

T.C.S.B. BEZM-İ ALEM VALİDE SULTAN VAKIF GUREBA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

**YENİDOĞAN BEBEK BAKIMINDAKİ GELENEKSEL
UYGULAMALARIN BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ VE
BU UYGULAMALARLA AİLELERİN SOSYOEKONOMİK –
SOSYOKÜLTÜREL DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

(UZMANLIK TEZİ)

DR. ELİF ÜNVER KORGALI

Haziran 2006

T.C.S.B. BEZM-İ ALEM VALİDE SULTAN VAKIF GUREBA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

**YENİDOĞAN BEBEK BAKIMINDAKİ GELENEKSEL
UYGULAMALARIN BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ VE
BU UYGULAMALARLA AİLELERİN SOSYOEKONOMİK –
SOSYOKÜLTÜREL DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

(UZMANLIK TEZİ)

DR. ELİF ÜNVER KORGALI

Haziran 2006

Pediatrician specialty since I have always supported and in the formation of this work every help given without exception first our clinic Doç. Dr. Nedim Samancı and clinic chief assistant Dr. Özgül Yiğit be, our clinic all specialist doctor, assistant doctor and nurses; my life more meaningful than ever my dear husband Esat Korgalı'ya, for every technological support provided my brother Hilmi Korgalı'ya and my dear mother-in-law to reach today for incredible effort spending loving mother and father-in-law endless thanks.

Dr. Elif Ünver Korgalı

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
MATERYAL VE METOD	24
BULGULAR	25
TARTIŞMA	47
SONUÇ	68
ÖZET	71
KAYNAKLAR	72

GİRİŞ VE AMAÇ;

Her geçen gün hızla artış gösteren dünya nüfusunun çok önemli bir bölümünü çocuklar oluşturmaktadır. Çocuklar dünyanın geleceğidir ve 1990 yılında dünya ülkelerinin pekçoğunun imzalayıp, kabul etmesiyle uluslararası bir yasa niteliği kazanan “ Çocuk Hakları Sözleşmesi” ne göre dünya çocukları;

- İrk, renk, cinsiyet, din,dil, ulusal yada sosyal kökenine göre ayırım yapılmaksızın bütün haklardan eşit yararlanma,
- Bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı gelişebilme,
- İsim ve vatandaşlık,
- Yeterli beslenme, barınma, dinlenme ve tıbbi bakım,
- Bedensel, düşünsel ve sosyal bakımdan özürlü çocuklar için özel tedavi ve eğitim,
- Sevgi ve anlayış görme ve korunma,
- Ücretsiz eğitim, oyun ve yeteneklerini geliştirebilme,
- Her türlü kötü durumda ilk korunan ve yardım gören olma haklarına sahiptirler (1,2).

Çocuk çevresinden soyutlanamaz. Çocuğun sağlığı ve hastalığı onun içinde yaşadığı fizik, kültürel, sosyal ve ekonomik çevreden etkilenmektedir. Dünyanın hemen her yerinde çocuklar fizksel, kültürel, sosyal ve ekonomik bir ortamın içine doğarlar.

Yaşanan yerin coğrafik (çöl, dağlık arazi, kar vb. gibi iklim ve arazi yapısı) özellikleri, kentsel ve kırsal yerleşim özellikleri, arazi üzerinde nüfusun dağılımı, konut özellikleri gibi özellikler “**fizik ortamı**” oluşturmaktadır. **Sosyal ortam**; insanlar, aile, okul, eğitim ve sağlık sistemi (sağlık politikaları, sağlıkla ilgili kanunlar, sağlık yönetimi ve organizasyonu, sağlık sigortaları, özel ve resmi mevcut sağlık kuruluşları, sağlık personelinin sayısı, niteliği, eğitim ve becerisi, toplumun sağlık hizmetleri ve sağlık kuruluşlarına ulaşabilirliği ve kullanabilirliği, koruyucu sağlık hizmetleri vb.) gibi toplumun sosyal dokusunu oluşturan örgütlenmeleri içerir. Politik ve ekonomik ortam (işsizlik, sosyal güvenlik, hayat pahalılığı gibi), eğitim durumu (okullaşma, okur-yazarlık oranı), çevresel ortam (hava, toprak, su ve besinlerin biyolojik ve

kimyasal kirlenmesi ile insektler, oral-fekal, inhalasyon yoluyla bulaşma), transportasyon olanakları, basın-yayın organları, ana iletişim olanakları da çocuk sağlığını etkileyen ortamlardır.

Gelenekler, fikirler, değerler, atalardan öğrenilen ve geliştirilen davranış biçimleri, yiyecek, evlilik, doğurganlık vb. gibi özellikler “**kültürel ortamı**” oluşturur.

Bunların dışında çocuğun içinde olduğu “**aileye ait özellikler**”, annenin eğitim durumu, yaşı, doğum sayısı, doğum aralığı, beslenme ve sağlık durumu, ailede çalışan kişi sayısı ile ailenin geliri, tüketilen temel besinler ve bunların kalitesi ile hijyenik durumu; içme, besin hazırlama ve temizlik amacıyla kullanılmak üzere temiz ve güvenli su kaynaklarına ulaşma olanakları; tuvalet banyo olanakları, yeterli oda sayısı gibi ev şartları; yeterli ve temiz giyim olanakları gibi özellikler onun sağlığını daha yakından etkiler.

Görüldüğü gibi çocuk doğduğu andan itibaren anne-babası, akrabaları, yaşadığı yer ve ülkenin özellikleri, içinde bulunduğu sosyoekonomik ve sosyokültürel çevre ile etkileşim içindedir. Bu etkileşim süreci içinde büyür ve şekillenir. Bu ortamlar aynı zamanda çocuğun sağlığının bozulup bozulmayacağını, bozulduğu takdirde çocuğun yeniden eski sağlığına kavuşup kavuşmayacağını, hastalığın ölüm, sakatlık, malnütrisyon veya kronikleşmeyle sonlanıp sonlanmayacağını ve erişkin yaşamda nasıl bir sağlığa sahip olacağını belirler (3,4).

Çocuklar insanların umudu ve ülkelerin geleceğidir. Bu nedenledir ki; yüzyıllardan beri özellikle insan yavrusunun en küçük ve korunmaya en muhtaç olduğu yenidoğan dönemine ait toplumların geliştirdiği birtakım geleneksel bebek bakımı uygulamaları bulunmaktadır. Modern tıbbın gelişmesiyle, insanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının artmasıyla, iletişimin ve insanların bilgiye ulaşımının kolaylaşmasıyla bebek bakımı hakkındaki eksik yada yanlış uygulamalar zaman içinde düzelmekle birlikte, farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel insan topluluklarını bünyesinde barındıran Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde halen çeşitli geleneksel yenidoğan bebek bakımı uygulamaları devam etmektedir.

Çalışmamızdaki amaç; toplumumuzda yüzyıllardır süregelen, yenidoğan bebeğin bakımıyla ilgili geleneksel yaklaşımların günümüzdeki uygulamalarını, uygulamaların nedenlerini, bu uygulamaların bebek sağlığı üzerine olan olumlu yada olumsuz etkilerini belirlemek, bu yaklaşımların annenin eğitimi, ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi ile ilişkisini saptamaktır.

GENEL BİLGİLER;

Halen dünyada 15 yaşından küçük 1.8 milyar çocuk yaşamaktadır. Tahminlere göre bu çocukların 485 milyonu 3 yaşından küçüktür ve çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Her yıl 11 milyon çocuk ise önlenabilir nedenler yüzünden ölmektedir.

Bir toplumun kalkınma düzeyinin ve sağlık koşullarının göstergesi olarak çocuk ölüm hızları, özellikle de 5 yaş altındaki ölüm hızları kullanılmaktadır.

Beş yaşından küçük çocuklar arasındaki ölümlerin birçoğu gerekli tedbirlerin alınması ile önlenabilir durumlardır. Bu nedenle Dünya Çocuk Sağlığı'nın düzenlenmesindeki temel hedefler; çocuk ve yenidoğan mortalitesinin azaltılması, aşılama oranının artırılması, anne ölüm hızının azaltılması, malnütrisyon oranının yarıya indirilmesi, herkesin temiz içme suyu kullanması ve atıkların ortadan kaldırılması hizmetlerine kavuşturulması, herkese temel eğitim sağlanması, okuma yazma oranlarının artırılmasıdır.

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerde, bazı hastalıklar bir gerileme süreci içindedir. Bu gerilemenin başlıca nedeni de, toplumların sanitasyon, su ve eğitimle birlikte önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşım imkanlarının artmasıdır. Ayrıca önleme, tedavi, beslenme ve doğurganlığın düzenlenmesi alanlarında yeni bilgi ve teknolojilerin devreye sokulması sayesinde, gelişme çok daha hızlı olmaktadır. Ne yazık ki az gelişmiş birçok ülke böyle bir başarıyı yıllardır sağlayamamış ya da sürekli kılammıştır.

Gelişmiş ülkelerde, 5 yaşından küçük çocuk ölüm hızları 1955-1975 döneminde % 52, 1975-1995 döneminde ise % 57 azalmıştır. Bugün bu ülkelerde 5 yaşından küçük çocuk ölüm hızı 1000 canlı doğumda 8'tir. Bu hızın 2025 yılında 1000 canlı doğumda 7 olması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise 5 yaş altı ölüm hızı 1955-1975 döneminde % 45, 1975-1995 döneminde ise % 37 azalmıştır. Bugün bu hız 1000 canlı doğumda 87'dir. Bu oranın 2025 yılında 40'a düşeceği tahmin edilmektedir. Ancak bu alanda kayda değer ilerleme sağlayan ülkelerde bile çocuk mortalitesi kabul edilemeyecek ölçüde yüksek düzeydedir. Afrika ülkelerinde 1955 yılında 1000 canlı doğumda yaklaşık 280 olan neonatal ölüm hızı, 1995'te 150'ye düşmüştür. Yine Afrika'da 1995 yılı 5 yaşından küçük çocuk ölüm hızları halen 1000 canlı doğumda 200'ün üzerindedir.

1995 yılında 5 yaşından küçük çocuk ölümlerinin 1000 canlı doğumda 20'nin altında olduğu yalnızca 3 ülke vardır. 2025 yılında ise en az 84 ülkenin böyle düşük bir düzeye gelmesi beklenmektedir.

Ülkemizde olduğu gibi dünyada da ölümlerin büyük bir kısmı doğumdan sonraki ilk bir yaşta, özellikle de ilk bir ayda (neonatal dönem) görülmektedir. Neonatal mortalite ise, büyük ölçüde, annenin gebelik öncesindeki, gebelik sırasındaki ve doğumdaki sağlığı ile, bebeğin doğum sonrasındaki bakımı tarafından belirlenir. Postneonatal dönemde (1-12 ay) ise, bu kez çevresel faktörler, beslenme ve bakımı önem kazanır.

Yaklaşık 9 milyon bebek ya ölü doğmakta ya da canlı doğup ancak 28 gün yaşayabilmektedir. Tüm dünyada meydana gelen yaklaşık 4 milyon ölü doğum olayının nedenlerini belirlemek güçtür. Bununla birlikte yapılan araştırmalar, ölü doğumların hemen hemen yarısının, gebelik ve doğum sırasında annede ortaya çıkan komplikasyonlardan ileri geldiğini göstermektedir.

Ölü doğan bebeklerin çoğu doğum sırasında gerekli bakımın zamanında sağlanması durumunda sağlıklı doğabilecek bebeklerdir. Bebek ne kadar yaşarsa, gebelik ve doğumla ilgili nedenler dışındaki ölüm nedenlerinin meydana gelme olasılığı da o kadar artar. Yaklaşık 5 milyon civarında olan yenidoğan ölümlerinin üçte ikisinden çoğu, zamanında doğan, tam gelişmiş ve yaşama hazır gibi görünen bebekler arasında görülmektedir. Oysa her 5 yenidoğan ölümünden en az 4'ü enfeksiyon, doğum asfiksisi, erken doğum sırasındaki sakatlanmalar ve zamanından önce doğumla ilgili sorunlar yüzünden meydana gelmektedir. Bebek ölümlerinin başlıca nedeni olduğu düşünülen konjenital anomaliler ise, bu ölümler içinde görece düşük bir paya sahip gibi görülmektedir. Bu bebeklerin yaşamalarının ve sağlıklı yetişkinler olarak büyümelerinin sağlanması, öyle pahalı teknolojileri de gerektirmemektedir. İyi bir yenidoğan bakımı da üstün donanım ve teknoloji gerektirmez. Gerekli olan, bir dizi basit önlem ile zamanında sağlanacak ek bakımdır.

Türkiye'de çocuk ölümlerinin % 42'si doğum travması, güç doğum ve diğer anoksi ve hipoksi halleri ile perinatal mortalitenin diğer nedenlerinden, % 16'sı konjenital anomalilerden kaynaklanmaktadır. Bebek ölümlerinin büyük bir kısmı bir ayını doldurmadan ölen bebeklerden oluşmaktadır. Bu nedenle genetik yapı, hamilelik ve doğum esnasındaki problemlerden kaynaklanan ölüm nedenleri, çocuk ölümlülüğünün en önemli nedeni olarak ortaya çıkmıştır. Diğer çocuk ölüm nedenlerinden meningokok enfeksiyonları dördüncü sırada ve pnömoni ise beşinci sırada yer almaktadır.

Türkiye’de 1940’larda verilerin olduğu şehirlerde bebek ölüm hızı binde 300-350 idi. Köylerde durum çok daha kötüydü. Pediatrideki bilimsel gelişmeler, ulusal sağlık hizmetlerinin güçlenmesi, aşılama, ağızdan sıvı tedavisi, emzirmenin teşviki ve büyümenin izlenmesi gibi maliyet-etkinlik oranı yüksek uygulamalar Türkiye’de bebek ölüm hızının belirgin şekilde düşmesine katkıda bulunmuştur. Türkiye’de halen canlı doğan 1000 bebekten 42’si 1 yaşından önce ölmektedir. Ölüm hızları Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde yüksek olmaya devam etmektedir. Ne yazık ki bu ölümlerin bir kısmı çok ucuz yöntemlerle önlenabilir ölümlerdir.

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın sonuçlarına (TNSA) göre, 1993-1998 yılları arasındaki bebek ölüm hızı (doğumdan sonraki ilk bir yıl ölme olasılığı) 1000 canlı doğumda 43’tür. Bu ölümlerin % 60’ı neonatal dönemde olmaktadır. Aynı yıllar arasındaki çocuk ölüm hızı ise (1-5 yaş arası ölme olasılığı) 1000’de 10 düzeyindedir. Bu rakamlar 1988 ve 1993 yıllarındaki TNSA sonuçlarına göre oldukça düşüktür. Yani yıllar içinde bebek ve çocuk ölümlerinde anlamlı azalmalar kaydedilmiştir. TNSA sonuçları, TNSA-93’ün Türkiye’de bebek ölümlerinin (1 yaşından önceki ölümlerin) çoğunluğunun birinci aydan önce meydana gelmekte olduğu şeklindeki bulgusunu desteklemektedir. Bir başka deyişle ölümlülükte meydana gelen iyileşmelere rağmen, neonatal ölüm hızları, postneonatal ölüm hızlarından halen yüksektir. Ölüm hızları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 5 yaşından önceki ölümlerin büyük çoğunluğunun da 1 yaşından önce meydana geldiği görülmektedir. Çocuk ölümlerinin hızlı bir şekilde düştüğü diğer ülkelerde de benzer bir durum söz konusudur.

Bebek ölüm hızını; yerleşim alanlarının (kırsal alanda bebek ölüm hızı daha yüksek), annenin eğitiminin, annenin gebelik ve doğum sırasında sağlık hizmetlerinden yararlanmış olmasının ve annenin yaşının da belirgin olarak etkilediği görülmüştür (5-14).

Bebek ölüm hızının azaltılmasında; neonatal dönemdeki yenidoğan bebek bakımının yeterli ve gerekli olduğu şekilde uygulanmasının önemli bir katkısı olacaktır. Bu nedenledir ki; yenidoğan bebek bakımında özellikle evlerde annelerin, aile büyüklerinin ya da akrabaların uyguladığı geleneksel yaklaşımların daha detaylı olarak incelenmesi ve bebek sağlığı üzerindeki etkilerinin belirlenmesi ayrı bir önem kazanmaktadır.

Rutin yenidoğan bebek bakımı; beslenme, banyo, masaj ve göbek bakımı uygulamalarını içerir (15).

Yenidoğan Bebeğin Beslenmesi;

Dünya Sağlık Örgütü her yenidoğan bebeğin, yaşamının ilk 6 ayı boyunca yalnızca anne sütü ile beslenmesini önermektedir (16).

İnsan T-hücre lenfotrofik virüsü (HTLV-1) ve human immunodeficiency virüs (HIV) hariç, diğer enfeksiyonların çoğu anne sütü ile beslenmeye bir kontrendikasyon oluşturmaz (17).

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde laktasyon döneminde HIV enfeksiyonu saptanan annelerin bebeklerini emzirmeye devam edip etmemeleri kararı, enfeksiyonun bebeğe geçme riskine karşı, bebeğin anne sütü almadığı takdirde malnütrisyon geliştirme ve ölme riski düşünülerek verilmelidir. Bu nedenle birçok sağlık kuruluşu HIV pozitif annelerin emzirmeye devam etmelerinden yanadır. Bebeğe hijyenik koşullarda başka beslenme seçeneklerinin sunulabildiği ülkelerde ise HIV pozitif annenin bebeğini emzirmemesi önerilmektedir (17,18).

Anne sütü, bebeğin ihtiyaç duyduğu tüm besin maddelerini uygun miktar ve kalitede içermesi, ayrıca enfeksiyonlara karşı koruyucu özellikleri ile tek fizyolojik bebek besinidir. Bebeğin fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini ilk 6 ay tek başına karşılar, bu aylardan sonra da anne sütü almaya devam eden bebeğe, uygun ek besinlerin verilmesi, onun yaşama malnütrisyon ve enfeksiyon tehlikesinden uzak, sağlıklı bir başlangıç yapmasını sağlar.

Anne sütü yalnız protein, karbonhidrat ve yağların bir karışımı olarak düşünülmemelidir. Her çocuğun gereksinimine göre ayarlanmış, besin öğelerini uygun miktarlarda ve biyolojik yararlılığı yüksek nitelikte içeren fizyolojik bir bebek besinidir (19).

Anne Sütünün Özellikleri;

Anne sütü, içinde çok sayıda bileşen bulunduran biyolojik olarak aktif bir sıvıdır. Başlıca; sıvı faz (% 87), kazein moleküllerinin bulunduğu kolloid faz (% 0.3), yağ globülleri (% 4), yağ globül membranları ve canlı hücrelerden oluşmaktadır (19).

Laktasyonun başlangıcında 15,8 gr/L olan protein miktarı, laktasyonun tam olarak yerleştiği dönemde 8-9 gr/L dolayındadır. Biyolojik yararlılığı çok yüksek olduğundan, konsantrasyonu inek sütündekinden (>3 gr/dl) çok düşük olmasına karşın yenidoğan ve sütçocuğunun ihtiyacını karşılamaktadır. Anne sütünde bulunan protein; amino asitleri sağlamak dışında da görevlere sahiptir. Bunlar arasında enfeksiyonlara karşı koruyucu faktörler (immunglobulinler, lizozimler,

laktoferrin), vitaminleri taşıyan proteinler (folat, vitamin D, vitamin B-12 bağlayan proteinler gibi), hormonlar (tiroksin ve kortikosteroid bağlayan protein), enzimler (amilaz, safra tuzları ile stimüle olan lipaz) ve diğer biyolojik olarak aktif proteinler (insülin, epidermal büyüme faktörü, prolaktin) sayılabilir (20–23).

Anne sütündeki nonprotein nitrojen kompartmanında ise; başlıcaları, serbest amino asitler, nükleik asitler, peptitler, üre, ürik asit, kreatin, kreatinin, karnitin, amino şekerler, poliaminler olan 200'den fazla bileşik bulunmaktadır (24,25). Bu kompartmandaki bileşikler anne sütüyle beslenen bebeklerin büyüme ve gelişmesinde fonksiyonel rol oynarlar (26).

Anne sütündeki serbest amino asitler, total amino asit miktarının % 3-5' ini oluşturur. Bu miktar; doku havuzunda % 0.05 oranında bulunan serbest amino asitlerin yaklaşık 100 katıdır ve hatta plazmadaki serbest amino asit miktarından da yüksektir (27). Kolostrumdaki mutlak amino asit miktarları geçiş sütü ve matür süte oranla daha yüksektir ve amino asitlerin çoğunun miktarı laktasyon periyodunda azalır. Ancak, glutamat ve glutaminin konsantrasyonlarının laktasyon periyodu boyunca giderek arttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (28).

Carlo Agostoni ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada laktasyonun ilk 3 ayında, anne sütünde bulunan serbest amino asitlerden en fazla konsantrasyonda olanlar; taurin, glutamin ve glutamik asittir. Laktasyonun ilk 3 ayında taurin miktarı sabit kalırken, glutamik asit yaklaşık 2,5 kat, glutamin ise 20 kat artış gösterir. Bu üç serbest amino asit laktasyonun ilk trimestrinde anne sütündeki total serbest amino asit miktarının yarısından fazlasını oluşturmaktadır (29).

Taurin infantların barsaklarında safra asidi konjugasyon mekanizmasına katılır. Aynı zamanda retinal fotoreseptörlerin fonksiyonunda ve yapısında koruyucu rol oynadığı, hücre membran bütünlüğünü sağladığı düşünülmektedir (30). Glutamik asit; sitrik asit siklusuna katılan ketoglutarik asitin kaynağını oluşturur, ayrıca beyinde nörotransmitter olarak görev yapar (31,32). Barsak mukoza hücreleri tarafından alınan glutamik asit alanine çevrilerek, enterik glukoneojenik yola katılır ve glutamik asitle glutamin barsak hücrelerinin ana enerji sağlayıcıları olarak görev yapar (33,34).

Sonuçlardan da anlaşılmaktadır ki; anne sütündeki serbest amino asitler; özellikle de glutamik asit ve glutamin, intestinal gelişimin ve bütünlüğün korunmasında, sinir dokularının fonksiyonel kaynaklarının sağlanmasında çok önemli rol oynarlar (29). Bebeklerin gelişimi söz konusu olduğunda, özellikle glutamin, glutamik asit ve taurinin laktasyonun ilk 3 ayında miktarlarının

giderek arttığının gösterilmesi, bebeklerin yaşamlarının ilk 6 ayında neden sadece anne sütüyle beslenmelerinin gerektiğini de açıklamaktadır.

Anne sütünün içerdiği proteinler kalite açısından da inek sütünden farklıdır. Kazein; kompleks partiküller ya da kalsiyum ve fosforla miçel oluşturmuş halde bulunan bir süt proteinidir. Besleyici olarak kullanılır ve bebeğe kalsiyum, fosfor ve amino asit sağlar. Dört alt grubu vardır; alfa, beta, kappa, gamma. İnsan sütünde beta kazein, inek sütünde ise alfa kazein hakimdir. Kazein insan sütü proteinlerinin % 40'ını, inek sütü proteinlerinin % 80'ini oluşturur. Süt kazeini ph 4-5 'de presipite edildiğinde geriye kalan protein fraksiyonuna "whey proteinleri" denilmektedir. İnek sütünde whey proteini oranı % 21, insan sütünde ise % 65'tir. İnek sütü whey proteinlerinin büyük bir kısmını oluşturan ve allerjenitesinden sorumlu olan beta-laktalbumin anne sütünde yoktur. Anne sütünün whey proteininin büyük bir kısmını alfa-laktalbumin, laktoferrin, lizozim, immunglobulinler ve serum albumini oluşturur. Daha düşük konsantrasyonlarda da enzimler, büyüme düzenleyici faktörler ve hormonlar vardır (19-23).

Normalde anne sütünde makrofajlar bulunur ve bu makrofajlar aynı zamanda lizozim ve laktoferrin gibi mikroorganizmalara karşı koruyucu proteinler de sentezler. Laktoferrin demir bağlayıcı bir protein olup, özellikle barsaklarda Escherichia colinin üremesini engeller (35,36). Laktoferrinin ayrıca bakterisidal, antiviral, anti-enflamatuar ve sitokin işlevlerini düzenleyici etkilerinin de olduğu saptanmıştır (37). Lizozim ise, bakteri duvarında N-asetilglukozamin ve N-asetilmuramik asit arasındaki 1-4 bağlarını hidrolize ederek bakteriyolitik etki yapar. Gram pozitif bakteriler üzerine daha çok etkilidir (23). Oldukça glikolize bir anne sütü proteini olan K-kazeinin Helicobacter pylori'nin mide mukozasına tutunması, Streptococcus pneumonia ve Hemophilus influenza'nın solunum sistemi epiteline tutunmasını inhibe ettiği bilinmektedir. Ayrıca K-kazeinin bir yıkım ürünü olan Bifidus faktörü barsaklarda zararlı mikroorganizmaların çoğalmasını önleyen Bifidobacterium (Laktobasillus) bifidium'un üremesini kolaylaştırır (35-37). Ayrıca anne sütünde bulunan Ig M ve Ig G; bebeği annenin geçirmiş olduğu hastalıklara karşı korurken, sekretuar Ig A yoluyla mukozal korunma sağlanmaktadır. İmmunglobulinler aracılıklı klasik korunmanın yanı sıra, proteaz inhibitörleri, kompleman sistemi, B-12 vitamini ve folat, antistafilokokal faktör, sitokinler (özellikle TNF- α , interlökin-1, interlökin-6, interlökin-8, interferon- γ) ile de yenidoğanın immünitesi artırılarak çeşitli mikroorganizmalara karşı savunma sağlanır (38,39).

Anne sütünde bulunan başlıca karbonhidrat laktoz olup, osmotik etkisiyle su çekilmesine neden olan laktozun süt yapımında büyük payı vardır. Nükleotid şekerler, glikolipidler, glikoproteinler ve oligosakkaritler anne sütünde bulunan diğer şekerlerdir.

Anne sütünün başlıca enerji kaynağı içeriğindeki lipidlerdir. Anne sütünün sağladığı enerjinin % 40-50'si yağlardan elde edilir. Lipidlerin % 97-98'i trigliserit şeklinde bulunurken, kalan kısmı yağda eriyen vitaminler (A,D,E ve K), karotenoidler, yağ asitleri, fosfolipidler, sterol ve hidrokarbonlar oluşturur. Anne sütündeki yağ asitleri % 95 oranında uzun zincirli, % 5 oranında orta zincirli yağ asitleri şeklindeyken; inek sütünde % 83 oranında uzun zincirli, % 5 oranında orta zincirli, % 12 oranında kısa zincirli yağ asitleri bulunur. Enerji sağlamalarının yanı sıra anne sütündeki lipidler, özellikle de uzun zincirli yağ asitleri retina ve beyin gelişimi için de gereklidir. Anne sütü, linoleik, α -linolenik, araşidonik asit ve dekozaheksaenoik asit gibi esansiyel yağ asitlerinden de zengindir. Anne sütündeki hakim olan yağ asidi palmitik asittir.

Anne sütünün yağ içeriği laktasyon dönemine göre değişir. İlk beş gün içerisinde salgılanan sütte (kolostrum) 2 gr/dl olan yağ konsantrasyonu, beşinci günden onbeşinci güne doğru (geçiş dönemi sütü) 2,5 – 3 gr/dl'ye, onbeşinci günden sonra salgılanmaya başlayan sütte (matür süt) 3,5 – 4,5 gr/dl'ye ulaşır ve sabit kalır. Sabahları düşük olan yağ konsantrasyonu, günün ilerleyen saatlerinde artar. Bir emzirme döneminin sonuna doğru salgılanan sütte (hind milk), emzirmenin başlangıcında salgılanan süte (fore milk) göre yağ oranı yüksektir. Emzirme döneminin sonuna doğru salgılanan ve yağdan zengin olan bu sütü alan çocuk, doyunluk hissederek memeyi bırakır ve böylece obezite riski ile karşı karşıya kalmamış olur. Bu ise anne sütünün üstün fizyolojik özelliklerindendir. Beyin gelişimi, hücre proliferasyonu, miyelinizasyon ve retinal fonksiyonlar için gerekli poliansatüre yağ asitleri ve sinir sisteminin gelişiminde rolü olan kolesterol de anne sütünde yüksek oranda bulunmaktadır (19,40,41).

Anne sütünde yağ içeriğinin bebeğin term ya da preterm olmasına göre de değiştiği yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir. J. Bitman ve arkadaşlarının ileri derecede preterm, preterm ve term bebeklerin annelerinin sütlerinde yaptıkları bir araştırmada; laktasyon periyodu boyunca anne sütündeki yağ konsantrasyonunun özellikle de fosfolipid ve kolesterolün arttığı, orta zincirli yağ asitlerinin kolostrumdan matür süte geçişte arttığı gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada; uzun zincirli poliansatüre yağ asitlerinin kolostrumda en yüksek düzeyde bulunduğu, matür süte dönüşürken miktarlarının azaldığı ve ileri derecede preterm ve preterm bebeklerin annelerinin sütlerinde term bebeklerin annelerinin sütlerindeki orana daha yüksek oranda bulundukları

saptanmıştır. Bu çalışmada göstermiştir ki; preterm bebeklerin anne sütlerinde yüksek düzeyde bulunan uzun zincirli poliansatüre yağ asitleri ve emilime hazır olan orta zincirli yağ asitleri, prematüre bebeklerin gelişimi için özellikle çok önemlidir ve her annenin sütü kendi bebeğine özeldir (42).

Anne sütünün besleyici ve enfeksiyonlardan koruyucu özelliklerinin yanı sıra biyolojik işlevleri düzenleyici etkisi de vardır. Başta gastrointestinal ve respiratuar sistem olmak üzere çok sayıda organ ve sistemin büyüme ve gelişmesini düzenler. Bu işlevini hedef hücreler üzerindeki reseptörlere tutunarak etki gösteren düşük molekül ağırlıklı bir grup protein (büyüme faktörleri) aracılığıyla yerine getirir (43,44).

Büyüme faktörlerinin konsantrasyonu kolostrumda yüksektir. İlk bir hafta içinde büyüme faktörlerinin anne sütündeki konsantrasyonunda düşme olur ve bir haftanın sonunda plato değere ulaşır. Ancak büyüme faktörü konsantrasyonu / total protein konsantrasyonu kolostrum ve matür sütte hemen hemen birbirine eşittir (43,44).

Anne sütündeki büyüme faktörlerinin kaynağı olarak üç yol olduğu düşünülmektedir. Bunlardan en önemlisi olarak kabul edilen yol; annenin plazmasından ekstrakte edilen maddelerin meme glandlarına gelmesi ve buradan sekrete edilmesidir. Diğer yol bu maddelerin meme glandlarında biosentezinin yapılması ve diğeri de her iki yolla kombine şekilde bu biyoaktif maddelerin üretilmesidir (45).

