



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DENİZLİ İL MERKEZİNDE 0-12 AY ARASI BEBEĞİ OLAN
ANNELERİN ANİ BEBEK ÖLÜM SENDROMU KONUSUNDA
RİSKLİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM
DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Çiğdem ERDOĞAN

**Kasım 2015
DENİZLİ**

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

**DENİZLİ İL MERKEZİNDE 0-12 AY ARASI BEBEĞİ OLAN ANNELERİN
ANİ BEBEK ÖLÜM SENDROMU KONUSUNDA RİSKLİ
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Çiğdem ERDOĞAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Türkan TURAN

Denizli, 2015

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Çiğdem ERDOĞAN tarafından Doç. Dr. Türkan TURAN yönetiminde hazırlanan "Denizli İl Merkezindeki 0-12 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Ani Bebek Ölüm Sendromu Konusunda Riskli Davranışlarının Belirlenmesi" başlıklı tez tarafımızdan okunmuş olup, kapsamı ve niteliği açısından bir yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan(DANIŞMAN) Doç. Dr. Türkan TURAN
Pamukkale Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR
Adnan Menderes Üniversitesi




Üye Doç. Dr. Bengü ÇETİNKAYA
Pamukkale Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../.....
Tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Zekiye Melek BOR KÜÇÜKATAY

Müdür



Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu araştırmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan araştırmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Çiğdem ERDOĞAN

İmza:

ÖZET

DENİZLİ İL MERKEZİNDE 0-12 AY ARASI BEBEĞİ OLAN ANNELERİN ANİ BEBEK ÖLÜM SENDROMU KONUSUNDA RİSKLİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

ERDOĞAN, Çiğdem

Yüksek Lisans Tezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Türkan TURAN

KASIM 2015, 64 Sayfa

Bu araştırma, 0-12 ay arası bebeği olan annelerin ani bebek ölüm sendromu konusundaki riskli davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırma Denizli il merkezinde ikamet eden 0-12 ay arası bebeği olan 456 anne ile yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik veri toplama formu, bebeğe ait bilgi formu ve ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri formu kullanılmıştır. Araştırma kurum izinleri ve etik kurul izni alındıktan sonra uygulanmış ve veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir.

Araştırma sonucunda annelerin %77,8'inin bebeklerini sırtüstü olmayan pozisyonda yatırmayı tercih ettikleri, %21,9'unun bebeğinin yüzünü örttüğü, %51,1'inin emzik kullanmadığı, %10'unun gebelikte ve emzirme döneminde sigara içtiği, bebeklerin %40,8'inin bulunduğu ev ortamında sigara içildiği ve %61,2'sinin odasında derece bulunmadığı, annelerin %28,5'inin bebeğini uyuturken yatak paylaşımında bulunduğu, %65,8'inin yastık kullandığı ve %65,5'sinin yorganın ayakucu ve kenarlarını sıkıştırmadığı bulunmuştur.

Yapılan bu araştırmada annelerin sosyodemografik özellikleri ile ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde annenin eğitim durumu ile bebeğin yüzünü örtme, gebelikte sigara içme, bebeğiyle aynı odada uyuma, bebeğini uyuturken yastık kullanma, yorganı sıkıştırma durumları, bebeğin odasında derece bulundurma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ailenin gelir durumu ile yorganı sıkıştırma durumu ve bebeğin emzik kullanması arasında, annenin mesleği ile bebeğini uyuturken yastık kullanma, yorganı sıkıştırma durumları, bebeğin odasında derece bulunması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aile yapısı ile bebeğini uyuturken yastık kullanma arasında, sahip olunan çocuk sayısı ile bebeğini uyuturken yastık kullanma arasında, annenin yaşı ile gebelikte sigara içme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar annelerin ani bebek ölüm sendromu açısından riskli davranışlarda bulunduğunu göstermektedir. Hemşirelerin hem gebelik döneminde hem de doğum sonrası dönemde annelere ani bebek ölüm sendromu oluşumuna neden olabilecek riskli davranışlarını en aza indirmek için eğitim ve danışmanlık vermeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: ani bebek ölüm sendromu, riskli davranış, anne, bebek bakımı

ABSTRACT**DETERMINING MATERNAL BEHAVIORS THAT PUT INFANTS BETWEEN 0-12 MONTHS AT RISK OF SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME IN THE CITY OF DENİZLİ****ERDOĞAN, Çiğdem****M.Sc. Thesis in Child Health and Disease Nursing Programme****Supervisor: Associate Professor Türkan TURAN****November 2015, 64 Pages**

The aim of this study is to determine the risky behaviors of mothers who have 0-12 month babies towards sudden infant death syndrome. This is a descriptive study. The study was conducted with 456 mothers who have 0-12 month babies and reside in the city of Denizli. The study data were collected using a socio-demographic data collection form, the introductory information form for infants and the risk factors of sudden infant death syndrome form. The study was conducted after institutional permissions and ethics committee approval were obtained. The data were analyzed using the SPSS program.

According to the study findings, %77,8 of the mothers prefer to lay their babies down in the non-supine position, and %21,9 cover their babies' faces. Also, %51,1 of mothers do not use pacifiers. It was also found that %10 of mothers smokes during pregnancy and breast feeding, other individuals smoke in the homes of %40,8 babies, and there is no thermometer in the rooms of %61,2 babies. % 28,5 of mothers, sleep with their babies in the same bed, %65,8 use pillows and % 65,5 do not tuck in the bottom and edges of blanket.

An analysis of the relationship between the sociodemographic characteristics of the mothers and the risk factors of sudden infant death syndrome indicated that there is a significant correlation between the mothers' education levels and certain behaviors including covering their baby's face, smoking during pregnancy, sleeping in the same room with their babies, using pillows when the babies sleep, tucking in blankets and having thermometers in the babies' rooms. A significant correlation was also found between family income levels and tucking in blankets and using pacifiers as well as between the mothers' professions and using pillows and tucking in blankets and having thermometers in their babies' rooms. The other significant correlations were between the type of family and using pillows, between the number of children and using pillows, between the age of mother and smoking during pregnancy. These results show that mothers engage in risky behaviors regarding sudden infant death syndrome. It is recommended that nurses should train mothers and provide counseling during their gestation and postpartum period to reduce risky behaviors that can cause the occurrence of sudden infant death syndrome.

Keywords: sudden infant death syndrome, risky behavior, mother, infant care

TEŞEKKÜRLER

Tezimin en başından sonuna kadar yardımlarını benden esirgemeyen, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, meslek hayatımda ilerde olmam gereken en güzel örneğini teşkil eden danışman hocam Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı Sayın Doç. Dr. Türkan TURAN'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini, bilgi ve birikimlerini benden esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN'a ve Dekan Yardımcısı Sayın Yard. Doç. Dr. Asiye KARTAL'a,

Yüksek lisans eğitimimde destek, bilgi ve birikimlerini benden esirgemeyen hocalarım Sayın Doç. Dr. Bengü ÇETİNKAYA'ya ve Sayın Doç. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR'a ve Seher SARIKAYA KARABUDAK'a

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Denizli Halk Sağlığı Kurumu yetkililerine ve çalışanlarına ve araştırmaya katılan tüm annelere

Tüm hayatım boyunca çocukları olmakla gurur duyduğum, tüm öğrenim hayatım boyunca yanımda olan, yalnız kalmama asla izin vermeyen sevgili babam Hasan Hüseyin GÖK'e, ablam Pınar GÖK YANAR'a ve anneannem Adile ERDOĞAN'a özellikle annem Münure GÖK'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca özellikle tezimi yazdığım en yoğun dönemlerimde büyük bir sabır gösteren sevgili eşim Nurettin Erdem ERDOĞAN'a

Yüksek lisans öğrenimimde dersleri birlikte aldığım sevgili arkadaşım Ayça SÖZER'e sonsuz teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Tez Onay Sayfası	i
Bilimsel Etik Sayfası	ii
Özet	v
Abstract	vi
Teşekkür	vii
İçindekiler Dizini	viii
Şekiller Dizini	ix
Tablolar Dizini	x
Simge ve Kısaltmalar Dizini	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Tezin Amacı.....	2
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	3
2.1. Ani Bebek Ölüm sendromu Tanımı ve İnsidansı.....	3
2.2. Ani Bebek Ölüm Sendromu Risk Faktörleri.....	7
2.2.1. Anneye İlişkin Özellikler.....	7
2.2.2. Gebeliğe İlişkin Özellikler.....	8
2.2.3. Bebeğe İlişkin Özellikler.....	9
2.3. Amerikan Pediatri Akademisi Önerileri.....	13
2.4. Hemşirelik Bakımı.....	16
2.5. Hipotezler.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	18
1.2. Araştırmanın Tipi.....	18
1.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	18
1.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
1.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
1.6. Veri Toplama Araçları.....	23
1.7. Ön Uygulamalar.....	23
1.8. Araştırmanın Uygulanması.....	24

1.9. İstatistiksel Analiz.....	24
1.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. 0-12 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin ve Bebeklerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	27
4.2. Annelerin Ani Bebek Ölüm Sendromu Açısından Riskli Davranışlarının Dağılımlarının İncelenmesi.....	30
4.3. Annenin Sosyodemografik Özellikleri ile Ani Bebek Ölüm Sendromuna Yönelik Uyguladıkları Riskli Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	32
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. 0-12 Ay Bebeklerin ve Annelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	43
5.2. Annelerin Ani Bebek Ölüm Sendromu Açısından Riskli Davranışlarının Dağılımlarının İncelenmesi.....	45
5.3. Annenin Sosyodemografik Özellikleri ile Ani Bebek Ölüm Sendromuna Yönelik Uyguladığı Riskli Davranışlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	52
6. SONUÇLAR.....	55
7. KAYNAKLAR.....	58
8. ÖZGEÇMİŞ.....	68
9. EKLER	
Ek-1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu	
Ek-2. Bebeğe Ait Bilgi Formu	
Ek-3. Ani Bebek Ölüm Sendromu Risk Faktörleri Formu	
Ek-4. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurulu Yazılı İzni (01.07.2014 Tarih Ve 60116787-020/36979 Sayılı).	
Ek-5. Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı	

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1.1 Ani bebek ölüm sendromu ile ilgili risk faktörleri	6



TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1.1 Ülkelere göre ani bebek ölüm sendromu görülme oranı.....	5
Tablo 3.3.1 Örnekleme alınan annelerin aile hekimliğine göre dağılımları.....	18
Tablo 4.1.1 0-12 ay arası bebeği olan annelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	25
Tablo 4.1.2 Bebeklerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı.....	26
Tablo 4.2.1 Annelerin bebeklerinde ani bebek ölüm sendromu açısından risk faktörleri varlığına göre dağılımları.....	27
Tablo 4.3.1 Anne yaşına göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı...	29
Tablo 4.3.2 Annenin eğitim durumuna göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı.....	31
Tablo 4.3.3 Ailenin gelir durumuna göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı.....	34
Tablo 4.3.4 Annenin mesleki durumuna göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı.....	36
Tablo 4.3.5 Aile yapısına göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı....	38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP/APA	Amerikan Pediatri Akademisi
ABÖS/SIDS	Ani bebek ölüm sendromu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
CDC	Hastalık İzleme ve Önleme Merkezi
SPSS	Statistical PAckage fort the Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
UNISEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO/DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Dünya'da 2015 yılında bebek/çocuk ölümlerinin 4,5 milyonunun yani 5 yaş altı ölümlerin % 75'inin yaşamlarının ilk yılı içinde meydana geldiği bildirilmiştir (WHO 2015). Ülkemizde ise bebek ölüm hızının 1000 canlı doğumda 13 olduğu ve erken çocukluk döneminde meydana gelen ölümlerin %87'sinin yaşamın ilk yılında meydana geldiği bildirilmiştir (TNSA 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya çapında bebek ölümlerinin başlıca üç nedeni, enfeksiyonlar, preterm doğum ve asfiksidir. Verilen bakımlara bağlı olarak ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir (WHO 2011).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi verilerine göre 2011 yılı içinde bebek ölüm nedenlerindeki ilk beş sırayı; ciddi doğum defektleri, çok küçük ve çok erken doğum, ani bebek ölüm sendromu (ABÖS), gebeliğin maternal komplikasyonları ve yaralanmalar oluşturmaktadır (CDC 2015). Ülkemizde ise bebek ölüm nedenleri prematüre doğum, doğum anomalisi ve sepsis olarak sıralanmaktadır (UNISEF 2009).

Dünyadaki birçok ülkede ani bebek ölüm sendromu insidansı biliniyor olmasına rağmen ülkemizdeki duruma bakıldığında ani bebek ölüm sendromu ile ilgili verilere rastlanmamaktadır (Perk 2011).

Ani bebek ölüm sendromu (sudden infant death syndrome); 1 yaşın altındaki bebeklerin beklenmedik ve kapsamlı bir soruşturma, klinik öykü ve otopsi incelemesinden sonrada nedeni açıklanamayan ani ölümü olarak tanımlanmaktadır (Willinger vd 1991, AAP 2011, CDC 2015). Ani bebek ölüm sendromu oluşumu yaşamın ilk aylarında nadir olarak görülmekte, 2 ve 4 aylar arasında zirveye çıkmakta ve daha sonra tekrar azalmaktadır (AAP 2000).

Yapılan araştırmalarda yüzüstü ya da yan yatış pozisyonu, bebekle yatak paylaşımı (Nelson ve Taylor 2001, Geib vd 2006), yumuşak bir yüzeyde yatmak, gebelikte

annenin sigara kullanması, aşırı sıcak, doğum öncesi bakımın geç ya da hiç alınmamış olması, genç anne yaşı, prematüre ve/veya düşük doğum ağırlığı ve erkek cinsiyete sahip olmak ani bebek ölüm sendromunun risk faktörleri olarak gösterilmiştir (Fleming vd 1996, Hoffman vd 1988, Pillitteri 1999).

Sırtüstü yatış pozisyonunun önerildiği ülkelerde ani bebek ölüm sendromu sıklığı azalmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi'nin, bebeklerde uyurken sırtüstü yatış pozisyonunu önerdiği 1992 yılından itibaren, ani bebek ölüm sendromu sıklığında belirgin azalma gözlenmiştir (Erçin 2012).

Ani bebek ölüm sendromu oluşumunu engellemek için gebelikte annelere iyi bir prenatal bakım uygulanması, prematüreliliğin ve düşük doğum ağırlığının mümkün olduğunca engellenmesi, 32 haftanın üzerindeki tüm bebeklerin sırtüstü yatırılması ve bebeğin aşırı ısıtılmasından kaçınılması, bebeğin ebeveynlerle aynı odada ancak ayrı yatakta yatırılması, emzirmenin desteklenmesi, sigara kullanılmamasına dikkat edilmesi gerekir (Erçin 2012).

Annelerin ve bakım vericilerin bebeklerinin bakımında doğru olan uygulamaları yapabilmeleri için desteklenmeleri ve risk faktörlerinin belirlenerek önlemler alınması önemlidir. Hemşireler, hastanede bebek bakımı konusunda aktif rol oynama ve ailelere bebek bakımı ile ilgili danışmanlık vermeleri ile bebek bakımında önemli bir yere sahiptir. Özellikle aile sağlığı merkezlerinde, yenidoğan ünitelerinde ve pediatri ile ilgili birimlerde çalışan hemşireler bu konuda ön plandadır. Hemşirelerin risk faktörü oluşturan durumları tanımlayarak bu konuda gerekli girişimlerde bulunmaları ve ailelere danışmanlık yapması önemlidir.

Annelerin bu konudaki riskli davranışlarının belirlenerek önlemler alınması ani bebek ölüm sendromu oluşumunu en aza indirmede yardımcı olacaktır.

1.1. Tezin Amacı

Bu araştırmada amacımız 0-12 ay arası bebeği bulunan annelerin ani bebek ölüm sendromu ile ilgili riskli davranışlarının belirlenmesidir.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Ani Bebek Ölüm Sendromu Tanımı ve İnsidansı

Önceden tamamen sağlıklı olduğu bilinen bir bebeğin aniden ölümü aile için son derece üzücü bir trajedir. Yirminci yüzyılın başlarında bebeklerin bu tarz ölümleri sarhoş annelerin dikkatsizce kucağında bebeğiyle yatağa gitmesi sonucunda oluştuğuna inanılırdı (Westcott 1903). Yapılan bir araştırmada bebek ölümlerinin Londra'nın kalabalık sokaklarındaki fakir ailelerin beşikten haberi olmamasından bu nedenle de aynı yatağın paylaşılması, alkol tüketilmesi, genç yaşta anne olunması ve beslenmedeki yanlışlıklar ile sık gözlendiği belirtilmiş ve bebeklerin ayrı beşiklerde yatmaları önerilmiştir (Willcox 1904). Abramson (1944) tarafından 139 bebek ölümünün incelendiği araştırmada bebek ölümlerinin %85'inin ilk 6 ayda en sıkta 2. ve 3. aylarda meydana geldiği, erkek bebeklerde kız bebeklere göre daha sık görüldüğü, ölümlerin kasım-ocak ayları arasında pik yaptığı, en sık yüzüstü pozisyonda oldukları belirtilmiştir. Yirminci yüzyılın başından itibaren bebeklerin beşikte yatırılmasının ardından benzer ölümlerin görülmesi nedeni ile 'ani beşik ölümü' tanımı da kullanılmıştır. İncil'de tanımlanmasına, Hipokrat tarafından bir bebeğin en duyarlı döneminin 40. günleri civarında olduğunun tarif edilmesine karşın, ani bebek ölüm sendromu ancak son 30 yılda yoğun bir şekilde araştırılmıştır (Perk 2011).

Yıllardır çeşitli şekillerde isimlendirilen ya da tanımlanan ani bebek ölümü sendromu; günümüzde bir yaşın altındaki bebeklerin beklenmedik ve kapsamlı bir soruşturma, klinik öykü ve otopsi incelemesinden sonra nedeni açıklanamayan ani ölümü olarak tanımlanmaktadır (Willinger vd. 1991, Perk 2011, AAP 2011, CDC 2015). Ani bebek ölüm sendromu oluşumu yaşamın ilk aylarında nadir görülürken, 2 ve 4 aylar arasında zirveye çıkar ve daha sonra tekrar azalma gösterir (AAP 2000).

Bebeklerdeki ani ölümleri tanımlamak için geliştirilen diğer tanımlar ise ani beklenmedik erken neonatal ölüm (sudden unexpected early neonatal death; SUEND) ve bebeklikte ani beklenmedik ölüm (sudden unexpected death in infancy; SUDI)'dür.

Bu tanımların ani bebek ölüm sendromu ile benzer özellikleri olsa da, SUDI postneonatal dönemdeki ölümleri düşündürmektedir, SUEND ise hayatın ilk haftasında gelişmektedir. Bu tanımları ani bebek ölüm sendromu ile karıştırmamak açısından aradaki farkı bilmek önemlidir (Wilson 2011).

