

**TC
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRİMİPAR ANNELERDE YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK
ÖZYETERLİLİK ALGISI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

ÖZGE KETENCİ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2019**

Ö. KETENCİ

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019

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

**PRİMİPAR ANNELERDE YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK
ÖZYETERLİLİK ALGISI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

ÖZGE KETENCİ

**DANIŞMAN
PROF. DR. AYŞE YASEMİN KARAGEYİM KARŞIDAĞ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MAYIS
2019**

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Özge Ketenci

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Özge KETENCİ tarafından Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ' ın danışmanlığında hazırlanan **“Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi”** başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 15/05/2019 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ (Danışman)

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri

Doç. Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İTHAF

Varlıklarıyla bana her daim güç veren Sevgili Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Araştırmamın y¼r¼t¼lmesinde sabrı, desteği ve ilgisi ile yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŐIDAĒ'a,

Çalışmalarım boyunca desteğini her an yanımda hissettiğim değerli aileme ve arkadaşlarıma teők¼rlerimi sunarım.

Özge KETENCİ

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	ii
TEZ ONAYI.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Özyeterlilik	2
1.1.1. Bilişsel İşlemler.....	5
1.1.2. Güdüsel İşlemler	6
1.1.3. Duygusal İşlemler	7
1.1.4. Seçme İşlemi.....	8
1.2. Primipar Anne.....	11
1.3. Yenidoğan Dönemi ve Özellikleri	13
1.4. Yenidoğanın Beslenmesi	14
1.5. Anne Sütü	15
1.5.1. Anne Sütünün Yararları.....	17
1.5.2. Anne Sütünün Saklanması.....	18
1.5.3. Anne Sütünün Verilemediği Durumlar	19
1.6. Mama İle Beslenme.....	19
1.7. Emzirme	20
1.7.1. Emzirme Teknikleri.....	22
1.7.2. Emzirme Süresi ve Sıklığı	24
1.8. Yenidoğanın Fiziksel Özellikleri	25
1.8.1. Deri.....	25
1.8.2. Boy- Baş ve Göğüs Çevresi.....	25
1.8.3. Tartı	26
1.8.4. Vücut Isısı.....	26

1.9. Vücut Bölümlerinin İncelenmesi	26
1.9.1. Karın ve Gövde	26
1.9.2. Göğüs.....	27
1.9.3. Ekstremiteler	27
1.9.4. Sırt, Omurga ve Kalça Eklemi	27
1.9.5. Baş- Boyun Bölgesi.....	27
1.10. Yenidoğan Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar	29
1.10.1. Hiperbilirubinemi (Sarılık)	29
1.10.2. Enfeksiyon	30
1.10.3. Ağlama-Huzursuzluk.....	30
1.10.4. Kusma.....	31
1.10.5. Doğumsal Kalça Displazileri	31
1.10.6. Pamukçuk	31
1.10.7. Hipertermi.....	32
1.10.8. Gaita	33
1.10.9. İdrar	34
1.10.10. Gaz.....	34
1.10.11. Pişik	35
1.11. Göbek Bakımı	35
1.12. Yenidoğanın Giysileri	36
1.13. Yenidoğanda Genital Bölge Bakımı	37
1.14. Yenidoğanın Banyosu	38
1.14.1. Silme Banyo.....	39
1.14.2. Küvet Banyo	39
1.15. Yenidoğan Odasının Fiziki Koşulları.....	40
1.15.1. Isı – Sıcaklık	40
1.15.2. Işık.....	40
1.15.3. Ses	41
1.15.4. Yatak.....	41
1.16. Yenidoğanın Uykusu.....	41
1.17. Yenidoğana Yapılan Aşılar.....	42
1.17.1. K Vitamini	43
1.18. Geleneksel Yöntemler	43
1.19. Yenidoğanın Evde Bakımı.....	44

1.20. Postpartum Dönem Anne Psikolojisi	45
2. GEREÇ VE YÖNTEM	47
2.1. Araştırmanın Tipi.....	47
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	47
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneği.....	47
2.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	47
2.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	47
2.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	48
2.5. Araştırmanın Hipotezleri	48
2.6. Veri Toplama Yöntemi.....	49
2.7. Veri Toplama Araçları	49
2.7.1. Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi Anket Formu	50
2.7.2. Genel Özyeterlilik Ölçeği.....	50
2.8. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin	51
2.9. Verilerin Analizi	51
3. BULGULAR	53
4. TARTIŞMA.....	77
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	92
KAYNAKLAR.....	94
EK-1 ETİK KURUL KARARI	109
EK-2 KURUM İZİNİ.....	111
EK-3 GENEL BİLGİ FORMU	114
EK-4 GENEL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ.....	118
EK-5 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	119
EK-6 TELİF HAKKI İZİNİ	122
EK-7 ÖZGEÇMİŞ	123

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Olguların demografik özellikleri	53
Tablo 3.2. Annenin obstetrik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler	54
Tablo 3.3. Bebek beslenmesi durumuna göre olguların frekans dağılımları.....	55
Tablo 3.4. Annelerin bebek bakımına yönelik verileri.....	56
Tablo 3.5. Yenidoğan özelliklerine ait anne bilgi düzeyi verileri.....	58
Tablo 3.6. Yenidoğan dönemi sorunları hakkında anne bilgi düzeyine ait veriler	59
Tablo 3.7. Gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma, bebek bakımında güçlük yaşama ve aileden destek alma konusunda olguların frekans dağılımları	60
Tablo 3.8. Özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler	61
Tablo 3.9. Yaş gruplarına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	61
Tablo 3.10. Öğrenim düzeylerine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları	62
Tablo 3.11. Meslek gruplarına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	63
Tablo 3.12. Aylık gelir düzeyine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	64
Tablo 3.13. Aile tipine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları	65
Tablo 3.14. Gebeliğin planlı olup olmamasına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	66
Tablo 3.15. Doğum şekillerine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	67

Tablo 3.16. Bebeğin cinsiyetine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	68
Tablo 3.17. Doğum haftasına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	69
Tablo 3.18. Bebeğin ilk beslenme zamanına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	70
Tablo 3.19. Bebeğin beslenme şekline göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları	71
Tablo 3.20. Olguların gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında eğitim alıp almama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları	72
Tablo 3.21. Olguların bebek bakımında güçlük yaşayıp yaşamama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	73
Tablo 3.22. Olguların aile üyelerinden destek alıp almama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	74
Tablo 3.23. Doğrusal regresyon analizlerine göre özyeterlilik algısı üzerinde en fazla etkili olabileceği düşünülen faktörlerin belirlenmesi.....	75

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD : Amerika Birleşik Devleti
- ABM : Academy of Breastfeeding Medicine
- ASM : Aile Sağlığı Merkezi
- HBV : Hepatit B Virüsü
- HIV : Human Immunodeficiency Virüs (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
- HSV : Herpes Simpleks Virüs
- NSD : Normal Spontan Doğum
- OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Organizasyonu)
- TBC : Tüberküloz
- TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
- UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)
- WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu araştırma primipar annelerin temel yenidoğan bakımına yönelik özyeterlilik algısını ve bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır. Nisan - Mayıs 2018 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden 100 gönüllü primipar anne araştırmaya alınmıştır. Verilerin elde edilmesinde genel özyeterlilik ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanmış bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapılmış ve sonuçlar için $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %94'ü 18-35 yaş aralığında, %79'u ev hanımı ve %36'sı ortaokul mezunudur. Yüzde 86'sı isteyerek gebe kalmış ve %59'u normal spontan doğum yapmıştır. Annelerin %69'u yenidoğan bakımı hakkında bilgi aldığını, %60'ı bilgiyi sağlık personelinde aldığını belirtmiştir. Annelerin en çok; yenidoğan aşıları, banyosu, vücut ısısı ölçümü, pamukçuk ve sarılık gibi sorunlar ile anne sütü saklanması hakkında bilgi eksikliği olduğu bulunmuştur. Özyeterlilik toplam ölçek puanlarında ortalama 68,6, standart sapma 11,7, minimum 35,0, maksimum 85,0 bulunmuştur. Gebeliğin planlı olması yılmama algısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artırırken ($B=0,115$; %95 Güven Aralığı: 0,003 - 0,227 ve $p=0,045$); sezaryen ile doğum yapmak ($B=-0,089$; %95 Güven Aralığı: -0,168 - -0,010 ve $p=0,028$) yılmama algısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmıştır. Araştırma sonucuna göre primipar annelerin sosyodemografik özellikleri ve yenidoğan bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri, özyeterlilik algısında anlamlı bir fark yaratmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Primipar anne, yenidoğan bakımı, özyeterlilik algısı

ABSTRACT

The perception of self-efficacy in neonatal care in primipara mothers and determination of knowledge levels.

This research aimed to determine the perception of self-efficacy and knowledge levels of primiparous mothers oriented to the neonatal care was made by descriptive cross-sectional. Between April and May 2018, 100 volunteer primiparous mothers who agreed to participate in the study were included in the study. The general self-efficacy scale and the information form prepared by the researcher were used to obtain the data. Data analysis have been performed by using IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) package program and $p < 0.05$ was considered statistically significant for the results. %94 of the mothers participated in the study are 18-35 age range, %79 are housewives and %36 are middle school graduates. %86 of the participants were pregnant by intentionally and %59 of them gave normal spontaneous birth. %69 of the mothers stated that they received information about neonatal care, 60% stated that they received the information from the health personnel. It was found that mothers mostly lacked knowledge about neonatal vaccines, bath, body temperature measurement, thrush and jaundice, and storing breast milk. Self-efficacy was found on the total scale scores on an average 68.6, 11.7 standard deviation, 35.0 minimum, and 85.0 maximum. The planned pregnancy increased the perception of “Not to give up” significantly ($B = 0.115$; %95 Confidence Interval: 0.003 - 0.227 and $p = 0.045$); however Caesarean deliveries ($B = -0,089$; %95 Confidence Interval: -0,168 - -0,010 and $p = 0.028$) significantly decreased the perception of “Not to give up”. According to the results of the study, the sociodemographic characteristics of the primitive mothers and their knowledge about neonatal care did not make a significant difference in their self-efficacy perception.

Key words: Primiparous mother, neonatal care, self-efficacy perception

1. GİRİŞ

Toplumların sağlık düzeylerinin belirlenmesi, önceliklerin saptanması ve planlanan sağlık hizmetlerinin yeterliliğinin anlaşılması için ölüm, doğurganlık ve morbidite ölçütleri kullanılır. Bu ölçütler içinde özellikle bebek ve çocukluk dönemine ait olanlar önemli bir yere sahiptir. Bebek ölüm hızı gibi ölçütler toplumun ana-çocuk sağlığı düzeyini, sosyoekonomik düzeyini ve gelişmişlik düzeyini belirleyen önemli göstergelerdendir (Bilgili, 2009).

Ülkemizdeki ölçütler incelendiğinde 2017 yılında canlı doğan bebek sayısı 1 milyon 291 bin 55'dir. 15-49 yaş arasındaki bir kadının doğurabileceği çocuk sayısını ifade eden toplam doğurganlık hızı 2016'da 2,11 iken, 2017'de 2,07 olarak saptanmış ve nüfus yenilenme düzeyinin altında kalmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2018).

Bin nüfus başına düşen canlı doğum sayısını ifade eden kaba doğum hızı 2016 yılında binde 16,5, 2017 de ise binde 16,1 olmuştur (TÜİK, 2018).

Türkiye' de 2016 yılında bebek ölüm sayısı 13 bin 6, 2017 de ise 11 bin 849 olmuştur. Bin canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayısını gösteren bebek ölüm hızı dünyada 2017 yılında binde 29,3 iken, Türkiye' de 2016'da binde 9,9 ve 2017'de ise binde 9,1 olmuştur (Sağlık Bakanlığı [SB], 2018).

Türkiye'de yenidoğan (neonatal) ölüm hızı bebek ölüm hızları içinde önemli bir orana sahiptir ve bebek ölüm hızını etkileyen en önemli göstergeler ise annenin sosyodemografik özellikleridir (Aslan ve Şenol, 2006). İki bin on yedi yılda ölen bebeklerin %64,4'ü yenidoğandır; yaşamın ilk gününde ölen yenidoğan oranı %13,2, 1-6 günlükken ölen yenidoğan oranı %29,6 ve 7-29 günlükken ölen yenidoğan oranı da %21,6'dır. Türkiye' de neonatal ölüm hızı 2017'de binde 5,8 iken, dünyada 18,2'dir. Bu oran üst gelir grubu ülkelerde 2,8, orta üst gelir grubu ülkelerde 7,2 ve DSÖ Avrupa Bölgesinde ise 5,1dir (SB, 2018).

Bebek sağlığı açısından ailenin eğitim durumu, ekonomik durumu, doğum öncesi alınan sağlık hizmetleri ve doğum sureci kadar doğum sonrası sure de önemlidir. Ebeveynlerin yeni rollerine uyum sağladığı, bebeği için güvenli ortam oluşturduğu ve bakım surecinde etkili rol oynadığı bu donem, aile bağlarının güçlendiği olumlu bir sure olabileceği gibi sorun ve zorlukların yaşandığı zorlu bir sure de olabilmektedir (Vurur, Tiryakioğlu, Sevinç, Aslan ve Toker, 2007).

Literatür incelendiğinde, birçok araştırmada ebeveynlerin postpartum donemde yenidoğan bakımında çeşitli sıkıntılar yaşadıkları ve bilgi gereksinimine ihtiyaç duydukları görülmüştür (Başer, Mucuk, Korkmaz ve Seviğ, 2005; Doğan, 2007). Primipar annelere verilen düzenli eğitimlerle yenidoğan bakımı konusundaki bilgi düzeylerinin artmasının kaygı ve endişelerinin azalmasında önemli rol oynadığı saptanmıştır (Yıldız, 2003).

Bu alışma, primipar annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini ve zyeterlilik algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları, annelerin temel yenidoğan bakımındaki eksik bilgi ve yanlış davranışlarını belirleyip sağlık hizmetleri kapsamında gerekli eğitimlerin planlanması açısından önem taşıyacaktır.

1.1. Özyeterlilik

Sosyal ğrenme kuramının temelini oluşturan zyeterlilik inancı Bandura tarafından geliştirilmiştir. Bu inana göre, kendi becerilerine güvenen bireyler sosyal öğrenme kuramı kapsamında mevcut bilgi ve yeterliliklerini en etkili şekilde kullanabilirler. Bandura zyeterlilik kavramını; “kişilerin verilen görevleri gerçekleştirmeleri için gerekli olan eylemleri örgütleme ve yerine getirme konusundaki kapasitelerine olan inançları” şeklinde açıklamış ve bu alanda çalışmalar yapmıştır (Bandura, 1994). Özyeterlilik inancının insan davranışları üzerindeki etkisini tıp, psikoloji, eğitim, işletme, uluslararası ilişkiler gibi değişik alanlarda yapılmış çalışmalarda desteklemektedir (Bandura, 1994; Randhawa, 2004; etin, 2011; şahin ve Gürbüz 2012).

Özyeterlilik inancı, gösterilen gayret üzerinde etkilidir ve özyeterlilik ile ortaya konulan çaba arasında doğru bir orantı vardır (Bandura, 1986; Stajkovic ve Luthans, 1998). Özyeterlilik geliştikçe kişinin performansı da artış gösterir. Bandura, kişinin göstereceği performansa olan inancının; ortaya koyacağı gayreti, sorunlarla başa çıkarken gösterdiği çaba düzeyini ve başarısız durumlar sonrasında geri toparlanma süresini belirlediğini vurgular. Yani özyeterlilik inancı ne kadar fazlaysa, gayret o kadar çok ve olumsuz deneyimler sonrası toparlanma o kadar çabuk olacaktır (Wood ve Bandura, 1989).

Özyeterlilik inancının bireylerin verilen bir göreve yönelik ortaya koyduğu performansla ilişkisini araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğunda özyeterlilik inancının, performansı önemli düzeyde etkilediği belirtilmiştir. (Bush, 1995; Hidi ve Boscolo, 2006; Kotaman, 2008). Stresle baş etme, yeni teknolojilere uyum sağlama, problemleri çözebilme ve başarma gibi alanlardaki sonuçlar da özyeterlilik inancının performansı etkilediğini destekler niteliktedir (Campbell ve Hackett, 1986; Wiedenfeld vd., 1990). Stone tarafından yapılmış olan bir çalışmada, özyeterliliği fazla olan kişinin yeteneklerine olan inancının da yüksek olduğu ve verilen görevi yerine getirirken yeteneklerinin çok azını kullandığı görülmüştür. (Stone, 1994). Düşük özyeterliliğe sahip olan bireylerin ise daha istekli oldukları ve daha fazla çaba sarf ettikleri sonucuna varılmıştır. Bandura ve Jourden tarafından yapılan araştırmalarda, bireyin yeteneklerine aşırı güvenmesi halinde kendisinden beklenen performansı göstermedeki çabasının yeterli olmadığı saptanmıştır (Bandura ve Jouden, 1991).

Özyeterlilik kavramı değişkendir, kişiye göre şekillenmiş olsa da her konuda aynı düzeyde değildir. Kişilerin özyeterliliği devamlı değişkenlik gösteren şartlara uygun biçimde şekillenir. Bu nedenle aynı becerilere sahip kişiler becerilerini ortaya koyarken gösterdikleri performanslarına göre kıyaslandığında farklılıklar görülebilecektir. Özyeterliliği düşük bireyler karşılaştıkları pek çok durum karşısında kendilerini yeterli bulmayacaktır (Wood ve Bandura, 1989). Gawith, kişinin bir işi yapabileceğine dair özyeterliliği yetersiz ise, o işi yapabilecek kapasitede olsa bile yapamama durumunun söz konusu olduğunu belirtmiştir (Gawith, 1995).

Sosyal öğrenme kuramına göre, bireylerin özyeterlilik inançları davranışlarında önemli rol oynar. Özyeterlilik, önce kişilerin belirli bir davranışta başarılı sonuçlar elde etmeye olan inançları şeklinde tanımlanırken daha sonra kişilerin karşılaştıkları olaylar karşısında güdüsel, davranışsal ve bilişsel kaynaklara ve bu kaynakları kullanabilecek yeterlilikte olduklarına olan inançları şeklinde tanımlanmıştır (Bandura, 1977; 1986). Ford'da özyeterlilik kavramını, kişinin görev veya durum bağlantılı yeterliliğe olan inancı şeklinde tanımlarken sonrasında kişilerin karşılaştıkları durumlar karşısında gösterecekleri davranışlara olan inançları olarak belirtmiştir (Ford, 1992). Bir başka önemli nokta bireylerin var olan yetenekleri ile yeterlilik inançlarının değişkenlik gösterebilmesidir. Diğer bir ifadeyle birey, karşısına çıkan bir görevin üstesinden gelebilecek kapasitede olsa da bu görevi yapabileceğine olan inancı yeterli olmayabilir. Böyle bir durum karşısında birey aslında başarılı olabileceği bir işte başarısızlıkla karşılaşacak ya da bu işi gerçekleştirmek için bir çaba sarf etmeyecektir (Özerkan, 2007). Tam tersinde ise bireyin özyeterliliği fazla ancak kapasitesi yetersiz olabilir. Bu durum işe girişmek için kişiyi harekete geçirebilse ya da başarıma şansını artırabilse de başarıyı kesinleştirmemektedir (Bandura, 1977).

Özyeterlilik kişilerin sergiledikleri davranışlarda önemli bir etkidir (Schunk, 1990). Kişi verilen görevleri yerine getirirken kendisinin yeterli olduğunu ve kontrolün kendisinde olduğunu gördüğünde o görevi yerine getirmede daha azimli davranmakta ve daha çok çaba sarf etmektedir (Eaton ve Dembo, 1997; Sharp, 2002).

Pajares'e göre ise özyeterlilik inancı, kişinin bir işi yaptıktan sonra o işe yönelik yeterlilik duygusunun ve daha sonra benzer bir durumda başarılı olabilmek için becerilerine olan inancının arttırmasıdır. Bir başka deyişle, kişinin verilen bir görevde başarılı performans sergilemesi daha sonra benzer bir görevde de başarılı olmasını sağlar. Kişilerin kendi becerilerine olan güvenleri hangi konuda ne kadar başarılı olabileceklerini belirlemede önemli bir rol oynar (Pajares, 1996).

Özyeterlilik ve özgüven kavramsal olarak aynı gibi görünse de birbirinden farklı kavramlardır (Mutlu, 2003). Özyeterlilik, bireylerin karşılaştıkları bir durum karşısında kendisine olan inancıdır (Bandura, 1977). Özgüven ise, bireylerin hayatlarını sürdürürken karşılaştıkları görev ve aldıkları sorumlulukları başarılı bir

şekilde tamamlayarak, hayatlarını başarılı ve mutlu bir şekilde devam ettirmesidir. Bir diğer farklılık ise özyeterlilikte yeni durumlarla karşılaşıldığında edinilen bilgi ve beceriler devamlı gelişen bir konumdayken; özgüven duruma bağlı olarak değişkenlik göstermez, sabittir (Lunenburg, 2011). Özyeterlilik, özgüvenin dinamik bir versiyonu olarak ifade edilmiştir (Redmond, 2015). Özgüven, bireyin kişisel ve karakteristik özelliklerine göre kendi öz değerlendirmesidir. Özyeterlilik ise belirli bir olay ya da durumla ilgilidir. Bireylerin özyeterlilik inancı bir durum karşısında yüksek iken farklı bir durum karşısında düşük olabilir. Özgüveni ise kişinin sahip olduğu özyeterlilik inancı değiştiremez (Mutlu, 2003).

Kişinin özyeterliliği, yeterlilik seviyesinden ziyade yeterlilik seviyesine olan inancıdır (Bandura, 1995). Olaylar karşısında olması gereken tutumlardan ziyade bireyin kendi inançlarına dayanan tutum ve davranışları benimsediğini ifade etmektedir. Kişiler var olan bilgi ve becerilerini var olandan fazla ya da az olarak kabul edebilir, yeterliliklerini yanlış değerlendirerek durumlarını küçümseyebilir ya da büyütebilirler. Kişilerin yeterlilik düzeylerini olduğundan az algılaması mevcut bilgi ve performanslarını yeteri kadar kullanmasını olumsuz etkilerken; yeterlilik düzeyini olduğundan fazla algılaması bazen performansını olumlu yönde etkileyebilir (Bandura, 1995; Tschannen-Moran, Woolfolk Hoy ve Hoy, 1998).

Özyeterlilik kavramının bazı belirleyicileri vardır. Bunlar; bilişsel işlemler, güdüsel işlemler, duyuşsal işlemler ve seçme işlemlerdir.

1.1.1. Bilişsel İşlemler

İnsan davranışlarının büyük bir kısmı daha önce düşünülüp şekillendirilerek planlanmıştır. Kişinin mevcut beceri ve yeteneklerine göre başarabileceğini düşündüğü hedeflere yönelik inançları kişiyi başarı yolunda olumlu etkiler. Kişi bazen var olan bilgi ve donanımlarına yeteri kadar inanmayarak iş hayatında da kendisini engelleyebilir. Yüksek özyeterliliğe sahip insanlar ise büyük hedefler ile başarı yolunda ilerlerler. Yüksek özyeterlilik algısı aslında kişilerin önceden edinmiş oldukları başarı tecrübeleridir. Başarı her zaman özyeterliliğin artmasında rol oynarken, başarısız deneyimler ise özyeterlilik inancını düşürebilir. Devamlı yaşanan

başarısızlıklar yeterlilik inancının daha da zayıflamasına yol açar, ancak birey sağlam özyeterlilik algısına sahip ise başarılı olamama, hedeflere ulaşamama gibi durumlarda bile kişinin özyeterlilik inancı zayıflamaz (Feltz ve Landers, 1983; Bandura, 1986; Wood ve Bandura, 1989; Bandura, 1995; Tschannen-Moran ve Woolfolk Hoy, 2002).

İnsanların yaşadıkları olumlu veya olumsuz deneyimler özyeterlilik inançlarını değiştirebilir. Betz ve Hackett (1986) özyeterlilik algısının artmasında verilen bir görevde başarılı olunması, özyeterlilik beklentisinin zayıflamasında da başarısızlığın rolü olduğunu belirtmiştir. Campbell ve Hackett (1986) 'ın üniversite öğrencilerinde yürüttüğü bir araştırmada, verilen bir görevde başarılı olan öğrencilerin o göreve ilgilerinin arttığı ve özyeterliliklerinin de geliştiği görülmüştür. Karşılaşılan olumsuz durumlar karşısında özyeterlilik algısı sağlam kişiler etkilenmezken özyeterlilik algısı zayıf olan bireylerin özyeterlilik algısı daha da düşebilmektedir (Tschannen-Moran vd., 1998; Hall ve Ponton, 2002; Öcel, 2002).

Özyeterlilik becerilere yönelik düşüncelere de etki eder. Zayıf yeterlilik algısına sahip insanlar beceri ve kapasitelerine yönelik karamsar düşüncelere kapılırken, yeterlilik algısı yüksek insanlar kapasitelerine yönelik pozitif düşüncelere sahiptir (Öcel, 2002).

Leithwood özyeterlilik ve özyeterlilik algısı arasındaki farka değinerek, özyeterliliğin insanların becerilerine, performansına bağlı olduğunu ancak yeterlilik algısının ise insanın gerçek becerilerini ve gerçekleştirdiği performansını yansıtmadığını belirtmiştir (Leithwood, 2007). İnsanların verilen görevlere yönelik kapasitesine inancı yüksek olabilir fakat ortaya çıkan sonuçta kişinin becerileri yetersiz kalabilir ya da tam bu durumun aksi de görülebilir.

1.1.2. GÜDÜSEL İŞLEMLER

Bireylerin güdülenme seviyelerinde özyeterlilik inancı önemlidir. Bandura'ya (1995) göre, kişiler karşılaşılan bir durumda gerçekleştirebileceklerini analiz edip ona göre kendilerini güdüleyerek, belirledikleri hedefler doğrultusunda başarılı olmak için performans ortaya koyarlar ve sonucu değerlendirip gösterecekleri gayret düzeyi için bilgi sahibi olurlar. Yeterlilik algıları fazla olanlar pozitif sonuçlar elde etmek için

üstün gayret sarf ederken, yeterlilik algısı fazla olmayan kişiler güçlüklerle yüz yüze geldiklerinde kolayca pes edebilirler. Kişilerdeki özyeterlilik düzeyi, olumlu ya da olumsuz sonuçların yorumlanmasında etkilidir. Özyeterlilik düzeyi yüksek olan kişiler olumsuz sonuçları yetersiz gayret sarf etmelerine veya değişken faktörlere (çevresel) bağlarken, özyeterlilik seviyesi düşük olan kişiler ise olumsuz sonuçları kendi kapasitelerinin yetersizliği gibi değiştirilemez nedenlere bağlamaktadır (Bandura ve Cervone, 1983; Cervone ve Peake, 1986).

1.1.3. Duygusal İşlemler

Özyeterlilik insanların tehlikeli durumları farketmesini ve bu durumları değerlendirmesini etkiler. Yaşadığı çevreyi önlenemez tehlikelerle dolu algılayan bir kişi etrafındaki her şeyi tehlikeli ve korkunç olarak nitelendirir. Böyle düşünen insanlar yetersizliklerine odaklanır ve yaşanma ihtimali az olan tehlikeleri abartırlar. Bireylerin sahip oldukları özyeterlilik onların verimlilik düzeylerini etkilediği gibi tehlikeli olaylar karşısında bireyin gösterdiği stres ve kaygı düzeyine de etki eder. Özyeterlilik düzeyi yüksek olmayan kişilerin ilk karşılaşılan olumsuz durumda karamsarlığa kapılma ve buna bağlı olarak ilerde karşılaşacakları benzer durumlar karşısında başarısız olma düşünceleri fazladır. Özyeterliliği yüksek kişilerde ise, stres ve kaygı ile baş edebileceklerine dair inanç daha fazladır ve kolay kolay kaygı, stres yaşamazlar (Bandura, 1988).

Kavanagh ve Bower (1985) kişilere daha önce yaşamış oldukları olumlu ve olumsuz deneyimlerini anımsatarak oluşan duygu durumlarının özyeterlilik üzerine etkisini gözlemlemişlerdir. Olumlu duyguların yeterlilik inancını yükselttiği, olumsuz ve karamsar yaklaşımların ise yeterlilik inancını azalttığı saptanmıştır. Bandura'ya göre de insanların olumlu ya da olumsuz yaklaşımları karşılaştığı durumlar karşısında gösterecekleri davranışları belirlemektedir (Bandura, 1995).

Stresli kişilerin özyeterlilik inançları, tutum ve davranışları üzerinde etkilidir; negatif durum yaşayacağını algılayan insanlar kendini rahatsız, tedirgin ve kaygılı hisseder. Sosyal öğrenme kuramında yeterlilik algısı, olumsuz çevre koşullarının üstesinden

gelmede önemli bir parametredir. Literatür yeterlilik algısının kaygı ile baş etmede önemli bir yere sahip olduğunu desteklemektedir (Bandura, 1982; 1986).

1.1.4. Seçme İşlemi

Kişilerin özyeterlilik inançları, kendisi için elverişli çevresel ortamları ayırt etmesinde rol oynar. Kişiler bilgi ve becerilerine göre başarılı olabileceklerini düşündükleri görevleri gerçekleştirmede daha istekli olurken, olumsuz sonuçlar elde edeceklerini düşündükleri eylemleri yapmaktan çekinirler, hevesli değildirler ve başarısızlık odaklıdır. Bu kişilerin olumsuz bir deneyim sonrası özyeterliliklerini yükseltmek zordur. Bu durum kişileri psikolojik olarak olumsuz etkileyerek kaygı, stres ve depresyona neden olabilir (Bandura, 1982; 1986; 1995). Özyeterlilik inancının yüksek olması kişilere kapasitelerinde artma, kendilerine güven ve güçlüklerle başa çıkma davranışları kazandırır. Verilen görevlerde amaca ulaşmaya yönelik çaba sarf ederler, güçlükler karşısında daha çok direnirler. Olumsuz sonuçlar sonrasında da özyeterlilik inancını hızlıca geri kazanırlar (Bandura, 1995).

Özyeterlilik insan davranışlarında da önemlidir; Bandura kişinin yeteneklerine olan inancının davranışlarıyla beraber güdülenmesi ve başarılı olmasını belirlediğini öne sürmüştür (Bandura, 1986). Pajares, kişilerin belirledikleri hedeflere ulaşamayacaklarını anladıklarında ya da bir işte kendilerine güvenmediklerinde o işe girmekten kaçınmalarının doğal olduğunu ifade etmiştir (Pajares, 2002). Bandura, insanların yapabileceklerine inandıkları işleri yapmak için hevesli olduklarını, becerilerine güven duymadıklarında ise çaba sarf etmediklerini ve kolayca pes etmeye yatkın olduklarını belirtmiştir (Bandura, 1986).

Özyeterlilik büyük ölçüde kişinin sahip olduğu yetenekleriyle ilişkilidir. Fakat bireyin sergilemiş olduğu davranışları belirleyen tek etmenin özyeterlilik olduğu ve bir görevi yerine getirebilmek için yüksek özyeterliliğe sahip olmanın yeterli olduğu düşünülmemelidir. Davranışlar özyeterlilik inancı ile gelişir ancak direkt özyeterlilik ile oluşmazlar (Pajares, 2002).

