T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

DOĞUM SONU DÖNEMDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ HAKKINDA ANNELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Emine BAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Deniz AKMAN MUTLUAY

ADANA – 2010

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

DOĞUM SONU DÖNEMDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ HAKKINDA ANNELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Emine BAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Deniz AKMAN MUTLUAY

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından
ASYO2010YL4 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Tez No:……

ADANA – 2010

KABUL VE ONAY

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan "Doğum Sonu Dönemde Bakım Gereksinimleri Hakkında Annelerin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi " adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: ……/……./2010

Yrd. Doç. Dr. Deniz AKMAN MUTLUAY
Çukurova Üniversitesi
Jüri Başkanı

Yrd.Doç.Dr.Sultan ALAN
Çukurova Üniversitesi
Jüri Üyesi

Prof. Dr. Z. Nazan ALPARSLAN
Çukurova Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yukarıdaki tez, Yönetim Kurulunun ...../……/…….. tarih ve ……sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil KASAP
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, deneyim ve desteği ile her zaman yanımda olan, danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Deniz AKMAN MUTLUAY'a

Lisans, yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen, yükseklisans eğitimine başlamamda yolgösterici olan, tez yazımımda bana destek olup herzaman yanımda olan, bölüm başkanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Sultan ALAN'a,

Tezimin hazırlık ve istatistiksel analizler aşamasında rehberlik eden, katkılarını, yardımlarını esirgemeyen, her zaman yavrucum demesi ile sıcaklığını gösteren, en yoğun olduğu zamanda bile bana zaman ayırarak desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Z. Nazan ALPARSLAN'a

Yükseklisans eğitimimde verdikleri derslerle destek sağlayan; Doç. Dr. Şeref ERDOĞAN'a ve Yrd. Doç. Dr. Selim KADIOĞLU'na,

Çalıştığım klinikte desteğini esirgemeyen, çalışma koşullarımı iyileştiren Sayın Günnaz Şahin'e

Bugünlere gelmemi sağlayan beni bütün zorluklara rağmen okutan, herzaman yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, sevgili eşim Mahmut Bakır'a

Aramıza katılmasını heycanla beklediğimiz Ahmet Yağız'a

Tezimi gülümsemesi ile bana mutluluk veren yüksek lisans eğitimimde mecburen yanımda olup benimle koşturan kızım, hayatımdaki en değerli kişi Helin'ime armağan ediyorum.

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY I
TEŞEKKÜR……..II
İÇİNDEKİLER..... III
TABLOLAR DİZİNİ……..VI
ÇİZELGELER DİZİN…….……...VII
KISALTMALAR DİZİNİ IX
ÖZET X
ABSTRACT XII
1. GİRİŞ…….1
2.GENEL BİLGİLER…….3
2.1. Kadın Sağlığı ve Kadın Sağlığını Etkileyen Geleneksel Uygulamalar…..…….…….3
2.1.1. Kanama ve Enfeksiyon…….……4
2.1.1.1. Loşianın Sınıflandırılması…….……4
2.1.1.1.1. Loşia rubra…….4
2.1.1.1.2. Loşia seroza……...……4
2.1.1.1.3. Loşia alba……..……4
2.2. Yenidoğanla İlgili Yapılan Geleneksel Uygulamalar…….……5
2.2.1. Ek Gıdaya Geçme…….…….7
2.2.2. Yenidoğan Sarılığı……..…….…….8
2.2.2.1. Yeni Doğan Sarılığının Nedenleri……...…….9
2.2.2.2. Diğer Nedenler…….……9
2.2.2.3. Yenidoğan Sarılığının Belirtileri……..…….9
2.2.2.4. Yenidoğan Sarlığının Türleri…….……10
2.2.2.4.1. Fizyolojik Sarılık……..…….10
2.2.2.4.2. Anne Sütü Sarılığı……..11
2.2.2.4.3. Patalojik Sarılık…….……11
2.2.2.5.4. Yenidoğan Sarılığının Komplikasyonları ……..……11
2.2.2.6. Yenidoğan Sarılığının Tedavi ve Bakımı…….……..12
2.2.3. Yeni Doğanlarda Göbek Bakımı……...……..13

2.2.3.1. Göbek Bakımı Enfeksiyonu Tedavisi ve Bakımı …….……13
2.2.4. Yenidoğan Pişik Bakımı……..……14
2.2.4.1. Pişiğin Nedenleri……14
2.2.4.2. Pişiğin Tedavisi ve Bakımı……15
2.2.5. Yenidoğanda Pamukçuk Bakımı ……..…….15
2.2.5.1. Pamukçuğun Önlenmesi Tedavisi ve Bakımı…….……..16
2.2.6. Yenidoğan Konak Bakımı……..…….17
2.2.6.1. Konağın Tedavisi ve Bakımı …….……17
2.2.7. Yenidoğanlarda Göz Bakımı …….……17
2.2.8. Yenidoğanda Üriner Sistem ve Gastrointestinal Sistem…….……...……17
2.2.8.1. Böbrek-İdrar Yollarında Doğuştan Gelen Bir Anormallik……..…17
2.2.8.2. Sıvı Alım Yetersizliği……..…….…….……18
3. METERYAL METOT…….19
3.1. Araştırmanın Amacı……...……..19
3.2. Araştırmanın Önemi …….……..19
3.3 Araştırmanın Şekli …….…….19
3.4 Anket Formunun Uygulanması …….…….……19
3.5 Verilerin Toplanması……20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi……..20
3.6.1. Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi……...……21
4. BULGULAR……..……22
4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri……..22
4.2. Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine ve Bebeklerine Ait Bilgi Düzeylerine İlişkin Özellikler…….……26
4.3 Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğana Ait Bakım Konusunda Baş Vurdukları Uygulamalar …….……..32
5. TARTIŞMA……38
6. SONUÇLAR……..52
6.1. Obstetrik Bulgulardan Elde Edilen Sonuçlar…….52
6.2. Kadınların Bilgi Düzeyleri ve Yaptıkları Geleneksel Uygulamalardan Elde Edilen Sonuçlar……..……53
7. ÖNERİLER……55

7.2. Kadınların Bilgi Düzeyleri ve Yaptıkları Geleneksel Uygulamalara Yönelik Öneriler ……....……..55
7.1. Obstetrik Bulgulardan Elde Edilen Öneriler ……..…….55
7.3. Çalışma Önerisi ……...…….56
KAYNAKLAR……..…….58
EKLER……..……..65
ÖZGEÇMİŞ…….70

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Anne Sütünün İçeriği İle Hayvan Sütü ve Formule Edilmiş Sütler İle Karşılaştırması……..7

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1.1: Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)……...……..22

Çizelge 4.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaşadığı Yer ile Geçirilmiş Gebelik Sayısına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)…….……..23

Çizelge 4.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Güvencelerine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)……23

Çizelge 4.1.4 Araştırmaya Katılan Kadınlar Riskli Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=96)……..…….24

Çizelge 4.1.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebeliklerinin İstenilen Gebelik Olup Olmadığının Gebelik Öncesi Korunma Yöntemi İle Olan İlişkisine Ait Bulgular Dağılımı (n=96)…….24

Çizelge 4.1.6'da Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Durumunun Gebeliğin İstenme Durumu İle Gebelik Öncesi Kullanılan Aile Planlaması Yönteminin Bulgular Dağılımı (n=96)…….……25

Çizelge 4.2.1 Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine Ait Konulardaki Bilgi Düzeylerinin Birbiri İle İlişkisine Ait Bulgular Dağılımı (n=96)…….……26

Çizelge 4.2.2 Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine Ait Konulardaki Doğru Bilme Dağılımları (n=96) …….27

Çizelge 4.2.3 Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Yenidoğana Ait Konulardaki Bilgi Düzeylerinin Birbiri İle Olan İlişkisine Ait Bulgular Dağılımı (n=96)…….……..27

Çizelge 4.2.4 Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğana Ait Bilgileri Doğru Bilme Durumları Bulgular Dağılımı (n=96)……...…….28

Çizelge 4.2.5. Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Bebeklerine Yönelik Konularda Doğru Bilme ile Bu Doğruların Birbiri ile Olan İlişkisi (n=96)…...……29

Çizelge 4.2.6 Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine ve Yenidoğana Ait Konulardaki Bilgi Düzeylerinin Gebelik Sayılarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)……...…….30

Çizelge 4.2.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Bilgiyi Kimden Aldıklarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)……...…….30
Çizelge 4.2.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Bilgiyi Kimden Aldıkları ve ‘’Doğru Anne ve Doğru Bebek’’ ile ilgili Bulgular Dağılımı (n=96)…..……31
Çizelge 4.3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanda Oluşacak Göz Bakımında Başvurdukları Uygulamalar İle İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)……..32
Çizelge 4.3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanda Oluşan Pamukçukta Başvurdukları Uygulamalar İle İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)…..…….33
Çizelge 4.3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanda Oluşan Konak Bakımında Başvurdukları Uygulamalar İle İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)……..34
Çizelge 4.3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanda Oluşacak Pişik Bakımında Başvurdukları Uygulamalar İle İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)…….…….35
Çizelge 4.3.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanın Göbek Bakımında Başvurdukları Uygulamalar ile İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)…….…….36

KISALTMALAR DİZİNİ

TNSA; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

DSÖ; Dünya Sağlık Örgütü

DIC; Disemine intravasküler koagulasyon

WHO; Dünya Sağlık Teşkilatı

UNICEF; Birleşmiş Milletler Çocuk Örgütü

AAP; American Academy of Pediatrics

TSB; Total serum bilirubin

IVIG; İmmunglobulin

DSÖ; Dünya Sağlık Örgütü

DIC; Disemine intravasküler koagulasyon

WHO; Dünya Sağlık Teşkilatı

UNICEF; Birleşmiş Milletler Çocuk Örgütü

AAP; American Academy of Pediatrics

TSB; Total serum bilirubin

IVIG; İmmunglobulin

%; yüzde

>; büyüktür

< ; küçüktür

±; artı,eksi

↑fazla

↓ az

ÖZET

Doğum Sonu Dönemde Bakım Gereksinimleri Hakkında Annelerin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Doğum sonu dönem doğumdan sonraki altı haftalık süreyi kapsar. Bu altı haftalık süre anne, bebek ve aile açısından uyum sağlanması gereken yeni ve karmaşık dönemdir. Bu dönemde birçok kadın ve bebeği yaşamını yitirmektedir. Pospartum periyotta meydana gelen anne ölümlerinin çoğu uygun pospartum bakım ile önlenebilir.

Araştırma, Kasım 2009 - Ocak 2010 tarihleri arasında; Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde pospartum dönemde olan annelerin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (Ek-1) kullanılarak veriler elde edilmiştir.

Bulgular, araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29,1± 5,8, ilk gebelik yaş ortalaması 22,8±5,1, toplam gebelik sayısı 2,76±1,7 dır. Kadınların %22,9 'u geçirdikleri gebelik yaşı açısından riskli grupta yer almaktadır (18 yaş altı - 35 yaş üstü). Kadınların geçirdikleri gebelik sayısı açısından %24,5' i riskli grupta yer almaktadır (4 ve üstü gebelik sayısı). Kadınların %23,9'u gebeliği istememektedir ve gebeliği istemeyen kadınların %30,3' ü geleneksel bir aile planlama yöntemi kullanmaktadır. Kadınların postpartum dönemde kendilerine yönelik bakım gerektiren konularda doğru bilme yüzde ortalamaları; doğum sonu dönemde cinsel ilişkiye girme zamanını bilme yüzde ortalaması %85,4, meme bakımını bilme yüzde ortalaması %75,69 ve kanama/enfeksiyon ile ilgili soruları bilme ortalaması %65,20' dir. Kadınların postpartum dönemde bebeklerine yönelik konularda doğru bilme sıralamasına bakıldığında doğum sonu dönemde ek gıdaya geçme zamanını bilme yüzde ortalaması %82,8, emzirme/sarılık bilme yüzde ortalaması %63,2 ve dışkılama/idrar ile ilgili soruları bilme yüzde ortalama %28,3'dir. Araştırmaya

katılan kadınların bilgiyi kimden aldıkları ve ‘‘doğru anne ve doğru bebek’’ ile ilgili bulgular dağılımına bakıldığında; sağlık personellerinden, ailem, yakınlarım/çevrem ve kitle iletişim araçlarından bilgi alan kadınların, bebekleri ile ilgili sorulan sorulara kendileri ile ilgili sorulan sorulardan daha fazla doğru cevap vermişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların verdikleri cevaplar aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların kendileri ile ilgili sorulan sorulara verdikleri cevaplar ile bilgiyi kimden aldıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların bilgiyi kimden aldıklarına bakıldığında %37,5’i (n=36) ailem, %34,4’ü (n=33) sağlık personelleri, %13,5’i (n=13) yakınlarım, %9,4’ü (n=9) kitle iletişim araçları ve %5,2’si (n=5) geleneksel uygulamalardan almıştır. Araştırmaya katılan kadınların postpartum dönemde bebeklerine yönelik yaptıkları uygulamalara bakıldığında kadınların %27,1’i göz, %26,0’sı pamukçuk, %26,2’si pişik, %27,7’si konak, %31,4’ünün göbek bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı yapacakların ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınların kendilerinden çok eşlerine ve çocuklarına önem verdiklerini aynı zamanda kadınların yaptıkları uygulamalarda daha çok ailelerinden bilgi aldıkları gözlenmiştir ve yaptıkları uygulamalarda doğruluğunu bilmeseler de benzer bir durum ile karşılaşırlarsa bu yöntemlere başvuracaklarını ifade etmişlerdir.

Anahtar Kelimeler; pospartum dönem, geleneksel uygulamalar, anne ölüm nedenleri

ABSTRACT

Identification of Mothers' Level of Knowledge Regarding the Need for Care in the Postpartum Period

Postpartum period is the six-week period following the delivery of the child. This six-week is a new and complicated period requiring the adjustment of the mother, the baby, and the family. Many babies and mothers lose their lives in the postpartum period; however, an appropriate postpartum care can prevent most of the deaths happening in this period.

This study aiming to identify the level of postpartum mothers' knowledge was conducted in the obstetrics and gynecology clinics of Balcalı Hospital at the University of Çukurova between November 2009 and January 2010. In line with this purpose, the data were collected through a questionnaire prepared by the researcher (Appendix 1).

The average age of the participants is 29,1± 5,8, the average age for the first pregnancy is 22,8±5,1 and the average of the total number of pregnancies is 2,76±1,7. Of the women participating in the study, 22, 9 % of them are in the risk group due to their age (↓18 -↑35) and 24,5 % of them due to the number of pregnancies (↑4) . Of the participants, 23,9 % have an unwanted pregnancy and 30,3 % of those having an unwanted pregnancy were reported to use a traditional family planning method. The percentages of women's correct knowledge about the self care in the postpartum period are as follows: the time for a sexual intercourse in postpartum: 85,4 %, breast care: 75,69 %, bleeding/infection: 65,20 %. As for the questions correctly responded about the baby care in the postpartum period, the percentages are as follows: the right time to start giving additional nutrition: 82,8 %, breastfeeding/hepatitis: 63,2 %, and evacuation/urine: 28,3 %.

It was found that women gave more correct answers to the questions related to their babies than the questions related to themselves. When the source of their knowledge and "right mother and right baby" findings were analyzed, it was found that they learned from the healthcare personnel, their families, relatives/environment and from the mass media. There was a statistically significant difference between the responses given by the mothers. A statistically significant difference was detected between the responses about themselves and the source of information ($p<0,05$).

Findings show that 37,5 % of the participants get information from their families (n=36), 34,4 % from health personnel (n=33), 13,5 % from their relatives/environment (n=13), 9,4 % from the mass media (n=9), and 5,2% from the traditional practices (n=5). Mothers participating in the study stated that they would carry out any practice that they did not hear about the issues related to baby care in postpartum period: eyes: 27,1 %, moniliasis: 26,0 %, diaper rash: 26,2%, cradle cap: 27,7 %, cord care: 31,4 % .

