T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Rıdvan DURAN

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN PREMATÜRE BEBEK ANNELERİNE TABURCULUK ESNASINDA VERİLEN STANDART VE GELİŞTİRİLMİŞ BEBEK BAKIMI VE BESLENME EĞİTİMİNİN ANNELERİN BİLGİ VE TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Gülay CESUR ÇINAR

EDİRNE – 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve deneyim kazanmamda emeği geçen Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Betül ACUNAŞ'a, tez danışmanım Prof. Dr. Rıdvan DURAN'a ve hocalarım Prof. Dr. Serap KARASALİHOĞLU, Prof. Dr. Mehtap YAZICIOĞLU, Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER, Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK, , Prof. Dr. Neşe ÖZKAYIN, Dr. Öğr. Üyesi Yasemin KARAL, Dr. Öğr. Üyesi Murat DEVECİ, Dr. Öğr. Üyesi Nükhet ALADAĞ ÇİFTDEMİR, Dr. Öğr. Üyesi Tuba EREN ve Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÖKMİRZA ÖZDEMİR'e teşekkürlerimi sunarım.

Sevgisi, azmi ve ışığıyla yolumu her daim aydınlatan canım annem ve babama, kardeşim Dr.Turay CESUR'a, hep benimle olan canım eşim Kadir ÇINAR'a, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ÇINAR ailesine ve varlığı ile hayatımı anlamlandıran canım kızım Ece'ye teşekkür ederim.

Son olarak uzmanlık öğrencisi arkadaşlarım ve tüm çocuk kliniği çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

PREMATÜRE BEBEĞİN TANIMI VE SORUNLARI 3

PREMATÜRE BEBEĞİN TABURCULUĞA HAZIRLANMASI 8

PREMATÜRE BEBEĞİN BAKIMI 12

PREMATÜRE YENİDOĞANIN TABURCULUK SONRASI İZLEMİ 17

TABURCULUK SONRASI BESLENMENİN İZLEMİ 19

PREMATÜRE BEBEKLERİN GÖZ, İŞİTME VE NÖROGELİŞİMSEL İZLEMİ .. 21

GEREÇ VE YÖNTEM 26

BULGULAR 31

TARTIŞMA 53

SONUÇLAR 63

ÖZET 65

SUMMARY 677

KAYNAKLAR 699

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABÖS : Ani Bebek Ölümü Sendromu

ADDA : Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı

AGA : Appropriate-For-Gestational Age (Gebelik haftasına göre uygun ölçülerde)

AS : Anne Sütü

BÇ : Baş Çevresi

ÇDDA : Çok Düşük Doğum Ağırlıklı

DA : Doğum Ağırlığı

DDA : Düşük Doğum Ağırlıklı

GH : Gestasyonel Hafta

İUBG : İntrauterin Büyüme Geriliği

LGA : Large- For- Gestational Age (Gebelik haftasına göre büyük)

PR : Prematüre Retinopatisi

SGA : Small-For-Gestational Age (Gebelik haftasına göre küçük)

YYBÜ : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum ağırlığına bakılmaksızın 37. gestasyon haftasını tamamlamadan doğan bebekler prematüre olarak kabul edilmektedir. Prematüre bebekler immatür olmaları nedeniyle, daha yoğun bir bakıma ve anne desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (1). Fizyolojik ve yapısal olarak term bebeklerden farklı olan prematüre bebekler, sağlık sorunları için oldukça fazla risk taşımaktadırlar. Apne, solunum problemi, hipotermi, ateş, enfeksiyon, hiperbilirubinemi, besleme ve gelişim sorunlarının taburculuk sonrası hastaneye tekrar yatışın en yaygın nedenleri olarak gösterilmiştir. Prematüre yenidoğanların bu durumu, düzenli danışmanlık hizmetlerinin sunulmasını gerektirmektedir (2).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)'nde yatan prematüre bebeğin hastaneden ne zaman taburcu edileceği kararı karmaşıktır. Bu karar çeşitli faktörler tarafından etkilenmekle birlikte öncelikle bebeğin tıbbi durumu temelinde verilir. Bu faktörler arasında ailelerin taburcu olmaya hazır olmaları, evde hangi bakım ihtiyaçlarının sağlanabilmesi konusunda farklı görüşler ve kalış sürelerini kısaltarak hastane enfeksiyonu riskini azaltma bulunmaktadır. Mümkün olduğu ölçüde, taburcu edilmeye hazır olup olmadığının belirlenmesi, bilimsel kanıtlara dayanmalıdır (3,4).

Prematüre bebeklerin izlemi sırasında aileler ile yakın ilişki ve iş birliği kurarak güven ortamının oluşturulması, hastaneden taburculuk işleminin tıbbi olarak, ailenin de eğitimsel,

sosyal ve duygusal olarak hazır olduğunda yapılması ve sonrasında uygun tıbbi izlemin iyi planlanması morbidite ve kronik hastalıkları azaltır (5).

Prematüre bebek anneleri ile yapılan çalışmalarda, bebeğin taburculuk sonrası tüm sorumluluğunu aldığında, annelerin kendilerini yetersiz hissettiklerini, bebeğin bakımına yönelik eğitim gereksinimlerinin olduğunu ifade ettikleri ve bebek bakımı konusunda kendilerini yetersiz hissettikleri için seyirci kalmayı tercih ettikleri belirlenmiştir (6-11).

Ülkemizde, yenidoğan bebek bakımına yönelik annelerin bilgi düzeylerini değerlendiren birkaç sayıda çalışma olup prematüre bebek annelerinin bilgi düzeyi ve tutumlarını inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır(12-18). Çalışmamızda, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi YYBÜ'nde 25.11.2019 - 25.06.2020 tarihleri arasında yatan prematüre bebek annelerine taburculuk esnasında prematüre bebek bakımı ve beslenmesine yönelik iki ayrı eğitim verilerek eğitim sonrası annelerin bilgi düzeyi ve tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Böylelikle ülkemizde bu konuda yapılan önceki çalışmalardan farklı olarak yüzyüze verilen iki farklı eğitimin prematüre bebek annelerinin bilgi düzeyi ve tutumları üzerine etkileri incelenecektir. Çalışmamızda annelerin bilgi düzeyini arttırarak kendilerini yeterli hissetmelerini sağlaması ve aldıkları eğitim ile prematüre bebeklerin sağlıklarının korunması hedeflenmektedir.

GENEL BİLGİLER

Yaşamın ilk 1000 günü boyunca ideal büyüme ve gelişme, yenidoğan sağlığı ve tüm yaşam boyu sağlıklı olmak için hayati bir öneme sahiptir. Büyüme, anne sütü ile beslenme ve plasental ortam gibi birçok doğrudan ve dolaylı faktöre bağlı olduğu gibi doğum öncesi izleme ve doğum sonrası bakımın önceliklendirilmesine önemli ölçüde bağlıdır. Bununla birlikte, hamilelik sırasında fetal büyüme kısıtlamasının, doğum sonrası olumsuz sağlık sonuçlarına ve mortaliteye neden olabileceği varsayılmaktadır (19-21).

Morbidite açısından, büyüme kısıtlaması veya büyüme yetersizliği, terim olarak erken intrauterin büyüme kısıtlaması, gestasyonel haftaya göre yetersiz büyüyen yenidoğan veya düşük doğum ağırlığı olarak gösterebilir. Teşhis zamanlaması dahil bu terimler arasındaki ayrım, uygun yenidoğan bakımı için anahtardır (20,21).

PREMATÜRE BEBEĞİN TANIMI VE SORUNLARI

Gestasyon haftası (GH) 37 tamamlanmış haftadan (<37 hafta +6 gün) erken doğan yenidoğanlar prematüre olarak kabul edilirler (22). Özel bakım gereksinimlerinde yol göstermesi açısından prematüre yenidoğanların tanımlanması şu şekilde yapılabilir:

Gebelik yaşlarına göre: ileri derecede prematüre (22 ile 32 hafta arası), orta derecede prematüre(32 hafta+1 gün ile 36 hafta +7 gün arası), sınırda prematüre (37 hafta+1 gün ile 37 hafta+7 gün arası) doğan yenidoğan olarak adlandırılır (23).

Doğum ağırlığına göre: Doğum ağırlığı 2500 gramdan daha az olanlar düşük doğum ağırlıklı (DDA), 1500 gramdan daha az olanlar çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA), 1000 gramdan daha az olanlar aşırı düşük doğum ağırlıklı (ADDA) olarak üç gruba ayrılır. Erken doğumların yarısından fazlasını (%65-70'i) 36 haftadan büyük ve doğum ağırlığı 1500 g'dan fazla, sınırda vakalar oluşturur. Son 10 yılda neonatolojideki bilgi ve deneyim birikimin artması, teknolojideki hızlı gelişmeler, Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri(YYBÜ)'nde teknik olanakların artması ile önceleri 28 hafta dış ortamda yaşayabilme sınırı kabul edilirken günümüzde 24 hafta, hatta son yıllarda 22 hafta olarak bildirilmektedir (23).

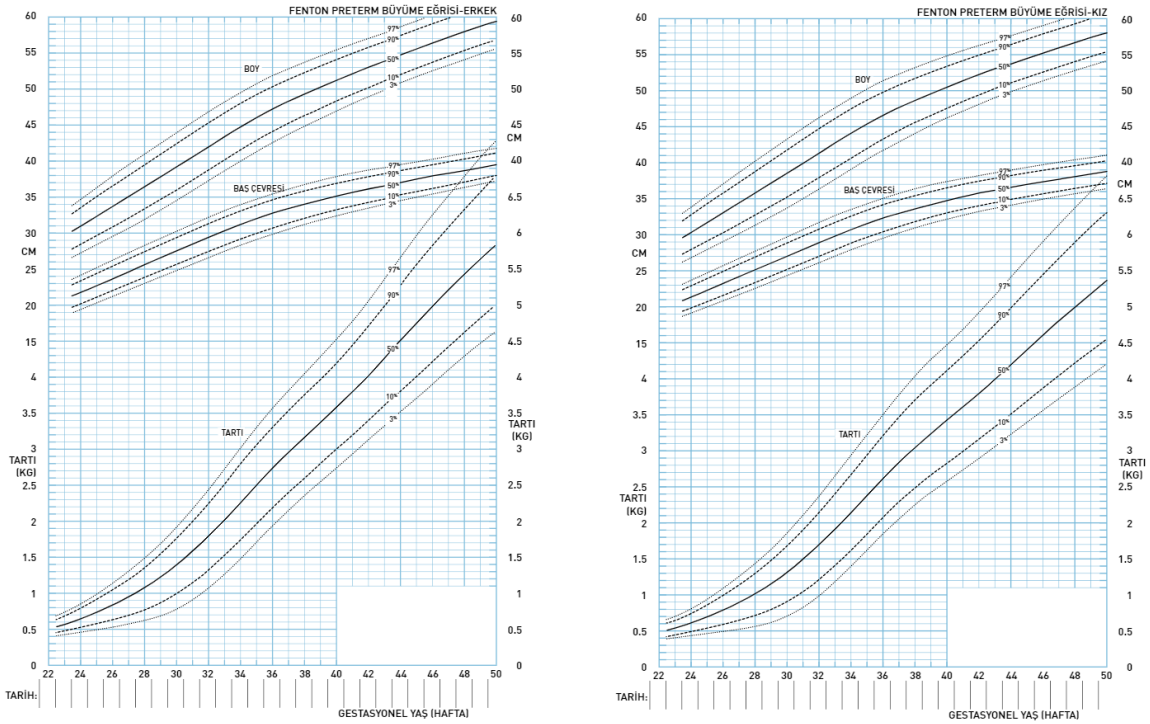
Gebelik haftasına göre büyüme durumu: Prematüre yenidoğanlar, doğum ağırlıklarının gebelik haftalarına uygun bulunduğu persantillere göre bir tanımlama yapıldığında 3 gruba ayrılırlar; 1. GH'ye göre yetersiz büyüyen yenidoğan (SGA) : <10.persantil;

2. GH'ye göre uygun büyüyen yenidoğan (AGA) : 10-90.persantil;

3. GH'ye göre fazla büyüyen yenidoğan (LGA) : > 90. persantil (23).

SGA tanımı için büyüme eğrilerinde 10. persantilin kullanımını öneren ilk yayınlar Lubchenco ve ark. (24) tarafından 1966 yılında, Usher ve ark. (25) tarafından 1969 yılında yapılmış olup; intrauterin büyüme ve gelişmenin bireysel farklılıklar gösterdiği ve gestasyon yaşına uygun seyretmediğinde fetal ölüme dahi sebep olabileceği bildirilmiştir. Günümüzde 2003 yılında oluşturulmuş ve 2013 yılında güncellenmiş olan GH'ye göre düzenlenmiş, her iki cinsiyet için ayrı ayrı hazırlanmış Fenton büyüme eğrileri kullanılmaktadır (Şekil 1) (26).

SGA ile İntrauterin Büyüme Geriliği (İUBG) terimleri arasında önemli bir fark vardır. SGA, bir bebeğin doğumda, genellikle bir çocuk doktoru veya neonatolog tarafından fiziksel olarak değerlendirilmesine dayanır. Bebeğin ağırlığı <10 persentil ise, bebek SGA'dır. SGA'nın teşhisi normal biyolojik büyüme potansiyeli ile patolojik veya uterin büyüme geriliği arasında ayrım yapmaz. Buna karşılık, İUBG genellikle kadın doğum uzmanı tarafından teşhis edilen inutero büyüme potansiyeline ulaşmayan bir fetusu tanımlamak için doğum öncesi kullanılan bir tanıdır. Bu nedenle, İUBG olan tüm bebekler SGA değildir ve benzer şekilde SGA olan bebeklerin hepsinde İUBG yoktur (27).



Şekil 1. Fenton büyüme eğrileri: A (erkek), B (kız)(26)

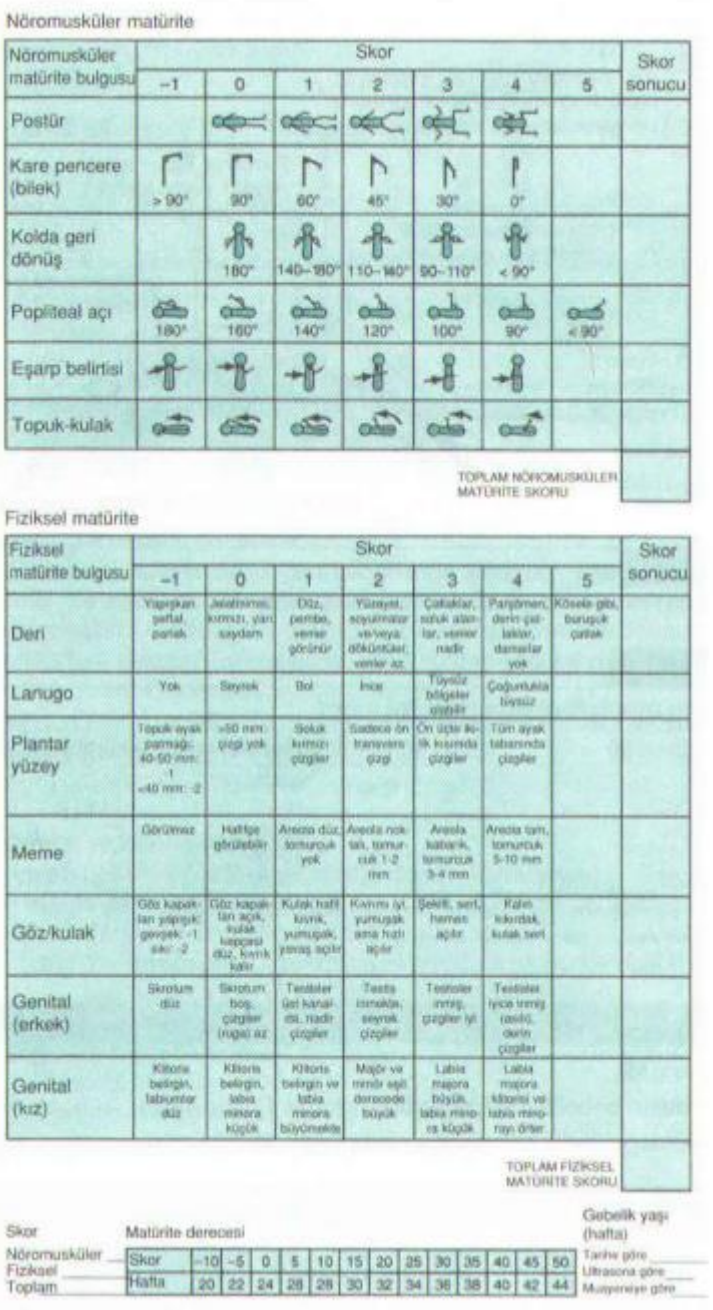
İUBG, simetrik veya asimetrik olarak iki şekilde görülebilir. Simetrik İUBG olan yenidoğanlarda hem baş hem de vücut gelişiminde gerileme mevcuttur. Simetrik İUBG gebeliğin ilk trimesterinde başlar. Kromozomal, genetik malformasyonlar,enfeksiyöz veya ciddi maternal hipertansif etiyolojileri olan durumlar gibi fetal hücre sayısını ciddi şekilde etkileyen hastalıklarla ilişkilidir. Erken dönemlerindeki azalmış besin öğeleri desteği, tüm organların büyümesini baskılayabilir. Asimetrik İUBG olan bebeklerde ise vücut ağırlığında azalma olmasına rağmen boy ve baş çevresi nispeten korunmuştur. Büyümedeki bu anormallik tipik olarak ikinci trimesterin geç dönemleri veya üçüncü trimestirde görülmekte olup, karotis arterindeki Doppler dalga formu hızının korunduğu görülür. Yalnızca beyin gelişimine izin verip, glikojen ve yağ depolanmasını kısıtlayan ve fetusa besin öğelerinin geçişinde azalmaya neden olan durumlarda olur. Anne beslenmesinin azlığı veya preeklampsi, kronik hipertansiyon gibi maternal vasküler hastalığın geç başlangıcı veya alevlenmesi ile ilişkilidir (27,28) .

Prematüre Yenidoğanların Fiziksel Özellikleri

Prematüre bebeklerde fizyolojik bir hipotoni mevcuttur. Baş gövdeye göre daha büyüktür, fontanel geniş, göğüs duvarı yumuşak yapıda, karın gergindir. İnce, jelatinöz bir görünümü olan bol verniks kazeoza ile örtülü cilt yüzeyi fazla ancak kahverengi yağ dokusu ve kas kitlesi azdır. Bu nedenle ısı kaybı ve gizli su kayıpları miad bebeklere göre fazla olur. Kulak kıkırdağının yapısı yumuşaktır. İleri derecede prematürelerde meme başı palpe edilemez veya çapı 0,5 cm'den küçüktür. Genellikle sırtta ve omuz başlarında bol lanugo tüyleri vardır. Ayak tabanındaki enine çizgiler ve bunlar arasındaki çukurluklar GH küçüldükçe gelişmemiş olabilir. Genital organlar az gelişmiştir. Erkek çocukta testisler skrotuma inmemiş, kızlarda labia majörler minörleri örtmemiştir (23,29).

Gebelik yaşı son adet tarihine göre hesaplama, antenatal erken dönem obstetrik ultrasonografik değerlendirme ve doğumdan sonra yenidoğan bebeğin klinik değerlendirilmesi ile belirlenebilir. Son adet tarihi ve birinci trimestirde yapılan erken obstetrik ultrasonografik değerlendirme en güvenilir metod olarak kabul edilse de ülkemizde sosyoekonomik ve kültürel düzeyin az olması, prenatal izlemin yetersiz olmasına ve son adet tarihinin bilinememesine sebep olmaktadır. Bu durumlarda gebelik haftasının doğru saptanması için yenidoğanın fiziksel ve nörolojik muayene bulguları ile hesaplanan skorlama sistemleri kullanılır. Bu skorlama sistemlerinden en sık kullanılanları Dubowitz (30) ve Ballard (31) skorlama sistemleridir. GH'ının belirlenebilmesi için fiziksel kriterler doğumdan hemen sonra değerlendirilebilirse de, nörolojik kriterlerin bebek uyanık ve sakin iken değerlendirilmesi gerekmektedir.

İlerleyen araştırmalar, teknolojik ve bilimsel ilerleme ile neonatolojideki değişimler sonucunda ÇDDA olan yenidoğanların yaşam şansı artmıştır. Bu bebeklerin GH tayininde Ballard skorlama sisteminin yetersiz kalması üzerine, Ballard ve ark. (32) kendi skorlama sistemlerini 20 ile 40. GH'sını kapsayacak şekilde 6 fizik ve 6 nöromüsküler bulgudan oluşacak şekilde güncelleyerek yeni Ballard skorlama sistemini oluşturmuşlardır (Şekil 2). Postnatal dönemde 26 hafta ve öncesinde doğan bebeklere ilk 12 saatte, 26 haftadan sonra doğanlara 96. saate kadar uygulanabilmektedir. Elde edilen fiziksel ve nörolojik muayene skorları toplamı, bebeğin gebelik haftasına denk gelmektedir. Yeni Ballard skorlama sisteminin doğruluğu ve uygulanabilirliği de yapılan çalışmalarca kabul edilmiştir (33).



Şekil 2. Yeni Ballard skorlama sistemi (32)

Prematüre bebeklerin sorunları, olgunlaşma eksikliği (immatürasyonu) oranında daha sık görülen tüm sistemleri içeren sorunlardır. Bunların en önde gelenleri; respiratuvar distres sendromu, bronkopulmoner displazi, prematüre retinopatisi, patent duktus arteriozus, nekrotizan enterokolit, intraventriküler kanama, periventriküler lökomalazi, prematüre anemisi, prematüre apnesi, hipoglisemi, hipotermi, hiperbilirubinemi ve enfeksiyonlardır (34). Bu bebeklerin antioksidan savunma sistemleri yeterince gelişmemiş olduğu için doku hasarına term bebeklere kıyasla daha hassastır. Serbest radikal hasarından kaynaklanan ortak bir

mekanizma ile ortaya çıkan çeşitli hastalıklar grubu, "neonatolojide oksijen radikal hastalığı" terimini getirilmiştir. Bu hastalığa dahil olan durumlar respitatuar distres sendromu, bronkopulmoner displazi, prematüre retinopatisi, nekrotizan enterokolit, periventriküler lökomalazi ve patent duktus arteriozus olabilir (35).

PREMATÜRE BEBEĞİN TABURCULUĞA HAZIRLANMASI

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ) 'nde yatan bir prematüre bebeğin hastaneden ne zaman taburcu edileceği kararı karmaşıktır. Bu karar çeşitli faktörler tarafından etkilenmekle birlikte öncelikle bebeğin tıbbi durumu temelinde verilir. Bu faktörler arasında ailelerin taburcu olmaya hazır olmaları, evde hangi bakım ihtiyaçlarının sağlanabilmesi konusunda farklı görüşler ve kalış sürelerini kısaltarak hastane enfeksiyonu riskini azaltma bulunmaktadır. Mümkün olduğu ölçüde, taburcu edilmeye hazır olup olmadığının belirlenmesi, bilimsel kanıtlara dayanmalıdır. Hastanede kalış süresinin kısaltılması bebeğin ve ebeveynlerin ayrılma süresini azaltarak bebeğe ve aileye yarar sağlayabilir. Bununla birlikte, en önemli endişe, bebeklerin fizyolojik stabilite oluşturulmadan önce taburcu olma ile mortalite ve morbidite riskinin artırılabileceğidir. Sonuç olarak, sağlık uzmanları taburcu için hazır olup olmadığının değerlendirilmesi ve daha sonraki bakım için planlama konusunda rehberliğe ihtiyaç duyarlar (3,4,36).

Türk Neonatoloji Derneği'nin hazırladığı Yüksek Riskli Bebeğin İzlem Rehberi'nde YYBÜ'nde yatan bebeğin taburculuğa uzanan yönetim planı; bebeğin taburculuğa hazır olduğunun tespiti, aile ve ev ortamının hazırlığı ve aile ve sağlık bakımını sağlayacaklar arasındaki iletişim olarak 3 basamakta ele alınmıştır (4,5,37,38).

1. Bebeğin taburculuğa hazır olduğunun tespiti

- Taburculuktan en az 12 saat önce klinik olarak vital bulguların normal aralıkta seyretmesi (solunum hızı <60/dak, kalp atım hızı 100-160 atım/dak, aksiller ısı 36,5-37,4°C),
- Yeterli tartı alımının olması (2000 gr altında 15 gr/gün, 2000 gr üstünde 15-20 gr/gün,
- Oda ısısında açık yatakta ve giysili iken vücut ısısını koruyabilmesi,
- Apne ve bradikardi görülmeden yeterli ve uygun şekilde beslenmesi ve solunum kontrolü sağlanması,
- Uygun aşılarının ve metabolik tarama testlerinin yapılmış olması,
- İşitme taraması ve görme muayenesinin yapılmış olması,

- Nörolojik, gelişimsel ve nörodavranışsal durumu değerlendirilerek ailenin bilgilendirilmesi,
- Beslenme konusunda oluşabilecek risklerin belirlenmesi ve bebeğe özgü ev bakım planı hazırlanmalıdır (5,36).

2. Aile ve ev ortamının hazırlığı

- Aile bireylerinin ruhsal durumlarının taburculuğa hazır olması,
- Bebeğin bakımını üstlenecek en az iki kişinin temel bebek bakımı hakkında yeterliliklerin sağlanması,
- Ailenin ekonomik durumunun bebek bakımına etkisinin değerlendirilmesi (24 saat iletişimde olabileceği telefonun olması, elektrik ve temiz içme suyu ve yeterli ısınma koşullarının varlığı),
- Uygun ev ortamının varlığı (bebek odasında uygun ısısının sağlanması, mümkünse güneş görmesi ve gün içinde en az iki kez havalanması, bebek beşiğinin anne odasında yer almalı, evde kesinlikle sigara kullanılmaması),
- Yanık, zehirlenme gibi ev kazalarına yol açmayacak bir ortam sağlanmalı,
- Ailenin ve bebek bakımında görev alacaklar şu konularda bilgi, beceri ve özgüven kazanmış olmalı;
  - Normal ve patolojik bulguları ayırabilme,
  - Dakikada solunum sayısı, kalp atım hızı, beden ısısı gibi temel bulguları takip edebilecekleri bilgilere sahip olma,
  - Bebeğe gerektiğinde temel yaşam desteği sağlayabilmesi,
  - Önemli hastalık belirtilerini tanıyabilme (ateş, beslenememe, kusma, ishal, vb.),
  - Hijyen kurallarına uyarak yenidoğan bebek bakımı ve beslenmesini sağlaması,
  - Uyku ve araç içi bebek güvenliği ile ilgili bilgilendirilmesi,
  - Ev kazalardan korunma ile ilgili bilgilendirilmesi,
  - Özel bakım gereksinimi olan bebeklere gerekli uygulamalarını doğru yapabilme (gastrik tüp ile beslenme, infüzyon pompası, ev tipi mekanik ventilatör, aspiratör, nabız oksimetre, trakeostomi, oksijen tüpü kullanımı ve mekanik aletlerin basit teknik sorunlarını bilme ve çözebilme),
  - Taburculuk sonrası evde devam etmesi gereken ilaçların kullanma şeklini ve saklama koşullarını bilmesi,

- Evde bakım sırasında hayati öneme sahip tıbbi aletlerin kullanımında olası elektrik kesintilerinde devreye sokulmak üzere yardımcı güç kaynağının hazırda bulundurulması,
- İzlemini engelleyecek ulaşım, yabancı dil gibi sorunların çözümlenmesi gereklidir (5,36).

3. Aile ve sağlık bakımını sağlayacaklar arasındaki iletişim ve taburculuk

Bebeğin taburcu olmasından önce aile ile bebeğin durumu ve takip süreci hakkında konuşulmalı, aile taburculuğa her açıdan hazırlanmalıdır. Ailenin soruları, anlayacakları şekilde ayrıntılı olarak yanıtlanmalı ve öneriler gerekirse yazılı şekilde verilmelidir. Taburculuk bilgilerini içeren epikriz eksiksiz hazırlamalıdır. Epikriz yazılırken Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü'nün 09.07.2015 tarih ve 81595070/060.05/259 sayılı resmi yazısında yer alan "Yenidoğan Yoğun Bakım Epikriz Formu" kullanılması önerilir (5).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) tedavi gören hastaların taburculuk sonrası takip programları ile ilgili geniş kabul görmüş standart bir uygulama yoktur. Ayrıca yüksek riskli bebekler için risk faktörleri kategorize edilmemiş olup her merkez tarafından tecrübe, yeterli ve donanımlı sağlık ekibi ve teknik-tıbbi malzemeye ulaşım gözetilerek ele alınan farklı kategoriler dikkat çekmektedir (Tablo 1) (5).

Bu izlemde önemli olan noktalar; bebeğin önceden tanımlanmış sorunlarını izlemek, ortaya çıkabilecek yeni sorunları tanımak ve gerektiğinde ilgili bilim dallarına yönlendirmek, aynı zamanda rutin sağlam çocuk izlemini de yürütmektir (39).