Sonuçta, bireylerin davranışları aslında neleri başarmaya yatkın olduklarından ziyade, performanslarına ve yeterlilik düzeylerine olan inançları ile şekillenir. Bu da, insanların sergiledikleri davranış ve tutumların neden sahip oldukları beceri ve yeteneklerle örtüşmediğini ve benzer yeteneklerde olmalarına rağmen başarı sonuçlarının neden benzer olmadığını açıklamaktadır. Kişi bilgi ve yetkinliğe sahip olsa da onu etkili değerlendiremeyebilir. Bu sebeple aynı yetenekteki insanlar, farklı durumlarda aynı performansı gösteremeyebilir (Bandura, 1983; Pajares, 2002).

Özyeterlilik yeterlilik ve sonuç beklentisi olmak üzere iki beklentiden oluşur. İnsanların bir durum veya davranış karşısında yapabileceklerine olan inancı yeterlilik beklentisidir. Sonuç beklentisi ise gerçekleştirilen durumların olası sonuçlarına yönelik beklentileridir. Kişilerin sahip oldukları yeterlilik duygusuna olan inancı ile diğer insanların onların yeterlilik duygusuna olan inancı aynı olmayabilir. Bu bize özyeterliliğin objektiflikten çok subjektif bir durum olduğunu gösterir (Bandura, 1986; 1997).

İnsanların yeterlilik inançları pekişirken çevresindeki kişilerin reaksiyonlarından da etkilenir. Bu sıklıkla kişinin mevcut performansını diğer insanların eleştirilmesiyle gerçekleşir. Kişinin bir işin üstesinden gelecek bilgi ve tecrübeye sahip olduğu şeklinde çevresinden aktarılan bir değerlendirmenin yeterlilik inancına etkisi çok azdır. Ancak bu değerlendirme bireyin o işi yaparken ortaya koyacağı çabayı pozitif yönde etkiler. Yapılan negatif analizler ise yeterlilik inancını azaltıcı etki gösterir. Olumlu yaklaşımların özyeterliliği pekiştirmesinin negatif analizlerin özyeterliliği azaltmasından daha zor olduğu belirtilmiştir (Bandura, 1986; Pajares, 2002).

Kişiler yeteneklerini analiz ederken fiziksel ve duygusal durumlarını da göz önünde bulundururlar. Bir konu veya bir durum karşısında bireyin tecrübe ettiği coşku, stres, korku gibi duygular durumun olumlu mu olumsuz mu sonuçlanacağı hakkında bir fikir sahibi olmasına olanak sağlar (Bandura, 1986).

Kişiler bazı davranışlarının hedefledikleri sonuca kendilerini ulaştıracağını düşünebilirler, ancak bu davranışları gerçekleştirmek için inançları yeterli olmayabilir. Örneğin, anne yenidoğan için en uygun besinin anne sütü olduğunu biliyordur ancak verdiği sütün bebeğine yeterli olup olmadığından emin olamıyorsa ikilemde kalır

takviye besinlere başvurabilir. Halbuki anne yeterli özyeterliliğe sahip olup emzirmeyi sürdürme davranışının onu istediği sonuca ulaştıracağına inanırsa emzirme sürecinde istediği başarıyı elde etmiş olacaktır (Dennis, 1999).

Annelerin emzirmeye yönelik özyeterlilik inançları dört faktörden etkilenir;

- 1- Annenin daha önceki tecrübeleri,
- 2- Annenin kendine aldığı rol modeller,
- 3- Etrafındaki insanların emzirmeye yönelik motivasyonu,
- 4- Annenin ruhsal sağlık durumudur.

Doktor, ebe ve hemşireler annenin özyeterlilik inancını pekiştirmede bu dört kaynağı da değerlendirmelidir (Dennis, 1999; Blyth, Creedy ve Dennis, 2002).

Annenin emziren başka anneleri rol model olarak alması ya da kendisiyle kıyaslamalar yapması normaldir. Doğru örneklerle karşılaşması özyeterlilik inancını pozitif yönde etkileyecektir (Bandura, 1994). Anneler sadece çevresinde gördüğü başka annelerden değil, televizyon, internet, gazete, kitaplardan da etkilenebilirler. (Arlotti, Cottrell, Lee ve Curtin, 1998; Dennis, 2002; Bandura, 2004). Anneler çoğu zaman etrafındaki insanların eleştirileri ya da motive edici sözleriyle karşılaşır. Olumlu, destekleyici cümleler annelerin her zaman psikolojilerini olumlu yönde etkilemiştir. Bandura bu konuda inancı güçlendirmek amacıyla verilen desteğin, gerçeğe dayalı ve inandırıcı olması gerektiğini vurgulamıştır (Bandura, 1998). Anneye verilen pozitif destek annenin ruhsal durumunu etkileyerek güven ve rahatlama hissi oluşmasını sağlayacaktır. Psikolojik açıdan kendini rahat hissetmeyen annede gerginlik, stres gibi süt oluşumunu olumsuz etkileyen faktörler ortaya çıkar (Dennis, 1999). Bu nedenle, annelerin emzirme konusunda sağlık çalışanları, ailesi ve yakınları tarafından desteklenmesi emzirmede başarı sağlanmasında önemli rol oynar (Arlotti vd., 1998; Dennis, 2002).

Sonuç olarak; özyeterlilik inancı zayıf olan kişiler kendilerine güveni olmadığı işleri yapmaktan kaçınırlar, çaba ve gayretleri de çok azdır. Zorluklarla mücadele edememe ve başarılı olamamaları sonucu yaşayacakları olumsuz durumlara odaklanarak yaşarlar. Belirledikleri hedeflere ulaşamayıp negatif sonuçlar elde ettiklerinde bu

durum özyeterlilik inançlarının düşmesine neden olur, çünkü olumsuz sonucu kapasitelerinin yetersiz olmasına bağlarlar. Zorlu durumlar karşısında yeterli gayreti gösteremeyerek kolayca vazgeçerler ve tekrar çabalamazlar. Yeterlilik inancı yüksek kişilerde bu durum tam aksi yönde gerçekleşir. Güç durumlar onlar için başarısızlık anlamı taşımaz ve bunu güç durumlar karşısında yapması gereken davranışları öğrenmek için bir fırsat olarak değerlendirir ve güçlüklerle nasıl baş edeceğine odaklanırlar. Olumsuz sonuçlar onlar için pes etmek, vazgeçmek değil; çabalamak, öğrenmek ve başarmak için inanmaya devam etmektir (Bandura, 1986; 1997).

Literatürde sıkça tercih edilip kullanılan Genel Özyeterlilik Ölçeği Sherer vd. (1982) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin özgün hali 23 maddeden oluşmaktadır. Özgün şekliyle 14 dereceli olan ölçek daha sonra beş dereceli Likert tip ölçeğe dönüştürülmüştür. Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından ölçeğin Türkçe çevirisi üzerinde çalışılmıştır. Özalp Türetgen (2005) tarafından ölçek maddeleri 19'a düşürülmüştür. Bu yeni haliyle ölçeğin özgün şekline benzerlik göstermediği ve ölçekteki bazı maddelerin içinde buldukları faktörlerle uyum sağlamadığı anlaşılarak 17 maddeden oluşan Genel Özyeterlilik Ölçeği üzerinde çalışılmasına karar verilmiştir. Farklı gruplar tarafından yapılan çalışmalar sonrasında görüş birliği sağlanan maddeler alınmış, görüş birliği olmayan maddeler için ise çoğunluğun onayladığı şekli kabul edilmiştir. Böylece son halini alan ölçek için Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Yıldırım ve İlhan, 2010).

1.2. Primipar Anne

Annelik, kadınların yaşamlarında yeni ve farklı bir süreçtir ve beraberinde yeni sorumlulukları da getirmektedir (Çalışır, 2003; Gölbaşı, 2003). Annelerin tüm bu sorumlulukların üstesinden gelebilmesi için özel bilgi ve beceriye ihtiyacı vardır (Çalışır, 2003). Araştırmalar, primipar annelerin bilgi ve deneyimlerinin daha az olduğunu göstermiştir. Bebek bakımında daha fazla güçlük yaşadıkları ve daha fazla bilgi ve beceriye gereksinim duydukları saptanmıştır. Yeterli bilgi ve deneyimi olmayan primipar annelerin kaygı ve endişe düzeyleri de daha yüksek bulunmuştur (Cronin ve McCarthy, 2003; Başer vd., 2005). Bu nedenlerle primipar anneler yeni

rollerine uyum sağlayabilmeleri için desteklenmelidir (İşler, 2007; Kavlak ve Şirin, 2007).

Postpartum dönemdeki primipar anneler, öz bakım ve yenidoğan bakımı hakkındaki bilgi ve becerilerin yanında özgüven gelişimine de ihtiyaç duymaktadırlar (Altuntuğ ve Ege, 2013). Bu süreç, ebeveynlerin bebek bakımı ile ilgili bilgi ve deneyim kazanmalarının yanı sıra yenidoğan bebeklerine karşı sorumluluk duygusunun da geliştiği bir süreçtir (Cronin ve McCarthy, 2003; Başer vd., 2005).

Doğumdan önce anne ile başlatılan iletişim doğumdan sonra da sürdürülmelidir (Dağoğlu ve Görak, 2008). Çünkü doğumdan sonraki ilk günler ve ilk yıl içerisinde sağlık profesyonelleri tarafından verilen destek annenin özgüveninin gelişmesinde büyük rol oynamaktadır (Razurel, Schweitzer, Dupanloup, Irion ve Epiney, 2011; Yıldız ve Akbayrak, 2014). Primipar annenin; yenidoğanın anormal durumlarını anlayamaması, yenidoğanın ihtiyaçlarını giderme ve yenidoğan bakımı konusunda yetersiz kalması, gebelik ve doğuma bağlı vücudundaki fizyolojik değişimleri sürece uyum sağlamasını olumsuz etkileyebilir. Bunların yanında yorgunluk, sosyal çevreden soyutlanma, yakınlarından yeterli destek alamama ve ilginin bebeğe yönelmesi ile eşiyle ilişkilerindeki sıkıntılar sonucunda da sürece uyum sağlamasını olumsuz etkilemektedir (Aston, 2002; Bowman, 2005; Wiegers, 2006; Weiss, Fawcett ve Aber, 2009).

İlk kez anne olan bir kadında bebeğinin büyüme ve gelişimi, onun gereksinimlerini anlayabilme ve karşılayabilmesi memnuniyet duygusunu artırmaktadır. Bunun aksine yaşanan kaygı, bebeğin olumsuz durumları, ev içinde yaşanan sorunlar annelik rolünden memnun olmayı azaltmaktadır (McKellar, Pincombe ve Henderson, 2006; Darvill, Skirton ve Farrand, 2010).

Yapılan araştırmalarda postnatal dönemde düzenli danışmanlık hizmeti alan primipar annelerin bebek bakımı bilgi ve becerilerinin geliştiği, kaygı ve endişe düzeylerinin de azaldığı ve annelik duygusunun pozitif yönde etkilendiği gözlenmiştir (Zwelling ve Philips, 2001; Yıldız, 2003).

1.3. Yenidoğan Dönemi ve Özellikleri

Yenidoğan dönemi doğumu izleyen ilk 28 günü kapsar. Yenidoğan döneminin ilk 7 gününe “erken yenidoğan dönemi”, 7 ile 28. günler arası döneme ise “geç yenidoğan dönemi” denilmektedir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkım, 2005; Datta, 2009; Güner, 2009).

Gebelik dönemi son menstrüel siklustan itibaren 280 gün veya 40 haftalık zaman dilimini kapsar. Miadında (termde) doğan yenidoğan, gebeliğin 37. haftasından sonra doğar (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkım, 2005; Görak, 2008a). Preterm yenidoğan ise 37. gebelik haftasının öncesinde doğandır; 42. haftadan sonra doğanlar ise postmatür olarak adlandırılır (Johnson, 2012).

Yenidoğanlar gebelik yaşı veya doğum kilosuna göre sınıflandırılmaktadır. Gebelik yaşına göre yenidoğanların sınıflandırması;

Appropriate For Gestational Age (AGA) = Doğum kilosu gebelik yaşına göre 10. ile 90. persantilin arasında olan yenidoğanlardır.

Small for Gestational Age (SGA) = Doğum kilosu gebelik yaşına göre 10. persantilin altında olan yenidoğanlardır.

Large For Gestational Age (LGA) = Doğum kilosu gebelik yaşına göre 90. persantilin üzerinde olan yenidoğanlardır.

Doğum ağırlığına göre yenidoğanların sınıflandırması;

Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (LBW) = Doğum kilosu 2500 gr altında olan yenidoğanlardır.

Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (VLBW) = Doğum kilosu 1500 gr altında olan yenidoğanlardır.

Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (ELBW) = Doğum kilosu 1000 gr altında olan yenidoğanlardır (Güner, 2007).

Yenidoğanın dünyaya gelmesi ebeveynlerin hayatındaki en önemli anlardan birisidir. Fetal yaşamdan bir anda ekstrauterin yaşama geçen bebek için dış dünyaya uyum çok önemlidir ve yaşamın ilk dakikalarındaki yaklaşımlar yenidoğan açısından hayati önem taşımaktadır (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Ertuğrul, 2007; Datta, 2009). Yenidoğan bebeğin çevreye daha kolay uyum sağlayabilmesi için uygun oda ısısında olması, ilk yarım saat içinde anne sütü alması, enfeksiyonlardan korunabilmesi, ebeveyn ile bebek ilişkisinin kurulması oldukça önemlidir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Ertuğrul, 2007; Datta, 2009; Oruç ve Öztürkler, 2013).

Yenidoğan bakımı; vücut ısısının korunması, solunumun sürdürülmesi, kanamanın önlenmesi (K vitamini uygulanması), enfeksiyonlardan korunması, göz ve ağız bakımı, göbük bakımı, genital bölge bakımı, banyosu, giydirilmesi, ebeveynlerle olan bağın kurulması ve anne-babanın bilgi eksikliklerinin giderilmesini içermektedir (Arsan ve Atasay, 2004; Çavuşoğlu, 2004a; Bebiş, 2005; Perk, 2005; Taşkın, 2005; Datta, 2009).

1.4. Yenidoğanın Beslenmesi

Yenidoğan beslenmesi temel olarak, besin gereksinimlerinin karşılanması ve büyümenin sağlanması amacıyla yöneliktir. Besin gereksinimi; gebelik yaşı, doğum ağırlığı, beslenme şekli, hastalıklar ve tedavilerinin yarattığı metabolik değişikliklere göre değişmektedir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Doğumdan sonra annenin yarım saat içinde bebeğini emzirmeye başlaması gereklidir. Sezaryen doğum yapan anneler kendine geldiğinde mutlaka emzirme süreci başlatılmalıdır. Emzirmeye erken başlanması hem bebeğin emme isteğinin gelişmesi hem de annenin süt salgılamasının başlaması için önemlidir. Doğumdan sonraki ilk günlerde anneden gelen süt (kolostrum) çok kıymetlidir ve bebeğin ilk aşısı niteliğindedir. Bu süt bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirerek onu mikroorganizmalardan koruyacaktır (Oruç ve Öztürkler, 2013).

Beslenme saatleri bebeğin isteğine göre değişiklik gösterebilir. İlk günlerde salgılanan anne sütü bebek için yeterli gelmeyebilir ancak sık sık emzirilerek süt salgısı

arttırılmalıdır. Sağlıklı ve zamanında doğmuş yenidoğanlar için gerekli günlük kalori miktarı 110 kcal'dir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Anne sütü ilk bir yıl bebekler için en önemli ve en iyi besin kaynağıdır (Carey ve Rayburn, 2003; Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Ertuğrul, 2007; Osborn, Dewitt, First ve Zenel, 2007; Samur, 2008; Datta, 2009). Birçok ülke tarafından imzalanmış olan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde, "anne sütü ile beslenme" nin en temel çocuk haklarından biri olduğu belirtilmiştir (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2004). Dünyadaki birçok kuruluş anne sütü kullanımını önermektedir, ülkemizde de bu konuda yoğun çalışmalar yapılmaktadır (Köksal ve Özel, 2008; Stuebe, 2009).

WHO (World Health Organization) ve UNICEF tarafından 1991 yılında emzirme oranlarının düşmesi ve 0-1 yaş arası ölümlerin artmasına yönelik; annelere emzirme ve anne sütü konusunda doğru aktarımlar yapabilmek, yanlış alışkanlıkları elimine etmek ve doğum hizmetleri veren hastanelerde emzirmenin özendirilmesi ve annelere doğru yöntemleri kazandırmak amacıyla "Bebek Dostu Hastaneler Girişimi" başlatılmıştır (UNICEF, 2002).

1.5. Anne Sütü

Anne sütü, bebeğin ihtiyaç duyduğu tüm besin öğelerini içermesi ve enfeksiyonlara karşı koruyucu özellikleri ile tek fizyolojik bebek besinidir (Cinaz ve Okumuş, 2006).

Doğumdan sonraki ilk günlerde bebeğini emziremeyen anneler ilk 24 saatten itibaren laktasyonun başlaması için memelerini sağmalıdırlar. İlk iki hafta boyunca yenidoğan 2-3 saat aralıklarla emzirilmeli ve gece de benzer şekilde beslenme sürdürülmelidir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Annelerin sütü bebeğinin ihtiyaçlarına özeldir; örneğin erken doğum yapmış annelerin sütü prematür bebeğin büyüme gelişmesini hızlı bir şekilde tamamlamasına yardımcı besin öğelerinden zengindir. Bu nedenle ek bir gıdaya ihtiyaç yoktur (Oruç ve Öztürkler, 2013).

Anne sütü alan ve yeterli beslenen yenidoğanların bezi günde en az 6 kez idrarla ve 3-4 kez de gaita ile kirlenmelidir. Yenidoğan dördüncü güne kadar koyu renkli idrar veya az, koyu yeşil renkte gaita yapmaya devam etmiş ise bu durum bebeğin yetersiz anne sütü aldığı ve doymadığının göstergesidir (Osborn vd., 2007).

Anne sütü vitamin A ve C' den zengin içeriğe sahip iken vitamin D açısından zengin değildir (Rudolph, Kamei ve Overby, 2003).

WHO doğumdan sonra ilk 6 ay sadece anne sütü alan bebeklerin yaşama daha iyi başlangıç yaptıklarını belirtmiştir. WHO anne sütünün; bebeğin sağlıklı büyümesi ve beyin gelişimi için ihtiyaç duyulan her şeyi sağladığını ayrıca solunum yolu enfeksiyonları, obezite, astım ve diyabet gibi yaşamı tehdit eden hastalıklardan bebeği koruduğunu belirtmektedir. WHO' nun 2025 yılına kadar gerçekleştirmeyi hedeflediği "Emzirme Hedefleri" nin amacı ilk 6 aydaki emzirme oranını %50'ye çıkarmaktır. Bu kapsamda önerilen eylemler;

- Anne sütü yerine kullanılan ürünlerin pazarlamasını sınırlandırmak,
- Sınırlandırılan uluslararası pazarlama mevzuatlarını uygulamak,
- Doğum sonu altı aylık ücretli izni zorunlu hale getirmek,
- Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, işyerlerinde ve toplumda emzirmeyi teşvik eden politikalar geliştirmek,
- Sağlık sistemlerinde "Bebek Dostu Hastane" girişimini genişletmek ve kurumsallaştırmak,
- Hamile ve emziren kadınlarda özel emzirme danışmanlığını desteklemek için toplum temelli stratejiler geliştirmek (WHO, 2015).

Ülkemizde de bu uygulama "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı" olarak sürdürülmektedir (Bülbül, 2007). Temelde bu uygulama politik ve teknik destekler yardımıyla anne sütünün özendirilmesi ve desteklenmesini hedeflemektedir (Özbaş, 2007).

1.5.1. Anne Sütünün Yararları

Anne sütü ile beslenme hem anne hem de bebek için yararlıdır. Anne sütü ile beslenen bebeklerde besin alerjileri, ileri yaşlarda diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok sorunlar daha az görülür. Bunların yanı sıra anne sütüyle beslenme anne ile bebek arasındaki bağlanmayı kolaylaştırır ve annenin kendine olan güvenini artırır (Hale ve Ilett, 2005). Ayrıca anne sütü alan bebeklerin almayanlara oranla enfeksiyon kaynaklı morbidite ve mortalite oranlarının daha az olduğu görülmüştür (Coşgun ve Ulaş, 2000).

Anne sütünün enerji ve besin içeriği; taze veya dondurulmuş olmasına, kolostrum, geçiş sütü, olgun süt olmasına, preterm ya da miad anne sütü olmasına göre farklılıklar göstermektedir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Anne sütünün bebek için yararları; sindirim sistemi ve solunum yolu enfeksiyonlarının daha az görülmesi, büyüme-gelişmenin daha iyi olması, gaz sancısı, alerji, pişik gibi sorunların daha az görülmesidir. Sindirimi kolay olan anne sütü bebeklere ihtiyacı olduğu kadar verildiğinde kilo alımı istenen şekilde devam eder. Anne sütüyle beslenen bebeklerde ani bebek ölümünün de daha az görüldüğü öne sürülmektedir (Oruç ve Öztürkler, 2013).

Emzirmenin anne için yararları ise; rahim, rahim ağzı ve meme kanseri gibi kadın yaşamını olumsuz etkileyen kanserlerin görülme riskinin azalmasıdır. Ayrıca doğum sonrası kanamaların daha az geliştiği, uterusun gebelik öncesi boyutlarına dönmesinin hızlandığı, menstrüel siklusu geciktirerek aile planlamasına yardımcı olduğu, idrar yolu enfeksiyonu riskini azalttığı ve gebelik öncesi kilolara daha kısa sürede ulaşmayı sağladığı görülmüştür. Annenin emzirmesi; sütü hazırlama, hijyenine dikkat etme ve uygun sıcaklıkta bulundurma sorunlarını içermediğinden günlük yaşamında pratiklik sağlar. Ekonomik açıdan da aile bütçesine bir maliyeti yoktur (Oruç ve Öztürkler, 2013).

1.5.2. Anne Sütünün Saklanması

Türkiye’ de bebeklerin %96’sı belli bir süre anne sütü almakta, %52’si ilk iki ay emzirilmektedir. Bu oran 4-5. aylarda %10’lara düşmektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları [TNSA], 2013). Çalışan anneler çoğunlukla ilk 4-6. aydan sonra çalışmaya başlamaktadır ve bu şartlarda bebeğin anne sütü almaya devam edebilmesi için anne sütünün sağılarak saklanması gerekmektedir (Çan ve Topbaş, 2007).

Saklanan anne sütünün besleyici içeriğinin korunması ve mikroorganizmaların üremesinin engellenmesi önemlidir. Saklanma şartları ve saklanma süresinin anne sütü içeriğine etkisini konu alan birçok araştırma yapılmıştır (Buss, McGill, Darlow ve Winterbourn, 2001; Slutzah, Codipilly, Potak, Clark ve Schanler, 2010). Academy of Breastfeeding Medicine’ ye (ABM) göre anne sütü; oda ısısında 3 saat (22-26°C), buzdolabında 3 gün (4°C), derin dondurucuda ise 3 ay (-18°C) bozulmadan saklanabilmektedir (ABM, 2010; Neonatoloji Hemşireliği Derneği, 2014).

Annenin sağdığı sütler uygun plastik poşetlerde muhafaza edilmelidir (Neonatoloji Hemşireliği Derneği, 2014). Her süt sağışta sağılan miktar ve zaman kaydedilmelidir. Saklama kabının üstüne sağılan tarih ve saat yazılmalıdır. Daha sonra verilmesi gerektiğinde yüksek besin değeri nedeni ile taze sağılmış süt yerine ilk günlerdeki sütler tercih edilmelidir. Sağılan sütün pastörizasyonu ve doğrudan ısıtılması sütün yapısını bozar. Sağılarak buzdolabında saklanan süt bebeğe verileceği zaman süt kabı doğrudan ateşe konulmamalı sıcak su dolu bir kabın içine konularak ısıtılmalıdır. Oda ısısına getirilen anne sütü yeniden dondurulmamalıdır (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Anne; memelerinde süt biriktiğinde, meme kanallarında tıkanıklık olduğunda, meme başı içe çökük olduğunda ve bebeğini emziremediği durumlarda anne sütü verebilmek için veya emme sorunları yaşanıyor ve bebek memeyi istemiyorsa saklamak için sütünü sağabilir. Süt sağmak için pompa ya da elle sağma yöntemleri kullanılabilir (SB, 2015). Anne sütü günde en az 6 defa sağılabilir. Sağma işlemi için genellikle 10-15 dakika yeterlidir. Memelerin tamamen boşaltılabilmesi için son gelen damladan sonra iki dakika daha sağma işlemi sürdürülmelidir (Kültürsay, Bilgen ve Türkyılmaz, 2018).

1.5.3. Anne Sütünün Verilemediği Durumlar

Anne sütü her bebek için faydalı olsa da verilemediği bazı durumlar vardır. Annenin ağır bir rahatsızlığının olması veya psikoz, kemoterapi ya da radyoterapi alıyor olması, bazı ilaçların kullanımı (sitotoksik ilaçlar, antikonvülsan ilaçlar), annenin HIV(+) olması, meme ucunda aktif HSV lezyonları bulunması, bebekte galaktozemi gibi bazı metabolik hastalıkların varlığında anne sütü verilmesi sakıncalıdır (Coşgun ve Ulaş, 2000; Bakiler, Özgür ve Özer, 2005; Aydın, Ünüvar ve Gemici, 2006; Cinaz ve Okumuş, 2006; Gür, 2007).

Galaktozemi, doğuştan karbonhidrat metabolizmasındaki bir bozukluğu sebebiyle bebeğin galaktozu glikoza dönüştürememesi sonucunda beyin, böbrek ve sinir sisteminde toksisite gelişmesidir (Johnson, 2012). Sağlıklı doğan bebeklerde, anne sütü ile beslendikten sonraki 4-5. günlerde başlayan kusma, tartı kaybı, sarılık gibi birçok bulguyla ortaya çıkmaktadır (Gitzelmann, 2000).

Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren annenin bebeğini emzirmesinde bir sakınca yoktur. Aksine annenin ürettiği antikolar bebeğe emzirme ile geçerek koruyucu etki göstermektedir (Cantez, Ömeroğlu, Baysal ve Oğuz, 2003).

Tüberküloz ve sıtma tanısı olan annelerin gerekli tedbirleri aldıkları takdirde emzirmelerine izin verilebilir (Aydın vd., 2006). Hepatit B taşıyıcısı annelerin de bebeklerini hepatit B aşısı ve immunglobulin yapıldıktan sonra emzirmelerinde bir sakınca yoktur (SB, 2015).

1.6. Mama İle Beslenme

Mamalar vitamin ve mineral açısından zengin içeriklere sahiptir (Rudolph vd., 2003). Ancak bebek beslenmesinde ilk tercih anne sütü olmalıdır. Sadece anne sütü bebek için yeterli değilse, bebeğin tartı alımı az ise ve bazı metabolik hastalıklar varsa ikinci seçenek olarak mama verilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), 2016; Kültürsay vd., 2018).

Mama hazırlanırken hijyen kurallarına uyulmalı, eller mutlaka yıkanmalıdır. Mamaya eklenecek su ve mama miktarının doğru ayarlanması, kullanılacak olan suyun önceden kaynatılmış ve ılıtılmış içme suyu olması, çok sıcak veya çok soğuk olmaması, kullanılan biberonların temizliğine özen gösterilmesi, mama verilirken bebeğin uygun pozisyonda olması (emzirme pozisyonu) önemlidir. Hazırlanmış olan mamalar oda sıcaklığında en fazla 3 saat bekletilebilir. Bebek beslenmesinden sonra kalan mamalar daha sonra tekrar kullanılmamalıdır. Eğer mamaların önceden hazırlanıp muhafaza edilmesi gerekli ise 4°C ya da altında 24 saate kadar bekletilebilir. Mama paketleri açıldıktan sonra en fazla üç hafta içinde tüketilmiş olmalı ve açılmış mama paketleri mutlaka ağzı kapalı olarak kuru ve serin ortamlarda tutulmalıdır (Kültürsay vd., 2018).

1.7. Emzirme

Bebeklerin beslenmesi sosyal, kültürel ve ticari etmenlerden etkilenir. Bebek mamalarının varlığı ebeveynlere beslenmede seçenek sunmuş olsa da emzirmenin verdiği bazı manevi duyguları karşılayamamıştır. Birçok anne emzirme ile ilgili yeterli bilgiye sahip olamama ya da desteklenmeme gibi durumlar karşısında doğumu izleyen birkaç hafta içerisinde emzirmeyi bırakmaktadır. Bu nedenle verilecek emzirme danışmanlığı hizmeti çok önem kazanmaktadır (Rudolph vd., 2003).

Emzirme basittir, ekonomiktir ve anne-bebek bağıını güçlendirmektedir. Doğumu izleyen ilk yarım saat yenidoğanın uyanık ve emme refleksinin aktif olduğu bir zamandır. Bu süreçte emzirmenin olmaması bir sonraki emzirme süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; SB, 2005; Köksal ve Özel, 2008; Samur, 2008; MEB, 2011).

Anne sütü genellikle doğumu izleyen 2-5 gün arasında gelmeye başlar ve giderek miktarı artar; memeler yeterince boşaltılmadığında ise süt salınımı azalır veya durabilir. Ebeveynler emzirirken aynı zamanda mama ile desteklemeyi isteyebilirler ancak emzirme düzeni oturana kadar mama takviyesi uygun değildir (Rudolph vd., 2003).

Emzirmede yenidoğanın yapmış olduğu ağız ve dil hareketleri biberon ile emmedeki hareketlerden farklıdır ve daha yorucudur. Yenidoğan biberondan sonra anne memesinde bocalayabilir ve memeyi reddedebilir. Bazen de tam tersi yaşanabilir. Emzirilen bebek biberon başlığını kavramada ve emmede güçlük yaşayabilir (Rudolph vd., 2003).

Birçok anne emzirirken her memede yaklaşık 10-15 dakika ya da daha fazla bekler. Etkili emme sonunda bebek doyduğunda memeyi kendi bırakarak doyduğunu belli edecektir. Laktasyonun devamı için her iki memenin de boşaltılması, bebeğin her iki memedeki sütü de alması önemlidir. Anne sütündeki protein içeriğinin sindirimi mamaya göre daha kolay ve hızlı olduğu için anne sütü ile beslenen bebekler daha sık acıkırlar (Rudolph vd., 2003).

Anneler bebeklerin emzirme sonrasında doyup doymadığını anlamada zorluk yaşayabilirler. Bebeğin etkili emdiğinin en önemli göstergeleri ritmik çene hareketleri ve yutkunma sesidir (Rudolph vd., 2003).

Ebeveynlere, bebeğin doyma belirtileri ve tartı alımı değerlendirilerek danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır. Bebekler doğum sonrası bir miktar tartı kaybederler, daha sonra doğum tartısına ulaşarak kilo almaya devam ederler. Fakat kilo kaybının devam etmesi ve bebeğin doğum kilosuna ulaşamaması beslenme sorunlarının göstergesi olabilir (Rudolph vd., 2003).

Emziren annenin beslenmesi yeterli ve dengeli olmalı, özellikle bol sıvı içermelidir. Emzirme öncesi sıcak bir duş almak, rahat ve sakin bir ortamda olmak genellikle süt salınımını artırır (Rudolph vd., 2003).

Annenin yorgun olması, memelerin tam boşaltılamaması nedeniyle memelerde dolgunluk ve meme ucu problemleri emzirmeyi olumsuz etkiler. Yanlış emzirme teknikleri ve memelerin yeterince boşaltılamaması sonucu mastit gelişebilir. Yeterince boşalmamış meme mutlaka sağılmalıdır aksi takdirde şişen memeler emzirme esnasında şiddetli ağrılara neden olarak emzirme sürecini olumsuz etkilemektedir (Rudolph vd., 2003).