This study indicates that women in the postpartum period give more importance to their husbands and children than themselves and get information from their families about the things they are doing. Besides, even if not knowing the appropriateness of the practices, mothers participating in the study stated that they would use the same methods in a similar case.

Key Words: Postpartum Period, Traditional Practices, Causes of Mother Deaths

1. GİRİŞ

Kadın sağlığı doğrudan kadının kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk ve aile sağlığı açısından da önemlidir. Sağlıklı toplumların sağlıklı ailelerle oluşabileceği düşüncesinden hareketle kadın sağlığının korunmasına yönelik hizmetler özel ve öncelikli olarak ele alınmalıdır. Kadın sağlığını etkileyen en önemli faktörlerin başında infertilite, jinekolojik-onkolojik hastalıklar, gebelik hipertansiyonu gibi üreme ile ilgili sağlık sorunları gelmektedir[1,2].

Doğurganlık kadın için normal fizyolojik bir olay olmasına karşın, getireceği risklerden ayrı düşünülmemektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadın ve ailesinin biyopsikososyal açıdan uyumunu gerektiren, hastalık ve sağlık çizgisinin birbirine yaklaştığı bir süreçtir. Özellikle doğum sonu dönemde anne ve yenidoğanın sağlık sorunları artan bakım ihtiyaçları doğrultusunda artmaktadır. Bundan dolayı doğum sonu dönem ayrı bir önem kazanmaktadır[3,4,5].

Doğum sonu dönem; doğumdan hemen sonra bebek, plesanta ve membranlar doğduktan sonra başlar ve üreme organlarının tamamen normal durumlarına dönmesine kadar geçen altı haftalık süreyi kapsar[6,7]. Bu altı haftalık süre anne, bebek ve aile açısından uyum sağlanması gereken yeni ve karmaşık bir dönemdir[8,9].

Günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelerde gebelik, doğum ve doğum sonu döneme bağlı olarak yaşanan sağlık sorunlarından dolayı birçok kadın yaşamını yitirmektedir. Anne ölümlerinin en trajik yönü bu ölümlerin neredeyse yarıdan fazlasının çok basit önlemler ile önlenebilir olmasıdır. Anne ölümleri nedenlerine bakıldığında çok büyük bir kısmının altında enfeksiyonlar, kan kaybı ve uygunsuz şartlarda yapılan doğum ve düşük girişimleri yatmaktadır[10]. Anne ölümü olarak adlandırılan bu durum ülkemiz içinde öncelikli bir sorun olarak devam etmektedir. Bu durumun önlenmesine yönelik yapılacak en önemli aktiviteler arasında ise doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin geliştirilmesi yer almaktadır[3,4,5].

Anne ölümlerinin azaltılması için ülkemizde Sağlık Bakanlığının lohusalık izleminin ilk 24 saat içinde 1 kez, 2. haftada bir kez ve 4. haftada bir kez olacak şekilde toplam üç kez yapılmasını ön görmektedir. Alınan bakımın yetersiz olmasında doğum sonu

dönemde hastaların erken taburcu edilmesinin rolü de büyüktür. Anneler, herhangi bir sorun yoksa normal doğumdan 12–24 saat sonra, sezeryan doğumdan sonra ise 3–5 gün sonra taburcu edilmelidir. Ancak ülkemizde anneler doğum yaptıktan sonraki ilk 24 saatte taburcu edilmektedir[8,10,11].

Ülkemizde annelerin erken taburcu edilmeleri ve postpartum dönemde yeterli sağlık bakımının verilmemesi zorlu bir geçiş dönemi olan bu dönemde kendileri ve bebekleri ile ilgili sağlık sorunları yaşamalarına neden olmaktadır. Kadınlar bu dönemdeki sağlık sorunlarını önlemek ya da çözmek için ailelerinde görmüş oldukları geleneksel uygulamalara yönelmelerine neden olmaktadır[12,13]. Yapılan geleneksel uygulamaların bazıları sağlığa yararlı, bazıları zararlı iken bazılarının ise sağlık üzerinde herhangi bir etkisi bulunmamaktadır[14]. Özellikle yenidoğan bakımında göz bakımı, göbek bakımı, pişik bakımı gibi uygulamalarda geleneksel uygulamalara başvurulmaktadır. Bilinçsizce sadece kulaktan dolma bilgilerle yapılan bu uygulamalar çoğu zaman sağlık açısından zararlı olabilmektedir. Yapılan araştırmalarda geleneksel uygulamalardan kadınların etkilenmesinin yanı sıra en çok etkilenen grupta ise yeni doğanlar olduğu belirtilmiştir[15,16].

Çalışmamızda doğum sonu dönemde olan annelerin lohusalık ve yenidoğan bakımı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek, yanlış olan davranışların yerine doğru olan davranışlarının öğretilmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Sağlığı ve Kadın Sağlığını Etkileyen Geleneksel Uygulamalar

2005 ulusal anne ölümleri raporunda belirtildiği gibi Türkiye'de annelerin %37'sinde ölüm doğumdan önceki dönemde meydana gelmektedir. Bu dönemdeki ölümlerin yarısı 22. haftadan önce diğer yarısı da 22. haftadan sonra gerçekleşmektedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin %9'u doğum sırasında, %54,1'i postpartum dönemde meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %20,9'unun doğum sonrası ilk günde, %14,8'inin doğum sonrası 2–7 günler arasında, %18,5'inin de doğum sonrası birinci haftadan sonra görüldüğü kayıt edilmiştir[17].

Anne ölümlerinin azaltılması için ülkemizde Sağlık Bakanlığının lohusalık izleminin ilk 24 saat içinde 1., 2. ve 4. haftalarda toplam üç kez yapılmasını ön görmektedir[11]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre doğum sonrası dönemde kadınların %63'ü doğumdan sonraki dört saat içinde ilk bakımlarını aldıklarını, bölgesel olarak bakıldığında doğumdan hemen sonra bakım alma Doğu Bölgesinde %49, Orta Anadolu'da %35, İstanbul'da da %75'e kadar değişim göstermektedir[18]. Alınan bakımın yetersiz olmasında doğum sonu dönemde hastaların erken taburcu edilmesinin rolü büyüktür. Anneler, herhangi bir sorun yoksa normal doğumdan 12–24 saat sonra, sezeryan doğumdan sonra ise 3–5 gün sonra taburcu edilmelidir. Ancak ülkemizde anneler doğum yaptıktan sonraki ilk 24 saatte taburcu edilmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığının ve DSÖ'nün önerdiği özellikle sezeryan doğum sonrasında kadınların 3–5 gün sonrasında taburcu edilmeleridir [8]. Doğum sonrası annelerin erken taburcu olmaları, birçok sağlık sorununun yaşanmasına neden olmakta ve önlene bilir anne ölümlerinin de artmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalara bakıldığında anne ölümlerinin başlıca nedenleri; postpartum kanama, intrakranial kanama, sepsis, karaciğer yetmezliği, pulmoner embolizm ve disemine intravasküler koagulasyondur(DIC). Maternal mortalitenin önlenmesinin esas anlamı kanama, infeksiyon ve doğum zorlukları gibi hızlı ve acil obstetrik bakım gerektiren durumlardır. Bu durumlarda yapılacak müdahaleler maternal mortaliteli azaltmaktadır[19,20,21].

2.1.1. Kanama ve Enfeksiyon

Postpartum kanamaya bağlı anne ölümleri, gelişmiş ülkelerde üçüncü sırada yer alırken, az gelişmiş ülkelerde postpartum kanama anne ölümlerinin en sık nedenidir. Doğum sonu dönemde kanama ve enfeksiyon belirtileri ile ilgili yapılacak eğitimler ve kanama bulgularının dikkatli değerlendirilmesi ile bu nedenlerden dolayı olan anne ölümleri en aza indirilebilir[21].

Doğumdan sonra genellikle bütün lohusalık boyunca süren(ortalama 6 hafta) akıntıya loşia denir. Loşia; mukus, kan, küçük desidua parçaları, eritrosit, lanugo, verniks kazeoza, epitel hücreler ve bakteri gibi maddelerden oluşur[20,22].

Loşia değerlendirilirken; renk, miktar ve süresine göre değerlendirme yapılır. Başlangıçta loşianın miktarı fazla olup, gittikçe azalır ve lohusalık boyunca değişken renk ve miktarda görülür. Doğumdan sonra (plesanta ve eklerinin çıkarılmasından sonra) kanama miktarının vajinal doğum sonrasında 500ml'den daha fazla kan kaybedilmesi ve sezeryan ile doğum(C/S) doğum sonrası 1litreden'den fazla olan ve ilk 24 saatte görülen kanamalar erken dönem postpartum kanama olarak tanımlanır. Yirmi dört saat sonra görülen kanamalar ise geç dönem postpartum kanama olarak tanımlanır. Doğum sonu kanamaları, anne ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır. Bu nedenle doğum sonu döneme ait kanamanın özellikleri ve miktarı bilinmelidir[23,24,25].

2.1.1.1. Loşianın Sınıflandırılması

2.1.1.1.1. Loşia rubra

1–3 gün sürer. İlk günlerde plasentanın ayrıldığı yerdeki damar ağızları kapanmadığı için loşia daha çok kan, doku artıkları ve desidua içerir.

2.1.1.1.2. Loşia seroza

4–10 gün sürer. Damar ağızları tromboze olmaya başlar ve iyileşen yüzeyden gelen kan azalır. Loşia pembe bir renk ve seroz bir hal alır.

2.1.1.1.3. Loşia alba

10–17.günden, 6 haftaya kadar sürer. Açık sarı bir renk alır ve miktarı azalır[26,27].

Loşial akıntıda dikkat edilmesi gereken noktalar;

- Eğer kadın oksitosin ilacı kullanıyorsa, loşianın miktarı ilacın etkisi geçene kadar genellikle azdır.
- Sezaryan doğumdan sonra loşia miktarı azdır.
- Loşianın miktarı emzirme ve hareketle artar, kadın yatarken vajende göllenir ve ayağa kalktığında dökülür, bu durum hemoraji ile karıştırılmamalıdır[28,29].
- Loşia pis kokulu olmamalı, koku olması enfeksiyon belirtisidir.
- Loşia akıntısının içinde büyük doku parçaları olmamalıdır, büyük doku parçalarının olması plasenta retansiyonun işareti olabilir.
- Loşianın karakteri rubradan serozaya, serozadan albaya dönüşecek şekilde değişmesi ya da tersi olması bir sorun olduğunun belirtisidir[28,30].

2.2. Yenidoğanla İlgili Yapılan Geleneksel Uygulamalar

Ülkelerin sağlık düzeylerinin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması, önceliklerinin belirlenmesi ve sunulan hizmetin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesinde, bebeklik dönemi(0 yaş) ve erken çocukluk dönemi(1-4yaş) ölüm hızları ve nedenleri çok önemli bir göstergedir. Özellikle bebek ölüm hızı, bir toplumdaki ana-çocuk sağlığı düzeyini olduğu kadar, ülkenin çevre sağlık koşullarını, toplumun sosyoekonomik düzeyini ve gelişme durumunu da çok iyi bir şekilde yansıtmaktadır[31].

Dünya'da ve Türkiye'de, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Dünya Sağlık Teşkilatı(WHO) tarafından hazırlanan güvenli annelik programı ve program kapsamında anne bebek paketi uygulamaları olumlu sonuçlar yaratmıştır. Güvenli annelik programı ile kendisinin ve bebeğinin sağlığını korumak için bakım alan annenin programı başarıya ulaşması için koruyucu bakım içinde yer alan sağlığı koruma, sürdürme ve en üst düzeyde tutma sorumluluğunu kendisinin de üstlenmesi gerekmektedir[32].

TNSA 2003 sonuçlarına göre gelişmekte olan ülkemizde bebek ölüm hızı binde 29'dur. TNSA 2008 verilerine bakıldığında bebek ölüm hızı binde 17'ye düşmüştür. Birleşmiş Milletler Çocuk Örgütü'nün (UNICEF) 2007 raporlarına göre bu oran az gelişmiş ülkelerde binde 97, gelişmekte olan ülkelerde ise binde 57 ve dünya genelinde bu oran binde 52'dir. Aynı zamanda Türkiye 5 yaş altı çocuklarda ölüm oranına bakıldığında kötüden iyiye doğru yapılan sıralamada 1998'de 82, 2007 yılında ise dünyada 92. sırada

yer almaktadır. Türkiye bebek ölüm hızı değerlendirildiğinde gelişmekte olan ülkeler kategorisinden gelişmiş ülkeler kategorisine doğru geçmektedir[18,33].

Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışmasında incelenen ölümlerin %28,2'sinin 1–6 günlük iken meydana geldiği ve bu ölümlerin çoğunun önlenebilir nedenlerden ortaya çıktığı belirtilmiştir[34]. Bebek ölümlerini etkileyen başlıca nedenlere bakıldığında; perenatal, natal ve potnatal bakım alma, annelerin eğitim durumu, bebeğin yaşadığı yer, özellikle ülkemizde yenidoğan ölümlerinde annenin ve çocuğun biyo-demografik bölgesel ve yerleşim yerine göre farklılıkların olduğu belirlenmiştir. Kadınlar yaptıkları bakımlarda geleneklerden yararlanmaktadırlar kadınların prenatal natal ve postpartum bakımları azalması, sağlık hizmetlerinden tam anlamı ile yararlanamamaları, geleneksel uygulamalara başvurmalarına neden olmaktadır[14,16].

Gelenekler; kuşaktan kuşağa geçen kültür mirasları, alışkanlıkları, bilgiler, töreler ve davranışlardır. Ülkemiz folklor açısından, coğrafi konumu sebebiyle birçok farklı kültürün bir araya gelip farklı sentezlerin oluştuğu bir sentezdir. Toplumumuzda kültürel değerler, tutum ve davranışlar, inanç ve inanışlar kişilerin yaşam biçimlerini biçimlendirmekte ve dolayısı ile sağlık koşullarını etkileyebilmektedirler. Bu genel çerçevede; prenatal, natal ve postpartum dönemlerinde yenidoğana yapılan geleneksel uygulamalar yenidoğanın hayatını tehdit etmektedir. Dünyada her yıl beş yaşın altında 11 milyon çocuk çeşitli nedenlerle ölmektedir. DSÖ göre gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölümlerinin başlıca nedenleri; ishal, pnömoni, solunum yolu enfeksiyonları olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu nedenler Türkiye'de bebek ölümlerinin başlıca nedenlerini oluşturmaktadır[35]. Ülkemizde gelenekler doğrultusunda yapılan geleneksel uygulamalar önlenebilir bebek ölümlerini arttırmaktadır[36,37].

Ülkemizde yenidoğana yönelik yapılan geleneksel uygulamaların başında gelen uygulamalara bakıldığında, başlıca uygulamalar aşağıdaki gibidir.

- Ek gıdaya başlama zamanına yönelik uygulamalar.
- Yenidoğan sarılığına yönelik geleneksel uygulamalar.
- Yenidoğan göbek bakımına yönelik geleneksel uygulamalar.
- Yenidoğan pişik bakımına yönelik geleneksel uygulamalar.
- Yenidoğan pamukçuk bakımına yönelik geleneksel uygulamalar.

- Yenidoğan konak bakımına yönelik geleneksel uygulamalar uygulamalar.
- Yenidoğan göz bakımına yönelik geleneksel uygulamalar.
- Yenidoğan üriner sistem ve gastrointestinal sisteme yönelik geleneksel uygulamalar.

