

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

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

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Nuran BİLGİLİ

Samsun  
Temmuz- 2009

T.C  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

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

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Nuran BİLGİLİ

Danışman Öğretim Üyesi  
Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN

Samsun  
Temmuz- 2009

T.C.

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışma jürimiz tarafından **Halk Sağlığı Hemşireliği** Programında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.



Başkan: Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN  
(Ünvanı, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



Üye: Yrd.Doç.Dr.Birsen ALTAY  
(Ünvanı, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Üye: Yrd.Doç.Dr.Zeliha KOÇ  
(Ünvanı, Adı Soyadı) (Ondokuz Mayıs Üniversitesi)



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun Görülmüştür.

**Prof. Dr. Süleyman KAPLAN**  
**Enstitü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitimim süresince bana rehberlik eden, ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim, her zaman yanımda olan ve benim için mükemmel bir insan olan sayın hocam Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN' e

Tezimin başlangıcında değerli görüş ve önerileriyle anketimin şekillenmesine yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Sevgi CANBAZ' a

Tez çalışmam süresince bana yol gösteren ve yardımlarını esirgemeyen Dr. Özlem TERZİ' ye

Çalıştığım kurumda bana her zaman destek olan değerli mesai arkadaşlarıma ve çalışmam boyunca bana her zaman moral veren arkadaşım Ulviye GENÇ' e,

Çalışmaya katılarak, bu tezin verilerini sağlayan değerli anne ve babalara,

Her zaman yanımda olan ve bana özveriyle destek veren nişanlım Dr. Ömer PIÇAKÇI' ya, bana sabırla destek olan, güç veren biricik annem ve aileme sonsuz teşekkür ederim.

Nuran BİLGİLİ

## ÖZET

### YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ

**NURAN BİLGİLİ, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Temmuz-2009**

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastalık ve ölüm nedenleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bütün yaş gruplarında olan ölüm nedenleri irdelendiği zaman kronik hastalıklar, malignensiler ve kazalar ön sırada yer almaktadır. Oysa gelişmekte olan ülkelerde, toplum genelinde en sık görülen ölüm nedenleri sıralamasında çocukluk yaş grubunun ölüm nedenleri (akut solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz, sıtma, ishalleri hastalıklar), kronik hastalıklar kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar ilk sıralarda dikkat çekmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenlerinin önlenabilir hastalıklardan oluştuğunu göstermektedir. Son 25 yılda, dünyada gözlemlenen ölüm sayısında önemli bir azalma olmasına rağmen, her yıl 10,6 milyon çocuk hala beşinci doğum gününe ulaşmadan ölmektedir. Bu ölümlerin tamamına yakını, gelir düzeyi düşük ve gelir düzeyi orta olan ülkelerde meydana gelmektedir.

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

Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini 01.06.2008- 31.09.2008 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeği yatan evli, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü ebeveynler oluşturmuştur. Ebeveynlere yenidoğanın başyüz bakımı, genel vücut bakımı, göğüs-karın bakımı, yenidoğan hastalığını değerlendirme, yenidoğan beslenmesi ve sağlık hizmetlerine ilişkin konuları içeren 27 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 12.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler sayı(n), yüzde (%) ve ortalama ( $\pm$ )

standart sapma olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Araştırma sonucu elde edilen verilere göre; annelerin bilgi sahibi oldukları konular içinde; banyo yaptırmanın ilk sırada (%65,2), bebeğin sarılması, giydirilmesi, gazının çıkarılmasının ikinci (%60,9), bebeğin emzirilmesi, beslenmesine yönelik konuların ise üçüncü sırada (%59,4) yer aldığı görülmektedir. Babaların bilgi sahibi oldukları bakım konuları içinde ise; gazının çıkarılmasının ilk sırada (%29,2), bebeğin tutulması, banyo yaptırılmasının ikinci (%20,8), silme, pişik bakımı, emzirme, beslenme, aşıların izlenmesinin ise üçüncü sırada (%18,8) yer almaktadır. Yenidoğanın pişik bakımı, banyo yaptırılması, ağız bakımı, göz bakımı, göbek bakımı, genital yönelik uygulama, gazının çıkarılması, vücut ısısını değerlendirme, sarılması giydirilmesi, beslenmesi, uyku konusu, aşıların izlenmesi, bebeğin tutulması konusunda bilgi sahibi olma açısından bakıldığında anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Araştırmanın diğer verilerine göre; annelerin bilgi edinme gereksinimi duydukları konular içinde ilk sırayı (%71,0) bebeklerin sarılık yönünden izlenmesi, bebeklerdeki hastalık belirtileri, burun bakımı; ikinci sırayı ise %69,6 oran ilaç kullanımı/vitaminler konusunun aldığı saptanmıştır. Bilgi edinme gereksinimi duyulan diğer konuları sırası ile, aşıların izlemi, tarama testleri(zeka testi/topuktan kan alma), nefes almanın izlenmesi, ishal yönünden izlenmesi, göbek bakımı takip etmektedir. Babalar için bebek bakımına yönelik gereksinimleri içinde I. sırada bebeğin banyo yaptırılması, aşıların izlenmesi konusunda bilgi gereksinimi yer almakta (%45,8) bunu, % 41,8 ile ilaç kullanımı/vitaminler konusunda bilgi edinme gereksinimi takip etmektedir. Babalarda isilik bakımı, ağız bakımı, burun bakımı, ishal yönünden izlenmesi, sarılık yönünden izlenmesi, sarılması giydirilmesi, tarama testleri(zeka testi/topuktan kan alma) konusunda gereksinimin üçüncü sırada (%41,7) yer aldığı saptanmıştır. Anne ve babaların gereksinim duydukları bakım konuları arasındaki farklılığa bakıldığında; bebeğin gazının çıkarılması, beslenmesi, vücut ısısını değerlendirme konuları haricinde tüm bakım konularında bilgi sahibi olma açısından anne ve baba arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Bu araştırma verilerine göre, annelerin ve babaların yenidoğan bakımı dahil olmak üzere doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası gereksinimlerine yönelik etkin

eğitim ve bakım hizmeti almaları önerilmektedir. Doğum sonu dönemde yenidoğan ebeveynlerine gereksinimlerinin önemi ve bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik eğitimlerin nasıl verileceğine ilişkin ebe ve hemşirelere hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerekliliğinin üzerinde durulmasının önemli olduğu kanısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yenidoğan bakımı, bilgi düzeyi, ebeveyn

## **SUMMARY**

### **Information Levels About Newborn Care Of The Parents Of The Babies Lining At The Newborn Intensive Care**

**NURAN BİLGİLİ, Graduate Degree Thesis**

**Ondokuz Mayıs University, Samsun, July–2009**

There are differences regarding disease and death reasons between the developed and developing countries. The major death causes in the developed countries for all age groups are determined to be chronic illnesses, malignencies and accidents. However, in developing countries the major death reasons for the general population are childhood death causes (acute respiratory infections, tuberculosis, malaria, diarrhoeic diseases), chronic diseases and intentional and nonintentional injuries. This situation indicates that death reasons in developing countries are constituted of evitable reasons. In the last 25 years, although there is an important reduction in the death numbers in the world, still 10,6 million children die every year before their fifth birthday. Almost all of these deaths occur in countries with low or moderate income levels.

This study was performed to determine the information levels about newborn care of the parents of the babies lining at the newborn intensive care unit of Ondokuz Mayıs University Child Hospital.

The universe of this descriptive type study was composed of married parents without any psychoatric disorder whom volunteered to participate in the study and had babies lining at the newborn intensive care unit of Ondokuz Mayıs University Child Hospital between 01.06.2008- 31.09.2008. A questionnaire with 27 questions about newborn head-face care, general body care, chest-abdomen care, evaluation of the newborn diseases, newborn feeding and health services were applied to the parents. Statistical analysis of the data was performed with SPSS 12.0 program. Data was evaluated as number(n), percent (%) and average  $\pm$  standart error. Chi square test was used for statistical analysis and statistical significance level was accepted as  $p < 0,05$ .



According to the data obtained: in the subjects mothers had information about were as follows: bathing was the first (65,2%), clothing and burping the baby were the second (60,9%), breastfeeding and subjects about feeding were the third (59,4%). In the subjects fathers had information about; burping the baby was the first (29,2%) , handling and bathing the baby were the second (20,8%), and cleaning, rash care, breastfeeding, feeding, vaccine program were the third (18,8%) subjects. There was a statistically significant difference between the mothers and the fathers regarding information about the newborns rash care, bathing, mouth care, eye care, umbilical care, genital application, burping, body temperature evaluation, clothing, feeding, sleep, vaccine following, and baby handling ( $p < 0,05$ ).

According to the other data of the study; the first subject mothers needed to be informed about were (71,0%) monitoring the baby for jaundice, disease symptoms in babies, nose care and the second subject was (69,6%) drug application/vitamins. The other subjects, information was requested about were vaccine follow-ups, scanning tests (IQ test/obtaining blood from heel), breath monitoring, monitoring diarrhoea and umbilical care. The first subject fathers required information for were bathing the baby and vaccination follow-ups (45,8% ) and this is followed by drug application/vitamins 41,8%. In the third place for fathers there were rash care, mouth and nose care, monitoring diarrhoea, monitoring the baby for jaundice, clothing, scanning tests (IQ test/obtaining blood from heel) (41,7%). When the difference between the mothers and fathers decision of the information knowledge about caring subjects are regarded; there was a statistically significant difference ( $p < 0,05$ ) at all the caring subjects except burping the baby, feeding and evaluating the body temperature.

According to the data of this study, women and their husbands must be given effective education and caring services intending prebirth, birth and post birth requirements including newborn care. It is concluded that the requirement for arranging in labor education programs for obstetrician nurses for satisfying the needs for newborn parents must be emphasized.

**Key Words:** Newborn care, information level, parent

## **TABLolar DİZİNİ**

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Tablo 1.</b> 1993 ve 1998 Türkiye ve Sağlık Araştırmalarında Erken Yaş Ölümlülük Göstergeleri.....	11
<b>Tablo 2.</b> Ülkemizde Yıllara Göre Bebek Ölümünün Dağılımı (Binde).....	16
<b>Tablo 3.</b> Türkiye’ de İl ve İlçe Merkezlerinde Yaşa Özel Orantılı Ölüm Hızlarının (%) Değişimi.....	19
<b>Tablo 4.</b> Ülkemizde Yıllara Göre Bebek Ölümünün Dağılımı.....	20
<b>Tablo5.</b> Türkiye’ de Yerleşim Yerlerine Göre Bebek, Yenidoğan, Yenidoğan sonrası ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları (binde) (2003) .....	21
<b>Tablo 6.</b> Türkiye’de Annenin Bazı Özelliklerine Göre Yenidoğan, Yenidoğan Sonrası ve Bebek Ölüm Hızları (%0)(Türkiye 2003).....	22
<b>Tablo 7.</b> Bebek, Çocuk ve Beş- Yaş- Altı Ölüm Hızları.....	23
<b>Tablo 8.</b> Yenidoğanın Apgar Skor Sistemi ile değerlendirilmesi.....	26
<b>Tablo 9.</b> Türkiye Nüfusunun Değişimi.....	57
<b>Tablo 10.</b> Anne- Bebek Paketi Müdahaleleri.....	62
<b>Tablo11.</b> Anne ve Babaların Sosyo Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı.....	71
<b>Tablo 12.</b> Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	72
<b>Tablo 13.</b> Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Bilgi Sahibi Oldukları Bakım Konularının Dağılımı.....	73
<b>Tablo 14.</b> Annelerin Yenidoğanın Baş-Yüz Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı (n:69).....	75
<b>Tablo 15.</b> Babaların Yenidoğanın Baş-Yüz Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı (n:48).....	76
<b>Tablo 16.</b> Annelerin Yenidoğanın Genel Vücut Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	77
<b>Tablo 17.</b> Babaların Yenidoğanın Genel Vücut Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	78

**Tablo**

<b>Tablo 18.</b> Annelerin Yenidoğanın Hastalığını Değerlendirmeye Yönelik Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	80
<b>Tablo 19.</b> Babaların Yenidoğanın Hastalığını Değerlendirmeye Yönelik Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	81
<b>Tablo 20.</b> Annelerin Yenidoğanın Beslenmesine Yönelik Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	82
<b>Tablo 21.</b> Babaların Yenidoğanın Beslenmesine Yönelik Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	83
<b>Tablo 22.</b> Annelerin Yenidoğanın Göğüs-Karın Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	84
<b>Tablo 23.</b> Babaların Yenidoğanın Göğüs-Karın Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	84
<b>Tablo 24.</b> Annelerin Yenidoğanın Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bakımında Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	85
<b>Tablo 25.</b> Babaların Yenidoğanın Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bakımında Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	86
<b>Tablo 26.</b> Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Bakım Konularına Göre Dağılımı.....	87

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa

<b>TEŞEKKÜR</b>	
<b>ÖZET</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>iv</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>vi</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1. ÖLÜM ÖLÇÜTLERİ	5
2.1.1. Perinatal ölüm	5
2.1.2. Perinatal ölüm hızı	5
2.2. PERİNATAL VE NEONATAL ÖLÜM NEDENLERİ	7
2.3. YENİDOĞAN DÖNEMİ	8
2.3.1. Bebeklik Dönemi	8
2.3.2. Perinatal Dönem	8
2.3.3. Erken Yenidoğan Dönemi	8
2.3.4. Geç Yenidoğan Dönemi	8
2.3.5. Toplam Neonatal (yenidoğan) Dönem	8
2.4. YENİDOĞAN SAĞLIĞI	10
2.4.1. Gelişmekte Olan Ülkelerde Yenidoğan Sağlığının Ortak Sorunları	11
2.4.2. Yenidoğan Sağlığı Göstergeleri	12
2.4.2.1. Yeni Doğan Bebek Ölüm Hızı (YBÖH)	13
2.4.2.2. Erken Yenidoğan Ölüm Hızı (EYÖH)	14
2.4.2.3. Geç Yenidoğan Ölüm Hızı (GYÖH)	14
2.4.2.4. Toplam Yenidoğan Bebek Ölüm Hızı (TYBÖH)	14
2.4.2.5. Göstergelerin izlenmesi	15
2.5. YENİDOĞAN ÖLÜM NEDENLERİ	16
2.5.1. Yenidoğanların Enfeksiyonlar Ve Doğum Asfiksiden Kaybedilme Nedenleri	17
2.5.2. Bebek Ölümelerini Etkileyen Faktörler	17
2.5.3. Türkiye’ de Bebek ve Çocuk Ölüm Ölçütleri ve Değişimi	18
2.6. YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ	24
2.6.1.Ekstrauterin yaşama fizyolojik uyum	24

2.6.2.Genel Görünüm	25
2.6.3.APGARIN SKORU DEĞERLENDİRİLMESİ	27
2.6.4.YENİDOĞANIN FİZYOLOJİK ÖZELLİKLERİ	28
2.6.4.1. Deri	28
2.6.4.1.1. Yenidoğan Döneminde Görülen Geçici Fizyolojik Deri Bulguları	29
2.6.4.2.Renk	30
2.6.4.3. Solunum	31
2.6.4.4. Nabız	32
2.6.4.5. Vücut Sıcaklığı	33
2.6.4.6. Kan Basıncı	34
2.6.4.7. Karın ve Gövde	34
2.6.4.8. Genital Organlar	35
2.6.5.VÜCUT BÖLÜMLERİNİN İNCELENMESİ	36
2.6.5.1.Tartı- Boy	36
2.6.5.2. Baş	37
2.6.5.3.Fontoneller	37
2.6.5.4. Yüz	38
2.6.5.5.Gözler	38
2.6.5.6. Kulaklar	39
2.6.5.7.Burun	39
2.6.5.8. Ağız ve Boğaz	39
2.6.5.9. Boyun	40
2.6.5.10.Göğüs	40
2.6.5.11.Sırt	41
2.6.5.12. Ekstremler	41
2.7. YENİDOĞAN REFLEKSLERİ	41
2.8.YENİDOĞANIN BAKIMI	43
2.8.1. Deri Bakımı	44
2.8.2. Ağız Bakımı	44
2.8.3.Göz, Burun, Kulak Bakımı	45
2.8.4.Göbek Bakımı	45
2.8.5. Genital Bölgenin Bakımı	45
2.8.6. Memeler	47

2.8.7. İdrar ve Dışkı	47
2.8.8. Tartı	47
2.8.9. Uyku	47
2.8.10. Giysileri	48
2.8.11. Ziyaretçiler	48
2.8.12. Beslenme	48
2.8.13. Yenidoğanın Tarama Testleri	49
2.8.14. Bebeğin Aşıları	49
2.8.15. Bebeğin Banyosu	50
2.8.16. Silme Banyo	51
2.8.17. Bebeğin Tutulması	51
2.9. ÇOCUK SAĞLIĞINA GİRİŞ	54
2.9.1. Dünyada Çocuk Sağlığının Durumu	55
2.9.2. Ülkemizde Durum	55
2.9.3. Türkiyenin Sosyo-Demografik Yapısı ve Değişimi	56
2.9.4. Süt Çocukluğu Çağı	58
2.9.5. Çocuk Sağlığını Etkileyen Faktörler	60
2.9.6. Bebek ve Çocuk Ölüm Nedenleri	61
2.9.7. Bebek ve Çocuk Sağlığının Korunması İçin Anneye Gebelik ve Doğum Sırasında Önerilen Müdahaleler	62
2.9.8. WHO' nun Çocukluk Dönemi Hastalıklarına Yaklaşımında Gelişmeler	64
2.9.9. Temel Yenidoğan Bakım İlkeleri	66
<b>3.MATERYAL VE METOD</b>	<b>69</b>
3.1. Araştırmanın tipi	69
3.2. Araştırmanın evreni	69
3.3. Araştırmanın Örnekleme	69
3.4. Araştırmanın Yöntemi	69
3.5. İstatistiksel Analiz	70
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	70
<b>4.BULGULAR</b>	<b>71</b>
4.1. Anne ve Babalara Ait Sosyo Ekonomik Özellikler	71
4.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri	72
4.3. Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Sahip Oldukları Bilgi Durumu	73

4.4. Anne ve Babaların Yenidoğanın Baş-Yüz Bakımına İlişkin Bilgi Kaynakları	74
4.5. Anne ve Babaların Yenidoğanın Genel Vücut Bakımına İlişkin Bilgi Kaynakları	76
4.6. Anne ve Babaların Yenidoğanın Hastalığını Değerlendirmeye Yönelik Bilgi Kaynakları	79
4.7. Anne ve Babaların Yenidoğanın Beslenmesine Yönelik Bilgi Kaynakları	82
4.8. Anne ve Babaların Yenidoğanın Göğüs-Karın Bakımına İlişkin Bilgi Kaynakları	83
4.9. Anne ve Babaların Yenidoğanın Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bakımında Bilgi Kaynakları	85
4.10. Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Bilgi Gereksinimi Duydukları Konular	86
<b>5.TARTIşMA</b>	<b>88</b>
5.1. Anne ve Babalara Ait Sosyo Ekonomik Özellikler	88
5.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri	88
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>93</b>
<b>7.KAYNAKÇA</b>	<b>95</b>
<b>8.EKLER</b>	<b>101</b>
<b>9.ÖZGEÇMİş</b>	<b>106</b>

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastalık ve ölüm nedenleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bütün yaş gruplarında olan ölüm nedenleri irdelendiği zaman kronik hastalıklar, malignensiler ve kazalar ön sırada yer almaktadır. Oysa gelişmekte olan ülkelerde, toplum genelinde en sık görülen ölüm nedenleri sıralamasında çocukluk yaş grubunun ölüm nedenleri (akut solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz, sıtma, ishalleri hastalıklar), kronik hastalıklar kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar ilk sıralarda dikkat çekmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenlerinin önlenebilir hastalıklardan oluştuğunu göstermektedir.

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

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

Çocuklarda ölüm nedenleri yaşa, cinse ve toplumun gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, bir yaşından küçük çocuk ölümlerinin toplam ölümler içinde önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir. Yıllar içinde çocuk ölümlerinde azalma gözlenmektedir.



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

Bebeklik dönemi doğumdan sonraki 365 günü kapsayan dönemdir. İlk 28 günlük dönem **Yenidoğan Dönemi** olarak tanımlanmaktadır. Hayatın ilk 28 günü çok özel bir dönemdir. Bebek kapalı bir ortamdan açık bir ortama geçer, bu yeni ortama uyum sağlamaya çalışır. Yenidoğan dönemi, annenin gebelik dönemi, doğum olayı ve yenidoğan bakım koşullarından çok etkilenir. Gebede meydana gelen fizyolojik ve yapısal sorunlar yenidoğanı oldukça etkilemektedir. Yenidoğan döneminin doğumdan sonraki ilk fizyolojik bir haftalık bölümü (0 - 7 günlük) annenin sağlığı ve doğum koşullarından daha sonraki haftalara göre daha fazla etkilenen bir dönem olduğu için **“Erken Yenidoğan Dönemi”** olarak tanımlanır. **Geç Yenidoğan Dönemi** olarak tanımlanan dönem ise 8 - 28 günlük dönemi içerir (Bertan ve Güler, 1997).

Sağlık alanında toplanan istatistiksel veriler ve bunlardan üretilen objektif göstergeler, toplumların sağlık düzeyinin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve hizmetlerin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesi ile karşılaştırmalar yapabilmek için önemlidir. Yaşamın ilk yılında ölme olasılığı olarak tanımlanan bebek ölümlülüğü toplumların sağlık düzeyini ve sosyal refahını karşılaştırmada ilk bakılacak olan anahtar bir ölçüttür (Okyay ve ark.,2006). Bebek ölüm hızı sadece çocuk sağlığının genel göstergesi olmayıp aynı zamanda o ülkenin eğitim düzeyinin de göstergesidir. Türkiye’de yenidoğan ölüm hızının bebek ölüm hızları arasında ön plana çıktığı ve anneye ait sosyo-demografik özelliklerin bebek ölüm hızlarını önemli derecede etkilediği görülmektedir.

Bebek Ölüm Hızı (BÖH) anne-baba eğitimi, ekonomik durum, kötü çevrede yaşama, ulaşım, iletişim, geleneksel aile, yetersiz aile planlaması uygulaması, yetersiz ve dengesiz beslenme, sağlık hizmetlerinden yararlanamama gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Örneğin; okuryazar olmayan anneler ile en az ilkokul mezunu olan annelerin bebeklerinin ölüm olasılıkları arasında büyük bir fark bulunmaktadır. 1993 yılında öğrenim kurumlarına hiç gitmeyen annelerin bebeklerinde ölüm hızı binde 60,5

iken 2003 yılında binde 51 ve 1998 yılında en az ortaokul mezunu olan annelerin bebek ölüm hızı ise binde 36,1 den 2003 yılında binde 18, 2008 yılında binde 13' e düşmüştür(TNSA,2008).

Postpartum dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği önemli bir gelişimsel geçiş sürecidir. Bu süreçte aileye yeni bir üyenin katılımı nedeniyle anne ve babanın yeni rol ve sorumluluklara hazırlanması ve uyumu gerekir. Doğum sonu dönemde babanın ve annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlanması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir. Bu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir (Başer ve ark.,2005; Gölbaşı, 2003;Ruchala,2000;Çalışır ve ark.,2008).

Doğum sonu dönem, ebeveynlerin bebek bakımı vermesi, bebek için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, ebeveynlerin yeni rollerini öğrenmesi, aile duyarlılığını geliştirmesi ve bebekle ilgili problemlerle baş etmesini gerektiren bir dönemdir. Bu dönem, aile için çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak yaşanabileceği gibi, kriz yaşanan bir dönem olarak da yaşanabilmektedir (Beydağ,2007; Balcombe, 1992; Meyer ve ark., 1998; Bass, 1991; Vurur ve ark., 2007;Büyükkoca,2001).

Postpartum dönemde yenidoğanların sağlık sorunları emme sorunları, sarılık, huzursuzluk, uyku düzeninde bozukluk, pamukçuk, pişik, göz enfeksiyonu, göbek enfeksiyonu, abdominal distansiyon, konstipasyon, ishal, yetersiz kilo alımıdır. Bu sorunların erken dönemde saptanmaması nedeniyle anne ve bebekler postpartum ilk haftalarda tekrar hastaneye yatmakta, sonuç olarak sağlık bakım maliyeti ve mortalite artmaktadır. Anneler postpartum dönemde yaşadıkları sorunlarla başa çıkmada zorlanmaktadırlar. Ancak doğumun fiziksel etkileri üçüncü haftadan itibaren belirgin ölçüde azaldığından, kendi bakımlarında ve yenidoğan gereksinimlerinin karşılanmasında daha fazla sorumluluk üstlenebilirler (Balkaya,2002; Gölbaşı,2003).

Bu çalışmanın amacı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde bebeği yatan ebeveynlerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

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

- Toplum fertlerinin ve özellikle annenin eğitim düzeyi,
- Kadının statüsü,
- Sağlık alanında toplum bilincinin ne derece geliştiği,
- Toplumun, sağlık politikalarının gelişmesindeki katkı payı,
- Ulusal ve çeşitli uluslar arası kuruluşların toplum sağlığına olan katkıları,
- Siyasi gücün sağlığa hangi açıdan baktığı,
- Bu konuda ciddi, geçerli bir ulusal sağlık politikası üretebilme, geliştirme kapasitesi ve kararlılığı gibi sağlığı yakından ilgilendiren çeşitli faktörlerin etkinlik derecesi de etkileyici faktörler arasında önemli yer tutar.

Bütün bu etkenlerin çok çeşitlilik göstermelerine rağmen sağlığın, en kaba ve kolay tanımlanabilir, ölçülebilir göstergesi ölüm hızlarıdır(Aslan ve Şenol,2006).

**İntrauterin dönem,** gebeliğin başlangıcından doğuma kadar olan dönemdir. Bu dönemde büyüme hızı çok yüksektir. İntrauterin 3. ayda yaklaşık 110 gr ve 8 - 9 cm boy uzunluğuna sahip olan bir fetus altıncı ayda yaklaşık 1000 gr. vücut ağırlığına ve 30,5cm boy uzunluğuna ulaşır. Altıncı aydan doğuma kadar olan süreçteki büyüme hızı da çok fazladır. Altı ile dokuzuncu aylar arasındaki vücut ağırlığında ayda yaklaşık bir kilogram (kg) kadar artış olduğu bilinmektedir. Bu dönem bebeğin anne sağlığından en fazla etkilendiği dönemdir. Bebek tüm gereksinimlerini anneden sağlar.

Anne bebeği tüm çevre etkenlerden koruduğu gibi annenin etkilendiği bütün olaylar intrauterin dönemde olan bebeğin sağlığını etkiler. Annenin beslenme durumu, aldığı besin maddelerinin içeriği ya da maruz kaldığı kimyasal etkenler bebeğin sağlığını olumlu ya da olumsuz etkiler. Bebeğin doğum sırasında sahip olduğu sağlık

potansiyeli ise tüm yaşamını etkilemektedir. Bu nedenle çocuk sağlığı intrauterin dönemde başlamaktadır.

Doğum sırasında yenidoğan bebek sağlığının en önemli göstergelerinden birisi “doğum ağırlığı”dır. Doğum ağırlığının değerlendirilmesinde gebelik haftası da göz önüne alınmaktadır. Normal gebelik süresi 38 - 42 hafta dır. Gebelik haftası 37 ve daha önce olan doğumlar “Erken Doğum” , 42 haftadan sonra olan doğumlar “Geç Doğum” olarak; erken doğan bebekler ise “ Prematür Bebek ” olarak tanımlanmaktadır. Gebelik haftası 38 - 42 arasında olan ve doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan bebekler “Düşük Doğum Ağırlıklı Bebekler” , 1500 gramın altında olan bebekler “Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebekler” ve 1000 gramın altındaki bebekler ise “Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Bebekler” olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle bebeklerin doğum ağırlıklarının dağılımını gösteren ölçütler (Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Yüzdesi gibi) intrauterin dönem sağlığının değerlendirilmesinde kullanılır.

Bu dönem sağlığın ölçümünde anne ve bebek sağlığının beraber değerlendirildiği “Perinatal Ölüm Hızı” da kullanılır (Güler ve Akın,2006).

