerde doktor, psikolog, ebe, hemşire, beslenme uzmanı görev almaktadır. AÇS/AP Merkezine gelen 10-19 yaş arasındaki adölesan başvuruları öncelikli olarak bu merkezlere yönlendirilmektedir. Merkeze gelen adölesanların boy, kilo, tansiyon ölçümü, nabız ve vücut ısı ölçümleri yapılmakta, fiziksel büyümesi ve cinsel gelişmesi, beslenme durumu, psiko-sosyal gelişimi değerlendirilmekte, hijyen, cinsellik, kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine testis muayenesi gibi konularda danışmanlık verilmektedir. Sorunu olmayan adölesan 3 ayda bir fiziksel büyüme ve cinsel gelişme takibi yapılmak üzere bu merkeze davet edilmektedir (40).

2.2.Erken Yaşta Evlilik

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’nin 1. Maddesine göre çocukluk dönemi 18.yaş günü ile birlikte sona ermektedir (21,22). Her yıl dünyada 82 milyon genç kız/ çocuk 18 yaşına gelmeden evlenmekte ya da kendi istekleri dışında evlendirilmektedir. Henüz ruhsal olarak böyle bir sorumluluğun yüklerini taşıyamayacak kadar küçük olan bu "çocuk-gelinler", eğitimlerine ya hiç başlayamamakta ya da yarıda kesmektedirler (41).

Ülkemizde 1 Ocak 2002 tarihinde yürürlüğe giren yeni Medeni Kanun'a göre kişi ancak 18 yaşını, doldurduğunda aile ya da mahkeme izni olmadan evlenebilir. Kişinin evlenebilmesi için 17 yaşını doldurduysa aile izni, 16 yaşını doldurduysa da mahkeme izni gerekmektedir (41).

Dünyada her 10 doğumdan biri daha kendisi çocuk olan "çocuk-kadınlar" tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde 12-14 yaşları arasındaki kız çocukların binde 4’ü

evli ve bunlarında %19'u doğum yapmıştır (41). Böyle olduğu için erken yaşta evlenme aynı zamanda erken yaşta gebelik riskini arttırmaktadır. Türkiye'de erken yaşta evlenme yaygın olduğundan doğumların hemen tamamı evlilik içinde olmaktadır. Amerika'da ise 2000 yılı verilerine göre 20 yaş altı doğum yapan annelerin %78.7'si evli değildir (42).

Ülkemizde ilk evlilik yaşı giderek yükselmektedir. TNSA sonuçlarına göre 1993 yılında 18.4 olan evlilik yaşı, 2003'te 19.4 olmuştur (4). Erken evliliklerin oranının azaldığı görülmekle birlikte, sosyal beklentiler ve gelenekler nedeniyle kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmesi ve daha hazır olmadan çocuk sahibi olmaya zorlanması durumu oldukça yaygındır (41).

Genel olarak bakıldığında erken evlilik ve çocuk sahibi olmak, eğitim ve istihdam olanaklarını ciddi biçimde kısıtlayıp, uzun dönemde kadınların ve çocuklarının yaşam kalitesinde olumsuz sonuçlara yol açabilir (Eylem Platformu, parag. 268) (21).

2.3. Adölesan Gebelik

En sağlıklı çocuk doğurma dönemi 20-30 yaşlar arasındadır. Bu yaştan ne kadar uzaklaşırsa, anne ve bebek hastalık ve ölüm hızlarında da o kadar artma gözlenir (13). Her yıl dünyada 14 milyon "çocuk-kadın" doğum yapmakta, 70 bin adölesan gebelikten doğan 1 milyon bebek gebelik, doğum ve doğuma bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir. İstatistikler 10-14 yaşları arasında yapılan doğumlarda anne ölüm oranının, 20-24 yaşları arası yapılan doğumlardan beş kez daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca adölesan gebelerden doğan bebeklerinin bir yaşın altında ölüm oranı 20'li yaşlardaki annelerin bebeklerinin neredeyse iki katıdır (41,43).

Adölesan gebelikte toksemi , anemi, zor ve uzun doğum eylemi , kanama gibi anne ölümlerini arttıran tıbbi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (8,18). Dia ve arkadaşlarının Senegal'de yaptıkları çalışmanın sonucunda adölesan gebelikte başlıca sorunların %17'lik oranda hipertansiyon ve toksemi olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca bu gebelerin % 25'inin anemi olduğu bununla birlikte sezaryen oranının %20 olduğu ve sezaryende meydana gelen ölüm oranının %71 olduğu gözlenmiştir (44). Malatyalıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, adölesan gebelerde, gebelik komplikasyonları %6.8, gebelikte görülen medikal komplikasyonlar %2.2, puerperal anormallikler %2.0

oranında görülmüştür (45). Öte yandan Oral ve arkadaşlarının adölesan gebeler üzerinde yaptığı çalışmada çalışma grubu ile kontrol grubunun genel klinik verileri karşılaştırıldığında obstetrik komplikasyonlar, doğum ağırlığı, APGAR skor açısından farklılık bulunmadığı ve adölesan gebeliğin obstetrik açısından risk oluşturmadığı belirtilmiştir (46).

Özellikle erken dönem adölesanlara ait (15 yaş altı) gebelik ve doğumlarda komplikasyonların görülme sıklığının fazla olması adölesanın pelvis gelişiminin tam olmaması ile kısmen açıklanmıştır. Adölesan gebelerde tekrarlayan düşük daha fazla görülmektedir. Malatyalıoğlu ve arkadaşlarının adölesan gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada düşükle sonuçlanan gebelik oranı %7.4 olarak bulunmuştur (8).

Genç annelerin bebeklerinde ölüm oranı ,prematüre ve düşük doğum kilosu görülme sıklığı yüksektir (47,48). Çöl ve arkadaşlarının çalışması sonucu 20 yaş altında evlenmenin doğum, gebelik ve düşük sayılarını artırdığı, bebek ve çocuk ölümlerine etkili olduğu görülmüş, bu nedenle hem anne hem de çocuk sağlığı için riskler taşıdığı belirlenmiştir (49). Adölesan, hamileliğini kabullenmediği ve istemediği için kilo almaz veya prenatal bakımdan yararlanmaz (47). Sevil ve Ekmekçi'nin 13-21 yaş arası 100 gebe üzerinde yapmış olduğu çalışmada, adölesan gebelerin gebelik sorunlarının fazla görüldüğü (yorgunluk, sık idrara çıkma, bulantı kusma, çok uyuma) ve benlik saygısının düşük olduğu saptanmıştır (50).

Dünyada bir sorun olan adölesan gebelikler batı ülkelerinde 1960'larda başlayan cinsel devrimin bir sonucu olarak daha çok düzensiz yaşamı olan ve evlenmemiş kişilerde, istenmeyen gebelikler şeklinde ortaya çıkmıştır (47). Gelişmiş ülkelerde 15-19 yaşları arasındaki kızların 1/10'unun çocuk sahibi olduğu ancak bunların sadece 1/4'ünün evli olduğu saptanmıştır. Erken evliliklerin ve gebeliklerin en yüksek oranda görüldüğü kıta Afrika'dır. Afrika'nın hemen ardından içinde Türkiye'nin de bulunduğu Orta Doğu ve Orta Asya ülkeleri gelmektedir. Kuzey ülkeleri arasında Finlandiya genç yaşta gebelik ve bunun sonucu yaptırılan küretajların en düşük olduğu ülkedir (21,41).

Bizim ülkemiz gerçeklerinde düşünüldüğünde hem kırsal kesimde hem de sonradan kente göç etmiş sosyoekonomik durumu bozuk gruplarda adölesan gebeliklere daha sık rastlanmaktadır. Abdelmoneim'in yaptığı çalışmada, düşük doğum ağırlığı özellikle çalışan anneler, adölesan anneler ve düşük gelimli anneler arasında yüksek bulunmuştur (51). Ülkemizde daha çok kültürel nedenlerle erken evlilik sonucu 18 yaş altındaki

çocuklarda gebelik sıkça görülmektedir. Bu gebelerin çok büyük oranı evli ve düzenli yaşamı olan kadınlardır. İlaç, içki ve sigara alışkanlıkları ise hemen hemen hiç yoktur. Bu gebelikler her ne kadar genç karı-koca istemese bile aile büyükleri tarafından planlanmış ve istenen gebeliklerdir (47,52).

Adölesan gebeler ve anneler eşe ve aile büyüklerine bağımlı oldukları için sağlık kontrollerini ihmal edebilmekte ve gebelik, doğum ve lohusalıkta oluşabilecek birçok probleme müdahaleyi engellemektedirler (41).

2.4. Adölesan Anneler

Adölesan gebelik ve annelik sorununun yüksek olduğu ülkelerden biri olan ABD'de 2000 yılı verilerine göre 15-19 yaş arası doğurganlık oranı %48.7, 2002 yılında %43.0 olarak bulunmuştur. Bu oranın 1970'lere göre de %30 daha az olduğu ve 2000 yılında 20 yaş altı doğum yapan 378.585 annenin evli olmadığı saptanmıştır (42).

Ülkemizde 1993 DİE verilerine göre 15-19 yaş grubundaki kadınların doğurganlık hızı %56, 1998 yılında %60, 2003 yılında ise %46'dır (14). TNSA 2003 verilerine göre ülkemizde 15-19 yaş arası doğurganlık hızı kentte %44, kırdada ise %47'dir. Kırsal alanda doğurganlık hızı kentsel alana göre daha yüksektir. Kırsal alanda 1993'de 15-19 yaş grubundaki kadınların % 6.5'i anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebedir. 2003'de bu oran % 7.2'dir. Kentsel bölgede oranlar biraz daha yüksektir (% 10.1 ve % 7.7) (4).

Adölesan anneler arasında 23-27 gestasyonel hafta arasında doğumlar siktir. Erken doğuma neden olan başlıca riskler; gebelikte yetersiz beslenme, düşük sosyo-ekonomik düzey, evli olmama, sigara-alkol kullanımı, anemi, yetersiz antenatal bakımdır. Adölesan gebelerden doğan bebeklerdeki diğer bir risk düşük doğum ağırlığıyla doğmadır (<2500 g). Bu risk 14 yaş altındaki annelerde, daha büyük yaşdaki annelere göre 6 kez fazladır. Adölesan annelerin bebeklerinde perinatal ölüm riski artmaktadır (8,53). Phipps ve arkadaşlarının adölesan anne ve bebek ölüm riski arasındaki ilişki ile ilgili çalışmasında 1995-1996 arasında bebek ölüm hızı 15 yaş altı annelerde %8.1, 16-17 yaş arasında %6.3, 18-19 yaş arasında %5.4 bulunmuştur (54). Phipps ve arkadaşlarının çalışmasında 15 yaş ve altı annelerin bebeklerinin bakımı ne kadar iyi olursa olsun 23-29 yaşları arasındaki annelerin bebeklerine göre göre 3 kat daha fazla ölüm riski altında oldukları bildirilmiştir (55).

Taffa'nın Kenya'da yaptığı çalışmada, adölesan annelerin yetişkin annelere göre sosyo-ekonomik açıdan daha zayıf oldukları ve bebek ölümlerinin bu grupta daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (56).

Adölesan anne bebeklerinin küçük, narin görünümlerinden dolayı zarar verme veya sakat bırakabilme korkusu yaşayabilirler. Annenin kendini başarısız ve yetersiz hissetmesi, sağlık personelinin yargılayıcı davranışları, bebeği ile ilgili yeterli ve doğru bilgi verilip verilmediği kuşkusu, annenin evde bebek bakımını yeterince sürdürememe endişesi, babanın ilgisizliği veya sağlık personeline ulaşma güçlüğü adölesan annenin karşılaşılabileceği sorunlardır (8).

Bebekte görülebilecek doğumsal veya doğum sonrası sorunlar, annenin bebekle kalma durumunda evdeki diğer çocukların bakım sorunları, sosyal destek faktörlerinin yetersiz olması, profesyonel olmayan kişilerden bebek bakımı ile ilgili yanlış bilgi alınması, adölesanlıktan yetişkinliğe ve ebeveynliğe geçişteki gelişimsel stresörlerin tetiklediği duygusal çöküntü ve bir çocuk besleyip büyütmek için gerekli ekonomik koşulların olmaması genç annelerin başetmeleri gereken diğer sorunlardır (8).

Adölesan annenin içinde bulunduğu gelişimsel dönemin özelliklerinden dolayı bağımsızlık duygularının ön planda olması nedeniyle bebek bakımında sorumluluk almada güçlük yaşamasına ve yetersizlik hissetmesine neden olabilir. Bu da onun bebeğini çeşitli düzeylerde ihmal ve suistimal etmesine yol açabilir. Herman-Giddens ve arkadaşlarının Kuzey Carolina'da yaptıkları 0-4 günlük canlı bebek ölüm nedenlerine yönelik araştırmanın sonucunda, en yaygın ölüm sebeplerinin asfiksiye bağlı boğulma (%41.1) ve boğma (%26.5) olduğu tespit edilmiştir. Bebeklerin ölüme terk edilme oranı %0002.1 olarak saptanmıştır. Bu tür bebek ölümleri ya da ölüme terk edilimleri önlemek için adölesan ve erişkin yaştaki gebelere yönelik adölesan gebeliği engelleyici programların, prenatal bakım kliniklerinin önemi vurgulanmıştır (23).

2.5. Doğum Öncesi Bakım (Antenatal Bakım)

Doğum öncesi bakım (DÖB), gebenin belirli aralıklar ile bir sağlık görevlisi tarafından izlenmesidir. DÖB'in amacı gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerini sorunsuz geçirterek anne ve bebeğin sağlığını en üst düzeyde devam ettirmektir. Bu izlemler esnasında gebe muayene edilerek gerekli tetkikleri yapılır, anne ve fetüsün

sağlık durumu değerlendirilir, yüksek riskli gebeler belirlenerek risk etkenlerine göre uygun takibi sağlanır, gebelik, doğum, doğum sonu dönem, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı gibi konularda eğitilir, uygun doğum yeri ve şekli konusunda aileye bilgi verilir (57,58).

UNDP/UNFPA/Dünya Sağlık Örgütü/ Dünya Bankası "İnsan Üremesinde Araştırma Geliştirme ve Araştırma Eğitimi Özel Programı" kapsamında doğum öncesi yeterli izlem sayısı ilgili çalışma sonucunda batı ülkelerinde uygulanan 8 izlemden oluşan standart antenatal bakım modelinin 5 izlemle sınırlandırılabilceği görüşü ortaya çıkmıştır. Her iki izlem modeli karşılaştırıldığında gebelerde preeklampsi/eklampsi, üriner sistem enfeksiyonları, düşük doğum ağırlığı , ağır postpartum anemi, yönünden aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (59,60). ABD’de birçok belediye ulaşımı zor olan düşük sosyo-ekonomik gelirli kadınlara özel prenatal bakım olanakları sağlamaktadır (61). DÖB kalitesi de son derece önemlidir. TNSA 2003 sonuçlarına göre son beş yılda doğum öncesi bakım aldığını söyleyen 20 yaş altı doğum yapan kadınların %71,6’sı tartılmış, %24.5’nin boyu ölçülmüş, %82.4’ünün tansiyonu ölçülmüş, %75.3’üne kan, %69.7’sine idrar tahlili yapılmış, %42.5’inin karnı ölçülmüş %90.2’sinin bebek kalp sesleri dinlenmiş, %32.7’sine vajinal muayene yapılmıştır. Kadınların %64.5’ine demir hapı ya da şurubu verilmiştir. TNSA 2003 verilerine göre kırsal kesimde DÖB alma oranı %65.5’tir (4).

Ümran ve Özhan’ın yapmış olduğu çalışmada, prenatal risk taşıma durumu, eğitim durumu, eşinin mesleği, ilk evlilik yaşı, gebeliği isteme durumu, gebelik sayısı, kullandığı korunma yöntemi, prenatal kontrollere düzenli gitme durumu, prenatal kontrollere gitme sayısının adölesan gebelerin durumluk-sürekli kaygı düzeyi üzerinde anlamlı etkisi olduğu ortaya çıkmıştır (62). Aslan ve Sevil’in yapmış olduğu çalışmada adölesan gebelerin kişisel özelliklerinin öz-bakım gücünü etkilediğini göstermiştir (63).

Birinci basamak sağlık personeli adölesan gebelikle karşılaştığında ailenin sorunu en az fiziksel, sosyal ve duygusal zararla çözmesi için eğitim ve destek verebilir. Aliefendioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, DÖB’in, eğitim düzeyinin yükselmesi ile belirgin bir şekilde arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmada, doğumdan önce annelerin yarısından daha azının bebek beslenmesi konusunda bilgilendirildiği ve bunların da %57’sinin sağlık personeli tarafından anneye verildiği saptanmış ve beslenme ile ilgili eğitime ilk prenatal ziyarette başlanması gerektiği ve tüm gebelik

süresince devam ettirilmesinin önemi vurgulanmıştır (64). Önlenebilir bir hastalık olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde hala ölümlere neden olan neonatal tetanozdan korunmanın en etkili ve amaçlanması gereken yolu her gebeyi en az bir defa tetanoz toksoidi ile aşılaktan geçer (52,59).

2.6. Doğum Sonu Dönemde Adölesan Annenin Ve Bebeğin Bakım Gereksinimleri

2.6.1. Anne Bakımı

Doğum sonu dönemde anne bakımı yaşamsal bulguların takibi ve değerlendirilmesi, loşia takibi, uterusun involüsyonun kontrolü, perine temizliği, emzirme tekniği ve emzirmenin sürdürülmesi, meme bakımı, aile üyelerinin yeni rollerine uyumlarına yardımcı olunması ve bebeklerinin sağlık durumu ile ilgili bazı endişelerinin giderilmesi, aile planlaması konularında eğitim ve danışmalık hizmetlerini içermektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın önerilerine göre lohusalık izlemleri doğumdan sonraki 24 saat içinde bir kez, daha sonra ise, 2. ve 4. haftalarda da birer kez olmak üzere toplam 3 kez yapılmalıdır (65,66).

Anne doğumdan sonra en geç 1 saat içinde emzirmeye teşvik edilmelidir. Lohusaya demir preparatları verilebilir. Ayrıca proteinden zengin gıda, bol süt, bol mayi ile birlikte meyve ve sebzeler verilmelidir (67).

Erişkin annelerde postpartum kontrol için önerilen altı haftalık süre adölesan için uygun değildir. Bu uzun sürede kontrasepsiyon önerileri, postpartum depresyonun saptanması bebek için bakım ve beslenme önerileri ve emzirmenin sürdürülmesinin desteklenmesi için geç kalınmış olunabilir. Pek çok klinisyen adölesanı postpartum iki hafta sonra kontrole çağırıp önerilerini vermektedir. Postpartum ilk kontrolde bebeğin bakımı ve emzirme beslenme, aşılama bilgileri de verilmelidir (47).

Kızılkaya'nın annelerin erken lohusalık dönemindeki ilgilerinin belirlenmesi konulu çalışması sonucunda primipar anneler ve eğitim düzeyi ilkokulun üzerinde olan annelerin genel olarak en fazla bebek ve aile ile ilgili konularda bilgiye gereksinimleri olduğu ayrıca aile planlaması yöntemlerini öğrenmek istedikleri belirlenmiştir (68).

2.6.2.Yenidoğan Bakımı

Yenidoğan dönemi doğumdan bir aya kadar olan süreyi içerir. Miadında doğan yenidoğanın tüm sistemleri uterus dışındaki yaşama uyum yapabilecek olgunluktur. Miadında doğan bebeklerin ağırlıkları 2500-4000 gr. arasında değişir. Doğumda yenidoğanın ortalama boyu (50 persantil) kızlarda 49-53 cm erkeklerde 50-54 cm'dir. Miadında yenidoğanın baş çevresi ortalama 33-36.5 cm, göğüs çevresi 30-33 cm'dir (24,25,34).

Ekstrauterin yaşama fiziksel ve psiko-sosyal uyum doğumla birlikte başlar. Ebe-Hemşire yenidoğanın bakım gereksinimlerini karşılarken, onun fiziksel uyumunu da değerlendirir. Yenidoğanın ekstrauterin hayata uyumu yaşamının ilk 1 ve 5.dakikalarında solunum, dolaşım, renk, kas tonüsü ve reflekslerinin değerlendirilmesini kapsayan Apgar Skoru ile yapılmaktadır (24,25,34). Bu uyumun sağlıklı olabilmesinde yenidoğanın bakım gereksinimlerinin karşılanması önemlidir

Bu dönemde yenidoğan bakım gereksinimleri vücut ısısının korunması, solunumunun sağlanması, yenidoğan distressinin erken tanımlanması, kanamanın önlenmesi (K vitamini uygulama), enfeksiyonun önlenmesi, göz bakımı, göbük bakımı, perine bakımı, bebeğin banyosu, bebeğin giyimi, ebeveyn-yenidoğan ilişkisinin kurulması, yenidoğanın kimliğinin belirlenmesi, beslenmenin sağlanması, ebeveynlerin eğitim gereksinimlerinin karşılanması gibi aktiviteleri içermelidir. Doğum sonu dönemde annenin bakmak zorunda olacağı özel bakım gerektiren yenidoğanlar da olabilir. Adölesan annenin bu bakım gereksinimlerinin karşılanmasında aile bireylerinin ve sağlık personelinin yakın desteğine gereksinimi vardır (66,69).

Bebeğin postnatal dönemdeki bakımı:

1)Doğum odasındaki bakım, 2)Postnatal hastane bakımı, 3)Evde bakım olarak üç döneme ayrılabilir (24).

2.6.2.1. Doğum Odasındaki Bakım

Doğum odası tüm doğumlar ve acil koşullarda gerçekleşecek doğumlar için her an hazır olmalıdır. Bebek ekibi her doğumdan önce bebeğe müdahale edilecek alanı denetlemeli ve eksikleri gidermelidir. Bebeğin konacağı yerde ısıtıcı, aspiratör, oksijen tüpleri ve resusitasyon aletlerinin (ambu, maskeler, endotrakeal tüpler, laringoskop,

kateterler) varlığı ve çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir. Bebek doğduktan sonra hipotermimin önlenmesi amacıyla da gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Doğar doğmaz ısı kaybı olabileceği için banyo yaptırılması önerilmez. (16,18).

Bebek stabil hale geldikten sonra henüz giydirilmeden tam bir fizik muayene yapılmalı, fiziksel anomaliler belirlenmelidir (24). Gonokoksik göz enfeksiyonu profilaksisi için %0.5-1 'lik gümüş nitrat damla, klamidyal enfeksiyonları önlemek için de %0,5'lik eritromisin içeren veya %1 tetrasiklin içeren pomadın her iki göze uygulanması, yenidoğan hemorajisini önlemek amacıyla da doğumdan hemen sonra 0.5-1 mg İ.M. ya da oral K vitamini yapılması önerilmektedir (24,27,70,71).

2.6.2.2. Postnatal Hastane Bakımı

Postnatal dönemde sağlıklı gözükten bebeklerin bakımı yapılır; Anne- bebek ilişkisinin sağlanması, anneye beslenme ve yenidoğan bakımı konularında eğitim yapılır. Bebek hipotermiden korunur, bebeğin öyküsü değerlendirildikten sonra, doğum ağırlığı ve gebelik yaşı belirlenerek, hypoglisemi, polisitemi, umbilikal hemoraji, siyanoz doğuştan kalça çıkıklığı, sarılık, tachypne gibi riskler açısından bebek gözlenir ve fizyolojik bulgular değerlendirilerek gerekli önlemler alınır. Bebeğin ilk fizik muayenesi yaşamın ilk 12 saati içinde yapılmalıdır. Erken dönemde bebeğin anne sütü alması sağlanır, anneye bebek bakımı, beslenmesi ve aşılarda eğitim verilmelidir (20). Doğum sonu erken dönemde emzirmenin sürekliliğinin sağlanması için anne ve bebeğin anne ile aynı odada kalmaları önerilmektedir (27,71,72).

Doğum sonu hastanede ülkeler sağlık ve ekonomik politikalarına göre değişiklik göstermektedir. Ancak anne bebek çiftinin taburcu edilebilmesinde ikisinin de fiziksel bulgularının stabilleşmiş olması annenin bebeğinin bakımını yapabilecek düzeyde olması ve bebeğin beslenebiliyor olması önem taşımaktadır.

Ciddi kardio-respiratuvar ve enfeksiyöz sorunlar genellikle yaşamın ilk altı saatinde bulgu vermektedir. Sarılık ve beslenme güçlükleri gibi diğer sorunlar daha geç ortaya çıkmaktadır. Genellikle ekonomik nedenle hastaneden erken taburculuk söz konusu olduğu zaman doğum sonu dönemdeki evde izlem önem kazanmaktadır. Bununla birlikte bebeğin hastanede izlemi sırasında bazı şüpheli bulgular saptanmışsa ve taburcu edildikten sonra kısa aralıklarla kontrole gelmesi gerekiyorsa, hastanede

kalış süresi uzatılabilir. Böyle bir durum söz konusu değilse, bebek doğumdan iki hafta sonra kontrole çağrılmalıdır.

. 2.6.2.2.a.Yenidoğan Bebeğin Beslenmesi .

Anne sütü, bebeklerin gereksinimi olan tüm besin öğelerini tek başına ilk 6 ay sağlayabilen en iyi besindir. Anne sütü ile beslenmeyen çocuklarda ölüm oranları beslenenlere göre 4-6 kat daha fazla. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre emziren kadın oranları yüksek olsaydı yılda 1.5 milyon bebeğin yaşamı kurtulacaktı. TNSA 2003 verilerine göre ülkemizde son 5 yılda doğan ve emzirilen çocukların sadece %54'ü doğum sonu ilk 1 saat içinde emziriliyor, %16'sı ilk 24 saatte hiç emzirilmiyor (4).

TNSA 2003 verilerine göre doğumdan sonraki ilk 3 gün içinde düzenli anne sütü gelmeden başka bir gıda verilen çocuk oranı %40'tır. Emzirme süresi Doğu Anadolu'da 15 ay Kuzey Anadolu'da 11 ayın altına inmektedir (4). DSÖ ve UNİCEF anne sütünün korunması, desteklenmesi, özendirilmesi kapsamında oluşturulan proje ile 1981 yılında "Bebek Dostu Hastaneler" uygulamasını başlatmıştır. Bu uygulama kapsamında "Başarılı Emzirmede 10 Adım" stratejilerini önermiştir. Türkiye genelinde 62 ilde bebek dostu hastane vardır. Yıllık hastane doğumlarının %56'sı bebek dostu hastanelerde yapılıyor (30,74).