2.2.1. Ek Gıdaya Geçme

UNICEF(Birleşmiş Milletler Çocuk Örgütü) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını (başka katı ve sıvı gıdalar ve su almadan) ve 7 aydan itibaren katı ve lapa ek gıdalara başlanmasını önermektedirler. Buna göre ilk 6 aydan sonra ek gıda verilmesi kabul edilebilir olsa da, emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmelidir[38]. Yenidoğan bebek için anne sütü steril, ekonomik ve her an hazır olması, diğer besin maddelerinden daha kolay sindirilebilmesi ve bebeğin gerekli olan temel ihtiyaçlarını karşılaması dolayısı ile tercih edilmelidir[39].

Tablo 2.1. Anne Sütünün İçeriği İle Hayvan Sütü ve Formule Edilmiş Sütler İle Karşılaştırması

	İnsan sütü	Hayvan sütü	Formül sütü
Bakteri içerir	Hiç yok	Olası	Hazırlarken olası
Anti-infektif faktörler	Var	Yok	Yok
Büyüme faktörleri	Var	Yok	Yok
Protein	Uygun miktarda sindirimi kolay	Çok sindirimi zor	Kısmen düzeltilmiş protein içermekte
Yağ	Yeterli esansiyel yağ asidi var, lipaz var	Esansiyel yağ asidi yok, lipaz yok	Esansiyel yağ asidi yok, lipaz yok
Demir	Az miktarda iyi emilebilen demir içermekte	Az miktarda iyi emilemeyen demir içermekte	İlave edilmiş iyi emilemeyen demir içermekte
Vitaminler	Yeterli	A ve C vitamini yetersiz	Vitaminler ilave edilmiş
Su	Yeterli	Su miktarı az fazladan su verilmesi gerekir	Fazladan su verilmesi gerekli olabilir.

Kaynak: http/www.bilecik.sağlık.gov.tr.

Anne sütündeki besin öğelerinin miktarı laktaston süresince bireyler arasındaki biyokimyasal farklılıklara, alınan diyetin içeriğine, laktasyon dönemlerine ve emzirme zamanının uzunluğuna göre değişebildiği için anne sütünün makro ve mikronutrientlerinin(besin öğelerinin) miktarı oldukça geniş bir dağılımını göstermektedir[40,41,42].

Bebeğin sadece anne sütü ile beslenmesindeki başarı, annenin emzirmeye yönelik düşünce ve inançlarına, bebeğin ve annenin sağlık durumuna, doğduktan sonraki ilk saatlerde ve günlerde beslenme durumuna, sağlık personelinin laktasyonu sağlamaya yönelik prenatal ve postpartum girişimlerine ve annenin laktasyon dönemindeki beslenmesine bağlıdır[43,44,45].

TNSA 2003 verilerine göre çocukların %97'sinin bir süre emzirildiğinin %54'ünün doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilmeye başlandığı %16'sının doğumdan sonraki ilk 24 saat hiç emzirilmediğini göstermektedir. TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde anne sütü ile beslemeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir. Emzirilen çocukların sadece %39'u doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilmeye başlanmıştır, Doğumdan sonraki ilk 24 saatte bebeklerin %27'si hiç emzirilmemiştir. TNSA 2008 verilerinin TNSA 2003'deki sonuçlara göre daha düşük olması, Türkiye'de erken emzirmeye başlama pratiğinden uzaklaşıldığının bir göstergesidir[18,32].

Emzirmenin geç yapılmasını etkileyen en önemli neden geleneksel uygulamalardır. Toplumumuzda emzirmeye yönelik geleneksel uygulamaların en başında emzirme zamanına yönelik olan bebeklere doğumdan sonra 3 üç ezan süt verilmemesidir, ilk sütün(kolostrum) pis olduğu için verilmemesi, yaygın olarak anne sütü yerine ilk besin maddesi olarak şekerli su verilmesi [46].

2.2.2. Yenidoğan Sarılığı

Yenidoğan sarılığı ya da bebek sarılığı, yenidoğan bebeklerin kanlarındaki biluribin miktarının artması neticesinde görülen bir çeşit sarılıktır. Doğumdan sonraki ilk haftada her doğan bebeğin kanında az veya çok biluribin miktarında artış gözlenmektedir. Hayata yeni başlamış bebeklerde yenidoğan sarılığı, en sık görülen sıkıntılardan birisidir[47]. Yenidoğan bebeklerin yaklaşık %60-70'inde yaşamın ilk günlerinde sarılık gözlenmektedir, prematüre bebeklerin ise %80'inde gözlenmektedir[48,49].

2.2.2.1. Yeni Doğan Sarılığının Nedenleri

Yenidoğan sarılığı aşağıdaki fiziksel nedenlere bağlı olarak gelişir.

- Yeni doğmuş bebeklerdeki alyuvarların aşırı hızlı bir şekilde ve aşırı miktarda parçalanması,
- Bebeğin karaciğerinin, kanındaki aşırı miktardaki biluribin oluşumunu işleyecek kapasiteye sahip olmaması[50],

2.2.2.2. Diğer Nedenler

- Bebeğin anne ve babasının kan ve ABO uyuşmazlığı,
- Bebeğin alyuvarlarındaki (Kırmızı kan hücreleri) şekil ve işlev anomaliteleri,
- Doğum esnasındaki zorlanmalara bağlı aşırı ezik ve çürükler,
- Cephalohematoma,
- Bazı konjenital hastalıklar,
- Hepatit B veya karaciğerdeki bilirubin işlenmesini etkileyecek sorunlar,
- Prematüre doğum,
- Annedeki diyabet hastalığı,
- Yapay sancı ile doğrulan bebeklerde,
- Doğumdan sonra çok kilo kaybeden bebeklerde[51],

2.2.2.3. Yenidoğan Sarılığının Belirtileri

Yenidoğan sarılığı doğumdan sonraki 2. veya 3. gün gözlenir ve bir hafta ile 10 gün arasında yok olur. Sarılığın kaybolması en son yüz, boyun ve de onu takiben göz aklarında olur. Prematüre veya düşük kilolu doğan bebeklerde hastalığın belirtileri 4. ile 6. günler arasında meydana çıkabilir.

Biluribinin kandaki normal oranı yeni doğmuş bir bebekte 1-2 mg/dl'dir. Bu değer 5 mg/dl'yi geçtiğinde sarılık gözle farkedilebilir bir duruma gelir. İlk belirti bebeğin göz akındaki sararmadır. Biluribinin kandaki miktarı ile vücuttaki sararmanın oranı ve gözlendiği bölgeler ile ilişkilidir[52,53]

- Biluribin oranı 5 ile 8 mg/dl arasında ise baş ve boyun bölgesi sararır.

- Biluribin miktarı 8 ile 10 mg/dl arasında ise baş, boyun bölgesine ek olarak gövdenin üst bölümü sararır.
- Biluribin miktarı 10 ile 13 mg/dl arasında ise baş, boyun ve gövdenin üst bölümüne ek olarak gövdenin alt kısmı sararır.
- Biluribin miktarı 13 ile 16 mg/dl arasında is baş, boyun, gövdenin üst kısmı ve gövdenin alt kısmına ek olarak kol ve bacaklar sararır.
- Biluribin miktarı 20 mg/dl civarında is baş, boyun, gövdenin üst kısmı, gövdenin alt kısmı ve kol-bacaklara ek olarak eller ve ayaklarda da sararma olur.

Bu süreç, siyah ve kahverengi derili bebeklerde de aynı şekilde ilerler, fakat sararma yalnızca avuç içlerinde, ayak tabanlarında ve gözlerin beyaz kısmında görünebilir[55]. Bu belirtilerin görünüş biçimi ve düzeyi bebeğin doğum haftası, kaç günlük olduğu ve kilosuna göre farklılık gösterebilmektedir. Hangi bebeğin tedavi edilmeyi gerektirecek düzeyde hasta olduğuna karar vermek çok önemlidir. Teşhisi koyabilmek için mutlaka gün ışığı ya da beyaz ışık altında gözlem yapmak gerekmektedir[51,52].

2.2.2.4. Yenidoğan Sarlığının Türleri

- Fizyolojik Sarılık
- Anne Sütü Sarılığı
- Patolojik Sarılık

2.2.2.4.1. Fizyolojik Sarılık

Henüz doğmamış bebeklerin kanındaki biluribin maddesi fetusa bir zarar vermez, plasenta aracılığı ile annenin kanına geçer ve annenin karaciğerinde işlenerek vücuttan atılır. Bebeğin kanındaki biluribin maddesi doğumda 1–2 mg/dl civarındadır ve doğumdan sonra yavaş yavaş artmaya başlar, geçici olan bu duruma fizyolojik sarılık denir. Fizyolojik sarılık, bebeğin karaciğerinin biluribini tutma ve dönüştürme sürecindeki enzim eksikliğinden kaynaklanmaktadır[54].

Sağlıklı olarak 40 haftalık gebelik süresinin ardından doğmuş bir bebekteki (postterm) biluribinin düzeyi doğumdan sonraki 3. ile 4. günlere gelindiğinde 5–6 mg/dl

düzeyinde en yüksek seviyeye ulaşır ve sonrasındaki ikinci evrede yavaş yavaş azalarak birkaç hafta içinde normal düzeyine iner[55].

Prematüre doğan bebeklerde ise birinci dönemdeki biluribin miktarı 10–12 mg/dl değerine kadar ulaşabilir. Prematüre bebeklerdeki fizyolojik sarılığın ikinci evresi de uzayabilir ve 2 ile 4 haftaya kadar çıkabilir[53]. Fizyolojik sarılık, 42 haftanın üzerinde doğan bebeklerin neredeyse tamamında, normal süresinde doğan bebeklerin yaklaşık yarısında görülmez ya da çok hafif bir seyir izler[54].

2.2.2.4.2. Anne Sütü Sarılığı

Anne sütü sarılığı anne sütü ile beslenen bebeklerde görülebilir. Bu sütle beslenen bebeklerin %15'inde biluribin miktarı 12 mg/dl'nin üzerine çıkarken, hazır mama ile beslenen bebeklerin %4'ünde ancak bu miktarın üzerine çıktığı gözlenir. Hastalığın genel seyri doğrultusunda doğumdan sonraki ikinci haftanın sonuna kadar biluribin miktarı yükselir ve bunu takiben yavaş yavaş azalarak birkaç ay içinde kaybolur. Bu bebeklerde herhangi bir hastalık belirtisine ya da kilo sorununa rastlanmaz[56.57.58].

Bebeklerin geç beslenmesi ya da yetersiz beslenmesi anne sütü sarılığının başlıca nedenidir. Özellikle ilk çocuğunu doğuran annelerin sütünün miktarı ilk 24–48 saat içinde az olabilir. Bu dönemde bebek aç kalacak korkusu ile formül mamalar verilmekte bu da etkin emzirmeyi azaltmaktadır. Emzirmenin azalması süt miktarını da azaltmaktadır. Bu durumda bebek daha az beslenmekte dehidratasyona girer ve bu durumda mekonyum pasajı da gecikir. Artmış intestinal geri emilim ve azalmış kalori alımı mekanizmaları ile sarılığa yol açmaktadır[59].

2.2.2.4.3. Patalojik Sarılık

Fizyolojik ve anne sütü sarılığı nedenlerinin dışındaki tüm sarılık türleri patalojik sarılıktır. Patalojik sarılık son derece az sıklıkla görülmektedir ve fizyolojik sarılıktan daha erken veya daha geç görülür ve biluribin düzeyi daha yüksektir[58].

Patalojik sarılığın özellikleri şunlardır:

- İlk 24 saatte ortaya çıkar
- Hızlı artan bilirubin konsantrasyonu (>5 mg/dl/gün) vardır
- Total serum bilirubin >17 mg/dl dir

- Serum konjuge bilirubin >2 mg/dl ya da total bilirubinin >%20'si dir[57,58].

2.2.2.4.4. Yenidoğan Sarılığının Komplikasyonları

Fizyolojik sarılık birçok bebek için tedavi gerektirmeden geçebilecek bir durum olsa da bu dönemin düzenli olarak doktor gözetiminde geçirilmesi önemlidir. Aksi takdirde sarılığın seviyesi yükseldiğinde ve tedavisinde geç kalındığında kernikterus olarak adlandırılan hastalık görülebilir. Kanda aşırı derecede artan miktardaki biluribin beyinde birikir ve beynin bazal ganglion bölgesini etkileyerek beyinde hasar oluşmasına neden olur. Bebekte yavaş hareketler, güçsüz ağlamalar, zayıf ve isteksiz emmeler, yavaş refleksler, kusma ve ateş gibi belirtiler gözlenir. Bu şekilde hastalanan bebeklerde ölüm de hastalığın getirdiği bir sonuçtur[59].

2.2.2.5. Yenidoğan Sarılığının Tedavi ve Bakımı

Hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personellerinin aileleri yenidoğan sarılığı ile ilgili bilgilendirmesi ve önemini anlatması ile erken dönemde tanı konması ve tedaviye başlanması açısında önem arz etmektedir. Özellikle doğum sonu dönemde erken taburculuğun önlenmesi ile ortaya çıkan sarılığın değerlendirilmesi ve tedavisi kolaylaşacaktır. American Academy of Pediatrics(AAP) yenidoğan sarılığının tedavisi ve bakımı ile ilgili şu mesajları vermektedir. Yenidoğan sarılığının tedavisi karmaşıktır ve yaygın bir problemdir. Durum böyle olsa da sağlıklı bakımın sağlanması için çeşitli yollar mevcuttur. Sarılıklı bebeklerde erken tanı, uygun yaklaşım, doğru takip ve yeteri tedavi sağlanması durumunda komplikasyon oranı oldukça düşmekte olduğunu vurgulamaktadır[60,61].

- Endike olduğunda fototerapi veya kan değişimi ile bebekler tedavi edilmelidir.
- Yoğun fototerapiye rağmen total serum bilirubin (TSB) düşmüyorsa, hemoliz oluşma ihtimali yüksektir.
- Fototerapi ve kan değişimi kaynakları kullanılırken, direkt biluribin, totalden çıkarılmamalıdır.

- TSB >25mg/dL ve daha yüksek ise yoğun fototerapi için uygun bir hastaneye sevk edilmelidir.
- Kan değişimi deneyimli personel tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tam monitörizasyon ile gerçekleştirilmelidir. İzoimmün hemolitik anemide fototerapiye rağmen TSB artıyorsa immunglobulin(IVIG) verilmelidir ve gerekirse 12 saatte tekrarlanabilir[60,61].

2.2.3. Yeni Doğanlarda Göbek Bakımı

Yenidoğan bebeğin göbeğinin erken ya da geç düşmesi de sorun olabilir. Bir haftadan önce göbek düşerse, göbekten kaynaklanabilecek enfeksiyonlar (yenidoğan tetanozu, sepsis) açısından dikkat edilmesi gerekir. 15. günden sonra hala düşmemesi, göbeğin çok temiz tutulduğu veya mikrop öldürücü tozlar kullanıldığı durumlarda olur[62]. Göbek kordonu kesildikten sonra dört beş gün içinde düşecektir ancak bu süre iki haftaya kadarda çıkabilir. Düştüğünde, birkaç günde iyileşecek küçük bir yara bırakır. Göbek kordonu kesilen bebeklerin bulundukları ortam steril olmalıdır[63].