**Perinatal dönem**, 22 gebelik haftasından sonra ve doğumdan sonraki ilk bir haftalık dönemi içermektedir. Gebelik haftasına ilişkin bilgi yetersiz ise “500 gr ve üstü doğum ağırlığı olan” bebekler bu gruba alınır. Perinatal dönemde olan bebek ölümleri, “toplam bebek ölümleri” içinde önemli bir yer tutmaktadır. Annenin sağlık düzeyi, gebelik bakımı, doğum koşulları perinatal dönem bebeğin sağlık düzeyini belirleyen önemli faktörlerdir. Düşük doğum ağırlığı, prematürite ve enfeksiyonlar bu dönemin önemli sağlık sorunlarıdır (Güler ve Akın,2006).

## 2.1. ÖLÜM ÖLÇÜTLERİ

**2.1.1. Perinatal ölüm:** Gebeliğin 28.haftasından sonra meydana gelen ölü doğum ve canlı doğum sonrası ilk 7 gün içinde ortaya çıkan yenidoğan ölümü şeklinde tanımlanır.

**2.1.2. Perinatal ölüm hızı:** Annenin sağlığının yanı sıra, erken yenidoğan döneme ait bir sağlık ölçütüdür. Belirli bir bölgede bir yıl içinde olan ölü doğum sayısı ve 0 - 7 günlük ölen bebek sayısının toplamının, o yıl içinde olan toplam doğum (canlı

ve ölü) sayısına bölünmesi ve k (1000) katsayısı ile çarpılması ile hesaplanır. Perinatal mortalite de 22. gebelik haftasını tamamlayan gebelikler ve 500 gramın üzerinde olan bebekler hesaplama içine dahil edilmektedir (Güler ve Akın,2006; Gökçay ve Bulut,2002).

Perinatal dönem, süre olarak insan yaşamının yalnızca binde 5 ' ini oluşturmakta, buna karşın bu dönemi izleyen sonraki 30 yılda meydana gelen ölümlerden çok daha fazlası bu dönemde gerçekleşmektedir. Perinatal dönem erken yenidoğan dönemini de içermektedir. Bu nedenle, gerek bilimsel, gerekse de politik açıdan insan sağlığına ilişkin ilgi ve yatırımın en yoğun olarak yönlendirilmesi gereken dönem perinatal dönem ve erken yenidoğan dönemidir. Tüm dünyada bu gerçeğin anlaşılacak yenidoğan sağlığına ilgi gösterilmesi ve bu alanda bilimsel anlamda ilerlemelerin kaydedilmesi 1950' li yılları bulmuştur.

Gelişmiş ülkeler özellikle 1980 den sonra yenidoğan sağlığı alanında ulaştıkları ilerlemeler sayesinde yenidoğan ölümlerini çok aza indirmeyi başarmışlardır. Ancak ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkeler için bu alanda yapılacak çalışmaların en önemlisi, birinci basamak sağlık ekibinin yenidoğan sağlığı konusunda aileleri bilgilendirmesi ve yol göstermesidir.(TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Sağlığı Programı,1998)

Bebeklik dönemi ölümlülüğünü belirlemek için, göstergelerden en sık olarak **bebek ölüm hızı** kullanılır. Belirli bir bölgede bir yıl içinde bir yaşı doldurmadan ( 0–365 gün) ölen bebek sayısının, o yıl içinde olan canlı doğum sayısına bölünmesi ve k (1000) katsayısının çarpılmasıyla bulunur. BÖH “0” yaş grubunda ölen bebeklerin tümünü içerir. Bebek ölüm nedenlerinin dağılımının değerlendirilmesi, öncelikli bebek sağlığı sorunlarını gösterir. Bebeklik dönemleri ölüm nedenlerinin sıralaması nedene özel orantılı ölüm hızları kullanılarak yapılabilir.

Yenidoğan ölüm nedenleri arasında, doğum travmaları, düşük doğum ağırlığı, prematürite, enfeksiyonlar ve konjenital anomaliler yer alabilir. Ülkenin gelişmişlik düzeyine göre bebek ölüm nedenleri farklılaşabilir. Yenidoğan sonrası bebek ölüm nedenleri arasında ise, gelişmekte olan ülkelerde enfeksiyonlar (akut solunum yolu enfeksiyonları, ishaller hastalıklar) ve malnütrisyon öncelikli sağlık sorunları arasındadır.

## 2.2. PERİNATAL VE NEONATAL ÖLÜM NEDENLERİ

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

Yenidoğan döneminde yaşama sağlıklı başlamak çok önemlidir. Özellikle yaşamın ilk 28 günü çok kritik bir dönem olup bebeklerin ölme olasılığının en yüksek olduğu dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü, Çocuk ve Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Bölümünün amacı BÖH'nı düşürmek ve yenidoğan bebeklerin yaşama sağlıklı başlamasını sağlamaktır. Bu amaca ulaşmak için toplumdaki ve evdeki yenidoğan sağlığı, bebek ve çocuğun büyüme ve gelişmesi için doğru uygulamaları geliştirmek, birinci basamak sağlık kuruluşlarında yenidoğan bebeğe yaklaşımı geliştirmek (Çocukluk Çağı Hastalıklara Entegre Yaklaşım Stratejisinin kullanımıyla), toplum ve sağlık kuruluşlarında yenidoğanın sağlıklı büyüme ve gelişmesi için bakım olanaklarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Yenidoğan bebeğin sağlığı, anne ve aileye ait sosyodemografik faktörlerden etkilenmektedir. Ailenin ve annenin öğrenim düzeyinin düşük olması, gelir düzeyinin düşük olması, sosyal ve sağlık güvencelerinin olmaması, annenin sigara, alkol ve madde kullanımı, istenmeyen gebelik olması gibi yenidoğan ve bebek sağlığını etkileyen anneye ait pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Annenin sistemik hastalığı olması, annenin gebelik öyküsünde risk faktörü olması, gebelikte yaşanan sağlık sorunları, travmatik doğum öyküsü, doğum sonrası bebek bakımında yetersizlik olması gibi anneye ait birçok faktör perinatal mortalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle WHO' nun Güvenli Annelik Programının içinde Anne-Bebek Paketi adı verilen bir yaklaşım ile yenidoğan bakımını tanımlamaktadır (Tablo 10).

Yenidoğan ölüm nedenlerinin yüzde dağılımı; doğumda asfiksi(%21,1), pnömoni(%19,0), neonatal tetanos(%14,1), konjenital anomaliler (%11,1), doğum travması(%10,6), prematürite(%10,3), sepsis ve menejit(%7,2), ishaller hastalıklar (%1,5) ve diğer nedenler (%5,1) şeklindedir. Ölüm nedenlerinin oluşmasında ise annenin sağlık

sorunları da yer almaktadır. Örneğin annenin anemisinin olması kendisinde kalp yetmezliğine neden olurken, bebekte düşük doğum ağırlığı, asfiksi ve ölü doğuma neden olabilir. Annenin hipertansiyonunun olması annede eklampsi ve serebrovasküler olaya neden olurken, bebekte yine düşük doğum ağırlığı, asfiksi ve ölü doğuma neden olabilir. Bu nedenle bebek sağlığının korunması için annenin gebelik döneminde ve doğum sırasında müdahaleler önerilmektedir(Güler ve Akın 2006).

## 2.3. YENİDOĞAN DÖNEMİ

**2.3.1. Bebeklik Dönemi:** Bebeklik dönemi, doğumdan sonraki 365 günü kapsayan dönemdir. İlk 28 günlük dönem yenidoğan dönemi olarak tanımlanmaktadır. Yenidoğan dönemi, annenin gebelik dönemi, doğum olayı ve yenidoğan bakım koşullarından çok etkilenir. Bu dönemde gebede meydana gelen fizyolojik ve yapısal sorunlar yenidoğanı oldukça etkilemektedir. Yenidoğan döneminin doğumdan sonraki ilk fizyolojik bir haftalık dönemi (0 - 7 günlük) annenin sağlığı ve doğum koşullarından daha sonraki haftalara göre daha fazla etkilenen bir dönem olduğu için ‘Erken Yenidoğan Dönemi’ olarak tanımlanır. “Geç Yenidoğan Dönemi” olarak tanımlanan dönem ise 8 - 28 günlük dönem içerir. Yenidoğan sonrası dönem olarak tanımlanan dönem ise 29-365 günlük dönem kapsar.

Bebeklik dönemi gebelik haftası ve doğum ağırlığına göre sınıflandırılarak adlandırılır.

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

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

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

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

Bebekler gebelik yaşına ve doğum ağırlıklarına göre de sınıflandırılır.

### Gebelik yaşına göre;

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

### Gebelik yaşı ile doğum ağırlığının durumuna göre;

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

### Doğum ağırlığına göre;

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

Yenidoğan dönemi, hayatın ilk 28 günüdür ve çok özel bir dönemdir. Bebek kapalı bir ortamdan açık bir ortama geçer, bu yeni ortama uyum sağlamaya çalışır. Bağımlı bir hayattan aktif hayata geçer, dış ortamda tek başına bir düzen kurar.

Değişme doğumun ilk saatlerinde ani ve hızlıdır, yenidoğan buna zamanla alışır ve değişme yavaşlar. Yenidoğan döneminde bebeğin hayatını tehdit eden dört önemli sorun vardır. Bunlar; konjenital anomaliler (%2.06), düşük doğum ağırlığı (%9), enfeksiyonlar ve doğum travmalarıdır. Bu sorunlar gebelerin, gebeliğin başlangıcından itibaren izlenmesi, gereken tanı yöntemlerinin uygulanması ve laboratuvar teknikleri ile



en alt düzeye indirilebilir. Ayrıca doğumların, doğum kliniklerinde ve ehil ellerde ve uzmanlarca yapılmasının büyük katkısı olabilir.

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

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

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

## **2.4. YENİDOĞAN SAĞLIĞI**

Türkiye’ de yenidoğan ölüm hızının bebek ölüm hızları arasında ön plana çıktığı ve anneye ait sosyo-demografik özelliklerin bebek ölüm hızlarını önemli olarak etkilediği görülmektedir. Bu da anne ve yenidoğan sağlığının önemli göstergesi olan perinatal ölüm hızının değerlendirilmesini gerektirmektedir. Türkiye’ de Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının ileri analizleri yapılarak perinatal ölüm hızı 1993 yılında % 042.6, 1998 yılında % 039.2 ve 2003 yılında binde 24 olarak hesaplanmıştır. BÖH 1993 yılında %052.6, 1998 yılında %042.7, 2003 yılında %029, 2008 yılında %018 olarak bulunmuştur. Bu hızlar ülkemizde yenidoğan ve anne sağlığı ile ilgili sorunların ön planlara geçtiğini göstermektedir (Tablo 1).

**Tablo 1. 1993, 1998,2003 ve 2008 Türkiye ve Sağlık Araştırmalarında Erken Yaş Ölümlülük Göstergeleri (Binde)**

	1993	1998	2003	2008
Perinatal ölüm hızı	42.6	39.2	24	*
Yenidoğan ölüm hızı	29.2	26	17	13
Yenidoğan sonrası ölüm hızı	23	17	12	5
BÖH	52.6	42.7	29	18

\* TNSA 2008 Ana Raporunda yayınlanacaktır.

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

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (1998) neonatal ölümlere ilişkin bazı ileri analiz değerlendirmeleri yapılmıştır. Yenidoğan dönem ölümlerinin anne ve yaşanan yere göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bölgelere ve yerleşim yerlerine göre yenidoğan ölümlerinin farklı olduğu görülmektedir. Annenin doğurganlığı ile birlikte yenidoğan ölümlerinin arttığı da görülmektedir. Doğum öncesi ve doğum hizmetlerinden yararlanma da yenidoğan ölümlerini etkilemektedir. Sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumlarda yenidoğan ölümlerinin sıklığı düşük iken, bir sağlık personeli olmadan yapılan doğumlarda bu hız daha yüksektir. Doğumda bebeğin ağırlılığı normal olanlara göre, normalden az veya fazla olan bebeklerde yenidoğan ölümleri daha fazladır (Güler ve Akın,2006).

#### **2.4.1. Gelişmekte Olan Ülkelerde Yenidoğan Sağlığının Ortak Sorunları:**

Dünyada yenidoğan ölümlerine bakıldığında, gelişmiş ülkelerde neonatal mortalitenin binde 4-5 civarında olduğu, buna karşın gelişmekte olan ülkelerde bunun 10 katı kadar yüksek olduğu görülmektedir. Yenidoğan ölüm nedenleri incelendiğinde, gelişmekte olan ülkelerin tümünde aşağıda belirtilen bazı ortak sorunların bulunduğu anlaşılmaktadır:

1.Bu ülkelerde kadınların sosyal statüleri ve eğitim durumları gelişmiş ülkelere göre çok düşüktür.

2.Etkin aile planlaması uygulamaları toplumun önemli bir kısmında kabul görmez.

3.Gebelerin düzenli izlemi kabul edilebilir nicelik ve nitelikte değildir.

4.Doğum koşulları güvensizdir.

5.Yenidoğanın doğum sırasında resüsitasyonu bir gereksinim olarak kabul görmez, doğumların önemli bir kısmı sağlık personeli denetimi olmaksızın gerçekleşir ve doğumlara giren sağlık personelinin de yeterli resüsitasyon eğitimi yoktur.

6.Yenidoğanın rutin bakımı ve ısı kontrol gereksinimleri bilinmemektedir.

7.Yenidoğandaki hastalık işaretleri aileleri ve sağlık personeli tarafından yeterince fark edilememekte, hastalık durumlarındaki acil yaklaşımlar bilinmemektedir.

8.Ailelerin yenidoğanları için sağlık hizmeti talebi yetersizdir.

9.Perinatal sevk ve transport zinciri yoktur (Atasay ve Arsan, 2003)

#### **2.4.2. Yenidoğan Sağlığı Göstergeleri**

Sağlık alanında toplanan istatistiksel veriler ve bunlardan üretilen objektif göstergeler, toplumların sağlık düzeyinin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve hizmetlerin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesi ile karşılaştırmalar yapabilmek için önemlidir. Yaşamın ilk yılında ölme olasılığı olarak tanımlanan bebek ölümlülüğü, toplumların sağlık düzeyinin ve sosyal refahını karşılaştırmada ilk bakılacak olan anahtar bir ölçüttür. Bir toplumun gelişmişlik düzeyi arttıkça bebek ölüm hızı (BÖH) düşmekte, gelişmişlik düzeyi azaldıkça artmaktadır.

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

Beş yaş altı ölümlerin % 40'ı neonatal dönemde meydana gelmektedir. Dünya da bebeklik dönemi ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi ilk ay içinde, bunların üçte ikisi ilk haftada, ilk haftadaki ölümlerin üçte ikisi de ilk 24 saatte ortaya çıkmaktadır. Dünyada her bin gebelikten 30'unun ölü doğumla sonuçlandığı, her yıl yaklaşık dört milyon ölü doğum meydana geldiği tahmin edilmektedir. Ölü doğumların önlenmesi ile ilgili

çalışmaların bebek ölümlerinin önlenmesi aktivitelerinin gerisinde kaldığı düşünülmektedir.

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

Bir ülkenin gelişmişlik durumunun değerlendirilmesinde kullanılan en önemli sağlık göstergeleri;

- Bebek ölüm hızı (BÖH),
- Beş yaş altı çocuk ölüm hızı,
- Yenidoğan ölüm hızı (YÖH) ve
- Perinatal ölüm hızı (PÖH) dır(Aile Sağlığı Programı,1998).

BÖH, sadece çocuk sağlığının genel göstergesi olmayıp, aynı zamanda o ülkenin eğitim düzeyinin de göstergesidir. Türkiye de yenidoğan ölüm hızının bebek ölüm hızları arasında ön plana çıktığı ve anneye ait sosyodemografik özelliklerin bebek ölüm hızlarını önemli derecede etkilediği görülmektedir. Bu durum anne ve yenidoğan sağlığının önemli bir göstergesi olan perinatal ölüm hızının değerlendirilmesini gerektirmektedir(Aslan ve Şenol,2006).

**2.4.2.1. Yeni Doğan Bebek Ölüm Hızı (YBÖH) =** Belirli bir bölgede, belirli bir sürede 0–28 günde ölen bebeklerin, aynı sürede, aynı bölgedeki toplam canlı doğumlara oranının binde ifadesidir.

$$YBÖH = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve ilk 28 gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı süredeki canlı doğum sayısı}} \times k (1000)$$

**2.4.2.2. Erken Yenidoğan Ölüm Hızı(EYÖH)=** Belirli bir bölgede ilk 7 gün içinde ölen yenidoğanların, aynı sürede, aynı bölgedeki toplam canlı doğumlara oranının binde ifadesidir.

$$EYÖH = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda} \\ \text{0-7 gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı süredeki} \\ \text{canlı doğum sayısı}} \times k(1000)$$

**2.4.2.3. Geç Yenidoğan Ölüm Hızı (GYÖH)=** Belirli bir bölgede 8-28 gün içinde ölen yenidoğanların, aynı sürede, aynı bölgedeki toplam canlı doğumlara oranının binde ifadesidir.

$$GYÖH = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda} \\ \text{8-28 gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı toplumdaki aynı süredeki} \\ \text{canlı doğum sayısı}} \times k(1000)$$

**2.4.2.4. Toplam Yenidoğan Bebek Ölüm Hızı(TYBÖH)=** Bir yılda belirli bir bölgede 0-28 gün içinde ölen bebeklerin, aynı sürede, aynı bölgedeki toplam canlı doğumlara oranının binde ifadesidir.

$$TYBÖH = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda} \\ \text{0-28 gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı süredeki} \\ \text{canlı doğum sayısı}} \times k(1000)$$

#### 2.4.2.5. Göstergelerin izlenmesi

Gelişmiş ülkelerde BÖH binde 30' un, YÖH binde 10' un altındadır. Ülkemiz 1993 verilerine göre binde 52,6 olan BÖH' nın yarısından fazlasını, binde 29 ile yenidoğan ölümleri oluşturmaktadır. Bu yenidoğan ölümlerinin çoğu da erken yenidoğan döneminde meydana geldiği tahmin edilmektedir. Yenidoğan ölümlerinin sayısal ve nedensel olarak irdelenmesi, bu ölümleri önlemek amacıyla en uygun girişimlerin planlanması için gerekmektedir.

Verilerin izlenmesi, seçilen girişimin uygulanması kadar, uygulayan personelin performansını da değerlendirmek ve birlikte düzeltici önlemleri almak içindir. Ülkemizde doğum ve ölüm kayıtlarındaki yetersizlikler nedeniyle, yenidoğanlar ve ölüm nedenleriyle ilgili verilerin güvenilirliği tartışmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Sağlığı Programı, 1998).

Yenidoğan ve yenidoğan sonrası dönem ölüm hızlarının toplamı BÖHna eşittir. Bebek ölüm nedenlerinin dağılımının değerlendirilmesi öncelikli bebek sağlığı sorunlarını gösterir. Yenidoğan ölüm nedenleri arasında doğum travmaları, düşük doğum ağırlığı, prematürite, enfeksiyonlar ve konjenital anomaliler yer alabilir. Ülkenin gelişmişlik düzeyine göre bebek ölüm nedenleri farklılaşabilir. Gelişmekte olan ülkelerde enfeksiyonlar (akut solunum yolu enfeksiyonları, ishaller hastalıklar) ve malnütrisyon yenidoğan sonrası bebek ölümlerine neden olan öncelikli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Yenidoğan, özellikle erken yenidoğan dönem ölüm hızları bir toplumdaki anne sağlığı düzeyinin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımlarının ne ölçüde yeterli olduğunun göstergesidir. Bu sorunların çözümlendiği toplumlarda yenidoğan dönem ölümlerinin nedenleri biyolojiktir ve bunların önlenilme olasılığı düşüktür.

Yenidoğan sonrası dönem ölüm hızları ise genellikle bozuk çevre koşullarının çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerinin boyutlarını belirler. Bu dönem ölümleri büyük oranda önlenbilir. Çocuk sağlığını düzeltici önlemler ilk etkilerini bu dönem ölüm hızlarının azalmasında gösterirler. Ülkemizde 2003 TNSA verilerine göre yenidoğan sonrası dönemi bebek ölüm hızı binde 12' dir (TNSA,2003). 2008 TNSA verilerine göre ise yenidoğan sonrası dönemi bebek ölüm hızı binde 5' dir (TNSA,2008).

Toplumun sağlık koşulları ve hizmetleri açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilen, yenidoğan dönemindeki ölümlerin yaklaşık üçte ikisini bebek mortalitesi

oluşturmaktadır. Prematürite perinatal, neonatal ve postneonatal dönemlerde önemli bir mortalite nedeni olmasının yanı sıra, prematüre bebeğin güç ve masraflı olan bakım ve tedavisi nedeniyle birçok merkezde üzerinde önemle durulan ve araştırmaları yapılan bir konudur. Geçmişte prematüre bebeklerin çoğu kaybedilmekteydi. Son zamanlarda klinik ve teknolojik ilerlemeler prematüre bebeklerin yaşam oranlarını arttırmaktadır. 37. gestasyon haftasından erken doğan bebek prematüre veya preterm yenidoğan olarak adlandırılır.

Tüm dünyada 10 gebelikten biri erken doğumla sonuçlanmaktadır. Prematüre bebeklerin ölüm nedenleri arasında; respiratuar distres sendromu, intraventriküler hemoraji, nekrotizan enterokolit, neonatal asfiksi gibi durumlar sayılabilir (Turan ve Bolışık,2003;Avery,1994;Çay,1989)

**Tablo 2. Ülkemizde Yıllara Göre Bebek Ölümünün Dağılımı (Binde)**

Yıllar	Neonatal Ölüm Hızı	Postneonatal Ölüm Hızı	Bebek Ölüm Hızı	Beş yaş altı Ölüm Hızı
1983	42	54	95	120
1988	35	47	82	96
1993	29	23	52	61
1998	26	17	43	52
2003	17	12	29	37
2008	13	5	18	24

Ülkemizdeki bebek ölümleri halen çok yüksek olup yaklaşık her 15 dakikada 1 bebek kaybedilmektedir (Güner,2009).

## 2.5. YENİDOĞAN ÖLÜM NEDENLERİ

WHO'nun gelişmekte olan ülkelerde yenidoğan ölüm nedenlerine ait verileri ülkemizi de temsil edebilir niteliktedir. Bu verilere göre yenidoğan ölüm nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

Başta yenidoğan tetanozu olmak üzere yenidoğan enfeksiyonları

- Doğum asfiksisi ve doğum travmaları
- Doğumsal anomaliler

- Preterm doğumlar
- Diğer nedenler

Bu ölüm nedenleri gözden geçirilecek olursa, bir yenidoğanı ölüme sürükleyen olayların; Gebelik öncesi kadın sağlığına yetersiz yaklaşım, yetersiz gebe izlemi ve kötü doğum koşullarıyla başladığı ve genellikle anne ölümleriyle bağlantılı olduğu dikkati çekmektedir.

Bu nedenle yenidoğan sağlığı ve anne sağlığı her zaman bir bütün olarak ele alınmalıdır.

### **2.5.1. Yenidoğanların Enfeksiyonlar Ve Doğum Asfiksisinde Kaybedilme Nedenleri**

Gebelikte aşılınmamış annelerin yetersiz doğum koşullarında doğum yapması, doğum sonrası yenidoğan canlandırmasında bilinmemesi, yenidoğanın değerlendirilmesindeki yetersizlikler ve hastalıklarına ait tehlike işaretlerinin bilinmemesinde yatmaktadır.

Doğumsal anomaliler ve preterm doğumlara bağlı ölümler ise yetersiz aile planlaması hizmeti ve antenatal bakımdan kaynaklanmaktadır (Aile Sağlığı Programı,1998).

### **2.5.2. Bebek Ölümünü Etkileyen Faktörler**

Bilindiği gibi bebek ölüm hızı(BÖH);

- Anne baba eğitimi
- Ekonomik durum
- Kötü çevrede yaşama
- Ulaşım
- İletişim
- Geleneksel aile
- Aile planlaması
- Yetersiz ve dengesiz beslenme
- Sağlık hizmetlerinden yararlanamama, gibi pek çok faktör BÖH' nı

etkilemektedir (Aslan ve Şenol,2006).



Bebek ölümlerini etkileyen annenin öğrenim durumunda; öğrenimi olmayan anneler ile en az ilkokul mezunu olan annelerin bebeklerin ölüm olasılıkları arasında büyük bir fark bulunmaktadır.1998 yılında öğrenim kurumlarına hiç gitmeyen annelerin bebeklerinde ölüm hızı binde 60.5 iken, 2003 yılında binde 51 ve 1998 yılında en az ortaokul mezunu olan annelerin bebek ölüm hızı ise binde 36,1 den 2003 yılında binde 18' e düşmüştür (TNSA 2003, Dünya çocuklarının durumu 2000, Özgür ve Özgür 1994).

Doğum öncesi dönemde bakım hizmetleri ile doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleşmesinin bebek sağlığı üzerine direkt etkisi bulunmaktadır. TNSA 2003 verilerine göre; doğum öncesi bakım almayan annelerin oranı %18,6 iken sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı %78 olmasına rağmen Doğu Anadolu da bu oranın %45,5'e çıkması ve tüm doğumların %9' unun geleneksel ebeler tarafından yaptırılması bebek ölüm oranını yükselten bir diğer neden olmuştur(TNSA 2003).

Doğum öncesi bakım ziyaretlerinin toplam sayısı, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. Düzenli ziyaretler gebelik süresince anne ve bebeğin sağlığının uygun bir şekilde izlenmesini sağlar. Türkiye de kadınların %53,9' unun dört ve ya daha fazla ev ziyaretleriyle gebeliklerinde izlendikleri belirlenmiştir. Buna göre; birinci basamakta ev ziyaretlerini yapan ebeğin, uygun görülen sayıda toplam 13 kez gebe kadınları izlemesi nitelikli doğum öncesi bakımıyla birlikte, bebek ölüm oranları üzerinde olumlu katkısı bulunacaktır (Hancıoğlu ve Alyanak 2003).

### **2.5.3. Türkiye' de Bebek ve Çocuk Ölüm Ölçütleri ve Değişimi**

Türkiye' de ölümlerin demografik özellikleri ve ölüm nedenlerine ait bilgiler il ve ilçe merkezlerinden elde edilmektedir. İl ve ilçe merkezlerinde sağlık kurumları ve belediyeler tarafından tutulan ölüm verileri her ay il sağlık müdürlükleri tarafından Devlet İstatistik Enstitüsü' ne yollanmaktadır.

Türkiye' de il ve ilçe merkezlerinden toplanan ölüm bilgilerine göre “0 - 4” yaş grubu çocuk ölümlerinin tüm yaş grupları içindeki payı 2001 yılında %10,2' dir.

**Tablo3. Türkiye ' de İl ve İlçe Merkezlerinde Yaşa Özel Orantılı Ölüm Hızlarının(%)Değişimi**

Yıllar	Yaşlar		
	0 - 4	5 - 44	45,+
1961	43,2	13,8	42,0
1971	33,9	13,9	50,7
1981	30,1	11,5	56,8
1991	15,5	12,7	71,8
2001	10,2	10,5	70,3

Türkiye ' de bebek ölüm hızının saptanmasına yönelik yapılan ilk araştırma Hıfzıssıhha Enstitüsü tarafından 1966- 67 yıllarında yapılmıştır. Daha sonra Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1968 yılından beri her beş yılda bir yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında bebek ölüm hızı tahminlerini sağlayan veri toplanmaktadır.

Türkiye ' de Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda her iki canlı doğumdan birisinin bir yaşını doldurmadan ölüme sonlandığı bilinmektedir. Türkiye ' de 1935 yılları için tahmin edilen bebek ölüm hızı binde 27,3 ' dir. 1935- 2003 dönemi bebek ölüm hızında %89,5' lik bir azalma olduğu görülmektedir. 1935 - 50 döneminde bebek ölüm hızında azalma az olup, 1950 yıllarından itibaren artmaya başlamış ve 1985' den itibaren ise azalma boyutu daha da artmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 yılı sonuçlarına göre bebek ölüm hızı binde 29, TNSA 2008 sonuçlarına göre bebek ölüm hızı ise binde 19' dur(TNSA,2003).