Anne Sütünün Özellikleri

Anne sütü bakteri içermez. Bebeğin gününe ve ayna uygun miktarda ve sindirimi kolay protein ve büyüme faktörleri içerir. Yeterli esansiyel yağ asidi ve lipaz içerir. İçeriğindeki demir az miktarda ama iyi emilebilen özelliktedir ve su içeriği de yeterlidir. Anne sütünde D ve K vitaminlerinin dışında gerekli tüm vitaminler yeterli düzeyde vardır. Anne sütü A vitamininden zengin olduğu için bebeğin görme gelişimini sağlamaktadır. Anne sütündeki kalsiyum/fosfor oranı ve içeriği kemiklerdeki normal minerilizasyon için uygundur. Anne sütü bebekler için ideal sıcaklıktadır ve ekonomiktir (25,34,70).

Anne sütü, oda sıcaklığında 6-8 saat, buzdolabı rafında +4 C⁰ sıcaklıkta 24 saat saklanabilir (75). Anne sütü ile beslenen bebekler arasında allerjik hastalıklar, kulak iltihabı, ishal, zatre, idrar yolu enfeksiyonu ve bazı kanser türleri daha seyrek görülür.

Anne sütündeki büyüme faktörlerinden epidermal büyüme faktörü, bebeğin barsak villuslarının gelişimini sağlar. Bu da barsak mukozasından büyük moleküllerin geçmesini engellemektedir. Anne sütü allerjik değildir ve gastrointestinal sistem enzimleri immatür olan bebekler tarafından daha iyi sindirilir. Anne sütünün immünolojik özellikleri neonatal nekrotizan enterokoliti önlemede majör rol oynar. Anne sütünde bulunan makrofajlar, bağırsaklarda patojen bakterilerin gelişmesini kontrol eder. Belirtilen zellikleri nedeniyle bebek için en iyi besin anne stdr (25,34,70,75).

Emzirme

Her bebeğin ilk beslenmesine doğumdan sonra ½ -1 saat içinde anne sütü emzirtilerek başlanılmalıdır. Sezaryenle doğumdan sonra 4 saat sonra bebeklerini emzirebilirler. Epidural anestezi sonrası ise 1/2-1 saat sonra emzirilebilirler. Anne ile bebek günün 24 saati aynı odada birlikte olmalıdır. Bebek anne arasında tensel temas çok önemlidir. Dünya Sağlık rgt (DSÖ) tüm bebeklerin ilk altı ayda tek başına anne sütü ile beslenmelerini ve altı aylıktan itibaren uygun ek besinlerle desteklenerek emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesini önermekte, ye ülkelerin anne sütü ile beslenmeyi özendirecek ve ilk aylarda endüstriyel sütlerin gereksiz kullanımını engelleyecek önlemler almalarının gereğini vurgulamaktadır (72,76,77,78).

Doğumdan sonraki ilk günlerde bebek sık sık emzirmelidir. Anne bu süre zarfında kendi beslenmesine de dikkat etmeli bol sıvı gıda almaya zen göstermeli, zayıflama rejimi yapmamalı, zararlı maddelerin (sigara, alkol, çay kahve, ilaç vb.) sütle anneden bebeğe geçebileceği unutulmamalıdır. Beslenmeden sonra aspirasyon olasılığını azaltmak için bebeğe nasıl pozisyon verileceği anneye gösterilir ve bunun önemi açıklanır.

Yenidoğan günde altını en az 5-6 defa bezini ıslatıyorsa, 1-2 kez kakasını yapıyorsa, ayda en az 600 gr alıyorsa anne sütü yeterlidir. Emzirme süresi bebekten bebeğe değişmekle birlikte beş dakikadan kısa, 30 dakikadan uzun olmamalıdır (her bir

meme için 5-15dakika). Daha sonraki günlerde bu süre uzatılabilir. İyi emebilmesi için bebeğe meme ucu areola kısmını da kapsayacak şekilde verilmeli ve bebek meme ucunu damakla dili arasına sıkıştırabilmelidir (75,78).

Bebeğin ilk 2-3 gün içindeki bakımı ve beslenme şekli, annenin emzirme yeteneklerini önemli bir şekilde etkilemektedir. O nedenle hem anne, hem de ebe için karşılaştırma olanağı sağlama açısından, bebek taburcu edilmeden önce bebeğin ağırlığı bir büyüme tablosuna kaydedilmelidir. Ayrıca hastanede kaldığı süre içinde ebe emzirme süresi, sıklığı, yöntemi, karşılaşılabileceği sorunlar, meme bakımı, ek gıdaya başlama zamanı, bebeğin anneye aynı odada kalması, annenin beslenmesi, ev ziyaretine geleceği zaman ile ilgili konularda anneyi bilgilendirmelidir (72,77,78,79).

Her bebeğin kendi ihtiyacına göre belirli bir acıkma zamanı vardır. Bu zaman 2-4 saat arasında değişir. Bebeklerin yarıdan fazlası (%88'i) 3 saatte bir acıkıp ağlayarak meme isterken, bazıları 2 saatte (%10'u), bazıları 4 saatte bir, bazıları da düzensiz acıkarak emmek isterler. Bu emme aralıkları çocuğun bir önceki emzirme zamanında tam doyup doymadığına da bağlıdır (29,72).

Genellikle memedeki sütün arkadan gelen kısmı çok yağlıdır, dolayısı ile doyurucudur. Bu son kısmı almadan çocuk herhangi bir nedenle memeden ayrılırsa itiraz etmez ama daha çabuk acır. Anne sütü ile beslendiği sürece bebeklere gece ve gündüz acıkıp uyanınca meme verilmelidir. Bu uyanışların arası 2-4 saatte bir de olabilir, gündüz ve ilk iki ay içinde bebeğin uyuma süresi 4 saati aşarsa uyandırılmalıdır (72).

TNSA 2003 verilerine göre tüm bebeklerin %97'si bir süre emzirilmiştir. Ancak 2-3 aylık bebeklerin yalnız %16'sı sadece anne sütü ile beslenmektedir (4). Wambach KA ve Koehn M.'nin 14-18 yaş arası 14 adölesan gebe üzerinde yaptıkları çalışmada adölesanların %60'ı bebeklerini memeden ve şişeden beslemeyi bir arada yapma arzusunda olduklarını, %30'u biberonla beslemeye karar verdiğini, %10'u ise emzireceğini belirtmişlerdir. Bu gebeler memeden beslemenin sağlıksal yararlarından bahsederken, aynı zamanda bunun acı verici, kamu baskısı ve memeden beslemenin karmaşık olduğunu belirtmişler, şişeden beslemenin basit ve otomatik olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bulgular, adölesanların karar verme konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu sonucuna ulaşılmıştır (80).

Tülcüoğlu ve Coşansu'nun 0-24 aylık bebeği olan 116 anne ile yaptığı “Annelerin Bebek ve Çocuk Beslenmesi Konusunda Bilgi ve Davranışları” konulu çalışma sonucunda, %62.9'u ilkokul mezunu olan annelerin %68.1'i bebeğini emzirmiştir (81).

Amerika'da düşük olan emzirme oranı, 2000'li yıllarda hedeflenen erken dönemde %75 ve 5.-6. aylardaki emzirme oranı %50 oranlarına ulaşılammıştır. Avustralya'da eğitim programları sonucu 1991'de emzirmeye başlama oranının %92, 6. ayda emzirmeyi sürdürme oranının %50'ye ulaştığı görülmüştür. Avustralya ve Yeni Zellanda'da yapılan çalışmalarda, hastanede emzirmenin başlamasını ve sürdürülmesini etkileyen etmenlerin, önerilerin tutarlı olmaması, sağlık çalışanlarının becerilerinin yetersiz oluşu, gürültülü ortam ve utanma duygusunun olduğu belirlenmiştir (74,76).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada, başlangıçta anne sütüyle beslenen bebeklerin % 51.3'ünde ilk altı hafta içinde ek besinlerin verildiği bildirilmiştir. Emzirme ülkemizde geleneksel ve yaygın bir uygulamadır. TNSA 2003 verilerine göre tüm çocukların % 95'i bir süre emzirilmiştir. Tek başına anne sütü ile beslenmenin bilinen yararlarına karşın Türkiye yaşamın ilk aylarında tek başına anne sütü ile beslenme oranının artırılması yerine azaldığı sayılı ülkelerden birisidir (4). Dünya Çocuklarının Durumu 2001 verilerine göre 0-3 aylık bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme oranı % 9'dur (74,76).

Erken doğum nedeniyle uzun süre hastanede kalan prematüre bebekler ağızdan beslenmeyi tolere edebilecek duruma geldiklerinde, ilk beslenmede mutlaka anne sütü denenmelidir. Meme emerken bebeğin sütle birlikte midesine kaçan hava bebek omuza yatırılıp sırtına hafif hafif vurularak çıkartılmalıdır. Anneye bu öğretilmelidir. Bebeği çok rahatsız eden gaz problemleri görüldüğünde doktor reçetesi ile yazılan gaz giderici kullanılabilir (72,75).

2.6.2.2.b.Göbek Bakımı

Göbeğin (umblikus) ve çevresinin temiz ve kuru kalması gerekir. Yenidoğan bebekte ilk haftada uygun göbek bakımı enfeksiyon sıklığını anlamlı derecede azaltır. Umblikal kordun destek yapısını oluşturan wharton jeli nekrotize olduktan sonra kolayca kolonize olarak omfalit gelişimine neden olabilir. Göbek bakımı konusunda

yapılan son çalışmalarda daha önceki yıllarda önerilen batikon, tentürdiyot ve alkolle bakımın bebek üzerinde istenmeyen yan etkilerinin olduğu, kuru ve temiz tutmanın kordun daha kısa sürede ve enfeksiyon gelişmeden düşmesine neden olduğu belirtilmektedir (82,83). Göbek kordonu normal koşullarda 7-14 gün içinde düşer. Düşükten sonra çok az kanama olabilir Bunun dışındaki süreçte sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Göbek klemp ve göbek çevresi, kanama, kızarıklık ve akıntı açısından göbek düşünceye kadar her gün kontrol edilmelidir (66,71).

Anne omfalit ve göbek gronülomu yönünden bilinçlendirilmelidir. Son çalışmalarda göbek bakımında daha önce her gün uygulanması önerilen pomad, alkolle ıslatılmış gaz bezi ve tentürdiyotlu maddelerin (örneğin, betadin, batticon) kullanımlarının bebek sağlığı açısından zararlı oldukları tespit edilmiştir. Deriden emilecek alkol, bebeğin kan şekerinin yükselmesine sebep olur. İyot ise tiroid hormonu üzerinde anormal etkileşimlere sebep olur. Sadece kuru ve temiz tutmanın enfeksiyonu önlemede dolayısıyla göbeğin daha erken düşmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Göbek kanaması görülmesi normal değildir, görülmesi durumunda nedeninin anlaşılması için vakit geçirmeden bir sağlık kuruluşuna danışılmalıdır (18,71,72,82,83).

2.6.2.2.c.Tarama Testleri

Eğer bebek 48 saat kadar hastanede kalmışsa taburcu olmadan önce mutlaka fenil ketonüri (PKU) ve hipotiroidi, sikle cell anemiyi araştırmak üzere kan örneği alınmalıdır. PKU taraması ulusal düzeyde ve tüm sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak yapılmaktadır. Hipotiroidi ve sikle cell anemisi taramaları ancak bireysel çabalarla yapılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu iki testin yanında bir çok doğuştan metabolizma hastalıkları ve nöroblastoma tarama programları yürütülmektedir (24,71).

2.6.2.2.d.İmmunizasyon

Hepatit B: Hepatit B aşısının 1. dozu yenidoğan döneminde hastanede iken yapılabilir. Anne hepatit B yüzey antijeni taşıyorsa ilk 36 saatte hepatit B aşısının 1. dozu (0,5ml) ve hepatitis B immünoglobulin 0,5 ml dozda uygulanır. Aşı 1. ve 6. aylarda tekrar edilir (24).

BCG Aşısı: Tüberküloz prevalansının çok yüksek olduğu yerlerde BCG aşısı doğumdan sonra ilk günlerde yapılabilir. Ancak ülkemizde BCG aşısı 61. günde yapılmaktadır (71).

2.6.2.2.e Doğum Sonrası Bebeğin Periyodik Kontrolleri ve Ebenin Rolü

Eve giden bebeğin ilk kontrol muayenesi beşinci günü geçmemelidir. Genel olarak ilk izlemler doğumda, 7. ve 15. günlerde yapılmakta ,daha sonra 2, 3, 4, 6, 9 12. aylarda; 12-24 ay arası 3 ayda bir, 2 yaşından sonra 6 ayda bir olarak devam edilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi sağlıklı çocuk izlemine prenatal dönemde, doğumdan hemen sonra 2-4 haftalar arasında, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 ve 24 aylarda yapılmasını önermektedir (24).

Ebe ev ziyaretlerinde anne ve bebeği değerlendirir, bebek bakımı, hijyen, perine bakımı konularında anneyi bilgilendirir. Doğum sonu dönemde lohusa izleminde annenin involusyon süreci ebe tarafından değerlendirilir. Loşanın rengi, kokusu özelliğine bakılır. Hayati bulguları alınır. Anne toksemi, kanama, enfeksiyon belirtileri açısından dikkatlice değerlendirilmelidir. İdrar çıkışı, konstüpsiyon, tromboflebit, meme ucu çatlakları gibi problemler değerlendirilir. Normalde doğumu izleyen ilk 12 saat içinde idrar, ilk 3 günde defekasyona çıkmalıdır. Perine hijyeni, annenin ayakta duruş şeklinde banyo yapması, emzirme, beslenme konularında anneye bilgi verilir. Anneye psikolojik destek sağlanır (18,67,78).

İlk Ziyaret

İlk ziyaret doğumdan sonra en geç 72 saat içinde yapılmalıdır. Bu dönemde anne ve baba kendilerini bebeğin bakımında yetersiz, yorgun ve depresif hissedebilirler. Bu ziyarette anne ve bebeğin değerlendirilmesi için öykü alma gözlem yapma, fizik muayene yöntemlerinden yararlanılabilir. Öyküde gebeliğin seyri, doğum şekli, yeri ve komplikasyonları, olup olmadığı sorulur. Gözlemlerle anne-bebek arasındaki ilişki (bebeğin ihtiyaçlarına cevap verip veremedikleri, bebeği tutarken veya altını temizlerken rahat olup olmadıkları) gözlenir. Bu dönemde annenin emzirme yönteminin değerlendirilmesi de önemlidir.

Ebe yenidoğanı tam bir fizik muayeneden geçirmelidir. Fizik muayenede bebeğin kilo, boy, baş çevresi, gğs çevresi, abdominal evre ölçümleri yapılır, hayati bulguları değerlendirilir ve bebek kartına işlenir. Bebekte siyanoz, sarılık, fontaneler koanal atrezi, anal atrezi, sefal hematoma, kaput suksadenum, subkonjunktival kanama gözlerde ödem, kulak-burun-boğaz anomalileri, üfürüm, femoral nabızlar, karında kitle ve distansiyon, genital anomaliler, ekstremite anomalileri, kalça çıkığı, klavikula kırıkı kas tonusu, simetrik ekstremite hareketleri, elde simian çizgi varlığı, meningosel varlığı, yenidoğan refleksleri (moro, babinski, tutma vb.), hemanjiom, toksik eritem, bebeğin sese cevabı, ışık tepkisi açısından değerlendirilir. Bebeğin ilk idrarını ve gaitasını yapıp yapmadıkı anneye sorulur. Anneye bebek bakımı, göbek bakımı, bebeğin banyosu, göz bakımı, bebeğin altının değiştirilmesi, pişik oluşunun önlenmesi bebeğin doğru şekilde emzirilmesi, besleme sıklıkı, bebeğin gazının çıkartılması gibi konularda eğitim verilir (18, 25, 36, 27, 84, 85).

Bebeğe fenil ketonüri tarama testi yapılıp yapılmadığı öğrenilir, gerekirse bu kontrolde mutlaka yapılması sağlanmalıdır. Ebe anneye bebeğin ilk hafta içinde kilo kaybetmesinin normal olduğu anlatmalıdır. Anneye bebeğin aşı kartı ve ağırlık izelgesi verilmeli ve Hepatit-B aşısı için yapılmalıdır. Anne ve çevresindekilere bebek beslenmesi ve bakımı ile ilgili sorunlarının olup olmadıkı sorulmalı, aile dikkatle dinlenmeli varsa soruları cevaplanmalıdır (24).

7.-15. günler izlemi

Bu izlemlerde bebeğin bakımı ile ilgili (göbek düşme zamanı, göbekten sızıntı kanama, alt temizliği, banyo, kolik, ağlama, uyku durumu, gibi) sorunları olup olmadıkı tespit edilerek gerekli bakım ve eğitim verilir. Bebeğin beslenme biçimi, emzirme durumu sorgulanır. Tüm annelere ve özellikle ihtiyacı olanlara emzirme danışmanlık hizmeti verilir. Bebeğin ağzında pamukçuk (Candida albicans) oluşumu kontrol edilmelidir. İlk günlerde patolojik gibi görünen fizyolojik olayların (bebeğin gğslerinde şişme, fizyolojik sarılık, vaginal akıntı, cilt soyulmaları, eritema neonatorum gibi) tedavi gerektirmediği vurgulanmalıdır. Bebeğin altını değiştirdikten veya kendisi tuvalete gittikten sonra annenin mutlaka sabunla ellerini yıkanmasının emzirmeye başlamadan önce de hem ellerini hem de meme ucunu yıkamasının gerektiği

anlatılmalıdır. Bebeğin giysileri hakkında bilgi verilmeli. Bebeğin boy, kilo ve baş çevresi ölçümleri yapılır. Bu işlemler sırasında çıplak olması sağlanmalıdır. Hemanjiom, mongol lekesi, sefal hematoma, şaşılık ve fimozis gibi normal olan durumlarla ilgili bilgi verilir. Günde 400 İÜ/gün D vitamini önerilir. Anneye Aile Planlaması yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir. Annenin ve bebeğin hayati bulguları değerlendirilir. Anneye ve aileye ihtiyaç duydukları konularda eğitim verilir (18, 25, 24, 36, 37, 27, 84).

Aslan'ın yaptığı çalışmada, annelerin doğum sonu dönemde bebek bakımı ile ilgili en çok danışmanlık gereksinimi duydukları konular arasında bebek beslenmesi, bebeğin hastalığı, iritabil bebek, bebeğin dışkılama örüntüsü, bebek banyosu ve vücut bakımı olmuştur (79).

Ateş, ishal, pamukçuk, kabızlık, gözlerde çapaklanma, gaz, göbük iltihabı veya kanaması, pişik gibi problemler annelerin doğum sonu döneminde bebek bakımında sık karşılaştıkları diğer sorunlardır. Bunun yanı sıra anneler emzirme, meme ucu problemleri ile karşılaşabilmekte ve emzirme davranışını terk etmelerine neden olabilmektedir.

Bu sorunlar hakkında bilgi yetersizliği olan anneler problemle başa çıkmada güçlük çekmektedirler. Bu noktada ebeler büyük görev düşmektedir. Yeterli ve etkili prenatal, perinatal ve postnatal bakım, eğitim ve izleme annelerin bu ihtiyaçları kapatılabilir ya da annelerin yanlış uygulamaları engellenebilir.

2.6.2.3.Evde Bakım

2.6.2.3.a.Yenidoğanın Odası

Miadında doğan bebekler için oda ısısı 24°C derece olmalıdır. günde en az bir kez havalandırılmalı ve daima temiz tutulmalıdır. Aşırı gürültü ve ışık olmamalıdır. Aşırı ısıtma, beslenmeye isteksizlik ve uyku haline neden olur. Bebeğin elleri ve burnu soğuksa, ortam ısısı yetersiz demektir. Bu durumda vücut ısısına da bakılabilir. Bebeğin ayaklarına yatarken çorap veya patik giydirmek sağlıklı değildir (66,72).

Odayı ısıtmak amacıyla kaloriferli evlerde gece de kaloriferin açık bırakılması devamlı kuru ve nemsiz hava yaratacağı için zararlı olur. Odanın havasının

nemlendirilmesi gereklidir. Emzirmenin sürdürülebilmesi için anne ve bebeğin aynı odada kalması önerilmektedir (66,72).

2.6.2.3.b. Yenidoğanın Banyosu

Yeni doğanın ilk banyosu bebeğin vücut ısısı 2-4 saat süreyle sabit ise ve herhangi bir medikal problemi olmadığından emin olduğunda yaptırılabilir. Ekstrauterin hayata adapte olmaya çalışan yenidoğanı tam stabilize olmadan yıkamak hipotermi gelişimine, bu da solunum sıkıntısı ve oksijen tüketiminin artmasına yol açar. Bebek doğum odasında yıkanmadığından eğer hastanede kalırsa 2.-3. gün yıkanabilir. Bu yıkamada göz, saçlı deri, kasıklar ve perinenin temizliği yapılır (70,71).

Bebek eve geldiğinde banyo yaptırmakta bir sakınca yoktur. Banyo için göbeğin düşmesi beklenmez göbeği iyileşinceye kadar vücut silme şeklinde banyo yaptırılır. Göbek düştükten 1 gün sonra banyo küvet banyosuna başlanabilir. İlk yıl haftada 2-3 kez veya gün aşırı banyo yeterli olacaktır (66).

1)Silme Banyo: Göbek düşmeden önce yenidoğanın banyosu silme banyo şeklinde yaptırılır. Banyodan önce gerekli olan bütün gereçler toplanır. Yıkamak için kaba, ayrıca sabun bezi, havlu, bebek şampuanı, alkol, pamuktan yapılmış temiz elbiselere ihtiyaç vardır. Yenidoğanın banyosu sade su yada yumuşak ve alkali olmayan sabun kullanılmalıdır. Medves ve O'Brien'nın yaptığı çalışmada yenidoğanın banyosunda, bebek florasındaki bakterileri uzaklaştırmak amacıyla sabun ya da sade su kullanımı arasında fark olmadığı görülmüştür (86).

Banyo sıcak ve hava akımı olmayan bir odada yaptırılır. Bebeğin banyo yaptırıldığı alan rahat ve güvenli bir yer olmalıdır bebek banyo esnasında korumasız ve yalnız bırakılmamalıdır. Bebek düz ve rahat bir zemine yatırılır. Eğer bebek yere yatırılmışsa bebek güvenli bir şekilde sarılarak sıkı bir şekilde elle tutulur. Silme banyosunda ısı kaybını önlemek amacıyla bebeğin vücudu bölge bölge açılarak silinir, kurulanır ve giydirilir. Banyoya önce bebeğin yüzünden başlanır. Bir pamuğu temiz ve ılık su ile ıslatın bebeğin gözlerini silinir. Her göz için ayrı bir pamuk kullanılarak içten dışa doğru silinir. Küçük temiz bir havlu bez ile yüz ortadan başlayarak dışa doğru silinir. Burun ve kulak çevresi ve kulakların arkası da aynı şekilde temizlenir. Kulak içleri yüzeysel olarak temizlenmelidir. Kulak ve burun içine temizlemek amacıyla

pamuklu ve sert çubuklar sokulmamalıdır. İritasyona neden olabileceğinden bebeğin gözleri ve burnunun temizliğinde iplik ve tüy bırakacak temizleme bezleri kullanılmamalıdır.

Daha sonra bebek futbol pozisyonunda (bebeğin vücudu annenin kolunun altında, baş ve boyun kısmı annenin eliyle desteklenerek, yüzü anneye dönük şekilde) tutulur. Bebeğin saçları önceden ısı kontrol edilmiş olan suyla ıslanır ve önden arkaya doğru masaj yapılarak şampuanlanır ve durulanır. Isı kaybını önlemek için saç iyice kurulanır. Aynı pozisyonda tutularak, yumuşak formüllü bir sabun yada banyo köpüğü kullanarak ve ılık suyla ıslatılan küçük bir havlu bez ile boyun kıvrımları temizlenir. Sırt, gövde ve ekstremiteleri yukardan aşağıya kadar iyice temizlenir ve ılık suyla ıslatılmış başka bir havlu bezle durulanır. En son bebeğin altı temizlenerek yıkama işlemi bitirilir (18,72).

2)Küvet Banyosu: Göbek düştükten sonra küvet banyosuna geçilir. Oda ısı banyo malzemeleri, giysileri, havluları hazırlanır. Banyo için küçük plastik bir küvet kullanılır. Küvetin dibine bebeğin kaymasını önlemek için temiz bir bez ya da giysi koyulur. Küvetin içine önceden ısı ayarlanmış su 1/3 oranında doldurulur. Bebek küvetin içine boyun ve omuzlardan hafif yüksek bir yastıkla desteklenerek (beşik pozisyonu) önce vücudunun alt kısmı, daha sonra tüm vücudunu yavaşça sokularak yerleştirilir. Bebeğin yüzü, gözü, kulakları, burnu ve saçını silme banyodaki gibi yıkanır.

İlk banyodan sonra, 10-14 gün boyunca günlük bebek temizliğinde sabun kullanılmaması, özellikle 26. gestasyon haftasından küçük bebeklerin banyosunda steril su kullanılması en uygun seçenektir. İlk 2 haftanın sonunda bebeğin cildi daha matür olacağından haftada 2-3 kez düşük alkali sabun kullanılabilir. Temizlik işlemi bebek bol su ile durulanarak bitirilmeli, deride iritasyon yapabilecek hiçbir atığın kalmamasına dikkat edilmelidir (66,71,72).

Bebeğin baş aşağı tutularak başının yıkanması bebekte irkilmesine, nefesini tutmasına ve morarmasına neden olabilir. Böyle bir durumda telaşlanmadan bebek havlusu içinde kucaklanmalı, yüzü silinmeli ve beklenmelidir. Bu bebeğin normal bir refleksidir ve kendiliğinden düzelecektir (71).

Bryanton ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, küvet banyosu yaptırılan bebeklerin geleneksel silme banyosu yaptırılan bebeklere göre daha az ısı kayb ettikleri

gözlenmiş ve iki banyo şekli arsında göbek bağının düşmesi ve enfeksiyon açısından herhangi bir fark bulunmamıştır (87).

2.6.2.3.c. Yenidoğanın Dışkı ve İdrar Sıklığı

Yenidoğanın ilk dışkısı koyu yeşil-siyahımsı renkte, macun kıvamda olup mekonyum olarak adlandırılır. Normalde yenidoğan bebeğin ilk dışkısı doğumdan sonraki ilk 8 ile 24 saat arasında görülür ve 36 saate kadar dışkısını yapmalıdır. Bebeğin ilk ayında dışkı sayısı fazladır (günde 6-8 kez). Anne sütüyle beslenen bebeklerin dışkıları daha yumuşaktır. Dışkı ilk günler yeşilimsi, 3-5 gün sonra dışkısının rengi altın sarısı (hardal rengi de denir) rengine döner. Bu normal anne sütü alan çocuğun dışkı rengidir. Bu renk dışkı günde 4-8 defa olabilir. Mama ile beslenen bebeklerin dışkıları daha kıvamlı ve sıklığı daha azdır. Bu bebeklerde kabızlık da olabilir. Bebeğin günde en az 6-8 kez idrar yapması gerekir. Bu beslenmenin yeterli olduğunu gösterir (66,72).