2.2.3.1. Göbek Bakımı Enfeksiyonu Tedavisi ve Bakımı

Potojen mikroorganizmalar nemli ya da ıslak bırakılan göbek çevresine yerleşerek enfeksiyona neden olacağından göbek kordonu düşmeden yenidoğanın banyosu yaptırılmamalıdır. Yenidoğan banyo yaptırılacaksa göbek bölgesinin kuru tutulmasına dikkat edilmeli, banyo sonrası göbek çevresi kurutularak yenidoğan göbek enfeksiyonundan korunmalıdır. Yenidoğanın banyosu yaptırılırken ve altı bezlenirken dikkat edilmesi gereken noktalar;

- Banyo yapılan odanın ısısı 25^{o}C civarında olmalıdır,
- Banyo tok karnına yaptırılmalıdır, en ideali iki yemek arasında yaptırılmasıdır,
- Banyo yaptırılacak suyun sıcaklığı vücut ısısına yakın olmalıdır, bir diğer ifade ile annenin dirsek ya da bileğinin içini yakmaması gerekmektedir,
- Banyo yaptırıldıktan sonra iyice kurulanmalıdır,
- Banyo sırasında mümkün olduğunca göbek çevresinin kuru tutulması için korunmalıdır.

- Bebek bezinin göbek kordonunu tahriş etmemesi için göbek kordonuna temas etmemesi önemlidir.
- Göbeğin çevresi her gün önceden kaynatılıp soğutulmuş su ve steril bir spanç ile silinmelidir,
- Göbek çevresinde ve göbekte bir enfeksiyon belirtisi yoksa, bölgeyi kurutmak yeterli olmaktadır[16,65,66].

Ülkemizde göbek bakımı ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; göbek bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar; göbeği göbek bağı ile sıkıca bağlamak, göbeğe zeytinyağı sürmek, sık banyo yaptırmak, göbeği bezden tekrar yayıp yerine koymak(düşen göbeğin yerine), göbeğin olduğu yere krem sürmek, üzerine bez yakıp koymak, göbek tozu sürmek olarak karşılaşılmaktadır. Bunların yanı sıra göbek kordonunu kesmeye yönelik geleneksel uygulamalar; bebeğin göbeği makas, jilet veya bıçak ile kesilmektedir. Erkek çocuğunun göbeğinin balta, kız çocuğunun ise jilet ile kesilmesi uğurlu sayılma ve göbek kesiminde kullanılan alet akarsuda yıkanıp annenin yastığının altına konulmaktadır. Çocuğun göbeği uzun kesilir çünkü halk arasında göbeği uzun kesilen bebeğin sesinin ilerde güzel sesli olacağına dair bir inanç vardır[67]. Bebeğin göbeğinin saklanması ya da konacağı yer ile ilgili geleneksel uygulamalar; ileride okuması isteniyorsa düşen göbeğini okula, dini yönü kuvvetli olması isteniyorsa cami avlusuna, evine bağlı olması isteniyorsa da yastığının içine koyulmaktadır[68].

2.2.4. Yenidoğan Pişik Bakımı

Yenidoğan bebeklerde perinatal bölgede ve çevresinde pişik sık karşılaşılan bir problemdir. Cildin ıslak kalması geçirgenliğinin artmasına ve tahrişine yol açmaktadır. İdrarla temas eden cildin pH'sı asitlikten alkaliye döner ve mikro organizmalar ile kolonize olur. Alkali pH gaytadaki proteaz ve lipaz enziminin aktifleştirerek straratum kornea tabakasına zarar vermesi sonucu oluşur[69].

2.2.4.1. Pişiğin Nedenleri

- Bebeğin banyosu ihmal edilmesi,
- Bebeğin altı düzenli açılmaması,

- Kullanılan pudra veya kremlerin çocuğun cildine uygun olmaması,
- Kullanılan sabunun çocuğun cildini rahatsız etmesi,
- Bebeğin çamaşırlarında sabun ya da deterjan kalıntılarının olması[70].

2.2.4.2. Pişiğin Tedavisi ve Bakımı

Pişiğin önlenmesi cildin kurutulması ve normal pH'nın bozulmaması ile mümkündür. Sık bez değişimi ve süper emici bebek bezi kullanımı önerilir. Kullanılan hazır bezlerin seçiminde dikkatli olunmalı, alerjik bir durum olursa bez değiştirilmelidir. Kumaş bez kullanılıyorsa bunların temizliği sırasında sabun toru tercih edilmeli, çamaşır suyu veya yumuşatıcı kullanılmamalıdır. Dışkılama sonrası perine su ve düşük pH'lı sabun ile yıkanarak temizlenmelidir. Cilt koruyucu kremler sürülmeli[69]. Başlangıç durumundaki pişiklere zeytinyağı ya da çocuk yağlarından sürülebilir[70].

Pişikle ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında ülkemizde yapılan geleneksel uygulamalar; pudra sürmek, zeytinyağı sürmek, krem sürmek, bebeğin altını sık yıkamak ve hollüğe yatırmak gibi uygulamalardır. Bu uygulamaların yarar ve zararlı yanları tartışmalıdır[16,71].

Hollük; Anadolu'da geçmiş yüzyıllarda en sık kullanılan çocuk bezleme yöntemidir. Yeni doğan bebeklerin altına höllük (öllük) denilen toprağın elendikten sonra kavrularak saklanır. Uygulanacağı zaman bebeğin altını yakmayacak şekilde hafifçe ısıtılarak bebeğin bezine konur ve bebeğin altının sarılması şeklinde uygulanmaktadır. Günümüzde sosyoekonomik açıdan düşük değerlere sahip ve kırsal bölgelerde yaşayan insanlar tarafından halen bu gelenek devam ettirilmektedir. Ancak bilindiği gibi toprak pek çok mikro organizmanın yaşaması ve taşınması için uygun bir ortamdır. Bu uygulama ile patojen mikro organizmalar bebeğe bulaşmakta ve hastalığa yol açabilmektedir[46,72].

2.2.5. Yenidoğanda Pamukçuk Bakımı

Genellikle bebeğin doğumunun ilk haftasının sonunda kendisini gösteren dil ve ağız hastalığıdır[73]. Yenidoğan bebeklerde görülen ve "Candida" adı verilen mantarın neden olduğu bir enfeksiyondur[74]. Ciddi fungal enfeksiyonlar çok düşük doğum ağırlıklı ve preterm infantlarda daha sık görülmektedir[75].

Pamukçuk yanakların iç yüzeyinde, dilde ve damaklarda kabarık, silmekle kolay çıkarılamayan beyaz renkli ve süt kesiğini andıran nokta nokta veya gri-beyaz bir yalancı zar çeklinde görülür. Ağız mukozasını bölgesel veya yaygın şekilde kaplayabilmektedir[76,77]. Ağrıya neden olacağı için bebeğin beslenmesini engelleyebilir. Nadiren bağırsaklarda çoğalarak anüs çevresinde de pamukçuk oluşabimektedir[74].

2.2.5.1. Pamukçuğun Önlenmesi Tedavisi ve Bakımı

- Anne memesinin her emzirme sonrasında temiz ve kuru tutulması ve her beslenme sonrası ağız içinde gıda artıklarının olmamasına dikkat edilmelidir,
- Bebeklerin ağzına temas eden eşya ile çeşitli mantarlar çocuğun ağzına erişebilir,
- Annenin kendi ağzında mantarlar zararsız iken bebeğin ağzına zararlı olabilir bu yüzden meme başı tükürük ile ıslatılmamalı, annenin ağzında çiğnediği besinler çocuğun ağzına vermemeli ve bebeğin mama sıcaklığına bakmak için bebeğin kaşığı kullanılmamalıdır,
- Çocuk mama ile besleniyorsa beslenmeden sonra bir iki kaşık su verilmelidir
- Bu durumda ağız içinin önceden kaynatılmış ılık su ve gazlı bez ile temizlenmesi önemlidir,
- Kaynatılıp ılıtıldıktan sonra 1 kahve fincanı su içine 1 silme çay kaşığı karbonat katılıp karıştırılır. Temiz bir tülbent serçe parmağa dolanarak ve tülbent bu karışımla ıslatılarak pamukçuk olan yerler hafifçe bastırılarak ağız temizliği yapılır(işlem öncesinde eller iyice yıkanmalıdır.). Bu işlemin emzirme öncesi yapılması bebeğin kusmasını önlemek için uygundur. Birkaç gün içinde sonuç alınmaması durumunda doktora başvurulmalıdır[77,78].

Pamukçuk ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında ülkemizde yapılan geleneksel uygulamalar; bebeğin ağzına soda sürmek, bebeğin ağzına karadut reçeli sürmek, karbonatlı su sürmek, kadın saçı sürmek gibi uygulamalarda bulunmaktadırlar[14].

2.2.6. Yenidoğan Konak Bakımı

Konak başta aşırı miktarda üretilen yağsı maddelerin birikimi sonucu oluşmaktadır. Kuru cilt kabukları halinde, şapka gibi kafa derisini kaplayan, beyaz, ya da sarımsı-kahverengi şeklinde (seborrheik dermatide) görülmektedir[79,80].

2.2.6.1. Konağın Tedavisi ve Bakımı

Bebeğin başına zeytinyağı veya bebeyağı sürülür. Masaj yapılarak konaklar yumuşatılır. Ilık su ile yıkanır, bu işlem iki-üç defa tekrar edilebir[81,82,83]. Sonra bebek şampuanı ile yıkanması ve yumuşak hareketlerle saçın fırçalanması yeterli olmaktadır. Konaklar birer birer koparılmaya çalışılmamalıdır ve kuru iken karılmamalıdır. Gereksizce yapılan bu işlem bebeğin cildini tahriş etmektedir. İyi bir bakım konak probleminin tedaviye gerek kalmadan kaybolmasını sağlamaktadır[70,79,81].

Konak ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında ülkemizde yapılan geleneksel uygulamalar; bebeğin başına zeytinyağı sürme, bebeğin başına bebeyağı sürme, bebeğin başı sık sık yıkamak ve taranmakdır[79,81].

2.2.7. Yenidoğanlarda Göz Bakımı

Yeni doğanın gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakım gerektirmez. Çapaklanma varsa kaynatılmış, ılık suda ısıtılmış steril gazlı bir tampon ile fazla bastırılmadan içten dışa doğru fazla hafifçe silinir [82,83.]

2.2.8. Yenidoğanda Üriner Sistem ve Gastrointestinal Sistem

Yenidoğanlar genellikle doğumu hemen takiben ilk idrarlarını yaparlar[29]. Sağlıklı yenidoğanların ilk idrarını doğumdan sonraki ilk 24 saatte yapmaları beklenir. Ancak ilk 24 saat içerisinde yeterli sıvı verilmeyen yenidoğanlar da idrar yapma zamanı 12–24 saat gecike bilir. Sağlıklı bebeklerin %99'u ilk idrarlarını doğumdan sonra 48 saat içinde yaparlar. İlk 48 saat içinde idrarını yapmamış olmalarının 2 nedeni vardır bunlar[84];

2.2.8.1. Böbrek-İdrar Yollarında Doğuştan Gelen Bir Anormallik

Böbrek-İdrar yollarında doğuştan gelen anormallik yenidoğan anomalilerinin %17,3'ünü kapsamaktadır. Yeni doğanın ölüm sebeplerinin ise %20'sini oluşturmakta olup

tüm gebeliklerin %0,65 oluşturmaktadır[85]. Üriner sistem anomalilerine bakıldığı zaman; üretral stenoz, böbrek ya da üretraların yokluğu başta gelen nedenler arasındadır[64,84].

2.2.8.2. Sıvı Alım Yetersizliği

Gebelerin geç beslenmesi ya da yetersiz beslenmesine bağlı olarak bebeğin ilk idrarını yapmada gecikme olabilmektedir. Yenidoğanın doğumdan sonraki 2–3 gün içinde ilk dışkısını yapması beklenmektedir. İlk emzirmenin geç yapılması(3 ezan aç bırakmak, ilk gelen sütün pis olduğu düşünülerek yenidoğana verilmemesi), anne sütünün yetersiz olduğu zamanlarda yenidoğana yeterli ek gıdanın verilmemesi gibi nedenlerden dolayı ilk idrarını ve dışkısını yapmada gecikme olabilir[86].

3. METERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Doğum Servisine doğum yapmak için başvurmuş ve doğumu sonlanmış gebelerin lohusalık dönemi ve bebek bakımı konusunda bilgi düzeylerin saptanması amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda lohusalık ve bebek bakımı konusunda yanlış yada eksik bilgileri olan ve sıklıkla geleneksel uygulamalara başvuran yeni doğum yapmış olan kadınların, eksik olan bilgilerini tamamlamak, yanlış olan bilgilerin yerine doğru bilgi verilmesi hedeflenmiştir.

3.2. Araştırmanın Önemi

Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri daha çok yenidoğanın gereksinimlerine ağırlık verilmesi nedeniyle gözden kaçmaktadır. Anneler pospartum dönemde erken taburcu edilmekte, bu nedenle hastanedeki sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamakta ve bu nedenle ilerleyen dönemlerde daha fazla sağlık problemi ile karşılaşmaktadırlar. Yaşanan bu sorunlar postpartum dönemde anne ve yenidoğanın mortalite ve morbidite riskini arttırmaktadır. Bu çalışmanın amacı postpartum dönemdeki annelerin bilgi düzeylerini ölçmektir. Bu konuda eksik bilgileri tamamlanacak ve yanlış olan bilgiler ile ilgili olarak da doğru bilgi verilmesi, böylece anne ve yenidoğanın sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmektedir.

3.3 Araştırmanın Şekli

Doğum yapmış olan kadınların lohusalık bakımı ve bebek bakımı konusunda yanlış ya da eksik bilgilerini, tutumlarını ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.4 Anket Formunun Uygulanması

Araştırma Aralık 2009 – Şubat 2010 tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Doğum

Servisinde yatmakta olan 15-49 yaş arası doğum yapmış 96 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Verileri toplamak amacı ile geliştirilen anket formunda kullanılan soruların etkinliğini sağlamak amacıyla 17 kadına ön uygulama anketi yapılmıştır.

Örneklem seçiminde, bazı kriterler belirlenmiş olup bu özellikleri taşıyan kadınlar araştırma dışı bırakılmıştır.

Araştırma dışı bırakılma kriterleri;

- Ölü doğum yapmamış olma,
- Yattığı klinikteki hemşireden bilgi almamış olması,
- Bebeğinin yoğun bakımda yatmıyor olması,
- Gönüllü olarak katılma.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, doğum yapmış kadınlara anket formu uygulanarak toplanmıştır. Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formu, katılımcı kadınların tanıtıcı bilgilerine yönelik 15, doğum sonu dönemde kadınların kendileri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin 1 ana soru başlığı altında 13 soru, bebekleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin 6 ana soru başlığı altında 18 soru sorulmuştur.

Hazırlanan anket formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği serviste yatmakta olan 17 kadına ön uygulama yapılarak değerlendirilmiştir. Uygulama sonucunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, anket formuna son şekli verilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formuyla toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

Yüzyüze görüşülerek toplanan veriler, sahada aynı gün denetlenmiş ve SPSS 11.5 (Statistical Program for Social Sciences) veri analiz paket programı kullanılarak yüzdelik ve chi Square kullanılarak elde edilmiştir.

3.6.1. Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi

S.1-S.15. sorular kadınların tanımlayıcı bilgileri ve genel obstetrik bilgilerini içermektedir.

S.16. ve **S.17.** sorularda kadınların kendileri ve bebekleri ile ilgili konularda sorulan doğru ve yanlış olarak değerlendirilmiştir.