	Yüksek risk (Düzey 3-4)	Orta risk (Düzey 2)	Hafif risk (Düzey 1)
Gestayon haftası ve doğum ağırlığı	<1 000 g <29 hf SGA ve LGA bebekler Fetal malnutre bebekler	1 000-1 500 g 29 – 34 hf Çoğul doğumlar	YYBB'de yatan > 1 500 g, >34 hf Geç preterm Erken term
Merkezi sinir sistemi	Evre 3-4 İKK Ventrikülomegali Kistik PVL Hidrosefali Perinatal asfiksia Konvulziyon Serebral infarkt Taburculukta anormal nörolojik muayene Doğumda ileri canlandırma gereksinimi	Evre 2 İKK Evre 2 HİE Doğumda temel canlandırma gereksinimi	Evre 1 İKK Evre 1 HİE
Solunum sistemi	Uzun süreli (>7 gün) MV Yüksek frekanslı ventilasyon BPD Pnömotoraks Ciddi apne	MV desteği (<7 gün) CPAP uygulaması	
Kardiyovaskuler sistem	EKMO-iNO uygulaması PPH İnotrop gereken şok Ciddi tromboz	Katater uygulaması (Umbilikal ve periferik yollu santral katater)	
Enfeksiyöz durumlar	Ağır sepsis Menenjit Nozokomiyal enfeksiyon HIV-pozitif anne bebeği İntrauterin infeksiyonlar	Kültür kanıtlı sepsis	Klinik sepsis
Cerrahi sorunlar	Diyafragma hernisi Trakeo-özefageal fistül Duodenal atrezi Cerrahi NEK Cerrahi ligasyonlu PDA Lazer uygulanan ROP Kardiak cerrahi hastalıklar Şant opere hidrosefali	Medikal tedavi gerektiren NEK ve PDA	Diğer cerrahi girişimler (inguinal, umbilikal herni, vs)
Diğer	Uzamış hipoglisemi Uzamış hipokalsemi İkizden-ikize transfüzyon Kan değişimi gereken sarılık Bilirubin ensefalopatisi Major konjenital malformasyon Metabolik/genetik hastalıklar Madde kullanan anne bebeği	Hipoglisemi (≤25 mg/dL, >3 gün süreyle) Ciddi sarılık Kısmi kan değişimi Uygunsuz çevre koşulları[b]	Geçici hipoglisemi Hipokalsemi Fototerapi gereken sarılık

BPD: bronkopulmoner displazi; CPAP: sürekli pozitif hava yolu basıncı; EKMO: ekstrakorporal membran oksijenizasyonu; HİE: hipoksik iskemik ensefalopati; İKK: intrakranial kanama; iNO: inhale nitrikoksit; LGA: gebelik yaşına göre büyük bebek; MV: mekanik ventilasyon; NEK: nekrotizan enterokolit; SGA: gebelik yaşına göre küçük bebek; PDA: patent duktus arteriozus; ROP: premetüre retinopatisi; PPH: persistan pulmoner hipertansiyon; PVL: periventriküler lökomalazi

[a]5. dakika Apgar skoru <3, multiorgan yetersizliği ya/ya da hipoksik iskemik ensefalopati ile medikal hipotermi tedavisi uygulanmış hastalar

[b]Düşük sosyoekonomik düzey, çok genç ya da yaşlı anne, psikolojik sorunlu, prenatal bakım alamayan, alkol-uyuşturucu kullanan anne

Tablo 1. Risk kategorileri (5)

Taburculuk sonrası izlemde anne ve babalar çoğunlukla YYBÜ'nde görev yapan sağlık çalışanları görmek ister, yeni bir ekibe güvenme konusunda zorlanabilirler. İdeal olan her YYBÜ'nin bir riskli yenidoğan polikliniğine sahip olması ve burada çalışan hekimlerin yoğun bakımda görev almasıdır (5,38).

Fakat homojen olmayan bir yerleşim nedeniyle sağlık hizmetine ulaşım olanaklarının güç olduğu ülkelerde ya da ekonomik sebeplerden bebeklerin takibini yapan sağlık ekibi değişebilir. Her bebek için bireysel izlem belirlenerek, farklı sağlık hizmet sağlayıcıları ile takip edilebilir (5,36,38,40).

1. ***Düşük riskli bebekler***: Pediatri uzmanı/birinci basamak hekimi,
2. ***Orta riskli bebekler:*** Yenidoğan uzmanı/pediatri uzmanı ile birlikte ekip izlemi gerekir. Bu ekipte bulunabilecekler; çocuk gelişim uzmanı; radyoloji uzmanı; oftalmolog; odyolog; çocuk psikoloğu; sosyal hizmet uzmanı; diyetisyen,
3. ***Yüksek riskli bebekler***: Yenidoğan uzmanı ve gelişimsel pediatri uzmanı ile birlikte ekip izlemi gerekir. Orta riskli bebek izlem ekibine ilave olarak; çocuk nöroloji uzmanı; çocuk kardiyoloji uzmanı; ilgili cerrah (çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, ortopedist, vs); çocuk konuşma terapisti; fizyoterapist; yüksek riskli bebeklerde tecrübeli beslenme uzmanı ile gerekliliği halinde takibi önerilir.

Günümüzde, tıbbi teknoloji prematüre bebeklerin hayatta kalma oranını önemli ölçüde iyileştirmiştir ve 34 hafta üzerinde doğan bebeklerin neredeyse tamamı hayatta kalmaktadır. Bu nedenle özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının bu bebeklerin ve ailelerinin karşılaştığı özel zorlukları farkedebilmesi önem teşkil eder (41).

PREMATÜRE BEBEĞİN BAKIMI

Prematüre bebeklerin YYBÜ'lerinden eve taburcu edilmesinin zamanlaması çok önemlidir. Nozokomiyal enfeksiyonlardan, ek morbiditelerden kaçınılması, büyüme/gelişme üzerine olumsuz etkilerin önlenmesi, bebek ile anne arasındaki bağın kuvvetlendirilmesi, gelişeceği çevrenin düzenlenmesi ve medikal harcamaların azaltılması yönünden hastanede kalış süresi uzatılmamalı, ancak bebek tıbbi olarak, ebeveynler ise eğitimsel, sosyal ve duygusal olarak hazır olmadan da taburcu edilmemelidirler. Bu nedenle taburculuk hastaneye giriş anından itibaren başlayan bir süreç olmalıdır (42).

Cilt Bakımı ve Banyo Yaptırılması

Deri; vücudun ısı düzenlemesini sağlayan, zararlı ışınlarına, toksinlere ve enfeksiyonlara karşı koruyucu bariyer görevi yapan, aynı zamanda duyu organı olma gibi birçok özelliği olan yaşamsal bir organdır. Yenidoğan bebeklerde derinin erişkinlerden farklı fizyolojik ve anatomik özellikleri nedeniyle cilt bakımı ayrı bir önem taşımaktadır (43).

Yetişkinlerde vücut ağırlığının %3'ünü deri oluştururken, prematüre bebeklerde %13'ünü oluşturmaktadır (44). Vücut yüzey alanının vücut ağırlığına oranı yetişkinlere göre prematüre bebeklerde beş kat daha fazladır. Bu özelliklerinden dolayı prematüre bebek cildi yetişkin cildine göre daha ince ve daha geçirgendir (45).

Epidermal tabakalaşmanın 13. gebelik haftasında başlamasının ardından yenidoğanda 34. gebelik haftasında epidermis gelişir. Prematüre bebeklerin cildi, yüksek transepidermal su kaybı, kimyasalların artan emilimi ve artan enfeksiyon riski ile karakterize bozulmuş bariyer fonksiyonuna sahip olgunlaşmamış bir cilde sahiptir. Doğumdan yaklaşık 2 hafta sonra, prematüre bebeklerin çoğunda miad bebeklerinkine benzeyen bir cilde sahip olmakla birlikte, derinin olgunlaşması 4 haftadan fazla sürebilir (46).

Kusma ve aspirasyonu önlemek için bebeğin banyosu iki beslenme arasında yaptırılır. Banyo, bebek odasında ya da banyo küveti içinde yaptırılabilir. Uygun oda sıcaklığı 27°C, su sıcaklığı ise 38–40°C olmalıdır. Banyo suyunun sıcaklığı en iyi şekilde termometre kullanılarak veya ön kolun iç yüzeyi ile test edilir. Küvet banyosu, hem ısının korunması hem de bebek konforu için silme şeklindeki banyoya tercih edilir (47).

Suyun yüksekliği bebeğin omzunu örtecek kadar olmalıdır. Stresi ve ısı düzensizliğini azalttığı için prematüre yenidoğanlarda tercih edilen ince bir tülbent ile suyun ile sarılı halde kundak banyo tekniği desteklenmektedir. Bebeğin önce başı en son vücudu yıkanmalı ve yıkama süresi 2-3 dakikayı geçmemelidir (48,49).

Yıkama sadece suyla yapılır. Eğer bir ürün kullanılacaksa nötral, boya ve parfüm içermeyen renksiz ve kokusuz olan sabun veya şampuan kullanılır. Çok sayıda farklı ürünler kullanılmamalı ve şampuan ya da sabunların içeriğinde Sodyum Lauryl Sülfat (SLS) ve Sodyum Laureht Sülfat (SLES) bulunmamalıdır (50).

Bebeklerde deri bütünlüğünün sağlanması, deri fonksiyonlarının ve gelecekteki deri hastalıklardan korunması için önem teşkil eder. Sık sık nemlendirme, atopik dermatit veya seboreik dermatitten muzdarip bebeklerde deri enfeksiyonlarının azaltılmasında net fayda sağladığı görülmüştür. Son çalışmalar, aile öyküsü nedeniyle hastalığı geliştirme riski yüksek olan çocuklarda bebeklik döneminden itibaren günlük nemlendirici uygulanmasının atopik dermatit oranını azalttığını göstermiştir (51,52).

Atopi öyküsü olan aileler, doğumdan sonra nemlendiricinin günlük uygulanmasının, yenidoğan bebeklerde atopik dermatit gelişmesini önlemesine etkili olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir (46). Bu doğrultuda cilt kuruluğu, fissür ve döküntüler görüldüğünde günde iki kez koruyucu amaçlı nemlendirici kullanılması önerilir (53). Kokusuz ve koruyucu madde içermeyen nemlendiriciler tercih edilmelidir (50). Nemlendiricilerin uygulanma bölgesi olarak ise baş ve kıvrım yerleri gibi daha az hava alan yerler hariç diğer bölgeler nemlendirilmelidir (54).

Saçlı Derinin Bakımı

Bebeklerin saçlı derisinde aşırı miktarda üretilen yağsı maddelerin birikimi sonucu, konak oluşur. Saçlı deride konak varlığında her gün banyodan önce bebeyağı veya saf sızma zeytinyağı ile masaj yapılarak konakların yumuşatılması, sonra da bebek şampuanı ile yıkanması ve bebek tarağı ile yumuşak hareketlerle saçın taranması yeterlidir (43).

Ağız Bakımı

Ağızdan beslenebilen, ağız içi temiz görünen bebeklerde ayrıca ağız bakımı yapılmasına gerek yoktur. Prematürelerde daha sık görüldüğünden ağız mukozası pamukçuk yönünden gözlenmesi önerilir. Pamukçuk, genellikle doğumdan sonraki iki haftada ortaya çıkar. Tedavisinde nistatin (mukostatin) 100.000 Ü/günde 3-4 kez ağıza damlatılarak kullanılır (55). Tedavi süresinin kısa sürmemesi, 1-2 hafta devam edilmesi önemlidir. Annenin meme başında çatlağı olması kandida enfeksiyonu gelişimine zemin hazırladığından anneye doğru emzirme teknikleri anlatılmalıdır. Ayrıca nemli emzirme pedleri kullanmaması, emzik ve biberonları dezenfekte etmesi, yıpranan emziklerin kullanılmaması önerilir (56).

Göz Bakımı

Çapaklanma yoksa özel bir göz bakımı gerekmez. Temiz yumuşak bir tülbent ya da steril gazlı bez yardımıyla kaynamış, soğutulmuş su veya serum fizyolojikle fazla bastırılmadan, göz kapakları dıştan içe doğru silinir. Çapak temizleninceye kadar işlem tekrar edilir. Enfeksiyonun bir gözden diğerine yayılmasını önlemek için her bir göze ayrı bir steril gazlı bez ya da tülbent kullanılmalıdır (55).

Bez Bölgesi Bakımı

Bez bölgesi ıslak ve kapalı olması nedeniyle maserasyona ve kandida, stafilokok ve streptokoklar gibi mikroorganizmaların yerleşmesine yatkın bir bölgedir. Dışkı florasındaki üreazların idrarla karşılaşması sonucu artan deri pH'sı dışkı proteaz ve lipazlarını uyararak stratum korneumun yapısına zarar verir (57).

Bez, her 3-4 saatte bir veya bebek altını her kirlettiğinde değiştirilmelidir. Yeni teknolojiyle üretilen bezler, yoğun emici özellikleri sayesinde derinin kuru kalma olasılığını artırmaktadır. Bez bölgesini temizlemek için su ve pamuk, havlu veya bez altın standart olduğu halde, tek kullanımlık alkol ve deterjan içermeyen ıslak mendiller pratik bir alternatif olmuştur. (58). Bez bölgesi temizlenirken silme önden arkaya doğru yapılmalıdır. Bez dermatiti tedavisinde ve oluşumunu önlemede %20 çinko oksit içeren kremler önerilmektedir (57).Topikal antibiyotikli kremlerin kullanımı gereksiz bulunmuştur (59). Bebek pudraları irritan kontakt dermatit ve inhalasyon riski nedeniyle kullanımı önerilmemektedir (60).

Diğer Bölgeler

Kulak ve burun temizliği sadece dıştan gelen kirler arındırılarak yapılmalıdır. Bebeğin burnuna süt ya da yağlı damlalar uygulanmamalıdır (55).

Yenidoğanın doğumundan sonra, göbek kordonu kurur ve 5-10 gün içinde düşer. Göbek kordonunun temiz ve kuru tutulması enfeksiyonu önlemede etkilidir. Topikal ajan uygulamalarından kaçınılmalıdır (43,61).

Tırnaklar bebeğe özel tırnak makası ile kesilmeli ve kısa ve temiz tutulmalıdır (43,62).

Bebek Masajı

Dokunma duyusu anne karnında ilk gelişen duyudur. Yenidoğanda deri, vücudun en duyarlı organı olup, yaşamın ilk haftalarında bebeğin çevresini tanıma, algılama ve iletişim kurmasında önemli bir görev üstlenir (63). Prematüre bebeklerin özellikle psikolojik, fizyolojik ve zihinsel gelişimi için önemlidir (64) .

Yapılan bir çalışmada annelerin, bebeklerini çıplak göğüslerine yaslayarak tensel temasta bulunmaları ile bebeklerin solunum ritimleri düzenli seyrettiği ve apne sayıları azaldığını göstermiştir (65). Bu etkiler sadece gelişigüzel dokunma ile bile olabilmektedir.

Masaj olarak tanımlanan sistemli dokunma ile nöroendokrin sistem uyarılmaktadır. Katekolamin ve kortizol yıkımının artması ile stres düzeyinin azalması sonucu, bağışıklığın güçlenmesi, bebeğin büyüme ve gelişmesinin hız kazanması, nervus vagus'un uyarılması ile besin emilimini arttıran insülin, gastrin gibi hormonların salgılanmasının artarak kilo alımının gerçekleşmesi, yenidoğan masajının bilinen en yaygın ve önemli etkilerindendir (63). Ayrıca uyku bütünlüğü ve derinliliğini sağladığı, bebeklerde gaz ve koliği azalttığı, anne ve bebek arasındaki bağı güçlendirdiği gösterilmiştir (66).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada günde üç kez, 15 dakika uygulanan masajın, 10 gün gibi kısa bir sürede prematüre ve DDA bebeklerin büyüme gelişmesini iyi yönde etkilediği vurgulanmıştır. Erken dönemde YYBÜ'nde masajın başlatılarak, taburcu olmadan önce sağlık çalışanları tarafından ailelere de öğretilmelidir (67).

Uyku Sağlığı ve Güvenliği

Uyku beyin gelişimi için çok önemli olup prematüre bebekler doğumdan sonraki ilk günlerinde günün büyük bir kısmını uykuda geçirirler (27). Prematüre bebekler günde ortalama 15-22 saat uyurlar. Biberonla beslenen bebekler genellikle emzirilen bebeklere (1-3 saat) göre daha uzun süre (2-5 saat) uyurlar. Uyku aralarında 1-2 saat uyanık olarak kalırlar. İlk birkaç haftada yerleşik bir gece-gündüz düzeni yoktur. Düzene girdikten sonra gece ortalama 8,5 saat ve gün boyunca 5,75 saat uyurlar (68).

Son yirmi yılda yaygınlığı azalmasına rağmen, Ani Bebek Ölüm Sendromu (ABÖS) gelişmiş ülkelerde bir yaş altındaki bebekler için önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda tanımlanan davranışsal risk faktörleri sigara dumanına maruziyet, anne yaşının <20 olması, prematürite, yüzüstü uyuma pozisyonu, yumuşak yatak ve aşırı ısınma diğer risk faktörleridir. Ani bebek ölüm sendromu sıklığı sırt üstü yatma pozisyonu ile yarıya düşmüştür (69,70). Bu nedenle tüm ailelere güvenli uyku uygulamaları anlatılmalı ve bebek güvenliği konusunda tavsiyeler verilmelidir.

Amerikan Pediatri Akademisi, 2016 yılında güvenli uyku uygulamaları hakkında bir öneri yayınlamıştır. En az ilk 6 ay ve tercihen yaşamın ilk yılı için anne ve bebek için aynı odada fakat ayrı uyku yataklarda uyumalarını önermiştir (71).

Bebekler için güvenli uyku uygulamaları:

• Geceleri ve gündüz uyku zamanlarında bebeği sırtüstü yatırılması, yan yatırmanın önerilmediği ve yüzükoyun yatırmaktan kaçınılması,

• Bebeği, güvenlik onaylı iyi oturan sert döşeğe sahip sağlam bir beşiğe yatırılması,

• Yastık veya yünlü yorganın bir yaşına kadar kullanmaması,

• Uyku sırasında bebeğin başını örtmeden, çarşafını ve örtüyü yatak altına sıkıştırarak yalnızca göğsüne kadar örtülmesi,

• Bebek giysileri üzerine çengelli iğne, nazar boncuğu gibi zarar verebilecek cisimler takılmaması,

• İlk 6 ay geceleri anneyle aynı odada ancak kendisine özel yatakta ayrı uyuması,

• Standart aralıktan daha geniş beşik çubuklarının olmaması tavsiye edilmiştir (71).

Ayrıca bebek güvenliği açısından gebelik döneminden itibaren kesinlikle sigara içilmemesi ve doğumdan sonra bebeğin sigara içen biri ile temas etmemesi (baba dahil) önerilir. Bebeğin çok sıcak-çok soğuk ortamda kalmaması aileye tavsiye edilmelidir.

Sırtüstü uyku pozisyonu boğulma ve aspirasyon riskini arttırmamaktadır. Gastroözofageal reflü olan bebeklerde bile bu riskin artmamasının nedeni aspirasyondan

koruyan havayolu anatomisi ve mekanizmaların varlığıdır (72). Bu nedenle, doğumdan 12 aylık olana kadar çoğu bebekte uyku sırasında sırtüstü pozisyon verilmesi önerilir (70,73-75).

Araç İçi Bebek Güvenliği

Ülkemiz de dahil olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde motorlu araç kazalarına bağlı mortalite ve morbiditeyi önlemek üzere yenidoğan bebekler ve süt çocukları için güvenli oto koltuğu kullanımı önerilmektedir. Üç veya beş noktadan emniyetli güvenli oto koltuğu, arabanın arka koltuğunda gidiş yönünün tersi yönde yerleştirilmelidir. Yanında mutlaka yüzyüze bakabileceği erişkin eşlik etmelidir (76).

Prematüre bebekler özellikle taburcu edilmeden önce tartısı 2000 gramdan az olanlar, araba koltuğunda ya da yatağında iken term yenidoğanlara göre daha fazla desatürasyon, apne ve bradikardi atağı geçirmektedirler (77). Bu nedenle prematüre yenidoğanların, özellikle tartısı 2000'dan az olanlar taburculuk edilmeden en az 90 dakika boyunca araba koltuğu testinin yapılması önerilmektedir (76). Desatürasyon ve 10 saniyeden uzun süren bradikardi (<80atım/dakika) gözlenmesi veya 20 saniyeden uzun süren apnenin izlenmesi testin başarısız olduğunu gösterir. Taburculuk öncesinde ailelere ara içi bebek güvenliği konusunda eğitim verilmelidir. Özellikle eve oksijen desteği ve apne izlemi için monitörle gönderilen prematüre yenidoğanlar için, bebek araba koltuğundayken oksijen saturasyonu sırtüstü ve araba koltuğu pozisyonunda iken ölçülmelidir (5,78).

PREMATÜRE YENİDOĞANIN TABURCULUK SONRASI İZLEMİ

Özellikle prematüre bebeğin büyüme hızı sadece somatik büyümenin izlenmesinin değil, nörolojik ve gelişimsel düzey, sağlık ve beslenme durumlarının da önemli bir göstergesidir. Büyümenin yakalanması deyimi ile bebeğin yaşına uygun ağırlık, boy ve baş çevresinin o yaşın 50. persentil değerine yakın olması ifade edilir. Prematüre bebeğin doğumdan sonraki büyüme hızının anne karnında olması beklenen büyümesine eşit bir hızda devam etmesi optimal büyüme olarak değerlendirilir (79,80).

Fakat intrauterin dönemdeki optimal büyüme modeli herhangi bir gebelik haftasında doğan prematüre bebeğin postnatal yaşamda gerçekleştirdiği büyüme şeklini genellikle yansıtmamaktadır. Gebelik haftası küçüldükçe optimal büyüme hızından sapmalar da artmaktadır (79,80).

Prematüre bebeğin büyümesinin izleminde düzeltilmiş yaş kavramı kullanılır. Düzeltilmiş yaş postkonsepsiyonel 40. hafta esas alınarak hesaplanır. Örneğin 30. gebelik haftasında doğan ve postnatal 20 haftalık olan bir bebeğin düzeltilmiş yaşı; postkonsepsiyonel yaş (30+20=50 hafta) – 40 hafta = 10 haftadır (81). Ağırlık izleminde 24 ay, baş çevresi için ise

18 ay boyunca düzeltilmiş yaşın kullanılması önerilmektedir. Üç yaşından sonra düzeltilmiş yaşın kullanılması tercih edilmemelidir. Prematüre bebeklerin önce baş çevresi (ilk 6 ayda) sonra ağırlığı (2-3 yaşta), daha sonra da boyu (3-7 yaş) büyümeyi yakalar (37).

Prematüre bebeğin büyümesinin izleminde hangi eğrilerin kullanılması gerektiği konusu tartışmalıdır. Ülkemizde yapılan çok merkezli çalışmanın sonucu olarak doğum sonrası ölçümlere dayanan büyüme eğrileri göz önüne alınabilmekle birlikte, daha uygun bir model henüz bulunamadığından, kısıtlılıkları bilinerek, güncel bir büyüme eğrisi kullanılabileceği belirtilmiştir (82,83).

Fetal büyümeyi değerlendirmek için 22. gebelik haftasından 50. haftaya kadar iki farklı cinsiyete ait büyüme eğrilerinin yer aldığı Fenton büyüme eğrisi tercih edilebilir (5,26). Fenton büyüme eğrilerinin doğum sonrası adaptasyonla uyumlu (yaşamın ilk günlerinde fizyolojik sıvı kaybını göz ardı etmesi nedeniyle) kabul edilememesi, boy eğrilerinin doğruluğunun sorgulanması ve 36. gebelik haftasından sonra doğum anında değerlendirmede iyi bir yöntem olarak kabul edilmemesi gibi nedenlerle Uluslararası Fetal ve Yenidoğan Büyüme Konsorsiyumu'nun (The International Fetal and Newborn Growth Consortium) multisentrik, multietnik, birçok maternal ve neonatal sorunun dışlandığı ileriye dönük INTERGROWTH-21st çalışması heyecan uyandırmış olmakla birlikte validasyon çalışmalarının tamamlanmamış ve <33 GH prematüre bebekleri içeriyor olması sebebiyle henüz kesin ve yaygın kabul gören bir öneri olarak değerlendirilememektedir (5,84,85). Öte yandan doğum sırasında 36 haftadan küçük bebeklerin SGA, AGA ve LGA olup olmadığının belirlenmesinde Olsen'in büyüme kartlarının kullanılması önerilmekle birlikte taburculuk sonrası kullanıma uygun görülmemektedir (5,86).

Yenilenmiş ve validasyonu gerçekleştirilmiş olsalar da hâlihazırda kullanılmakta olan büyüme eğrilerinin büyüme standartlarından ziyade doğum sonrası ölçümler sonucu elde edilmiş büyüme referanslarını ifade ettikleri unutulmamalıdır. Bugün için taburcu edildikten sonra kullanılabilecek büyüme eğrileri olarak Fenton büyüme eğrisinin düzenlenmiş şeklinden ve bebek miadına (40. gebelik haftası) ulaştığında ya da Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) büyüme standartlarına ulaştığı kabul edilen 50. gebelik haftasında, DSÖ'nün 2006 yılında geliştirdiği yapılagelen özellikteki standart büyüme eğrilerinin kız ve erkek Türk çocukları için geliştirilmiş şekli olan büyüme çizelgelerinden yararlanılabilir (87,88). Başka bir yaklaşım ise 40. ve 50. gebelik haftalarında her iki kartın birlikte kullanılması şeklindedir.

Prematüre bebeklerin büyümesinin izleminde tartı,boy ve baş çevresi takibi önemlidir (5).

- Tartı artışı için; 15-20 g/kg/gün
- Boy artışı için: 0,8-1 cm/hafta, ardından 3-6 ay 0,5 cm/hafta

- Baş çevresi (BÇ) artışı için: ilk 1-2 ay 1.0 cm/ hafta, 3-4 aylarda 0,5 cm/hafta, ortalama 0,7 cm/hafta artış olması beklenir.

Kritik dönem BÇ için ilk 1 yıl, final boy için ilk 3 yıl olup, BÇ'de 8. aya kadar, boy ve kiloda 2. yaşta yakalama olmaması, büyüme hızı ya da persantilinde azalma, aşırı ya da az tartı alımı tehlike işaretleridir (5).

TABURCULUK SONRASI BESLENMENİN İZLEMİ

Prematüre bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra nasıl besleneceğini belirleyen rehberler az sayıda ve çelişkilidir. Taburculuk sonrası izlem uygulamaları ülkelere, YYBÜ'lerine ve sağlık bakımını veren kişilere göre büyük farklılıklar gösterir (89).

Taburculuk sonrası anne sütünün ve emzirmenin desteklenmesi temel öneridir. Başarılı bir emme için gereken nörogelişimsel olgunlaşma ve koordineli bir emme-yutma-soluma fonksiyonu, ortalama 32-34. haftalarda gelişmeye başladığından, bu dönemde günde birkaç kez biberon veya emzirme yoluyla beslenmeye başlanan bebek, zamanla tüm beslenmesini oral yoldan yapabilecek düzeye gelmesi beklenir. Anne sütü (AS) alan prematüre bebeklerin 18 aylıkken psikomotor gelişimlerinin, prematüre formula ile beslenenlere göre daha iyi olduğu görülmüştür. AS'de yüksek oranda uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin (LCPUFA) bulunması ve antioksidan özelliği nedeni ile AS ile beslenen prematüre bebeklerde görme duyusu daha iyi gelişmiştir. AS mide boşaltılmasını hızlandırır, intestinal laktaz aktivitesini artırır ve prematüre mamalarına göre intestinal geçirgenliği azaltır, enfeksiyon ve nekrotizan enterokolit riskini azaltır (5,90).

Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji,Hepatoloji ve Nütrisyon Derneği (ESPGHAN) taburculuktaki tartıya göre bireyselleştirilmiş beslenme şemaları önermektedir Taburcu olurken tartısı post-menstruel yaşa uygun bebeklerin sadece AS devam etmesi, AS alamıyor ve formula ile besleniyorsa taburculuk sonrası LCPUFA'lı term formula ile devam etmesi önerilir. Taburcu olurken tartısı post-menstruel yaşa göre düşük olan bebekler ya/ya da BUN<10 mg/dL ise ve AS varsa; AS güçlendirici (anne sütünü sağıyorsa) ya da AS + Prematüre formül (PF) önerilir. Günde 2-3 öğün güçlendirici ya da PF eklenir (89).