Anne sütündeki en önemli mitojenik faktör epidermal büyüme faktörüdür (epidermal growth factor, EGF). EGF; anne sütünde en yüksek konsantrasyonda bulunan büyüme faktörüdür (50 – 600 ng/ml) (46). Prematüre bebeği olan annelerin sütlerinde EGF konsantrasyonu daha yüksek bulunmuştur. EGF; epitelyal dokularda büyüme ve farklılaşmanın etkin bir uyarıcısıdır. Benzer bir biyoaktif madde de sinir büyüme faktörüdür (nerve growth factor, NGF). NGF; sempatik nöronların canlılıklarını devam ettirmeleri ve gelişmeleri için gereklidir (43,44).

İnsülin, insülin benzeri büyüme faktörü – 1 (insülin – like growth factor – 1, IGF-1), meme kaynaklı büyüme faktörü (mamary derived growth factor), koloni uyarıcı faktör (colony stimulating factor), fibroblast büyüme faktörü (basic fibroblast growth factor, bFGF), değiştirici büyüme faktörü (transforming growth factor α ve β , TGF - α , TGF - β) ve eritropoetin anne sütünde bulunan diğer büyüme faktörleridir. Taurin, etanolamin ve fosfoetanolaminin de büyümeyi düzenleyici etkileri vardır (43-45).

Büyüme faktörleri, bebeğin gastrointestinal sisteminde parçalanmazlar. Örneğin; ağız yolu ile alınan EGF, doğrudan gastrointestinal sistem üzerinde etkili olduğu gibi, buradan absorbe olarak diğer dokular üzerinde de etkisini gösterir (43).

Anne sütünde büyüme faktörlerinden başka pek çok hormon da bulunur. Prolaktin, büyüme hormonu, tiroid stimüle edici hormon, tiroid salgılayıcı hormon, luteinize edici hormon salgılayıcı hormon, büyüme hormonu salgılayıcı hormon, somatostatin, gonadotropin salgılayıcı hormon, tiroksin (T4), triiyodotironin (T3), reverse T3, parathormon, parathormon ilişkili peptit, kalsitonin / kolatonin inhibe edici protein, östrojen, progesteron ve adrenal steroidler anne sütünde bulunan başlıca hormonlardır. Laktasyon dönemlerine göre hormon konsantrasyonları da değişir. Örneğin, laktasyonun ileri dönemlerinde prolaktin azalırken, T3 ve T4 konsantrasyonları giderek artar. Anne sütündeki bu hormonların işlevleri henüz tam olarak aydınlatılamasa da; prolaktinin, B ve T lenfositlerin gelişiminin hızlandırdığı ve barsaklardaki lenfoid dokunun farklılaşmasını etkilediği gösterilmiştir. Kortizol, tiroksin ve insülin büyüme faktörleri ile birlikte yenidoğanın barsağının olgunlaşmasını ve barsaklarda bölgesel koruyucu mekanizmaların gelişmesini sağlar. Anne sütünde melatonin ve leptin de bulunmaktadır (47).

Anne sütünde, vücuttaki pek çok işlevin sağlanmasında gerekli olan 20'den fazla aktif enzim de tanımlanmıştır. Bunlar içinde en önemlisi lipazdır. Düşük safra tuzu konsantrasyonlarında bile aktive olabilen anne sütü lipazı, anne sütü ile beslenen bebeklerde, özellikle sindirim işlevi tam olarak gelişmemiş prematüre bebeklerde yağ sindirimi ve emilimine önemli katkıda bulunur. Anne sütü lipazının ve bunun hidrolizi sonucu ortaya çıkan lipidlerin Giardia lamblia, Entamoeba histolytica ve Trichomonas vaginalis enfestasyonlarını önleyici anti-protozoal aktiviteleri vardır (48). Anne sütünde bulunan bir başka lipaz; meme bezlerinde süt lipidlerinin sentezi için gerekli olan lipoprotein lipazdır. Anne sütündeki diğer bir enzim olan galaktozil transferaz; laktoz sentezi için gerekli iken, sülfidril oksidaz; disülfid bağlarının oluşmasını sağlayarak, memede sekretuar IgA sentezini katalize eder ve sülfidriyle bağlı enzimlerin ve yapısal proteinlerin yapı ve işlevlerini korur. Anne sütünde yüksek konsantrasyonda bulunan laktoperoksidaz, tiyosiyanat ve hidrojen peroksit ile birlikte bakteriyostatik etkiye sahiptir. Anne sütünde amilaz, gammaglutamil transferaz, asit fosfataz, alkalin fosfataz, laktik ve malik dehidrogenaz, N-asetil-beta-heksoaminidaz, ribonükleaz, ksantin oksidaz, lizozim, peroksidaz ve PAF-asetilhidrolaz diğer bulunan bazı enzimlerdir (48,49).

Anne sütünde, annenin vitamin alımı ve beslenmesinden etkilenen çeşitli miktarlarda vitaminler de bulunmaktadır. Annenin vitamin alımı yetersizse sütündeki vitamin miktarları da düşük olmakta ve annenin vitaminle desteklenmesine iyi yanıt vermektedir (19).

Anne sütündeki vitamin A retinil ester şeklindenir ve konsantrasyonu laktasyonun evresi ve annenin diyetine göre 200-600 mg/L arasında değişir.

Anne sütünde vitamin D konsantrasyonu 0,1-1 mg/L arasında değişmektedir. Annenin vitamin D konsantrasyonu ile sütündeki vitamin D konsantrasyonu ilişkilidir. Annenin vitamin D alımı kısıtlı ise (vejeteranlık), güneş ışınlarından yararlanmıyorsa ve kuzey ülkelerinde yaşıyorsa bebeğinde rikets görülebilir. Ülkemizde de anne sütü ile beslenen çocukların bir yıl boyunca 400 Ü/gün vitamin D almaları önerilmektedir.

Anne sütündeki vitamin K konsantrasyonu 1-9 mg/L arasında değişmekte olup, genellikle 2-3 mg/L dolayındadır. Plasentadan transfer kısıtlı olduğundan yenidoğan bebeklerin vitamin K depoları kısıtlıdır. Anne sütündeki vitamin K düzeyi düşük olduğundan her yenidoğana doğumda vitamin K'nın suda eriyen preparatından 1 mg intramuskuler olarak verilmesi önerilmektedir.

Anne sütünde ayrıca; vitamin E, vitamin C, tiamin (vitamin B1), riboflavin (vitamin B2), niasin, vitamin B6, folat ve vitamin B12'de bulunmaktadır. Fosfor, kalsiyum, sodyum, potasyum, klor, demir, çinko, manganez, selenyum ve iyot da anne sütünde bulunan çeşitli minerallerdir (19).

Anne sütü, içerdiği vitamin, mineral, protein, karbonhidrat ve lipidlerin miktar ve biyoyararlanım üstünlüğü ile bebeklerin tüm gereksinimlerini altı ay boyunca tek başına karşılayan harika bir besindir. Özellikle postpartum ilk beş günde salgılanan ve kolostrum adı verilen süt, pek çok açıdan üstün özelliklere sahip olup, bebeğe damlası bile ziyan edilmeden verilmelidir. Kolostrumda matür süte oranla yağ ve laktoz içeriği düşüktür. Proteinden, özellikle de antiinfektif etkileri olan proteinlerden zengindir. Sekretuar IgA konsantrasyonu yüksektir. İlk emme ile bebeğin ağız ve gastrointestinal mukozası sekretuar IgA ile kaplanır. Kolostrumdaki sekretuar IgA moleküllü barsaklardan emilebilmekte, bebeğin kanında sekretuar IgA yükselmekte, buradan da nazal bölge, solunum ve idrar yolları mukozal yüzeyine geçerek bu bölgeleri enfeksiyonlardan korumaktadır. Kolostrum biyokimyasal yapısı dolayısıyla bebeğin mekonyum çıkarmasını kolaylaştıran laksatif ve proteolitik etkiye de sahiptir. Çinko gibi bazı besin öğelerini de bebeğin konsantre bir şekilde almasını sağlar (50-52).

Özet olarak; anne sütüyle beslenme bebekler için en uygun beslenme şeklidir. Anne sütü yenidoğan bir bebeğin ihtiyacı olan bütün besin maddelerini, büyüme faktörlerini ve immünolojik komponentleri içerir. Bebek için ciddi sorunlar oluşturabilecek pek çok enfeksiyonun sıklığını azaltır (53). Dört ay ve daha uzun süre tek başına anne sütü ile beslenen bebeklerde otitis media sıklığının % 40, bir yıl süreyle anne sütü alanlarda ise ishal sıklığının diğer çocuklara göre yarı yarıya azalmış olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada anne sütü ile beslenmeyen çocukların anne sütü alanlara göre ishale 25 kat daha fazla yakalandıkları saptanmıştır (54). Anne sütü; çocukları alerjiye karşı korumakla birlikte, obezite, hipertansiyon ve insülin bağımlı diabetes mellitus gelişme riskini de azaltmaktadır (53). Anne sütü alan bebeklerde ani bebek ölümü, nekrotizan enterokolit, özefagus ve mide lezyonları daha az olmaktadır. Anne sütü beyin ve retina gelişiminde çok etkili olup, anne sütü alan bebeklerde kognitif gelişme, rutin aşılarla antikor yanıtı ve görme keskinliği daha iyi olmaktadır. Küçük yaşlarda yeterli süreyle anne sütü almış erişkinlerde lenfoma, lösemi, multipl skleroz, kronik karaciğer hastalığı, diabetes mellitus, ülseratif kolit, obezite, chron hastalığı, ağızda maloklüzyon ve çöliak hastalığı riski azalmaktadır (51,52).

Anne sütünün emzirilmesi bebek sağlığı için olduğu kadar anne sağlığı için de çok önemlidir. Bebeğin emmesi ile birlikte arka hipofizden salgılanan oksitosin, loşi drenajını azaltır, uterusun kasılarak gebelik öncesi şeklini almasını kolaylaştırır. Laktasyonel amenore demir kaybını azaltır. Çocuklarını altı ay ve daha uzun süre besleyen annelerin postpartum kilo kaybı, yağ dokusu kaybı ve deri altı kıvrım kalınlığındaki azalma, çocuklarını mama ile besleyenlere göre daha belirgin olmaktadır. Çocuklarını kendi sütüyle besleyen kadınlarda; premenapoz meme, over ve uterus kanseri gelişme riski ve osteoporoz olasılığı azalır (55).

Anne sütü ile besleme, anne ile bebek arasındaki psikolojik bağı güçlendirerek, annelerin ve bebeklerin daha mutlu ve huzurlu olmasına yardımcı olur. Anne sütü her zaman uygun sıcaklıkta bulunması, hazırlanması için herhangi bir ön hazırlık gerektirmemesi, steril olması ve kolayca verilebilmesi nedeniyle anneler için de olağanüstü kolaylık sağlar.

Anne sütüyle beslenme tüm üstün özelliklerinden başka, ayrıca çok ekonomiktir. Yapay beslenen çocuklar daha çok hastalanmakta ve hastanede kalma süreleri de uzun olmaktadır. Anne sütü ile beslenen çocuklarda otitis media, bronşiyolit, ishal, menenjit, nekrotizan enterokolit, tekrarlayan wheezing atakları, çocuklarını emziren annelerde over kanseri ve kemik mineralizasyonunun yetersiz olması sıklığının azaldığı ve bu tanılar konulduğunda yapılacak

tıbbi harcamalar dikkate alındığında anne sütü ile beslenmenin ekonomik boyutu kendiliğinden ortaya çıkar. Ayrıca ileriye dönük diabetes mellitus ve düşük IQ gibi sorunların getireceği ekonomik yük de hesaba katılmalıdır. Bebek anne sütü almadığında kullanılacak mamaların fiyatları da oldukça yüksektir (50).Görüldüğü gibi ekonomik açıdan da anne sütü en kazançlı beslenme şeklidir.

Bütün bu üstün özellikleri nedeniyle tüm bebekler ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeli, daha sonra ek besinlerle bir yaşına kadar ve hatta daha uzun süre anne sütüyle beslenmenin sürdürülmesi sağlanmalıdır (UNİCEF ve WHO iki yıl boyunca anne sütü ile beslenme önermektedir) (50). Anneler ve bebekler bu eşsiz besinin yararlarından mahrum bırakılmamalıdır.

Yenidoğan bebeğin banyosu;

Yenidoğan bebek, doğumla beraber 9 ay boyunca her türlü ihtiyacının karşılandığı anne rahmindeki konforlu ortamından ayrılarak dış dünyayla buluşur. Bu ortam bebek için soğuktur. Yenidoğan bebeklerde normal cilt ısısı 36 – 36,5 C arasında olmalıdır. Rektal ısı 36,5 – 37,5 C arasında iken, aksiller ısı rektal ısıdan 0,5 – 1 C daha düşük saptanır. Normal ısı değerleri, ısı üretimi ve ısı kaybı arasındaki denge ile sağlanır (56,57). Yenidoğan bebek için uygun çevre ısısı, “termal nötral alan” olarak isimlendirilir. Uygun çevre ısısının temini özellikle küçük prematüre bebeklerde önemlidir. Minimum metabolik hızda sensibıl (kuru veya nonevaporatif) ısı kaybının kontrolü ile metabolik ısı üretiminde ve terleme ile ısı kaybında değişiklik olmaksızın vücut ısısının sağlandığı sıcaklık “termanötral alan” olarak isimlendirilir. Çıplak erişkinde % 50 nisbi nemde termal nötral alan alt sınırı 26-28 C ve miadında yenidoğanda ise 32 - 35 C'dir. Küçük prematüre bebeklerde ise termal nötral alanın alt sınırı 35 C'dir (58).

Yenidoğan bebeğin vücut yüzeyi vücut ağırlığına göre erişkine kıyasla daha fazla olduğundan ve doğumla beraber soğuk bir ortama girdiğinden ısı kaybı çok kolay olmaktadır. Özellikle de prematür bebeklerde cilt altı yağ dokusu az, cilt ince, kiloya göre vücut yüzeyi fazla, kahverengi yağ dokusu ve glikojen depoları yetersiz olduğundan hipotermi çok kolay gelişebilmektedir (57,59). Yenidoğanın vücut ısısının çevre ısısından en fazla etkilendiği dönem, doğumu izleyen ilk dakikalar ve ilk saatlerdir. Oda ısısı 24 – 25 C olduğunda bile, çıplak bir yenidoğan bebeğin deri ısısı 0,3 C/dk, derin vücut bölümlerinin ısısı da 0,1 C/dk hızla düşer. Doğumu izleyen dakikalarda vücut ısısında 2-3 C'lik ve 200 kcal/kg enerji kaybına eşdeğer bir azalma olur (60).

Yenidoğan bebekler çeşitli mekanizmalarla ısı kaybederler. Bunlar;

- 1- Radyasyon; Isı elektromanyetik dalgalarla bebeğin yakınında bulunan soğuk objelere geçer. Kaybedilen ısı miktarı yenidoğanla çevresi arasındaki ısı farkı ve yüzeyler arasındaki uzaklıkla ilgilidir.
- 2- Kondüksiyon; Yenidoğan bebeğin derisinden direkt temas ettiği solid materyale geçen ısıya bağlı kayıptır. Total ısı kaybının yalnızca % 3 - 5'i bu yolla olur.
- 3- Konveksiyon; Isının havada iletisi ile olan bu tür kayıp, bebeği çevreleyen hava ısısı ile bebeğin vücut ısısı arasındaki fark nedeniyle oluşur. Bu fark ne kadar fazla olursa ısı kaybı da o kadar fazla olur. Bu yolla ısı kaybı hava akımına da bağlıdır. Çıplak yenidoğanda en fazla ısı kaybı bu yolla olur.
- 4- Evaporasyon; Yenidoğanda bu yolla ısı kaybı deri üzerindeki amniotik sıvının buharlaşması sonucu oluşur. Epidermisten suyun pasif difüzyonu ile de kayıplar olur (transepidermal su kaybı – TESK). Preterm, derinin ince, ağırlığa kıyasla vücut yüzeyinin çok geniş ve deri permeabilitesinin yüksek olması nedeniyle evaporasyonla çok ısı kaybederler (56,60).

Fetusun ısısı intrauterin dönemde annenin vücut ısısından 0,5 C daha fazladır (61). Doğum sonrası bebek ile daha soğuk olan dış yüzey arasındaki ısı farkı, bebeğin vücut ısısının hızlı bir şekilde düşmesine yol açar. Bebeğin vücut ısısındaki bu ilk düşüşün, onun ektrauterin yaşama adaptasyonuna yardımcı olduğu düşünülmektedir (62). Yenidoğan bebeklerde derideki reseptörlerin soğuk çevre ısısı ile uyarılmaları, solunuma ve patent duktus arteriosusun kapanmasına yardım ediyor olabilir (61). Çevre ısısındaki düşüş, bebeğin cildindeki sinir uçlarını uyardıktan sonra, beyindeki solunum merkezini de tetikler. Derideki soğuk reseptörlerinin uyarılması, derin dermal arteriyollerde vazokonstriksiyona yol açarak periferik rezistans artırılır ve patent duktus arteriosusdaki sağdan sola şant azaltılır. Eğer bebek doğar doğmaz banyo yaptırılır ve çevre ısısındaki düşüş engellenirse; bebeğin ekstauterin yaşama adaptasyonu sekteye uğratılmış olur ve periferik vazodilatasyona bağlı olarak hipotansiyon ve pulmoner hipertansiyon gelişebilir (63). Ayrıca direkt olarak ılık veya hafif sıcak bir suyun içine doğan bebeklerde solunumun başlamasının geciktiği ve artmış çevre ısısının termelerde olduğu gibi preterm bebeklerde de solunum paternini etkilediği gösterilmiştir (63-65).

Yenidoğan, vücut ısısını fizik aktivitesini artırmadan dokularda metabolik olayları hızlandırarak ve oksijen tüketimini artırarak düzenlemeye çalışır (60). Yenidoğanın termal cevabının efektör organı sempatik sinir sistemidir. En erken maturasyon cevabı derin dermal

arteriyollerde vazokonstriksiyondur. Böylece ısı kaybı azaltılır (58). Ayrıca soğuğa yanıt olarak epinefrin salgılanır. Epinefrin uyarısıyla skapulalar arası bölge ile inen aorta boyunca bulunan ve yenidoğana özgü bir yağ dokusu olan kahverengi yağ dokusu da okside olur ve ısı sağlar. Kahverengi yağ dokusu termal cevabın ikinci efektör organıdır. Cilt arteriyolleri ve kahverengi yağ dokusunun ısı üretimine "titremesiz termogenez" adı verilir. Term bebekler metabolik hızlarını 2-3 kat artırabilmelerine rağmen preterm bebekler % 25'ten daha fazla artıramadıklarından soğuk strese daha fazla maruz kalırlar (58,60).

Yenidoğan bebekte soğuk stres devam ettiğinde ve kompensetuar mekanizmalar vücut ısını sağlamakta yetersiz kaldığında çeşitli sorunlar ortaya çıkar. Oksijen tüketimi attığından hipoksi, glikojen depoları boşalacağından hipoglisemi, hipoksi ve periferik vazokonstriksiyon sonrası metabolik asidoz, apne, asidoz ve hipoksinin sonucu olarak pulmoner hipertansiyon gelişebilecek problemlerdendir (66).

Teorik olarak yenidoğan bebeğin doğar doğmaz yıkanması mümkünse de bahsedilen etkilerinden dolayı, yenidoğanın ilk banyosunun ne zaman yaptırılacağı pek çok araştırmaya konu olmuştur. Aslında bazı çalışmalarda doğum sonrası erken banyo yaptırılan bebeklerde hipotermi insidansının daha fazla olduğu saptanmıştır (67,68). Ancak doğum sonrası hemen banyo yaptırılan bebeklerde de hepatit B ve hepatit C gibi kan yoluyla bulaşan hastalıkların bulaşma riskinin daha az olduğu gösterilmiştir (69).

Penny-MacGillivray, Varda ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda miadında, sağlıklı olarak doğan bebeklerin doğum sonrası 1. saatte yıkanmalarının bebeklerde hipotermiye yol açmadığı gösterilmiştir (69,70). Ancak unutulmamalıdır ki; çalışmaya katılan bebekler hastanede doğmuş, doğum sonrası uygun çevre ısısında radyant ısıtıcı altında takip edilmiş ve muayenelerinde herhangi bir hastalığı olmadığı gösterilmiş bebeklerdir.

Yenidoğan bebeklerin doğar doğmaz yıkanmasının bebeğe getirdiği riskler ve yararlar düşünüldüğünde; Amerikan Pediatri Akademisi tarafından yenidoğanların ciltlerinin kurulanması önerilmektedir (71). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre doğum sonrası ilk 6 saat, Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireliği Topluluğu'na göre ise yenidoğan bebekler normal vücut ısılarını sağlayıp, bu ısıyı koruyabilecek duruma gelinceye kadar; yani postnatal ilk 2-4 saat ilk banyolarının ertelenmesi önerilmektedir (72,73).

İlk banyo, anneden geçebilecek enfeksiyon hastalıklarını önleyebilmek için ılık su ve uygun sabunla yaptırılmalıdır. Klorheksidin veya povidon-iyot içeren antiseptik solüsyonların rutin

olarak kullanılmasına gerek yoktur. Banyo sırasında verniksin bir bölümü temizlenebilir, ancak verniksin antibakteriyel ve yara iyileşmesini artırıcı özellikleri olması nedeniyle cildi tamamen arıtmaya çalışmaya gerek yoktur. İlk banyodan sonra, 10-14 gün boyunca günlük bebek temizliğinde sabun kullanılmaması iyi olur; özellikle 26. gestasyon haftasından küçük bebeklerin banyosunda steril su en uygun seçenektir. İlk 2 haftanın sonunda bebeğin cildi daha matür olacağından haftada 2-3 kez düşük alkali sabun kullanılabilir. Temizlik işlemi bebek bol su ile durulanarak bitirilmeli, deride iritasyon yapabilecek hiçbir atığın kalmamasına dikkat edilmelidir (74).

Yenidoğan bebekte göbek bakımı;

Yenidoğan bebeklerde göbek kordonu, potansiyel mikroorganizmalar için önemli bir kaynaktır. Doğum sonrası özellikle gram pozitif organizmalar göbekte hızlıca kolonize olabilir. Bu kolonizasyon yalnızca lokal, çevresel bir yumuşak doku enfeksiyonuna yol açabileceği gibi omfalitin derin dokulara yayılmasıyla sepsis gibi sistemik yenidoğan enfeksiyonlarına da zemin hazırlar (75-77). Yenidoğan bebeğin göbek kordonu ve çevresinde, bebeğin cilt florasındaki bakterilerle birlikte annenin vajinal traktındaki ve sağlık çalışanlarının ellerindeki bakteriler de kolonizasyon yapabilir (75-77). Bebeğin ilk haftasında göbek ve çevresinde kolonize olduğu gösterilen başlıca mikroorganizma; Staphylococcus aureus iken, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pyogenes, enterokoklar, beta-hemolitik streptokoklar ve Escherichia coli, Pseudomonas, Klebsiella gibi gram negatif çomaklar da izole edilmiştir (75).

Bu nedenledir ki; neonatal dönemde göbek kordonu ve çevresini enfeksiyonlardan korumak ayrı bir önem taşır (78). Bugüne kadar yenidoğanın göbek bakımında kullanılan pekçok antibiyotik ve dezenfektan madde rapor edilmiştir: alkol, üçlü boya, (briyan yeşili, krezil mavisi ve fuksin karışımı), klorheksidin, antibiyotikler (mupirosin, polibaktrin, basitrasin gibi), heksaklorofen içeren pudralar, gümüş sülfadiazin ve povidon-iyot bu maddelerdendir (78-81). Alkolün mikroorganizma kolonizasyonunu azaltmadaki etkinliği diğer antiseptiklere göre daha düşüktür. Üçlü boya ise gram negatif mikroorganizmalara etkisizdir. Klorheksidin ile kolonizasyon azalır ancak göbeğin düşmesi gecikir. Povidon-iyot ise geçici hipotiroidi yapabilir (74).

Bizim ülkemizde göbek bakımında merkrokrom (Mersol) ve %70'lik alkol kullanılır. Göbek yarası kapanana kadar günde 1-2 kez atuşman yapılır, göbek yarası açık bırakılır ya da kuruyana kadar üstü steril gazlı flasterle kapatılabilir. Göbek ıslak bırakılmamalıdır (60).

Aseptik göbek bakımı uygulamalarının, göbek çevresinde en çok kolonize olan *Staphylococcus aureus* enfeksiyonlarını azaltmakla birlikte, *Clostridium tetanini* yol açtığı neonatal tetanozu da azalttığı gösterilmiştir (76).

Pek çok ülke göbek bakımında farklı antiseptik veya dezenfektan madde kullanmakta olup, bu konuda henüz önerilen, uzlaşmış bir nokta olmamasına rağmen, bebeğin olası omfalit , sepsis ve tetanoz gibi enfeksiyonlardan korunması için göbeğin temiz tutulması, göbeğe yabancı madde konmaması ve antiseptik solüsyonlarla bakımının yapılması tüm dünyada kabul edilen bir kuraldır.

Yenidoğan bebeğin cilt bakımı;

Cilt; multifaktoriyel bir organ olup, vücut ısını, su ve elektrolit dengesini sağlamakta, taktik uyarıları algılamakta ve çevresel toksin ve enfeksiyonlara karşı bariyer görevi yapmaktadır (73, 82). Cildin bütünlüğünün korunması, özellikle ekstauterin yaşama adaptasyonunu sağlamaya çalışan yenidoğan bebekte çok önemlidir. Doğum sonrası, koruyucu tabaka olan verniksin kaybedilmesi ve cildin stratum korneum tabakasının üst katmanlarının desquame olması bebeğin anne karnındaki durumuna göre daha kuru bir çevreyle karşılaşmasına neden olur (73,83). Bazı otörler yenidoğan cildinde meydana gelen pullanmaların normal adaptif bir yanıt olduğunu iddia etseler de, bu durumun gerçekten bir adaptif yanıt mı, yoksa kullanılan sabun, deterjan veya losyonlara karşı gelişen bir reaksiyon olup olmadığı konusu tartışmalıdır (84). Bazı yazarlar yenidoğan bebeklerin banyosu sırasında kullanılan sabun ve deterjanların direkt olarak bebeğin cilt fonksiyonlarını etkilediğini göstermişlerdir (85,86). Bu tip ürünlerin bebek cildinde kuruma ve çatlaklara yol açtığı ve doğal bir yumuşatıcı olan verniksin etkisinin çabuk kaybolmasına neden olduğu konusunda birleşmişlerdir (84).

Yenidoğan bebek cildinin bakımında çeşitli uygulamalar vardır; özellikle kuruyan bebek ciltlerinde petrolatum (vazelin) kaynaklı yumuşatıcılar, mısır yağı ve ayçiçeği yağının cildin bariyer fonksiyonunu geliştirdiği ve cilt bütünlüğünün devamında etkili olduğu gösterilmiştir (87-89). Pek çok ülkede geleneksel olarak uygulanan ve sağlık çalışanları tarafından da kuru

bebek ciltlerini yumuşatmak için önerilen zeytin yağının ise cildin bariyer fonksiyonlarını azalttığı saptanmıştır.

Derinin koruyucu fonksiyonunun bozulmaması için stratum korneum tabakasının hidrasyonu gereklidir. Erkin ter bezleri matür olmadığından yenidoğanın cildi erişkine göre daha kurudur. Petrolatum gibi yumuşatıcı merhemler stratum korneumda su tutarak cildin hidrasyonunu sağlarlar. Banyo sonrası ciltte kuruluk varsa, pullanma ve çatlaklar oluşmuşsa hidrofilik özellikte nemlendiriciler kullanılmalıdır. Bir çalışmada 29-36. gestasyon haftasındaki prematüre bebeklere günde iki kez yumuşatıcı merhemler uygulandığında daha az dermatit ve zorunlu sıvı kaybı saptanmıştır, ayrıca cilt bütünlüğünü koruyucu etkisi nedeniyle daha az sistemik enfeksiyon gelişmiştir. Yine bu hastalarda ciltte bakteri ve fungus kolonizasyonunda artış veya fototerapi uygulaması sırasında termal cilt hasarı görülmemiştir. Ancak deriye sürülen yağlı merhemler cilt neminin evaporasyonunu engelleyip sürekli ıslak bir ortam oluşturduğundan, bakteri üremesini artırır. Bu nedenle hidrofilik (lanolin, petrolatum gibi) özellikli nemlendiriciler tercih edilmelidir. Cilt matürasyonunun iyi olmadığı ilk iki haftada kullanılan ürünlerde boya, parfüm veya diğer katkı maddeleri bulunmamalıdır. Losyon ve kremler, merhemlere göre hem daha az nemlendirici etkiye sahiptirler, hem de yapılarındaki akışkanlığı sağlayabilmek için katkı maddeleri içerirler. Kullanılan ürünlerin belli bir süre sonunda etkileri azalacağından, nemlendirici uygulaması 6 saatte bir tekrarlanmalıdır (74).

Yenidoğan bebek cildinin bakımında ürünler, bebeğin cilt bütünlüğü açısından ve uzun dönemde cilt sensitizasyonu göz önüne alınarak risk ve yarar hesabı yapılarak, çok dikkatlice kullanılmalıdır (84).

Yenidoğan bebekte masaj;

Yenidoğan bebek bakımında tüm dünyada özellikle geleneksel olarak uygulanan bir diğer yöntem bebek masajıdır. Bu konuda pek çok çalışma yapılmasına karşılık, en çarpıcı sonuçlar preterm ya da düşük doğum ağırlıklı bebekler üzerinde yapılan masajlardan sonra elde edilmiştir. Çeşitli çalışmalarda; hastanede takip edilen preterm ya da düşük doğum ağırlıklı bebeklere ovalama, germe ve kinestetik uyarılarla masaj uygulandığında bu bebeklerin, masaj uygulanmayan bebeklere oranla günlük kilo artışlarının daha fazla olduğu, hastanede yatış sürelerinin ortalama 4,5 gün daha kısa olduğu, motor gelişiminin daha hızlı olduğu ve bu

bebeklerin stres davranışlarının azalıp, daha sakin oldukları gösterilmiştir. Ayrıca bu masajın hemşireler dışında anne-baba tarafından yapılmasını önerenler de vardır (90).

Yenidoğan bebeğe yapılacak masaj, non-invazif ve herhangi bir ekipman gerektirmeyen bir işlemdir. Özellikle anne - baba ve bebek arasındaki duygusal bağı da güçlendireceğinden bazı birimlerde preterm veya düşük doğum ağırlıklı bebeklerin takibinde tedavinin bir parçası olarak kullanılmaktadır (90).

Sağlıklı, termde doğan bir bebek içinse anne veya babası tarafından yapılacak masaj, hem anne-babanın aileye yeni katılan bu küçük varlığa alışması için bir fırsat olacak, hem de bebeğin ruhsal ve fiziksel gelişimine katkı sağlayacaktır.