S.18-S.22 sorular değerlendirilirken kadınların kendileri ve bebekleri ile ilgili konularda yaptıkları uygulamaların modern tıp uygulaması mı, geleneksel uygulamamı olduğuna bakılmak amacı ile sorular; duydum, duymadım, uygularım ve uygulamam şeklinde düzenlenmiştir. Kadınlar: Göz bakımından mendil ile silme, pamukçuk bakımında ağzı karbonatlı su ile silme, konak bakımında başa zeytinyağı sürmek, pişik bakımında yağ sürme ve göbek bakımında göbeği kuru tutma uygulamasını yapmaları doğru olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde araştırma kapsamında ankete katılan kişilerin yaş, eğitim durumları, ekonomik durumları, yaşadıkları aile tipleri, çalışma durumları, gebelik özgeçmişleri, gebelik öncesi korunma yöntemleri ve gebelik isteme durumlarına ait bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1.1: Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)

Yaş ve Obstetrik Özellikleri	**Ort ± ss (Min – Max)**
Yaş	29,1 ± 5,8 (18 – 40)
Evde Kaç Kişi Yaşıyor	4,4 ± 2,1 (2 – 13)
Kaç Yaşında Evlendiniz	21,6 ± 4,8 (13 – 37)
İlk Gebelik Yaşı	22,8 ± 5,1 (13 – 39)
Toplam Gebelik	2,8 ± 1,7 (1 – 9)
Canlı Doğum	2,1 ± 1,3 (1 – 8)
Düşük Sayısı	0,7 ± 0,9 (0 – 4)
Kaç Saat Önce Doğum Yaptınız	9,8 ± 6,2 (1 – 24)

Çizelge 4.1.1'de araştırmaya katılan kadınların yaş ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular dağılımı verilmiştir. Kadınların, yaş ortalamaları 29,1 ± 5,8, ilk gebelik yaşları 22,8 ± 5,1, ilk evlilik yaşları 21,6 ± 4,8 olarak bulunmuştur. Doğumdan sonra anket yapılma zamanı 9,8 ± 6,2 dir.

Çizelge 4.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaşadığı Yer ile Geçirilmiş Gebelik Sayısına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)

Yaşadığı Yer	Geçirilmiş Gebelik Sayısı		n%
	4'ün altı n (%)	4 ve üstü n%	
Köy	4(4,2)	4(4,2)	8(8,3)
Kasaba/İlçe	10(10,4)	7(7,3)	17(17,7)
Şehir	59(61,5)	12(12,5)	71(74,0)
Toplam	73(76,0)	23(24,0)	96(100)

Çizelge 4.1.2'de araştırmaya katılan kadınların yaşadığı yere ilişkin bulgular dağılımı verilmiştir. Araştırma sonucunda araştırma dağılımına göre kadınların %74,0'ı (n=71) şehirde, %17,7'si (n=17) kasabada, %8,3'ü (n=8) köyde yaşamaktadır. Yaşadıkları yer ile toplam doğum sayıları ile karşılaştırması yapıldığında, bunların %8,3'ü(n=8) köyde yaşamakta ve bunların %4,2'si (n=4) 4'ün altında ve %4,2'si (n=4) 4'ün üstünde bir gebelik geçirmiştir. Kadınların %17,7'si (n=17) kasaba/ilçe yaşamakta bunların %10,4'ü (n=10) 4'ün altında ve %7,3'ü (n=5) 4'ün üstünde bir gebelik geçirmiştir. Kadınların %74,0'ı (n=71) şehirde yaşamakta, bunların %61,5'i (n=59) 4'ün altında ve %12,5'i (n=12) 4'ün üstünde gebelik geçirmiştir.

Çizelge 4.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Güvencelerine İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)

Sağlık Güvenceleri	n(%)
Yeşil Kart	33(34,4)
SSK	38(39,6)
Emekli Sandığı	9(9,4)
Hiçbiri	16(16,7)
Toplam	96(100,0)

Çizelge 4.1.3'de araştırmaya katılan kadınların sağlık güvencelerine ilişkin bulgular dağılımı verilmiştir. Araştırma sonucunda kadınların %39,6'sı (n=38) SSK, %34,4'ü (n=33) yeşil kart, %16,7'si (n=16) sağlık güvencesi olmayanlar (hiç biri) ve %9,4'ü (n=9) emekli sandığıdır.

Çizelge 4.1.4 Araştırmaya Katılan Kadınlar Riskli Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=96)

Kadınların Riskli Gebelik Yaş ve Gebelik Sayısı Gruplarına Göre Dağılımı	n%	Toplam
18 yaş↓- 35 yaş ↑	22(22,9)	96(100,0)
18–35 yaş arası	74(77,1)	
4↓ gebelik sayısı	73(76,0)	96(100,0)
4 ve ↑ gebelik sayısı	23(24,0)	

Çizelge 4.1.4'te kadınların %22,9'u (n=22) riskli gebelik yaşında olduğu (18 yaş altı ve 35 yaş üstü riskli gebelik yaşıdır), %77,1'i (n=74) riskli gebelik yaşında olmadığı ortaya çıkmıştır. Kadınların %76,0'sı (n=73) 4'ün altında bir gebelik geçirdiği, %24,0'ı (n=23) 4 ve üstünde gebelik geçirdiği belirlenmiştir.

Çizelge 4.1.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebeliklerinin İstenilen Gebelik Olup Olmadığının Gebelik Öncesi Korunma Yöntemi İle Olan İlişkisine Ait Bulgular Dağılımı (n=96)

Gebelikten Önce Korunma	İstenilen Gebelik	
	Hayır n(%)	Evet n(%)
Korunmuyorum	3 (13,0)	42 (57,5)
Kondom	8 (34,8)	12 (16,4)
Hap	5 (21,9)	7 (9,6)
RİA	3 (13,0)	9 (12,3)
Geri Çekme	3 (13,0)	2 (2,7)
Anne Sütü	1 (4,3)	0 (0)
Enjeksiyon	0 (0)	1 (1,4)
Toplam	23(100)	73(100)

Çizelge 4.1.5'de araştırmaya katılan kadınların gebeliklerinin istenilen bir gebelik mi olduğunun gebelik öncesi korunma yöntemleri ile olan ilişkisi verilmiştir.

Kadınların, gebeliklerini isteme durumları ile gebelik öncesi kullandıkları kontraseptif yöntem ile olan ilişkisine bakıldığında, modern yöntem kullanan kadınların

%76'sı (n=73) gebeliklerini istemektedir. Gebelik istemeyen kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemler; korunmuyorum %13,0 (n=3), kondom %34,8 (n=8), hap %21,9 (n=5), RİA %13,0 (n=3), geri çekme %13,0 (n=3), %4,3 (n=1)anne sütüdür.

Gebelik istemeyen kadınların %30,3'ü (n=7) geleneksel yöntem kullanmakta, %69,7'si (n=16) modern yöntem kullanmaktadır.

Çizelge 4.1.6'da Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Durumunun Gebeliğin İstenme Durumu İle Gebelik Öncesi Kullanılan Aile Planlaması Yönteminin Bulgular Dağılımı (n=96)

Eğitim Durumu	**Gebelik Öncesi Kullanılan AP Yöntemleri**	**Gebeliğin İstenme Durumları**		**Kİ-kare Değeri p Değeri**
		Hayır	**Evet**	11,286
İlkokul ve Okuma Yazma Bilmeyenler	Korunmuyor	1(16,7)	1(84,6)	
	Kondom	3(50,0)	1(7,7)	**0,006**
	Hap	2(33,3)	0(0)	
	RİA	0(0)	1(7,7)	
	Toplam	6(100)	3(100)	
İlköğretim ve Ortaokul Mezunu Olanlar	Korunmuyor	2(16,7)	17(44,7)	
	Kondom	4(33,3)	7(18,4)	7,837
	Hap	1(8,3)	4(10,5)	
	RİA	2(16,7)	7(18,4)	0,252
	Geri çekme	2(16,7)	2(5,3)	
	Anne sütü	1(8,3)	0(0)	
	Enjeksiyon	0(0)	1(2,6)	
	Toplam	12(100)	38(100)	
Lise veÜstü Eğitim Görenler	Korunmuyor	0(0)	14(63,8)	
	Kondom	1(20,0)	4(18,2)	10,432
	Hap	2(40,0)	3(13,6)	
	RİA	1(20,6)	1(4,5)	**0,023**
	Geri çekme	1(20,6)	0(0)	
	Toplam	5(100)	22(100)	

Çizelge 4.1.6'da araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarının gebeliği isteme durumları ile gebelik öncesi kullandıkları aile planlaması yönteminin bulgular dağılımı verilmiştir.

Eğitim durumu ilkokul ve okuma yazma bilmeyen n=6 kişi, ilköğretim ve ortaokul mezunu olan n=12 kişi, lise ve üstü eğitim gören n=5 kişi gebeliği istememektedir.

İlkokul ve okuma yazma bilmeyen kadınların gebelik öncesi yöntem kullanımı ve gebeliği isteme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,05**).

Lise ve üstü eğitim gören kadınların gebelik öncesi yöntem kullanımı ve gebeliği isteme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,05**).

4.2. Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine ve Bebeklerine Ait Bilgi Düzeylerine İlişkin Özellikler

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan kadınların kendilerine ve bebeklerine ait konulardaki bilgi düzeylerine ilişkin özelliklere ait bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.2.1 Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine Ait Konulardaki Doğru Bilme Dağılımları (n=96)

Kadınların Kendileri İle İlgili Konular	**ort ±ss** **Min-max**
Kanama / Enfeksiyon	65,2±20,2 (12,5-100)
Cinsel İlişki	85,4±29,8 (0,00-100,0)
Meme Bakımı	75,69±30,3 (0,00-100,0)

Çizelge 4.2.1'de araştırmaya katılan kadınların kendilerine ait konulardaki bulgular dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların doğru bilme sıralamasına bakıldığında doğum sonu dönemde cinsel ilişkiye girme zamanını bilme yüzde ortalaması %85,4, meme bakımını bilme yüzde ortalaması %75,69 ve kanama/enfeksiyon ile ilgili soruları bilme yüzde ortalaması %65,20'dir.

Çizelge 4.2.2 Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine Ait Konulardaki Bilgi Düzeylerinin Birbiri İle İlişkisine Ait Bulgular Dağılımı (n=96)

		Kanama	Cinsel ilişki	Meme bakımı
Kanama İle İlgili Doğru Bilme Yüzdesi	Per. Cor. Sig N	1,0 1,0 96		
Cinsel İlişki İle İlgili Doğru Bilme Yüzdesi	P.C Sig. N	0,121 0,241 96	1,0 1 96	
Meme Bakımı İle İlgili Doğru Bilme Yüzdesi	P.C Sig N	0,272 **0,007** 96	0,495 **0,000** 96	1,0 1 96

Çizelge 4.2.1'de meme bakımı bilgisi ile kanama bilgisi arasında zayıf bir pozitif ilişki vardır. Meme bakımı ile cinsel ilişki arasında orta dereceli pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 4.2.3 Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğana Ait Bilgileri Doğru Bilme Durumları Bulgular Dağılımı (n=96)

Kadınların Yenidoğanlar İle İlgili Konularda Doğru Bilme	**Ort ±ss yüzde (min-max)**
Emzirme/Sarılık	63,2±16,8 (14,3-100,0)
Ek Gıdaya Geçme	82,8±35,4 (0,0-100,0)
Dışkılama/İdrar	28,3±37,4 (0,0-100,0)

Çizelge 4.2.3'de araştırmaya katılan kadınların yenidoğana ait konuları doğru bilme bulgular dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların doğru bilme sıralamasına bakıldığında doğum sonu dönemde ek gıdaya geçme zamanını bilme yüzde ortalama

%82,8, emzirme/sarılık bilme yüzde ortalaması %63,2 ve dışkılama/idrar ile ilgili soruları bilme yüzde ortalama %28,3dir.

Çizelge 4.2.4 Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Yenidoğana Ait Konulardaki Bilgi Düzeylerinin Birbiri İle Olan İlişkisine Ait Bulgular Dağılımı (n=96)

		Emzirme Sarılık	**Ek Gıdaya Geçme Zamanı**	**İlk İdrar ve İlk Dışkılama Yapma Zamanı**
Emzirme Sarılık	Pear. Cor. Sig N	1.0 1.0 96		
Ek Gıdaya Geçme Zamanı	P.C Sig. N	0,318 **0,002** 96	1.0 1.0 96	
İlk İdrar ve İlk Dışkılama Yapma Zamanı	P.C Sig N	- 0,133 0,196 96	-0,154 0,134 96	1.0 1.0 96

Çizelge 4.2.4'de ek gıdaya geçme zamanı ile sarılık bilgisi arasında zayıf bir pozitif ilişki vardır.

Çizelge 4.2.5. Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Bebeklerine Yönelik Konularda Doğru Bilme ile Bu Doğruların Birbiri ile Olan İlişkisi (n=96)

	Doğru Bilen n(%)
Bebek Emmezse Sarılık Ola bilir.	71(74,0)
Bebek Doğar Doğmaz Emzirilir.	95(99,0)
Bebek Emmezse Anne Sütü Sağılarak Verilir	83(86,5)
Bebeğe Şekerli Su Verilir	73(76)
Bebeğe Mama Verilir	35(36,5)
Ek g Gıdaya 4'üncü Ayda Geçilmelidir.	17(17,4)
Ek Gıdaya 6'ıncı Ayda Geçilmelidir.	80(83,3)

Çizelge 4.2.5'te araştırmaya katılan kadınların bebekle ilgili konularda en fazla doğru bildikleri soruların karşılaştırmasına bakıldığında; kadınların %99,0'ı (n=95) yenidoğanın doğar doğmaz emzirilmesi gerektiğini bilmiş ve %74,0'ı (n=71) yeni doğanın hemen emzirilmezse sarılık olacağını bilmiştir. Bunlardan yeni doğana verilmesi gereken besin hangisidir sorusuna ise kadınların verdikleri cevaplara bakıldığında; %86,5'i (n=83) anne sütü, %76,0'ı (n=73) şekerli su ve %36,5'i (n=35) mama verilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Bebeklere ek gıdaya ne zaman geçilmeli sorusuna bakıldığında ise araştırmaya katılan kadınların %83,3'ü (n=80) ek gıdaya geçme zamanının 6'ıncı ayda olması gerektiğini, %17,4'ü (n=17) ise ek gıdaya geçme zamanının 4'üncü ayda olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.2.6 Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine ve Yenidoğana Ait Konulardaki Bilgi Düzeylerinin Gebelik Sayılarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)

Kadınların Kendileri ve Yenidoğana Ait Bilgi Düzeyleri	**Tek Çocuğa Sahip Olma Ort ± ss (Min – Max) n=96**	**Birden Fazla Çocuğa Sahip Olma Ort ± ss (Min – Max) n=96**	**t Değeri p Değeri**
Kadınların Kendilerine Ait Bilgi Düzeyleri	9,5±2,39 (5-13)	8,9±2,26 (3-13)	1,330 0,187
Kadınların Yenidoğana Ait Bilgi Düzeyleri	7,2±1,99 (3-14)	7,2±2,02 (3-14)	0,022 0,083

Çizelge 4.2.6'de kadınların kendi ve yenidoğana ilişkin konulardaki bilgi düzeylerinin gebelik sayısı ile ilişkisine ait bulgular dağılımı yer almaktadır.