Doğum ağırlığı 1500 g'ın altından ve 32 haftadan küçük doğanlarda düzeltilmiş 52. haftaya kadar AS ile birlikte AS zenginleştiricilerinin mutlaka kullanılması önerilmektedir. 34-35. haftadan ve 1850-2000 g'dan büyük prematürelerde ise duruma göre AS zenginleştiricileri kullanılabilir (89). Anne sütünün taburculuk sonrasında güçlendirilmesi 52 haftaya kadar sürdürülebilmekle beraber pratik değildir ve sadece AS'ye üstünlüğünü gösteren yeterli veri yoktur (91).Suboptimal büyüseler bile AS ile beslenen bebeklerin nörogelişimsel avantajları

devam etmektedir sadece AS veya term formulaya geçilebilir (89). PF ile beslenen bebekler, hiperkalsemi ve hiperfosfatemi gelişimi açısından izlenmelidir (92).

Vitamin D desteği: Prematüre bebekler için tam olarak tanımlanmamış olmakla birlikte son raporlara göre vücut tartısı >1500 grama ulaştığında ve tam enteral beslenmeye geçildiğinde 400 IU/gün D vitaminine başlanması, gerektiğinde maksimum 1000 IU/güne kadar çıkılması önerilmektedir (92,93).

Demir desteği: ESPGHAN 2010 yılı rehberinde doğum ağırlığı <1800 gr olan prematüre yenidoğanlar için ilk 6 ayda 2-3 mg/kg/gün demir alımı önerilmekteyken (94), TND'nin 2018 yılı önerilerinde en erken postnatal 2.haftada, 2-3 mg/kg/gün dozunda demir desteğine başlanması ve 12-15 aya kadar sürdürülmesi yer alır Ferritin >250 mcg/mL ise demir geciktirilir. Demir içeren formül 150 mL/kg/gün alıyorsa, demir sadece ADDA bebeklere önerilmektedir (92).

Çinko desteği: 1-2 mg/kg/gün, ADDA'da 3 mg/kg/gün olarak önerilir (95). Aşırı çinko alımı bakır emilimini baskılar.

Memeden emerek taburcu olan prematürelerin ilk 48 saatte ve birinci haftada mutlaka kontrolü gerekir. İlk 4-6 hafta; haftada/2 haftada bir izlenir. Ardından büyüme normalse ayda bir veya iki kez izlenir. Büyüme sorununa işaret eden bulgular baş çevresinin sekizinci ayda, tartı ve boyun ikinci yaşta yakalamaması ve boya göre tartıda anormalliklerin olmasıdır (92).

Kontrollerde ayrıntılı beslenme öyküsü alınır. Bebeğin gereksinimleri, besin alımı, antropometrik ölçümler, klinik, biyokimyasal verilerle uygun beslenme desteği planlanmalıdır.Büyümenin hızlandırılmasının, uzun dönemde vücut kompozisyonunda yağ içeriğini artırarak metabolik sorunlara yol açacağını ileri süren çalışmalar da göz önünde bulundurulmalıdır. Prematüre bebeklerde hastaneden taburcu olduktan 4-6 hafta sonra büyüme ve beslenmenin yetersiz olduğunu gösteren uyarı işaretleri Tablo 2'de verilmiştir (92).

Büyüme göstergeleri ve biyokimyasal göstergeler	Uyarıcı sınır değerler
Kilo alımı	<15- 20 gr/kg/gün
Boy uzaması	<1 cm/hafta
Baş çevresi büyümesi	<1cm/hafta
BUN*	<10 mg/dL
Fosfor	<4,5 mg/dL
Alkalen fosfataz	>450 IU/L
Prealbumin	<10 mg/dL
Sodyum	<133 meq/L
Ferritin	<50 mcg/L
25 (OH)Vitamin D	<50 nmol/L (20 ng/dL)

BUN: blood urea nitrogen

Tablo 2. Prematürenin taburcu edilme sonrası büyüme ve biyokimyasal izlemi (92)

Taburcu olduktan sonraki üç ay içinde günde 25-30 gr ağırlık artışı ve haftada 0,7-1.0 cm boy uzaması olması; 3-12 ay arasında ise 10-15 gr/gün kilo alması ve 0,4-0,6 cm/hafta boy uzaması bebeğin beslenmesinin iyi olduğunun göstergesidir (96).

PREMATÜRE BEBEKLERİN GÖZ, İŞİTME VE NÖROGELİŞİMSEL İZLEMİ

Prematüre Bebeklerin Oftalmolojik İzlemi

Prematüre retinopatisi(PR) erken doğan bebeklerde retinal damarların anormal proliferasyonuna bağlı oluşan ve patogenezi tam olarak aydınlatılamamış fizyopatolojik bir durumdur (97).

PR'nin gelişiminde pek çok etiyolojik etmen düşünülmüşse de en iyi bilinen risk etmeleri DDA ve gestasyonel haftanın düşük olmasıdır. Özellikle 1000 gram altında ve 28 haftadan erken doğan bebeklerde belirgin olarak arttığı bilinmektedir (98).

Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Oftalmoloji Akademisi'nin 2013 önerilerine göre DA ≤1 500 g ya/ya da GY≤30 hafta doğan tüm bebekler ile GY 30 haftadan büyük, DA 1500–2000 gram arasında ve klinik olarak problemleri olan, kardiyopulmoner destek gerektiren bebeklere tarama yapılması önerilmektedir (99).

Ülkemiz için önerimiz ise; GY ≤32 hafta ya da DA ≤1500 g doğan tüm bebekler ile GY>32 hafta ya da DA>1500 g olup kardiyopulmoner destek tedavisi uygulanmış ya da "bebeği izleyen klinisyenin PR gelişimi açısından riskli gördüğü" prematüre bebeklerin

taranması uygundur. Hastaların ilk oftalmolojik muayenesi GY 27 haftadan küçük olan bebeklerde PM 30-31. haftada, ≥27 haftada doğan bebeklerde ise postnatal dördüncü haftada yapılmalıdır (98). Prematüre retinopatisi muayene takviminde postmenstrüel yaş (gestasyonel yaş+kronolojik yaş) kullanılır (99).

Hastalığın sınıflandırılması "International Classification of Retinopathy of Prematurity" (ICROP) göre yapılmaktadır. Uluslararası sınıflandırma sistemi 3 klinik değişkeni temel almaktadır (100):

1-Yerleşim durumu: Hastalığın yerleşim durumunu belirtmek için retina optik sinirin merkez olduğu 3 bölgeye ayrılmaktadır (zon);

2-Vasküler proliferasyon derecesi (evre): Hastalık vasküler proliferasyon derecesi dikkate alınarak 5 evreye ayrılmaktadır;

3-Yayılım derecesi: Retinal yüzey saat kadranına benzer şekilde 30º'lik sektörlere bölünür. Bu şekilde hastalığın kaç saat kadranı boyunca yayıldığı tespit edilebilir.

Retinanın arka kutbunda arteriollerde kıvrımlanmanın artması ve venüllerde dilatasyon olması "plus" ya da "artı" hastalığı olarak isimlendirilmektedir. "Artı" hastalığının varlığı PR'nin ağırlığının bir göstergesidir ve vitreusta bulanıklık, iris damarlarında genişleme, pupil reaksiyonlarında azalma ile birlikte olabilir. Yeni terminolojide bu tablo agresif posterior PR olarak ifade edilmektedir. Acil tedavisi gerekir. İlk muayenede retinopati geliştiği saptanırsa hastalığın şiddetine ve ilerleme hızına göre izlem takvimi oluşturulur. Tüm bölgelerde retina damarları oro serrataya erişinceye kadar 1-3 haftalık aralıklarla izlem gerekir (99).Tedavide amaç avasküler periferik retina alanlarının ablasyonudur (97).

Retinadaki geçiren bebeklerde miyopi, ambliyopi, şaşılık, glokom, retina dekolmanı, nistagmus, katarakt, optik atrofi gibi geç dönem komplikasyonları gelişebilir. Ayrıca retinopati gelişsin ya da gelişmesin prematüre doğan çocuklarda şaşılık, ambliyopi ve kırma kusuru sıklığı artar. Bu nedenlerden dolayı prematüre doğan bebeklerin 9-12. ay, 2-3 yaşta ve okul öncesi tam oftalmolojik değerlendirme için taranmaları önerilmektedir (98).

İşitme İzlemi

İşitme kaybı, 1000 canlı doğumda 1-3 insidansla en yaygın görülen doğumsal bir sorundur. İşitme kaybı olan bebeklerin erken belirlenmesi ve altı aydan önce gerekli müdahalelerin yapılması ile bu çocuklarda konuşma ve dil gelişiminin, işitmesi normal olan yaşıtlarını yakaladığı gösterilmiştir (101).

2017 yılından itibaren doğan tüm bebeklerde işitsel beyin sapı yanıtı taraması (T-ABR) protokolünün uygulanmaktadır (102). İşitme tarama testleri, doğumdan sonraki 72 saat içinde

ya da bebekler hastaneden taburcu olmadan veya taburcu edilirken mutlaka yapılmış olmalıdır. Amaç, ilk 1 ayda tarama testlerini tamamlamak, işitme kaybı şüphesi olan bebeklerde 3. ayda ileri tetkikleri tamamlayarak işitme kaybı tanısı alanların 6. ayda tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlamaktır (101).

İlk işitme testinden kalan yenidoğanlarda T-ABR tekrarlanır. Tekrar testten kalan bebeklerde 3 ay içinde odyolojik değerlendirme yapılmalıdır. İşitme kaybı açısından bir ya da daha fazla risk etmeni taşıyan bebekler başlangıçtaki tarama testlerinden geçmiş olsalar bile 24-30 aydan önce odyolojik açıdan tekrar değerlendirilmelidir (5,102,103) (Tablo 3).

- Ailede çocukluk çağında işitme kaybı öyküsünün varlığı
- Prenatal etmenler: Annede madde bağımlılığı, gebelikte anneye verilen ilaçlar (aminoglikozid, isotretinoin, vb), izlemsiz gebelik
- Perinatal enfeksiyonlar (TORCH enfeksiyonları, zika virüsü, HIV, sfiliz, vb)
- Bakteriyal-fungal sepsis/menenjit
- Ototoksik ilaç kullanımı (Aminoglikozid, diüretik, vb)
- Perinatal asfiksi, zor doğum (örn: 5. Dakika APGAR skorunun <6 olması)
- 5 gün ve üzerinde YYBB'de yatmış olmak (prematürite, vb)
- 5 gün ve üzerinde mekanik ventilasyon tedavisi
- Persistan pulmoner hipertansiyon, EKMO ile tedavi
- Doğum ağırlığı ≤1 500 g
- Diyabetik anne bebeği, hipotiroidizm
- Kan değişimi gerektiren hiperbilirubinemi
- Nörodejeneratif hastalıklar
- Kraniyofasiyal anomaliler, dış kulak ya da kulak kanalı anomalileri, deri katlantısı, vb
- İşitme kaybı ile birlikte gidebilecek sendromlar, genetik hastalıklar
- Travma

Tablo 3. İşitme kaybı açısından risk faktörleri (5)

İşitme kaybı kesinleşen bebekler aynı zamanda görme işlevi açısından da değerlendirilmeli ve genetik danışmanlık verilmelidir. Bu aşamadan sonra işitmeyi, uzman eğitimciler denetiminde özel eğitim programları uygulanır (101).

Nörolojik ve Gelişimsel İzlem

Perinatal bakımın temel amacı sadece yaşatmak değil aynı zamanda ilerleyen yaşamda nörogelişimsel sorunların erken saptanması ve düzeltilmesine yönelik kaliteli bir bakım ve izlem hizmeti sağlamaktır. Son yıllarda yaşam şansı giderek artan prematüre bebekler nörolojik ve gelişimsel bozukluk açısından risk altındadır (5).

Özellikle DDA, erkek cinsiyet, çoğul gebelik; periventriküler ve intraventriküler hemoraji, periventriküler lökomalazi, hidrosefali, konvulziyon gibi Merkezi Sinir Sistemi

Bozukluklarının varlığı; korioamnionit varlığı; nekrotizan enterokolit, kronik akciğer hastalığı, prematüre retinopatisi gibi sorunlar; çoklu organ yetersizliğinin eşlik ettiği sepsis ya/ya da menenjit/ventrikülit; uzun süreli postnatal glukokortikoid kullanımı; yetersiz büyüme; doğuştan anomaliler; hipoksik iskemik ensefolapati ve taburcu olurken anormal nörolojik bulguların varlığı; tekrarlanan ağrılı girişimler ve genel anestetik maddelere tekrarlanan maruziyet; kan değişimi gereksinimi olan hiperbilirübinemi; tekrarlayan apne ve bradikardi; canlandırma, mekanik ventilasyon (>7 gün) ya/ya da yüksek frekanslı ventilasyon ya/ya da oksijen gereksinimi; uzun total parenteral nutrisyon gereksinimi, patent duktus arteriyozus (PDA), nekrotizan enterokolit (NEK), şant gibi cerrahi girişimler; Kötü sosyoekonomik durumu, annenin depresyonu, madde kullanımı, erken yaşta annelik nörogelişimsel bozukluk riskini arttırmaktadır (104,105).

Nörolojik değerlendirme, standart nörolojik muayene ve gelişimsel değerlendirmenin tüm yaşlarda yapılması önerilmektedir. Nörolojik muayene nörolojik değerlendirmenin önemli bir parçası olup, kaba motor fonksiyon, tonus, refleksler, serebellar fonksiyonlar, kraniyal sinir ler ve dil gelişiminin değerlendirmesini içermektedir. Muayeneye uyum ve iletişim yeteneği değerlendirmeye dahildir. Nörolojik değerlendirmede yaşa uygun Amiel-Tison kullanılırken, "Bayley Scale of Infant Development II-III (BSID)" ise 1-42 aylık bebeklerde anormal gelişimi belirlemede en yaygın olarak kullanılan testtir (106).

Prematüre bebeklerin nörolojik ve gelişimsel izleminde 2-3 yaşına kadar düzeltilmiş yaş kullanılmalıdır. Major bulguları değerlendirmek için en erken süreç düzeltilmiş 18-24 ay aralığıdır. Prematüre bebeklerin gelişiminin termler gibi düzenli olmayacağı iyi bilinmeli ve tek bir izole bozukluğun daha sonraki dönemlerde düzelebileceği unutulmamalıdır.Hastanede uzun süreli yatışlar ve tıbbi sorunların prematüre bebeklerde süregelen hipotonisitenin nedeni olabileceği ve bu durumun düzelebileceği akılda tutulmalıdır (107).

Bağışıklama

Prematüre bebekler aşı ile önlenebilir birçok hastalık nedeniyle hastalanma ve hastaneye yatma açısından risk taşımaktadır. Doğum ağırlıklarına ve gebelik yaşlarına bakılmaksızın (hepatit B ve BCG aşısı hariç) zamanında doğmuş bebeklerle aynı zamanda ve aynı programa göre aşılanmalıdır. Bebek klinik olarak stabil ve kilo alımı mevcutsa takvim yaşı 60 gün olunca başlanır, tam doz verilir. Aynı anda birden fazla enjeksiyon yapmamak için aşılama 2-3 gün içinde yapılabilir (5,108-110).

Hepatit B immünoproflaksisi: Doğum ağırlığı 2000 gramdan az bebeklerde Hepatit B aşısı sonrası serokonversiyon beklenenden daha düşük görülebilir. Doğum ağırlığı 2000 gramdan az olan ve annesi HBsAg negatif olan bebeklerin ilk dozu 1.ayda veya 30 günden önce

taburcu olursa hastaneden taburcu olmadan önce, 2. doz 1. dozdan bir ay sonra, 3. doz 1. dozdan altı ay sonra olmak üzere toplam 3 doz uygulanır. Doğum ağırlığı 2000 gramdan az olan ve annesi HBsAg pozitif olan bebekler ise doğum sonrası ilk 12 saat içinde hepatit B aşısı ve hepatit B immunglobulin yapılır, 1. ayın sonunda başlayarak 3 dozluk hepatit B aşılama şeması uygulanarak, toplam 4 doz olacak şekilde yapılır. Annede HbsAg bilinmiyorsa HBsAg testi yapılır.2000 gramın üzerinde DA olan bebeklerde 1 haftaya kadar sonuç beklenebilir. 2000 gramdan az DA olan bebeklerin annelerinde HbsAg test sonucu on iki saat içinde çıkmazsa anne HbsAg (+) gibi davranılarak aşı ve hepatit B immunglobulin yapılır(108).

BCG aşısı: 34 GH'dan sonra doğan bebekler takvim yaşına göre aşılanır. 34 GH'dan küçük doğan prematüre bebekler için doğumdan sonra postkonsepsiyonel 34 haftayı doldurduğunda ya da takvim yaşı en az 2 ay olduktan sonra ve 2000 grama ulaşmış olması durumunda yapılır(108).

DaBT-IPV-Hib ve konjuge pnömokok aşıları: Takvim yaşı 2.ayı doldurduğunda (doğum ağırlığı ve gestasyonel yaştan bağımsız olarak) tıbbi durumu stabil ve düzenli kilo alıyorsa tam yapılır. İlk doz aşı uygulamasında, apne görülen bebeklerde 2. doz sonrası yataklı tedavi kuruluşlarında 48-72 saat gözlem altında tutularak yapılması önerilir (111).

Kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği aşıları: 12. ayda uygulanır (108).

Rotavirüs aşısı: Prematüre bebeklerde hastanede yatış gerektiren gastroenterit etkenlerinden biri olması nedeniyle ülkemiz aşılama şemasında rutin olan bir aşı olmasa da ailelere önerilebilir. Ağızdan verilerek uygulanan aşısının ilk dozu postnatal 6 hafta-14 hafta 6 gün (postnatal 42-104 gün) aralığında uygulanmalıdır. Takvim yaşı 8. ay dolmadan aşılanma tamamlanmalıdır (108, 109). Düzeltilmiş yaşı 32 hafta ve üzeri (ortalama 34 hafta) olan prematüre bebeklere term bebeklerde uygulandığı şekilde aşılama yapılabilir. Amerikan Pediatri Akademisi YYBÜ'nde yatan bebeklerin taburculuk sonrası aşılamanın başlanmasını önermektedir. Tekrar yatışı olan bebeklere son 2-3 hafta içinde rotavirüs aşısı yapılmış ise diğer bebekler ile teması açısından dikkat edilmelidir (112).

Respiratuar sinsisyal virüs (RSV) profilaksisi: Özellikle BPD gelişen bebeklerin %50'si yaşamın ilk yılında pulmoner nedenlerle (pnömoni, RSV enfeksiyonu) hastaneye yatışları artmıştır. Bu hastalara RSV sezonunda, ilk 2 yıl bir monoklonal antikor olan palivizumab profilaksisi önerilmektedir. Palivizumab en erken Ekim ayında başlamak üzere RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla bir hasta için en fazla 5 doz uygulanması önerilmektedir (5, 108).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, 25 Kasım 2019 ve 25 Haziran 2020 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi YYBÜ'nde yatan prematüre bebek annelerinde taburculuk esnasında verilen iki ayrı eğitimin annelerin bilgi ve tutumları üzerindeki etkisini incelemek üzere tasarlanmıştır. Çalışmamız, ön test/son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Çalışma öncesi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yerel Etik Kurulu'nun 25.11.2019 tarihli 15/31 sayılı kararı ve TÜTF-BAEK 2019/426 protokol numarası ile onay alındı (Ek-1). Etik Kurul onayı alınmış ve ailelere okutularak imzalatılmış olan bilgilendirilmiş onam formu (Ek-2) ekte sunulmuştur.

Servislerin fiziki koşullarına bakıldığında, yenidoğan yoğun bakım ünitesi 20 kuvözden oluşmakta ve hemşire-hasta oranımız 1:3-1:5 arasında değişmektedir. Ünitemizde bir yoğun bakım odası, dört adet izolasyon odası, bir ileri bakım odası, bir süt sağma ve mama hazırlama odası ve bir emzirme odası vardır. Ayrıca taburculuk öncesi bebeklerin anneleriyle kaldığı 4 yataktan oluşan 2 adet anne odası mevcuttur.

Servisin genel özellikleri incelendiğinde, oksijen ihtiyacı olmayan, durumu stabil ve ileri bakımda takip edilen bebeklerin anneleri ortalama 6-8 kez beslenme ve bakıma katılmaktadır. Bunun dışında ziyaret saatleri 13:30-14:00 saatleri arasındadır ve babalar bebekleri yalnızca bu saatler aralığında görebilmektedir. Ziyaret saati bittikten hemen sonra ailelere bebeğin genel durumu hakkında ilgili hekim tarafından bilgilendirilmektedir.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- Gestasyon haftası 37 tamamlanmış haftadan (<37 hafta +6 gün) erken doğan ve anomalisi, ağır hastalığı olmayan bebeklerin anneleri
- Türkçe konuşup anlayabilen, sözel iletişim kurabilen ve psikiyatrik bozukluğu olmayan anneler
- Çalışmaya katılmayı kabul eden anneler

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri:

- Gestasyon haftası >38 hafta olan yenidoğanların anneleri
- Anomalisi olan bebeklerin anneleri
- Ağır hastalığı olan bebeklerin anneleri
- Herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olan anneler

Veri toplama aracı olarak; 'Anne-Yenidoğan Tanıtım Formu' ve 'Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Prematüre Bebek Bakımı ve Beslenmesine İlişkin Bilgi Durumlarını Değerlendirme Formu' kullanılmıştır.

Anne-Yenidoğan Tanıtım Formu (Ek-3): 2011 yılında YYBÜ'nde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına ilişkin bilgi düzeyini ölçen bir çalışmadan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan ve annelerin ve bebeklerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin soruları içeren form toplam 20 sorudan oluşmaktadır (12).

Prematüre Bebeğin Bakımı ve Beslenmesiyle ilgili Bilgi Formu (Ek-4): Prematüre bebek tanımı, özellikleri, bakımı, beslenmesi ve izlemi konuları içeren Türk Neonatoloji Derneği'nin hazırlamış olduğu 'Prematüre Bebeklerin Taburculuk Sonrası İzlem Kitapçığı' ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin hazırlamış olduğu 'Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi Taburculuk ve Emzirme Eğitim Kitapçığı' esas alınarak içerdikleri bilgiler doğrultusunda form oluşturulmuştur (29). Form çoktan seçmeli 13 soru ve doğru/yanlış olarak cevaplandırabileceği 7 soru olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

Bilgi formu hazırlanırken bilgi içeriğine göre sorular alt başlıklara ayrılmış olup taburculuk sonrası bebek beslenmesi ile ilgili 5 soru, taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi ile ilgili 3 soru, prematüre bebek kavramı ile ilgili 2 soru, prematüre bebeğin büyümesinin takibi ile ilgili 2 soru, uyku sağlığı ve güvenliği ile ilgili 2 soru, prematüre bebek odası ve giysileri ile ilgili 2 soru, cilt bakımı ve banyo yaptırılması ile ilgili 1 soru, ilk yılda karşılaşılabilecek sorunlar ile ilgili 1 soru, anne sütünün önemi ve saklanma koşulları ile ilgili 1 soru, bebek

güvenliği ve araba koltuğu ile ilgili 1 soru olarak tasarlanmıştır. Test önce ve sonrası her sorunun değeri, 1 bilgi tutum puanı olarak hesaplanması planlanmıştır.

Form annelerin prematüre bebek bakımı ve beslenmesine ilişkin konularda bilgi düzeyleri ve tutumlarını ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından daha önce 5 hekim, 5 hemşire ve çalışma dışında olan bebeği yenidoğan yoğun bakım servinde yatan 5 anneye uygulanarak soruların anlaşılabilirliği denenmiş ve geri bildirimler dikkate alınarak son hali düzenlenmiştir. Anket annelerin birbirinden etkilenmemesi için bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır.

Araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi araştırmacı tarafından anlatıldıktan sonra "Bilgilendirilmiş Onam Formu" nu imzalayan anneler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan anneler kapalı zarf yöntemiyle randomize edilerek çalışma ve kontrol grubu belirlenmiştir. Çalışma grubuna dahil olan annelere geliştirilmiş eğitim, kontrol grubuna dahil olan annelere ise standart eğitim verilmiştir.

Araştırmaya alınma kriterlerine uyan, prematüre bebeğinin stabil olup ileri bakıma alınan annelerin herhangi bir eğitim verilmeden önce "Anne-Yenidoğan Tanıtım Formu" ve "Prematüre Bebeğin Bakımı ve Beslenmesiyle ilgili Bilgi Formu"nu cevaplamaları istenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubundaki tüm annelere, ünitemizin ' Sağlıklı eve dönüş yenidoğan eğitim yönergesi' doğrultusunda bebekleri ileri bakıma geçtikten sonra bakımlar sırasında hemşirelerin yaptığı bakımları gözlemlemeleri ve uygulamalı öğrenmeleri için taburculuk öncesi süreç sağlanmaktadır (Ek-5). Hemşirelerin verdiği bu rutin eğitimde annenin yenidoğan bakımı ile ilgili bebeğin hijyeni, bebeğin beslenmesi ve anne sütünün yararları, bebeğin pozisyonu, bebeğin normal boşaltım takibi, bebeğin ısı takibi, bebeğin enfeksiyon kontrolü, sarılık ve bebeğin güvenliği annenin kendi uygulaması ve öğrendiklerini doğru anlatabilmesi amaçlanmıştır. Kullandığı ilaçların dozu, veriliş yolu ve veriliş saatini bilmesi ve taburcu olmadan önce uygulayabilmesi için annelere hemşireler tarafından eğitim verilmektedir. Taburculuk sonrası kontrol randevu tarihi, yenidoğan taraması ve işitme testinin sonucunu bilmesi, gerekliliği durumunda kontrol tarama tarihlerinin bilgilendirilmesi yapılmaktadır. Hepatit B aşısının yapıldığı tarih eğer yapılmadıysa taburculuk sonrası yapılması açısından gerekli bilgi verilmektedir. Ayrıca hekime başvurmayı gerektiren durumlar hakkında farkındalılığı sağlanmaktadır. Bakım hemşireleri tarafından rutin olarak ünitemizde yatan tüm bebek annelerine bahsedilen bu eğitim verilmektedir.

Çalışma grubundaki annelere bakımlar sırasında hemşireler tarafından verilen rutin eğitime ek olarak taburculuk esnasında geliştirilmiş eğitim verilmiştir. Taburculuk esnasında, geliştirilmiş eğitimin etkinliğini arttırmak amacıyla çevresel faktörlerden etkilenmeden ve

annenin kendini rahat hissedebilmesini sağlamak amacıyla, eğitimler yenidoğan yoğum bakım servisi içinde bebek başında uygulamalı olarak vizit saatlerinin dışında servis işleyişinde herhangi bir aksamaya sebep olmadan gerçekleştirilmiştir. Eğitim aracı Türk Neonatoloji Derneği'nin hazırlamış olduğu 'Prematüre Bebeklerin Taburculuk Sonrası İzlem Kitapçığı' ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin hazırlamış olduğu 'Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi Taburculuk ve Emzirme Eğitim Kitapçığı' esas alınarak içerdikleri bilgiler doğrultusunda slayt anlatımı şeklinde görsel sunum hazırlanmıştır (29). Bebek başında uygulamalı olarak 30-45 dakikalık görsel sunum bizzat araştırmacı tarafından anlatılmıştır. Eğitim esnasında düz anlatım, soru-cevap, resim gösterme ve demonstrasyon yöntemleri de kullanılmıştır. Annelerin endişeli olduğu ve bilmedikleri ancak merak ettiği konular için zaman ayrılarak görüşmeler tamamlanmıştır. Geliştirilmiş eğitim programının içeriği prematüre bebek özellikleri (prematüre bebek tanımı, düzeltilmiş yaş tanımı), prematüre bebek bakımı (prematüre bebek odası, giysi seçimi, göz bakımı, ağız bakımı, göbek bakımı, tırnak bakımı, bez bölgesi bakımı, cilt bakımı ve banyo yaptırılması, uyku sağlığı ve güvenliği, bebek masajı), prematüre bebeğin beslenmesi (beslenmenin önemi, beslenme aralığı, günlük beslenme miktarları, emzirme pozisyonları, anne sütünün yararları, anne sütünü saklama koşulları), ilk yılda karşılaşılabilecek sorunlar (kusmanın nedenleri ve dikkat edilmesi gerekenler, emmeme nedenleri ve sorunun giderilmesi için yapılması gerekenler, ağlama nöbetlerinin bilinmesi, sakinleştirme yöntemlerinin uygulanması, vücut ısı değişiklinin farkına varılması ve sorunun giderilmesi için yapılması gerekenler), araba koltuğunun kullanılması ve önemi, aşıların önemi ve aşılama programı, tarama testlerinin önemi ve zamanlaması, göz muayenesinin önemi ve zamanlaması, işitme muayenesinin önemi ve zamanlaması, nörolojik muayenenin önemi ve zamanlaması şeklindedir.