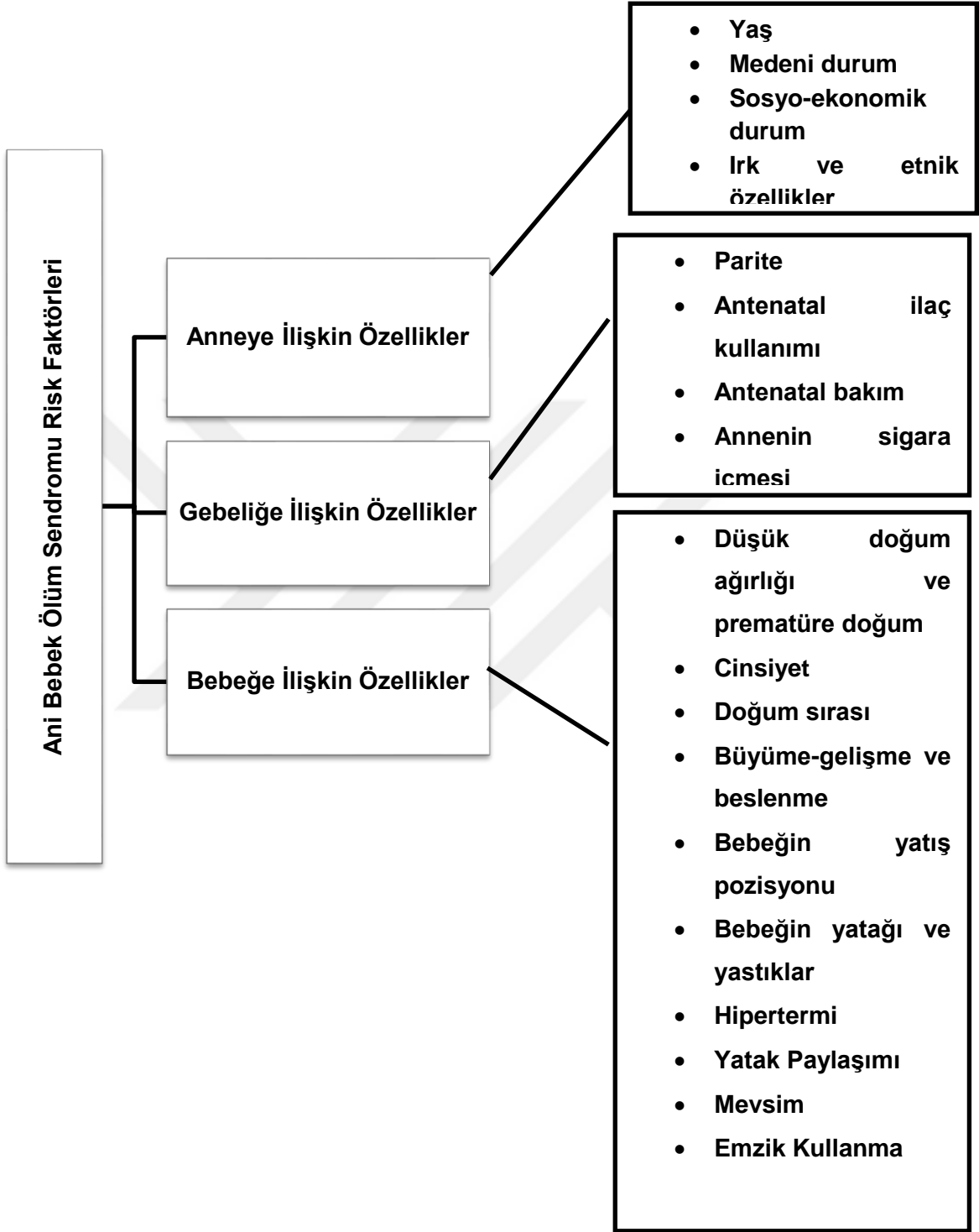
Son yirmi yılda prevelansdaki düşüslere rağmen, ani bebek ölüm sendromu postneonatal dönemde bebek ölümlerinin önde gelen nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (Nelson ve Taylor 2001, Moon vd. 2007). Ani bebek ölüm sendromu yıllık yaklaşık 2500 bebek ölümü ile ABD'de bebek ölümlerinin üçüncü önde gelen nedenidir (Shapiro-Mendoza vd 2009, Murphy vd 2013). Risk azaltma kampanyaları ani bebek ölüm sendromu oranlarındaki düşüslere rağmen, ani bebek ölüm sendromu gelişmiş ülkelerde 1 ay ile 1 yıl arası bebekler için önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Bu ülkelerden Japonya ve Hollanda da en düşük ani bebek ölüm sendromu oranı 1.000 canlı doğumda 0.09 ve 0.1 ile rapor etmiştir (Maternal and Child Health Statistics of Japan 2006, Central Bureau of Statistics). Yeni Zelanda da 2010 yılında ani bebek ölüm sendromundan 27 bebek ölümü vardı ve bunlardan %74,1'i 4 aylıktan küçük ve 15'i erkekti. 1000 canlı doğumda 0,8 ile gelişmiş ülkelerde en yüksek ani bebek ölüm sendromu oranına bildirilen ülke Yeni Zellenda iken (New Zealand Health Information Service 2014), ABD ve İngiltere 1.000 canlı doğumda 0.57 ve 0.41 ile ara değerlerde ani bebek ölüm sendromu oranına sahiptir (Hoyert vd 2006, Report: Unexplained Deaths in Infancy 2006). Türkiye'de ise yapılan araştırmalar incelendiğinde ani bebek ölüm sendromu sıklığı ve risk faktörlerine ilişkin geniş kapsamlı bir veri bulunmamaktadır. Ülkemiz genelini içeren veri bulunmamasına karşın yapılan bazı araştırmalarda ani bebek ölüm sendromunun oranları belirlenmiştir. Kayseri'de 2012 yılında bebek ölümlerinin değerlendirildiği bir araştırmada %6,7 ile ani bebek ölüm sendromu 5. sırada, Hatay ilinde yapılan bir araştırmada 2009 ve 2010 yıllarında bebek ölümleri incelendiğinde ani bebek ölüm sendromu %2,5 ve %1,67 ile 9. sırada yer alırken, İstanbul'da 5 yaş altı çocuk ölümünün incelendiği başka bir araştırmada da %1,2 ile 9. sırada iken yer almaktadır (Dolar vd. 2005, Saltalı ve Karadağ 2012, Çetin vd. 2012).

Tablo 2.1.1 Ükelere göre ani bebek ölüm sendromu görülme oranı

Örnek Ülke	Örnek Oran (1000 canlı doğumda)
Japonya	0.09
Hollanda	0.1
Yeni Zelanda	0.8
ABD	0.57
İngiltere	0.41
Türkiye	Bilinmiyor

(Maternal and Child Health Statistics of Japan 2006, Central Bureau of Statistics, New Zealand Health Information Service, Hoyert vd 2006, Report: Unexplained Deaths in Infancy 2006)

Ani bebek ölüm sendromunun etiyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte çevresel faktörlerin rol oynadığı bildirilmektedir. Bu çevresel faktörler; yüzüstü ya da yan yatış pozisyonu, bebekle yatak paylaşımı, yumuşak bir yüzeyde yatmak, gebelikte annenin sigara kullanması, aşırı sıcak, doğum öncesi bakımın geç ya da hiç alınmamış olması, genç anne yaşı, prematüre ve/veya düşük doğum ağırlığı ve erkek cinsiyete sahip olmaktır (Bergman vd 1972, Ponsonby vd 1993, AAP 2000, Mitchell 2007, Carpender vd 2013, Auger vd 2015) Ani bebek ölüm sendromu vakalarının %95'inden fazlasında bir ya da daha fazla risk faktörü mevcuttur ve vakaların çoğunda bu risk faktörleri değişebilir (genellikle uyuma pozisyonu, uyku ortamı ya da ebeveyn sigara kullanımı) (Ostfeld vd 2010). Yapılan bu araştırmalar risk faktörlerine bağlı ölümlerin doğrudan bir mekanizmasını göstermemektedir. Ancak, alt grupları inceleyen epidemiyolojik araştırmalar ile bu mekanizmalar hakkında ipuçları sağlanabilir (Thompson vd 2006).



Şekil 2.1.1 Ani bebek ölüm sendromu ile ilgili risk faktörleri

2.2. Ani Bebek Ölüm Sendromu Risk Faktörleri

2.2.1. Anneye İlişkin Özellikler

Yaş: Genç annelerin, özellikle 20 yaşından daha küçük annelerin bebeklerinin ani bebek ölüm sendromundan etkilenme olasılıkları fazladır. Kanada'da yapılan bir araştırmada anne yaşının 20' den küçük olmasının ani bebek ölüm sendromu riskini neredeyse 3 kat arttırdığı belirlenmiştir (Hakeem vd 2015). Yapılan başka bir araştırmada da küçük anne yaşı ile ani bebek ölüm sendromu arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Daltveit vd 1998). Başka bir araştırmanın bulgularında ise adölesan annelik risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Pinho ve Nunes 2011). 10-14 yaşları arasındaki gebelikler sonucunda dünyaya gelen bebeklerin ölümüne neden olan faktörlerde 3. sırada ani bebek ölüm sendromu gelmektedir (Menacker vd. 2004).

Medeni durum: Annenin evlenmemiş olmasının ani bebek ölüm sendromu riskini arttırdığı bildirilmektedir (Ekşi 2010). Ani bebek ölüm sendromu ile ilgili yapılan araştırmalarda annenin bekâr olmasının ani bebek ölüm sendromu riskini arttırdığı ortaya çıkarılmıştır (Daltveit vd 1997, Daltveit vd 1998).

Sosyo-ekonomik durum: Düşük sosyo-ekonomik koşullar bebeklerin ölüm riskini artırır ve anne ile babanın eğitim durumu, mesleği, yaşadıkları yer ve yaşam kalitesi gibi değişkenleri de yansıtır (Perk 2011). İngiltere'de yapılan son yirmi yılı içeren toplum temelli bir araştırmada yoksul sosyo-ekonomik kökenden gelen ailelerde bebek ölüm oranının %47' den %74'e yükseldiği belirtilmiştir (Blair vd 2006). Daltveit vd tarafından İskandinav ülkelerinde ani bebek ölüm sendromu ve sosyal faktörler arasındaki ilişkilerin incelendiği araştırmada anne ve baba işsizliğiyle ani bebek ölüm sendromu riski arasında ilişki bulunmuştur (Daltveit vd 1998).

Irak ve etnik özellikler: Alessandri vd (1996) tarafından Avustralyalı Aborjin ve Aborjin olmayan yerli bebeklerde ani bebek ölüm sendromunun incelendiği bir araştırmada Aborjin bebeklerde Aborjin olmayan bebeklere oranla ani bebek ölüm sendromundan ölme riski 3.86 kat fazla bulunmuştur.

Irwin vd (1992) tarafından Washington eyaletinde yerli Amerikan bebeklerde beyaz bebeklere oranla ani bebek ölüm sendromunun daha fazla görülme nedenlerini inceledikleri araştırmada yerli Amerikan bebeklerinin beyaz bebeklere oranla ölme riskleri 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu oranın fazla olma nedeni genetik

yatkınlıktan daha çok yerli Amerikan annelerde ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin yüksek prevalansı nedeniyle görüldüğü bildirilmiştir.

Yapılan bir çalışmada 1975-1980 yılları arasında 1233 ani bebek ölüm sendromu vakasının doğum ağırlığı ve etnik grupları analiz edilmiş ve ani bebek ölüm sendromu oranları siyahlar, İspanyollar ve beyazlar için sırasıyla 5,1, 1,2 ve 1,3 /1000 olarak bulunmuştur. Her etnik grup içinde, ani bebek ölüm sendromu oranları doğum ağırlığı azaldıkça giderek arttığı belirtilmiştir (Black vd 1986).

Birmingham'da etnik gruplar arasındaki ani bebek ölüm sendromu insidansının incelendiği araştırmada Karayiplilerin aksine Asyalı bebeklerde malformasyon yaygınken ani bebek ölüm sendromunun nadir olarak görüldüğü bulunmuştur (Kyle vd 1990).

2.2.2. Gebeliğe İlişkin Özellikler

Parite: Parite arttıkça riskin arttığı bilinmektedir. Doğum aralıklarının kısa oluşu da yaşam kalitesini etkilediğinden önemli bir risk faktörüdür (Ekşi 2010). Yapılan araştırmalarda önceki gebelik sayısı ile ani bebek ölüm sendromu riski arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Mitchell vd 1992).

Antenatal ilaç kullanımı: Gebeliklerinde barbiturat veya narkotik ilaç kullanan annelerin bebeklerinde ölümler daha sık olmaktadır (Perk 2011).

Antenatal bakım: Tavsiye edilen doğum öncesi bakım programı, gebeliğin 7. ayına kadar (ilk 28 hafta boyunca) her ay, daha sonra 36. haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra 40. haftaya veya doğuma kadar her hafta şeklindedir. Bu da gebelik süresince en az 10 doğum öncesi bakım anlamına gelmektedir. Türkiye'de kadınların yüzde 11'i, dört veya daha az sayıda doğum öncesi bakım almışlardır (TNSA 2013).

Doğum öncesi antenatal bakım sayısının az olması ani bebek ölüm sendromu riski ile ilişkilidir (Schlaud vd 1996). Doğum öncesi sınıflara katılım azlığı ya da geç katılmış olmak ani bebek ölüm sendromu görülme riski ile ilişkili bulunmuştur (Mitchell vd 1992).

Annenin sigara içmesi: Gerek gebelikte gerek doğumdan sonra annenin sigara içmesi ile bebek ölümleri arasında ilişki oldukça önemlidir. Araştırmacılar eğer anne gebeliği sırasında ve sonrasında sigara kullanmışsa bebeği ani bebek ölüm sendromu açısından büyük risk altında olduğu sonucuna varmışlardır (AAP 2000). AAP açıklamasında çevresel tütün dumanına maruz kalmanın çocuklarda alt solunum yolu

hastalıkları, orta kulak iltihabı, astım ve ani bebek ölüm sendromu oranlarındaki artış ile ilişkilidir olduğunu belirtmiştir (AAP 2000). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında gebelikte ve doğum sonrasında annenin sigara içmesi ile ani bebek ölüm sendromu riskinin önemli derecede arttığı bildirilmiştir (Zhang ve Wang 2013). Bir diğer araştırmada ise doğum sonrası dönemde içilen sigara ani bebek ölüm sendromu için önemli bir çevresel risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Liebrechts-Akkerman vd 2011). Alparslan ve Uçan'ın (2011) yaptığı araştırmada bebeklerin %65,8'inin pasif sigara içicisi olduğu belirtilmektedir. Çalışır ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmaya göre ise annelerin %12,6'sının gebelikte, %17,2'sinin emzirme döneminde sigara içmeyi sürdürdükleri saptanmıştır.

2.2.3. Bebeğe İlişkin Özellikler

Düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğum; Dünya Sağlık Örgütü, erken doğum oranlarının hemen hemen tüm ülkelerde artmakta olduğunu ve dünyaya gelen bebeklerde prematürelilik oranınının 1/10 'dan daha yüksek olduğunu bildirmektedir (WHO 2012).

Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler ani bebek ölüm sendromu açısından daha fazla risk taşırlar ve ani bebek ölüm sendromu ile kaybedilen bebeklerin çoğunluğu düşük doğum tartılıdır (<2500g). Bunun nedenini açıklayan bir mekanizma bulunmamakta ve düşük doğum tartısı ile ani bebek ölüm sendromu arasındaki ilişki halen bir bilmece olarak görülmektedir (Perk 2011, Ottaviana 2014).

Yapılan bir araştırmada başvuru merkezinde 1986-1991 yılları arasında ani bebek ölüm sendromu ile kaybedilen bebekler incelendiğinde prematüre bebek ve düşük doğum ağırlığı oranı normal popülasyona göre daha sık bulunmuştur (Chéron vd 1993). Halloran ve Alexander. (2006) tarafından yapılan araştırmada ise ani bebek ölüm sendromu oranları prematüre bebeklerde daha yüksek bulunmuştur. Başka bir araştırmacının sonucunda ise her etnik grup içinde ani bebek ölüm sendromu oranları doğum ağırlığı azaldıkça giderek artmıştır (Black 1986). Diğer bir araştırmada da düşük doğum ağırlığının ani bebek ölüm sendromu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Vennemann 2005).

Cinsiyet; Erkek çocuklarda ani bebek ölüm sendromu görülme olasılığı kızlara oranla %50 daha fazladır (Perk 2011). Mitchell ve Steward (1997) tarafından yapılan araştırmada bir ülkedeki kız ve erkek bebeklerin ani bebek ölüm sendromu açısından

risk faktörleri karşılaştırılmış ve erkek bebeklerde kızlara oranla ani bebek ölüm sendromu riski 1,42 kat daha fazla bulunmuştur.

Töro vd'nin (2001) Macaristan ve Japonya'da yaptıkları araştırmada erkek bebeklerin kızlara oranla daha hassas olduklarını bu nedenle de herhangi bir nedenden dolayı ölümlerin onlarda daha çok görüleceğini belirtmişler ve bu durumun ani bebek ölüm sendromu ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir.

Doğum sırası: Ölüm riski doğum sırası arttıkça yükselmektedir. Bilinmeyen bir nedenle, ilk bebeklerde görülme olasılığı daha azdır (Ekşi 2010). Yapılan araştırmalarda yüksek doğum sırası ani bebek ölüm sendromu için risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Daltveit vd 1997, Daltveit vd 1998).

Büyüme-gelişme ve beslenme: Ani bebek ölüm sendromu ile kaybedilen bebeklerin büyüme ve gelişmelerinde gecikme bildirilmektedir. Çin'de anne sütü ile beslenme oranı çok yüksek ve buna karşın ani bebek ölüm sendromu oranı çok düşüktür (Perk 2011). Yapılan bir meta-analiz çalışmada emzirmenin ani bebek ölüm sendromuna karşı koruyucu etkisi olduğu ve emzirmenin tek başına olduğu durumlarda koruyuculuğunun arttığı ortaya çıkmıştır (Hauck vd. 2011). Diğer bir araştırmada ise 17 gözlemsel araştırma incelenmiş ve bu araştırmalardan 10 tanesinde emzirmenin ani bebek ölüm sendromu için koruyucu etkisi olduğunu belirtirken, 7 araştırmada ise emzirmenin hiçbir etkisinin bulunmadığı belirtilmektedir. Aynı araştırmada incelenen 3 meta- analiz çalışmada ise emzirmenin koruyucu etkisinin olduğunu göstermiştir (Alm vd. 2015).

Bebeğin yatış pozisyonu: Bebeğin uyku pozisyonu ani bebek ölüm sendromu için önemli bir risk faktörüdür. Yüzüstü uyku pozisyonunun ani bebek ölüm sendromu riskini arttırdığı bilinmektedir (Bergman vd 1972, Ponsonby vd 1993). Ani bebek ölüm sendromu riski yüzüstü yatan bebeklerde sırtüstü yatan bebeklere oranla önemli ölçüde daha fazladır (Goberman vd 2008). Yapılan bir araştırmada yüzüstü uyku pozisyonunun ani bebek ölüm sendromu riskini iki kat ya da daha fazla artırdığını ortaya çıkarmıştır (Hauck vd 2002). Yapılan vaka kontrol araştırmaları özellikle alışık olmayan bebeklerin yüzüstü yatırılmasıyla ani bebek ölüm sendromu riskinin daha da arttığını ortaya çıkarmıştır (Mitchell vd 1999, Corwin 2015). Yan yatış pozisyonu stabil olmaması ve yan yatırılan birçok bebek yuvarlanarak/ dönerek yüzüstü hale geleceğinden dolayı ani bebek ölüm sendromu için yüksek risk faktörüdür (Waters vd 1996). Ani bebek ölüm sendromu ile ilgili risk azaltma kampanyaları ile ilgili yurtdışında birçok kuruluş araştırmalar yapmaktadır. Özellikle Hastalık İzleme ve Önleme Merkezi ve Amerikan Pediatri Akademisi gibi kuruluşlar güvenli uyku kampanyaları/ sırtüstü

yatış kampanyaları ile bebeklerin güvenli uyumalarını amaçlamaktadırlar. 1992 yılından bu yana, Amerikan Pediatri Akademisi bebeklerin ani bebek ölümü sendromu riskini azaltmak için sırtüstü uyutulmasını önermektedir. Yüzüstü uyumanın risklerinin ortaya çıkarılmış olmasına rağmen (Bergman vd 1972, Ponsonby vd 1993, Mitchell vd 1999, Mitchell vd 2007, Corwin 2015), bazı bölgelerde bakım vericiler/aileler bebeklerini %25-50 oranlarında yüzüstü yatırmaktadır (Willinger vd 2000, Çalışır vd 2007, Patrick vd 2008, Alparlan vd 2011). Ülkemizde ise, Çalışır ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir araştırmada annelerin %56,9'unun bebeklerini yüz üstü ya da yan pozisyonda yatırdıkları bulunmuştur. Alparlan ve Uçan'ın (2011) yaptığı bir araştırmada ise bebeklerin %31,5'inin yüzüstü yatırıldığı bulunmuştur. Çelik ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında ise bebeklerin %45,1'i yan pozisyonda %6,9'u ise yüzüstü yatırılmaktadır. Yıkılkan ve arkadaşlarının (2011) annelerin ve sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyini inceledikleri araştırmada ise sağlık çalışanlarının %73'ü yan pozisyonu, %10'u ise yüzüstü pozisyonu güvenli bulmaktadır.