Kundak;

Yenidoğan bebek bakımında geleneksel olarak en sık uygulanan diğer bir yaklaşım ise bebeğin kundaklanmasıdır. Kundak hala dünyanın pek çok ülkesinde uygulanmaktadır. Türkiye'de 1983'de yapılan bir araştırmaya göre annelerin % 93'ü bebeklerini kundakladıklarını ifade etmektedirler (91). Aynı şekilde Çin'de de bebeklerin çoğu yaşamlarının ilk birkaç ayı içinde sıkıca kundaklanmaktadır (92). Sıkıca ve tüm vücuda yapılan kundak, bebeği boynundan ayağına kadar hareketsiz bırakır. Bu şekilde yapılan kundakta bacaklar birbirine yapıştırılırken, dizler dümdüz tutulur, kollar ya vücudun iki yanında ya da gövdenin önünde birleştirilir. Kısmi yapılan kundakta ise, bebeğin bacak ve kalça kısmı sarmalanırken, kolları serbest bırakılır (93).

Tüm dünyada uzun zamandır geleneksel olarak uygulanan kundak, bugüne kadar pek çok araştırmacının dikkatini çekmiş ve bu konuda çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Özellikle kundakla gelişimsel kalça displazisi arasındaki ilişki gösterilmiş olup, kundak gelişimsel kalça displazisinin belirlenen risk faktörleri arasında kabul edilmektedir (94). Hormonal nedenlerle perinatal evrede kalça eklemi yaşamın en anstabil dönemindedir. Yine bu evrede kas dengesi fleksör - dominant pozisyonundadır. Makadi pozisyonlarda dizler bükülemediği için hemstringler gergindir, bu kasların uzun süreli gerginliği intrauterin evrede kalça ekleminin çıkmasına neden olabilir. Yenidoğan evrede kundaklama ya da buna benzer pozisyonlar ya da manipülasyonlarla dizler ve kalçalar ekstansiyonda tutulursa; iliopsoas ve hemstringler birlikte gerilir, kalçalarda yarı çıkıklara hatta tam çıkıklara neden olur. Bu nedenle doğumun ilk anları ve ilk günlerde bebeğin bacaklarının pozisyonu çok önemlidir. Bebek kalça ve dizlerinin doğal fleksiyon pozisyonunun

bozulmaması en önemli noktadır. Eğer kalçalar ve dizler doğal haline bırakılırsa bebeğin spontan hareketleri ile yavaş yavaş diz ve kalça eklemlerindeki fleksör üstünlüğü azalır, hormonal mekanizmanın da kendiliğinden düzelmesi ile kalça eklemleri santralize olarak stabil hale gelir (95-98).

Yurdakök ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sıkıca kundaklanan bebeklerde pnömoni riskinin arttığı gösterilmiş ve bu durum bebeğin göğüs kafesi çok sıkı şekilde sarıldığından, solunum fonksiyonlarının gerektiği gibi yapılamamasına bağlanmıştır (99). Pnömonisi olan bebeklerle yapılan başka bir çalışmada; kundaklanmayan ve prone pozisyonunda duran bebeklerin transkutanöz oksijen değerlerinin; kundaklı ve supin pozisyonunda yatan bebeklere göre % 18, kundaklanmayan ve supin pozisyonunda yatan bebeklere göre ise % 12 daha fazla olduğu gösterilmiştir (100). Ayrıca kundaklanan bebekler güneş ışığı ile daha az temas edeceklerinden bu bebeklerde rikets görülme olasılığı daha fazladır (99). Ayrıca özellikle çevre ısı yüksek olduğunda ve bebekler de herhangi bir enfeksiyon nedeniyle yüksek ateş varsa; sıkı yapılmış kundağın, bebeklerde ısı kaybının sağlanamamasına ve hipertermiye neden olabileceği, buna bağlı ölümlerin olduğu literatürde bildirilmiştir (101).

Kundak ve uyku ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda ise; kundaklı bebeklerin uyku sırasında kendisini uyandırmasına neden olacak refleks hareketlerinin daha kısa sürdüğü ve bu bebeklerin uykuya yeniden dönmelerinin daha çabuk olduğu gösterilmiştir. Kundaklama, derin uyku ve uykunun REM fazında bebeğin sıçrama hareketlerini dolayısıyla uyanmasını azalttığından, bebekler daha uzun süre REM uykusu uyuyabilirler (102). Uzun süreli REM uykusu bebek için oldukça faydalıdır, çünkü bebekte REM uykusu erken beyin maturasyonunu ve nöral aktivitenin kontrolünü doğrudan etkiler (103). Ayrıca protein sentezinde ve beynin öğrenme ve hatırlama süreçlerinde rol oynar (104,105). REM uykusundan mahrumiyetin, hiperaktivite ve depresyonla bağlantılı olduğu düşünülmektedir (106, 107).

Ayrıca bebeklerin prone pozisyonunda uyurken de sıçrama hareketlerinin azaldığı ve bu pozisyonunda daha uzun süre uyudukları saptanmıştır (108). Ancak bebeklerin prone pozisyonunda uyumaları ani bebek ölümü sendromu riskini arttırdığından önerilmez. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da supin pozisyonunda ve kundaklı olarak yatan bebeklerde, supin pozisyonunda ancak kundaklanmadan yatan bebeklere göre ani bebek ölümü sendromunun belirgin olarak azaldığı gösterilmiştir. Kundağın, bebeği; hayatını tehlikeye sokan pozisyonlardan nasıl koruduğu tam olarak anlaşılamamıştır ancak kundaklı ve supin pozisyonunda yatan bebeklerde

ani bebek ölümü sendromunun belirgin olarak az görüldüğü çeşitli çalışmalarla ispatlanmıştır (109,110).

Ailelerle yapılan çeşitli araştırmalarda da; kundaklanan bebeklerin aşırı ağlamalarının azaldığı ve bebeklerin ağrı ve sıkıntı hallerinin kundaklandıklarında daha başa çıkılabilir hale geldiği saptanmıştır (111,112).

Geleneksel olarak yüzyıllardır uygulanan kundak, bebeğin kalça hareketlerini sınırlamayacak, göğüs duvarının genişlemesine ve nefes alıp vermesine engel olmayacak güvenli bir şekilde yapılırsa, ailelere bebeklerini daha rahat ve uzun süreli uyutmaları için yardımcı olacak ve supin pozisyonunda uyutulursa ani bebek ölümü sendromunu azaltacağından güven verecektir (113).

D vitamini kullanımı;

Ülkemizde uzun süredir D vitamini yetersizliği ve nütrisyonel riketsin bebek ve çocukları etkileyen önemli bir sorun olduğu, hastalığın sıklığının %1.67-19 arasında değiştiği bildirilmektedir (114,115). D vitamini yetersizliğine bağlı rikets konusunda ülkemizde zengin bir literatür vardır ve konu son olarak 1990'da güncel veriler ışığında geniş bir şekilde gözden geçirilmiştir (116). Toplumun sağlık düzeyindeki gelişme ve sağlık personelinin D vitamini desteği konusundaki çabalarına rağmen, 0-3 yaş grubundaki çocuklarda hâlâ %6 oranında rikets görülen bölgeler olduğu bilinmektedir. Yine son yıllarda gebeler ve doğurganlık yaşındaki kadınlarda %80'e varan oranlarda D vitamini yetersizliği bildirilmektedir (117,118). Doğurganlık yaşındaki kadınların yetersiz D vitamini alımı, örtünme ve yaşam tarzı nedeniyle yetersiz güneş ışığı alma gibi nedenlerle ortaya çıkan maternal D vitamini yetersizliği, ülkemizde erken bebeklik döneminde D vitamini yetersizliği sıklığının artmasına yol açan önemli bir sorundur. Bu nedenle, yenidoğan döneminden itibaren D vitamini desteği önem kazanmaktadır. Bu durum, özellikle riskli bölgelerde yaşayan bebeklerde verilmesi gereken D vitamini dozu ve başlanma zamanını da önemli kılmaktadır. Ülkemizdeki veriler, D vitamini yetersizliği ve nütrisyonel riketsin güncel bir sorun olduğunu, anneler ve birinci basamakta çalışan sağlık personeli başta olmak üzere toplum eğitime önem verilmesi gerektiğini göstermektedir (119).

Bebeklerin en önemli besin kaynağı olan anne sütünün 1 litresinde 12-60 IU D vitamini bulunmakta ve bu miktar bebeklerin günlük 400 IU olan gereksinimini karşılamamaktadır (120).

Benzer şekilde besinlerde D vitamini yetersizdir. Bu durumda bebeklik döneminden itibaren güneş ışınları yoluyla D vitamin sentezi veya dışarıdan D vitamini desteği en önemli D vitamini kaynağı olmaktadır. Güneş koruyucu kremlerin D vitamini sentezini %97 oranında azalttığı ve camdan geçerek gelen güneş ışınlarının sentez için uygun olmadığı bilinmektedir. Düşük D vitamini düzeyine sahip annelerin yaşam şekilleri (ev içinde daha çok zaman geçirmek, kültürel nedenlerle çocukların ev dışına çıkarılmaması, evlerin balkonsuz olması veya güneş ışınlarını engelleyen sık apartmanlı mahallelerde yaşamak gibi) bebeklerinin de yetersiz güneş görmesine neden olmaktadır. Bu faktörlere kentsel hava kirliliği nedeniyle yeryüzüne ulaşan ultraviyole ışınlarının D vitamini sentezini sağlayacak dalga boyunda olmaması eklenmektedir (121,122). Ülkemizdeki gözlemler de ailelerin özellikle kışın çocuklarını ev dışına çıkarmaması ve kundak gibi güneş ışıklarıyla karşılaşmayı önleyen giyim şeklini tercih etmesinin rikets riskini artırdığını göstermektedir (123). Epidemiyolojik olarak güneş ışıyla yetersiz karşılaşmanın yanında, marasmus, prematürite, uzun süre anne sütü verilmesi, beslenme desteğinin yetersiz olması, düşük sosyoekonomik düzey ve annenin eğitim yetersizliği bebeklik döneminde D vitamini yetersizliği için risk oluşturmaktadır (119).

Kanada Pediatri Akademisi, on yıldır, anne sütü alan bütün bebeklere yazın 400 IU, kışın 800 IU D vitamini önermektedir. Birleşik Krallık'ta tüm çocuklar için üç yıl, riskli gruplar (Asya kökenliler) için beş yıl D vitamini desteği önerilmektedir (124). Romanya'da 400 IU, Bulgaristan'da 800 IU D vitamini desteği programı yürütülmektedir. Ülkemizde de bütün bebeklere ilk ay içinde 400 IU D vitamini başlanması konusunda fikir birliği bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın son dönemde uygulamaya geçirdiği, her yenidoğan bebeğin ilk 1 yıl içindeki D vitamini damlalarının bakanlık tarafından ücretsiz olarak verilmesi de bu konuda atılan yeni ve önemli bir adımdır.

MATERYAL VE METOD;

Çalışmamızda, Kasım 2005- Nisan 2006 tarihleri arasında Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nin acil poliklinik, poliklinik veya servisine çocuğunun herhangi bir sağlık problemi nedeniyle başvuran 300 anne ile anket yapılmıştır. Çalışmaya alınan annelerin en küçük çocuklarının 5 yaşından küçük olmasına soruların cevaplarını daha kolay hatırlayabilecekleri düşünüldüğünden dikkat edilmiştir.

En küçük çocuğu 5 yaşın altında olan, çocuğunun yenidoğan döneminde herhangi bir sorun nedeniyle hastaneye yatması gerekmeyen, anket sorularımızı cevaplandırmayı kabul eden anneler çalışmaya alınırken, oryantasyon güçlüğü bulunan, Türkçe bilmeyen, 5 yaşın altında çocuğu olmayan, çalışmaya katılmayı reddeden anneler çalışma dışında bırakılmıştır. İkiz çocuğu olan anneler de değerlendirmede hataya yol açabileceğinden çalışma dışı bırakılmıştır.

Etik kurul onayı alındıktan sonra çalışmaya başlanmış ve sorularımızı cevaplamayı kabul eden tüm annelere anket öncesi çalışmanın amacı anlatılarak "Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu" imzalatılmıştır.

Anket sorularımız çoktan seçmeli şekilde hazırlanmış, ancak annelerin cevaplarını yönlendirmemek için , önce soru sorulmuş ve onların cevaplarına göre seçenekler işaretlenmiştir. Tüm annelerle sakin ve uygun bir ortamda, yüzyüze, aynı kişi konuşmuş ve annelerin cevaplarına göre anket formunu hep aynı kişi doldurmuştur.

Anketimiz 4 bölümden oluşmuştur. 1. bölümde anne ve babanın yaşı, memleketi gibi demografik özellikleri sorulmuştur. 2. bölüm, ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklerini belirlemeye çalışan 18 sorudan oluşmuştur. Bu 18 sorudan 6 ve daha azına "evet" yanıtını veren aileler "düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel grup" olarak değerlendirilmiş, 6 – 12 tanesine "evet" cevabı veren aileler "orta sosyoekonomik ve sosyokültürel grup" olarak değerlendirilmiş ve 12 ve daha fazlasına "evet" cevabı veren aileler ise "yüksek sosyoekonomik ve sosyokültürel grup" olarak kabul edilmiştir.

2. bölümdeki 18 soru içinde, annenin çalışma durumu, anne ve babanın eğitim durumu, evde yaşayan kişi sayısı, ailenin aylık gelir durumu, oturulan evin kira veya kendilerine ait olup olmaması, evdeki oda sayısı, evde bilgisayar, çamaşır makinesi, bulaşık makinesi, buzdolabı bulunup bulunmaması, ev telefonunun olup olmaması, aileye ait arabanın varlığı, ailenin sinema-

tiyatro gibi faaliyetlerde bulunup bulunmadığı, düzenli olarak tatile gidip gitmedikleri ve evde anne – baba ve çocuklarla beraber yaşayan diğer aile bireyleri olup olmadığı sorgulandı.

3. bölümde annenin son doğumuna yönelik , doğum şekli, doğum yaptığı yer, son gebeliğine ait takip durumu araştırıldı.

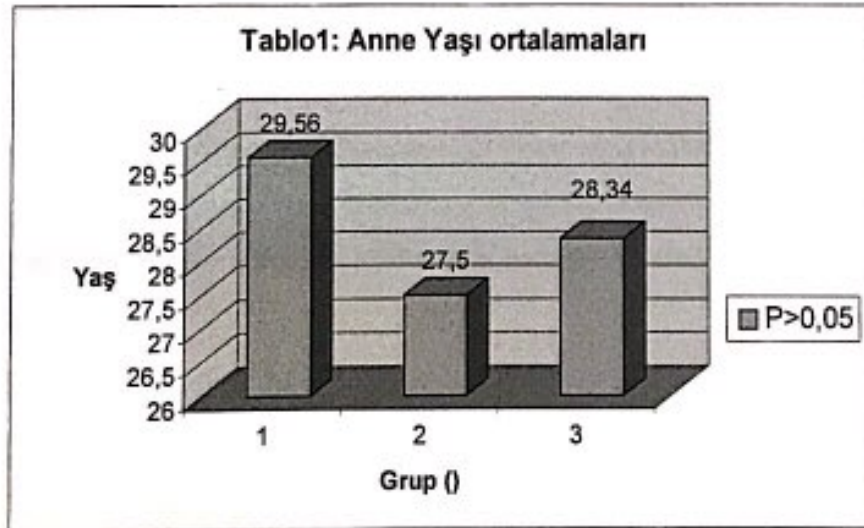
4. bölümde ise, annelerin bebeklerine uygulamış oldukları geleneksel yenidoğan bebek uygulamalarını ve nedenlerini anlamaya yönelik 30 soru soruldu.

Çalışmamızda annelerin vermiş oldukları yanıtlara göre, ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi “düşük, orta ve yüksek” şeklinde belirlenerek, geleneksel yenidoğan bebek uygulamaları arasındaki farklar araştırıldı.

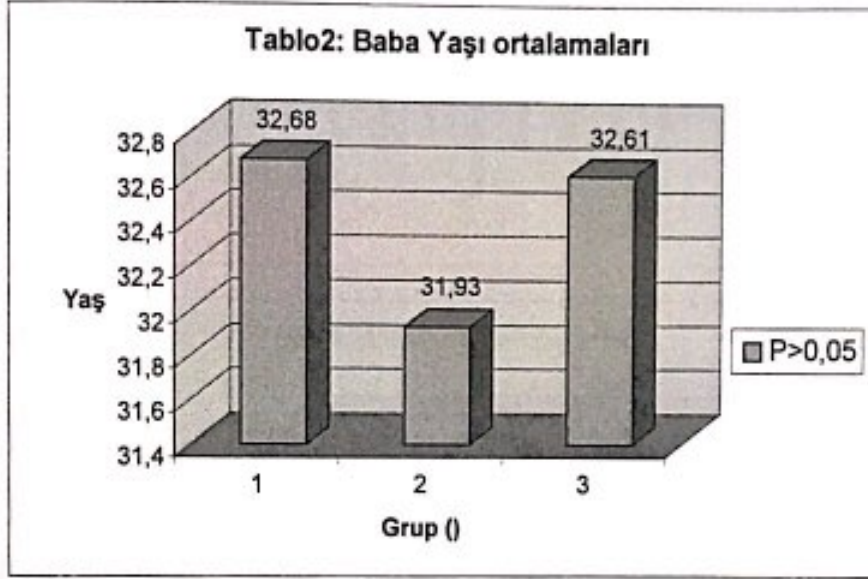
Bulunan sonuçlar ki-kare istatistik yöntemi ile karşılaştırıldı ve p değeri 0,05’den düşük olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR;

Çalışmamızda karşılaştırılan her üç gruptaki anne yaşları arasında fark saptanmadı. Yüksek sosyoekonomik ve sosyokültürel gruptaki (Grup 1) annelerin yaş ortalaması 29,56 yıl, orta sosyoekonomik ve sosyokültürel gruptaki (Grup 2) annelerin yaş ortalaması 27,50 yıl ve düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel gruptaki (Grup 3) annelerin yaş ortalaması 28,34 yıl olarak bulundu ve gruplar arasında anne yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 1).

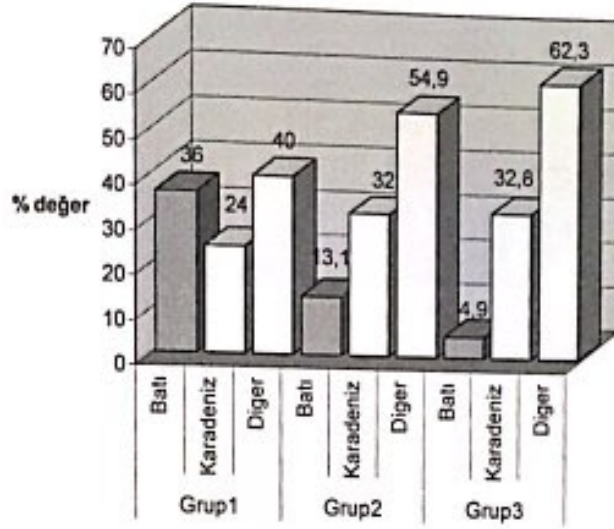


Baba yaşları karşılaştırıldığında Grup 1'de babaların yaş ortalaması 32,68 yıl iken, Grup 2'de 31,93 yıl ve Grup 3'de 32,61 yıl olarak hesaplandı ve gruplar arasında baba yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

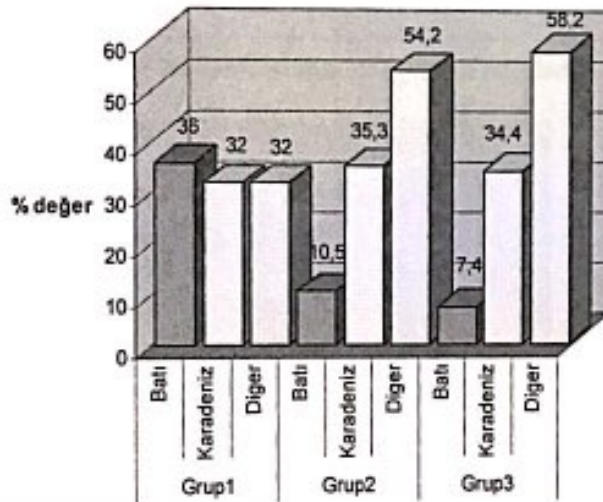


Anne ve babaların memleketleri incelendiğinde, Grup 1'deki ailelerin anne ve babalarının, Grup 2 ve Grup 3'deki ailelerin anne babalarının memleketlerine kıyasla daha yüksek oranda ülkemizin batı bölgelerinden olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ($p<0,05$) (Tablo 3 ve Tablo 4).

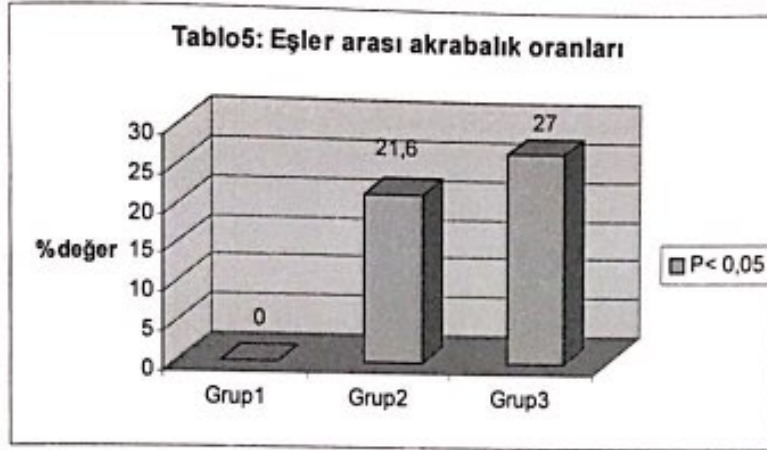
Tablo3: Annelerin memleketleri



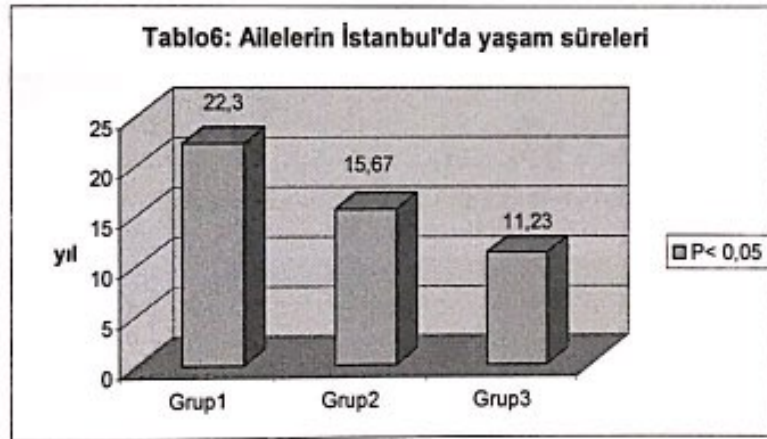
Tablo4: Babaların memleketleri



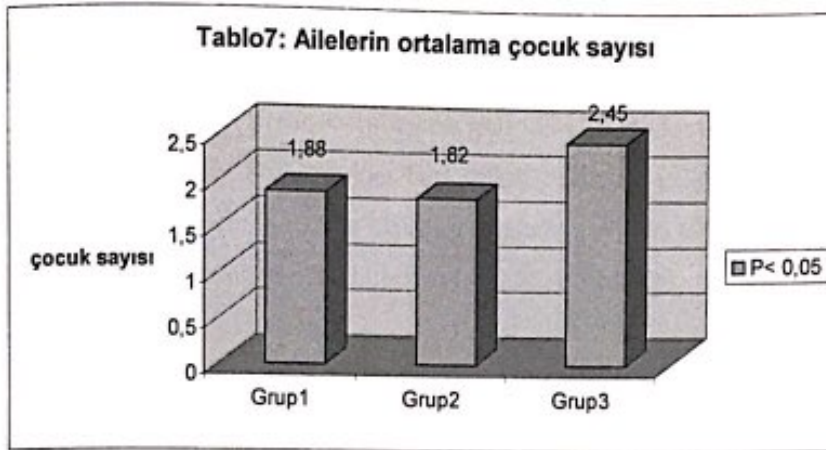
Anne ve baba arasındaki akrabalık oranlarına bakıldığında; Grup 1'de eşler arasındaki akrabalık oranı %0 iken, Grup 2'de %21,6 ve grup 3'de %27 olarak hesaplandı ve bu değerler karşılaştırıldığında; Grup 2 ve Grup 3 'de anne ile babanın akraba olma durumu, Grup 1'dekilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 5).



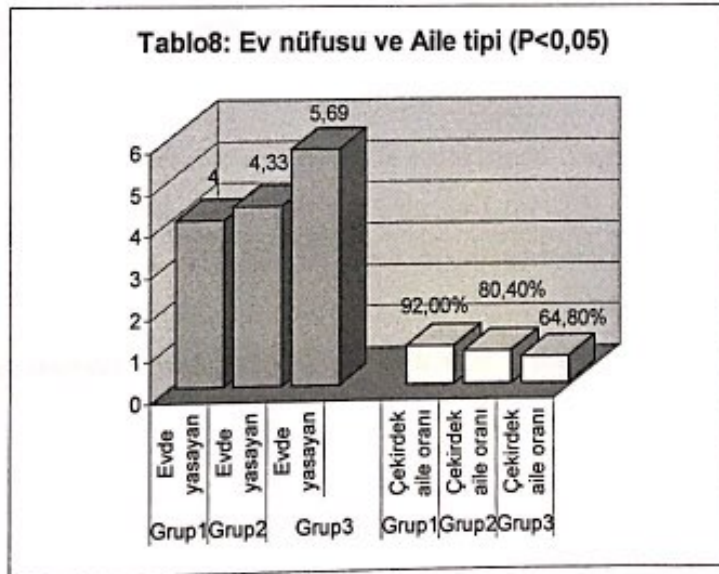
Ailelerin kaç yıldır İstanbul'da yaşadıkları sorgulandığında, bu süre Grup 1'de ortalama 22,30 yıl, Grup 2'de ortalama 15,67 yıl ve Grup 3'de ortalama 11,23 yıl olarak hesaplandı ve Grup 1'deki ailelerin İstanbul'da yaşadıkları sürenin, Grup 2 ve Grup 3'deki ailelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı uzun olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 6).



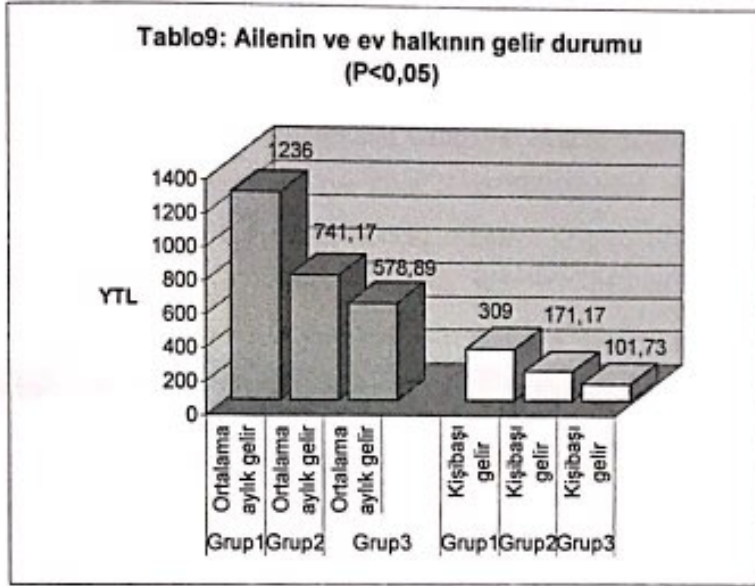
Ailelerin çocuk sayısı karşılaştırıldığında; ortalama çocuk sayısı Grup 1'de 1,88, Grup 2'de 1,82 ve Grup 3'de 2,45 olarak hesaplandı ve Grup 3'deki ailelerin çocuk sayısı Grup 1 ve Grup 2'deki ailelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı fazla bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 7).



Evde yaşayan kişi sayısı incelendiğinde; evde yaşayan ortalama kişi sayısı Grup 1'de 4, Grup 2'de 4,33 ve Grup 3'de 5,69 olarak hesaplandı ve Grup 3'deki ailelerin Grup1 ve Grup 2'dekilere kıyasla istatistiksel olarak daha kalabalık yaşadıkları bulundu ($p < 0,05$). Bu duruma paralel olarak ailenin çekirdek ya da geniş aile olması incelendiğinde; Grup 1'deki ailelerin %92'si, Grup 2'deki ailelerin %80,4'ü ve Grup 3'deki ailelerin sadece %64,8'i anne- baba- çocuklardan oluşmaktaydı ve Grup1'deki aileler istatistiksel olarak anlamlı şekilde çekirdek aile olarak yaşamaktaydılar ($p < 0,05$) (Tablo 8).

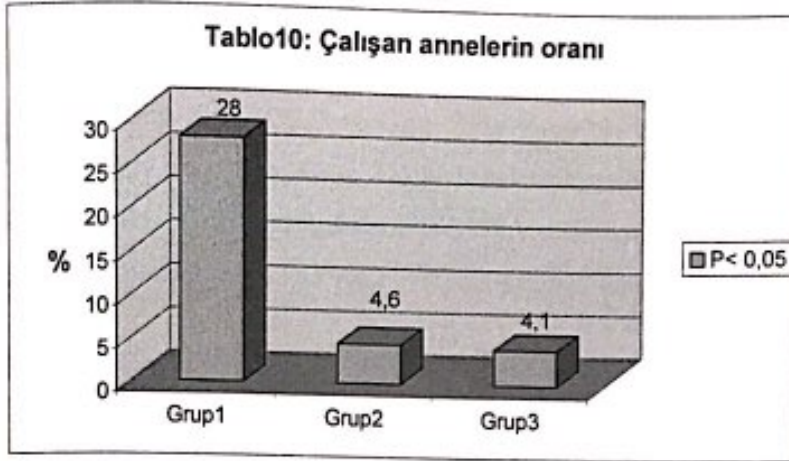


Ailelerin gelir durumları karşılaştırıldığında; Grup 1'deki ailelerin ortalama aylık gelirleri 1236 YTL olup, kişi başı düşen ortalama gelir 309 YTL, Grup 2'deki ailelerin ortalama aylık gelirleri 741,17 YTL ve kişi başı düşen ortalama gelir 171,17 YTL, Grup 3'deki ailelerin ise aylık ortalama gelirleri 578,89 YTL ve kişi başı düşen ortalama gelirleri 101,73 YTL olarak hesaplandı. Grup 1'deki ailelerin aylık ve kişi başı ortalama gelirleri Grup 2 ve Grup 3'dekilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 9).