Kontrol grubundaki annelere bakımlar sırasında hemşireler tarafından verilen rutin eğitime ek olarak belirli bir emzirme hemşiresi tarafından taburculuk esnasında standart eğitim verilmiştir. Verilen bu eğitim Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin hazırlamış olduğu 'Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi Taburculuk ve Emzirme Eğitim Kitapçığı' esas alınarak içerdikleri bilgilerin düz anlatımı şeklindedir (Ek -6). Ünitemizde taburculuk esnasında çalışma öncesinde de uygulanan mevcut eğitimdir. Standart eğitimin içeriği; bebek bakımı (bebek giysilerinin özellikleri, göz bakımı, ağız bakımı, göbek bakımı, tırnak bakımı, bez bölgesi bakımı, konak bakımı uyku, burun tıkanıklığı, bebek banyosu, bebek masajı), enfeksiyon kontrolü, bebek beslenmesi (anne sütünün önemi, meme bakımı, anne sütünün yararları, anne sütünü saklama koşulları, mama ile beslenme) şeklindedir.

Her iki eğitim sonrası annelerin "Prematüre Bebeğin Bakımı ve Beslenmesiyle ilgili Bilgi Formu"nu annelerin cevaplamaları istenmiştir. Anket annelerin birbirinden etkilenmemesi için bizzat araştırmacı tarafından eğitimin verildiği gün yüz yüze uygulanmıştır.

Etik olarak benzer olanakları sunabilmek için araştırma tamamlandığında kontrol grubundaki annelere Türk Neonatoloji Derneği'nin hazırladığı prematüre bebeklerin taburculuk sonrası izlem kitapçığı verilmiştir (29).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki niceliksel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık, basıklık ve normallik testi ile değerlendirildi. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda, normal dağılım gösteren değişkenler için Wilcoxon testi kullanıldı. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırılmalarında bağımlı gruplarda Wilcoxon testi uygulandı.

Analizlerde sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak, kategorik veriler frekans dağılımı ve yüzde şeklinde verilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Sayısal değerler "n (%)" olarak verildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi ($p<0,05$ olduğunda anlamlı, $p>0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi).

BULGULAR

Çalışmamız yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan 78 prematüre bebek annesi ile yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen annelerin yaş ortalaması 29,82±6,19 (minimum 17, maksimum 42) yıl olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri ve tanıtıcı bilgileri Tablo 1'de görülmektedir. Annelerin %2,56'sı 18 yaş altında, %24,36'sı 18-25 yaş, %23,08'i 26-30 yaş, %29,49'u 31-35 yaş ve %20,51'i 35 yaş üstündedir. Annelerin eğitim durumu incelendiğinde; %16,67'si ilkokul, %15,38'i ortaokul, % 35,9'u lise, %10,26'sı ön lisans ve %21,79'u lisans mezunudur. Annelerin, %39,74'nün çalıştığı saptanmıştır.

Eşlerin %6,41'i ilkokul, %21,79'u ortaokul, % 34,62'si lise, %11,54'ü ön lisans ve %25,64'ü lisans mezunu ve eşlerin %91,03'ü çalışmaktadır. Annelerin %23,08'i gelirlerinin giderden az, %60,26'sı ise gelirlerinin gidere denk olduğu ve %16,67'si gelirlerinin giderden fazla olduğunu belirtmiştir. Geliştirilmiş eğitim ve standart eğitim verilen annelerin gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,027).

Geliştirilmiş eğitim ve standart eğitim verilen annelerin yaşları, öğrenim durumları, eşlerinin öğrenim durumları, çalışma durumları gruplar arasında homojen dağılım göstermiştir (p>0,05)(Tablo 4).

Tablo 4. Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri

		Geliştirilmiş eğitim n(%)	Standart eğitim n(%)	Toplam n(%)	p
Yaş grubu	18 den küçük	1(2,56)	1(2,56)	2(2,56)	0,799**
	18-25 yaş	11(28,21)	8(20,51)	19(24,36)	
	26-30 yaş	7(17,95)	11(28,21)	18(23,08)	
	31-35 yaş	11(28,21)	12(30,77)	23(29,49)	
	36-50 yaş	9(23,08)	7(17,95)	16(20,51)	
Eğitim durumu	İlkokul	7(17,95)	6(15,38)	13(16,67)	0,877**
	Ortaokul	6(15,38)	6(15,38)	12(15,38)	
	Lise	12(30,77)	16(41,03)	28(35,9)	
	Ön Lisans	5(12,82)	3(7,69)	8(10,26)	
	Lisans	9(23,08)	8(20,51)	17(21,79)	
Çalışma durumu	Hayır	24(61,54)	23(58,97)	47(60,26)	0,817*
	Evet	15(38,46)	16(41,03)	31(39,74)	
Eş eğitim durumu	İlkokul	3(7,69)	2(5,13)	5(6,41)	0,542**
	Ortaokul	9(23,08)	8(20,51)	17(21,79)	
	Lise	14(35,9)	13(33,33)	27(34,62)	
	Ön Lisans	6(15,38)	3(7,69)	9(11,54)	
	Lisans	7(17,95)	13(33,33)	20(25,64)	
Eş çalışma durumu	Hayır	3(7,69)	4(10,26)	7(8,97)	0,692*
	Evet	36(92,31)	35(89,74)	71(91,03)	
Gelir düzeyi	Az	7(17,95)	11(28,21)	18(23,08)	**0,027****
	Denk	29(74,36)	18(46,15)	47(60,26)	
	Fazla	3(7,69)	10(25,64)	13(16,67)	

*Mann Whitney U, **Kruskall Wallis

Çalışmaya katılan annelerin 64'ünün (%82,05) gebeliğinin planlı ve istenilen bir gebelik olduğunu belirtmiştir. Gebelik öyküsüne göre çalışmaya katılan anneler incelendiğinde yarısının ilk gebeliği olduğu ve 7'sinin (%8,97) 4 ve üzeri gebelik sayısı olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin 22'sinin (%28,21) sağlık sorunu olduğu saptanmıştır. Anneler yaşadıkları sağlık sorunlarının preeklampsi (%54), gestasyonel diyabet (%45), hipertansiyon (%36), erken membran rüptürü (%27),hipotiroidi (%9), kardiyak problem (%4,5) olduğu belirlenmiştir.

Gruplar arasında annelerin planlı gebelik yapması, daha önceki gebelik öyküsü, gebelik sayısı ve sağlık sorunu olması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Annelerin gebelik ve doğum bilgileri dağılımı

		Geliştirilmiş eğitim n(%)	Standart eğitim n(%)	Toplam n(%)	p
Planlı gebelik	Hayır	8(20,51)	6(15,38)	14(17,95)	0,555*
	Evet	31(79,49)	33(84,62)	64(82,05)	
Önceki gebelik	Hayır	19(48,72)	20(51,28)	39(50)	0,651*
	Evet	20(51,28)	19(48,72)	39(50)	
Gebelik sayısı	Bir	19(48,72)	20(51,28)	39(50,0)	0,495**
	İki	11(28,21)	7(17,95)	18(23,08)	
	Üç	5(12,82)	9(23,08)	14(17,95)	
	4 ve üstü	4(10,26)	3(7,69)	7(8,97)	
Sağlık sorunu	Yok	27(69,23)	29(74,36)	56(71,79)	0,615*
	Var	12(30,77)	10(25,64)	22(28,21)	

*Mann Whitney U, **Kruskall Wallis

Çalışmaya katılan annelerin 8'i ikiz bebek sahibi olması sebebiyle toplam bebek sayısı 86 olup bebeklerin 41'inin (%47,67) kız, 45'inin (%52,33) erkek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan ikiz annelerinin %50'si çalışma grubuna %50'si kontrol grubuna dahil edilmiştir. Doğum şekli olarak 59'unun (%75,44) sezeryan ile doğum gerçekleşmiştir. Bebeklerin ortalama doğum haftası 33,01±2,60 (minimum 26+3, maksimum 36+6) hafta olarak bulunmuştur.

Bebeklerin 8'inin (%10,26) 28 haftadan küçük, 19'unun (%24,36) 28-32 hafta arasında,22'sinin (%28,11) 32-34 hafta arasında ve 29'unun (%37,18) 34-37 hafta arasında doğduğu saptanmıştır. Bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları 1896,02±523,07 (minimum 700, maksimum 2480), ortalama boy uzunlukları 42,53±3,40 (minimum 33, maksimum 49) santim olarak saptanmıştır. Geliştirilmiş eğitim ve standart eğitim verilen annelerin bebeklerinin doğum özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Bebeklerin doğum özellikleri

		Geliştirilmiş eğitim n(%)	Standart eğitim n(%)	Toplam n(%)	p
Gestasyonel haftaya göre gruplar	<28	3 (7,69)	5(12,82)	8(10,26)	0,566**
	28-32	12(30,77)	7(17,95)	19(24,36)	
	32-34	10(25,64)	12(30,77)	22(28,21)	
	34-37	14(35,9)	15(38,46)	29(37,18)	
Doğum şekli	Normal	9(23,08)	10(25,64)	19(24,36)	0,792*
	Sezaryen	30(76,92)	29(74,36)	59(75,64)	
Cinsiyet	Kız	20(48,78)	21(51,22)	41(47,67)	0,821*
	Erkek	23(51,11)	22 (49,89)	45(52,33)	

*Mann Whitney U, **Kruskall Wallis

Her iki gruba eğitim verilmeden önce annelerin bebek bakımı ile ilgili deneyim ve bilgi gereksinimlerini sorgulayan sorular sorulmuş olup çalışmaya katılan annelerin 14'ünün (%17,95) bebek bakımı ve beslenmesine yönelik bilgi almak için doğum öncesi herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiği belirtilmiştir (Tablo 7).

Çalışmaya katılan annelerin 65'inin (%83,33) prematüre bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili bilgiye ihtiyaç duyduğu, 71'inin (%91,03) prematüre bebeğin bakımı zamanında doğan bebekten farklı olduğunu düşündüğü, 45'inin (%57,69) taburcu olunca evde bebeğinin bakımı ve beslenmesiyle ilgili güçlük yaşayacağını düşündüğü saptanmıştır (Tablo 7).

Annelerin bebek bakımı ile ilgili deneyim ve bilgi gereksinimlerini sorgulayan sorular açısından çalışma ve kontrol grubundaki anneler bir soru dışında benzer özellik göstermektedir. Çalışma grubundaki annelerin 16'sı (%41,03), taburculuk sonrası evde bebeğinin bakımı ve beslenmesiyle ilgili güçlük yaşayacağını düşündüğünü; kontrol grubundaki annelerin ise 29'unun (%74,36) taburculuk sonrası bebeğinin bakımı ve beslenmesiyle ilgili güçlük yaşayacağını düşündüğü saptanmıştır (p=0,006) (Tablo 7).

Tablo 7. Annelerin bebek bakımı ile ilgili deneyim ve bilgi gereksinimleri

		Geliştirilmiş eğitim n(%)	Standart eğitim n(%)	Toplam n(%)	p
Bebek bakımı ve beslenmesine yönelik sağlık kuruluşundan bilgi alma isteği	Hayır	31(79,49)	33(84,62)	64(82,05)	0,555*
	Evet	8(20,51)	6(15,38)	14(17,95)	
Prematüre bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili bilgiye ihtiyaç duyma	Hayır	5(12,82)	8(20,51)	13(16,67)	0,362*
	Evet	34(87,18)	31(79,49)	65(83,33)	
Prematüre bebeğin bakımı zamanında doğan bebekten farklı olduğunu düşünme	Hayır	4(10,26)	3(7,69)	7(8,97)	0,692*
	Evet	35(89,74)	36(92,31)	71(91,03)	
Taburculuk sonrası bebeğinin bakımı ve beslenmesiyle ilgili güçlük yaşayacağını düşünme	Hayır	23(58,97)	10(25,64)	33(42,31)	**0,006***
	Evet	16(41,03)	29(74,36)	45(57,69)	

*Mann Whitney U

Çalışmaya katılan tüm annelerin eğitim öncesi sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde prematüre bebeğin gözlem altında olmadığı zamanlarda yatış pozisyonu ve prematüre bebeğin aşılanması ile ilgili soruların en büyük oranda yanlış cevap verildiği saptanmıştır. Eğitim öncesi en büyük oranda doğru cevaplanan sorular ise ‘Prematüre bebeklerin görme ve işitme sorunları olabilir, bu nedenle tarama muayeneleri yapılmalıdır’ ve ‘Prematüre bebeklerin vitamin ve demir ihtiyaçları olduğundan çeşitli damlalar kullanması önerilir’ olarak belirtilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Annelerin eğitim öncesi verdikleri yanıtların dağılımları

	n(%)	
	Yanlış	**Doğru**
Prematüre bebek kime denir?	25(32,05)	53(67,95)
Bebeğinizin taburculuk sonrası ev düzeninde yapılması gereken değişikliklerdendir?	23(29,49)	55(70,51)
Bebek giysileri seçimi ve temizliği ile ilgili hangisi doğru değildir?	36(46,15)	42(53,85)
Taburculuk sonrası bebeğinizin acıktığını nasıl anlarsınız?	31(39,74)	47(60,26)
Bebeğiniz taburculuk sonrası ne sıklıkta beslenmesi en uygundur?	35(44,87)	43(55,13)
Bebeğiniz beslenme düzenine geçtikten sonra ne sıklıkta beslenmesi yeterli olacaktır?	41(52,56)	37(47,44)
Bebeğiniz beslenmek istemiyorsa ne yapmanız gerekir?	42(53,85)	36(46,15)
Bebeğiniz her emzirmeden sonra az miktarda kusuyorsa neler yapılmalıdır?	52(66,67)	26(33,33)
Bebeğinizi gözlem altında olmadığı zamanlarda nasıl yatırmalısınız?	**59(75,64)**	19(24,36**)**
İlk 6 ay boyunca bebeğinizin uyuyabileceği en uygun yer neresidir?	25(32,05)	53(67,95)
Gün içinde banyo ne zaman yaptırılmalıdır?	43(55,13)	35(44,87)
Ağlayan bebeğinizi yatıştırmak için ne yapmanız uygundur?	48(61,54)	30(38,46)
Bebeğinizin büyümesini değerlendirmek için hangi ölçümler yapılır?	27(34,62)	51(65,38)
Düzeltilmiş yaş bebeğinizin doğduğu günden, doğması beklenen gün arasındaki zaman diliminin çıkartılması ile hesaplanır.	22(28,21)	56(71,79)
Bebeğinizin tartısı, boyu, beyinsel ve davranışsal gelişimi takvim yaşına göre değerlendirilir.	48(61,54)	30(38,46)
Anne sütü özelliği bozulmadan buzdolabı kapağında 1 hafta saklanabilir.	20(25,64)	58(74,36)
Prematüre bebeklerin görme ve işitme sorunları olabilir, bu nedenle tarama muayeneleri yapılmalıdır	7(8,97)	**71(91,03)**
Bebeğinizin şehir içi yolculuklarda araba koltuğunda taşınması gerekli değildir.	40(51,28)	38(48,72)
Prematüre bebeklerin vitamin ve demir ihtiyaçları olduğundan çeşitli damlalar kullanması önerilir	9(11,54)	**69(88,46)**
Prematüre bebeklere aşılar, dozları bölünerek veya yarı dozda verilir.	**62(79,49)**	16(20,51)

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim öncesi ve sonrası verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 9'da verilmiştir.

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim sonrası verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde en az doğru yanıtlanan 'Bebeğinizi gözlem altında olmadığı zamanlarda nasıl yatırmalısınız?' sorusuna eğitim öncesi 39 anneden 5'i (%12,8) doğru cevaplamış olup; eğitim sonrası doğru yanıtlayan anne sayısı 27'ye (%69,2) yükselmiştir(Tablo 9). Aynı soruya standart eğitim alan annelerin eğitim öncesi 14 'ü (%35,9) doğru yanıtlamış olup, eğitim sonrası doğru yanıtlayan anne 18'ye (%46,2) yükselmiştir (Tablo 10).

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim sonrası verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde en fazla doğru yanıtlanan sorular 'prematüre bebek tanımı' (%97,44) ve 'prematüre bebeklerin vitamin ve demir ihtiyaçlarının varlığı' (%97,44) ile ilgili sorulardır (Tablo 9).

Geliştirilmiş eğitim sonrası, bir soru hariç tüm soruların doğru yanıtlayan anne sayısı artmıştır. Geliştirilmiş eğitim alan annelerin 37'si (%94,87)'Prematüre bebeklerin görme ve işitme sorunları olabilir, bu nedenle tarama muayeneleri yapılmalıdır' sorusuna doğru cevap vermiş olup, eğitim sonrası doğru yanıtlayan anne sayısı değişmemiştir (Tablo 9).

Geliştirilmiş eğitim etkisi ile eğitim sonrası doğru yanıtlayan anne sayısında en fazla artış gösteren soru 'Bebeğinizi gözlem altında olmadığı zamanlarda nasıl yatırmalısınız?' sorusu olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim öncesi ve sonrası verdikleri yanıtların dağılımları

	Eğitim öncesi n(%)		Eğitim sonrası n(%)	
	Yanlış	**Doğru**	**Yanlış**	**Doğru**
Prematüre bebek kime denir?	11(28,21)	**28(71,79)**	1(2,56)	**38(97,44)**
Bebeğinizin taburculuk sonrası ev düzeninde yapılması gereken değişikliklerdendir?	11(28,21)	**28(71,79)**	7(17,95)	**32(82,05)**
Bebek giysileri seçimi ve temizliği ile ilgili hangisi doğru değildir?	17(43,59)	**22(56,41)**	7(17,95)	**32(82,05)**
Taburculuk sonrası bebeğinizin acıktığını nasıl anlarsınız?	14(35,9)	**25(64,1)**	5(12,82)	**34(87,18)**
Bebeğiniz taburculuk sonrası ne sıklıkta beslenmesi en uygundur?	23(58,97)	**16(41,03)**	11(28,21)	**28(71,79)**
Bebeğiniz beslenme düzenine geçtikten sonra ne sıklıkta beslenmesi yeterli olacaktır?	21(53,85)	**18(46,15)**	16(41,03)	**23(58,97)**
Bebeğiniz beslenmek istemiyorsa ne yapmanız gerekir?	17(43,59)	**22(56,41)**	4(10,26)	**35(89,74)**
Bebeğiniz her emzirmeden sonra az miktarda kusuyorsa neler yapılmalıdır?	25(64,1)	**14(35,9)**	20(51,28)	**19(48,72)**
Bebeğinizi gözlem altında olmadığı zamanlarda nasıl yatırmalısınız?	34(87,18)	**5(12,82)**	12(30,77)	**27(69,23)**
İlk 6 ay boyunca bebeğinizin uyuyabileceği en uygun yer neresidir?	13(33,33)	**26(66,67)**	3(7,69)	**36(92,31)**
Gün içinde banyo ne zaman yaptırılmalıdır?	18(46,15)	**21(53,85)**	8(20,51)	**31(79,49)**
Ağlayan bebeğinizi yatıştırmak için ne yapmanız uygundur?	21(53,85)	**18(46,15)**	11(28,21)	**28(71,79)**
Bebeğinizin büyümesini değerlendirmek için hangi ölçümler yapılır?	10(25,64)	**29(74,36)**	6(15,38)	**33(84,62)**
Düzeltilmiş yaş bebeğinizin doğduğu günden, doğması beklenen gün arasındaki zaman diliminin çıkartılması ile hesaplanır.	13(33,33)	**26(66,67)**	4(10,26)	**35(89,74)**
Bebeğinizin tartısı, boyu, beyinsel ve davranışsal gelişimi takvim yaşına göre değerlendirilir.	24(61,54)	**15(38,46)**	21(53,85)	**18(46,15)**
Anne sütü özelliği bozulmadan buzdolabı kapağında 1 hafta saklanabilir.	10(25,64)	**29(74,36)**	5(12,82)	**34(87,18)**
Prematüre bebeklerin görme ve işitme sorunları olabilir, bu nedenle tarama muayeneleri yapılmalıdır	2(5,13)	**37(94,87)**	2(5,13)	**37(94,87)**
Bebeğinizin şehir içi yolculuklarda araba koltuğunda taşınması gerekli değildir.	15(38,46)	**24(61,54)**	9(23,08)	**30(76,92)**
Prematüre bebeklerin vitamin ve demir ihtiyaçları olduğundan çeşitli damlalar kullanması önerilir	2(5,13)	**37(94,87)**	1(2,56)	**38(97,44)**
Prematüre bebeklere aşılar, dozları bölünerek veya yarı dozda verilir.	33(84,62)	**6(15,38)**	17(43,59)	**22(56,41)**

Standart eğitim alan annelerin eğitim öncesi ve sonrası verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 10'da verilmiştir.

Standart eğitim alan annelerin verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde en az doğru yanıtlanan 'Prematüre bebeğin aşılanması ve aşı dozları' ile ilgili soruya eğitim öncesi 39 anneden 10'u (%25,64) doğru cevaplamış olup, eğitim sonrası doğru yanıtlayan anne sayısı 13'e (%33,3) yükselmiştir (Tablo 10). Aynı soruya geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim öncesi 6'sı (%15,38) doğru yanıtlamış olup, eğitim sonrası doğru yanıtlayan anne 22'ye (%56,41) yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 9).

Standart eğitim alan annelerin eğitim sonrası verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde en fazla doğru yanıtlanan soru 'Prematüre bebeklerin vitamin ve demir ihtiyaçları olduğundan çeşitli damlalar kullanması önerilir' (%94,87) olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Standart eğitim sonrası doğru yanıtlayan anne sayısında en fazla artış gösteren soru, 'Bebeğiniz beslenmek istemiyorsa ne yapmanız gerekir?' sorusu olarak belirlenmiştir. Bu soru standart eğitim öncesi 14 (%35,9) anne tarafından doğru yanıtlanıp, eğitim sonrası doğru yanıtlayan anne sayısı 25'e (%64,1) yükseldiği saptanmıştır (Tablo 10)

Tablo 10. Standart eğitim alan annelerin eğitim öncesi ve sonrası verdikleri yanıtların dağılımları

	Eğitim öncesi n(%)		Eğitim sonrası n(%)	
	Yanlış	**Doğru**	**Yanlış**	**Doğru**
Prematüre bebek kime denir?	14(35,9)	**25(64,1)**	4(10,26)	**35(89,74)**
Bebeğinizin taburculuk sonrası ev düzeninde yapılması gereken değişikliklerdendir?	12(30,77)	**27(69,23)**	9(23,08)	**30(76,92)**
Bebek giysileri seçimi ve temizliği ile ilgili hangisi doğru değildir?	19(48,72)	**20(51,28)**	14(35,9)	**25(64,1)**
Taburculuk sonrası bebeğinizin acıktığını nasıl anlarsınız?	17(43,59)	**22(56,41)**	13(33,3)	**26(66,7)**
Bebeğiniz taburculuk sonrası ne sıklıkta beslenmesi en uygundur?	12(30,77)	**27(69,23)**	5(12,82)	**34(87,18)**
Bebeğiniz beslenme düzenine geçtikten sonra ne sıklıkta beslenmesi yeterli olacaktır?	20(51,28)	**19(48,72)**	13(33,3)	**26(66,7)**
Bebeğiniz beslenmek istemiyorsa ne yapmanız gerekir?	25(64,1)	**14(35,9)**	14(35,9)	**25(64,1)**
Bebeğiniz her emzirmeden sonra az miktarda kusuyorsa neler yapılmalıdır?	27(69,23)	**12(30,77)**	23(59)	**16(41)**
Bebeğinizi gözlem altında olmadığı zamanlarda nasıl yatırmalısınız?	25(64,1)	**14(35,9)**	21(53,8)	**18(46,2)**
İlk 6 ay boyunca bebeğinizin uyuyabileceği en uygun yer neresidir?	12(30,77)	**27(69,23)**	12(30,77)	**27(69,23)**
Gün içinde banyo ne zaman yaptırılmalıdır?	25(64,1)	**14(35,9)**	23(59)	**16(41)**
Ağlayan bebeğinizi yatıştırmak için ne yapmanız uygundur?	27(69,23)	**12(30,77)**	18(46,2)	**21(53,8)**
Bebeğinizin büyümesini değerlendirmek için hangi ölçümler yapılır?	17(43,59)	**22(56,41)**	19(48,7)	**20(51,3)**
Düzeltilmiş yaş bebeğinizin doğduğu günden, doğması beklenen gün arasındaki zaman diliminin çıkartılması ile hesaplanır.	9(23,08)	**30(76,92)**	12(30,8)	**27(69,2)**
Bebeğinizin tartısı, boyu, beyinsel ve davranışsal gelişimi takvim yaşına göre değerlendirilir.	24(61,54)	**15(38,46)**	24(61,54)	**15(38,46)**
Anne sütü özelliği bozulmadan buzdolabı kapağında 1 hafta saklanabilir.	10(25,64)	**29(74,36)**	3(7,7)	**36(92,3)**
Prematüre bebeklerin görme ve işitme sorunları olabilir, bu nedenle tarama muayeneleri yapılmalıdır	5(12,82)	**34(87,18)**	5(12,82)	**34(87,18)**
Bebeğinizin şehir içi yolculuklarda araba koltuğunda taşınması gerekli değildir.	25(64,1)	**14(35,9)**	20(51,3)	**19(48,7)**
Prematüre bebeklerin vitamin ve demir ihtiyaçları olduğundan çeşitli damlalar kullanması önerilir	7(17,95)	**32(82,05)**	1(2,56)	**38(97,44)**
Prematüre bebeklere aşılar, dozları bölünerek veya yarı dozda verilir.	29(74,36)	**10(25,64)**	26(66,7)	**13(33,3)**

Eğitim verilmeden önce uygulanan bilgi tutum puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; geliştirilmiş eğitim grubundaki annelerin bilgi tutum puan ortalamasının 10,72±2,33; standart eğitim grubundaki annelerin bilgi tutum puan ortalamasının 10,1±3,06 olduğu ve eğitim öncesi toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 11).

Çalışma grubundaki annelerin geliştirilmiş eğitim sonrası bilgi tutum puan ortalamasının 15,51±2,69; Kontrol grubundaki annelerin standart eğitim sonrası bilgi tutum puan ortalamasının 12,59±2,98 olduğu ve gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 11).

Annelerin gruplar arasında eğitim sonrası toplam puan ve eğitim sonrası puan artışı karşılaştırıldığında geliştirilmiş eğitim alan annelerin lehine istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 11).

Tablo 11. Eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		**Standart eğitim**		**p***
	Ort.±ss	**medyan**	**Ort.±ss**	**medyan**	
Eğitim öncesi toplam puan	10,72±2,33	11.00	10,1±3,06	11.00	0,469
Eğitim sonrası toplam puan	15,51±2,69	16.00	12,59±2,98	12.00	**<0,001**
Eğitim sonrası puan artışı	4,79±2,15	5.00	2,49±1,8	2.00	**<0,001**

*Mann Whitney U

Bilgi tutum puanlarının daha ayrıntılı incelenmesi amacıyla alt başlıklara ayrılmıştır. Taburculuk sonrası bebek beslenmesi ile ilgili 5 soru; taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi ile ilgili 3 soru; prematüre bebek kavramı ile ilgili 2 soru; prematüre bebeğin büyümesinin takibi ile ilgili 2 soru; uyku sağlığı ve güvenliği ile ilgili 2 soru; cilt bakımı ve banyo yaptırılması ile ilgili 1 soru; prematüre bebek odası ve giysileri ile ilgili 2 soru; ilk yılda karşılaşılabilecek sorunlar ile ilgili 1 soru; anne sütünün önemi ve saklanma koşulları ile ilgili 1 soru; araç içi bebek güvenliği ve araba koltuğu ile ilgili 1 soru üzerinden alt başlığa özgü bilgi tutum puanları hesaplanmıştır.