Bebeğin yatağı ve yastıklar; Epidemiyolojik araştırmalar uyuyan bebeğin altına serilen yastık, yorgan, koyun derisi, gözenekli minder gibi yumuşak yüzeyleri önemli bir risk faktörü olarak tanımlamaktadır (Ponsonby vd 1993, Ponsonby vd 1998, Mitchell vd 1998, AAP 2000). Ayrıca bebeklerin yataklarında yastık kullanmamak, yumuşak oyuncak bırakmamak ve beşik korumalığı kullanmamak önerilmektedir (Henderson-Smart vd 1998). Çeşitli raporlar, ani bebek ölüm sendromu vakalarının önemli bir kısmının sırt üstü pozisyonda yatırıldıkları fakat yataklarının gevşek/yumuşak olduğunu belirtmektedir. Bu araştırmalar yumuşak yatak yüzeyinin ani bebek ölüm sendromu için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (Markestad 1995, Ponsonby vd 1998, AAP 2000). Misafirlige gidilen evde yatan bebeklerin kendi evlerine oranla daha çok risk altında oldukları belirtilmektedir. Bunun nedeninin normal uyuma rutinlerinin değişmesinin ya da daha fazla zararlı çevreye etmenlerine maruz kalmaları olabileceği düşünülmektedir (Vennemann vd. 2009). Çalışır ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmaya göre bebeklerin %55,9'u yumuşak yatakta uyudukları belirlenmiştir. Alparlan ve Uçan'ın (2011) yaptığı araştırmada ise bebeklerin %21,9'unun yumuşak yüzeyde yatırıldığı bulunmuştur.

Hipertermi; Sıcak oda ısısı ya da çok katlı kıyafet ve battaniye de ani bebek ölüm sendromu riskini attırmaktadır (Ponsonby vd 1993, Ponsonby vd 1998). Özellikle yüzüstü uyumada ısı kaybının azalması nedeniyle bu risk artarken sırtüstü uyurken azalmaktadır (Ponsonby vd 1993). Sıcaklığın 29 derece ve daha fazla olduğu günlerde bebeklerin ani bebek ölüm sendromundan ölme riskleri sıcaklığın 20 derece olduğu güne kıyasla 2.78 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Auger vd. 2015). Yapılan bir

başka araştırmada ise uyku sırasında kullanılan vantilatörün ani bebek ölüm sendromu riskini %72 oranında azalttığı bulunmuştur. Vantilatör kullanımı özellikle sıcak odalarda, yüzüstü yada yan yatan bebeklerde, bir büyüğü ile yatak paylaşımı olan bebeklerde ve emzik kullanmayan bebeklerde daha fazla oranda riski azalttığı belirtilmiştir (Coleman-Phox vd. 2008).

Yatak Paylaşımı; Birçok ülkede emziren anne ve bebeğin yatak paylaşımı (aynı yüzey üzerinde uyumak) yaygın bir durumdur (Blair vd 2010). Yatak paylaşımı hakkında süregelen anlaşmazlıklar ve tartışmalar vardır, bir araştırmada sigara içilmeyen ebeveynlerin bebekleriyle yatak paylaşımının ani bebek ölüm sendromu riskini attırmadığını öne sürmektedir (Fleming vd 1996). Ebeveynler sigara, alkol ya da uyuşturucu kullanmasa da yatak paylaşımı ani bebek ölüm sendromu riskini arttırmaktadır. Eğer ebeveynler sigara, alkol veya uyuşturucu kullanıyorsa bu durumda yatak paylaşımı ani bebek ölüm sendromu riskini daha da arttırmaktadır. Ebeveynlerin bebekleri ile yatak paylaşımının azaltılması ile ani bebek ölüm sendromu oranlarında önemli bir azalma sağlanabileceği düşünülmektedir (Blair vd. 2009, Carpender vd. 2013). Yatak paylaşımının ani bebek ölüm sendromu riskini neden arttırdığı tam olarak bilinmemekle birlikte araştırmalar yatak paylaşımının bebeklerin sıcaklığını attırdığını, ebeveynlerinin vücudunun bebeklerin hava yollarını tıkadığını göstermiştir (Williams vd. 1996; Vennemann vd. 2009, Schlaun vd. 2010).

Sırt üstü uyku pozisyonu ile ilgili kampanyalardan sonra ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin ne yönde değiştiğinin incelendiği bir araştırmada ani bebek ölüm sendromundan kaybedilen 568 bebek incelenmiş ve yatak paylaşım oranlarının %19,2'den %37,9 yükseldiği bildirilmiştir (Trachtenberg vd 2012).

Ball vd (2011) tarafından yapılan bir araştırmada ailelerin %7,2'sinin bebekleri ile düzenli yatak paylaşımında bulduklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde ise Alparslan ve Uçan'ın (2011) yaptığı bir araştırmada bebeklerin %26'sının annesi ile aynı yatakta yattığı tespit edilmiştir. Çalışır ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir araştırmada bebeklerin %27,6'sının yatağını aile büyüklerinden biriyle paylaştığını göstermiştir.

Yapılan çalışmalar yatak paylaşımı olmadan oda paylaşımının ani bebek ölüm sendromu riskini azalttığını bildirmektedir (Blair vd 1999, Carpenter 2004, Tappin vd 2005). Amerikan Pediatri Akademisi yatak paylaşımı olmadan oda paylaşımını önermektedir (AAP 2011).

Mevsim Dağılımı; Genellikle ani bebek ölüm sendromunun kış aylarında daha sık olduğu ve yaz aylarına göre iki kat fazla görüldüğü bilinmektedir. Bu mevsimsel

özellik özellikle üç aydan büyük olan bebeklerde daha belirgindir. Kış mevsiminde bebek ölümlerinin artışı enfeksiyon, beslenme ve bakım alışkanlıkları ve metabolizmanın değişmesi ile ilişkili olabilir. Kış mevsiminde D vitamini azlığında ölümlere neden olabileceği düşünülmektedir (Perk 2011).

Kohlendorfer vd (1998) yaptığı araştırmada 120 günden büyük bebeklerde görülen ani bebek ölüm sendromu geç ani bebek ölüm sendromu olarak tanımlanmış ve kış aylarında daha sık görüldüğü belirtilmiştir.

Emzik Kullanma: Yapılan iki meta-analiz çalışmada emzik kullanımının ani bebek ölüm sendromu riskini azalttığı bildirilmiştir (Hauck vd 2005, Mitchell vd 2006). Çalışmalar her uyku için emzik kullanımının ani bebek ölüm sendromu açısından koruyucu olduğunu göstermiştir (McGarvey vd 2003, Vennemann vd 2009). Amerikan Pediatri Akademisi ani bebek ölüm sendromundan korunma önlemleri arasında her uyku için emzik kullanımını önermektedir (AAP 2011).

Literatürde yapay meme veya emzik, emzirme dönemindeki bebeklere verilmemesi gerektiği belirtilmektedir (Victoria vd 1997, Howard vd 2003, Kondolot vd 2009). Bazı çalışmalar emzik kullanımı ile emzirme süresinde azalma arasında ilişki olduğunu göstermiş olsa da iyi tasarlanmış randomize klinik çalışmaların sonuçlarında emzik kullanımının term ve preterm bebekler için emzirme süresinin kısalmasına neden olmadığı gösterilmiştir (Kramer vd 2001, Collins vd 2004).

2.3. Amerikan Pediatri Akademisi Önerileri

Her uyku için sırt üstü pozisyon tercih ediniz: Ani bebek ölüm sendromu riskini azaltmak için bakıcılar her uykuda yaşamlarının 1. yılına kadar bebekleri sırt üstü pozisyonda yatırmalıdır. Yan yatırmak güvenli değildir, önerilmez. Sırtüstü uyku pozisyonu, bebeklerde boğulma ve aspirasyon riski artırmaz; hatta gastroözofageal reflüsü olanlar için bile çünkü onların koruyucu hava yolu mekanizmaları var. Gastroözofageal reflü olan bebeklerde, her uyku için sırtüstü pozisyonda uyutulmalıdır.

Sert bir uyku zemini kullanınız: Ani bebek ölüm sendromu ve boğulma riskini azaltmak için önerilen uyku yüzeyi bir çarşaf ile kaplı sert beşik yatak olmalıdır.

Yatak paylaşımı olmadan oda paylaşımında bulununuz: Böylece ani bebek ölüm sendromu riskinin %50 oranının da azaldığını gösteren kanıtlar mevcuttur. Buna ek olarak, boğulma ve bir yetişkinle aynı yatakta yatmayla oluşabilecek riskler önlenmiş

olur. Özellikle 3 aylıktan küçük bebeklerin ebeveyn sigara içiyor olsun olmasın yatak paylaşımı uygun değildir.

Ani bebek ölüm sendromu riskini azaltmak ve boğulma riskini önlemek için yumuşak objeler (oyuncak, yastık vb.) yataktan uzaklaştırmalı ve gevşek yatak yüzeyi kullanmayınız.

Hamilelik boyunca düzenli doğum öncesi bakım alınız: Anneleri düzenli doğum öncesi bakım alan bebeklerin ani bebek ölüm sendromu riskinin daha düşük olduğunu gösteren epidemiyolojik araştırmalar bulunmaktadır.

Gebelik sırasında ve doğumdan sonra sigara dumanına maruz kalmaktan kaçınınız: Gebelik boyunca sigara içilmesi ve doğum sonrası bebeğin çevresinde sigara içilmesi ani bebek ölüm sendromu için önemli bir risk faktörüdür.

Hamilelik sırasında ve doğumdan sonra alkol ve uyuşturucu kullanımından kaçınınız: Prenatal ve postnatal alkole maruz kalma ya da uyuşturucu kullanımı ani bebek ölüm sendromu riskini arttırmaktadır.

Anne sütünü tercih ediniz: Emzirme ani bebek ölüm sendromu riskinin azalması ile yakından ilişkilidir.

Uyku sırasında emzik kullanımını göz önünde bulundurunuz: Mekanizması henüz bilinmemekle birlikte, araştırmalar ani bebek ölüm sendromu insidansı üzerinde emzik kullanımının koruyucu bir etkisi olduğu bildirilmiştir. Koruyucu etkisi emzik bebeğin ağızından düştüğünde bile, uyku dönemi boyunca devam etmektedir.

Aşırı ısınmayı önleyiniz: Araştırmalar, aşırı ısınma ile ani bebek ölüm sendromu arasında artan bir risk ortaya koymasına rağmen, bu araştırmalarda aşırı ısınma tanımı değişiktir.

Bebeklere AAP ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri önerileri uyarınca aşı yaptırınız: Aşılar ve ani bebek ölüm sendromu arasında bir ilişki olduğunu dair hiçbir kanıt yoktur. Fakat son kanıtlar bağışıklamanın ani bebek ölüm sendromuna karşı koruyucu etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda AAP öneriler doğrultusunda bebeklerin düzenli sağlam çocuk kontrolleri yapılmalıdır.

Ani bebek ölüm sendromu riskini azaltmak için pazarlanan ticari cihazlardan kaçınınız: Bu cihazlar özel yataklar, özel uyku düzeni vb. içermektedir. Bu cihazların ani bebek ölüm sendromu veya boğulma riskini azalttığına ya da güvenli olduğuna dair hiçbir kanıt yoktur.

Ani bebek ölüm sendromu riskini azaltmak için bir strateji olarak ev kardiyorespiratuar monitör kullanmayınız: Bu tür cihazların kullanımının ani bebek ölüm sendromu insidansını azalttığına dair bir kanıt yoktur.

Plagiosefali gelişimi riskini en aza indirmek ve bebeğin gelişimini desteklemek için denetimli uyanık saatlerde yüzüstü pozisyonu tercih ediniz.

Hemşirelerin, diğer sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ani bebek ölüm sendromu risk azaltma önerilerini desteklemesi gerekir. Tüm hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri güvenli bebek uykusu üzerine eğitim almalıdır.

Ulusal kampanya oluşturulmalıdır.

Ani bebek ölüm sendromu ile ilgili araştırmalara devam edilmelidir (AAP 2011)

AAP ÖNERİLER ÖZETİ

SEVİYE A ÖNERİLERİ

Her uyku için sırtüstü yatış pozisyonu

Sert uyku yüzeyi kullanımı

Yatak paylaşımı olmadan oda paylaşımı

Gevşek yatak kullanmama ve yumuşak nesnelere beşikten uzak tutma

Düzenli doğum öncesi bakım

Hamilelik süresince ve sonrasında sigara kullanımından kaçınma

Hamilelik süresince ve sonrasında alkol ve uyuşturucu kullanımından kaçınma

Emzirme

Uyku sırasında emzik kullanımı

Aşırı sıcaktan kaçınma

SEVİYE B ÖNERİLERİ

Aşılama

Ticari cihazlar kullanmaktan kaçınma

Bebeğin gelişimini desteklemek için denetimli uyanık olduğu saatlerde yüzüstü pozisyonunda yatırma

SEVİYE C ÖNERİLERİ

Hemşire, diğer sağlık profesyonelleri ve bakım vericilerin ani bebek ölüm sendromu risk azaltma önerilerini desteklemesi

Ani bebek ölüm sendromu ile ilgili araştırmalara devam edilmesi

Ulusal kampanya oluşturulması (AAP 2011)

(A Düzeyi: Öneriler iyi ve tutarlı bilimsel kanıtlara dayalı, B Düzeyi: Öneriler sınırlı ya da tutarsız bilimsel kanıtlara dayalı, C Düzeyi: Öneriler öncelikle uzlaşma ve uzman görüşlerine dayanmaktadır.)

2.4. Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, ailelere doğumdan altıncı aya kadar yüzüstü yatış pozisyonu, uygun olmayan yatak kullanımı, annenin sigara kullanımı, yetişkinlerle ya da diğer çocuklarla bebeğin aynı yatakta yatmaları gibi risk faktörleri ile ilgili eğitim vererek ani bebek ölüm sendromu önlemede hayati bir role sahiptir. Ayrıca hemşireler hastanelerde bebekleri sırtüstü yatırma vb. koruyucu önlemleri uygulayarak ailelere model olma konusunda da son derece önemlidir. Hemşireler buldukları her fırsatta ani bebek ölüm sendromu riskinin değiştirilebilir risk faktörleri hakkında aileleri ve bakım vericileri bilgilendirmeye devam etmesi gerekmektedir (Wilson 2013).

Birçok sağlık çalışanı bebeklerin sırtüstü yatırılmasının mukus ve kusmaları aspire etmeye neden olacağından dolayı endişe yaşamaktadır, fakat araştırmalarda bebeklerin sırtüstü yatırılmasıyla aspirasyon, asfiksi gibi nedenlerden ölme arasında bir bağlantı bulunmamıştır (Wilson 2013).

Ani bebek ölüm sendromunun aileye ve bakım vericilere yıkıcı etkileri olabilmekte ve ebeveynler ani olarak gerçekleşen ölümü kabul etmekte güçlük çekebilmektedir. Ölümün ani olması ve nedenin belirlenmesindeki yetersizlik, ailenin yaşadığı yas sürecini daha da güçleştirir. Ebeveynlerin çoğu akut yas döneminde bulantı, mide ağrısı ya da baş dönmesi gibi somatik semptomlar gösterir (Çavuşoğlu 2013).

Aile üyeleri sıklıkla ölümün nedenine ilişkin yetersiz yanıtlar nedeniyle bebeğin ölümünden kendilerini sorumlu tutabilirler. Hemşirenin, aileye ölümün kendi hataları sonucunda oluşmadığını açıklaması ve suçluluk duygularını azaltması önemlidir (Çavuşoğlu 2013).

2.5. Hipotezler

Araştırmamızda kurduğumuz hipotezler aşağıdaki gibidir:

H1. Denizli il merkezinde 0-12 ay arası bebeği olan anneler ani bebek ölüm sendromu açısından riskli davranışlarda bulunmaktadır.

H2. Annelerin ani bebek ölüm sendromu konusundaki riskli davranışları sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde yürütülmüştür. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına pilot uygulamalardan sonra 2010 yılında tamamen geçilmiştir ve her ailenin bir aile hekimi bulunmaktadır. Bu nedenle araştırmanın yapılabilmesi için annelere ulaşımın sağlanabileceği aile sağlığı merkezleri seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Denizli Halk Sağlığı Kurumu'ndan alınan veriler doğrultusunda 2014 yılında kayıtlı 0-12 ay arası bebeği olan anne sayısı 8284'tür. Örneklemdeki birey sayısı, evreni bilinen örnekleme belirleme yöntemine göre %95 güvenirlilik aralığında ($\alpha=0,05$) %10 fazlası alınarak araştırma kapsamında 456 anneye ulaşılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2009).

Araştırmaya alınacak örneklem sayısı belirlendikten sonra Denizli il merkezinde bulunan ASM'lerden 15 tanesi rastlantısal olarak seçilmiştir. Daha sonra bu

ASM'lerdeki hekimlere kayıtlı 0-12 ay arası bebeği olan annelerin sayısına ağırlıklı olarak tabakalı örnekleme yöntemi izlenerek her aile hekimliği bölgesinden kaç annenin örnekleme alınacağı belirlenmiştir (Tablo 3.3.1).

Tablo 3.3.1 rnekleme alınan annelerin aile hekimliğine göre dağılımları

ASM	Dr.	0-12 AYLIK BEBEK SAYISI	Alınan bebek sayısı
KAYHAN ASM	PAMUKKALE 050 NOLU AHB	46	7
	PAMUKKALE 051 NOLU AHB	71	9
	PAMUKKALE 052 NOLU AHB	68	9
	PAMUKKALE 053 NOLU AHB	70	9
	PAMUKKALE 054 NOLU AHB	40	6
İSTİKLAL ASM	PAMUKKALE 041 NOLU AHB	49	7
	PAMUKKALE 042 NOLU AHB	49	7
	PAMUKKALE 043 NOLU AHB	48	7
	PAMUKKALE 044 NOLU AHB	48	7
	PAMUKKALE 045 NOLU AHB	57	7
ÇAMLIK ASM	PAMUKKALE 013 NOLU AHB	32	5
	PAMUKKALE 014 NOLU AHB	51	7
	PAMUKKALE 015 NOLU AHB	41	6
	PAMUKKALE 016 NOLU AHB	42	6
KINIKLI ASM	PAMUKKALE 055 NOLU AHB	33	5
	PAMUKKALE 056 NOLU AHB	26	4
	PAMUKKALE 057 NOLU AHB	49	7

	PAMUKKALE 058 NOLU AHB	25	4
ZÜMRÜT EVLER ASM	PAMUKKALE 011 NOLU AHB	80	10
	PAMUKKALE 012 NOLU AHB	75	9
YENİMAHALLE ASM	PAMUKKALE 079 NOLU AHB	57	7
	PAMUKKALE 080 NOLU AHB	77	9
	PAMUKKALE 081 NOLU AHB	71	9
	PAMUKKALE 082 NOLU AHB	56	7
TİCARET BORSASI ASM	PAMUKKALE 074 NOLU AHB	47	7
	PAMUKKALE 075 NOLU AHB	46	7
	PAMUKKALE 076 NOLU AHB	46	7
	PAMUKKALE 077 NOLU AHB	33	5
KARŞIYAKA ASM	PAMUKKALE 046 NOLU AHB	52	7
	PAMUKKALE 047 NOLU AHB	38	5
	PAMUKKALE 048 NOLU AHB	49	7
	PAMUKKALE 049 NOLU AHB	40	6
KARAMAN ASM	MERKEZEFENDİ 030 NOLU AHB	65	8
	MERKEZEFENDİ 031 NOLU AHB	52	7
	MERKEZEFENDİ 032 NOLU AHB	64	8
	MERKEZEFENDİ 033 NOLU AHB	48	7
	MERKEZEFENDİ 034 NOLU AHB	61	8
	MERKEZEFENDİ 035 NOLU AHB	57	7
	MERKEZEFENDİ 036 NOLU AHB	56	7

	MERKEZEFENDİ 037 NOLU AHB	63	8
	MERKEZEFENDİ 018 NOLU AHB	69	8
ESENTEPE ASM	MERKEZEFENDİ 019 NOLU AHB	59	7
	MERKEZEFENDİ 020 NOLU AHB	61	8
	MERKEZEFENDİ 048 NOLU AHB	73	9
SEVİNDİK DEĞİRMENÇİ GRUP ASM	MERKEZEFENDİ 049 NOLU AHB	54	6
	MERKEZEFENDİ 050 NOLU AHB	46	6
	MERKEZEFENDİ 051 NOLU AHB	55	6
	MERKEZEFENDİ 011 NOLU AHB	68	7
	MERKEZEFENDİ 012 NOLU AHB	46	6
	MERKEZEFENDİ 013 NOLU AHB	60	7
DR. MUNİSE ÖZCAN ASM	MERKEZEFENDİ 014 NOLU AHB	54	6
	MERKEZEFENDİ 015 NOLU AHB	56	6
	MERKEZEFENDİ 016 NOLU AHB	61	7
	MERKEZEFENDİ 017 NOLU AHB	45	6
	MERKEZEFENDİ 043 NOLU AHB	65	7
	MERKEZEFENDİ 044 NOLU AHB	49	6
SALTAK ASM	MERKEZEFENDİ 045 NOLU AHB	54	6
	MERKEZEFENDİ 046 NOLU AHB	70	8
	MERKEZEFENDİ 047 NOLU AHB	52	6
ŞÖFÖRLER VE OTOMOBİLCİLER	MERKEZEFENDİ 057 NOLU AHB	49	6

ODASI ASM	MERKEZEFENDİ 058 NOLU AHB	51	6
	MERKEZEFENDİ 059 NOLU AHB	63	7
	MERKEZEFENDİ 038 NOLU AHB	58	6
	MERKEZEFENDİ 039 NOLU AHB	60	7
MÜŞERREF-OSMAN NÜRİ YILMAZ ASM	MERKEZEFENDİ 040 NOLU AHB	33	4
	MERKEZEFENDİ 041 NOLU AHB	54	6
	MERKEZEFENDİ 042 NOLU AHB	43	5
Evren Toplamı 8284		Örneklem 456	

3.4. Etik Yönü

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Denizli İli Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-4. 01.07.2014 tarih ve 60116787-020/36979 sayılı). Ayrıca araştırma kapsamına alınacak bireylere uygulama öncesi araştırmanın konusu, amacı ve görüşme için harcanacak zaman gibi konularda bilgi verilmiş ve sözlü onam alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada anneye ait sosyodemografik soru formu, bebeğe ait bilgi formu ve araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri formu kullanılmıştır.