2.6.2.3.d. Yenidoğanın Uyku Evresi

Karnı doyan, altı değiştirilen, yıkanan ve giydirilen bebek günün büyük bölümünü uykuda geçirir. Düzenli bir uyku alışkanlığı olan bebek sakin bir şekilde nefes alarak ve çok az hareket ederek uyur. Etkin uykuda bebek hareket eder. Bebeğin başının yassılaşmasını önlemek amacıyla bebeğin pozisyonunun zaman zaman değiştirilmesi gerekir. Uyurken bebeğin nefes almasını engelleyecek birşey olup olmadığını kontrol edilmelidir (72).

Bebeğin anneye aynı odada ve kendi yatağında uyutulması sağlanmalıdır. Beşikte uyuyan çocuk kendini emniyette hissedemez ancak uyandığında annesinin sesini duyunca veya göz göze gelince rahatlar. Yenidoğan döneminde uyku süresi günde yaklaşık 16 saat kadardır. Bunun yarısı gündüz, yarısı gece uykusudur. Gündüz uykuları ilk haftada ikişer saatlik süreler halinde dört kez olur, ikinci haftadan sonra üçe iner. Üçüncü aydan sonra bebeğin günlük uyku süresi 15 saate iner ve 10 saati gece, 5 saati gündüz şeklindedir (72).

2.6.2.3.e. Yenidoğanın Pozisyonu

Yenidoğan bebekler için en ideal yatış pozisyonu sırtüstü ya da yan yatış pozisyonudur. Ancak yan yatış pozisyonunda bebeğin yüzüstü dönmesi engellenecek şekilde önlem alınarak yatırılmalıdır. Böylece bebek karnının üzerine doğru yuvarlanıp yüzükoyun dönmesi engellenir. Yüzüstü yatış pozisyonu bebeklerin ani, açıklanamayan ölümlerine sebep olan ani bebek ölümü sendromu nedeniyle (Sudden Infant Death Syndrome- SIDS) önerilmemektedir.

Bebeğin yatağı da yatış pozisyonu kadar önemlidir. Bebek sert bir şilte üzerinde uyutulmalıdır. Bebeğin yastıklarla, su yataklarında, postlarda ya da diğer yumuşak yüzeylerde yatmasına izin verilmemelidir. Yastık ve kuştüyü yorgan kullanılmamalıdır. Yorgan göğüs hizasına adar örtülmeli, yatağına yumuşak oyuncaklar bırakılmamalıdır (8,70,66).

Amerikan Pediatri Akademisi bebekleri çok yumuşak yatakta (özellikle yastıkta) yatırma, bebeklerin üzerini fazla örtme (aşırı sıcak ortamda uyuma), annenin gebelikte sigara içmesi, bebeklerle aynı yatakta yatma, düşük doğum ağırlığı veya prematüre doğumları ani bebek ölüm sendromu için risk faktörleri olarak göstermiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda yüzüstü pozisyonda yatışın sırtüstü pozisyona göre ani bebek ölüm sendromunu 1.7–12.9 kat arttırdığı gösterildiğinden Amerikan Pediatri Akademisi (90), 2000 yılında bebeklerin yüzüstü pozisyonda yatırılmamasını önermiştir. İngiltere ve Yeni Zellanda'da yapılan 2 çalışmada yan pozisyonda yatış ani bebek ölüm sendromu açısından sırtüstü pozisyona göre biraz daha fazla risk taşımaya karşın yüzüstü pozisyona göre riski önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (88,89).

Amerikan Pediatri Akademisi 1992 yılında çocukların sırtüstü veya yan pozisyonda yatırılmalarını önermiştir. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda yüzüstü yatış pozisyonunda azalma ile birlikte ani bebek ölüm oranlarında belirgin düşme saptanmıştır (88). Ülkemizde Polat ve arkadaşlarının (91) yaptıkları benzer şekildeki bir çalışmada çocukların büyük bir kısmının (% 65.4) doğru pozisyonda yattığı saptanmıştır (88).

2.6.2.3.f. Yenidoğanın Tırnak Bakımı

Bebeğin tırnağını, ona özel bir bebek tırnak makası ile kesebilir. Uzamış tırnaklarıyla bebek, yüzünü ve gözünün kornea tabakasını çizebilir. Bebek tırnak makasıyla tırnağın keskin ve sivri köşeleri de ince bir törpüyle yumuşatılır. Bebeğin tırnaklarının kesilmesi için en uygun zaman bebeğin uykuda olduğu dönemdir (18).

2.6.2.3.g. Yenidoğanın Hapşırma ve Hıçkırıklar

Hapşırma, genze kaçan damlacıkları temizlemek üzere bir reaksiyon, hıçkırık ise solunum kası olan diyaframın uyarılması sonucu ortaya çıkan bir reflekstir. Hıçkıran bebek kısa süre ile emzirilirse bu refleks yavaşça kaybolur. Ayrıca 1-2 damla limon suyu verilebilir (66).

2.6.2.3.h. Yenidoğanın Cilt Bakımı

Yenidoğan bebeğin cildi çok hassastır. Yenidoğan bebeğin cilt bütünlüğü kolayca bozulabileceğinden dolayı her türlü müdahale dikkatle yapılmalı ve gereksiz müdahalelerden kaçınılmalıdır. Yenidoğan cilt bakımı için yağ ve pudra önerilmez. Yağ, kıl köklerinin kapanmasına neden olarak cildin terlemesi önlenir ve ufak sivilceler ve isilik tarzında döküntüler ortaya çıkabilir. Pudra, solunum yollarına kaçarak solunumu güçleştirir ve perineal bölgeyi irrite eder. Eğer cildi kurur ve çatlaklar gelişirse, bebek losyonu veya nemlendiriciyi günde 2 kere sürmek yeterlidir. Bebeğin cildi kuru ise çok sık banyo yaptırmamalıdır. Bebeğin altının kuru olması sağlanmalı ve gereksiz yere kremler uygulanmamalıdır (27,66).

Yenidoğanın Altının Değiştirilmesi

Bebeğin altı her idrar ve dışkı yaptığında değiştirilmelidir. Altı kirli ise beslenme öncesi ve gerekirse sonrası bebeğin altı değiştirilir. Islak veya kirli bez uzun süre (3-4 saat) kalırsa pişik oluşumuna neden olabilir. Uygun şekilde temizliği yapıldıktan sonra bebeğin cildine uygun pişik kremi uygulanabilir (66).

2.6.2.3.i. Yenidoğanın Ağlamasının Değerlendirilmesi

Bebekler kendilerini ağlayarak ifade ederler. Ağlama nedenleri çeşitli olmakla birlikte en sık olanları acıkma, altını kirletme, gaz problemi gibi fizyolojik ya da herhangi bir patolojik durumdur.

Bebeklerde fizyolojik ve patolojik durumlarda ağlama şekli farklıdır. Acıkma ağlamasının diğer ağlamalardan değişik olduğunu anneler kısa sürede fark eder. Açlık ağlaması, yavaş tonla başlayıp sürekli ve ritmik bir ağlamadır. Ağrı ağlaması ise aniden ve yüksek tonlu olarak başlar, inişli çıkışlıdır (18).

Gaz sancısı olan bebek bacaklarını karnına doğru çekerek ağlarlar. Sağa sola yatırılarak ya da gazını çıkarmak için uygun pozisyon verilerek bu sorun giderilmeye çalışılır. Pişik olmuş bebeklerde bebek idrarını yapmasıyla birlikte acı hissi nedeniyle irkilerek çığlık şeklinde ağlamaya başlar.

Bir diğer ağlama nedeni ise koliktir. Kolik, bebeklerde 3. haftadan başlayarak 3. aya kadar hatta bazen biraz daha uzun sürer. Hiç sebepsiz çoğunlukla akşamları başlayıp 2-3 saat sürebilir. Bebeğin dizleri kıvrık, vücudu kaskatı, yumrukları sıkılı, yüzü kıpkırmızı, terlidir. Ağız çevresi soluk, yüzü öfkeli görünümde (kaşlar çatık), açık gözler bir noktaya dikilmiş, karın yoklandığında gergindir. Ciddi karın içi olaylarda ise ani başlayan sürekli ve tiz bir ağlama görülür. Ağrı nedeni ortadan kalkıncaya kadar ağlaması devam eder (18,24,27,72).

2.6.2.3.j. Yenidoğanda Meme ve Genital Akıntı Değerlendirilmesi

Bebeklerde kız veya erkek olsun anneden geçen hormonlarla bazen memeler şişerek süt birikebilir. Şişliğin ovulmaması, kendiliğinden gerilemesinin beklenmesi gerekir. Genellikle iki hafta içinde bu olay kaybolur. Bu durum %4.6 bebekte görülür. İki haftanın üstünde bu durumun devam etmesi halinde diğer hormonal sebepler araştırılması gerekir. Yine anneden geçen hormonlarla kız bebeklerde sanki adet görüyormuş gibi kanlı bir akıntıya rastlanabilir. Bir iki gün içinde geçeceğinden önemi yoktur (18,27).

2.7. Yenidoğan Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar

2.7.1. Pişik (Diaper Rash)

Pişik perinede, perianal bölgede ve çevresinde görülen kızarıklıklarla karakterize sık karşılaşılan bir problemdir. Cildin ıslak kalması geçirgenliğin artmasına ve tahrişe yol açar. İdrarla temas eden cildin pH'ı asidikten alkaliye döner ve mikroorganizmalar ile kolonize olur. Alkali pH gaytadaki proteaz ve lipaz enzimini aktifleştirerek cildin epidermis tabakasına zarar verir.

Bebeğin altı her açıldığında altında pişik olup olmadığı kontrol edilmelidir. Pişik olmaması için temizlendikten sonra bebek yağları ile yağlanması, kakanın hafif asit olan etkisinden çocuğun hassas derisini korur. Pişiğin önlenmesi cildin kuru tutulması ve normal (asidik) pH'nın bozulmaması ile mümkün olur. Sık bez değişimi ve süper emici bebek bezlerinin kullanımı önerilir. Kumaş bebek bezi kullanılıyorsa bunların temizliği sırasında sabun tozu tercih edilmeli, çamaşır suyu veya yumuşatıcı kullanılmamalıdır. Dışkıyı yapan bebeğin bezi altında uzun süre tutulmamalı hemen değiştirilmelidir. Dışkı bebeğin pişik yerlerine değdikçe çok acıtır ve bebeğin ağlamasına ve huzursuz olmasına neden olur.

Pişik oluştuysa dışkılama sonrası perine su ve düşük pH'lı sabun ile yıkanarak temizlenmeli, cilt kuruyunca çinko oksit içeren koruyucu kremler sürülmelidir. Bu koruyucu kremler cildin gayta ve idrarla temasını engeller. Pişiklerde ileri aşamada bakteri ve fungal enfeksiyon riski artar. Kontakt dermatite fungal enfeksiyonun ilave olduğu pişik olgularına tedavide antifungal merhemler ilave edilir. Bebek bezlerinde beklenmeyen bir kokunun sürekli duyulması, örneğin hayvan kafesi kokusu, çürümüş lahana kokusu, balık kokusu veya durdukça çişli bezin kararması, mavileşmesi bir sağlık kuruluşuna başvurulmasını gerektiren durumlardır (71,72).

2.7.2. Pamukçuk (Candida albicans)

Pamukçuk, Candida Albicans adı verilen bir mantar tarafından oluşturulan bebeğin yanaklarının iç taraflarında ve bazen de dilde, damakta ve dişetlerinde görülen beyaz lekelerdir. Pamukçuğu önlemek için anne memesinin her emzirme sonrasında temiz ve kuru tutulması ve her beslenme sonrasında ağız içinde gıda artıklarının olmamasına dikkat edilmelidir. Pamukçuk oluşan bebekler emzirme problemi yaşarlar.

Ağız bakımı verilmeli ve pamukçuk için ilaç kullanmaları gerekebilir. Pamukçuk görülen bebeklere oral nystatin süspansiyonla tedavi yapılması, bebeğine de distile su ve gazlı bez ile ağız bakımı verilmesi gerekmektedir (18,72). Ebe bebek izlemlerinde yenidoğanda pamukçuk varlığını kontrol etmeli anneyi de bu konuda bilinçlendirmelidir.

2.7.3.Yenidoğanda Yüksek Ateş

Vücudumuzdaki termoregülasyon merkezindeki ısı artışına bağlı olarak vücut ısısının 38^0 C üzerine çıkması durumunu ateş olarak kabul ediyoruz. Eğer patolojik bir durum yoksa bebeğin yüksek ısılı bir odada üstünün çok kalın giydirilmesi, üzerinin aşırı örtülü olması, kalorifer yada sobanın yakınında bulunması güneş gören bir odada güneşin vurduğu yerde tutulması ya da yetersiz sıvı alması gibi durumlar bebeğin ateşinin yükselmesine neden olur. Bu nedenler dışında bebeklerde aşı, ishal, enfeksiyon durumlarında da ateş görülür. Ateşi yükselen bebeklerin idrar miktarı azalmış, derileri kuru, fontanelleri çöktür. Yenidoğan ve çocukluk döneminde vücut ısısının dikkatli bir şekilde takip edilmesi gerekmektedir. Yenidoğan döneminde yüksek ateş tablosu bebeğin febril konvülsiyon geçirmesine neden olabilir. Bu da bebekte ciddi serebral sekellere yol açan bir tablodur (27,72).

Ateş durumunda en kısa sürede nedenin araştırılması ve müdahale edilmesi gerekmektedir. Eğer patolojik bir tablo yoksa bebeğe yeterli sıvı verildiğinde ve uygun çevre ısısı sağlandığında yüksek ateşi normale döner diğer belirtiler de ortadan kaybolur. Bu amaçla bebeğe anne sütü veya uygun ve yeterli sıvı verilerek vücut sıvı dengesi sağlanmaya çalışılmalıdır. Bunun yanısıra yüksek ateşli bebeklerin bir an önce üzerinin soyulması ılık su ile soğuk uygulama yapılması gerekmektedir. Bebek en yakın sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Ateşi normale düştükten sonra bebek idrarını yapıncaya kadar, gözetim altında tutulmalıdır (27,72). Annelere bebeğin ateşinin derece ile nasıl ölçüleceği ve ateş tablosu ile karşılaştığında nasıl davranacağı konusunda bilgi verilmesi gerekmektedir.

2.7.4.İshal

Akut ishal 0-5 yaş grubunda görülür, en sık ölüme yol açan nedenler arasında yer alan bir hastalıktır. Büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere dünyada her yıl ishalden 4-5 milyon çocuğun yaşamını kaybettiği bilinmektedir. İshal (diyare), bağırsakta peristaltik hareketlerin emilimin azalması ve/veya sekresyonun artması sonucu, bir günde dışkı miktarının, dışkılama sayısının artması ve dışkı kıvamının bozularak yumuşak, sulu bir görünüm alması olarak tanımlanır.

İshalli bebeğin idrarı azalmıştır, terlemesi yoktur, dili-damağı-dudakları kurudur, deri turgoru azalmış, gözleri ve bingıldağı çökmüştür. Sağlık ocaklarından dağıtılan şeker-tuz karışımı(ORS) da hazırlanarak verilirse rahatlıkla alır. İshali olan bebekler bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir (27).

Dışkının sık ve yeşil olması bazen ishal tanımlamasına da yol açabilir, birçok mikrobik ve paraziter hastalıklar düşünülerek tetkikler ve hatta tedaviler yapılabilir. Yalnız anne sütü ile beslenen bu bebeklerde mikrobik ishal düşünmek yerine önce annede veya babada da olduğu bilinen süt şekerinin hazmedilememesi ihtimali düşünülmelidir. Bu bebeklerin ishale rağmen kilo aldığı görülüyor ise anne sütüne devam edilmelidir (25,27,72).

2.7.5.Kabızlık

Kabızlık dışkı içeriğinin dışarı atılma sıklığı ve kitle büyüklüğü ile tanımlanır. Bir hastalık değil bir belirtidir. Doğumdan sonraki ilk bir haftada dışkılama sayısı ortalama 1-7 dir. Anne sütü ile beslenenler ilk günlerde 3-7, birinci haftanın sonunda 2-5 kez dışkılarılar. Anne sütü almayan ve mama ile beslenenler ilk günlerde 1-4, bir haftanın sonunda 1-3 kez dışkılarılar. Yenidoğan ve erken bebeklik döneminde yumuşak bile olsa çocuklar dışkılamayı zor yapabilirler. Bu sırada yüzleri kızarıp ıkınırlar ve bacaklarını karınlarına çekerler. Çıkan dışkı yumuşak olduğu sürece bu durum kabızlık sayılmaz (72).

2.8.Özel Bakım Gerektiren Yenidoğan Sorunları

Düşük doğum ağırlığı, postmatürite, yenidoğanın komplikasyonları, hipoksi, atelektazi, hyalin membran hastalığı, neonatal asfiksi, hipotermi, hipoglisemi, hipokalsemi, nekrotizan enterokolit, omphalitis, neonatal ilaç bağımlılığı, inatçı kusma, neonatal sarılık başlıca yenidoğan sorunlarıdır (20,24).

2.8.1.Neonatal Hiperbilirubinemi

Zamanında doğan yenidoğan bebeklerin yaklaşık %60-70'i, prematüre bebeklerin ise hemen hemen tamamı yaşamın ilk günlerinde hiperbilirubinemi sorunuyla karşı karşıya kalırlar.

Bilirubin üretiminin eliminasyonundan daha fazla olduğu durumlarda bilirubin dolaşımdaki miktarı artarak sarılığa sebep olur (92,93). Taşkın ve Eroğlu'nun birlikte yapmış olduğu araştırmada, yenidoğanın emzirilme durumu ile anne ve bebekteki bazı özelliklerin bilirubin düzeyi ile ilişkisi incelenmiş, bilirubin düzeyi yüksek olan yenidoğanların önemli bir kısmının sezaryenla doğdukları, yeterli ve etkili emzirilmedikleri belirlenmiştir (94)

Bilirubin pigmentinin deride ve skleralarda birikmesi ile belirti veren yenidoğan sarılığı genel olarak doğumdan sonraki ilk 7-15 gün içerisinde görülmektedir. Bu tablo ilk 24 saat içerisinde ortaya çıktığında çocuk hekimi, ebe ya da hemşire tarafından tespit edilebilir ancak taburcu olduktan sonra ortaya çıkan tablolar ev ziyareti yapan ebe ya da aile tarafından gözlemlenmelidir. Az olan ve artmadan geçen sarılıklar önemli olmayabilir ancak giderek artan, ateşle birlikte seyreden (enfeksiyon) veya 15 gün içinde kaybolmayan sarılıkların sebebinin araştırılması çocuğun ileriki hayatına da etki yapabilecek olayların önlenmesine yardımcı olur (25,72,73,92,93).

2.8.1.a.Fizyolojik Sarılık

Yenidoğanda fizyolojik olarak yüksek oranda bulunan eritrositin Retikulo-Endotelial Sistemde yıkımı sonucu açığa çıkan unkonjuge bilirubin albumine bağlanarak karaciğere gelir. Burada konjuge olan bilirubin safraya daha sonra da bağırsaklara gelerek bir kısmı emilir geri kalanı da atılmaktadır. Yenidoğan

karaciğerinin immatür oluşu, eritrosit yıkımının fazla oluşu, enterohepatik dolaşımın artması ve bağırsaklardan bilirubinün aşırı emilimi sonucu doğumdan sonra 3. günden itibaren yenidoğanda fizyolojik sarılık tablosu ortaya çıkmaktadır. Yenidoğanın yeterince beslenememesi bu tablonun oluşumuna neden olan bir diğer etmendir (25,72,73,92,93).

Fizyolojik sarılık tablosunun 3-15. günler arasında kendiliğinden ortadan kalkması beklenmektedir. Bu süreçte yenidoğanın serum bilirubin düzeyinin belli periyotlarla izlenmesi ve yeterli beslenmenin sağlanması gerekmektedir. Ebeveini aileyi bu konuda bilgilendirmesi ve yönlendirmesi gerekmektedir. Serum bilirubin düzeyi 5mg/100 ml ve üzeri olduğunda fototerapi tedavisine başlanmalıdır. Çoğunlukla fototerapi tedavisine gerek kalmadan bu tablo ortadan kalkmaktadır (18,25,27).

2.8.1.b. Anne Sütü Sarılığı

Anne sütü ile beslenen yenidoğanlarda görülen, yaşamın birinci haftasından sonra başlayan ve üç aya kadar uzayabilen sarılığa “anne sütü sarılığı” denir. Anne sütündeki bazı maddelerin konjugasyonu azaltması ve beta-glukorinidaz aktivitenin artmasına bağlı olarak enterohepatik dolaşımı arttırması sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Bu tür sarılıkta anne sütünü kesmesi başlangıçta önerilmemektedir. Ancak uzun süren ve yüksek düzeyde bilirubinle seyreden vakalarda 1-2 gün anne sütünün kesilmesi önerilmektedir. Bu süreçte annenin memesini boşaltması anne sütünün devamlılığını sağlamak için önemlidir (18,25,27).

2.8.1.c. Patolojik Sarılık

Konjuge olmayan hiperbilirubinemi; sarılık yaşamın ilk 24 saatinde görülür. Serum bilirubin düzeyi hızla artar. Sarılık term bebekte 1 haftadan, preterm bebekte 2 haftadan daha uzun sürede sonlanır. Oluşum nedenleri; Rh uyumsuzluğu, hemoliz, kanın ekstremitelere, enterohepatik dolaşımda artma, karaciğer fonksiyonunda azalma hipotroidi, doğumsal metabolizma hastalıklarıdır (93).

Patolojik bilirubinün en ciddi komplikasyonu kerni ikterustur. Bu tablodaki bebeklerde letarji, emme bozukluğu, tiz sesli ağlama, epilepsi, ekstremitelerde sertlik,

emme ve moro reflekslerinde kaybolma semptomları ortaya çıkar ve bu durum ileri yaşlarda nörolojik sekellere yol açar . Bilirubin düzeyi 20mg/100 ml'ye ulaştığı zaman kerni ikterus için üst sınıra ulaşmış demektir. Tedavide amaç kerni ikterusu önlemektir. Fototerapi yöntemiyle bu tablo tedavi edilir. Bilirubin düzeyi düşmezse Exchange işlemi yapılır (25,72,73,92,93).

2.8.2.Prematüre Bebek

Dünya Sağlık Örgütü 37. gebelik haftası tamamlanmadan canlı doğan tüm bebekleri "prematüre" olarak tanımlamaktadır (16,24). Ülkemiz için belirlenmiş sağlıklı bir istatistik bulunmamasına rağmen her yıl yaklaşık yüz bin prematüre bebeğin doğduğu tahmin edilmektedir. Prematüre bebeklerde morbidite ve mortalite oranlarının zamanında doğan bebeklerdekinden çok daha yüksek olduğu ve neonatal mortalitenin önemli bir kısmının prematüre bebek ölümlerine bağlı olduğu bilinen bir gerçektir. Preterm bebekler kendi annelerinin sütleriyle beslenmelidir. Bu durumda daha hızlı bir şekilde büyüme sağlanacaktır. Prematüre bebeğin vücut ısısının korunması, solunum problemlerinin giderilmesi, enfeksiyonlardan korunması için küvözde hastane bakımına ihtiyacı vardır (16,24).

Prematüre bebeklerin, hastaneden taburcu edildikten sonra evde bakımlarının özenle yapılması gerekmektedir. Bebeğin yeterli ve düzenli beslenmesi, enfeksiyonlardan korunması, büyüme ve gelişmesinin sık aralıklarla takip edilmesi gerekmektedir. Ebenin bu tür bebekleri saha sık izlemesi ve aileye bebeğin gelişimi ve gereksinimleri konusunda eğitim vermesi gerekmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, 15-19 yaş arası adölesan annelerin yenidoğan bakımına ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma, 15-19 yaş arası adölesan annelerin yenidoğan bakımına ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aslanbey, Dumlupınar Eğitim, Karacaoğlan, Kümbet, Serintepe, Tekke, Yavuzselim, Yenişehir, Sakarya Doğukent, Şirikçioğlu Merkez Sağlık Ocakları bölgelerine bağlı nüfusta yer alan adölesan annelerle yapılmıştır.

Kahramanmaraş içinde bulunan yerleşim yerlerinin sosyoekonomik durumu hakkında resmi bir kayıt bulunmamaktadır. Ancak araştırmanın yapıldığı bölgede oturan ailelerin çoğunluğunun sosyo ekonomik düzeyi kötü olduğu, örnekleme alınan annelerin evlerinin tamamına yakınının müstakil fakat kötü durumda bulunduğu görülmüştür.

Sağlık ocaklarının personel durumu sırasıyla şöyledir:

Aslanbey Sağlık Ocağı 13 ebe, 6 hemşire, 6 pratisyen hekim, 1 sağlık memuru.

Dumlupınar Sağlık Ocağı; 22 ebe 15 hemşire, 8 pratisyen hekim, 2 sağlık memuru.

Eğitim Sağlık Ocağı; 11 ebe, 8 hemşire, 6 pratisyen hekim, 2 sağlık memuru.

Karacaoğlan Sağlık Ocağı; 12 ebe, 9 hemşire, 7 pratisyen hekim, 4 sağlık memuru.

Kümbet Sağlık Ocağı; 16 ebe, 7 hemşire, 7 pratisyen hekim, 3 sağlık memuru.

Serintepe Sağlık Ocağı; 11 ebe, 5 hemşire, 3 pratisyen hekim, 2 sağlık memuru.

Tekke Sağlık Ocağı; 12 ebe, 3 hemşire, 7 pratisyen hekim, 4 sağlık memuru.

Yavuzselim Sağlık Ocağı; 15 ebe, 7 hemşire, 8 pratisyen hekim, 5 sağlık memuru.

Yenişehir Sağlık Ocağı; 9 ebe, 14 hemşire, 5 pratisyen hekim, 1 sağlık memuru.

Sakarya Sağlık Ocağı; 7 ebe, 4 hemşire, 5 pratisyen hekim, 1 sağlık memuru.

Doğukent Sağlık Ocağı; 6 ebe, 5 hemşire, 2 pratisyen hekim, 1 sağlık memuru.