**Tablo 4. Türkiye’de Bebek Ölüm Hızı ve Değişimi(1935 - 1998)**

Yıllar	Bebek Ölüm Hızı %	Yıllık Azalma %
1935 - 40	273	-0,32
1940 - 45	306	
1945 - 50	260	
1950 - 55	233	- 2,19
1955 - 60	203	
1960 - 65	176	2,42
1965 - 70	151	
1970- 77	134	
1985 - 87	95	- 3,49
1988 - 93	78	
1993- 98	53	
1999 - 2003	43	
1935 - 2003	29	-1,32
2008	18	

Kırsal ve kentsel kesim arasında bebek ölüm hızlarında olan farklılığın bölgelere göre de olduğu görülmektedir (TNSA,2003; TNSA, 2008).

**Tablo 5. Türkiye’ de Yerleşim Yerlerine Göre Bebek, Yenidoğan, Yenidoğan sonrası ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları (binde) (2003)**

Sosyo-ekonomik özellikler	Yenidoğan Ölüm Hızı	Yenidoğan Sonrası Ölüm Hızı	Bebek Ölüm Hızı	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı
Yerleşim yeri				
Kent	15	8	23	30
Kır	21	18	39	50
Bölge				
Batı	15	7	22	30
Güney	19	10	29	30
Orta	10	10	21	33
Kuzey	20	14	34	48
Doğu	23	18	41	49
Seçilmiş bölgeler				
İstanbul	16	4	19	32
GAP	21	16	38	46

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

**Tablo 6. Türkiye’de Annenin Bazı Özelliklerine Göre Yenidoğan, Yenidoğan Sonrası ve Bebek Ölüm Hızları (%0)(Türkiye 2003)**

<b>Özellik</b>	<b>Yenidoğan Ölüm Hızı</b>	<b>Yenidoğan Sonrası Ölüm Hızı</b>	<b>Bebek Ölüm Hızı</b>	<b>Beş Yaş Altı Ölüm Hızı</b>
<b>Annenin yaşı</b>				
20’ nin altı	20	27	47	60
20 - 29	20	16	35	42
30 - 39	25	15	40	50
40 - 49	11	15	26	79
<b>Anne eğitimi</b>				
Eğitimi yok	29	22	51	63
İlköğretim birinci kademe	14	11	25	33
İlköğretim ikinci kademe	15	3	18	24
<b>Doğum sırası</b>				
1	15	13	27	33
2 - 3	20	16	36	44
4 - 6	25	22	47	62
7+	45	35	80	94
<b>Önceki Doğum Aralığı</b>				
<2 yıl	39	35	74	89
2yıl	23	16	38	49
3 yıl	14	12	25	34
4+ yıl	45	11	27	34
<b>Toplam</b>	17	12	29	37

Tabloda 7’de TNSA- 2008 den önceki beşer yıllık dönemler için hesaplanan bebek, çocuk ve beş-yaş altı ölüm hızları TNSA–2003 ve TNSA–1998 sonuçları ile karşılaştırılmalı olarak verilmiştir. Yaklaşık referans tarihi 2006 yılı olan TNSA-2008’den önceki beş yıllık döneme ilişkin hızlar dikkate alındığında, Türkiye’de her 1000 canlı doğumdan 18’inin birinci yaş gününe; her 1000 canlı doğumdan 24’ünün ise beşinci yaş gününe ulaşmadan öldüğünü göstermektedir. Tablo 7’deki veriler, Türkiye’de son beş yıl içinde bebek ölüm hızında çok hızlı bir azalma olduğunu göstermektedir. Bebek ölüm hızı; 1998- 2003 ile 2003–2008 yılları arasındaki beş yıllık dönemde yüzde 47 azalmıştır. Aynı dönemde çocuk ölüm hızında yüzde 30; beş yaş altı ölüm hızında ise yüzde 43 azalma gerçekleşmiştir. Son 10 yılda binde 9–10 seviyesinde doğurganlık gösteren çocuk ölüm hızında son beş yılda meydana gelen bu azalma oldukça dikkat çekicidir.

**Tablo 7. Bebek, Çocuk ve Beş- Yaş- Altı Ölüm Hızları**

TNSA–2008,TNSA–2003 ve TNSA- 1998’den önceki beş yıllık dönemler için bebek, çocuk ve beş-yaş-altı ölüm hızları(binde olarak)

Araştırmadan Önceki yıllar	Hızların Ait Oldukları Yaklaşık Dönem	Bebek Ölüm Hızı	Çocuk Ölüm Hızı	Beş-yaş-altı Ölüm Hızı
<b>TNSA- 2008</b>				
0–4	2003–2008	17,6	6,4	23,9
5–9	1998–2003	33,5	9,1	42,3
10–14	1993–1998	49,4	9,2	58,1
<b>TNSA–2003</b>				
0–4	1998–2003	28,7	8,5	37,0
5–9	1993–1998	46,5	9,8	55,9
<b>TNSA–1998</b>				
0–4	1993–1998	42,7	9,8	52,1

1998-TNSA verilerine göre bebek ölüm hızı binde 42,7 iken, 2003 yılında binde 28,7 ve 2008 yılında da binde 17,6 ya düşmüştür. Çocuk ölüm hızı ise 1998 yılında binde 9.8, 2003 yılında binde 8,5 ve 2008 yılında ise 6,4'e; beş yaş altı ölüm hızı ise 1998 yılında 52.1, 2003 yılında binde 37.0, 2008 yılında binde 23,9'a düşmüştür(TNSA, 2008).

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

Erkek çocukların bebek ölüm hızları (binde 39) ve beş yaş altı ölüm hızları (binde 48 ve binde 45) kız çocukların (binde 36;binde 45)ölüm hızlarından daha yüksektir. Yenidoğan ölüm hızında ve yenidoğan sonrası ölüm hızında aynı şekilde erkek bebekler (%0,22;%0,18) kız bebeklere (%0,20;%0,16) göre daha fazla ölmektedirler (Güler ve Akın,2006;Hancıoğlu ve Koç,2000).

## **2.6. YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

### **2.6.1.Ekstrauterin yaşama fizyolojik uyum**

İlk 24 saat içinde kalp atım hızı, solunum, motor aktivite, renk, mukus yapımı ve bağırsak aktivitesinde gözlenen değişiklikler normaldir ve stresin azalmaya başladığını gösterir.

Yenidoğan bebeğin yaşamının ilk 6 saati içinde vücut sistemleri stabil olmadan önce düzensiz bir uyum dönemi yaşar. İlk aşama yaklaşık 30 dakika sürer. Bu süre içinde bebek uyanıktır, kuvvetle ağlar, yumruğunu hırsla emer ve çevresine karşı çok ilgili görünür.

Genellikle gözleri açıktır ve emmesi güçlü olduğu için emzirilebilir.

Solunum hızı dakikada 82' nin üzerindedir, raller duyulabilir, kalp atım hızı dakikada 180' e ulaşır, bağırsak sesleri aktiftir, müköz sekresyonlar artmıştır ve vücut ısısı azalabilir. Buna reaksiyonun ilk periyodu denir.

Başlangıçtaki bu aktif dönemden sonra bebeğin tepkileri azalır ve emmeye ilgi duymaz. Reaksiyonun ikinci periyodu sessiz dinlenme dönemini içerir. Kalp ve solunum hızında azalma olur, vücut ısısı düşmeye devam eder. Genellikle idrar ve gayta yapımı yoktur. Bebek uykulu ve sakindir. Yenidoğan yaklaşık 90 dakika uyur.

Reaksiyonun üçüncü periyodunda ya da yaşamın 2 - 6.saatleri arasında bebek uyanıktır ve sıklıkla ağzında biriken müküs nedeniyle nefes almayabilir. Bebek tekrar çevresine karşı ilgili ve tepkilidir. Kalp ve solunum hızı artar, öğürme refleksi aktiftir, gastrik sekresyonlar artmıştır, mekonyum geçişi olur. Bu dönem yaklaşık 2-5 saat sürer ve bebek anne etkileşimi için mükemmel bir fırsat sağlar. Reaksiyonun üçüncü periyodunun ardından fizyolojik sistemlerde stabilizasyon görülür.

Bebeğin bu tipik reaksiyon aşamalarını yaşaması, sağlıklı olduğunu ve ekstrauterin yaşama iyi uyum yaptığını gösterir. Sağlık sorunu olan yenidoğan bu aşamalardan geçmeyebilir. Bu bebeklerin kalp atışları ve solunum hızları yüksektir, vücut ısıları normalin altında olabilir (Çavuşoğlu,2002).

### 2.6.2.Genel Görünüm

Yenidoğanın uterustakine benzer bir postürü vardır. Eğer fetus verteks pozisyonunda ise fleksiyon postürüne daha kolay geçer. Baş, göğüs üzerine fleksiyondadır. Kollar fleksiyon pozisyonunda ve göğse yakın tutulur, eller yumruk şeklindedir. Bacaklar, abdomene doğru çekilir. Dizler fleksiyonda ve ayaklar dorsafleksiyondadır. Kas tonüsündeki azalma, travma, sedasyon ya da prematürelliğe eşlik edebilir. Fleksiyon postürü, çevre ile temas eden vücut yüzeyinin miktarını azaltır ve böylece ısı kaybını azaltır (Çavuşoğlu,2002).

Yenidoğan bebek doğumu izleyen dakika, saat ve günlerde hemen tüm sistemlerini içeren biyokimyasal ve fizyolojik değişikliklerle ortama uyum yapmak zorunluluğundadır.

Yenidoğan bebeğin ilk fiziksel muaynesi, ekstrauterin hayata adaptasyonu engelleyebilecek bozuklukların tespiti için doğum odasında **Apgar değerlendirmesi** ile yapılır (Güner,2009).



Başlangıçta yenidoğanın apgar skoru, gestasyon yaşı, boyu, kilosu ve vücut ısısını içeren kapsamlı fiziksel bulguları ve aktivite düzeyi değerlendirilir. Doğumdan sonra yenidoğan şok, doğum travması ve gözle görülür anomaliler yönünden gözlenir. Böylece yenidoğanın ekstrauterin yaşama ne ölçüde uyum yaptığı ve yaşamını etkileyebilecek risk faktörleri belirlenebilir.

Bebek doğduktan sonra Dr.Virgina Apgar (1953) tarafından geliştirilen 5 standart kriter (kalp atım hızı, solunum, kas tonüsü, refleksler ve renk) yönünden değerlendirilir. Apgar skorunu belirlemek için her bir kritere verilen puan toplanır.En yüksek puan 10, en düşüğü ise 0 dır. Yaşamın ilk 24 saati içinde yakın gözleme ek olarak, hava yolu açıklığının sağlanması, oksijen ve resüsitasyon gereksinimi olabilir. Toplam puanı 4 ' ün altında olan bebek ciddi şekilde depresedir. Bu bebeğin resusitasyona ve solunumunun desteklenmesine gereksinimi vardır.

**Tablo 8. Yenidoğanın Apgar Skor Sistemi ile değerlendirilmesi**

Gözlemler		Puan		
		0	1	2
<b>Kalp atım hızı</b>		Yok	Yavaş	100/dk
<b>Solumum</b>		Yok apneik	Yavaş, düzensiz Yüzeysel	İyi güçlü, düzenli
<b>Kas tonüsü</b>		Gevşek	Ekstremitelerde bir miktar fleksiyon	Aktif hareket, ekstremitelerde spontan fleksiyon
<b>Refleksler</b>	Burun deliğine sokulan katetere tepki	Tepki yok	Yüzünü buruşturma, kaş çatma	Öksürme, aksırma Ağlama
	Ayaktan tabanına vurulmasına tepki	Tepki yok	Yüzünü buruşturma	Ağlama ve ayağını çekme
<b>Renk</b>		Mavi soluk	Vücut pembe, ekstremiteler mavi	Tamamen pembe

Apgar skorlaması, bebeğin değerlendirmesini standardize eder ve sonraki değerlendirmeler için bir temel oluşturur. Doğru Apgar skoru elde edebilmek için aşağıdaki değerlendirme kriterleri kullanılır (Çavuşoğlu,2002).

### 2.6.3.Apgar Skoru Değerlendirilmesi

**8 – 10 puan**, bebeğin iyi olduğunu gösterir.

**4 – 7 puan**, bebeğin tehlike de olduğunu gösterir.

**4 den düşük puan**, bebeğin durumunun çok ağır olduğunu gösterir.

**8’ in altında puan**, alan yenidoğanlar da izlem ve özel bakım gereksinimi vardır (Güner,2009).

**1)Kalp atım hızı:** Yenidoğanın kalp atım hızı en iyi şekilde steteskopla apeksden 1 dakika süreyle dinlenerek değerlendirilir. Doğumdan hemen sonra kalp atım hızı 150 – 180 arasında değişir. Daha sonra 120-150’ ye iner.

**2)Solunum:** Solunum hızı pulmoner ventilasyonun bir göstergesidir. Miadında bir yenidoğan, doğumdan sonra yaklaşık 30 saniye içinde spontan olarak ağlar. İlk bir dakika içinde solunumu hızlı ve düzenlidir. Solunum hızı, yenidoğanın solunum çabasındaki herhangi bir gecikmeyi belirlemek için inspirasyon sayısı tam bir dakika süreyle sayılarak değerlendirilir. Eğer anneye doğum eylemi ya da doğumda fazla analjezik ilaç verilmişse, yenidoğanın solunumunda güçlükler beklenebilir. Yenidoğan bebeğin solunumu yavaş ya da düzensizse solunum sıkıntısı (respiratuvar distres) vardır.

**3)Kas Tonüsü:** Normal yenidoğanın ekstremiteleri intrauterin pozisyona benzer şekilde fleksiyondadır. Bebeğin kas tonüsü ekstansiyona getirilen ekstremitelerin spontan şekilde fleksiyon pozisyonuna dönüşü gözlenerek değerlendirilir. Düz uzatılıp serbest bırakılan ekstremitelerin hızla orijinal pozisyonuna (fleksiyon) dönmesi beklenir.

**4)Refleks İrritabilitesi:** Yenidoğanın burun deliklerinin aspire edilmesi, yavaş şekilde sırtının okşanması ya da ayak tabanına hafifçe vurulması ile test edilebilir. Sağlıklı yenidoğan bebek bu uyarılara yüksek sesle ağlayarak tepki verir. Eğer anneye çok fazla sedasyon uygulanmışsa bebeğin tepkisi minimal düzeyde olabilir.

**5)Renk:** Doğum anında tüm yenidoğanlar siyanotiktir. Solunum başladıktan kısa bir süre sonra deri rengi pembeye dönüşür. Yenidoğanın rengi solunumunun ne kadar iyi olduğunu gösterir.

Apgar skor sistemi ile değerlendirme, doğumdan sonra 1 ve 5.dakikalarda yapılır. Birinci dakikadaki değerlendirme, yenidoğanın ekstrauterin yaşama uyum yeteneğini gösterir. İlk dakikalardaki apgar skoru ile bebeğin resusitasyona gereksinimi olup olmadığı belirlenebilir. Beşinci dakikadaki değerlendirmenin amacı, yenidoğanın durumunu özellikle resüsitasyona tepkisini yeniden değerlendirmektir.

#### **2.6.4.Yenidoğanın Fizyolojik Özellikleri**

Genel gözlem

\*Yenidoğana dokunulmadan gözlenir.

Genel sağlık durumu,

- Duruş şekli,
- Solunumu,
- Büyüklüğü,
- Dış görünümü değerlendirilir.

##### **2.6.4.1. Deri**

Yenidoğanın derisi yumuşaktır, lanugo ve verniks kazeoza ile kaplıdır. İyi beslenen bebeğin deri altı yağ dokusu, vücut ısısının düzenlenmesini sağlar ve enfeksiyona karşı bariyer oluşturur. Yağ dokusunun eksikliği prematüreliliği ya da malnütrisyonu gösterebilir. Derideki bozulmalar, bakterilerin vücuda giriş yeri olabileceği için yakından gözlenir. (Çavuşoğlu,2002)

Term bebeklerde deri pembedir.Göğüs ve karında kan damarları belirgindir.Postmatür bebeklerde deri kuru ve soyulur, doğmadan önce mekonyum yapmış ise yeşilimsi renkte olabilir.Normal deri dokunulduğunda ılıktır.Soğuk ve nemli deri şok göstergesidir(Güner, 2009).

Doğumdan hemen sonra miadındaki yenidoğanın derisi eritemlidir. Ancak birkaç saat içinde normal rengine döner. Doğumda bebeğin derisi kırmızı yada koyu pembedir.

Ekstremitelerin simetrik siyanozu (akrosiyanoz); vazomotor dengesizlik, kapiller staz ve yüksek hemoglobin nedeniyle geçici bir olaydır. Tekrarlayan jeneralize siyanoz temeldeki bir sorunu gösterir. Siyanoz; yenidoğanın deri rengi, ağız mukozası, gözleri, el ve ayak tırnaklarına bakılarak değerlendirilir.

**Lanugo:** Yenidoğanın vücudunu kaplayan ince tüyledir. Sıklıkla omuzlar, sırt, ekstremiteler ve alında yer alır. Gestasyonun yaklaşık 16.haftasında fetuste lanugo görülmeye başlar ve 32.haftada kaybolur.

**Verniks Kazeoza;** Bebeğin derisini kaplayan verniks kazeoza peynir gibi yağlı ve sarımsı beyaz renktedir. Yağ bezlerinin sekresyonlarını ve epitelyum hücrelerini içerir. Derinin kıvrım yerlerinde ve labialar arasında daha kalın bir tabaka vardır. Verniks kazeoza spontan olarak kurur ve dökülür.

**Deri Turgoru;** Turgor, doku hidrasyonu ile ilişkilidir. Eğer alttaki dokunun hidrasyonu iyi ise deri elastik hissedilir. Turgoru değerlendirmek için deri, başparmak ve işaret parmağı kavranır ve hafifçe döndürülür. Derinin elastik olması ve serbest bırakıldığında hemen eski haline dönmesi, deri turgorunun iyi olduğunu gösterir. Yenidoğanda intrauterin malnütrisyon, dehidratasyon ya da belirli bir metabolik hastalık (örn: adrenogenital sendrom) nedeniyle deri turgoru azalabilir.

#### 2.6.4.1.1. Yenidoğan Döneminde Görülen Geçici Fizyolojik Deri Bulguları

**Desguamasyon:** Doğumdan sonraki 24 saat içinde çoğu yenidoğanın derisi son derece kurudur. Bu kuruluk özellikle avuç içinde ve ayak tabanında belirgindir. Bu bölgelerde 2-4.haftalarda güneş yanığı gibi desguamasyon (dökülme) görülür. Derideki kuru alanlara vücut losyonu sürülebilir.(Çavuşoğlu, 2002)

**Milia:** İçinde keratinize materyal olan toplu iğne başı büyüklüğünde sarımsı beyaz renkte, daha çok burun üzerinde, genellikle küçük gruplar halinde bulunan sarı 1–2 mm çapında papüler lezyonlardır. Kendiliğinden kaybolurlar.

**Miliaria (isilik):** Daha çok havanın sıcak olmasına ve bebeğin aşırı örtülmesine bağlı olarak ter bezlerinin distansiyonu ile meydana gelen toplu iğne başı büyüklüğünde, makülopapüler, bazen veziküler deri lezyonlarıdır.(Güner, 2009)

**Toksik Eritem:** Miadında yeni doğanların çoğunda görülen kızıl renkli çok küçük lezyonlara toksik eritem denir. Genellikle doğumdan bir üç gün sonra görünür ve bebek yaklaşık 2 haftalık olunca kaybolur. Lezyon, papülle başlar ve ikinci gün eriteme dönüşür. Bu lezyonlar bebeğin derisinin çarşaf ve giysilerle iritasyonuna bir tepki olarak gelişebilir. Tedavi gerekli değildir.

**Forseps İşareti:** Eğer doğumda forseps kullanılmışsa bebeğin vücudunda ya da başında basınç uygulanan bölgelerde geçici forseps işaretleri görülür. Bebeğin

vücudunda forsepsin bıraktığı dairesel veya doğrusal bir morartı gözlenir. Makat gelişlerinde, kalça ve genital bölgeye uygulanan basınç nedeniyle doku içine kanamalar ve ödem oluşur. Forseps işareti ve ödem 2 - 3 gün içinde kaybolur.

**Mongol Lekeleri:** Bebeklerde görülen diğer bir işaret ise mongol lekeleridir. Koyu mavi yada mor renkte pigmentasyon alanları özellikle sakrum ve kalçalar üzerinde görülür. Mongol lekeleri olarak bilinen pigmentasyonlar doğumda başlar. Bu lekeler tedavi edilmeksizin okul dönemine kadar kaybolur

**Çilek Hemanjiomu:** Doğumda ya da doğumdan sonra 2 hafta içinde ortaya çıkan koyu kırmızı renkli lekelerdir. Çilek kümelerine benzeyen bu lekeler, deri içinde ve altında dilate kapillerden oluşur. Bir yaşına kadar büyüme devam edebilir yavaş absorbe olur ve genellikle 7-10 yılda kaybolur. Tedavi edilmeden bırakılabilir. Ancak büyük ve birden fazla hemanjiomun varlığı, başka sorunların işareti olabilir. Bu çocukların olası diğer sorunlar yönünden değerlendirilmesi gerekir.

**Şarap Lekesi / Beni:** Kapiller dilatasyona bağlı olarak oluşur. Vücutta çok geniş bir alanı etkileyebilir. Sıklıkla yüz ve boyun bölgesinde koyu pembe ya da kırmızı lekeler görülür. Tedavide küçük benler cerrahi olarak çıkarılabilir (Çavuşoğlu, 2002).

**Kutis Marmoratus:** Deride dolaşım bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan ve bir mermerin üzerindeki çizgilenmeler gibi kırmızı-mor renkteki çizgilenmelere denir.

**Yenidoğan Aknesi:** Anneden geçen hormonların etkisine bağlı, daha çok yanaklar, çene ve alında görülen bir akne vulgaris tablosudur. Tedavi gerektirmez ve kısa sürede iyileşir.

**Harlequin Renk Değişikliği (Palyaço bebek):** Alın ile simfizis pubis arasında çekilen hat ile vücut ikiye ayrılırsa, vücudun bir yarısında pembe diğer yarısının ise soluk görülmesi halidir. Bu durum vazomotor instabilite sonucu ortaya çıkmaktadır (Güner,2009).

#### 2.6.4.2.Renk

Sağlıklı sıcak bebekler, ilk saatlerden sonra kırmızımsı pembe renkte görünürler ve genellikle ilk gün verniks tabakası ile kaplıdırlar.

**Siyanoz:** Siyanozu değerlendirmek özellikle çok soğuk veya anemik bebeklerde oldukça güçtür.

Travmatik siyanoz veya ekimoz da sık rastlanır, peteşi ile birlikte bulunabilirler ve özellikle kordon dolanması varsa yüzde izlenebilir. Tüm vücudun gri-mavi renkte olması; siyanotik kalp hastalığı veya solunum yetmezliği olduğunu gösterir önemli bir bulgudur.

**Santral siyanoz:** Kanda SPO<sup>2</sup>düzeyindeki düşüklüğü gösterir.

**Akrosiyanoz:** El ve ayakların siyanozudur. Periferik dolaşımın iyi olmadığını gösterir.

Soğuk, stres, şok veya polisitemiye bağlı olabilir.

**Solukluk:** Dolaşım yetmezliği veya zayıf perfüzyon ve bradikardi ile birlikte olursa anoksi durumunda ayrıca şok, sepsis, ağır solunum sıkıntısındaki vazokonstrüksiyonda görülür.

**Kızarma (Pletore):** Yenidoğan bebekte çok yaygındır, çoğu iyi huylu kendi kendine gerileyen lezyonlardır.

**Sarılık:** Bebeklerin %40-60' ında sarılık olur.

İlk 24 saatte sararma mutlaka önemlidir ve tedavi edilmesi gereklidir.

48 saatten sonra başlayan ve yalnızca yüz ve gövdede belirgin olan sarılık fizyolojiktir ve bir haftada kaybolur (Güner,2009).

#### 2.6.4.3. Solunum

Yaşamın ilk birkaç dakikasında yenidoğanın solunum hızı dakikada 80 gibi oldukça yüksektir. Solunum aktivitesi düzenlenince istirahat halinde solunum hızı ortalama 30–50 arasında değişir. Solunumun derinliği, hızı, ritmi düzensizdir ve siyanoz olmaksızın kısa apne periyotları olabilir.

Yenidoğanın solunum büyük ölçüde diyafragma ve abdominal kaslarla gerçekleşir. Bu nedenle solunumu değerlendirmek için abdomenin hareketleri izlenir. Göğüs ve abdomenin aşağı ve yukarı hareketlerinin birlikte olması önemlidir.

Normal yenidoğanın solunumu rahat, hızlı ve yüzeyledir. Solunumu normal olan yenidoğanda aniden dispne, siyanoz, retraksiyonlar ve göğüsde asimetrik şekilde genişleme görülebilir. Bu belirtiler konjenital bir anomalinin ilk göstergesi olabilir. Eğer uygun bakım verilmezse ani ölüme yol açar (Çavuşoğlu,2002).

Öksürme ve aksırma refleksleri hava yolunu açık tutmak için doğumda vardır. Yenidoğan burunda nefes aldığı için burun delikleri tıkanınca akut solunum sıkıntısı

belirtileri gösterir. Eğer yenidoğan bebek yeterli ağlamıyorsa akciğerlerin genişlemesi için uyarın verilir. Kısa ağlama periyotları, solunumun derinliğini arttırır ve akciğerlerin derin kısımlarını havalanmasına yardım eder. Ayrıca ağlama solunum hızını da arttırır. Solunumun 60' ın üzerine çıkması takipneyi gosterir. Uzun ağlama periyodları kardiyovaskuler sistemi yorabilir. Bu konuda ebevynlere bilgi verilmesi gerekir (avuşoğlu,2002). Tum yenidoğanlar da zellikle pretermelerde duzenli solunum aralarında 5–10 saniye duraksamalar olabileceği unutulmamalıdır.

Gerçek apne atakları 5 -10 saniye surenden daha uzundur ve miadında bebekte son derece nadirdir.

**Apne**, 20 saniye zerinde solunumun duraklaması ya da daha kısa sureli durması ile birlikte bradikardi (80 atım / dk daha az) ve ya siyanozun olması (SaO<sub>2</sub> % 80' in altında olması) şeklinde tanımlanır:

Ağlıyorken bazı bebekler ve zellikle prematureler hafif sternal veya subkostal retraksiyon gosterebilir.

Solunum sistemi hastalıklarında da akciğer seslerindeki değişiklikten daha nemli olan 4 ana belirti :

**1-) Takipne:** Solunum sayısının 60 dk' nın zerinde olması; apne 20 sn .den daha uzun solunumun durmasıdır.

**2-) Siyanoz** (morarma)

**3-) İneleme**

**4-) Ggus duvarı çekilmeleri** dir.

Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde yaşamı ya da gelişimi etkileyebilecek olası risk faktorlerini tanımlamak için fizik muayene ile fiziksel, norolojik ve davranışsal zellikler değerlendirilir. Bebek sakin olduğu zaman ve aktif şekilde ağlarken yapılan muayenede elde edilen sonuçlar birbirinden farklı olabilir. Normalden sapan bulgular 24 saat içinde yeniden değerlendirilir (Guner,2009).

#### **2.6.4.4. Nabız**

Nabız yenidoğanda sakin iken sayılır. İnauterin donemde fetusun kalp atışları dakikada 120-160' dır. Doğumdan hemen sonra yenidoğan solunumu başlatmaya çabaladığı için kalp atım hızı dakikada 170' e çıkar.

Çeşitli fiziksel nedenler ya da uyaranlar nedeniyle aşırı düzensizlikler görülebilir. Ağlayınca kalp atım hızı dakikada 180' e kadar yükselebilir. Derin uykuda ise kalp atım hızı dakikada 100' ün altına (70- 90) düşer. Nabız ritmindeki düzensizlik, solunum düzensizliğini izler. Femoral nabız, yenidoğanda hissedilebilir, ancak radial ve temporal nabızları palpe etmek güçtür. Yenidoğanda femoral nabzın palpe edilmesi yokluğu olası aort koarktasyonunu düşündürmesi nedeniyle önemlidir (Çavuşoğlu,2002).

#### **2.6.4.5.Vücut Sıcaklığı**

Doğum anında yaklaşık 37,2°C dir. Çünkü uterusu annenin iç organları ile kuşatılmıştır. Eğer bebek doğumdan sonra sıcak tutulmazsa vücut sıcaklığını düzenleme mekanizmalarının immatürlüğü ve ısı kaybı nedeniyle vücut sıcaklığı normalin altına düşer. Normal yenidoğanın vücut sıcaklığı en az 36,1°C ve en yüksek 37,7 °C dir. Prematüre bebeklerde vücut sıcaklığı 34,4 °C 'e kadar düşebilir. Yenidoğanın üşmesi önlenirse doğumdan sonra 4 saat içinde vücut sıcaklığı normal değerine ulaşır.