Sosyodemografik veri toplama formu: Annelerin yaşı, öğrenim durumu, mezuniyet durumu, mesleği, gelir durumu, aile yapısı, çocuk sayısının sorulduğu 6 soruluk anket formundan oluşmaktadır (Ek 1).

Bebeğe ait bilgi formu: Bebeğin cinsiyeti, kaçınıcı haftada dünyaya geldiği, doğum kilosı, kaç aylık olduğu, anne sütü alıp almadığının sorulduğu 5 soruluk anket formundan oluşmaktadır (Ek 2).

Ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan ani bebek ölüm sendromu konusunda annelerin riskli davranışlarının yer aldığı iki tane çoktan seçmeli ve 11 tane evet/hayırılı sorudan oluşan anket formudur (Ek 3).

3.6. Ön Uygulamalar

Ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri formu hazırlandıktan sonra çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman olan 5 kişinin yüzey geçerliliği için görüşüne başvurulmuştur. Hazırlanan anket, pilot uygulama ile 20 anne tarafından anlaşılabilirliği test edilmiştir. Anneler ortalama 5-10 dakika arasında tüm anketi tamamlamış ve herhangi bir öneride bulunmamıştır. Ön uygulamaya alınan anneler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Ekim 2014 – Ocak 2015 tarihleri arasında belirlenen örneklem sayısı kadar Denizli il merkezinde ikamet eden ve 0-12 ay arası bebeği olan annelerden ASM'ye başvuranlara uygulanmıştır. Veriler anket formu aracılığıyla gözlem altında yanıtlanma tekniği ile toplanmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce bireylere araştırmacı tarafından araştırma ve amacı konusunda bilgilendirme yapılmış, araştırmaya katılanlardan sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere 'Sosyodemografik Veri Toplama Formu', 'Bebeğe Ait Bilgi Formu' ve 'Ani Bebek Ölüm Sendromu Risk Faktörleri Formu' uygulanarak veri toplanmıştır.

3.8. İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 18 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, pearson ki-kare, yates düzeltmeli ki-kare ve fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Formdaki sorular uygun olacak şekilde ortalama \pm standart sapma veya sayı, yüzde olarak verilmiştir. Annenin sosyodemografik özellikleri ile ani bebek ölüm sendromu risk faktörü varlığı arasında ilişki olup olmadığı pearson ki-kare, yates düzeltmeli ki-kare ve fisher kesin ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Dört gözlü düzende gözlerdeki gözlem sayısının 25'in üzerinde olduğu durumlarda Pearson Ki-Kare, herhangi bir gözdeki gözlem sayısının 25'in altında olması durumunda Yates Düzeltmeli Ki-Kare, herhangi bir gözdeki beklenen frekans değerinin 5'in altında olduğu durumlarda Fisher Kesin Ki-Kare değeri kullanılmıştır (Coşanca 2014).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece sağlıklı yenidoğan annelerinin dahil edilmiş olması ve seçilen 15 ASM'de uygulanması araştırmanın kısıtlılığıdır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulgularının yazımında annelerin sosyodemografik özellikleri, bebeklerin özellikleri, ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri ve annelerin sosyodemografik özellikleri ile ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik tablolar sıralanmıştır.

Tablo 4.1.1' de annelere ait sosyodemografik özelliklerin dağılımları verilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin 18-44 yaşları arasında olduğu ve yaş ortalamalarının $29,37 \pm 5,3$ yıl olduğu saptanmıştır. Annelerin %1,8'inin 20 yaş altında olduğu görülmektedir. Annelerin %49,6'sının ilköğretim mezunu, %26,8'inin lise ve %23,7'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gelir durumlarına bakıldığında ise araştırmaya katılan annelerin %26,5'inin gelirinin giderinden az, %61,6'sının gelirinin giderine eşit ve %11,8'inin gelirinin giderinden fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin %65,8'inin ev hanımı, %15,8'inin memur ve %18,4'ünün işçi oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların %84,9'u çekirdek aile yapısına sahipken %15,1'inin geniş aile yapısına sahip oldukları görülmektedir. Annelere sahip oldukları çocuk sayısı sorulduğunda %79,4'ü 1-2 çocuğa, %20,7'si 3-4 çocuğa sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

4.1. 0-12 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin ve Bebeklerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Tablo 4.1.1 0-12 ay arası bebeği olan annelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=456)

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	Sayı	Yüzde
Yaş		
<20 yaş	8	1,8
20 yaş ve üzeri	448	98,2
Öğrenim Durumu		
İlköğretim*	226	49,6
Lise	122	26,8
Üniversite	108	23,7
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	121	26,5
Gelir gidere eşit	281	61,6
Gelir giderden fazla	54	11,8
Mesleği		
Ev hanımı	300	65,8
Memur	72	15,8
İşçi	84	18,4
Aile Tipi		
Çekirdek	387	84,9
Geniş	69	15,1
Çocuk Sayısı		
1-2 çocuk	362	79,4
3-4 çocuk	94	20,6
TOPLAM	456	100

*Okuryazar olan 10 kişi ilköğretim grubuna eklenmiştir.

Tablo 4.1.2 Bebeklerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=456)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kız	222	48,7
Erkek	234	51,3
Doğum Haftası		
31. hafta ve önce	7	1,5
32-37 hafta	80	17,5
38. haftadan sonra	369	80,9
Doğum Kilosu		
2499 gram ve daha az	21	4,6
2500 gram ve daha fazla	435	95,4
Yaş/Ay		
2 aydan küçük	68	14,9
2-4 aylık	154	33,8
5-12 aylık	234	51,3
Anne Sütü Alma Durumları		
Halen Alıyor	408	89,5
İlk 6 ay almış	35	7,7
7-9 ay almış	4	0,8
Hiç almamış	9	2,0
Toplam	456	100

Tablo 4.1.2'de araştırmaya katılan annelerin bebeklerine ilişkin özellikler yer almaktadır. Bebeklerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında %48,7'sinin kız ve %51,3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Bebeklerin kaçınıcı gebelik haftasında dünyaya geldikleri incelendiğinde ise %1,5'inin 31. hafta ve daha önceki haftalarda dünyaya geldiği, %17,6' sının 32 ile 37. haftalar arasında, %80,9'unun 38. Hafta ve daha sonrasında dünyaya geldiği saptanmıştır. Bebeklerin %4,6' sının doğum ağırlığının 2500 gramdan daha az, %95,4 'ünün 2500 gram ve daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya alınan bebeklerin %14,9'unun 2 aydan küçük, %33,8'inin 2-4 ay arasında ve %51,3'ünün 5-12 ay arasında oldukları belirlenmiştir. Bebeklerin anne sütü alma durumları incelendiğinde %89,5'i halen anne sütü almaya devam ederken, %2'si hiç anne sütü almamışlardır.

4.2. Annelerin Ani Bebek Ölüm Sendromu Açısından Riskli Davranışlarının Dağılımlarının İncelenmesi

Tablo 4.2.1 Annelerin bebeklerinde ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri varlığına göre dağılımı

Risk Faktörleri	Sayı	Yüzde
Yatış Pozisyonu		
Yüzüstü pozisyon	38	8,3
Sağ ya da sol yan pozisyon	193	42,3
Sırtüstü pozisyon	101	22,1
Farklı farklı pozisyon	124	27,2
Yatak Özelliği		
Yumuşak	241	52,9
Sert	215	47,1
Yatarken Bebeğin Yüzünü Örtme		
Evet	100	21,9
Hayır	356	78,1
Emzik Kullanma		
Evet	223	48,9
Hayır	233	51,1
Bebeğin Yatağında Oyuncak Bırakma		
Evet	37	8,1
Hayır	419	91,9
Gebelikte Sigara İçme		
Evet	46	10,1
Hayır	410	89,9
Emzirirken Sigara İçme		
Evet	50	11,0
Hayır	406	89,0
Evde Sigara İçen Varlığı		
Evet	186	40,8
Hayır	270	59,2
Bebekle Aynı Yatağı Paylaşma		
Evet	130	28,5
Hayır	326	71,5
Bebekle Aynı Odayı Paylaşma		
Evet	415	91,0
Hayır	41	9,0
Bebek Uyurken Yastık Kullanma		
Evet	300	65,8
Hayır	156	34,2
Yorganın Ayakucunu ve Kenarlarını Yatağa Sıkıştırma		
Evet	157	34,4
Hayır	299	65,6
Bebeğin Odasında Oda Sıcaklığını Ölçen Derece Bulundurma		
Evet	177	38,8
Hayır	279	61,2
Toplam	456	100

Tablo 4.2.1'de ani bebek ölüm sendromu açısında risk faktörlerine ilişkin özellikler sunulmaktadır. Annelere bebeklerini yatırma pozisyonları sorulduğunda %8,3'ü yüzüstü, %42,3'ü sağ ya da sol yan pozisyonda, %22,1'i sırt üstü, %27,2'si ise farklı farklı pozisyonlarda yatırdıklarını ifade etmişlerdir. Bebeklerin yatırıldıkları yataklar incelendiğinde %52,9'unun yumuşak yatakta, %47,1'inin sert yatakta uydukları belirlenmiştir. Annelerin %21,9'u bebeklerini uyurken yüzlerini eşarp, tülbent vb ile örttüklerini belirtirken, %78,1'i örtmediklerini ifade etmişlerdir. Annelerin %51,1'i bebeklerinin emzik kullanmadığını belirtmişlerdir. Bebeği uyurken yatağında oyuncak bırakanların oranı ise %8,1'dir. Gebelikte sigara kullananların oranı %10,1'dir. Bebeğini emzirirken sigara içenlerin oranı ise %11, içmeyenlerin oranı %89'dur. Bebeğinin bulunduğu evde sigara içilenlerin oranı %40,8'dir. Annelerin %28,5'i bebeği ile aynı yatakta uyurken %71,5'i bebeğiyle yatak paylaşımında bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Annelerin %91'inin bebekleri ile aynı odada uyuduğu, %65,8'inin bebekleri yatarken yastık kullandığı belirlenmiştir. Annelere bebeklerinin yorganlarının ayakuçlarını ve kenarlarını yatağa sıkıştırıp sıkıştırmadıkları sorulduğunda %34,4'ü sıkıştırdığını ve %65,6'sı sıkıştırmadığını belirtmişlerdir. Bebeklerin yattıkları odada oda sıcaklığını ölçen derece bulunduranların oranı %38,1 olarak saptanmıştır.

4.3. Annenin Sosyodemografik Özellikleri İle Ani Bebek Ölüm Sendromuna Yönelik Uyguladıkları Riskli Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.3.1 Anne yaşına göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı

Risk Faktörleri	Annenin Yaşı								X ²	sd	p
	<20		20-29		30-39		40-49				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Bebeğin Uyuma Pozisyonu											
Yan yatış	3	37,5	106	44,9	76	39,0	8	47,1	8,435	9	0,491
Sırtüstü	4	50,0	47	19,9	48	24,6	2	11,8			
Yüzüstü	1	12,5	19	8,1	16	8,2	2	11,8			
Farklı Farklı Yatış Pozisyonu	0	0	64	27,1	55	28,2	5	29,4			
Yatak Yapısı											
Yumuşak	4	50	113	47,9	91	46,7	7	41,2	0,340	3	0,952
Sert	4	50	123	52,1	104	53,3	10	58,8			
Bebeğin Yüzünü Örtme											
Evet	2	25,0	60	25,4	35	17,9	3	17,6	3,714	3	0,294
Hayır	6	75,0	176	74,6	160	82,1	14	82,4			
Emzik Kullanma Durumu											
Evet	6	75,0	114	48,3	91	46,7	12	70,6	5,804	3	0,112
Hayır	2	25,0	122	51,7	104	53,3	5	29,4			
Bebeğin Yatağında Oyuncak Bırakma											
Evet	1	12,5	20	8,5	15	7,7	1	5,9	0,408	3	0,939
Hayır	7	87,5	216	91,5	180	92,3	16	94,1			
Gebelikte Sigara İçme											
Evet	2	25,0	30	12,7	11	5,6	3	17,6	9,075	3	0,028
Hayır	6	75,0	206	87,3	184	94,4	14	82,4			
Emzirirken Sigara İçme											
Evet	2	25,0	28	11,9	17	8,7	3	17,6	3,596	3	0,309
Hayır	6	75,0	208	88,1	178	91,3	14	82,4			
Bebeğiyle Aynı Yatakta Yatma											
Evet	0	0,0	71	30,1	52	26,7	7	41,2	5,141	3	0,162
Hayır	8	100,0	165	69,9	143	73,3	10	58,8			
Bebeğiyle Aynı Odada Yatma											
Evet	8	100,0	217	91,9	173	88,7	17	100,0	3,976	3	0,264
Hayır	0	0	19	8,1	22	11,3	0	0,0			
Bebeğini Uyuturken Yastık Kullanma											
Evet	7	87,5	147	62,3	133	68,2	13	76,5	4,328	3	0,228
Hayır	1	12,5	89	37,7	62	31,8	4	23,5			
Yorgani Sıkıştırma Durumu											
Evet	4	50,0	82	34,7	64	32,8	7	41,2	1,436	3	0,697
Hayır	4	50,0	154	65,3	131	67,2	10	58,8			
Bebeğin Odasında Derece Bulundurma											
Evet	0	0,0	90	38,1	79	40,5	8	47,1	5,844	3	0,119
Hayır	8	100,0	146	61,9	116	59,5	9	52,9			

Tablo 4.3.1'de annelerin yaş gruplarına göre ani bebek ölüm sendromu açısından risk faktörlerinin bulunma durumları arasındaki ilişki sunulmaktadır.

Anne yaşına göre bebeklerini yatırma pozisyonları arasında ($X^2=8,43$; $p>0,05$), kullandıkları yatak yapısı arasında ($X^2=0,34$; $p>0,05$), bebeğin yüzünü örtme durumları arasında ($X^2=3,41$; $p>0,05$), emzik kullanma durumları arasında ($X^2=5,80$; $p>0,05$), bebeğin yatağında oyuncak bulundurma durumları arasında ($X^2=0,40$; $p>0,05$), emzirirken sigara içme durumları arasında ($X^2=3,59$; $p>0,05$), bebeğiyle aynı yatakta yatma durumları arasında ($X^2=5,14$; $p>0,05$), bebeğiyle aynı odada uyuma durumları arasında ($X^2=3,97$; $p>0,05$), bebeğini uyuturken yastık kullanma durumları arasında ($X^2=4,32$; $p>0,05$), yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırma durumları arasında ($X^2=1,43$; $p>0,05$), bebeğin odasında oda sıcaklığını ölçen derece bulundurma durumları arasında ($X^2=5,84$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Anne yaşı ile gebelikte sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($X^2=9,07$; $p<0,05$). Yapılan analizde farkın 30-39 yaşları arasındaki annelerden kaynaklandığı ve bu yaş grubundaki annelerin diğer gruplara oranla daha az sigara içtikleri saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2 Annenin eğitim durumuna göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı

Risk Faktörleri	Eğitim Durumu						X ²	sd	p
	İlköğretim		Lise		Üniversite				
	n	%	n	%	n	%			
Bebeğin Uyuma Pozisyonu									
Yan yatış	91	40,3	57	46,7	45	41,7	6,974	6	0,323
Sırtüstü	47	20,8	25	20,5	29	26,9			
Yüzüstü	19	8,4	7	5,7	12	11,1			
Farklı Farklı Yatış Pozisyonu	69	30,5	33	27,0	22	20,4			
Yatak Yapısı									
Yumuşak	130	57,5	65	53,3	46	42,6	6,549	2	0,380
Sert	96	42,5	57	46,7	62	57,4			
Bebeğin Yüzünü Örtme									
Evet	68	30,1	21	17,2	11	10,2	19,073	2	0,000
Hayır	158	69,9	101	82,8	97	89,8			
Emzik Kullanma Durumu									
Evet	109	48,2	66	54,1	48	44,4	2,218	2	0,330
Hayır	117	51,8	56	62,3	60	55,6			
Bebeğin Yatağında Oyuncak Bırakma									
Evet	18	8,0	11	9,0	8	7,4	0,212	2	0,899
Hayır	208	92,0	111	91,0	100	92,6			
Gebelikte Sigara İçme									
Evet	22	9,7	19	15,6	5	4,6	7,627	2	0,022
Hayır	204	90,3	103	84,4	103	95,4			
Emzirirken Sigara İçme									
Evet	24	10,6	19	15,6	7	6,5	4,906	2	0,086
Hayır	202	89,4	103	84,4	101	93,5			
Bebeğiyle Aynı Yatakta Yatma									
Evet	65	28,8	35	28,7	30	27,8	0,037	2	0,982
Hayır	161	71,2	87	71,3	78	72,2			
Bebeğiyle Aynı Odada Yatma									
Evet	216	95,6	102	83,6	97	89,8	14,117	2	0,001
Hayır	10	4,4	20	16,4	11	10,2			
Bebeğini Uyuturken Yastık Kullanma									
Evet	175	77,4	72	59,0	53	49,1	29,509	2	0,000
Hayır	51	22,6	50	41,0	55	50,9			
Yorgani Sıkıştırma Durumu									
Evet	94	41,6	38	31,1	25	23,1	11,807	2	0,003
Hayır	132	58,4	84	68,9	83	76,9			
Bebeğin Odasında Derece Bulundurma									
Evet	60	26,5	58	47,5	59	54,6	29,603	2	0,000
Hayır	166	73,5	64	52,5	49	45,4			

Tablo 4.3.2'de annelerin öğrenim durumlarına göre ani bebek ölüm sendromu açısından risk faktörlerinin bulunma durumları arasındaki ilişki sunulmaktadır.

Annenin eğitim durumu ile bebeklerini yatırma pozisyonları arasında ($X^2=6.97$; $p>0,05$), kullandıkları yatak yapısı arasında ($X^2=6.72$; $p>0,05$), emzik kullanma durumları arasında ($X^2=2.21$; $p>0,05$), bebeğin yatağında oyuncak bulundurma durumları arasında ($X^2=0.21$; $p>0,05$), emzirirken sigara içme durumları arasında yoktur ($X^2=4.90$; $p>0,05$), bebeğiyle aynı yatakta yatma durumları arasında ($X^2=0,03$; $p>0,05$) anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Annenin eğitim durumu ile bebeğin yüzünü örtme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=19.07$; $p<0,05$). Bu farkı belirlemek amacı ile yapılan ileri analiz değerleri incelendiğinde ilköğretim mezunu annelerin lise ve üniversite mezunlarına göre daha yüksek oranda bebeğin yüzünü örttükleri gözlenmiştir. Üniversite mezunu anneler bebeklerinin yüzünü en düşük oranda örtmektedirler.

Annenin eğitim durumu ile gebelikte sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($X^2=7.62$; $p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde lise mezunu annelerin ilköğretim ve üniversite mezunu annelere göre daha yüksek oranda gebeliklerinde sigara içtikleri görülmektedir. İlköğretim mezunlarının gebelikte sigara içme durumlarının beklenen değerlerde olduğu görülmüştür.