Şirikçioğlu Sağlık Ocağı; 1 ebe, 1 hemşire, 2 doktor, 3 sağlık memuru.

Her sağlık ocağında 1 tane sorumlu hekim, 1 tane sorumlu ebe, 1 tane sorumlu hemşire bulunmaktadır. Ebeler sağlık ocaklarında aşı odasında çalışmakta ve ev ziyaretlerine çıkmaktadırlar. Hemşireler poliklinik, enjeksiyon, tansiyon ölçümü gibi hizmetlerde bulunmaktadır. Aile planlaması sertifikası olan ebe ve hemşireler Aile Planlaması hizmeti vermektedirler.

Sağlık ocağında kayıtlı her gebe, lohusa ve bebek için ayrı izlem kartı çıkartılmakta olup, belli aralıklarla aile ziyaret edilmektedir. Bu ziyaretlerde elde edilen veriler aylık çalışma formları ile sağlık müdürlüğüne iletilmektedir. Sağlık ocağında çalışan ebeler ortalama 2000 nüfusa bakmaktadırlar. Çalışma saatleri 08:00-17:00 arasındadır. Ebeler sabah sağlık ocağına gelip ev ziyaretine çıkmaktalar. Her gün iki ebe aşı odasında nöbet tutmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Evren araştırmanın yapıldığı tarihlerde Kahramanmaraş Merkez İlçeye bağlı 15 sağlık ocağının hizmet verdiği bölgede bulunan adölesan anneler oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme Kahramanmaraş Merkez İlçeye bağlı sağlık ocakları kayıtları düzgün olan, ev ziyaretleri yapılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 12 sağlık ocaklarının (Aslanbey, Dumlupınar, Eğitim, Karacaoğlan, Kümbet, Serintepe, Tekke, Yavuzselim, Yenişehir, Sakarya, Doğukent, Şirikçioğlu Sağlık Ocakları) hizmet verdiği bölgede oturan ve doğum sonu 2 .hafasını dolduran 118 adölesan anne oluşturmuştur. Bu annelerden 4 anneye adres değişikliği, 12 anneye adreslerinin

bulunamaması, 1 anneye bebeğinin ölmesi, 1 anneye bebeğinin hastanede olması nedeniyle ulaşılamamıştır. Bu nedenlerle 18 anne örneklem dışı bırakılmış ve 100 adölesan anne örnekleme alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

01.11.2004 -31.05.2005 tarihleri arasında bebeği ölen, hastanede yatan ya da doğum sonrası dönemde yaşadığı evden başka bir adrese göç eden, adresleri bulunamayan 18 anneye ulaşılamamıştır. Ayrıca ebeleri bu çalışmaya katılmayı reddeden Ortaseki Sağlık Ocağı , şehir merkezine uzaklığı nedeniyle Aksu Sağlık Ocağı bölgesi , ev ziyareti izlemlerinin yapılmaması ve sadece poliklinik hizmeti verilmesi nedeniyle Çarşıbaşı ve Sanayi Sağlık Ocakları araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

3.7.1. Veri Toplama Formu

Araştırmada adölesan annelerin yenidoğan bakımına ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla ilgili literatür incelemesinden sonra araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır.

Anket formu 52 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan 8 tanesi annelerin sosyodemografik özelliklerini, 8 tanesi gebelik, doğum öyküsü, doğum öncesi dönem doğum sonrası döneme ilişkin özelliklerini, 36 tanesi annenin yenidoğan bakımına ilişkin uygulamalarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

3.7.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından geliştirilen anket formunun doğum sonu dönemde olan adölesan annelere uygulanarak toplanmıştır. Uygulama 01.11.2004 -31.05.2005 tarihleri arasında hafta içi beş gün her anneye bir kez gidilerek yapılmıştır. Sağlık ocakları kayıtlarından yeni doğum yapmış adölesan anneler tespit edildikten sonra annenin evine ziyaret planlayan ilgili sağlık ocağında çalışan ebe ile randevulaşarak adölesan annenin oturduğu evin adresine gidilmiştir. Anket adölesan

anneden ve ailesinden izin alındıktan sonra annenin evinde yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır. Anket uygulama süresi ortalama 15-20 dakikadır.

3.7.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 11.5 ve MINITAB 13.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS’de yüzdeler dağılım, ki-kare testi ve lojistik regresyon testi kullanılırken, MINITAB paket programında iki oran testi kullanılmıştır.



4-BULGULAR

Çizelge 1: Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

(n = 100)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
15-16	17	17.0
17-19	83	83.0
Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	7	7.0
İlköğretim	90	90.0
Lise	3	3.0
Eşin Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	-	-
İlköğretim	68	68.0
Lise	28	28.0
Üniversite	4	4.0
Evlilik Yaşı		
14		
15-16	4	4.0
17-19	37	37.0
	59	59.0
Evlilik Şekli		
Resmi Nikahı Olmayanlar	29	29.0
Resmi Nikahı Olanlar	71	71.0
Sosyal Güvence		
Olanlar	34	34.0
Olmayanlar	66	66.0
Ortalama Aylık Gelir		
Gelir Giderden Az	63	63.0
Gelir Gidere Denk	34	34.0
Gelir Giderden Fazla	3	3.0
Çalışma Durumu		
Çalışanlar	-	-
Çalışmayanlar	100	100.0
Doğum Sayısı		
Primipar	89	89.0
Multipar	11	11.0
Son Doğumda Doğum Şekli		
Vajinal	70	70.0
Sezaryen	30	30.0

Çizelge 1’de araştırma kapsamına alınan annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan annelerin %17’sinin 15-16, %83’ünün 17-19 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Annelerin eğitim durumu incelendiğinde ise; %7’sinin okuryazar olmadığı, %90’ının ilköğretim mezunu olduğu, eşlerinin ise %68’ini ilköğretim mezunu, %28’i ise lise mezunu olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamına dahil edilen annelerin evlilik yaşı incelendiğinde ise annelerin %4’ü 14 yaşında, %37’si 15-16 yaş arasında, %59’u ise 17-19 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %71’inin resmi nikahı olduğu tespit edilmiştir. Annelerin sadece %34’ünün sosyal güvencesi bulunmaktadır ve %100’ü çalışmayan annelerden oluşmaktadır. Araştırmada annelerin %89’unun primipar olduğu, annelerin %70’inin vajinal, %30’unun sezaryen doğum yaptığı ortaya çıkmıştır

Çizelge 2: Annelerin Doğum Öncesi ve Doğum Sonu Dönemde Aldıkları Sağlık Hizmetlerine İlişkin Verilerin Dağılımı

Bakımın Özellikleri	Sayı	%
Doğum Öncesi Bakım (n=100)		
Alanlar	99	99.0
Almayanlar	1	1.0
Doğum Öncesi Yeterli Sayıda Bakım Alma Durumu* (n = 99)**		
Yeterli Alanlar	93	93.9
Yetersiz Alanlar	6	6.1
Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu (n=100)		
Alanlar	24	24.0
Almayanlar	76	76.0
Gebelikte Tetanoz Aşısı Olma Durumu (n=100)		
Aşılananlar	95	95.0
Aşılanmayanlar	5	5.0
Doğum Sonu Bakım (n=100)		
Alanlar	54	54.0
Almayanlar	46	46.0
Doğum Sonu Bakım Sayısı Ve Yeri (n=54)***	Sayı	%
Evde Bakım Alanlar	26	48.1
Hastanede Bakım Alanlar	42	76.4

*1-3 kez bakım alan anneler yetersiz, 4 ve üzeri bakım alan anneler yeterli sayıda bakım almış olarak kabul edilmiştir.

** n: Doğum öncesi bakım alan anne sayısı

*** Annelerden 15’i hem evde hem hastanede bakım aldığını belirttiğinden n sayısı katlanmıştır.

Çizelge 2’de annelerin %93.9’unun doğum öncesi yeterli sayıda bakım aldığı, %24’ünün doğum öncesi dönemde yenidoğan bakımı hakkında eğitim aldığı ve %95’inin tetanoz aşısı yaptırdığı saptanmıştır. Annelerin %54’ünün doğum sonu dönemde bakım aldığı ve bu bakımın %48.1’inin evde bakım olduğu, %76.4’ünün ise hastanede bakım aldığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda annelerin %85’inin yalnız anne sütü ile beslediği, %15’inin anne sütü ve mama ile beslediği saptanmıştır. Araştırmamızda annelerin bebeklerini besleme şekilleriyle eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca annelerden sadece %3.9’u evde 2 defa bakım aldığını belirtmiştir.

Çizelge 3: Annelerin Bebeklerini Emzirme Sıklığının Dağılımı (n=100)

Emzirme Sıklığı	Sayı	%
4 saat ara	2	2.0
3 saat ara	2	2.0
2 saat ara	9	9.0
1 saat ara	8	8.0
Her Ağladığında	79	79.0
Toplam	100	100.0

Çizelge 3’de annelerin bebeklerini emzirme sıklığının dağılımı verilmiştir. Annelerin %2’si 4 saat ara ile, %2’si 3 saat ara ile, %9’u 2 saat ara ile , %8’i 1 saat ara ile, %79’u bebeğini her ağladığında emzirdiğini ifade edilmektedir.

Çizelge 4: Gebeliğinde Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirme Sıklığının Dağılımı (n=100)

Eğitim Alma Durumu	Emzirme Sıklığı								
	3-4 Saat Ara ile		1-2 Saat Ara ile		Her Ağladığında		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim Alan	0	0.0	4	16.7	20	83.3	24	100.0	
Eğitim Almayan	4	5.3	13	17.1	59	77.6	76	100.0	
Toplam	4	4.0	17	17.0	79	79.0	100	100.0	
P=0.321 X²=2.272									

Çizelge 4’de gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma durumu ile annelerin bebeklerini emzirme sıklığının dağılımı verilmiştir. Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin %83.3’ü her ağladığında, %16.7’si ise 1 saat arayla bebeğini emzirmişlerdir. Eğitim almayanlarda ise emzirme sıklığı değişkenlik göstermektedir. Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan ve almayan

annelerin bebeklerini emzirme sıklığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0.321$).

Çizelge 5: Doğum Sonu Dönemde Hastanede Bakım Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirme Sıklığının Dağılımı (n=100)

Bakım Alma Durumu	Emzirme Sıklığı								
	3-4 Saat Ara ile		1-2 Saat Ara ile		Her Ağladığında		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Bakım Alan	2	4.8	10	23.8	30	71.4	42	100.0	
Bakım Almayan	1	7.7	0	0.0	12	92.3	13	100.0	
Toplam	3	5.5	10	18.2	42	76.4	55	100.0	
P=0.048				X²=6.080					

Çizelge 5’de doğum sonu dönemde hastanede bakım alma durumu ile annelerin bebeklerini emzirme sıklığının dağılımı verilmiştir. Doğum sonu dönemde hastanede bakım alan annelerin %71.4’ü, almayan annelerin ise %92.3’ü bebeklerini her ağladığında emzirmişlerdir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.048$).

Ayrıca doğum sonu dönemde evde bakım alma durumu ile annelerin bebeklerini emzirme sıklığı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Aynı zamanda araştırmamızda annelerin eğitim durumları ile bebeklerini besleme şekilleri arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 6: Annelerin Bebeklerini Emzirmeden Önce Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n= 100)

Emzirme Öncesi Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Elleri Yıkama	8	8.0
Meme Ucunu Suyla Silme	39	39.0
Meme Ucunu Karbonatlı Suyla Silme	2	2.0
Anne Sütüyle Silme	5	5.0
Elleri Yıkama ve Meme Ucunu Suyla Silme	33	33.0
Elleri Yıkama ve Meme Ucunu Anne Sütü ile Silme	3	3.0
Hiçbirşey Yapmıyor	10	10.0
Toplam	100	100.0

Çizelge 6’da annelerin bebeklerini emzirmeden önce yaptıkları uygulamalarının dağılımı verilmektedir. Annelerin %8’i emzirmeden önce ellerini yıkamadığını, %39’u meme ucunu suyla, %2’si meme ucunu karbonatlı suyla, %5’i anne sütüyle sildiğini, %33’ü ellerini yıkadığını ve meme ucunu suyla sildiğini, %3’ü ellerini yıkadığını ve meme ucunu anne sütüyle sildiğini, %10’u da hiçbirşey yapmadığını belirtmiştir.

Çizelge 7: Gebeliğinde Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirmeden Önce Ellerini Yıkama Durumlarının Dağılımı (n=100)

Eğitim Alma Durumu	Bebeklerini Emzirmeden Önce Ellerini Yıkama Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Alan	16	66.7	8	33.3	24	100.0
Eğitim Almayan	29	38.2	47	61.8	76	100.0
Toplam	45	45.0	55	55.0	100	100.0
P = 0.014 X² = 5.990						

Çizelge 7’de gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma durumu ile annelerin bebeklerini emzirmeden önce ellerini yıkama durumlarının dağılımı verilmiştir. Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin %66.7’si bebeklerini emzirmeden önce ellerini yıkarken eğitim almayan annelerin ise yalnızca %38.2’si emzirmeden önce ellerini yıkadığı saptanmıştır. Annelerin gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma durumu ile bebeklerini emzirmeden önce ellerini yıkama durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.014).

Çizelge 8: Doğum Sonu Evde Bakım Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirmeden Önce Ellerini Yıkama Durumlarının Dağılımı (n = 54)

Bakım Alma Durumu	Ellerini Yıkama Durumu					
	Yıkayan		Yıkamayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Alan	17	65.4	9	34.6	26	100.0
Eğitim Almayan	9	32.1	19	67.9	28	100.0
Toplam	26	48.1	28	51.9	54	100.0
P = 0.015 X² = 5.967						

Çizelge 8’de doğum sonu evde bakım alma durumu ile annelerin bebeklerini emzirmeden önce ellerini yıkama durumlarının dağılımı verilmektedir. Doğum sonu evde bakım alan annelerin %65.4’ünün, bakım almayanların ise yalnızca %32.1’inin bebeklerini emzirmeden önce ellerini yıkadıkları saptanmıştır. Annelerin doğum sonu evde bakım alma durumu ve bebeklerini emzirmeden önce ellerini yıkama durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p = 0.015). Ayrıca doğum

sonu dönemde hastanede bakım alma durumu ile emzirmeden önce elleri yıkama davranışı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,926$).

Çizelge 9: Doğum Sonu Bakım Alma Durumu ile Annelerin Bebeklerini Emzirmeden Önce Meme Ucunu Suyla Silme Durumlarının Dağılımı (n= 100)

Bakım Alma Durumu	Bebeklerini Emzirmeden Önce Meme Ucunu Suyla Silme Durumu					
	Silen		Silmeyen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bakım Alan	44	81.5	10	18.5	54	100.0
Bakım Almayan	29	63.0	17	37.0	46	100.0
Toplam	73	73.0	27	27.0	100	100.0
P = 0.038 X² =4.284						

Çizelge 9’da annelerin doğum sonu bakım alma (hastanede ve evde) durumu ve bebeklerini emzirmeden önce meme ucunu suyla silme durumunun dağılımı verilmiştir. verilmiştir. Doğum sonu bakım alan annelerin %81.5’i, bakım almayan annelerin ise %63’ü bebeklerini emzirmeden önce meme ucunu suyla sildiğini ifade etmiştir. Annelerin doğum sonu bakım alma durumu ile bebeklerini emzirmeden önce meme ucunu suyla silme durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.038$).

Ayrıca doğum sonu dönemde hastanede bakım alan annelerin %88.1’i, almayan annelerin %61.5’i bebeklerini emzirmeden önce meme ucunu suyla sildikleri belirlenmiştir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ($p=0.041$).

Öte yandan doğum sonu dönemde evde bakım alan anneler ile bebeklerini emzirmeden önce meme ucunu suyla silen anneler arasındaki ilişki ise istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır. Doğum öncesi dönemde yeterli sayıda bakım alma durumu ile bebeklerini emzirmeden önce meme ucunu suyla silme durumu arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.528$).

Çizelge 10: Annelerin Bebeklerinde Görülen Problemlerin Dağılımı**(n = 13)**

Problemler	Sayı	%
Prematüre Bebek	3	23.1
Sürmatüre Bebek	1	7.7
Polidaktili	2	15.4
Dermatit	1	7.7
Sürekli Kusma	1	7.7
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu	2	15.4
Hipotiroidizm	1	7.7
Herni(Inguinal, Umbilical)	2	15.4
Toplam	13	100.0

Çizelge 10’da annelerin bebeklerinde görülen problemlerin dağılımı verilmektedir. Bebeklerinde problem görülen annelerin (13 anne) bebeklerinde prematürelilik (3 bebek - %23.1), polidaktili (2 bebek - %15.4), alt solunum yolu enfeksiyonu (2 bebek - %15.4), herni (2 bebek - %15.4), hipotiroidizm (1 bebek - %7.7) olduğu saptanmıştır.

Çizelge 11: Annelerin Bebeklerinde Yaşadığı Sorunların Dağılımı (n = 100)

Annelerin Bebeklerinde Yaşadığı Sorunlar	Sayı *	%**
Gaz	89	89.0
Gözlerde Çapaklanma	61	61.0
Pamukçuk	44	44.0
Göbek enfeksiyonu	33	33.0
Pişik	54	54.0
İshal	16	16.0
Kabızlık	20	20.0
Ateş	24	24.0
Sarılık	63	63.0

* Aynı bebekte birden fazla görüldüğünden n katlanmıştır.

** Yüzdeler n sayısı üzerinden alınmıştır.

Çizelge 11’de annelerin bebeklerinde yaşadığı sorunların dağılımı verilmiştir. Bebeklerin % 89’unda gaz, %61’inde gözlerde çapaklanma, %44’ünde pamukçuk %33’ünde göbek enfeksiyonu, %54’ünde pişik, %16’sında ishal, %20’sinde kabızlık %24’ünde ateş, %63’ünde sarılık görüldüğü belirlenmiştir.

Çizelge 12: Annelerin Doğum Öncesi Dönemde Yeterli Sayıda Bakım Alma Durumu ile Bebeklerinde Gaz Problemi Olma Durumunun Dağılımı (n= 99)

Doğum Öncesi Dönemde Yeterli Sayıda Bakım Alma Durumu	Bebeklerinde Gaz Problemi Olma Durumu					
	Olan		Olmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	87	93.5	6	6.5	93	100.0
Almayan	2	33.3	4	66.7	6	100.0
Toplam	89	89.9	10	10.1	99	100.0
P = 0.038 X²=4.284						

Çizelge 12’de annelerin doğum öncesi dönemde yeterli sayıda bakım alma durumu ile bebeklerinde gaz problemi olma durumunun dağılımı verilmiştir. Doğum öncesi dönemde yeterli sayıda bakım alan annelerin bebeklerinin %93.5’inde, almayanların ise %33.3’ünde gaz problemi görülmüştür. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır (p = 0.0001).

Ayrıca doğum sonu dönemde hastane bakım alan annelerin %83.3’ü almayan bebeklerin % 100.0’ının bebeklerinde gaz problemi olan annelerdir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır (p=0.043). Annelerin doğum sonu dönemde evde bakım alma durumu ile bebeklerinde gaz problemi olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.763).

Çizelge 13: Bebeklerinin Gözlerinde Çapaklanma ve Akıntı Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n=61)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Anne Sütüyle Silen	4	6.5
Su İle Silen	35	57.3
Islak Mendille (Poposil) Silen	14	23.0
Çay Demiyle Silen	5	8.3
Doktora Götürüp Damla Kullanan	3	4.9
Toplam	61	100.0

Çizelge 13’de bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görülen annelerin yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmektedir. Annelerin %6.5’i bebeklerinin gözlerini sütüyle, %57.3’ü su ile silen, %23’ü ıslak mendille ile, %8.3’ü çay demiyle sildiği belirlenmiştir. Annelerin %4.9’u ise doktora götürerek göz damlası kullandıkları saptanmıştır.

Çizelge 14: Annelerin Gebeliğinde Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu ile Bebeklerinin Gözlerinde Çapaklanma ve Akıntı Görüldüğünde Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n= 100)

Eğitim Alma Durumu	Bebeklerinin Gözlerinde Çapaklanma ve Akıntı Görülen Anneler Tarafından Yapılan Uygulamalar											
	Anne Sütüyle Silen		Su İle Silen		Islak Mendille (Poposil) Silen		Çay Demiyle Silen		Doktora Götürüp Damla Kullanan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	0	0.0	11	64.7	1	5.9	3	17.6	2	11.8	17	100.0
Almayan	4	9.1	24	54.5	13	29.5	2	4.5	1	2.3	44	100.0
Toplam	4	6.6	35	57.4	14	23.0	5	8.2	3	4.9	61	100.0

P=0.028 X²=10.860

Çizelge 14’de annelerin gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma durumu ile bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görüldüğünde yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmektedir. Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin %64.7’si bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görüldüğünde su ile, %5.9’u poposil (ıslak mendil) ile, %17.6’sı çay demiyle silmiş, %11.8’i bebeğini doktora götürmüştür.

Ayrıca, gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim almayan annelerin %54.5'i su ile silerken %2.3'ü bebeğini doktora götürmüştür. Bunun yanısıra, bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görüldüğünde anne sütüyle silen annelerin hiçbiri gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim almamışlardır. Bebeğini doktora götüren annelerin %66.6'sı eğitim almış, %33.3'ü eğitim almamışlardır. Bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görülen anneler tarafından yapılan uygulamalar ve gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.028$).

Annelerin gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitimi alma durumu ile bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görüldüğünde su ve poposil ile silme uygulamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p= 0.0001$). Eğitim almayan anneler bu uygulamaları eğitim alanlara göre daha fazla uygulamıştır. Eğitim alan veya almayan annelerin bu sorunla karşılaştıklarında doktora götürmeleri bakımından bir farklılık görülmemiştir ($p=0.386$).

Çizelge 15: Bebeklerinde Pamukçuk Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı
(n=44)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Hiçbirşey Yapmayan	26	59.1
Saçını Emziren, Şekerli Su Veren	1	2.3
Polat Şekeri Yediren	1	2.3
Ayva Çekirdek Suyu İçiren	1	2.3
Karbonatlı Su İle Silen	6	13.6
Doktora Götüren ve İlaç Kullanan	9	20.4
Toplam	44	100.0

Çizelge 15'de bebeklerinde pamukçuk görülen annelerin yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Bebeklerinde pamukçuk oluşan annelerin %59.1'i hiçbirşey yapmazken, %2.3'ü saçını emzirip şekerli su vermiş, %2.3'ü polat şekeri yedirmiş, %2.3'ü ayva çekirdek suyu içirmiş, %13.6'sı karbonatlı su ile silmiş, %20.4'ü doktora götürüp ve ilaç kullanmıştır..

Çizelge 16: Annelerin Emzirmeden Önce Yaptıkları Uygulamaları ile Bebeklerinde Pamukçuk Oluşma Durumunun Dağılımı (n = 100)

Yapılan Uygulamalar	Pamukçuk Görülme Durumu					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ellerini Yıkayan	6	13.6	2	3.6	8	100.0
Meme Ucunu Suyla Silen	14	31.8	21	44.6	35	100.0
Meme Ucunu Karbonatlı Suyla Silen	1	2.3	1	1.8	2	100.0
Meme Ucunu Anne Sütüyle Silen	4	9.1	1	1.8	5	100.0
Ellerini Yıkayan ve Meme Ucunu Suyla Silen	15	34.1	18	32.1	33	100.0
Hiçbirşey Yapmayan	1	2.3	9	16.1	10	100.0
Ellerini Yıkayan ve Meme Ucunu Anne Sütüyle Silen	3	6.8	0	0.0	3	100.0
Toplam	44	100.0	56	100.0	100	100.0
P=0.018 X²=15.356						

Çizelge 16’da annelerin emzirmeden önce yaptıkları uygulamaları ile bebeklerinde pamukçuk oluşma durumunun dağılımı verilmektedir. Pamukçuk görülen bebeklerin %34.1’inin ellerini yıkayıp meme ucunu suyla sildiği, yine %31.8’inin meme ucunu suyla sildiği saptanmıştır. Emzirmeden önce anneler tarafından yapılan uygulamalar ve pamukçuk oluşumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.018).

Çizelge 17: Annelerin Emzirmeden Yaptıkları Uygulamaların Bebeklerde Pamukçuk Oluşumuna Etkisinin Lojistik Regresyon Analizi (n = 100)

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	p değeri	Güven Aralığı
Hiçbirşey Yapmayan	0/27.000	0.157	-
Ellerini Yıkayan	27.000	0.013	1.979-368.383
Meme Ucunu Suyla Silen	5.040	0.144	0.577-44.014
Meme Ucunu Karbonatlı Suyla Silen	9.000	0.213	0.284-285.510
Meme Ucunu Anne Sütüyle Silen	36.000	0.020	1.772-731.562
Ellerini Yıkayan ve Meme Ucunu Suyla Silen	7.500	0.070	0.851-66.125
Ellerini Yıkayan ve Meme Ucunu Anne Sütüyle Silen	-	0.999	-

Çizelge 17’de annelerin emzirmeden yaptıkları uygulamaların bebeklerde pamukçuk oluşumuna etkisinin lojistik regresyon analizi verilmiştir. Meme ucunu anne sütüyle silen annelerin hiçbirşey yapmayan annelere oranla bebeklerinde pamukçuk görülme riski 36 kat daha fazla risk altındadır (P=0.020).

Çizelge 18: Bebeklerinde İshal Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n=16)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Kendiliğinden Geçmesini Bekleyen	13	81.3
Doktora Götüren	3	18.7
Toplam	16	100.0

Çizelge 18’de bebeklerinde ishal görüldüğünde annelerin yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Annelerin %81.3’ü kendiliğinden geçmesini beklerken, %18.7’si doktora götürmüştür.

Çizelge 19: Doğum Sonu Bakım Alma Durumu ile Bebeklerinde İshal Görülme Durumunun Dağılımı (n=100)

Doğum Sonu Bakım Alma Durumu	Bebeklerinde İshal Görülme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	5	9.3	49	90.7	54	100.0
Almayan	11	23.9	35	76.1	46	100.0
Toplam	16	16.0	84	84.0	100	100.0
P=0.046 X² =3.969						

Çizelge 19’da doğum sonu bakım alma durumu ile bebeklerinde ishal görülme durumunun dağılımı verilmiştir. Doğum sonu bakım alan annelerin %90.7’sinin, doğum sonu bakım almayan annelerin ise % 76.1’inin bebeklerinde ishal görülmemiştir. Doğum sonu bakım alma (evde ve hastanede) durumu ve bebeklerinde ishal görülen anneler arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.046). Ayrıca doğum öncesi dönemde yeterli sayıda bakım alan anneler ile bebeklerinde ishal görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p =0.972).