Laktasyon annenin yaşadığı endişe, stres, üzüntü gibi birçok faktörden etkilenir. Bu yüzden emziren anne mümkün olduğunca eşi ve çevresindekiler tarafından rahatlatılmalı ve desteklenmelidir (Rudolph vd., 2003).

1.7.1. Emzirme Teknikleri

1.7.1.1. Beşik Tutuşu

Bu pozisyonda anne mümkün olduğunca dik oturur, bir koluyla bebeği destekler. Bebeğin başı annenin dirseğine yakın pozisyonda ve memeye dönüktür. Anne bebeği tuttuğu koluyla kalçasına kadar destekler (SB, 2015).

1.7.1.2. Koltuk Atı Pozisyonu

Bu pozisyon sıklıkla prematüre ve ikizlerde ya da bebeğin göğse zor yerleştiği durumlarda tercih edilir (SB, 2015).

1.7.1.3. Tek Kolda Emzirme

Pozisyon prematüre, düşük doğum tartılı bebeklerde ve annenin tercih ettiği durumlarda kullanılır. Annenin kolunun ön yüzü bebeği tutar ve başını kulağı hizasından veya alt kısmından desteklemektedir (SB, 2015).

1.7.1.4. Yatarak Emzirme

Annenin kalkamadığı, oturamadığı durumlarda kullanılır. Genellikle sezaryen ile doğum yapan annelerin tercih ettiği bir yöntemdir. Bu pozisyonda bebeğin başı mutlaka desteklenmelidir (SB, 2015).

1.7.1.5. Diğer Emzirme Yöntemleri

Anne rahat ettiği her pozisyonu kullanabilir. Ayakta emzirme ve diğer pozisyonlar genelde memeye yerleşme sorunları yaşandığında tercih edilmektedir (SB, 2015).

Anne emzirirken farklı pozisyonları deneyebilir. Bütün pozisyonlarda bebeğin başı ve vücudu aynı hizada ve yüzü memeye bakar olmalıdır. Yenidoğanın baş, boyun ve omuzları vücudunu da kapsayacak şekilde annenin bir kolunun iç yüzüyle ya da başının altına yastık koyarak desteklenmelidir. Anne, diğer elinin başparmağı memenin üstünde, öteki parmakları memenin altında (C tutuşu) olacak şekilde meme ucunu tutarak bebeğin ağzına yaklaştırır. Bebeğin dudaklarına meme ucu dokundurulduğunda, bebeğin ağzını genişçe açması beklenir ve bebek ağzını açtığında alt dudağı areolanın tamamını kavrayacak ve dudağı dışa kıvrık olacak şekilde yerleştirilir. Bebek emerken çabuk yorulabilir bu nedenle arada dinlenebilir. Her iki memenin yeteri kadar süt salgılaması için memelerin tam boşaltılması önemlidir (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; SB, 2005; Gür, 2007; MEB, 2011). Anne emzirirken rahat olabilmek için oturduğu yerde dik pozisyonda ayaklarını ve belini destekleyebilir. Yine yatakta emzirecekse de yastıkla belini destekleyebilir (Oruç ve Öztürkler, 2013).

Bebek canlı, derisi normal, günde 8 veya 12 kez besleniyor, günde 6-8 kez idrarını ve en az bir kez gaitasını yapıyor ise, bebek kuvvetli emiyor, bebekte yutkunma sesi duyuluyorsa ve annenin emzirme sonrası memeleri yumuşak, emzirme sırasında meme uçlarında ağrı yoksa yenidoğanın etkili emdiği ve doyduğu düşünülmektedir. Bebek emerken yanaklarda içe çökme yok ve şapırtı sesleri geliyorsa etkin ememiyordur. Yenidoğan memeyi iyi kavrayamıyor, sadece meme ucunu emiyor veya ağzını yeterince açamıyorsa ve huzursuzsa anneye emzirme için destek olunmalıdır (Zenciroğlu ve Koç, 2013).

Hatalı emzirme tekniklerinin sebep olduğu sorunlardan biri meme başı çatlağıdır. Bebek memenin aerola kısmını değil de ucunu emmeye çalışırsa meme başı çatlağına sebep olur. Bu durumda emzirme tekniği düzeltilerek emzirmeye devam edilmelidir. Düzelmemiş meme başı çatlağı süt kanalı tıkanıklığı ile memelerde süt birikmesi sonucu mastite neden olabilir. Stres, yorgunluk gibi faktörler mastit gelişimini

kolaylaştırabilir. Memeler şiş, kızarık ve ağrılıdır. Bu durumda doğru teknikle emzirmeye devam edilmeli, anne ateş yönünden izlenmelidir (Cantez vd., 2003).

1.7.2. Emzirme Süresi ve Sıklığı

Yenidoğanın beslenme araları 1,5-2 saat kadar kısa olabilir. İlk zamanlar süt salınımının artması için sık sık emzirmek oldukça önemlidir. Emzirmek için belli bir zaman yoktur, bebek istedikçe emzirilmelidir. Bebeğin uykusu 3-4 saati geçiyorsa mutlaka uyandırılarak emzirilmelidir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Beslenme aralıkları bebeğin tartısına, ihtiyacına, mide kapasitesine ve emiş gücüne göre değişir. Yenidoğanın emme hareketi yapması, elini ağzına götürmesi gibi davranışlar emme isteği belirtileridir, yenidoğanın ağlamasını beklemek ise emzirme için geç kalındığının göstergesidir. Anne bebek emmeyi bırakana kadar memede tutmalı ve gerekmedikçe emzirmeyi anne sonlandırmamalıdır. Emzirmeyi sonlandırmak gerekiyorsa parmağını bebeğin ağzının köşesinden sokarak meme başını çıkarabilir; çekerek direk çıkarmaya çalışmak meme başının zedelenmesine sebep olabilir. Ancak bebeğin memede kalma süresi 30 dakikadan fazla olduğunda meme sorunları artışıyla karşılaşılabilir (Cantez vd., 2003; Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Gür, 2007; MEB, 2011). Emzirme süresi genellikle 7-10 dakikadır, ancak bebeğin emzirmenin başında gelen ön süt ve sonunda gelen son sütü alabilmesi için en az 10 dakika emzirilmesi gereklidir. Emzirme süresinin kısa tutulması ve bebeğin lipitten zengin son sütü alamaması bebekte yetersiz tartı alımına, memelerin yeterince boşalmamasına ve sonuçta meme sorunları ve süt üretiminin azalmasına sebep olmaktadır (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Gür, 2007; MEB, 2011). İlk haftalarda bebek her iki memeden de emzirilmelidir, laktasyon yeterli olduğunda ise bebek tek veya iki memeyi emme tercihini kendisi yapabilir (Cantez vd., 2003). Emzirme sonunda veya meme değişiminden önce bebeğin gazı mutlaka çıkarılmalıdır (Çavuşoğlu, 2004a; Giray, 2004; Gür, 2007; MEB, 2011).

1.8. Yenidoğanın Fiziksel Özellikleri

1.8.1. Deri

Yenidoğanın derisi yumuşak düzgün ve kırmızımsı pembe renktedir. Fetusun vücudu verniks kazeoza denilen beyaz renkli vazelin gibi bir madde ile kaplıdır ve verniks kazeoza gastasyonel yaş ile ilişkilidir (Dağoğlu ve Görak, 2008; Güner, 2009). Verniks kazeoza tabakası birkaç gün içerisinde kendiliğinden yok olur (Dağoğlu ve Görak, 2008). Postmatür bebeklerde deri kurudur, çatlaklar vardır, soyulur ve fetus doğumdan önce mekonyum yapmış olabilir (Güner, 2009). Term bebeklerin omuz ve sırtlarında lanugo adı verilen ince tüylenmeler görülebilir (Dworkin, 2000).

Beslenmesi iyi olan bebeklerin derialtı yağ dokusu vücut ısılarının korunmasını sağlar ve dış çevreye karşı koruyucu bir bariyerdir (Çavuşoğlu, 2002). Ebeveynler yenidoğanın vücudunu nemlendirmek için çeşitli ürünler kullanabilir. Ancak bu ürünler deri üzerinde bakteri oluşumu açısından elverişli bir ortam hazırlayabilir ve alerjik reaksiyonlara sebep olabilir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Yenidoğan siyanoz, solukluk, sarılık gibi bulgular açısından yakından izlenmelidir (Dworkin, 2000).

1.8.2. Boy- Baş ve Göğüs Çevresi

Miadında doğmuş yenidoğanların ortalama boyu 45-55 cm arasındadır; kızlarda 49-53 cm arası, erkeklerde ise 50-54 cm arasında değişir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Bilgili, 2009; Datta, 2009; Oruç ve Öztürkler, 2013).

Yenidoğanın baş çevresi 33-37 cm arasında olup ortalama 35 cm'dir. Göğüs çevresi ise ortalama olarak 33 cm'dir. Genellikle baş çevresi göğüs çevresinden 2 cm büyüktür (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Datta, 2009).

1.8.3. Tartı

Yenidoğan bebeğin doğum tartısı, gebelik süreci ve kalıtsal özelliklere göre değişiklik gösterebilir (Bilgili, 2009). Zamanında doğmuş bir bebeğin doğum tartısı 2500-4000 gr arasındadır (Oruç ve Öztürkler, 2013). Ortalama olarak 3400 gr' dır. Yenidoğan bebekler yaşamın ilk günlerinde ağırlıklarının %5-10' unu kaybeder, fizyolojik tartı kaybına uğrarlar. Bebek doğumunu izleyen 4-10. günler arasında günde ortalama 25-30 gr almaya başlar ve 7-15. günlerde doğum tartısını yakalamış olur (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b; Datta, 2009).

1.8.4. Vücut Isısı

Çocuklar ve erişkinler farklı ortam ısılarında vücut sıcaklıklarını çok iyi kontrol edebilirler. Antenatal dönemde fetus, anne vücut sıcaklığında olan bir ortamdadır. Yenidoğan, çevre ısı değişikliklerine yeterli yanıt veremez ve vücut ısısını iyi koruyamaz. Yenidoğanın ısı kaybı erişkinden birkaç kat daha fazladır (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Yenidoğanların ısı kontrolü, ısı yalıtımı ve ısı yapımının yeterli olmaması nedeniyle yetişkinden farklıdır (Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.9. Vücut Bölümlerinin İncelenmesi

1.9.1. Karın ve Gövde

Yenidoğanın karnı yumuşak ve simetriktir. Cilt altı yağ dokusu bu bölgede fazla değildir. Umbilikal kord kalınsa diyabetik anne bebeğini, inceyse de bebekte gelişme geriliğini düşündürür (Güner, 2009). Umbilikal kordda iki arter ve bir ven olması gerekir. İlk günden itibaren kord kurumaya başlar; kordun kırmızı, kötü kokulu ve akıntılı olması enfeksiyonu düşündürmelidir (Çavuşoğlu, 2002).

1.9.2. Göğüs

Göğüs kafesinin ön-arka çapı geniştir, simetri, asimetri ve deforme açısından incelenmelidir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Zamanında doğmuş yenidoğanlarda anneden geçen hormonların etkisiyle memelerde şişlik olabilmekte hatta süt benzeri bir akıntı gelebilmektedir. Tedaviye ya da herhangi bir girişime gerek olmadan 2-4 hafta içinde kendiliğinden geçmektedir (Çavuşoğlu, 2002). Sıkma, ovalama gibi yaklaşımlar yanlıştır ve irritasyona sebep olur (Neyzi ve Ertuğrul, 2002).

1.9.3. Ekstremiteler

Yenidoğan bebekte ekstremitelerin tümü, anatomik veya fonksiyonel anomaliler açısından değerlendirilmelidir. Ekstremitelerde spontan hareketlerin azlığı veya yokluğu kırık, nörolojik hasar ve enfeksiyon açısından değerlendirilmelidir (Cinaz ve Okumuş, 2006).

1.9.4. Sırt, Omurga ve Kalça Eklemi

Yenidoğan bebek yüzükoyun yatırılarak sırt bölgesi incelenir (Acar, 2007). Konjenital kalça displazileri yönünden muayene edilir. Değerlendirmede Ortalani ve Barlow manevrası yapılır (Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.9.5. Baş- Boyun Bölgesi

1.9.5.1. Baş

Yenidoğan bebeklerde başın gövdeye oranı $\frac{1}{4}$ tür. Pretem bebeklerde ise baş oranı daha fazladır (Cantez vd., 2003) Vajinal doğumlar sonrası başta bir miktar moulding görülebilir (Johnson, 2012). Özellikle ilk doğumlarda başın asimetrik olduğu ve kafa kemiklerinin üst üste bindiği görülür, bu durum birkaç gün içinde kendiliğinden geçer (Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.9.5.2. Boyun

Nispeten kısadır. Tüm yönlere hareket edebilir, hareket kısıtlılığı bir anormalliği gösterir (Ersoy, 2000). Bebek yatar pozisyonundan oturur duruma getirildiğinde kafasının bir miktar aşağı düşmesi normaldir (SB, 2015).

1.9.5.3. Kulak

Yenidoğanda kıkırdak dokusunun tam olarak gelişmemesi nedeniyle bebeğin anne karnındaki pozisyonuna göre kulaklarda şekil bozuklukları görülebilir (SB, 2015). Bu yüzden kulaklar şekil ve yapı bakımından incelenmelidir, kulaktaki anormallikler böbrek hastalıklarının habercisi olabilir (Cantez vd., 2003).

1.9.5.4. Burun

Yenidoğanın burun yapısı yassıdır ve burun kemeri yoktur (Cantez vd., 2003). Yenidoğanın burun açıklığı yönünden burun delikleri kontrol edilmelidir. Yenidoğanlar burundan solunum yaptıklarından burun deliklerinin açık olması çok önemlidir (Dağoğlu ve Görak, 2008). Bebeklerde hapşırma sık görülür, bu burun içini temizlemeye yönelik normal bir durumdur (SB, 2015).

1.9.5.5. Ağız

Yenidoğanın ağız mukozası nemli ve pembedir. Normalde ağızda diş olmamasına rağmen nadiren diş ile doğabilir. Dil ve ağız içi normal görüntüye sahipse ağız bakımına gerek yoktur. Yenidoğan bebeğin ağızı pamukçuk oluşumu yönünden izlenmelidir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.9.5.6. Gözler

Yenidoğanda gözler genelde kapalıdır. Gözleri zorlayarak açmaya çalışmamalıdır (Cantez vd., 2003). Bebeğin gözleri doğumu izleyen birkaç gün ödemli olabilir (Dağoğlu ve Görak, 2008). Doğumda annenin vücut salgılarıyla temas eden bebeğin gözlerinde çapaklanmalar görülebilir. Kaynatılmış ılık suya pamuk batırıp bebeğin gözleri dıştan içe doğru silinebilir. Buna rağmen sorun devam ediyorsa doktora başvurulmalıdır (Oruç ve Öztürkler, 2013).

1.10. Yenidoğan Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar

1.10.1. Hiperbilirubinemi (Sarılık)

Sarılık, bilirubin düzeyinin artmasına bağlı derinin ve gözlerin sararmasıdır. Sarılık yenidoğan döneminde çok sık karşılaşılan bir durumdur. Doğumdan sonraki ilk haftalarda yenidoğanların yaklaşık %60'ında, prematüre yenidoğanların ise %80'inde görülür (Temiz ve Akar, 2008). En sık saptanan sebebi Rh ve ABO kan uyumsuzluklarıdır (Coşgun ve Ulaş, 2000). Sarılık ilk olarak yüz bölgesinde görülür, bilirubin arttıkça vücuda yayılır (Dworkin, 2000).

Fizyolojik sarılık, miadında doğan bebeklerde doğumdan 24 saat sonra genellikle de ikinci günden sonra görülür (Çavuşoğlu, 2004b; Datta, 2009). Term yenidoğanların %50' sinde izlenmektedir (SB, 2015).

Patolojik sarılık ise, miadında doğan bebeklerde ilk 24 saat içinde görülür ve bir haftadan uzun sürebilir. Bilirubin düzeyi hızlı yükselir ve tedavi edilmezse ciddi komplikasyonlara yol açabilir (Çavuşoğlu, 2004b; Temiz ve Akar, 2008; Datta, 2009).

Anne sütü sarılığında, anne sütü alan bebeklerin indirekt bilirubin düzeyi mama ile beslenen bebeklere göre daha fazladır. Anne sütü sarılığı görülme oranı %1-2 civarındadır (SB, 2015). Erken ve geç anne sütü sarılığı olmak üzere iki tipi vardır. Erken anne sütü sarılığı doğumu izleyen ilk haftada görülürken, geç anne sütü sarılığı ilk haftadan sonra görülür ve 3. haftaya kadar devam edebilir. Erken anne sütü sarılığı

ilk zamanlarda yaşanan beslenme sorunlarına bağlı olarak gelişir. Geç anne sütü sarılığı ise, anne sütünün içeriğinden kaynaklanmaktadır. Yüksek değerlerde fototerapi uygulanır (Çavuşoğlu, 2004b; Önal, 2005; Datta, 2009).

Anne sütü sarılığında emzirme kesilmemelidir. Sarılığa sebebiyet veren diğer nedenler doktor tarafından dışlandığında aile bilgilendirilerek anne sütüne bir gün ara verilip tekrar başlanması sağlanmalıdır (SB, 2015).

1.10.2. Enfeksiyon

Yenidoğanda enfeksiyonlar immün sistemin tam olgunlaşmaması nedeniyle ölüme bile yol açabilir. Enfeksiyon etkeni doğum öncesinde ya da doğum sırasında anneden, hastane ortamından ya da sağlık çalışanlarından bulaşmış olabilir. Bu nedenle el yıkama başta olmak üzere hijyen kurallarına özen gösterilmelidir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Yenidoğanın bezi değiştirildikten sonra ve beslenmeden hemen önce eller mutlaka yıkanmalıdır (Neonatoloji Hemşireliği Derneği, 2014).

1.10.3. Ağlama-Huzursuzluk

Ağlama bebeklerin kendilerini ifade etme şeklidir. Fakat bebeklerin ağlama nedenleri ve şiddetleri her zaman aynı olmayabilir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Ağlama bebeğin gereksinimlerinin bir belirtisi olabilir. Brazelton'un herhangi bir sağlık sorunu olmayan 80 yenidoğan bebek ile yapmış olduğu çalışmada, iki haftalık olan yenidoğanların günün iki saatini ağlayarak geçirdiklerini belirlemiştir. (Brazelton, 1990). Birçok ebeveyn bebeklerinin hangi ağlamasının bir soruna işaret ettiğini anlayamazlar (Rudolph vd., 2003).

Huzursuzluk (kolik), beslenme sorunu olmayan ve yeterli beslenen bebeğin günün en az 3 saatini aşırı ve sebebi anlaşılamayan şekilde ağlayarak geçirmesidir. Ağlama nöbetleri genellikle akşam saatlerinde gözlenir ve bebekler aşırı gaz sancısı çekiyorsa sakinleştirme çabalarına yanıt vermeyebilir (Rudolph vd., 2003).

Bebegın aşırı huzursuz ve ağlıyor olması ebeveynler tarafından anne sütü yetersizliği olarak algılanıp takviye mamalara geçmelerine neden olabilmektedir. Sağlıklı bebekler ilk üç ay gaz sancısından ya da infantil kolikten ağlayabilirler ve her üç bebekten birinde görülen bu durum kendiliğinden düzelmektedir. Bu sorunları yaşayan ebeveynler bilgilendirilmeli ve kendilerine destek olunmalıdır (Cantez vd., 2003).

1.10.4. Kusma

Bebeklerin genellikle beslenmeden sonra gaz çıkarılırken veya beslenme esnasında bir miktar kustuğu gözlenebilir. Hızlı beslenme, hava yutma ve aşırı beslenme bunun nedenleridir. Ailelere bunun normal bir durum olduğu anlatılmalıdır. Fakat bebegın kusması her beslenmeden sonra bol miktarda ise mutlaka doktora götürülmesi önerilmelidir (Oruç ve Öztürkler, 2013; Karaböcüoğlu, Sarımurat, Tutak, Aydemir ve Yıldız, 2018).

1.10.5. Doğumsal Kalça Displazileri

Gelişimsel kalça displazisi, yenidoğan döneminde tanı konulması gereken önemli sorunlardan biridir. Genellikle kız çocuklarında görülen kalıtsal bir bozukluktur. Uterus içerisinde kötü pozisyon ve makat gelişler de kalça çıkığına sebep olabilir. Ülkemizde yapılan geleneksel kundaklama yöntemi de nedenlerden birisidir. Her yenidoğan doğumdan sonra kalça displazisi yönünden muayene edilmelidir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002).

1.10.6. Pamukçuk

Ağızda dilin üstünde, damakta beyazımsı süt kalıntısına benzeyen bir tabaka halinde görülür. Bu tabaka kaldırıldığında alttaki deri kanama yapabilir. Yenidoğanlarda pamukçuk oluşumuyla sıklıkla karşılaşılır. Bebeğe pamukçuk genelde doğum kanalından geçerken anneden bulaşır (Kitiş ve Karaçam, 2004; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2007; Dağoğlu ve Görak, 2008; Demirbağ, Kürtüncü Tanır ve Kuğuoğlu,

2012). Bazen de annenin giydiği sütyenin meme ucuna uzun zaman teması, meme uçlarının hava ile temasını önleyen pedler, annenin fazla tatlı ve tatlandırıcı ürünler tüketmesi, hijyenik olmayan ellerle yenidoğana temas veya emzik ve biberonların kontaminasyonu neticesinde görülebilir (Kitiş ve Karaçam, 2004; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2007; Demirbağ vd., 2012).

Pamukçuk belirtileri; bebeğin ağrı sebebiyle huzursuz olması, emmeyi reddetmesi veya sıklıkla emdiği esnada memeyi bırakmasıdır. Bebekte pamukçuk oluşumu görülen annelere, beslenmeden sonra kaynatılmış ılıtılmış bir bardak suyun içine bir kaşık karbonat katılıp bir bez yardımıyla bebeğin ağzının silinmesi önerilir. Sodyum bikarbonatla ağız bakımına ilaçlar ile birlikte de devam edilebilir. Her gün günde 3-4 kez yapılan ağız bakımı yeterlidir, 3 ile 10 gün içerisinde düzleme gözlenir. Annelere el hijyenine özen göstermeleri, iç çamaşırlarının temizliğine dikkat etmeleri ve her gün duş almaları önerilerek pamukçuk oluşumu önlenmeye çalışılır (Kitiş ve Karaçam, 2004; Taşkın, 2005; Yıldırım, 2007; Savaşer ve Yıldız, 2009; Demirbağ vd., 2012).

1.10.7. Hipertermi

Vücut ısı ölçümü uygun çevre ısısının sağlanması ve hastalıkların tanınması için önemlidir. Yenidoğanda ısı iki yolla ölçülür (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Rektal ısı ölçümü: Cam veya elektronik termometreler ile rektal açıklıktan 3 cm den az olacak şekilde ilerletilerek ölçülür. Rektal ısı için normal değerler 36,5-37,5 derecedir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Aksiller (koltuk altı) ısı ölçümü: Cam, elektronik veya atılır termometre ile ölçülür. Bu ölçüm şekli güvenli ve basittir. Koltuk altı ısı normal değerleri 36,5-37,3 derecedir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Yenidoğanlar doğumu izleyen günlerde vücut ağırlıklarının bir kısmını kaybederler (fizyolojik tartı kaybı), sıvı kaybının fazla olduğu bu süreçte ateşinin yükselebileceği unutulmamalıdır (yenidoğanın dehidratasyon ateşi). Yenidoğanlar dehidratasyon

belirtileri yönünden izlenmeli, annenin bebeğini daha sık emzirmesi sağlanmalı ve etkili emzirme pekiştirilmelidir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Yüksek ateş, bir hastalık belirtisi değil ise uygun miktarda sıvı verip, bulunduğu ortamın ısısı normal değerlere getirildiğinde bebeğin ateşi düşer. Ateş ortam ısısı artışından kaynaklanıyorsa bebeğin kıyafetleri çıkartılır, ılık bir duş aldırılır. Ateş düşmüyorsa mutlaka bir sağlık kuruluşuna gidilmelidir. Annelere, yenidoğan bebeklerinin ateşini nasıl kontrol edeceği, yüksek ateş değerleri ve ateş olduğunda yapılması gerekenler konusunda bilgi verilmelidir (Kara, 2003; Şalk Vatandaş, 2004; Taşkın, 2005; İlçe ve Karabay, 2009; Savaşer ve Yıldız, 2009).

1.10.8. Gaita

Bebeklerin ilk dışkıları koyu renkte yapışkan görünümündedir. Mekonyum adı verilen bu dışkı, doğumu izleyen ilk 8 ile 24 saat arasında gözlenir ancak 48 saat içerisinde hala yapmamış ise barsak pasajında bir sorun olabileceği akla gelmelidir. Anne sütü alan yenidoğanın dışkısı mama ile beslenen bebeklere göre daha yumuşak yapılıdır. İlk günlerde koyu renkli olan dışkı giderek sarıya dönük bir renk almaya başlar (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b).

Bebek dışkısını her beslenmeden sonra yapacak kadar çok, 4-5 günde bir yapacak kadar da az yapabilir. Demir açısından zengin mamalar ile beslenen bebeklerde konstipasyon görülebilir (Dworkin, 2000).

Dışkı sulu ve yeşil bir renge sahipse bebek diyare olmuş olabilir. Diyareye bazı enfeksiyonlar neden olabilir. Bu yüzden ailelerden yenidoğana temas öncesi el hijyeninden emin olunması ve ortamın temiz tutulması gerektiği söylenmelidir. Mama ile beslenen bebeklerde yarım kalan mamanın daha sonra tekrar bebeğe verilmesi de diyareye sebep olabilir (Oruç ve Öztürkler, 2013).

Eğer diyare 3 günden daha uzun süredir devam ediyorsa, gaita çok suluysa, kan varsa, hipertermi varsa, bebek beslenme bozukluğu yaşıyorsa ve aynı zamanda kusmaları varsa mutlaka sağlık kuruluşuna başvurmalıdır (Oruç ve Öztürkler, 2013).

1.10.9. İdrar

Yenidoğanın ilk 24 saatte idrarını yapması gerekir. Çoğu yenidoğan doğduğu anda idrarını yapar. Fakat yeterli anne sütü alamayan ve beslenemeyen bebekler idrarını 12-24 saat sonra yapabilir. İlk 24 saat sonrası idrarını hala yapamayan bebekte anomali olduğu akla getirilmelidir. Yenidoğan gün içinde 6-8 defa idrarını yapmalıdır (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b). 24 saatte en az 6 defa idrar yapan bebek yeterli miktarda sıvı alıyor demektir (Dworkin, 2000).

Yenidoğanlarda idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığı %1 kadardır. Belirtileri yüksek ateş, yetersiz beslenme, sarılık, kusma, gelişim geriliği gibi bulgulardır. Erkek bebeklerde daha sık görülür (Arshad ve Seed, 2015).

1.10.10. Gaz

Yenidoğanlar mide-bağırsak sistemleri tam gelişmemiş olarak dünyaya gelirler. Yenidoğanda sindirime yardımcı enzimler henüz gelişmediği için beslenme sonrası gaz sancıları sık karşılaşılan sorunlardan birisidir (MEB, 2016). Bebekler beslenirken bir miktar hava yutabilir bu nedenle her beslenme bitiminde veya beslenme aralarında bebeğin gazının çıkarılması gerekmektedir (Çavuşoğlu, 2000). Gaz çıkaramama sonucu yaşanan gaz sancuları bebekte huzursuzluk ve ağlamalara neden olur. Bebeğin gazı genellikle omuza yatırılıp sırtının sıvazlanması ve nazikçe sırta vurulmasıyla çıkarılır. Bebekler yaklaşık olarak dördüncü aya kadar gaz çıkarma problemleri yaşayabilirler (Oruç ve Öztürkler, 2013). Gaz sancılarını önlemek için; bebek uygun tekniklerle beslenmeli, beslenirken hava yutmamasına dikkat edilmeli, sindirilen ve sindirilmeyen süt midede karışarak gaz sancısına sebep olmasın diye beslenme araları en az 2 saat olmalıdır. Anne sütü sindirimi en kolay besin olduğu için bebekler anne sütüyle beslenmelidir (MEB, 2016).

1.10.11. Pişik

Bebeğin genital bölgesinde bezin temas ettiği deride hafif olgularda kızarıklık, daha ağır olgularda ise yaralarla kendini gösteren ağrılı bir tablodur. İlk önce döküntüler başlar bazen 3-4 gün sonra kendiliğinden düzelir. Daha uzun süren olguların tedavi edilmesi gereklidir. Islanmış olan deri uzun süre bezle temas ettiğinde deri hasar görmeye başlar (Akşit, 2001; Taşkın, 2005; Önder, Adışen ve Velagiç, 2007; Savaşer ve Yıldız, 2009).

En sık nedeni kirli bezin uzun süre değiştirilmemesidir. Pişik ayrıca genital bölge dışında terlemeye bağlı olarak sırt, boyun, koltuk altları, çene, bacaklar ve yanaklarda da oluşabilmektedir (MEB, 2016).

Pişik oluşumunu önlemek için bez sık sık değiştirilmeli, bez değişimi esnasında ıslak mendil gibi ürünlerin kullanımı yerine ılık temiz su kullanılmalı ve genital bölge bir süre havalandırılmalıdır (Akşit, 2001; Taşkın, 2005; Önder vd., 2007; Oruç ve Öztürkler, 2013). Bölge kuruduktan sonra koruyucu kremler kullanılabilir. Ayrıca inhalasyon riski nedeni ile pudra kullanımından kaçınılmalı, içinde alkol, parfüm olan ürünlerin kullanımından uzak durulmalıdır (Akşit, 2001; Taşkın, 2005; Önder vd., 2007).

1.11. Göbek Bakımı

Göbek kordonunun kuru ve temiz kalması enfeksiyonlardan korunma açısından önemlidir. Doğumdan sonraki birkaç günde göbek kordonu etrafında enfeksiyon (omfalit) oluşabilir. Enfeksiyon genellikle bebeğin kirli alt bezinin göbek kordonuna teması ya da bakım verenin hijyen kurallarına dikkat etmemesi sonucu gelişir (Çavuşoğlu, 2004a; Demirtola ve Özen, 2005). Umbilikal kord ve çevresi kötü koku, akıntı, kanama ve kızarıklık yönünden takip edilmelidir (Çavuşoğlu, 2004a; Demirtola ve Özen, 2005; Bilgili, 2009). Enfeksiyon varlığında doktora başvurması gerektiği bilgisi paylaşılmalıdır (Bilgili, 2009). Enfeksiyon oluşumunu engellemek için alkol ile göbek kordonu ve çevresi silinerek bakım yapılabilir (Çavuşoğlu, 2004a; Demirtola

ve Özen, 2005). Son yıllarda, göbek kordonunun bir ürün kullanmadan kuru ve temiz tutulmasının daha uygun olduğu belirtilmektedir (Zupan, Gamer ve Omari, 2007).

Yenidoğanın göbek kordonu doğumdan sonra 5-14. günler arasında genellikle 10 gün içinde düşer (Bilgili, 2009; Oruç ve Öztürkler, 2013). Bu süre içinde enfeksiyon eklenmemesi için hijyen kurallarına uymak çok önemlidir (Oruç ve Öztürkler, 2013). Enfeksiyon gelişimini önlemek için, bebeğin bezi göbek kordonu üzerine kapatılmamalı, kordonun sürtünmelerden korunması ve hava ile temas etmesi sağlanmalıdır (Çavuşoğlu, 2004a; Şalk Vatandaş, 2004). Bebek bu süreçte yıkanmak istenirse göbek kuru tutularak yıkanabilir (SB, 2015).