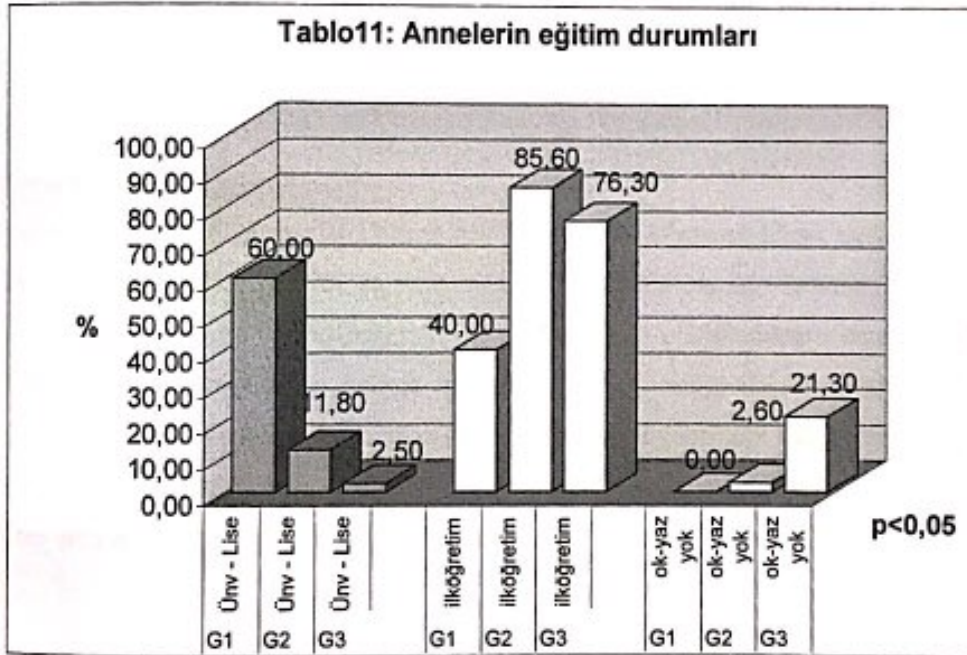


Çalışmanın yapıldığı esnada ailelerin en küçük çocuklarının yaşları ve cinsiyetleri açısından her üç grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

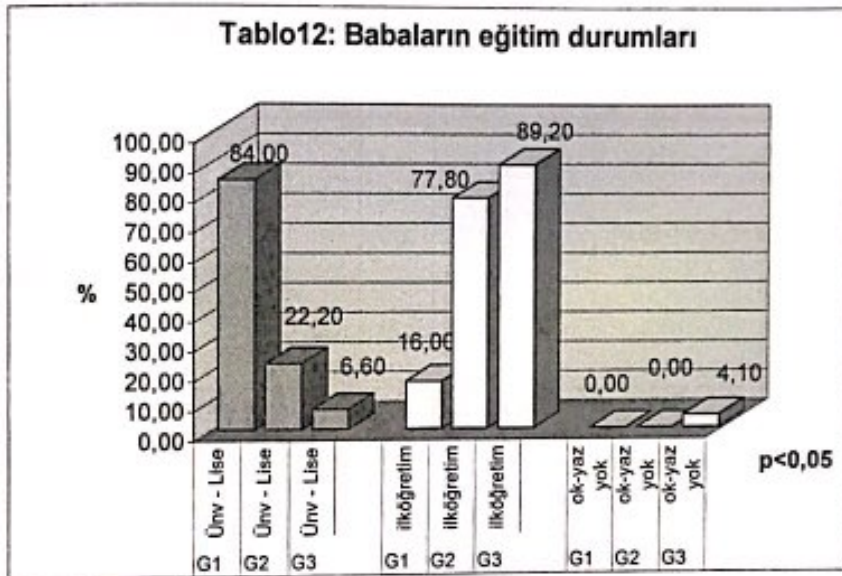
Annelerin çalışma hayatı sorulduğunda; Grup 1'de çalışan annelerin oranı %28 iken, bu oran Grup 2'de %4,6 ve Grup 3'de %4,1 olarak saptandı ve Grup 1'deki annelerin çalışma oranı Grup 2 ve Grup 3'deki annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 10).



Annelerin eğitim durumu karşılaştırıldığında; Grup1'de annelerin %60'ı lise veya üniversite mezunu iken, bu oran Grup 2'de %11,8 ve Grup 3'de %2,5 olarak bulundu ve Grup 1'deki annelerin eğitim düzeyleri Grup 2 ve Grup 3'deki annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,05$). Grup 2'deki annelerin %77,1'i, ilköğretim mezunu iken, %2,6'sı okuma-yazma bilmiyordu. Grup 3'deki annelerin ise %69,7'si ilköğretim mezunuydu ve %21,3'ü okuma-yazma bilmiyordu (Tablo 11).



Babaların eğitim durumları araştırıldığında; Grup 1'deki babaların %84'ü lise veya üniversite mezunuyken, bu oran Grup 2'de %22,2 ve Grup 3'de %6,6 olarak bulundu ve Grup 1'deki babaların eğitim düzeyleri Grup 2 ve Grup 3'deki babalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). Grup 2'deki babaların %58,2'si ilköğretim mezunuyken, Grup 3'deki babaların %75,2'si ilköğretim mezunuydu ve %4,1'i okuma-yazma bilmiyordu (Tablo 12).

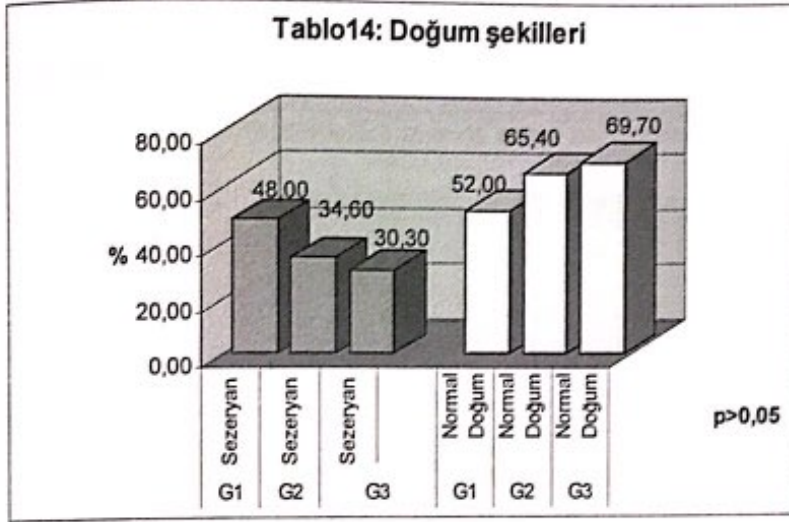


Annelere yöneltilen diğer sorulara alınan cevaplarda, evin aileye ait oluşu, evde oda sayısının 3 ve daha üzerinde olması ve evde çamaşır makinesi bulunma oranları bakımından Grup 1 ve Grup 2'deki değerler Grup 3'deki değerlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). Ancak evde bilgisayar, bulaşık makinesi, telefon varlığı ile aileye ait bir arabanın varlığı, evde düzenli gazete-dergi okunması, ailenin sinema, tiyatro gibi faaliyetlerde bulunması ve düzenli olarak tatile çıkılması açısından bakıldığında Grup 1'deki sonuçlar, Grup 2 ve Grup 3'dekilere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 13).

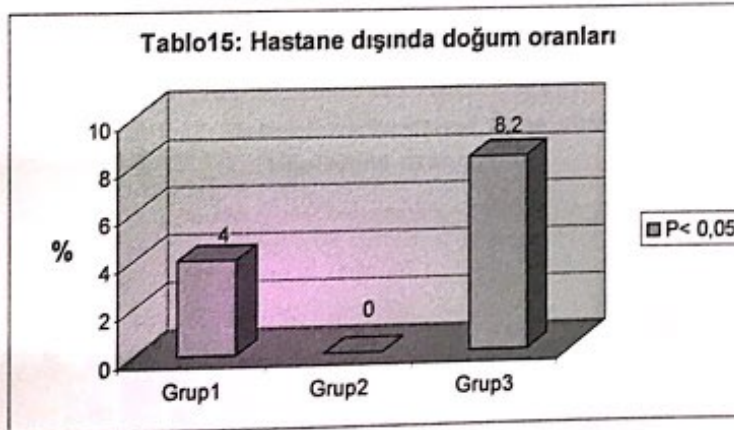
TABLO13					
GRUP	1	2	3	Toplam	Ki-kare p
	%	%	%	%	
Ev aileye ait					
Hayır	32	37,3	71,3	50,7	
Evet	68	62,7	28,7	49,3	35,29 0,000***
Evde oda sayısı 3 ve üstü					
Hayır	12	5,2	36,1	18,3	
Evet	88	94,8	63,9	81,7	43,84 0,000***
Evde bilgisayar var					
Hayır	52	91,4	98,4	91	
Evet	48	8,6	1,6	9	54,37 0,000***
Evde çamaşır makinası var					
Hayır	4	0,7	8,2	4	
Evet	96	99,3	91,8	96	10,03 0,007**
Evde bulaşık makinası var					
Hayır	20	75,2	97,5	79,7	
Evet	80	24,8	2,5	20,3	80,92 0,000***
Aileye ait araba var					
Hayır	28	75,8	96,7	80,3	
Evet	72	24,2	3,3	19,7	66,05 0,000***
Düzenli gazete dergi okunur					
Hayır	24	61,4	89,3	69,7	
Evet	76	38,6	10,7	30,3	51,92 0,000***
Evde telefon var					
Hayır		21,6	39,3	27	
Evet	100	78,4	60,7	73	20,96 0,000***
Sinema-tiyatroya gideriz					
Hayır	24	75,8	99,2	81	
Evet	76	24,2	0,8	19	81,65 0,000***
Restorana gideriz					
Hayır		24,2	76,2	43,3	
Evet	100	75,8	23,8	56,7	95,73 0,000***
Düzenli tatile çıkarız					
Hayır	16	64,7	91,8	71,7	
Evet	84	35,3	8,2	28,3	66,16 0,000***

Diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($P<0,05$)

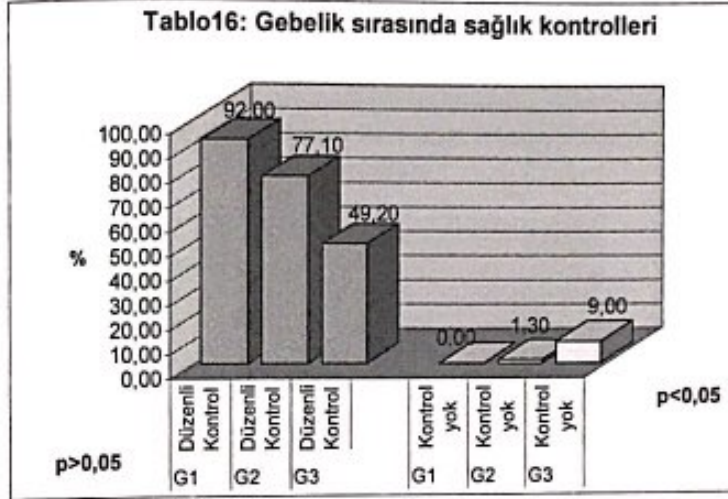
Her üç grup arasında annelerin en son bebeklerinin doğum şekli bakımından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).



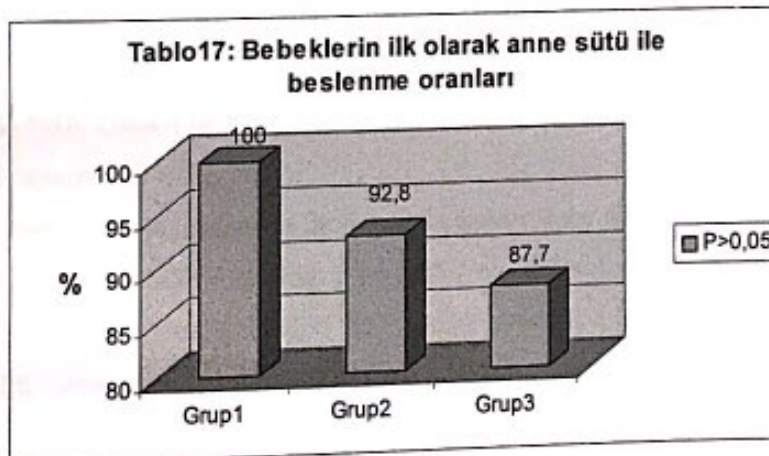
Annelere son doğumlarını nerede yaptıkları sorulduğunda; her üç grupta da hastanede doğum yapma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak hastane dışında ev veya sağlık kabini gibi yerlerde doğum yapma oranı Grup 3'de, Grup 1 ve Grup 2'ye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 15).



Annelerin son gebelikleri sırasındaki sağlık kontrolleri karşılaştırıldığında Grup 3'deki annelerin %9'unun hiç kontrole gitmediği saptanmış olup, bu oran Grup 1'de %0 ve Grup 2'de ise %1,3'tür ve Grup 3'deki annelerin son gebelikleri esnasında hiç kontrole gitmemiş olma oranları Grup2 ve Grup 1'dekilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Gruplar arasında son gebelikleri sırasında 5 ve 5'ten daha fazla kez düzenli olarak kontrole gidenlerin oranı Grup 1'de %92, Grup 2'de %77,1 ve Grup 3'de %49,2 olup, Grup1'deki oran Grup2 ve 3'e kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 16).

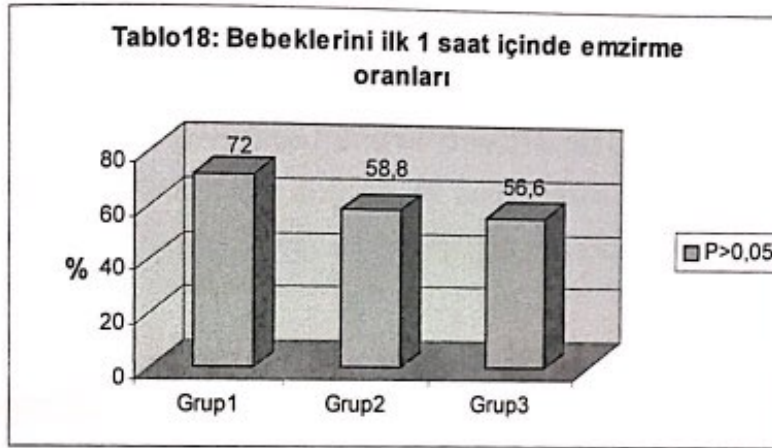


Annelere bebeklerini doğum sonrası ilk ne ile besledikleri sorulduğunda; bebeğine ilk olarak anne sütü verme oranları Grup 1'de %100 iken, bu oran Grup 2'de %92,8 ve Grup 3'de %91,3 olarak hesaplandı. Bebeklerine doğum sonrası ilk besin olarak anne sütünü verme oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).



Annelerle göğüslerinden gelen ilk sütü bebeklerine verip vermedikleri sorulduğunda ; bu soruya Grup 1'deki annelerin %100'ü, Grup 2'deki annelerin %96,7'si ve Grup 3'deki annelerin %95,7'si "evet" cevabı vermiştir. Bu değerlerle gruplar arasında bebeğine göğsünden gelen ilk sütü verme açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Annelerin doğum sonrası bebeklerini ilk ne zaman emzirdikleri araştırıldığında; bebeğini doğum sonrası ilk 1 saat içinde emziren annelerin oranı; Grup 1'de %72, Grup 2'de %58,8 ve Grup 3'de %56,6 olup, gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 18).

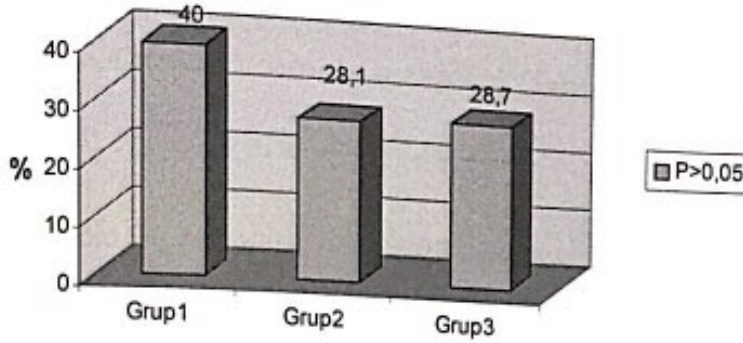


Annelerin lohusalık dönemlerinde özellikle sütlerini artırmak için beslenmelerine dikkat edip etmedikleri sorulduğunda "evet" cevabı verenlerin oranı Grup 1'de %88, Grup 2'de %77,1 ve Grup3'de %73 olarak bulundu ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Annelerin lohusalık dönemlerinde bebeklerinin gaz sancısı çekmemesi için beslenmelerine dikkat edip, özellikle yemedikleri besinler olup olmadığı sorulduğunda; "evet" cevabı verenlerin oranı Grup 1'de %80, Grup 2'de %75,8 ve Grup 3'de %77,9 olarak bulundu ve gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

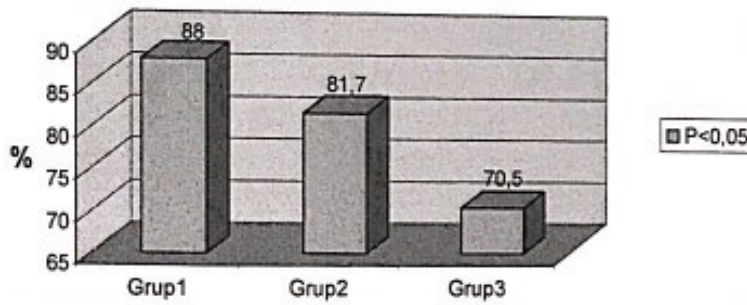
Annelerin bebeklerini yaşamlarının ilk 4 ayında sadece anne sütüyle besleme oranları Grup 1'de %40 iken, Grup 2'de %28,1 ve Grup 3'de %28,7 olarak bulundu ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 19). Gruplar arasındaki bir diğer fark ise bebeğe ilk 4 ayında inek sütü verme oranı Grup 1'de %0 iken, Grup 2'de %1,9 ve Grup 3'de ise %6'ya yakındı.

Tablo19: İlk 4 ay içinde sadece anne sütü ile beslenme oranları



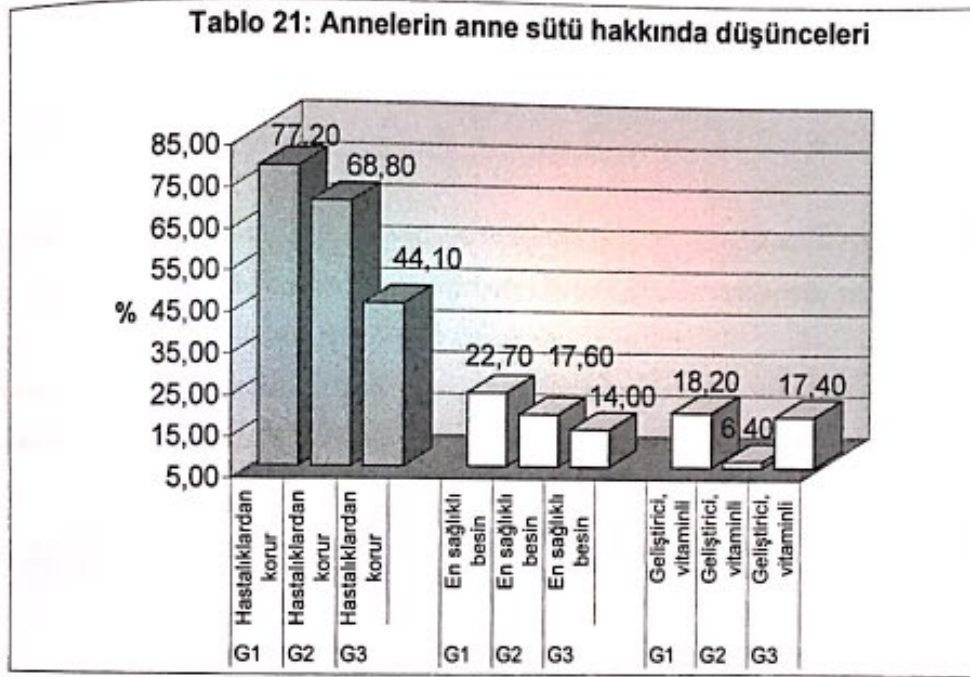
Annelere bebeklerine verecekleri ilk anne sütünün önemini bilip bilmedikleri sorulduğunda; “biliyorum” diyen annelerin oranı Grup 1’de %88, Grup 2’de %81,7 ve Grup 3’de %70,5 olarak hesaplandı ve Grup 1 ve Grup 2’deki annelerin ilk anne sütünün önemini bilme oranları Grup 3’deki annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20: Annelerin ilk anne sütünün önemini bilme oranları

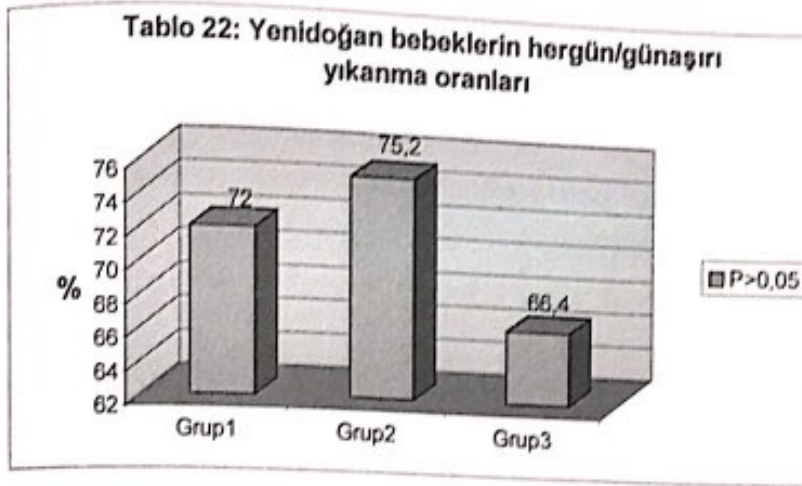


Bebeğe verilen ilk anne sütünün önemini bildiğini söyleyen annelere bunu nasıl açıklayacakları sorulduğunda; ilk anne sütünü bebeği mikroplardan ve hastalıklardan koruyan, bebeğin ilk antibiyotiği olduğunu söyleyenlerin oranı Grup 1’de %77,2, Grup 2’de %68,8 ve Grup 3’de %44,1 olarak hesaplandı. Grup 1’deki annelerin %22,7’si, Grup 2’dekilerin %17,6’sı ve Grup 3’dekilerin %14’ü anne sütünü yeri başka hiçbir besinle doldurulamaz ve bebek için en sağlıklı besin olarak tanımladılar. Bebeğe özellikle ilk olarak verilen anne sütünün içerdiği

koruyucu hücreler nedeniyle bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirdiğini söyleyenlerin oranı; Grup 1'de %18,2, Grup 2'de %4 ve Grup 3'de ise %4,7 idi. Anne sütünün içerdği vitamin ve mineraller dolayısıyla bebeğin büyümesini ve gelişmesini sağladığını belirten anneler ise Grup 1'de %18,2, Grup 2'de %6,4 ve Grup 3'de %17,4 oranındaydı (Tablo 21).

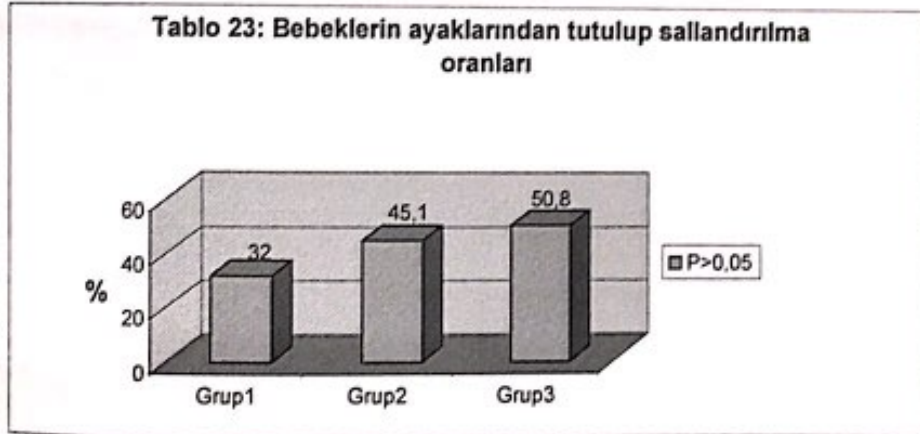


Bebeklerin doğum sonrası ilk banyolarının ne zaman yaptırıldığı incelendiğinde; bebeklerin doğumdan sonraki ilk 1 saatte yıkanma oranları Grup 1'de %8, Grup 2'de %5,2 ve Grup 3'de %10,7 olarak bulundu ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Bebeklerin yenidoğan dönemlerinde banyo yaptırılma sıklıkları arasında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bebeklerini hergün veya günde bir yıkayan annelerin oranı Grup 1'de %72, Grup 2'de %75,2 ve Grup 3'de %66,4 olarak hesaplandı (Tablo 22).



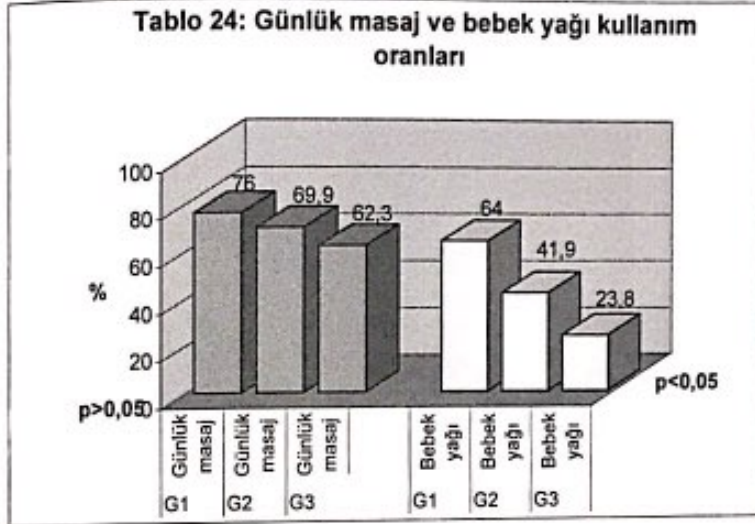
Bebeklerin yenidoğan dönemlerinde günün hangi saatlerinde yıkandıkları sorgulandığında; her üç grupta da %90'ı aşan oranda bebeklerin banyolarının gündüz saatlerinde yaptırıldığı gözlemlendi ve gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Bebeğin yenidoğan döneminde banyo sonrası ayaklarından tutularak baş aşağı gelecek şekilde sallandırılma hareketi sorulduğunda ise; Grup 1'de %32, Grup 2'de %45,1 ve Grup 3'de %50,8 oranında "evet" cevabı alındı. Bu değerlerle bebeğin banyo sonrası ayaklarından tutulup baş aşağı sallandırılması açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 23).

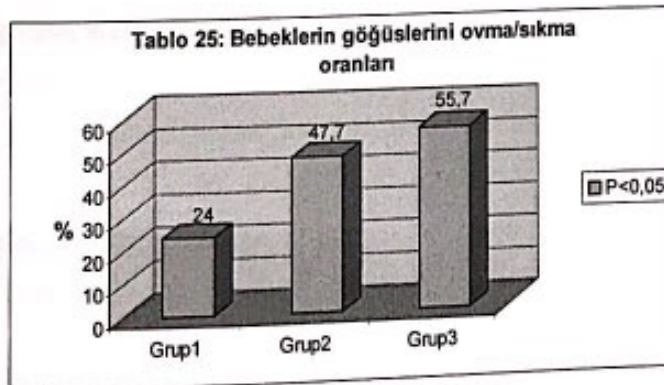


Annelere bebeklerinin vücutlarına düzenli olarak masaj yapıp yapmadıkları sorulduğunda "evet" cevabı veren annelerin oranı Grup 1'de %76, Grup 2'de %69,9 ve Grup 3'de %62,3 idi. Gruplar arasında bebeklerine düzenli olarak masaj yapma yönünden anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$).

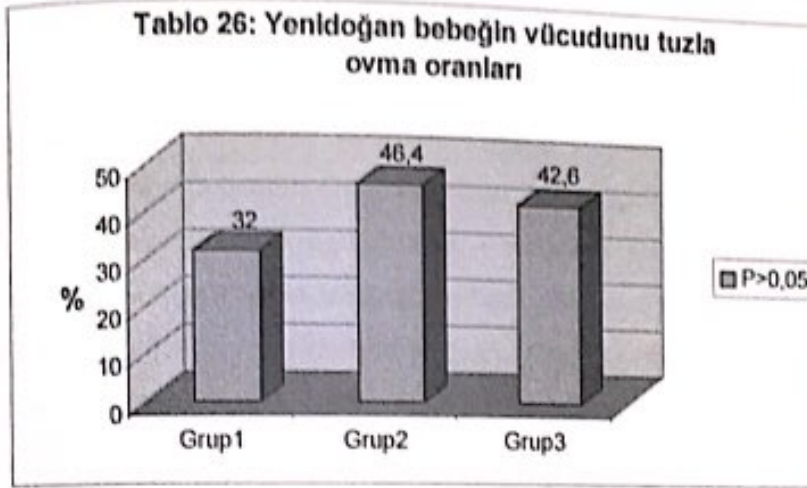
Annelerin bebeklerine masaj yaptıkları sırada veya sonrasında bebeklerinin vücuduna sürdükleri herhangi birşey olup olmadığı sorulduğunda, annelerin Grup 1'de %32'si, Grup 2'de %45,1'i ve Grup 3'de %59'u birşey sürmediklerini söylemişlerdir ve aralarında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ancak bebeğinin cildine bebek yağı sürme oranları Grup 1'de %64, Grup 2'de %41,9 ve Grup 3'de %23,8 olup, 1.gruptaki anneler diğer iki gruba kıyasla anlamlı derecede yüksek oranda bebek bakımında bebek yağı kullanmışlardır($p<0,05$) (Tablo 24).



Annelerle masaj konusunda konuşurken, diğer araştırılan bir konu da; bebeklerin göğüslerinin ovulması ve hatta sıkılmasıydı. Grup 1'deki annelerin %24'ü, Grup 2'deki annelerin %47,7'si ve Grup 3'deki annelerin %55,7'si bebeklerinin göğüslerinin ovmuşlar veya sıkmışlardı. Bu sonuçlara göre, Grup 1'deki anneler istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az sıklıkta bu uygulamayı yapmışlardı ($p<0,05$) (Tablo 25).



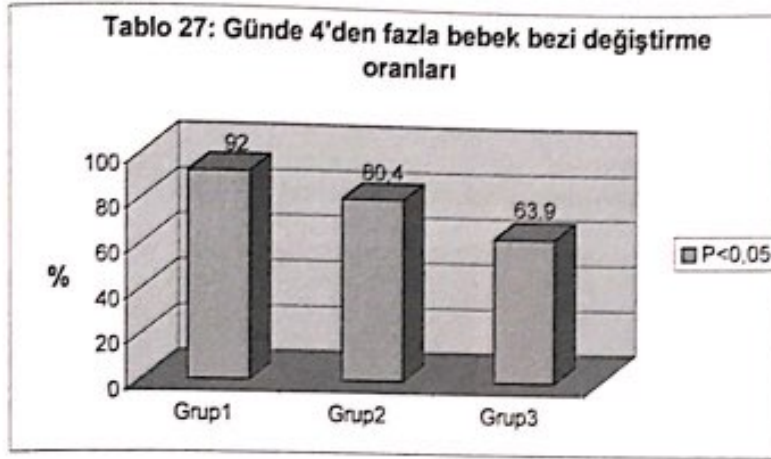
Toplumumuzda geleneksel olarak uygulanan bir başka alışkanlık bebeklerin doğum sonrası vücutlarının tuzla ovulması veya banyo suyuna tuz katılmasıdır. Çalışmamıza katılan annelerden Grup 1'de %32'si, Grup 2 'de %46,4'ü ve Grup 3'de %42,6'sı böyle bir uygulama yaptıklarını kabul etmişlerdir. Gruplar arasında bebeklerini doğum sonrası tuzla ovma ya da banyo suyuna tuz katma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 26).