Kadınların gebelik sayılarına bakıldığında aradaki gebelik sayıları farklı olmalarına rağmen kendilerine ve yenidoğanlara ait bilgi düzeyleri hemen hemen birbirine yakın bulunmuştur. Kadınların kendilerine ve yenidoğana ait bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.2.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Bilgiyi Kimden Aldıklarına İlişkin Bulgular Dağılımı (n=96)

Bilgi Alınan Kişi	**n (%)**
Sağlık Personelleri	33 (34,4)
Aile	36 (37,5)
Yakınlar, Çevre	13 (13,5)
Kitle İletişim Araçları	9 (9,4)
Geleneksel Uygulamalar	5 (5,2)
Toplam	96(100,0)

Çizelge 4.2.8'de kadınların bilgiyi kimden aldıklarına bakıldığında %37,5(36) ailesinden, %34,4(33) sağlık personelinden, %13,5(13) yakınlarından, %9,4(9) kitle iletişim araçlarından ve %5,2(5) geleneksel uygulamalardan olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.2.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Bilgiyi Kimden Aldıkları ve ''Doğru Anne ve Doğru Bebek'' ile ilgili Bulgular Dağılımı (n=96)

Bilgiyi Kimden Aldıkları	**Doğru anne Ort ± ss**	**Doğru bebek Ort ± ss**	**p**
Sağlık Personelleri	7,15±2,06	9,36±2,14	**0,00**
Aile	7,38±2,06	8,72±2,46	**0,010**
Yakınlar Çevre	7,46±1,94	10,15±2,03	**0,004**
Kitle İletişim Araçları	7,88±2,80	10,33±2,12	**0,038**
Geleneksel Uygulamalar	6,00±0,70	7,00±1,58	0,142
P	**0,029**	0,531	

Çizelge 4.2.8'de araştırmaya katılan kadınların bilgiyi kimden aldıkları ve ''doğru anne ve doğru bebek'' ile ilgili bulgular dağılımına bakıldığında sağlık personelinden , ailem, yakınlarım/çevrem ve kitle iletişim araçlarından bilgi alanların geleneksel uygulamalardan bilgi alanlara göre, kadınların, bebekleri ile ilgili sorulan sorulara verdikleri doğru cevapların sayısı, kendileri ile ilgili sorulan sorulara verdikleri doğru cevap sayısından daha fazladır. Araştırmaya katılan kadınların verdikleri cevaplar aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur **(p<0,05).**

Kadınların kendileri ile ilgili sorulan sorulara verdikleri cevaplar ile bilgiyi kimden aldıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur **(p<0,05).**

4.3 Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğana Ait Bakım Konusunda Baş Vurdukları Uygulamalar

Çizelge 4.3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanda Oluşacak Göz Bakımında Başvurdukları Uygulamalar İle İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)

Yenidoğanda Göz Bakımı				
		Uygulamam n (%)	**Uygularım n(%)**	**TOPLAM n(%)**
Göze Süt Damlatma	**Duymadım**	18(36,7)	4(8,5)	22(22,9)
	Duydum	31(63,3)	43(91,5)	74(77,1)
	TOPLAM	49(51,0)	47(49,0)	96(100)
Göze Limon Damlatmak	**Duymadım**	45(57,0)	5(29,4)	50(52,1)
	Duydum	34(43,0)	12(70,6)	46(47,9)
	TOPLAM	79(82,3)	17(17,7)	96(100)
Gözü Mendil İle Silmek	**Duymadım**	29(54,7)	9(20,9)	38(39,6)
	Duydum	24(45,3)	34(79,1)	58(60,4)
	TOPLAM	53(55,2)	43(44,8)	96(100)
Göze İlaç Uygulaması Yapmak	**Duymadım**	18(72,0)	16(22,5)	34(35,4)
	Duydum	7(28,0)	55(77,5)	62(64,6)
	TOPLAM	25(26,0)	71(74,0)	96(100)

Çizelge 4.3.1'de araştırmaya başvuran kadınların göz bakımı ile ilgili başvurdukları uygulamalara bakıldığında en fazla yapılan uygulamalar sırası ile; kadınların %74,0'ı (n=71) göze ilaç, %49,0'ı (n=47) göze süt, %44,8'i (n=43) gözü mendil ile silmekte ve %17,7'si (n=17) göze limon damlatma işlemi yapmaktadır.

Kadınların en fazla yaptıkları uygulamalar ile bu uygulamaları duyma arasındaki arasında ki ilişkiye bakıldığında; göze ilaç uygulamasını 34 kadın duymadığını, 16'sı duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Göze limon damlatma uygulamasını 50 kadın duymadığını, 5'i duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Gözü mendil ile silmek uygulamasını 38 kadın duymadığını, 9'u duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Göze süt damlatma uygulamasını 22 kadın duymadığını, 4'ü duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir.

Çizelge 4.3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanda Oluşan Pamukçukta Başvurdukları Uygulamalar İle İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)

Yen doğanlarda Pamukçuk Bakımı				
		Uygulamam n(%)	**Uygularım n(%)**	**TOPLAM n(%)**
Ağıza Soda Sürmek	**Duymadım**	55(75,3)	5(21,7)	60(62,5)
	Duydum	18(24,7)	18(78,3)	36(37,5)
	TOPLAM	73(76,0)	23(24,0)	96(100)
Ağıza Nişasta Sürmek	**Duymadım**	84(92,3)	2(40,0)	86(89,6)
	Duydum	7(7,7)	3(60,0)	10(10,4)
	TOPLAM	91(94,8)	5(5,2)	96(100)
Ağızı Kuru Bez İle Silmek	**Duymadım**	65(85,5)	7(35,0)	72(75,0)
	Duydum	11(14,5)	13(65,0)	24(25,0)
	TOPLAM	76(79,2)	20(20,8)	96(100)
Ağıza Karadut Reçeli Sürmek	**Duymadım**	78(89,7)	2(22,2)	80(83,3)
	Duydum	9(10,3)	7(77,8)	16(16,7)
	TOPLAM	87(90,6)	9(9,4)	96(100)
Ağıza Saç Sürmek	**Duymadım**	76(84,4)	1(16,7)	77(80,2)
	Duydum	14(15,6)	5(83,3)	19(19,8)
	TOPLAM	90(93,8)	6(6,3)	96(100)
Ağızı Karbonatlı Su İle Silmek	**Duymadım**	29(67,4)	11(20,8)	40(41,7)
	Duydum	14(32,6)	42(79,2)	56(58,3)
	TOPLAM	43(44,8)	53(55,2)	96(100)

Çizelge 4.3.2'de araştırmaya katılan kadınların pamukçuk bakımı ile ilgili başvurdukları uygulamalara bakıldığında, en fazla yapılan uygulamalar sırası ile; kadınların %55,2'si (n=53) karbonatlı su, %24,0'ı(n=23) soda, %20,8'i (n=20) kuru bez, %9,4'ü (n=9) karadut reçeli, %6,3'ü (n=6) kendi saçını sürmek suretiyle ve %5,2'si (n=5) nişasta uygulayacaklarını ifade etmişlerdir.

Kadınların pamukçuk ile ilgili yaptıkları uygulamaları duyma sırasına bakıldığında; kadınların %37,5'i (n=36) soda, %58,3'ü (n=56) karbonat, %19,8'i (n=19) saç sürme, %25,0'ı (n=24) kuru bez ile silme, %16,7'si (n=16) karadut ve %10,4'ü (n=10) nişasta uygulamasını duyduğunu ifade etmiştir.

Kadınların en fazla yaptıkları uygulamalar ile bu uygulamaları duyma arasındaki ilişkiye bakıldığında; karbonatlı su uygulamasını 40 kadın duymadığını, 11'i duymadığı bu

uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pamukçuğa soda uygulamasını 60 kadın duymadığını, 52'si duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pamukçuğa kuru bez uygulamasını 72 kadın duymadığını, 7'si duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pamukçuğa karadut reçeli uygulamasını 80 kadın duymadığını, 2'si duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pamukçuğa saç sürmek uygulamasını 77 kadın duymadığını, 1'i duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pamukçuğa nişasta uygulamasını 86 kadın duymadığını, 2'si duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir.

Çizelge 4.3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanda Oluşan Konak Bakımında Başvurdukları Uygulamalar İle İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)

Yenidoğanda Konak Bakımı				
		Uygulamam n(%)	**Uygularım n(%)**	**TOPLAM**
Başa Zeytinyağı Sürmek	**Duymadım**	10(43,5)	5(6,8)	15(15,6)
	Duydum	13(56,5)	68(93,2)	81(84,4)
	TOPLAM	23(24,0)	73(76,0)	96(100)
Başa Bebeyağı Sürmek	**Duymadım**	17(56,7)	14(21,2)	31(32,3)
	Duydum	13(43,3)	52(78,8)	65(67,7)
	TOPLAM	30(31,3)	66(68,8)	96(100)
Başı Sık Sık Yıkamak	**Duymadım**	14(58,3)	14(19,4)	28(29,2)
	Duydum	10(41,7)	58(80,6)	68(70,8)
	TOPLAM	24(25,0)	72(75,0)	96(100)
Başa İlaç Sürmek	**Duymadım**	36(75,0)	16(33,3)	52(34,2)
	Duydum	12(25,0)	32(66,7)	44(45,8)
	TOPLAM	48(50,0)	48(50,0)	96(100)

Çizelge 4.3.3'de araştırmaya katılan kadınların konak bakımı ile ilgili başvurdukları uygulamalara bakıldığında en fazla yapılan uygulamalar sırası ile; kadınların %76,0'ı(n=73) zeytinyağı, 75,0'ı(n=72) sık sık yıkama, %66,8'i(n=66) bebeyağı sürme ve %50,0'ı(n=48) ilaç sürme uygulamasını yapacağını ifade etmiştir.

Kadınların konak ile ilgili yaptıkları uygulamaları duyma sırasına bakıldığında; kadınların %84,4'ü (n=81) zeytinyağı, %70,8'i (n=68) sık yıkama, 67,7'si (n=65) bebek yağı sürme ve %45,8'i (n=44) ilaç uygulamasını duyduğunu ifade etmiştir.

Kadınların en fazla yaptıkları uygulamalar ile bu uygulamaları duyma arasındaki ilişkiye bakıldığında; konağa zeytinyağı uygulamasını 15 kadın duymadığını, 5'i duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Konağı sık yıkamak uygulamasını 28 kadın duymadığını, 14'ü duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Konağa bebeyağı sürme uygulamasını 31 kadın duymadığını, 14'ü duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Konağa ilaç uygulamasını 52 kadın duymadığını, 16'sı duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir.

Çizelge 4.3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanda Oluşacak Pişik Bakımında Başvurdukları Uygulamalar İle İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)

Yenidoğanda Pişik Bakımı				
		Uygulamam n(%)	**Uygularım n(%)**	**TOPLAM n(%)**
Bebeğin Poposuna Pudra Sürmek	**Duymadım**	5(14,7)	6(9,7)	11(11,5)
	Duydum	29(85,3)	56(90,3)	85(88,5)
	TOPLAM	34(35,4)	62(64,6)	96(100)
Bebeğin Poposuna Yağ Sürmek	**Duymadım**	12(41,4)	15(22,4)	27(28,1)
	Duydum	17(58,6)	52(77,6)	69(71,9)
	TOPLAM	29(30,2)	67(69,8)	96(100)
Bebeğin Poposuna Krem Sürmek	**Duymadım**	5(26,3)	16(20,8)	21(21,9)
	Duydum	14(73,7)	61(79,2)	75(78,1)
	TOPLAM	19(19,8)	77(80,2)	96(100)
Bebeği Hollüğe Belemek	**Duymadım**	68(77,3)	4(50,0)	72(75,0)
	Duydum	20(22,7)	4(50,0)	24(25,0)
	TOPLAM	88(91,7)	8(8,3)	96(100)
Bebeğin Poposuna İlaç Sürmek	**Duymadım**	13(50,0)	16(22,9)	29(30,2)
	Duydum	13(50,0)	54(77,1)	67(69,8)
	TOPLAM	26(27,1)	70(72,9)	96(100)

Çizelge 4.3.4'de araştırmaya katılan kadınların pişik bakımı ile ilgili başvurdukları uygulamalara bakıldığında en fazla yapılan uygulamalar sırası ile; kadınların %80,2'si (n=77) krem sürme, %72,9'u (n=70) ilaç, %69,8'i (n=67) yağ sürme, %64,4'ü (n=62) pudra ve %8,3'ü (n=8) pişiğe hollük uygulamasını yapacağını ifade etmiştir.

Kadınların pişik bakımı ile ilgili yaptıkları uygulamaları duyma sırasına bakıldığında; kadınların %88,5'i (n=85) pudra, %78,1'i (n=75) krem, %71,9'u (n=69) yağ,

%69,8'i (n=67) ilaç ve %25,0'ı (n=24) pişiğe hollük uygulamasını duyduğunu ifade etmiştir.

Kadınların en fazla yaptıkları uygulamalar ile bu uygulamaları duyma arasındaki ilişkiye bakıldığında; pişiye krem uygulamasını 21 kadın duymadığını, 16'sı duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pişiğe ilaç uygulamasını 29 kadın duymadığını, 16'sı duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pişiğe yağ uygulamasını 27 kadın duymadığını, 15'i duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pişiğe pudra uygulamasını 11 kadın duymadığını, 6'sı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Pişiğe hollük uygulamasını 72 kadın duymadığını, 4'ü duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir.

Çizelge 4.3.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Yenidoğanın Göbek Bakımında Başvurdukları Uygulamalar ile İlgili Bulgular Dağılımı (n=96)

Yenidoğanda Göbek Bakımı				
		Uygulamam n(%)	**Uygularım n(%)**	**TOPLAM n(%)**
Bebeğin Göbeğini Gazlı Bezle Sarmak	**Duymadım**	20(52,6)	12(20,7)	32(33,3)
	Duydum	18(47,4)	46(79,3)	64(66,7)
	TOPLAM	38(39,6)	58(60,4)	96(100)
Bebeğin Göbeğini Alkol/Batikon İle Silmek	**Duymadım**	26(63,4)	11(20,0)	37(38,5)
	Duydum	15(36,6)	44(80,0)	59(61,5)
	TOPLAM	41(42,7)	55(57,3)	96(100)
Bebeğin Göbeğini Kuru Tutmak	**Duymadım**	7(50,0)	15(18,3)	22(22,9)
	Duydum	7(50,0)	67(81,7)	74(77,1)
	TOPLAM	14(14,6)	82(85,4)	96(100)

Çizelge 4.3.5'de araştırmaya başvuran kadınların göbek bakımı ile ilgili başvurdukları uygulamalara bakıldığında en fazla yapılan sırası ile; kadınların %85,4'ü (n=82) kuru tutma, %60,4'ü (n=58) gazlı bez ile sarma ve %57,3'ü (n=55) göbeğe alkol/batikon uygulaması yapacağını ifade etmiştir.

Kadınların göbek bakımı ile ilgili yaptıkları uygulamaları duyma konusunda sırası ile; kadınların %77,1'i (n=74) kuru tutma, %66,7'si (n=64) gazlı bez ile sarma, %61,5'i (n=59) alkol/batikon uygulamasını duyduğunu ifade etmiştir.

Kadınların en fazla yaptıkları uygulamalar ile bu uygulamaları duyma arasındaki ilişkiye bakıldığında; göbeği kuru tutma uygulamasını 21 kadın duymadığını, 15'i duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Göbeği gazlı bez ile sarma uygulamasını 32 kadın duymadığını, 12'si duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir. Göbeğe alkol/batikon uygulamasını 37 kadın duymadığını, 11'i duymadığı bu uygulamayı yapacağını ifade etmiştir.

5. TARTIŞMA

1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalamaları 29,1±5,8 yıldır. Evlenme yaşları ortalaması 21,6±4,8 yıl, ilk gebelik yaş ortalamaları 22,8± 5,1 yıl, toplam gebelik sayısı 2,7±1,7 yıl, canlı doğum sayısı 2,1±1,3, düşük sayısı 0,6±0,9 yıl olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların yaş ve obstetrik özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir far bulunmamıştır. (Çizelge 4.1.1).

Kavlak ve Saruhan (2002)[86] yaptığı araştırmada araştırmaya katılan infertil kadınların, ilk evlenme yaş ortalamaları 22,9 ±5,3'dir.

Gölbaşı'nın (2007)[87] yaptığı çalışmada 15–49 yaş grubu evli kadınların obstetrik verileri; evlilik yaş ortalamasının 18,7±3,0, toplam gebelik sayısı 3,6±2,1 ve canlı doğum sayısı 2,5±1,3'dir.