1.12. Yenidoğanın Giysileri

Yenidoğan cildinin dış uyarılara karşı koruyucu özelliği yetersizdir olduğu için yenidoğan cildi hassastır. Uygun olmayan kıyafetler cildinde hassasiyet ve kızarıklığa sebep olabilir. Yine giysilerin temizlenmesinde kullanılan temizlik ürünleri yenidoğanın cildine zarar verebilir. Bu yüzden bebek giysileri uygun temizlik ürünleri ile ayrı olarak yıkanmalı, güneşte kurutularak ters çevirip ütülenmelidir (MEB, 2016).

Bebek giysileri seçilirken işlevselliği ön planda tutulmalıdır. Giydirilmesi ve çıkartılması basit, yaka kısımları geniş, kolları bol olan giysiler tercih edilmelidir. Bez değiştirmek için altları sık sık açılacağı için boyundan ayağa kadar açılabilen çıt çıtlı giysiler seçilmelidir. Dantelli, bağcıklı kıyafetler ve giysi üzerine takılan aksesuarlar yenidoğanlar için uygun değildir ve zarar verebilir (MEB, 2016).

Yapılan çalışmalarda bebeğin giyim şeklinin; bebeğin büyümesi, gelişmesi ve psikolojisi üzerine etkisi olduğu gösterilmiştir (MEB, 2016). Yenidoğanın giysileri yumuşak, pamuklu, nem çeken kumaştan yapılmış, emniyetli, kolay yıkanan, kaşıntı yapmayan ve ortam ısısına uygun olmalıdır (Dağoğlu ve Görak, 2008). Giysiler bebeğin kol ve bacaklarını rahatça hareket ettirebilecek şekilde olmalıdır. Yenidoğanın giysileri mevsime uygun olmalı, soğuk bir ortamda vücut ısısını kaybetmemek için yün başlık, eldiven ve patik giydirilmelidir. Aileler, bebeklerini aşırı giydirme eğiliminde olabilirler; aşırı sıcak ortamda fazla giydirilen bebek ısı kaybetmeye

yönelik fizyolojik mekanizmalarını çalıştırır (Çavuşoğlu, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Şalk Vatandaş, 2004; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b; Savaşer ve Yıldız, 2009). Yenidoğan için uygun oda ısısı 22-24°C' dir (Cantez vd., 2003). Yenidoğan için uygun olmayan ortam ısısında bebek vücut ısısını arttırmaya çalışır. Bebeğin kıyafetleri giydirilmeden önce mutlaka alerjik olmayan deterjanlarla yıkanmış olmalı, bol su ile durulanmalı, çamaşır suyu kullanılmamalıdır. Giysilerin üzerine nazar boncuğu, takı, iğne gibi bebeğe zarar verebilecek herhangi bir şey takılmamalıdır (Çavuşoğlu, 2002; Çavuşoğlu, 2004a; Şalk Vatandaş, 2004; Taşkın, 2005; Yıldız, 2008b; Savaşer ve Yıldız, 2009).

1.13. Yenidoğanda Genital Bölge Bakımı

Yenidoğanın genital bölgesi nemli ve ıslak olduğunda mikroorganizmaların üremesi için uygun bir ortam oluşturur. Bu nedenle günde ortalama 6-8 defa bez değiştirilmeli, sıvıyı iyi emen bezler tercih edilmeli ve her beslenme sonrası mutlaka bebeğin altı kontrol edilmelidir. Uzun süre idrar ve gaita ile temas eden genital bölge derisinde inflamasyon ve döküntüler oluşabilir. Bez bölgesinde enfeksiyonlara ve deri hasarlarına sebebiyet vermemek için, genital bölge mümkün olduğunca kuru tutulmalı her bez değişiminde havalandırılmalıdır (Çavuşoğlu, 2002).

Bebeğin altı değiştirilirken deri kıvrımlarının olduğu bölgelerin temiz tutulmasına özen gösterilmelidir. Bez değiştirilirken istenirse ince bir tabaka şeklinde pişik önleyici ürünler sürülebilir. Bu bölge kızarıklık açısından gözlenmelidir, 3 günden fazla süren kızarıklık varsa doktora başvurması belirtilmelidir (Neonatoloji Hemşireliği Derneği, 2014).

Genital bölge temizliği kızlarda önden arkaya doğru silinerek yapılmalıdır. Bu vajina ve üretraya fekal kontaminasyonu engellemek açısından önemlidir. Vulva ve labialar açılarak ılık su ve pamuklu bir bez yardımıyla önden arkaya doğru silinir, her silişte bezin temiz yüzü kullanılır. Bu şekilde üriner enfeksiyonların gelişmesi önlenir (Akşit, 2001; Çavuşoğlu, 2004a; Adam, 2008; Afsar, 2009; Visscher, 2009; Sarkar, Basu, Agrewal ve Grupta, 2010; Fernandes, Prado de Olivera ve Machado, 2011; Karabulut, 2011; Utaş, 2011).

Temizleme bezi olarak pratiklik açısından sıklıkla tercih edilen parfüm içerikli ıslak mendil gibi ürünler derideki lipid tabakaya zarar verdiği için devamlı kullanımları önerilmemektedir. Bebek pudraları kullanımı inhalasyonla oluşan pulmoner komplikasyonlara yol açabileceğinden günümüzde önerilmemektedir (Akşit, 2001; Çavuşoğlu, 2004a; Adam, 2008; Afsar, 2009; Visscher, 2009; Sarkar vd., 2010; Fernandes vd., 2011; Karabulut, 2011; Utaş, 2011).

Kız bebeklerde doğumu izleyen ilk günlerde anneden geçen hormonların etkisiyle kanlı ve mukuslu bir akıntı görülebilir. Bunun fizyolojik bir olay olduğu aileye anlatılmalıdır (Cantez vd., 2003).

1.14. Yenidoğanın Banyosu

Yenidoğan, anneden bebeğe geçme ihtimali olan Hepatit B, Hepatit C, Herpes Simpleks ve HIV gibi hastalıkların varlığında, vücut ısısı normal değerlerde ve sağlıklı olduğunda yıkanabilir. Vücut ısısı stabilize olmamış bir bebeğin yıkanması hipotermiye sebep olabilir. İlk banyo sırasında koruyucu özelliği olan verniks kazeoza tabakası tamamen silinmemelidir. Eğer aileler yenidoğan banyosunu göbek düştükten sonra yapmayı tercih ediyorsa göbek iyice iyileşinceye kadar vücudu silme şeklinde banyo yaptırılmalıdır. Bebekler eğer şartlar uygunsa her gün yıkanıp, giysilerinin değiştirilmesi önerilmelidir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Dhar, 2007; Dağoğlu ve Görak, 2008; Yıldız, 2008b; Datta, 2009; Savaşer ve Yıldız, 2009; Sarkar vd., 2010; Fernandes vd., 2011; Karabulut, 2011; Utaş, 2011).

Banyo sonrası göbek kordonunun ıslak kalması ve iyi kurutulmaması bu bölgede bakteri üremesine ve enfeksiyona sebep olur. Bu sebeple yenidoğanın göbek kordonu düşünceye kadar dikkatli banyo yaptırılmalıdır. Kusma ve aspirasyon riski nedeniyle yenidoğanın banyosu beslenme öncesi yaptırılmalıdır. Yaz aylarında hava sıcak ve nemli olduğundan yenidoğan her gün banyo yaptırılmalıdır. Ancak kış aylarında haftada 2-3 defa banyo yeterli olacaktır. Banyo odası sıcaklığı yaklaşık 24-25°C olmalıdır. (Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.14.1. Silme Banyo

Bebeğin banyosunun yaptırıldığı yer hava akışının olmadığı, ısı 24-25°C de, güvenli ve rahat olmalıdır. Gerekli malzemeler (temiz bez, pamuk tamponlar, havlu, battaniye ve temiz giysiler) hazırlandıktan sonra silme banyosuna bebeğin yüzünden başlanır ve vücudu havlu ile sarılır. İlk olarak gözleri sırayla dışardan içe olacak şekilde ılık suyla ıslatılmış bir pamuk yardımıyla silinir. Bu işlem için her iki göz temizliğinde farklı pamuk kullanılır. Uygun ısıdaki ıslak bir havlu ile bebeğin yüzü orta bölümden dışa doğru nazikçe silinir. Bebeğin burnu, kulakları da güzelce silinir. Ancak burun ve kulak temizliğinde sert, tahriş edici herhangi bir çubuk benzeri materyaller kullanılmaz, yüzeysel olarak silinir. Bebeğin başı yıkanırken bir elin avucuyla bebeğin başı tutulup aynı elin koluyla da vücudu desteklenir. Isısı önceden ayarlanmış (37°C) su başına hafifçe dökülür, önden arkaya masaj yaparak, fontanellere baskı yapmadan nazikçe yıkanır. Baş güzelce temizlendikten sonra ısı kaybını önlemek için başı hemen havlu ile sarılır. Bebeğin boynunu temizlemek için bir el ile baş ve omuzu desteklenir diğer el ile boyun kıvrımı silinir. Bu işlem sonrasında bebeğin vücuduna sarılı olan havlu açılır ve bebeğin vücudu ılık suyla ıslatılmış uygun yumuşaklıkta bir bez yardımıyla silinir. Kız bebeklerin perine temizliğinde kullanılan sabunlar irritasyona sebep olabilmektedir. Bu sebeple ılık su ile ıslatılmış temiz bir bez yardımıyla önden arkaya doğru silerek temizlenmelidir. Bebeğin vücudu yumuşak hareketlerle kurulmalı ve hızlıca giydirilmelidir (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Dhar, 2007; Dağoğlu ve Görak, 2008; Yıldız, 2008b; Datta, 2009; Savaşer ve Yıldız, 2009; Sarkar vd., 2010; Fernandes vd., 2011; Karabulut, 2011; Utaş, 2011).

1.14.2. Küvet Banyo

Yenidoğan için uygun bir küvet ya da geniş bir lavaboda yaptırılabilir. Altına havlu veya başını hafif yukarıda tutacak bir yastık konularak uygun ısıda 7-8 cm kadar 37-38°C su dökülür. Yenidoğan küvet banyosuna geçmeden yüzü ve saçını silme banyoda olduğu gibi temizlenir. Bebek için küvet banyosunda en uygun pozisyon bir kol bebeğin başının altından geçirilip koltuk altından kavrarken diğer elin bacaklarını veya poposunu kavradığı pozisyonudur (beşik pozisyonu). Isısı kontrol edilen suyun içine bebeğin önce bacakları, daha sonra tüm vücudu yavaşça yerleştirilir. Vücudu uygun

bir bezle sabunlanarak temizlenir. Bebeklerin suyun içine ilk girdiklerinde irkilme, ağlama, korkma gibi refleksleri normaldir. Banyo için deodorant, boya ya da koruyucu kimyasallar gibi katkı maddesi içermeyen doğal sabun ve şampuanlar kullanılmalıdır. Aynı zamanda banyo işlemini yaptıracak kişinin elleri banyo öncesinde yıkanmış olmalıdır (Çavuşoğlu, 2004a; Taşkın, 2005; Dhar, 2007; Dağoğlu ve Görak, 2008; Yıldız, 2008b; Datta, 2009; Savaşer ve Yıldız, 2009; Sarkar vd., 2010; Fernandes vd., 2011; Karabulut, 2011; Utaş, 2011).

1.15. Yenidoğan Odasının Fiziki Koşulları

1.15.1. Isı – Sıcaklık

Yenidoğan için ortam ısısı çok önemlidir. Sağlıklı ve miadında doğan bebekler ortam ısisından çok hızlı etkilenirler; preterm ve SGA bebeklerin etkilenmesi daha da fazladır. Yenidoğan için en uygun ortam iyi havalandırılmış, hijyenik ve 24°C ısisı olan bir odadır. Bebekler ısı kaynaklarına uygun mesafede, hava akımının olmadığı bir ortamda olmalı ve giydirilecek giysileri de oda sıcaklığında olmalıdır. Sıcak bir çevrede bebekler çok kalın giydirilmemeli ince bir battaniyeyle örtülmelidir. Soğuk bir çevrede ise en çok ısı kaybının olduğu kafanın örtülmesi ya da başlık giydirilmesi, el ve ayakların korunması gereklidir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.15.2. Işık

Işıktaki yenidoğanlar için bir uyarandır; uykuya dalmasını engelleyebilir ve gereksiz enerji kaybına neden olur (Dağoğlu ve Görak, 2008). Dış dünyaya yeni adapte olmaya çalışan yenidoğanın odasında gözlerini yorabilecek canlı ve koyu renkli ışıklar tercih edilmemelidir (Şalk Vatandaş, 2004; Yıldız, 2008b; MEB, 2011).

1.15.3. Ses

Ses yetişkinlerde olduğu gibi bebeklerde de rahatsız edicidir, uykunun bölünmesine neden olur. Ani sesli uyaran yenidoğanda ağlama, irkilme ve ajitasyona neden olabilir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.15.4. Yatak

Yenidoğan bebeğin yatağı ne çok yumuşak ne de çok sert olmalıdır (Dağoğlu ve Görak, 2008). Bebek yatağa yattığında yatağın çökmemesi düz kalması gerekir (Bilgili, 2009). Yastık kullanımı yerine başını hafif destekleyecek ince bir destek konulması daha uygundur. Yenidoğan için en uygun pozisyon sırtüstü yatış olup başta şekil bozukluğu olmaması için belli aralıklarla pozisyonu değiştirilmelidir (Dağoğlu ve Görak, 2008; Bilgili, 2009). Yenidoğan tek parça giysi giydirilerek yatırılmalı, tek kat battaniye tercih edilmeli ve örtülen battaniye bebeğin yüzüne kadar çekilmemeli göğüs seviyesinde olmalıdır (Neonatoloji Hemşireliği Derneği, 2014). Yenidoğan için en uygun yer kendi yatağıdır. Ebeveynlerin bebeklerini kendi yataklarında yatırmaları bebeği boğma tehlikesi nedeniyle sakıncalıdır (SB, 2015).

1.16. Yenidoğanın Uykusu

Uyku; bilinç ve istemli davranışların olmadığı fizyolojik bir döngüdür. Uykuda, REM (aktif uyku dönemi) ve NonREM olmak üzere iki bölüm vardır. Yapılan araştırmalarda bebeğin REM uykusunda çeşitli uyaranların etkisinde kalarak nörolojik gelişim sürecini sürdürdüğü saptanmıştır (Özgen, 2001; Yılmaz ve Gürakan, 2002; Glaze, 2004). Aktif uyku esnasında, hızlı göz hareketleri görülür ve solunum düzensizdir. Sakin uyku halinde ise, vücut hareketsiz ve solunum düzenlidir. Yenidoğanın büyüme ve gelişimi sakın uykuda gerçekleştiği için bu uyku döneminin süresi önemlidir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Yenidoğan genellikle günün 19-21 saatini uyuyarak geçirir. Her bebeğin uyku düzeni farklılık gösterir. İlk zamanlarda gece uykuları daha düzensizken uyku ritminin

gelişmesiyle uyku süresi geceye doğru kaymaktadır (Özgen, 2001; Yılmaz ve Gürakan, 2002; Rudolph vd., 2003; Glaze, 2004).

Bebekler uyumadığı zamanlarda çevresel uyaranlara iyi yanıt verirler. Uyanırken bebeklerin gözleri açıktır ve etrafi izler. Bu dönem beslenmek için en uygun zamandır. Sağlıklı yenidoğanlar genellikle beslenme zamanları haricinde uyurlar. Uykuyu düzenli hale getirmek için her beslenmeden sonra yenidoğanı uykuya yatırmak faydalı olacaktır (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Beslenme problemleri, çevre şartlarının uygun olmayışı, bebeğin annenin kokusu ve sıcaklığından ayrılması gibi durumlar uyku sorunları yaşamasına neden olabilir. Aynı zamanda anne sütüyle beslenen bebeklerin mama ile beslenenlere göre geceleri daha sık uyandıkları saptanmıştır. Ortam ısısı yenidoğanın uyku sürecinde önemlidir; sıcak bir ortamda üstü çok kalın giydirilmiş veya örtülmüş bir yenidoğan uygun ortam ısısında uyuyan bir yenidoğana göre daha sık uyanmaktadır. Uykuyu kolaylaştırmak için uygun çevre koşullarının yanı sıra gösterilecek davranışsal yaklaşımlar da önemlidir. Hafif, yumuşak sesle söylenen şarkılar, uyku objeleri, hafif aydınlatılan bir ortam, bebeği yatırmadan önce yaptırılan banyo bu süreçte yardımcı olacaktır (Yılmaz ve Gürakan, 2002; Şalk Vatandaş, 2004; Yıldız, 2008b).

Yenidoğan bebek için en uygun yatış pozisyonu sırtüstü başı yana hafif dönük pozisyonudur. Bebek yan yatırılırsa mutlaka yüzüstü dönmesini önleyecek bir destek koyulmalıdır. Yapılan çalışmalar sonucu yüzüstü yatış pozisyonunun Ani Bebek Ölümü Sendromuna neden olabildiği belirtilmiştir (Moon, Patel ve Shaefer, 2000; Dağoğlu ve Görak, 2008).

1.17. Yenidoğana Yapılan Aşılar

Türkiye’ de Sağlık Bakanlığı’ nın oluşturduğu Genişletilmiş Bağışıklık Programı kapsamında yenidoğan döneminde yalnızca Hepatit B aşısı önerilmekte ve aşı doğumdan sonra en geç 72 saat içinde yapılmaktadır (SB, 2018). Hbs Ag (+) anne bebeklerinin yaklaşık 1/3’ ünde Hbs Ag pozitifliği gelişirken %90’ ı ise HBV taşıyıcısı olmaktadır. Taşıyıcı olan annelerin bebekleri vücut sıcaklığı normal değerlerde

olduğunda hemen yıkanmalı, Hepatit B aşısı ve immunglobülin ilk 12 saat içerisinde uygulanmalıdır (Taşkın, 2005; Ertuğrul, 2007; Osborn vd., 2007; Dağoğlu ve Görak, 2008; Datta, 2009; Torunoğlu, 2011). Preterm ve 2000 gr altında olan yenidoğanlara, anne Hbs Ag (+) ise ilk 12 saat içerisinde Hepatit B aşısı ve immunglobülini yapılır. Anne Hbs Ag (-) ise bebek 2000 gr olduğunda ya da 1. ayın sonunda ilk doz aşısı yapılır (SB, 2018).

1.17.1. K Vitamini

Yenidoğanlarda K vitamininin yeterli olmaması ve barsak florasının tam gelişmemiş olması nedeniyle kanama ve pıhtılaşma sorunlarından korunmak için doğumdan sonra ilk 1 saat içinde tüm yenidoğanlara K vitamini yapılmalıdır (Dworkin, 2000; Okumuş ve Selçukbiricik, 2002; Cantez vd., 2003; Dağoğlu ve Görak, 2008). Oral olarak K vitamini uygulamasının güvenilirliği yeterli olmadığından yenidoğana intramüsküler olarak yapılmaktadır (SB, 2015).

1.18. Geleneksel Yöntemler

Gelenek, bir toplumda geçmişten kalan, inanılan ve saygı duyulan nesiller boyunca aktarılan kültürel inançlardır. Türkiye birçok kültürü bünyesinde barındıran bir ülkedir. Bu kültürel farklılıklar gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve bebeğe uygulanan birçok sakıncalı geleneksel yöntem içermektedir (Erer, Akçınar ve Kadioğlu, 2010).

Günümüzde gelişen teknolojiye ve yapılan pek çok araştırmaya rağmen nesiller boyu aktarılan geleneksel yöntemlerin varlığı yadsınamaz. Geleneksel tıbbi bilgi ve uygulamalar geleneksel toplumların dışında modern toplumlarda da görülmektedir (Kaplan, 2010).

Toplum sağlığını etkileyen geleneksel yöntemler yöreye ve ailelere göre farklılıklar göstererek halen sürmektedir (Çetinkaya, Özmen ve Cambaz, 2008). İnanılan bu davranışlar hayatın her evresinde insan hayatına zarar verebilmektedir (Stoll, 2007).

Toplumlara sağlık hizmeti götürülürken öncelikle toplumu ve ihtiyaçlarını iyi anlamak, doğru belirlemek ve mevcut sorunlara yönelik hizmet vermek gerekir. Bunun için de hizmet verilen toplumun sosyo-kültürel yapısını iyi tanımak şarttır. Türkiye’de bu alanda yapılmış çalışmalarda, sağlık hizmetlerinden faydalanmayı etkileyen bazı farklı gelenek, görenekler, inançlar ve alışkanlıklar saptanmıştır. Ekonomik nedenler, eğitim durumu, işsizlik gibi pek çok etken sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz etkileyebilmektedir (Koyun, Çamuroğlu, Korkmaz, Menteşe ve Ocak, 2010).

Bazı geleneksel uygulamaların; bebeğin yakasına takılan nazar boncuğu, göbek kordonunun okul ya da cami bahçesine gömülmesi gibi anne ve yenidoğan için herhangi bir sakıncası yokken bazı uygulamaların ciddi sonuçları olabilmektedir. Örneğin, bebeğin vücudunun düzgün olması için kundaklanması, ter kokmasını diye tuza yatırılması, pişik oluşmaması için toprakla örtülmesi gibi birçok geleneksel yöntemler yenidoğana ciddi zarar verebilmektedir (Koyun vd., 2010).

Toplumun inançlarını sorgulamadan geliştirilen olumlu davranışlarla ve etkili bir iletişim ile geleneksel yöntemlerin uygulanmasında gelişmeler sağlanabilir. Sunulan sağlık hizmetlerinde çağdaş tıbbi yöntemler kadar, farklı kültürlere yönelik hizmetler de yer almalıdır. Halk sağlığı çalışmaları içinde anne ile bebeğe uygulanan bu geleneksel yöntemlerin yerine sağlıklı davranışların edinilmesini hedef alan eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde çeşitli iletişim araçlarından da faydalanılarak, anne üzerinde özellikle etkili olan aile büyükleri de hedef alınmalıdır (Koyun vd., 2010).

1.19. Yenidoğanın Evde Bakımı

Gelişmiş ülkelerdeki yasalara göre anne ve bebekler normal doğumdan sonra 48 saat, sezaryen doğumdan sonra ise 96 saat hastanede kalırlar. Ülkemizde normal vajinal doğumdan sonra genelde 24 saat sonunda anne ve bebekler taburcu edilmektedir. Taburculuk zamanı; anne ile bebeğin ihtiyaçlarına, isteklerine ve anne ile bebeğin durumuna göre değişebilir. Hastaneden taburculuk sonrası evde bakım süreci başlar. Bu süreç oldukça önemlidir ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) doğumdan sonraki 48 saat içinde taburcu edilen bütün yenidoğanlara bakımın sağlık

profesyonelleri tarafından verilmesinin sağlanmasını önermiştir (Dağoğlu ve Görak, 2008).

Anneleri taburcu olurken karşılaşılabileceği sorunlar hakkında anlaşılır bir dille bilgilendirmek gereklidir. Bilgilendirme konuları; bebeğin beslenmesi, yenidoğan sarılığı, annenin ilaç kullanımı, kontrole geleceği zamanları içermelidir. (Kültürsay vd., 2018).

Yenidoğanın evde bakımının en iyi şekilde gerçekteşmesi için, anne-babaların bu sürece psikolojik ve fiziksel olarak hazırlanması ve bu hazırlığın da kişilerin algı düzeylerine göre yapılması gereklidir (Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013; Anonim, 2014).

1.20. Postpartum Dönem Anne Psikolojisi

Postpartum dönem bebek ve ebeveynlerin birbirleriyle kaynaştığı, annenin yeni düzene alışmaya çalıştığı bir süreçtir. Doğum sonrası süreçte yenidoğan bakımı ve ihtiyaçlarına yönelik bilgi gereksinimleri annede strese neden olabilir ve annenin yaşamını olumsuz etkileyebilir (Yıldız, 2008a).

Anne-babanın bu sürece uyumunu; gebeliğin istemli olup olmaması, doğum süreci ve bebeğin cinsiyeti etkileyebilmektedir (Çavuşoğlu, 2004a). Ayrıca doğumun şekli, zorluğu, kadının eşinden destek alıp almama durumu, bilgi eksiklikleri, eşlerin birbirleri ile olan iletişimi, ebeveynlerin sağlık çalışanları ile olan iletişimi de anne-baba rolüne uyum sağlamada önemli faktörlerdendir (Çavuşoğlu, 2004a; Taylor, Atkins, Kumar, Adams ve Glover, 2005; Manav, 2008).

Doğum sonrası dönemde annenin yaşadığı duygusal sorunlar, postpartum depresyon ve ekonomik sorunların varlığı anne ile yenidoğan arasındaki etkileşimi olumsuz etkiler (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006; Amankwaa, Pickler ve Boonmee, 2007). Bu olumsuz durumlar neticesinde bebeği ile olumlu etkileşim kuramayan anne hem kendine hem de bebeğine gereken bakımı sağlayamayacaktır (Görak, 2008b).

Postpartum süreçte aile üyeleri duygusal değişikliklerin yanı sıra fiziksel ve sosyal değişiklikler de yaşar. Aileye yeni bir bireyin katılımı anne ile babaya yeni sorumluluklar getirir. Bu değişikliklere alışmaya çalışan anne aynı zamanda bebeğine bakmak için gerekli bilgi ve becerileri edinmeye çalışır. Süreci sağlıklı bir şekilde geçirebilmesi için ebeveynlere ihtiyacı olan danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gereklidir (Ruchala, 2000; Gölbaşı, 2003; Başer vd., 2005; Çalışır, Şeker, Güler, Anaç ve Türkmen, 2008).

Eve geçiş sonrası ilk kez anne olan kadınlarda sıklıkla stres görülür. Kısa zaman içinde bu yeni dönemin getirdiği sorumlulukları üstlenirken aynı zamanda bebeğine bakım verecek bilgiye de sahip olması gerekir. Bu durum birçok annede stres ve kaygıya sebep olmaktadır (Nelson, 2003; Darvill vd., 2010; Razurel vd., 2011). İlk 3 ayda ortaya çıkan postpartum depresyonun %30 nedeninin yenidoğan bakımında karşılaşılan güçlükler olduğu bildirilmiştir (Yıldız ve Akbayrak, 2014).

Doğum sonu dönemde ruhsal sıkıntılar sık görülür. Postpartum dönemde progesteron ve östrojen hormonlarındaki ani değişikliklerin ruhsal bozukluklara neden olduğu düşünülmektedir (Johnson, 2012).

Doğum sonrası hüznün, depresyon, psikoz gibi rahatsızlıklar benzer özellikler gösterse de birbirinden farklıdır. Postpartum depresyon genel depresyon belirtileri yanında yenidoğan ve aileye karşı ambivalan duyguları da içerir. Primipar annelerde postpartum depresyon görülme sıklığı %13'tür. Belirtiler hastaneden taburcu olmadan ortaya çıkabilir. Postpartum depresyon açısından risk altında olan anneler, çevresinden kötü muamele görmüş, daha önce depresyon geçirme öyküsü olan, düşük benlik saygısına sahip, eğitim ve sosyoekonomik açıdan memnuniyetsiz kadınlardır (Johnson, 2012).

Bebeklerinin ağlamasından rahatsızlık duyan anneler doğum sonu bunalım yaşayabilir. Bu nedenle huzursuz ve çok ağlayan bebeklerin anneleri depresyon yönünden değerlendirilmeli ve izlenmelidir (Cantez vd., 2003).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmayı Kırklareli Devlet Hastanesi' nin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Doğumhane Servisinde 15 Nisan-15 Ekim 2018 tarihleri arasında bebeği yatan anneler oluşturmuştur.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneği

Araştırmanın evrenini Kırklareli Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Doğumhane Servisinde bebeği yatan primipar anneler oluşturmuştur. Araştırmada örnek seçimi yapılmamış, araştırma tarihleri arasında bebeği yatan tüm primipar annelere ulaşılması hedeflenmiştir. Belirtilen tarihler arasında servise toplam 124 primipar anne yatışı olmuş, bunlardan 15'inin bebeği sağlık sorunları nedeniyle üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmiş. Dokuz annenin 8'i 18 yaş altında olma ve 1'i okur yazar olmama nedenleri ile araştırmaya dahil edilmemiştir. Belirtilen tarihler arasında en az ilkokul mezunu, 18 yaşından büyük, araştırmaya katılmayı kabul eden ve bebeği yatan 100 primipar anne ile çalışma yürütülmüştür.

2.4. Araştırmanın Değişkenleri

2.4.1. Bağımlı Değişkenler

Başlama, yılmama, sürdürme çabası alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları

2.4.2. Bağımsız Değişkenler

Annelerin demografik ve obstetrik özellikleri, bebeğin beslenme durumu, annenin gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında bilgi alıp almama durumu, bebek bakımında güçlük yaşayıp yaşamama durumu ve yenidoğan bakımında aile üyelerinden destek alıp almama durumu

2.5. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Yaş gruplarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanlarında değişim yoktur.

H₁: Özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yaş gruplarına göre değişmektedir.

H₀: Annenin öğrenim düzeyi ile özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında farklılık yoktur.

H₁: Annenin öğrenim düzeyi ile özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında farklılık vardır.

H₀: Ev hanımları ile çalışan anneler arasında özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden fark yoktur.

H₁: Ev hanımları ile çalışan anneler arasında özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden fark vardır.

H₀: Gelir düzeyine göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanlarında değişim yoktur.

H₁: Özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları gelir düzeyine göre değişmektedir.

H₀: Aile tipi ile özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında farklılık yoktur.

H₁: Aile tipi ile özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında farklılık vardır.

H₀: *Maternal özellikler ile özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında farklılık yoktur.*

H₁: Özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları maternal özelliklere göre değişmektedir.

H₀: *Fetal özellikler ile özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında farklılık yoktur.*

H₁: Özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları fetal özelliklere göre değişmektedir.

2.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, araştırma sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmak isteyen annelere araştırmacı tarafından uygulanan anket ile toplanmıştır.

Veri toplama formu annelerin demografik, obstetrik özellikleri ve yenidoğan bakımına yönelik toplamda 38 soruluk bir anket ile Genel Özyeterlilik Ölçeği'nden oluşmuştur.

Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Yapılan her anket için görüşme süresi ortalama 10-15 dakika olarak belirlenmiştir.

2.7. Veri Toplama Araçları

Anket iki bölümden oluşmaktadır.

İlgili literatür ve araştırmacı tarafından geliştirilen “Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi Anket Formu” [EK-3](#) ve

Sherer vd. (1982) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından yapılmış olan “Genel Özyeterlilik Ölçeği” [EK-4](#) kullanılmıştır.

2.7.1. Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi Anket Formu

Anket formunda annelerin sosyodemografik özelliklerini tanımlayan 5 adet kapalı uçlu soru, annenin obstetrik özelliklerini tanımlayan 4 adet kapalı uçlu soru, bebek bakımına yönelik 29 adet kapalı uçlu soru yer almaktadır.

Ankette sosyodemografik özellikleri tanımlayan gelir düzeyi kısmı oluşturulurken TÜİK verilerinden yararlanılarak, Türkiye’ de çalışan kadınların eğitim durumuna göre aylık kazancı göz önünde bulundurulmuştur.