Çizelge 20: Bebeklerinde Kabızlık Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n=20)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Kendiliğinden Geçmesini Bekleyen	7	35.0
Zeytinyağı İçiren	3	15.0
Anason Çayı İçiren	1	5.0
Doktora Götüren ve İlaç Kullanan	9	45.0
Toplam	20	100.0

Çizelge 20’de bebeklerinde kabızlık görülen annelerin yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Annelerin %35’i hiçbirşey yapmayıp kendiliğinden geçmesini beklemiş, %15’i zeytinyağı, %5’i anason çayı içirmiş, %45’i doktora götürmüş ve ilaç kullanmıştır.

Çizelge 21: Bebeklerinde Ateş Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı
(n=24)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Islak Mendil ile Soğuk Uygulama Yapan	4	16.6
Doktora Götüren ve Ateş Düşürücü İlaç Kullanan	10	41.7
Hiçbirşey Yapmayan	10	41.7
Toplam	24	100.0

Çizelge 21’de bebeklerinde ateş görülen annelerin yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Annelerin %41.7’si hiçbirşey yapmayıp kendiliğinden geçmesini beklemiş, %16.6’sı vücudunu ıslak mendil ile silmiş, %41.7’si doktora götürmüş ve ateş düşürücü ilaç kullanmıştır.

Çizelge 22: Bebeklerinde Sarılık Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n=63)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Sarı Tülbent Örtün	20	31.8
Doktora Götüren	23	36.5
Hocaya Okutan	1	1.5
Hiçbirşey Yapmayan	19	30.2
Toplam	63	100.0

Çizelge 22’de bebeklerinde sarılık görülen annelerin yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Annelerin, %31.8’i sarı tülbent örttüğünü, %36.5’i doktora götürdüğünü, %1.5’i hocaya okuttuğunu, %30.2’si hiçbirşey yapmadığını belirtmişlerdir.

Bebeklerinde sarılık görülen annelerin yeterli doğum öncesi bakım almaları ile yaptıkları uygulamalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen bu annelerin %37.3’ü bebeklerinde sarılık görüldüğünde doktora götürmeyi tercih ederken %33.9’u sarı tülbent örtmeyi tercih etmiştir (P=0.059).

Çizelge 23: Annelerin Bebeklerinde Pişik Oluşumunu Önlemek İçin Yaptıkları Uygulamalar ile Bebeklerinde Pişik Görülme Durumunun Dağılımı (n=78)

Yapılan Uygulamalar	Pişik Görülme Durumu					
	Görülen		Görülmeyen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pudra Kullanan	16	51.6	15	48.4	31	100.0
Krem Süren*	3	75.0	1	25.0	4	100.0
Pişik Kremi Süren	28	70.0	12	30.0	40	100.0
Diğer (Zeytinyağı Süren, Temizve Kuru Tutuyor)	0	0.0	3	100.0	3	100.0
Toplam	47	47.0	31	31.0	78	100.0
		P=0.036		X²=8.515		

*Herhangibir krem süren anneler.

Çizelge 23'de annelerin bebeklerinde pişik oluşumunu önlemek için yaptıkları uygulamalar ile bebeklerinde pişik görülme durumunun dağılımı verilmiştir. Annelerin %75'i herhangibir krem, %70'i pişik kremi, %51.6'sı ise pudra kullanarak önlem almış olmasına rağmen bebeklerinde pişik görülmüştür. Bebeklerinin altını temiz ve kuru tutarak zeytinyağı süren annelerin bebeklerinin hiçbirinde pişik görülmemiştir. Bu iki durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.036).

Yapılan ikili karşılaştırmalarda temiz ve kuru tutma ve zeytinyağı ile bakım verilen bebeklerde, pudra, pişik kremi, normal krem kullanılan bebeklere göre daha az pişik görüldüğü ortaya çıkmıştır (hepsinin p değeri eşit olup p=0.0001'dir).

Çizelge 24: Bebeklerinde Pişik Görülen Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n=54)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Pudra Kullanan	13	24.1
Zeytinyağı Süren	2	3.7
Pişik Kremi Süren	37	68.5
Doktora Götüren	2	3.7
Toplam	54	100.0

Çizelge 24'de bebeklerinde pişik görülen annelerin yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Annelerin %24.1'i pudra kullanmış, %3.7'si zeytinyağı sürmüş, %68.5'i krem sürmüş, %3.7'si doktora götürmüştür.

Çizelge 25: Annelerin Yeterli Sayıda Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ile Pişik Görülme Durumunun Dağılımı (n=99)

Doğum Öncesi Yeterli Sayıda Bakım Alma Durumu	Bebeklerinde Pişik Görülen Anne Sayısı					
	Görülen		Görülmeyen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	53	57.0	40	43.0	93	100.0
Almayan	0	0.0	6	100.0	6	100.0
Toplam	53	53.0	46	46.0	99	100.0

P =0.002 X²=9.646

Çizelge 25’de annelerin yeterli sayıda doğum öncesi bakım alma durumu ile pişik görülme durumunun dağılımı verilmiştir. Doğum öncesi yeterli sayıda bakım alan annelerin bebeklerinin %57.0’sinde pişik görülürken, bakım almayan annelerin hiçbirinde pişik görülmemiştir. Doğum öncesi yeterli sayıda bakım alan annelerin bebeklerinde pişik görülme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0.002).

Ayrıca doğum sonu dönemde evde ve hastanede bakım alan anneler ile bebeklerinde pişik görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.265, p=0.238).

Annelerin doğum öncesi bakım alma sayısı ve pişik görüldüğünde pişik kremi süren anneler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0.019). Bebeklerinde pişik görüldüğünde pişik kremi süren annelerin tamamı doğum öncesinde yeterli sayıda bakım almışlardır. Annelerin bakım sayısı ile karşılaştırıldığında doğum öncesi bakım sayısı arttıkça bebeğine krem sürme durumu da artmıştır. Doğum öncesi bakım alma sayısı 7 ve üstü olan annelerin %78.8’i, 4 olan ise %30.0’ı krem sürmüştür. Doğum sonu dönemde annelerin evde ve hastanede bakım alma durumları ile bebeklerinde pişik görüldüğünde krem sürme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p =0.321, p=0.809).

Annelerin doğum öncesi bakım alma sayıları ile pişik görüldüğünde pudra kullanmaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmektedir (p=0.023). Bebeklerinde pişik görüldüğünde pudra kullanan annelerin tamamı doğum öncesinde yeterli sayıda bakım almışlardır. Bakım sayısı ile karşılaştırıldığında annelerin doğum öncesi bakım sayısı arttıkça bebeğine pudra kullanma durumu da

artmıştır. Doğum öncesi bakım alma sayısı 7 ve üstü olan annelerin %84.8'i, 3-4 olan ise %40.0'ı pudra kullanmamıştır. Doğum sonu dönemde annelerin evde ve hastanede bakım alma durumları ile bebeklerinde pişik görüldüğünde pudra kullanma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.321$, $p=0.812$).

Çizelge 26: Annelerin Bebeklerinde Göbek Enfeksiyonunu Önlemek İçin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n=100)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Baticon/Alkol İle Pansuman Yapan	38	38.0
Pudra Kullanan	6	6.0
Sana Yağ Süren	1	1.0
Diğer(El Yapımı İlaçlar vb.)	6	6.0
Hiçbirşey Yapmayan	49	49.0
Toplam	100	100.0

Çizelge 26'da annelerin bebeklerinde göbek enfeksiyonunu önlemek için yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Annelerin %49'u hiçbirşey yapmadığını, %38'i baticon/alkol ile pansuman yaptığını, %6'sı pudra kullandığını %1'i sana yağ sürdüğünü, %6'sı diğer(el yapımı ilaçlar vb.) yöntemlerle göbek bakımı verdiğini belirtmiştir.

Çizelge 27 : Bebeklerinde Göbek enfeksiyonu- Kanama Görüldüğünde Annelerin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n=33)

Yapılan Uygulamalar	Sayı	%
Hiçbirşey Yapmayan	10	30.3
Doktora Götüren ve Baticon ile Pansuman Yapan	17	51.5
Zeytinyağı Süren	3	9.1
Pudra Kullanan, Göbek Tozu Döken, Bez Yakıp Göbeğine Koyan	3	9.1
Toplam	33	100.0

Çizelge 27'de bebeklerinde göbek enfeksiyonu/kanama görüldüğünde annelerin yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Annelerin %30.3'ü hiçbirşey yapmadığını, %51.5 'i doktora götüren ve baticon ile pansuman yaptığını, %9.1'i zeytinyağı sürdüğünü, %9.1'i pudra kullandığını, göbek tozu döktüğünü, bez yakıp göbeğine koyduğunu ifade etmiştir.

Çizelge 28: Annelerin Yaşı ile Bebeklerinde Göbek Enfeksiyonu/Kanama Görüldüğünde Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı (n=33)

Anne Yaşı	Göbek Enfeksiyonu/Kanama Görüldüğünde Anneler Tarafından Yapılan Uygulamalar									
	Hiçbirşey Yapmayan		Zeytinyağı Süren		Pudra Kullanan, Göbek Tozu Döken, Bez Yakıp Göbeğine Koyan		Doktora Götüren ve Baticon ile Pansuman Yapan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-16	4	80.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	5	100.0
17-19	6	21.4	3	10.7	2	7.1	17	60.7	28	100.0
Toplam	10	10.0	3	3.0	3	3.0	17	17.0	33	100.0

P=0.013 X²=10.792

Çizelge 28’de annelerin yaşı ile bebeklerinde göbek enfeksiyonu/ kanama görüldüğünde yaptıkları uygulamaların dağılımı verilmiştir. Bu çizelgede 15-16 yaşlarındaki annelerin %80’inin hiçbirşey yapmadığı, %20’sinin göbek tozu kullandığı, 17 yaş ve üzeri annelerin %21.4’ünün hiçbirşey yapmadığı, %10.7’sinin zeytinyağı sürdüğü, %7.1’inin hem pudra kullandığı hem de bez yakıp içine koyduğu, %60.7’sinin de doktora götürüp ve baticon kullandığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, annenin yaşı ilerledikçe yapılan doğru uygulama oranı artmaktadır. Annelerin yaşı ile bebeklerinde göbek enfeksiyonu/ kanama görüldüğünde yaptıkları uygulamalar arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.013).

Çizelge 29: Bebeklerin İlk Banyo Zamanı ile Göbek İltihabının Oluşumunun Dağılımı (n=97)

Bebğin İlk Banyo Zamanı	Göbek enfeksiyonu/Kanama Görülme Durumu					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-2 Gün	22	44.0	28	56.0	50	100.0
3-4 Gün	0	0.0	18	100	18	100.0
5-7 Gün	3	37.5	5	62.5	8	100.0
Göbeği Düşükten Sonra	7	33.3	14	66.7	21	100.0
Toplam	32	32.0	65	65.0	97	100.0

P=0.001 X²=17.105

Çizelge 29’da bebeklerin ilk banyo zamanı ve göbek enfeksiyonu/kanama görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.001). Bu tabloda ilk banyosunu 3-4 günlükken yaptırılan bebeklerin hiçbirinde göbek

enfeksiyonu/kanama görülmemesine rağmen, 1-2 günlükken banyo yaptıran annelerin %44.0'ünün bebeğinde, göbeği düştükten sonra yaptıran annelerin ise %33.3'ünün bebeğinde göbek enfeksiyonu/kanama görülmüştür.

Bebeğin doğumdan 1-2 gün sonra banyo yaptırılması ile 3-4 gün sonra banyo yaptırılması arasında göbek enfeksiyonu/kanama görülmesi bakımından anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (p= 0.0001). İlk banyo zamanı 3-4 gün olanlar ile ilk banyo zamanı 5-7 olanlar arasında göbek enfeksiyonu/kanama görülmesi bakımından anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (p= 0.028). İlk banyo zamanı 3-4 gün olanlar ile ilk banyo zamanı göbek düştükten sonra göbek enfeksiyonu/kanama görülenler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p= 0.0001).

Bu sonuçlara göre, doğumdan hemen 1-2 gün sonra banyo yaptırılan bebeklerde diğerlerine nazaran göbek enfeksiyonu görülme olasılığı biraz daha yüksektir. Annelerin göbek bakımında yaptıkları uygulamalar ve göbek enfeksiyonu/kanama görülme durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p =0.404).

Çizelge 30: Bebeklerin İlk Banyosu Yaptırılırken Dikkat Edilen Uygulamaların Dağılımı (n=97)

Bebeklerin İlk Banyosu Yaptırılırken Dikkat Edilen Uygulamalar	Sayı	%
Oda Isısı - Küvet – Şampuan/Sabun	24	24.7
Oda Isısı-Suyun Sıcaklığı-Küvet-Sabun/Şampuan	41	42.2
Oda Isısı -Küvet-Sabun/Şampuan-Pozisyon	13	13.5
Oda Isısı - Suyun Sıcaklığı - Sabun/Şampuan-Pozisyon	6	6.1
Hepsi	13	13.5
Toplam	97	97.0

Çizelge 30'da bebeklerin ilk banyosu yaptırılırken dikkat edilen uygulamaların dağılımı verilmiştir. Bebeklerin %24.7'si banyo yaptırılırken oda ısısı -küvet-şampuan/sabuna, %42.2'si oda ısısı-suyun sıcaklığı-küvet-sabun/şampuna, %13.5'i ısı-küvet-sabun/şampuan-pozisyona, %6.1'i oda ısısı-suyun sıcaklığı-sabun/şampuan-pozisyona, %13.5'i bütün uygulamalara dikkat edilerek yıkanmıştır.

Bebeklerin %97'sinin ilk banyosu yaptırılmış olup, %3.0'ının yaptırılmamıştır.

Çizelge 31: Annelerin Gebeliğinde Yenidoğan Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu ile İlk Banyosu Yaptırılırken Yıkama Pozisyonuna Dikkat Edilen Bebeklerin Dağılımı (n = 97)

Eğitim Alma Durumu	Bebeklerin İlk Banyosu Yaptırılırken Yıkama Pozisyonuna Dikkat Edilen Bebekler							
	Dikkat Edilen		Dikkat Edilmeyen		Belirsiz*		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	12	50.0	12	50.0	0	0.0	24	100.0
Almayan	20	27.4	40	54.8	13	17.8	73	100.0
Toplam	32	33.0	52	53.6	13	13.4	97	100.0

P = 0.007 X² = 10.019

*Bu bebekler anneleri tarafından banyo yaptırılmadığı için yıkama pozisyonu bilinmemektedir

Çizelge 31’de annelerin gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma durumları ile ilk banyosu yaptırılırken yıkama pozisyonuna dikkat edilen bebeklerin dağılımı verilmiştir. Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin %50’si bebeklerinin ilk banyosu yaptırılırken yıkama pozisyonuna dikkat ettiği görülmüştür. Eğitim almayan annelerin ise %27.4’ü yıkama pozisyonuna dikkat etmiştir Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma durumları ile ilk banyosu yaptırılırken yıkama pozisyonuna dikkat edilen bebekler arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.007).

Ayrıca doğum sonu dönemde evde ve hastanede bakım alan anneler ile ilk banyosu yaptırılırken yıkama pozisyonuna dikkat edilen bebekler arasında istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.384, p=0.948).

Çizelge 32: Annelerin Bebeklerini Genellikle Yatırdığı Pozisyonların Dağılımı (n=100)

Pozisyonlar	Sayı	%
Yan	35	35.0
Sırtüstü	31	31.0
Sırtüstü Ve Yan Pozisyonda	26	26.0
Her Pozisyon	8	8.0
Toplam	100	100.0

Çizelge 32’de annelerin bebeklerini genellikle yatırdığı pozisyonların dağılımı verilmiştir. Annelerin %35’i bebeklerini yan, %31’i sırtüstü, %26’sı sırtüstü ve yan pozisyonda, %8’i her pozisyonda yatırdıklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 33: Annelerin Bebeklerinin Burun Temizliği Uygulamalarının Dağılımı (n=100)

Uygulamalar	Sayı	%
Filkete, Toka, Kulak Çöpü ile Temizleme	28	28.0
Silerek	21	21.0
Serum Fizyolojik ile Temizleme	10	10.0
Bilmiyen	41	41.0
Toplam	100	100.0

Çizelge 33’e göre, annelerin %41’i bebeğinin burnunu nasıl temizleyeceğini bilmediğini, %28’i filkete, toka, kulak çöpü ile, %21’i silerek, %10’u serum fizyolojik ile bebeğinin burnunu temizlediğini ifade etmiştir.

Araştırma sonucu ortaya çıkan diğer veriler şunlardır:

Çizelge 34: Annelerin Bebek Bakımı ile İlgili Diğer Bilgi ve Davranışların Dağılımı

Bebeğin Odası	Sayı	%
Anne ile Aynı Odada	97	97.0
Anneden Ayrı Odada	3	3.0
Bebeğin Yattığı Yer (n=100)	Sayı	%
Beşikte	89	89.0
Annenin Yanında	11	11.0
Aşılama Durumu (n = 100)	Sayı	%
Aşılanan Bebek	64	64.0
Aşılanmayan Bebek	36	36.0
Bebeklerine Aşı Yapılan Annelerin Aşı Hakkında Bilgi Durumu (n=64)	Sayı	%
Bilgisi Var	40	62.5
Bilgisi Yok	24	37.5
Topuk Kanının Niçin Alındığını Bilme Durumu (n = 87)	Sayı	%
Bilen	32	36.8
Bilmeyen	55	63.2

Çizelge 34'ün Devamı		
Annelerin Uyguladığı Geleneksel Davranışlar (n=100)*	Sayı	%
Tuzlama	54	54.0
Kundak Yapma	82	82.0
Gözlere-Kaşlara Sürme Çekme	34	34.0
Toprağa Sarma	1	1.0
Üç Ezan Süt Vermeme	2	2.0
Annelerin Bebeklerinde Sorun Yaşadıklarında Yaptıkları İlk Davranışlar (n =100)	Sayı	%
Sağlık Kuruluşuna Götürme	42	42.0
Çevresindekilere Danışma	51	51.0
Normal Olduğunu Düşünüp, Kendiliğinden Geçmesini Bekleme	4	4.0
Hocaya Götürme	3	3.0

*Bebeklere birden fazla geleneksel uygulama yapıldığından n katlanmıştır.

Çizelge 35'de annelerin bebek bakım ile ilgili diğer bilgi ve davranışların dağılımı verilmektedir. Araştırmamıza katılan annelerin %97'sinin bebekleri ile aynı odada yattığı saptanmıştır. Bebeklerin %89'u beşikte, %11'i annenin yanında yatmaktadır.

Bebeklerin %64'ü aşılalmıştır. Annelerin %62.5'i bebeklerine sarılık aşısı yapıldığını belirtirken, %37.5'i hangi aşının yapıldığını bilmediğini belirtmiştir. Annelerin %63.2'si topuk kanının alınma nedenini bilmemektedir.

Bebeklerin %54'ü tuzlanmış, %82'sine kundak yapılmış, %34'ünün gözlerine-kaşlarına sürme çekilmiş, %1'i toprağa sarılmış, %2'sine üç ezan süt verilmemiştir. Annelere bebekleri ile ilgili bir problemle karşılaştıklarında ne yaptıkları sorulduğunda %42'si sağlık kuruluşuna götürdüğünü, %51'i çevresindekilere danıştığını, %4'ü normal olduğunu düşünüp geçmesini beklediğini, %3'ü hocaya götürdüğünü ifade etmiştir.

Bebeklerinin niçin anladığını anlayan annelerin %11.3'ü bebeklerinin acıktığında %7.1'i hasta ve gazı olduğunda, %10.3'ü acıktığında ve gazı olduğunda, %27.7'si altı kirlendiğinde ve acıktığında, %35.3'ü altı kirlendiğinde, acıktığında ve hasta olduğunda %8.3'ü sayılan bütün durumların hepsinde ağladığını ifade etmiştir.



5-TARTIŞMA

Bu bölümde adölesan annelerin özellikleri ve yenidoğan bakımına ilişkin uygulamalarına yönelik değerlendirilmeler tartışılacaktır.

Araştırmamızda adölesan annelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde (Çizelge 1) doğum yapan annelerin %17'sinin 15-16, %83'ünün 17-19 yaş aralığında olduğu görülmektedir. TNSA 2003 verilerine göre ülkemizde 15-19 yaşa özel doğurganlık hızı kentte %044, kırdada ise %047'dir. TNSA1998 verilerine göre %060 olan bu oran düşmesine rağmen ülkemizde halen adölesan yaşta doğurganlık oranı yüksektir (4). Bizim çalışmamızda da 17-19 yaş arasındaki annelerin oranı 15-16 yaş grubuna göre oldukça yüksek çıkmıştır. A.B.D.'de ise 2000 yılı verilerine göre 15-19 yaş arası doğurganlık oranı %048.7, 2002 yılı verilerine göre %043.0'dır (95).

TNSA-2003 verilerine göre 15-19 yaş grubundaki kadınların %8'inin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Bu kadınların %6'sı çocuk sahibi olmuş, %2'si ise araştırma tarihinde ilk çocuklarına gebedir. Bu oran, TNSA-1998'de anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe adölesan oranı olan yüzde 10 değerinin altında bulunmuştur (4).

Araştırmamızda annelerin eğitim durumu incelendiğinde ise %7'sinin okuryazar olmadığı, %90'ının ilköğretim mezunu olduğu, eşlerinin ise %68'ini ilköğretim mezunu, %28'i ise lise mezunu olduğu görülmüştür.

Eğitimle adölesan doğurganlık düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Koturoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilköğretimin birinci basamağından daha az eğitim almış 15-19 yaş grubundaki kadınların %15'i anne olmuş ya da ilk çocuklarına hamileyken en az lise eğitimi almış kadınlarda bu oran % 3'e düşmektedir (88).

Araştırmamıza katılan annelerin evlilik yaşı incelendiğinde annelerin %4'ü 14 yaşında, %37'si 15-16 yaş arasında, %59'u ise 17-19 yaş aralığında ve %71'inin resmi nikahı olduğu tespit edilmiştir. 15-16 yaş grubu annelerin %94.1'i, 17-19 yaş grubundakilerin ise %15.7'sinin resmi nikahı olmadığı tespit edilmiştir. Bu durumun ülkemizde Medeni Kanun'un evlenme yaşının 18 yaş olarak belirlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ülkemizde 1 Ocak 2002 tarihinde yürürlüğe giren yeni Medeni Kanun'a göre kişi ancak 18 yaşını doldurduğunda aile ya da mahkeme izni olmadan evlenebilir. Kişinin evlenebilmesi için 17 yaşını doldurduysa aile izni, 16 yaşını doldurduysa da mahkeme izni gerekmektedir. Ülkemizde 12- 14 yaşları arasındaki kız çocukların binde 4'ü evli ve bunlarında %19'u doğum yapmıştır (22,41).

Araştırmamızda annelerin %66'sı herhangi bir sosyal güvencesi bulunmadığını, %63'ü düşük gelirli olduklarını ve tamamı herhangi bir işte çalışmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum annelerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayacağını düşündürmektedir.

Araştırmada annelerin %89'unun primipar, %11'inin multipar olduğu saptanmış, 15-16 yaş annelerin %5.9'u, 17-19 yaş annelerin ise %12'si multipardır. TNSA 2003 verilerine göre genç yaştaki kadınlar (15-19 yaş arası) ileri yaş gruplarındaki kadınlardan daha kısa doğum aralıklarına sahiptir. Ortanca doğum aralığı 15-19 yaş grubundaki kadınların az sayıdaki doğumu için 23 ay, 30-39 yaş grubundaki kadınların doğumları için ise 45 aydır (4).

Araştırmamızda annelerin %70'inin vajinal, %30'unun sezaryen doğum yaptığı ortaya çıkmıştır. Karakaya ve Gençalp'in yaptığı çalışmada, adölesanların %74.1'inin vajinal, %25.9'unun sezaryenle doğum yaptığı, %98.1'inin doğumlarını sağlık çalışanlarının yaptırdığı belirtilmiştir (96). Üstün ve arkadaşlarının adölesan gebeliklerde prognozla ilgili yaptıkları çalışmada 19 yaş altı ve üstü gebeler doğum şekli açısından karşılaştırıldığında, adölesan grupta normal vajinal doğum oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (48). Bu çalışmalar bizim çalışmamızdan elde edilen bulguları desteklemektedir.

TNSA 2003 verilerine göre hiç eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlar evde doğum yapmaktadır. Kentsel bölgede yaşayan kadınlar kırsal bölgeye göre çocuklarını 1.3 kez daha yüksek oranda sağlık kuruluşunda yapmaktadır (4). Araştırmamıza katılan annelerin ise hepsi doğumlarını bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirmişlerdir.

TNSA 2003 verilerine göre kırsal kesimde doğumların %64.3'ü bir sağlık kuruluşunda olmuştur. 2003 öncesi beş yıl içinde kentsel bölgedeki doğumların %85.6'sı bir sağlık kuruluşunda olmuştur. Sağlık kuruluşunda olan doğumların artışına bağlı olarak sağlık personeli yardımıyla yaptırılan doğum oranı %68.9 'dur (4).

Araştırmamıza katılan annelerin %99'unun doğum öncesi dönemde kontrole gittiği ve %93.9'unun doğum yeterli sayıda bakım aldığı tespit edilmiştir(Çizelge 2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 verilerine göre DÖB alma oranı gelişmiş ülkelerde %98 gelişmekte olan ülkelerde %68, dünya genelinde ise %72'dir. Dünya Sağlık Örgütü gebelerin en azından dört kez DÖB almasını tavsiye etmektedir (60). Sağlık Bakanlığı ise DÖB'a gebeliğin ilk üç ayı içinde başlanılmasını, gebelik süresince en az 6 izlem yapılmasını ve yüksek riskli gebelerde izlem sayısının arttırılmasını önermektedir. TNSA-2003 sonuçlarına göre DÖB alan gebelerin oranı %80.9, 1-3 kez alan %26.4, 4 kez ve üzeri alan %53.9, hiç almayan gebe oranı %18.6'dır Batı'da DÖB alma oranı %91.5 iken Doğu'da ise %61.2'dir (60).

Araştırmamıza katılan annelerin doğum öncesi bakım alma oranı TNSA verilerine göre oldukça yüksek bulunmuştur. Bunun araştırmanın il merkezinde yapılmasından ve sağlık kuruluşlarına ulaşımın kolay olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mc Lafferty ve Grady'nin prenatal klinikleri ile ilgili yaptıkları çalışmada A.B.D.'de birçok belediyenin ulaşımı zor olan bölgelere özel prenatal klinikler açtığını, ancak bu tür hizmetlerin etkin ve başarılı olabilmesi için, daha çok düşük gelirli ve daha fazla prenatal bakıma ihtiyaç duyan kadınların yaşadığı bölgelere kurulması gerektiği vurgulanmıştır (61).