Annenin eğitim durumu ile bebeğiyle aynı odada uyuma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=14.117$; $p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile elde edilen değerler incelendiğinde ilköğretim mezunu annelerin beklenen değerden ve diğer eğitim durumundaki annelere göre daha yüksek oranda aynı odada uyudukları görülmüştür.

Annenin eğitim durumu ile bebeğini uyuturken yastık kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($X^2=29,50$; $p<0,05$). Yapılan ileri analizde elde edilen değerler incelendiğinde ilköğretim mezunu annelerin beklenen değerden yüksek oranda bebeğini uyuturken yastık kullandıkları görülmektedir. Lise ve üniversite mezunu annelerde bu oran beklenen değer altında olduğu görülmektedir.

Annenin eğitim durumu ile yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($X^2=11.80$; $p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile elde

edilen değerler incelendiğinde lise ve üniversite mezunu anneler beklenenden daha az oranda, ilköğretim mezunları ise beklenenden daha fazla oranda yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırdıkları görölmektedir.

Annenin eğitim durumu ile bebeğin odasında oda sıcaklığını ölęen derece bulundurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görölmektedir ($X^2=29,60$; $p<0,05$). Bu farkın neden kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde elde edilen değerler incelendiğinde ilköğretim mezunu annelerin düşük oranda derece bulundurmalarından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.3.2).



Tablo 4.3.3 Ailenin gelir durumuna göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı

Risk Faktörleri	Gelir Durumu						X ²	s d	p
	Gelir giderden az		Gelir eşit		Gelir giderden fazla				
	n	%	n	%	n	%			
Bebeğin Uyuma Pozisyonu									
Yan yatış	45	37,2	119	42,3	29	53,7	6,313	6	0,389
Sırtüstü	29	24,0	64	22,8	8	14,8			
Yüzüstü	8	6,6	25	8,9	5	9,3			
Farklı Farklı Yatış Pozisyonu	39	32,2	73	26,0	12	22,2			
Yatak Yapısı									
Yumuşak	65	53,7	151	53,7	25	46,3	1,056	2	0,590
Sert	56	46,3	130	46,3	29	53,7			
Bebeğin Yüzünü Örtme									
Evet	34	28,1	57	20,3	9	16,7	4,008	2	0,135
Hayır	87	71,9	224	79,7	45	83,3			
Emzik Kullanma Durumu									
Evet	68	56,2	122	43,4	33	61,1	9,183	2	0,010
Hayır	53	43,8	159	56,6	21	28,9			
Bebeğin Yatağında Oyuncak Bırakma									
Evet	10	8,3	26	9,3	1	1,9	3,333	2	0,189
Hayır	111	91,7	265	90,7	53	98,1			
Gebelikte Sigara İçme									
Evet	16	13,2	24	8,5	6	11,1	2,115	2	0,347
Hayır	105	86,8	257	91,5	48	88,9			
Emzirirken Sigara İçme									
Evet	18	14,9	28	10,0	4	7,4	2,884	2	0,236
Hayır	103	85,1	253	90,0	50	92,6			
Bebeğiyle Aynı Yatakta Yatma									
Evet	39	32,2	74	26,3	17	31,5	1,709	2	0,426
Hayır	82	67,8	207	73,7	37	68,5			
Bebeğiyle Aynı Odada Yatma									
Evet	114	94,2	252	89,7	49	90,7	2,131	2	0,345
Hayır	7	5,8	29	10,3	5	9,3			
Bebeğini Uyuturken Yastık Kullanma									
Evet	86	71,1	183	65,1	31	57,4	3,242	2	0,198
Hayır	35	28,9	98	34,9	23	42,6			
Yorganı Sıkıştırma Durumu									
Evet	54	44,6	84	29,9	19	35,2	8,150	2	0,017
Hayır	67	55,4	197	70,1	35	64,8			
Bebeğin Odasında Derece Bulundurma									
Evet	37	30,6	114	40,6	26	48,1	5,801	2	0,055
Hayır	84	69,4	167	59,4	28	51,9			

Tablo 4.3.3'de ailenin gelir durumuna göre ani bebek ölüm sendromu açısından risk faktörlerinin bulunma durumları arasındaki ilişki sunulmaktadır.

Ailenin gelir durumu ile bebeklerini yatırma pozisyonları arasında ($X^2=6,31$; $p>0,05$), kullandıkları yatak yapısı arasında ($X^2=1,05$; $p>0,05$), bebeğin yüzünü örtme durumları arasında ($X^2=4,00$; $p>0,05$), bebeğin yatağında oyuncak bulundurma durumları arasında ($X^2=3,33$; $p>0,05$), gebelikte sigara içme durumları arasında ($X^2=2,11$; $p>0,05$), emzirirken sigara içme durumları arasında ($X^2=2,88$; $p>0,05$), bebeğiyle aynı yatakta yatma durumları arasında ($X^2=1,70$; $p>0,05$), bebeğiyle aynı odada uyuma durumları arasında ($X^2=2,13$; $p>0,05$), bebeğini uyuturken yastık kullanma durumları arasında ($X^2=3,24$; $p>0,05$), bebeğin odasında oda sıcaklığını ölçen derece bulundurma durumları arasında ($X^2=5,80$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Ailenin gelir durumu ile emzik kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($X^2=9,18$; $p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analizde geliri giderine eşit olan ailelerden emzik kullanma oranı beklenenden az oranda iken diğer gruplarda fazladır. Emzik kullanma oranı en yüksek geliri giderinden fazla olan ailelerde iken en az olan geliri giderine eşit olan ailelerde görülmektedir. Ailenin gelir durumu ile yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($X^2=8,15$; $p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan ileri analiz sonucunda elde edilen değerler incelendiğinde gelir durumu az olan annelerin diğer gruplara göre daha yüksek oranda yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırdıkları görülmüştür. Yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırma oranı en düşük geliri gidere eşit olan annelerde görülmektedir (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.4 Annenin mesleki durumuna göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı

Risk Faktörleri	Mesleki Durumu						X ²	sd	p
	Ev Hanımı		Memur		İşçi				
	n	%	n	%	n	%			
Bebeğin Uyuma Pozisyonu									
Yan yatış	128	42,7	36	42,9	29	40,3	3,951	6	0,683
Sırtüstü	64	21,3	18	21,4	19	26,4			
Yüzüstü	22	7,3	7	8,3	9	12,5			
Farklı Farklı Yatış Pozisyonu	86	28,7	23	27,4	15	20,8			
Yatak Yapısı									
Yumuşak	168	56	31	43,1	42	50	4,240	2	0,120
Sert	132	44	41	56,9	42	50			
Bebeğin Yüzünü Örtme									
Evet	69	23,0	18	21,4	13	18,1	0,844	2	0,656
Hayır	231	77,0	66	78,6	59	81,9			
Emzik Kullanma Durumu									
Evet	142	47,3	46	54,8	35	48,6	1,452	2	0,484
Hayır	158	52,7	38	45,2	37	51,4			
Bebeğin Yatağında Oyuncak Bırakma									
Evet	26	8,7	6	7,1	5	6,9	0,361	2	0,835
Hayır	274	91,3	78	92,9	67	93,1			
Gebelikte Sigara İçme									
Evet	28	9,3	11	13,1	7	9,7	1,037	2	0,596
Hayır	272	90,7	73	86,9	65	90,3			
Emzirirken Sigara İçme									
Evet	33	11,0	10	11,9	7	9,7	0,190	2	0,909
Hayır	267	89,0	74	88,1	65	90,3			
Bebeğiyle Aynı Yatakta Yatma									
Evet	87	29,0	24	28,6	19	26,4	0,194	2	0,907
Hayır	213	71,0	60	71,4	53	71,4			
Bebeğiyle Aynı Odada Yatma									
Evet	277	92,3	76	90,5	62	86,1	2,783	2	0,249
Hayır	23	7,7	8	9,5	10	13,9			
Bebeğini Uyuturken Yastık Kullanma									
Evet	214	71,3	54	64,3	32	44,4	18,756	2	0,000
Hayır	86	28,7	30	35,7	40	55,6			
Yorganı Sıkıştırma Durumu									
Evet	115	38,3	27	32,1	15	20,8	8,115	2	0,017
Hayır	185	61,7	57	67,9	57	79,2			
Bebeğin Odasında Derece Bulundurma									
Evet	99	33,0	33	39,3	45	62,5	21,286	2	0,000
Hayır	201	67,0	51	60,7	27	37,5			

Tablo 4.3.4'de annenin mesleğine göre ani bebek ölüm sendromu açısından risk faktörlerinin bulunma durumları arasındaki ilişki sunulmaktadır.

Annelerin mesleki durumu ile bebeklerini yatırma pozisyonları arasında ($X^2=3,95$; $p>0,05$), kullandıkları yatak yapısı arasında ($X^2=4,24$; $p>0,05$), bebeğinin uyurken yüzünü örtme durumları arasında ($X^2=0,84$; $p>0,05$), bebeklerine emzik verme durumları arasında ($X^2=1,45$; $p>0,05$), bebeğin yatağında oyuncak bulundurma durumları arasında ($X^2=0,36$; $p>0,05$), gebelikte sigara içme durumları arasında ($X^2=1,03$; $p>0,050,05$), emzirirken sigara içme durumları arasında ($X^2=0,19$; $p>0,05$), bebeğiyle aynı yatakta uyuma durumları arasında ($X^2=0,19$; $p>0,05$), aynı odada yatma durumları arasında ($X^2=2,78$; $p>0,05$).

Annenin mesleki durumu ile bebeğini uyuturken yastık kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($X^2=18,75$; $p<0,05$). Ev hanımlarının beklentinin üzerinde yastık kullandıkları ve memur olan annelerin beklenenden daha az yastık kullandıkları görülmüştür. Yastık kullanma oranı en fazla ev hanımı annelerde görülmektedir.

Annenin mesleki durumu ile yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($X^2=8,11$; $p<0,05$). Ev hanımlarının beklentinin üzerinde, memurların ise beklentinin altında yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırdıkları görülmüştür. Yorganı sıkıştırma oranı en fazla ev hanımı olan annelerde görülmektedir.

Annenin mesleki durumu ile bebeğin odasında oda sıcaklığını ölçen derece bulundurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($X^2=21,28$; $p<0,05$) (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.5 Aile yapısına göre ani bebek ölüm sendromu risk faktörlerinin dağılımı

Risk Faktörleri	Aile Yapısı				X ²	sd	p
	Çekirdek Aile		Geniş Aile				
	n	%	n	%			
Bebeğin Uyuma Pozisyonu							
Yan yatış	167	43,2	26	37,7	0,781	3	0,854
Sırtüstü	85	22,0	16	23,2			
Yüzüstü	32	8,3	6	8,7			
Farklı Farklı Yatış Pozisyonu	103	26,6	21	30,4			
Yatak Yapısı							
Yumuşak	206	53,2	35	50,7	0,148	1	0,701
Sert	181	46,8	34	49,3			
Bebeğin Yüzünü Örtme							
Evet	82	21,2	18	26,1	0,560	1	0,454
Hayır	305	78,8	51	73,9			
Emzik Kullanma Durumu							
Evet	181	46,8	42	60,9	4,659	1	0,031
Hayır	206	53,2	27	39,1			
Bebeğin Yatağında Oyuncak Bırakma							
Evet	33	8,5	4	5,6	0,585	1	0,444
Hayır	354	91,5	65	63,4			
Gebelikte Sigara İçme							
Evet	37	9,6	9	13,0	0,446	1	0,504
Hayır	350	90,4	60	87,0			
Emzirirken Sigara İçme							
Evet	41	10,6	9	13,0	0,153	1	0,696
Hayır	346	89,4	60	87,0			
Bebeğiyle Aynı Yatakta Yatma							
Evet	110	28,4	20	29,0	0,000	1	1,000
Hayır	277	71,6	49	71,0			
Bebeğiyle Aynı Odada Yatma							
Evet	352	91,0	63	91,3	0,000	1	1,000
Hayır	35	9,0	6	8,7			
Bebeğini Uyuturken Yastık Kullanma							
Evet	244	63,0	56	81,2	7,748	1	0,005
Hayır	143	37,0	13	18,8			
Yorganı Sıkıştırma							
Evet	130	33,6	27	39,1	0,769	1	0,372
Hayır	257	66,4	42	60,9			
Bebeğin Odasında Derece Bulundurma							
Evet	157	40,6	20	29,0	3,418	1	0,064
Hayır	230	59,4	49	71,0			

Tablo 4.3.5'de aile yapısı ile ani bebek ölüm sendromu açısından risk faktörlerinin bulunma durumları arasındaki ilişki sunulmaktadır.

Aile yapısı ile bebeklerini yatırma pozisyonları arasında ($X^2=0,78$; $p>0,05$), kullandıkları yatak yapısı arasında ($X^2=2,72$; $p>0,05$), bebeğin yüzünü örtme arasında ($X^2=0,56$; $p>0,05$), emzik kullanma durumları arasında ($X^2=4,65$; $p>0,05$), bebeğin yatağında oyuncak bulundurma durumları arasında ($X^2=,683$; $p>0,05$), gebelikte sigara içme durumları arasında ($X^2=0,44$; $p>0,05$), emzirirken sigara içme durumları arasında ($X^2=0,15$; $p>0,05$), bebeğiyle aynı yatakta yatma durumları arasında ($X^2=0,00$; $p>0,05$), bebeğiyle aynı odada uyuma durumları arasında ($X^2=0,00$; $p>0,05$), yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırma durumları arasında ($X^2=0,76$; $p>0,05$), bebeğin odasında oda sıcaklığını ölçen derece bulundurma durumları arasında ($X^2=3,41$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Aile yapısı ile bebeğini uyuturken yastık kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($X^2=7,74$; $p<0,05$). Çekirdek ailede beklenen değerden daha düşük oranda yastık kullanılırken geniş ailede ise bu değer beklenenden yüksek çıktığı görülmüştür (Tablo 4.3.5).

5. TARTIŞMA

5.1. Bebeklerin ve Annelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu araştırma, Denizli il merkezinde yaşayan 0-12 ay arası bebeği olan annelerin ani bebek ölüm sendromu açısından riskli davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yapılan araştırmalarda ani bebek ölüm sendromunun oluşumunda etkili faktörlerden birinin anne yaşı olduğu bildirilmiştir ve anne yaşının 20'nin altında olmasının ani bebek ölüm sendromu açısından risk oluşturduğu belirtilmektedir (Daltveit vd 1998, Menacker vd. 2004, Pinho ve Nunes 2011, Hakeem vd 2015). Ülkemizde adölesan dönemde olan kadınların neredeyse %5'inin çocuk doğurmaya başladığı belirtilirken ülkemizin batı kesiminde bu oranın %3 olduğu bildirilmiştir (TNSA 2013). Yapılan bu araştırmada yaklaşık olarak her 100 anneden 2'si yirmi yaş altındadır (Tablo 4.1.1). Bu durum her 100 bebekten 2'sinin anne yaşı nedeniyle ani bebek ölüm sendromu açısından risk altında olduklarını göstermektedir.

Ani bebek ölüm sendromu insidansının ve belirleyici faktörlerin incelendiği bir araştırmada annelerin eğitim düzeyinin 4 yıllık üniversite ve daha ileri seviyede olmasının ani bebek ölüm sendromu açısından koruyucu faktör olduğu belirtilmiştir (Hakeem vd 2015). Bezerra vd'nin (2015) yaptığı bir araştırmada annenin eğitim durumu ile ani bebek ölüm sendromu hakkında bilgi sahibi olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sekiz yıl ve daha fazla eğitim almış olan annelerin ani bebek ölüm sendromu konusundan daha bilgili oldukları görülmüştür. Daltveit vd (1998) tarafından yapılan araştırmada anne eğitim düzeyinin düşük olması ani bebek ölüm sendromu için risk faktörünü arttırdığı görülmüştür. Eğitim düzeyi düştükçe risk artmaktadır. Bu araştırmaya katılan annelerin neredeyse yarıya yakını ilköğretim mezunudur (Tablo 4.1.1).

Literatür incelendiğinde gelir durumu azaldıkça ani bebek ölüm sendromu riskinin arttığı görülmektedir (Daltveit vd 1998; Blair vd 2006, Pinho ve Nunes 2011). Araştırmamızda bebeklerin gelir durumu açısından dörtte birinin bu açıdan risk faktörü taşıdığı görülmektedir. Araştırmamızda annelerin dörtte biri gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1.1). Yapılan bir araştırmada anne işsizliğinin ani bebek ölüm sendromu için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Daltveit vd 1998). Araştırmamızda annelerin %65,8'inin ev hanımı olduğu görülmektedir. Annelerin çalışmaması tek başına risk faktörü olacağı gibi gelir durumunu da etkileyeceği için riski artırmaktadır.

Türkiye'de aile yapısı değişiminin incelendiği bir araştırmada geniş aile yapısında azalma olduğu bildirilmekle birlikte 2011 yılında ülkemizdeki geniş aile oranının %12,3 olduğu belirtilmiştir (Koç 2013). Geniş aile yapısı giderek azalmakla birlikte ülkemizde aile büyükleri ile yaşamak bir gelenektir ve özellikle gebelik ve doğum sürecinde aile büyüklerinden destek alınmaktadır. Evliliğin ilk yıllarında çekirdek aile olarak yaşayan aileler dahi bu dönemde geniş aile olarak yaşamaya başlamakta ve uzun süre bu şekilde devam edilmektedir. Araştırmamızda aile yapılarına baktığımızda %15,1'inin geniş aile yapısına sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.1.1). Yapılan bir araştırmada geniş aile yapısı ile ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Çalışır vd 2007).

Yapılan araştırmalarda yüksek doğum sırası ani bebek ölüm sendromu için risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Mitchell vd 1992, Daltveit vd 1997, Daltveit vd 1998). Çalışmamızda annelerin %79,4'ünün 1-2 çocuğa, %20,6'sının ise 3-4 çocuğa sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.1).

Araştırmamızdaki bebeklerin yarısından fazlası erkektir (Tablo 4.1.2). Literatüre bakıldığında erkek bebeklerin ani bebek ölüm sendromu açısından daha fazla risk taşıdıkları görülmektedir (Mitchell ve Steward 1997). Erkek cinsiyetin ani bebek ölüm sendromu riskini %40 arttırdığı yapılan bir araştırmada belirtilmiştir (Hakeem vd 2015). Literatürdeki verilere göre araştırmamıza katılan bebeklerin yarısından fazlası erkek cinsiyete sahip olmaları nedeniyle risk taşımaktadır.

Bu araştırmada bebeklerin %4,6'sı 2500 gramın altında doğmuştur. Ayrıca bebeklerin %1,5'i 31. Hafta ve öncesinde, %17,5'i de 32-37 hafta arasında doğmuştur (Tablo 4.1.2). Yapılan bir araştırmada prematüre bebek ve düşük doğum ağırlığı oranı normal popülasyona göre daha sık bulunmuştur (Chéron vd 1993).

Ani bebek ölüm sendromu 1 yaşın altındaki bebeklerin beklenmedik ve ani ölümü olarak tanımlanmakta fakat 2-4 ay arasında pik yapmaktadır (AAP 2000).

Araştırmamıza katılan bebeklerin %33,8'i 2-4 aylıktır ve bu nedenle ani bebek ölüm sendromu açısından daha fazla risk taşımaktadırlar (Tablo 4.1.2).

Yapılan araştırmalar emzirmenin ani bebek ölüm sendromu açısından koruyucu olduğu ve tek başına emzirme tercih edildiğinde bu koruyuculuğun arttığı bildirilmektedir (Hauck vd 2011; Alm vd 2015). Ülkemizde ilk altı ay boyunca sadece anne sütü önerilmesine rağmen araştırmamıza katılan her 100 anneden 2'sinin bebeğini hiç emzirmediği görülmektedir (Tablo 4.1.2).