Araştırma öncesi anket formunun anlaşılabilirliğini test etmek için 10 anne üzerinde ön deneme yapılmıştır.

2.7.2. Genel Özyeterlilik Ölçeği

Ölçek, Sherer vd. (1982) tarafından geliştirilmiş, Türkçeye çevrilen ölçeğin, Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Ölçeği kullanmadan önce Yıldırım’a ulaşılarak gerekli izin alınmıştır. [EK-6](#)

Özyeterlilik; kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir eylemi başlatıp sonuç alıncaya kadar sürdürebileceğine olan inancı şeklinde tanımlanmıştır (Bandura, 1994).

Ölçeğin bu anketteki amacı, ilk kez doğum yapmış annelerin yenidoğan bakımı hakkında mevcut bilgi ve becerileri ışığında yapabileceklerine olan inancıdır.

Genel Özyeterlilik Ölçeği beş dereceli Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte “Sizi ne kadar iyi tanımlıyor?” sorusuna “hiç” ve “çok iyi” yanıtları arasında değişen beş dereceli seçenek vardır. Her sorunun puanı 1-5 arasında değişmekte ve 17 maddeden oluşan ölçek üç faktörlü bir yapı göstermektedir. Bunlar: Başlama 9 madde (2,4,5,6,7,10,11,12,17), Yılmama 5 madde (3,13,14,15,16) ve Sürdürme Çabası-Israr 3 maddedir (1,8,9). Başlama; kişilerin hem kendini hem de çevresindekileri bir işe başlamada ve devam ettirmede motive etme potansiyelinin olmasıdır. Yılmama; kişilerin başarısız sonuçlar sonrası toparlanma ve ısrarcı olmalarıdır. Sürdürme çabası ve ısrar; kişilerin gösterecekleri çaba, zorluklarla mücadelede dayanabilme ve kendilerini toparlayabilme durumlarıdır. (Bandura, 1997). Ölçekteki 2,4,5,6,7,10,11,12,14,16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 17-85 arasında değişirken, puanın artması özyeterlilik inancının arttığını gösterir.

2.8. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin

Çalışmaya başlamadan önce, Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli kurum izni [EK-2](#), Kırklareli Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan ise Etik Kurul Onayı [EK-1](#) alınmış ve araştırmaya sadece gönüllü olarak katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Bireysel hakların korunması amacıyla anket yapılacak tüm annelere anket öncesi “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” okutulup imzaları alınmış, kendilerinden alınan kişisel verilerde “gizlilik” ilkesine bağlı kalınacağı belirtilmiştir.

2.9. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler; kesikli sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum biçiminde ifade edilirken kategorik değişkenler olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Kesikli sayısal değişkenlerin dağılımının normale yakın dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenirken varyansların homojenliği varsayımının sağlanıp sağlanmadığı Levene testiyle araştırıldı. Yapılan uyum iyiliği testleri sonucunda parametrik test istatistiği varsayımları sağlanmadığı için çalışmanın genelinde parametrik olmayan test istatistikleri kullanıldı. Gruplar arasında başlama, yılmama, sürdürme çabası alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam

ölçek puanları yönünden farkın önemliliği bağımsız grup sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testi ile incelenirken ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farkın önemliliği ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi.

Özyeterlilik algısı üzerinde belirleyici olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkileri Çoklu Değişkenli Doğrusal Regresyon analizleri ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p < 0,10$ olarak saptanan tüm değişkenler aday faktörler olarak çoklu değişkenli doğrusal regresyon modellerine dahil edildi. Ayrıca, her bir değişkene ait regresyon katsayısı, %95 güven aralıkları ve t-istatistikleri hesaplandı. Özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı normalden uzak olduğundan doğrusal regresyon analizlerinde logaritmik dönüşüm yapıldı.

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapıldı. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3. BULGULAR

Olguların demografik özellikleri Tablo 3.1’de verildi. Araştırmaya katılan annelerin %94’ü 18-35 yaş aralığında, %6’sı ise 35 yaş ve üstündedir. Annelerin %36’sı ortaokul mezunu ve %79’ u ev hanımıdır. Aylık gelir %40’ında 1500-3000 TL arasındadır. Annelerin %83’ü çekirdek tip aile yapısına sahiptir.

Tablo 3.1. Olguların demografik özellikleri

		Olgu sayısı	Yüzde
Yaş	18-35 yaş arası	94	94,0
	35 yaş üstü	6	6,0
Öğrenim durumu	İlkokul	22	22,0
	Ortaokul	36	36,0
	Lise	21	21,0
	Üniversite	21	21
Mesleği	Ev hanımı	79	79,0
	Çalışan	21	21,0
Maddi durum	<1500 TL	34	34,0
	1500 - 3000 TL arası	40	40,0
	>3000 TL	26	26,0
Aile tipi	Çekirdek	83	83,0
	Geniş	17	17,0
Toplam		100	100,0

Olguların obstetrik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.2’de verildi. Araştırmaya katılan annelerin %86’sı gebeliğinin planlı olduğunu belirtmiştir. Annelerin %59’ NSD yaparken, %41’ sezaryen ile doğum yapmıştır. Bebeklerin cinsiyeti %55 erkek, %45’i kızdır. Annelerin %74’ü 37-40. haftalar arasında doğum yapmıştır.

Tablo 3.2. Annenin obstetrik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler

		Olgu sayısı	Yüzde
Gebelik planlı mı?	Hayır	14	14,0
	Evet	86	86,0
Doğum şekli	NSD	59	59,0
	Sezaryen	41	41,0
Bebegin cinsiyeti	Kız	45	45,0
	Erkek	55	55,0
Doğum haftası	<37 hafta	9	9,0
	37-40 hafta	74	74,0
	>40 hafta	17	17,0
Toplam		100	100,0

Bebek beslenmesi durumuna göre olguların frekans dağılımları Tablo 3.3'te verildi. Araştırmaya katılan annelerin %84'ü bebeğinin ilk beslenmesini ağladıktan hemen sonra yapmıştır. Annelerin %11'i kolostrumu sağıp attıktan sonra, %4'ü bebeğine şekerli su verdikten sonra, %1'i ise 3 ezan vakti geçtikten sonra bebeğini beslemiştir. Annelerin %55'i bebeğini anne sütü ile beslerken, %10' u yalnızca mama ile, %35' ise her ikisi ile beslemiştir. Anne sütü almayan 9 bebeğin 4'ü emzirmeye engel durum varlığı (HIV, aktif TBC, bazı ilaçların kullanımı, galaktozemi, alkol-madde bağımlılığı, vb.) sebebiyle, 5'i annenin bebeği emzirememesinden (meme ucu çatlağı, yanlış emzirme tekniklerinden kaynaklı sorunlar, vb. nedenler) dolayı ve 1 tanesi de anne bebeğini emzirmek istemediği için anne sütü alamamıştır. Annelerin %51' inin anne sütünü saklamadan direk attığı, sadece %18' inin anne sütünün saklanma koşullarını bildiği görülmüştür.

Tablo 3.3. Bebek beslenmesi durumuna göre olguların frekans dağılımları

		Olgu sayısı	Yüzde
Bebeğinizi ilk ne zaman beslediniz?	Ağladıktan sonra	84	84,0
	3 ezan vakti geçtikten sonra	1	1,0
	Kolostrumu sağıp attıktan sonra	11	11,0
	Şekerli su verdikten sonra	4	4,0
Bebeğin beslenme şekli	Anne sütü	55	55,0
	Formül mama	10	10,0
	Her ikisi	35	35,0
Anne sütü almıyorsa sebebi	Emzirmeye engel durumların varlığı	4	40,0
	Annenin emzirmek istememesi	1	10,0
	Annenin bebeğini emzirememesi	5	50,0
Anne sütü saklama koşulları	Saklanmaz direk atılır	51	51,0
	Oda ısısında 3 saat, buzdolabında 3 gün, derin dondurucuda 3 ay	18	18,0
	Oda ısısında bozulur, dolapta 3 gün saklanır	31	31,0
	Toplam	100	100,0

Annelerin bebek bakımına yönelik verileri Tablo 3.4'te verildi. Annelerin %91'inin bebeğin göbeğine bakım yapmadığını, %87' sinin göbek kordonuna hiç dokunmadan kuru kalarak düşmesini beklediğini, %72' si bebeğin ilk banyosunun göbeği düştükten sonra yaptırılması gerektiğini ifade etmiştir. Annelerin %87' si bebeğine aldığı çamaşırları giydirmeden önce yıkadığını, %51' i bebek bezinin günde en az 3-5 defa değiştirilmesi gerektiğini, %78' i yenidoğanda genital bölge temizliğinin önden arkaya doğru silinerek yapılması gerektiğini, %78' i genital bölge temizliğinde sabun, pudra ve parfüm içerikli ürünlerin kullanılmaması gerektiğini bildiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin %83'ü bebeğin yan yatırılması gerektiğini, %71'i bebeğine geleneksel yöntemleri uygulamadığını ve uygulamayacağını söylemiştir. Geleneksel yöntem uygulamayı seçen 34 annenin 15'i sarılığı önlemek için bebeğine sarı tülbent örteceğini, 14'ü bebeği ter kokmasın diye tuzlama yapacağını, 5' i de vücudunun düzgün olması için kundaklayacağını ifade etmiştir.

Tablo 3.4. Annelerin bebek bakımına yönelik verileri

		Olgu sayısı	Yüzde
Bebeğin göbek bakımını yapıyor musunuz?	Hayır	91	91,0
	Evet	9	9,0
Sizce göbek bakımı nasıl yapılmalı?	Tentürdiyot veya batikonla silinir	13	13,0
	Hiç dokunmadan kuru kalarak düşmesi beklenir	87	87,0
Yenidoğanın banyosu	Göbek kordonu düştükten sonra yapılmalı	72	72,0
	Doğumdan 2-3 gün sonra yapılmalı	16	16,0
	İstenildiği zaman yapılabilir	12	12,0
Bebeğe aldığı çamaşırları kullanmadan önce	Yıkamadı	13	13,0
	Yıkadı	87	87,0
Yenidoğanların bezi günde en az	6-8 defa değiştirilmelidir	49	49,0
	3-5 defa değiştirilmelidir	51	51,0
Yenidoğan bebeğin genital bölge temizliği	Önden arkaya silinerek yapılır	78	78,0
	Arkadan öne silinerek yapılır	6	6,0

Tablo 3.4. Annelerin bebek bakımına yönelik verileri – devamı

		Olgu sayısı	Yüzde
	Rastgele yapılır	16	16,0
Genital bölge temizliğinde	Sabun, pudra, parfüm kullanmıyor	78	78,0
	Sabun, pudra, parfüm kullanıyor	22	22,0
Yenidoğan bebek nasıl yatırılmalıdır?	Yüzüstü yatırılmalı	5	5,0
	Yan yatırılmalı	83	83,0
	Sırtüstü başı yana dönük yatırılmalı	12	12,0
Bebeginize geleneksel yöntemler uygulandı mı?	Hayır	71	71,0
	Evet	29	29,0
Uygulanan geleneksel yöntemler	Vücudun düzgün olması için kundaklama	5	5,0
	Ter kokmaması için tuzlama	14	14,0
	Sarılığı önlemek için sarı tülbent	15	15,0
	Toplam	100	100,0

Yenidoğan özelliklerine ait anne bilgi düzeyi verileri Tablo 3.5'te verildi. Annelerin %55'i yenidoğan normal vücut ısısı aralığının 36-37°C olduğunu, %50'si yenidoğan için uygun oda ısısının 22-24°C olduğunu, %44' ü ise yenidoğan için uygun banyo suyu sıcaklığının 32-36°C olması gerektiğini, %60' ı yenidoğanların ilk bir hafta içerisinde kilo kaybedebileceğini ve %48'i yenidoğanın günde ortalama 19-21 saat uyduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.5. Yenidoğan özelliklerine ait anne bilgi düzeyi verileri

		Olgu sayısı	Yüzde
Yenidoğanın normal vücut ısısı sınırları nedir?	36-37 derece arası	55	55,0
	36,5-37,3 derece arası	16	16,0
	36,5-37,5 derece arası	29	29,0
Yenidoğan için uygun oda ısısı nedir?	20-22 derece olmalıdır	28	28,0
	22-24 derece olmalıdır	50	50,0
	24-26 derece olmalıdır	22	22,0
Yenidoğan için uygun banyo suyu sıcaklığı nedir?	28-30 derece olmalıdır	40	40,0
	32-36 derece olmalıdır	44	44,0
	37-38 derece olmalıdır	16	16,0
Yenidoğan bebekler ilk bir hafta kilo kaybeder mi?	Hayır	40	40,0
	Evet	60	60,0
Yenidoğan bebek günde kaç saat uyur?	14-18 saat	31	31,0
	19-21 saat	48	48,0
	16-20 saat	21	21,0
	Toplam	100	100,0

Yenidoğan dönemi sorunları hakkında anne bilgi düzeyine ait veriler Tablo 3.6’da verildi. Araştırmaya katılan olguların %76’ sı yenidoğanın sarılığı ve nedenleri hakkında bilgisi olmadığını, %55’i bebeği sarılık olduğunda hastaneye götüreceğini ifade etmiştir. Annelerin, %73’ ünün yenidoğanda pamukçuk oluşumu hakkında bilgisi olmadığını, %83’ü yenidoğana yapılması gereken aşılardan bilmediğini ve %84’ü bebeği besledikten sonra gazını çıkardığını söylemiştir.

Tablo 3.6. Yenidoğan dönemi sorunları hakkında anne bilgi düzeyine ait veriler

		Olgu sayısı	Yüzde
Yenidoğan sarılığı ve nedenleri hakkında	Bilgisi yok	76	76,0
	Bilgisi var	24	24,0
Bebeğiniz sarılık olduğunda ne yaparsınız?	Şekerli su veririm	8	
	Sarı tülbentle yüzünü örterim	13	8,0
	Kendiliğinden geçmesini beklerim	21	13,0
	Hastaneye getiririm	55	21,0
	Belirtilmemiş	3	55,0
Yenidoğanda pamukçuk oluşumu hakkında	Bilgisi yok	73	73,0
	Bilgisi var	27	27,0
Yenidoğana yapılması gereken aşılardan	Bilmiyor	83	83,0
	Biliyor	17	17,0
Bebeğin beslenmesi sonrasında	Bebeğin gazını çıkarmıyor	16	16,0
	Bebeğin gazını çıkarıyor	84	84,0
	Toplam	100	100,0

Gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma, bebek bakımında güçlük yaşama ve aileden destek alma konusunda olguların frekans dağılımları Tablo 3.7’de verildi. Araştırmaya katılan annelerin %69’ unun gebelik öncesinde yenidoğan bakımı hakkında bilgi aldığı, bilgi alanların da %60’ ının sağlık personelinde aldığı belirlenmiştir. Annelere bebek bakımında güçlük yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, %53’ ü yaşamadığını, %7’ si ise yaşayacağını düşündüğünü belirtmiştir. Aile üyeleri ve diğer yakınlarından destek alan annelerin oranı %74 iken, aldığı desteği yeterli bulan anne sayısı %65’ tir.

Tablo 3.7. Gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında eğitim alma, bebek bakımında güçlük yaşama ve aileden destek alma konusunda olguların frekans dağılımları

		Olgu sayısı	Yüzde
Gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında	Eğitim almadı	31	31,0
	Eğitim aldı	69	69,0
Eğitimi aldığı kişi/yer	Sağlık personellerinden	60	60,0
	Eğitimsiz kişilerden	4	4,0
	İnternet ve medyadan	14	14,0
Bebek bakımında güçlük yaşıyor musunuz?	Yaşıyorum	24	
	Yaşamıyorum	53	53,0
	Yaşayacağımı düşünüyorum	7	7,0
	Yaşayacağımı düşünmüyorum	16	16,0
Aile üyeleri veya diğer yakınlarından	Destek almadı	26	26,0
	Destek aldı	74	74,0
Aldığınız desteği yeterli buluyor musunuz?	Hayır	9	9,0
	Evet	65	65,0
	Toplam	100	100,0

Özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.8’de sunulmuştur.

Tablo 3.8. Özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama	Std,Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
Başlama	37,2	6,5	39,0	17,0	45,0
Yılmama	20,1	3,7	21,0	10,0	25,0
Sürdürme çabası-ısrar	11,3	2,6	11,5	4,0	15,0
Toplam	68,6	11,7	71,0	35,0	85,0

Tablo 3.9’da yaş gruplarına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. 18-35 yaş arasındaki olgular ile 35 yaş üstü olgular arasında sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Başlama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ve özyeterlilik toplam ölçek puanı 35 yaş üstü annelerde 18-35 yaş arasında olan annelere göre bir miktar daha yüksek saptanmış olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 3.9. Yaş gruplarına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

		Ortalama	Std.Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum	p-değeri
Başlama	18-35 yaş arası	37,0	6,6	38,5	17,0	45,0	0,089
	35 yaş üstü	41,3	2,8	41,0	38,0	45,0	
Yılmama	18-35 yaş arası	20,0	3,7	21,0	10,0	25,0	0,234
	35 yaş üstü	21,8	3,0	22,0	18,0	25,0	
Sürdürme çabası-ısrar	18-35 yaş arası	11,2	2,6	11,0	4,0	15,0	0,085
	35 yaş üstü	13,0	1,4	13,0	11,0	15,0	
Toplam	18-35 yaş arası	68,2	11,8	71,0	35,0	85,0	0,110
	35 yaş üstü	76,2	6,5	75,0	70,0	85,0	

Tablo 3.10’da öğrenim düzeylerine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ve özyeterlilik toplam ölçek puanının öğrenim düzeyine göre istatistiksel anlamlı olarak değişiklik göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.10. Öğrenim düzeylerine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sap ma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değ eri
Başlama						0,61 0
İlkokul	37,9	4,9	39,0	26,0	45,0	
Ortaokul	36,8	8,1	39,0	17,0	45,0	
Lise	36,1	6,4	36,0	24,0	45,0	
Üniversite	38,6	5,2	39,0	25,0	45,0	
Yılmama						0,79 2
İlkokul	20,3	3,7	21,5	12,0	25,0	
Ortaokul	20,2	3,8	21,0	10,0	25,0	
Lise	19,4	4,0	20,0	12,0	25,0	
Üniversite	20,6	3,3	21,0	15,0	25,0	
Sürdürme çabası-ısrar						0,99 7
İlkokul	11,2	3,1	12,0	4,0	15,0	
Ortaokul	11,3	2,3	11,5	5,0	15,0	
Lise	11,3	2,8	11,0	7,0	15,0	
Üniversite	11,3	2,6	11,0	8,0	15,0	
Toplam						0,86 5
İlkokul	69,4	10,3	72,0	42,0	85,0	
Ortaokul	68,2	13,4	71,5	35,0	82,0	
Lise	66,8	12,1	67,0	45,0	83,0	
Üniversite	70,5	9,9	71,0	52,0	85,0	

Tablo 3.11’de meslek gruplarına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Ev hanımları ile çalışanlar arasında sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.11. Meslek gruplarına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sap ma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değ eri
Başlama						0,57 3
Ev hanımı	37,3	6,2	39,0	17,0	45,0	
Çalışan	37,2	7,7	40,0	18,0	45,0	
Yılmama						0,38 8
Ev hanımı	19,9	3,8	21,0	10,0	25,0	
Çalışan	20,9	3,3	21,0	15,0	25,0	
Sürdürme çabası-ısrar						0,47 9
Ev hanımı	11,2	2,6	11,0	4,0	15,0	
Çalışan	11,7	2,6	12,0	7,0	15,0	
Toplam						0,44 3
Ev hanımı	68,4	11,4	70,0	35,0	85,0	
Çalışan	69,7	12,9	73,0	40,0	85,0	

Tablo 3.12’de aylık gelir düzeyine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ve özyeterlilik toplam ölçek puanının gelir düzeyine göre istatistiksel anlamlı olarak değişiklik göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.12. Aylık gelir düzeyine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sap ma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değ eri
Başlama						0,89 1
<1500 TL	38,1	5,3	39,0	17,0	45,0	
1500-3000 TL	36,4	7,6	39,0	18,0	45,0	
>3000 TL	37,4	6,4	38,5	24,0	45,0	
Yılmama						0,71 0
<1500 TL	20,5	3,4	21,0	11,0	25,0	
1500-3000 TL	19,6	4,1	21,0	10,0	25,0	
>3000 TL	20,5	3,5	21,0	14,0	25,0	
Sürdürme çabası- ısrar						0,65 1
<1500 TL	11,6	2,6	12,0	6,0	15,0	
1500-3000 TL	11,2	2,6	11,0	4,0	15,0	
>3000 TL	11,0	2,7	10,5	7,0	15,0	
Toplam						0,85 9
<1500 TL	70,1	9,6	72,0	35,0	85,0	
1500-3000 TL	67,2	13,4	71,0	35,0	83,0	
>3000 TL	68,9	11,6	68,5	45,0	85,0	

Tablo 3.13'te aile tiplerine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Çekirdek ailede yaşayan olgular ile geniş ailede yaşayan olgular arasında sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.13. Aile tipine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sap ma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değ eri
Başlama						0,23 5
Çekirdek	36,8	6,9	38,0	17,0	45,0	
Geniş	39,5	3,4	40,0	33,0	45,0	
Yılmama						0,29 3
Çekirdek	20,0	3,7	21,0	10,0	25,0	
Geniş	20,9	3,5	23,0	12,0	25,0	
Sürdürme çabası- ısrar						>0,9 99
Çekirdek	11,2	2,7	12,0	4,0	15,0	
Geniş	11,4	2,0	11,0	8,0	15,0	
Toplam						0,45 1
Çekirdek	68,0	12,4	70,0	35,0	85,0	
Geniş	71,8	6,8	72,0	58,0	85,0	

Tablo 3.14’te gebeliğin planlı olup olmamasına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Planlı gebelik ile planlı olmayan gebelik arasında başlama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmezken ($p>0,05$), planlı olmayan gebeliklerde planlı gebeliklere göre yılmama alt ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi ($p=0,019$). Sürdürme çabası-ısrar alt ölçek ve özyeterlilik toplam ölçek puanı gebeliği planlı olan annelerde bir miktar daha yüksek saptanmış olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 3.14. Gebeliğin planlı olup olmamasına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sap ma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değ eri
Başlama						0,26 9
Planlı değil	35,1	7,5	37,5	24,0	45,0	
Planlı	37,6	6,4	39,0	17,0	45,0	
Yılmama						0,01 9
Planlı değil	18,0	3,8	17,0	14,0	24,0	
Planlı	20,5	3,6	21,0	10,0	25,0	
Sürdürm e çabası- ısrar						0,05 2
Planlı değil	10,1	2,6	9,0	7,0	14,0	
Planlı	11,5	2,6	12,0	4,0	15,0	
Toplam						0,09 7
Planlı değil	63,2	13,1	63,0	45,0	80,0	
Planlı	69,5	11,3	72,0	35,0	85,0	

Tablo 3.15'te doğum şekillerine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Normal doğum yapan grup ile sezaryen ile doğum yapan grup arasında sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Normal doğum yapan grupta sezaryen ile doğum yapan gruba göre özellikle yılmama alt ölçek puanı daha yüksek saptanmış olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 3.15. Doğum şekillerine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sap ma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değ eri
Başlama						0,273
NSD	38,2	5,3	39,0	18,0	45,0	
Sezaryen	35,9	7,9	38,0	17,0	45,0	
Yılmama						0,053
NSD	20,8	3,2	21,0	14,0	25,0	
Sezaryen	19,1	4,2	20,0	10,0	25,0	
Sürdürme çabası- ısrar						0,483
NSD	11,5	2,4	12,0	7,0	15,0	
Sezaryen	11,0	2,9	11,0	4,0	15,0	
Toplam						0,192
NSD	70,5	9,4	72,0	40,0	85,0	
Sezaryen	66,0	14,1	70,0	35,0	85,0	

Tablo 3.16’da bebeğin cinsiyetine göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Bebeğin cinsiyetine göre başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir değişim görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.16. Bebeğin cinsiyetine göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

		Ortalama	Std.Sap ma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değ eri
Başlama							0,54 1
	Kız	37,7	6,5	39,0	18,0	45,0	
	Erke k	36,9	6,6	39,0	17,0	45,0	
Yılmama							0,39 5
	Kız	20,5	3,6	21,0	10,0	25,0	
	Erke k	19,8	3,8	21,0	11,0	25,0	
Sürdürme çabası- ısrar							0,33 2
	Kız	11,5	2,6	12,0	5,0	15,0	
	Erke k	11,1	2,6	11,0	4,0	15,0	
Toplam							0,34 0
	Kız	69,7	11,6	71,0	35,0	83,0	
	Erke k	67,8	11,8	72,0	35,0	85,0	

Tablo 3.17’de doğum haftasına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ve özyeterlilik toplam ölçek puanının doğum haftasına göre istatistiksel anlamlı olarak değişiklik göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.17. Doğum haftasına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std. Sapma	Medyan	Mini mum	Maksimum	p- değeri
Başlama						0,432
<37 hafta	37,7	5,0	39,0	26,0	43,0	
37-40 hafta	37,6	6,6	39,0	17,0	45,0	
>40 hafta	35,5	7,1	38,0	18,0	44,0	
Yılmama						0,359
<37 hafta	20,6	4,4	22,0	12,0	25,0	
37-40 hafta	20,3	3,6	21,0	10,0	25,0	
>40 hafta	19,0	3,9	19,0	12,0	24,0	
Sürdürme çabası-ısrar						0,800
<37 hafta	11,6	3,6	12,0	4,0	15,0	
37-40 hafta	11,2	2,6	11,5	5,0	15,0	
>40 hafta	11,4	2,4	11,0	7,0	15,0	
Toplam						0,488
<37 hafta	69,8	12,3	76,0	42,0	82,0	
37-40 hafta	69,1	11,7	72,0	35,0	85,0	
>40 hafta	65,8	11,9	68,0	40,0	83,0	

Tablo 3.18’de bebeğin ilk beslenme zamanına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Ağladıktan sonra bebeğini besleyen anneler ile bunun dışındaki diğer koşullarda bebeğini besleyen anneler arasında sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.18. Bebeğin ilk beslenme zamanına göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum	p-değeri
Başlama						0,611
Ağladıktan sonra	37,2	6,5	38,5	17,0	45,0	
Diğer	37,6	7,0	40,0	18,0	45,0	
Yılmama						0,529
Ağladıktan sonra	20,0	3,7	21,0	10,0	25,0	
Diğer	20,6	3,9	23,0	12,0	24,0	
Sürdürme çabası-ısrar						0,719
Ağladıktan sonra	11,2	2,7	12,0	4,0	15,0	
Diğer	11,6	2,3	11,0	7,0	15,0	
Toplam						0,550
Ağladıktan sonra	68,4	11,7	70,0	35,0	85,0	
Diğer	69,7	12,0	73,0	40,0	82,0	

Tablo 3.19’da bebeğin beslenme şekline göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Sadece anne sütü alan, sadece formül mama alan ve hem anne sütü hem de formül mama alan gruplar arasında da sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.19. Bebeğin beslenme şekline göre olguların özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değeri
Başlama						0,555
Anne sütü	38,0	5,7	39,0	18,0	45,0	
Formül mama	36,5	6,1	37,5	24,0	45,0	
Her ikisi	36,3	7,8	38,0	17,0	45,0	
Yılmama						0,776
Anne sütü	20,5	3,2	21,0	14,0	25,0	
Formül mama	19,6	4,4	20,0	14,0	25,0	
Her ikisi	19,7	4,2	20,0	10,0	25,0	
Sürdürme çabası-ısrar						0,198
Anne sütü	11,3	2,5	12,0	5,0	15,0	
Formül mama	12,5	2,7	13,5	7,0	15,0	
Her ikisi	10,8	2,7	11,0	4,0	15,0	
Toplam						0,694
Anne sütü	69,8	10,2	72,0	38,0	85,0	
Formül mama	68,6	12,4	72,5	45,0	85,0	
Her ikisi	66,8	13,6	69,0	35,0	85,0	

Tablo 3.20’de olguların gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında eğitim alıp almama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında eğitim alan grup ile eğitim almayan grup arasında sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.20. Olguların gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında eğitim alıp almama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

		Ortalama	Std.Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değeri
Başlama							0,759
	Hayır	37,5	5,7	38,0	17,0	45,0	
	Evet	37,1	6,9	39,0	18,0	45,0	
Yılmama							0,339
	Hayır	19,6	3,8	20,0	11,0	25,0	
	Evet	20,4	3,7	21,0	10,0	25,0	
Sürdürme çabası-ısrar							0,476
	Hayır	11,1	2,5	11,0	6,0	15,0	
	Evet	11,4	2,7	12,0	4,0	15,0	
Toplam							0,391
	Hayır	68,2	10,3	69,0	35,0	85,0	
	Evet	68,9	12,4	72,0	35,0	85,0	

Tablo 3.21’de olguların bebek bakımında güçlük yaşayıp yaşamama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Bebek bakımında güçlük yaşadığını söyleyen, güçlük yaşamadığını söyleyen, güçlük yaşayabileceğini düşünen ve güçlük yaşayabileceğini düşünmeyen gruplar arasında sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.21. Olguların bebek bakımında güçlük yaşayıp yaşamama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Ortalama	Std.Sap ma	Medyan	Minimum	Maksi mum	p- değ eri
Başlama						0,594
Yaşıyorum	35,8	7,5	37,0	18,0	45,0	
Yaşamıyorum	37,7	7,0	39,0	17,0	45,0	
Yaşayabilir	38,6	3,2	38,0	34,0	44,0	
Yaşamaz	37,4	4,1	38,0	29,0	44,0	
Yılmama						0,857
Yaşıyorum	20,3	3,6	21,0	14,0	25,0	
Yaşamıyorum	20,0	4,0	21,0	10,0	25,0	
Yaşayabilir	19,4	2,4	19,0	17,0	24,0	
Yaşamaz	20,6	3,6	21,5	15,0	25,0	
Sürdürme çabası- ısrar						0,438
Yaşıyorum	11,4	2,7	11,5	7,0	15,0	
Yaşamıyorum	10,9	2,7	11,0	4,0	15,0	
Yaşayabilir	12,6	2,9	14,0	7,0	15,0	
Yaşamaz	11,6	1,9	12,0	9,0	15,0	
Toplam						0,994
Yaşıyorum	67,5	13,1	71,5	40,0	83,0	
Yaşamıyorum	68,6	12,6	71,0	35,0	85,0	
Yaşayabilir	70,6	7,3	71,0	59,0	83,0	
Yaşamaz	69,6	8,2	70,0	58,0	82,0	

Tablo 3.22’de olguların aile üyelerinden destek alıp almama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden farkın önemliliği test edilmiştir. Aile üyelerinden destek almayan grup ile aile üyelerinden destek alan grup arasında sırasıyla; başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları ile özyeterlilik toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.22. Olguların aile üyelerinden destek alıp almama durumlarına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları

		Ortalama	Std.Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum	p- değeri
Başlama	Hayır	38,0	7,1	40,0	18,0	45,0	0,306
	Evet	37,0	6,4	38,5	17,0	45,0	
Yılmama	Hayır	20,1	3,5	21,0	10,0	25,0	0,803
	Evet	20,1	3,8	21,0	11,0	25,0	
Sürdürme çabası-ısrar	Hayır	11,4	2,5	12,0	6,0	15,0	0,752
	Evet	11,2	2,7	11,0	4,0	15,0	
Toplam	Hayır	69,4	11,8	72,0	35,0	85,0	0,691
	Evet	68,4	11,7	70,0	35,0	85,0	

Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda yılmama ve sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanları üzerinde anlamlı etkisi olan veya etkili olabileceği düşünölen faktörlerin birlikte etkisi çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizleriyle araştırıldı.