Aksiller ölçüm yapmak için civalı cam termometrenin balonu koltuk altına yerleştirilir. Bebeğin kolu termometreyi yerinde tutacak şekilde vücuda yaklaştırılır. İşlemden önce termometrenin civası 35,6°C ' nin altına düşürülür. Ölçümün doğru olabilmesi için civalı cam termometre koltuk altında 5 - 8 dakika bekletilir. Ancak termometrenin kaç dakika bekletilmesi konusunda tam bir fikir birliği yoktur.

Rektal ölçüm yapmak için bebek sırt üstü yatırılır, bir elle ayakları tutulur ve diğer elle termometrenin uç kısmı rektuma yerleştirilir. Rektal termometrenin civası kullanılmadan önce 35.6°C ' nin altına düşürülür, balon kısmı yağlanır ve bebeklerde 1 - 2 cm kadar rektuma yerleştirilir. Civalı cam termometre rektumda yaklaşık 3 - 4 dakika bekletilir. Her kullanımdan sonra termometre sabunlu su ile yıkanır ve dezenfekte edilir. Rektal cerrahilerde, diyaresi olan bebeklerde ya da diğer rektal sorunlarda bu yöntemle vücut sıcaklığı ölçülmemelidir. Oral termometre 6 yaş ve üstündeki çocuklar için kullanılır.

Yenidoğan bebeklerde rektal ve aksiler vücut sıcaklığı arasındaki fark çok azdır. Normal miadında bebekte vücut sıcaklığı aksiler 36.5-37°C ve rektal 36.5-37.6°C dir.



#### 2.6.4.6. Kan Basıncı

Yenidoğanın kan basıncı doğumda yaklaşık  $80\pm 16$ (sistolik) /  $46\pm 16$ (diastolik) mmHg' dir.10 gün içinde yaklaşık 100/50 mmHg' ya yükselir. Ağlama ya da uyuma gibi aktivite değişiklikleri, kan basıncında dalgalanmalara yol açabilir.

Hipotansiyon, doğumdan sonraki birkaç saat içinde görülür ve hipovolemiye sekonder olarak gelişir. Yaşamın ilk 12 saatinden sonra görülen hipotansiyon ise konjenital kalp hastalığı, septik şok ve iç kanama gibi nedenlerle ortaya çıkabilir. Hipertansiyon sıklıkla yenidoğan döneminde görülmez. Ancak böbrek hastalığı ya da konjenital böbrek anomalileri nedeniyle gelişebilir.

#### 2.6.4.7. Karın ve Gövde

Karın silindirik, yumuşak ve simetrik, abdominal kaslar az gelişmiş ve cilt altı yağ dokusu azdır. Distansiyon karın adalelerinin gevşekliği nedeniyle sıktır. Kordonun çapı değişiktir. Kalın kordon diyabetik anne bebeğinde, ince kordon IUGG (İntrauterin Gelişme Geriliği) olan bebeklerde görülür.

Kordon rengi doğumda süt beyazı (mavi- beyaz) olup, 7 - 14 gün içinde düşer. Göbek çevresi kırmızı, kötü kokulu veya nemli ise omfalit, göbekte idrar sızıntısı patent ductus urakus varlığını gösterir (Güner,2009).

Normal olarak umblikal kord içinde iki umblikal arter ve bir umblikal ven vardır. Kord kesilince bu yapıların varlığı değerlendirilir. Eğer sadece bir umblikal arter varsa bebek konjenital anomaliler yönünden değerlendirilir. Yaşamın ilk gününde kord kurumaya başlar, rengi kahverengi/siyaha dönüşür ve doğumdan 7-10 gün sonra düşer. Bu süre içinde umblikal kord, kanama ve enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenir. Kordun alkolle silinmesi kuruma sürecini kolaylaştırır. Kordun nemli, kırmızı ve sıcak olması ya da kordtan pürülan bir drenajın gelmesi, enfeksiyon geliştiğini gösterir. Eğer kısa sürede tedavi edilmezse enfeksiyonun abdominal damarlar aracılığı ile kan dolaşımına geçme ve septisemiye neden olma riski vardır. Ayrıca umblikal kord herni yönünden de incelenir. Yenidoğanda karaciğer, dalak ve böbrekler palpasyonla hissedilebilir. Doğumdan kısa bir süre sonra gelişen distansiyon, mekaonyum ileusunu düşündürür. Özellikle karın duvarı zayıf olan prematüre bebeklerde hernilere sık rastlanır (Çavuşoğlu,2002).

#### 2.6.4.8. Genital Organlar

Anüs, açıklık yönünden incelenir. İmperfore anüs, gaitanın geçişine engel olur. İlk gaytanın (mekonyumun) 24 saat içinde geçmesi beklenir. Ayrıca anüsün açıklığı, rektal derece sokularak da anlaşılabilir.

Kızlarda genital organlar; labia majör, labia minör, klitoris ve vajinal açıklığı içerir. Labia majörler, labia minörleri örter. Fazla miktarda verniks kazeoza vardır. Labialar, anneden geçen hormonların etkisiyle hacimce dolgun olabilir. Ayrıca anneden geçen hormonlar nedeniyle vajinadan müküslü ya da kanlı bir akıntı gelebilir. Bu hormonlar, yenidoğanın vücut sisteminden atılınca genital organlardaki ödem ve akıntı kaybolur.

Erkek yenidoğanlarda penis ve skrotum büyüklükleri değişebilir.

Skrotum ödemlidir ve kıvrıklıklarla kaplıdır. Her iki testis, skrotum içinde palpe edilebilir. Testisler genellikle intrauterin yaşamın 8. ayında skrotuma iner. Bazen bir ya da her iki testis, skrotuma inmemiş olabilir(inmemiş testis). Eğer testisler adölesan döneminden önce skrotuma inmezse cerrahi tedavi gerekebilir.

Glans penis sünnet derisi ile kaplıdır. Yenidoğanda sünnet derisi, glans penis üzerine yapışabilir. Penis shaftındaki sünnet derisine bağlı olan ince membranın yırtılma ve yapışıklıklara neden olma olasılığı vardır. Bu nedenle, penis derisi zorlanarak geri çekilmemelidir. Eğer sünnet derisi meatusun etrafını sararak üretral açıklığı daraltıyorsa bebek idrarını güçlkle yapar. Bu durumda sünnet gerekli olabilir.

Termde doğan bebeklerde skrotumun derisi çevredeki deriden daha koyu renktedir. Üretral açıklık (eksternal meatus) glans penisin ucuna yakın yerde lokalizedir. Bazen üretral açıklık penisin ön yüzeyine (hipospadias) yada arka yüzeyine (epispadias) lokalize olabilir.

Sünnet derisinin cerrahi olarak çıkarılması günümüzde yaygın bir uygulamadır. Eğer bebekte hipospadias ya da epispadias varsa sünnet kontrendikedir, çünkü sünnet derisi ilerde üretral açıklığın cerrahi olarak düzeltilmesi için kullanılabilir (Çavuşoğlu,2002).

**Hidrosel**, skrotum çevresinde sıvı toplanmasıdır. Term yenidoğanda sıktır. Translüminasyonda şeffaf görülür. Tek veya çift olabilir. Kendiliğinden birkaç hafta ya da ayda geçer. Skrotumda şişme, morarma doğumda belirgindir.

## 2.6.5.Vücut Bölümlerinin İncelenmesi

### 2.6.5.1.Tartı- Boy

Yenidoğanın doğum ağırlığı, gebelik süresince beslenme, intrauterin ve genetik faktörlere bağlı olarak farklılıklar gösterir.

Boy, kilo ve baş çevresine ilişkin ölçümler bebeğin gelişiminde normalden sapmaları ortaya çıkarır. Bu üç ölçümün aynı bebek için aynı persentile yakın düşmesi beklenir. Örneğin boyu ve kilosu 50 persentil, baş çevresi 80 persentil olan yenidoğanın baş büyüklüğü anormaldir. Ağırlığı ve baş çevresi 50 ve boyu 10 persentil olan bir yenidoğanda büyüme sorunu vardır.

Miadında doğan yenidoğan bebeklerin 2/3 ' sinin ağırlığı 2,7-3,8 kg arasındadır. Ortalama doğum ağırlığı kızlar için 3.4 kg ve erkekler için 3.5 kg'dır. Doğum ağırlığı 2.5 kg dan az olan yenidoğanlara düşük doğum ağırlıklı bebek denir. Bebeğin doğum ağırlığının 4.7 kg' nın üstünde olması nadirdir. Bu durumda annede diyabetes mellitustan şüphelenilir.

Yenidoğan doğumdan birkaç gün sonra ağırlığının yüzde 5-10' unu kaybeder. Bu kilo kaybına eşlik eden faktörler; anneden gelen hormonların kaybı, sıvı alımını azalması, idrar ve gayta ile sıvı kaybedilmesidir.

Yenidoğan her gün aynı saatte çıplak olarak tartılır. Bu ölçümler, bebeğin sonraki gelişimini değerlendirmede karşılaştırılacak temel verileri oluşturur.

Doğumda yenidoğanların ortalama boyu kızlarda 49-53 cm, erkeklerde 50 - 54 cm' dir. Normal limitin alt sınırı 46 cm'dir. Yenidoğan fleksiyon pozisyonda olduğu için boyunu ölçerken (baş-topuk uzunluğu) bacakların tamamen düz uzatılması önemlidir.

### 2.6.5.2. Baş

Baş çevresi 33 - 37cm ortalama 35 cm' dir.

Baş büyük olup, vücudun  $\frac{1}{4}$  'ne eşittir.

Doğumdaki basınca bağlı olarak başta şekil değişikliği olabilir.

İlk doğumda, başla gelişle kafa kemikleri üst üste binmiş olabilir.

Sezaryan doğumda baş yuvarlak, makat doğumda yassılaştı ve uzamıştır.

### 2.6.5.3.Fontoneller

Fontaneller, kafa kemiklerinin birleşme yerlerindeki açıklıklardır. Ön (Anterior) fontanel eşkenar dörtken şeklidir. İki parietal ve iki frontal kemik yada sagittal ve koronal suturelar arasında yer alır. Ön fontanelin genişliğinin 2-3 cm, uzunluğu 3-4 cm'dir. Parietal ve oksipital kemikler yada sagittal ve lambdoid suturelar arasında lokalize olan arka ( posterior ) fontanel üçgen şeklidir. Ön fontanelden daha küçüktür ve uzunluğu yaklaşık bir cm'dir.

Bebek ağlayınca yada kafa içi basıncı artınca fontanelerde şişlik olur. Fontanelerin içe doğru çökmesi ise dehidratasyona ilişkin bir göstergedir. Ön fontanel yaklaşık 12-8. aylarda, arka fontanel ise 2. ayın sonunda kapanır (Çavuşoğlu,2002).

**Mikrosefali;** Kafa çapı ve beyin küçük olmasıdır. Gecikmiş beyin gelişimini yansıtır.

**Makrosefali;** Kafa çapının büyük olmasıdır (Güner,2009).

**Süturlar;** Doğumda kafa sutureları doğum kanalındaki aşırı basınç nedeniyle üst üste binebilir bu normal ve geçici bir durumdur. Sutureların ayrılması; hidrocefali, subdural hematoma gibi çeşitli nedenlerle artan intrakranial basıncı gösterir.

**Kraniotebes;** Kranial kemiklerin lokalize olarak yumuşamasıdır. Kranial kemikler üzerine parmakla bastırıldığında çukurlaşır. Basınç kaldırıldığında kemik tekrar normal şekline geri döner. Bu durum tedavi edilmeksizin düzelir. Kraniotebes, yenidoğanda normal fizyolojik bir durumdur.Daha büyük çocuklarda ise metabolizma bozukluğu ya da riketse bağlı olarak gelişebilir.

**Kaput Suksadaneum:** Saçlı derinin yaygın ödemidir. Ödem sınırları belirsizdir ve suture çizgilerinin karşısına uzanabilir. Doğum eylemi sırasında saçlı deri üzerindeki sürekli basınç nedeniyle gelişir. Sıklıkla uzun doğum eyleminden sonra görülür. Bir kaç gün içinde yavaş yavaş absorbe olarak kaybolur.

**Sefal hematoma:** Doğum sırasında kafa travması sonucu kranial kemikler ve periost arasında kanın toplanmasıdır. Toplanan kan bir kemiğe lokalize olduğu için sürtür atlamaz. Doğumdan sonra 24–48 saat içinde belirgin şişlik gelişir. Bu bölge pıhtılaşan kanın varlığı nedeniyle ekimotik olabilir. Hematom aspire edilmemelidir, çünkü enfeksiyon riski vardır. Sefal hematoma genellikle 2-3 hafta içinde kaybolur (Çavuşoğlu,2002).

#### 2.6.5.4. Yüz

Yüzün sağ ve sol tarafı simetri yönünden incelenir. Fetal pozisyona bağlı olarak yüzde asimetri olabilir. Bu durum, birkaç hafta ya da ay içinde kaybolur. Fasial asimetri, doğum travmasına bağlı fasial sinir paralizisi nedeniyle de gelişebilir. Kan şekeri regüle edilmemiş, iyi takip edilmemiş diyabetik annelerden doğan bebeklerin şiş, kaba yüzünde karakteristiktir (Güner,2009).

#### 2.6.5.5. Gözler

Çoğu yenidoğanda iris genellikle koyu renkte ya da gri mavidir. Gözler 3-6 ay içinde gerçek rengine dönüşür. Göz hareketleri koordine değildir. Her iki göz geçici olarak içe ya da dışa dönebilir. Göz kapakları doğumdan sonra yaklaşık iki gün boyunca ödemli olabilir.

Doğumdan sonra gonokokal konjonktiviti önlemek için gözlere damlatılan yüzde 1' lik gümüş nitrata bağlı olarak geçici kimyasal konjonktivit gelişebilir. Göz kapaklarında şişlik ve pürülan akıntı vardır. Gözlerdeki pürülan akıntı 1-2 gün devam eder ve tedavi edilmeksizin geçer. Eğer akıntı daha uzun süre devam ederse, bebekte enfeksiyona bağlı bir konjonktivit gelişmiştir.

Gonokokların yanı sıra gözlerde enfeksiyona neden olan diğer organizmalar, chlamydia, stafilokok ve gram negatif bakterilerdir. Gümüş nitrat sadece gonokoklara bağlı konjonktiviti önlemede etkilidir. Ayrıca kimyasal konjonktivit yapma riski vardır. Bu nedenle, gözlere gümüş nitrat yerine % 1' lik tetrasiklin ya da yüzde 0,5'lik eritromisin damlatılması önerilmektedir. Vajinal doğum sırasında travma nedeniyle gözün sklerasında küçük kapillerde rüptür olabilir. Buna bağlı olarak, konjonktiva altında hemoraji gelişebilir. Ebeveynlere, bu durumun patolojik yönden önemli olmadığı ve hemorajinin 2-3 hafta içinde spontan olarak iyileşeceği açıklanır. Eğer konjonktiva

altındaki hemoraji aşırı miktarda ise bebeğin subdural hematom yönünden değerlendirilmesi gerekir.

Doğumda gözlerde bir miktar lakrimal sıvı (göz yaşı) bulunur. Bu sıvının gözler temizleme ve konjonktivanın kurummasını önleme fonksiyonu vardır. Lakrimal kanalların immatürlüğüne bağlı olarak doğumdan sonra 1–3 aya kadar gözyaşı olmaksızın ağlama görülebilir.

#### **2.6.5.6. Kulaklar**

Kulak kepçesinin üst kısmı, gözün lateralinden oksiputa doğru çizilen bir çizgi ile aynı düzey olmalıdır. Düşük kulaklar mental retardasyon, böbrek anomalileri ya da kraniofasial malformasyonların bir göstergesi olabilir. Kulak kepçesi, kartilaj doku kalsifiye oluncaya kadar yumuşaktır. Bu nedenle hemşire, bebeği bir yandan diğer yana çevirirken kulakta deforme gelişmesini önlemek için, kulak kepçesinin kıvrılmamasına dikkat etmelidir. Dış kulakta minör deformiteler yaygın olarak görülür. Dış kulak yolunda kist oluşabilir. Tekrarlayan enfeksiyonlar gelişmediği sürece tedavi gerekli değildir.

#### **2.6.5.7. Burun**

Yenidoğanın burnu büyük ya da hafif yassı görülebilir. Bu çelişki, bebeğin yüzü büyüdükçe kaybolur. Müküs birikmesi nedeniyle yenidoğanın dar burun delikleri hafif tıkalı olabilir. Yenidoğan sadece burundan nefes alabildiği için burun temizliği önemlidir. Burundaki mukuslar aspire edilerek çıkarılabilir. Bebekler zorunlu olarak burun deliklerinden nefes alıp verir. Bu yüzden tam nazal obstrüksiyon ağır solunum sıkıntısına yol açar ve derhal araştırma ve müdahale gerektirir.

**Koanal atreziler** tek veya iki taraflı olabilir. Her iki burun deliği yapıksa, açık olup olmadığı kateter ile kontrol edilmelidir (Kızılkaya,1996).

#### **2.6.5.8. Ağız ve Boğaz**

Yenidoğanın ağız ve boğazı ağlama sırasında en iyi şekilde gözlenebilir. Bu muayene, minör değişikliklerin ve yarı damak gibi daha ciddi sorunların belirlenmesinde önemlidir.

Müköz membranlar pembe ve nemlidir. Kontamine doğum kanalından bulaşan kandida enfeksiyonuna bağlı olarak ağızda pamukçuk gelişebilir. Dil, diş eti ve tüm ağız mukozasında beyaz ya da gri noktalar görülür. Bebeğin ağızda kalan süt, yanlışlıkla pamukçukla karıştırılabilir. Ağızın steril su ile irrije edilmesi ya da dilin silinmesi tanıda yardımcı olur. Pamukçuk anne vajinasından ya da doğumdan sonra çevreden bulaşan *Candida albicans* enfeksiyonudur. Bebeğin dilinde ve yanak içlerinde beyaz bir tabaka oluşturur. Pamukçuk son derece bulaşıcıdır ve hemen tedavi edilmesi gerekir. Ayrıca sert damağın her iki yanında epitelyum hücrelerin geçici olarak artması ile oluşan küçük kistik yapılar da pamukçukla karıştırılabilir. Yenidoğanın ağızda tükrük salgısı belirgin değildir. Dil ağızın ölçüsüne göre göreceli olarak büyük görünür (Çavuşoğlu,2002).

Ağızın küçük veya büyük olması incelenir. Tavşan dudak veya kurtağzı vb. gözlenir. Epstein incileri, natal diş, kısa frenulum, ağız zemininde mavi şişlikler bulunabilir. Birkaç hafta içinde kaybolur.

#### **2.6.5.9. Boyun**

Yenidoğanın boynu kısadır. Özellikle şişman bebeklerin boynunda derin pililer vardır. Eğer dikkatli şekilde temizlenip kurulanmazsa deride soyulma olabilir. Bebeğin boynu bir yandan diğer yana ve fleksiyondan ekstansiyona gidecek kadar esnek olmalıdır. Yenidoğanın bir miktar baş kontrolü vardır. Ancak boyun başı destekleyecek kadar güçlü değildir. Hiperekstansiyon (opustatonus) pozisyonu, nörolojik bir hastalığa işaret edebilir (Çavuşoğlu,2002). Boyunda deri kıvrımları veya yele boyun görülebilir (down sendromu, turner sendromu). Klavikulalar kırıklar açısından gözlenir (Güner,2009).

#### **2.6.5.10.Göğüs**

Yenidoğanın göğsü çan şeklindedir. Doğumda yaklaşık abdomenin çevresine eşittir ve baş çevresinden 2 cm daha azdır. Bu nedenle göğüs küçük görünür. Klavikula palpe edilince kemiğin düz olduğu hissedilir. Kemik üzerinde hissedilen bir şişlik doğum sırasında oluşan kırığı gösterebilir. Göğsün görünümü simetrik olmalıdır. Uterus içinde kolların göğse basıncı nedeniyle göğsün anterior ve lateral çapları aynıdır. Bebek nefes alırken daha büyük çocuklar ve yetişkinler gibi göğüs kafesini kullanmaz. Onun yerine diyafragma ve abdominal kasları kullanır. Kız ve erkek bebeklerde anneden

geçen hormonlar nedeniyle göğüste dolgunluk olabilir. Göğüs uçlarından süte benzer bir sıvı gelir. Tedavi edilmeksizin 2-4 hafta içinde geçer. Bu süre içinde göğüsler hassastır (Çavuşoğlu,2002).

#### 2.6.5.11.Sırt

Bebek prone (yüzü koyun) pozisyonunda iken sırt veya orta hatta spina üzerinde anormallik, kafa kaidesinde şişlik, orta hatta çukurluk, saçlı veya nevüslü deri lezyonu açısından gözlemlenmelidir.

Bunlardan herhangi birinin varlığında vertebral kolon veya spinal kord anomalisi düşünülür (Güner,2009).

#### 2.6.5.12. Ekstremler

Fleksiyon pozisyonundadır. Her hangi bir anomali olup olmadığı kontrol edilir.

- **Polidaktili;** Fazla parmak
- **Klinodaktili;** Parmakta konjenital deviasyon
- **Makrodaktili;** Bazı parmakların büyük olması

Ekstremitelerin hareketi tam olmalıdır. Smian çizgisi olabilir. Doğuştan Kalça Çıkığı (DKÇ) yönünden değerlendirilir.

### 2.7. YENİDOĞAN REFLEKSLERİ

**Moro Refleksi:** Bu refleks bebeğe çeşitli uyarılar verilerek ortaya çıkarılabilir. Yenidoğan sırt üstü pozisyonda yatırılır. Her iki taraftan yavaşça çekilerek omuzları yukarı kaldırılır ve kollar aniden bırakılarak bebeğin tepkisi gözlenir.

Gövdede ekstansiyon, kollarda ekstansiyon ve abdüksiyon, bunu izleyerek adduksiyon ve fleksiyon olur.

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



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

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

Ayakta yakalama refleksi 10. aya kadar devam eder (Güner,2009).

**Babinski Refleksi:** Bu refleks, sert bir obje ile ayak tabanının lateraline, topuktan küçük parmağa ya da ayak başparmağına doğru çapraz bir çizgi çizilmesi ile uyarılır. Tepki olarak, ayak başparmağı dorsafleksiyona gelir ve diğer parmaklar yelpaze gibi açılır. Babinski refleksi 3. ayda kaybolur. Ancak çocuk yürüyüceye kadar da devam edebilir (Çavuşoğlu, 2002).

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

## HİPOTONİK İNFANT

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

**Hipotonik Bebek Görünümü:**Bilekleri, dizleri ve kalça eklemleri gevşek bir şekilde ekstansiyon pozisyonundadır. Baş kontrolleri zayıf veya yoktur. Hipotonik bebekler ters U şeklinde baş, kollar, eller ve bacaklar aşağıya doğru gevşek bir pozisyonadırlar.

Uyarılar karşısında kasılma cevabı hem çok yavaş olur ve hem de normal adelenin süresinden daha kısa sürer (Güner,2009).

## 2.8.YENİDOĞANIN BAKIMI

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

Bebeğin dış ortama uyumu, vücut ısısı, solunumu, kalp hızı, deri rengi ve uyarılara yanıtı ile değerlendirilir. Bu nedenle düzenli olarak gözlem yapılması ve ölçümlerinin kaydedilmesi gerekir. Çevre ısısındaki değişiklikler yenidoğan açısından çok önemlidir. Doğumdan sonraki ilk günlerde normal miadında doğmuş sağlıklı bebekler de dahil tüm yenidoğanlar çevre ısısı değişikliklerinden çok çabuk etkilenir. Preterm ve düşük doğum tartılı bebeklerde bu etkilenme çok daha fazladır. Bu nedenle bebek ısı 24 °C üzerinde olan temiz, havalandırılmış bir odada bulundurulmamalıdır. Bebek düşük doğum tartılı ise oda ısısı 24 °C' nin altında olmamalıdır. Bebek soba kalorifer gibi ısı kaynaklarına çok yakın yatırılmamalı, cereyanlı ortamda bırakılmamalı, giysileri oda sıcaklığında ayarlanmalıdır. Hemşire bebeğin vücut ısısının yükseldiğini ve düştüğünü gösteren belirti ve bulguları nasıl gözlemleyebileceğini anneye öğretmelidir. Örneğin; bebeğin yüzünün kızarması vücut ısısının yükseldiğini, soluk ya da morumsu olması ise vücut ısısının düştüğünü, bebeğin üşüdüğünü gösterdiğini anneye öğretmelidir. Sıcak ortamda bebeğe fazla giysi giydirilmez, üzerine hafif örtüler örtülür. Soğuk ortamda ise bebeğe yün başlık, patik ve eldiven giydirilir. Üşümüş bebeği ısıtmada yatak örtüleri sıcak ütü ile ütülür. Termofor kullanılır, termoforun olmadığı durumlarda sıcak su şişeleri de kullanılır. Ancak termofor veya şişenin ağzı sıkı bir şekilde kapatılmalı, bir beze sarılarak kullanılmalı, bebeğin karnına ve göğsüne konulmamalıdır.

Elektrikli battaniye kullanılacaksa bebekte yanık oluşmaması için önce bebeğin yatacağı yer elektrikli battaniye ile ısıtılır, daha sonra battaniyenin fişi prizden çekilerek, bebek ısıtılmış yere yatırılır (Gençalp,1998; Çavuşoğlu,2002).

### 2.8.1. Deri Bakımı

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

Yenidoğanlarda deri bütünlüğünü korumak için derinin temiz tutulması çok önemlidir. Ancak yenidoğanın göbeği düşünceye kadar tam banyo yaptırılmaz, silme şeklinde banyo yaptırılır. 37 °C’ de ısıtılmış su ile ısıtılmış yumuşak bir bez veya tülbentle baş, yüz, boyun, gövde ve ekstremiteleri ile kıvrım yerleri silinir ve kurulanır. Vücudu, özellikle kıvrım yerleri bebe yağı ile yağlanır. Yenidoğan döneminde pudra kullanılmaz. İç çamaşırları her gün değiştirilmelidir. Sağlıklı ve prematüre ve düşük doğum tartılı yenidoğanlara da soğuktan korunmaya özen gösterilerek silme banyo yaptırılır. Bu bebeklerde deri temizliği çok önemlidir.

### 2.8.2. Ağız Bakımı

Dil ve ağız mukozası normal görünümde olan yenidoğan bebekte ağız bakımına gerek yoktur. Sadece annenin emzirmeden önce meme ucunu kaynamış ılık su ile temizlemesi yeterlidir. Bebeğin ağız mukozası pamukçuk (moniliazis) yönünden gözlenmelidir. Çok yaygın değilse emme gücünü yaratmaz. Tedavisinde birkaç gün süreyle nistatin (mukostatin ) 100.000 Ü/güde 3 - 4 kez ağıza damlatılır (Dağoğlu ve Görak,2002).

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

### **2.8.3.Göz, Burun, Kulak Bakımı**

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

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

### **2.8.4.Göbek Bakımı**

Yeni doğanda göbek 5–14 günler arasında düşer. Bu süre zarfında göbek kanama ve infeksiyon yönünden izlenmelidir. Göbek düşene kadar kuruyup düşmesini hızlandırmak ve infeksiyonu önlemek amacıyla günde 3 kez antiseptik bir madde (%70 lik alkol veya mersol) ile bakım verilmelidir. Umbilikal kordonun kuru tutulması kuruyup düşmesini kolaylaştırmak ve infeksiyonu önlemek açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle bakımdan sonra göbek yarası ıslak bırakılmamalı, açıkta tutularak tamamen kuruması beklenmelidir. Bakımdan sonra altı bağlanırken göbek alt bezinin üstünde kalmalı, alt bezi göbeğe sürtünmemelidir.

Göbeğin etrafı kızarmışsa kötü kokuyorsa veya akıntı varsa infeksiyon gelişmiştir. Bu durum hekime bildirilmelidir. Bazen göbek yarası normal bir şekilde kapanmaz, granülasyon dokusu oluşur ve yara yeri kırmızı kabarık bir şekilde kalır. Granülasyon dokusu oluştuğunda ilk haftadan sonra gümüş nitrat solüsyonu bu dokuya dokundurularak yakılır. Yakma işlemin den sonra göbek etrafındaki deri vazelin sürülerek korunmalıdır. Gerekliyorsa birkaç gün sonra işlem tekrarlanabilir.