Taburculuk sonrası bebek beslenmesi ile ilgili soruların bilgi tutum puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ve eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Beslenme ile ilgili soruların eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Beslenme ile ilgili soruların eğitim öncesi toplam puanı	2,44±0,99	2.00	2,41±1,02	3.00	0,946
Beslenme ile ilgili soruların eğitim sonrası toplam puanı	3,56±0,97	4.00	3,18±1,19	3.00	0,148

*Mann Whitney U

Taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi ile ilgili soruların bilgi puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi istatistiksel olarak fark saptanmamış olup eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi ile ilgili soruların eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi ile ilgili soruların eğitim öncesi toplam puanı	2,05±0,46	2.00	1,95±0,72	2.00	0,688
Taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi ile ilgili soruların eğitim sonrası toplam puanı	2,49±0,6	3.00	2,18±0,6	2.00	**0,023**

*Mann Whitney U

Prematüre bebek kavramı ile ilgili soruların bilgi puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi istatistiksel olarak fark saptanmamış olup eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Prematüre bebek kavramı ile ilgili soruların eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Prematüre bebek kavramı ile ilgili soruların eğitim öncesi toplam puanı	1,21±0,77	1.00	1,13±0,66	1.00	0,554
Prematüre bebek kavramı ile ilgili soruların eğitim sonrası toplam puanı	1,69±0,52	2.00	1,1±0,64	1.00	**<0,001**

*Mann Whitney U

Prematüre bebeğin büyümesinin takibi ile ilgili soruların bilgi puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi istatistiksel olarak fark bulunmamış olup eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Prematüre bebeğin büyümesinin takibi ile ilgili soruların eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Prematüre bebeğin büyümesinin takibi ile ilgili soruların eğitim öncesi toplam puanı	1,13±0,61	1.00	0,95±0,69	1.00	0,231
Prematüre bebeğin büyümesinin takibi ile ilgili soruların eğitim sonrası toplam puanı	1,31±0,66	1.00	0,9±0,64	1.00	**0,007**

*Mann Whitney U

Uyku sağlığı ve güvenliği ile ilgili soruların bilgi puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi istatistiksel olarak fark bulunmamış olup eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Uyku sağlığı ve güvenliği ile ilgili soruların eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Uyku sağlığı ve güvenliği ile ilgili soruların eğitim sonrası toplam puanı	0,79±0,57	1.00	1,05±0,76	1.00	0,111
Uyku sağlığı ve güvenliği ile ilgili soruların eğitim sonrası toplam puanı	1,62±0,54	2.00	1,15±0,81	1.00	**0,010**

*Mann Whitney U

Cilt bakımı ve banyo yaptırılması ile ilgili sorunun bilgi puan ortalaması gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi istatistiksel olarak fark saptanmamış olup eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Cilt bakımı ve banyo yaptırılması ile ilgili sorunun eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Cilt bakımı ve banyo yaptırılması ile ilgili sorunun eğitim öncesi toplam puanı	0,54±0,51	1.00	0,36±0,49	.00	0,113
Cilt bakımı ve banyo yaptırılması ile ilgili sorunun eğitim sonrası toplam puanı	0,79±0,41	1.00	0,41±0,5	.00	**0,001**

*Mann Whitney U

Bebek odası ve giysileri ile ilgili soruların bilgi puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ve eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Bebek odası ve giysileri ile ilgili soruların eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Bebek odası ve giysileri ile ilgili sorunun eğitim öncesi toplam puanı	1,28±0,65	.00	1,21±0,7	.00	0,647
Bebek odası ve giysileri ile ilgili sorunun eğitim sonrası toplam puanı	1,64±0,49	1.00	1,41±0,72	1.00	0,193

*Mann Whitney U

İlk yılda karşılaşılabilecek sorunlar ile ilgili sorunun bilgi tutum puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ve eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19. İlk yılda karşılaşılabilecek sorunlar ile ilgili sorunun eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
İlk yılda karşılaşılabilecek sorunlar ile ilgili sorunun eğitim öncesi toplam puanı	0,46±0,51	1.00	0,31±0,47	1.00	0,165
İlk yılda karşılaşılabilecek sorunlar ile ilgili sorunun eğitim sonrası toplam puanı	0,72±0,46	1.00	0,54±0,51	1.00	0,103

*Mann Whitney U

Anne sütünün önemi ve saklanma koşulları ile ilgili sorunun bilgi tutum puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ve eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Anne sütünün önemi ve saklanma koşulları ile ilgili sorunun eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Anne sütünün önemi ve saklanma koşulları ile ilgili sorunun eğitim öncesi toplam puanı	0,74±0,44	1.00	0,74±0,44	.00	0,990
Anne sütünün önemi ve saklanma koşulları ile ilgili sorunun eğitim sonrası toplam puanı	0,87±0,34	1.00	0,92±0,27	.00	0,458

*Mann Whitney U

Araç içi bebek güvenliği ve araba koltuğu ile ilgili sorunun bilgi puan ortalaması gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ve eğitim sonrası geliştirilmiş eğitim grubunun lehine olarak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Araç içi bebek güvenliği ve araba koltuğu ile ilgili sorusunun eğitim gruplarına göre bilgi tutum puanlarının karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim		Standart eğitim		p*
	Ort.±ss	medyan	Ort.±ss	medyan	
Araç içi bebek güvenliği ve araba koltuğu ile ilgili sorunun eğitim öncesi toplam puanı	0,62±0,49	1.00	0,36±0,49	0.00	**0,024**
Araç içi bebek güvenliği ve araba koltuğu ile ilgili sorunun eğitim sonrası toplam puanı	0,77±0,43	1.00	0,49±0,51	0.00	**0,010**

*Mann Whitney U

Annelerin grup içi bilgi tutum puanları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası toplam puan ve eğitim sonrası puan artışı arasında standart eğitim grubundaki annelerin de geliştirilmiş eğitim alan gruba kıyasla daha az artış olmakla birlikte her iki eğitim sonrası toplam bilgi tutum puanları istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 22).

Geliştirilmiş eğitim alan grup, eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi tutum puanları alt başlıklara göre grup içinde incelendiğinde prematüre bebeğin büyümesinin takibi dışında tüm alt başlıklarda istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 22).

Standart eğitim alan grup, eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi tutum puanları alt başlıklara göre grup içinde incelendiğinde taburculuk sonrası bebek beslenmesi, taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi, bebek odası ve giysileri, ilk yılda karşılaşılabilecek sorunlar, anne sütünün önemi ve saklanma koşulları alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı artış bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 22).

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrası puan farkı ortalama puanları Tablo 23'da verilmiştir.

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim öncesi puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır(Tablo 23).

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim sonrası puanları incelendiğinde yaş, eğitim durumu, çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır ($p=0,035$, $p=0,001$,$p=0,02$).Geliştirilmiş eğitim alan 26-30 yaş ve 36-50 yaş arasındaki annelerin 17-25 ve 31-35 yaş arasındaki annelere göre, ön lisans ve lisans mezunu olanların diğer annelere göre, çalışan annelerin çalışmayanlara göre yüksek puan aldığı saptanmıştır (Tablo 23).

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim öncesi-sonrası puan farkı karşılaştırıldığında eğitim durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,011$). Lise mezunu ve lisans mezunu olanların diğer annelere göre istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 22. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanların grup içi ardışık karşılaştırılması

	Geliştirilmiş eğitim[1]		Standart eğitim[2]		P[1]*	P[2]*
	Pre	Post	Pre	Post		
Toplam puan	10,72±2,33	15,51±2,69	10,1±3,06	12,59±2,98	**<0,001**	**<0,001**
Taburculuk sonrası bebek beslenmesi	2,44±0,99	3,56±0,97	2,41±1,02	3,18±1,19	**<0,001**	**<0,001**
Taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi	2,05±0,46	2,49±0,6	1,95±0,72	2,18±0,6	**<0,001**	**0,046**
Prematüre bebek kavramı	1,21±0,77	1,69±0,52	1,13±0,66	1,1±0,64	**0,004**	0,705
Prematüre bebeğin büyümesinin takibi	1,13±0,61	1,31±0,66	0,95±0,69	0,9±0,64	0,297	0,527
Uyku sağlığı ve güvenliği	0,79±0,57	1,62±0,54	1,05±0,76	1,15±0,81	**<0,001**	0,366
Cilt bakımı ve banyo	0,54±0,51	0,79±0,41	0,36±0,49	0,41±0,5	**0,005**	0,317
Bebek odası ve giysileri	1,28±0,65	1,64±0,49	1,21±0,7	1,41±0,72	**<0,001**	**0,011**
İlk yılda karşılaşılabilecek sorunlar	0,46±0,51	0,72±0,46	0,31±0,47	0,54±0,51	**<0,001**	**0,007**
Anne sütünün önemi ve saklanma koşulları	0,74±0,44	0,87±0,34	0,74±0,44	0,92±0,27	**0,005**	**0,020**
Bebek güvenliği ve araba koltuğu	0,62±0,49	0,77±0,43	0,36±0,49	0,49±0,51	**0,002**	**0,025**

*Wilcoxon testi

Tablo 23. Geliştirilmiş eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrası puan farkı dağılımları

Geliştirilmiş		Eğitim öncesi	p	Eğitim sonrası	p	Fark	P
Yaş grubu	17-25 yaş	9,55±1,69	0,127	13,82±2,96	**0,035**	4,27±2,1	0,279
	26-30 yaş	11,43±2,07		17,71±1,38		6,29±1,98	
	31-35 yaş	11,45±2,81		15,64±2,29		4,18±2,32	
	36-50 yaş	11,11±2,03		16,11±2,32		5±2	
Eğitim durumu	İlkokul	8,57±1,51	0,064	13±2,08	**0,001**	4,43±1,13	**0,011**
	Orta okul	10,67±1,63		13,17±2,79		2,5±2,17	
	Lise	10,08±2,02		15,67±2,1		5,58±1,93	
	Ön lisans	13,8±1,64		17,4±1,95		3,6±2,07	
	Lisans	11,56±2,01		17,78±0,83		6,22±1,64	
Çalışma durumu	Hayır	10,17±1,95	0,086	14,5±2,64	**0,002**	4,33±2,22	0,110
	Evet	11,6±2,67		17,13±1,92		5,53±1,88	
Eş eğitim durumu	İlkokul	9±1	0,061	13,67±2,31	0,094	4,67±1,53	0,243
	Ortaokul	9,44±2,51		14,56±2,96		5,11±2,52	
	Lise	10,5±1,74		15±3,04		4,5±2,21	
	Ön lisans	13,67±1,51		17,17±1,33		3,5±1,38	
	Lisans	11±2,08		17,14±1,21		6,14±1,95	
Eş çalışma Durumu	Hayır	8,33±0,58	0,052	12,67±1,53	0,052	4,33±1,15	0,635
	Evet	10,92±2,31		15,75±2,64		4,83±2,22	
Gelir durumu	Az	9,43±1,99	0,251	14,43±2,7	0,193	5±1,29	0,339
	Denk	11±2,35		15,55±2,73		4,55±2,28	
	Fazla	11±2,65		17,67±0,58		6,67±2,08	
	Var	10,83±2,08		15,42±2,02		4,58±2,5	

*Wilcoxon testi

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin gebelik ve doğum bilgilerine göre eğitim öncesi puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 24).

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin gebelik ve doğum bilgilerine göre eğitim sonrası puanları karşılaştırıldığında planlı gebeliğin olması ve gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (p=0,015, p=0,032). İsteyerek gebe kalanların plansız gebe kalanlara göre, bir ve iki gebelik sayısına sahip annelerin diğer annelere göre yüksek puan aldığı saptanmıştır (Tablo 24).

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin gebelik ve doğum bilgilerine göre eğitim öncesi ve sonrası puan farkları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Geliştirilmiş eğitim alan annelerin gebelik ve doğum bilgilerine göre eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrası puan farkı dağılımları

Geliştirilmiş		Eğitim öncesi	p	Eğitim sonrası	p	Fark	P
Gebeliği isteme	Hayır	9,75±1,98	0,209	13,5±2,27	**0,015**	3,75±2,6	0,099
	Evet	10,97±2,37		16,03±2,58		5,06±1,98	
Daha önce gebelik	Hayır	10,94±2,24	0,530	16,06±2,69	0,223	5,11±2,14	0,460
	Evet	10,52±2,44		15,05±2,67		4,52±2,18	
Gebelik Sayısı	Bir	11,37±2,48	0,370	16,26±2,64	**0,032**	4,89±2,21	0,068
	İki	10,36±1,91		16,09±2,17		5,73±0,79	
	Üç	10±2,83		12,6±2,07		2,6±2,19	
	4 ve üstü	9,5±1,73		14±2,58		4,5±3,11	
Sağlık Sorunu	Yok	10,67±2,47	0,753	15,56±2,98	0,558	4,89±2,03	0,776
	Var	10,77±3,27		15,02±2,56		4,52±1,92	

*Wilcoxon testi

Standart eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim öncesi puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 25).

Standart eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim sonrası puanları incelendiğinde çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,029).Çalışan annelerin çalışmayanlara göre yüksek puan aldığı saptanmıştır (Tablo 25).

Standart eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan farkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 25).

Tablo 25. Standart eğitim alan annelerin sosyo-demografik değişkenlere göre eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrası puan farkı dağılımları

Standart		Eğitim öncesi	p	Eğitim sonrası	p	Fark	P
Yaş grubu	17-25 yaş	9,75±1,75	0,066	12,88±2,95	0,104	3,13±2,47	0,438
	26-30 yaş	11,45±3,39		14,18±2,56		2,73±1,85	
	31-35 yaş	10,67±2,93		12,58±2,64		1,92±1,38	
	36-50 yaş	8,14±2,79		10,29±3,04		2,14±1,57	
Öğrenim durumu	İlkokul	8,83±3,19	0,071	10,67±2,42	0,054	1,83±1,47	0,809
	Orta okul	8±2,37		11,17±1,17		3,17±2,48	
	Lise	10,13±3,34		12,56±3,46		2,44±2,03	
	Lisans	11,33±2,08		14±1		2,67±1,15	
	Lisansüstü	12,13±1,96		14,63±2,56		2,5±1,31	
Çalışma durumu	Hayır	9,48±2,54	0,051	11,91±2,54	**0,029**	2,43±2,17	0570
	Evet	11±3,58		13,56±3,37		2,56±1,15	
Eş öğrenim durumu	İlkokul	7,5±2,12	0,405	8±1,41	0,072	0,5±0,71	0,442
	Ortaokul	9±3,7		11,75±2,12		2,75±2,25	
	Lise	10,54±2,67		13,31±2,69		2,77±2,05	
	Lisans	8,67±4,93		10,33±4,51		1,67±2,31	
	Lisansüstü	11,08±2,53		13,62±2,79		2,54±1,13	
Eş çalışma Durumu	Hayır	9±4,24	0,485	11±3,92	0,328	2±1,41	0,540
	Evet	10,23±2,95		12,77±2,87		2,54±1,85	
Gelir durumu	Az	9,18±3,09	0,322	11,64±3,61	0,355	2,45±2,34	0,654
	Denk	10,22±3,15		12,78±3,08		2,56±1,42	
	Fazla	10,9±2,88		13,3±1,83		2,4±1,96	
	Var	10,7±3,27		12,7±3,13		2±1,33	

*Wilcoxon testi

Standart eğitim alan annelerin gebelik ve doğum bilgilerine göre eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrası puan farkı ortalama puanları Tablo 26'da verilmiştir.

Standart eğitim alan annelerin gebelik ve doğum bilgilerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Standart eğitim alan annelerin eğitim sonrası puan artışı incelendiğinde planlı gebeliğin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,04). İsteyerek gebe kalanların plansız gebe kalanlara göre yüksek puan aldığı saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Standart eğitim alan annelerin göre eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim sonrası puan farkı dağılımları

Standart		Eğitim öncesi	p	Eğitim sonrası	p	Fark	P
Gebeliği isteme	Hayır	11±2,76	0,493	11,83±2,71	0,638	0,83±0,75	**0,004**
	Evet	9,94±3,12		12,73±3,04		2,79±1,78	
Daha önce gebelik	Hayır	10,15±3,1	0,810	13±3,42	0,389	2,85±1,79	0,112
	Evet	10,05±3,1		12,16±2,46		2,11±1,79	
Gebelik sayısı	Bir	10,15±3,1	0,668	13±3,42	0,384	2,85±1,79	0,077
	İki	9,71±3,4		12,86±1,86		3,14±2,12	
	Üç	10,89±2,89		12,56±2,19		1,67±1,5	
	4 ve üstü	8,33±3,21		9,33±3,21		1±0	
Sağlık sorunu	Yok	9,9±3,02	0,278	12,55±2,98	0,686	2,66±1,93	0,481
	Var	10,7±3,27		12,7±3,13		2±1,33	

*Wilcoxon testi

TARTIŞMA

Prematüre bir bebeğin taburcu edilmesi aileler için stresli bir deneyimdir çünkü ilk kez çocuk bakımları için tam sorumluluk alacaklardır (113). Diğer bir neden, ailelerin çoğunun taburculuk hazırlığı ve çocuklarına evde bakma zorunluluğundan yoksun olmalarıdır (114,115). Önceki çalışmalar, taburculuk için ailelerin hazırlanması, bebek güvenliği, aile memnuniyeti ve ailenin psikolojik ve sosyoekonomik durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (116). Ailelerin ve bebek bakımını üstlenecek olan kişilerin, taburculuk öncesi bebeklerine bakmak için yeterli bilgi ve beceri kazanmaları esastır.

Taburculuk eğitimi, ailelerin evde bebeklerine bakmaya hazır olmalarına yardımcı olmak için birincil araçtır (115). Daha önceki çalışmalar, hastaneye yatış sırasında ailelere bilgi ve destek sağlanmasının taburculuk sonrası evde aile uyumu ve huzurunu etkileyebileceğini saptamıştır (117). Ülkemizdeki hastanelerin çoğunda, YYBÜ'lerini ziyaret saatlerinin kısıtlı olması ailelerin bebekleri ile geçirdikleri süreyi azaltmakta ve özellikle annenin fiziksel ve duygusal olarak bebeğe bağlanmasını geciktirmektedir. Ayrıca ailelerin taburculuğa hazırlıksız olmaları taburculuk zamanlamasını geciktirmekte ve sorunlarla başa çıkma güçlüklerine neden olmaktadır (115,118). Özellikle, ailelerin başa çıkmakta zorluk çektiği konular; bebek uyku pozisyonu problemi, hangi durumlarda sağlık personeline başvurması gerektiği, temel bebek bakımı ve sağlığı, bebek beslemesini olarak belirlenmiştir (119-121).

Çalışmamıza katılan annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında %16,67'si ilkokul, %15,38'i ortaokul, % 35,9'u lise, %10,26'sı ön lisans ve %21,79'u lisans mezunu olduğu saptandı. Kaynak (12)'ın 2011 yılında yaptığı çalışmada saptanan lisans mezunu olan annelerin oranı %25,4 olarak saptanmıştır. Ketenci (122)'nin yaptığı çalışmada ise lisans mezunu olan annelerin oranı %21 olarak belirtilmiştir. Çalışmamıza katılan annelerin eğitim durumu, ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Kaynak (12)'ın yaptığı çalışmada bakıldığında %39,9'u 25-30 yaş, %20,9'u 30-35 yaş, %14,2'si 35 yaş ve üstünde belirtilmiştir. Dik ve ark.(13)'ın 2012 yılında yaptığı çalışmada annelerin yaş dağılımı %29,9'u 25-29 yaş, %31,8'i 30-34 ve %18,7'si 35 yaş ve üstünde olduğu görülmüştür. Buna benzer şekilde bizim çalışmamıza katılan annelerin yaş dağılımına bakıldığında %24,36'sı 18-25 yaş, %23,08'i 26-30 yaş, %29,49'u 31-35 yaş ve %20,51'i 35 yaş üstünde olup homojen dağılımdadır.

Çalışmamıza katılan annelerin %39,74'nün çalıştığı belirlenmiştir. Dik ve ark. (13)'in yaptığı çalışmasında çalışan anne sayısı oranı %39,3 bulunmuştur. Kaynak (12)'ın yaptığı çalışmada ise çalışan anne oranı %31,2 saptanmıştır. Ketenci (122)'nin yaptığı çalışmada annelerin %21'inin çalıştığı belirtilmiştir. Çalışmamızda, çalışan annelerin oranının önceki araştırmalara oranla daha yüksek saptanması yıllar içinde kadınların çalışma hayatına katılımının yansıması olarak yorumlanabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin gelir durumları incelendiğinde annelerin %23,08'i gelirlerinin giderden az, %60,26'sı ise gelirlerinin gidere denk olduğu ve %16,67'si gelirlerinin giderden fazla olduğunu belirtmiştir. Kaynak (12)'ın yaptığı çalışmasında annelerin %66.9'unun gelirinin giderine denk olduğu, %20,3'ünün ise gelirinin giderden daha az olduğu saptanmış olup çalışmamızla benzer özelliktedir. Bu durum bize çalışmamıza katılan annelerin ekonomik durumlarının çok iyi olmadığı hatta azımsanmayacak bir kısmının da düşük gelirli olduğunu göstermektedir.

Ketenci (122)'nin yaptığı çalışmada annelerin ifadesine göre %86 planlı gebelik olduğu saptanmıştır. Balaban (17)'ın 2016 yılında yaptığı çalışmada %90 planlı gebelik olduğu anneler tarafından belirtilmiştir. Kaynak (12)'ın yaptığı çalışmada annelerin ifadesine göre %89,9'unun planlı gebelik olduğu, %65,5'inin ilk çocuğu olduğu ve %2,7'sinin 4 ve üzeri çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir. Batman (16)'ın çalışmasında %86,1'inin planlı gebelik olduğu, %51'in ilk gebeliği ve %6'sının 4 ve üzeri çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir. Buna benzer şekilde bizim çalışmamıza katılan annelerin %82,05'inin gebeliğinin planlı ve istenilen bir gebelik olduğu, %50'sinin ilk gebeliği olduğu ve %8,97'sinin 4 ve üzeri gebelik sayısı olduğu saptanmıştır. Annelerin planlı ve isteyerek bebek sahibi olmaları, bebek bakımı ve beslenmesi açısından daha

özenli ve istekli rol üstleneceklerini düşündüren bir değişken olarak kabul edilebilir. Ayrıca annenin birden fazla çocuk sahibi olması tecrübe ve deneyim açısından olumlu bir değişken olarak düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan annelerin %75,44'ünün sezaryen ile doğum yaptığı belirlendi. Ketenci (122)'nin yaptığı çalışmada annelerin %86'sı; Balaban (17)'ın yaptığı çalışmadan annelerin %70,1'i sezaryen ile doğum gerçekleştirmiştir. Günümüzde sezaryen ile doğum sıklığı normal doğuma oranla tüm dünyada artış göstermekte olup önceki araştırmalarla çalışmamız benzerdir.

Çalışmamıza katılan bebeklerin yaklaşık %10'u ileri derecede prematüre bebek olup ortalama doğum haftası 33,01±2,60 hafta saptandı. Batman (16)'ın 2014 yılında prematüre bebek ebeveynlerine web tabanlı eğitim vererek yaptığı çalışmada doğum haftasının ortalama 34 hafta olduğu belirtilmiş olup çalışmamıza benzerdir.

Çalışmamıza katılan annelerin %17,95'i bebek bakımı ve beslenmesine yönelik bilgi almak için doğum öncesi herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiğini belirtmiştir. Kaynak (12)'ın yaptığı çalışmada annelerin %71,6'nin gebelik öncesi bilgi aldığı ancak bilgi alanların %25'inin sağlık personelinden bilgi aldığı, büyük çoğunluğunun kitap, internet, televizyon, herhangi bir akrabadan bilgi edindikleri belirtilmiştir. Bu çalışma sonuçları bizim çalışmamızı desteklemekle birlikte annelerin bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili bilgi yetersizliğinin sağlık çalışanları tarafından giderilmemesi, anneleri yanlış bilgi ve uygulama kaynaklarına yönlendirebilir.

Arslan ve Turgut (18)'un 2013 yılında yaptığı çalışmada prematüre bebek annelerinin taburculuk sonrası evde güçlük yaşayacağını düşündüğü gereksinimleri sorgulandığında %72,5'inin güçlük yaşayacağını düşündükleri ve bu annelerin %44,1'inin banyo, %35,3'ünün beslenme, %34,3'ünün hastalıkları tanıma, %33,4'ünün kucağa alma ve kucakta tutma gibi gereksinimleri olduğunu bildirmiştir.

Kaynak (12)'ın yaptığı çalışmada %33.8'i ise herhangi bir sorunla karşılaşıp güçlük yaşayacağını belirtmiş olup güçlük yaşayacağını belirten annelerin %18,9'u bebek bakımı, %6,8'i bebeğin beslenmesi, %4,1'i bebeğini enfeksiyonlardan koruma, %2,7'si bebekte uyku ve gaz sorunu ve %1,4'ü ise ağlama problemi olup bununla baş etmede zorlanacağını belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan annelerin %83,33'ünün prematüre bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili bilgiye ihtiyaç duyduğu; %57,69'unun taburcu olunca evde bebeğinin bakımı ve beslenmesiyle ilgili güçlük yaşayacağını düşündüğü saptandı. Bizim çalışmamızda olduğu gibi

diğer çalışmalarda da annelerin yenidoğan bakımı ile ilgili önemli ölçüde bilgi eksikleri mevcuttur.

Zhang ve ark. (123) 2014 yılında, 12 çalışmanın dahil olduğu prematüre bebek annelerine verilen eğitim sonrası etkilerin sistematik bir incelemesini yayınlamıştır. Bu sistematik derlemeye dayanarak anne stresi ve anne-bebek etkileşiminde sınırlı etkileri ve bununla birlikte anne kaygısı, depresif semptomlar ve annenin sorunlarla başa çıkması üzerinde olumlu etkileri saptanmıştır. Ayrıca verilen eğitimin annelerin ve prematüre bebeklerin üzerinde bazı fizyolojik ve psikolojik olumlu ve klinik olarak anlamlı etkileri görülmüştür. Bu etkilerden yola çıkarak, bebeğin hastaneye yatış döneminde ve sonrasında anne-bebek temasının arttırılması ve verilen eğitimle annenin kendini yeterli hissetmesinin son derece önemli olduğu belirtilmiştir.

Başer ve ark. (124)'ın 2005 yılında yaptığı çalışmada ilk gebeliği olan annelerin yenidoğan bakımı konusunda daha fazla güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Bu doğrultuda özellikle ilk bebeğini bekleyen annelere yenidoğan bakımı ile ilgili eğitim verilmesi, annenin kaygı ve endişelerini gidereceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamıza katılan annelerin yarısının ilk gebeliği olması nedeniyle taburculuk sonrası bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili güçlük yaşayacağını düşünmesi beklenen bir durumdur. Bununla birlikte eğitim öncesi verilen yanıtlar incelendiğinde araştırmaya katılan annelerin sadece bebek bakımı ve beslenmesinde güçlük yaşayacağını düşünen kısmı değil tümüne yakını bu sorunlarla karşılaştığında nasıl bir tutum sergilemesi gerektiğini doğru olarak bilmediği belirlenmiştir. Bu yönden annelerin bebek bakımı ve beslenme konusunda sağlık personelinden ve güvenilir kaynaklardan bilgi almaları ve bu bilgileri etkin bir şekilde uygulamaları önem taşımaktadır.

Çalışmamıza katılan annelerin eğitim öncesi sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde prematüre bebeğin gözlem altında olmadığı zamanlarda yatış pozisyonu ile ilgili sorunun en az oranda doğru cevaplanan sorulardan biri olduğu saptanmıştır. Literatürde bu konuda Rohana ve ark. (125)'ın 2018 yılında prematüre bebek ebeveynlerinin Ani Bebek Ölümü Sendomu (ABÖS) hakkında bilgi ve tutumunu değerlendirdiği çalışmada ABÖS riskini azaltma önlemleri hakkında bilgi genellikle zayıf bulunmuştur. Ayrıca ABÖS riskinin artmasıyla ilişkili olan sigara içimi, yatak paylaşımı ve bebek yalnız iken yanlış uyku pozisyonunda bırakılmasının bu hastalar arasında yaygın bir uygulama olduğu belirtilmiştir.

Blair ve ark. (126)'ın yaptığı çalışmada ABÖS riskli bebeklerin %26'sının prematüre ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan olduğu ve bu bebeklerin en yaygın uyku pozisyonunun yan yatma (%48) şeklinde olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak bu bebekler için daha yüksek ABÖS

riski, uyku ortamındaki olumsuzluklar ve düşük doğum ağırlığı ile doğmasının kombine etkilerinden oluşmaktadır.

Çalışmamıza katılan annelerin eğitim öncesi sorulara verilen yanıtların dağılımı incelendiğinde prematüre bebeğin aşılaması ile ilgili sorunun en az oranda doğru cevaplanan sorulardan bir diğeri olarak saptandı. Akimana (127)'nın 2017 yılında yaptığı çalışmada anneler bebeklerine yapılan aşıların hangi hastalıklara karşı koruyucu olduğu sorulduğunda bizim çalışmamıza benzer şekilde düşük puan almışlardır.

Çalışmamıza katılan annelerin eğitim sonrası yanıtları değerlendirildiğinde aldıkları eğitime göre sorulara verdikleri yanıtlar değişkenlik göstermektedir. Geliştirilmiş eğitimin etkisi ile bebeklerin yatış pozisyonu ile ilgili sorunun eğitim sonrası cevap oranı eğitim öncesine göre beş kat artarak en fazla artış gösteren soruydu. Aynı soruya standart eğitim sonrası doğru cevaplayan annelerin sayısı, geliştirilmiş eğitim alan anne grubu kadar fazla olmasa da artış gösterdi. Geliştirilmiş eğitim alan annelerin verdikleri yanıtlardaki bu artışın nedeni, eğitimin etkisi ve annelerin bebekleriyle bakımlar sırasında vakit geçirmesinden elde ettikleri tecrübenin sonucu olarak yorumlanabilir.

Prematüre bebeğin aşılanması ve aşı dozları ile ilgili bilgilendirme, standart eğitimin içeriğinde olmamasına rağmen alan annelerin verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde eğitim sonrası beklenmedik bir artış görüldü. Bu artışın görülmesinin nedeni prematüre bebeklerin uzun süre YYBÜ'nde yatması nedeniyle aşılarının bir kısmının ailelere bilgi verilerek YYBÜ'inde yapılıyor olması ve ilk anket sonrası ailelerin farkındalığının artması sonucu sağlık personeline sorarak doğru bilgiye ulaşmaları olarak yorumlanabilir.