5.2. Annelerin Ani Bebek Ölüm Sendromu Açısından Riskli Davranışlarının Dağılımlarının İncelenmesi

Araştırmamıza katılan anneler bebeklerini %8,3'ü yüzüstü, %42,3'ü sağ ya da sol yan, %22,1'i sırt üstü, %27,2'si farklı farklı pozisyonlarda yatırdığını belirtmiştir (Tablo 4.2.1). Amerikan Pediatri Akademisi beşik ölümü de denilen ani bebek ölümü sendromu riskini azaltmak için bebeklerin sırtüstü pozisyonda uyutulmasını önermektedir (AAP 2000, AAP 2011). Alpaslan vd (2011) tarafından bir sağlık ocağı bölgesindeki bebeklerde ani bebek ölüm sendromu ile ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmada bebeklerin %68,5'i sırtüstü veya yan pozisyonda, %31,5'inin yüzüstü pozisyonda yatırıldıkları belirlenmiştir. Diğer bir araştırmada ise bebeklerin %45,1'inin yan pozisyonda, %24,5'inin sırtüstü, %23,5'inin bazen yan bazen sırtüstü ve %6,9'unun yüzüstü yatırıldığı belirtilmiştir (Çelik vd 2010). Çalışır vd'nin (2007) Aydın il merkezindeki 0-11 aylık bebeklerde ani bebek ölüm sendromu ile ilgili risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada bebeklerin %43,1'ünün sırt üstü pozisyonda, %47'sinin yan, %9,9'unun yüzüstü pozisyonda yatırıldıkları bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir diğer araştırmada ise bebeklerin %77,1'i sırtüstü, %17,4'ü yan ve %5,5'i ise yüzüstü pozisyonda yatırılmakta olduğunu bildirmiştir (Koturoğlu vd 2004). Araştırmamızda elde edilen veriler Alpaslan vd (2011) ile Çelik vd (2010) yaptıkları araştırmalar ile benzerlik göstermektedir. Çalışır vd (2007) ile Koturoğlu vd (2004) araştırmasında sırtüstü yatış oranı bizim araştırmamıza oranla yüksek çıkmıştır. Bunun nedeninin kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca zamanla annelerin tercih ettikleri yatış pozisyonu değişmiş olabilir. Bunun, sağlık çalışanlarının yan yatış pozisyonunu önermelerinden de kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Yıkılkan vd 2011).

Yurtdışı literatürüne baktığımızda ise; Ball vd'nin (2011) İngiltere'nin Bradford metropolünde ani bebek ölüm sendromu ile ilgili bebek bakım uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada yüzüstü yatış pozisyonunun çok düşük olduğu (%<3), Bradford'da yaşayan Güney Asyalıların Beyaz İngilizlerle karşılaştırıldığında bebeklerini daha çok yan pozisyonda uyuttukları saptanmıştır (Pakistanlılar %16, Hintliler %11, Bangladeşliler %12 ve İngilizler %3). Lope vd'nin (2010) Malezya Kuala Lumpur'da bebeklerin uyku pozisyonları ve bebeklere yapılan bakım uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yürütülen araştırmada bebeklerin %75,3'ünün sırtüstü, %18,2'sinin yan pozisyonda ve %6,5'inin yüzüstü yatırıldığı belirlenmiştir. Birleşik devletlerde annelerin inanışlarının ve önceki önerilerin bebeğin uyku pozisyonu üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada ise bebeklerin %61'inin sırtüstü, %21'inin yan pozisyonda, %17'sinin yüzüstü ve %0,5'inin farklı pozisyonlarda yatırıldığı bulunmuştur (Kohorn vd 2010). Bizim ülkemizdeki aksine yurtdışında bebeklerin en çok sırtüstü pozisyonda yatırıldıkları görülmektedir. Bu oranlar arasındaki farkın ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arasındaki farklardan kaynaklanıyor olabileceği gibi bazı ülkelerde sırt üstü yatış kampanyaları düzenleniyor olması da olabilir.

Yıkılkan vd (2011) tarafından yapılan araştırmada ülkemizde sağlık çalışanlarının %72'sinin aileler ile görüşmeleri sırasında bebeğin yatış pozisyonu ile ilgili öneride buldukları bildirilirken, öneride bulunanların %78'inin yan yatış pozisyonunu, %7'sinin yüzüstü ve sadece %15'inin sırtüstü pozisyonu önerdikleri bildirilmiştir. Efe vd'nin. (2012) yaptıkları araştırmada ise pediatri hemşirelerinin %74,1'i yan yatış pozisyonunu önerirken sadece %16'sının sırtüstü yatış pozisyonunu önerdikleri, pediatristlerin ise %44'ünün yan yatış ve %43,7'sinin sırtüstü yatış pozisyonunu önerdikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar ülkemizde bebeklerle yakından ilgilenen sağlık çalışanlarının en çok yan yatış pozisyonlarını önerdikleri görülmektedir. Bununla birlikte ülkemizdeki bebeklerde yan yatış sıklığının bu kadar yüksek olmasını etkileyen faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir.

Annelerin bebeklerine verdikleri pozisyonla ilgili inanışları incelendiğinde bebeklerini rahat edecekleri ve boğulmayacakları pozisyonları verdiklerini belirtmişlerdir. Annelerin %63'ü bebeklerinin sırtüstü olmayan pozisyonda (genellikle yüzüstü) daha rahat olduklarını ifade ettikleri ve %56'sının sırtüstü pozisyonda bebeklerinin boğulacağını ifade ettikleri belirlenmiştir (Kohorn vd 2010). Diğer bir araştırmada ise bebeklere bakanlara bebekleri hangi pozisyonda ve neden o pozisyonda yatırıldıkları sorulduğunda yüzüstü pozisyonda yatıranların %82'si bebek daha çok seviyor ve/veya bu şekilde daha iyi uyuyor cevabı vermişlerdir. Aynı araştırmada bebekleri sırtüstü ya da yan pozisyonda yatıranların %65'i bu pozisyonu

seçme nedeni olarak farklı kaynaklardan okudukları bilgileri ya da sağlık profesyonellerinin bu pozisyonu önerdiklerini belirtmiştir. Araştırmanın devamında bebeklerini yan yatıran annelerin diğer annelere göre bebeklerinin kusmasından ve boğulmasından daha fazla korktuklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (Willinger vd 2000).

Araştırmamıza katılan annelerin bebeklerini ne çeşit yataklarda yatırdıklarını incelediğimizde %52,9'unun yumuşak yatakta %47,1'inin ise sert yatakta yatırdıklarını ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 4.2.1). Çalışır vd'nin (2007) çalışmasında ise annelerin %55,9'unun bebeklerini yumuşak yatakta % 44,1'inin ise sert yatakta yatırdıkları bildirilmiştir. Mathews vd'nin (2015) çalışmasında ise annelerin % 72,9'u bebekleri için yumuşak yatağı tercih ettikleri bildirilmiştir. Efe vd'nin (2007) araştırmasında bebeklerin %44,6'sının pamuk/yün yatakta yatırıldığı, %55,4'ünün ise ortopedik yatakta yatırıldığı bildirilmiştir (Efe vd 2007). Diğer bir araştırmada ise bebeklerin %40,1'i pamuk/yün yatakta, %45'i ortopedik yatakta, %8,3'ü sünger yatakta yatırıldığını %6,7'sinin ise yatağın türünü bilmediği belirtilmiştir (Efe ve Ak 2012). Bebekleri yumuşak yatakta yatırmak ani bebek ölüm sendromu için risk faktörü oluşturmaktadır. Ülkemizde anneler hem kış mevsiminde çocuklarını sıcak tutabilmek hem de onları rahat ettirebilmek için ani bebek ölüm sendromu için risk oluşturan yumuşak yatakları tercih edebilmektedir.

Shapiro-Mendoza vd (2015) tarafından yapılan bir araştırmada son iki hafta içerisinde uyudukları zaman sık sık altına battaniye, yorgan, yastık ve diğer benzer malzemelerin serilerek ya da bunlar ile sarılarak yatırılan bebekler veriler yer almaktadır. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında bebeklerin altında %29,2 battaniye,%3,7 minder, %0,9 yastık, %0,8 kilim, %0,8 koyun derisi ve %0,1 uyku tulumu bulunduğu bildirilmiştir. Veriler incelendiğinde bebekler yatarken altına serilen materyallerin ülkeler arasında farklılık gösterdiği görülmektedir.

Ani bebek ölüm sendromu açısından risk oluşturan diğer bir faktör de bebeklerin yatarken yüzünün örtülmesidir. Araştırmamızda katılımcıların %21,9'u bebekleri uyurken yüzlerini eşarp, tülbent vb ile örttüklerini belirtirken, %79,8'i örtmemektedir (Tablo 4.2.1). Çalışır vd (2007) araştırmasında ise annelerin %23,7'sinin bebeklerinin yüzlerini örttükleri belirlenmiştir. Yapılan bir başka araştırmada da bebeklerin %49,3'ünün yüzü örtülü olarak yatırıldığı saptanmıştır (Alparıslan ve Uçan 2011). Çalışır vd'nin (2007) yaptıkları araştırmadaki oran ile araştırmamızın oranı benzerken, Alparıslan ve Uçan'ın (2011) yaptıkları araştırmada bebeklerin yüzünü örtme oranı bizim araştırmamızdan iki kat daha fazla çıkmıştır. Yapılan araştırmalarda kültürel ve bölgesel farklılıklar olmasına rağmen araştırmamızda bebeklerin yüzüne eşarp örtme

oranının diğer araştırmalara göre düşük çıkması sevindiricidir. Yine de bu oranın yüksek olduğu düşünülmektedir.

Annelerin bebeklerinin yüzünü örtme nedenleri, bebekleri uyurken onları çevresel faktörlerden korumak ve sıcak tutmak amaçlı olabilir. Özellikle yaz aylarında bebeklerini sinek ve sivrisinek gibi çevresel faktörlerden korumak isteyen annelerin bu yola sık sık başvurduğu düşünülmektedir. Ayrıca toplumumuzda uyurken bebeğe örtülen sarı tlbenttin sarılıktan koruyacağı ve kırmızı tlbenttin al basmasını önleyeceği inanişı hkimdir. Annelerin bebeklerini yüzü örtülü yatırmasının diğer nedeni de bu inanişlar olabilir. Yapılan bir araştırmada annelerin %74'ünün bebeğini sarılıktan korumak için sarı tülbent örttüğü saptanmıştır (Koyun vd 2011). Diğer bir araştırmada ise bu oran %46,1 olarak bulunmuştur (Işık vd 2010).

Yapılan iki meta-analiz çalışmada emzik kullanımının ani bebek ölüm sendromu riskini azalttığı bildirilmiştir (Hauck vd 2005, Mitchell vd 2006). Amerikan Pediatri Akademisi de ani bebek ölüm sendromu ile ilgili önerilerinde her uyku için emzik kullanımını önermektedir (AAP 2011). Araştırmamıza katılan bebeklerin %48,9'u emzik kullanırken, %51,1'inin kullanmadığı belirtilmiştir (Tablo 4.2.1). Ülkemizde yapılan bir araştırmada bebeklerin %51,3'ünün emzik kullandığını belirtmişlerdir (Yıkılkan vd 2011). Verilerimiz Yıkılkan vd'nin. (2011) verileri ile benzerlik göstermektedir. Joyner vd (2015) tarafından yapılan bir araştırmada annelerin %60'ının rutin olarak emzik kullandığı bildirilmiştir. Pansy vd (2008) tarafından yapılan araştırmada doğumdan hemen sonra 174 annenin 135'i emzik kullanmayı düşünürken, 39 anne bebeklerinin çene yapısında bozukluk oluşabileceği endişesiyle emzik kullanmayacaklarını belirtmişlerdir.

Bu araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin yarıya yakını emzik kullanmamaktadır. Bunun nedeni literatürde de belirtildiği gibi annelerin bebeklerinin diş ve çene yapısının bozulmasından korktuklarından olabilir. Yapılan bir araştırmada emzik kullanımının preterm bebeklerin çenesinde küçük ileri hareket sağladığını belirtmişlerdir. Bu verilerin emzik kullanımının st solunum yolunun korunmasına yardımcı olabileceğini düşürdüğünü belirtmişlerdir (Tonkin vd 2007).

Bunun yanında ani bebek sendromu konusunda koruyucu olduğu konusunda bilgi sahibi olmamaları da bu durumu etkileyebilir. Ayrıca literatürde yapay meme veya emziğin, emzirme dönemindeki bebeklere verilmemesi gerektiği belirtilmektedir (Victoria vd 1997, Howard vd 2003, Kondolot vd 2009).

Literatüre bakıldığında gebelikte ve emzirme döneminde sigara içmenin bebeklerde yarık damak ve dudağa (Martelli vd 2015), düşük doğum ağırlığına (Wang vd 2014), çocuklarda bipolar bozukluk riskinde artmaya (Chudal vd 2015), bebekler 18 yaşına geldiğinde kemik mineral içeriğinde azalmaya (Martínez-Mesa vd 2014) ve daha birçok olumsuz etkiye neden olmaktadır. Aynı zamanda gebelik sırasında günde 10 ve daha fazla sigara içmenin serebral palsi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Streja vd 2013).

TUİK verilerine göre ülkemizde kadınların %13,1'inin tütün ve tütün mamulü kullandığı ve en çok 25-44 yaşları arasında yani doğurganlık döneminde kullanıldığını belirtmektedir (TUİK 2012). TNSA 2008 verilerine göre 15-49 yaş kadınlarda sigara içme oranı %22 iken gebe kadınların %11'i, emziren kadınların ise %17'si sigara içtiklerini belirtmişlerdir (TNSA 2008). Araştırmamızın sonuçlarına bakıldığında ise araştırmaya katılan annelerin %10'u gebelikleri boyunca sigara içmeye devam ettiklerini belirtirken emzirme döneminde bu sayı %11'e yükselmektedir (Tablo 4.2.1). Ülkemizde yapılan bir araştırmada annelerin %12,6'sının gebelikte, %17,2'sinin emzirme döneminde sigara kullandıkları bildirilmiştir (Çalışır vd 2007). Başka bir araştırmada ise her 100 anneden 18'inin gebeliklerinde sigara içtiği belirtilmiştir (Yıkılkan vd 2011). Eldeki verilere baktığımızda son 10 yıl içerisinde ülkemizde gebelikte sigara içme durumunda önemli bir değişiklik görülmemektedir. Bizim araştırmamızda literatürdeki diğer verilerle aynı doğrultudadır. Gebelikte ve emzirmede birçok olumsuz etkiye sahip olmasına rağmen araştırmamızda da görüldüğü gibi her 10 anneden bir tanesi sigara içmeye devam etmektedir. Bu durum bebeklerin sağlıkları açısından son derece önemli bir risk oluşturmaktadır. Aynı zamanda onları ani bebek ölüm sendromu açısından risk grubuna dâhil etmektedir.

Ani bebek ölüm sendromu açısından risk faktörlerinden biri de bebeğin bulunduğu evde sigara içilmesidir. Sigara içen ailelerin çocuklarında ani bebek ölüm sendromu riski ile karşılaşma oranı içmeyen ailelere oranla 3 kat daha fazla olduğu ve günlük içilen sigara sayısı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Wisborg vd 2000). Araştırmamızda bebeğin bulunduğu evde sigara içenlerin/içilenlerin oranı %40,8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Alparlan ve Uçan (2011) araştırmasında bebeklerin sigara dumanına maruz kalma oranları %68,5 olarak bildirilmiştir. Başka bir araştırmada ise babaların %34,6'sının, eve gelen misafirlerin %41,1'inin evde sigara içtikleri belirtilmiştir (Efe vd 2007). Aydın ilinde yapılan araştırmada ise bebeklerin %48,7'sinin yaşadığı ev ortamında sigara içildiği saptanmıştır (Çalışır vd 2007). Aslan vd.'nin (2015) çalışmasında yatak odası dışındaki odalarda sigara içilme durumu %8,7, yatak odasında sigara içilme durumu %1,4, mutfakta sigara içilme durumu %62,3, tuvalet-banyoda sigara içilme durumu %30,8 olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada görüşme

yapılan kişilerin beyanlarına göre beş yaş altı çocuğun doğumundan önce yatak odası dışındaki odalarda sigara içilme durumu %6,2 iken çocuğun doğumundan sonra %3,1 olarak belirtilmiştir. Yatak odasında çocuğun doğumundan önce sigara içilme yüzdesi 2,1 iken çocuğun doğumundan sonra bu oran %0,5 olarak tespit edilmiştir. Çocuğun doğumundan önce mutfakta sigara içilen haneler %31,8 iken çocuğun doğumundan sonra %16,2 olarak belirtilmiştir. Çocuğun doğumundan önce tuvalet-banyoda sigara içilen haneler %14,1 oranında iken çocuğun doğumundan sonra %9,2 olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de aileler çocuk sahibi olduktan sonra evlerinde sigara içilme oranları azalsa da tamamen engellenememektedir. Buda ani bebek ölüm sendromu açısından risk oluşturmaktadır.

Bizim araştırmamızda her 10 anneden yaklaşık olarak 3 tanesi bebeğiyle aynı yatakta uyduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.1). Beş büyük vaka kontrol araştırmasının incelendiği bir araştırmada veri kümesinin tamamına bakıldığında vaka grubunun %22’sinde yatak paylaşımı olduğu bildirilirken kontrol grubunda yatak paylaşım oranının %9,6 olduğu bildirilmiştir (Carpenter vd 2013). Anne ve bebek yatak paylaşımındaki etnik farklılıkların ve belirleyicilerin incelendiği bir araştırmada 2 aylık bebeği olan annelerin %23’ünün bebekleri ile aynı yatağı paylaştıkları belirtilirken iki aylık bebeği olan annelerin Hollanda, Türk ve Fas kökenli olanlarda oranlar %16-17 civarında iken Karayipli annelerde bu oran neredeyse yarıya yakın (%48) olduğu bildirilmiştir (Luijk vd 2013). Türkiye’de yapılan araştırmalarda ise %26 (Alparslan ve Uçan 2011), %8,7 (Çelik vd 2010), %11,8 (Çınar vd 2010), %27,6 (Çalışır vd 2007), %14,8 (Efe vd 2007) gibi oranlar bulunmuştur. Araştırmamızın sonucu Türkiye’deki bazı araştırmalar ile benzer sonuçlar gösterirken bazı araştırmalarda oranlar fazla çıkmıştır. Bunun nedeni, kültürel ve bölgesel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Yurt dışında yaşayan Türk annelerde ise bebekleri ile yatak paylaşım oranı araştırmamıza göre düşük bulunmuştur. Bu durum yurt dışında verilen doğum öncesi eğitim ile ülkemizdeki eğitimlerdeki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan çalışmalar yatak paylaşımı olmadan oda paylaşımının ani bebek ölüm sendromu riskinde azalma sağladığını bildirmektedir (Scragg vd 1996, Blair vd 1999, Carpenter 2004, Tappin vd 2005). Araştırmamızda annelerin %9’u bebekleri ile oda paylaşımında bulunmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.1). Ülkemizde yapılan bir çalışmada annelerin %7,2’sinin bebekleri ile oda paylaşımında bulunmadıkları bildirilmiştir (Çelik vd 2010). Diğer bir çalışmada ise annelerin %15,2’sinin bebekleri ile farklı odada uydukları bildirilmiştir (Koturoğlu vd 2004).

Literatürde yastık kullanımının ani bebek ölüm sendromu riskini 3 kat attırdığı belirtilmektedir (Hauck vd 2003). Ayrıca bebeklerin yataklarında yastık kullanılmaması, yumuşak oyuncak bırakılmaması ve beşik korumalığı kullanılmaması önerilmektedir (Henderson-Smart vd 1998). Araştırmamızda 0-12 ay arası bebeği olan annelerin %65,8'i bebekleri yatarken yastık kullandığını, %34,2'si ise kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2.1). Bebeği uyurken yatağında oyuncak bırakanların oranı ise %8,1dir. Yıkılkan vd. (2011) tarafından yapılan araştırmada ise annelerin %77'sinin bebeklerini yastıkla uyuttuğu, %13'ünün de bebeklerinin yatağında oyuncak bıraktığı belirtilmiştir. Efe vd. (2007) bebeklerin uyku ortamları ve uygulamalarının incelendiği araştırmada annelerin %70,6'sının bebekleri uyurken yastık kullandıkları bildirilmiştir. Efe ve Ak'ın (2012) preterm bebeği olan annelere yaptığı araştırmada ise annelerin %76,7'sinin bebeklerini uyuturken yastık kullandığı saptanmıştır. Çeşitli yıllarda ülkemizde yapılan araştırmalarla bizim araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Ülkemizde sağlık çalışanlarına yapılan bir araştırmada bebekler uyurken yastık kullanılabileceğini söyleyen pediatri hemşirelerin oranı %32, çocuk doktorlarının ise %23,8 olarak belirtilmiştir (Efe ve Ak 2012).