Araştırmamıza katılan annelerin %24'ünün doğum öncesi dönemi boyunca yenidoğan bakımı hakkında eğitim aldığı, %76'sının ise eğitim almadığı tespit edilmiştir. Doğum öncesi bakımın amaçlarından birisi de gebeyi bebek bakımı konusunda bilgilendirmektir. Bu eğitimin ebeler tarafından gebeye doğum öncesi izlem kapsamında verilmesi gerekmektedir.

1993 verilerine göre gebelerin %46.8'i DÖB'ı doktordan aldığını bildirirken bu oran TNSA-1998'de %60.8'e, 2003'te ise %71'e çıkmıştır. Buna karşılık ebe/hemşireden DÖB hizmeti alanların oranı TNSA-1993'de % 15.5'den, 1998'de %6.9'a inmiştir (4).

Araştırmaya katılan annelerin %95'i tetanoz aşısı ile aşılanırken, %5'i gebeliği esnasında aşılanmamıştır. Tetanoz gebelik döneminde hem fetus (yenidoğan), hem de anne adayını için problem teşkil eder. Anne adayının antitetanoz titresinin gebeliğin son iki ayında yüksek olması yenidoğanı neonatal tetanozdan korur, bunun için aşılama gebeliğin son üç ayından önce gerçekleştirilmelidir (97). Araştırmamıza katılan

annelerin %99'u DÖB almakla birlikte bunları %95'i tetanoz aşısı ile aşılanmıştır. Bu bakımı alıp aşılanmayan anneler kendi isteğiyle bunu reddetmişlerdir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın önerilerine göre lohusalık izlemleri doğumdan sonraki 24 saat içinde bir kez, daha sonra ise, 2. ve 4. haftalarda da birer kez olmak üzere toplam 3 kez yapılmalıdır Öte yandan 2003 yılı Sağlık Ocağı çalışmaları verilerine göre Türkiye'de lohusa başına düşen izlem sayısının 0.72 olduğu Kahramanmaraş ilinde ise 0,86 izlem olduğu saptanmıştır (33,65,66). Dünya Sağlık Örgütü de doğum sonu 6. haftaya kadar anne ve bebeğin sık izleminin önemini vurgulamaktadır (60).

Araştırmamızda annelerin %54'ünün doğum sonu dönemde bakım aldığı ve bu bakımın %48.1'inin evde bakım olduğu ve bu annelerden sadece %3.9'unun evde 2 kez bakım aldığı saptanmıştır. %76.4'ünün ise hastanede bakım aldığı tespit edilmiştir. Annelerin %46'sı doğum sonu bakım almamıştır.

Nguyen ve arkadaşlarının adölesan gebe ve annelere yönelik ev ziyaretleri ile ilgili yaptıkları çalışma sonucunda halk sağlığı hemşiresi tarafından yapılan ev ziyaretlerinin adölesan anne ve bebeklerini sağlık açısından olumlu etkilediği ortaya çıkmıştır (98). Koniak-Griffin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşire ziyareti ile daha yoğun ve çok sayıda DÖB, doğum sonu bakım alan adölesan anne ve bebeklerde bu bakımı daha az alanlara göre anne ve bebek sağlığı daha yüksek seviyede bulunmuştur (99).

Gözüm ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, postpartum dönemde erken ve sık izlemin anne ve bebek sağlığı sonuçlarına olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Erken ve sık izlenen annelerin %94.6'sinin bebeklerini yalnızca anne sütüyle besleme ve emzirmenin sürdürülmesi konusunda sorun yaşamadığı, izlenmeyen annelerin ise %68.4'ünün bebeklerini sadece anne sütü ile beslediği, % 31.6'sinin ise karışık beslenme yaptığı, annelerin %46.1'nin sorun yaşadığı belirlenmiştir (100).

Çalışmamızda annelerin doğum öncesi dönemde % 99 u bakım alırken, doğum sonu dönemde ise sadece %54'ünün bakım alması dikkat çekicidir(Çizelge 2). Bu sonuçlar doğum sonu dönemde yapılması gereken izlem ve bakımın sağlık personeli ve anneler tarafından yeterince önemsenmediğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %85'i bebeğini emzirmekte olup, %14'ü anne sütü ve mama ile beslemekte, %1'i ise inek sütü vermektedir. TNSA 2003 verilerine

göre tüm bebeklerin %97'si bir süre emzirilmiştir (4). Araştırmamızda annelerin emzirme oranının yüksek olduğu görülmüştür.

Frota ve Marcopito'nun yaptığı çalışmada Brezilya'da adölesan anneler ile yetişkin annelerin emzirmesi karşılaştırıldığında adölesan annelerde emzirme oranı %71.3, yetişkin annelerde ise %77.4 bulunmuştur (101). Dewan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gençlerin yetişkinlerle karşılaştırıldığında emzirme konusunda daha az bilgiye sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Yetişkinlere göre gençlerin çoğu emzirme taraftarı olmamıştır. Gençlerin buldukları doğum kliniklerinde emzirmenin önemini vurgulayan sağlık eğitimi verilmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır (102).

Binns ve arkadaşlarının Aborjin kökenli anneler üzerinde yaptıkları çalışmada emzirmede paternal desteğin önemli olduğu babaların emzirme konusundaki fikirlerinin de etkili olduğu ortaya çıkmıştır (102). Ancak ülkemizde emzirme konusunda babalardan çok kayınvalide, anne gibi ailedeki yaşlı kadınların sözü geçerli ve etkili olmaktadır.

Bodur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, primipar anneler emzirme konusunu % 46 oranında ebe ve hemşirelerden öğrendikleri vurgulanmıştır. Primipar annelerce bebek sağlığı konusunda bilgi kaynağı olarak hemşire ve ebelerden yeterince yararlanılmadığı tespit edilmiştir (103).

Araştırmamızda annelerin bebeklerini besleme şekilleriyle eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Erdöl ve arkadaşlarının annelerin emzirme alışkanlıklarının eğitim düzeyi ile ilişkisini araştırmak amacıyla düzenlediği çalışmada da annelerin eğitim düzeyi ile emzirmeye başlama zamanı emzirme süresi ve ek gıdaya başlama zamanı arasında da anlamlı fark bulunmamıştır (47). Bu veriler bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerle örtüşmektedir.

Araştırmada annelerin %2.0'ı 4 saat arayla, %2.0'ı 3 saat arayla, %9.0'ı 2 saat arayla, %8.0'ı 1 saat arayla, %79.0'ı her ağladığında bebeğini emzirdiğini ifade etmiştir (Çizelge 3).

Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan ve almayan annelerin bebeklerini emzirme sıklığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0.321$). Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin %83.3'ü her ağladığında emzirmişlerdir (Çizelge 4). Doğum sonu dönemde hastane bakım alan

annelerin %71.4'ü, almayan annelerin %92.3'ü bebeklerini her ağladığında emzirmişlerdir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p=0.048$). (Çizelge 5). Doğum sonu dönmede evde bakım alan annelerin bebeklerini emzirme sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Burada annelerin hastanede bakım almalarının onların doğru davranış geliştirmeleri üzerinde etkili olmadığını görmekteyiz. Hastanede verilen bakımda emzirme sıklığı konusunun yeterince vurgulanmadığı düşünülmektedir.

Ward ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda doğumdan sonra emzirmeye başlayan annelerin daha önceden emzirmiş olmak, annenin eğitim düzeyinin yüksekliği ve hamileliğin erken zamanlarında emzirmeye karar vermenin emzirme alışkanlığına etkili olduğu saptanmıştır. Bebek besleme şekline erken gebelik sürecinde karar verilmesi emzirme oranlarının yükselmesine neden olacağından doğum öncesi bakımın önemli olduğu vurgulanmıştır (104). Araştırmamızda da antenatal bakımın olumlu emzirme davranışları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Ancak doğum sonu dönmede evde bakımın bu davranışlar üzerinde etkili olmaması ebeler tarafından doğum sonu izlemin yeterli sıklıkta ve nitelikte yapılmadığını düşündürmektedir.

Elmacioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, doğumdan sonraki ilk üç gün ile, 1., 2. ve 4. aylardaki günlük anne sütü miktarları ölçülmüş; miadında doğum yapan emzirmeye erken başlayan, düzensiz ve bebek ağladıkça emziren annelerin süt miktarının arttığı görülmüştür (105).

Her bebeğin kendi ihtiyacına göre belirli bir acıkma zamanı vardır. Bu zaman 2-4 saat arasında değişir. Bebeklerin yarıdan fazlası (%88'i) 3 saatte bir acıkıp ağlayarak meme isterken, bazıları 2 saatte (%10'u), bazıları 4 saatte bir, bazıları da düzensiz acıkarak emmek isterler. Bu emme aralıkları çocuğun bir önceki emzirme zamanında tam doyup doymadığına da bağlıdır. Anne sütü ile beslendiği sürece bebeklere gece ve gündüz acıkıp uyanınca meme verilmelidir. Bu uyanışların arası 2 saatte bir de olabilir 4 saatte bir de olabilir, gündüz ve ilk iki ay içinde bebeğin uyuma süresi 4 saati aşarsa uyandırılmalıdır (72).

Yenidoğan bebeklerin emzirme sıklığına yönelik belirli bir saat verilmemesi, her ağladığında emzirilmesi önerilmektedir. Ebeler doğum öncesi ve doğum sonu bakımlarda anneye emzirme sıklığı konusunda eğitim vermelidir.

Araştırmamızda annelerin %8'i bebeklerini emzirmeden önce ellerini yıkamakta, %39'u meme ucunu suyla silmekte, %2'si meme ucunu karbonatlı suyla silmekte, %5.0'ı anne sütüyle silmekte, %33'ü ellerini yıkamakta ve meme ucunu suyla silmekte %3'ü ellerini yıkamakta ve meme ucunu anne sütüyle silmekte, %10'u hiçbirşey yapmamaktadır. (Çizelge 6). Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin %66.7'si doğum sonu evde bakım alanların ise %65.4'ü bebeklerini emzirmeden önce ellerini yıkayan annelerden oluşturmaktadır. Doğum öncesi dönemde eğitim ve doğum sonu dönemde evde bakım alan annelerde almayanlara göre emzirmeden önce el yıkama davranışı yüksek bulunmuştur (Çizelge 7,8). Hastane bakımının bu konuda etkili olmadığı görülmüştür. Gebeliğinde verilen eğitim ve annenin genel hijyen alışkanlığı bu davranışın gerçekleşmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Doğum sonu evde bakımın hastanedeki bakıma göre daha etkili olduğu söylenebilir.

Doğum sonu bakım alan annelerin %81.5'i bebeklerini emzirmeden önce meme ucunu suyla sildiğini ifade etmiştir. Doğum sonu bakım alma durumu ile bebeklerini emzirmeden önce meme ucunu suyla silme durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.038$). (Çizelge 9). Annelerin doğum sonu dönemde almış oldukları bakımının ,meme bakımı konusunda yeterli ve etkili olmadığı ya da annenin bu konuda yanlış bilgilendirilmiş olduğu düşünülmektedir.

WHO ve UNICEF son yıllarda meme bakımında, memenin temiz ve kuru tutulmasının yeterli olduğunu bildirmektedir. Bunun nedeni memedeki montgomery tüberküllerinden, meme başı ve areolayı koruyucu özellikte, antibakteriyal bir madenin salgılanıyor olmasıdır. Meme temizliği için sabun gibi kurutucu maddeler kullanılmamalı, vazelin, pomat gibi yumuşatıcılara gerek yoktur. Anneler emzirmeden önce mutlaka ellerini yıkamalı, günlük duş almalıdırlar. Bu mümkün değilse sabahları meme ılık su ile yıkanıp kuru tutulmalı, günlük iç çamaşırı değiştirilmeli. Süt akması problemi olanlar temiz bir göğüs pedi kullanmalı, bölgenin nemli olmasını engellemelidir (18). Bu durumda araştırmamıza katılan annelerin meme bakımını yanlış uyguladıkları saptanmıştır. Bunun annelerin yanlarında bulunan ve bebek bakımına yardımcı olan kişiler tarafından ya da ebelerin yanlış bilgilendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda bebeklerinde problem görülen annelerin (13 anne) bebeklerinde prematürelilik (3 bebek - %23.1), polidaktili (2 bebek - %15.4), alt solunum yolu enfeksiyonu (2 bebek - %15.4), herni (2 bebek - %15.4), hipotiroidizm (1 bebek - %7.7) olduğu saptanmıştır (Çizelge 10). Karakaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, adölesan anne bebeklerinin %8.7'sinin preterm, %17.7'sinin düşük doğum ağırlıklı oldukları, %73.6'sının bebek büyütmeyle ilgili endişe ve problem yaşadıkları belirlenmiştir (96). Coşkun ve Tümerdem adölesan annelerin % 16.7 oranında prematüre doğum yaptıklarını saptamıştır (106).

Menacker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 10-14 yaşındaki annelerin bebekleri ile 20-39 yaş arasındaki annelerin bebekleri karşılaştırıldığında daha genç olan annelerin bebeklerinde erken ve düşük kilolu doğum 2 kat fazla olduğu saptanmış, bebek ölüm oranı 20-44 yaşlarındaki annelerinkinden 2 veya 3 katı daha fazla bulunmuştur (107). Araştırmamızda saptanan yenidoğan problemleri adölesan yaşta oluşan gebeliklerde beklenen bir risk faktörü olup diğer çalışmalarla da desteklenmektedir. Ayrıca alt solunum yolu enfeksiyonu ve herni gibi problemlerin görülmesi adölesan annelerin bebek bakımında yetersiz oldukları sonucunu düşündürmektedir.

Quinlivan ve Evans'ın yaptığı çalışmada adölesanlara yönelik özel antenatal kliniklerin preterm doğumu azaltabileceği sonucuna ulaşmışlardır (108). Ülkemizde de çeşitli illerde adölesan merkezleri kurulmasına karşın henüz adölesan gebeler bu kliniklerle yeterince yönlendirilmemekte ve adölesan gebeliğe özgü antenatal bakım verilmemektedir.

Çalışmamızın sonucunda adölesan annelerin bebeklerinin %89'unda gaz, %61'inin gözlerinde çapaklanma, %44'ünde pamukçuk, %33'ünde göbek enfeksiyonu, %54'ünde pişik, %16'sında ishal, %20'sinde kabızlık, %24'ünde ateş, %63'ünde sarılık tablosu ortaya çıkmıştır (Çizelge 11). Doğum öncesi dönemde yeterli sayıda bakım alan annelerin bebeklerinin %93.5'inde almayanların ise %33.3'ünde (Çizelge 12), doğum sonu dönemde hastanede bakım alan annelerin %83.3'ü, doğum sonu dönemde evde bakım alan annelerin bebeklerinde %88.5'inde gaz problemi görülmüştür. Bu durum anneye gerek doğum öncesi gerek doğum sonu dönemde verilen bakımın içeriğinde bu konuya yeterince yer verilmediğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görüldüğünde annelerin %23'ü ıslak mendil (poposil) ile, %6.5'i anne sütüyle, %57.3'ü su ile, %8.3'ü çay demiyile silmiştir. Sadece %4.9'u doktora götürüp damla kullanmıştır (Çizelge 13). Çalışmamızda bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görülen anneler tarafından yapılan uygulamalar ve gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.028$) (Çizelge 14). Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin %64.7'si bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görüldüğünde su ile silmiş, %5.9'u poposil (ıslak mendil) ile silmiş, %17.6'sı çay demiyile silmiş, %11.8'i bebeğini doktora götürmüştür. Ayrıca, gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim almayan annelerin %54.5'i su ile silerken, %9.1'i anne sütüyle silmiş, %29.5'i poposil ile silmiş, %2.3'ü bebeğini doktora götürmüştür.

Bebeğin gözleri temiz ve ılık su (kaynatılıp ılıtılmış su) ile ıslatılmış pamukla temizlenmelidir. Sabun ya da herhangi bir temizleyici malzeme bebeğin gözlerine zarar vereceğinden kullanılmamalıdır. Enfeksiyon bulaşmaması açısından, her iki gözde de ayrı ayrı pamuk kullanılmalı ve temizlik içten dışa doğru yapılmalıdır. Çapaklanma ve akıntı görülen bebeklere göz bakımı özenle yapılmalı, akıntının özelliği ve süresi gözlenmeli lüzum haline ilaç kullanılmalıdır (18).

Araştırmamızda bebeklerinin gözlerinde çapaklanma ve akıntı görüldüğünde su ile silen ve poposil ile silen annelerin gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitimi alan anneler ve almayanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p= 0.0001$). Eğitim almayan anneler bu uygulamaları eğitim alanlara göre daha fazla uygulamıştır. Eğitim alan veya almayan anneler bu sorunla karşılaştıklarında doktora götürmeleri bakımından bir farklılık görülmemiştir ($p=0.386$).

Bu sonuçlar doğrultusunda gebelik döneminde yenidoğan bakımına ilişkin anneye verilen eğitimin annelerin göz bakımını doğru yapmalarında etkili olduğu ancak doğum sonu ebelik bakımlarının bu sorunla baş etmede etkili olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda bebeklerinde pamukçuk görüldüğünde annelerin %59.1'i hiçbirşey yapmazken, %2.3'ü saçını emzirip şekerli su vermiş, %2.3'ü polat şekeri yedirmiş, %2.3'ü ayva çekirdek suyu içirmiş, %13.6'sı karbonatlı su ile silmiş, %20.4'ü doktora götürmüş ve ilaç kullanmıştır (Çizelge 15). Burada annelerin yaptıkları uygulamaların büyük çoğunluğunun yanlış ve geleneksel uygulamalar olduğu

görülmüştür. Polat şekeri sert şeker anlamına gelmektedir. Adölesan anneler bebek bakımı konusunda bilgi ve tecrübe konusunda yetersiz olduğundan, yeterli doğum sonu bakım alamayan anneler, bebekle ilgili problemlerle karşılaştıklarında yakınlarının geçmişte uyguladığı yöntemlere başvurumaktadırlar.

Çalışkan ve Yaramış'ın yaptığı bebeklerde uygulanan geleneksel yöntemlere ilişkin çalışmada pamukçuk olduğunda annelerin %51'inin bebeklerinin ağzını kendi saçıyla sildiği bildirilmiştir (84). Pamukçuk görülen bebeklere oral nystatin süspansiyonla tedavi yapılması, annenin bebeğini beslemeden önce bikarbonatlı meme bakımı vermesi, bebeğine de distile su ile ağız bakımı vermesi önerilmektedir (18).

Araştırmamızda emziren anneler tarafından yapılan uygulamalar ve pamukçuk oluşumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.018$). Pamukçuk görülen bebeklerin %31.8'inin annesi meme ucunu suyla silerken, %34.1'i ellerini yıkayıp meme ucunu suyla silen annelerden oluşmaktadır (Çizelge 16). Çalışmamızda meme ucunu anne sütüyle silen annelerin hiçbirşey yapmayanlara oranla bebeklerinde pamukçuk görülme riski 36 kat daha fazla risk altındadır ($p=0.020$) (Çizelge 17).

Literatürde son yıllarda meme bakımında, memenin temiz ve kuru tutulmasının yeterli olduğunu bildirmektedir. Bunun nedeni memedeki montgomery tüberküllerinden, meme başı ve areolayı koruyucu özellikte, antibakteriyal bir madenin salgılanıyor olmasıdır. Çalışmamızda da meme bakımını su ve anne sütü ile yapan annelerin bebeklerinde pamukçuk hiçbirşey yapmayan annelere göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda bebeklerinde ishal görüldüğünde annelerin %81.3'ü kendiliğinden geçmesini beklerken, %18.7'si doktora götürmüştür (Çizelge 18). Annelerin kendiliğinden geçmesini beklemeleri erken dönemde tedaviyi engelleyebilir ve bunun sonucunda bebeğin sağlığı risk altına girebilir. Ayrıca anne sütünden kaynaklandığını düşünmeleri emzirmeyi erken sonlandırmalarına neden olabilir. Buradan annelerin bu problemle başetmede de yetersiz bilgiye sahip oldukları düşünülmektedir.

Çalışkan ve Yaramış'ın yaptığı bebeklerde uygulanan geleneksel yöntemlere ilişkin çalışmada; bebekleri ishal olduğunda annelerin %16.6' sını yoğurt suyu, peynir mayası, yumurta haşlaması verdiğini bildirmiştir (84). Bu durum bizim çalışmamızdaki annelerin davranışları ile örtüşmemektedir.

Genç ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ishal ve yüksek ateşle ilgili bilgileri ölçmek amacıyla soruların tümüne doğru cevap veren annelerin oranı %67.6'dır (109).

Çalışmamızda doğum sonu bakım alma (evde ve hastanede) durumu ve bebeklerinde ishal görülen annelerin uygulamaları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.046$). Doğum sonu bakım alan annelerin %90.7'sinin bebeklerinde ishal görülmemiştir (Çizelge 19). Doğum öncesi dönemde yeterli sayıda bakım alan anneler ile bebeklerinde ishal görülen anneler arasındaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0.972$). Anne sütü ile beslenme enfeksiyöz ishalin gelişimini önleyen en iyi ve en etkili korunma yöntemidir (27). Doğum sonu bakım alan annelerde daha az ishal tablosunun görülmesi, annelerin bebeklerini anne sütü ile emzirmesi, hijyen ve yenidoğan sorunları konularında anneye yeterli eğitim verilmesi olduğunu düşündürmektedir.

Yaptığımız araştırmada bebeklerinde kabızlık görüldüğünde annelerin %35'i hiçbirşey yapmayıp kendiliğinden geçmesini beklemiş, %15'i zeytinyağı, %5'i anason çayı içirmiş, %45'i doktora götürmüş ve ilaç kullanmıştır (Çizelge 20). Çalışkan ve Yaramış'ın yaptığı bebeklerde uygulanan geleneksel yöntemlere ilişkin çalışmada kabız olduğunda annelerin % 57'si bebeklerin anüsüne sabun koyduğunu bildirmiştir (84). Bu durum bizim çalışmamızdaki annelerin davranışları ile örtüşmemektedir.

Araştırmamızda bebeklerinde ateş görülen annelerin %41.7'si hiçbirşey yapmayıp kendiliğinden geçmesini beklemiş, %16.6'sı ıslak mendil uygulamış %41.7'si doktora götürmüş ve ateş düşürücü ilaç kullanmıştır (Çizelge 21).

Çalışkan ve Yaramış'ın yaptığı bebeklerde uygulanan geleneksel yöntemlere ilişkin çalışmada, bebeklerin ateşi olduğunda annelerin %13 ü bebeklerini soğuk suyla banyo yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (84). Çetin'in yaptığı çalışmada çocuklarında enfeksiyon hastalığı belirtileri görülen ebeveynlerin %62.4'ünün çocuğu bir sağlık kuruluşuna geç getirme nedenleri arasında kendiliğinde geçer diye bekleme düşüncesinin olduğu belirtilmiştir (110). Bu durum bizim çalışmamızdaki annelerin davranışları ile örtüşmektedir.

Araştırmamızda bebeklerinde sarılık görüldüğünde annelerin %31.8'i sarı tülbent örttüğünü, %36.5'i doktora götürdüğünü, %1.5'i hocaya okuttuğunu, %30.2'si hiçbirşey yapmadığını belirtmişlerdir (Çizelge 22). Bebeklerinde sarılık görülen

annelerin yeterli doğum öncesi bakım almaları ile yaptıkları uygulamalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen bu annelerin %37.3'ü bebeklerinde sarılık görüldüğünde doktora götürmeyi tercih ederken %33.9'u sarı tülbent örtmeyi tercih etmiştir($p=0.059$). Hiperbilürinemi durumunda bebeğin bilirubin değerinin sık aralıklarla takip edilmesi gerekmektedir. Yüksek bilirubin düzeyinin en ciddi komplikasyonu kalıcı nörolojik hasarlara yol açan kerni ikterustur. Annelerin yaptığı geleneksel uygulamalar sarılığın tedavisini geciktirebilir.

Coşkun ve arkadaşlarının 0-1 yaş çocuğu olan annelerin bebek bakımına ilişkin geleneksel sağlık davranışlarını saptamak amacıyla yapmış olduğu çalışmada annelerin %40'ının bebeklerini sarılıktan korumak için sarı örtü örttüğü, sarı ışık yaktığı tespit edilmiştir (111). Bu durum bizim çalışmamızdaki annelerin yaptığı uygulama ile paralellik göstermektedir.

Yaptığımız araştırmada bebeklerinde pişik oluşumunu önlemek için anneler tarafından yapılan uygulamalar ve pişik görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.036$). Pişik görülen bebeklerin %75'i herhangi bir krem, %70'i pişik kremi, %51.6'sı ise pudra kullanılarak önlem almış olmasına rağmen pişik görülmüştür. Bebeklerinin altını temiz ve kuru tutarak zeytinyağı süren annelerin bebeklerinin hiçbirinde pişik görülmemiştir (Çizelge 23). Pişik oluşumunu önlemek amacıyla kremlerin ve pudranın kullanılması pişik oluşumunu önlemek yerine hızlandırmaktadır. Pudra solunum yollarına kaçarak solunumu güçleştirip kasık, koltukaltı, boyunda perineal bölgede birikerek irritasyona neden olabileceğinde önerilmemektedir (27,66).

Atherton ve arkadaşının yaptığı çalışmada pişik oluşumunu önlemek ve tedavi etmek için en iyi yolun bebeklerinin altının iyi bir şekilde temizlenip kurulanması ve altını kirlendiğinde hemen değiştirilmesi önerilmektedir. Bebeğin altını temizlerken ılık su ya da alkol içermeyen temizleme malzemelerinin kullanılması, bezlerin sıvıyı emici özelliğinin iyi olması gerektiği, sentetik olmayan, parfüm içermeyen, bariyerli bezlerin kullanılması tavsiye edilmektedir (112). Cildin ıslak kalması geçirgenliğin artmasına ve tahrişe yol açmaktadır. Pişik kremi uygulayan annelerin bebeklerinde pişik görülmesinin ise yeterli cilt temizliği yapılmadan krem uygulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Coşkun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da annelerin %17.1'inin yıkamadan sonra bebeğine zeytin yağı sürmekte oldukları belirtilmiştir (111). Çalışmamızda bebeklerinde pişik görüldüğünde annelerin %24.1'i pudra kullanmış, %68.5'i pişik kremi sürmüştür (Çizelge 24). Doğum öncesi yeterli sayıda bakım alan annelerin bebeklerinin %57.0'sinde pişik görülürken, bakım almayan annelerin hiçbirinde pişik görülmemiştir (Çizelge 25). Doğum sonu dönemde evde bakım alanların %61.5'inde görülmüştür. Burada pişik oluşumunu önlemede doğum öncesi ve doğum sonu bakımların yetersiz olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmamızda pişik görülen bebeklere pişik kremi sürülen ve pudra kullanan annelerin doğum öncesi yeterli sayıda bakım alma durumları arasında istatistiki açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Olumlu davranış olan pişik kremi sürme bakım sayısı ile doğru orantılı olarak artarken, olumsuz davranış olan pudra kullanımı bakım sayısı ile ters orantılı olarak azalmıştır. Doğum öncesi bakım alma sayısı 7 ve üstü olan annelerin %78.8'i, 4 olan ise %30'u pişik kremi sürmüştür. Doğum öncesi bakım alma sayısı 7 ve üstü olan annelerin %84.8'i, 3-4 olan ise %40.0'ı pudra kullanmamıştır.