TNSA 2003[32]'te ilk evlenme yaş ortalaması 20.0, TNSA 2008[32]'de ise ilk evlenme yaş ortalaması 20,4 olarak bulunmuştur. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.16 doğumdur. Kadınların ideal çocuk sayısı evlenmiş ve hala evli olan kadınlarda 2,5'dir. Türkiye'de, ortanca ilk doğum yaşı 15–49 yaş grubundaki kadınlar için 22,3'tür. Bu bulgu, Türkiye'de ortanca anne olma yaşının son beş yılda yarım yıllık bir artış göstererek 21,8'den 22,3'e çıktığını ifade etmektedir. Eğitim düzeyi ile ortanca ilk doğum yaşı arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. İlköğretimin en az ikinci basamağını tamamlamış kadınların ilk anne olma yaşının (22,7) eğitimsiz kadınlara (20,5) göre iki yıl daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda kadınların obstetrik özellikleri ile yapılan çalışmalar arasında benzerlikler saptanmıştır. İlk anne olma yaşının son yılarda ortanca anne olma yaşına doğru yaklaştığı görülmektedir. Çalışmamızdaki bulgular da TNSA verilerindeki bulgularla benzerlik göstermektedir. Araştırmamız geçirilmiş gebelik sayısı açısından, TNSA verileri, Kavlak ve Saruhan'ın yaptığı çalışma ile benzerlik gösterirken, Gölbaşı'nın yaptığı çalışma ile farklılıklar göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların yaşadıkları yer ile riskli yaş, riskli gebelik sayısı geçirme durumlarına bakıldığında; (ilk gebelik yaş ortalaması değerlendirmeye alınmıştır) kadınların %22,9 (n=22) riskli gebelik yaşında olduğu (18 yaş altı ve 35 yaş üstü riskli gebelik yaşıdır), %77,1 (n=74) riskli gebelik yaşında olmadığı saptanmıştır. Kadınların geçirmiş oldukları gebelik sayılarına bakıldığında; %76,0'ı (n=73) 4'ten az gebelik geçirmiş ve %24,0'ı (n=23) 4 ve 4'ten fazla gebelik geçirmiştir. Kadınların %74,0'ı (n=71) şehirde, %17,7'si (n=17) kasabada, %8,3'ü (n=8) köyde yaşamaktadır.(Çizelge 4.1.2, Çizelge 4.1.4).

Balcı ve arkadaşlarının (2008)[34] yaptığı çalışmada %21,5 oranında bebek ölümünün; 18 yaş altı ve 35 yaş üstü aralığında doğum yapan annelerin bebeklerinde meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu annelerin % 56,3'ünde risk faktörü belirlenmiştir.

Giray ve Keskinoğlu (2006)[88] yaptığı çalışmada ele aldıkları gebelerin %35,9'u 18 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelik geçirdiklerini saptamışlardır.

Bölükbaş ve arkadaşlarının (2005)[14] yaptığı çalışmada, kadınların %3,0'ı 4 ve daha fazla çocuğa sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Özcan ve arkadaşlarının (2009)[89] yaptığı çalışmada; annenin doğum sayısı bir birim arttıkça, anne ölüm riskinin 1,78 kat arttığı sonucuna varılmıştır.

TNSA 2008[18] verilerine göre kentte yaşayan kadınların toplam gebelik ortalaması 2,00 ve kırda yaşayan kadınların toplam gebelik sayısı 2,68'dır. Kırsal alanlardaki toplam doğurganlık hızı (2.68) kentsel alanlardaki doğurganlık hızından %34 daha yüksektir. TNSA 2008 verilerine göre, adölesan dönemde olan kadınların yüzde 6'sının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir. Bu kadınların yüzde 4'ü çocuk sahibi olmuştur; yüzde 2'si ise araştırma tarihinde ilk çocuklarına gebedir. TNSA-2003[32]'ten bu yana adölesan doğurganlık düzeyinde önemli bir azalma gözlenmektedir. TNSA-2003'te adölesan dönemde bulunan kadınların %8'i doğurganlığa başlamışken, TNSA-2008'de bu oran %6 düzeyine gerilemiştir.

Araştırmamız ile Balcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer veriler elde edilmiştir. Araştırmamızda kadınların geçirdikleri gebelik sayısı açısından risk faktörleri (%22,9), Giray ve Keskinoğlu'nun yaptığı çalışmadaki risk faktörlerinden daha az çıkmıştır (%35,9). Özkan'ın yaptığı çalışmada yapılan doğum sayısı bir sayı arttıkça anne ölüm riskin 1,78 artığı saptanmıştır. Bu doğrultuda araştırmamıza katılan kadınların %24'0'ü 4 ve 4'ten fazla gebelik geçirmiş olup yüksek riskli grupta yer almaktadırlar.

Ayrıca araştırmamıza katılan kadınların %22,9'u 18 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelik geçirmiş olup bu gebelerin mortalite ve morbitite oranı diğer gebelere göre daha yüksektir. Şehirde yaşayan kadınların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları ve daha az risk oluşturmaları beklenirken kırsal alanda yaşayan kadınlardan herhangi bir farkın olmaması; kadınların yeterli eğitim almadıkları/alamadıkları ya da aldıkları bu eğitimleri uygulayamadıklarının göstergesi olabilir. Araştırmamızda risk oranının olması gereken risk oranından yüksek çıkmasının nedenlerinden birinin, çalışmayı yaptığımız kurumun 3.basamak sağlık hizmeti veren kurum olması ve riskli gebelerin bu kuruma sevk edilmesi olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik öncesi korunma yöntemleri ile gebeliği isteme durumlarına bakıldığında modern yöntem kullanan kadınların çoğu gebeliklerini istemektedir %75,1'i (n=73). Araştırmaya katılan kadınların %24,9 (n=23) gebeliğini istememekte, gebeliği istemeyen kadınların kullandıkları yöntemler; korunmuyorum %13,0 (n=3), kondom %34,8 (n=8), hap %21,9 (n=5), RİA %13,0 (n=3), geri çekme %13,0 (n=3), anne sütü %4,3 (n=1) olarak belirtmişlerdir. Gebelik istemeyen kadınların %30,3'ü (n=7) geleneksel yöntem kullanmakta, %69,7 (n=16)'si modern yöntem kullanmaktadır (Çizelge 4.1.5).

Naçarın'ın (2002)[90] yaptığı çalışmada müdahale grubundaki kadınların %24,1'i ve kontrol grubundaki kadınların %29,3'ü gebeliği istemediğini belirtmiştir.

Kayatürk'ün (1989)[91] yaptığı çalışmada 25–29 yaş arası çiftlerle çalışma yapılmış ve kadınların %74'ü gebeliklerinin istemeden olduğunu ifade etmiştir.

Kılıçarslan'ın (2008)[92] yaptığı çalışmada katılımcılara "isteyerek mi hamile kaldınız?" diye sorulduğunda %90,9'u "evet" şeklinde yanıtlarken %9,1'i "hayır" yanıtını vermişlerdir.

Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2008)[93] yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların %86,3'ünün herhangi bir aile planlaması yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Kadınların %32,8'i RİA, %24,1'i kondom, %20,6'sı geri çekme, %11,8'i hap ve %10,7'si diğer yöntemleri (takvim, deri altı implantları, vajinal duş, spermisid) kullandıkları belirlemişlerdir.

TNSA 2008[18] verilerine göre, doğumların %71'i istenen zamanda gerçekleşmemiş, %11'i daha sonraki bir zamanda olması tercih etmiş ve %18'i de gebeliğini istememiştir. TNSA 2008 verilerine göre, evli kadınların en fazla kullandıkları aile planlaması yöntemi

geri çekmedir. Bulgular yaklaşık her dört evli kadından birinin geri çekme yöntemi kullandığını ortaya koymaktadır. TNSA 2008 verilerine göre evli kadınların yüzde %73 herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Bunların %46'sı modern yöntem kullanırken %27'si geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Kentlerde yaşayan evli kadınlar arasında gebeliği önleyici herhangi bir yöntemin kullanımı %74, kırsal alanlarda yaşayan kadınlarınkinden %69 daha fazladır. Kentsel ve kırsal alanlardaki bu farkın büyük bir kısmı kentli kadınlar arasında modern yöntem kullanımının %48, kırsal alandaki kadınlara %40 kıyasla daha fazla olmasındandır.

Araştırmamızda dikkat çeken bir bulgu; kadınların 23'ünün gebeliği istemediği, ancak bu kadınlardan 3'ünün gebeliği istemediği halde hiçbir bir kontraseptif yöntem kullanmamasıdır. Gebeliği istemeyen kadınların %69,3'ünun modern yöntem kullanmasına rağmen gebe kalması, bu yöntemleri doğru kullanmadıklarının ya da tam bilmediklerinin bir göstergesi olabilir. Ancak araştırma verilerimizde gebelik öncesi kullanılan yöntemin gebe kalmak için bırakılıp bırakıldığına dair bir veri olmadığından, modern yöntemlerin yanlış kullanımına ilişkin bir veri elde edilememiştir. Araştırmamızda en fazla kullanılan aile planlama yöntemi kondom iken, Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en fazla kullanılan yöntem RİA, TNSA 2008 verilerinde en fazla kullanılan yöntem ise geri çekme olarak saptanmıştır. Araştırmamızda ve benzer çalışmalarda istenmeyen gebelik sayısı fazladır. Ortanca anne yaşı olan 25–29 yaş arası kadınların gebeliklerine yönelik daha doğru tercihlerde bulunması beklenirken, Kayatürk'ün yaptığı çalışmada kadınların % 74,0'ı gebeliği istemedikleri saptanmıştır. Bu durum anne adaylarının en olgun olduğu yaş olarak kabul edilen; ortanca anne yaşı olarak ifade edilen, kendi tercihlerini yapabilme yaşında oldukları düşünülen kadınların, başkalarının isteklerine önem verdikleri ve istemedikleri bir gebelik geçirdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarının gebeliği isteme durumları ile gebelik öncesi kullandıkları aile planlaması yönteminin bulgular dağılımına bakıldığında; eğitim durumu ilkokul altı %6,2'si (n=6) kişi, ilköğretim %12,4'ü (n=12) kişi, lise ve üstü %5,2'si (n=5) kişi olan kadınlar gebeliklerini istememektedir. İlkokul altı eğitimi olanlarda gebelik öncesi yöntem kullanımı ve gebeliği isteme durumları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur**.** Lise ve üstü eğitim gören kadınların

gebelik öncesi yöntem kullanımı ve gebeliği isteme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır **(p<0,005)** (Çizelge 4.1.6).

Kaya ve arkadaşlarının (2008)[94] yaptığı çalışmada araştırmaya alınan kadınların %79,2'si 25–39 yaş grubundadır. Bu kadınların %31.4'ü okuryazar değil ya da okuryazar fakat herhangi bir okul mezunu olmayıp, %83,2'si herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Bunlardan %60,1'i etkili yöntemler, %23,1'i ise etkisiz yöntemler kullanmaktadır.

TNSA 2003[32] verilerine göre aile planlaması yöntemlerinin kullananların %47,9'u ilkokul ve %43,3'ü herhangi bir okul mezunu olmayan kişilerden oluşmaktadır. TNSA 2008[18] verilerine bakıldığında halen aile planlaması kullanım düzeyi okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında en düşük iken %61, her zaman aynı biçimde olmasa da, eğitimle birlikte belirgin bir artış göstererek lise veya daha üst düzey eğitim gruplarında %77'ye çıkmaktadır. Ancak yöntem kullanımı, beklenmedik bir şekilde, ilkokul ikinci kademeyi tamamlamış kadınlarda %67 ilkokul birinci kademeyi tamamlamış kadınlardakinden %77 daha düşüktür. İlköğretim ikinci kademenin görece yeni olması nedeniyle daha yüksek oranda genç kadının bu sistemde yer alıyor olması söz konusu düşük kullanım oranını açıklamada yardımcı olabilir.

Araştırmamızda eğitim durumu ile kullanılan aile planlaması yöntemi arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim durumu iyi olmayan kadınların aile planlama yöntemi kullanımı düşük çıkmıştır. TNSA 2008 verilerinde olduğu gibi araştırmamızda da eğitim durumu artıkça aile planlaması yöntemi kullanımının artığı görülmektedir.

2. Araştırma Grubunda Yer Alan Kadınların Kendilerine ve Bebeklerine Ait Bilgi Düzeylerine İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların doğum sonu dönemde anne ölümlerinin başında gelen; kanama, enfeksiyon ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, kanama/enfeksiyon ile ilgili soruları bilme ortalaması %65,2'dir. Doğum sonu dönemde cinsel ilişkiye girme zamanını bilme ortalaması %85,4, meme bakımını bilme ortalaması %75,6'dır. Kadınların meme bakımı bilgisi ile kanama bilgisi arasında zayıf bir pozitif ilişki, meme bakımı ile cinsel ilişki arasında ise orta dereceli pozitif bir ilişki vardır. (Çizelge 4.2.1'de ve Çizelge 4.2.2)

Çakırer ve Çalışçan'ın (2010)[95] yaptığı çalışmada gebe kadınların kanaması olduğunda, %63,6'sının geleneksel uygulamalarla kanamayı durdurmaya çalıştığı, %15,8'inin çağdaş uygulama (doktora gitme), %18,5'inin ise hiçbir şey yapmadığı belirlenmiştir.

Çelik ve Alper'in (2010)[96] yaptığı çalışmada postpartum kanama, vajinal veya sezaryen doğumu takiben oluşabilecek acil müdahale gerektiren, tüm doğumların %1 ile 5'inde görülen bir durum olarak saptanmış ve postpartum kanama, maternal mortalite nedenleri arasında ilk sırada olduğu ifade edilmektedir.

Keleş ve arkadaşlarının (2006)[97] 1999–2005 yılları arasında yaptıkları çalışmada; ostetrik nedenlerden dolayı 18 kadının yoğun bakım ünitesine yatırıldığı saptanmıştır. Bu kadınların %77,7'si postpartum dönemde olup yatırılma nedeni (%27,8) şok olarak belirtilmiştir.

Yalınkaya ve arkadaşlarının (2008)[19] yaptığı dört yıllık çalışma süresinde 88 kadının gebelik komplikasyonları nedeni ile öldüğü saptanmıştır. Bu kadınların ölüm nedenlerinin postoperatif ve postpartum kanama olduğu belirtilmiştir.

TNSA 2008[18] verilerine göre postpartum dönemde anne ölümlerinin birincil nedeni kanamadır.

Kanama anne ölümleri nedenleri arasında önlenebilir durumların başında gelmesine rağmen ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Araştırmamıza katılan kadınların kanama ile ilgili soruları doğru bilme oranları %65,2'dir. Çakırer ve Çalışkan'ın yaptığı çalışmada kadınların %63,6'sı kanama ile ilgili bir sorun yaşadığında geleneksel uygulamalara başvurduğunu ifade etmiştir. Keleş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %27,8'i kanama nedeni ile YBÜ yatırılmıştır. Yalınkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaşamını yitiren 88 kadının ölüm nedenin kanama olduğunu saptamıştır. Kanama yıllardır anne ölümlerinin başında yer almasına rağmen kadınların kanama ile ilgili bilgilerinin az olması yeterli eğitimin verilmediğinin bir göstergesi olabilir. Ülkemizde doğum sonu dönemde kadınların erken taburcu edilmeleri kanama nedeniyle anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden biri olabilir. Aynı zamanda DSÖ ön gördüğü şekilde lohusanın evde ziyaret edilmemesi de erken müdahaleyi geciktirmekte ve anne ölüm riskinin artmasına neden olmaktadır.