Bebeklerin göbeği dölşene kadar göbek bakımı sırasında neler kullanıldığı incelendiğinde alkol ve batikon, mersol gibi antiseptik solüsyonların kullanılma oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Grup1 'deki annelerin %92'si, Grup 2'dekilerin %84,3'ü ve Grup 3'dekilerin %77'si göbek bakımını antiseptik solüsyonlarla yapmıştı.

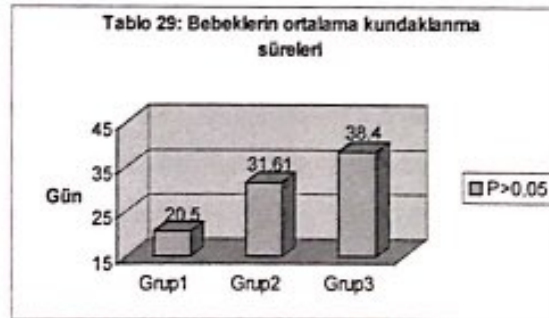
Annelere doğum sonrası bebeklerinin göz, kulak ya da burunlarına herhangi birşey damlatıp damlatmadıkları sorulduğunda, "hayır" diyenler ya da "doktorun verdiği ilaçlar" diye cevap verenler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark görülmeydi ($p>0,05$).

Annelerin bebeklerinin bezlerini günde kaç kez değiştirdikleri sorulduğunda, "günde 4 kezden daha fazla veya kirlendikçe değiştiririm" diyen annelerin oranı Grup 1'de %92, Grup 2'de %80,4 ve Grup 3'de % 63,9 olup, Grup 1'deki annelerin Grup 2 ve 3'dekilere kıyasla bebeklerinin bezlerini değiştirme sıklığının istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 27).



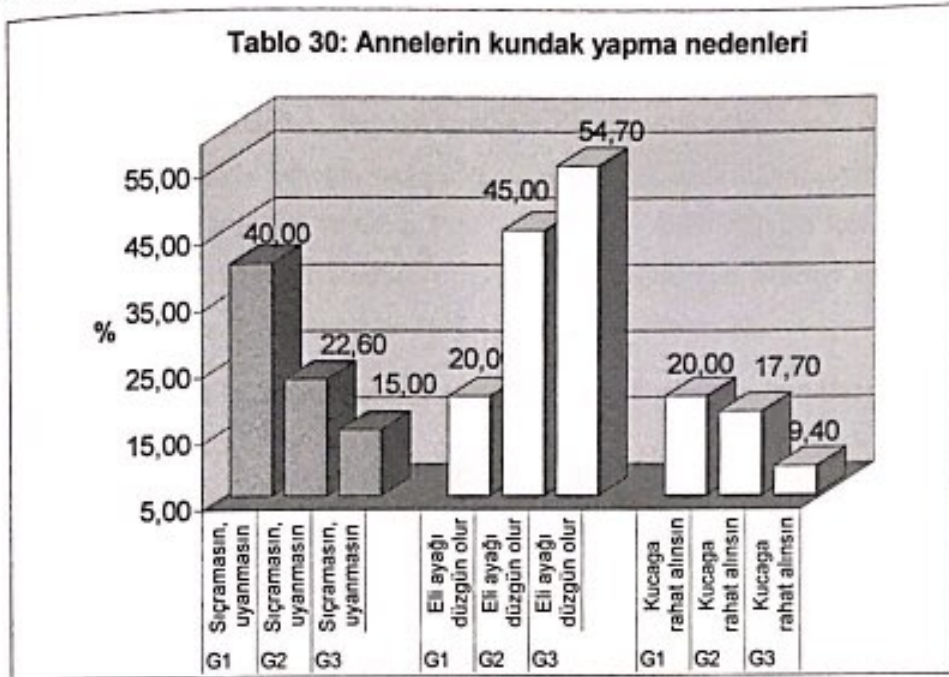
Bebeklerini kundaklama durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla beraber Grup 2 ve Grup 3'deki kundaklama oranı Grup 1'dekilere kıyasla 2 kat daha fazla saptandı ($p > 0.05$). Bebek kundaklama oranları Grup 1'de %20, Grup 2'de %40,5 ve Grup 3'de %43,4 olarak hesaplandı (Tablo 28).

Annelerin kundak yapma süreleri karşılaştırıldığında; Grup 1'de ortalama 20,5 gün, Grup 2'de ortalama 31,6 gün ve Grup 3'de ortalama 38,4 gün olduğu görüldü. Kundak yapma süreleri açısından da gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 29).

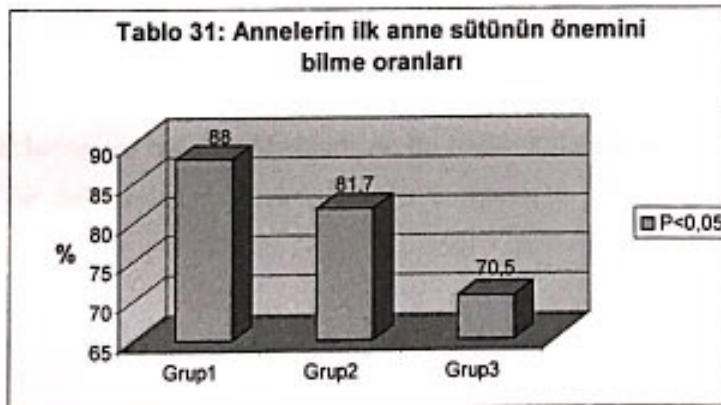


Kundak yapan annelere bebeklerini neden kundakları sorulduğunda; Grup 1'de en önemli sebep (%40) kundağın bebeğın sıçrama hareketlerini azalttığı için daha rahat durmasını ve daha uzun süre uyumasını sağladığı olarak gösterildi. Grup 1'deki kundak yapan annelerin %20'si bebeğı kundaklıyken daha rahat kucaklarına alabildiklerini söylerken, %20'si de kundaklanan bebeklerin el-ayaklarının daha düzgün olacağına inandıklarını belirttiler. Grup 2'de ise; annelerin %45'i kundağın bebeğın eli-ayağı ve bacaklarının düzgün olmasını sağladığını, %22,6'sı sıçramasını azaltıp bebeğın daha rahat uyumasını sağladığını belirtirken, %17,7'sinde sebep rahat kucağa almak olarak gösterildi. Grup 3'de ise annelerin %54,7'si kundaklı bebeklerin eli-ayağı

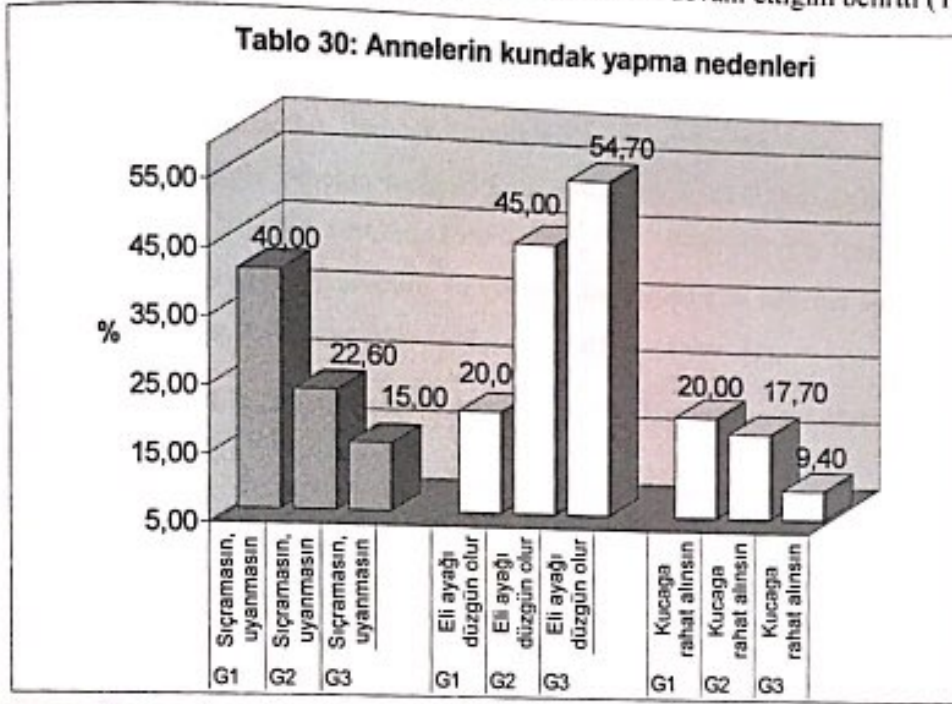
ve bacaklarının daha düzgün olacağına inanıyordu. %15'i bebek sıçrayıp kendini uyandırmasın diye, %9,4'ü ise rahat kucaga alabilmek için kundak yapmıştı. Grup 3'deki annelerin %12,3'ü ise kundak yapma nedenini bilmediklerini ve bunun bir adet olarak devam ettiğini belirtti (Tablo 30).



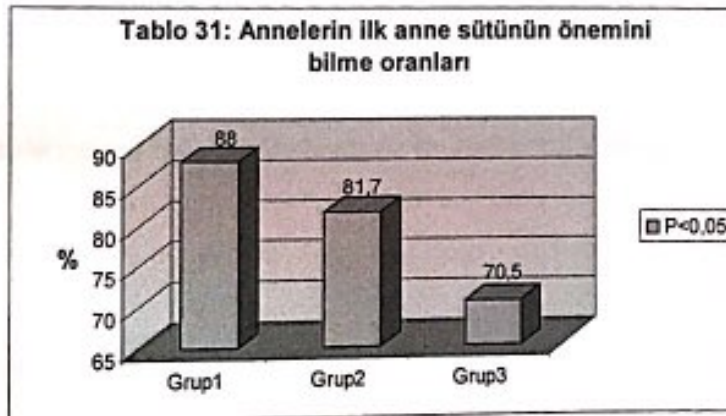
Annelere bebeklerine verecekleri ilk anne sütünün önemini bilip bilmedikleri sorulduğunda; "biliyorum" diyen annelerin oranı Grup 1'de %88, Grup 2'de %81,7 ve Grup 3'de %70,5 olarak hesaplandı ve Grup 1 ve Grup 2'deki annelerin ilk anne sütünün önemini bilme oranları Grup 3'deki annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 31).



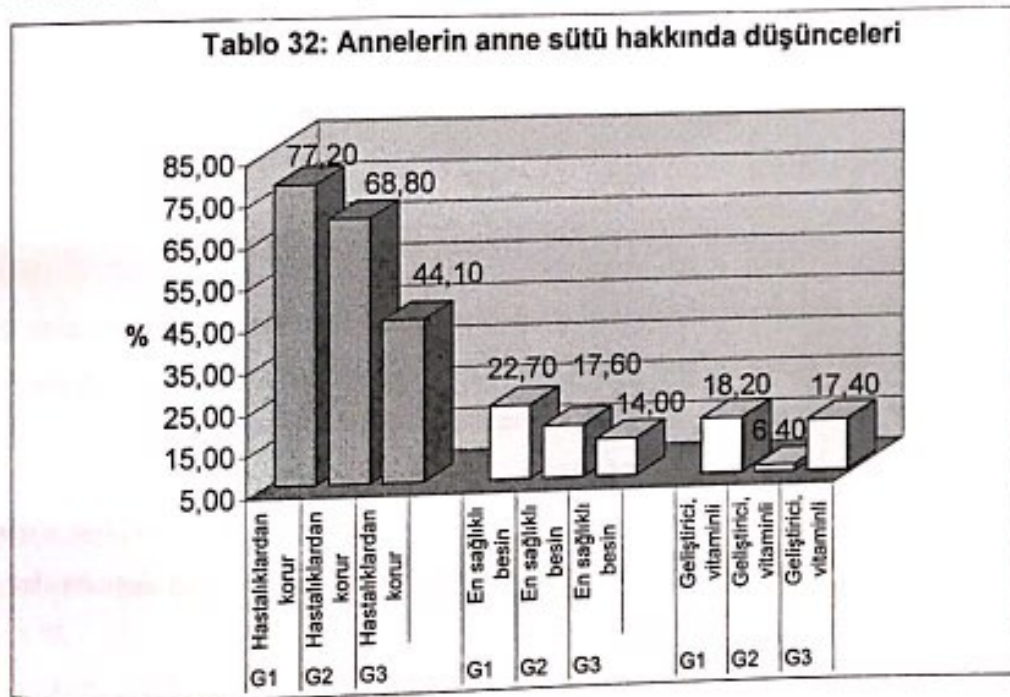
ve bacaklarının daha düzgün olacağına inanıyordu. %15'i bebek sıçrayıp kendini uyandırmasın diye, %9,4'ü ise rahat kucaga alabilmek için kundak yapmıştı. Grup 3'deki annelerin %12,3'ü ise kundak yapma nedenini bilmediklerini ve bunun bir adet olarak devam ettiğini belirtti (Tablo 30).



Annelere bebeklerine verecekleri ilk anne sütünün önemini bilip bilmedikleri sorulduğunda; "biliyorum" diyen annelerin oranı Grup 1'de %88, Grup 2'de %81,7 ve Grup 3'de %70,5 olarak hesaplandı ve Grup 1 ve Grup 2'deki annelerin ilk anne sütünün önemini bilme oranları Grup 3'deki annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 31).

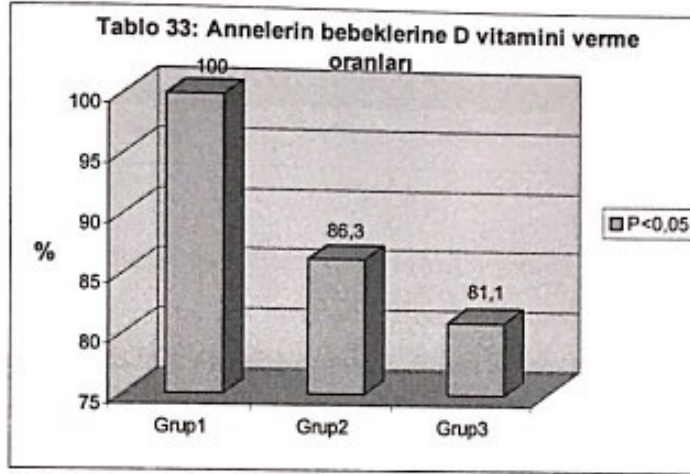


Bebeğe verilen ilk anne sütünün önemini bildiğini söyleyen annelere bunu nasıl açıklayacakları sorulduğunda; ilk anne sütünü bebeği mikroplardan ve hastalıklardan koruyan, bebeğin ilk antibiyotiği olduğunu söyleyenlerin oranı Grup 1'de %77,2, Grup 2'de %68,8 ve Grup 3'de %44,1 olarak hesaplandı. Grup 1'deki annelerin %22,7'si, Grup 2'dekilerin %17,6'sı ve Grup 3'dekilerin %14'ü anne sütünü yeri başka hiçbir besinle doldurulamaz ve bebek için en sağlıklı besin olarak tanımladılar. Bebeğe özellikle ilk olarak verilen anne sütünün içerdiği koruyucu hücreler nedeniyle bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirdiğini söyleyenlerin oranı; Grup 1'de %18,2, Grup 2'de %4 ve Grup 3'de ise %4,7 idi. Anne sütünün içerdiği vitamin ve mineraller dolayısıyla bebeğin büyümesini ve gelişmesini sağladığını belirten anneler ise Grup 1'de %18,2, Grup 2'de %6,4 ve Grup 3'de %17,4 oranındaydı (Tablo 32).



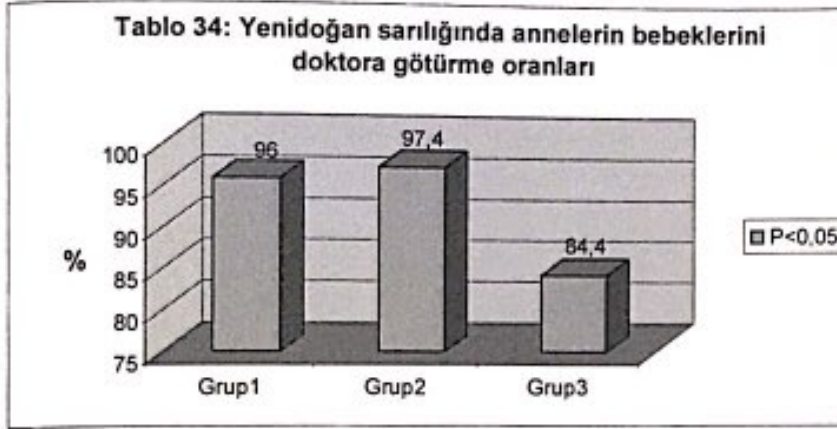
Annelere bebeklerine gaz sancısı olduğunda ne tip ilaçlar kullandıkları sorulduğunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Her üç grupta da en büyük oranı doktorlarının önerdiği ilaçlar alıyordu (Grup 1'de %60, Grup 2 ve Grup 3'de %45).

Annelere bebeklerine D vitamini verip vermedikleri sorulduğunda, bebeklerine D vitamini verme oranı Grup 1'de %100, Grup 2'de % 86,3 ve Grup 3'de %81,1 olarak bulundu ve Grup 1'deki anneler istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla oranda D vitamini kullanmaktaydılar ($p<0,05$) (Tablo 33).



Gruplar arasında D vitamininin kaç yaşa kadar kullanılacağını ve ne için kullanıldığını bilme yönünden anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Grup 1'deki annelerin %36'sı, Grup 2'deki annelerin %33,3'ü ve Grup 3'deki annelerin ise %39,3'ü D vitamininin kaç yaşa kadar verileceğini bilmiyorlardı. 1 yaş, 2 yaş veya 3 yaşa kadar kullanılması gerektiğini söyleyen annelerin oranı ise; Grup 1'de %64, Grup 2'de %63,4 ve Grup 3'de %57,4'tü. D vitamininin ne için kullanıldığını bilmeyen annelerin oranı ise; Grup 1'de %16, Grup 2'de %29,4 ve Grup 3'de %34,4 'tü.

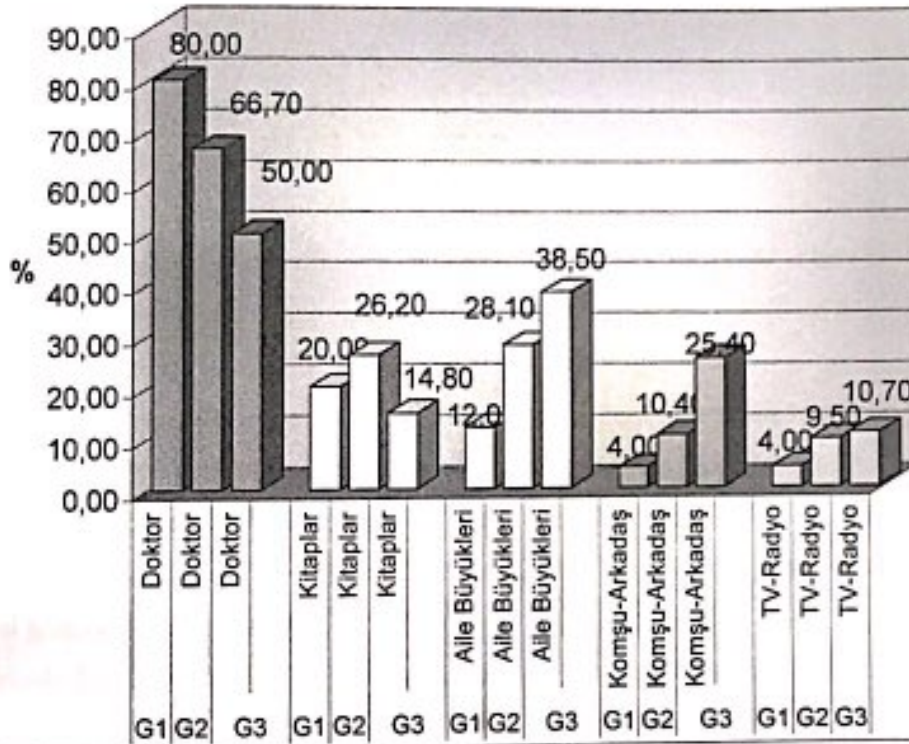
Annelere bebekleri yenidoğan dönemindeyken sarılık olursa ilk olarak ne yapacakları sorulduğunda; "doktora götürceğini veya bol bol emzireceğini" söyleyen annelerin oranı Grup 1'de %96, Grup 2'de %97,4 ve Grup 3'de %84,4 olarak hesaplandı. Bu değerlere göre; Grup 3'deki anneler bebeklerini Grup 2 ve Grup 1'dekilere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az oranda sarılık nedeniyle doktora götürmekteydiler ($p<0,05$) (Tablo 34).



Annelere bebekleri yenidoğan dönemindeyken, bebeğin yanına veya yatağına herhangi birşey koyup koymadıkları soruldu. Hiçbir şey koymadıklarını belirtenlerin oranı Grup 1'de %44, Grup 2'de % 37,3 ve Grup 3'de %26,2 olarak hesaplandı. Bebeklerinin başucuna hiçbir şey koymama yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Annelere diğer bir soru olarak bebekleriyle ilgili merak ettiklerini nereden öğrendikleri yöneltildiğinde; Grup 1'de ilk sırayı doktor (%80) alırken, diğerleri sırayla kitaplar (%20), aile büyükleri (%12), TV, radyo (%4) ve komşulardı (%4). Grup 2'deki sıralamada ise benzer şekilde doktor ilk sırayı alırken (%66,7), aile büyükleri (%28,1), kitaplar (%26,2), komşu ve arkadaşlar (%10,4), TV, radyo (%9,5) ve gazete, dergi (%5,9) sırayla onu izlemekteydi. Grup 3'de ise doktor %50 ile yine ilk sırada, aile büyükleri %38,5, komşu ve arkadaşlar %25,4, kitaplar %14,8 ve TV, radyo %10,7 ile sıralanmaktaydı (Tablo 35).

Tablo 35: Annelerin bebekleri ile ilgili kimlere danıştıklarının oranı



Bebekleriyle ilgili konularda en çok nereden öğrendiklerine güvendikleri sorulan annelerin Grup 1'de %88, Grup 2'de %74,5 ve Grup 3'de ise %72,1'i bu soruya "doktor" olarak cevap verirken, 2. sırayı Grup 1'de kitaplar (%16), Grup 2 (%16,3) ve Grup 3'de (%22,1) ise aile büyükleri almaktaydı.

TARTIŞMA;

Bir toplumun kalkınma düzeyinin ve sağlık koşullarının göstergesi olarak çocuk ölüm hızları, özellikle de 5 yaş altındaki ölüm hızları kullanılmaktadır. Ülkemizde olduğu gibi dünyada da ölümlerin büyük bir kısmı doğumdan sonraki ilk bir yaşta, özellikle de ilk bir ayda (neonatal dönem) görülmektedir. Neonatal mortalite ise, büyük ölçüde, annenin gebelik öncesindeki, gebelik sırasındaki ve doğumdaki sağlığı ile, bebeğin doğum sonrasındaki bakımı tarafından belirlenir. Postneonatal dönemde (1-12 ay) ise, bu kez çevresel faktörler, beslenme ve bakımı önem kazanır.

Bebek ölüm hızının azaltılmasında; neonatal dönemdeki yenidoğan bebek bakımının yeterli ve gerekli olduğu şekilde uygulanmasının önemli bir katkısı olacaktır. Bu nedenledir ki; yenidoğan bebek bakımında özellikle evlerde annelerin, aile büyüklerinin ya da akrabaların uyguladığı geleneksel yaklaşımların daha detaylı olarak incelenmesi ve bebek sağlığı üzerindeki etkilerinin belirlenmesi ayrı bir önem kazanmaktadır.

Çalışmamızdaki amaç; toplumumuzda yüzyıllardır süregelen, yenidoğan bebeğin bakımıyla ilgili geleneksel yaklaşımların günümüzdeki uygulamalarını, uygulamaların nedenlerini, bu uygulamaların bebek sağlığı üzerine olan olumlu yada olumsuz etkilerini belirlemek, bu yaklaşımların annenin ve babanın eğitimi, ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi ile ilişkisini saptamaktır.

Çalışmamıza katılan 300 annenin, anketimizin 2. bölümündeki sorulara verdikleri yanıtlara göre aileler; "yüksek, orta ve düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel grup" olarak 3 bölümde incelendiler. Yüksek sosyoekonomik ve sosyokültürel grup (Grup1) içinde 25 aile, orta sosyoekonomik ve sosyokültürel grup (Grup 2) içinde 153 aile ve düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel grup (Grup 3) içinde ise 122 aile yer aldı.

Çalışmamızda karşılaştırılan her üç gruptaki anne yaşları arasında fark saptanmadı. Grup 1'deki annelerin yaş ortalaması 29,56 yıl iken, Grup 2'deki annelerin 27,50 yıl ve Grup 3'deki annelerin 28,34 yıl olarak bulundu ve gruplar arasında anne yaşı ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Baba yaşları karşılaştırıldığında Grup 1'de babaların yaş ortalaması 32,68 yıl iken, Grup 2'de 31,93 yıl ve Grup 3'de 32,61 yıl olarak hesaplandı ve gruplar arasında baba yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Anne ve babaların lise veya üniversite mezunu olma oranı, Grup 1'de Grup 2 ve Grup 3'e kıyasla anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). Özellikle Grup 3'de annelerin %21,3'ünün ve babaların %4,1'inin okuma yazmasının olmaması dikkat çekiciydi.

Anne ve babaların memleketleri incelendiğinde, Grup 1'deki ailelerin anne ve babalarının, Grup 2 ve Grup 3'deki ailelerin anne babalarının memleketlerine kıyasla daha yüksek oranda ülkemizin batı bölgelerinden olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$).

Anne ve baba arasındaki akrabalık oranlarına bakıldığında; Grup 1'de eşler arasındaki akrabalık oranı %0 iken, Grup 2'de %21,6 ve grup 3'de %27 olarak hesaplandı ve bu değerler

karşılaştırıldığında; Grup 2 ve Grup 3 'de anne ile babanın akraba olma durumu, Grup 1'dekilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Aralarında akrabalık bulunan eşlerin akrabalık derecelerine bakıldığında; Grup 2'de eşlerin %42'si ve Grup 3'de ise eşlerin %48'i kardeş çocuklarıydı. Çeşitli çalışmalarda gösterilen, Türkiye'deki evli çiftlerin yaklaşık üçte birinin akraba olması (%29,2), eşler arasındaki akrabalık oranının Türkiye'nin batısından doğusuna gidildiğinde artış göstermesi, çekirdek ailelere kıyasla geniş ailelerde akrabalık oranlarının fazla olması ve özellikle kadının eğitim düzeyi yükseldikçe eşler arasındaki akrabalık oranının düşmesi, bizim çalışmamızdaki sonuçlarla paralellik göstermektedir (125,126). Nitekim çalışmamızda Grup 1'de anne ve babanın batı illerinden olması, ailenin çekirdek aile yapısında olması ve özellikle annenin eğitim düzeyinin yüksek olması, akrabalık oranlarının yüksek saptandığı Grup 2 ve Grup 3'e kıyasla anlamlı bulunmuştu.

Ailelerin kaç yıldır İstanbul'da yaşadıkları sorgulandığında, bu süre Grup 1'de ortalama 22,30 yıl, Grup 2'de ortalama 15,67 yıl ve Grup 3'de ortalama 11,23 yıl olarak hesaplandı ve Grup 1'deki ailelerin İstanbul'da yaşadıkları sürenin, Grup 2 ve Grup 3'deki ailelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı uzun olduğu saptandı ($p<0,05$). Ailenin İstanbul'da kalma süresi arttıkça, anne babanın eğitim seviyesi ve bununla beraber ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi artmaktadır.

Annelerin son gebelikleri sırasındaki sağlık kontrolleri karşılaştırıldığında Grup 3'deki annelerin %9'unun hiç kontrole gitmediği saptandı. Türkiye genelindeki gebe kadınların yaklaşık %31,5'inin gebelik öncesi hiç kontrole gitmediği düşünülürse (11) bu oran oldukça düşük olmakla beraber, aynı oran Grup 1'de %0 ve Grup 2'de ise %1,3'tür. Grup 3'deki annelerin son gebelikleri esnasında hiç kontrole gitmemiş olma oranları Grup 2 ve Grup 1'dekilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Bu durum Grup 3'deki annelerin eğitim seviyelerinin daha düşük olması, sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması veya diğer gruptaki ailelere oranla daha çok çocuk sahibi olmaları ile açıklanabilir.

Gruplar arasında gebeliği boyunca sadece 1 kez kontrollere gidenlerin oranı Grup1, Grup 2 ve Grup 3'de sırasıyla %0, %3,9 ve %10,7 idi. Türkiye genelinde ise bu oran %7,2'dir (11). Türkiye genelinde kontrol sayısı 2-3 olanların oranı %17,6 iken, çalışma gruplarımızda sırasıyla %4, %28,5 ve %16,4 olarak saptandı. Türkiye istatistiklerine göre gebeliği boyunca 4 veya 4'den fazla sayıda kontrole gitme oranı %42 iken, bizim çalışmamızda antenatal kontrollerin belirgin olarak her üç grupta da Türkiye ortalamasından yüksek olduğu saptandı. Buna göre gruplar

arasında son gebelikleri sırasında 5 ve 5'ten daha fazla kez düzenli olarak kontrole gidenlerin oranı Grup 1'de %92, Grup 2'de %77,1 ve Grup 3'de %67 olup, Grup1'deki oran Grup 2 ve 3'e kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,05$). Çalışmamızda annenin eğitim düzeyi ve ailenin sosyoekonomik durumu yükseldikçe, gebelik sırasındaki dikkatin ve kontrollerin arttığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızın İstanbul'da yapılmış olmasının da sağlık kurumlarına ulaşım kolaylığı ve insanların bilgiye daha kolay ulaşabilmeleri üzerinde olumlu etki yaparak sonuçları pozitif yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Her üç grup arasında annelerin en son bebeklerinin doğum şekli bakımından anlamlı bir fark bulunmadı. Grup 1'de sezeryan doğum oranı %48, Grup 2'de %34,6 ve Grup 3'de ise %30,3 olarak hesaplandı. Türkiye genelinde sezeryan doğum oranı açısından bölgeler arası büyük farklar olmakla beraber 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre ortalama sezeryan oranı %13,9'dur. Bu oran batı illerinde %21,9 olurken, Doğu Anadolu'da %5,7'e inmektedir (11). Bizim sonuçlarımızda sezeryan ile doğum yapma oranlarının Türkiye geneline göre yüksek bulunmasının nedeninin çalışmanın İstanbul gibi bir metropolde yapılmış olması ve kişilerin sağlık kuruluşlarına daha kolay erişebilmeleri olduğunu düşünmekteyiz. Benzer şekilde İzmir'de Ünsal H. Ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sezeryan ile doğum oranı %40,1 bulunmuştur (127). Ayrıca annenin eğitim düzeyi yükseldikçe sezeryan ile doğum yapma sıklığı da artmaktadır. Annenin hiç eğitim almadığı durumlarda sezeryan doğum oranı %5,8 iken, annenin en az ortaokul mezunu olduğu durumlarda bu oran %33,3'e çıkmaktadır (11).