Annelerin gruplar arasında eğitim sonrası toplam puan ve eğitim sonrası puan artışı karşılaştırıldığında geliştirilmiş eğitim alan annelerin lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Bu bulgu; araştırmada verilen planlı eğitimin etkili olduğunu, anlatılan bilgilerin gerçekten özümsediğini ve öğrenildiğini düşündürmektedir. Standart eğitim alan annelerin de geliştirilmiş eğitim alan annelere kıyasla daha az bir artış saptanmıştır. Standart eğitim alan grup içinde eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi tutum puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Bu artışın nedeni, standart eğitim sırasında özellikle bebek beslenmesi ve emzirme ile ilgili anlatılan bilgilerin anneler tarafından doğru özümsenmesi, yatışı sırasında hemşire gözetiminde bakımlara katılması sonucu elde ettikleri tecrübenin etkileri olarak yorumlanabilir.

Bizim çalışmamıza benzer olarak Peyrovi ve ark. (9)'ın 2016 yılında prematüre bebek annelerine taburculuk eğitiminin etkilerini değerlendirdiği araştırmada, çalışma grubunun eğitim sonrası puan ortalamasının kontrol grubunun eğitim sonrası puan ortalamasına göre

istatistiksel olarak artış bulunmuştur. Ayrıca ülkemizde yapılan Turan ve Bolışık (15)'ın yaptığı prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerini incelediği araştırma, çalışmamızı desteklemektedir.

Bizim çalışmamıza benzer olarak Chen ve ark. (121)'ın prematüre bebek ailelerine verilen taburculuk eğitiminin etkilerini araştırdığı çalışmasında, çalışma grubundaki annelerin eğitim sonrası puanı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı artış bildirilmiştir.

Çalışmamızda taburculuk sonrası bebek beslenmesi alt başlığının bilgi tutum puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ve eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Standart eğitimin içeriğinin ağırlıklı olarak beslenme ve emzirme eğitimi olması annelerin eğitim sonrası sorulara verdikleri yanıtları belirlediği ve geliştirilmiş eğitim kadar etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda prematüre bebek kavramı alt başlığı, prematüre bebeğin büyümesi alt başlığı ve taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi alt başlığının bilgi puan ortalamaları eğitim sonrası geliştirilmiş eğitim alan annelerin lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu durum, geliştirilmiş eğitimin annelerin bilgi ve tutumları üzerine istenen ve beklenen bir etkisi olarak değerlendildi.

Spittle ve ark. (128) 2015 yılında, 12 randomize kontrollü çalışmanın dahil olduğu sistematik bir derlemesini yayınlamıştır. Prematüre bebeklerin motor veya bilişsel bozukluklarını önlemek için hastaneden taburcu edildikten sonra erken gelişimsel eğitim programlarının etkilerini inceledikleri derlemede, eğitim programlarının bebeklik döneminde bilişsel ve motor sonuçlar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve bilişsel faydaların okul öncesi döneme kadar devam ettiği belirtilmiştir. Bu derleme ışığında, ailelerin bu eğitim programlarının etkinliğini anlaması ve farkındalığı prematüre bebeğin izlemi ve büyümesi için çok önemlidir.

Prematüre bebeklerde uyku sağlığı ve güvenliği alt başlığı bilgi puan ortalamaları eğitim sonrası geliştirilmiş eğitim alan annelerin lehine istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu. Carpenter ve ark. (73)'ın 2004 yılında, ABÖS ile ilgili 5 büyük olgu kontrol çalışmasının dahil olduğu sistematik bir derlemesinde çalışma grubunun %22'sinde yatak paylaşımı olduğu ancak kontrol grubunda bu oranının %9,6 olduğu bildirilmiştir. Tappin ve ark. (129)'ın yaptığı çalışmada yatak paylaşımı olmadan oda paylaşımının ani bebek ölüm sendromu riskinde azalma sağladığını bildirmektedir. Bu çalışmalar doğrultusunda bizim çalışmamızda geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim sonrası yenidoğan bebeklerinde ABÖS oluşturabilecek riskli tercihlerde bulunmamaları beklenmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin eğitim öncesi bebeğin uyuyabileceği en uygun yer sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında %67,95'inin anne ile aynı yatak odasında yer alan bir bebek yatağında şıkkını işaretleyerek doğru yanıtladıkları saptandı. Çalışmamıza benzer ülkemizde yapılan Erdoğan ve ark. (130)'ın yenidoğanlarda uyku güvenliği açısından annelerin tercihlerini araştıran çalışmasında annelerin %95'i bebeğin kendine ait yatağı olması gerektiğini ve %62'si annenin bebekle aynı odayı paylaşması seçeneğini işaretlemişlerdir. Aynı araştırmada bebeklerin uyutulmasında sırtüstü yerine en sık olarak yan yatış pozisyonu tercih edildiği belirtilmiştir. Çalışmamızda geliştirilmiş eğitim etkisi ile en çok artış gösteren soru olmasına rağmen annelerin %30,77'si gibi azımsanmayacak bir kısmının yanlış yatış pozisyonunu tercih etmesi geleneksel uygulamalara olan inancın halen devam etmesi olarak yorumlanabilir. Ayrıca Efe ve ark. (131)'ın yaptığı çalışma sonucunda ülkemizde sağlık çalışanlarının bebekler için yan yatış pozisyonunu önerdikleri saptanmıştır. Bu çalışma doğrultusunda bizim çalışmamızda da YYBÜ'nde sağlık çalışanlarının bu alanda bilgisi bilinmediğinden olası yanlış yönlendirmeler sonucu annelerin bebek yatış pozisyonu konusunda bilgi ve tutumlarına etki etmiş olabileceği düşünüldü.

Doğan ve ark. (14)'ın yaptığı çalışmada annelerin bebeklerini gün içinde banyo zamanı ile ilgili bilgisi sorgulandığında eğitim öncesi annelerin yaklaşık yarısı (%49,5) bebeklerine gün içinde banyo yaptırma zamanını (yemekten 30 dakika önce veya bir saat sonra) bilmezken eğitim sonrası annelerin önemli bir bölümünün (%84,2) bebek banyosu için doğru zamanı öğrendikleri görülmektedir. Bizim çalışmamızda da geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bebek banyosu alt başlığı hakkında bilgi ve tutumları benzerdir.

Bir benzer çalışma olan Maliheh ve ark. (132)'ın 2016 yılında prematüre bebeklerin banyosunda simülasyon ve video tabanlı eğitimin annelerin tutumlarına etkisinin karşılaştırdığı araştırmasında hem simülasyon hem de video eğitiminin annelerin özyeterliklerini arttırdığı belirtilmiştir.

Kaynak (12)'ın yaptığı çalışmada annelerin %81,1'i bebeğin giysilerini sabun tozu ile yıkadığını, %11,5'i bol su ile giysilerini duruladığını, %3,4'ü kendi çamaşırları ile beraber yıkadığını, %4,1'i ise bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da annelerin çoğu bebeğin giysilerini nasıl yıkanacağını doğru olarak ifade etmiş olup Kaynak ve ark .(12)'ın yaptığı çalışmaya benzer sonuçlar göstermektedir.

Çalışmamızda bebek odası ve giysileri alt başlığının bilgi puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında eğitim sonrası geliştirilmiş eğitim alan annelerin lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu durum, geliştirilmiş eğitimin annelerin bilgi ve tutumları üzerine istenen ve beklenen bir etkidir. Peyrovi ve ark. (9)'ın yaptığı çalışmada planlı eğitim

alan annelerin bebek giysileri ve banyo gibi bebek bakımı hakkında bilgi ve tutumları bizim çalışmamıza benzer özellik göstermektedir.

Çalışmamızda emzirmenin önemi ve saklanma koşulları alt başlığı ve ilk yılda karşılaşılabilecek sorunlar alt başlığı bilgi tutum puan ortalamaları çalışma ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak her iki grup kendi içinde eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Bu durum bebek beslenmesi, emzirme ve ılk yılda karşılaşılabilecek sorunlar gibi standart eğitimin içeriğinde olan konuların emzirme hemşiresi tarafından etkin anlatıldığını ve geliştirilmiş eğitim kadar anneler üzerinde yeterli bilgi ve tutum sağladığını gösterdi.

Her iki eğitimin etkisi ile çalışmamıza katılan annelerin çoğu eğitim sonrası emzirmenin önemi ve anne sütünün saklama koşulları konusunda yeterli bilgi ve tutuma sahip olmuşlardır. Labiner-Wolfe ve Fein (133)'in çalışmasında annelerin büyük bir çoğunluğu sütün farklı koşullarda saklanması için önerilen süreyi doğru cevapladığı belirtilmiş olup çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda araç içi bebek güvenliği alt başlığı bilgi puan ortalaması geliştirilmiş eğitim grubunun lehine olacak şekilde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Eğitim öncesi çalışma grubundaki annelerin bu konuda farkındalığının daha yüksek oranda olduğunu ve geliştirilmiş eğitim sonrası bilgi ve tutumlarının standart eğitim alanlara göre daha da arttığı görüldü. Liu ve ark. (134)'ın yenidoğan bebekleri olan ailelerin çocuk koltuğu kullanımıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını incelediği çalışmasında katılımcıların %83,5'i güvenli oto koltuğundan haberdar olduğunu ve %61,6'sı bebekleri için güvenli oto koltuğu kullanacaklarını bildirmiştir. Ailelerin araba sahibi olması, eğitim ve gelir durumu, çocuk güvenlik koltuklarının kullanımına ilişkin kararlarıyla önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur.

Geliştirilmiş eğitim alan grup, eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi tutum puanları alt başlıklara göre kendi grubu içinde incelendiğinde prematüre bebeğin büyümesinin takibi dışında tüm alt başlıklarda istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı. Eğitime rağmen verilen yanıtların istatistiksel olarak benzer kalması, annelerin bu konuda anlatılan bilgileri özümsememesi ve önceden bildiği kalıplaşmış tutumları terk etmemesi olarak yorumlanabilir.

Geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim sonrası puanları incelendiğinde 26-30 yaş ve 36-50 yaş arasındaki annelerin 17-25 yaş arasındaki annelere göre, ön lisans ve lisans mezunu olanların diğer annelere göre, çalışan annelerin çalışmayanlara göre yüksek puan aldığı görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Diehl(135)'in yaptığı çalışmada da, çalışmamıza benzer şekilde kadınların anne olma yaşı arttıkça kendilerini anneliğe daha hazır hissettikleri ve yaş ilerledikçe annelikte elde ettiği doyum da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamıza

benzer olarak Kaynak (12)'ın çalışmasında annelerin eğitim durumları ile yenidoğan bebek bakımı ile ilgili bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça annelerin bilgiyi edinme çabası ve bilgiyi özümsemesi kolaylaşmaktadır. Chomba ve ark. (136)'ın çalışmasında annelerin eğitim düzeyinin yüksek olması ile bebek bakımı kalitesi arasında çalışmamıza benzer olumlu bir ilişki olduğu gösterilmiştir.

Annelerin eğitim sonrası puanları incelendiğinde isteyerek gebe kalanlar plansız gebe kalanlara göre daha yüksek puan aldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Geliştirilmiş eğitim alan grupta bir ve iki gebelik sayısına sahip annelerin diğer annelere göre istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu. Çalışmamızın aksine Kaynak (12)'ın çalışmasında annelerin gebeliği isteyerek gerçekleştirmeleri ve sahip olduğu çocuk sayısının bebek bakımına etkisi olmadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalar arasında farklılıkların olmasının nedeni yıllar içerisinde annelerin isteyerek ve planlı bir doğum sonrası değişikliklere adaptasyonu ve bilgi alma isteğinin artmasından kaynaklabilir. Ayrıca bir ve iki gebelik sayısına sahip annelerin kendilerini tercübesiz hissetmeleri sebebiyle verilen eğitimi daha çok önemsediklerini düşündürür. Üç ve daha çok gebelik sayısına sahip annelerin kalıplaşmış davranışlarına devam ettiği ve istenilen tutumu sergilemedikleri şeklinde yorumlanabilir.

Senarath ve ark. (137)'ın annelerin bebek bakımı konusunda bilgi düzeyini ölçen çalışmasında, çalışan annelerin bilgi düzeyinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da standart eğitim alan annelerin eğitim sonrası puanları incelendiğinde çalışan annelerin çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu.

Prematüre bebeklerin aileleri için erken eğitim programlarının etkinliğini inceleyen toplam 343 çalışmanın dahil olduğu ve 11 derlemenin sentezlendiği sistematik derlemede, anne, bebek ve anne-bebek birlikteliği üzerine etkileri ayrı ayrı tartışılmıştır. Tüm müdahaleler arasında kanguru bakımı en yüksek etkiyi sağlamıştır. Bu derlemede bizim çalışmamıza benzer anne eğitim programlarının hem bebek büyümesi ve gelişimi üzerine hem de anne stresi ve kaygıları üzerine olumlu etkileri bildirilmiştir (138).

Çalışmamızın güçlü yönü olarak geliştirilmiş eğitimin önceki çalışmalardan farklı olarak yüz yüze hekim tarafından verilmiş olması, verilen planlı eğitimlerin standart eğitimle karşılaştırılması ve prematüre bebek bakımı ve beslenmesi konusunda annelerin bilgi düzeyini ve tutumlarını ölçerken kısıtlamaları azaltmak adına alt başlıklara ayrılması ve literatüre bu alanda katkısı gösterilebilir.

Çalışmamızdaki kısıtlamalar olarak kullanılan bilgi formunun prematüre bebek bakımı ve beslenmesi konusunda tüm bilgiyi ölçmemekle birlikte standart kullanılan bir anket

olmaması ve örneklem grubumuzun çoğunluğu Trakya bölgesinde ikamet eden annelerle sınırlı olmasıdır.

Sonuç olarak yaptığımız çalışmada YYBÜ'nde yatan prematüre bebek annelerine taburculuk esnasında verilen geliştirilmiş eğitiminin annelerin bilgi ve tutumları üzerine etkileri değerlendirildiğinde, annelerin bebek bakımı ve beslenme konusunda eğitimden yarar gördükleri saptanmıştır. Geliştirilmiş eğitim alan annelerin prematüre bebek bakımı ve beslenmesi konusunda bilgi ve tutumunun artması, olası sorunlara karşı farkındalığı arttırarak erken müdahale fırsatı sağlayacaktır.

SONUÇLAR

YYBÜ'nde yatan prematüre bebek annelerine taburculuk esnasında verilen standart ve geliştirilmiş eğitimin annelerin bilgi ve tutumları belirlemek üzere 25.11.2019 – 25.06.2020 tarihleri arasında yapılan çalışmamız sonunda, verilerin değerlendirilmesiyle elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

1) Toplamda 78 prematüre bebek annesi ile yapılan çalışmamızda çalışmaya dahil olan tüm katılımcıların yaş ortalaması 29,82±6,19 yıl olarak saptandı. Annelerin %39,74'nün çalıştığı ve %35,9'unun lise mezunu olduğu belirlendi.

2) Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, gebelik öyküsü, doğum şekli değişkenleri ve yenidoğanların; cinsiyet, gebelik haftası değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark olmayıp gruplar homojen dağılmaktadır.

3) Annelerin gruplar arasında eğitim sonrası toplam puan ve eğitim sonrası puan artışı karşılaştırıldığında geliştirilmiş eğitim alan annelerin lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0,05$).

4) Annelerin grup içi bilgi tutum puanları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası toplam puan ve eğitim sonrası puan artışı arasında standart eğitim grubundaki annelerin de geliştirilmiş eğitim alan gruba kıyasla daha az artış olmakla birlikte her iki eğitim sonrası toplam bilgi tutum puanları istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı.

5) Geliştirilmiş eğitim alan grup, eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi tutum puanları alt başlıklara göre kendi grubu içinde incelendiğinde prematüre bebeğin büyümesinin takibi dışında tüm alt başlıklarda istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı.

6) Standart eğitim alan grup, eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi tutum puanları alt başlıklara göre grup içinde incelendiğinde taburculuk sonrası bebek beslenmesi, taburculuk sonrası prematüre bebek izlemi, bebek odası ve giysileri, ilk yılda karşılaşılabilecek sorunlar, anne sütünün önemi ve saklanma koşulları alt başlıklarında eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı artış bulundu.

7) Geliştirilmiş eğitim alan annelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu değişkenlerinin eğitim öncesi bilgi tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

8) Geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim durumu değişkeninin eğitim öncesi-sonrası puan artışı ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

9) Geliştirilmiş eğitim alan annelerin planlı gebeliğin olması ve gebelik sayısı değişkeninin eğitim sonrası bilgi tutum puan ortalamaları fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

10) Standart eğitim alan annelerin çalışma durumu ve planlı gebeliğin değişkeninin eğitim sonrası bilgi tutum puan ortalamaları fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan prematüre bebek annelerine taburculuk esnasında verilen iki ayrı eğitimin annelerin bilgi ve tutumları anket ile değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmamızda, çalışma içeriğinde yer alan geliştirilmiş eğitim sonucunda annelerin bilgi ve tutumlarında gelişme katetmeleri sağlanmış ve prematüre bebek bakımı ve beslenmeleri uygulamalarını yapabilmesi amacıyla adım atılmıştır.

ÖZET

Bu çalışma, Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde yatan prematüre bebek annelerinin bebek bakımı ve beslenmesi konusunda bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. 25 Kasım 2019 ve 25 Haziran 2020 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden anneler kapalı zarf yöntemiyle randomize edilerek çalışma ve kontrol grubu belirlenmiştir. Çalışma grubuna dahil olan annelere geliştirilmiş eğitim, kontrol grubuna dahil olan annelere ise standart eğitim verilmiştir. Çalışmamız, ön test/son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik öyküsü, doğum şekli değişkenleri ve yenidoğanların; cinsiyet, gebelik haftası değişkenleri arasında istatistiksel olarak fark olmayıp gruplar homojen dağılmaktadır. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin eğitim öncesi bilgi tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmayıp gruplar homojen dağılmıştır ($p>0,05$). Geliştirilmiş eğitim alan annelerin eğitim sonrası toplam bilgi tutum puan ortalaması (15,51±2,69), standart eğitim alan annelerin toplam bilgi tutum puan ortalamasından (12,59±2,98) yüksek bulunmuş olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Annelerin grup içi bilgi tutum puanları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası toplam puan ve eğitim sonrası puan artışı arasında standart eğitim grubundaki annelerin de geliştirilmiş eğitim alan gruba kıyasla daha az artış olmakla birlikte her iki eğitim sonrası toplam bilgi tutum puanları istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$).

Sonuç olarak prematüre bebek annelerine taburculukta verilen geliştirilmiş eğitimin standart eğitimden üstün olması ve annelerin bilgi düzeylerine olumlu etkiler göstermesi, bu eğitim devamlı olarak uygulandığında taburculuk sonrası annelerin kendilerini yeterli hissetmeleri ve bebeklerinin sağlıklarının korunmasını açısından yararlı olacağını düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Prematüre, anne eğitimi, bilgi tutum düzeyi, bebek bakımı

EFFECTS OF STANDARD AND IMPROVED INFANT CARE AND NUTRITION EDUCATION DURING DISCHARGE ON MOTHERS' KNOWLEDGE AND ATTITUDES WHO HAVE PREMATURE INFANT IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

SUMMARY

This study was conducted to determine the knowledge levels and attitudes of mothers of premature babies hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit on baby care and nutrition. Between 25 November 2019 and 25 June 2020, the mothers who met the inclusion criteria and accepted to participate in the study were randomized by the closed envelope method and in this way the study and control groups were determined. While improved training was provided to mothers in the study group, standard training was provided to mothers included in the control group. Our study was conducted as a quasi-experimental pre-test/post-test control group. There is no statistically difference about the age, the educational status, the employment status, the history of pregnancy, the birth pattern variables of the mothers, and the gender and gestational week variables of the newborns between the study and control groups. The distribution of groups was homogenous. The difference between the pre-education information attitude point averages of the mothers in the study and control groups was not statistically significant and the groups were homogeneously distributed ($p > 0.05$). The total knowledge attitude score average of the mothers who received improved education (15.51±2.69) was found higher than the total knowledge attitude score average of the mothers who received standard education (12.59±2.98)

and the result was statistically significant ($p<0.05$). When the mothers' in-group knowledge attitude scores were compared, there was a statistically significant difference between the total post-education score and post-education score increase compared to the group with improved education. However, the mothers in the standard education group had a statistically significant difference ($p<0.05$).

In conclusion, the improved education given to mothers of premature baby before discharge was superior to standard education and thus showed positive effects on the level of knowledge of the mothers. This finding suggest that when this education is applied continuously, it will be very beneficial for mothers of premature infant in terms of feeling adequate after discharge and protecting the health of their babies.

Keywords: Premature infant, mother education, knowledge attitude level, newborn care

KAYNAKLAR

1. Aagaard H, Hall EO. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. J Pediatr Nurs 2008;23(3):e26-e36.

2. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51(2):104-9.

3. Goldstein RF, Malcolm WF. Care of the neonatal intensive care unit graduate after D-discharge. Pediatr Clin 2019;66(2):489-508.

4. Vohr BR, O'Shea M, Wright LL. Longitudinal multicenter follow-up of high-risk infants: why, who, when, and what to assess. Semin Perinatol 2003;12(3):14-22

5. Acunaş B, Uslu S, Baş AY. Turkish Neonatal Society guideline for the follow-up of high-risk newborn infants. Turk Pediatri Ars 2018;53(Suppl 1):S180.

6. Balcı S, Yıldız S. Preterm bebeği olan annelere yapılan taburculuk eğitimi ve ev ziyaretlerinin bebeğin büyüme–gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerileri üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2017;4(3):212-20.

7. İşler A, Görak G. Prematüre bebeği olan annelerde olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında hemşirelik yaklaşımının önemi. Çocuk Dergisi 2007;7(1):36-41.

8. Ritchie SK. Primary care of the premature infant discharged from the neonatal intensive care unit. MCN Am J Matern Child Nurs 2002;27(2):76-85.

9. Peyrovi H, Mosayebi Z, Mohammad-Doost F, Chehrzad M-M, Mehran A. The effect of empowerment program on "perceived readiness for discharge" of mothers of premature infants. J Matern.-Fetal Neonatal Med 2016;29(5):752-7.

10. Gupta M, Pursley DM, Smith VC. Preparing for discharge from the neonatal intensive care unit. Pediatrics 2019;143(6):e20182915.

11. Smith V, Hwang S, Dukhovny D, Young S, Pursley D. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. J Perinat 2013;33(6):415-21.

12. Kaynak S. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeyleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

13. Dik K, Koyuncuoğlu E, Çelik T, Korkmaz A. Annelerin bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili bilgi düzeyleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012;55:77-81.

14. Doğan N, Yiğit R, Erdoğan S. Annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;6(3):10-8.

15. Turan M, Bolışık B. Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(1):39-46.
16. Batman D. Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeylerine etkisi, Adnan Menderes Üniversitesi; 2014.

17. Balaban E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebek annelerine verilen eğitimin anne özgüvenine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

18. Arslan FT, Turgut R. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2013;6(3).

19. Kiess W, Chernausek SD, Hokken-Koelega AC. Small for gestational age: causes and consequences: Karger Medical and Scientific Publishers; 2009.p 112-240.

20. Carducci B, Bhutta ZA. Care of the growth-restricted newborn. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2018;49:103-16.

21. Kramer MS. The epidemiology of low birthweight. Maternal and Child Nutrition: The First 1,000 Days. 74: Karger Publishers; 2013. p.1-10.

22. Çoban A, İnce Z, Can G. Yenidoğan ve hastalıkları. Neyzi O, Ertuğrul T (Editörler) Pediatri 2010;4:335-521.

23. Can G, İnce Z. Preterm doğanlar, intrauterin büyüme geriliği, makrozomi, çoğul gebelik. Neyzi O, Ertuğrul T (Editörler) Pediatri 2010;1:326-42.

24. Lubchenco LO, Hansman C, Boyd E. Intrauterine growth in length and head circumference as estimated from live births at gestational ages from 26 to 42 weeks. Pediatrics 1966;37(3):403-8.

25. Usher R, McLean F. Intrauterine growth of live-born Caucasian infants at sea level: standards obtained from measurements in 7 dimensions of infants born between 25 and 44 weeks. J Pediatr 1969;74(6):901-10.

26. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. BMC Pediatr2013;13(1):59.

27. Kliegman R, St Geme J, Blum N, Shah S. Tasker RC Nelson Textbook of Pediatrics. Elsevier Philadelphia, PA, USA; 2019.p: 322-420

28. Mandy GT, Weisman L, Kim M. Infants with fetal (intrauterine) growth restriction. Hallado en URL: https://www uptodate com. 2016.

29. Acunaş B, Salihoğlu Ö, Dizdar EA. Prematüre bebeklerin taburculuk sonrası izlem kitapçığı. Ankara : Türk Neonatoloji Derneği, 2018:1-23

30. Dubowitz LM, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. . J Pediatr 1970;77(1):1-10.

31. Ballard JL, Novak KK, Driver M. A simplified score for assessment of fetal maturation of newly born infants. . J Pediatr 1979;95(5):769-74.

32. Ballard J, Khoury J, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman B, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991;119(3):417-23.

33. Gabriel MM, Moreiras JM, Fleixas GL, Gallego SD, Alonso CP, De la Cruz Bértolo J, et al., editors. Assessment of the new Ballard score to estimate gestational age. Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003); An Pediatr (Barc):2006;15(1):11

34. Ananth CV, Friedman AM, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of moderate preterm, late preterm and early term delivery. Clin Perinat 2013;40(4):601-10.

35. Perez M, Robbins ME, Revhaug C, Saugstad OD. Oxygen radical disease in the newborn, revisited: oxidative stress and disease in the newborn period. Free Radical Biology and Medicine 2019.

36. Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. Pediatrics 2008;122(5):1119-26.

37. Vohr BR. Neonatal follow-up programs in the new millennium. NeoReviews 2001;2(11):e241-e8.

38. Vohr B, Msall M. Follow-up of high-risk infants. Developmental and therapeutic interventions in the NICU 1st ed Baltimore: Paul H Brokes Publishing 2004:267-92.

39. Stewart J, Abrams SA, Kim MS. Care of the neonatal intensive care unit graduate. UpToDate, Wolters Kluwer 2017.

40. Zeynep İ. Preterm bebeğin taburcu olduktan sonra büyüme izlemi, beslenme ve aşılanmasında kanıta dayalı uygulamalar. Çocuk Dergisi 2009;9(4):167-171.

41. Brodsky D, Ouellette MA. Introduction: Transition of the premature infant from hospital to home. Primary care of the premature infant 2008; p.1-8

42. Okumuş N. Prematüre bebeğin taburculuğa hazırlanması. Klinik Tıp Pediatri Dergisi 2017;9(4):71-80.

43. Sarkar R, Basu S, Agrawal R, Gupta P. Skin care for the newborn. Indian Pediatr 2010;47(7):593-8.

44. Lund C. Issues in newborn skin care. Adv Neonatal Care 2016;16:S1-S2.

45. Çiğdem Z. Yenidoğan cildinin özellikleri ve değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics 2015;1(2):1-5.

46. Johnson E, Hunt R. Infant skin care: updates and recommendations. Curr Opin Pediatr 2019;31(4):476-81.

47. Lund C. Bathing and beyond: current bathing controversies for newborn infants. Adv Neonatal Care 2016;16:S13-S20.

48. Fernández D, Antolín-Rodríguez R. Bathing a premature infant in the intensive care unit: A systematic review. J Pediatr Nurs 2018;42:e52-e7.

49. Gözen D. Yenidoğanda verniks kazeozanın önemi ve banyo uygulaması. Turkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics 2015;1(2):11-6.

50. Brandon D, Hill CM, Heimall L, Lund CH, Kuller J, McEwan T, et al. Neonatal skin care: Evidence-based clinical practice guideline. 2018.

51. Morita K, editor Application of moisturizer to neonates prevents development of atopic dermatitis. World Allergy Organization Journal 2015: BioMed Central.

52. Simpson, EL, Chalmers, JR, Hanifin, JM, Thomas, KS, Cork, MJ, McLean, WI, & Williams, HC. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. J Allergy and Clin Immunol 2014;134(4), 818-823.

53. Dk Ss, Jain V. Infant's skin and care needs with special consideration to formulation additives. Asian J Pharm Clin Res 2018;11(12):75-81.

54. Karakoç A, Öztürk C. Nemlendiricilerin önemi ve kullanımı. Turkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics 2015;1(2):17-22.

55. Okumuş N. Prematüre ve sorunlarına genel bakış, Hayata prematüre başlayanlar, ed. Nurullah Okumuş, Aysun Yayıncılık, Ankara, 2012:13-9.