Tablo 3.23. Doğrusal regresyon analizlerine göre özyeterlilik algısı üzerinde en fazla etkili olabileceği düşünölen faktörlerin belirlenmesi

	Regresyon Katsayısı	%95 Güven Aralığı		t istatistiği	p-değeri
		Alt sınır	Üst sınır		
Başlama					
Yaş	0,129	-0,045	0,303	1,474	0,144
Yılmama					
Planlı gebelik	0,115	0,003	0,227	2,031	0,045
Sezaryen ile doğum	-0,089	-0,168	-0,010	-2,231	0,028
Sürdürme çabası-ısrar					
Yaş	0,162	-0,054	0,378	1,489	0,140
Planlı gebelik	0,118	-0,029	0,266	1,590	0,115
Toplam					
Planlı gebelik	0,100	-0,010	0,210	1,801	0,075

Tablo 3.23'te olguların özyeterlilik algısı üzerinde belirleyici olabileceği düşünölen etken(ler)in doğrusal regresyon analizleri birlikte etkileri incelendi. Yani gebeliğin planlı gebelik olup olmadığı sabit tutulduğunda sezaryen ile doğum yapmanın yılmama üzerine etkisi veya sezaryen ile doğum yapıp yapmadığı sabit tutulduğunda (örneğin hastanın sezaryen ile doğum yaptığı bilindiğinde) gebeliğin planlı olmasının yılmama ve sürdürme puanları üzerine etkisi araştırıldı. Ancak, tek değişkenli analizler sonucunda başlama ve toplam ölçek puanları üzerinde sadece yaş ve planlı gebelik aday etkenler olarak modellendiğinden burada yöntem olarak çoklu değil tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri kullanıldı.

Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda "başlama" alt ölçek puanı üzerinde etkili olabileceği düşünölen anne yaşı regresyon modeline alındığında, tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda anne yaşıyla bağlanma alt ölçek puanındaki değişimi tahmin etmede istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyiciliğinin olmadığı göröldü (p=0,144).

Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda “yılmama” alt ölçek puanı üzerinde etkili olabileceği düşünölen gebeliğin planlı olup olmaması ve doğum Şeklinin birlikte etkileri çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelendi. Gebeliğin planlı olması yılmama algısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artırırken ($B=0,115$; %95 Güven Aralığı: $0,003 - 0,227$ ve $p=0,045$) sezaryen ile doğum yapmak ($B=-0,089$; %95 Güven Aralığı: $-0,168 - -0,010$ ve $p=0,028$) yılmama algısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmakta idi.

Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda “sürdürme çabası-ısrar” alt ölçek puanı üzerinde etkili olabileceği düşünölen yaş ve gebeliğin planlı olup olmamasının birlikte etkileri çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelendi. Çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda her iki değişkenin de sürdürme çabası-ısrar alt ölçek puanındaki değişimi tahmin etmede istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyiciliğinin olmadığı göröldü ($p>0,05$).

Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda özyeterlilik toplam ölçek puanı üzerinde etkili olabileceği düşünölen gebeliğin planlı olup olmaması regresyon modeline alındığında tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda gebeliğin planlı olup olmamasının özyeterlilik toplam ölçek puanındaki değişimi tahmin etmede istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyiciliğinin olmadığı göröldü ($p=0,075$).

4. TARTIŞMA

Bu araştırma ilk doğumunu yapan annelerde özyeterlilik algısı düzeyini ve bu algının bebek bakımında ne kadar etkili olduğunu ortaya koymayı amaçlamıştır. Özyeterlilik algısı, kadınların annelik rolüne uyum sağlamasında önemli rol oynamaktadır. Shorey, Chan, Chong ve He (2014) çalışmasında özyeterlilik eksikliğinin yenidoğan bakımını olumsuz etkilediği görülmüştür.

Araştırmadaki annelerin %22'si ilkokul, %36'sı ortaokul, %21'i lise ve %21'i üniversite mezunu olup eğitim düzeyi oranları birbirine yakın olarak saptanmıştır. Araştırmada üniversite mezunu anne sayısı yüksektir, Kaynak'ın (2011) İzmir' de yaptığı çalışmasında saptanan %25,4 oranına yakındır. Özçelik'in (2006) Kayseri'de yaptığı çalışmada ise üniversite mezunu anne oranı %3,5'dir. TÜİK verilerine göre eğitim düzeyi en yüksek iki bölgenin %14,61 ile Ege ve %13,04 ile Trakya Bölgesi olduğu, araştırmanın yapıldığı Kırklareli ilinde lise mezunu kadın oranının %22,99 ve üniversite mezunu kadın oranının %13,03 olduğu görülmektedir (TÜİK 2017). Annelerin eğitim düzeyinin yüksek olması ile bebek bakımı kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Chomba vd., 2008; Çalışkan ve Bayat, 2011).

Araştırmada ev hanımı anne oranı %79'dur. Kaynak'ın araştırmasında annelerin %62,8'i, Bilgili'nin çalışmasında ise %82,7'si ev hanımıdır ve sonuçlar araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada annelerin %34'ünün gelir düzeyinin 1500TL'den az olduğu ve %26' sının 3000TL üzerinde olduğu bulunmuştur. Kaynak'ın (2011) çalışmasında annelerin %20,3'ünün gelirinin giderinden az olduğu belirtilmiştir. Gelir düzeyinin kişi tarafından yeterli ya da yetersiz olarak değerlendirilmesi yaşam tarzı ve kültürel yapıya bağlı olarak farklılık göstermektedir (Çavuşoğlu, 2002; Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Bu nedenle çalışmalarda TÜİK verileri doğrultusunda gelir düzeyleri belirlenerek değerlendirilme yapılmalıdır. Araştırmada annelerin %17'si ise geniş aile yapısına sahiptir. Dereli'nin (2016) İstanbul'da yapmış olduğu çalışmada kadınların %17,6'sı

ve Kaynak'ın (2011) İzmir'de yapmış olduğu çalışmada ise %12,8'i geniş aileye sahip olduğunu belirtmiştir. Geniş aile ile yaşama giderek azalsa da günümüzde hala devam etmekte ve bu oranı sosyoekonomik durum, kültür ve gelenekler etkilemektedir. TÜİK (2017) verilerine göre Türkiye'de geniş aile oranı %16 olarak saptanmıştır ve bu oran bölgelere ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre farklılık göstermektedir. Bilgili'nin (2009) Samsun'da yaptığı çalışmada geniş aile oranı %30,1 saptanmış ve çalışmamıza göre yüksek olan bu oran çalışmanın geniş aile yapısının fazla görüldüğü Karadeniz Bölgesi'nde yapılmış olmasından kaynaklanmıştır.

Çalışmada annelerin %86'sı gebeliklerinin planlı olduğunu belirtmiştir. Doğan'ın (2007) çalışmasında kadınların %95'i, Başer vd. (2005) araştırmasında ise %67,3'ü isteyerek gebe kalmıştır. İstemli gebelik oranını annenin eğitim düzeyi, annenin çalışma ortamının uygunluğu ve ekonomik faktörler etkilemektedir. Planlı gebelik oranının fazla olduğu Doğan'ın çalışmasında annelerin eğitim seviyesinin yüksek, çalışma oranının düşük ve ekonomik durumlarının iyi olduğu görülmektedir. Başer vd. Kayseri'de yaptığı çalışmada istemli gebelik oranının düşük olması, çalışmaya dahil edilen annelerin eğitim seviyelerinin daha düşük olmasından ve İç Anadolu Bölgesi'nde yapılmasından kaynaklanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin %59'u normal doğum, %41'i tıbbi nedenlerden dolayı sezaryen ile doğum yapmıştır. Giden'in (2013) çalışmasında normal doğum %63,8, sezaryen doğum %36,2; Dereli'nin (2016) çalışmasında ise normal doğum %63,9, sezaryen doğum %36,1'dir. Çalışmamızda sezaryen doğum oranının yüksek olması, çalışmanın yapıldığı hastanede normal doğumu teşvik eden gebe okulu gibi faaliyetlerin yeni başlamış olması veya il genelinde doğum oranı düşük olduğu için kadınların sezaryen doğumu tercih ediyor olmasından kaynaklanmış olabilir. Günümüzde sezaryen doğum oranı tüm dünyada artış göstermektedir; Amerika'da %32,8'e yükselirken (Cunningham vd., 2014), Türkiye'de ise son 20 senede %48'e çıkmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), 2013). Türkiye, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkeleri arasında 2015 yılında sezaryen doğum oranında %50,4 ile ilk sırada yer almıştır (OECD 2017).

Araştırmada annelerin %45'i kız, %55'i erkek bebek sahibi olmuştur. TÜİK 2017 verilerine göre ülkemizde doğan bebeklerin %51,3'ü erkek, %48,7'si kızdır, veriler bu oranlar ile uyumludur.

Araştırmaya katılan annelerin %84' ü bebeğini ağladıktan hemen sonra beslediğini söylerken, %1' i bebeğini beslemek için üç ezan vaktini beklediğini, %11' i kolostrumu sağıp attıktan sonra beslediğini, %4' ü ise, bebeğine önce şekerli su verdiğini söylemiştir. Eker ve Yurdakul' un (2006) çalışmasında annelerin %65,2'si bebeğini ağladıktan sonra beslediklerini, %9,8' i bebeklerine şekerli su verdiklerini, %3,2' sinin 3 ezan vakti geçtikten sonra bebeğini beslediğini belirtmiştir. Eğri ve Gölbaşı' nın (2007) çalışmasında annelerin, %9,5' inin kolostrumu sağıp attıktan sonra emzirdiğini, Hizmetçi' nin (2005) çalışmasında annelerin %79'u bebeklerini ağladıgında emzirdiklerini ifade etmiştir. Bu sonuçlar araştırmayı destekler niteliktedir. Koyun vd. (2010) Çankırı'da yapmış oldukları çalışmada annelerin %10,7' si bebeğini ağladıktan sonra beslediğini belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçları çalışmamız ve literatürle farklılık göstermektedir. Bu farklılık, annelerin eğitim seviyelerinin çok düşük ve yaş ortalamalarının ise daha yüksek olması nedeniyle geleneksel yöntemlerin daha fazla uygulanmasından kaynaklanmıştır.

Literatürde yenidoğanı beslemeden önce şekerli su veren annelerin oranına baktığımızda ise; Dinç'in (2005) Şanlıurfa'da yapmış olduğu çalışmada %57, Çarıkçı'nın (2012) İstanbul Bağcılar ilçesine bağlı bir ASM'de yaptığı çalışmada %44'dür. Bu çalışmalar, çalışmamıza göre eğitim seviyesi daha düşük olan bölgelerde yapıldığı için yüksek oranlar saptanmıştır.

Literatürde emzirmeye geç başlamanın nedenleri arasında emzirme konusundaki yanlış inanç ve tutumların rol oynadığı bildirilmiştir (Eker ve Yurdakul, 2006). Emzirmeye geç başlama ve emzirmeyi bırakma sebeplerinin incelendiği çalışmalarda; meme ucu sorunları, primipar gebelik, memeyi tutma sorunları, özyeterliliğin düşük olması ve düşük bilgi düzeyinin ilk sıralarda yer aldığı bildirilmiştir (Baerug vd., 2017; Feenstra, Jorgine Kirkeby, Thgesen, Danbjorg ve Kronborg, 2018; Mohapatra ve Roy, 2018).

Literatür ile kıyaslandığında çalışmada emzirmeye doğru zamanda başlama oranı yüksek çıkmış olsa da hala emzirmede yanlış uygulamaların olduğu görülmektedir; bebeğini beslemek için üç ezan vaktini beklemek (%1), kolostrumu sağıp attıktan sonra beslemek (%11) ve bebeğine önce şekerli su vermek (%4) gibi... Eğitim seviyesi yüksek olmasına rağmen bu yanlış uygulamaların devam ediyor olmasının nedenleri; doğumdan önce verilen eğitimlerin ve doğum sonrası süreçte bebek bakımı ile ilgili uygulamalarda gözlemlerin yetersiz kalması ve eğitim seviyesi artsa da geleneksel uygulamalara olan inancın halen devam etmesi olabilir.

Araştırmanın sonuçlarına göre bebeklerin %55'i sadece anne sütü ile beslenmektedir. Bebeklerin %4'ü emzirmeye engel durum varlığından, %5'i annenin bebeği teknik olarak emzirememesinden, %1' i ise annenin bebeğini emzirmek istememesinden anne sütü alamamaktadır. Tıbbi nedenler dışında anne sütü alamayan bebekler için annelere verilecek eğitim ve desteğin önemi büyüktür. Kaynak' ın (2011) çalışmasında annelerin %97,3' ü en iyi besin kaynağının anne sütü olduğunu belirtirken, Akyüz, Kaya ve Şenol'un (2007) çalışmasında annelerin %15' inin sadece mama ile beslediği görülmüştür. Akyüz ve ark.'nın çalışmasında mama verme oranının yüksek olmasının nedeni annelerin bebeklerinin doymadığını düşünmesi bulunmuştur. Bu sonuç annelere doğum öncesi ve doğum sonrası verilen eğitimlerin yetersiz kaldığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Primipar annelerde özellikle sezaryen doğum sonrasında birkaç gün sütün yetersiz geldiği bilinmektedir. Bebeklerin bu süre içinde beslenme yetersizliği nedeni sağlık sorunları yaşamasının önlenmesi için ilk birkaç gün mama takviyesi önerilmektedir. Çalışmamızın örneklemini yalnızca primipar annelerden oluştuğu için anne sütü ile beslenme oranı (%55) diğer çalışmalara göre daha düşük çıkmış olabilir.

Anne sütünün saklanma koşulları ile ilgili annelerin bilgi düzeylerine bakıldığında sadece % 18'i doğru yanıt vererek oda ısısında 3 saat, buzdolabında 3 gün, derin dondurucuda ise 3 ay bozulmadan saklanabileceğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan annelerin çoğunun doğru bilgiye sahip olmadığı ve bu konuda eğitime ihtiyacı olduğu görülmüştür. Bu sonuç eğitim seviyesi ne kadar yüksek olsa da annelerin emzirme danışmanlığı ve yenidoğan bakımı konusunda eğitim ihtiyaçlarının gerekli olduğunu

göstermektedir. Çalışmanın yapıldığı sağlık kurumunda 2019 yılından itibaren faaliyete giren gebe okulu sayesinde annelerin bu yanlış inanç ve uygulamalardan uzaklaşacağı düşünülmektedir.

Araştırmada annelerin %87'si göbeği kuru tutarak düşmesinin beklenmesi gerektiğini; %13'ü batikonla silerek bakımın yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bölükbaş, Erbil, Altunbaş ve Arslan'ın (2009) çalışmasında annelerin %19,7' sinin göbek bakımını batikonla yaptığını belirtmiştir. Giden' in (2013) araştırmasında annelerin %78,4' ü bakımın ilaçla yapılması gerektiğini, % 22,1' i ise herhangi bir şey yapılmaması gerektiğini belirtmiş. Kaynak' ın (2011) çalışmasında annelerin %70,3' ü göbek kordonunun günde bir kez batikon ile temizlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Molu' nun (2011) çalışmasında annelerin %65,2' si göbek bakımı yapmadıklarını, %18,1' i göbeğe tentürdiyot sürdüklerini ve %16,8' i zeytinyağı, krem, pudra gibi ürünleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda göbek bakımında yanlış uygulamalar gözlenmemiştir. Göbek bakımı ile ilgili farklı düşünceleri sürülse de (Çavuşoğlu, 2004a; Demirtola ve Özen, 2005; Kul vd., 2005) son çalışmalar en doğru yaklaşımın göbeğin kuru ve temiz tutulması olduğunu göstermiştir (Janssen, Selwood, Dopsan, Peacock ve Thiessen, 2003; Zupan vd., 2007).

Annelerin %72' si göbek kordonu düştükten sonra banyo yaptırılması gerektiğini, % 16' sı doğumdan 2-3 gün sonra yaptırılacağını ve %12' si ise istenildiği zaman yaptırılacağını ifade etmiştir. Giden' in (2013) çalışmasında annelerin %37,8' i eve gider gitmez, %11,8' i ise göbeği düştükten sonra bebeklerini yıkayabileceklerini belirtmişlerdir. Özçelik' in (2006) çalışmasında annelerin %31,6' sı bebeğin göbeği düştükten sonra, Bölükbaş vd. (2009) çalışmasında ise %66' sının göbek düşmeden banyo yaptırdığı saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçları bu çalışmalarla farklılık göstermektedir. Kaynak' ın (2011) çalışmasında annelerin %68,2' si Erkanlı ve Başkurt' un (2004) çalışmasında annelerin %81,5' i bebeğin göbeği düştükten sonra yıkatabileceğini söylemiş ve araştırmamızla paralellik gösteren sonuçlar elde etmişlerdir. Yenidoğanın banyosu konusunda ailelerin farklı düşünce ve inanışları olabilmektedir. Yapmış olduğumuz çalışma ve birçok çalışmada görüldüğü gibi eğitim düzeyi yüksek olsa da anneler göbek kordonuna zarar verebilecekleri endişesi ile göbek kordonu düştükten sonra bebeği yıkamayı tercih etmektedirler. Bu sonuca,

bebek bakımına yardımcı aile büyüklerinin göbek düşünceye kadar bebeğin yıkanmaması gerektiği şeklindeki geleneksel düşüncesi de etkilemiş olabilir. Günümüzde göbek kuru ve temiz tutulduğu sürece göbek kordonu düşmeden de yenidoğanın yıkanabileceği bilinmektedir. Ayrıca annenin erken postpartum dönemde ki fiziksel aktivite kısıtlılığı ve ilk doğum olması sebebiyle tecrübesizliğinin verdiği kaygı da yenidoğanın yıkanmasını geciktiriyor olabilir.

Araştırmaya katılan annelerin %87' si bebeğinin çamaşırlarını kullanmadan önce yıkadığını belirtmiştir. Kaynak' ın (2011) çalışmasında annelerin eğitim düzeyi çalışmamızla benzerdir ve annelerin %96' sı bebeğinin çamaşırlarını yıkadığını ifade etmiştir. Çalışmamızda eğitim seviyesine göre annelerin bu konudaki bilgisi düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi annelerin hijyen konusunda olumlu tutum ve davranış geliştirmelerine tam etki edememiş olabilir.

Araştırmada annelerin %51' i yenidoğanın bezinin günde kaç kere değiştirilmesi gerektiği sorusuna doğru yanıt veremediği görülmüştür. Doğan' ın (2007) Ankara'da yaptığı araştırmasında annelerin sadece %11,9' unun bez değiştirme sıklığını bilmediği görülmüştür. Doğan' ın çalışmasında annelerin eğitim seviyesinin bizim çalışmamızdan yüksek olması bu farklı sonuca neden olmuş olabilir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında annelerin yarısından fazlasının bu konuda eğitime ihtiyacı olduğu görülmektedir. Yenidoğanda gaita ve idrar ile temas eden deride döküntüler ve tahriş olasılığı fazladır. Bu sebeple bebeğin altı her kirlendiğinde temizlenmeli ve bezi değiştirilmelidir (Çavuşoğlu, 2004a).

Annelerin %78' i bebeğinin genital bölge temizliğini önden arkaya silerek yaptığını ifade etmiştir. Kaynak' ın (2011) çalışmasında annelerin %56,8' i temizliği önden arkaya doğru yaptığını, Giden' in (2013) çalışmasında ise %55,9' u temizliği önden arkaya doğru yaptığını belirtmiştir. Bu düşük oranlar, annelerin doğum öncesinde ve sonrasında eğitim ihtiyaçlarının ne kadar gerekli ve önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %78'i bebek genital bölge temizliğinde sabun, pudra ve parfüm içerikli ürünler kullanmadığını belirtmiştir. Giden'in (2013) çalışmasında annelerin %55,1'i alt temizliğini alkolsüz mendillerle yaptığını belirtmiştir.

Çalışmamızda doğum öncesi bakım eğitimi alan anne oranı Giden'in çalışmasına göre yüksek olduğu için annelerin bilgi düzeyi daha iyi bulunmuş olabilir.

ABD'de yapılan bir çalışmada yenidoğanların yatış pozisyonları incelendiğinde en uygun pozisyonların yan ve sırtüstü yatış olduğu, yüzüstü yatışların ise ani bebek ölümü sendromuna neden olduğu belirtilmiştir (Moon vd., 2000). Amerikan Pediatri Akademisi, ani bebek ölümü sendromunun azaltılması için yenidoğanların sırtüstü ya da yan yatırılması gerektiğini bildirmiştir (Amerikan Pediatri Akademisi 2000). Araştırmaya katılan annelerin %83'ü yenidoğanın yan yatırılması gerektiğini söylerken, %12'si sırtüstü başı yana dönük şekilde, %5'i ise yüzüstü yatırılması gerektiğini belirtmiştir. Bu sonuçlara göre annelerin bebek yatış pozisyonu konusunda bilinçli olduğu görülmüştür. Inbar vd. (2001) İsrail'de gerçekleştirdikleri çalışmada, annelerin %31,1'inin bebeklerini sırtüstü, %30,9'unun yan ve %15,6'sının yüzüstü yatırdığını bildirmiştir ve yanlış uygulamaların kültürel yapıları farklı olan azınlık ve göçmen nüfustan kaynaklandığını vurgulamıştır. Çalışmamızdan farklı sonuçlar bu araştırmanın kozmopolit bir çevrede ve 0-12 ay arası bebeklerde yapılmış olması ile açıklanabilir.

Yenidoğanlardaki geleneksel uygulamalar kültürler arası farklılıklar göstermesine ve zaman içinde değişimlere uğramasına rağmen günümüzde hala kullanılmaktadır (Koçak, Can ve Soğukpınar, 2010). Çalışmamızda annelerin %29'u geleneksel yöntemleri uyguladığını belirtmiştir. Kullanılan geleneksel yöntemler; bebeğin vücudunun düzgün olması için kundaklanması, ter kokmaması için tuzlanması, sarılık olmasın diye sarı tülbentle örtülmesi iken sıcak tutması ve pişiği önlemesi için yenidoğanın altını topraklayan anneye ise rastlanmamıştır. Geleneksel uygulamaların çoğunun ilk kez doğum yapan tecrübesiz annelerin yanında bulunan aile büyükleri tarafından uygulandığı saptanmıştır.

Türkiye'nin birçok yerinde tuzlama geleneği hala devam etmektedir (Eğri ve Gölbaşı, 2007). Çetinkaya vd. (2008) çalışmasında annelerin %74,2'sinin, Koyun vd. (2010) çalışmasında ise %74,7'inin bebeklerini ter kokmaması için tuzladıkları bildirilmiş ve bu annelerin eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Tuzlama bebeğin cildinde kızarıklığa, ağrıya ve doku bütünlüğünün bozulmasına, dehidratasyona sebep

olabileceğinden zararlı bir uygulamadır (Jarrah ve Bond, 2007). Bu nedenle annelerin bu konudaki eğitimlerine doğum öncesinde başlanması faydalı olacaktır.

Bebek sarılık olmasın diye sarı tülbentle örtülmesi en sık karşılaşılan geleneksel uygulamalardandır. Çetinkaya vd. (2008) çalışmasında sarı tülbentle örtme oranı %70,7, Geçkil, Şahin ve Ege' nin (2007) çalışmasında %89, Biltekin, Burcu, Denkli, ve Yalçinkaya' nın (2004) çalışmasında %67, Koyun vd. (2010) çalışmasında ise %74 bulunmuştur. Bu uygulamanın ülkemizde yaygın olduğu görülse de çalışmamızda fazla rastlanmamıştır. Geçkil vd.'nin literatüre göre yüksek oranı düşük anne eğitim seviyesi ve aile büyüklerinin bebek bakımında ki etkisine bağlıdır.

Bir diğer geleneksel uygulama olan yenidoğanın kundaklanması gelişimsel kalça displazisi için bir risk faktörüdür (Bilaloğlu, Ünlübay ve Tunçbilek, 2001). Literatürde Koyun vd. (2010) çalışmasında bu oran %74,3, Biltekin vd.(2004) çalışmasında %79, Dinç'in (2005) çalışmasında %74, Eğri ve Gölbaşı'nın (2007) çalışmasında %88,9 olarak saptanmıştır. Eğri ve Gölbaşı'nın çalışmasında bu yüksek oranın nedenleri eğitim seviyesinin çok düşük olması ve en önemlisi geniş aile oranının diğer çalışmalara göre fazla olmasıdır. Ülkemizde hala uygulanan bu yöntemi azaltmak için annelerin yanında ailelerin de eğitimi gereklidir.

Yenidoğanlarda yüksek ateş, hastalık belirtisi olması yanında yetersiz beslenme (dehidratasyon) veya ortam ısısının yüksek olması durumlarında da görülebilir. Yüksek ateş çevre sıcaklığından kaynaklanıyorsa ısı azaltılmalı, giysiler çıkarılmalı ve ılık duş aldırılmalıdır. Bu önlemlere rağmen yüksek ateş devam ediyorsa mutlaka bir sağlık kuruluşuna gidilmesi önerilmelidir (Kara, 2003; Şalk Vatandaş, 2004; Taşkın, 2005; Savaşer ve Yıldız, 2009).

Çalışmaya katılan annelerin %84'ü yenidoğanın normal vücut ısısı değerlerini ve yenidoğan için uygun olan banyo suyu sıcaklığını, %50'si ise uygun oda ısısını bilmemektedir. Literatürde Doğan'ın (2007) çalışmasında da annelerin %50,5'i uygun oda ısısını bilmediklerini belirtmiştir. Giden'in (2013) primipar annelerle yapmış olduğu çalışmasında, annelerin %57,5' i normal vücut ısısı değerlerini bilmediğini belirtmiş olup sonuçlar çalışmamızdan düşük bulunmuştur. Giden'in çalışmasında annelerin yakınlarından aldığı desteğin fazla olması bu düşük sonuca neden olmuş

olabilir. Annelere verilecek eğitimler ile evde ateş ölçümünün öğretilmesi, yanlış uygulamaların önüne geçilmesi ve bebekte istenmeyen durumların gelişmesi engellenecektir.

Yenidoğanın günde ortalama kaç saat uyuduğu sorulduğunda annelerin %48'i doğru cevabı verebilmiştir. Giden'in (2013) çalışmasında ise annelerin %48' i uyku düzeni hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Genel olarak çalışmalar incelendiğinde annelerin eğitim seviyeleri yüksek olsa da, bebek bakımı hakkında genel bilgiler dışındaki daha spesifik (uyku, oda ısısı, banyo suyu sıcaklığı vb.) konularda bilgi düzeylerinin yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu nedenle annelere verilen eğitimlerde bu konular üzerine yoğunlaşılması daha uygun olacaktır.

Sarılık yenidoğanların yaklaşık üçte ikisinde görülmekte, önce yüz ve gözlerde başlayarak tüm vücuda yayılmaktadır (Watchko ve Maisels, 2002). Çalışmaya katılan annelerin %76'sı yenidoğan sarılığı hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Bebekte sarılık olduğunu fark ettiklerinde ise %8'i bebeğine şekerli su vereceğini, %13'ü sarı bir tülbentle yüzünü örteceğini, %21'i kendiliğinden geçmesini bekleyeceğini ve %55'i hastaneye başvuracağını ifade etmiştir. Giden'in (2013) çalışmasında annelerin %78,7'sinin sarılık hakkında bilgi sahibi olduğunu, %85'i sarılığı fark ettiğinde hastaneye başvuracağını, %17'si ise sarı örtü ile örteceğini belirtmiştir. Biltekin vd. (2004) ile Eğri ve Gölbaşı'nın (2007) çalışmalarında sarılık olan bebeğe en sık uygulanan yöntemin sarı örtü ile örtmek olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda eğitim seviyesi genel olarak yüksek olsa da bu sonuçlar yenidoğan bakımında geleneksel uygulamaların hala geçerliliğini koruduğunu göstermiştir. Nijerya'da yapılan çalışmada annelerin %52,7'sinin sarılık komplikasyonlarını bildiği, %91,3'ünün doğru tutum ve davranışlar sergilediği görülmüştür. Bu yüksek oranların nedeni annelerin daha önce sarılık hakkında eğitim almış olmaları ve daha önceki çocuklarında sarılığı deneyimlemiş olmasıdır (Egube, Ofili, Isara ve Onakewhor, 2013). Çin'de 2013 yılında yapılan çalışmada primipar anneler yenidoğan sarılığı hakkında eğitim alan ve almayanlar olarak iki gruba ayrılarak incelenmiştir. Eğitim alan annelerin doğru tutum ve davranışlar sergiledikleri, sarılığı fark ettiklerinde doktora başvuracaklarını belirttikleri, eğitim almayan annelerin ise ilk olarak geleneksel yöntemlere başvurdukları ya da kendiliğinden geçmesini bekledikleri

görülmüştür ve sonuç olarak verilen eğitimlerin önemi vurgulanmıştır (Zhang vd., 2015).

Çalışmaya katılan annelerin %73'ü pamukçuk hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir. Literatürde Doğan'ın (2007) çalışmasında annelerin %37,5' i Giden'in (2013) çalışmasında %46,5'i ve Özçelik'in (2006) çalışmasında %20'si pamukçuk hakkında bilgi sahibi değildir. Çalışmamızın sonuçları literatüre göre yüksektir, yeterli bilgiye sahip olmak için anneler bilgi edinme kaynaklarını doğru kullanamamıştır. Bazı çalışmalarda annelerin pamukçuk bakımını geleneksel yöntemlerle yaptığı görülmüştür. Yaramış vd. (2005) çalışmasında anneler kendi saçlarıyla bebeğinin ağzını sildiğini, Eğri ve Gölbaşı (2007) çalışmasında bebeklerinin ağzını soda, şeker veya kendi saçlarıyla sildiklerini belirtmiştir. Özyazıcıoğlu ve Polat'ın (2004) çalışmasında annelerin %69,2'sinin en az bir geleneksel yöntemi kullandığı, Biltekin vd. (2004) çalışmasında ise annelerin %52'sinin geleneksel yöntemlere başvurduğu bildirilmiştir. Yaptığımız çalışmada annelerin çoğu pamukçuk oluşumu hakkında bir bilgiye sahip olmadıklarını belirtmiş olsa da geleneksel yöntem uygulayan anneye rastlanmamıştır. Bu sonuç, geleneksel yöntemlerin bölgemizde yaygın kullanılmamasından kaynaklanmış olabilir.

Sağlık Bakanlığı, Hepatit B aşısının bebek doğar doğmaz hastanede yapılmasını önermektedir. Çalışmaya katılan annelerin %83'ü yenidoğana yapılan aşıları bilmediğini belirtmiştir. Doğan'ın (2007) araştırmasında annelerin %69,3'ünün eğitim öncesinde bebeğine ilk ay hangi aşının yapılacağını bilmediği eğitim sonrasında ise annelerin %90,1'inin doğru cevabı verdiği görülmüştür. Bu sonuç annelere verilen eğitimin ne kadar önemli ve etkin olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda yenidoğan eğitimi aldığını belirten anne oranı yüksek olmasına rağmen çıkan sonuçlar eğitimlerin yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %84'ü bebeğinin beslenme sonrasında gazını çıkardığını söylemiştir. Doğan'ın (2007) çalışmasında annelerin %86,1'i, Giden'in (2013) çalışmasında ise %88,2'i bebeğin gazını çıkardığını ifade etmiştir ve sonuçlar araştırmamızla uyumludur. Beslendikten sonra gazı çıkarılmayan bebek gaz sancıları nedeniyle huzursuz olur ve devamlı ağlar, bu ise ailelerde stres ve sıkıntıya yol açar.