### **2.8.5. Genital Bölgenin Bakımı**

Genital bölgenin bakımı kız ve erkek çocuklarda önemlidir. Yenidoğan dönemimde üriner sistem infeksiyonları (ÜSİ) erkek çocuklarda kızlara oranla daha sık olup, genellikle anatomik ve fonksiyonel üriner sistem anomalisi olan bebeklerde görülür. Son çalışmalar ÜSİ'nin erkek çocukların sünnet olup olmaması ile direkt bağlantısı olduğuna yöneliktir. Sünnetsiz bebeklerde, sünnetililere oranla ÜSİ daha fazladır. Bunun nedeni sünnet derisindeki birikintiler nedeniyle mikroorganizmaların

çoğalmasdır. Erkek çocuklarda sünet derisi geriye doğru kıvrılarak glans penis temizlenmelidir.

Kızlarda vulva ve labia kıvrımları ayrılarak ıslak bir bezle önden arkaya doğru silinerek tüm dışkılar temizlenir. Her silmede bezin temiz tarafı kullanılır. Böylece üretraya dışkıda bulunan mikroorganizmaların bulaşması önlenir. Bebeklerin altının, pH'sı düşük sabunlu su ile yıkanıp, ılık su ile durulanması pişik oluşumunu önler. Kız çocuklarda yaşamın ilk günlerinde gebelik süresince anneden geçen östrojen hormonlarının etkisinin kalkmasıyla, vajenden kanlı ve müküslü bir akıntı gelebilir. Fizyolojik bir durum olup, birkaç gün sonra ortadan kalkar (Çay,1989).

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

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

- 1)Kısa aralıklarla bebeğin altının açık bırakılarak havalandırılması,
- 2)Bebeğin alt bezlerinin deterjan yerine sabunla yıkanması ve bol su ile durulanması,
- 3)Her idrar ve gayta yapışında perine bölgesinin ıslak bezle silinmesi,
- 4)Bebeğin altının sık kontrol edilmesi ve ıslanınca hemen değiştirilmesi,
- 5)Diyaresi olan bebeklerde perine bölgesinin tümüyle yıkanması,
- 6)Temizlendikten sonra perine bölgesinin kurulanması,
- 7)Aspirasyon ve akciğer sorunları gelişebileceği için perine bakımında pudra kullanılmaması,
- 8)İnflamasyonlu bölgeye yağ sürülmemesi gibi konuları içermelidir.

Perine bölgesindeki dermatitin tedavisinde topikal olarak önerilen glukokortikoid (%1'lik hidrokortizon) kullanılır. Eğer mantar enfeksiyonu gelişmişse nistatin içeren pomatlar uygulanır. Anneye dermatiti önlemek için perine bölgesini temizledikten sonra koruyucu kremler (örn: çinko oksit içeren kremler) kullanılması

önerilir. Bu kremler, amonyağı deriden uzak tutar ve ayrıca yapışkan mekonyumun temizlenmesini kolaylaştırır (Çavuşoğlu,2002).

### **2.8.6. Memeler**

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

### **2.8.7. İdrar ve Dışkı**

Bebek doğumdan sonraki ilk 12 saate kadar idrar, ilk 24 saate kadar da mekonyum yapmamışsa hekime haber verilmelidir. 24–36 saatlerde idrar akımı azdır, giderek artmaya başlar. 2–3 günlükten sonra dışkılar geçiş kakası özelliğini gösterir. Geçiş kakası mekonyum ve normal dışkı karışımıdır. Giderek beslenme şekline göre dışkı özelliği değişir (Dağoğlu veGörak,2002)

### **2.8.8. Tartı**

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

### **2.8.9. Uyku**

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

### 2.8.10. Giysileri

Yenidoğanın giysileri yumuşak, pamuklu, nem çekici kumaştan yapılmış, giydirilmesi kolay, basit, emniyetli, kolay yıkanan, kaşıntı yapmayan ve mevsimine uygun olmalıdır.

Bebğin tüm giysileri ve bezleri beyaz sabun ile yıkanmalı ve bol su ile durulanmalıdır. Deterjan ve çamaşır suyu kullanılmamalı, kullanılırsa çok iyi durulanmalıdır.

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

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

### 2.8.11. Ziyaretçiler

Yenidoğanın yanına gelen ziyaretçi sayısının olabildiğince az olması ve bebeğin yanında uzun süre kalmamaları için dikkat edilmelidir. Ziyaretçilerin hasta olmamaları özellikle enfeksiyon belirtilerinin olmaması önemlidir.

### 2.8.12. Beslenme

Doğumdan sonraki ilk dakikalar içinde başlatılan ve ilk 24 saat içinde anne ve bebeğe öğretilmeye çalışılan emzirme tekniği konusunda, annenin eğitime devam edilir. Annenin doğru emzirme tekniği kullanıp kullanmadığı, bebeğin etkili emip emmediği gözlenir. Bu gözlem telaşsız, sakin ve kibarca yapılır, annenin doğru davranışları övülerek yaptığı işler konusunda cesaretlendirilir. Eksiklikleri belirlenir, daha sonraki emzirmelerde anneye eğitim yapılarak yardım edilir. Anneye yardım ederken; yalnızca zorlukla karşılaştığında yardım edilir, annenin mümkün olduğunca

kendisinin yapması sağlanır, ne yaptığımızı anladığından ve bunu kendi kendine yapabileceğinden emin olunur. Özellikle annenin bebeği ve memeyi nasıl tutacağı, memeyi ne zaman ve nasıl bebeğin ağzına yerleştireceği, vb. konularda yardıma gereksinimi olabilir. Ancak bunları yaparken gürültücü olmamaya özen gösterilmeli, kritik bir yorum getirmemeli ve annenin her zamankinden daha hassas, alıngan olduğu unutulmamalıdır. Bu arada anneye bebeğin beslenmesine yönelik bazı bilgiler verilmelidir. Beslenmeden sonra gazı çıkarılır, anneye de öğretilir ve beslenmeden sonra kısa bir süre için yatağının başucu yükseltilerek yatırılır. Böylece besinlerin özofagusdan gevşemiş kardiasfinkterine doğru akarak mideye gelmesine yardımcı olunur. Emzirme genelde bebek her istediğinde yapılır.

### **2.8.13. Yenidoğanın Tarama Testleri**

Doğumsal metabolik hatalıkları veya genetik hastalıklar gibi durumları belirlemek için yenidoğanlarda bazı tarama testlerinin yapılması gerekir. Çünkü erken tanı konulup tedavisi başlatılmazsa bozukluklar mental retardasyona veya daha ciddi problemlere neden olabilir. Tarama testleri kolay ve ucuzdur. Tarama testleri ile genellikle daha yaygın olarak, fenilketonüri, hipotriodi, galaktozemi, orak hücreli anemi, talasemi gibi hemoglobinopatiler taranır. Tüm yenidoğanlara tarama testleri yapılmalıdır. Problemlili yenidoğanlara daha fazla test yapılır. Tarama testleri için kan örneği, yenidoğan beslenmeye başladıktan sonra özellikle fenilketonüri taramasında yenidoğan proteinli besinler ile beslenmeye başladıktan 24 saat sonrasında 5. güne kadar alınmalı ve ilk hafta içinde tarama laboratuvarına gönderilmelidir (Dağoğlu ve Görak,2002).

### **2.8.14. Bebeğin Aşılıarı**

Çocukluk çağı aşılıamaları, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaşamsal öneme sahip olan bir parçasıdır. Aşı ile korunma sağlanabilen hastalıklardan bebek ölümlerinin engellenmesi amacıyla, WHO tarafından, tüm dünya çocuklarının korumaya alınmasını hedefleyen “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” geliştirilmiştir. Bu program 1981’den bu yana ülkemizde de uygulanmakta, hedefleri arasında tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık ve hepatit B hastalıklarının kontrol altına almaya yönelik



olarak sıfır yaş grubundaki bebeklerin %90'ını 12. aya ulaştıklarında tam aşılı hale getirmek yer almaktadır .

Çocuk sağlığının geleneksel olarak birincil sorumlusu olan anneler, aşı takviminin uygulanmasında sağlık personelinin en temel yardımcılarıdır(Case,2001). Doğum sonrası dönemden itibaren annenin, sağlığının düzene girmesiyle birlikte, bebeğin gereksinimlerini karşılayabilecek duruma gelmesi, bebeğin bakımı ve sağlığı ile ilgili sorumluluğu üstlenmesi beklenir.

Doğum öncesi bakım süreci kadının düzenli aralıklarla izlenmesini gerektiren bir dönemdir. Anne adayına doğum öncesi bakım ziyaretleri sırasında bebek bakımı, beslenmesi, sağlıklı çocuğun gelişim evreleri, çocukluk çağı aşıları hakkında bilgiler verilmesi, annenin doğumdan hemen sonra bebeğin sorumluluğunu üstlenmeye kendini hazır hissetmesi, bebeğe daha sağlıklı bir yaşam sürme olanağı sunması açısından önemlidir. Böylece aşı takviminin tam ve zamanında uygulanmasına özen göstermesi de sağlanmış olur (Uzuner ve ark.,2005).

#### **2.8.15. Bebeğin Banyosu**

Yenidoğan bebek terleyemediği için her gün banyo yapmasına gerek yoktur. (Kızılkaya,1996). Bebeğin göbek ve sünnet bölgesi iyileşinceye kadar vücudunu silme banyo yaptırılır. Daha sonra küvette banyoya başlanır. Bebeklere normalde her gün banyo yaptırılır. Ancak regürjitasyondan sonra ve bezini değiştirirken yıkadıkları zaman, her gün ayrıca banyo yaptırmak gerekli değildir (Dağoğlu ve Görak,2002). Her beslenmeden sonra bebeğin yüzü, çenesi ve boynu temizlenmeli ve altı her değiştirildiğinde tüm perine bölgesi silinmelidir. Yaz döneminde hava sıcak ve nemli olduğu için her gün banyo yaptırılabilir. Ancak kış döneminde haftada 2–3 kez banyo yaptırılması yeterlidir.

Doğumdan birkaç gün sonra verniks kazeoza giderek kaybolur, deri kurumaya ve dökülmeye başlar. Bu durum normaldir, ancak bebeğin her gün yıkanması derideki kuruma sürecini artırabilir. Ebeveynler derinin kuruluğunu gidermek için losyon sürmek isteyebilir. Ancak deri üzerinde losyon tabakasının kalması, bakterilerin gelişmesi için sıcak ve nemli bir ortam sağlar. Ayrıca bazı yenidoğanlar, bu ürünlere karşı alerjik olabilir (Dağoğlu ve Görak, 2002). Eğer losyon sürüldükten sonra fazlası alınır ve tekrar sürmeden önce kalan losyon tabakası silinirse, bebeğe zarar vermesi önlenir. Deri

aşırı derecede kuru görünüyorsa ve enfeksiyon için giriş yerleri varsa bebeğin banyo suyuna bebe yağı ilave edilir yada direkt olarak cildine sürülebilir. Umbilikal kord düşünceye kadar (yaklaşık 10.gün) yenidoğan bebeğe sadece silme banyo verilir. Umbilikal kordun ıslatılması bu bölgede bakterilerin üremesine ve enfeksiyona neden olur.

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

\*Küvetin içine katlanmış bir havlu yerleştirilir.

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

Oda sıcaklığı üşümeyi önlemek için yaklaşık 24–25 °C, banyo suyu ise 37–38 °C olmalıdır. Banyo suyunun sıcaklığı en iyi şekilde ön kolun iç yüzeyi ile test edilir. Dirsek, suyun bebek için çok sıcak olup olmadığını belirlemede yeterince duyarlı değildir (Dağoğlu ve Görak,2002).

#### **2.8.16. Silme Banyo**

Banyodan önce gerekli olan bütün gereçler toplanır. Ilık suyu koymak için kaba, ayrıca sabun bezi, havlu, bebek şampuanı, alkol, pamuklu kumaştan yapılmış temiz elbiselere ihtiyacınız vardır. Küçük bebek için sabun gerekli değildir, fakat şayet kullanılırsa yumuşak ve alkali olmayan sabun kullanılmalıdır(Dağoğlu ve Görak,2002).

#### **2.8.17. Bebeğin Tutulması**

**Baş desteği:** Bebeğin boyun kasları oldukça zayıftır. Bu nedenle 3 aylık olana kadar ağır olan başını dik tutamaz ve destekleyemez. Bebek yaşamının ilk 5 ayına kadar dik pozisyonda tutulurken başını tutmasını desteklemek için, onu kucakladığımızda vücudundan tutarken elinizi bebeğin başının arkasına yerleştirerek tutmanız gerekir. Böylece sırtı ve başı kol ve el ile birlikte desteklemiş olunur.

**Pozisyon:** Bebeklere bakımları sırasında farklı pozisyonlar verilir. “Football” pozisyonunda bebeğin başı avuç içi ile desteklenirken, vücudu da aynı elin kolu ile desteklenir. Bu pozisyon diğer elin serbest kalmasına izin verilir. Böylece bu

pozisyondan yararlanarak bir el ve kol ile çocuğu tutarken diğer el ile bağı yıkanabilir veya emzirebilir.

Kullanabileceğiniz değişik bir pozisyonda beslenmeden sonra gaz çıkarmak amacıyla kullanılan pozisyondur. Bu pozisyonda bebeğinizi bağ ve omuz hizasında dik tutarak, sırtını sıvazlayıp veya hafifçe vurup gazı çıkarabilirsiniz. Bu arada omzuna temiz bir tülbent koyarsanız gaz çıkarma sırasında bebeğinizin kusabileceği az miktardaki mama stnz kirletmez. Aynı zamanda bebeğinizi kuşağa (dizlerinizin üzerine) oturtabilir ve bir el ile bağı ve göğsü desteklerken diğer el ile sırtı yavağa ovalanabilir.

Bu pozisyon, salya akığı durumunda bebeğinizin yüzünü görmenizi sağlar. Bebeğinizi dizlerinizin üzerine yüzükoyun yatırıp, sırtını sıvazlayarak da gazını çıkarabilirsiniz.

Bebeğinizi uyku sırasında daima sırtüstü pozisyona yatırın. Bu pozisyon; bebeklerin ani, açıklanamayan ölümlerine sebep olan ani bebek ölümü sendromunun nlenmesine yardım eder. Bebeğinizi yan tarafına yatırarak da uyutabilirsiniz. Ancak bu pozisyonda kolu ağağı indirilmelidir. Böylece bebek karının üzerine doğru yuvarlanıp yüzükoyun dönemez. Bebek sert bir şilte üzerinde uyutulmalıdır (Dağoğlu ve Grak,2002).

WHO'ya göre gebelik, doğum ve doğum sonrasında önlenebilir nedenlerle ortaya çıkan anne ve neonatal ölümleri ve hastalıkları öncelikli olarak ele alınması gereken sağlık sorunlarıdır. WHO, anne-bebek ölümlerinin azaltılması için 21.yüzyıl sağlık hedefleri içinde üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve ocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabirliğin arttırılması gerektiğinin belirtmiştir. Son yıllarda üzerinde önemle durulan “reme sağlığı” kapsamında da doğum sonrası bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu kapsamda ebe ve hemşirelerin, doğum öncesi ve doğum anındaki bakım hizmetleri yanında doğum sonrası bakım, bebek bakımı ve emzirmeye yönelik hizmetleri de annelere sağlamaları gerekmektedir.

Ana ocuk sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak kadınlar postpartum bakıma göre prenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hemen her kadın (%97) prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken gelişmekte olan ülkelerde bu oran %65 kadardır. Ülkemizde ise prenatal bakım

hizmetlerinden yararlanma durumu oranı % 67,5'dir. Postpartum bakım alma oranlarının genelde daha düşük olduğu görülmektedir. WHO,dünyada kadınların sadece %35 inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir. Ülkemizde postpartum bakım hizmeti alan kadınlara ilişkin bir veri bulunmamaktadır. Postpartum bakım hizmetleri içinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile hastalık nedenleri ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verilmektedir.

Ebeveynliğe geçiş süreci, üzerinde tartışılan önemli bir konudur. Özellikle ilk kez ebeveyn olma bir kriz olayıdır. Erken post-partum dönemi aile üyeleri için artan sorumluluklara, yeni rollere ve günlük hayatlarındaki değişikliklere alışma çabalarının olduğu bir dönemdir. Ebeveynliğe geçiş, post-partum periyod boyunca devam etmesine rağmen, annenin anne olma ve yenidoğan ile ilgili ilk deneyimleri, yenidoğanın bakımını ve kendi öz bakımını yapabilme gücü ve bilgi edinme, öğrenme kaynakları yaşanan bu kriz olayının boyutunu etkileyen önemli faktörlerdir (Kızılkaya,1996).

Anne babalar Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YYBÜ) bebeklerinin yatmasını stres yaratan bir durum olarak algılamaktadırlar. Bu dönem süresince anne babaların fonksiyonlarını sürdürmelerinde yardımcı olacak hemşirelik girişimlerinin sağlanması amacıyla, onların yaşadıkları stres düzeyinin ve bu strese karşı reaksiyonlarının belirlenmesi önemlidir (Turan ve Başbakkal,2006;Zaner ve Bliton, 1991;Moehn ve Rosetti,1996).

Hastalık, hastaneye yatma, prematüre doğum gibi beklenmedik durumlar ailede krize yol açmaktadır. Ebeveynler, sağlıklı doğmasını hayal ettikleri bebeklerinin prematüre doğması ya da ağır hasta olması durumunda şok, endişe, keder, suçluluk veya utanç gibi çeşitli olumsuz duygular yaşayabilirler (Brazy,2000). Bebeğin yoğun bakım ünitesine yatırılmasıyla, ebeveynlerin bebekle sürdürmeleri gereken etkileşim süreci kesintiye uğrar ve yaşadıkları olumsuz duygular daha da artabilir. Böylece dokunmaları gecikebilir. Bebek yoğun bakım ünitesindeyken, ebeveynlerin bebeğin bakımına katılmaları da zorlaşır. Bu durum ebeveynlerin kaygı yaşamalarına neden olmaktadır (Çalışır ve ark.,2008).

Postpartum dönemde yenidoğanların sağlık sorunları emme sorunları, sarılık, huzursuzluk, uyku düzeninde bozukluk, pamukçuk, pişik, göz enfeksiyonu, göbek enfeksiyonu, abdominal distansiyon, konstipasyon, ishal, yetersiz kilo alımıdır. Bu sorunların erken dönemde saptanmaması nedeniyle anne ve bebekler postpartum ilk

haftalarda tekrar hastaneye yatmakta, sonuç olarak sağlık bakım maliyeti ve mortalite artmaktadır. Anneler postpartum dönemde yaşadıkları sorunlarla başa çıkmada zorlanmaktadır. Ancak doğumun fiziksel etkileri 3.haftadan itibaren belirgin ölçüde azaldığından, kendi bakımlarında ve yenidoğan gereksinimlerinin karşılanmasında daha fazla sorumluluk üstlenebilirler (Balkaya, 2002)

## 2.9. ÇOCUK SAĞLIĞINA GİRİŞ

**Çocuk sağlığı**, çocukların fizik, sosyal ve ruh sağlığı bakımından sağlıklı yetişmesi için gerekli önlemlerin alınmasını temin edebilmek için çalışan bir disiplindir (Güler ve Akın,2006).

Çocukların sağlıklı yetişmesi için fiziksel, sosyal ve ruhsal bakımından gerekli önlemlerin alınması olarak tanımlanan çocuk sağlığının temelleri, çocukluk döneminde atılmaktadır. Bu dönemde görülen birçok sağlık sorunu çözümlenmediği takdirde, bu sorunlar ileriki yıllarda daha değişik ve büyük boyutlarda ortaya çıkmaktadır. Çocuklar bu dönemde birçok enfeksiyon etkenlerine karşı duyarlı olmaları yüzünden dış etkilere savunmasızdırlar. Bu yüzden çocuk korunması, beslenmesi ve bakımı yönünden tamamen annesinin etkisi altındadır. Bu çerçevede Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF)'nun amaçlarından biri; çocukların yaşama olabilecek en iyi şekilde başlamasını sağlamak için erken çocukluk gelişim dönemleri hakkında aileleri bilinçlendirmektir (Dinç,2005).

Çocuğun yaşama, bilindiği gibi döllenmeden itibaren başlayıp, doğumla dış ortamda devam eder. Fizik büyümenin durduğu 18 - 21 yaşa kadar ki bu dönem "çocukluk ve gençlik çağı" olarak tanımlanır. Yapılan çalışmalar, gelişmekte olan ülkelerde çocuklar ve doğurgan yaştaki kadınların toplum içinde sağlık yönünden daha çok tehlike altında olduklarını göstermektedir. Gerçekten bu dönem hastalıkların ve ölümlerin en sık görüldüğu dönemdir. Ülkeler gelişip sağlığa daha çok önem vermeye başladıktan sonra, bu dönem üzerinde durarak, 110 yıllık bir sürede bu durumun özelliğini incelemişler, sorunları birer birer çizerek bu günkü yerine getirmişlerdir. Gelişmekte olan ülkeler için çocuk sağlığı, sağlıklı bir nesil yetiştirilmesi açısından önemlidir. Ülkelerin birçok sağlık sorunu olmasına rağmen, ellerindeki olanaklar sınırlıdır. Bu olanakları sağlık yönünden tehlike altında olan gruba, çocuklara daha çok

öncelik vererek ele almalı, çalışma programlarını buna göre yapmalıdırlar. Bu da çocuk sağlığının, sağlık hizmetleri içinde kurumsallaşmasına yardım edecektir. Ülkeler, sağlık politikalarını bu görüşlerde düzenledikleri zaman çocuk sağlığı, sağlık politikasının başlangıcı olacak ve burada koruyucu ve tedavi edici hekimliği birlikte uygulayabilecekleridir(Bertan ve Güler,1997;UNICEF,2005).

Çocuk sağlığı, sağlık hizmetleri örgütlenmesi içinde ayrıca önemli bir yer tutmaktadır. Çocuk sağlığı örgütlenmesi gelişmekte olan ülkeler için, sağlık hizmetleri örgütlenmesinin ilk kısmını teşkil edebilir. Bu çalışmalar yerleşip geliştikten sonra örgütlenme modeli, anne ve çocuktan toplumun tüm kesimlerine hizmet eden sağlık merkezi, sağlık ocağı veya aile hekimliği müessesine dönüşebilir. Diğer bir yaklaşım modelinde, sağlık hizmetlerini düzenleyenler, toplumun tüm kesimlerine hizmet eden merkezleri; sağlık ocağı hizmetlerini bu modelin içine yerleştirebilirler. Ya da çocuk sağlığı hizmetlerini başından itibaren ayrı kurup ayrı kalmasına karar verirler. Bu hususlar sağlık hizmetlerini düzenleyenlerin sağlık politikalarına göre kurulur ve çalıştırılır.

Çocuk sağlığını gözden geçirdiğimiz zaman, çocukluk dönemleri içinde ilk ikisinin, yenidoğan dönemi ve süt çocukluğu döneminin çok özel bir yeri olduğu görülür. Bu dönemin özellikleri aşağıda ele alınmıştır(Güler ve Akın,2006).

### **2.9.1. Dünya’da Çocuk Sağlığının Durumu**

Dünyada her dakika beş yaşından küçük 20 çocuk ölmektedir. Bu günde 30 bin, yılda 11 milyon çocuk ölümü demektir. Bu ölümler kazalar kadar dikkat çekmemektedir. Örneğin yılda 4 milyon, günde 36 jumbo jet kazasında ölebilecek yolcu sayısı kadar bebek, doğduktan sonra bir ay içinde ölmektedir. Çocuk ölümlerinin %70’ inden fazlası korunabilen ya da tedavi edilebilen hastalıklara bağlıdır. Bunlar zatüreye, ishal, sıtma ve kızamık ve yenidoğan dönemi hastalıklarıdır.(Güner,2009)

### **2.9.2. Ülkemizde Durum**

1993 TNSA verilerine göre çocuk ölüm hızı binde 9,1998 yılında binde 10, 2003 yılında binde 10, 2003 TNSA verilerine göre ise çocuk ölüm hızı binde 9 olarak bulunmuştur. 2003 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması(TNSA)verilerine göre

ülkemizde her yıl canlı doğan 1000 bebekten 29' u bir yaşını tamamlamadan, 37' si beş yaşından önce ölmektedir. Bu rakamlar gelişmiş ülkelerle hatta komşu ülkelerle karşıtılamayacak kadar yüksektir.

Bebek ölümlerinin azaltılması yalnız sağlık hizmetlerinin değil, toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesine bağlıdır. Örneğin;

- Anne ve ya babası okur- yazar olan çocukların ölme olasılığı daha azdır.
- Yirmi yaşından genç anne olanların bebeklerinin ölme olasılıkları daha yüksektir. Halbuki ülkemizde yaşları 15 - 49 olan kadınların %6'sı çocuk sahibi, %2'si gebedir

- Doğumlar arasındaki süre yeteri kadar uzunsa, bebek ölümleri daha azdır. Halbuki ülkemizde doğumların dörtte birinden fazlası, bir önceki doğumdan hemen sonra yani 2 yıl içinde olmuştur.

- Kadınlar gebelikleri sırasında yeteri kadar bakım almışlarsa ve doğumları sağlıklı ortamda eğitilmiş kişilerce yaptırılmışsa, bebeklerin ölme olasılığı daha düşüktür. Halbuki ülkemizde kırsal kesimlerin üçte biri doğum öncesi bakım alamamaktadır.

- Ülkemizde çocukların neredeyse yarısı (%46) tam olarak aşılanmamıştır; %3' üne hiç aşı yapılmamıştır.

- Ailelerin yarısı gereğinden fazla, dörtte biri gereğinden az kalori ve protein almaktadır. Hayvansal protein(et, yumurta, süt, yoğurt gibi) tüketimi Avrupa ülkelerinin üçte biri kadardır. Sonuç olarak çocukların %12' si kısa boylu-bodur,%4' ü düşük kiloludur.

- Türkiye ekonomisinin büyüklüğü bakımından dünyada ilk 20' ye girmesine karşılık çocukların sağlık durumu endişe verilecek düzeydedir. Kişi başına geliri üçte birinden az olan Sri-lanka da bebek ölümleri ülkemizin yarısı kadardır (Güner,2009;Özçebe,2001).

### **2.9.3.Türkiye' nin Sosyo-Demografik Yapısı ve Değişimi**

Türkiye' de ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmış olup, 1935 - 1990 yılları arasında her beş yılda bir nüfus sayımı yapılmıştır. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan nüfus sayımlarının sonuncusu 2000 yılında yapılmıştır. Türkiye' nin nüfusu,

1927 yılında yapılan ilk nüfus sayımında 13,6 milyon ve 2000 yılındaki son nüfus sayımında 67,8 milyondur. 1935 yılında yapılan ikinci nüfus sayımında nüfusun %23,5' i kentte yaşarken 2000 yılında kentte yaşayan nüfus yüzdesi 64,9' a çıkmıştır. Türkiye' de 1927 - 2000 yılları arasında nüfus yaklaşık beş kat artmış ve kentsel nüfus da ise %63,8 artış olmuştur. 31.12.2008'de yapılan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne göre Türkiye nüfusu 71,517,100 kişidir. Ortanca yaş 28,5 olup; nüfusun % 50'si 28,5 yaş altındadır. Nüfusun % 66.9'u 15-64 yaş grubunda, % 26.3'ü 0-14 yaş grubunda, % 6.8'i de 65 yaş üzerindedir.

**Tablo 9. Türkiye Nüfusunun Değişimi**

Yıl	Nüfus	Nüfus Artış Hızı(%)	Kent Nüfusu(%)
1927	13 648 270	-	-
1935	16 158 018	2,11	23,5
1950	20 947 188	2,17	25,0
1960	27 754 820	2,85	31,9
1970	35 605 156	2,50	32,4
1980	44 736 957	2,07	42,1
1990	56 473 035	2,17	54,0
1995	62 171 000	1,67	60,9
2000	67 332 000	1,82	64,9

Türkiye' de yıllar içinde nüfusun yaş gruplarına göre dağılımında da farklılıklar olmuştur. Nüfus artış hızının en yüksek olduğu yıllar olan 1960' lı yıllarda 0 - 4 yaş grubunun tüm nüfus içindeki payı %15,3 iken, 2000 yılında %9,7' ye düştüğü görülmektedir (Güler ve Akın,2006).

Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi' ne göre 18 yaşına kadar herkes çocuk sayılmaktadır. Bu tanıma göre Türkiye'nin 2000 yılı nüfusunun %38,3' ü "0 -18" yaş grubundadır. Türkiye' de halen 10 kişiden biri "0 - 4" yaş grubunda ve her beş kişiden ikisi "18 yaş ve altında" dır. Türkiye' de çocuk yaş grubu nüfus yüzdesi



sağlık hizmet gereksinimi olan hedef kitlenin halen çok büyük olduğunu göstermektedir (Tezcan ve Özcebe,2003).

#### **2.9.4. Süt Çocukluğu Çağı**

Süt çocukluğu çağı bebeklik dönemiyle başlar. Bu dönem çocuğun büyümesi ve gelişmesinin hızlı olup gözle izlendiği dönemdir. Çocuk annesinin sevgisine, özenine ve bakımına bağlı olduğu önemli bir dönemdir. Bebekler annelerinden aldığı bağışıklık cisimleri ile (antikorlarla) dış ortama karşı kendilerini korumaya çalışır. Bir yandan da kendi bağışıklık cisimlerini doğumdan itibaren üretmeye çalışır. Bu dönem birçok enfeksiyon etkenlerine karşı bu yüzden oldukça hassastır. Beslenmesi, bakımı, dış etkilere karşı korunması yönünden, tamamen annesinin etkisi altındadır. Bu sayılan özellikleri dolayısı ile bu çağdaki çocuklara özel bir özen gösterilmesi, yakından izlenmesi gerekmektedir. Anne bilgili ve ilgili olması bu dönemin iyi geçirilmesine yardımcı olur. Bu dönemde en sık görülen sağlık sorunları enfeksiyonlar, konjenital anomaliler ve beslenme bozukluklarıdır.

#### **Enfeksiyon Hastalıkları**

Enfeksiyon hastalıkları arasında bu dönemde en çok solunum sistemine ait hastalıklar görülür. Nezle, farenjit, kulak iltihabı, bronşit, bronkopnömoni bunlar arasındadır.

Solunum sisteminin bu belli başlı enfeksiyonları dışında, sindirim sisteminin hastalıkları, özellikle enterit ve gastroenteritler gelişmekte olan ülkelerde ikinci sırayı almaktadır. Bunu diğer enfeksiyonlar, idrar yolları iltihapları, menenjitler takip eder.

Gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölümlerinin büyük bir kısmını teşkil eden solunum yolu enfeksiyonları ve gastroenteritler hakkında gerek annelere gerek sağlık personeline; hastalanan çocuğa ne yapacağı, nasıl bakacağı, tıbbi bakımdan nasıl yararlanacağı ve zamanın ne kadar önemli olduğunun öğretilmesi ve eğitilmesi gereklidir. Bugün gelişmekte olan ülkelerde çocuk sağlığı programlarının ağırlığını bağışıklama, solunum yolu enfeksiyonları ve enteritler oluşturmaktadır.

### **Konjenital Anomaliler**

Konjenital anomalilerin çoğu iyi izlenirse, yenidoğan döneminde saptanabilir. Hekim muayenesinden geçmemiş bebeklerde, bazı gözden kaçmış konjenital anomalilere süt çocukluğu döneminde tanı konulur. Bunlar arasında siyanozlu/siyanozsuz kalp anomalileri, bazı üfürümler, sindirim sisteminde bazı darlıklar, yer değişiklikleri, duplikasyonlar, diyafragma hernisi, megakolon, pilor stenozu vardır. Bu malformasyonlar kendine özgü bazı belirtiler ve gelişme geriliği ile kendini gösterir. Sorunların çözümü için çocuğun iyi bir şekilde muayene edilip incelenmesi gereklidir.

### **Beslenme Bozukluğu**

Süt çocukluğu çağında beslenme bozukluğu önemli bir problemdir. Bu çağdaki bebekler devamlı büyüme içindedir. Bebeklerin beslenmesi tamamen aile kültürü ve geleneklerin etkisi altında anneler tarafından yapılır. Annelere çocukların gereksinimleri konusunda hekimler, hemşireler, ebeler tarafından bilgi verilmesi, yol gösterilmesi gerekmektedir.

Beslenme bozuklukları için bugün en çok malnütrisyon terimi kullanılmaktadır. Bununla protein, kalori veya protein- kalori eksikliğinin sebep olduğu beslenme bozuklukları tanımlanmaktadır.

Süt çocuğunun ağırlığı artmazsa veya aynı kalırsa veya azalırsa bir beslenme bozukluğu var demektir. Bu beslenme bozukluğunun nedenini bulmak için çocuğun izlenmesi ve incelenmesi gereklidir. Beslenme bozukluğunun anlaşılabilmesi için, çocuğun ağırlığının ve boyunun belirli aralıklarla ölçülmesi ve standartlarla karşılaştırılması lazımdır. Ayrıca anneden çocuğun beslenmesi hakkında bilgi alınması fizik muayeneden geçirilmesi gereklidir.

Demir eksikliği anemisi de en yaygın görülen süt çocukluğu mineral eksikliğidir. Özellikle 5. aydan sonra görülen bu eksikliğin ortaya çıkarılabilmesi için laboratuvar incelemelerinin yapılması gereklidir.

Gerek yenidoğan döneminin sağlık sorunlarının, gerek süt çocukluğu döneminin sağlık sorunlarının gözden kaçırılmaması, çocuğun sağlıklı bir büyüme ve gelişme göstermesi için, yakından izlenmesi icap etmektedir. Bunu çocuk doğar doğmaz veya en kısa zamanda mümkünse bir çocuk uzmanı, hekim veya yetiştirilmiş bir

hemşire, ebe tarafından muayene edilmesi, boyunun ve ağırlığının ölçülmesi gerekmektedir. Bundan sonraki izlemelerin yapılacağı zamanlar hakkında, Sağlık Bankalığının, çocuk uzmanlarının, WHO'nün önerdiği şemalar vardır. Burada bu izlemeler için şu örnek verilebilir. Bebek birinci hafta sonu, ikinci hafta sonu (15.gün), birinci aydan itibaren altı aya kadar her ay, altı aydan sonra çocuğun gelişmesi normal ise dokuzuncu ve on ikinci aylarda bu ölçüm ve muayenelerin tekrar edilerek çocuğun büyüme ve gelişmesinin izlenmesi gerekmektedir. Bu arada bebeğin bağışıklamasının yapılması, beslenmesinin yakından takibi yapılmalıdır.

Büyüme gelişmenin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütünün standartlarının kullanılması yararlı ve yeterli olur (Güler ve Akın,2006).

### **2.9.5. Çocuk Sağlığını Etkileyen Faktörler**

Fizik, sosyal ve biyolojik etkenlerin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini birbirinden ayırmak mümkün değildir. Bugün dünyadaki ülkelerde, özellikle gelişmekte olan ülkelerde nüfus artışı, yoksulluk ve çevrenin birbiriyle etkileşimlerinin insan sağlığını etkileme mekanizması üzerinde çalışılmaktadır. Bu üç faktörün birbiriyle olan etkileşimleri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklı şekildedir. Gelişmekte olan ülkelerde hızlı nüfus artışı görülmektedir. Yoksul ülkelerde eğitim ve ekonomik düzeyin düşük olması yüksek doğurganlık hızını ortaya çıkarmaktadır. Diğer taraftan hızlı nüfus artışı yoksulluğun daha yoğun yaşanmasına neden olmaktadır. Yoksullukla beraber, toplum gereksinimlerini karşılayamamaktadır. Yoksul insanların çevre koşulları yetersiz olmaktadır ve mevcut olan kaynaklar tüketilmektedir. Bu da yoksulluğun daha da artmasına neden olmaktadır. Nüfus artışı bu kısır döngünün daha da büyük sorunlar yaratmasına neden olmaktadır. Yoksulluk ve olumsuz çevre koşullarının daha da olumsuz hale getirilmesine neden olmaktadır.

Çocuk sağlığını etkileyen faktörlerin içinde ülkenin çocuk sağlığı politikası, sağlık hizmetleri sunumunda yer alan kuruluşlar, insan gücü ve olanakların yanı sıra kuruluşlarda var olan çocuk sağlığı hizmetleri, çocuk sağlığı hizmeti sunan her kademedeki sağlık personelinin çocuk sağlığı hakkındaki bilgisi ve sunulan hizmetin kalitesi yer almaktadır.

Bütün bu faktörlerin yanı sıra çocuk sağlığı, çocuğa, aileye, fizik ve biyolojik çevreye ait faktörlerden de etkilenmektedir. Çocukluk dönemlerine göre bu faktörlerin etkisi farklılaşmaktadır.

**1. Çocuğa ait özellikleri:** Yaş, cinsiyet, sağlık durumu, kız çocuk, küçük bebek, konjenital anomali, kronik hastalık, istenmeyen bebek vb.

**2. Sosyal ve kültürel çevre:** Anne, aile, arkadaş ve toplumun oluşturduğu çevredir.

- a. Annenin yaşı, gebelik sayısı, öğrenim durumu, çalışma durumu vb.
- b. Ailenin sosyodemografik yapısı, kültürel örüntüsü vb.
- c. Toplumun çocuğa verdiği değer, gelişmişlik düzeyi, geleneksel uygulamalar
- d. Çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini etkileyen faktörlere ulaşımı(oyuncak, kitap vb.)
- e. Çocuk, aile ve toplumun kültürel etkinliklere ulaşma durumu(sinema, tiyatro)

**3. Fizik çevre:** Yaşanılan yerin iklimi, nem durumu, temiz su kullanımı, yeterli ve dengeli besin maddeleri tüketimi, atıkların yok edilme koşulları.

**4. Biyolojik çevre:** Virusler, bakteriler, parazitler, vb.

Bütün bu faktörlerin yanı sıra güç koşullar altında tanımlanan çocuklar bu risk faktörlerini çok daha yoğun olarak taşımaktadırlar. Güç koşullar altındaki çocuklar arasında çalışan çocuklar, sokakta yaşayan çocuklar, savaştan çocuklar ve özürlü çocuklar gibi büyüme ve gelişme sürecinde birçok dezavantajı beraber yaşayan çocuklar yer almaktadır (Güler ve Akın,2006).

### **2.9.6. Bebek ve Çocuk Ölüm Nedenleri**

Türkiye’ de bebek ölüm nedenleri il ve ilçe merkezlerinde toplanan ölüm istatistiklerinden elde edilmektedir. Ölüm istatistik formuna ölüm nedeninin doğru ve tam kaydedilmemesi gibi bazı sorunlar yaşanmaktadır; bu sorunlar da ölüm nedenlerinden yeterince yararlanılamamasına neden olmaktadır. Ayrıca il ve ilçe merkezlerinde olan tüm ölümlere ilişkin veriler de elde edilmemektedir. Ancak elde olan verilere göre yapılan değerlendirme bebek ölüm nedenleri ile ilgili genel bir yorum yapılabilmesini de sağlamaktadır.

Türkiye’ de “0” yaş grubu bebek ölümlerinin ilk sırasında yenidoğan hastalıkları (%49,3) yer almaktadır. Konjenital anomaliler bebek ölümlerinin dörtte birini oluşturmaktadır. Tablo 7’ de görüldüğü gibi il ve ilçe merkezlerindeki “0” yaş grubu ölümlerin yaklaşık dörtte üçünü gebelik, doğum, doğum sonrası hastalıklar ve konjenital nedenler oluşturmaktadır. Enfeksiyonlara bağlı ölümler ise tüm ölümlerin %21,1’ ini oluşturmaktadır

### 2.9.7.Bebek ve Çocuk Sağlığının Korunması İçin Anneye Gebelik ve Doğum Sırasında Önerilen Müdahaleler

**Tablo 10. Anne- Bebek Paketi Müdahaleleri**

<b>Gebelik Öncesi ve Gebelik Sırasında</b>
<p>Aile planlaması hakkında bilgilendirme ve hizmet sunumu</p> <p>CYBE korunma ve yönetimi</p> <p>Tetanos aşılması</p> <p>Var olan sağlık sorunlarının tedavisi</p> <p>Beslenme ve diyet önerisi</p> <p>Komplikasyonların erken tanı ve tedavisi</p>
<b>Doğum Sırasında</b>
<p>Temiz ve atravmatik doğum</p> <p>Doğum sırasında ortaya çıkan sorunların erken tanı ve tedavisi(zor doğum, kanama, eklampsi vb)</p>
<b>Doğum Sonrasında Anne</b>
<p>Doğum sonrasında ortaya çıkan komplikasyonların erken tanı ve tedavisi</p> <p>Doğum sonrasında bakım (anne sütünün desteklenmesi veya meme sorunlarının yönetimi)</p> <p>Aile planlaması hakkında bilgilendirme ve hizmet sunumu</p> <p>CYBE korunma ve yönetimi</p> <p>Tetanos aşılması</p>

<b>Doğum Sonrasında - Yenidoğan Bebek</b>
<p>Yeniden canlandırma</p> <p>Hipotermiden korunma ve yönetimi</p> <p>Erken ve sadece anne sütü verilmesi</p> <p>Oftalmia neonatoryum ve göbek enfeksiyonlarının korunması ve yönetimi</p>

WHO'nun yenidoğan ölümlülüğünü azaltmaya yönelik yaklaşımında birçok değişik alanda müdahale yapılması önerilmektedir. Ailelerin bakımı, sağlık hizmetlerinin varlığı ve ulaşılabilirliği, sağlık personelinin hasta yenidoğan bebeğe yaklaşımı, beslenme ve toplum uygulamalarının desteklenmesi gibi.

Yenidoğan sağlığının desteklenmesi için ailelerin bilgi, beceri ve desteğe ihtiyacı vardır. Ailelerin çocukların büyüme ve gelişmesi için gerekli olan özel koşullar konusunda ne yapılması gerektiğini bilmeleri gerekmektedir. Aileler yeni uygulamaları öğrenmeli ve toplum tarafından sosyal ve maddi olarak destek almalıdırlar. Sonuç olarak, sağlık hizmeti sunumu, sağlık personelinin yeterli sayı ve dağılımının sağlanması, sağlık personelinin yeterli bilgi ve beceri donanımının olması gerekmektedir.

WHO tarafından Anne - Bebek Paketindeki öneriler geliştirilmiş ve halen perinatal ve neonatal sağlığın iyileştirilmesi için aşağıdaki öneriler yapılmaktadır:

#### **Doğum Sırasında Annenin ve Bebeğin Bakımı**

- **Sağlık Personelinin Becerisi:** Normal doğum ve komplikasyonlarında tanı ve tedavi.
- **Destek ve Bakım:** Ailenin desteklenmesi ve anne bebek dostu olmaları
- **Enfeksiyon Kontrolü:** Temiz doğum yapılması - temiz doğum alanı, eller, bistüri ve kord bağı.
- **Komplikasyonların Yönetimi:** Komplikasyonların tanısı ve yönetimi, kanama, hipertansiyon, uzamış doğum ve fetal distres.

### **Doğum ve Yenidoğan Bakımı**

**Solunum:** Doğumda nefes alamayan bebeklerin stimüle edilmesi ve yeniden canlandırılması.

**Isıtma:** Yenidoğan bebeğın kurutulması, cilt teması yapılması, ortamın ılık olması baş ve vücudun sarılması, düşük doğum ağırlıklı bebeklere kanguru bakımı sağlanması.

**Anne sütü:** Doğumdan sonraki ilk saat içinde anne sütü verilmesi, ilk altı ay gündüz ve gece bebeğın her istediğı zaman emzirilmesi

**Bakım:** Bebeğın anne, baba ve bakıcıyla beraber olması ve annenin sağlıklı olmasının sağlanması

**Enfeksiyon Kontrol:** Bebek bakımı sırasında el temizliğinin sağlanması, göbek kordonunun temiz tutulması, göz bakımının yapılması, doğum sonrası hemen anne sütü verilmesi ve sadece anne sütü ile beslenmesi, aşı programının uygulanması ve enfeksiyonların tedavisi.

**Komplikasyonların Yönetimi:** Hayatı tehdit eden durumları acil olarak tedavi etmek.

Yenidoğan bebeklerin beslenmesi çok önemlidir. Uygun beslenme fiziksel büyüme, psikososyal gelişim ve enfeksiyonlara karşı korunma için çok önemlidir. Yenidoğan ve bebeklik dönemindeki beslenmenin yaşam boyu sağlık üzerine olumlu etkisi vardır (Güler ve Akın, 2006;Levin,1994;Wigert ve ark.,2006)).

### **2.9.8. WHO' nun Çocukluk Dönemi Hastalıklarına Yaklaşımında Gelişmeler**

Dünyada akut solunum yolu enfeksiyonlarının tanı ve tedavisinin etkin, ucuz ve karşılanabilir olmasına yönelik birçok çalışma yürütülmüştür. Özellikle dört programın çok etkin olduğuna ilişkin önemli bulgular bulunmaktadır:

- Düşük doğum ağırlığını ve malnütrisyonu azaltmak
- Kızamık aşılama yüzdesini arttırmak
- Anne sütünün teşviki
- Kapalı ortam hava kirliliğinin azaltılması

Anne sütünün teşviki çocukluk dönem pnömonilerin azaltılmasında çok etkin olarak bulunmuştur. Anne sütünün, enfeksiyonlardan koruma etkisi ile çocukları akut solunum yolu enfeksiyonlarından korumaktadır. Anne sütünün özellikle ilk ay içinde oluşan enfeksiyonların daha hafif geçmesini sağladığına ilişkin kanıtlarda bulunmaktadır. Bu bulguların ışığı altında hassas gruplara yönelik özel müdahale programları yürütülmesi önerilmektedir.

Dünyada ishaller hastalıkların kontrolü için WHO tarafından bir seri müdahale programı hazırlanmış ve uygulanmıştır. İshaller hastalıkların kontrolü için oluşturulan programda vaka yönetimi, oral rehidratasyon tedavisi ve beslenme önerileri ishallerin ortaya çıkardığı sağlık sorunlarını önlemektedir. Programda önerilen çalışmalar içinde bebek ve çocuk beslenmesinin düzenlenmesi, kişisel hijyen ve temizlik önerileri, temiz su sağlanması, atıkların sanitasyonu ve aşılama yer almaktadır. İshaller hastalıkların kontrolü programında yapılan bazı müdahalelerin etkin ve karşılanabilir maliyette olduğu gösterilmiştir. Bu müdahaleler şunlardır:

- Anne sütünün ile besleme
- Ek gıdalara geçiş
- Temiz su kullanımı ve içilmesi
- El yıkama
- Tuvalet eğitimi
- Bebek gaytalarının sanitasyon kurallarına uyarak atılması
- Kızamık aşılması

1989 Dünya Sağlık Asamblesi ve 1990 Dünya Çocuk Zirvesi'nde kızamığa bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasına yönelik hedefler konmuş bunu takip eden yıllarda da WHO tarafından 2000 yılında Amerika kıtasında 2007 yılında Avrupa Bölgesinde 2010 yılında da Orta Doğu Bölgesinde kızamığın eliminasyonuna karar verilmiş ve çalışmalar başlatılmıştır.

Çocukluk Dönemi Hastalıklarına Entegre Yaklaşım (Integrated Management of Childhood Disease, IMCI) Programının ortaya çıkış gerekçelerinin başında beş yaşından küçük çocuklardaki ölümlerin % 70'inden fazlasının pnömoni, ishal, sıtma, kızamık, ya da malnütrisyon nedeniyle olması ve çocukların hastalıklarına bütüncül yaklaşım felsefesinin gerekliliğidir (Güler ve Akın,2006).



## 2.9.10. Temel Yenidoğan Bakım İlkeleri

### Gebelik Öncesi Koruyucu Önlemler

- Küçük ve ileri yaşta (<20 ve>35 yaş) gebeliklerin önlenmesi,
- 24 aydan kısa doğum aralıklarının önlenmesi,
- Yüksek doğum hızının azaltılması,
- Toplumun ekonomik ve kültürel kalkınma düzeyinin artırılması,
- Çevre kirlenmesinin engellenmesidir
- İlk üç önlem, birinci basamak ekibinin girişimleriyle gerçekleştirilebilir.
- Bu girişimler;
- Kadın sağlığı için riskli durumların ortaya çıkartılması amacıyla 15 - 49 yaş kadın izlemi,
  - Bu risklerle ilgili ailelerin bilgilendirilmesi ve yapmaları gerekenlerin anlatılması,
  - Bu risklere bağlı olarak ortaya çıkan sorunların birinci basamakta yönetimi ve etkili bir sevk gerçekleştirilmesidir.

### Doğum öncesi bakım ve doğum

Doğum öncesi bakım her gebenin en az 6 kez, eğitimli sağlık personeli tarafından durumun gerektirdiği kadar izleminin sağlanması amacıyla yapılmıştır. Bu izlemlerde;

Annenin beslenmeye bağlı sorunlarının tespiti ve beslenme eğitimi ve anemi, başta cinsel yolla bulaşan hastalıklar olmak üzere enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar gibi diğer sağlık sorunlarının taranarak tespiti yapılır, uygun çözüm yolları önerilir ve sağlanır ve gereğinde uygun sevk yapılır.

Doğum öncesi bakım ve doğuma yardım, gebeliğe, doğuma ve yenidoğana özgü aşağıdaki sorunların zamanında saptanarak önlenmesi için yapılmaktadır.

### Gerekli koşullar ve uygulanacak ilkeler

#### Risk tarama, tespit ve sevk

Tüm gebelerin yeterli sayıda ve nitelikli antenatal izlemiyle, gebelik ve doğumda anne ve bebeği etkileyebilecek risklerin saptanması, doğumun birinci

basamakta gerçekleşmesinde anne veya bebeğin yaşamını tehdit edecek risk durumlarında, bir üst basamağa sevki.

**Bir üst basamağa sevkini öngörüldüğü riskli durumları:**

- Ağır preeklamsi ve eklamsi,
- 34 gebelik haftasından önce erken doğum eylemi
- Şiddetli son trimester kanamaları
- Antenatal ölçümlerde baş pelvis uygunsuzluğu saptanması
- Daha önce etkilenmiş bebek öyküsü olan Rh uygunsuzluğu
- Gebelik diabeti
- Çoğul gebelikler
- Gebede siyanotik kalp hastalığı veya kalp yetmezliği
- Gebede epilepsi veya diğer konvülsif durumlar
- Ağır anemi

**Temiz ve güvenli doğum**

Ülkemizde her yıl meydana gelen doğumların yaklaşık % 25 i sağlık kuruluşları dışında ve eğitilmiş sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleşmektedir. Bu doğumları yapan annelerin çoğu da gebelikleri boyunca sağlık personeli tarafından izlenmemiş olduğundan doğumla ilgili riskler varsa, belirlenmemiş ve gerekli önlemler alınmamış durumdadır.

**Temiz doğum**

- Temiz, sıcak ve aydınlık bir doğum odasının sağlanması
- Doğumum yaptıracak kişinin doğum işlemine başlamadan önce en az 3 dakika süreyle sabun veya antiseptik solüsyonla el ve ön kol temizliğini gerçekleştirmesi
- Perinenin antiseptik solüsyonla temizlenmesi
- Doğum kanalına temiz olmayan hiçbir araç gereçle dokunmama
- Göbek kordonunu kesmekte kullanılan araç gerecin temiz ve steril olması

Temiz ve güvenli doğumun sağlanmasının en emin yolu tüm doğumların sağlık kuruluşlarında ve eğitilmiş sağlık personeli yardımıyla yapılmasıdır.

Bunun için ilk yapılacak girişim toplumun bu yönde eğitimi, bilinçlendirilmesi ve ikna edilmesidir.

### **Doğumu izleyen süreçte yenidoğan bakımı**

Doğum sonrası yenidoğan bakım ilkeleri

- Temiz ve güvenli doğum
- Temel yenidoğan bakımı
- Yenidoğan vücut ısısının korunması
- Doğum sonrası yenidoğan spontan solunumunun başlatılması ve gereğinde canlandırılması
- Erken ve yalnız anne sütüyle beslenmedir (Aile sağlığı programı,1998).

### 3. MATERYAL VE METOD

#### 3.1. Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)'nde bebeği yatan ebeveynler oluşturmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya 01.06.2008 - 31.09.2008 tarihleri arasında YYBÜ'nde bebeği yatan, evli, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü ebeveynlerin tamamının alınması planlanmıştır. Araştırmaya 69 kadın ve 48 erkek katılmayı kabul etmiştir.

#### 3.4. Araştırmanın Yöntemi

Veri toplamak amacıyla, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerini içeren yedi soru, annelerin obstetrik özelliklerini içeren yedi soru, ebeveynlerin daha önce yenidoğan bakımına yönelik; banyo, silme banyo, pişik, isilik, konak, ağız, göz, burun, kulak, göbek, genital bölge ve memelere yönelik bakım uygulama, gazının çıkarılması, hastalık belirtileri, ishal yönünden izlenmesi, sarılık yönünden izlenmesi, vücut ağırlığı, nefes alma, vücut ısısını değerlendirme, sarılması/gydirilmesi, beslenmesi, uyku, ziyaretçiler, tarama testleri, aşular, ilaç kullanımı ve bebeğin tutulması konularında bilgi sahibi olma durumlarını ve bilgi edindikleri kaynakları içeren 27 soru ve ebeveynlerin yenidoğan bakımına yönelik gereksinim duydukları bakım konularını içeren 27 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ön uygulaması için araştırmaya dahil edilmemiş 10 ebeveyne anket soruları uygulanmış ve anlaşılmayan veya yanlış anlaşılan sorular ve seçenekler yeniden düzenlenerek soru formuna son şekli verilmiştir.

### **3.5. İstatistiksel Analiz**

Elde edilen veriler SPSS 12.0 paket programında bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Niteliksel veriler sayı (%) ile, niceliksel veriler ise aritmetik ortalama ( $\pm$ ) standart sapma ile ifade edilmiştir. Anneler ve babalar arasında bilgi sahibi olma durumlarının karşılaştırılmasında istatistiksel test olarak ki kare testi kullanılmış ve anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri**

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

#### 4. BULGULAR

##### 4.1. Anne ve Babalara Ait Sosyo Ekonomik Özellikler

Çalışmaya katılan ve yaş ortalaması  $26,7 \pm 5,7$  yıl olan 69 annenin eğitim durumuna bakıldığında, %4.3 (3)'ünün hiç okula gitmediği, % 40,6 (28)'sının lise ve üzeri yüksek okul mezunu olduğu; yaş ortalaması  $30,5 \pm 4,8$  yıl olan babaların ise tümünün en az bir okul bitirdiği, % 56,2 (27)'sinin lise ve üzeri yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Annelerin sadece % 17,3 (12)'ü herhangi bir işte çalıştığını ifade ederken; babaların tümü gelir getiren bir işte çalıştığını, % 16,7 (8)'si memur ve % 83,3(40)'ü sigortalı bir iş sahibi olduğunu belirtmiştir. Her iki grubun da tamamı sosyal güvenceye sahiptir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin % 55,1 (38)'inin, babaların % 60,4 (29)'ünün il merkezinde ikamet ettiği; çekirdek aileye sahip olma oranlarının annelerde 69,6 (48), babalarda % 75,0 (36) olduğu saptanmıştır (Tablo 11 ).

**Tablo 11. Anne ve Babaların Sosyo Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı**

Sosyo Ekonomik Özellikler		Anne (n:69)		Baba (n:48)	
<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuryazar değil	2	2.9	-	-
	Okuryazar	1	1.4	-	-
	İlkokul	22	31.9	13	27.1
	Ortaokul	16	23.2	8	16.7
	Lise	18	26.1	16	33.3
	Yüksekokul	10	14.5	11	22.9
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	12	17.3	48	100.0
	Çalışmıyor	57	82.7	-	-
<b>Yaşadığı yer</b>	İl	38	55.1	29	60.4
	İlçe	18	26.1	11	22.9
	Köy	13	18.8	8	16.7
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek aile	48	69.6	36	75.0
	Geniş aile	21	30.4	12	25.0

#### 4.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri

Annelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında % 58.0 (40)'inin hiç çocuğu olmadığı; yaklaşık yarısının tek gebeliği, % 8,6 (6)'sının ise dört ve üzerinde gebeliği bulunduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan annelerin % 21,7 (15)'si iki gebelik arasında 2 yıldan az aralık verdiğini; % 7,2 (5)'si gebeliğinin istemeyerek gerçekleştiğini, % 1,4 (1)'ü gebelik döneminde hiç doktor kontrolüne gitmediğini belirtmiştir. Annelerin % 60,9 (42)'u sezaryan ile, % 39,1 (27)'i de normal vajinal yolla doğumunu gerçekleştirdiğini ifade etmiştir (Tablo 12).