Kuala Lumpur'da yapılan bir araştırmada bebeklerin %89,4'ünün yatağında oyuncak ya da yastık gibi objelerin bulunduğu bildirilmiştir (Lope vd 2010). Chicago'da yapılan bir araştırmada ani bebek ölüm sendromundan ölen bebeklerin %26,2'si yastık kullanırken, kontrol grubunun %13,9'unun kullandığı belirtilmiştir (Hauck vd 2003). Yapılan bir araştırmada Beyaz İngilizlerde yatakta oyuncak bırakma %23,9, Pakistanlılarda %15,8, Hintlilerde %25, Bangladeşlilerde %6,8 olarak belirtilirken; bebeklerini yastık ile uyutma Beyaz İngilizlerde %2,9, Pakistanlılarda %28,4, Hintlilerde %18, Bangladeşlilerde %44,1 olarak bildirilmiştir (Ball vd 2011). Araştırmalara bakıldığında etnik yapının ve kültürel faktörlerin yastık kullanımı ve yatakta oyuncak bırakma konusunda farklılık yarattığı söylenebilir.

Literatürde bebeklerin yorganlarının ayakuçlarının yatağın altına sıkıştırılmaması da risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Perk 2011). Katılımcılara bebeklerinin yorganlarının ayakuçlarını ve kenarlarını yatağa sıkıştırıp sıkıştırmadıkları sorulduğunda %34,4'ü sıkıştırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.2.1). Aydın ilinde yapılan bir araştırmada ise annelerin %21,3'ünün yorganın ayakucunu yatağın altına sıkıştırdıkları belirtilmiştir (Çalışır vd 2007). Bizim araştırmamızda yorganı sıkıştırma oranının daha fazla olduğu görülmektedir.

Bebeğin yaşam/uyuma ortamının aşırı sıcak ya da soğuk olması bebekleri olumsuz etkilemekte hatta ölümlerine sebep olmaktadır (Basu vd 2015). Denizli ilimizde coğrafi konumu itibariyle Ege, İç Anadolu ve Akdeniz Bölgeleri arasında bir geçit teşkil

ettiğinden iklimi değişiklik arz etmektedir. Yazları gölgede 40 C°'ye varan ve kış ayları ise -15 C°'ye kadar düşen sıcaklık değişimleri görülmektedir (TMMOB Çevre Mühendisleri Odası). Bu nedenle bebeklerin bulunduğu odanın sıcaklığının ayarlanması son derece önemlidir. Her 10 anneden 4'ü araştırmamızda bebeğinin odasında oda sıcaklığını ölçen derece bulundurduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2.1). Efe vd. (2007) araştırmasında ise her 10 anneden 6'sı derece kullandıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde anneler bebeklerini soğuktan korumak, hasta olmalarını önlemek amacıyla sıcak odalarda yatırmakta ve üst üste kıyafetler giydirmektedir. Bebeklerin aşırı sıcaktan korunabilmesi için odalarında derece bulundurulması önemlidir.

5.3. Annenin Sosyodemografik Özellikleri İle Ani Bebek Ölüm Sendromuna Yönelik Uyguladığı Riskli Davranışlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Yapılan bu araştırmada anne yaşı ile ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde; anne yaşı ile gebelikte sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmamızda 20 yaş altındaki annelerin en fazla oranda sigara içtikleri görülmektedir (Tablo 4.3.1). Yapılan araştırmalarda genç dönemde gebe kalanların ileri yaşlarda gebe kalanlara oranla sigara, alkol ve uyuşturucu kullanma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Abma ve Mott 1991; Kokotailo vd 1992, Ebrahim ve Gfroerer 2003).

Annenin eğitim durumu ile ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; bebeğın yüzünü örtme, gebelikte sigara içme, bebeğiyile aynı odada uyuma, bebeğini uyuturken yastık kullanma, yorganı sıkıştırma durumları, bebeğın odasında derece bulundurma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.3.2).

Çalışır vd'nin (2007) çalışmasında da anne eğitimi ile bebeğın yüzünü örtme arasında ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada ve Çalışır vd'nin (2007) çalışmasında annenin eğitim düzeyi arttıkça bebeklerinin yüzünü örtme oranlarının azaldığı görülmektedir.

Bu çalışmada ani bebek ölüm sendromu görülmesi açısından risk oluşturan gebelikte sigara içme oranı en çok lise mezunlarında ikinci sırada ilköğretim

mezunlarında en azda üniversite mezunlarında görülmektedir. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımının incelendiği bir çalışmada lise ve üzerinde eğitim alanların gebelikte sigara içme oranları eğitim düzeyi daha düşük olanlardan yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Marakoğlu ve Sezer 2003). Bir diğer çalışmada da annelerin eğitim seviyesi azaldıkça gebelikte ve sonrasında sigara içme oranı artmaktadır (Kahn vd. 2001).

Annenin eğitim durumu ile bebekleriyle aynı odada uyuma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim düzeyi azaldıkça aynı odada uyuma durumları artmaktadır (Tablo 4.3.2). Literatürde önerilen annelerin bebekleriyle yatak paylaşımı olmadan oda paylaşımıdır (Scragg vd 1996, Blair vd 1999, Carpenter 2004, Tappin vd 2005, Vennemann vd 2012). Bizim araştırmamızda doğru uygulamanın en çok ilköğretim mezunu anneler tarafından yapıldığı saptanmıştır.

Annenin eğitim durumu ile bebeklerini uyuturken yastık kullanma arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim düzeyi azaldıkça yastık kullanım oranı artmaktadır (Tablo 4.3.2). Yapılan çalışmalar yastık kullanımının ani bebek ölüm sendromu açısından risk oluşturduğunu bildirmektedir (Henderson-Smart vd 1998, Hauck vd 2003). Araştırmamızda annelerin eğitim düzeylerinin artması ile yastık kullanımı açısından doğru uygulama oranlarının arttığı belirlenmiştir.

Annelerin eğitim seviyeleri ile yorganın ayakucu ve kenarlarını yatağa sıkıştırma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu araştırmada en çok ilköğretim mezunu annelerin en az ise üniversite mezunu annelerin yorganın ayakucu ve kenarlarını yatağa sıkıştırdıkları bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Bunun nedeni olarak annelerin tesadüf olarak uygulamaları ya da geleneksel uygulamaları olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bu araştırmada annelerin eğitim düzeyi arttıkça bebeklerinin odasında derece bulundurma durumlarının arttığı görülmektedir (Tablo 4.3.2). Kahn vd'nin (2001) çalışmasında annelerin eğitim durumu arttıkça yüksek oda sıcaklığının azaldığı görülmektedir.

Araştırmamızda aile yapısı ile emzik kullanma, bebeğini uyuturken yastık kullanma arasında ilişki bulunmuştur. Geniş aile yapısına sahip annelerin bebeklerinin emzik kullanma ve bebeklerini uyuturken yastık kullanma oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durumun geniş aile yapısına sahip annelerin bebeklerine bakım verirken aile büyüklerinin geleneksel uygulamalarından etkilenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.3.5).

SONUÇLAR

Denizli il merkezinde 0-12 ay arası bebeği olan annelerin ani bebek ölüm sendromu ile ilgili risk oluşturan davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada annelerin bazı riskli davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir.

Çalışma ile ilgili sonuçlar aşağıda yer almaktadır;

Annelerin büyük çoğunluğunun (%87,9) bebeklerini ani bebek ölüm sendromu açısından risk oluşturacak pozisyonda yatırdıkları saptanmıştır.

Annelerin bebekleri için tercih ettikleri yatakların %52,8'inin yumuşak olmaları nedeni ile ani bebek ölüm sendromu açısından risk oluşturmaktadır.

Annelerin bebekleri uyurken yüzlerini örtmeleri nedeniyle bebeklerin %21,9'u ani bebek ölüm sendromu açısından riskli durumdadır.

Annelerin %10'unun gebelikte ve %11'inin emzirme döneminde sigara içmeleri nedeniyle bebeklerinde ani bebek ölüm sendromu görülme riski bulunmaktadır.

Bebeklerin bulunduğu evde sigara içilmesi nedeniyle bebeklerin %40,8'i ani bebek ölüm sendromu açısından riskli durumdadır.

Annelerin %28,5'inin bebekleri ile aynı yatakta yatmaları bebeklerinin ani bebek ölüm sendromu riskine maruz kalmalarına neden olmaktadır.

Annelerin %65,8'inin bebeklerini uyuturken yastık kullanmaları ve %65,6'sının yorganın kenarlarını ve ayakuçlarını yatağın altına sıkıştırmamaları nedeni ile bebekleri ani bebek ölüm sendromu açısından riskli durumdadır.

Annelerin %61,2'sinin bebeklerinin odasında derece bulundurmamasına bağlı bebeklerinde ani bebek ölüm sendromu riski mevcuttur.

Anne yaşı gebelikte sigara içme oranını etkilemektedir. Yaşı 20'nin altında olan annelerin gebelikte sigara içme oranı diğer yaş gruplarındaki annelere oranla daha fazladır.

Annenin eğitim durumu, annelerin bebeklerinin yüzünü örtme durumları, gebelikte sigara içmeleri, bebeğiyle aynı odada uyumaları, bebeğini uyuturken yastık kullanmaları, yorganın kenarlarını ve ayakuçlarını yatağın altına sıkıştırmaları, bebeğin odasında derece bulundurmaları arasında fark bulunmaktadır. İlköğretim mezunu annelerde diğer eğitim düzeyine sahip annelere göre bebeklerinin yüzünü örtme ve bebeğiyle aynı odada uyuma oranı en yüksektir. Gebelikte sigara içme oranları lise mezunu olan annelerde en yüksektir. İlköğretim mezunu annelerin bebeklerini uyuturken yastık kullanma oranları ve yorganı sıkıştırma oranları en yüksektir. Bebeğin odasında derece bulundurma oranı ise üniversite mezunu annelerde en yüksektir.

Ailenin gelir düzeyine göre bebeklerin emzik kullanma oranları annelerin bebeğin yorganının kenarlarını ve ayakuçlarını yatağın altına sıkıştırma durumları arasında fark vardır. Emzik kullanma oranı en yüksek geliri giderinden fazla olan ailelerde iken yorganı sıkıştırma oranı geliri giderinden az olan ailelerde görülmektedir.

Annenin mesleğine göre bebeklerini uyuturken yastık kullanma, yorganın kenarlarını ve ayakuçlarını yatağın altına sıkıştırma ve bebeğin odasında derece bulundurma durumları arasında fark vardır. Ev hanımı olan annelerin bebeklerini uyuturken yastık kullanma ve yorganı sıkıştırma oranları en yüksektir. Bebeğin odasında derece bulundurma oranı ise en yüksek üniversite mezunu annelerdedir.

Aile yapısına göre bebeklerin emzik kullanma ve bebeklerini uyuturken yastık kullanma oranları arasında fark bulunmuştur. Geniş aile yapısına sahip olan annelerin bebekleri daha yüksek oranda yastık ve emzik kullanmaktadır.

Araştırma elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Ülkemizde annelerin ani bebek ölüm sendromu konusundaki farkındalıklarının artırılması için gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Ani bebek ölüm sendromu açısından riskli faktörlerin ve önlenmesine yönelik sağlık çalışanları için bir eğitim materyali hazırlanması önerilmektedir.

Aile sağlığı merkezlerindeki doğum öncesi ve doğum sonrası eğitim programına ani bebek ölüm sendromunun önlenmesine yönelik eğitimlerin de dâhil edilmesi önerilmektedir.

Başta hemşireler olmak üzere diğer sağlık personellerinin annelere ani bebek ölüm sendromu konusunda eğitim, danışmanlık ve destekleyici hizmetler sunmaları önerilmektedir.

Ülkemizde ani bebek ölüm sendromu ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olması nedeniyle daha fazla araştırma yapılarak literatürün zenginleştirilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Alessandri LM, Read AW, Burton PR, Stanley FJ. Sudden infant death syndrome in australian aboriginal and non-aboriginal infants: an analytical comparison. **Paediatr Perinat Epidemiol** 1996; 10(3):309-318.

Alm B, Wennergren G, Mollborg P, Lagercrantz H. Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death syndrome. **Acta Paediatrica** 2016; 105: 1-8.

Alparslan Ö, Uçan S. Bir sağlık ocağı bölgesindeki bebeklerde ani bebek ölümü sendromu ile ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 2011; 1: 25-34.

American Academy of Pediatrics. Task force on infant sleep position and sudden infant death syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: Implications for infant sleeping environment and sleep position. **Pediatrics** 2000; 105(3): 650-656.

American Academy of Pediatrics. Task force on sudden infant death syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. **Pediatrics** 2011; 128(5): 1030-1039.

Aslan D, Daymaz D, Gürsoy N, Kartal G, Yavuz M. Beş yaş altı çocukların yaşadığı evlerde sigara dumanından pasif etkilenim durumu: Ankara'dan bir örnek. **Türk Toraks Derg** 2015; 16: 16-21.

Auger N, Fraser WD, Smargiassi A, Kosatsky T. Ambient heat and sudden infant death: a case-crossover study spanning 30 years in montreal, Canada. **Environ Health Perspect**. 2015;123(7) :712-716.

Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Bed- and sofa-sharing practices in a UK biethnic population. **Pediatrics** 2012;129: 673-681.

Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Infant care practices related to sudden infant death syndrome in South Asian and White British families in the UK. **Paediatric and Perinatal Epidemiology** 2011; 26(1): 3-12.

Basu R, Pearson D, Sie L, Broadwin R. A case-crossover study of temperature and infant mortality in California. **Paediatric and Perinatal Epidemiology** 2015; 29(5): 407-415.

Bergman A, Ray CG, Pomeroy MA, Wahl PW, Beckwith JB. Studies of the sudden infant death syndrome in King County, Washington. III. Epidemiology, **Pediatrics** 1972; 49 (6): 860-870.

Bezerra MAL, Carvalho KM, Bezerra JLO, Novaes LFG, Moura THM, Leal LP. Factors associated with knowledge of mothers on sudden infant death syndrome. **Esc Anna Nery** 2015;19(2): 303-309.

Black L, David RJ, Brouillette RT, Hunt CE. Effects of birth weight and ethnicity on incidence of sudden infant death syndrome. **The Journal Of Pediatrics** 1986; 108(2): 209-214.

Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. ***Pediatrics*** 2010; 126(5): 1119-1126.

Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of ani bebek ölüm sendromu in south west England. ***BMJ*** 2009; 339: 1-11.

Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, Fleming PJ. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. ***The Lancet*** 2006; 367: 314-319.

Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI Research Group. ***BMJ***. 1999; 319(7223): 1457-1462.

Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin MD, Vennemann MM, Smuk M, Carpenter JR. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of ani bebek ölüm sendromu? An individual level analysis of five major case-control studies. ***BMJ*** 2013;3: 1-11.

Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. ***Lancet*** 2004; 363(9404):185-191.

Chéron G, Rambaud C, Rey C, Mahut B, Canioni D, Lavaud J, Rouzioux C, Hubert P, Rudler M, Brousse N. Sudden crib death. Experience in a referral center 1986-1991. ***Archives Francaises de Pediatrie*** 1993; 50(4): 293-299.

Chudal R, Brown AS, Gissler M, Suominen A, Sourander A. Is maternal smoking during pregnancy associated with bipolar disorder in offspring? ***Journal of Affective Disorders*** 2015; 171: 132-136.

Coleman-Phox K, Odouli R, Li DK. Use of a fan during sleep and the risk of sudden infant death syndrome. ***Arch Pediatr Adolesc Med*** 2008; 162(10): 963-968.

Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. ***BMJ***. 2004; 329: 193-19.

Corwin MJ. Sudden infant death syndrome: Risk factors and risk reduction strategies. ***Up to date*** 2015.

http://www.uptodate.com/contents/sudden-infant-death-syndrome-risk-factors-and-risk-reduction-strategies?source=search_result&search=sudden+infant+death+syndrome&selectedTitle=1~67

Coşanca G. ' Verilerin Analizi ve Yorumlanması', Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik, Eds. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, ***Nobel Tıp Kitabevi***, İstanbul, 2014, s. 237-279.

Çalışır H, Özvurmaz S, Tuğrul E. Aydın il merkezindeki 0-11 aylık bebeklerde ani bebek ölüm sendromu (ani bebek ölüm sendromu) ile ilgili risk faktörlerinin incelenmesi. ***C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*** 2007; 11(2): 7-17.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 2, **Sistem Ofset Basımevi**, 2013, Ankara, s. 57-110.

Çelik Y, Meral C, Öztürk B, Purisa S. Çocuk polikliniğinde izlenen bebeklerin uyuma pozisyonlarının değerlendirilmesi. **Çocuk Dergisi** 2010; 10(4):179-182.

Çetin T, Altun AB, Kerkez B, Tatlı S, Özer C. Hatay ilinde 2009 ve 2010 yıllarında bebek ölüm hızları ve nedenleri. **Ege Journal of Medicine** 2012; 51(2):111-116.

Çınar N, Sözeri C, Dede C, Cevahir R. Anne Ve Bebeğin Aynı Odada Uyumasının Emzirmeye Etkisi. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 2010, Sempozyum Özel Sayısı.

Daltveit AK, Irgens LM, Øyen N, Skjærven R, Markestad T, Alm B, Wennergren G, Norvenius G, Helweg-Larsen K. Sociodemographic risk factors for sudden infant death syndrome: associations with other risk factors. **Acta Paediatr** 1998; 87: 284–290.

Daltveit AK, Øyen N, Skjærven R, Irgens LM. The epidemic of ani bebek ölüm sendromu in norway 1967-93: changing effects of risk factors. **Archives of Disease in Childhood** 1997; 77: 23–27.

Dolar O, Gökçay G, Bulut A, Neyzi O. İstanbul'da beş yaş altı çocuk ölümlerinin epidemiyolojisi: 12 yılda neler değişti? **Nüfus Bilim Dergisi\ Turkish Journal of Population Studies** 2005; 27: 35-48.

–Dünya Sağlık Örgütü/ World Health Organization - 'Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth', WHO, 2012; s. 1.

Efe E, Ak G. Turkish mothers' who have preterm infants knowledge about risk factors of sudden infant death syndrome. **HealthMED** 2012; 6(4): 1137-1146.

Efe E, İnal S, Balyılmaz H, Çetin H, Turan T, Altun E. Nurses' and paediatricians' knowledge about infant sleeping positions and the risk of sudden infant death syndrome in Turkey. **HealthMED** 2012; 6(1): 140-147.

Efe E, Sarvan S, Kukulu K. Sleep practices and environment and the risk of sudden infant death syndrome in Turkey. **JSPN** 2007; 12(4): 253-263.

Erçin S. 'Ani Bebek Ölümü Sendromu (SIDS)', Hayata Prematüre Başlayanlar, Eds. Okumuş N, **Mrk Baskı Ve Tanıtım Hizmetleri**, Ankara, 2012, S. 47-79.

Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, Bensley D, Smith I, Taylor E. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. **BMJ** 1996; 313: 191-5.

Geib LT, Aerst D, Nunes ML. Sleep practice and sudden infant death syndrome: A new proposal for scoring risk factors. **Sleep** 2006; 29: 1288 -1294.

Gilbert NL, Auger N, Wilkins R, Kramer MS. Neighbourhood income and neonatal, postneonatal and sudden infant death syndrome (SIDS) mortality in Canada, 1991-2005. **Can J Public Health** 2013; 104(3): 187-192.

Goberman AM, Johnson S, Cannizzaro MS, Robb MP. The effect of positioning on infant cries: implications for sudden infant death syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2008; 72: 153—165.

-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü- 'Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması', Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2014. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü- 'Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması', Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2009. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>

Hakeem GF, Oddy L, Holcroft CA, Abenhaim HA. Incidence and determinants of sudden infant death syndrome: a population-based study on 37 million births. *World J Pediatr* 2015; 11(1): 41-47.

Halloran DR, Alexander GR. Preterm delivery and age of SIDS death. *Annals of Epidemiology* 2006; 16(8): 600-606.

Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Moore CM, Donoghue E. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago infant mortality study. *Med J Malaysia* 2003; 111: 45-48.

Hauck FR, Moore CM, Herman SM, Donovan M, Kalelkar M, Christoffel KK, Hoffman HJ, Rowley D. The contribution of prone sleeping position to the racial disparity in sudden infant death syndrome: the Chicago infant mortality study. *Pediatrics* 2002; 110(4): 772-780.

Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116(5): 716-723.

Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011; 128(1): 1-8.

Henderson-Smart DJ, Ponsonby AL, Murphy E. Reducing the risk of sudden infant death syndrome: A review of the scientific literature. *J. Paediatr Child Health* 1998; 34: 213-219.