Bizim çalışmamızda Grup1'den Grup 3'e doğru gidildiğinde sezeryan ile doğum yapma oranı giderek düşmekteydi. Bu durum özellikle Grup 1'deki annelerin eğitim seviyesinin daha yüksek olması ile açıklanabilir çünkü; Grup 1'deki annelerin %20'si kendi istekleri ile sezeryan doğum yapmış iken, bu oran Grup 2'de %2 ve Grup 3'de ise %2,5'tu. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Gruplar arasında sezeryan ile doğum yapma nedenleri karşılaştırıldığında, Grup 1'de anneye ait sorunlar %41,7 , bebeğe ait sorunlar %8,4 , Grup 2'de anneye ait sorunlar %56,7 ve bebeğe ait sorunlar %37,7 ve Grup 3'de anneye ait sorunlar %59,4 ve bebeğe ait sorunlar %32,4 olup gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0,05$).

Annelere son doğumlarını nerede yaptıkları sorulduğunda; her üç grupta da hastanede doğum yapma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Grup 1 ve Grup 2'de hastanede doğum oranı %98'lerdeyken, Grup 3'de bu oran %92 idi ($p>0,05$). Ünsal H ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada da hastanede doğum oranı %89,4 olarak

bulunmuştur (127). 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına göre, Türkiye'deki kadınların %72,5'i bir sağlık kuruluşunda doğum yaparken, evde doğum oranı %26,7'dir (11). Çalışmamızda annelerin hastanede doğum yapma oranları açısından elde edilen sonuçlar 1998 yılında Türkiye genelinde bulunan oranlara göre yüksekti. Bu sonucu çalışmamızı ülkemizin en gelişmiş illerinden birinde yapmış olmamıza bağladık.

Ancak hastane dışında ev veya sağlık kabini gibi yerlerde doğum yapma oranı Grup 3'de (%8,2), Grup 1 (%4) ve Grup 2'ye (%0) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Ünsal H ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada da bu oran, bizim çalışmamızdakine yakın olarak %10,6 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki sonuç, Türkiye genelindeki evde doğum oranlarına (%26,7) göre düşük olmakla beraber -ki bu durum çalışmamızın İstanbul gibi sağlık kuruluşlarının en yaygın olduğu illerden birinde yapılmasına bağlandı- annelerin eğitim düzeyi azaldıkça evde yapılan doğum oranlarının arttığını gösteren çalışmalarla paralellik göstermekteydi (11).

Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada ise tüm doğumlara sağlık personelinin eşlik etme oranı %81'dir (11). Bizim çalışmamızda ise Grup 1 ve Grup 2'de %100 oranında doğuma bir sağlık personeli eşlik etmişken, Grup 3'de bu oran %95,9 olarak saptandı. İstanbul'da sağlık kuruluşlarına ulaşım kolaylığı düşünüldüğünde böyle bir sonucun çıkması doğaldır. Ancak dikkati çekmesi gereken nokta, İstanbul gibi bir şehirde yaşayanlar arasında bile Grup 3'de %4,1'lik bir kesimde doğum sırasında bir sağlık personelinin bulunmayışıdır. Aynı değer İzmir'de yapılan bir çalışmada % 4,8 olarak saptanmıştır (127). Bu sonucun annenin eğitim düzeyi ve ailenin sosyoekonomik durumu ile doğrudan bağlantılı olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca, özellikle daha önceden doğum yapmış annelerin doğum için sağlık personeline başvurma oranları ilk doğumunu yapacak annelere göre daha düşüktür (11). Nitekim çalışmamızda da Grup 3'deki ailelerin çocuk sayısı diğer 2 gruba göre anlamlı olarak fazla bulunmuştu.

Evde yapılan doğumlara kimin yardım ettiği sorulduğunda, %28,6'sında ebe bulunduğu, %42,9'nda komşu ve evdeki yaşlıların yardımcı olduğu öğrenildi ve %28,6'sı ise tek başına doğum yapmıştı. Bu sonuçlar Grup 3'ün tamamı ile oranlandığında; tüm doğumlar içinde %2,5'i, komşu ve aile büyükleri tarafından yaptırılırken, annelerin %1,6'sı ise tek başına doğum yapmıştı. Doğal olarak bu sonuçlar Türkiye genelindeki oranlara kıyasla oldukça düşük bulundu. Çünkü 1998 verilerine göre Türkiye'de özellikle eğitim seviyesi düşük annelerin evde doğum

oranları %54,4'lere ulaşırken, akraba veya komşular tarafından yaptırılan doğumlar %18,8'e ve tek başına yapılan doğumlar %2'e ulaşmaktadır.

Evde doğan bebeklerin %28,6'sının göbek kordonu ebenin aletleri ile kesilirken, %71,4'ünün ise göbek kordonu evde bulunan jilet, makas, bıçak gibi nonsteril aletlerle kesilmişti. Evde doğum yapan annelere doğum sonrası bebeklerini ilk defa ne zaman doktor kontrolüne götürdükleri sorulduğunda; %28,6'ı ilk 2 gün içinde, %28,6'sı bebek 1 haftalıkken ve %42,9'u ise bebek 1 aylık olduğunda doktor kontrolüne götürdüklerini belirtmişlerdir.

Annelere bebeklerini doğum sonrası ilk ne ile besledikleri sorulduğunda; bebeğine ilk olarak anne sütü verme oranları Grup 1'de %100 iken, bu oran Grup 2'de %92,8 ve Grup 3'de %91,3 olarak hesaplandı. Bebeklerine doğum sonrası ilk besin olarak anne sütünü verme oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Anne sütü dışında bebeğe ilk besin olarak verilenler içinde en sık kullanılanlar formüla mama ve şekerli su idi. Anneler bebeklerine ilk besin olarak bunları verme nedenleri arasında en belirgin olarak kendi sütlerinin gelmediğini düşündüklerini ve özellikle şeker ve hurma gibi tatlı şeylerin bebeğin zekasını artıracığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Ergenekon P. ve arkadaşlarının Diyarbakır'ın bir gecekondu mahallesinde yaşayan annelerle yaptıkları bir çalışmada, bebeklerine doğum sonrası ilk besin olarak anne sütünü verme oranı sadece %9,9 bulunmuştur. Aynı çalışmada bebeğe doğum sonrası en sık verilen besinin şekerli su (%73,4) olduğu ve bunu bitkisel çayların (%28,6) izlediği görülmüştür. Anneler bunun nedeni olarak, göğüslerinden ilk gelen sütün bulanık olmasını ve sütün beyazlaşmasını beklediklerini ifade ederken, bitkisel çayların da bebeğin karın ağrısını geçireceğini söylemişlerdir (128). Benzer şekilde Pakistan'ın düşük sosyoekonomik bölgelerinden birinde yapılan bir çalışmada annelerin sadece %41,7'si ilk besin olarak bebeklerine anne sütü vermişler ve buna neden olarak ise göğüslerinden gelen ilk sütün, pis, bulanık ve bebeğe yarsız olduğunu belirtmişlerdir (15).

Çalışmamıza katılan annelerin her üç grupta da tamamına yakını bebeklerine göğüslerinden gelen ilk sütü verdiklerini belirtmişlerdir. Ancak özellikle 2. ve 3. grupta bulunan bazı anneler ilk sütü vermediklerini ve bunu akıttıklarını ifade etmişlerdir. Göğüslerinden gelen ilk sütü bebeğine vermeyip dışarı akıtan annelerin yaklaşık dörtte biri, buna neden olarak Pakistan'daki kadınlar gibi, ilk sütün pis ve bebeğe yarsız olduğunu düşündüklerini söylerken, yarısına yakını ise nedeni bilmediklerini bunu aile büyüklerinin yaptığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda doğum sonrası bebeklerin anne sütü ile beslenmeye başlanması oranları her üç grupta da %99'u aşmaktaydı. Ünsal H ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada bu oran %93,7 (127), Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan başka bir çalışmada %90, Neyzi ve arkadaşlarının bir çalışmasında % 97,3 (129), Taşdelen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise %93,8 (130) olarak bulunmuştu. Ülkemizde bu konuda yapılmış en geniş kapsamlı araştırma olan, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 verilerine göre ise bu oran çalışmamızdakine benzer şekilde %95 bulunmuştur (11).

Annelerin doğum sonrası bebeklerini ilk ne zaman emzirdikleri araştırıldığında; bebeğini doğum sonrası ilk 1 saat içinde emziren annelerin oranı; Grup 1'de %72, Grup 2'de %58,8 ve Grup 3'de %56,6 olup, gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1998 verilerine göre, Türkiye'de doğan bebeklerin %51,8'i ilk bir saat içinde emzirilirken bu oran bizim çalışmamızda Grup 2 ve Grup 3'deki oranlarla benzerlik göstermektedir (11). İzmir'de yapılan bir başka çalışmada ise ilk bir saatte anne sütü ile beslenme oranı %71,8 olup, bu da çalışmamızdaki Grup 1'in sonuçları ile benzerdir (127) Diyarbakır'ın gecekondü bölgelerinde yapılan araştırmada ise ilk bir saatte bebeğin anne sütü ile beslenme oranı sadece %9,9 olarak bulunmuştur (128). Pakistan'ın düşük sosyoekonomik bölgelerinde ise bu oran %29,5 olarak hesaplanmıştır (15).

Doğum sonrası ilk 1 saat içinde bebeğini emzirmeyen anneler ise buna neden olarak her üç grupta da sıklıkla, annenin doğum sonrası ağrılarını ve kendine gelememesini ya da annenin ve bebeğin doğumhanede uzun süre bekletilmesini gösterdiler. Ünsal H ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilk emzirme zamanının doğum şekli ve doğum yeri ile yakından bağlantılı olduğu gösterilmiştir (127). Bizim çalışmamızda da annelerin özellikle ilk bir saat içinde bebeklerini emzirememesi nedenleri benzer şekilde ya henüz ayılamamış olmaları ya da doğumhanede annenin veya bebeğin uzun süre bekletilmesi idi. Doğumların çoğunluğunun hastanede gerçekleştiği göz önüne alınırsa, sadece anne sütü ile beslenmeye başlama açısından kadın doğum kliniklerinde yenidoğanların hemen annelerine verilmelerini sağlayan bir yapılaşma ile erken emzirmenin sağlanması, doğum evlerinde kadın doğum, çocuk uzmanları ve hemşirelerinin sürekli eğitim vermesinin önemi ortaya çıkmaktadır (131).

Çalışmamızda annelerin anne sütü ile beslenme konusunda istekli ancak erken dönemde bebeklerine ek gıda başlama eğiliminde oldukları görüldü. Emzirilen bebeklerin %99'undan fazlası doğumda sadece anne sütü almakta iken, bu oran 4. ayda Grup 1'de %40, Grup 2'de %28,1

ve Grup 3'de %28,7 değerlerine gerilemişti. Ünsal H ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada, bebeklerin doğumda anne sütü ile beslenme oranları %97 iken, 4. ayda %46'a inmiştir (127). Ülkemizde yapılmış bazı çalışmalarda ilk 4 ay sadece anne sütü alma yüzdeleri %65.7, %23.2, %25.8 olarak bulunmuştur ve bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki değerlerle benzerlik göstermektedir (132-134). Türkiye genelinde yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 verilerine göre ise, bebeklerin ilk 4 ay sadece anne sütü ile beslenme oranları, bizim çalışmamızdakinden biraz daha düşük oranda, %20,1 olarak saptanmıştır (11). Bu sonuçlarla ülkemizde doğumda sadece anne sütü ile beslenme oranı yüksek iken, erken ek besin başlama eğilimi nedeniyle bu yüzdelerin aylar içinde giderek düştüğü görülmektedir. Son yıllarda anne sütü verme yüzdesindeki artış bu konuda verilen yoğun eğitimlerin bir sonucu olarak yorumlanmıştır.

Ülkemizde olduğu gibi, dünyanın birçok bölgesinde de tek başına anne sütü ile beslenme yüzdelerinin düşüklüğü sorun oluşturmaktadır. Ortalama emzirme süresinin 12 ayı geçtiği Bangladeş'de annelerin %84'ü, birinci ayda bebeklerini tek başına anne sütü ile beslerken, bu beşinci ayda %20'e düşmektedir (135). Hindistan'da tek başına anne sütü verme sıklığı birinci ayda %42, dördüncü ayda %20'dir (136). Bu değerler çalışmamızın Grup 2 ve Grup 3'deki sonuçlarıyla benzerlik gösterirken, emzirme oranlarının yüksek olduğu Norveç'te de çalışmamızın 1.grubundaki sonuçlarına benzer şekilde birinci ayda tek başına anne sütü verme yüzdesi %90 iken, dördüncü ayda %44'e inmektedir (137).

Annelerin bebeklerine yaşamlarının ilk 4 ayı içinde sıklıkla verdikleri ek besinler her üç grupta da %50'leri aşan oranda formüle mamaydı. Bunun nedeni olarak annelerin yaklaşık %55'i sütlerinin az olduğunu ve bebeklerine yetmediğini düşündüklerini belirttiler. Diğer bir neden ise özellikle Grup 2 ve Grup 3'deki annelerin %28'inin katıldığı, bebeklerinin doymadığı ve aç kaldığını düşünmeleri idi. Grup 1'deki annelerin %8'i, Grup 2'deki annelerin %13'ü ve Grup 3'deki annelerin ise %18'i bebeklerinin susuz kalmaması için ona su verdiklerini belirttiler. Bebeklerine şekerli su verme açısından bakıldığında bu oran Grup 1'de %12, Grup 2'de %22 ve Grup 3'de %21,3 olarak bulundu ve Grup 1'deki annelerin %60'ı bebeğin sarılığının geçmesi için şekerli su verdiklerini belirtirken, Grup 2 ve Grup 3'deki annelerin yarısından fazlası sebep olarak bebeğin çok ağlamasını, buna bağlı olarak doymadığını ya da gaz sancısı nedeniyle karın ağrısı çektiğini düşündüklerini belirttiler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1998 verilerine göre ise, çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde annelerin %30,8'i, bebeklerine ilk üç ay içinde su vermeye başlamıştır. Bizim çalışmamızda bebeklere ilk dört ay içinde katı yiyecek başlanma

oranı neredeyse yok denecek kadar azken, 1998 verilerine göre Türkiye'deki annelerin %52'si ilk dört ay içinde bebeğine katı yiyecekler başlamaktadır. Çalışmamızla bu değerler arasında belirgin olan farklılığın, çalışmamızın hastaneye başvuran anneler arasında yapılması ve annelerin İstanbul'da yaşadığı için anne sütü ve bebek beslenmesi hakkında bilgisinin daha ileri düzeyde olmasına bağladık. Gruplar arasındaki bir diğer fark ise bebeğe ilk 4 ayında inek sütü verme oranı Grup 1'de %0 iken, Grup 2'de %1,9 ve Grup 3'de ise %6'ya yakındı.

Çalışmamıza katılan annelerden Grup 1'de yer alanlar, diğer iki gruptaki annelere kıyasla belirgin olarak, doğum sonrası bebeğe verilen ilk anne sütünün önemini bilmekteydiler. Çalışmamızda bebeğe verilen ilk anne sütünün önemini bildiğini söyleyen annelere bunu nasıl açıklayacakları sorulduğunda; ilk anne sütünü bebeği mikroplardan ve hastalıklardan koruyan, bebeğin ilk antibiyotiği olduğunu söyleyenlerin oranı Grup 1'de %77,2, Grup 2'de %68,8 ve Grup 3'de %44,1 olarak hesaplandı. Grup 1'deki annelerin %22,7'si, Grup 2'dekilerin %17,6'sı ve Grup 3'dekilerin %14'ü anne sütünü yeri başka hiçbir besinle doldurulamaz ve bebek için en sağlıklı besin olarak tanımladılar. Bebeğe özellikle ilk olarak verilen anne sütünün içerdiği koruyucu hücreler nedeniyle bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirdiğini söyleyenlerin oranı; Grup 1'de %18,2, Grup 2'de %4 ve Grup 3'de ise %4,7 idi. Anne sütünün içerdiği vitamin ve mineraller dolayısıyla bebeğin büyümesini ve gelişmesini sağladığını belirten anneler ise Grup 1'de %18,2, Grup 2'de %6,4 ve Grup 3'de %17,4 oranındaydı. İzmir'de yapılan bir çalışmada annelerin yaklaşık %40'ı anne sütünü bebek için daha besleyici bulduklarının söylerken, Diyarbakır'daki annelerin neredeyse tamamı anne sütünün bebeğin gelişimi ve büyümesinde en yararlı besin olduğunu belirtmişlerdir (127,128).

Anneler özellikle lohusalık dönemlerinde kendi beslenmelerine de dikkat etmişler ve sütlerini arttıracaklarını düşündüklerinden bazı şeyleri daha fazla tüketmişlerdir. Bu yiyecekler arasında her üç grupta da %70'lere varan oranda hoşaf, meyve suyu ve su gibi sıvı içecekler ilk sıradayken, %30 oranında tatlı yiyecekler, %8-9 oranında da soğan ve bulgur bulunmaktadır.

Annelerin lohusalık dönemlerinde gaz rahatsızlığı ve bebeklerinde gaz sancısı yapacaklarını düşündükleri ve özellikle yemedikleri şeyler arasında her üç grupta da %60'lara varan oranda kurufasülye, nohut ve mercimek gibi kuru baklagiller ilk sırayı aldı. Grup 1'de kola ve benzeri asitli içecekler 2. sırada, acı ve baharatlı yiyecekler ise 3. sırada yer aldı. Grup 2 ve Grup 3'de ise acı ve baharatlı yiyecekleri, kola ve benzeri asitli içecekler izledi.

Annelerin çoğu bebeklerinin gaz sancısı çekmemesi için kendi yiyeceklerine dikkat ederken, bebeklerinde gaz sancısı olduğunda çeşitli ilaçlar kullanmışlardı. Her üç grupta da en büyük oranı doktorlarının önerdiği ilaçlar alıyordu (Grup 1'de %60, Grup2 ve Grup 3'de %45). Grup 1'deki annelerin %44'ü, Grup 2'deki annelerin %21,5'u ve Grup 3'deki annelerin ise %12,2'si, aynı zamanda rezene, papatya ve anason çaylarını da kullandıklarını belirttiler. Grup 2 ve Grup 3'de ise Grup 1'den farklı olarak istatistiksel anlam ifade etmemekle beraber çeşitli yöresel bitki çaylarının, kayısı suyunun ve sıvı yağın kullanıldığı gözlemlendi. Bizimkine benzer bir çalışmada Diyarbakır'daki annelerin %28,6'sı bebeklerinde aynı amaçla bitkisel çayları kullandıklarını belirtmişlerdir (128). İzmir'de yapılan bir başka çalışmada ise, annelerin %61,5'i, doğumdan itibaren bebeklerine su ve bitkisel çaylar verdiklerini söylemişlerdir (127).

Çalışmamızın sonuçlarına göre anneler anne sütünün önemini bilmektedirler ve emzirme dönemlerinde bebekleri kadar kendi beslenmelerine de dikkat etmektedirler. Doğumda tamamına yakını bebeğini anne sütüyle beslemeye başlamaktadır, fakat ek besinlere erken başlama eğilimi tüm annelerde gözlenmektedir. Ancak çalışmamızda anne ve babanın eğitim seviyesi yükseldikçe ve doğudan batıya gidildikçe, bebeklere doğumdan sonraki ilk bir saat içinde anne sütü verilmesi, bebeğe doğum sonrası ilk besin olarak anne sütünün verilmesi, annenin göğsünden gelen ilk sütün beklenmeden ve atılmadan bebeğe verilmesi oranlarının arttığı ve su veya şekerli su gibi ek besinlerin verilme oranlarının azaldığı saptanmıştır.

Ayrıca gaz sancısı bebeklerin çoğunda olan, çocuğu ve aileyi huzursuz eden bir durumdur. Çalışmamızda özellikle ailelerin eğitim seviyesi yükseldikçe, doktor tavsiyesiyle kullanılan ilaçların yanı sıra, bebeğin gaz sancısını geçirmeye yönelik bitkisel çayların da kullanım oranının arttığı saptandı. Bunun nedeni, Grup 1'deki ailelerin daha az çocuk sahibi olmaları nedeniyle, bu konudaki tecrübelerinin daha az olmasına bağlı olabileceği gibi, bu durumun ilaç kullanılsa bile belli bir süre devam edebileceğini kabullenmek istememelerinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda edinilen bir diğer sonuç ise eğitim ve sosyoekonomik durumundan bağımsız olarak annelerin çoğunun kendi sütünün bebeğine yetmediğini veya bebeğin sadece anne sütüyle beslenirse susuz kalacağını düşünmeleriydi. Bu nedenledir ki annelere gebelik dönemlerinden başlayarak anne sütünün, annede veya bebekte bir sorun olmadığı müddetçe, bebeğin ilk 6 aylık yaşamı boyunca su dahil her türlü ihtiyacını karşılayacağı ve her annenin sütünün kendi bebeğine

yeteceği anlatılmalı ve anneler bebeklerini sadece anne sütü ile besleme yönünden teşvik edilmelidirler.

Çalışmamızın yenidoğan bebeklerin banyo pratiklerini öğrenmeye yönelik kısmında, çalışmamızdaki her üç grupta da aralarında belirgin bir fark olmaksızın bebeklerin ilk banyosunun %90'ndan fazlasının doğumdan en az bir saat sonra ve özellikle de %70'e yakın bölümünün hastaneden eve gidildiği; ortalama bebeğin 3 veya 4.gününde yaptırıldığı öğrenildi. Bu tablo, Dünya Sağlık Örgütü ve Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireliği Topluluğu'nun yenidoğan bebeklerin ilk banyolarının doğum sonrası en erken 2-4 saat sonrasında yaptırılması gerektiği yönündeki önerilerine uymaktadır (72, 73).

Ancak evde yapılan doğumlara bakıldığında, çalışmamızda evde doğan bebeklerin %71,4'ü doğum sonrası ilk 1 saat içinde özellikle de kirli göründükleri için yıkanmışlardı. Pakistan'ın Karachi bölgesinde yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızın evde yapılan doğumlar kısmındakine benzer şekilde annelerin %85,8'i bebeklerini doğum sonrasında ilk bir saat içinde yıkadıklarını ifade etmişlerdir. Pakistan'daki annelerin de bebeği hemen yıkama nedenleri bizdekine benzer olarak, bebeğin kirli görünmesi ve cildinde bulunan vernixin ona zarar verebileceğini düşünmeleridir (15). Çalışmamızda bebeğin ilk bir saat içinde yıkanma oranları her üç grupta da ortalama %8 oranındayken, özellikle evde doğan bebeklerin büyük kısmının doğum sonrası hemen yıkanması tamamen bir eğitim sorunu gibi durmaktadır. Çünkü daha önceki bölümlerde belirtildiği gibi, evde yapılan doğumların oranı çalışmamızda özellikle anne ve babanın eğitim seviyesinin düşük olduğu grup 3'de belirgin olarak yüksektir. Nitekim bizimkine benzer bir sonuç alınan ve Pakistan'da yapılan diğer çalışmanın da katılımcıları Karachi'nin düşük sosyoekonomik bölgesindeki annelerdir.

Yenidoğan bebeklerin banyolarının hangi sıklıkta yaptırılacağı hala tartışmalı bir konudur. Quinn D ve arkadaşlarının prematüre bebekler üzerinde yaptığı bir çalışmada, hergün ya da 4 gün arayla yıkanan bebekler arasında cilt florasındaki bakteri kolonizasyonları açısından herhangi bir fark bulunmamıştır (138). Ancak bebeği rahatlatması, uyumasını kolaylaştırması ve suya alışması yönünden eğer fiziksel ve çevresel koşullar sağlanabiliyorsa bebeklerin hergün veya günde bir yıkanmaları önerilmektedir. Bizim çalışmamızda da her üç grupta %70'lere varan oranda bebeklerin her gün veya gün aşırı yıkandıkları gözlenmiştir.

Bebeklerini hergün ya da günde bir yıkanan annelere bunun nedeni sorulduğunda; her üç grupta da anneler en önemli neden olarak sık yıkanan bebeklerin daha çabuk ve daha kolay

gelişip büyüyeceği belirttiler. Grup 1'deki anneler diğer nedenler olarak sırayla, bebeğin temiz olması gerektiğini (%22,2) ve bebeğin ilk 40 gününde sık yıkanmasının adet olduğunu (%16,6) söylediler. Grup 2 ve 3'de ise sıklık sırasına göre 2. neden ilk 40 günde bebek banyosunun sık yaptırılmasının adet olduğu (%25) ve 3. sık neden ise bebeğin temiz olması (%14) gerektiği idi. Bebeklerini daha uzun aralarla yıkayan annelerin ise her üç grupta da benzer şekilde en önde gösterdikleri sebep, mevsimin kış olması ve bebeğin yıkanırken üşüyebileceğini düşünmeleri idi. Çalışmamıza katılan annelerin önemli bir kısmı bebeklerin özellikle ilk 40 günlerinde sık yıkanmasının yıllardan beri, kendi anneleri ve ninelerinden gelen bir adet olduğunu belirtirken, bazı geleneklerimizin tıp dünyasının bilimsel gerçekleriyle örtüşmesini görmek de oldukça sevindiricidir.

Çalışmamızda bebeklerin tamamına yakınının banyosunun özellikle gündüz saatlerinde yaptırıldığı öğrenilmiş ve bunun nedenleri annelere sorulmuştur. Her üç grupta da bebekler genellikle gündüz saatlerinde yıkanmakla birlikte, nedenler arasında belirgin farklılıklar vardı. Grup 1'deki anneler sıklıkla bunun özel bir sebebi olmadığını ve bir alışkanlık olduğunu söylerken (%37,5), sırasıyla diğer sebepler olarak bebeğin gece banyosu sırasında üşümemesini (%29,2) ve gündüz banyo sonrası rahat uyumasını (%25) göstermişlerdi. Grup 1'deki annelerin %8,3'ü ise bebeği gece yıkamanın tehlikeli olabileceğini ve bebeğin cinler tarafından çarpılabileceğini söylemişlerdi. Grup 2'de %33,8 ve Grup 3'de %36,2 oranı ile en önemli neden eğer bebek gece yıkanırsa bunun günah olduğu ve bebeğin cinler ve kötü güçler tarafından zarara uğratılmasından korkulması idi. Grup 2 ve Grup 3'de diğer nedenler sırasıyla; nedensiz bir alışkanlık olduğu, bebeğin gece banyosu sırasında üşümemesi ve gündüz banyo sonrası rahat uyuması olarak belirtildi. Anketimiz sırasında pek çok anne cinler ve kötü ruhlar gibi hurafelere inanmadıklarını ifade etmelerine rağmen, geçmişten gelen bazı uygulamaların ve inanışların yaşantımızda ve bebek bakımında halen etkili olduğu yukardaki sonuçlardan belli olmaktadır.

Çalışmamızda annelerin bebeklerine günlük masaj uygulamasının her üç grupta da aralarında anlamlı bir fark bulunmaksızın yüksek oranlarda olduğu gözlemlendi (sırayla; % 76, %69,9 ve %62,3). Annelere neden bebeklerine düzenli olarak masaj yaptıkları sorulduğunda; her üç grupta da en sık neden bebeğin rahatlamasını sağlamasıydı. Grup 1 ve Grup 3'deki 2. en sık sebep bebeğin kas gelişiminin hızlanması ve güçlenmesi olarak belirtilirken, Grup 2'de 2. sırayı bebeğin gazının rahat çıkartılmasını sağlaması aldı. Grup 1'deki annelerin yaklaşık %11'i de diğer gruplardan farklı olarak masajın hem anne hem de bebeğin hoşuna gittiğini ve anne-bebek

arasındaki duygusal bağı kuvvetlendirdiğini belirttiler. Pakistan'daki annelerle yapılan bir çalışmada da, bizdekine benzer şekilde günlük bebek masajı pratiği %89,3 olarak bulunmuş ve anneler masajın bebeğin kaslarının ve kemiklerinin gelişmesini, bebeğin daha kolay ve çabuk yürüyüp, oturmasını sağladığını belirtmişlerdir (15).

Çeşitli çalışmalarda; hastanede takip edilen preterm ya da düşük doğum ağırlıklı bebeklere ovalama, germe ve kinestetik uyarılarla masaj uygulandığında bu bebeklerin, masaj uygulanmayan bebeklere oranla günlük kilo artışlarının daha fazla olduğu, hastanede yatış sürelerinin ortalama 4,5 gün daha kısa olduğu, motor gelişiminin daha hızlı olduğu ve bu bebeklerin stres davranışlarının azalıp, daha sakin oldukları gösterilmiştir (90). Bu sonuçlar göstermektedir ki, toplumlar tarafından bebek masajı ve bunun önemi yüzyıllar öncesinde farkedilmiş ve belki de tıbbi araştırmalara yön vermiştir. Bu nedenledir ki; özellikle anne - baba ve bebek arasındaki duygusal bağı da güçlendireceğinden bazı birimlerde preterm veya düşük doğum ağırlıklı bebeklerin takibinde tedavinin bir parçası olarak kullanılmaktadır (90).

Toplumumuzda masaj başlığı altında yıllardır bir gelenek olarak devam eden diğer bir uygulama ise; bebeklerin göğüslerinin ovulması ve hatta sıkılmasıdır. Çalışmamızda eğitim ve sosyoekonomik, sosyokültürel durumu daha yüksek olan Grup 1'deki ailelerde bu uygulamanın diğer iki gruba oranla anlamlı derecede daha az sıklıkta yapıldığı saptandı. Bu uygulamaya neden olarak ise, bebeğin göğüslerinde biriktiğini düşündükleri sütün şişliğe ve bebekte ağrıya yol açacağını ve eğer bu süt boşaltılırsa bebeğin rahatlayacağını ifade ettiler. Bebek bakımındaki pek çok uygulama gibi, bu da her üç grupta özellikle annenin annesi ve kayınvalideler başta olmak üzere aile büyükleri tarafından gerçekleştirilmişti. Sadece Grup 2 ve 3'deki annelerin %4'ü bunu kendi bilgileri doğrultusunda yaptıklarını ifade ettiler.