**Tablo 12. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı**

Özellik		Sayı	Yüzde (%)
Gebelik sayısı	1	31	44.9
	2	26	37.7
	3	6	8.7
	4	5	7.3
	5	1	1.4
Gebelik aralığı	9 ay-2 yıl	15	21.8
	3 yıl-5yıl	11	15.9
	6 yıl-8yıl	7	10.1
	8 yıl ve üzeri	5	7.3
	Olmayan	31	44.9
Doğum şekli	Normal vajinal yol	27	39.1
	Sezaryan	42	60.9
Diğer yaşayan çocuk sayısı	Çocuk yok	40	58.0
	Bir	19	27.6
	İki	7	10.1
	Üç	2	2.9
	Dört +	1	1.4

Gebelik isteyerek mi gerçekleşti	Evet	64	92.7
	Hayır	5	7.3
Kontrolle kaç kez gittiği	Gitmedim	1	1.4
	1-3 kez	1	1.4
	4-7 kez	28	40.6
	8-11 kez	31	44.9
	11 ve üzeri	8	11.7

#### 4.3. Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Sahip Oldukları Bilgi Durumu

Anne ve babaların, yenidoğana ilişkin sahip oldukları bakım konularının dağılımının gösterildiği Tablo 16 incelendiğinde; annelerin bilgi sahibi oldukları konular içinde; bebeğe banyo yaptırmanın ilk sırada (% 65,2), bebeğin sarılması, giydirilmesi, gazının çıkarılmasının ikinci (% 60,9), bebeğin emzirilmesi, beslenmesine yönelik konuların ise üçüncü sırada (% 59.4) yer aldığı görülmektedir. Babaların bilgi sahibi oldukları bakım konuları içinde ise; bebeğin gazının çıkarılmasının ilk sırada (% 29,2), bebeğin tutulması, banyo yaptırılmasının ikinci (% 20,8), silme, pişik bakımı, emzirme, beslenme, aşıların izlenmesi nin ise üçüncü sırada (% 18,8) yer aldığı görülmektedir (Tablo 13).

**Tablo 13. Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Bilgi Sahibi Oldukları Bakım Konularının Dağılımı.**

Konular	Anne (n:69)		Baba (n:48)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Banyo yaptırma	45	65.2	10	20.8	<0.05
Silme banyo	24	34.8	9	18.8	>0.05
Pişik bakımı	34	49.3	9	18.8	<0.05
İsilik bakımı	11	15.9	6	12.5	>0.05
Konak bakımı	11	15.9	4	8.3	>0.05
Ağız bakımı	20	29.0	5	10.4	<0.05
Göz bakımı	19	27.5	4	8.3	<0.05
Burun bakımı	14	20.3	4	8.3	>0.05



Kulak bakımı	13	18.8	7	14.6	>0.05
Göbek bakımı	22	31.9	6	12.5	<0.05
Genital bölge bakımı	18	26.1	5	10.4	<0.05
Meme bakımı	19	27.5	3	6.3	<0.05
Gazının çıkarılması	42	60.9	14	29.2	<0.05
Hastalık belirtileri	17	24.6	5	10.4	>0.05
İshal yönünden izlenmesi	21	30.4	7	14.6	>0.05
Sarılık yönünden izlenmesi	18	26.1	6	12.5	>0.05
Vücut ağırlığı izlenmesi	16	23.2	6	2.5	>0.05
Nefes alma izlenmesi	15	21.7	5	10.4	>0.05
Derece kullanımı	24	34.8	5	10.4	<0.05
Sarılması, giydirilmesi	42	60.9	6	12.5	<0.05
Emzirme ve beslenme	41	59.4	9	18.8	<0.05
Uyku izlenmesi	29	42.0	6	12.5	<0.05
Ziyaretçiler	13	18.8	3	6.3	>0.05
Tarama testleri(zeka testi/topuktan kan alma)	20	29.0	7	14.6	>0.05
Aşıların izlenmesi	29	42.0	9	18.8	<0.05
İlaç kullanımı/vitaminler	17	24.6	8	16.7	>0.05
Bebeğin tutulması	33	47.8	10	20.8	<0.05

#### 4.4. Anne ve Babaların Yenidoğanın Baş-Yüz Bakımına İlişkin Bilgi Kaynakları

Anne ve babaların bilgi kaynaklarının dağılımı incelendiğinde; yenidoğanın **konak bakımı** konusunda annelerin % 15,9 (11)'u bilgi sahibi olduğunu belirtirken, % 5,8 (4)'i bu bilgileri kitap, broşür, televizyondan, % 5,8 (4)'i ise; akrabalar ya da komşulardan öğrendiğini ifade etmişlerdir .

Araştırma kapsamına alınan annelerin yenidoğanın **ağız bakımı** konusunda bilgi sahibi olma oranlarına bakıldığında; bu oranın % 29,9 (20) olduğu ve bu bilgiye sahip olma kaynağında, akraba ve komşuların % 14.4 ile 1. sırada yer aldığı görülmektedir. Annelerin % 27,5 (19)'i yenidoğanın **göz bakımı** konusunda bilgi sahibi olduklarını belirtirken, % 11,6 (8)'sı bu bilgiyi sağlık personelinde, % 11,6 (8)'sı ise akraba/ komşulardan elde ettiklerini belirtmişlerdir.

Annelerin sırası ile **burun bakımı** ve **kulak bakımı** konusunda bilgi sahibi olma oranları % 20,3 (14)'ve % 18,8 (13) olup, bu bilgiyi edinme kaynakları % 11,6 (8) ve % 8.7 (6) oranları ile sağlık personeli olarak saptanmıştır (Tablo 14).

**Tablo 14. Annelerin Yenidoğanın Baş-Yüz Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı (n:69)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık Personeli		Kitap/ broşür / televizyon		Akrabalar / komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Konak</b>	3	4.3	4	5.8	4	5.8	1	1.4
<b>Ağız</b>	6	8.7	5	7.2	10	14.4	-	-
<b>Göz</b>	8	11.6	5	7.2	8	11.6	-	-
<b>Burun</b>	8	11.6	4	5.8	4	5.8	-	-
<b>Kulak</b>	6	8.7	5	7.2	4	5.8	-	-

**Konak bakımı** konusunda babaların % 8,3 (4)'ü bilgi sahibi olduğunu, % 6,3 (3)'ü de bu bilgileri akraba/komşulardan öğrendiklerini belirtmiştir. Konak bakımına ilişkin bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $x^2=1.9$ ;  $p>0,05$ ).

**Ağız bakımı** konusunda babaların % 10,4 (5)'ü bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, % 6,3(3)'ü de bu bilgileri sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiş (Tablo 18); ağız bakımına ilişkin bilgi sahibi olma durumlarında anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $x^2=6.6$ ;  $p<0.05$ ).

**Göz bakımı** konusunda bilgi sahibi olma oranı % 8,3 (4) olarak saptanan babaların % 4,2 (2)'si, bu bilgileri sağlık personelinden öğrendiğini ifade etmiştir (Tablo 15). Göz bakımına ilişkin bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında farklılık olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=8.2$ ;  $p<0.05$ )(Tablo 13).

**Burun bakımı** konusunda babaların % 8,3 (4)'ü bilgi sahibi olduğunu belirtirken, % 4,2 (2)'si de bu bilgileri sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiş

(Tablo 15); burun bakımına ilişkin bilgi sahibi olma konusunda anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $x^2=4.4$ ;  $p>0.05$ ).

Babaların **Kulak bakımına** ilişkin'sı bilgi sahibi olma oranı % 14,6 olarak saptanmış olup, bilgi edinme kaynağı sağlık pesoneli ve akraba/komşulardan oesit oranda % 6,3 (3) olmak üzere belirlenmiştir (Tablo 15). Kulak bakımına ilişkin bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $x^2=0.9$ ;  $p>0.05$ ).

**Tablo 15. Babaların Yenidoğanın Baş-Yüz Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı (n:48).**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık Personeli		Kitap/ broşür / televizyon		Akrabalar/ komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzd e	Sayı	Yüzd e
<b>Konak bakım</b>	1	2.1	1	2.1	3	6.3	-	-
<b>Ağız bakımı</b>	3	6.3	1	2.1	1	2.1	-	-
<b>Göz bakımı</b>	2	4.2	1	2.1	1	2.1	-	-
<b>Burun bakımı</b>	2	4.2	1	2.1	1	2.1	-	-
<b>Kulak bakımı</b>	3	6.3	1	2.1	3	6.3	-	-

#### **4.5. Anne ve Babaların Yenidoğanın Genel Vücut Bakımına İlişkin Bilgi Kaynakları**

Annelerin yenidoğanın genel vücut bakımına ilişkin **banyo yaptırma** konusunda % 65,2 (45)' si bilgi sahibi olduklarını ifade ederken, % 44,9 (31)'u banyo yaptırma konusundaki bilgileri en sık akrabalar / komşulardan öğrendiklerini belirtmiştir.

Annelerin yenidoğana ilişkin **silme-banyo** konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde; %34,8 (24)'i bilgi sahibi olduğunu ve % 17,4 (12)'ü bu bilgileri en sık akrabalar/komşulardan öğrendiğini ifade etmiştir.

Yenidoğana ilişkin **isilik bakımı** konusunda annelerin %15,9 (11)' u bilgi sahibi olduklarını ifade ederken, %7,2 (5)'si bu bilgileri akrabalar / komşulardan öğrendiğini belirtmiştir .

**Pişik bakımı** konusunda annelerin % 49,3 (34)' ü bilgi sahibi olduklarını ifade ederken, % 24,6 (17)'sı pişik bakımı konusundaki bilgileri en sık akrabalar / komşulardan öğrendiğini ifade etmiştir.

Annelerin yenidoğana ilişkin **genital bölge bakımı** konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde % 26,1 (18)'i bilgi sahibiyken, % 13,0 (9)'ı genital bölge bakımı konusundaki bilgileri en sık sağlık personelinde aldığı belirtilmiştir (Tablo16).

**Tablo 16. Annelerin Yenidoğanın Genel Vücut Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:69)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık Personeli		Kitap/ broşür / Televizyon		Akrabalar/ komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Banyo</b>	4	5.8	9	13.0	31	44.9	2	2.9
<b>Silme banyo</b>	4	5.8	8	11.6	12	17.4	1	1.4
<b>İsilik bakımı</b>	3	4.3	3	4.3	5	7.2	1	1.4
<b>Pişik bakımı</b>	11	15.9	7	10.1	17	24.6	1	1.4
<b>Genital bölge bakımı</b>	9	13.0	6	8.6	4	5.8	-	-

Araştırma kapsamına alınan babaların % 20,8 (10)'si **Banyo yaptırma** konusunda bilgi sahib olup, % 14,6 (7)'sı bu bilgiye akraba/ komşulardan ulaştıklarını belirtmiştir. Banyo yaptırmaya ilişkin bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $\chi^2=23.8$ ;  $p<0,05$ )

**Silme banyo** konusunda babaların % 18,8 (9)'i bilgi sahibi olduğunu ve %12,5 (6)'i akraba/komşulardan bilgi edindiğini belirtmiştir . Anne ve babalar arasında, silme banyo konusunda bilgi sahibi olma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2=4.2$ ;  $p>0,05$ ).

**İsilik bakımı** konusunda babaların % 12,5 (6)'i bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, bu bilgileri babaların %5,8 (4)'i akraba/komşulardan edindiğini belirtmiştir. İsilik bakımı konusunda bilgi sahibi olma durumları karşılaştırıldığında anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $x^2=0.5$ ;  $p>0,05$ ).

**Pişik bakımı** konusunda bilgi sahibi olduğunu belirten babaların oranı % 18,8 (9) olup, % 12,5 (6)'i bu bilgileri akraba/komşulardan edindiğini belirtmiştir.

Pişik bakımına ilişkin bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $x^2=12.8$ ;  $p<0,05$ ).

Babaların % 10,4 (5)'i **Genital bölge bakımı** konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtirken, % 4,2 (2)'si akraba/komşulardan, %4,2 (2)'si sağlık personelinden bilgi edindiğini belirtmiştir. Genital bölge bakımına ilişkin bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında farklılık olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=5.1$ ;  $p<0,05$ )(Tablo 17).

**Tablo 17. Babaların Yenidoğanın Genel Vücut Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:48)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/ broşür / Televizyon		Akrabalar/ komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Banyo</b>	2	4.2	1	2.1	7	14.6	-	-
<b>Silme banyo</b>	2	4.2	1	2.1	6	12.5	-	-
<b>İsilik bakımı</b>	1	2.1	1	2.1	4	5.8		
<b>Pişik bakımı</b>	2	4.2	1	2.1	6	12.5	1	1.4
<b>Genital bölge bakımı</b>	2	4.2	1	2.1	2	4.2	-	-

#### 4.6. Anne ve Babaların Yenidoğanın Hastalığını Değerlendirmeye Yönelik Bilgi Kaynakları.

Annelerin yenidoğanın **vücut ısısını değerlendirme** konusunda % 34,8 (24)'i, bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. % 17,4 (12)'ü bu bilgileri en sık sağlık personelinde öğrendiğini belirtmiştir .

Annelerin yenidoğanın **ishal yönünden izlenmesi** konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde % 32,4 (21)' ünün bilgi sahibi olduğu ve bebeğin ishal yönünden izlenmesi konusundaki bilgileri en sık annelerin % 14,4 (10)'ü akraba/komşılardan öğrendiği belirlenmiştir.

Annelerin yenidoğanın **sarılık yönünden izlenmesi** konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde %26,1 ( 18)' i bilgi sahibi olduklarını ifade ederken, sarılık yönünden izlenmesi konusundaki bilgileri annelerin %15,9 (11)'u en sık sağlık personelinde öğrendiğini belirtmiştir .

Annelerin yenidoğanın **hastalık belirtilerini değerlendirmeye** yönelik bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde % 24,6 (17)'sı bilgi sahibiyken, %10,1 (7)'i bu bilgileri en sık sağlık personelinde, % 10,1 (7)'i de akraba/komşılardan öğrendiği belirlenmiştir.

Annelerin yenidoğanın **nefes alması**na yönelik bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde % 21,7 (15)'si bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, annelerin % 8,7 (6)'si nefes alma konusunda bilgileri en sık akrabalarından öğrendiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 18. Annelerin Yenidoğanın Hastalığını Değerlendirmeye Yönelik Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:69)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/ broşür / Televizyon		Akrabalar/ komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Vücut ısısının değerlendirilmesi	12	17.4	4	5.7	8	11.6	1	1.4
İshal yönünden izlenmesi	9	13.0	3	4.3	10	14.4	-	-
Sarılık yönünden izlenmesi	11	15.9	3	4.3	5	4.2	-	-
Hastalık belirtileri	7	10.1	4	5.8	7	10.1	-	-
Nefes alma	5	7.2	4	5.7	6	8.7	-	-

**Vücut ısısını değerlendirme** konusunda babaların % 10,4 (5)'ü bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Babaların %4,2 (2)'si bu bilgileri sağlık personeli ve %4,2 (2)'si de kitap/broşür/televizyon aracılığıyla öğrendiğini ifade ederken; vücut ısısını değerlendirmeye yönelik bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne babalar arasında farklılık olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=9.9$ ;  $p<0.05$ ).

**İshal yönünden izlenmesi** konusunda babaların % 14,6 (7)'sı bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Bu bilgileri babaların %3,6 (3) sı sağlık personelinden öğrendiğini belirtirken, ishal yönünden izlenmesi konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2=4.5$ ;  $p>0,05$ ).

**Sarılık yönünden izlenmesi** konusunda babaların % 12,5 ( 6 )' i bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Babaların % 4,2( 2)'si bu bilgileri sağlık personelinden, %4,2 (2)'si akraba/komşulardan, % 4,2 (2)'si de kitap/broşür/televizyon aracılığıyla bilgi edindiğini ifade etmiştir. Sarılık yönünden izlenmesi konusunda bilgi sahibi olma

durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=3.8$ ;  $p>0,05$ ).

**Hastalık belirtilerini değerlendirme** konusunda babaların % 10,4 (5)'ü bilgi sahibi olduklarını belirtirken, % 4,2 (2)'si sağlık personeli, %4,2 (2)'si de kitap/ broşür/televizyon aracılığıyla öğrendiğini ifade etmiştir. Hastalık belirtilerini değerlendirmeye yönelik bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2=4.4$ ;  $p>0.05$ )(Tablo 19).

Yenidoğanın **nefes alması**na yönelik ise babaların % 10,4 (5)'ü bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir. Babaların % 6,3 (3)'ü bu bilgileri sağlık personelinde bilgi edindiğini ifade etmiştir. Nefes alma konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=3.1$ ;  $p>0.05$ ).

**Tablo 19. Babaların Yenidoğanın Hastalığını Değerlendirmeye Yönelik Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:48)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/ broşür / televizyon		Akrabalar/ komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Vücut ısısının değerlendirilmesi	2	4.2	2	4.2	1	2.1	-	-
İshal yönünden izlenmesi	3	6.3	2	4.2	2	4.2	-	-
Sarıklık yönünden izlenmesi	2	4.2	2	4.2	2	4.2	-	-
Hastalık belirtileri	2	4.2	2	4.2	1	2.1	-	-
Nefes alma	3	6.3	2	4.2	-	-	-	-



#### 4.7. Anne ve Babaların Yenidoğanın Beslenmesine Yönelik Bilgi Kaynakları.

Yenidoğanın emzirilme ve beslenmesine yönelik annelerin % 59,4 (41)'ü bilgi sahibi olduklarını ifade ederken, annelerin % 31,9 (22)'u bu bilgileri en sık akraba/komşulardan öğrendiği belirlenmiştir.

Annelerin yenidoğanın **vücut ağırlığına** yönelik bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde % 23,2 (16)'si bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Vücut ağırlığı konusunda bilgileri annelerin % 15,9 (11)'u sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir.

Annelerin yenidoğanın **gazının çıkarılmasına** yönelik bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde % 23,2 (16)'si bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, annelerin % 26,1 (18)'i bu bilgileri en sık sağlık personelinden, %26,1 (18)i de akraba/komşulardan öğrendiğini belirtmiştir(Tablo 20).

**Tablo 20. Annelerin Yenidoğanın Beslenmesine Yönelik Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:69)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/broşür /televizyon		Akrabalar/ Komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Emzirme ve besleme	13	18.8	6	8.7	22	31.9	-	-
Vücut ağırlığı/tartı	11	15.9	5	7.2	2	2.9	-	-
Gazının çıkarılması	18	26.1	7	10.1	18	26.1	-	-

Yenidoğanın emzirilme ve beslenmesine yönelik babaların % 18,8 (9)'i bilgi sahibi idi. Babaların % 8,3 (4)'ü bu bilgiyi akraba/komşulardan öğrendiğini ifade ederken; yenidoğanın emzirilmesi ve beslenmesine yönelik bilgi sahibi olma durumları yönünden anne babalar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=20.4$ ;  $p<0.05$ ).

**Vücut ağırlığı** konusunda babaların ise % 2,5 (6)'i bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir. Bu bilgileri, babaların % 8,3 (4)'ü sağlık personelinden öğrendiğini ifade etmiştir. Vücut ağırlığına yönelik bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=2.6$ ;  $p>0.05$ ).

Bebeğin **gazının çıkarılmasına** yönelik babaların %2,5 (6)'i bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir. Babaların % 14,6 (7)'si gaz çıkarılması konusunda bilgileri en sık akraba/komşulardan öğrendiğini ifade etmiştir. Yenidoğanın gazının çıkarılmasına yönelik bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $\chi^2=12.4$ ;  $p<0.05$ )(Tablo 21).

**Tablo 21. Babaların Yenidoğanın Beslenmesine Yönelik Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:48)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/broşür/ Televizyon		Akrabalar/ Komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Emzirme ve besleme	1	2.1	3	6.3	4	8.3	-	-
Vücut ağırlığı/tartı	4	8.3	2	4.2	-	-	-	-
Gazının çıkarılması	5	10.4	2	4.2	7	14.6	-	-

#### 4.8. Anne ve Babaların Yenidoğanın Göğüs-Karın Bakımına İlişkin Bilgi Kaynakları.

Annelerin yenidoğanın **memelerine yönelik uygulamaları** konusunda % 27,5 (19)'i bilgi sahibi olduğunu belirtirken, annelerin en sık % 11,5(8)'i sağlık personelinden ve % 11,5 (8)'i de kitap/broşür/televizyon dan öğrendiğini ifade etmiştir.

Annelerin yenidoğanın **göbek bakımı** konusunda % 31,9 (22)'u bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, annelerin %11,5(8)'i bu bilgileri annelerin kitap/broşür/televizyon, % 13,0 (9)'u sağlık personeli aracılığı ile öğrendiğini belirtmiştir(Tablo 22).

**Tablo 22. Annelerin Yenidoğanın Göğüs-Karın Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:69)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/broşür /televizyon		Akrabalar/ Komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Memelere yönelik uygulama	8	11.5	8	11.5	5	7.2	-	-
Göbek bakımı	9	13.0	7	10.1	8	11.5	-	-

**Yenidoğanın memelerine yönelik uygulamaları** konusunda babaların % 6,3 (3)'ü bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Babaların % 2,1 (1)'i de sırasıyla sağlık personeli, kitap/broşür/televizyon ve akraba/komşulardan öğrendiğini ifade etmiştir. Yenidoğanın memelerine yönelik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında farklılık olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=9.4$ ;  $p<0.05$ )

**Göbek bakımı** konusunda babaların % 12,5 (6)'i bilgi sahibi olup, % 8,3 (4)'ü de sağlık personelinden öğrendiğini ifade etmiştir. Yenidoğanın göbek bakımı konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $x^2=7.3$ ;  $p<0.05$ )(Tablo 23).

**Tablo 23. Babaların Yenidoğanın Göğüs-Karın Bakımına İlişkin Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:48)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/broşür /televizyon		Akrabalar/ komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Memelere yönelik uygulama	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-
Göbek bakımı	4	8.3	1	2.1	1	2.1	-	-

#### 4.9. Anne ve Babaların Yenidoğanın Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bakımında Bilgi Kaynakları.

Annelerin yenidoğanın **aşları** konusunda % 42,0 (29)'si bilgi sahibi olduklarını ifade ederken, % 37,7 (26)'si sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir.

Yenidoğanın **Tarama testleri** konusunda annelerin % 29,0 (20)'u bilgi sahibi olduklarını ifade ederken annelerin %24,6 (17)'sı sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir. Annelerin yenidoğanın **ilaç kullanımı** konusunda % 24,6 (17)'sı bilgi sahibi olduklarını ifade ederken, annelerin % 20,3 (14)'ü sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir (Tablo 24).

**Tablo 24. Annelerin Yenidoğanın Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bakımında Bilgi Kaynaklarının Dağılımı (n:69)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/broşür/ Televizyon		Akrabalar/ Komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Aşılar</b>	26	37.7	1	1.4	1	1.4	1	1.4
<b>Tarama testleri</b>	17	24.6	1	1.4	1	1.4	1	1.4
<b>İlaç kullanımı</b>	14	20.3	2	2.9	2	2.9	-	-

Tablo 25'de görüldüğü gibi yenidoğanın **aşları** konusunda babaların % 18,8 (9)'i bilgi sahibiyken, %12,5 (6)'i bu bilgileri sağlık personelinden öğrendiğini ifade etmiştir. Yenidoğanın aşları konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $\chi^2=7.0$ ;  $p<0,05$ ).

**Tarama testleri** konusunda babaların % 14,6 (7)'sı bilgi sahibi olduğunu belirtirken, % 12,5 (6)'i bu bilgiyi sağlık personelinden öğrendiğini ifade etmiştir. Yenidoğanın aşları konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $\chi^2=3.3$ ;  $p>0,05$ ).

**İlaç kullanımı** konusunda babaların % 16,7 (8)'si bilgi sahibi olup, % 10,4 (5)'ü bu bilgileri sağlık personelinden öğrendiğini ifade etmiştir. Yenidoğanın ilaç kullanımı konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $\chi^2=1.5$ ;  $p>0,05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25. Babaların Yenidoğanın Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bakımında Bilgi Kaynaklarının Dağılımı(n:48)**

Bakım konusu	Bilgi Kaynağı							
	Sağlık personeli		Kitap/broşür /televizyon		Akrabalar /komşular		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Aşılar</b>	6	12.5	2	4.2	-	-	1	2.1
<b>Tarama testleri</b>	4	8.3	2	4.2	-	-	-	-
<b>İlaç kullanımı</b>	5	10.4	2	4.2	-	-	1	2.1

#### 4.10. Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Bilgi Gereksinimi

##### Duydukları Konular.

Anne ve babaların bebek bakımına yönelik bilgi gereksinimi duydukları konulara göre dağılımı Tablo 26'da görülmektedir. Tablo incelendiğinde **annelerin** gereksinim duydukları konular içinde bebeğin sarılık yönünden izlenmesi, hastalık belirtileri, burun bakımı konusunda bilgi gereksinimi duyanların ilk sırada yer aldığı (%71,0), ilaç kullanımı/vitaminler konusunda gereksinim duyanların oran olarak ikinci (%69,6), aşıların izlemi, tarama testleri (zeka testi/topuktan kan alma), nefes almanın izlenmesi, ishal yönünden izlenmesi, göbek bakımı konusunda gereksinim duyanların ise oran olarak üçüncü sırada (% 68,1) yer aldığı görülmektedir.

Babaların bebek bakımına yönelik gereksinimleri içinde; banyo yaptırılması, aşıların izlenmesi konusunda bilgi gereksinimi olanlar % 45,8 ile ilk sırada yer alırken, ilaç kullanımı/vitaminler konusunda gereksinim duyanlar % 43,8 ile ikinci sırada, isilik bakımı, ağız bakımı, burun bakımı, ishal yönünden izlenmesi, sarılık yönünden izlenmesi, sarılması giydirilmesi, tarama testleri (zeka testi/topuktan kan alma) konusunda gereksinimi olanların da % 41,7 ile üçüncü sırada yer aldığı saptanmıştır

**Tablo 26. Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Bakım Konularına Göre Dağılımı**

Konular	Anne (n:69)		Baba (n:48)		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Banyo yaptıırma	43	62.3	23	45.8	<0.05
Silme banyo	42	60.9	16	33.3	<0.05
Pişik bakımı	42	60.9	19	39.6	<0.05
İsilik bakımı	44	63.8	20	41.7	<0.05
Konak bakım	45	65.2	17	35.4	<0.05
Ağız bakımı	44	63.8	20	41.7	<0.05
Göz bakımı	46	66.7	21	43.8	<0.05
Burun bakımı	49	71.0	20	41.7	<0.05
Kulak bakımı	48	69.6	19	39.6	<0.05
Göbek bakımı	47	68.1	15	31.3	<0.05
Genital bölge bakımı	41	59.4	13	27.1	<0.05
Memelere yönelik bakım	46	66.7	16	33.3	<0.05
Gazının çıkarılması	39	56.5	18	37.5	>0.05
Hastalık belirtileri	49	71.0	21	43.8	<0.05
İshal yönünden izlenmesi	47	68.1	20	41.7	<0.05
Sarılık yönünden izlenmesi	49	71.0	20	41.7	<0.05
Vücut ağırlığı izlenmesi	43	62.3	15	31.3	<0.05
Nefes alma izlenmesi	47	68.1	19	39.6	<0.05
Derece kullanımı	44	63.8	19	39.6	>0.05
Sarılması, giydirilmesi	42	60.9	20	41.7	>0.05
Emzirme ve beslenme	41	59.4	19	39.6	<0.05
Uyku izlenmesi	41	59.4	15	31.3	<0.05
Ziyaretçiler	39	56.5	16	33.3	<0.05
Tarama testleri(zeka testi/topuktan kan alma)	47	68.1	20	41.7	<0.05
Aşıların izlenmesi	47	68.1	23	47.9	<0.05
İlaç kullanımı/vitaminler	48	69.6	21	43.8	<0.05
Bebeğin tutulması	37	53.6	16	33.3	<0.05

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Anne ve Babalara Ait Sosyo Ekonomik Özellikler

Bu çalışmaya 21–41 yaşları arasında, yaş ortalaması  $26,7 \pm 5,7$  yıl olan 69 (% 59) anne ile, yaş ortalaması  $30,5 \pm 4,8$  yıl olan 48 (%41) baba olmak üzere toplam 117 ebeveyn katılmıştır. Ebeveynler üzerinde yapılan benzer çalışmalarda annelerin yaş ortalamaları  $28,19 \pm 6,72$  ve  $25 \pm 4,62$  yıl olarak verilmiştir (Başer ve ark., 2005). Bu veriler bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur.