Çalışmalar annelerin bu konuda bilinçli olduğunu ve bebeklerin gazını çıkardıklarını göstermiştir. Bingöler ve Ulukol'un (2003) çalışmasında ise bebekte gaz sancısı şikayetiyle sağlık kuruluşuna başvuran ebeveynler olduğu görülmüştür.

Araştırmada yenidoğan bakımı hakkında bilgi alan anne oranı %69 olarak saptanmıştır. Kaynak'ın (2011) çalışmasında bu oran %71,6 ve Özçelik'in (2006) çalışmasında ise %28,9'dur. Araştırmalarda sonuçlardaki farklılıklar ailelerin yaşadıkları çevre şartları, eğitim düzeyleri, sosyokültürel ve sosyo ekonomik faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Araştırmanın sonuçları Kaynak'ın sonuçlarına yakinken, Özçelik'in sonuçlarından farklılık göstermiştir. Özçelik'in araştırmasında annelerin %85,3'ü doğum sonrasında yanlarında bir yardımcı olacağını belirtmiş iken çalışmamızda bu oran %74'tür.

Doğan'ın (2007) çalışmasında annelere verilen eğitimlerin annelerin yenidoğan bakımındaki bilgi ve deneyimlerini artırdığı, bebeklerine doğru ve etkili bakımı vermeleri neticesinde annelerin stres ve kaygısının azaldığı ve olası problemler ile daha etkin şekilde baş ettikleri belirtilmiştir. Yeterlilik duygusu hisseden annelerin, annelik rollerini daha kolay benimsedikleri ve kendine olan güvenlerinin daha çok arttığı düşünülmektedir. Laos'ta yapılan çalışmada annelere doğum öncesi yenidoğan bakımına yönelik eğitimler verilmiş ve doğum sonrasında verilen eğitimler değerlendirildiğinde annelerde doğru tutum ve davranış oranının arttığı görülmüş ve verilen eğitimlerin önemi vurgulanmıştır (Weiner, Billamay, Partridge ve Martinez, 2011).

Annelerin %69'u bebek bakımında güçlük yaşamadığını belirtmiştir ve sonuç Kaynak'ın (2011) çalışması ile (%66,2) uyumludur. Çalışmamızda annelerin bir kısmı yakınlarından destek aldığı için bebek bakımında zorluk yaşamadığını ifade etmiş ve sadece %9'u bu desteği yetersiz bulmuştur.

Anne özyeterliliği, bir annenin ebeveynlik görevlerini düzenleme ve yürütme yetenekleri ile bu yeteneklerine olan inancıdır (Montigny ve Lacharite, 2005). Çalışmalar anne özyeterliliğinin iyi ebeveynlik için önemli bir belirleyici olduğunu, anne refahı ve çocukların gelişimi için önemini vurgulamaktadır (Haslam,

Pakenham ve Smith, 2006). Anne özyeterliliği, özellikle primipar anneler için anneliğe uyum sürecinde önemli bir faktördür.

Çalışmamızda anneler 18-35 ve 35 yaş üstü olarak iki grup halinde incelenmiş ve özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları değerlendirilmiştir. Bu iki grup arasında başlama, yılmama ve sürdürme çabası özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları için anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Başlama ve sürdürme çabasında 18-35 yaş arası kadınlarda 35 yaş üstü kadınlara göre daha yüksek puan saptanmış bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Primipar annelerde yaşın ileri olması daha önce deneyimmediği bir işe başlamada daha az istekli olma ve olumsuzluklar karşısında daha kolay vazgeçebilmeye yol açmış olabilir. Japonya’da yapılan bir çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak primipar 35 yaş üstü annelerin 20-35 yaş aralığındaki primipar annelere göre özyeterlilik algılarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç, 35 yaş üstü primipar annelerin 20-35 yaş aralığındaki annelere göre yakın çevresinden daha az destek almasına bağlanmıştır. Ancak 35 yaş üstü annelerin daha olgun ve etkili ebeveynlik için daha fazla potansiyele sahip olduğu da belirtilmiştir (Mori vd., 2014).

Çalışmamızda, anne eğitim düzeyine göre özyeterliliğin alt ölçek ve toplam ölçek puanlarında anlamlı düzeyde değişiklik saptanmamıştır. Singapur’da yapılan çalışmada doğum sonrası ilk üç günde anne eğitiminin özyeterlilik puanları ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (Shorey vd., 2015). Bu çalışmaların sonuçları eğitim durumunun annelerin özyeterlilik algısına etkisinin daha geri planda olduğunu göstermektedir. Currie ve Moretti (2003) ise eğitim ve meslek hayatına ayrılan zamanı evde geçiren kadınların temel hijyen, bebek bakımı ve beslenmesi konularına yönelerek kendilerini geliştirebileceğini ve böylelikle yeterlilik duygusunu da arttırabileceğine değinmiştir.

Batı ülkelerinde yapılan çalışmalarda ise yüksek eğitim seviyesine sahip annelerin özyeterlilik ortalama skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Jackson, 2000; Green ve Rodgers, 2001). ABD’de yapılan bir çalışmada, yenidoğan bakımında anne eğitim seviyesinin düşük olmasının ebeveyn özyeterliliğini anlamlı şekilde düşürdüğü görülmüştür (Fong vd., 2018). Çin’de yapılan çalışmalarda da anne eğitim düzeyinin

doğum sonrası anne özyeterlilik puanları üzerinde etkili olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça annelerin sağlıkla ilgili bilgileri kazanımı ve kullanımının arttığı bulunmuştur (Zang ve Shen, 2010; Gao, Sun ve Chan, 2014; Zheng, Morrell ve Watts, 2018). Eğitim seviyesi ile ilgili bu farklı sonuçlar araştırmalardaki annelerin eğitim seviyelerinin homojen dağılmamasından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmalarda annelerin %82'den fazlası yüksek öğrenim almış iken araştırmamızda ise annelerin eğitim seviyeleri homojen dağılmıştır.

Çalışmamızda annelerin meslek gruplarına göre (çalışıyor/ ev hanımı) özyeterliliğin alt ölçek ve toplam ölçek puanlarında anlamlı düzeyde değişiklik saptanmamıştır. Çin'de yapılan araştırmada annelerin çalışıyor olması ve mesleklerinin doğum sonrası anne özyeterlilik ölçek skorunu etkilediği görülmüştür (Zheng vd., 2018). Diplomalı mesleği olan annelerin, diplomasız çalışan annelere ve işsiz annelere göre daha yüksek özyeterlilik ölçek puanına sahip olduğu belirtilmiştir. Batı ülkelerinde yapılan çalışmalarda da profesyonel işi olan annelerin gündelik işi olan annelere göre nispeten yüksek özyeterlilik puanlarına sahip olduğu görülmüştür. (Jackson, 2000; Koniak-Griffin, Logsdon, Hines-Martin ve Tumer, 2006). Vasıfsız bir işi olan veya işsiz olan annelerin düşük eğitim seviyeleri nedeniyle ebeveynlik bilgi ve becerilerinden yoksun olma olasılıkları daha yüksektir ve çalışan annelerin işyeri arkadaşlarından aldığı deneyime dayalı destekten de yoksun kalmışlardır.

Çin'de yapılan başka bir araştırmada ise annelerin eğitim seviyesi ve çalışma oranı çalışmamızdan daha yüksek olmasına rağmen annenin çalışıyor olmasının özyeterlilik skorunu etkilemediği bildirilmiştir (Gao vd., 2014). Çalışmamızda Gao vd. çalışmasından farklı olarak sadece primipar anneler alınmış olsa da sonuçlar benzer bulunmuştur.

Çalışmada annelerin gelir düzeyine göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanlarında anlamlı değişiklik görülmemiştir. Singapur'da yapılan bir çalışmada annelerin özyeterlilik algısı aile geliri ile orantılı olarak yüksek bulunmuştur (Shorey vd., 2015). Bu sonuç annelerin bebeklerinin ihtiyaçlarını rahat karşılayabilmesi ve iyi bakım verebilmesi ile açıklanmıştır. Çalışmamızda kültürel farklılıklar nedeniyle, aile gelir düzeyinden bağımsız olarak annelerin bebeğin duygusal ihtiyaçlarını

karşılmasının daha önemli olduğunun kabul edilmesi Shorey'in çalışmasından farklı sonuçlara neden olmuş olabilir.

Aile tipi ile annelerin özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kültürümüzde uzun yıllardır var olan geniş aile modeli evli çiftlerde zaman zaman zorluklara yol açsa da, genç ve tecrübesiz anneler için bebek bakımında avantaja dönüşebilmektedir. Günümüzde evli çiftler çekirdek aile yapısını tercih etseler de doğum sonrası evde mutlaka bir aile büyüğünün bulunması geleneği bebek bakımı konusunda annelere çok büyük destek sağlamaktadır. Çalışmamızın çoğunluğunu çekirdek aile oluşturmuş olsa da doğum sonrası bakımda geleneksel olan aile büyükleri desteğinin varlığı özyeterlilik algısında aile tipinin etkisini ortadan kaldırmış olabilir. ABD' de yapılan bir çalışmada hane halkı sayısının az olmasının ebeveyn özyeterliliğini düşürdüğü belirtilmiştir (Fong vd., 2018).

Bebeğin cinsiyeti ve doğum haftası ile özyeterliliğin alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Çalışmada kız ve erkek bebek sayısının birbirine yakın olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Barnes ve Adamson'un (2004) çalışmasında preterm doğum yapmış annelerin düşük özyeterlilik algısına sahip oldukları ve bu annelerin daha fazla desteğe gereksinim duydukları bulunmuştur. Çalışmamızda preterm doğum oranı çok düşük olduğu için özyeterlilik skorunda anlamlı bir değişikliğe neden olmamış olabilir.

Gebeliğin planlı olup olmamasına göre özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanlarına bakıldığında; planlı olmayan gebeliklerde yılmama alt ölçek puanı düşük, planlı gebeliklerde sürdürme çabası alt ölçek puanı yüksek çıkmış ancak gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Planlı olmayan gebeliklerde yılmama alt ölçek puanındaki düşme, annenin istemediği ya da planlamadığı bir durum karşısında ki değişikliklere adapte olamamasından kaynaklanıyor olabilir. Literatüre baktığımızda sadece emzirme özyeterlilik ölçeği için yapılmış bir çalışmada gebeliğin planlanmış olması ile postpartum emzirme özyeterlilik ölçeği arasında bir ilişki saptanmamıştır (Cömert, 2011).

Annelerin doğum şekli ile özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaz iken sezaryen doğum yapanların yılmama alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde sadece Gregory, Penrose, Morrison, Dennis ve MacArthur' un (2008) çalışmasında, doğum şekli ile emzirme özyeterliliği karşılaştırılmış ve anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bebeğin beslenme zamanı ve şekli ile özyeterlilik alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Wutke ve Dennis' in (2007) araştırmasında, eğitim ve ekonomik açıdan farklı seviyede olan annelerde emzirme özyeterlilik algısı incelenmiş ve anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Sosyal destek, ebeveynlik rolüne uyum sağlamada rol oynayan en önemli faktördür (Emmanuel, Creedy, St John, Gamble ve Brown, 2008). Japonya' da yapılan çalışmada annelerde sosyal desteğin anne güvenini artırdığı ve annelik rolüne uyum sağlamayı kolaylaştırdığı görülmüştür (Maehara vd., 2016). Birçok çalışmada annenin çevresinden aldığı sosyal desteğin özyeterlilik algısını anlamlı derecede artırdığı bildirilmiştir (Zang ve Shen, 2010; Shorey vd., 2014; Shorey vd., 2015; Chavis, 2016; Zheng vd., 2018) Finlandiya' da yapılan çalışmada bebek bakımı konusunda çevresinden destek alan annelerin zihinsel durum ve fizyolojisinin olumlu yönde etkilendiği ve ebeveynlik özyeterliliklerinin güçlendiği bildirilmiştir (Tarkka, 2003).

Literatürden farklı olarak çalışmamızda doğum öncesi bakım eğitimi alma ve aile üyelerinden destek alma annelerin özyeterlilik puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamış ve annelerin endişe ve kaygılarının devam ettiği görülmüştür. Alman destek ve eğitimlerin özyeterlilik üzerinde etkili olamaması olgu sayısının diğer çalışmalara göre daha az olması ve olguların primipar annelerden oluşmasından kaynaklanmış olabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Primipar annelerin yenidoğan bakımına yönelik özyeterlilik algısı ve bilgi düzeylerinin belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmanın sonucunda;

Annelerin yenidoğan bakımı hakkında bilgi gereksinimlerinin olduğu görülmüştür; yenidoğanın normal vücut ısısı değerleri, pamukçuk ve sarılık gibi tıbbi sorunlar, yapılması gereken aşılar ve yenidoğanın beslenmesi, banyosu, uykusu, genital bölge bakımı ve uygun ortam ısısı bunların başında yer almaktadır.

Özyeterlilik ölçek puanları için farkın önemliliği test edilmiş annelerin sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, bebeğin beslenmesi, yenidoğan bakımı hakkında eğitim almış olma, bakımda destek alma ve güçlük yaşama durumlarına göre anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuçlar doğrultusunda, primipar annelere doğum öncesi ve doğum sonrası süreçte yenidoğan bakımı hakkında bilgi gereksinimlerinin karşılanması için verilen eğitimlerin önemi üzerinde durulmalıdır. Çalışmada annelerin %60'ı yenidoğan bakımı eğitimlerini sağlık personelinde aldığını belirtmiş olmasına rağmen verilen eğitimlerin yetersiz kaldığı saptanmış ve annelere ihtiyaçları doğrultusunda daha etkili eğitimlerin verilmesi için eğitimi veren ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarının yeniden düzenlenmesinin gerektiği anlaşılmıştır.

Ülkemizde uygulanmaya devam edilen geleneksel yöntemlere bu çalışmada da rastlanmış olması yine doğum öncesi ve doğum sonrası verilen eğitimlerin yetersiz kaldığını göstermektedir. Doğum öncesi ebeveynler ve bebek bakımına yardımcı olacak aile büyükleri ile kapsamlı görüşmeler yapılarak bu tür uygulamaların yenidoğan sağlığı için zararları anlaşılır bir dille anlatılmalı, doğum sonrası süreçte ise aileler bu tarz yanlış uygulamalar yönünden iyi takip edilmelidir.

Primipar anneler doğum sonrası süreçte yaşamındaki değişikliklere ve annelik rolüne uyum sağlamakta zorluklar yaşayabilmektedir. Doğum sürecinde hastanede geçirilen kısa zaman diliminde anneye hem kendisinin hem de bebeğinin bakımı için verilen

bilgiler çok önemlidir. Bu bilgilendirmeler yetersiz ise evde bebeğine etkili bakım veremeyen annenin yeterlilik duygusu gelişmemekte, stres ve kaygı düzeyi artmaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin taburculuk sonrası süreçte evde de devam etmesi gerekmektedir.

Ebeveynlere doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçte gerekli bilgi ve becerileri kazandırmayı hedefleyen gebe okullarının, anne-bebek sağlığını en üst seviyede tutmayı hedefleyen uygulamaların en etkili şekilde verilmesi ve bu hizmetlerin sık sık denetlenerek gerekli düzenlemelerin yapılması ve sağlık personellerinin hizmet içi eğitimlerle bilgilerinin tazelenmesi ve güncellenmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol (ABM) (2010). ABM Clinical Protocol: Human milk storage information for home use for full-term infants. *Breastfeeding Medicine*. 5(3), 127-130.
- Acar, T. (2007). *Öz-Yeterlilik (Self-Efficacy) kavramı üzerine*. Retrieved December, 4.
- Adam, R. (2008). Skin care of the diaper area. *Pediatr Dermatol*, 25, 427-733.
- Afsar, F.S. (2009). Skin care for preterm and term neonates. *Clin Exp Dermatol*, 34, 855-858.
- Akşit, S. (2001). Diaper dermatit. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 10(9), 328-329.
- Akyüz, A., Kaya, T., & Şenel, N. (2007). Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5).
- Altuntuğ, K. & Ege, E. (2013). Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 45-56.
- Amankwaa, L.C., Pickler, R.H. & Boonmee, J. (2007). Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn Infant Nurs Rev*, 7, 25-30.
- Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) (2000). Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics*, 105(3).
- Anonim. (2014). *Yüksek riskli bebek izlem rehberi*. http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/cocukergen/yuksek_riskli-bebek-izlem-rehberi.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Arlotti, J., Cottrell, B., Lee, S. & Curtin, C.C. (1998). Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *Journal of Community Health Nursing*, 15(3), 163-178.
- Aslan, G. & Şenol, S. (2006). Türkiye’de bebek ve çocukların durumuna ilişkin sorunlar ve ebeğin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 1(1), 64-72.
- Arsan, S. & Atasay, B. (2004). Yenidoğan Muayenesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*. 1. Baskı, Ankara, Baran Ofset, s.159-162.
- Arshad, M. & Seed, P.C. (2015). Urinary tract infections in the infant. *Clin Perinatol*, 42(1), 17- 28.
- Aston, M.L. (2002). Learning to be a normal mother: empowemwnt and pedagogy in postpartum classes. *Public Health Nurs*, 19, 284-293.
- Aydın, A., Ünüvar, E. & Gemici, H. (2006). *Pediatric*. TUS ve Sınavlar için Konu Kitabı, 4. İstanbul, Tumer Danışmanlık Yayıncılık, s.67.
- Baerug, A., Laake, P., Lodand, F.B., Thorkild., Tufle, E. & Fretheim, A. (2017). Explaining socioeconomic inequalities in exclusive breast feeding in Norway. *Archives of Disease in Childhood*, 102(8), 708-714.

- Bakiler, A., Özgür, S. & Özer, E.A. (2005). Anne Sütü İle Beslenmeyi Etkileyen Faktörler. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 11-15.
- Bandura, A. (1977) *Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change*. *Psychological Review*, 34(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy. Mechanism In Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1983). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 464-469.
- Bandura, A. & Cervone, D. (1983). Self Evaluative And Self Efficacy Mechanism Governing The Motivational Effects Of Goal Systems. *Journal Of Personality and social Psychology*, 45, 1017-1028.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation Of Thought And Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura, A. (1988). Self-Efficacy Conception Of Anxiety. *Anxiety Research*, 1(2), 77-98.
- Bandura, A. & Jourden, F. (1991). Self-Regulatory Mechanisms Governing the Impact of Social Comparison on Complex Decision Making. *Journal of Personality and Social Psycholgy*, 60(6), 941-951.
- Bandura, A. (1994) Self-efficacy. Ramachaudran (Ed), *Encyclopedia of Human Behavior*, 4 (s. 71-81), Eds: Ramachandran V.S. New York, Academic Press.
- Bandura, A. (1995). Exercise Of Personal and Collective Efficacy İn Changing Societies. *Self-Efficacy İn Changing Societies*. New York, Cambridge University Press, s. 2-45.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exer-cise of control*. W.H. Freeman, New York.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(2), 249-623.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Barnes, C.R. & Adamson-Macedo, E.N. (2004). Perceived Parenting Self-efficacy of mothers who are breastfeeding hospitalised preterm neonates. *Neuro Endocrinol Lett*, 1, 95- 102.
- Başer, M., Mucuk, S., Korkmaz, Z. & Seviğ, Ü. (2005). Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of 54 Health Sciences)*, 14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı), 54-58.
- Bebiş, H. (2005). 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Kongresi Özet Kitabı. İçinde: *Sağlıklı Yenidoğanın Evde Bakımı*. Kayseri, s. 450-454.
- Betz, N.E. & Hackett, G. (1986). Applications of Self-Efficacy Theory to Understanding Career Choice Behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(Special Issue: Self-Efficacy Theory in Contemporary Psychology), 279-289.

- Bilaloğlu, P., Ünlübay, D.G., & Tunçbilek, I. (2001). Doğumsal kalça çıkığı tanısında ultrasonografi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10(5), 183-186.
- Bilgili, N. (2009). *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 242537).
- Biltekin, Ö., Burcu, Ö.D., Denkli, M.D. & Yalçinkaya, S. (2004). Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Dönem ve Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(5), 166-168.
- Bingöler, B. & Ulukol, B. (2003). Aileler Neleri Bilmek İstiyor. II. *Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kitabı*, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, s. 198-203.
- Blyth, R, Creedy, D & Dennis, C.L. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278–280.
- Bowman, K.G. (2005). Postpartum learning needs. *JOGNN*, 34, 438-443.
- Bölükbaş, N., Erbil, N., Altunbaş, H. & Arslan, Z. (2009). 0–12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 164-176.
- Brazelton, B. (1990). Crying and Colic. *Infant Mental Health Journal*, 11(4), 349-356.
- Bush, T. (1995). Gender Differences in Self-efficacy and Academic Performance Among Students of Business Administration. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 39(4), 311-318.
- Buss, I.H., McGill, F., Darlow, B.A. & Winterbourn, C.C. (2001). Vitamin C is reduced in human milk after storage. *Acta Pædiatrica*, 90, 813-815
- Bülbül, S.H. (2007). Anne sütünün desteklenmesi. 9. *Uluslararası Katılımlı Beslenme ve Metabolizma Kongresi Program ve Bildiri Özet Kitabı*. İstanbul, s. 75-77.
- Campbell, N.K. & Hackett, G. (1986). The Effects Of Mathematics Task Performance On Math Self-Efficacy And Task Interest. *Journal of Vocational Behavior*, 28, 149-162.
- Cantez, T., Ömeroğlu, R.E., Baysal, S.U. & Oğuz, F. (2003). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, s. 266-272.
- Carey, J.C. & Rayburn, W.F. (2003). Nuchal cord encirclements and birth weight. *J Reprod Med*, 48, 460–462.
- Cervone, D. & Peake, P.K. (1986). Anchoring, Efficacy and Action: The Influence of Judgmental Heuristics on Self Efficacy Judgments And Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 50, 492-501.
- Chavis, L. (2016). Mothering and anxiety: Social support and competence as mitigating factors for first-time mothers. *Soc Work Health Care*, 55(6), 461-80.

- Chomba, E., Mclure, E., Wright, L.L., Carlo, W.A., Chakraborty, H. & Harris, H. (2008). Effect of WHO Newborn Care Training on Neonatal Mortality by Education. *Ambulatory Pediatrics*, 8(5), 300-304.
- Cinaz, P. & Okumuş, N. (2006). *Pediatric*, 3. İstanbul, Klinisyen Tıp Kitabevleri, s. 67-211.
- Coşgun, A. & Ulaş, M. (2000). *Tus Birincileri Ders Notları Serisi-Pediatric*, 1. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 4-7.
- Cömert, G.C. (2011). *Doğum Sonu Dönemde Emzirme Öz Yeterliliği ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 297515).
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L. at al. (2014). *Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics*. New York, McGraw-Hill Education, s. 587-588.
- Currie, J. & Moretti, E. (2003). Mother's Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings. *Quarterly Journal of Economics*, 118, 1495–1532.
- Cronin, C. & McCarthy, G. (2003). First-time mothers-identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs*, 12(2), 260-267.
- Çalışır, H. (2003). *İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 124134).
- Çalışır, H., Şeker, S., Güler, F., Anaç, G. & Türkmen, M. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 12(1).
- Çalışkan, Z. & Bayat, M. (2011). Annelerin Bebek Bakımı Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler: Bir Kapadokya Örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 2.
- Çan, G. & Topbaş, M. (2007). *Anne sütünün saklanması*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 6(5), 375-379.
- Çarıkcı, Y. (2012). *Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönem bakımına yönelik geleneksel uygulamaları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 324196).
- Çavuşoğlu, H. (2000). Normal Yenidoğan ve Hemşirelik Bakımı. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık., 4, s. 23-55.
- Çavuşoğlu, H. (2002). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık., 2, (Genişletilmiş 6. Baskı), s. 22-30.
- Çavuşoğlu, H. (2004a). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Sistem Ofset Basımevi Ltd. Şti., 2, s. 23-56.
- Çavuşoğlu, H. (2004b). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Sistem Ofset Basımevi Ltd. Şti., 1, s. 196-197.

- Çetin, F. (2011). Örgüt İçi Girişimcilikte Öz Yeterlilik Algısı ve Kontrol Odağının Rolü. *Business and Economics Research Journal*, 2(3), 69-85.
- Çetinkaya, A., Özmen, D. & Cambaz, S. (2008). Manisa’da Çocuğu Olan 15-49 Yaş Kadınların Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Sağlığı İle İlgili Geleneksel Uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 29-46.
- Dağoğlu, T. & Görak, G. (2008). *Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri*. İstanbul, Nobel tıp kitabevleri, s. 763-784.
- Darvill, R., Skirton, H. & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women’s experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-366.
- Datta, P. (2009). *Pediatric Nursing*. Second Edition. USA, Jaypee Brothers Medical Publishers(P) Ltd. s. 66-114.
- Demirbağ, B.C., Kürtüncü Tanır, M. & Kuğuoğlu, S. (2012). 1-12 ay arası bebeklerde pamukcuk enfeksiyonu ve annelerin tedaviye yönelik kullandıkları geleneksel yaklaşımlar. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, May, s. 136-144.
- Demirtola, A. & Özen, O. (2005). Göbek ve göbek kordonu anomalileri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 14(3), 47-49.
- Dennis, C.L. (1999). Theoretical underpinnings of breast-feeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15(3), 195-201.
- Dennis, C.L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(1), 12-32.
- Dereli, D. (2016). *Farklı İki Kültürdeki Kadınların Gebelik, Doğum, Yenidoğan Bakımına İlişkin Geleneksel İnanç Ve Uygulamalarının Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 437660).
- Dhar, S. (2007). Newborn skin care revisited. *Indian J Dermatol*, 52, 1-4.
- Dinç, S. (2005). Şanlıurfa merkezde bulunan 4 numaralı sağlık ocağına kayıtlı ‘0-1’ yaşında çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının bakımında uyguladıkları geleneksel uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 2.
- Doğan, N. (2007). *Annelere Doğum Öncesinde Verilen Yenidoğan Bakımı İle İlgili Eğitimin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrasında Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 195549).
- Dworkin, P.H. (2000). NMS-The National Medical Series for Independent Study. *Pediatrici*. 3. Baskı, 2-19.
- Eaton, M.J. & Dembo, M.H. (1997). Differences İn The Motivational Beliefs Of Asian American and Non-Asian Students. *Journal of Educational Psychology*, 3, 433- 440.

- Egube, B.A., Ofili, A.N., Isara, A.R. & Onakewhor, J.U. (2013). Neonatal jaundice and its management: Knowledge, attitude, and practice among expectant mothers attending antenatal clinic at University of Benin Teaching Hospital. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 16(2).
- Eğri, Ş. & Gölbaşı, Z. (2007). 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 313-320.
- Eker, A. & Yurdakul, M. (2006). Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 15(9), 158-63.
- Emmanuel, E., Creedy, D.K., St John, J., Gamble, J. & Brown, C. (2008). Maternal role development following childbirth among Australian women. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 18–26.
- Erer, T., Akçınar, M. & Kadioğlu, S. (2010). Traditional practices applied to mother and newborn during pregnancy, labor and postpartum periods in Mersin. *International Journal of Human Sciences*, 7, 63-84.
- Erkanlı, E. & Başkurt, S. (2005). Lohusaların Yenidoğan Bakımı Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Kongresi Özet Kitabı*. Kayseri, 13-17 Nisan, s. 512-513.
- Ertuğrul, T. (2007). *Yenidoğan ve Hastalıkları. İçinde: Pediatri El Kitabı*. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., s. 45-68.
- Ersoy, İ. (2000). *Pediatri Ders Notları/ Türkiye Klinikleri*. Ankara, Hekimler Birliği Vakfı, s. 57-112.
- Feenstra, M.M., Jorgine Kirkeby, M., Thgesen, M., Danbjorg, D.B. & Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sex Reprod Healthc*, 16, 167-174.
- Feltz, D.L. & Landers, D.M. (1983). Effects Of Mental Practice On Motor Skill Learning And Performance: A Meta-Analysis. *Journal Of Sport Psychology*, 5, 25-57.
- Fernandes, J.D., Prado de Olivera, Z.N. & Machado, M.C.R. (2011). Children and newborn skin care and prevention. *An Bras Dermatol*, 86, 102-110.
- Fong, H., Rothman, E.F., Garner, A., Ghazarian, S.R., Morley, D.S., Singerman, A. at al. (2018). Association Between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among Parents of Newborn Children. *The Journal of Pediatrics*, 202, 265-271.
- Ford, M.E. (1992). *Motivating Humans: Goals, Emotions and Personal Agency Beliefs*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Gao, L.L., Sun, K. & Chan, S.W. (2014). Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period. *Midwifery*, 30, 532–538.
- Gawith, G. (1995). *A serious look at self-efficacy: Or waking beeping Slooty*. http://www.theschoolquarterly.com/info_lit_archive/learning_thinking/95_g_g_aslasewbs.htm sayfasından erişilmiştir.

- Geçkil, E., Sahin, T. & Ege, E. (2007). Traditional postpartum practices of women and infants and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey. *Midwifery*, 25(1), 62-71.
- Giden, C. (2013). *Primipar Annelerin Bebeklerini Algılama ve Temel Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 340671).
- Giray, H. (2004). Anne sütü ile beslenme. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 13(1), 12-15.
- Gitzelmann, R. (2000). *Inborn Metabolic Diseases Diagnosis and Treatment*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, s. 103-110.
- Glaze, G.D. (2004). Childhood insomnia: why chris can't sleep. *The Pediatric Clinics of North America*, 51, 33– 50.
- Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri Ve Hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 15-22.
- Görak, G. (2008a). *Yenidoğanın Değerlendirilmesi. İçinde: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik ilkeleri*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 127-152.
- Görak, G. (2008b). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik ilkeleri. *Yenidoğan Ailesinin Psikososyal Durum ve Sorunlarında Bakım* içinde (816-823), Ed: Daloğlu T. ve Görak G. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Gözüm, S. & Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*, 2(1), 21-34.
- Gregory, A., Penrose, K., Morrison, C., Dennis, C.L. & MacArthur, C. (2008). Psychometric Properties Of The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an Ethnically Diverse U.K. *Sample Public Health Nursing*, 25(3), 278-284.
- Güner, S. (2009). *Yenidoğan Günleri*. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 20-21 Mart, Ankara, s. 245-256.
- Güner, T. (2007). *Vajinal Yol Ve Sezaryenla Doğum Yapan Adölesan Annelerin Postpartum Dönemde Kendilerinin Ve Bebeklerinin Bakımında Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması*. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilimdalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 196290).
- Gür, E. (2007). Anne Sütü İle Besleme. *Türk Pediatri Arşivi*. 42(özel sayısı), 11-15.
- Green, B.L. & Rodgers, A. (2001). Determinants of social support among low-income mothers: a longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 29, 419–441.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Hale, T.W. & Ilett, K.F. (2005). *Anne sütü ile beslenme ve ilaç tedavisi teoriden klinik uygulamaya*. (Çev. Ed. G. Gülbin). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, s. 22-24.