Hoffman HJ, Damus, K, Hillman L, Krongrad E. Risk factors SIDS: results of the National Institute of Child Health and Human Development SIDS cooperative epidemiological study. *Ann N Y Acad Sci* 1988; 533: 13—30.

Howard C, Howard F, Langhear B, Eberly S. Randomized clinical trial of pacifier use and bottlefeeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111(3): 511-518.

Hoyert DL, Mathews TJ, Menacker F, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2004. *Pediatrics* 2006; 117: 168—83.

Irwin KL, Mannino S, Daling J. Sudden infant death syndrome in Washington State: why are Native American infants at greater risk than white infants? *J Pediatr* 1992; 121(2): 242-247.

Işık T, Akçınar M, Kadioğlu S. Mersin ilinde gebelik, doğum ve loğusalık dönemlerinde anneye ve yenidoğana yönelik geleneksel uygulamalar. **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi** 2010; 7(1): 63-84.

Joyner BL, Oden RP, Moon RY. Reasons for Pacifier Use and Non-Use in African Americans: Does Knowledge of Reduced SIDS Risk Change Parents' Minds? **J Immigrant Minority Health** 2015; 1.

Kahn A, Bauche P, Groswasser J, Dramaix M, Scaillet S. Maternal education and risk factors for sudden death in infants. **Eur J Pediatr** 2001; 160: 505-508.

Koç İ. 'Türkiye'de Aile Yapısının Değişimi: 1968-2011', Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler, Eds. Turğut M, Feyzioğlu S, **Çizge Tanıtım Ve Kırtasiye Ltd. Şti.** İstanbul, S. 24-53.

Kohlendorfer U, Kiechl S, Speri W. Sudden infant death syndrome: risk factor profiles for distinct subgroups. **Am J Epidemiol** 1998; 147(10): 960-968.

Kohorn IV, Corwin MJ, Rybin DV, Heeren TC, Lister G, Colson ER. Influence of prior advice and beliefs of mothers on infant sleep position. **Arch Pediatr Adolesc Med** 2010; 164(4): 1-15.

Kondolot M, Yalçın SS, Yurdakök K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi** 2009; 52: 122-127.

Koturoğlu G, Akşit S, Kurugöl Z. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk polikliniğinde izlenen bebeklerin yatış pozisyonlarının değerlendirilmesi. **Türk Pediatri Arşivi** 2004; 39: 78-82.

Koyun A, Çamuroğlu C, Korkmaz G, Menteşe N, Ocak F. Kadınların gebelik, doğum ve yenidoğan bakımına ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. **Aile ve Toplum** 2011; 6(22): 57-64.

Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. **JAMA**. 2001; 286: 322-326.

Kyle D, Sunderland R, Stonehouse M, Cummins C, Ross O. Ethnic differences in incidence of sudden infant death syndrome in Birmingham. **Archives Of Disease In Childhood** 1990; 65: 830-833.

Liebrechts-Akkerman G, Lao O, Liu F, van Sleuwen BE, Engelberts AC, L'hoir MP. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. **Eur J Pediatr** 2011;170:1281-1291.

Lope RJ, Kong WK, Lee VW, Tiew WT, Wong SY.). Sleep position and infant care practices in an urban community in Kuala Lumpur. **Med J Malaysia** 2010; 61(1): 45-48.

Luijk MP, Mileva-Seitz VR, Jansen PW, IJzendoorn MH, Jaddoe VW, Raat H. Ethnic differences in prevalence and determinants of mother-child bed-sharing in early childhood. **Sleep Medicine** 2013; 14(11): 1092-1099.

Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi** 2003; 25 (4):157 – 164,.

Markestad T, Skadberg B, Hordvik E, Morild I, Igrens L. Sleeping position and sudden infant death syndrome :effect of an intervention programme to avoid prone sleeping. **Acta Paediatr** 1995; 84: 375–378

Martelli DR, Coletta RD, Oliveira EA, Swerts MS, Rodrigues LA., Oliveira MC. Association between maternal smoking, gender, and cleft lip and palate. **Braz J Otorhinolaryngol** 2015; 81(5): 514-519.

Martínez-Mesa J, Menezes AM, Howe LD, Wehrmeister FC, Muniz LC, González-Chica DA. Lifecourse relationship between maternal smoking during pregnancy, birth weight, contemporaneous anthropometric measurements and bone mass at 18 years old. The 1993 Pelotas Birth Cohort. **Early Human Development** 2014; 90(12): 901-906.

Maternal and Child Health Statistics of Japan: Boshi Eisei Kenkyuu Kai, 2006.

Mathews A, Oden R, Joyner B, He J, McCarter R, Moon RY. Differences in African–American Maternal Self-Efficacy Regarding Practices Impacting Risk for Sudden Infant Death. **J Community Health** 2015; 1: 1-6

McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, O'Regan M, Matthews T. An 8 year study of risk factors for SIDS: bed-sharing vs. non bed-sharing. **Arch Dis Child.** 2006; 91(4): 318–323.

Menacker F, Martin AJ, Macdorman MF, Ventura SJ. Births to 10–14 year-old mothers, 1990–2002: trends and health outcomes. **National Vital Statistics Reports** 2004; 53(7): 1-20.

Mitchell EA. Recommendations for sudden infant death syndrome prevention: a discussion document. **Archives of Disease in Childhood** 2007; 92(2): 155-159.

Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent SIDS? **Pediatrics** 2006; 117(5): 1755–1758.

Mitchell EA, Stewart AW. Gender and the sudden infant death syndrome. **Acta Paediatr** 1997; 86: 854-856.

Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RPK, Stewart AW, Becroft DMO, Thompson JMD. Four modifiable and other major risk factors for cot death: the New Zealand Study. **J Paediatr Child Health** 1992; 28(1): 3–8.

Mitchell EA, Thach BT, Thompson JM, Williams S. Changing infants' sleep position increases risk of sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study. **Arch Paediatr Adolesc Med** 1999; 153:1136-1141.

Mitchell EA, Thompson JMD, Ford RPK. Sheepskin bedding and the sudden infant death syndrome. **J Paediatr** 1998; 133: 701–704.

Moon RY, Horne RS, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. **Lancet** 2007; 370: 1578–1587.

Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: Final Data for 2010. **National Vital Statistics Reports** 2013, 61(4): 1-117.

Nelson EA, Taylor BJ. International child care practices study: infant sleep position and parental smoking. *Early Hum Dev* 2001; 64(1): 7–20.

Ostfeld BM, Esposito L, Perl H, Hegyi T. Concurrent risks in sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 2010; 125(3): 447-453.

Ostfeld BM, Perl H, Esposito L, Hempstead K. Sleep environment, positional, lifestyle, and demographic characteristics associated with bed sharing in sudden infant death syndrome cases: a population-based study. *Pediatrics* 2006; 118(5): 2051-2059.

Ottoviani G. Crib death- sudden infant death syndrome(SIDS), **Springer**, New York, 2014.

Pansy J, Zotter H, Sauseng WSS, Lang U, Kerbl, R. Pacifier use: What makes mothers change their mind? *Acta Paediatrica* 2008; 97(7): 968-971.

Patrick P, Lincoln A, Lorenz D, DeVault M, Dooley S. Infant sleep position in Oklahoma: evidence from PRAMS. *J Oklahoma State Med Assoc* 2008; 101: 182-7.

Perk Y. 'Ani bebek ölüm sendromu (SIDS)', Eds. Ekşi A, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2011, s.14-23.

Pinho APS, Nunes ML. Epidemiological profile and strategies for diagnosing SIDS in a developing country. *J Pediatr (Rio J)* 2011; 87(2): 115-122.

Pillitteri A. Child Health Nursing Care of The Childbearing Family, **Lippincott Company**, London, Philadelphia, 1999, s.130-172.

Ponsonby A, Dwyer T, Gibbons K, Cochrane J, Wang Y. Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with the prone position. *N. Engl. J. Med* 1993; 329: 377—382.

Ponsonby AL, Dwyer T, Couper D, Cochrane J. Association between use of a quilt and sudden infant death syndrome: case-control study. *Br Med J*. 1998; 316: 195–196.

Report: Unexplained Deaths in Infancy, 2005. *Health Stat Q* 2006: 82–86.

Schlaud M, Kleemann W J, Poets C F, Sens B. Smoking during pregnancy and poor antenatal care: two major preventable risk factors for sudden infant death syndrome. *International Journal Of Epidemiology* 1996; 25(5): 959-965.

Schlaud M¹, Dreier M, Debertin AS, Jachau K, Heide S, Giebe B, Sperhake JP, Poets CF, Kleemann WJ. The German case-control scene investigation study on SIDS: epidemiological approach and main results. *Int J Legal Med*. 2010 Jan;124(1):19-26.

Scragg RKR, Mitchell EA, Stewart AW, Ford RPK, Taylor BJ, Hassall IB, Williams SM, Thompson JMD. Infant room-sharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome. *Lancet* 1996; 374: 7-12.

Shapiro-Mendoza CK, Colson ER, Willinger M, Rybin DV, Camperlengo L, Corwin MJ. Trends in infant bedding use: national infant sleep position study, 1993–2010. *Pediatrics* 2015; 135(1): 10-17.

Shapiro-Mendoza CK, Kimball M, Tomashek KM. US infant mortality trends attributable to accidental suffocation and strangulation in bed from 1984-2004: are rates increasing? *Pediatrics* 2009; 123(2): 533.

Streja E, Miller JE, Bech BH, Greene N, Pedersen LH, Yeargin-Allsopp M. Congenital cerebral palsy and prenatal exposure to self-reported maternal infections, fever, or smoking . *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013; 209(4).

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V, Bioistatistik, *Hatiboğlu Basım ve Yayın San. Tic. Ltd. Şti.*, Ankara, 2009, s.265.

Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome In Scotland: A Case-Control Study. *The Journal of Pediatrics* 2005; 147(1): 32-37.

Thompson J, Bradley TT, Becroft DMO, Mitchell EA. Sudden infant death syndrome: risk factors for infants found face down differ from other SIDS cases. *The Journal of Pediatrics* 2006; 149(5): 630-633.

Tonkin SL, Lui D, McIntosh CG, Rowley S, Knight DB, Gunn AJ. Effect of pacifier use on mandibular position in preterm infants. *Acta Paediatrica* 2007; 96: 1433–1436.

Törő K, Sawaguchi T, Sawaguchi A, Rózsa S, Sótónyi P. Comparative analysis of differences by gender in sudden infant death syndrome in Hungary and Japan. *Forensic Science International* 2001; 118(1): 15-19.

Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous FH. Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of back-to-sleep campaign. *Pediatrics* 2012; 129 (4): 630-638.

- United Nations International Children's Emergency Fund- 'Türkiye'de 5 Yaş Altı Ölüm Hızında (5yaöh) Azalma: Bir Durum Araştırması', Unisef, Türkiye, 2009.

Abramson H. Accidental mechanical suffocation in infants. *The Journal of Pediatrics* 1944; 404-413.

Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, Blair PS, Complojer C, Moon RY, Kiechl-Kohlendorfer U. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: Can we resolve the debate? *The Journal Of Pediatrics* 2012; 160(1): 44-48.

Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Sauerland C, Mitchell EA. Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: The German sudden infant death syndrome study. *Pediatrics* 2009; 123 (4): 1162-1170.

Vennemann MM, Findeisen M, Butterfass-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Köpcke W, Bajanowski T, Mitchell EA. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: Results of GeSID. *Acta Paediatrica* 2005; 94: 655–660.

Victoria C, Behague D, Barros F, Olinto M, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99(3): 445-453.

Wang N, Tikellis G, Sun C, Pezic A, Wang L, Wells J. The effect of maternal prenatal smoking and alcohol consumption on the placenta-to-birth weight ratio. *Placenta* 2014; 35(7): 437-441.

Waters KA, Gonzalez A, Jean C, Morielle A, Brouillette RT. Face-straight-down and face-near-straight-down positions in healthy, prone-sleeping infants. *J Pediatr* 1996; 128: 616–25.

WEB_1. World Health Organization web sitesi Global Health Observatory (GHO) data Infant mortality situation and trends.

http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/ (Alındığı tarih: 30.12.2015)

WEB_2. Centers for Disease Control and Prevention web sitesi Sudden Infant Death Syndrome. (<http://www.cdc.gov/SIDS/>) (son güncellenme tarihi 8 Ekim 2015: alındığı tarih; 10. 10. 2015)

WEB_3. New Zealand Health Information Service web sitesi <http://www.health.govt.nz/publication/fetal-and-infant-deaths-2010> (son güncellenme tarihi 7. 07.2014: Alındığı tarih; 24.04.2014)

WEB_4. Central Bureau of Statistics web sitesi, Netherlands, <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm> (Alındığı tarih; 24.04.2014).

WEB_5. Kayseri Halk Sağlığı Kurumu web sitesi. Saltalı S, Karadağ Y. Kayseri İli 2012 Yılı Bebek Ölümlerinin Değerlendirilmesi. http://kayseri.hsm.saglik.gov.tr/images/duyuru/20131105163720_0.pdf (Alındığı Tarih;13.05.2014)

WEB_6. World Health Organization Newborn death and illness. (son güncellenme tarihi 2011: alındığı tarih; 24.05.2014) http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndeath_illness/en/

WEB_7. Centers for Disease Control and Prevention Infant Mortality (son güncellenme tarihi 8 Ekim 2015: alındığı tarih; 10. 10. 2015) <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm>

WEB_8. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı Web Sitesi: (2012, Ağustos 31). T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı. (Alındığı tarih: 13.05.2014) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>

WEB_9. *TMMOB Çevre Mühendisleri Odası Çevre Mühendisleri Odası Web Sitesi* (Alındığı tarih: 13.05.2014) http://www.cmo.org.tr/resimler/ekler/176992ff19d54f2_ek.pdf

Westcott W. Inebriety in women and the overlaying of infants. *The British Journal of Inebriety* 1903; 1(2): 65-68.

Willcox WH. Infantile mortality from "overlaying". *BMJ* 1904; 2: 753-755.

Williams SM, Taylor BJ, Mitchell EA. Sudden infant death syndrome: insulation from bedding and clothing and its effect modifiers. *International Journal of Epidemiology* 1996; 25(2): 366-375.

Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): Deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr. Pathol* 1991; 11: 677–84.

Willinger MP, Ko C-WP, Hoffman, Kessler RCP, Corwin. Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position, 1994-1998: the National Infant Sleep Position Study. **JAMA** 2000; 283: 2135-2142.

Wilson D. 'Health Problems During Infancy', Wong's Nursing Care of Infants and Children', Eds. Hockenberry MJ, Wilson D, **Elsevier Mosby**, United States of America, 2011, s.521-552.

Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB., Olsen SF, Secher NJ. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. **Arch Dis Child** 2000; 83(3): 203-206.

Yıkılkan H, Ünalın P, Çakır E, Ersu RH, Cıfılı S, Akman M, Uzuner E. Sudden infant death syndrome: how much mothers and health professionals know. **Pediatrics International** 2011; 53: 24-2.

Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. **Leg Med** 2013; 15: 115-121.



ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Kayseri'de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kayseri'de tamamladı. 2011 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünden mezun oldu. Haziran 2011- Ağustos 2012 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Çorum Sungurlu Devlet Hastanesinde hemşire olarak görev yaptı. Ankara İbni Sina Hastanesinde yoğun bakım hemşireliği kursuna katıldı. 2012 yılında ÖYP kapsamında Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulunda araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Daha sonra Hacettepe Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu'nda 6 ay İngilizce kursuna katıldı. 2013 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalında, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.



Ek-1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Denizli İl Merkezinde 0-12 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Ani Bebek Ölüm Sendromu Konusunda Riskli Davranışlarının Belirlenmesi

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Denizli il merkezindeki 0-12 ay arası bebeği olan annelerin Ani Bebek Ölüm Sendromu hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizden alınacak olan tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacaktır. Hiçbir şekilde isminiz kayıt edilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız;
2. Eğitim durumunuz;
 - a) Okuryazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlköğretim
 - d) Lise
 - e) Üniversite ve üzeri
3. Gelir durumunuz; a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla
4. Mesleğiniz;
 - a) Ev hanımı
 - b) Memur
 - c) İşçi
 - d)Çiftçi
 - e) Diğer.....
5. Nasıl bir aile yapısına sahipsiniz?
 - a) Çekirdek aile
 - b) Geniş aile
 - c) Parçalanmış aile
6. Kaç çocuğunuz var?
 - a) 1-2
 - b) 3-4
 - c)5 ve üzeri

Ek-2. Bebeğe Ait Bilgi Formu

1. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? a) Kız b) Erkek
2. Bebeğiniz kaçıncı haftasında dünyaya geldi? a) 31 ve altı b) 32-37
3. Bebeğinizin doğum ağırlığı; a) 2499 ve altı b) 2500 ve st
4. Bebeğiniz kaç aylık?
a) 1 ay ve altı b) 2-4 aylık c) 5-12 aylık
5. Bebeğiniz anne sütü alıyor mu?
a) Evet b) Hayır (ne kadar süre emzirdiniz.....)

Ek-3. Ani Bebek Ölüm Sendromu Risk Faktörleri Formu

1. Bebeğinizi uyurken hangi pozisyonda yatırılıyorsunuz?
 - a) Yüzüstü pozisyonda
 - b) Sağ ya da sol yan pozisyonda
 - c) Sırtüstü pozisyonda
 - d) Farklı farklı pozisyonlarda
2. Bebeğinizin yatağı nasıl?
 - a) Sert
 - b) Yumuşak

	EVET	HAYIR
Bebeğinizin gece uyurken yüzünü örtüyor musunuz? (örtü, eşarp, tülbent)		
Emzik kullanıyor musunuz?		
Bebeğinizin yatağında oyuncak bırakıyor musunuz?		
Gebelikte sigara içtiniz mi?		
Emzirirken sigara içtiniz mi?		
Evinizin içinde sigara içen var mı?		
Bebeğinizle aynı yatakta uyuyor musunuz?		
Bebeğinizle aynı odada uyuyor musunuz?		
Bebeğinizi uyuturken yastık kullanıyor musunuz?		
Yorganın ayakucunu ve kenarlarını yatağın kenarına sıkıştırıyor musunuz?		
Bebeğinizin odasında oda sıcaklığını ölçen derece mevcut mu?		

Ek-4. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurulu yazılı izni (01.07.2014 tarih ve 60116787-020/36979 sayılı).



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu



Sayı :60116787-020/36979
Konu :Başvuru hk.

01/07/2014

Sayın Doç.Dr. Türkan TURAN

İlgi :18.06.2014 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğumuz "Denizli İl Merkezindeki 0-12 Ay Arası Bebeği olan Annelerin Ani Bebek Ölüm Sendromu Konusunda Riskli Davranışlarının Belirlenmesi" konulu çalışmanız 24.06.2014 tarih ve 09 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim

Prof.Dr. Kemalettin ACAR
Başkan

Ek-5. Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
DENİZLİ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 23030800/770
Konu : Araştırma İznisi.

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİNE (Genel Sekreterlik)

İlg: 03.07.2014 tarihli ve 14014 sayılı yazı.

İlgi başvuru ile Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Çiğdem GÖK'ün "Denizli İl Merkezinde 0-12 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Ani Bebek Ölümü Sendromu Konusunda Riskli Davranışlarının Belirlenmesi" konulu çalışmasına yönelik olarak yapmış olduğu başvuru Müdürlüğümüz Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu Toplantısında incelenmiştir.

Çalışmanın yapılması komisyon tarafından yönerge doğrultusunda uygun görülmüş olup, üç ayda bir araştırmanın durumunu bildiren raporun ve tamamlanan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi, yazının Pamukkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Program Yürütücüsü Doç.Dr. Türkan TURAN ve yardımcı araştırmacı Araş.Gör. Çiğdem GÖK ile ilgili birimlere tarafınızdan tebliği için;

Gereğini arz ederim.

Dr. Mahmut TEKİN
Halk Sağlığı Müdürü V.



Dr. Hatice KORKMAZ
Tıbbi Sekreter

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama Şubesi Merkezefendi/Denizli
A.Ş. ile ilgili için: Dr. A. Benal GEVREK Tel:0 258 2650777 (5147-5189) Fax:0 258 2580095
E-posta: hnt02@saqlik.gov.tr

Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanunu gereğince elektronik imza ile kontrol edilmiştir.
Denizli elektronik imza adresi: http://e-bolge.saglik.gov.tr adresinden (0312)513-4204-4970-ad53/07mes05 koda ile erişebilirsiniz.