Bu çalışmada annelerin %2.9'unun okuma yazma bilmediği belirlenmiştir. Dinç'in yaptığı bir çalışmada ise annelerin %42'sinin okuma yazma bilmediği bulunmuştur. Bu oranın çalışmamızdaki orandan oldukça fazla olduğu dikkati çekmektedir. Bölgemizdeki okur-yazarlık oranının oldukça yüksek olması sevindiricidir. Ancak günümüzde hala okuma-yazma bilmeyenlerin varlığı da unutulmamalıdır.

Dinç'in yaptığı bir çalışmada ebeveynlerin %61,5'inin sosyal güvencelerinin olmadığı bulunmuştur, bu çalışmamızda tüm anne babaların sosyal güvencelerinin olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek bakımından olumlu olan bu durumun çalışmamızın il merkezindeki bir üniversite hastanesinde yapılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

### 5.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların % 44,9'unun ilk gebeliğinin olduğu, % 21,7'sinin gebelik aralığının 24 ay ve altında olduğu saptanmıştır. Bu sonuç Mucuk ve ark' nın çalışma sonucuyla benzer bulunmuştur. Dinç'in çalışmasında ise gebelik sayısı % 35,5 oranında dört ve üzerinde bulunmuştur. Annelerin çoğunluğunun gebelik sayısının iki ve altında (% 8,6) olması olumlu olarak değerlendirilebilir. Ülkemizdeki aile planlaması çalışmalarının bu sonuca olumlu katkısı olduğu da düşünülmektedir.

Bu çalışmada annelerin % 44,9'u gebelik döneminde yeterli sayıda (8-11 kez) kontrole gittikleri görülmüştür. Gebelik döneminde kontrole gitme sayısının TNSA 2003 verilerine göre daha fazla oluşu, araştırmaya katılan annelerin çoğunluğunun il -

ilçe merkezlerinde oturuyor olmasından ve sağlık hizmetlerine ulaşabiliyor olmalarından kaynaklanabilir.

Başer'in çalışmasında ise annelerin % 40,1'inin gebelik döneminde 7-9 kez kontrole gittiği saptanmıştır ve bizim çalışma verilerimizle uyumludur.

Bu araştırmaya katılan annelerin %92,8' si isteyerek gebe kaldığını ifade etmiştir. Başer'in çalışmasında ise bu oran annelerin % 67,3' olarak verilmiştir. Yenidoğan bakımı açısından annelerin bebeklerine isteyerek sahip olmaları, onların gereken bakımı daha fazla özen ve özveriyle sağlayacaklarını düşündüren olumlu bir bulgudur. Araştırma sonucu elde edilen veriler de bunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda yenidoğanın bakımına yönelik bilgi açısından anne ve babalar arasında belirgin farklılıklar görülmüştür. Çalışma sonucu elde edilen verilere göre annelerin, yeni doğan bakımı konusunda, babalara göre bilgi açısından daha iyi durumda oldukları gözlenmiştir. Ayrıca babalar bebek bakımı konusunda genellikle eşlerine, anneler ise kayınvalidelerine güvenmekte olduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum, geleneksel aile yapısı içinde erkek ve kadına düşen görev paylaşımı ve bakış açısı içinde, anne ve babanın sorumluluklarını gösterir nitelikte olması açısından bakıldığında, genel olarak ülkemizin yapısı için doğal bir görüntü oluşturmaktadır.

Anne ve babaların yenidoğanın bakımı ile ilgili bilgileri nereden öğrendikleri değerlendirildiğinde annelerin babalara oranla daha çok akraba ve komşularından bilgi edindiği belirlenmiştir. Anneler babalara oranla evlerinde daha fazla vakit geçirmektedirler. Babalar akşamdan akşama eve gelmekte, anneler zorlandıkları konularda akrabalarına, komşularına, yakınlarına daha çok danışmaktadırlar. Yine çalışmamızda anneler kitap/broşür ve televizyondan, babalara oranla daha fazla yararlanırken babaların sağlık personelinin bilgi edinme oranları, annelerinkinden daha fazla bulunmuştur. Anneler doktora ya da herhangi bir sağlık kliniğine eşleriyle birlikte gitmekte ve babalar sağlık personelinin vereceği bilgilere daha fazla önem vermektedirler. Bu durum anneler ve babalar arasındaki farklılığı göstermektedir.

Anne ve babaların bebek bakımına yönelik gereksinim duydukları konulara göre dağılımı Tablo 26'da görülmektedir. Tablo incelendiğinde annelerin gereksinim duydukları konular içinde sarılık yönünden izlenmesi, hastalık belirtileri, burun bakımı konusunda bilgi gereksinimi duyanların ilk sırada (%71,0), ilaç kullanımı/vitaminler konusunda gereksinim duyanların oran olarak ikinci (%69,6), aşıların izlemi, tarama



testleri (zeka testi/topuktan kan alma), nefes almanın izlenmesi, ishal yönünden izlenmesi, göbek bakımı konusunda gereksinim duyanların ise oran olarak üçüncü sırada (68,1) yer aldığı görülmektedir.

Babaların bebek bakımına yönelik gereksinimleri içinde; banyo yaptırılması, aşuların izlenmesi konusunda bilgi gereksinimi olanlar %45,8 ile ilk sırada yer alırken, ilaç kullanımı/vitaminler konusunda gereksinim duyanlar %43,8 ile ikinci sırada, isilik bakımı, ağız bakımı, burun bakımı, ishal yönünden izlenmesi, sarılık yönünden izlenmesi, sarılması giydirilmesi, tarama testleri (zeka testi/topuktan kan alma) konusunda gereksinimi olanlarda %41,7 ile üçüncü sırada yer aldığı saptanmıştır.

Yenidoğan bebeğin bakımında en çok görülen sorunların başında yer alan bebeğin gazının çıkartılması konusunun, günlük yaşamda bebek açısından bakıldığında en sık karşılaşılan ve anneyi en fazla zaman olarak uğraştıran bakım konusu olmasına karşın anneler tarafından çok az oranda belirtilmiş olması ilginç olarak değerlendirilmiştir.

Başer'in yaptığı anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi çalışmasında; annelerin gereksinim duydukları konular içinde konak bakımı, ağız bakımı ve sarılık yönünden izleme konusunda bilgi gereksinimi duyanların ilk sırada yer aldığı (54,5), isilik bakımına gereksinim duyanların oran olarak ikinci (%52,7), idrar miktarı değerlendirmesine gereksinim duyanların ise oran olarak üçüncü sırada (%50,9) yer aldığı görülmektedir. Babaların bebek bakımına yönelik gereksinimleri içinde; göbek ve konak bakımında bilgi gereksinimi olanlar %78,3 ile ilk sırada yer alırken, isilik bakımı ve genital bölgenin bakımında desteğe gereksinim duyanlar %73,9 ile ikinci sırada, ağız bakımı konusunda bilgi ve destek gereksinimi olanlarda %69,6 ile üçüncü sırada yer aldığı bulunmuştur .

Bu araştırmada annelerin banyo yaptırma, silme banyo, isilik bakımı, konak bakımı, göz bakımı, burun bakımı, kulak bakımı, göbek bakımı, genital bölge bakımı, memelere yönelik bakım, vücut ısısını değerlendirmeye yönelik bakım gibi konulardaki eğitim gereksinimleri Başer ve ark'nın çalışma sonuçlarına göre banyo yaptırma % 32.7, silme banyo %41.8, isilik bakımı % 52.7, konak bakımı %54.5, göz bakımı %43.6, burun bakımı % 38.2, kulak bakımı %40.0, göbek bakımı %45.5, genital bölge bakımı %27.3, memelere yönelik bakım %34.5, vücut ısısını değerlendirme %43.6 oranında düşük bulunmuştur. Bu durum kadınların çoğunluğunun merkezde oturuyor olmasından

ve gebelikleri sırasında yeterli düzeyde kontrole gidip gerekli bilgileri almış olmalarından kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin hamileliği boyunca % 44,9'unun "8-11 kez" kontrole gittiği, %40.6'inin 4-7 kez doktor kontrolüne gittiği ve bu kontroller sırasında çoğunun bebek bakımı konusunda az da olsa bilgi sahibi olduğu araştırma sonucunda görülmüştür. Bu veriler araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik süresince kontrollerini düzenli yaptıkları konusunda bilgi verici özelliindedir. Aynı zamanda her kontrol kadının ana – çocuk sağlığı konusunda bilgilendirildiği anlamını taşımaktadır.

Doğum sonu dönemde kadının değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolünü ve bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması beklenir. Ailelere hastanede geçirilen kısa zaman süreci içinde kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmak her zaman mümkün değildir. Dolayısıyla bu tür hizmetlerin anne taburcu edildikten sonra da evde devam ettirilmesi gerekmektedir(Gençalp,1998).

Anneler genellikle doğum sonrası yaşadıkları sorunların doğumun bir parçası olduğunu, bunlarla başa çıkmada yeterince yardım edilemeyeceğini düşünmektedir (Albers,2000; Brown ve Johnson,1998). Anneler genellikle yakınlarından ve aile üyelerinden yardım almaktadır(Brown ve Johnson 1998; Lugina, Christensson,Massawe ve ark.,2001). Ayrıca daha önce doğum yapan anneler, önceki doğum deneyimlerinin de sorunlarla başa çıkmada etkili olacağını belirtmektedir. Ladfors, Eriksson, Mattson ve ark.(2001)' nın Göteborg' da yaşayan 2109 İsveçli kadının katıldığı ve doğum sonrası bakıma ilişkin düşüncelerini araştırdıkları bir çalışmada, annelerin %35'i kendi deneyimlerinin postnatal bakımda çok etkili olduğunu belirtmişlerdir(Ladfors ve ark.,2001) Başer'in 1997 yılında Kayseri' de yaptığı çalışmasında kadınların %39'unun doğum sonu bakım aldıkları bulunmuştur. Balkaya annelerin doğum sonu dönemde bebek sağlığına yönelik emme sorunları, sarılık, huzursuzluk, uyku düzeninde bozukluk, pamukçuk, pişik, göz enfeksiyonu, göbük enfeksiyonu, abdominal distansiyon, ishal, yetersiz kilo alımı gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmektedir. Diğer bir çalışmada ise anneler konak bakımı, sarılık, isilik bakımı, idrar miktarını değerlendirme gibi konularda bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir (Balkaya,2002). Şenses ve Yıldızoğlu'nun ülkemizdeki sekiz ili kapsayan

çalışmalarında kadınların %54,6'ı kendi ve bebek bakımına yönelik kayınvalidelerinden yardım aldıklarını belirtirken, yalnızca %16' sı sağlık personelinen yardım aldığını ifade etmiştir (Şenses ve ark.,2002).Bu sonuçlar bizim verilerimizle benzerlik göstermektedir.

Postpartum dönemde yenidoğanların sağlık sorunları emme sorunları, sarılık, huzursuzluk, uyku düzeninde bozukluk, pamukçuk, pişik, göz enfeksiyonu, göbek enfeksiyonu, abdominal distansiyon, konstipasyon, ishal, yetersiz kilo alımıdır. Bu sorunların erken dönemde saptanmaması nedeniyle anne ve bebekler postpartum ilk haftalarda tekrar hastaneye yatmakta, sonuç olarak sağlık bakım maliyeti ve mortalite artmaktadır. Anneler postpartum dönemde yaşadıkları sorunlarla başa çıkmada zorlanmaktadırlar. Ancak doğumun fiziksel etkileri üçüncü haftadan itibaren belirgin ölçüde azaldığından, kendi bakımlarında ve yenidoğan gereksinimlerinin karşılanmasında daha fazla sorumluluk üstlenebilirler. Lugina,Christensson,Massawe ve ark.(2001)' nın Tanzanya da 79 primipar annede yaptıkları çalışmada,postpartum ilk haftada annelerin daha çok kendi ve bebeklerin fiziksel durumları ile ilgili konularda endişelendikleri saptanmıştır.Bu çalışmada annelerin ilk haftalardan sonra yenidoğan tepkileri(ağlama,uyku), yenidoğan ve kendi bakımları,ailelerin ve eşlerin annelere ve bebeklere tepkileri gibi konularda bilgi alma gereksinimlerinin daha önemli olduğu belirtilmektedir(Lugina ve ark.,2001).Bizim çalışmamıza ilişkin bilgi gereksinimi de benzer konular olarak örtüşmektedir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Özellikle primipar kadınların ve eşlerinin yenidoğan bakımı dahil olmak üzere doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası yenidoğan bakımı gereksinimlerine yönelik etkin eğitim ve bakım hizmeti almaları, doğum sonu dönemde yenidoğan ailesinin gereksinimlerinin önemi ve bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik eğitimlerin nasıl verileceğine ilişkin, ebe ve hemşirelere hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerekliliğinin üzerinde durulmasının önemli olduğu kanısına varılmıştır.

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

Anne ve babalar genel bebek bakımı, beslenme, bebeğin küçük olması, maddi durum ve zaman ayıramama gibi durumlardan dolayı güçlük yaşayabilmektedirler. Anneden, doğum sonu dönemin değişikliklerine uyum sağlaması, annelik rolü ve bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine, bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması beklenir. Ailelere hastanede geçirilen kısa zaman süreci içinde kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmak her zaman mümkün değildir. Dolayısıyla bu tür hizmetlerin taburculuktan sonra evde devam ettirilmesi gerekmektedir.

Erken post-partum döneminde anneler en fazla bebek ve aileyle ilgili konularda bilgiye gereksinim duymaktadır. Ayrıca aile planlaması yöntemlerini öğrenmek istemektedirler. Primipar anneler ve eğitim düzeyi ilkokulun üzerinde olan anneler genel olarak daha fazla bilgiye gereksinim ve ilgi durumunu belirtmişlerdir.

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

Aile bireylerinin, yeni aile üyesiyle bütünleşmesini sağlamak için kardeşlerin ve babanın katılacağı aktiviteler planlanmalı, destek grupları oluşturulmalıdır.

Erken post-partum dönemi yanlış beslenme alışkanlıklarının düzeltmek ve bir egzersiz programını uygulamak için en uygun zamanlardandır. Hemşireler annelere diyetlerinde

dikkat edecekleri noktaları ve karın, pelvis kaslarını güçlendiren egzersizleri öğretmelidir.

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

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

## KAYNAKÇA

- Aslan G, Şenol S. (2006). Türkiye’de Bebek ve Çocukların Durumuna İlişkin Sorunlar ve Ebenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, **1(1)**.
- Atasay B, Arsan S. (2003). Organization of neonatal care services and its importance. J Perinat med;31: 392–394.
- Avery, G. (1994) Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn, Philadelphia, J.B Lippincott Company. S: 1011–1040.
- Avcı A, Topuzoğlu A.(2008). İstanbul’da 2005’de Meydana Gelen Beş Yaş Altı Çocuk Ölümlerinin Değerlendirilmesi.
- Albers L L. (2000). Health Problems after childbirth, J. Midwifery&Womens Health, **45(1)** : 55–57.
- Aksayan S.(1983). Çocuk Sağlığına İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalar. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Ankara, Hacettepe Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bass LS (1991) What do parents need when their infants is a patient in the NICU? Neonatal Network,**10(4)**,25-33.
- Başer M, Mucuk S Korkmaz Z, Seviğ Ü. (2005). Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14 ( Ek sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 54–58.
- Brazy JE., et al (2000) How parents of premature infants gather information and support. Neonatal Network, **20(2)**:41-48.

Brown S G, Johnson B T. (1998). Enhancing early discharge with home follow-up: A pilot Project, *Jognn*, **27(1)**: 33–38.

Beydağ K. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü, *Kor Hek.* **6(6)** : 479- 484.

Balcombe J. (1992). Postnatal depression how can the distress be alleviated. *Nursing Times.* **19(1)**: 29–33.

Balkaya N. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe – hemşirenin rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **6(2)**.

Büyükkoca M. (2001). Algılanan sosyal Destek ile Postpartum depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Dokuzeylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*, İzmir; 7–19 .

Bertan M, Güler Ç. (1997). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Güneş Kitabevi, Ankara 2. baskı.

Case A, Paxson C. Mothers and others: Who invests in children’s health? *Health Econ* 2001; 20:30:301–28

Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç G, Türkmen M. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **12(1)**.

Çay, G. (1989). Prematüre bebeğe sahip annelerin bebek bakımı konusunda bilgi gereksinimleri, *Yayınlanmış Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik Programı

Çavuşoğlu H. (2002). Çocuk Sağlığı Hemşireliği(Genişletilmiş 6. Baskı). Cilt 2, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Dinç S. (2005). Şanlıurfa merkezde bulunan 4 numaralı sağlık ocağına kayıtlı '0-1' yaşında çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının bakımında uyguladıkları geleneksel uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1,2.

Dağoğlu T, Görak G. (2002). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri, Nobel Tıp Kitabevleri.

Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan NÖ. (2004). Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 53;17-24.

Gölbaşı Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,7(2):ss 15-22.

Güler Ç, Akın L. (2006). Halk sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları

Güner S. (2009). Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Yenidoğan Günleri,20-21 Mart: 245-256

Gençalp N.S. (1998). Postnatal Dönem Evde Bakım, 1. Ulusal Evde Bakım Kogresi Kitabı, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Gökçay G, Bulut A: Epidemiyoloji ve Sağlık Ölçütleri. Ed: Neyzi O. Ertuğrul T. Pediatri. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri,2002,37-43



Hancıoğlu A, Koç İ. (2000). The State of Children and Women in Turkey, Unicef,Turkey.

Hancıoğlu, A. (1999). “Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü”, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, s:97-104

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara 2004.

Hancıoğlu A, Alyanak İ. (2000). Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü

Kızılkaya N. (1996). Annelerin Erken Lohusalık Dönemindeki İlgilerinin Belirlenmesi. Perinatoloji Dergisi, **4(4)**: 245–248

Levin A.(1994). The mother- infant unit at Tallin Children’s Hospital, Estania : a trully baby friendly unit. Birth ; 21: 36–44

Lugina H I, Christensson K, Massawe S at al (2001). Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: A study of primiparous mothers in dar es salam, Tanzania J midwifery 8 wawens Health, **46(4)** : 248- 257.

Ladfors L, Erikson M, Mattson L A et al (2001). A population based study of swedish women’s opinions about antenatal, delivery and postpartum care, Acta Obstet Gynecal Scand, **80(2)**: 130–6

Meyer E, Snelling L, Myren L. (1998). ‘Pediatric Intensive Care: The Parents’ Experience. Vol. 9, No. 1 February

Moehn DG, Rosetti L. The effects of neonatal intensive care on parenteral emotions and attachment. Transdisciplinary J 1996;6: 229-46

Mucuk S, Başer M, Korkmaz Z, Seviş Ü. (2005). Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14 ( Ek sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 54–58.

Okyay P, Atasoylu G, Meteoğlu D, Demiröz H, Çobanoğlu M, Beşer E. (2006). Aydın İlinde 2004 yılı Bebek Ölümleri ve Ölü Doğumlar: Bildirim Sorunları, Tanımlayıcı Özellikleri ve Nedenleri; **7(2)** : 3–12

Özçebe, H. (2001). “Türkiye’de Çocuk Sağlığının Durumu”, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Özgür, T., Özgür S. (1994) Sosyal Pediatri, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:102, İzmir

Ruchala P L. (2000). Teaching New Mothers: Priorities of Nurse and Infants in a Neonatal Intensive Care Unit. Pediatric Nursing. **27(3)**: 281–286

Şenses M, Yıldızoğlu İ. (2002). Sekiz ayrı ildeki kaynana ve gelinlerin loğusalık ve çocuk bakımında geleneksel uygulamaları. Çocuk Forumu; **5(2)**:44-48

Turan T, Başbakkal Z. (2006). Study on Validity and Reality of A Turkish Version of the Parental stres scale: Neonatal Intensive Care Unit. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (2006) 32–42

Turan T, Bolışık B. (2003). Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **7(1)**

Tezcan S, Özçebe H. (2003). Türkiye’de Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölümleri. 47. Milli Kongresi. İstanbul, 21–23 Ekim.

Türk Neonatoloji Derneği Çok Merkezli Çalışma Grubu. Türkiye’de Perinatal Mortalite, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 43.315–320.2000

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları TNSA (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları TNSA (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Sağlığı Programı, Editör Cem Turaman, 1998

UNICEF. International Convention on the Rights of the child. 1989. Available at :[http :  
// www.unicef.org/crc/commitment.htm Accessed 20 may 2005.](http://www.unicef.org/crc/commitment.htm)

Vurur S, Tiryakioğlu E, Sevinç E, Aslan G, Toker Ö.(2007). Doğum Sonu Dönemde Verilen Bebek Bakımı Eğitiminin Annenin Bebek Bakımına Etkisi

Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstrom A. (2006). Mothers experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. 2006. Nordic college of caring science, scand ; caring sci ; 20,35-41.

Zaner RM, Bliton MJ. (1991). Decisions in the NICU: The moral authority of parents. Child Health Care ;20:19-25

## 8. EKLER

### Ek-1. Anket Formu

## YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN YENİDOĞAN BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

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

Nuran BİLGİLİ

**Anket No :**

**Görüşme Tarihi:**

**Telefon no:**

**1. Cinsiyetiniz:**

1. Kadın( ) 2. Erkek( )

**2. Kaç Yaşındasınız?.....**

**3. Eğitim Durumunuz Nedir?**

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

**4. Mesleğiniz Nedir?**

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

**5. Nerede Oturuyorsunuz?**

1. İl( ) 2. İlçe( ) 3. Köy( )

**6. Aile Tipiniz Nedir?**

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

**7. Sosyal Güvenceniz Nedir?**

1-SSK( ) 2-Emekli Sandığı( ) 3-Bağ-Kur ( ) 4-Yeşil Kart( ) 5-  
Özel Sağlık Sigortası( ) 6-Sağlık Güvencesi yok( )

**8. Bu Doğumun Kaçınıcı Gebelik Olduğunu Belirtiniz?.....**

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

.....

**10. Bu Doğum Nasıl Gerçekleşti ?**

1-Normal Vajinal Yolla( ) 2- Sezeryan ile( ) 3-Diğer( ).....

**11. Diğer yaşayan çocuk sayınızı belirtiniz?**

1. Hiç çocuğum yok( )    2. Bir çocuğum var( )    3. İki çocuğum var( )  
4. Üç çocuğum var( )    5. Dört ve üzeri çocuğum var( )

**12. Bu Gebelik İsteyerek mi Gerçekleşti?**

1. Evet( )    2. Hayır( )

**13. Siz/Eşiniz Gebelik Döneminde Kontrollere Gittiniz mi?**

1. Evet( )    2. Hayır( ) (ise 15.soruya geçiniz)

**14. Kontrole kaç kez gittiniz?****15. Daha Önceki Doğumlar Nerede Gerçekleşti?**

1. Evde( )    2. Hastanede( )    3. Diğer ( ).....

**16. Daha önceki Doğumlardan Sonra Bebek Bakımına Yönelik Bilginiz Varmıydı?**

1. Evet( )    2. Hayır( ) (ise 18.soruya geçiniz)

**17-Hangi konularda bilgi aldınız?**

Yenidoğan bakım konuları	Evet	Kimden aldınız
1-Banyo		
2- Silme Banyo		
3- Pişik Bakımı		
4- İsilik Bakımı		
5- Konak Bakımı		
6- Ağız Bakımı		
7-Göz Bakımı		
8- Burun Bakımı		
9- Kulak Bakımı		
10-Göbek Bakımı		
11- Genital Bölgenin Bakımı		
12- Memelere Yönelik Uygulama		
13-Gazının çıkarılması		
14-Hastalık belirtileri		
15- İshal Yönünden İzlenmesi		
16- Sarılık Yönünden İzlenmesi		
17-Vücut Ağırlığı-Tartı		
18- Nefes Alma		
19- Vücut Isısının Değerlendirilmesi / Derece Kullanımı		
20- Sarılması, Giydirilmesi		
21- Emzirme ve Beslenme		
22-Uyku		
23- Ziyaretçiler		
24- Tarama Testleri ( Zeka testi / topuktan kan alma)		
25- Aşılar		
26- İlaç Kullanımı / Vitaminler		
27- Bebeğin Tutulması ( Pozisyon, Baş Desteği)		

Kimden eğitim aldınız

- 1)Sağlık personeli ( )
- 2)Kitap/Broşür( )
- 3)Televizyon( )
- 4)Akrabalar( )
- 5)Komşular( )
- 6)Diğer( )....

**18) Taburcu olunca evde bebeğinizin bakımı için günlük yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?**

1. Evet( )      2. Hayır( )

**19.Ne tür bir günlük yaşayacağınızı düşünüyorsunuz?**

.....

20. Aşağıda yer alan bebek bakımına ilişkin olan konulardan hangilerine yönelik olarak bilgi ve eğitim gereksiniminiz var?

<b>BAKIM GEREKSİNİMLERİ</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1-Banyo		
2- Silme Banyo		
3- Pişik Bakımı		
4- İsilik Bakımı		
5- Konak Bakımı		
6- Ağız Bakımı		
7-Göz Bakımı		
8- Burun Bakımı		
9- Kulak Bakımı		
10-Göbek Bakımı		
11- Genital Bölgenin Bakımı		
12- Memelere Yönelik Uygulama		
13-Gazının çıkarılması		
14-Hastalık belirtileri		
15- İshal Yönünden İzlenmesi		
16- Sarılık Yönünden İzlenmesi		
17-Vücut Ağırlığı-Tartı		
18- Nefes Alma		
19- Vücut Isısının Değerlendirilmesi / Derece Kullanımı		
20- Sarılması, Giydirilmesi		
21- Emzirme ve Beslenme		
22-Uyku		
23- Ziyaretçiler		
24- Tarama Testleri ( Zeka testi / topuktan kan alma)		
25- Aşılar		
26- ilaç Kullanımı / Vitaminler		
27- Bebeğin Tutulması ( Pozisyon, Baş Desteği)		

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı: EK: 216

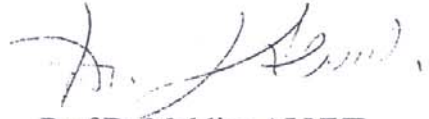
04.07.2008

Sayın Prof.Dr. Yıldız PEKŞEN

Etik kurulumuza sunmuş **‘Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin yenidoğan bakımı konusundaki bilgi gereksinimleri’** başlıklı OMÜ Etik 2008/ 205 Karar nolu **Anket** nitelikli araştırma projeniz ile ilgili değerlendirme çalışmaları sonuçlandırılmıştır.

Projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamalarınızı dikkate alarak değerlendirilmiş olup, OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul yönergesinin 5. maddesi gereği sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere bu araştırmanın uygulanmasında herhangi bir etik sakıncanın olmadığına ve araştırma tamamlandıktan sonra sonucunun etik kurulumuza bildirilmesi gereğine 30.06.2008 tarihli etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.



Prof.Dr.Muhlise ALVUR  
Etik Kurul Başkanı



## 9. ÖZGEÇMİŞ

Nuran BİLGİLİ 1983 yılında Samsun'da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Samsun'da tamamladı. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Giresun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'ne kaydoldu. 2004 yılında Hemşirelik Bölümünde dereceye girerek 3. olarak bitirdi. 2004 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2006 -2007 öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Programı'na başladı. 2006-2007 Öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yabancı Diller Eğitimi Araştırma Ve Uygulama Merkezi'ndeki İngilizce eğitimini başarıyla tamamladı. Halen Ondokuz Mayıs Üniversitesinde Hemşire olarak çalışmaktadır ve adı geçen yerde de eğitimine devam etmektedir.