56. Gökçay G, Izlem S. İlk beş yaşta çocuk sagligi izlemi nobel tip kitapevi Istanbul, Türkiye, 2017: 1:3-15.

57. Adam R. Skin care of the diaper area. Ped Dermatol 2008;25(4):427-33.

58. Visscher M, Odio M, Taylor T, White T, Sargent S, Sluder L, et al. Skin care in the NICU patient: effects of wipes versus cloth and water on stratum corneum integrity. Neonatology 2009;96(4):226-34.

59. Ness MJ, Davis DM, Carey WA. Neonatal skin care: a concise review. Int J Dermatol 2013;52(1):14-22.

60. Fernandes JD, Machado M, Oliveira Z. Children and newborn skin care and prevention. An Bras Dermatol 2011;86(1):102-10.

61. Stewart D, Benitz W. Umbilical cord care in the newborn infant. Pediatrics 2016;138(3).

62. Afsar F. Skin care for preterm and term neonates. Clin Experiment Dermatol: Clinical Dermatology 2009;34(8):855-8.

63. Wang L, He JL, Zhang XH. The efficacy of massage on preterm infants: a meta-analysis. Am J Perinatol 2013;30(09):731-8.

64. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later. Birth 2009;36(2):97-109.

65. Whitelaw A. Kangaroo baby care: Just a nice experience or an important advance for preterm infants? Pediatrics 1990;85(4):604-5.

66. Juneau AL, Aita M, Héon M. Review and critical analysis of massage studies for term and preterm infants. Neonatal Network 2015;(3):165-77.

67. Öztürk C, Karabudak SS. Annelerin uyguladığı masajın prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin büyüme gelişmesine etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2002;24(1):27-42.

68. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. J Clin Sleep Med 2016;12(06):785-6.

69. Moon RY, Horne RS, Hauck FR. Sudden infant death syndrome.Lancet 2007;370(9598):1578-87.

70. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics 2016;138(5):e20162938.

71. Byars KC, Simon SL. American Academy of Pediatrics 2016 Safe sleep practices: implications for pediatric behavioral sleep medicine. Behav Sleep Med 2017;15(3):175-9.

72. Malloy MH. Trends in postneonatal aspiration deaths and reclassification of sudden infant death syndrome: impact of the "Back to Sleep" program. Pediatrics 2002;109(4):661-5.

73. Carpenter R, Irgens L, Blair P, England P, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Lancet 2004;363(9404):185-91.

74. Li D-K, Petitti DB, Willinger M, McMahon R, Odouli R, Vu H, et al. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997–2000. Am J Epidemiol 2003;157(5):446-55.

75. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Moore CM, Donoghue E, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. Pediatrics 2003;111(Supplement 1):1207-14.

76. Bull MJ, Engle WA. Safe transportation of preterm and low birth weight infants at hospital discharge. Pediatrics 2009;123(5):1424-9.

77. Seats I. Assessment of babies for car seat safety before hospital discharge. Paediatrics & Child Health 2000;5(1):53-63.

78. Davis NL, Zenchenko Y, Lever A, Rhein L. Car seat safety for preterm neonates: implementation and testing parameters of the infant car seat challenge. Academic Pediatrics 2013;13(3):272-7.

79. Dusick AM, Poindexter BB, Ehrenkranz RA, Lemons JA, editors. Growth failure in the preterm infant: can we catch up? Semin Perinatol 2003: Elsevier.

80. Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile L-A, Stoll BJ, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child health and human development neonatal research network, January 1995 through December 1996. Pediatrics 2001;107(1):e1-e.

81. Griffin IJ, Motil KJ. Growth management in preterm infants. UpToDate, Waltham, 2017.

82. Atıcı A. Intrauterine growth curves for neonates born in Turkey: Ministry of Health and Turkish Society of Neonatology Multicenter Study. Turkish Society of Neonatology Bulletin 2011;23:41-51.

83. Salihoglu O, Karatekin G, Uslu S, Can E, Baksu B, Nuhoglu A. New intrauterine growth percentiles: a hospital-based study in Istanbul, Turkey. JPMA 2012;62(1070).

84. Villar J, Cheikh Ismail L, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. Lancet (London, England) 2014;384(9946):857-68.

85. Villar J, Giuliani F, Bhutta ZA, Bertino E, Ohuma EO, Ismail LC, et al. Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21(st) Project. Lancet Global health 2015;3(11):e681-91.

86. Olsen IE, Groveman SA, Lawson ML, Clark RH, Zemel BS. New intrauterine growth curves based on United States data. Pediatrics 2010;125(2):e214-24.

87. Borghi E, de Onis M, Garza C, Van den Broeck J, Frongillo EA, Grummer-Strawn L, et al. Construction of the World Health Organization child growth standards: selection of methods for attained growth curves. Statistics in medicine 2006;25(2):247-65.

88. Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. Child: care, health and development 2008;34(4):454-63.

89. Aggett PJ, Agostoni C, Axelsson I, De Curtis M, Goulet O, Hernell O, et al. Feeding preterm infants after hospital discharge: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;42(5):596-603.

90. Gürsoy T, Yurdakök M. Prematüre bebeklerin beslenmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2008, 51: 240-251.

91. Rozé J-C, Darmaun D, Boquien C-Y, Flamant C, Picaud J-C, Savagner C, et al. The apparent breastfeeding paradox in very preterm infants: relationship between breast feeding, early weight gain and neurodevelopment based on results from two cohorts, EPIPAGE and LIFT. BMJ open 2012;2(2):e000834.

92. Bilgen, H., Kültürsay, N., & Türkyılmaz, C. Türk Neonatoloji Derneği sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi. Turk Pediatri Ars 2018;53(1), 128-137

93. Abrams SA. Calcium and vitamin D requirements of enterally fed preterm infants. Pediatrics 2013;131(5):e1676-e83.

94. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli V, De Curtis M, Darmaun D, Decsi T, et al. Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010;50(1):85-91.

95. Griffin IJ, Domellöf M, Bhatia J, Anderson DM, Kler N. Zinc and copper requirements in preterm infants: an examination of the current literature. Earl Human Development 2013;89:p29-S34.

96. Yiğit Ş. Prematüre bebeğin taburcu olduktan sonraki beslenmesi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi 2016;8(2):52-6.

97. Coats DK, Olitsky SE. Retinopathy of prematurity: Treatment and prognosis. UpToDate, Waltham, 2017.

98. Koç E, Baş AY, Özdek Ş, Ovalı F, Başmak H. Türk Neonatoloji Derneği ve Türk Oftalmoloji Derneği prematüre retinopatisi uzlaşı rehberi. Turk Pediatri Ars 2018;53(Supp: 1):151-60.

99. American Academy of Pediatrics, American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatrics Ophthalmology and Strabismus. Screening examination of premature infants for retinopathy of prematurity. Pediatrics 2013;131(1):189-95

100. International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity..The international classification of retinopathy of prematurity revisited. Arch ophthal 2005;123(7):991.

101. Adcock LM, Freysdottir D. Screening the newborn for hearing loss. UpToDate, Wolters Kluwer. 2017.

102. Baş N. Yenidoğan işitme taramaları. Pegem Atıf İndeksi 2017:259-75.

103. Force UPST. Universal screening for hearing loss in newborns: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics 2008;122(1):143-8.

104. Latal B. Prediction of neurodevelopmental outcome after preterm birth. Pediatr Neurol 2009;40(6):413-9.

105. Stephens BE, Vohr BR. Neurodevelopmental outcome of the premature infant. Pediatr Clin 2009;56(3):631-46.

106. Özkan H. Preterm ve term yenidoğanda büyümenin değerlendirilmesi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi 2016;8(2):83-7.

107. Pediatrics AAo. Follow-up care of high-risk infants. Pediatrics 2004;114(5):1377-97.

108. Baley JE. Schedule for immunization of premature infants. Fanaroff and Martin's neonatal perinatal medicine-diseases of the fetus and newborn Missouri 2015:1839-40.

109. Saari T. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases: Immunization of preterm and low birth weight infants. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Pediatrics 2003;112:193-8.

110. Bonhoeffer J, Siegrist C-A, Heath P. Immunisation of premature infants. Arc Disease Childhood 2006;91(11):929-35.

111. Flatz-Jequier A, Posfay-Barbe KM, Pfister RE, Siegrist C-A. Recurrence of cardiorespiratory events following repeat DTaP-based combined immunization in very low birth weight premature infants. J Pediatr. 2008;153(3):429-31.

112. Diseases CoI, Pediatrics AAo. Prevention of rotavirus disease: updated guidelines for use of rotavirus vaccine. Pediatrics. 2009;123(5):1412.

113. Spear ML, Leef K, Epps S, Locke R. Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. Am J Perinat 2002;19(04):205-14.

114. Lian YC, Ying SHK, Peng CC, Yann TY. Early discharge study for premature infants: Singapore general hospital. Perm J 2008;12(4):15.

115. Weiss M, Johnson NL, Malin S, Jerofke T, Lang C, Sherburne E. Readiness for discharge in parents of hospitalized children. J Pediatr Nurs 2008;23(4):282-95.

116. Weiss ME, Ryan P, Lokken L. Validity and reliability of the perceived readiness for discharge after birth scale. JOGN Nurs 2006;35(1):34-45.

117. Staniszewska S, Brett J, Redshaw M, Hamilton K, Newburn M, Jones N, et al. The POPPY study: developing a model of family-centred care for neonatal units. Worldviews Evid Based Nurs 2012;9(4):243-55.

118. Smith V, Young S, Pursley D, McCormick M, Zupancic J. Are families prepared for discharge from the NICU? J Perinatol 2009;29(9):623-9.

119. Bernstein HH, Spino C, Baker A, Slora EJ, Touloukian CL, McCormick MC. Postpartum discharge: do varying perceptions of readiness impact health outcomes? Ambul Pediatr 2002;2(5):388-95.

120. Dato VM, Saraiya M, Ziskin L. Use of a comprehensive state birth data system to assess mother's satisfaction with length of stay. Matern Child Health J 2000;4(4):223-31.

121. Chen Y, Zhang J, Bai J. Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. J Adv Nurs 2016;72(1):135-46

122. Ketenci Ö. Primipar annelerde yenidoğan bakımına yönelik özyeterlilik algısı ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

123. Zhang X, Kurtz M, Lee SY, Liu H. Early intervention for preterm infants and their mothers: a systematic review. J Perinat Neonatal Nurs 2014.

124. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babalarin yenidoğan bakiminailişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:54-8.

125. Rohana J, Ishak S, Wan Nurulhuda WMZ. Sudden infant death syndrome: Knowledge and practise in parents of preterm infants. Pediatr Int 2018;60(8):710-3.

126. Blair P, Platt MW, Smith IJ, Fleming PJ. Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants: an opportunity for targeted intervention. Arch Dis Child 2006;91(2):101-6.

127. Akimana MT. Mothers awareness and attitudes on the care of their preterm infant at discharge from a neonatal intensive care unit in a selected referral hospital in the north province of Rwanda.University of Rwanda; 2017

128. Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. The Cochrane database of systematic reviews 2015(11):Cd005495.

129. Tappin D, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. J Ped 2005;147(1):32-7.

130. Erdoğan Ç, Turan T. Risky behaviors of mothers with infants on sudden infant death syndrome in Turkey. J Pediatr Nurs 2018;38:e2-e6.

131. Efe E, İnal S, Balyılmaz H, Çetin H, Turan T, Altun E, et al. Nurses' and paediatricians' knowledge about infant sleeping positions and the risk of sudden infant death syndrome in Turkey. HealthMED 2012;6(1):140-7.

132. Maliheh A, Mahnaz J, Asghar M, Mahmood S, Roghayeh K. Comparing the effect of simulation and video-based education on mothers' self-efficacy in bathing preterm infants. Int J Med Research & Health Sciences 2016;5(12):147-53.

133. Labiner-Wolfe J, Fein SB. How US mothers store and handle their expressed breast milk. J Hum Lact 2013;29(1):54-8.

134. Liu X, Yang J, Chen X, Li L. Knowledge, attitudes and behaviors on child passenger safety among expectant mothers and parents of newborns: a qualitative and quantitative approach. PloS one 2016;11(1):e0146121

135. Diehl K. Adolescent mothers: what produces positive mother-infant interaction? MCN Am J Matern Child Nurs 1997;22(2):89-95.

136. Chomba E, McClure EM, Wright LL, Carlo WA, Chakraborty H, Harris H. Effect of WHO newborn care training on neonatal mortality by education. Ambul Pediatr 2008;8(5):300-4.

137. Senarath U, Fernando DN, Vimpani G, Rodrigo I. Factors associated with maternal knowledge of newborn care among hospital-delivered mothers in Sri Lanka. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2007;101(8):823-30.

138. Puthussery S, Chutiyami M, Tseng P-C, Kilby L, Kapadia J. Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: a meta-review of systematic reviews. BMC Pediatr 2018;18(1):223.

EKLER

EK 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/426	
	PROTOKOL ADI	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Prematüre Bebek Annelerine Taburculuk Esnasında Verilen Standart ve Geliştirilmiş Bebek Bakımı ve Beslenme Eğitiminin Annelerin Bilgi ve Tutumları Üzerine Etkileri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Rıdvan DURAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:20/20**	**Tarih:25.11.2019**	
	Fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Rıdvan DURAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Gülay Cesur ÇINAR'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 2

BİLGİLENDİRME FORMU

Çalışmanın Adı: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebek annelerine taburculuk esnasında verilen standart ve geliştirilmiş bebek bakımı ve beslenme eğitiminin annelerin bilgi ve tutumları üzerine etkileri

Sevgili Anne,

Bu çalışma; annelerin, prematüre bebeklerinin bakımı ve beslenmesi konusundaki bilgilerinin neler olduğunu ve bu konudaki kendilerine verilecek eğitimin bilgi ve tutumları üzerindeki değişiklikleri saptamak amacıyla yapılmaktadır.

Çalışmamıza katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğiniz takdirde, elde edilen bilgiler ışığında size prematüre bebek bakımı ve beslenmesi hakkında eğitim verilecek ve ardından bebek bakımını içeren bir kitapçık sunulacaktır.

Taburculuk esnasında prematüre bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili bir anket uygulanması planlanmaktadır. Bu nedenle verilen forma adınızı, soyadınızı, telefon numaranızı yazmanız önemlidir. Kişisel bilgileriniz tarafımızdan gizli tutulacaktır. Bu anketten elde edilen bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz, katkılarınız ve cevaplarınızdaki içtenlik için şimdiden teşekkür ederim.

Arş.Gör.Dr.Gülay CESUR ÇINAR

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

Adı- Soyadı :

İmza:

EK 3

ANNE BİLGİ FORMU

Anket No : **Tarih :**

Telefon numaranız :

1)Adınız Soyadınız ……...

2)Kaç yaşındasınız ? ……

- 18 yaşından küçük
- 18-25
- 26-30
- 31-35
- 36-50

3) Eğitim durumunuz?

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Ön lisans
- Lisans

4) Çalışıyor musunuz?

- Hayır
- Evet (mesleğinizi lütfen belirtiniz)……..……

5) Eşinizin eğitim durumu?

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Ön lisans
- Lisans

6) Eşiniz çalışıyor mu?

- Hayır
- Evet (mesleğinizi lütfen belirtiniz)…….

7) Sizce ekonomik durumunuz hangi düzeyde lütfen belirtiniz?

- Gelir giderden az
- Gelir gidere eş
- Gelir giderden fazla

8) İsteyerek mi gebe kaldınız?

- Hayır
- Evet

9) Daha önce gebe kaldınız mı?

- Hayır
- Evet (sahip olduğunuz çocuk sayısı)……..

10) Geçmişte ya da şu anda önemli bir sağlık sorununuz var mı?

- Yok
- Var (lütfen belirtiniz)
  Şeker (Diyabet)
  Hipertansiyon
  Diğer……

11) Gebeliğinizin kaçıncı haftasında doğum yaptınız? (Lütfen belirtiniz)……

12) Bu doğum nasıl gerçekleşti ?

- Normal vajinal yolla
- Sezeryan ile

13) Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- Kız
- Erkek

14) Bebeğinizin doğum kilosu nedir? (Lütfen belirtiniz)……

15) Bebeğinizin doğum boyu nedir ? (Lütfen belirtiniz)……

16) Bebek bakımı ve beslenmesine yönelik bilgi almak için doğum öncesi herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi?

- Hayır
- Evet

17) Bebek bakımı ve beslenmesine yönelik bilgiyi kimden/nereden aldınız?

- Sağlık personeli
- Kitap/broşür
- Televizyon
- Akrabalar
- Diğer…

18) Prematüre bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili bilgiye ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

- Hayır
- Evet

19) Sizce prematüre bebeğin bakımı zamanında doğan bebekten farklı mıdır?

- Hayır
- Evet, (Farklı olduğunu düşündüğünüz şıkları lütfen işaretleyiniz)

a) Beslenme sıklığı ve süresi
b) Uyku sıklığı ve süresi
c) Banyo ve vücut temizliği
d) Enfeksiyon riski
e) Demir takviyesi başlama zamanı ve miktarı
f) Aşı programı

20) Taburcu olunca evde bebeğinizin bakımı ve beslenmesiyle ilgili güçlük yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

- Hayır
- Evet

EK 4

YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN ANNELERİN PREMATÜRE BEBEK BAKIMI VE BESLENMESİNE İLİŞKİN BİLGİ DURUMLARINI DEĞERLENDİRME FORMU

1)Prematüre bebek kime denir?

a. Bilmiyorum
b. Gebeliğin 37.haftasından önce doğanlar
c. Gebeliğin 38.haftasından önce doğanlar
d. Gebeliğin 39.haftasından önce doğanlar

2) Bebeğinizin taburculuk sonrası ev düzeninde yapılması gereken değişikliklerdendir?

a. Odanın yeterince havalanması
b. Oda sıcaklığının 25°C'den fazla olması
c. Bebek yatağının kalorifer veya sobanın hemen yanında olması
d. Canlı çiçek varsa bebeğinizin bulunduğu odada kalması

3) Bebek giysileri seçimi ve temizliği ile ilgili hangisi doğru <u>değildir</u>?

a. İlk birkaç ay ayrı yıkanmalı ve iki kez durulanmalı
b. Bir yaşına kadar erişkinden iki kat fazla giydirilmeli
c. Pamuklu uyku tulumu tarzı giysiler bebeği sıcak tutmak için tercih edilmeli
d. Parfüm içermeyen deterjan ya da bebek çamaşır sabunu kullanılmalı

4) Taburculuk sonrası bebeğinizin acıktığını nasıl anlarsınız?

a. Başını sağ sola çevirerek aranır
b. Parmak ve ellerini emer
c. Dokunulduğunda ağzını açar
d. Hepsi

5) Bebeğiniz taburculuk sonrası ne sıklıkta beslenmesi en uygundur?

a. Her istediğinde
b. Günde 3-4 defa
c. Günde 5-6 defa
d. Her saat

6) Bebeğiniz <u>beslenme düzenine geçtikten sonra</u> ne sıklıkta beslenmesi yeterli olacaktır?

a. Yarım saatte bir
b. Saat başı
c. İlk birkaç ay sonrasında 3-4 saatte bir
d. İlk birkaç ay sonrasında günde 3-4 defa

7) Bebeğiniz beslenmek istemiyorsa ne yapmanız gerekir?

a. Sabırlı olup denemeye devam etmek
b. Bebeğin pozisyonunun iyi olduğundan emin olmak
c. Emmemekte ısrar ediyorsa fincan veya biberon ile beslenmeyi denemek
d. Hepsi

8) Bebeğiniz her emzirmeden sonra az miktarda kusuyorsa neler yapılmalıdır?

a. Kustuktan sonra tekrar beslenmeli
b. Bebek emzirmelerden sonra yan yatırılmalı
c. Bebeğin başının altına yastık konulmalı
d. Emzirme öncesi gaz çıkartılmalı

9) Bebeğinizi gözlem altında olmadığı zamanlarda nasıl yatırmalısınız?

a. Yüzüstü
b. Sırtüstü
c. Yan tarafına
d. Hepsi

10) İlk 6 ay boyunca bebeğinizin uyuyabileceği en uygun yer neresidir?

a. Aynı yatakta
b. Sizin yatak odanızda yer alan bir bebek yatağında
c. Gündüz en çok kullanılan odada yer alan bir bebek yatağında
d. Hepsi

11) Gün içinde banyo ne zaman yaptırılmalıdır?

a. Yemekten hemen sonra
b. Açken
c. Yemekten 30dk önce ya da 1 saat sonra (iki emzirme arası)
d. Hepsi

12) Ağlayan bebeğinizi yatıştırmak için ne yapmanız uygundur?

a. Ritmik olarak sallanmalı veya gezinti yapılmalı
b. Kucakta sarmalayarak taşımak
c. Saç kurutma makinesi, elektrik süpürge sesi, su sesi dinletme
d. Hepsi

13) Bebeğinizin büyümesini değerlendirmek için hangi ölçüm/ler yapılır?

a. Ağırlık ölçümü
b. Boy ölçümü
c. Baş çevresi ölçümü
d. Hepsi

Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra lütfen doğru / yanlış bulduğunuz seçeneği yuvarlak içine alınız.

14) Düzeltilmiş yaş bebeğinizin doğduğu günden,doğması beklenen gün arasındaki zaman diliminin çıkartılması ile hesaplanır. **D / Y**

15) Bebeğinizin tartısı,boyu,beyinsel ve davranışsal gelişimi takvim yaşına göre değerlendirilir. **D / Y**

16) Anne sütü özelliği bozulmadan buzdolabı kapağında 1 hafta saklanabilir. **D / Y**

17) Prematüre bebeklerin görme ve işitme sorunları olabilir, bu nedenle tarama muayeneleri yapılmalıdır. **D / Y**

18) Bebeğinizin şehir içi yolculuklarda araba koltuğunda taşınması gerekli değildir. **D / Y**

19) Prematüre bebeklerin vitamin ve demir ihtiyaçları olduğundan çeşitli damlalar kullanması önerilir . **D / Y**

20) Prematüre bebeklere aşılar,dozları bölünerek veya yarı dozda verilir. **D / Y**

Katılımınız için teşekkür ederim…

EK 5

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM
SAĞLIKLI EVE DÖNÜŞ YENİDOĞAN EĞİTİM YÖNERGESİ

Yenidoğan Adı: **Doktoru:**

Doğum Tarihi: **Hemşiresi:**

YENİDOĞAN BAKIMI	Anlatarak Öğretme	Uygulamalı Öğretme	Annenin Anlatması	Annenin Uygulaması
Hijyen(göbek bakımı, banyo, alt bakımı vb)				
Beslenme ve anne sütünün yararları				
Bebeğin Pozisyonu				
Normal Boşaltım Takibi				
Isı Takibi				
Enfeksiyon Kontrolü(el temizliği, ziyaretçiler)				
Sarılık				
Güvenlik				

Kullandığı İlaçlar	Dozu	Veriliş Yolu	Saat
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Kontrol randevu tarih:	
Neonatal tarama için kan alım tarihi:	
Hepatit B aşısı tarih:	
İşitme testi tarih:	
Ek bilgiler:	

HEKİME BAŞVURMAYI GEREKTİREN DURUMLAR

*Beslenme Güçlüğü *Artan Sarılık *Kusma ve Sulu Dışkı *Sürekli Ağlama *Solunum Güçlüğü	*Göbekte Kötü Koku, Kızarıklık *Güç Uyandırılma *Ani Döküntü *Ağızda beyaz lekeler *Kırmız-şiş-sulanan göz	*24 saatte ıslak bez sayısının 6-8 den az olması *Ateşin 36.2 C'nin altı veya 37.4 C'nin üstü *Bebekte devam eden titreme

Yukarıdaki bilgileri aldığımı ve anladığımı onaylıyorum. **Hasta Yakını Adı Soyadı – İmza:**

EK 6

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
TABURCULUK VE EMZİRME EĞİTİM KİTAPÇIĞI

1- BEBEK BAKIMI

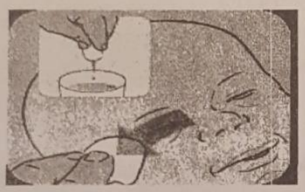
Enfeksiyon kontrolü



El temizliği enfeksiyon kontrolünde birinci basamaktır. Her işlemden önce ve sonra eller yıkanmalıdır. Her gelen ziyaretçi önce ellerini yıkamalı sonra bebeğe dokunmalıdır. Tırnakların kısa kesilmesi ve mümkün olduğunca takı takılmaması yine enfeksiyonu engellemek açısından önemlidir. Ziyaretçilere, özellikle okul çağı çocuklarına kısıtlama koymak yerinde olur. Oyuncakları yıkanabilen, toz tutmayan ve tüysüz oyuncaklar olmalıdır.

Göz Bakımı

Bebeğin gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakım gerekmez. Gözler çapaklandığında steril bir gazlı bez kaynatılıp soğutulmuş su ile ıslatılarak içten dışa doğru bastırmadan silinmelidir. Silme işleminde her defasında başka bir gazlı bez kullanılmalı ve silerken geriye dönülmemelidir. Bu işlem, bir gözdeki enfeksiyonun diğerine bulaşmasını önler. Göz temizliği daima içeriden dışarıya doğru (gözün burun tarafından şakak tarafına doğru) yapılmalıdır.





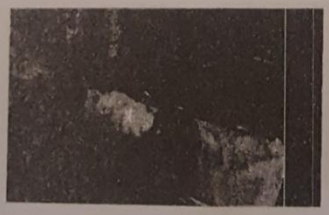
Ağız Bakımı



Sağlıklı bebekte ek gıdaya geçilene kadar ağız bakımına gerek yoktur. Emzirme öncesi meme ucunun kaynamış ılık suyla temizlenmesi yeterlidir. Bebek emzik veya biberon kullanıyorsa mutlaka kaynatılmalıdır.

Kulak Bakımı

Kulaklar çok hassas olduğundan asla kulak deliğine bir şey sokulmamalıdır. Sadece kulağın arkası ve kepçe kısmının iç kıvrımları silinmelidir. Pamuklu çubuklar bebekler için sakıncalıdır, kesinlikle kullanılmamalıdır. İstemeyerek bebeğin kulak zarına zarar verebileceği gibi daha çok pisliğin içeri kaçmasına da neden olabilir

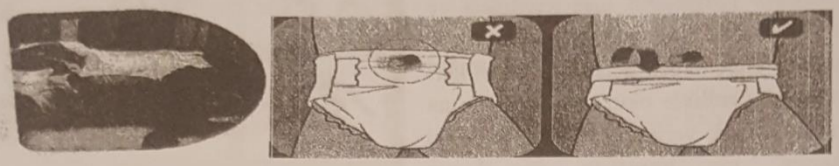




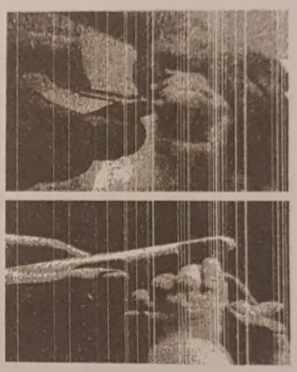
Göbek Bakımı

Göbek kordonu doğumdan sonra beyaz, şeffaf ve parlaktır. Göbek bağının kuru ve temiz tutulması ile göbek bağı kurur ve 15 gün içinde (ortalama 6- 9 gün) düşer. Kordon düşmeden önce göbeğe herhangi bir şey sürmeye gerek yoktur. Ancak doktorun reçete ettiği antiseptik bir sıvı varsa, önerildiği şekilde pansumanı yapılır. Antiseptik solüsyon ve steril tampon ile göbek içten dışa doğru olacak şekilde silinerek steril tampon ile kapatılır.

Bebeğin altı temizlenirken göbek kordonunun alt bezinin içinde kalmamasına dikkat edilmelidir. Alt değiştirme bezi göbek bağının altından bağlanarak göbeğin idrar ile teması önlenmelidir. Göbek bağı, bezin içinde kaldığında idrar ve dışkıdan dolayı enfeksiyon oluşabilir. Enfekte olan göbeğin çevresi kızarır ve akıntı olabilir.



El ve Tırnak Bakımı



Çevredeki insanlar bebeği severken genelde bebeğin ellerine dokunurlar. Mikroplar da en kolay bu yolla bulaşır. Çünkü bebek sık sık elleriyle gözlerini ovuşturur ve parmaklarını ağzına sokar. Bu yüzden her gün bir bezle bebeğin elleri sabunlanıp durulanmalıdır. Bebeğin tırnakları sık sık kontrol edilmeli ve düzenli aralıklarla kesilmelidir. Tırnakların altında mikroplar kolayca ürer ve bebeğe zarar verir. Bebeklerin tırnakları çok yumuşaktır ancak uzadığında kendisine zarar verebilir. Çünkü bebekler ilk aylarda el, kol ve parmak hareketlerini kontrol edemedikleri için yüzlerini ve gözlerini çizebilirler. Bu nedenle Bebeğin tırnakları banyodan sonra yumuşamış hâlde iken ve uyurken kesilmeli ya da törpülenmedir.