- Hall, M. & Ponton, M.A. (2002). Comparative Analysis of Mathematics Self-Efficacy of Developmental and Non-Developmental Freshman Mathematics Students. *Meeting of Louisiana/Mississippi Section of the Mathematics Association of America*, 148.
- Haslam, D.M., Pakenham, K.I. & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology, the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Maternal Health Journal*, 27, 276–291.
- Hidi, S. & Boscolo, P. (2006). Motivation and Writing. In *Handbook of Writing Research* (s. 150), Eds: MacArthur, C., Graham, S. & Fitzgerald, J. New York, The Guilford Press,.
- Hizmetçi, E. (2005). *Adölesan Annelerin Yenidoğan Bakımına İlişkin Uygulamaların Dağılımı*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.
- İlçe, A. & Karabay, O. (2009.) Ateş ölçümünde dört farklı vücut bölgesinin karşılaştırılması ve hasta tercihinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 5-10.
- Inbar, Z., Meibar, R., Shehada, S., Irena, V., Rubin, L. & Rishpon, S. (2001). Back to sleep: parents compliance with the recommendation on the most appropriate sleeping position of infants. *Preventive Medicine*, 40(6), 765-768.
- İşler, A. (2007). Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerin Rolü. *Perinatoloji Dergisi*, 15(1), 1-6.
- Jackson, A.P. (2000). Maternal self-efficacy and children's influence on stress and parenting among single black mothers in poverty. *Journal of Family Issues*, 21, 3–16.
- Janssen, P., Selwood, B., Dopson, S., Peacock, D. & Thiessen, P. (2003). To Dye or Not To Dye: A Randomized, Clinical Trial Of A Triple Dye/Alcohol Regime Versus Dry Cord Care. *Pediatrics*, 111, 15-20.
- Jarrah, S. & Bond, A.E. (2007). Jordanian women's postpartum beliefs: An exploratory study. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 289-295.
- Johnson, J.Y. (2012). *Açıklığa kavuşturulmuş anne ve yenidoğan hemşireliği*. (Çev. Ed. NM. Çiçek & L. Taşkın). Ankara: Palme yayıncılık, s. 128-257.
- Kaplan, M. (2010). Geleneksel tıbbın yeniden üretim sürecinde kadın. *Ankara kent örneğinde kuşaklar arası çalışma*. Ankara, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları s. 34.
- Kara, B. (2003). Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 12(2), 10-14.
- Karaböcüoğlu, M., Sarımurat, M.N., Tutak, E., Aydemir, G. & Yıldız, İ. (2018). *Memorial Pediatri Uygulamaları*, 48.
- Karabulut, A.A. (2011). Yenidoğanda deri fizyolojisi ve topikal ilaç kullanımı. *Türkderm*, 45(2), 60-67.
- Kavanagh, D.J & Bower, G.H. (1985). Mood and self-efficacy: Impact of joy and sadness on perceived capabilities. *Cognitive Therapy and Research*, 9(5), 507-525.

- Kavlak, O. & Şirin, A. (2007) Anne ve Babaya Bağlanma Ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23(2), 183-194.
- Kaynak, S. (2011). *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 301539).
- Kitiş, Y. & Karaçam, Z. (2004). Emzirmeyi olumsuz etkileyen bir faktör olarak pamukçuk; önleme, tanı ve tedavide hemşire / ebenin rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 46-52.
- Koçak, Y.Ç., Can, H.Ö. & Soğukpınar, N. (2010). Geleneksel Doğum Uygulamaları Ve Doğum Yardımcıları (Traditional Birth Practices and Birth Assistants). *e-Journal of New World Sciences Academy*, 5(4), 01-06.
- Koniak-Griffin, D., Logsdon, MC., Hines-Martin, V. & Turner, C.C. (2006). Contemporary mothering in a diverse society. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 35, 671-678.
- Kotaman, H. (2008). Özyeterlilik İnancı ve Öğrenme Performansının Geliştirilmesine İlişkin Yazın Taraması. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 111-133.
- Koyun, A., Çamuroğlu, C., Korkmaz, G., Menteşe, N. & Ocak, F. (2010). Kadınların Gebelik, Doğum ve Yenidoğan Bakımına İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamaları. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 11(6), 58-63.
- Köksal, G. & Özel, H.G. (2008) *Bebek Beslenmesi*. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 726. Ankara, 8. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%208.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Kul, M., Saldır, M., Gülgün, M., Kesik, V., Sancı, S.Ü. & Alpay, F. (2005). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Respiratuvar Distres Sendromu Tanısıyla Takip Edilen Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğanların Retrospektif Değerlendirmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47, 290-293.
- Kültürsay, N., Bilgen, H. & Türkyılmaz, C. (2018). Türk Neonatoloji Derneği. *Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi*, 16-21-24.
- Leithwood, K. (2007). What We Know About Educational Leadership. In *Intelligent Leadership* (s. 41-66), Eds: Burger, J.M., Webber, C. & Knick, P. Springer.
- Lunenburg, F.C. (2011). Goal-Setting Theory of Motivation. *International Journal of Management, Business and Administration*, 15(1).
- Maehara, K., Mori, E., Tsuchiya, M., Iwata, H., Sakajo, A., Ozawa, H. at al. (2016). Factors affecting maternal confidence among older and younger Japanese primiparae at one month postpartum. *Jpn J Nurs Sci.*, 13(4), 424-436.
- Manav, G. (2008) *Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 225829).

- McKellar, L.V., Pincombe, J.I. & Henderson, A.M. (2006). Insights from Australian parents into educational experiences in the early postnatal period. *Midwifery*, 22, 356-364.
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) (2011). *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anne ve Çocuk Sağlığı II*. Ankara, s. 30-67. http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/56/07/973760/dosyalar/2012_12/08092146_anneveocuksal2.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) (2016). *Sağlık Hizmetleri- Bebek Bakımı*. Ankara, s. 12. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Bebek%20Bak%C4%B1m%C4%B1.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Mohapatra, I. & Roy, A. (2018). Breastfeeding awareness and perception among antenatal mothers: A cross-sectional study in urban slum population of Bhubaneswar, Odisha. *Journal Education and Health Promotion*, 7, 60-64.
- Molu, B. (2011). *0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 301538).
- Montigny, F. & Lacharite, C. (2005). Perceived parental self-efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 387-396.
- Moon, R.Y., Patel, K.M. & Shaefer, S.J. (2000). Sudden infant death syndrome in child care settings. *Pediatrics*, 106(2 Pt 1), 295-300.
- Mori, E., Iwata, H., Sakajo, A., Maehara, K., Ozawa, H., Maekawa, T. at al. (2014). Postpartum experiences of older Japanese primiparas during the first month after childbirth. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 20-31.
- Mutlu, S. (2003). *Öz Yeterlilik, Eşitlik Duyarlılığı Ve Çalışma Tutumları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 130606).
- Nelson, A.M. (2003). Transition to motherhood. *JOGNN*, 32, 465-477.
- Neonatoloji Hemşireliği Derneği (2014). *Bebeğinizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı- El Kitapçığı*. Ankara. <http://neonatolojihemshireligi.org.tr/wp-content/icerik/yayinlar/yenidogan-egitim-kitapcigi.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Neyzi, O. & Ertuğrul, T. (2002). *Pediyatri*. İstanbul, Nobel Kitabevi, 3. Baskı. 1, 310-323.
- OECD (2017, Ekim). *Caesarean sections (indicator)*. doi: 10.1787/adc3c39f-en (Accessed on 13 December 2017). <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> sayfasından erişilmiştir.
- Okumuş, N. & Selçukbiricik, S. (2002). TUSDATA Konu Kitapları Serisi. *Pediyatri*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2, 62.
- Oruç, M.A. & Öztürkler, M. (2013). T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, s. 19-81. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/> sayfasından erişilmiştir.

- Osborn, L.M., Dewitt, T.G., First, L.R. & Zenel, J.A. (2007). *Pediatrics*. İstanbul, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., s. 1277-1285.
- Öcel, H. (2002). *Takım Sporunu Yapan Oyuncuların Kolektif Yeterlilik Öz Yeterlilik İle Başarı Algı Ve Beklentileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 113565).
- Önal, E.E. (2005). On soru on yanıt. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 14(3), 9-11.
- Önder, M., Adışen, E. & Velagiç, Z. (2007). Diaper dermatit. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 50, 129-135.
- Özalp Türetgen, İ. (2005). *Kendini ayarlama, öz etkinlik ve dominantlık özellikleriyle birlikte cinsiyet değişkenlerinin lider olarak algılanmadaki etkisini deneysel ve alan çalışmalarıyla incelenmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 214146).
- Özbaş, S. (2007). Anne Sütü ile beslenmenin sürdürülmesi. 9. *Uluslararası Katılımlı Beslenme ve Metabolizma Kongresi Program ve Bildiri Özet Kitabı*. İstanbul, 78-81.
- Özçelik, H. (2006). *Gebelerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 192238).
- Özerkan, E. (2007) *Öğretmenlerin Öz-Yeterlilik Algıları ile Öğrencilerin Sosyal Bilgiler Benlik Kavramları Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 240972).
- Özgen, F. (2001). Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 41-48.
- Özyazıcıoğlu, N. & Polat, S. (2004). 12 aylık çocuğu olan annelerin bazı sağlık sorunlarında başvurdukları geleneksel uygulamalar. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 30-38.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy Beliefs in Academic Settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543-578.
- Pajares, F. (2002). Overview of social cognitive theory and of self-efficacy. <http://www.des.emory.edu/MFP/eff.html> sayfasından erişilmiştir.
- Perk, Y. (2005). *Rutin Yenidoğan Bakımı-Temel Yenidoğan Sağlığı*. (Çev. Ofset B.) Ankara, 2, 41- 44.
- Randhawa, G. (2004). Self-efficacy and work performance: an empirical study. *Indian Journal of Industrial Relations*, 39(3), 336.
- Razurel, C., Schweitzer, M.B., Dupanloup, A., Irion, O. & Epiney, M. (2011). Stresful Events, Social Support And Coping Strategies Of Primiparous Women During The Postpartum Period: A *Qualitative Study*, *Midwifery*, 27, 237-242.

- Redmond, B.F. (2015). *Self-Efficacy and Social Cognitive Theory*. <https://wikispaces.psu.edu/> sayfasından erişilmiştir.
- Ruchala, PL. (2000). Teaching New Mothers: Priorities of Nurseese and İnfants in a Neonatal İntensive Care Unit. *Pediatric Nursing*, 27(3), 281–286.
- Rudolph, A.M., Kamei, R.K. & Overby, K.J. (2003). *Rudolph's Fundamentals of Pediatrics*. (Çev. M. Yurdakök). Ankara: Güneş kitabevi, 3, 29-37
- Sabuncuoğlu, O. & Berkem, M. (2006) Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 252-258.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2005). Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. *Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı* içinde (s. 103-111), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2015). *Temel Yenidoğan Bakımı*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2018). *Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi*. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2018). *Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri yıllığı 2017*. Sağlık bakanlığı 2017 Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Samur, G. (2008). *Anne Sütü*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. Ankara.
- Sarıkaya Karabudak, S. & Ergün, S. (2013). Yenidoğan Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. *Pediatric Hemşireliği*. Ankara, Akademisyen Kitabevi, s. 101-160.
- Sarkar, R., Basu, S., Agrawal, R.K. & Gupta, P. (2010). Skin care for the newborn. *Indian Pediatrics*, 17(47), 593-598.
- Savaşer, S. & Yıldız, S. (2009). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi*. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., s. 60-86.
- Schunk, D.H. (1990). Goal setting and self-efficacy during self-regulated learning. *Educational Psychologist*, 25, 71-86
- Sharp, C. (2002). Study Support And The Development Of Self-Regulated Learner. *Journal Educational Research*, 44(1), 29-41.
- Sherer, M., Maddox, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacob, B., & Rogers, R.W. (1982). The Self-Efficacy Scale: *Construction and validation*. *Psychological Reports*, 51, 663–671
- Shorey, S., Chan, S.W.C., Chong, Y.S. & He, H.G. (2014). Maternal parental self efficacy in newborn care and social support needs in Singapore: a correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2272-2283.

- Shorey, S., Chan, S.W.C., Chong, Y.S. & He, H.G. (2015). A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *Journal of Advanced Nursing Banner*, 71(6), 1260-1273.
- Slutzah, M., Codipilly, C.N., Potak, D., Clark, R.M. & Schanler, R.J. (2010). Refrigerator storage of expressed human milk in the neonatal intensive care unit. *The Journal of Pediatrics*, 156(1), 26-28.
- Stajkovic, A. & Luthans, F. (1998). Social Cognitive Theory and Self Efficacy: Going Beyond Traditional Motivational and Behavioral Approaches”, *Organizational Dynamics*, 26(4), 62.
- Stoll, J.B. (2007). The Fetus and the Neonatal Infant. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders, s. 671-675.
- Stone, D.N. (1994). Overconfidence in Initial Self-Efficacy Judgments: Effects on Decision Processes and Performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 59(3), 452-474.
- Stuebe, A. (2009). The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Reviews In Obstetrics & Gynecology*, 2(4), 222-231.
- Şahin, F. & Gürbüz, S. (2012). Kültürel Zekâ ve Öz-Yeterliliğin Görev Performansı ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerinde Etkisi: Çokuluslu Örgüt Üzerinde Bir Uygulama. “İş, Güç” *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 14(2), 123-140.
- Şalk Vatandaş, N. (2004). Bebek Bakımında Aileye Öneriler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 13(1), 6-8.
- Tarkka, M.T. (2003). Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 233-240.
- Taşkın, L. (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, s. 373-425.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D. & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health*, 8(1), 45-51.
- Temiz, F. & Akar, M. (2008). *Pediatrici*. Ankara, Tusem Yayınları, s. 162-167.
- Torunoğlu, M.A. (2011). Ulusal Aşı Takvimi. *J Pediatr Inf*; 5 (Suppl 1) 239-243.
- Tschannen-Moran, M., Woolfolk Hoy, A. & Hoy, W.K. (1998). Teacher efficacy: Its meaning and measure. *Review of Educational Research*, 68, 202-248.
- Tschannen-Moran, M. & Woolfolk Hoy, A. (2002). The Influence Of Resources And Support On Teachers’ Efficacy Beliefs. *The Annual Meeting of the American Educational Research Association*. New Orleans.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2017). Bölgesel İstatistikler. <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/degiskenlerUzerindenSorgula.do> sayfasından erişilmiştir.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2018). Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. *Haber Bülteni*, 18 Mayıs (27588). http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 sayfasından erişilmiştir.

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf sayfasından erişilmiştir.
- UNİCEF (2002). Çocuklar İçin Birleşin. *Evet Deyin: Anne Sütü*. Şubat. https://www.unicef.org/turkey/sy1/_mc1.html sayfasından erişilmiştir.
- UNİCEF (2004). *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*. 1 Kısım Madde 24. https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarınaDairSozlesme.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Utaş, S. (2011). Yeni doğanlarda deri bakımı. *Türkderm*, 45(3), 123-126.
- Visscher, M.O. (2009). Update on the use of topical agents in neonates. *Newborn Infant Nurs Rev*, 9, 31-47.
- Vurur, S., Tiryakioğlu, E., Sevinç, E., Aslan, G. & Toker, Ö. (2007). Doğum Sonu Dönemde Verilen Bebek Bakımı Eğitiminin Annenin Bebek Bakımına Etkisi. 12. *Halk Sağlığı Kongre Kitabı*. Ankara.
- Watchko, J.F. & Maisels, M.J. (2002). Neonatal jaundice. *Semin Neonatal*, 7, 101-103.
- Weiner, E.A., Billamay, S., Partridge, J.C. & Martinez, A.M. (2011). Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *Journal of Perinatology*, 31, 92-97.
- Weiss, M., Fawcett, J. & Aber, C. (2009). Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *J Clin Nurs*, 18, 2938-2948.
- Wiedenfeld, S.A., Bandura, A., Levtné, S., O'leary, A., Brown, S. & Raska, K. (1990). Impact Of Perceived Self-Efficacy In Coping With Stressors On Components Of The Immune System. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 59(5), 1082-1094.
- Wieggers, T.A. (2006). Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope. *J Neonatal Nurs*, 12, 163-171.
- Wood, R. & Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory Of Organizational Management. *Academy of management review*, 14(3), 361-384.
- World Health Organization (WHO) (2015). *Breastfeeding: Global targets 2025*. https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic_breastfeeding.pdf?ua=1 sayfasından erişilmiştir.
- Wutke, K. & Dennis, CL. (2007). The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1439-1446.
- Yaramış, N., Çalışkan, ZI., Karataş, N., Koç, N., Gök, Y., Gür, F. vd. (2005). *Gebelik, Doğum ve Lohusalığa İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalar*. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi ve Yenidoğan Kongresi. Kayseri. 13-17 Nisan, 500-501.
- Yıldırım, F. ve İlhan, İ.Ö. (2010). Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 21(4), 301-308.

- Yıldırım, T. (2007). Orofarengeal kandidiyazis. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 11, 222-225.
- Yıldız, D. (2003). *Yüksek Lisans Ve Doktora Tez Özetleri (1999-2004)*. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Ankara, Gata Basımevi, s. 195-196.
- Yıldız, D. (2008a). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. (özet) *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 294-298.
- Yıldız, S. (2008b). İlk Günden Sonraki Bakım. *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik ilkeleri* içinde (s. 769-788), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yıldız, H. (2009). *Yenidoğan bebeği ölen ebeveynlerin yas sürecine yardım*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 267527).
- Yıldız, D. & Akbayrak, N. (2014). Doğum Sonrası Primipar Annelere Verilen Eğitim Ve Danışmanlık Hizmetlerinin Bebek Bakımı, Kaygı Düzeyleri Ve Annelik Rolüne Etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56, 36-41.
- Yılmaz, G. & Gürakan, B. (2002). Çocuklukta uyku düzeni sorunları. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 11(8), 289-290.
- Zang, S.M. & Shen, Y. (2010). Study on influencing factors of maternal self-efficacy in primiparous women. *China Journal of Health Psychology*, 18, 35-38.
- Zenciroğlu, A. & Koç, O. (Ed.). (2013). *Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Kurs Kitabı*. Ankara, s. 210-211.
- Zhang, L., Hu, P., Wang, J., Zhang, M., Zhang, O.L. & Hu, B. (2015). Prenatal Training Improves New Mothers' Understanding of Jaundice. *Medical Science Monitor*, 21, 1668-1673.
- Zheng, X., Morrell, J. & Watts, K. (2018). A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period. *Midwifery*, 59, 39-46.
- Zupan, J., Garner P., & Omari, A.A.A. (2007). *Topical umbilical cord care at birth*. The Cochrane Library, 4.
- Zwelling, E. & Philips, C.R. (2001). Family-Centered Maternity Care In The New Millennium: Is It Real Or Is It Imagined. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 15(3), 1-12.

EK-1 ETİK KURUL KARARI

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU (2018-SBEK-03)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	PRİMİPAR ANNELERDE YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK ÖZYETERLİLİK ALGISI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P080R00

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 214 76 34
	FAKS	0288 214 70 86
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	KORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI				
	KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI				
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2018-SBEK-03)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	PRİMİPAR ANNELERDE YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK ÖZYETERLİLİK ALGISI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P080R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	05.03.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	05.03.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	ILAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD					
KARAR BELGELERİ	Karar No:01	Tarih: 09.03.2018					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki			Katılım *		İmza
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör)	Klinik Biyokimya	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI	
Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. İknur METİN AKTEN	Hemşirelik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		

*:Toplantıda Bulunma

EK-2 KURUM İZNI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 48254791/799
Konu : Araştırma Başvurunuz.

Sayın Özge KETENCİ
Cumhuriyet Mah. Botaş Lojmanları Küme Evler M-2
KIRKLARELİ

Kırklareli Devlet Hastanesinde yapmak istediğiniz, "Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu araştırma başvurunuzun uygun görüldüğüne dair 24/04/2018 tarihli 11 Nolu Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararı ve Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Çiğdem CERİT
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

1- Komisyon Kararı ve Protokol

Yayla Mah. 70.Sok. Toki Bölgesi KIRKLARELİ
Faks No:0288 212 1202/0288 214 7785

e-Posta:fatma.altinova@saglik.gov.tr İnt.Adresi: fatma.altinova@saglik.com.tr

Bilgi için:FATMA ALTINOVA

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 288 214 1937/ 0288 214 7492 Dahili:

148

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 12b1d1f5-13ad-41cf-8fee-63ed87d9ac29 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA BAŞVURULARI
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Özge KETENCİ
Kurumu	Kırklareli Devlet Hastanesi
Araştırma Yapılacak İller	Kırklareli
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Kırklareli Devlet Hastanesi
Araştırmanın Konusu	Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi"
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tez
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu (x) Var / () Yok
	Araştırma Sağlık Tesisi İzin Formu (x) Var / () Yok
	Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (x) Var / () Yok
	Araştırma İzin Taahhütname (x) Var / () Yok
	Kurum-Kişi Talebi (x) Var / () Yok
	Etik Kurul Kararı () Var / (x) Yok
Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu (x) Var / () Yok	
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	15/04/2018-15/10/2018
KOMİSYON KARARI	
Araştırma Başvurusu, Komisyon tarafından oybirliği ile uygun görülmüştür.	
KARAR TARİHİ : 24.04.2018	
KARAR NO : 11	

Komisyon Başkanı

Dr. Şenay MANDACI
Sağlık Hizm. Başkanı

Uzm. Dr. Gülşel VATANSEVER
Kamu Hastaneleri Hizm. Başkanı

Selçuk ÖZTÜRK
Sağlığın Gel. Birim Sor.

OLUR.

24.04/2018

Dr. Çiğdem CERİT
İl Sağlık Müdürü



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü ve Özge KETENCİ arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Kırklareli Devlet Hastanesi
Çalışmanın Adı: "Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler Özge KETENCİ

Bu protokol ilimiz sınırları içinde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinde yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden de onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e maddesini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, İl Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 6 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç:** 15.04.2018 **Bitiş:** 15.10.2018
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Kırklareli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim. *24.04/2018*

Araştırmacı
Adı Soyadı: Özge KETENCİ
İmza

İl Sağlık Müdürlüğü Yetkilisi
Adı Soyadı
İmza

Dr. Şenay MANDACI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

EK-3 GENEL BİLGİ FORMU

PRİMİPAR ANNELERDE YENİDOĞAN BAKIMINA YÖNELİK ÖZYETERLİLİK ALGISI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Sayın Katılımcı;

Hazırlamış olduğumuz bu anket, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilimdalı, ‘Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi’ konulu yüksek lisans tezine veri toplama amacıyla düzenlenmiştir. Elde edilecek olan veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Bilgiler saklı kalacaktır.

Anket sorularına verdiğiniz cevapların gerçeği yansıtır olması bizim için önemlidir. Lütfen araştırmadan doğru sonuçlar elde edebilmemiz için soruları iyi anlayıp doğru yanıtlar veriniz. Araştırmamıza vakit ayırıp katılım gösterdiğiniz için teşekkür ederiz.

ÖZGE KETENCİ

BİLGİ FORMU

1-Yaş

- 18-35 yaş arası 35 yaş üstü

2-Eğitim durumu

- İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisans Üstü

3-Mesleği

- Ev hanımı Çalışan

4-Maddi durumu

- <1500 TL 1500-3000 TL >3000 TL

5-Aile tipi

- Çekirdek aile Geniş aile

6-Gebelik planlı mıydı?

- Evet Hayır

7-Doğum şekli

- NSD C/S

8-Bebeğin cinsiyeti

- Kız Erkek

9-Doğum haftası

- 37< 37-40 40>

10-Bebeğinizi doğduktan sonra ilk ne zaman beslediniz?

- Ağladıktan sonra
 3 ezan vakti geçtikten sonra
 Kolostrumu sağıp attıktan sonra
 Şekerli su verdikten sonra

11-Bebeğin beslenme şekli

- Anne sütü Formül mama Her ikisi

12-Anne sütü almıyorsa sebebi

- Emzirmeye engel durumların varlığı (HIV, aktif TBC, bazı ilaçların kullanımı, galaktozemi, alkol-madde bağımlılığı, vb)
 Annenin emzirmek istememesi
 Annenin bebeğini emzirememesi

13-Bebeğin beslenme sonrasında gazını çıkarıyor musunuz?

- Evet Hayır

14-Anne sütü saklama koşulları nedir?

- Saklanmaz direk atılır
 Oda ısısında 3 saat, buzdolabında 3 gün, derin dondurucuda 3 ay saklanır
 Oda ısısında bozulur, dolapta 3 gün saklanır

15-Bebeğin göbek bakımını yapıyor musunuz?

- Evet Hayır

16-Sizce göbek bakımı nasıl yapılmalı?

- Tentürdiyot veya batikonla göbek kordonundan başlayarak çevresi silinir
 Göbek kordonuna hiç dokunmadan kuru kalarak düşmesi beklenir

17-Yenidoğanın normal vücut ısısı sınırları nedir?

- 36-37 derece arası 36,5-37,3 derece arası 36,5-37,5 derece arası

18-Yenidoğan için uygun oda ısısı kaç olmalıdır?

20-22 derece 22-24 derece 24-26 derece

19- Yenidoğan için uygun banyo suyu sıcaklığı ne olmalıdır?

28-30 derece 32-36 derece 37-38 derece

20-Yenidoğanın banyosu sizce ne zaman yapılmalıdır?

Göbek kordonu düştükten sonra

Doğumdan 2-3 gün sonra

İstenildiğinde

21-Bebeğinize aldığınız çamaşırları kullanmadan önce yıkadınız mı?

Evet

Hayır

22-Yenidoğanda pamukçuk oluşumu hakkında bilginiz var mı?

Evet

Hayır

23-Yenidoğanların bezi günde en az kaç kez değiştirilmelidir?

6-8 defa

3-5 defa

24-Yenidoğan bebeğin alt bölge temizliği nasıl yapılır?

Önden arkaya silinerek

Arkadan öne silinerek

Rastgele

25-Alt bölge temizliğinde sabun, pudra, parfüm kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

26-Sizce yenidoğan bebekler ilk bir hafta kilo kaybeder mi?

Evet

Hayır

27-Yenidoğan bebek günde kaç saat uyur?

14-18 saat

19-21 saat

16-20 saat

28- Yenidoğan bebek nasıl yatırılmalıdır?

Yüzüstü yatırılmalı

Yan yatırılmalı

Sırtüstü başı yana dönük yatırılmalı

29-Yenidoğan sarılığ ve nedenleri hakkında bilginiz var mı?

Evet

Hayır

30-Bebeğiniz sarılık olduğunda ne yaparsınız?

Şekerli su veririm

Sarı tülbentle yüzünü örterim

Kendiliğinden geçmesini beklerim

Hastaneye getiririm

31-Bebeginize geleneksel yöntemler uygulandı mı?

- Evet Hayır

32-Cevabınız evet ise ne yapıldı?

- Vücutun düzgün olması için kundaklama
 Ter kokmaması için tuzlama
 Bebeği sıcak tutmak ve pişiği önlemek için topraklama
 Sarılığı önlemek için sarı tülbent

33-Yenidoğana yapılması gereken aşıları biliyor musunuz?

- Evet Hayır

34-Gebelik öncesi yenidoğan bakımı hakkında eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır

35-Cevabınız evet ise eğitimi nereden aldınız?

- Sağlık kuruluşlarında bu alanda eğitimli sağlık personellerinden
 Eğitimsiz kişilerden
 İnternet ve medyadan

36-Bebek bakımında güçlük yaşıyor musunuz ya da yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

- Yaşıyorum Yaşamıyorum
 Yaşayacağımı düşünüyorum Yaşayacağımı düşünmüyorum

37-Aile üyeleri ve diğer yakınlarınızdan bebek bakımı için destek alıyor musunuz?

- Evet Hayır

38-Cevabınız evet ise aldığınız desteği yeterli buluyor musunuz?

- Evet Hayır

EK-4 GENEL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama:

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Çok

Hiç

İyi

	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarıya kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

EK-5 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi *ÖZGE KETENCİ* tarafından yürütülen “Primipar Annelerde Yenidoğan Bakımına Yönelik Özyeterlilik Algısı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu ankete katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz şeklinde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Araştırmamız tanımlayıcı kesitsel tipte olup, amaç ilk kez doğum yapan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini, bilgi düzeylerine etki eden faktörleri, bilgi gereksinimlerini ve yenidoğan bakımına yönelik annelerin özyeterlilik algısını saptamak.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Hazırlanmış olduğumuz anket 55 sorudan oluşmakta ve tahmini 10-15 dakika sürmesi öngörülmektedir. 38 tane kişisel bilgi formu ve 17 tane Genel Özyeterlilik Ölçeği soruları bulunmakta olup belirlemiş olduğumuz süre zarfı boyunca yüz yüze görüşme esasına dayanarak araştırmamız sürdürülecektir.

Araştırmanın Süresi: Araştırmanın planlanan süresi 6 aydır.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 100

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Kırklareli Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi-Doğumhane Servisi

Araştırmanın Beklenen Yararları:

Bireysel: Yapacağımız araştırma ilk kez bebek sahibi olan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini ve bu anlamda ihtiyaç duydukları ek bilgileri de belirleyecektir.

Kurumsal: Bu kapsamda sağlık kurumu çalışanları tarafından gebelere verilmesi gereken bilgi gereksinimleri saptanacak, kurum açısından hizmet kalitesinde artış sağlanmış olacaktır.

Toplumsal: Alınan etkin eğitimler sayesinde annelerin bilinç düzeyi artırılarak, özyeterlilik duygusunda gelişim sağlanacaktır.

Bilimsel: Araştırma sonuçlarının antenatal ve postpartum anne eğitimlerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

(Bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD Yüksek Lisans Tezi olarak Kırklareli Devlet Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Doğumhane Servisi'nde tıbbi bir araştırma için anket yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Hemşire Özge Ketenci

**Gerekirse olur işlemine tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi
(varsa telefon no., faks no,...)**

**Gerekirse yasal temsilcisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon
no., faks no,...)**

EK-6 TELİF HAKKI İZİNİ

74 ileti dizisinden 70. < > ⚙️

Özyeterlilik Ölçeği Gelen Kutusu x

14 Şub 2018 Çar 16:25 ☆ ↩️ ⋮

Özge Ketenci <ozge9131.k@gmail.com>
Alıcı: yildirimfatma ▾

Merhaba iyi gunler,
Adım Özge Ketenci Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez dönemimdeyim ve araştırmayı planladığım konum için Özyeterlilik Ölçeğine ihtiyacım vardı. Yaptığım literatür taraması sonucunda sizin yapmış olduğunuz Geçerlilik Güvenilirlik Çalışmasını buldum. Araştırmamda bu ölçeğe ihtiyacım var sizden bu ölçeği araştırmamda kullanabilmek için izin istiyorum.

Fatma Yıldırım <yildirimfatma@yahoo.com>
Alıcı: ben ▾

Merhaba,
Genel Özyeterlilik Ölçeğini çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz.
Ekte ölçek formunu gönderiyorum. Ölçekle ilgili ayrıntılı bilgi makalede yer almaktadır. Puan arttıkça özyeterlilik inancı artıyor. ters puanlanan maddeler makalede belirtilmiştir.
Kolay gelsin
İyi çalışmalar
Fatma Yıldırım

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

EK-7 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özge	Soyadı	Ketenci
Doğ.Yeri	Kadıköy	Doğ.Tar.	04.12.1990
Uyruğu	T.C.	Email	ozge9131.k@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Kırklareli Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Kırklareli Devlet Hastanesi	4yıl, 5ay (2015-halen)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
ECXEL	ORTA
WORD	İYİ

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

NRP SERTİFİKASI 2015

TEMEL YENİDOĞAN BAKIM KURSU 2016

DİĞER SAĞLIK PERSONELİ (İŞ YERİ HEMŞİRELİĞİ) 2016

ANNE SÜTÜ VE EMZİRME DANIŞMANLIĞI 2018