Araştırmamızda bebeklerinde göbeğinin enfeksiyonunu önlemek için annelerin %49'u hiçbirşey yapmadığını, %38'i baticon/alkol ile pansuman yaptığını, %6'sı pudra kullandığını, %1'i sana yağ sürdüğünü, %6'sı diğer (el yapımı ilaçlar vb.) yöntemlerle göbek bakımı verdiğini belirtmiştir (Çizelge 26). Göbek enfeksiyonu/kanama görüldüğünde ise annelerin %30.3'ü hiçbirşey yapmadığını, %51.5'i doktora götürdüğünü ve baticon ile pansuman yaptığını, %9.1'i zeytinyağı sürdüğünü, %9.1'i pudra kullandığını, göbek tozu, bez yakıp bebeğinin göbeğine koyduğunu ifade etmiştir (Çizelge 27).

Alkolün göbek bakımında kullanılması halinde deriden emilerek, bebeğin kan şekerinin düşmesine sebep olduğu, iyotun ise tiroid hormonu üzerinde etki yaparak hipertiroidizme sebep olduğu ve bu nedenle kullanılmaması gerektiği önerilmektedir. Göbek bakımında temel olan göbeğin kuru ve temiz tutulmasıdır. Bebek bezinin göbek bağı üzerine gelmemesine dikkat edilmesi gerekmektedir (71,72). Geleneksel uygulamalar olan göbek tozu kullanımı, sana yağ sürülmesi vb. uygulamalar kesinlikle önerilmektedir. Bez yakıp göbeğe koyma davranışı yenidoğan omfalitine neden olabilir. Bu davranışı uygulayan annelerin yeterli ve nitelikli doğum öncesi ve doğum sonu bakım almadığı düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan bebeklerin %97'si banyo yaptırılmışlardır. Bu bebeklerin %50'si 1-2 günlükken, %18'i 3-4 günlükken, %8'i 5-7 günlükken, %21'i göbeği düştükten sonra banyo yaptırılmışlardır. Literatürde sağlıklı, miadında doğmuş, normal yenidoğan muayenesinden geçmiş ve herhangi bir sorunu bulunmayan bebeklerin banyo yaptırılabilceği bildirilmektedir (113,114).

İnsar ve Dindar'ın yaş ortalaması 26 olan annelerle yaptıkları çalışmada, %70.7'si bebeğin ilk banyosunu göbeği düştükten sonra yaptırdığı belirtilmiştir (115). Bizim çalışmamızdaki verilerle ilgili farkın anne yaşının küçük olması nedeniyle yakınlarından yardım almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bebeklerinde göbek enfeksiyonu ve kanama görüldüğünde anneler tarafından yapılan uygulamalar ile anne yaşı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.013$). Annenin yaşı ilerledikçe yapılan doğru uygulama oranı artmaktadır (Çizelge 28).

Bebeklerin ilk banyo zamanı ve göbek enfeksiyonu ve kanama görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). İlk banyosu 3-4 günlükken yaptırılan bebeklerin hiçbirinde göbek enfeksiyonu ve kanama görülmezken, 1-2 günlükken banyo yaptırılan bebeklerin %44.0'ünde, göbeği düştükten sonra banyo yaptırılan bebeklerin ise %33.3'ünde göbek enfeksiyonu ve kanama görülmüştür (Çizelge 29). Bu sonuçlara göre, doğumdan hemen 1-2 gün sonra banyo yaptırılan bebeklerde diğerlerine nazaran göbek enfeksiyonu görülme olasılığı biraz daha yüksektir.

Yeni doğanın ilk banyosu bebeğin vücut ısısı 2-4 saat süreyle sabit ise ve herhangi bir medikal problemi olmadığından emin olduğunda yaptırılabilir. (70,71). Bryanton ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, küvet banyosu yaptırılan bebeklerin geleneksel silme banyosu yaptırılan bebeklere göre daha az ısı kaybettikleri gözlenmiş ve iki banyo şekli arasında göbek bağının düşmesi ve enfeksiyon açısından herhangi bir fark bulunmamıştır (87). Ancak bizim çalışmamızda erken banyo yaptırılan bebeklerin önemli bir kısmında göbek enfeksiyonu veya kanama olduğu belirtilmiştir. İlk 1-2 gün içerisinde annelerin bebeklerine silme banyosu yerine küvet banyosu yaptırmaları umbilikal bölgede enfeksiyon oluşumuna olanak sağladığı, göbeği düştükten sonra yaptırılan banyonun da henüz tam olarak iyileşmemiş umbilikal bölgede enfeksiyona neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bebeklerin ilk banyosu yaptırılırken dikkat edilen uygulamaların dağılımına baktığımızda annelerin sadece %13.5'inin banyo yaptırılırken oda ısısı, küvet şampuan / sabuna, suyun sıcaklığına, yıkama pozisyonuna dikkat ettikleri görülmektedir (Çizelge 30). Bebeklerin hepsinin leğende yıkandığı ve bebek sabunu kullanıldığı tespit edilmiştir.

Medves ve O'Brien'nin yaptığı araştırmada pH nötr olan sabun ve suyla yıkanan bebekler ile sadece su ile yıkanan bebeklerin umbilikal bölgelerinde mikrobiyolojik istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Bu sonuç doğrultusunda sabunlu suyla çocuk yıkamanın floradaki bakterileri uzaklaştıracağı fikri desteklenmemiştir (86). Anderson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada küvet banyosu öncesi ve sonrası alınan aksiller ateşte 0,1 °C'lik bir düşme gözlenmiştir ve bu belirgin bir fark değildir. Banyo sırasındaki ısı kaybını önlemek için bebeklerin banyoları süresince sıcak tutulmaları gerektiği önerilmiştir (116). Bebeklerin başı yıkanırken yüzünün anneye dönük şekilde olması gerekir. Bebeğin baş aşağı tutularak başının yıkanması bebeğin irkilmesine, nefesini tutmasına ve morarmasına neden olabilir (71).

Çalışmamızda gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan anneler ve ilk banyosu yaptırılırken yıkama pozisyonuna dikkat edilen bebekler arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.007$) (Çizelge 31). Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin %50'si bebeklerinin banyosu yaptırılırken yıkama pozisyonuna dikkat ettiği görülmüştür. Eğitim almayan annelerin ise %27.4'ü yıkama pozisyonuna dikkat etmiştir. Doğum sonu dönemde evde ve hastanede bakımın annelerin banyo yaptırırken yıkama pozisyonuna dikkat etmeleri konusunda etkili olmadığı saptanmıştır ($p=0.360$, $p=0.948$). Bu sonuçlar annelerin bebek banyosunda dikkat edecekleri hususlar konusunda yetersiz kaldıklarını ve eğitime gereksinimleri olduğunu ortaya koymaktadır. Karl bebek ve ebeveyn iletişimi ve ilişkisini artırma, ebeveynlerin bebek ile ilgili sorumluluk alma ve cesaretlendirilmesinde yenidoğan banyosunu birlikte yardımlaşarak yapmalarının etkili olduğunu belirtmiştir (117). Ebe ve hemşirelerin doğum öncesi ve doğum sonu dönemde bebek banyosu konusunda anneleri bilgilendirip, gerekirse ilk banyosunu birlikte yaptırarak doğru uygulamaları göstermeli ve anneleri cesaretlendirmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada annelerin %31'i sırtüstü, %35'i bebeklerini yan, %26'sı sırtüstü ve yan pozisyonunda, %8'i her pozisyonunda yatırdıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 32).

Koturoğlu ve arkadaşlarının bebeklerin yatış pozisyonuna yönelik çalışmada çocukların %77'si sırtüstü, %17.4'ü yan, %5'i ise yüzüstü pozisyonda yatırıldığı saptanmıştır (88). Çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğunun bebeklerini doğru pozisyonda yatırdığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda annelerin %41'i bebeğinin burnunu nasıl temizleyeceğini bilmediğini ifade etmiş, %28'inin ise filkete, toka, kulak çöpü kullandığı saptanmıştır (Çizelge 33). Yenidoğanın burnuna 2-3 damla serum fizyolojik damlattıktan sonra nemli bir tülbent parçası ya da mendil ile burun delikleri temizlenir. Gerekirse burun pompası ile burun sekresyonları temizlenir (18). Annelerin yarıya yakınının burun temizliğinin nasıl yapılacağını bilmediği saptanmıştır. Geriye kalan diğer annelerin ise etrafındakilere danışarak burun temizliğini toka, kulak çöpü ile yaptıkları düşünülmektedir. Ebelerin bu bilgi gereksinimini sağlayabilecekleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada bebeklerin %11'i annenin yanında, %89'u beşikte yatmaktadır. Annelerin %97'si bebekleri ile aynı odada yatmaktadır. Koturoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bebeklerin %81'i anne ile aynı oda ve farklı yatakta, %8'i anne ile ayrı odada ve %5'i anne ile aynı yatakta uyumakta olduğu saptanmıştır (88). Bu bulgular bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Bebeklerin anne ile aynı odada yatırmaları, annelere bebeklerin pozisyonunu kontrol etme ve emzirme kolaylığı sağlar. Frota ve Marcopito'nun çalışmasına göre doğum sonu dönemde anne ve bebeğın ayrı olması adölesan anneler için sorun olmakta ve emzirmeyi bırakmalarına neden olabilmektedir (101). Doğum sonu bakım veren ebe ve hemşirelerin bebeklerle aynı odada yatması konusunda anneleri bilgilendirmesi böylelikle emzirmenin sürdürülmesini sağlamaları gerekmektedir.

Araştırmamızda bebeklerin %64'ü aşılanmıştır. Annelerin %62.5'i bebeklerine sarılık aşısı yapıldığını belirtirken, %37.5'i hangi aşının yapıldığını bilmediğini belirtmiştir. Annelerin %63.2'si topuk kanının alınma nedenini bilmemektedir. Anneler gebeliğinde bu konuda eğitilerek bebeğın doğumdan sonra topuk kanı alınması ve aşılanabilmesi için bir sağlık kuruluşuna getirilmesi konusunda ebeler tarafından bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada bebeklerin %54'ü tuzlanmış, %82'sine kundaklama yapılmış %34'ünün gözlerine-kaşlarına sürme çekilmiş, %1'i toprağa sarılmış, %2'sine üç ezan süt verilmemiştir.

Sharps ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük gelirli Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda sağlık inanışlarının ve ebeveyn davranışlarının emzirme davranışı ve sürdürülmesinde etkili olduğu bulunmuştur (118). Genç ve arkadaşlarının çalışmasında bebeklerin %80' ine kundak yapılmış, %6.5' i ise toprağa sarılmıştır (109).

Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında da annelerin %7.1'inin emzirmek için iki ezan sesi bekledikleri saptanmıştır (111). İnsar ve Dindar'ın, yaş ortalaması 26 olan annelerle yaptıkları çalışmada, annelerin %64.6 bebeğini kundaklamadığını tespit etmişlerdir (115).

Toprağa yatırma tetanoza, kundaklama kalça çıkıklığına, tuzlama oldukça hassas olan yenidoğanın cildinde irritasyona, gözlere sürme çekme bebekte konjunktivite, üç ezan süt vermeme yenidoğanda hipoglisemiye ve emzirmenin sürdürülememesine sebep olacaktır. Annelerin ev ziyaretleri yapan ebeler tarafından bu geleneksel uygulamaların sakıncaları hakkında uyarılmaları gerekmektedir.

Araştırmamıza katılan annelere bebekleri ile ilgili bir problemle karşılaştıklarında ne yaptıkları sorulduğunda %42'si sağlık kuruluşuna götürdüğünü %51'i çevresindekilere danıştığını, %4'ü normal olduğunu düşünüp geçmesini beklediğini, %3'ü hocaya götürdüğünü ifade etmiştir. Karakaya ve Gençalp'ın yaptığı çalışmada, adölesan annelerin %73,6'sinin bebek büyütmeyle ilgili endişe ve problem yaşadıkları belirlenmiştir (96).

Dinç'in yaptığı çalışmada annelerin % 46'sı bebek bakımı hakkındaki bilgileri büyüklerinden yada komşularından öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Annelerin %74.0'ı bebeklerini kundakladıklarını, %39.0'ı tuzladıklarını, %47.3'ü bebeklerinde fizyolojik sarılık görüldüğünde hocaya giderek bebeklerin kulak arkasını kestirdiklerini ve hastalandıkları zaman hemen doktora gitmediklerini ifade etmişlerdir (119).

Araştırmamızda adölesan annelerin çevresine bağımlı olarak bebek bakımını yürüttükleri gözlenmiştir. Bu sonuçlar adölesan annelerin yenidoğan bakımı konusunda etkinliklerinin ve yeterliliklerinin az olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızdaki annelerin çoğunluğu bebeklerinin niçin ağladığını anlamadıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 35).

Çalışmamızda genel olarak adölesan annelerin bebek bakımında güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır. Doğum öncesi ve özellikle doğum sonu bakımların bebek bakımına yönelik uygulamaları ve bu uygulamalardan doğan sorunlarla başetmelerinde

yeterince etkili olmadığı görülmüştür. Ebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası izlemlerinde anneleri bebek bakımı konusunda yeterli bilgilendirmedikleri, izlemlerin nicelik olarak yeterli olduğu halde nitelik olarak yetersiz kaldığı düşünülmektedir.

Osrin ve arkadaşlarının Nepal kırsal kesiminde yaptığı çalışmada evde bakımın kalitesinin artırılması neonatal ve perinatal ölüm oranı sonuçlarını pozitif etkilediğini ortaya koymuşlardır (120). Jansson ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucu doğum sonu dönemde evde ve klinikte verilen hemşire bakım hizmetleri karşılaştırılmış ve annelerin evde verilen bakım hizmetinden daha memnun oldukları ortaya çıkmıştır (121).



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir:

Annelerin büyük çoğunluğunun (%83) 17-19 yaş aralığında olduğu, %29'unun resmi nikahı olmadığı ve evlilik yaşlarının çok azının (%4) 14 yaşında, %37'sinin 15-16 yaş arasında yarından fazlasının (%59) ise 17 ve üzeri yaşlarda olduğu tespit edilmiştir. Annelerin çoğunluğunun (%90) ilköğretim mezunu olduğu, yarından fazlasının (%66) sosyal güvencesi bulunmadığı tespit edilmiştir. Araştırmada annelerin çoğunluğunun (%89) primipar, yine büyük çoğunluğunun (%70) vajinal doğum yaptığı ortaya çıkmıştır.

Annelerin tamamına yakınının (%93.9) doğum öncesi yeterli sayıda bakım aldığı ancak bunlardan sadece %24'ünün yenidoğan bakımı hakkında eğitim aldığı, doğum sonu bakım aldığı ifade eden annelerin sadece çok azının (%3.9) evde 2 defa bakım aldığı, %85'inin bebeğini sadece anne sütü ile besledikleri saptanmıştır.

Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan annelerin çoğunluğunun (%83.3) doğum sonu dönemde hastane bakım alan annelerin ise %71.4'ü bebeklerini her ağladığında emzirmişlerdir bebeklerini her ağladığında emzirmiştir ve emzirmeden önce %2'sinin meme ucunu karbonatlı suyla sildiği, yarıya yakınının (%45) ellerini yıkadığı tespit edilmiştir. Gebeliğinde yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma ve doğum sonu dönemde evde bakım alma durumlarının annelerin emzirmeden önce el yıkama davranışlarını ve doğum sonu bakımın ise meme ucunu suyla silme davranışını olumlu etkilediği saptanmıştır.

Bebeklerin % 89'unda gaz, %61'inin gözlerinde çapaklanma, %44'ünde pamukçuk, %33'ünde göbek enfeksiyonu, yarından fazlasında (%54) pişik, %16'sında ishal, %20'sinde kabızlık, %24'ünde ateş, %63'ünde sarılık tablosu ortaya çıkmıştır.

Bebeklerinde pamukçuk görüldüğünde annelerin %20.4'ünün ishal görüldüğünde de %18.7'sinin doktora götürdüğü, ateş görüldüğünde %41.7'sinin hiçbirşey yapmayıp kendiliğinden geçmesini beklediği, bebeklerinde sarılık görüldüğünde ise %72.3'ünün yanlış uygulamalar yaptıkları belirlenmiştir.

Pişik görülen bebeklerin %24.1'inde pudra, %68.5'i krem kullanılmıştır. Bebeklerinde göbeğinin iltihaplanmasını önlemek için annelerin %49'u hiçbirşey yapmadığını, %38'i baticon/alkol ile pansuman yaptığını, görüldüğünde ise annelerin %30.3'ü hiçbirşey yapmadığını, %51.5 'i doktora götüren ve baticon ile pansuman yaptığını, %9.1'i pudra kullandığını, göbek tozu döktüğünü, bez yakıp içine koyduğunu ifade etmiştir.

Doğum öncesi yeterli sayıda bakım alma durumunun gaz problemi, sarılık görüldüğünde yapılan uygulamalar, pişik görülme durumuna, gebelik döneminde yenidoğan hakkında eğitim alma durumunun gözlerde çapaklanma görüldüğünde yapılan uygulamalara doğru banyo yıkama pozisyonuna, doğum sonu bakımın gaz problemi, ishal görülme oranına etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Anne yaşı ile göbek enfeksiyonunda yapılan uygulamalar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

Adölesan annelerin doğum öncesi, doğum sonrası bakım ve yenidoğana ilişkin eğitim almaları karşılaştıkları sorunlar karşısında yaptıkları doğru davranışlarda artış görülmesine rağmen istenilen düzeyde değildir. Anneler halen geleneksel uygulamalara devam etmektedir. Bunda en büyük etkenin adölesan annelerin bebek bakımı konusundaki bilgi eksikliği olduğu düşünülmektedir. Henüz kendi büyüme ve gelişmesini tamamlamayan anneler bebeklerinin bakımında bir yakınının desteğine ihtiyaç duyarlar. Eğitim verilirken bu grubunda eğitime katılması gerekmektedir.

Çalışmamızda ebelerin yapmış olduğu ev ziyaretlerinin yeterli olmadığı, eğitim içeriğinin ayrıntıları ile aktarılamadığı veya verilen eğitimin anneler ve yakınları tarafından yeterince anlaşılmadığı düşünülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- 1- Adölesan annelerin almış olduğu doğum öncesi ve sonrası bakımın yenidoğan bakımına yeterince yansımaması nedeniyle ebelerin doğum öncesi ve doğum sonu ziyaretlerini yeterli ve etkin sayıda yapmaları,
- 2- Ebelerin annelere yenidoğan döneminde sık görülen sorunlar (pişik, gaz, pamukçuk, ishal, kabızlık, göbek enfeksiyonu, gözde akıntı ve çapaklanma vb.) ve bakımı konusunda eğitim vermesi,
- 3- Bebek banyosu konusunda ebelerin anneyi bilinçlendirmesi ve anne ile birlikte bebeğin ilk banyosunun yaptırılması,

- 4- Sağlık kuruluşlarında adölesan gebe ve annelere yönelik daha ayrıntılı kayıt tutulması için ayrı form düzenlenmesi,
- 5- Ebelerin doğum sonu anne ve bebek bakımı ile ilgili yetki ve sorumluklarını yerine getirme durumlarının incelenmesi,
- 6- Adölesan annelerin bebek bakımı uygulamalarında yakınlarının etkisinin incelenmesi,
- 7- Adölesan annelerin sayısını azaltmak için adölesan gebelikleri önlemek, evlilik yaşını yükseltmek, bu yaştaki gençleri ve onların ailelerin eğitilmesi önerilmektedir.



7-KAYNAKLAR

1. Child and Adolescent Health and Development
Erişim: [Http:// www.who.int/child-adolescent-health/owerview/ahd/adh_over.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/overview/ahd/adh_over.htm)
Erişim Tarihi: 18/11/2005
2. **Dworkin Paul H.** Çev. Editörü: Acarsoy M. ve Ark.,“Adölesan Hekimliği”, National Medical Series for Independent Study, 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2000**: 107-133.
3. “Adölesan Dönemi”
Erişim: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m8>.
Erişim Tarihi: 23-08-2004
4. *Hacettepe Üniveristesesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması*, Ankara,**1993,1998, 2003**.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlamasında Temel Bilgiler,İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997 UNFPA, The State Of World Population , Chapter 2, **2000**.
6. **Sezgin B, Akın A.** “Adölesan Dönemi Üreme Sağlığı” , *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, **1998**; 8 (3-4): 27-32.
7. **Steinberg L.** Sex Education. *Adolescence (International Edition)*, Third Edition, New York: Mc Graw Publishing, **1993**.
8. **Dağoğlu T, Görak G.** Adölesan Gebeliği ile İlgili Sorunlar. Ev Ziyaretleri, *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*, 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2002**: 757-777.
9. **Ingelfinger G, Polin B.** “Teen Pregnancy”, Gelligs and Kagans Current Pediatric Therapy ,3rd Edition, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2002**.
10. **Behrman R.** Nelson Essensial of Pediatrics. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **1996**.
11. **Fathalla MF.** Reproductive Health in World: Two Decades of Progress and The Challenge Ahead, Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD, (Eds), in: Reproductive Health: A Key To A

Brighter Future Biennial Report 1990-1991 Special 20th Anniversary Issue, Geneva, World Health Organization, **1992**:. 3-32.

12. **Dervişoğlu AA.** (Çev. Ed). Üreme Sağlığı ile İlgili Politika ve Yasalar. Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, No 1, **1990**: 57-85.
13. World Health Organization ,Definitions and Indicators İn Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health, Family and Reproductive Health European Regional Office, **1998**;(1-6):115.
14. Devlet İstatistik Enstitüsü **1998, 2003** Yılları Nüfus Verileri
Erişim: <http://www.die.gov.tr>
Erişim Tarihi: 23.02.2004
15. **Kuşçu Naci K, Koyuncu F, Yıldırım Y, Göker A.** 13-19 Yaş Gebeliğinin Retrospektif İncelenmesi ve Güncel Literatür Eşliğinde Tartışılması. Gynecology Obstetrics and Reproductive Medicine .**2003**; 9(1):16-18.
16. **Özgünen F.T, Atıcı A, Topçuoğlu H, Akın A.** Perinatal Problemler ve Anne Çocuk Sağlığının Etkileri. *Perinatal Tıp*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **1999**: 11-19-85-93.
17. **Glasper EA.** Campbell S, “Adolescent Pregnancy”, Wholey And Wong’s Children’s Nursing, , 2nd Edition, UK: Mosby ,**1999**.
18. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 4. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2000**.
19. **Neyzi O, Ertuğrul T.** Pediatri 2. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **1993**.
20. **Beksaç S, Koç A, Demir N, Yüksel A.** Obstetrik Maternal Fetal Tıp & Perinatoloji. Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi, **2001**.
21. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Uygulama El Kitabı, *Birleşmiş Milletler Çocuk Forumu(UNİCEF) Ergenlik Dönemi ve Ergen Gebelikler*, Madde 1, 24, Ankara: Türk Basınevi, **1998**.
22. BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Ulusal İlk Rapor, Çocuğun Tanımı ve Evlenme Yaşı, *Başbakanlık Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü*, Ankara: Sistem Ofset, **1999**: 10.

23. **Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD.** Newborns Killed or Left to Die By A Parent: A Population-Based Study, *JAMA*. **2003** : Mar 19;289(11):1425-9.
24. **Atıcı A.** “Yenidoğan Bebeğin Bakımında Temel İlkeler”, Tıpça, 1. Baskı, İstanbul: BSG Güney Matbaacılık, **2002**.
25. **Çavuşoğlu H.** Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 2. Baskı, Ankara: Bizim Büro Basımevi, **1996**: 13-14.
26. **Kaplan David W, Mammel K.A.** Adölesans. *Çocuk Hastalıklarında Tanı ve Tedavi*, Çeviren: Tarım Ö., 1.Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **1993**: 269-290.
27. **Can G, Çoban A, İnce Z.** Yenidoğan Bakımı ve Sorunları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları İ.Ü.Tıp Fakültesi Temel Ve Klinik Bilimler Ders Kitabı*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2003**;272.
28. **Güler Ç, Bestan M.** Adölesans (Delikanlılık) Sağlığı, Halk Sağlığı (Temel Bilgiler), II. Baskı, Ankara:Güneş Kitabevi, **1997**.
29. **Okumuş N, Selçukbiricik S.** Adölesan Dönem. *Pediatrici*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, **2000**.
30. Türkiye’de Üreme Sağlığı Programı, Bebek Dostu Hastaneler
Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/default.asp>
Erişim Tarihi: 20/11/2005
31. **Akın A, Bayar N.** “Güvenli Annelik”, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, **1998**;8 (3-4) : 33-36.
32. **The Mother-Baby Package.** Who’s Guide to Saving Women’s and Infants’ Lives, Safe Mother, **1994**;(15):4-7.
33. T.C.Sağlık Bakanlığı, 2003 Yılında Sağlık Ocaklarında Yapılan Poliklinik, Laboratuvar, Doğum ve İzlem Hizmetleri ile İlgili Bazı Göstergelerin Bölgelere Göre Dağılımı.
Erişim: <http://www.sabem.saglik.gov.tr/default.asp>
Erişim Tarihi: 23/11/2005.
34. **Graef JW.** Çev. Editörü: Yılğör E. Normal Yenidoğan, Sağlıklı Çocuk ve Adölesan Bakımının İlkeleri. *Çocuk Hastalıkları Tedavi El Kitabı*. 6. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2001**.
35. **Behrman R.E, Kliegman R.M.** Adölesan Dönemi. *Nelson Essentials of Pediatrics*, Çeviri Editörü: Tuzcu M., 3.Edisyon, Bölüm:7, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi , **2001**: 225-245.