Yenidoğanlarda göğüs büyümesi her iki cinsten de görülebilen ve geçici hormonal uyarılara bağlı süt yapımının da olabileceği selim ve doğal bir durumdur (140). Deri florasındaki bakterilerin duktuslar içine girmesi sonucu enfeksiyon ve mastit gelişimi sporadik olabileceği gibi, bebeğin göğüslerindeki şişliğin ovularak geçirilmeye çalışılması ve hatta sıkılıp zorlanarak, içindeki sıvının dışarı çıkartılmaya çalışılması, aşırı manipülasyonlar nedeniyle sekonder enfeksiyonlara zemin hazırlar (140, 141).

A Ramachandraich'in 2000 yılında bir olgu sunumu şeklinde yapmış olduğu yayında; Hindistan'da 20 günlük bir erkek bebek ateş ve her iki göğsündeki şişlik ve kızarıklık nedeniyle hastaneye getirilmiş ve mastit tanısı ile yatarak tedavi almıştır. Hikayesinde, bebeğin göğüslerinin

büyükannesi tarafından sıkılıp, ovulduğu öğrenilmiştir. Bu uygulama o bölgede sıktır ve bebeğin göğüslerinde şişliğe neden olduğu düşünülen pis sütün dışarı akıtılmasını amaçlamaktadır (141). Bu tür örnekleri çoğaltmak mümkündür, nitekim ülkemizde de pek çok çocuk doktoru benzer durumlarla karşılaşmaktadır. Aslında Hindistan'daki nedenlerle, bizim çalışmamızdaki nedenler tam olarak örtüşmektedir. Anne ve babaların eğitim seviyesi yükseldikçe, bebekler için zararlı olabilen geleneksel uygulamaların azaldığı göz önüne alınırsa, bebeklerimizi bu tip durumlardan korumanın tek yolunun insanlarımızı eğitmekten geçtiği açıktır.

Çalışmamızda annelerin bebek bakımı sırasında, bebek cildine sürdükleri şeyler araştırıldığında, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu diğer iki gruba oranla yüksek olan 1. grup'taki annelerin anlamlı derecede daha fazla bebek yağı kullandıkları gözlenmiştir. Bebek yağları, bebek cildinin nemlenmesini ve hidrasyonunu sağlaması, cilt bütünlüğü ve bariyer fonksiyonlarını geliştirmesi, aynı zamanda da ısı kaybını azaltması yönünden bebek bakımında önerilen ürünler arasındadır (74). Ancak pek çok toplumda geleneksel olarak bebek cildine çeşitli şeylerin sürülmesi adet olmuştur. Örneğin, Pakistan'da yenidoğan bebeklerin %75'9'unun cildine bebek masajı sırasında hardal yağı, %6,7'sine zeytin yağı ve %2,6'sına o bölgede "ghee" adı verilen kile benzer bir madde sürüldüğü saptanmıştır. Bebek yağı kullanım oranı ise sadece %7'dir. Bizim çalışmamızda ise, bebek yağı dışında en çok kullanılan maddeler, özellikle Grup 2 ve Grup 3'de %10 oranlarıyla göze çarpan badem yağı ve zeytin yağıdır. Pakistan'da geleneksel olarak uygulanan ve bebek cildi için tehlikeli olan hardal yağı gibi maddelerin toplumumuzda kullanılmaması ve yüksek oranda bebek yağı kullanım alışkanlığı ise bebeklerimiz adına sevindiricidir.

Toplumumuzda geleneksel olarak uygulanan bir başka alışkanlık bebeklerin doğum sonrası vücutlarının tuzla ovulması veya banyo suyuna tuz katılmasıdır. Çalışmamızda gruplar arasında bebeklerini doğum sonrası tuzla ovma ya da banyo suyuna tuz katma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla beraber bu uygulamanın sıklığı eğitim ve sosyoekonomik durumu yüksek olan ailelerde daha düşük oranlardadır. Karaman'da çalışan Dr. İlker Özkan'ın yapmış olduğu benzer bir çalışmada annelerin %65'i bebeklerini doğum sonrası tuzla ovduklarını ya da banyo suyuna tuz kattıklarını söylemişlerdir (139).. Bu oran bizim çalışmamızdakinden daha yüksektir. Ancak Karaman gibi daha küçük ve yerel bir bölgede bu oranın İstanbul'da yapılan bir çalışmaya göre yüksek olması da çok şaşırtıcı değildir.

Karaman'daki anneler gibi çalışmamızda bu uygulamanın bebek büyüdüğüde bebeğin terlemesini ve ter kokusunu azaltacağı yönündeki düşünce her üç grupta da uygulamanın asıl sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Grup 3'deki annelerin %13'ü ise tuzun bebek cildine iyi geldiğini ve cildin sağlıklı olmasını sağladığını belirtirken,. Grup 2'deki annelerin %5'i ve Grup 3'deki annelerin ise %9,3'ü bu uygulamamın nedenini bilmediklerini söylemişlerdir. Aslında ilgi çekici nokta, her üç grupta da bu uygulamanın aile büyükleri ya da komşular tarafından gerçekleştirilmesidir.. Hiçbir anne bunu kendi bilgisi dahilinde yapmadığını ifade etmiştir.

Annelere bu uygulamanın yanlış olduğu, tuzun bebek cildi tarafından kolaylıkla emilip, vücuttaki çok hassas olan su ve tuz dengesinin bozulabileceği, bebeklerde tansiyon yükselmesi, konvülsyon, böbrek yetmezliği, cilt tahrişleri ve pişikler olabileceği ve bundan sonra bu tip uygulamalara izin verilmemesi gerektiği anlatıldı. Annelerden alınan tepkilerden anlaşılan şuydu; aslında kadınlarımız bebek bakımı konusunda en çok çevrelerinden ve aile büyüklerinden fikir almakta ve hatta çoğu zaman bebek bakımını evdeki yaşlılar üstlenmektedir. Bu nedenle özellikle anneler bebek bakımı konusunda gebeliklerinden itibaren bilgilendirilirse ve geleneksel uygulamaların doğruları ya da yanlışları anlatılırsa, evde aile büyükleri ve kendi bilgileri arasında dengeyi sağlayabileceklerini düşünmekteyiz.

Bebeklerin göbeği düşene kadar göbek bakımı sırasında neler kullanıldığı incelendiğinde alkol ve batikon, mersol gibi antiseptik solüsyonların kullanılma oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Grup 1 'deki annelerin %92'si, Grup 2'dekilerin %84,3'ü ve Grup 3'dekilerin %77'si göbek bakımını antiseptik solüsyonlarla yapmıştı. Grup 2'deki annelerin %5,2'si hiç göbek bakımı yapmadıklarını belirtirken, bu oran Grup 3'de %13,9'du ve bu anneler göbek bakımından haberdar olmadıklarını söylediler.

Pakistan'da yapılan bir çalışmada ise annelerin göbek bakımı için antiseptik solüsyonları kullanma oranları %41 iken, annelerin yarısından çoğu geleneksel olarak hardal yağını, %6,9'u "ghee" denilen kile benzer bir maddeyi, %4,6'sı sürmeyi ve %1,5'i kakao yağını kullandıklarını ve genellikle bu maddeleri günde 2 veya 3 kez uyguladıklarını söylemişlerdir (15). Bizim çalışmamızda sevindirici olarak bu tip maddelerin kullanımı eğitim düzeyi ve sosyokültürel seviyesi yüksek olan 1.grupta hiç yokken, Grup 2 ve Grup 3'de ise düşük oranlardadır. Çalışmamızda Grup 2'deki annelerin %1,4'ü göbek üzerine kolay kurumasını sağlayacağını düşündükleri için kahve koyduklarını söylerken, Grup 3'deki annelerin %5,6'sı aynı amaçla kahve, sıvı yağ, yanmış gazete kağıdı ve sürme kullandıklarını belirtmişlerdir.

Annelere bebeklerinin göbeği düşünce düşen göbeği ne yaptıkları sorulmuş ve üç grup arasında da benzer cevaplar alınmıştır. Düşen göbeği saklayanlar; Grup 1 ve Grup 2'de %60, Grup 3'de ise %50 oranında iken, çöpe atılanlar Grup 1 ve Grup 3'de %20, Grup 2'de %11, toprağa gömenler ise Grup 1 ve Grup 2'de %15, Grup 3'de ise %8'dir. Anneler özellikle de çocuklarının daha iyi okuyacaklarına inandıklarından düşen göbeği okul bahçesine gömdüklerini belirtmişlerdir. Dinine daha bağlı olması için cami avlusuna atılanların oranı ise; Grup 1'de %4 iken, Grup 2'de %6,5 ve Grup 3'de %15,5'tir.

Bebeğin düşen göbeğinin saklanması veya atılması tıbbi açıdan bir anlam ifade etmese de, çocukların aile içindeki önemini gösterdiğinden anketimizde bu konuya da yer verilmiştir. Sonuçlardan da görüleceği gibi, pek çok anne bebeğinin kuruyan ve düşen göbeğini ondan bir hatıra olarak saklamakta, yine annelerin önemli bir bölümü çocuklarının iyi bir eğitim almasını arzularak, göbeği okul bahçesine gömmektedirler. Aslında konuştuğumuz anneler bunun çok fazla gerçekçi bir davranış olmadığını kabul etseler de, yıllardan beri gelen bir adet olarak devam ettirdiklerini belirtmişlerdir. Aslında bu davranışlar, Türk kültüründe çocukların ne kadar değerli olduğunun ve toplum için ne kadar önemli olduğunun da bir göstergesidir.

Özellikle dünyanın belli bölgelerinde geleneksel bir uygulama olan, yenidoğanın göz, kulak veya burun deliklerine çeşitli şeylerin damlatılması, bizim toplumumuzda da yaygın mıdır? Sorusuna yanıt aramak için annelere bunu sordüğümüzda, çalışmamızdaki üç grup arasında anlamlı bir fark olmaksızın annelerin çoğu bu sorumuzu ya hiçbir şey damlatmadıkları veya doktorun önerdiği damlaları kullandıkları yönünde cevaplandırdı. Ancak Grup 2 ve Grup 3'de annelerin %12'si bebeklerinin özellikle göz ve kulaklarına anne sütü damlattıklarını belirttiler. Buna sebep olaraksa, anne sütünün bebeğin gözlerindeki çapaklanmaya ve kulak ağrısına iyi geldiğini söylediler. Anne sütünün bileşimi henüz tam çözölememiş mucizevi bir sıvı olduğu, içeriğindeki büyüme faktörleri ve immün sistem düzenleyicileri düşünülürse, anne sütünün bebeğin gözlerindeki çapaklanma veya kulak ağrısı üzerindeki etkileri bilimsel bir araştırma konusu yapılabilir.

Pakistan'da yapılan bir çalışmada annelerin %28,2'si bebeklerinin kulak ya da burun deliklerine tıkanmalarını önlemek amacıyla sıvı yağ damlattıklarını belirtmişlerdir (15). Bizim çalışmamızda da çok daha düşük oranlarda, Grup 2 ve Grup 3'de %2-3 oranında gözlere güzel ve parlak olması amacıyla limon ve sürme sürüldüğü, ayrıca kulak ve burun tıkanıklıklarında sıvı yağ ve hatta margarin kullanıldığı belirtildi.

Çalışmamıza göre, annelerin bebeklerinin bezlerini günlük değiştirme sıklıkları açısından, 1. gruptaki anneler 2. ve 3. gruptaki annelere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olarak bez değiştirmekteydiler. Bu durum annenin eğitim düzeyine bağlı olarak bebeğinin temizliğine daha fazla önem vermesiyle ilintili olabileceği gibi, sosyoekonomik açıdan daha düşük seviyede bulunan Grup 2 ve Grup 3'de bebek bezi için ayrılan aile bütçesinin kısıtlı olmasının da payı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, bebeklerinin bezini günde 4 veya daha fazla değiştiren annelerin oranı Grup 1'de %92, Grup 2'de %80,4 ve Grup 3'de % 63,9 olarak bulundu. Pakistan'da yapılan benzer bir çalışmada ise, bizim çalışmamızdan daha düşük oranlarda olarak annelerin yaklaşık %73,2'sinin bebek bezlerini günde 2 veya 3 kez değiştirdikleri bulunmuştur. Günde 3'den fazla bez değiştirenlerin oranı ise yalnızca %8,5'tir (15).

Toplumumuzda sık olan bir diğer geleneksel uygulama bebeklerin kundaklanmasıdır. Çalışmamızda, bebeklerin kundaklanma oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla beraber, Grup 2 (%40,5) ve Grup 3 (%43,4)'deki kundaklama oranı Grup 1 (%20)'dekilere kıyasla 2 kat daha fazla saptandı. Yine Grup 1'de kundak yapma süresi diğer iki gruba oranla 10 gün daha kısa bulundu. Türkiye'de 1983'de yapılan bir araştırmaya göre annelerin % 93'ü bebeklerini kundakladıklarını ifade etmektedirler (91). Aynı şekilde Çin'de de bebeklerin çoğu yaşamlarının ilk birkaç ayı içinde sıkıca kundaklanmaktadır (92). 1983 verilerine kıyasla çalışmamızda saptanan değerler ülkemizde kundaklama geleneğinin giderek azaldığını göstermektedir. Burada özellikle annelere bu konuda son dönemlerde verilen eğitimin önemi olduğunu düşünmekteyiz.

Kundak yapan annelere bebeklerini neden kundakları sorulduğunda; Grup 1'de en önemli sebep (%40) kundağın bebeğin sıçrama hareketlerini azalttığı için daha rahat durmasını ve daha uzun süre uyumasını sağladığı olarak gösterildi. Aslında bu durum bilimsel olarak da kanıtlanmış bir gerçektir. Kundak ve uyku ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda; kundaklı bebeklerin uyku sırasında kendisini uyandırmasına neden olacak refleks hareketlerinin daha kısa sürdüğü ve bu bebeklerin uykuya yeniden dönmelerinin daha çabuk olduğu gösterilmiştir (102).

Grup 1'deki kundak yapan annelerin %20'si bebeği kundaklıyken daha rahat kucaklarına alabildiklerini söylerken, %20'si de kundaklanan bebeklerin el-ayaklarının daha düzgün olacağına inandıklarını belirttiler. Grup 2'de ise; annelerin %45'i kundağın bebeğin eli-ayağı ve bacaklarının düzgün olmasını sağladığını, %22,6'sı sıçramasını azaltıp bebeğin daha rahat

uyumasını sağladığını belirtirken, %17,7'sinde sebep rahat kucağa almak olarak gösterildi. Grup 3'de ise annelerin %54,7'si kundaklı bebeklerin eli-ayağı ve bacaklarının daha düzgün olacağına inanıyordu. %15'i bebek sıçrayıp kendini uyandırmasın diye, %9,4'ü ise rahat kucağa alabilmek için kundak yapmıştı. Grup 3'deki annelerin %12,3'ü ise kundak yapma nedenini bilmediklerini ve bunun bir adet olarak devam ettiğini belirtti.

Kundak konusunda en dikkat çekici nokta, özellikle Grup 2 ve Grup 3'deki annelerin yaklaşık yarısının, kundağın bebeğin eli-ayağı ve bacaklarının düzgün olmasını sağlayacağını düşünmeleri idi. Oysa annelerin düşüncesinin tersine, kundağın bebeklerde kalça çıkığı gelişiminde bir risk faktörü olduğu yıllardır bilinen tıbbi bir gerçektir (94). İsrail'de Block yaptığı bir çalışmada kundak ile doğumsal kalça displazisi ve özellikle Navajo etnik grubunun bebeklerinin beşikte kundaklanarak yatırılması ile doğumsal kalça displazisi arasında benzer bir ilişki bulmuştur (142).

Toplumumuzda kundak uygulamasının ailelerin eğitim seviyesi yükseldikçe ve geçmiş yıllara oranla günümüzde azaldığı gözlenmektedir. Ancak bu konuda sadece anne ve babaların değil, sağlık çalışanlarının da eğitilmesi önemlidir. Özellikle, kadın doğum uzmanlarının, hemşire ve ebelerin eğitilmesi gerekmektedir; bebek doğar doğmaz, ona soluk aldırarak amacı ile ayaklarından tutularak baş aşağı sarkıtılması ve poposuna vurulması kalça ve dizlere ekstansiyonda traksiyon etkisi yapar ve insitabiliteye yol açar. Çocuk hastalıkları uzmanlarının eğitilmesi gereklidir; yenidoğan bebekte boy ölçmek amacı ile, bacakların ekstansiyona getirilmesi ya da annelere egzersiz amacı ile bacakların ekstansiyona getirilmesinin önerilmesi de kalçanın insitabilite nedenleri arasındadır (95). Ve tabii ki annelerin eğitilmesi gereklidir; yenidoğan bebeğin bacaklarının kundak ve benzeri şekilde sarılması yalnız anstabil olan kalçanın doğal iyileşmesini önlemekle kalmaz, aynı zamanda stabil olan kalçaların da anstabil hale gelmesine neden olur. Ayrıca yenidoğan döneminde bacakları ekstansiyona getiren egzersizlerin yaptırılmaması öğütlenmeli, bebek beslenirken ve kucakta tutulurken yapılan doğrular ve yanlışlar öğretilmelidir (95).

Çalışmamızda da saptandığı gibi pek çok aile, bebeğinin kundaklıyken daha rahat ve daha uzun süre uyduğunu ifade etmektedir. Bu açıklamanın tıbbi açıdan da geçerliliği olduğu düşünülürse, ailelere bebeklerini, bacakları açıkta kalmak üzere ve göğüs kafeslerini sıkıştırmayacak gevşek bir şekilde sadece kollarını kapsayan yarım kundak yapabilecekleri söylenebilir.

Kundak gibi kalça çıkığı için risk faktörü olan bir diğer alışkanlık, bebeklerin özellikle yenidoğan dönemlerinde banyo sonrası ayaklarından tutulup, baş aşağı gelecek şekilde sallandırılmalarıdır. Çalışmamızda gruplar arasında bu hareketi uygulama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da, kundak yapma değerlerine benzer şekilde Grup 1'deki oran, diğer iki gruba oranla düşüktü. Bu hareketi 1. gruptakilerin üçte biri, 2. ve 3. gruptakilerin ise yarısı yapmıştı.

Annelere bu hareketin hangi amaçla yapıldığı sorulduğunda en önemli ve en sık sebep Grup 1'de %75, Grup 2'de %52,2 ve Grup 3'de %48,3 oranı ile bebeğin bu hareket yaptırılırsa daha uzun boylu ve uzun boyunlu olacağına inanmalarıydı. Ancak ilginç olan bu hareketin Grup 1'de %50, Grup 2'de %59,4 ve Grup 3'de %45 oranında çevreden birisi genellikle de aile büyükleri tarafından yapılması ve anne tarafından uygulanmamasıydı.

Anket sırasında annelere bu hareketin kalça çıkığı yönünden riskli olduğu, aynı zamanda çok hassas ve yumuşak olan bebek cildinin rahatlıkla elin altından kayıp, bebeğin düşebileceği, hatta ciddi yaralanmalara neden olabileceği anlatıldığında annelerin büyük kısmı bu hareketin uzun yıllardır bir gelenek olarak devam eden ve onlar onay vermese bile aile büyükleri tarafından uygulanan bir durum olduğunu belirttiler. Burada göze çarpan nokta, bebeklerin bakımında anne ve babadan çok evin içindeki yaşlılar ya da aile büyüklerinin söz sahibi olduğu ve eğitim düzeyinin veya ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel konumunun da bu dengeyi değiştiremediğidir.

Annelere bebeklerine D vitamini verip vermedikleri sorulduğunda, bebeklerine D vitamini verme oranı Grup 1'de %100, Grup 2'de % 86,3 ve Grup 3'de %81,1 olarak bulundu ve Grup 1'deki anneler istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla oranda D vitamini kullanmaktaydılar.

Bebeklerine D vitamini vermeyen annelere bunun nedeni sorulduğunda; Grup 2 ve Grup 3'deki nedenler ve bu nedenlerin oranları birbirine çok yakın olarak bulundu. D vitamini kullanmama için gösterilen en önemli neden annenin bu konuda bilgisinin olmaması ve kimsenin kendisini bu konuda uyarmamış olmasıydı. Diğer sebepler sıklık sırasına göre; annenin bebeğine D vitamini vermeyi gerekli görmemesi ve özellikle çocuk sayısının çok olması nedeniyle bebekleriyle yeterince ilgilenememeleri ve ihmalkarlık olarak sıralandı.

Gruplar arasında D vitamininin kaç yaşa kadar kullanılacağını ve ne için kullanıldığını bilme yönünden anlamlı bir fark saptanmadı. Tüm gruplarda annelerin üçte biri, D vitamininin kaç yaşa

kadar kullanılacağını bilmezken; D vitaminin neden kullanılacağını bilen annelerin oranı ise Grup 1'de %84, Grup 2'de %70 ve Grup 3'de ise %65,6 idi.

Çalışmamıza göre, D vitamini kullanım oranları ailenin eğitim ve sosyoekonomik seviyesi yükseldikçe artmaktadır. Ülkemizin bazı bölgelerinde rikets oranının %6'lara kadar yükseldiği, çocuklarımızın ve annelerinin yeterli güneş ışığı ile temasının olmadığı gözönüne alınırsa, toplumumuzda D vitamini kullanımı ve D vitamini eksikliği halen güncel bir konudur. Araştırmamızın sonuçları ışığı altında özellikle annelerin eğitilmesi ile, hem anne hem de bebeklerin D vitaminin kullanım oranlarının artacağını düşünmekteyiz.

Annelerin, bebeklerin ilk günlerinde sıkça karşılaştıkları yenidoğan sarılığı ile ilgili neler düşündüklerini anlamak için, annelere bebeklerinde yaşamlarının ilk günlerinde sarılık olursa ilk olarak ne yapacakları soruldu. Anneler arasında bebeğini "doktora götürceğini veya bol bol emzireceğini" söyleyenlerin oranı Grup 1'de %96, Grup 2'de %97,4 ve Grup 3'de %84,4 olarak hesaplandı. Bu değerlere göre; Grup 3'deki anneler sarılığı olan yenidoğan bebeklerini Grup 2 ve Grup 1'dekilere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az oranda sarılık nedeniyle doktora götürmekteydiler. ($p<0,05$)

Çalışmamızda annelerin sarılık geçiren bebeklerine ilk olarak yapacakları şeyler arasında; Grup 2 ve Grup 3'de sarı giyecekler giydirmek ve şekerli su vermek göze çarparken, özellikle Grup 3'deki yanıtlar arasında bebeğin floresan altına koyulması, bebeğe altın takılması, bebeğin cildine çizik atılarak pis kanın akıtılması, bebeğin hocaya okutulması ve bebeğe beyaz giydirilmesi de az oranda olsa da bulunmaktaydı. Annelerin sararan bebekleri için doktora gelmek yerine bu tarz olumsuz davranışlar içinde bulunmasının, toplumumuzda yenidoğan sarılığının hemen her bebekte olup, bebeğe zarar vermeden geçeceği düşüncesinden kaynaklandığına inanmaktayız. Bu tip uygulamaların önüne geçmek ise sadece ve sadece halkın eğitilmesi ve sağlık konusunda bilinçlendirilmesi ile olacaktır.

Toplumumuzda sık uygulanan ve ilgi çekici olan bir başka gelenek ise; bebeğin özellikle ilk 40 günü içindeyken yalnız kalmaması için, yanına veya yatağına çeşitli şeylerin konulmasıdır. Bu geleneğin tıbbi açıdan önemi ise konulan şeylerle bağlantılıdır. Örneğin; bebeğin yanına konulan ekmek; böcek ve haşere gibi canlıları o bölgeye çekebileceğinden bebek için tehlike yaratmaktadır. Aynı şekilde bebek yanına konması sık olan bıçak, makas, iğne gibi batıcı ve kesici aletlerin de bebeği yaralama ihtimali vardır.

Çalışmamızda bebeklerinin yanına hiçbir şey koymadıklarını belirten annelerin oranı Grup 1'de %44, Grup 2'de % 37,3 ve Grup 3'de %26,2 olarak hesaplandı. Bebeklerinin başucuna hiçbir şey koymama yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Bebeklerin yanına neler konduğu sorulduğunda ise her üç grupta da ilk sırayı %50'yi aşan oranlarla Kuran-ı Kerim almaktaydı. Bunun nedeni ise %100'e ulaşan oranlarda kutsal kitabın bebeği cinlerden, kötü ruhlardan koruması ve bebekte "albasması" olmaması şeklinde açıklanıyordu.. Grup 1'de %8, Grup 2'de %22,9 ve Grup 3'de ise %27 sıklığında bebeğin başucuna bıçak, iğne, makas, babasının gömleği ve süpürge teli gibi çeşitli nesneler de konuluyordu. Grup 3'de diğer iki gruptan farklı olarak; muska (%8,2) ve ekmek de (%8,2) bebek yatağına konulan şeyler arasında yer alıyordu.

Annelere bebeğin yatağına çeşitli şeyleri koymalarını öneren kimseler olup olmadığı sorulduğunda; Grup 1'deki annelerin %85,7'i, Grup 2'deki annelerin %75,2'si ve Grup 3'deki annelerin %71,1'i, bunun aile büyükleri tarafından önerildiğini belirtmişlerdir. Kendisi bildiği için kimse önermeden bunu yaptığını söyleyen annelerin oranı ise 1.- 2. ve 3. grupta sırasıyla %14,3, %15,6, %18,9'dur. Grup 2'deki annelerin %7,3'ü ve Grup 3'deki annelerin %3,3'ü komşuları tarafından yönlendirildiklerini, yine Grup 2'dekilerin %2,1'i ile Grup 3'dekilerin %2,2'si eşleri tarafından yönlendirildiklerini söylemişlerdir. Grup 3'de %3,3'lük kesim ise bunun kendilerine bazı hocalar tarafından önerildiğini belirtmişlerdir. Bu soruya verilen cevaplar da, çalışmamızın daha önceki bölümlerinde göze çarpan annenin çevredeki insanlar ve özellikle de aile büyükleri tarafından sıklıkla ve kolaylıkla yönlendirildiklerinin bir göstergesidir. Bu tip uygulamalar toplum tarafından o kadar kanıksanmıştır ki; çoğu zaman yararları veya zararları hiç düşünülmemektedir.

Annelere son olarak bebekleriyle ilgili merak ettikleri konuları nereden, kimlerden öğrendikleri ve en çok nereden öğrendiklerine güvendikleri soruldu.

Çalışmamızda; Grup 1'deki annelerin %88'i bebekleriyle ilgili konularda en çok doktorlara güvenirken, aynı grupta merak edilen konuların doktora sorulması oranı ise %80'dir. Grup 2'de en çok doktora güvendiğini belirten annelerin oranı %74,5 iken, doktora danışılma oranı ise %66,7'dir. İçlerinde en çarpıcı olan ise; Grup 3'deki annelerin bebekleri için en çok güvendikleri kişiler %72,1 oranıyla doktorlar iken, doktora danışılma oranının %50'e kadar düşmesidir.

Annelerin bebekleriyle ilgili danıştıkları kişiler arasında Grup 2 ve Grup 3'de aile büyüklerinin oranı belirgin olarak yüksektir. Bu sonuçlara göre; annelerin büyük çoğunluğu

doktorların söylediklerini en değerli ve güvenilir kabul ederken, ailenin eğitim düzeyi, sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi azaldıkça, doktora başvurma ve merak edilenleri doktora danışma oranı azalmakta ve aile büyükleri ön plana çıkmaktadır. Eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerde ise doktorlardan sonra en sıklıkla başvurulacak kaynaklar kitaplardır.

SONUÇ;

Çocuklar insanların umudu ve ülkelerin geleceğidir. Bu nedenledir ki; yüzyıllardan beri özellikle insan yavrusunun en küçük ve korunmaya en muhtaç olduğu yenidoğan dönemine ait toplumların geliştirdiği birtakım geleneksel bebek bakımı uygulamaları bulunmaktadır. Modern tıbbın gelişmesiyle, insanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının artmasıyla, iletişimin ve insanların bilgiye ulaşımının kolaylaşmasıyla bebek bakımı hakkındaki eksik yada yanlış uygulamalar zaman içinde düzelmekle birlikte, farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel insan topluluklarını bünyesinde barındıran Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde halen çeşitli geleneksel yenidoğan bebek bakımı uygulamaları devam etmektedir.

Toplumumuzda uzun yıllardır süregelen çeşitli geleneksel yenidoğan bebek bakımı uygulamalarının, anne baba eğitimi ve ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel durumu ile bağlantısını araştırmak için yaptığımız çalışmada şu sonuçlara ulaştık:

1. Çalışmamızda sosyoekonomik ve sosyokültürel durumu düşük olarak değerlendirilen ailelerin oluşturduğu Grup 3'deki annelerin %21,3'ü ve babaların ise %4,1 'i, okuma – yazma bilmiyordu.

2. Anne babanın eğitim seviyesi ve ailenin sosyoekonomik - sosyokültürel düzeyi arttıkça; anne baba arası akrabalık oranları, ailenin sahip olduğu çocuk sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı belirgin olarak azalmakta, ailenin çekirdek aile olarak yaşaması, ailenin İstanbul'da ortalama yaşam süresi, anne babanın ülkemizin batı bölgelerinde yetişmiş olması, ailenin ve ailede kişi başına düşen gelir durumu, annenin çalışma hayatına katılımı ise anlamlı derecede artmaktadır.

3. Annelerin eğitim seviyesi azaldıkça, gebelik esnasında düzenli olarak doktor kontrolüne gitme oranları da azalmakta ve hastane dışında doğum yapma oranları artmaktadır. Annenin eğitim düzeyi arttıkça, sezeryan ile doğum yapma istekleri de artmaktadır.

4. Anne ve babanın eğitim seviyesi yükseldikçe ve doğudan batıya gidildikçe; annelerin anne sütü hakkındaki bilgileri artmakta, bebeklere doğumdan sonraki ilk bir saat içinde anne sütü verilmesi, bebeğe doğum sonrası ilk besin olarak anne sütünün verilmesi, annenin göğsünden gelen ilk sütün beklenmeden ve atılmadan bebeğe verilmesi oranları artmakta ve su veya şekerli su gibi ek besinlerin verilme oranları azalmaktadır.

5. Eğitim ve sosyokültürel – sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak, annelerin çoğu bebeklerini doğumda kendi sütleriyle beslemeye başlamakta, ancak ek besinlere erken başlama eğilimi tüm annelerde göze çarpmaktadır ve annelerin büyük çoğunluğu, kendi sütlerinin yetersiz olduğuna inanmaktadır. Bu nedendir ki annelere gebelik dönemlerinden başlayarak anne sütünün, annede veya bebekte bir sorun olmadığı müddetçe, bebeğin ilk 6 aylık yaşamı boyunca su dahil her türlü ihtiyacını karşılayacağı ve her annenin sütünün kendi bebeğine yeteceği anlatılmalı ve anneler bebeklerini sadece anne sütü ile besleme yönünden teşvik edilmelidirler.

6. Ailenin eğitim seviyesi yükseldikçe, doktor tavsiyesiyle kullanılan ilaçların yanı sıra, bebeğin gaz sancısını geçirmeye yönelik bitkisel çayların da kullanım oranı artmaktadır.