Alt Bakımı

Alt temizliği vücut temizliğinin en önemli kısmını oluşturur. İlk aylarda bebeğin alt temizliği, mümkünse suyla yıkayarak yapılmalı ve ardından kurulanmalıdır. Yıkama mümkün değilse yumuşak ve ıslak bir bezle/pamukla temizleme işlemi yapılmalıdır.

Kızlarda dış üreme organları, ilk aylarda henüz gelişmediğinden açık durumdadır. Bu nedenle kız bebeklerde alt temizliği ıslak pamuk ile önden arkaya doğru yapılmalı ve bir kez silindikten sonra pamuk atılmalıdır. Dış üreme organlarının dışkı ile kirlenmemesine dikkat edilmelidir. Çünkü dışkıdan bulaşan mikroplar, idrar yollarına girerek iltihaplanmalara neden olabilir.

Erkek bebeklerde önce skrotum, sonra penis, ardından makat temizlenir. Her defada temiz bir pamuk kullanılır. Eğer gaita cilde yapışıp kurumuşsa silerken tahriş etmemeli, kremle yumuşatılıp bir süre sonra tekrar temizlenmelidir.

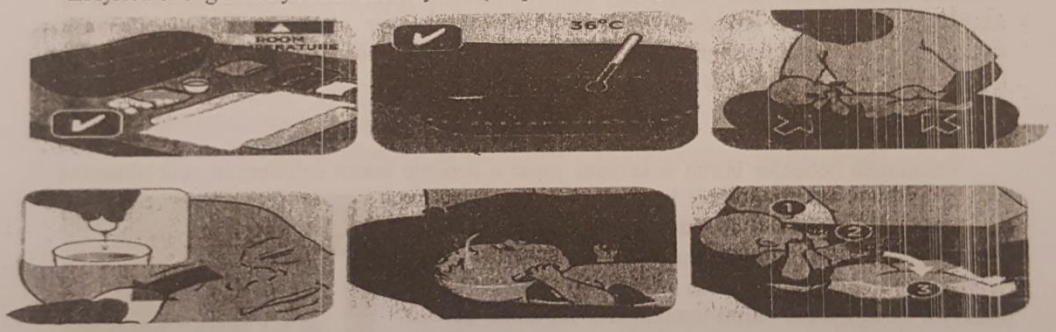


Bebek Banyosu

Banyo yaptırmak; sadece temizlik için değil bebeğin gelişmesi, iştahının artması, uykusunun düzenlenmesi gibi yararlarından dolayı her anlamda çok önemlidir. Bebeğin banyosu, silme banyo veya vücut banyosu (küvet banyosu) şeklinde olabilir. Bebeğin ilk vücut banyosu, göbek düştükten sonra yaptırılmalıdır. Bu sürede deri enfeksiyonlarından ve pişikten korumak için bebeğin vücudu silme banyo ile temizlenmelidir.

Bebek banyosunda dikkat edilecek noktalar şunlardır:

- Banyo küveti ve banyoda kullanılan materyaller kontaminasyonu önlemek için banyo öncesi temizlenmelidir.
- Banyo yaptırılan alan güvenli olmalıdır.
- Banyo süresince bebek yalnız ya da küçük bir çocukla birlikte bırakılmamalıdır.
- Banyo suyunun sıcaklığı 37-38°C derece olmalıdır. Banyo suyunun sıcaklığı banyo termometresiyle ölçülebilir. Suyun ısısı, ön kol iç yüzünü yakmayacak sıcaklıkta olmalıdır.
- Banyo yapılan odanın sıcaklığı 24-26°C derece olmalıdır. Prematüre bebekler için bu sıcaklık 28°C'ye kadar çıkartılabilir.
- Bebeğin giysilerini çıkarmadan önce gerekli tüm malzemelerin hazır olup olmadığı mutlaka kontrol edilmelidir.
- Banyo yapılan ortamda hava akımı olmamalıdır. Kapı ve pencereler kapatılmalıdır.
- Küvetteki suyun derinliği bebeğin kalçasında olmalıdır (ortalama 5 cm).
- Banyo için kullanılan sabun ya da şampuan normal cilt pH'ını bozmamalı, ciltte irritasyon yapmamalı ve gözleri yakmamalıdır. Sabun içermeyen sıvı temizleyiciler tercih edilmelidir. Cilt bakımı için; pH nötral (7), boya, kimyasal ve parfüm içermeyen, formülü bebekler için uygun, zararsız olduğu kanıtlanmış ürünler seçilmelidir.
- Bebeğiniz prematüre ise şampuan kullanılmamalı, musluk suyu yerine kaynamış ılınmış suyu tercih edin.
- Banyoya başlarken bebeği korkutmamak için önce bebeğin ayakları, daha sonra da vücudu küvetin içine sokulmalıdır. Böylece bebek suya alıştırılmış olur.
- Bebekte ısı kaybını önlemek için banyo süresi kısa tutulmalıdır. Ortalama banyo süresi 5 dakika olmalı maksimum 10 dakikayı geçmemelidir.
- Ayrıca bebeğinizin yüzüne sabun ya da şampuan sürmeyip sadece ılık su ile yıkamalısınız.



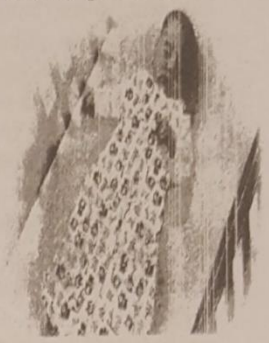
Bebek Giysilerinin Özellikleri



Bebek cildi çok hassastır. Sentetik malzemelerden yapılan giysiler bebeğin cildini tahriş edebilir. Her zaman yumuşak, pamuklu, kolay giydirilip çıkarılabilen ve düğme kullanılmayan giysileri tercih edin. Prematüre bebekler zamanında doğanlara göre bir kat daha fazla giydirilmeli. Bebeğin büyümesini engelleyecek giysiler kullanılmamalı, onun yerine omuz kısmı ayarlanabilen giysiler, tek parçalı belsiz tulumlar, beli elastik pantolonlar, kenarları geniş giysileri tercih edin. Ayaklarına mutlaka çorap, başına şapka giydirin. Kıyafetlerin etiketlerini kesin, bebeğin giysilerini yetişkinlerinden ayrı yıkayın ve özel bebek deterjanları kullanın. İlk altı ay bebek giysilerinin dikiş yerlerini içten ve dıştan ütüleyin.

Uyku

Yenidoğan bebekler günde 17-18 saat uyurlar. Bebeğin uyuduğu oda sessiz, güvenliğinin sağlandığı, güneş gören, nemsiz, hava akımı olmayan ve her gün havalandırılabilen bir oda olmalıdır. Yenidoğan ve bebeklerin 22-24 dereceden düşük olmamalıdır. Bebek uyurken sırt üstü ya da sağ yanının üzerine yatırılmalıdır. Ani bebek ölümü sendromunu tetikleyebildiğinden günümüzde bebeğin yüzüstü yatırılması önerilmemektedir. Yatak sert zeminli olmalı, yastık kullanılmamalı, yorgan hafif ve pamuklu olmalıdır ya da uyku tulumu tercih edilmelidir. Bebek yatağı için sıvı geçirmeyen kılıflar kullanılmamalıdır çünkü bunlar terlemeye ve havasızlığa yol açar. Yatak odasının iyi havalanmasına özen gösterilmelidir. Günde 2–3 kez 10 dakika süreyle havalandırılmalıdır. Yatakta yumuşak oyuncak vb. bırakılmamalıdır. Yatağın her iki yanına da mutlaka düşmeyi önleyen özel çocuk güvenlik bariyeri konulmalıdır. Bebek karyolaları sağlam olmalıdır. Karyola parmaklıklarının arası parmak veya elin sıkışmaması ve bebeğin başını sokup boğulmaması için 2,5 cm'den az, 6 cm'den geniş olmamalıdır. Uyurken bebeğin yüzü örtülmemeli, kundak yapılmamalı ve bacakları sıkıca sarılmamalıdır.



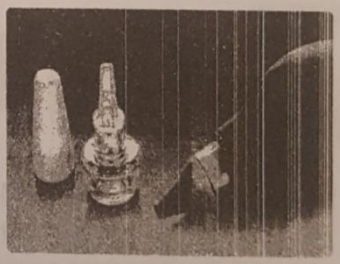
Konak

Konak, yenidoğan bebeklerde görülür. Geçici bir durumdur. Yaşamın ilk 4 haftası en sık olduğu dönemdir, 6 aydan sonra azalır ancak 1 yaşına kadar olan çocuklarda görülebilir Konak tedavisi, bölge temizlenerek yapılır. Konak oluştuğunda bebeğin başına bir gece önceden veya banyodan birkaç saat önce badem yağı, zeytinyağı ya da ½ çay kaşığı karbonat ile hazırlanan karışım sürülerek konaklar kabartılır, arkasından banyo yaptırılarak bebekler için hazırlanmış yumuşak bir fırça veya tarakla taranır. Çıkmadığı takdirde işlem birkaç defa tekrarlanır. Doktor önerisine göre, ilaç ve çeşitli şampuanlar da kullanılabilir. Konak temizlenirken bebeğin kafasında yer alan bıngıldaklarına dikkat edilmeli, fazla baskı uygulanmadan yumuşak hareketlerle bu bölge ovularak temizlenmelidir. Günlük temizlik, saç diplerini temiz ve konaksız tutar



Burun Tıkanıklığı

Yenidoğan bebekler burun solunumu yapar o nedenle burun deliklerinin açık olmasına dikkat edilmelidir. Sağlıklı bir bebekte nefes alıp verirken sıkıntı yoksa rutin burun temizliği gerekli değildir. Fakat bebek nefes alıp verirken burnundan ses geliyorsa, uykuya dalmakta zorlanıyorsa, uyurken sık sık uyanıyorsa, emerken bırakıyor ve ağlıyorsa burun temizliğinin yapılması gerekir. Burun temizliği en rahat banyo sonrası yapılır. Banyo sırasında burun içerisine giren su, burun içindeki mukus kalıntılarını yumuşatarak atılmasına yardımcı olur. Banyo sonrası yumuşamış olan bu kirler burun aspiratörleri yardımıyla alınabilir. Bunun dışında burunda tıkanıklık devam ediyorsa, serum fizyolojik içeren solüsyonlar bebeğin burnuna damlatılabilir. Bebeklerin burun içi mukozaları çok hassas olduğundan temizlerken zorlamak kanamaya neden olabilir. Yüksek basınçlı burun spreyleri bebeklerde önerilmez. Burun temizliği amacıyla pamuklu çubuk vb. malzemeler kullanılmamalıdır.



2 BEBEK BESLENMESİ

Anne sütü;

Bebeğiniz için yeri doldurulamaz bir doğa harikasıdır. Çünkü;

- Bebeğin ruh ve vücut sağlığı için en uygun besindir.
- Her zaman hazır, temiz, uygun ısıdadır, ekonomiktir.
- Sindirimi en kolay besin maddesidir.
- Her annenin sütü kendi bebeği için en uygun özelliktedir. Prematüre bebeği olan annenin sütü prematüre bebeğe,1 aylık bebeği olan annenin sütü 1 aylık bebeğe,3 aylık bebeği olan annenin sütü 3 aylık bebeğe göredir.
- Organ ve sistemlerin gelişmesini düzenleyen büyüme faktörlerini içerdiğinden bebeğin büyümesini ve gelişmesini hızlandırır.
- Anne sütü bebeğin ilk 6 ayda ihtiyacı olan protein, yağ vb. her türlü besin değerine sahiptir.
- Annenin ilk gelen sütü (ağız sütü) bebek için çok önemlidir, bebeğin ilk aşısıdır.
- Anne sütü, ishale yol açan mikroorganizmaların oluşmasını engeller
- Anne sütü alan bebeklerde pişik, karın ağrısı ve kabızlık daha az görülür.
- Anne sütüyle beslenen bebekler daha az ağlarlar, daha iyi uyurlar.
- Emzirmeyle anne ile bebek arasında var olan duygusal bağ gelişir.

Emzirmenin anneye yararları;

- Erken emzirmeyle doğum sonu kanamalar çabuk kesilir, memelerde şişme iltihaplanma olmaz, anne loğusalık dönemini daha rahat, sorunsuz geçirir.
- Rahmin daha kısa sürede normale dönmesini sağlar.
- Emmeyle anneden salgılanan hormonlar sayesinde kısa süre de dinlenme ihtiyacını karşılar, huzurlu olur.
- Emziren annelerde meme, rahim kanserine yakalanma riski daha düşüktür
- Doğum sonrasında kemiklerin yeniden mineral kazanmasını sağladığı için, menopoz sonrası kalça kemiği kırığı riskini azaltır.

Öneriler:

Doğumdan sonraki ilk yarım–1 saat içinde emzirmeye başlayın.
İlk 6 ay sadece anne sütü verin.
Anne sütüyle birlikte 6 aydan itibaren ek besinlere başlayın.
2 yaşına ve sonrasına kadar ek besinlerle birlikte anne sütü vermeye devam edin.

Meme bakımı için;

- Memenizi günde bir kez sabunsuz suylayıkamanız,
- En son gelen sütü meme ucunuza sürmeniz meme başıtemizliğinde yeterli olacaktır.

Bebeğiniz nasıl emer?





Doğru

Yanlış

Bebeğin yüzü memenize bakacak burnu meme ucunuzun karşısında olacak şekilde, bebeğinizin dudak kenarını meme başınızı yaklaştırarak memenizi aramasını sağlayın.



Bebeğinizin ağzını iyice açmasını ve kahverengi kısmı ağzının içine almasını bekleyin.



Emerken şapırtı sesini duyulması, yanaklarını içeri doğru çekmesi sadece meme ucunu emdiğini ve ağzıyla yeterince memeyi kavramadığını gösterir.

Parmaklarınızla meme başınızı bebeğinizin ağzında tutmasına yardımcı olun.
Memeyi ağzına olabildiğince doldurmuş mu?
Ağzı tam açık mı? Çene memeye dayanmış mı?
Alt dudak dışa doğru kıvrılmış mı?
Kontrol edin !



Bebeğiniz emmeye başladığında siz de elinizle başının arkasına destek olun.
Bebeğiniz sürekli emmez, kuvvetli emme hareketlerinden sonra kısa süreli dinlenme aralıkları olur.



Bebeğinizi emzirirken tensel temasta bulunduğunuzda bebeğinizin güven duygusunu geliştirirsiniz.



Emme işlemi sona erdiğinde, bebeğiniz doymuş ve mutlu görünür.



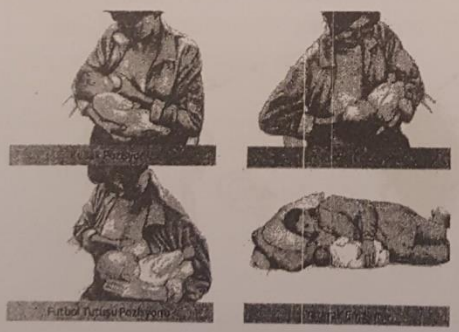
Emzirirken Nelere Dikkat Edilmeli?

►Emzirmeden önce eller mutlaka yıkanmalıdır.

Emzirme öncesinde eller 2-3 dakika süreyle bol sabunlu su ile yıkanmalı ve temiz havlu ile kurulanmalıdır.

►Emzirme Pozisyonları

Emzirme; bebek ile anne arasında kurulan duygusal bağın ilk adımıdır. Emzirme sırasında esas olan annenin ve bebeğin rahat edebileceği en iyi pozisyonun seçilmesidir. Çünkü her bebeğin iyi bir emme yapabilmesi annenin de emzirmeyi mümkün olduğunca uzun süre yapabilmesi ancak rahat bir pozisyonda olması ile mümkündür.





KLASİK EMZİRME POZİSYONU

Bu pozisyonda sırtınızı destekleyen rahat bir koltuğa oturun.
Memenizi elinize C şeklinde tutarak destekleyin.
Bebeğinizin yüzü karnı ve dizlerini size dönük biçimde karnınıza dayayın
Bebeğinizin başı dirseğinizin çukur kısmında bulunmalıdır.
Kolunuzun yorulmaması için gerekirse bir yastıkla destekleyin
En yaygın emzirme pozisyonudur.



ÇANTA POZİSYONU

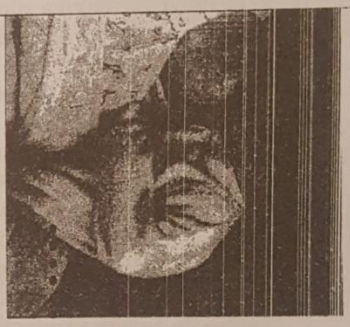
☐Bebeğinizin bacaklarını koltuğunuzun altından sarkıtın.
☐Bebeğinizin başını elinizle desteleyin, gerekirse elinizin altına bir yastık koyun.
☐Bu tutuş memenizin kontrolü ve bebeğinizin emişi açısından kolaydır.
☐Bu pozisyon ikiz bebeği olan, sezaryen doğum yapan, göğüsleri büyük olan anneler için idealdir.



ÇAPRAZ BEŞİK POZİSYONU

☐Bebeğinizi, emzireceğiniz memenin aksi tarafındaki kolunuzun içine yatırın.
☐Bebeğinizin vücudu size dönük ve meme hizasında olmalıdır.

☐ Bu şekilde bebeğinizin başını daha rahat kontrol edebilirsiniz.
☐ Bu pozisyon memeyi yakalama problemi olan, küçük veya erken doğan bebekler için idealdir.



YATARAK EMZİRME POZİSYONU

☐Hafif yan yatar biçimde sırtınızı ve omzunuzu bir yastıkla destekleyin.
☐Bir kolunuzu bebeğinizin başının arkasından geçirerek onun vücudunu, diğer elinizle de memenizi destekleyin.
☐Bebeğinizin sırtına bir yastık koyun, ağzı meme ucuna gelecek şekilde yanınıza yatırın



Anne Sütünün Sağılması Gereken Durumlar

- Anne işe gittiğinde bebeğin anne sütü ile beslenebilmesi için,
- Tıkanık yada fazla dolu memeyi rahatlatarak bebeğin memeyi almasını kolaylaştırmak için,
- Kanal tıkanıklığı veya süt birikmesini tedavi etmek için,
- Çökük bir meme başından emmeyi öğrenene kadar bebeği beslemek için,
- Memeyi istemeyen bir bebeği emmeden hoşlanana kadar beslemek için,
- Erken doğan veya düşük doğum tartılı ve başlangıçta ememeyen bir bebeği beslemek için,
- Anne yada bebek hasta olduğunda birbirinden ayrı ise bebeği anne sütü ile beslemek için,
- Anne bebeğinden uzaktayken süt akmasını önlemek için,

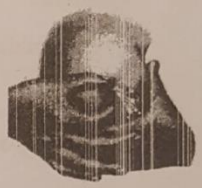
Sütün Sağılacağı Kabın Hazırlanması

- Emzirme öncesinde eller 2-3 dakika süreyle bol sabunlu su ile yıkanmalı ve temiz havlu ile kurulanmalıdır.
- Geniş ağızlı, ısıya dayanıklı fincan veya bardak tercih edilir.
- Seçilen kap temizlenir, kaynatılır (bulaşık makinesinde de yıkanabilir),
- Kuru ve temiz bir yerde saklanır,
- Sağma işlemine başlamadan önce fincana (bardağa) kaynar su konularak bir iki dakika bekletilir ve su boşaltılır(anne sütü ısısını korumak için)
- Sütü sağmadan önce kabın içindeki suyu boşaltılır **ve** Sağma işlemine geçilir.



Anne Sütü Nasıl Sağılır?



- Önce ellerinizi 2-3 dakika süreyle bol sabunlu su ile yıkayınız ve temiz havlu ile kurulayınız.
- Rahat bir yere oturunuz veya rahatça ayakta durabileceğiniz bir yerde durarak kabı memenize yakın bir şekilde tutunuz.
- Başparmağınızı (areolanın) kahverengi alanın bir tarafına, diğer parmakları öbür tarafına yerleştirip göğüs duvarına doğru bastırınız (fazla bastırmayın).
- Parmaklarla meme başı ve göğüs ucundaki kahverengi alanın (areolanın) arkasından basınç yapınız, meme ucuna asla bastırmayınız.
- Yanlardan da basınç yapılarak tüm bölümleri boşaltınız
- Bir memeyi 3-5 dakika süt akışı yavaşlayıncaya kadar sıkarak sağınız.
- İlk birkaç gün anne sütünün sağılma işlemi20-30 dakika sürebilir.
- Süt salınımını (Laktasyonu) sağlamak, düşük doğum tartılı veya hasta yeni doğanı beslemek için, süt sağmaya ilk 6 saat içinde başlayınız.

Sağılmış Anne Sütü Nasıl Saklanır?

- Sağmış olduğunuz anne sütünüzü; anne sütü saklama poşetlerinde (medikal firmalarda satılan) saklayabilirsiniz.
- Bu poşetleri; buzdolabınızın buzluğunda veya derin dondurucunuzda, bir saklama kabının içinde, diğer yiyeceklere temas ettirmeden saklayınız.
- Her sağdığınız anne sütü için ayrı poşet kullanınız.
- Sağdığınız anne sütünün üzerine tekrar süt sağmayınız.
- Anne sütünüzü sağdığınız poşetlerin üzerine bebeğinizin adını, sütünüzü sağdığınız tarihi ve saati yazınız.
- Poşetlerin üzerine yazmış olduğunuz tarih ve saat anne sütünü bebeğinize verirken öncelik sırasına göre vermenizde yararlı olacaktır (eski tarihten yeni tarihe doğru verilir) .

Anne Sütü Saklama Koşulları*

Sıcaklık	Saklama Süresi
Oda Sıcaklığı (19-26°C)	3 Saat
Buzdolabı (-4°C)	3 Gün
Dondurucuda (-18°C)	3 Ay

* Belirtilen anne sütü saklama süreleri Sağlık Bakanlığı'nın 03.05.2012 tarihinde 525 sayılı yazısında yayınlanan anne sütü saklama koşullarıdır.

Dondurulmuş Anne Sütünün Eritilmesi ve Isıtılması

Sakladığınız anne sütünü kesinlikle ocağın üstüne veya mikrodalga fırına koymayınız, kaynatmayınız. Bu sütün proteinini bozar.

- Buzluktan çıkardığınız sütü kullanılana kadar buzdolabında saklayıp,24 saat içinde kullanınız.
- Süt poşetini bir kaba koyduğunuz ılık suyun içine ağzı dışarıda kalacak şekilde (benmari usulü) batırarak çözülmesini sağlayın
- Sıcaklığını kontrol ederek bebeğinize veriniz.
- Bebeğinizi besledikten sonra sütün arta kalanını atınız.

Sağılmış Süt Bebeğe Nasıl Verilir?



Annenin olmadığı durumlarda sağılan anne sütünün biberon yerine kaşık veya bardakla verilmesini sağlamak için bebeğinize bakan kişiyi bilgilendiriniz. (Biberon ile beslenmesi, bebeğin anne memesini reddetmesine neden olabilir.)

Biberon emziğine alışan bir bebek, memeyi iyi kavrama alışkanlığını da kaybedebilir ve meme yerine meme ucunu emmeye çalışır. Bu da meme çatlaklarına ve bebeğin yeterince anne sütü alamamasına neden olabilir. Küçük bebekler bile dillerini kullanarak, adeta kedi gibi yalanarak küçük bir bardaktan sütü alabilirler.



Beslendikten sonra bebeğin gazı çıkarılmalıdır.

Bebeği yutulan havadan kurtarmak için gaz çıkarma teknikleri vardır. Bunlar;



- Beslenme arasında ve sonrasında bir omuza bez konulduktan sonra, baş omuza dayanacak şekilde dik tutulur ve sırtı sıvazlanır, pışpışlanır.
- Bebek yüzükoyun yere bakacak şekilde kucağa veya dizlere yatırılır ve sırt sıvazlanır.

Gazı çıkartılan bebeğin midesi yukarıya gelecek şekilde bir süre sağ yan veya yüzükoyun yatırılması uygun olacaktır.

Mama ile Besleme

Bebek beslenmesinde birinci tercih anne sütüdür.

Mama ile Beslemede Dikkat Edilecek Noktalar

- Mamayı hazırlamadan önce, eller yıkanmalıdır.
- Mama, kutusunda belirtilen su-mama oranına uygun olarak hazırlanmalıdır. Mamanın suyunun az olması kabızlık ve sıvı kaybına neden olur. Çok fazla su ise bebeğin yetersiz beslenmesine ve kilo almamasına yol açar.
- Her beslenmede bebeğin yiyeceği kadar mama hazırlanmalıdır.
- İlk altı ayda mamayı hazırlamak için kaynatıp soğutulan ılık içme suyu kullanılmalıdır.
- Mama soğuk ya da çok sıcak olmamalıdır. Isı kontrolü el bileğinin iç yüzüne bir iki damla mama damlatılarak yapılır. Bileği yakmayacak sıcaklıkta olmalıdır.
- Mama ile besleme kaşıkla yapılmalıdır.
- Zorunlu durumlarda bebeklerde biberon kullanılabilir ama biberonun temizliğine çok dikkat edilmesi gerekir.
- Biberon deliğinin uygun boyutta olduğu kontrol edilmelidir. Biberon ters çevrildiğinde önce ip gibi ardından damla damla süt akışı olması gerekir.
- Biberon kullanırken bebeğin beslenme pozisyonuna dikkat edilmelidir.

□Bebek sırtüstü düz yatar pozisyondayken biberon vermek, mamanın akciğerlere kaçmasına neden olabileceği için hatalıdır.

□ Bebek anne kucağında, dik pozisyonda, başı annenin koluyla desteklenir şekilde tutulmalıdır.

□ Bebeğin hava yutmaması için biberonun dik tutulması ve lastik memenin sütle dolu olması gerekir.

□Bir öğünün süresi 5-30 dakika arasında değişebilir. Emzirmede olduğu gibi, küçük bebekler biberonla beslenirken yorulabilirler ve arada dinlenmeleri gerekir ama öğün süresi 30 dakikayı geçmemelidir.

□ Hazırlanan mama bebeğin ağzıyla temas ettiyse yarım saatte bozulur. Bu nedenle artan kısmı dökülmelidir.

□ Öğün sonrasında bebeğin gazı çıkarılmalıdır.

□Tarihi geçmiş bebek mamaları kullanılmamalıdır.

□ Biberonlar, emzikleri, kapakları ve halkaları ilk kullanımdan önce tüm parçaları tamamıyla su içerisinde kalabilecek şekilde yeteri kadar büyük bir kapta 5 dakika kaynatılmalıdır. Parçaları temiz bir maşa kullanılarak sudan çıkarılmalıdır.

□ Biberon ve emzik fırçaları temizlemeye yardımcı araçlardır. Her kullanımdan sonra biberon su ve deterjanla yıkanmalıdır. Bu amaçla bulaşık makinesi de kullanılabilir.

3- Bebek Masajı

Bebek masajı, anne ve bebek arasındaki duygusal bağı geliştirerek daha çok yakınlaşmalarını sağlayan güçlü bir iletişim yoludur. gaz ve dışkılama problemi yaşayan bebeklerin büyük ölçüde rahatlamasını sağlar. Bebeğin kan dolaşımına yardımcı olur. Bebekle tüm masaj sırasında yumuşak bir ses tonuyla konuşmak ya da ona şarkı söylemek anne bebek etkileşimini daha olumlu hâle getirir.

Yüz masajı

Parmaklar bebeğin alnının ortasına koyulup şakaklara doğru masaj yapılır . Burnu yanaklara doğru hafifçe bastırılarak ovulur. Diş etlerinin üstüne gelecek şekilde ağız, kulaklar yönünde gülümseme yaptırılır gibi sıvazlanır. Çeneden kulak arkasına doğru hafifçe masaj yapılır.



Göğüs masajı

Eller göğsün ortasına yerleştirilir, koltuk altlarına doğru avuç içleri hafifçe bastırılarak kitap sayfası düzeltir gibi inilir. Eller göğsün ortasından omuza doğru ileri geri kaydırılır.



Kol masajı

Bebeğin kolu kaldırılır. Koltuk altları nazikçe ovulur. Omuzdan bileklere kadar sıvaz-lanarak önce bir elle sonra diğer elle masaj yapılır.



Karın masajı

Eller kum çeker gibi bebeğin karnında kendine doğru çekilir. Bacaklar havaya kaldırıp dizlerden bükülür ve karnına doğru bastırılır



Bacak-ayak masajı

Bebeğin bacağı kaldırılır. Bacağı bileklere doğru önce bir elle sonra diğer elle sıvazlanır. Aynı teknikle bu kez bilekten kalçaya doğru işlem tekrarlanır.



Sırt masajı

Bir yastık ya da battaniyenin üzerine bebek yüzüstü yatırılır. El, sırtın ortasında omurgaya dik açı oluşturacak şekilde tutulur, sürtme hareketiyle boyundan kalçaya doğru tüm sırta masaj uygulanır. Parmak uçlarıyla sırta küçük daireler çizilir.