36. **Conk Z.** Adölesan Dönemi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, Bölüm 1, 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset, **1997**: 21-23.
37. **Onat T.** Adölesans Dönemin Sağlığı. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları*, Cilt 1, İstanbul: Eksen Yayınları, **1996**: 27-35.
38. **Rudolph Colin.D, Rudolph Abraham M, Hostetter Margaret K, Luter G, Siegel Norman J.** The Adolescent Patient, *Rudolph's Pediatrics*, 21st Edition, U.S.A.: Mc Graw-Hill Medical Publishing, **2002**: 223-246.
39. **Açıkalm İ.** Adölesan Döneme İlişkin Sorunlar. XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, 19 Mayıs Üniv. Tıp Fak. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Neonatoloji Bilim Dalı, Samsun: Türk Neonatoloji Derneği Baskısı*, 25-28 Haziran **2001**:55-57.
40. **Seyrek V.** Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmeti Merkezinde Hizmet Sunumu. . 4. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı*, Ankara: Bayt Yayın, 20-23 Nisan **2005**:92-93.
41. **Ağduk M.** (UNFPA, Savunuculuk Program Koordinatörlüğü). Erken Evlilikler ve Erken Yaşta Yapılan Evlilikler. *Çocuk Dergisi*, Ankara: Kök Yayıncılık, **2004**; (40):8-9.
42. **Ventura S, Mathews T J, Hamlyon B D.** Birth to Teenages in United States 1940-2000. *Natonal Vital Statistics Reports*, **2001**;49(10) :1-21
43. **Chauliac M, Raimbault AM.** Adolescent Pregnancy, *Dev Sante*. **1992**;(98):23-5.
44. **Dia AT, Diallo I, Guillemin F, Deschamps JP.** Prognostic Factors of Pregnancy and Delivery Complications in Senegalese Adolescents and Their Newborn, *Sante.*, **2001**;11(4):221-8.
45. **Malatyahoğlu E, Aydın M, Dabak Ş.** Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevine Başvuran Adölesanların Obstetrik Sorunları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,**1992**; 9 (3-4): 209-213
46. **Oral E, Çolgar U, Turan Ö.** Adölesan Gebelikler Obstetrikte Risk Faktörü Mü?. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* ,**1996**; 19 (4): 207-210

47. **Erdöl H, Karagüzel G, Demirbağ C, Mocan H.** Trabzon Yöresinde Anne Sütü Verme Alışkanlığının Eğitim Durumu İle İlişkisi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **1996**; 13 (1): 13-18.
48. **Üstün Engin Y, Meydanlı M, Atmaca R.** Adölesan Gebeliklerde Prognoz. *10.Ulusal Perinatoloji Kongresi & International Workshop On Multiple Pregnancy Konuşmalar ve Özetler Program Kitabı*, İstanbul: Deomed Yayıncılık, 10-13 Nisan **2005**:328.
49. **Çöl M, Çalışkan D, Akdur R.** Genç Yaş Evliliklerinin Anne ve Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **1994**; 47 (1): 95-108.
50. **Sevil Ü, Ekmekçi A.** Adölesanlarda Gebelik Sorunlarının ve Benlik Saygısının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**;16(3):189-196.
51. **Abdelmoneim I.** A Study Of Determinants of Low Birth Weight in Abha, Saudi Arabia. *African Journal Med Med Scientist*, **2004**;33(2):145-8.
52. **Denizoğlu A.** Adölesan Gebelik, Çocuk Örselenmesi ve İhmali
Erişim:www.cksiz.cocuk haklari.org
Erişim Tarihi:**10/04/2004**
53. **Haznedaroğlu D.** Türkiye’de Yenidoğan Sağlığının Durumu ve Yapılan Çalışmalar. *XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, 19 Mayıs Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Neonatoloji Bilim Dalı, Samsu: Türk Neonatoloji Derneği Baskısı, 25-28 Haziran 2001*;5-9.
54. **Phipps MG, Sowers M, Demonner SM.** The Risk for Infant Mortality Among Adolescent Childbearing Groups, *J Womens Health (Larchmt)*, **2002** ;11(10):889-97.
55. **Phipps MG, Blume JD, Demonner SM.** Young Maternal Age Associated with Increased Risk of Postneonatal Death, *Obstet Gynecol.*, **2002** ;100(3):481-6.
56. **Taffa N.** A Comparison of Pregnancy and Child Health Outcomes Between Teenage and Adult Mothers in The Slums of Nairobi, Kenya, *Int J Adolesc Med Health*. **2003** ;15(4):321-9.
57. **Gürel S.** Doğum Öncesi Bakım Almada Türkiye'deki Sorunlar ve Çözümleri.*10.Ulusal Perinatoloji Kongresi & International Workshop on Multiple Pregnancy Konuşmalar ve Özetler Program Kitabı*, İstanbul: Deomed Yayıncılık, 10-13 Nisan **2005**: 215-220.

58. **Danforth's** Obstetrics and gynecology, Edited by James R.Scott, Philip J. DiSaia,Charles B. Hammond, and William N. Specially. Normal Gebelik ve Prenatal Bakım, Obstetrik ve Jinekoloji, Yedinci Edisyon, İstanbul, **1997**:67-85.
59. **Şen C, Yayla M, Levene M.** Perinatal Bakım Antalya Sonuç Bildirgesi. *II. Dünya Perinatal Tıp Kongresi (Gelişmekte Olan Ülkeler İçin)*, Antalya-Türkiye, 1-5 Ekim 2002, *Perinatoloji Dergisi* **2002**; 10(2): 300-307.
60. WHO, Antenatal Care Randomized Trial: Manual for The Implementation of The New Model, Genova, **2002**; 10-26.
61. **Mc Lafferty S, Grady S.** Prenatal Care Need and Access: A GIS Analysis. *J Med Syst.* **2004**;28(3):321-33.
62. **Ümran D, Özhan N.** Adölesan Gebelerin Kaygı Düzeylerinin ve Prenatal Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Kadın Doğum Dergisi (Journal Of Obstetrics And Gynecology)*, **2004**;3(2) : 443-447.
63. **Aslan B D, Sevil Ü.** Adölesan Gebelerin Öz-Bakım Gücünün İncelenmesi. *3rd. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*, Ankara, 20-23 Nisan **2003**:18.
64. **Aliefendioğlu D, Hançer Ş, Çahin M, Çakmak F.** Yenidoğan Servisinde İzlenen Bebeklerin Annelerinin Doğum Öncesi Bakımları. *Perinatoloji Dergisi*, **2002**; 10(1): 11-13.
65. **Akın A, Özvarış ŞB.** Türkiye’de Doğum ve Doğum Sonu Hizmetlerden Yararlanma. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları*, Editör: Ayşe Akın, Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA, Ankara, **2002**.
66. **Bebiş H.** Sağlıklı Yenidoğanın Evde Bakımı. *13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) Ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*, Kayseri, 13-17 Nisan **2005**:450-453.
67. **Yüksel K.** Laktasyon ve Hemşirelik Bakımı. *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*, Bölüm 21, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi**1997**:185
68. **Kızılkaya N.** Annelerin Erken Lohusalık Dönemindeki İlgilerinin Belirlenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, **1996**; 4 (4): 245-248.

69. **Arşan S.** Temel Yenidoğan Sağlığı ve Temel Yenidoğan Bakımı. *XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, 19 Mayıs Ünv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Neonatoloji Bilim Dalı, Samsun: Türk Neonatoloji Derneği Baskısı, 25-28 Haziran 2001:7-11.*
70. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Hamileliğe Hazırlık ve Doğum Sonrası.* Çeviri Editörü, Demir A., 3. Baskı, Bölüm 16-17, Ankara: Hayat Yayıncılık, **2002:305-327.**
71. **Samancı N.** Yenidoğanın Genel Bakım Prensipler., *Neonatoloji*, Nobel Kitabevi, Bölüm 17, 1.Baskı, Ankara, **1998:140-150.**
72. **Taneli N, Taneli B.** Yenidoğan Bakımına Ait Özellikler, İlk Bir Ay İçinde Görülen Sorunlar, *Bir Çocuk Yetişiyor*, 2.Baskı, İzmir: Güven Kitabevi, **2005:34-80.**
73. **Saatçi E.** Yenidoğan Bakımı *Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum*, Adana: Nobel Kitabevi, **2005.**
74. Bebek Dostu Hastaneler, Emzirme.
Erişim: http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html
Erişim Tarihi: 10/05/2005.
75. **Atıcı A.** Yaşamın İlk Altı Ayında Beslenme. Prematüre Bebeğin Beslenmesi, *Beslenme Vakti*, 3.Baskı, Adana: Estajans Baskı, **2001:14-26.**
76. **Pek H.** Dünyada Ve Ülkemizde Anne Sütü İle Beslenme Durumu. XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, 19 Mayıs Ünv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Neonatoloji Bilim Dalı, *Samsun: Türk Neonatoloji Derneği Baskısı, 25-28 Haziran 2001:253-255.*
77. **Yıldız S.** Anne Sütü ile Beslenmede Hemşirenin Sorumluluğu. *XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, 19 Mayıs Ünv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Neonatoloji Bilim Dalı, Samsun: Türk Neonatoloji Derneği Baskısı, 25-28 Haziran 2001: 247-252.*
78. **Miller W.F, Hanretty K.P.** Laktasyon ve Emzirme. *Resimli Doğum Bilgisi*, Çeviri Editörü: Günalp S., Güneş Kitabevi, Ankara, **2003:340-343**
79. **Arşlan F.** Yenidoğanın Ailesine Danışmanlık ve Eğitim. *13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNeko-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*, Kayseri, 13-17 Nisan **2005:442-447**

80. **Wambach KA, Koehn M.** Experiences of Infant-Feeding Decision-Making Among Urban Economically Disadvantaged Pregnant Adolescents, *J Adv Nurs.*, **2004**;48(4):361-70.
81. **Tülcüoğlu F, Coşansu G.** Annelerin Bebek ve Çocuk Beslenmesi Konusunda Bilgi ve Davranışları. *19 Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu IV.Ulusal Hemşirelik Öğrencisi Kongresi*, Ankara: Kök Yayıncılık, 5-6 Mayıs **2005**;114.
82. **Bourke E.** Cord Care: Too Much or Too Little, *Aust J Adv Nurs.* **1990**;7(2):19-22.
83. **Zupan J, Garner P, Omari AA.** Topical Umbilical Cord Care At Birth, *Clin Pediatr (Phila)*. **2004**;43(8):763-7.
84. **Çalışkan Z, Yaramış N.** Bebeklik ve Çocuklukta Karşılaşılan Sorunları İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamaları. *13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*, Kayseri, 13-17 Nisan **2005**;489.
85. **Walsh Linda V, CNM, MPH.** Neonatal History, General Appearance, *Midwifery Community Based Care During The Childbearing*, Chapter 29, W.B: Saunders Company, USA, **2001**; 346-347.
86. **Medves JM, O'Brien B.** Does Bathing Newborns Remove Potentially Harmful Pathogens From The Skin?, *Birth*, **2001**;28(3):161-5.
87. **Bryanton J, Walsh D, Barrett M, Gaudet G.** Tub Bathing Versus Traditional Sponge Bathing for The Newborn, *J.Obstetric Gynecol Neonatal Nursing*, **2004** ;33(6):704-12.
88. **Koturoğlu G, Akşit S, Kurugöl Z.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Polikliniği'nde İzlenen Bebeklerin Yatış Pozisyonunun Değerlendirilmesi *Türk Pediatri Arşivi*, **2004**;39(2), Sayfa: 78-82.
89. **Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, Et Al.** Environment Of Infants During Sleep And Risk of The Sudden Infant Death Syndrome: Results Of 1993-95 Case Control Study for Confidential Inquiry Into Stillbirths and Deaths In Infancy. *Br Med J* **1996**; 313: 191- 5.
90. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. *Pediatrics* **2000**; 105: 650- 6.

91. **Polat A, Kavak N, Kavak S, Akalın N.** İnfant Uyuma Pozisyonu ve Bazı Sosyodemografik Özellikler. *Ege Pediatri Bülteni* **1996**; 3 (4): 237- 9.
92. **Çoban A.** Neonatal Hiperbilirubinemide İzlem, XI. Ulusal Neonatoloji_Kongresi Kongre Kitabı. *XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, 19 Mayıs Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Neonatoloji Bilim Dalı, Türk Neonatoloji Derneği Baskısı, Samsun, 25-28 Haziran 2001*:121-128.
93. **Çavuş S.** Hiperbilirubinemi Olan Yenidoğanın Bakım Standartları. *13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, Kayseri, 13-17 Nisan 2005*:401-403.
94. **Taşkın L, Eroğlu K.** Anne ve Bebekteki Bazı Özelliklerin Yenidoğanın Bilirubin Düzeyi ile İlişkisi. *Doktor* **1997**; 3 (1): 98-100.
95. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. *Teen Births, 2002.*
96. **Karakaya E, Gençalp N.** Adölesan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı ve Sosyoekonomik-Kültürel Özellikler. *4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Bayt Yayın, Ankara, 20-23 Nisan 2005*: 226.
97. **Karna G.** Gebelikte İmmünizasyon. *XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, 19 Mayıs Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Neonatoloji Bilim Dalı, Samsun: Türk Neonatoloji Derneği Baskısı, 25-28 Haziran 2001*:85-91.
98. **Nguyen JD, Carson ML, Parris KM, Place P.** A Comparison Pilot Study Of Public Health Field Nursing Home Visitation Program Interventions for Pregnant Hispanic Adolescents, *Public Health Nurs.* **2003** ;20 (5):412-8.
99. **Koniak-Griffin D, Verzemnieks IL, Anderson NL, Brecht ML, Lesser J, Kim S, Turner-Pluta C.** Nurse Visitation for Adolescent Mothers: Two-Year İnfant Health and Maternal Outcomes, *Nurs Res.*, **2003**;52(2):127-36.
100. **Gözüm S, Verep S, Kılıç D, Tezel A.** Postpartum Dönemde Erken ve Sık İzlemin Anne ve Bebek Sonuçlarına Etkisi, *4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Ankara: Bayt Yayın, 20-23 Nisan 2005*:313.

101. **Frota DA, Marcopito LF.** Breastfeeding Among Teenage And Adult Mothers in Brazil *Rev Saude Publica.* **2004**;38(1):85-92. Epub 2004 Jan 30.
102. **Dewan N, Wood L, Maxwell S, Cooper C, Brabin B.** Breast-Feeding Knowledge and Attitudes of Teenage Mothers in Liverpool, *J Hum Nutr Diet.* **2002** ;15(1):33-7.
103. **Bodur S, Taş F, Çevik Ü, Kurşun Ş.** Primipar Annelerin Bebek Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyine Hemşire ve Ebelerin Katkısı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2003**;6(3):10-18.
104. **Ward M, Sheridan A, Howell F, Hegarty I, O'Farrell A.** Infant Feeding: Factors Affecting Initiation, Exclusivity and Duration, *Ir Med J.* **2004**; 97 (7) : 197 – 9.
105. **Elmacıoğlu F, DüNDAR C, Egemen A.** Anne Sütünün Miktarını Etkileyen Bazı Faktörler, *Beslenme ve Diyet Dergisi / Journal Of Nutrition And Dietetics,* **1998**;27(1):4-7.
106. **Coşkun A, Tümerdem Y.** Adölesan Gebeliklerinde Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklerin Araştırılması. *XXIV. Türk Pediatri Kongresi,* , Kitap No:28, İstanbul: Türk Pediatri Kurumu Yayınları **1996**:152-153
107. **Menacker F, Martin JA, Macdorman MF, Ventura SJ.** Births to 10-14 Year-Old Mothers. 1990-2002: Trends and Health Outcomes, *Nationall Vital Statistics Report,* **2004**;53(7):1-18.
108. **Quinlivan JA, Evans SF.** Teenage Antenatal Clinics May Reduce The Rate of Preterm Birth: A Prospective Study, *BJOG.* **2004**;111(6):571-8.
109. **Genç M, Güneş G, Pehlivan E.** Bebeklerimizi Nasıl Büyütüyoruz?. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, **1998**;5(2-3):169-175.
110. **Çetin H.** “Çocuklarında Enfeksiyon Hastalıkları Belirtileri Görülen Ebeveynlerin Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurularını Etkileyen Etmenler”. *Hemşirelik Forumu Dergisi (Nursing Forum),* Kasım-Aralık **2004**: 36 – 41.
111. **Coşkun A, Erdem N, Gelişken R, Özer D.** 0-1Yaş Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımında Kullandıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi. *19 Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu IV.Ulusal Hemşirelik Öğrencisi Kongresi,* Ankara: Kök Yayıncılık, 5-6 Mayıs **2005.**

112. **Atherton D, Mills K.** What Can Be Done to Keep Babies' Skin Healthy?, *RCM Midwives*. **2004**;7(7):288-90.
113. **Penny-Macgillivray T.** A Newborn's First Bath: When?, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **1996**;25(6):481-7
114. **Varda KE, Behnke RS.** The Effect of Timing of Initial Bath on Newborn's Temperature. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, **2000** ;29(1):27-32.
115. **İnsar S, Dindar İ.** Edirne Merkezindeki Bir Sağlık Ocağına Kayıtlı 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Bakımına İlişkin Geleneksel Davranışlarının İncelenmesi. *19 Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencisi Kongresi*, Ankara: Kök Yayıncılık, 5-6 Mayıs **2005**.
116. **Anderson GC, Lane AE, Chang HP.** Axillary Temperature İn Transitional Newborn Infants Before And After Tub Bath. *Appl Nurs Res.*, **1995** ;8(3):123-8.
117. **Karl DJ.** The Interactive Newborn Bath, *MCN Am J Matern Child Nurs.*, **1999**;24(6):280-6.
118. **Sharps PW, El-Mohandes AA, Nabil El-Khorazaty M, Kiely M, Walker T.** Health Beliefs And Parenting Attitudes Influence Breastfeeding Patterns Among Low-Income African-American Women, *J Perinatol*, **2003** ;23(5):414-9.
119. **Dinç S.** 0-1 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Çocuklarının Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Uygulamaların Saptanması, IX. Halk Sağlığı Kongresi. 0; 3(0): 0-0
Erişim: [http:// www. halk sagligi kongresi.com](http://www.halk.sagligi.kongresi.com)
Erişim Tarihi: 23/11/2005.
120. **Osrin D, Mesko N, Shrestha BP, Shrestha D, Tamang S, Thapa S, Tumbahangphe KM, Shrestha JR, Manandhar MK, Manandhar DS, Standing H, Costello AM.** Implementing A Community-Based Participatory Intervention to Improve Essential Newborn Care in Rural Nepal, *Trans R Soc Trop Med Hyg.* **2003**;97(1): 18-21.
121. **Jansson A, Sivberg B, Larsson BW, Uden G.** First-Time Mothers' Satisfaction with Early Encounters with The Nurse in Child Healthcare: Home Visit or Visit to The Clinic?, *Acta Paediatr.*, **2002**;91(5):571-7.

8.EKLER

EK 1-ANKET FORMU

1-Yaşınız

2-Öğrenim durumunuz

a) Okur- yazar değil b) Okur-yazar c) İlk-orta d) Lise e) Üniversite

3-Herhangi bir işte çalışıyor musunuz ?

a) Evet b) Hayır

4-Evli misiniz?

a) Evet b) Hayır

5-Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) Okur- yazar değil b) Okur-yazar c) İlk-orta d) Lise e) Üniversite

6-Ortalama aylık geliriniz nedir?

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

7-Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

8-Kaç yaşında evlendiniz?

.....

9-Doğum öncesi bakım aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

10-Evet ise kaç defa aldınız?

- a) 1-2 b) 3-4 c) 5-6 d) 7ve üstü

11-Gebeliğinizde yenidoğan bakımı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

12-Doğumdan sonra ilk 1 haftalık kendinize ve bebeğinize yönelik bakım aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

(AÇIKLAMA:12. soruya cevabınız a) Evet ise 13. soruyu cevaplayınız)

13- Doğumdan sonraki bu bakımı kaç kez ve nerede aldınız?

- a) Evde, 1 defa c)Hastanede, 1 defa
b) Evde, 2 defa d) Evde, 1 defa, Hastanede, 1 defa

14-Gebeliğinizde tetanoz aşısı oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

15-Doğumunuzu nerede yaptınız?

- a) Hastane b) Sağlık ocağı c) Ev

16-Doğum şekliniz nedir?

- a)Vaginal b)Sezaryen

17-Doğumdan sonra bebeğinize dokunup kucağınıza aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

18-Bebeğinizi ilk ne zaman kucağınıza aldınız ?

- a) İlk 30dakika b) 31dakika-2saat c) 2saat-4saat d) 4saat ve üstü

19-Bebeğinizi ilk kucağa aldığınızda kimden yardım aldınız?a) Sağlık personeli

b) Eş

c) Anne

d) Kayınvalide

e) Akraba-komşu

f) Hiçbiri (kimseden yardım almadım)

20-Bebeğinizi ne ile besliyorsunuz?

a) Emzirme b) Mama c) Diğer

21-Bebeğinizi ilk olarak ne zaman emzirdiniz?

a) İlk 30dakika b) 31dakika-2saat c) 2saat-4saat d) 4saat ve üstü

22-Bebeğinizi beslerken yardım aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

23-Kimden yardım aldınız?

a) Eş b) Aile c) Akraba d) Komşu e) Diğer

24-Bebeğinizi emzirmeden önce neler yapıyorsunuz?a) Elleri yıkama

b) Meme ucunu suyla silme

c) Meme ucu karbonatlı suyla silme

d)Meme ucunu anne sütüyle silme

e) Günlük duş aldığım için silmiyorum

f)Hiçbiri

25-Bebeğinizi en fazla ne kadar süre emzirebiliyorsunuz?

- a) 1-4 dakika b) 5-9dakika c)10dakika ve zeri

26-Bebeğinizi ne kadar sıklıkta emzirebiliyorsunuz?

- a) 4 saat arayla
b) 3 saat arayla
c) 2 saat arayla
d)1 saat arayla
e)Her ağladığında

27-Bebeğinizin doydugunu nasıl anlarsınız?

- a) Emmeyi bırakınca
b) Uyuyunca
c) Ağlaması kesilirse
d) 5-20 dakika arası her iki göğsümü emdiğinde

28-Bebeğinizin gaz çıkarma ile ilgili sorunu var mı?

- a) Evet b) Hayır

29-Bebeğinizin gazını nasıl çıkarıyorsunuz?

- a) Emzirdikten sonra kendisi çıkarıyor
b) Emzirme arasında ve sonrasın da pozisyon vererek sırtını sıvazlıyorum
c) Gazı için ilaç kullanıyorum

30-Bebeğinizin göbeği dğt m?

- a) Evet b) Hayır

31-Bebeğinizin göbeğinin iltihaplanmasını önlemek için ne yapıyorsunuz?

- a) Baticon/alkol ile pansuman yapıyorum
b) Pudra kullanıyorum
c) Diğer(el yapımı ilaçlar vb.)

32-Bebeğin ilk banyosunu ne zaman yaptırdınız?

- a)1-2 gün b)3-4gün c)5-6gün d)7ve8gün e)göbeği düştükten sonra

33-Bebeğin banyosunu yaptırırken hangi uygulamalara dikkat ediyorsunuz?

- a) Oda ısısı
b) Suyun sıcaklığı
c) Küvet
d) Sabun/şampuan
e) Kurulanması
f) Yıkama pozisyonu
g) Yıkama sıklığı

34-Bebeğinizin bezini günde kaç kez değiştiriyorsunuz?

- a)1-2
b)3-4
c)5-6
d)7 ve üstü

35-Bebeğinizin altını ne şekilde temizliyorsunuz?

- a)Islak mendille
b)Yıkama(pamuk-ıslak su)
c)Hiçbiri

36-Bebeğinizin pişik oluşunu önlemek için ne yapıyorsunuz?

.....
.....

37-Bebeğinizin burun temizliğini nasıl yapıyorsunuz ?

.....
.....

38-Bebek ile aynı odada mı yatıyorsunuz ?

a)Evet b)Hayır

39-Bebeğinizin yatağı nerede ?

.....

40-Bebeğinizi genellikle hangi pozisyonda yatırılıyorsunuz?

41-Bebeğinize hiç aşı yapıldı mı?

a) Evet b) Hayır

42-Bebeğinizin hangi aşıları yapıldı?

.....

43-Bebeğinizin topuğundan kan alındı mı?

a)Evet b)Hayır

44- Bu kanın ne için alındığını biliyormusunuz ?

a)Evet b)Hayır

45-Bebeğinizde aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

a) Pişik

b) Pamukçuk

c) Göbek iltihabı (enfeksiyonu)/ kanaması

d) İshal

e) Kabızlık

f) Ateş

g Sarılık(hiperbilürinemi)

h) Gözlerde çapaklanma/akıntı

46-Bebeğinizin ateşi olduğunu nasıl anlarsınız?

- a)Alnına veya vücuduna dokunarak
- b)Derece ile ateş ölçerek
- c)Ağladığında , emmediğinde
- d)Diğer

47-Bebeğinizin sarılık problemi oldu mu?

- a)Evet
- b)Hayır

(AÇIKLAMA: 47. soruya cevabınız a) Evet ise 48. soruyu cevaplayınız)

48- Bunu nasıl anladınız? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- a)Gözlerinin içi sarardı.
- b)Cildi sarardı.
- c)Emmedi, huzursuz oldu, uykusuz kaldı.
- d)Diğer

49-Bu durumlarda ne yaptınız?

- a)Sağlık kuruluşuna götürdüm
- b)Çevremdekilere danıştım
- c)Normal olduğunu düşündüm, geçer diye bekledim.
- d)Hocaya götürdüm

50-Bebeğinizin niçin ağladığını anlayabiliyor musunuz?

.....

51-Bebeğinizin özel bakım gerektiren fiziksel bir problemi var mı?

- a)Hayır
- b)Evet
- Varsa nedir?.....

52-Aşağıdaki uygulamalardan hangisini yaptınız?

a)Tuzlama

b)Kundaklama

c)Toprağa Sarma

d)Gözlerine Sürme çekme

e)Üç ezan süt vermeme



ÖZGEÇMİŞ

1978 Hatay doğumlu. 1995 yılında Hatay Sağlık Meslek lisesinden mezun oldu. 1997 Yılında Çukurova Üniversitesi Ebelik-Önlisans, 1999 Uludağ Üniversitesi Ebelik-Lisansını tamamladı. Adana Şakirpaşa Sağlık Ocağı, Bursa Çocuk Hastanesi'nde, Mersin Çiftlikköy Sağlık Ocağı'nda, Mersin 112 Acil Yardım ve Sağlık Hizmetlerinde görev yaptı.