7. Annelerin büyük çoğunluğu, bebeklerini emzirdikleri dönemde kendi beslenmelerine de dikkat etmekte, sulu besinleri bol tüketirken; genellikle, kuru baklagiller, baharatlı, acılı ve asitli yiyeceklerden uzak durmaktadırlar.

8. Bebeklerin büyük kısmı, genellikle ilk banyolarını yaşamlarının 3 veya 4. gününde, (hastaneden eve gelinen günde) yapmaktadırlar. Ancak annenin eğitim seviyesi ve ailenin sosyoekonomik – sosyokültürel düzeyi düştükçe, evde doğumlar artmakta ve bu duruma paralel olarak, evde doğan bebeklerin büyük kısmı doğum sonrası ilk bir saat içinde yıkanmaktadır.

9. Annelerin büyük kısmı bebeklerini özellikle ilk 40 günü içindeyken, hergün veya günde bir kez yıkamaktadır. Anneler bebeklerini gündüz saatlerinde yıkamayı tercih etmektedirler. Bunun sebebi olaraksa; özellikle annenin eğitim seviyesi düştükçe ön plana çıkan, bebeğin gece yıkanırca cinler tarafından zarara uğratılacağı yönündeki batıl inançlar gösterilmektedir.

10. Yenidoğan bebekler özellikle banyo sonrası ayaklarından tutularak baş aşağı çevrilmekte ve sallandırılmaktadır. Bu hareket eğitim düzeyinden bağımsız olarak sık yapılmakla birlikte, eğitim düzeyi arttıkça, yapılma oranları düşmektedir. Annelerin büyük çoğunluğu, bu hareketin aile büyükleri tarafından yapıldığını belirtmektedir.

11. Annelerin büyük çoğunluğu, bebeklerine günlük olarak masaj yapmakta iken, annenin eğitim seviyesi ve ailenin sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe, masaj sırasında bebek yağı kullanım oranı belirgin olarak artmaktadır.

12. Toplumumuzda bir gelenek olarak uzun yıllardır devam eden, bebeklerin büyüdülerinde ter kokmayacaklarına inanıldığı için yapılan, bebekleri tuzlama veya banyo suyuna tuz katma oranı, annenin eğitim seviyesi veya ailenin sosyoekonomik – sosyokültürel düzeyinden bağımsız olarak sık uygulanmaktadır. Ancak ailenin eğitim düzeyi arttıkça, yapılma oranı düşmektedir. Bu konuda da aile büyüklerinin etkisi öne çıkmaktadır.

13. Bebeklerin ilk günlerde göğüslerinde meydana gelebilen şişlikleri geçirmek amacıyla, bebeklerin göğüslerinin ovulması ya da sıkılması alışkanlığı, anne babanın eğitim düzeyi ve ailenin sosyoekonomik – sosyokültürel seviyesi yükseldikçe belirgin olarak azalmaktadır. Bu işin yapılmasında da özellikle aile büyükleri ön ayak olmaktadır.

14. Bebeklerin göbek bakımında eğitim seviyesinden bağımsız olarak özellikle antiseptik solüsyonlar ve alkol kullanılmaktadır. Ancak, annenin eğitim seviyesi düştükçe, göbek bakımı konusundaki bilgi ve duyarlılık azalmakta, ayrıca göbek üzerine kahve, yağ, yanmış gazete kağıdı gibi sağlığı tehdit edebilecek şeylerin konma oranı artmaktadır.

15. Hindistan gibi bazı toplumlarda sık olarak uygulanan bebeğin, kulak veya burun deliklerine yağ damlatılması bizim toplumumuzda nadirdir. Ancak annenin eğitim seviyesi düştükçe, özellikle göze sürme çekme, kulak ve buruna da yağ veya margarin damlatma gibi davranışlara az da olsa rastlanmaktadır. Literatürde araştırma konusu yapılmamış ancak pek çok annenin işe yaradığını söylediği diğer ilginç bir yaklaşım ise, anne sütünün bebeğin gözündeki çapağa ve kulağındaki ağrıya iyi geldiği için bu bölgelere uygulanmasıdır.

16. Annelerin bebeklerinin bezlerini değiştirme sıklıklarında, annenin eğitim seviyesi ve ailenin sosyoekonomik – sosyokültürel düzeyi yükseldikçe alt değiştirme sıklıkları anlamlı olarak artmaktadır.

17. Toplumumuzda sık uygulanan diğer bir geleneksel uygulama olan kundak, eğitim seviyesi yükseldikçe daha az oranda ve daha kısa süreli yapılmaktadır. Ancak yine de çalışmamızda, kundak yapma oranları ve kundak süreleri açısından ailelerin sosyoekonomik – sosyokültürel düzeyleri ve anne babanın eğitim seviyesi arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fakat ailenin eğitim seviyesi yükseldikçe kundak yapma nedenleri değişmektedir. Eğitim seviyesi yüksek grupta en önemli sebep, bebeğin kundaklıyken daha rahat ve uzun uyuması iken, eğitim

seviyesi düştükçe kundağın bebeğin eli-ayağının düzgün olmasını sağlayacağına inanılarak yapılması öne çıkmaktadır.

18. Annenin eğitim seviyesi ve ailenin sosyoekonomik – sosyokültürel düzeyi yükseldikçe, bebeklerine D vitamini verme oranları belirgin olarak yükselmektedir.

19. Bebeklik çağında sık rastlanan ve eğer zamanında tedavi edilmezse bebekte kalıcı hasara neden olabilen sarılık için annenin eğitim seviyesi düştükçe doktora başvurma oranları da düşmekte ve sarılığı geçirebilmek için, bebeğin hocaya okutulması, floresan altına konulması, bebeğin vücuduna çizik atılarak kan akıtılması, bebeğe sarı şeyler giydirilmesi veya şekerli su verilmesi gibi yararsız ve hatta bazıları zararlı olabilen uygulamalar artmaktadır.

20. Annelerin büyük çoğunluğu bebeklerinin göbeği düşünce düşen göbek parçasını saklamakta, bazen de okul bahçesi veya cami avlusuna gömmektedirler.

21. Annelerin büyük kısmı bebeklerine zarar gelmemesi ve yalnız kalmamaları için yanlarına Kuran-ı Kerim koymaktayken; annenin eğitim seviyesi düştükçe bebeğin yanına böcek ve haşerelere davetiye çıkartırcasına ekmek, ya da bebeğin yaralanmasına neden olabilecek makas, iğne, bıçak gibi kesici aletlerin konma oranı artmaktadır.

22. Tüm anneler bebekleri için en çok doktorun söylediklerine güvendiklerini belirtirken; ailenin sosyoekonomik – sosyokültürel düzeyi ve anne babanın eğitim seviyesi düştükçe bebekle ilgili merak edilen konuların doktora danışılma oranları giderek düşmekte ve bu ailelerde danışılan kişi konumunda genellikle aile büyükleri ön plana geçmektedir.

ÖZET;

Her yeni doğan bebek, ailesi için yeni bir heyecan ve mutluluk kaynağıyken, toplum için ise geleceğe uzanan bir umut ışığıdır. Bu nedenledir ki; bebeklerimiz henüz anne karnındayken başlayan yolculuklarını sağlıklı olarak tamamlayarak, sağlıklı ve yeterli koşullarda doğmalı ve hayatlarının en korunmasız, çevredeki insanlara en çok muhtaç oldukları yenidoğan dönemlerini sağlıklı geçirmelidirler. Bebeğin özellikle yenidoğan dönemindeki çeşitli sağlık uygulamaları kişinin tüm hayatını etkileyecek kadar önemlidir. Bu sıralarda yapılabilecek ufak bir yanlış uygulamanın izleri hayat boyu silinmeyebilir. Bu yüzden, bebek bakımı konusunda aileler çok dikkatli ve bilinçli olmalıdır.

Çalışmamızda; toplumumuzda bebek bakımındaki geleneksel uygulamaların doğruları – yanlışları ve bu uygulamaların anne babanın eğitim düzeyi ve ailenin sosyoekonomik – sosyokültürel seviyesi ile ilişkisini araştırdık. Bebek için; gebelikte düzenli kontrole gidilmesi, hastanede doğum, anne sütüyle beslenme, ilk banyo, göğüs masajı, vücudunun tuzla ovulması, kundaklanması, D vitamini kullanımı, sarılık gelişince doktora götürülmesi, merak edilen konuların doktora danışılması gibi, bebeğin sağlığını ve bundan sonraki yaşamını derinden etkileyecek konuların anne babanın eğitim seviyesi ve ailenin sosyoekonomik – sosyokültürel seviyesi ile yakından ilişkili olduğunu gördük.

Dikkatimizi çeken diğer bir nokta ise; aile içinde yaşayan aile büyüklerinin özellikle anne babanın eğitim seviyesi düştükçe, bebek bakımında öne çıkması hatta bazen bebeğin tüm bakımını üstlenmesidir. Toplumumuzda aile çok önemli bir kurumdur ve aile büyükleri de bu kurumun ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak büyüklerin her dediğini doğru olarak kabul etmek yerine, mantık çerçevesinde sorgulayarak, doğru – yanlış ayrımını yapmak ise özellikle bebek sağlığı açısından anne babanın sorumluluğundadır.

Bebeklerimizin daha sağlıklı olarak doğması ve sağlıklı olarak büyümeleri için öncelikle annelerden başlayarak tüm toplum eğitilmelidir. Ancak eğitim sadece eğitim ve öğretim kurumlarınca sağlanamaz. Bu konuda özellikle, televizyon, radyo ve yazılı basına da büyük görev düşmektedir. Bebek bakımı ve çocuk sağlığı üzerine programlar yapılmalı ve bu bir devlet politikası haline getirilmelidir. Ayrıca, özellikle kadın doğum ve çocuk uzmanları her anneye bebek bakımı, emzirilmesi, bebek bakımındaki doğrular ve yanlışlar açısından bilgi vermelidir. Unutulmamalıdır ki; bebekler toplumumuzun ve ülkemizin geleceğidir ve her bebek sağlıklı olarak dünyaya gelme ve sağlıklı olarak büyüme hakkına sahiptir.

KAYNAKLAR;

1. UNICEF The State of the World's Children 1997 Oxford; Oxford University Press.
2. Yurdakök K. Çocuk Hakları Sözleşmesi. Yurdakök M. Coşkun T. (editörler). Sosyal Pediatri, Ankara, Meteksan, 1998; 138-141.
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Community Health Services. The pediatrician's role in community pediatrics. Pediatrics 1999; 103: 1304-1306.
4. Abelin T. Research and teaching in social and preventive medicine and in public health. Soz Pravatived 1993; 38: 259-267.
5. O. Oran, Ö. Tekşam, Katkı Pediatri Dergisi 2003; 25:1, 27-37
6. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). 1991. 1989 Türkiye Nüfus Araştırması. Ankara:DİE
7. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). 1993. 1990 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri. Ankara:DİE

8. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). 1997. Türkiye İstatistik Yıllığı, 1997. Ankara:DİE
9. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). 1999.web site <http://www.die.gov.tr>.
10. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. 1994. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara. Türkiye.
11. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. 1998. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara. Türkiye.
12. M.Yurdakök,T.Coşkun, Social Pediatrics:Selected Articles.Ankara: Meteksan,1998:26-78
13. The World Health Report 2000, Geneva, June 2000.
14. www.saglik.gov.tr.
15. Fariyal F. Fikree, Tazeen S. Ali, Jill M. Durocher, Mohammed Hossein Rahbar. Newborn care practices in low socioeconomic settlements of Karachi, Pakistan. Social Science & Medicine 60 (2005) 911-921
16. Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, World Health Organization, Geneva 2003; Integrated Management of Pregnancy and Childbirth; pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care A guide for essential practice
17. T. Coşkun. Anne sütü ile beslenmenin kontrendike olduğu durumlar. Katkı Pediatri Dergisi 2003; 25: 2, 237-247
18. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, et all. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breast feeding. Lancet 1992; 340: 585-588
19. T.Coşkun. Anne sütü ile beslenme. Katkı Pediatri Dergisi 2003; 25:2, 163-185
20. Buts JP. Polyamines in milk. Annales Nestle 1996; 54: 98-104
21. Carver JD. Nucleotides in milk. Annales Nestle 1996; 54: 88-97
22. Koldovsky O. Hormones and growth factors in milk. Annales Nestle 1996; 54: 105-112
23. Lönnerdal B. Biochemistry and physiological function of human milk proteins. Am. J. Clin. Nutr. 1985; 42: 1299-1317
24. Atkinson SA, Schnurr C, Donovan SM, et all. Non-protein nitrogen components in human milk:biochemistry and potential functional roles.Boca Raton, FL.CRC Press; 1989:117-136
25. Rudloff S, Kunz C. Protein and nonprotein nitrogen components in human milk, bovine milk, and infant formula; quantitative and qualitative aspects in infant nutrition. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1997; 24: 328-344
26. Koletzko B, Agrett PJ, Bindels JG, et al. Growth , development and differentiation: a functional food science approach. Br. J. Nutr. 1998;80 (Suppl 1): S5-45
27. Christensen HN. Free amina acids and peptides in tissues. In: Munro HN, Allison JB, eds. Mammalian Protein Metabolism. Vol 1. New York: Academic Press; 1964:105-124
28. Atkinson SA, Lönnerdal B. Nonprotein nitrogen fractions of human milk. Jensen RG, ed. Handbook of Milk Composition. San Diego, CA: Academic Press, 1995: 369-387
29. Agostini C, Carratu B, Boniglia C, Lammardo AM, Riva E, Sanzini E. Free glutamine and glutamic acid increase in human milk through a three month lactation period. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2000; 31;5: 508-512
30. Sturman JA. Taurin in development. Physiol. Rev. 1993; 73: 119-147
31. Landau BR, Schumann WC, Chandramouli V, et al. 14C-labeled propionate metabolism in vivo and estimates of hepatic gluconeogenesis relative to Krebs cycle flux. Am. J. Physiol. 1993; 265: E636-647
32. Hertz L, Dringen L, Schousboe A, et al. Astrocytes: glutamate producers for neurons. J. Neurosci. Res. 1999; 57: 417-428

33. Windmueller HG. Glutamine utilization by the small intestine. *Adv. Enzymol.* 1982; 53: 201- 237
34. Darmaun D, Just B, Messing B, et al. Glutamine metabolism in healthy men: response to enteral and intravenous feeding. *Am. J. Clin. Nutr.* 1994; 59: 1395-402
35. Curran JS, Barness LA. Nutrition, breast-feeding. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16th Edition 2000; 150-151
36. Lucas A, Cole TJ. Breastmilk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 1990; 336: 1529-1523
37. Lönnerdal B. Lactoferrin in milk. *Annales Nestle* 1996; 54: 79-87
38. Jocson MA, Mason EO, Schanler RJ. The effects of nutrient fortification and varying storage conditions on host defense properties of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 240-243
39. Quan R, Yang C, Rubinstein S, et al. The effect of nutritional additives on anti-infective factors in human milk. *Clin. Pediatr* 1994; 33: 325-328
40. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. *Clin. North. Am.* 2001; 48: 35-52
41. Neville MC. Anatomy and physiology of lactation. *Pediatr. Clin. North. Am.* 2001; 48: 13-34
42. Bitman J, Wood L, Hamosh M, Mehta NR. Comparison of the lipid composition of breast milk from mothers of term and preterm infants. *Am. J. Clin. Nutr.* 1983 Aug; 38 (2): 300-312
43. Gaull GE, Wright CE, Isaacs CE. Significance of growth modulators in human milk. *Pediatrics* 1985; 75: 142 – 145
44. Hamosh M. Bioactive factors in human milk. *Pediatr. Clin. North. Am.* 2001; 48: 69 – 86
45. Schams D. Growth factors in milk. *Endocrine Regulation* 1994; 28: 3 – 8
46. Shing Y, Klagsbrunn M. Human and bovine milk contain different sets of growth factors. *Endocrinology* 1984; 115: 273 – 282
47. Koldovsky O. Hormones and growth factors in milk. *Annales Nestle* 1996; 54: 105 – 112
48. Hernell O, Ward H, Blackberg L, Pereira EA. Killing of *Giardia lamblia* by human milk lipase: an effect mediated by lipolysis of milk lipids. *J. Infect. Dis.* 1986; 153: 715 – 720
49. Freed LM, Berkow SE, Hamosh P, et al. Lipases in human milk: effect of gestational age and length of lactation on enzyme activity. *J. Am. Coll. Nutr.* 1989; 8: 143 – 150
50. T. Coşkun. Anne sütü ile beslenmenin yararları. *Katkı Pediatri Dergisi* 2003; 25:2,199-203
51. Özsoylu Ş. Anne sütü: tek fizyolojik bebek besini. *Toplum Hekimliği Bülteni* 1986; 7: 1.
52. Özsoylu Ş. Anne sütünün üstünlükleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 1987; 8:3.
53. Leung AK, Sauve RS. Breast is best for babies. *J. Natl. Med. Assoc.* 2005 Jul; 97(7): 1010 – 1019
54. Huffman SL, Combest C. Role of breast-feeding in the prevention and treatment of diarrhoea. *J. Diarrhoeal Dis. Res.* 1990 Sep; 8(3): 68-81
55. Zembo CT. Breastfeeding. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 2002; 29: 51 – 76
56. Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG, Zenk KE. Temperature regulation. *A Lange clinical manual Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases and drugs*, 4th Edition 1999; 38 - 43
57. Scopes J, Ahmed I. Range of initial temperatures in sick and premature newborn babies. *Arch. Dis. Child* 1966; 41: 417

58. Samancı N. Yenidoğanda ısı kontrolü. Dağöğlu T, Ovalı F, Samancı N, Neonatoloji 2000;19: 155-158
59. Sauer PJJ et al; New standarts for neutral thermal environment of healthy very low birthweight infants in week one of life. Arch Dis. Child 1984; 59: 18
60. Can G. Yenidoğan bebeğın bakımı. Neyzi O, Ertuğrul T, Pediatri Cilt 1, 3. baskı 2002; 320-325
61. Sinclair JC. Management of the thermal environment. In: Sinclair JC, Bracken MB (eds). Effective care of the newborn infant. Oxford University Press. Oxford. 1992; 40-58
62. Gandy GM, Adamsons Jr K, Cunningham N, Silverman WA, James LS. Thermal environment and acid-base homeostasis in human infants during the first feww hours of life. J. Clin. Invest. 1964; 43: 751-758
63. Purves MJ. Onset of respiration at birth. Arch. Dis. Child. 1974; 49: 333- 343
64. Riesenfeld T, Hammarlund K, Norsted T, Sedin G. Irregular breathing in young lambs and newborn infants during heat stress. Acta Paediatr. 1996; 85: 467-470
65. Bader D, Tirosh E, Hodgins H, Abend M, Cohen A. effect of increased environmental temperature on breathing patterns in pretern and term infants. J. Perinatol. 1998; 18: 5-8
66. Tafari N, Gentz J. Aspects on rewarming newborn infants with severe accidental hypothermia. Acta. Paediatr. Scand. 1974; 63: 595
67. Dahm LS, James LS. Newborn temperature and calculated heat loss in the delivery room. Pediatrics 1972; 49: 504-513
68. Raman V, Rekha S, Chandrasekhara MK. Effect of bathing on temperature of normal neonates. Indian Pediatr. 1996; 33: 340.
69. Penny-Macgillivray T. A newborn's first bath. When? J. Obstet. Gynecol. Neonat. Nurs. 1996; 25: 481-487
70. Varda KE, Behnke RS. The effect of timing of initial bath on newborn's temperature. J. Obstet. Gynecol. Neonat. Nurs. 2000 Jan-Feb; 29(1): 27-32
71. American Academy of Pediatrics' Committee on Fetus and Newborns. Skin care of newborns. Pediatrics. 1974; 54: 682-683
72. World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. An Essential Guide (Section K9), 2003.
73. Lund C, Kuller J, Lane A, et al. Neonatal skin care: The scientific basis for practise. J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. 1999; 28: 241-254
74. Özek E, Akman İ. Yenidoğanın cilt bakımı. Dağöğlu T, Ovalı F, Samancı N, Neonatoloji 2000;18:147-154
75. Cushing AH. Omphalitis: a review. Pediatr Infect dis J. 1985; 4: 282-285
76. Elhassani SB. The umbilical cord: care, anomalies, and diseases. South Med J. 1984;77(6): 730-736
77. Mason WH, Andrews R, Ross LA, Wright HT. Omphalitis in the newborn infant. Pediatr Infect Dis J. 1989; 8: 521-525
78. Peter G, Cashore WJ. Infections acquired in the nursery: epidemiology and control. In: Remington JS, Klein JO, editors. Infectious Diseases of the fetus and newborn infant, 5th edn. London: W.B. Saunders; 2001;1392-1393
79. Robertson NRC. Care of the normal term newborn baby. In: Rennie JM, Robertson NRC, editors. Textbook of Neonatology, 3rd edn. London: Livingstone; 1999; 373
80. Keefer CH. Nursery care of the well newborn. In; Cloherty JP, Stark AR, editors. Manual of Neonatal Care, 4th edn. Philadelphia/Newyork: Lipincott – Raven Publishers; 1998;65

81. Kelly JM. The hospital stay. In: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, editors. Neonatology: Pathophysiology and Management of the newborn, 5th edn. Philadelphia/Baltimore: Lipincott/williams and Wilkins; 1999; 337
82. Darmstadt GL, Dinulos JG. Neonatal skin care. *Pediatr. Dermatol.* 2000; 47: 757 – 783
83. Blackburn ST, Loper DL. Maternal, fetal & Neonatal Physiology: A Clinical Perspective. Philadelphia: WB Saunders, 1992.
84. Walker L, Gomez L et al. Skin care in the well term newborn: Two systematic Reviews. *Birth* 32; 3 September 2005
85. Kownatzki E. Detergents and atopic dermatitis in children. *Pediatr. Dermatol.* 2004; 21: 179-180
86. Gfatter R, Hackl P, Braun F. Effects of soap and detergents on skin surface pH, stratum corneum hydration and fat content in infants. *Dermatology* 1997; 195: 258 - 262
87. Siegfried EC, Shah PY. Skin care practises in the neonatal nursery: A clinical survey. *J. Perinatol.* 1999; 19: 31-39
88. Lund J, Osborne JW, Kuller J, et al. Neonatal skin care: Clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence based clinical practice guidelines. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.* 2001; 30: 41 – 51
89. Darmstadt GL, Mao-Qiang M, Chi E, et al. Impact of topical oils on the skin barrier: possible implications for neonatal health in developing countries. *Acta Paediatr.* 2002; 91: 660-669
90. Vickers A, Ohlsson A, Lacy JB, Horsley A. massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants; The cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.
91. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1983. Ankara. Türkiye.
92. Butterfield F: China-Alive in the bitter sea. New York: New York Times Books, 1982; 204
93. Scott RB: Some Turkish women's attitudes towards swaddling. *Turk J. Pediatr* 1967; 9: 71-75
94. Şahin F, Aktürk A, Beyazova U, Çakır B, et al. Screening for developmental dysplasia of the hip: Results of a 7-year follow-up study. *Pediatrics International* 2004; 46: 162-166
95. Tümer Y, Ömeroğlu H. Türkiye'de gelişimsel kalça displazisinin önlenmesi. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1997; 31: 176-181
96. İshida K: Prevention of the development of the typical dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1977; 126: 167-169
97. İshida K: Prevention of the onset of congenital dislocation of the hip. In: Ando M, ed, Prevention of congenital dislocation of the hip in infants. Asahikawa, Japan Yamada Co. Ltd; 1993: 1-10
98. Yamanura T, İshida K: Recent advances in the prevention, early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip in Japan. *Clin Orthop* 1977; 167-169
99. Yurdakök K, Yavuz T, Taylor C. Swaddling and acute respiratory infections. *Am. J. Public Health.* 1990; 80: 873-875
100. Zhi L, Gaoyun H, Hui R, Shoafang: The effect of wrapped supine, unwrapped supine and prone positions on the transcutaneous oxygen tension in neonatal pneumonia. In: Noble G: Collaborative Studies on neonatal respiratory diseases in the newborn period. Geneva: WHO/MCH, March 1984; 10-14

101. Gestel JP, L'Hoir MP, Berge M, Jansen NJ, Plötz FB: Risks and ancient practises in modern times. *Pediatrics* 2002; 110: 78-81
102. Gerard CM, Harris KA, Thach BT: Spontaneous arousals in supine infants while swaddled and unswaddled during rapid eye movement and quiet sleep. *Pediatrics* 2002;110:70-76
103. Marks GA, Shaffery JP, Oksenberg A, Speciale SG, Roffwarg HP. A functional role for REM sleep in brain maturation. *Behav. Brain Res.* 1995; 69: 1-11
104. Levental M, Susic V, Rusic M, Rakic L. Rapid eye movement sleep deprivation: effect on acid mucopolysaccharides in rat brain. *Arch. Int. Physiol. Biochim.* 1975; 83: 221-232
105. Dahl RE. The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. *Semin. Pediatr. Neurol.* 1996; 3: 44-50
106. Luisada PV. REM deprivation and hyperactivity in children. *Chicago Med. Sch. Q.* 1969; 28 : 97-108
107. Patchev V, Felszeghy K, Koranyi L. Neuroendocrine and neurochemical consequences of long-term sleep deprivation in rats: similarities to some features of depression. *Homeostasis.* 1991; 33: 97-109
108. Horne RSC, Ferens D, Watts A, et al. The prone sleep position impairs arousability in term infants. *J. Pediatr.* 2001; 138: 811-816
109. Wilson CA, Taylor BJ, Laing RM, Williams SM, Mitchell EA. Clothing and bedding and its relevance to sudden infant death syndrome: further results from the New Zealand cot death study. *J. Pediatr. Child. Health.* 1994; 30: 506-512
110. Ponsonby A, Dwyer T, Gibbons LE, Cochrane JA, Wang Y. Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with the prone position. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329: 377-382
111. Giacomini SL. Hunger and motor restraint on arousal and visual attention in the infant. *Child Dev.* 1971; 42: 605-614
112. Neu M, Browne JV. Infant physiologic and behavioral organization during swaddled versus unswaddled weighing. *J. Perinatol.* 1997; 17: 193-198
113. Gerard CM, Harris KA, Thach BT. Physiologic studies on swaddling: an ancient child care practice, which may promote the supine position for infant sleep. *J. Pediatr.* 2002;141:398-404
114. Durmuş S, Çelikan T, Kural N ve ark. Eskişehir yöresinde 1987 yılında rikets tanısı alan olguların değerlendirilmesi. *Anadolu Tıp Dergisi* 1989; 1: 235-242.
115. Öztürk A, Hasanoğlu A, Vurgun N. Kayseri ve çevresinde 0-3 yaş grubu çocuklarda raşitizm görülme sıklığı. *Erciyes Tıp Dergisi* 1989; 11: 212-216.
116. Çoşkun T. D vitamini yetersizliğine bağlı rikets. *Katkı Pediatri Dergisi* 1990; 11: 369-379.
117. Hatun Ş, Pehlivan İ. Maternal D vitamini yetersizliği ve ülkemizdeki durum. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2001; 44: 306-311.
118. Andıran N, Yordam N, Özön A. The risk factors for vitamin D deficiency in breast-fed newborns and their mothers. *Nutrition* 2002; 18: 47-50.
119. Hatun Ş, Bereket A, Çalıkoğlu A.S, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel rikets. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi;* 2003; 46:3; 224 - 241
120. Hochberg Z, Bereket A, Davenport M, et al. Consensus development for the supplementation of vitamin D in childhood and adolescence. *Horm Res* 2002;58:39-51.

121. Agarwal KS, Mughal MZ, Upadhyay P, Berry JL, Mawer EB, Puliyeel JM. The impact of atmospheric pollution on vitamin D status of infants and toddlers in Delhi, India. *Arch Dis Child* 2002; 87: 111-113.
122. Hollic MF. Environmental factors that influence the cutaneous production of vitamin D. *Am J Clin Nutr* 1995; 61 (suppl): 638S-645S.
123. Özkan, B, Büyükcavcı M, Aksoy H, Tan H, Akdağ R. Erzurum'da 0-3 yaş grubu çocuklarda nötrisyonel rikets sıklığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1999; 42: 389-396.
124. Dietary reference values for food energy and nutrients for the United Kingdom. Department of Health, editor. 1991. London, HMSO. Report on Health and Social Subjects 41
125. Timur S. Türkiye'de Aile Yapısı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1972
126. Özvarış Ş.B, Oktay Koçoğlu G, Akın A; Türkiye'de akraba evlilikleri. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları
127. Ünsal H, Atılhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H; Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005; 48:226- 233
128. Ergenekon Özelei P, Elmacı N, Ertem M, Saka G. Belief and practices in relation to breast feeding among migrant mothers in slums of Diyarbakır, Turkey 2001. *The European Journal of Public Health Advance Access:Aug;2005;1-6*
129. Neyzi o, Olgun P, Kutluay T, et al. An educational intervention on promotion of breastfeeding. *Paediatr Perinatal Epidemiol*1991; 5: 286 – 298
130. Taşdelen E, Kulak K, Arvas A ve ark. Anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* 1997; 60; 450 – 539
131. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. Department Health Sciences, University of Skoude, Sweeden. *J Hum Lact* 2003; 19; 172 – 178
132. Kurugöl Z, Kusin N, Yenigün A, Özgür T. İzmir'de anne sütü epidemiyolojisi. *İstanbul Çocuk Klin Dergisi* 1994; 29: 30 – 36
133. İşcan A, Vurgun N, Ece A, Özcan F, Çelik S, Tüfekçi S. Manisa çevresinde annelerin emzirme alışkanlıkları. *İstanbul Çocuk Klin Dergisi* 1995; 30: 182 – 187
134. Erdem G, Engin H, Saraçel M, Yurdakök M, Tekinalp G. Anne sütü ile beslenme izlem çalışması. *Çocuk Sağlığı ve hastalıkları Dergisi* 1995; 38: 305 – 319
135. Das DK, Taluder MQ, Sella GE. Infant feeding practises in rural Bangladesh. *Indian J Pediatr* 1992; 59: 573 – 577.
136. Gupta A, Sobti J, Rohde JE. Infant feeding practises among patients of pediatricans and general practitioners. *Indian J Pediatr* 1992; 59: 193 – 196.
137. Lande B, Andersen LF, Baerug A, et al. Infant feeding and associated factors in first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr* 2003; 92: 152 – 161.
138. Quinn D, Newton N, Piccuch R. Effect of less frequent bathing on premature infant skin. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; Nov – Dec; 34(6): 741 – 746
139. Özkan İ, Tuzlanen bebekler; www.hekimce.com
140. Ovalı F. Bakteriyel infeksiyonlar; . Dağoğlu T, Ovalı F, Samancı N, Neonatoloji 2000;73: 679 - 707
141. A. Ramachandraich. Neonatal mastitis; *Indian Pediatrics* 2000; 27: 1021
142. Block A: The Kurdistan Cradle Story, a modern analysis of this centuries' old infant swaddling practise. *Clin Pediatr* 1966; 5: 641 - 645