Araştırmamızda kadınlara sorulan doğum sonu dönemde ilk cinsel ilişki zamanı ile ilgili soruları doğru bilme oranı %85,4, meme bakımı ile ilgili soruları doğru bilme oranı %75,6 dır. Bu durumda kadınların eşlerini ilgilendiren konuları birinci sırada, çocuklarını ilgilendiren konuları ikinci sırada ve kendilerini ilgilendiren ancak hayati tehlike riskini en fazla artıran konuları ise üçüncü sırada doğru bildikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yenidoğanla ilgili sorulara verdikleri cevaplara bakıldığında; doğum sonu dönemde ek gıdaya geçme zamanını bilme ortalaması %82,8, emzirme/sarılık bilme ortalaması %63,2 ve dışkılama/idrar ile ilgili soruları bilme ortalama %28,3'tür. Ek gıdaya geçme zamanını bilme ile sarılık bilgisi arasında zayıf bir pozitif ilişki vardır (Çizelge 4.2.3, Çizelge 4.2.4 ve Çizelge 4.2.5).

Bölükbaş ve arkadaşlarının (2009)[14] yaptığı çalışmada kadınların %50,7'si 4–6 aylar arasında ek gıdaya geçilmesi gerektiğini ifade ettikleri belirtilmiştir.

Saç ve arkadaşlarının (2008)[98] yaptığı araştırmada kadınların % 33,3'ü altı aydan daha kısa süre emzirdikleri saptanmıştır.

Samlı ve arkadaşlarının (2006)[45] yaptığı çalışmada kadınların anne sütüyle ilgili uygulamaları sorulduğunda; ilk gelen sütlerini (kolostrum) pis olduğu için bebeklerine vermediklerini ifade etmişlerdir.

Özyacıoğlu ve Polat'ın (2004)[99] yaptığı çalışmada annelerin %89,0'ının bebeklerine ilk anne süt verdikleri tespit etmişlerdir. İlk besin olarak şekerli su verme oranı ise %7,8 olarak saptamışlardır.

Biltekin ve arkadaşlarının (2004)[100] yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların tamamının bebeklerine şekerli su verdiklerini saptamıştır.

Başer'in (2005)[101] yaptığı çalışmada anne ve babaların bebekleri ile ilgili hangi konularda bilgi almak istersiniz sorusuna idrar ile ilgili anneler 5. sırada, babalar 6. sırada ve dışkılama ile ilgili anneler 6. sırada, babalar 6. sırada yardım almak istemişlerdir.

TNSA 2003[32] verilerine göre çocukların %97'sinin bir süre emzirildiğinin %54'ünün doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilmeye başlandığı %16'sının doğumdan sonraki ilk 24 saat hiç emzirilmediğini göstermektedir. TNSA 2008[18] verilerine göre ülkemizde anne sütü ile beslemeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir. Emzirilen çocukların sadece %39'u doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilmeye başlanmıştır, Doğumdan sonraki ilk 24 saatte bebeklerin %27'si hiç emzirilmemiştir. TNSA 2008 verileri ile TNSA 2003 verileri karşılaştırıldığında erken emzirme pratiğinden

uzaklaştı saptanmıştır. TNSA 2008 verilerine bakıldığında altı aydan küçük ve emzirilen çocukların yüzde 25'i hazır mama almıştır. Hazır mama alan çocukların payı 6–7 aylık bebeklerde yüzde 46 ile en yükseğe çıkmakta 8–9 aylık çocukların diğer sıvı gıdaları almaya başlaması ile yüzde 22'ye düşmektedir.

Araştırmamızda kadınların ek gıdaya geçme zamanı ile ilgili soruları yüzde %82,81 doğru bildikleri saptanmıştır. Çalışmamızda ek gıdaya geçme zamanını bilme oranı Bölükbaş'ın yaptığı çalışmaya göre daha fazladır (%50,7). Araştırmamızda ek gıdaya geçme zamanını bilme oranının fazla çıkmış olması kadınların ilk altı ay anne sütü vereceklerinin bir göstergesi olmayabilir. Araştırmada dikkat çeken diğer bir konu ise kadınların anne sütü yoksa yeni doğana verilmesi gereken besin hangisidir sorusuna %86,5'i (n=83) anne sütü sağılarak verilmesi gerektiğini, %76,0'ı (n=73) şekerli su verilmesi gerektiğini ve %36,5'i (n=35) mama verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Araştırmamızda anne sütü verilme oranı Özyazıcıoğlu ve Polatın yaptığı araştırmada elde edilen verilerden daha düşüktür (%89,0).

Araştırmamızda verilmesi gereken ilk besin hangisidir sorusuna verilen cevaplarda; ikinci sırada sindirimi en zor olan, besin değeri en düşük olan şekerli su %76,0'ı (n=73) verilmesi gerektiği ifade etmişlerdir. Araştırmamızda şekerli su verme oranı Biltekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre daha düşükken (araştırmaya katılan kadınların tamamı şekerli su vermiştir), Özyazıcıoğlu ve Polat'ın yaptığı çalışmaya göre daha yüksektir (%7,8). Yaptığımız çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda da gösteriyor ki anne sütü olsun ya da olmasın bebeklere şekerli su verme eğilimi ülkemizde yaygındır.

Araştırmaya katılan kadınların kendi ve yenidoğana ait bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ve kadınların doğru bilme ile sahip olunan çocuk sayısı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Çizelge 4.2.6 ve 4.2.7) **(p>0,05).**

TNSA 2003[32]'te doğum öncesi bakım alma %81 TNSA 2008[18]'de doğum öncesi bakım alma %92'ye yükselmiştir. Son doğumda doğum sonrası bakım alan kadınların oranı yaşa göre belirgin farklılıklar göstermemekle beraber bu oran üç veya daha az çocuğu olan kadınlar arasında doğum sırası daha fazla olan kadınlara kıyasla oldukça yüksektir. TNSA 2008 doğum sonrası bakım alan kadınların oranı yaşa göre belirgin farklılıklar göstermemekle beraber bu oran üç veya daha az çocuğu olan kadınlar arasında doğum sırası daha fazla olan kadınlara kıyasla oldukça yüksektir.

TNSA 2008[18] verilerine bakıldığında Kadınların neredeyse tamamı %96, ilk çocuklarına gebelikleri sırasında doktordan %96 ve hemşireden/ebeden %2 doğum öncesi bakım almışlardır. Ancak, doğum sırası büyüdükçe eğitimli sağlık personelinden doğum öncesi bakım alan kadınların oranı belirgin bir şekilde azalmaktadır. Bu oran, altıncı veya daha sonraki bir sırada doğan çocuklarda %72 düzeyindedir.

Yaptığımız araştırmada ve TNSA verilerinde de kadınlar ilk gebeliklerinde kendileri ve yenidoğan ile ilgili bilgi düzeyleri zamanla ve sahip olunan çocuk sayısı ile değişmemektedir. Çünkü kadınlar ilk gebeliklerinde bir sorun yaşamadıklarında diğer gebeliklerinde sorun yaşamayacaklarını düşünüp sağlık kuruluşlarına daha az başvurmaktadırlar. Kadınlar ilk gebeliklerinde aldıkları eğitimleri diğer gebeliklerinde de kullanmaktadırlar, bu durunda yanlış olan uygulamaları devam ettirmelerine neden olmaktadır. Gebelik sayısının bilgiyi artırması beklenirken yaptığımız çalışmada gebelik sayısı ile bilgi düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların bilgiyi kimden aldıklarına bakıldığında %37,5 (n=36) ailem, %34,4 (n=33) sağlık personeli, %13,5 (n=13) yakınlarım, %9,4 (n=9) kitle iletişim araçları ve %5,2 (n=5) geleneksel uygulamalardır. Araştırmaya katılan kadınların bilgiyi kimden aldıkları ve ‘’doğru anne ve doğru bebek’’ ile ilgili bulgular dağılımına bakıldığında sağlık personellerinden, ailem, yakınlarım çevrem ve kitle iletişim araçlarından bilgi alan kadınların bebekleri ile ilgili sorulan sorulara kendileri ile ilgili sorulan sorulara daha fazla doğru cevap vermişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların verdikleri cevaplar aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur **($p<0,05$).** Kadınların kendileri ile ilgili sorulan sorulara verdikleri cevaplar ile bilgiyi kimden aldıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur **($p<0,05$)**(Çizelge 4.2.7 ve Çizelge 4.2.8)

Eğri ve Gölbaşı’nın (2007)[87] yaptığı çalışmada kadınlara geleneksel uygulamaların önemi sorulmuş ve kadınların %27,5’i geleneksel uygulamaların kendileri için hiç önemli olmadığını, %72,5’i ise geleneksel uygulamaların kendileri için değişen derecede önemli verdiklerini ifade etmiştir. Yaptıkları çalışmada doğum sonu dönemde bebeğe yönelik kadınların yaptıkları birçok geleneksel uygulama mevcuttur.

Bodur ve arkadaşlarının (2003)[102] yaptığı çalışmada primipar annelerin bebek sağlığı konusunda %23 oranında hemşire ve ebelerden yararlandıklarını %2’si hekimlerden

yararlandıklarını, %9'u medyadan yararlandıklarını, %24'ü bilgi kaynağını ifade etmemiş ve %41'i yakın çevreden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Bölükbaş ve arkadaşlarının (2009)[14] yaptığı çalışmada çocuk bakımı konusunda kimden yardım aldınız sorusuna kadınların; %33,0'ı doktordan, %3,0'ı hemşireden, %18,7'si ebeden, %43,3'ü aile büyüklerinden, %4,4'ü kitaplardan bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Şenses ve Yıldızoğlu'nun (2002)[104] 8 ilde yaptığı çalışmada kadınların doğum sonu dönemde kendileri ve bebeklerinin bakımına yönelik bilgiyi kimden aldıkları sorulmuştur. Kadınların %54,8'i kayınvalidelerinden, %16,0'ı sağlık personelinden yardım aldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmamızda ve benzer çalışmalarda görüldüğü gibi kadınlar bebekleri ve kendileri ile ilgili bakım konularında çoğunlukla ailelerinden ve yakın çevrelerinden bilgi almışlardır. Araştırmamızda sağlık personelinden bilgi alama ikinci sırada iken, Bölükbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık personelinden bilgi alama birinci sırada yer almaktadır. Yapılan geleneksel uygulamaların fazla olması sağlık personelinden alınan eğitimin az olmasına bağlı olabilir. Araştırmamızda kadınların birinden yardım alarak uygulama yaptıklarında daha fazla doğru uygulama yaptıkları, geleneksel uygulamalardan yararlandıklarında daha az doğru uygulama yaptıkları saptanmıştır. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan ebelerin kadınlara daha fazla bilgi vermesi ve daha çabuk ulaşılabilir olması gerekmektedir. Verilen eğitimin kapsamlı olması geleneksel uygulamalardan daha az yararlanılmasına neden olabilir.

3. Araştırmaya Kadınların Yenidoğana Ait Bakımlarda Baş Vurdukları Uygulamalar Dağılımının Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların göz bakımı ile ilgili başvurdukları uygulamalara bakıldığında en fazla yapılan uygulamalar sırası ile; %74,0'ı (n=71) göze ilaç, %49,0'ı (n=47) göze süt, %44,8'i (n=43) gözü mendil ile silmekte ve %17,7'si (n=17) göze limon damlatma işlemi yapacaklarını ifade etmişlerdir. (Çizelge 4.3.1).

Kadınların göz ile ilgili yaptıkları uygulamaları duyma sırasına bakıldığında; %47,9'u (n=46) göze limon, %77,1'i (n=74) göze süt damlatma, %60,4'ü (n=58) gözü mendil ile silmek ve %64,6'sı (n=62) göze ilaç uygulamasını duyduğunu ifade etmiştir.

Göz ile ilgili yapılması gereken doğru uygulama; gözü kaynamış ıslak bir bez ile silmektir. Araştırmamızda verilen cevaplarda bu uygulama %44,8 (n=43) ile üçüncü sırada yer almaktadır. Çalışmamızda dikkati çeken önemli bir nokta; kadınların %27,1 (n=34)'inin göz bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı, böyle bir sorun ile karşılaşırlarsa yapacaklarını ifade etmeleridir.

Başer'in (2005)[101] yaptığı çalışmada ebeveynlerin doğum sonu dönemde bilgi almak istedikleri konular arasında göz bakımı anneler tarafından 7. sırada, babalar tarafından 5. sırada yer almaktadır.

Baklaya'nın (2002)[103] yaptığı çalışmada annelerin doğum sonu dönemde bebek bakımı ile ilgili yaşadıkları başlıca sorunlarla ilgili soruya verilen cevaplarda göz bakımı 7. sırada yer almaktadır.

Araştırmamızda göz bakımı ile ilgili olarak kadınların 43'ü(n=96) doğru olan uygulamayı yapacaklarını ifade etmişlerdir. Başer ve Baklaya'nın çalışmada göz bakımı, diğer bakım gerektiren konulara göre daha az önemsenen ya da sorun değilmiş gibi düşünülen bir uygula olarak saptanmıştır. Araştırmamızda göz bakımı ile ilgili doğru uygulamanın orta derecede bilindiği belirlenmiştir.

Araştırmaya başvuran kadınların pamukçuk bakımı ile ilgili başvurdukları uygulamalara bakıldığında en fazla yapılan uygulamalar sırası ile; kadınların %55,2'si (n=53) karbonatlı su, %24,0'ı(n=23) soda, %20,8'i (n=20) kuru bez, %9,4'ü (n=9) karadut reçeli, %6,3'ü (n=6) kendi saçını sürmek suretiyle ve %5,2'si (n=5) nişasta uygulayacaklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 4.3.2).

Kadınların pamukçuk ile ilgili yaptıkları uygulamaları duyma uygulamalarına bakıldığında; %37,5'i (n=36) soda, %58,3'ü (n=56) karbonat, %19,8'i (n=19) saç sürme, %25,0'ı (n=24) kuru bezle silme%16,7'si (n=16) karadut ve %10,4'ü (n=10) nişasta uygulamasını duyduğunu belirtmiştir.

Pamukçuk ile ilgili doğru olan uygulama karbonatlı su ile silme uygulamasıdır. Araştırmamızda verilen cevaplarda bu uygulama %55,2 (n=53) ile birinci sırada yer almaktadır. Çalışmada dikkati çekmesi gereken en önemli nokta kadınların %26,0 (n=28)'sı pamukçuk bakımı ile ilgili duymadıkları her hangi bir uygulamayı, böyle bir sorun ile karşılaşırlarsa yapacaklarını ifade etmeleridir.

Başer'in (2005)[101] yaptığı çalışmada kadınlar doğum sonu dönemde bilgi almak istedikleri konular arasında ağız bakımı anneler tarafından 1. sırada, babalar tarafından 5. sırada yer almaktadır.

Baklaya'nın (2002)[103] yaptığı çalışmada annelere doğum sonu dönemde bebek bakımı ile ilgili yaşadıkları başlıca sorunlar sorulduğunda, pamukçuk 5. sırada yer almaktadır.

Eğri ve Gölbaşı'nın (2007)[87] yaptığı çalışmada ağzında pamukçuk olan bebeğin ağzına soda sürmek %61,6 ile kadınlar tarafından en sık yapılan uygulama olarak belirlenmiştir.

Bölükbaş ve arkadaşlarının (2009)[14] yaptığı çalışmada bebeğin ağzında pamukçuk olması durumunda; %32,5'i doktora götürme, %25,1'i karbonatlı su ile silme ve %1,0'i annenin saçı ile bebeğin ağzını silme uygulamalar yapılmıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların 53'ü (n=96) pamukçuğa karbonatlı su uygulamasını birinci sırada uygulayacaklarını belirtirken, Eğri ve Gölbaşı'nın yaptığı çalışmada pamukçuğa soda sürmek uygulaması %61,6 ile birinci sırada yer almaktadır. Bölükbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %32,5 ile birinci sırada doktora götürme yer almaktadır. Çalışmamızda bilme oranı fazla olmasına rağmen yanlış olan uygulamaları yapma oranı da fazla bulunmuştur. Bu durum kadınların yaptıkları uygulamaların doğruluğunu tam anlamı ile doğru bilmediklerinin bir göstergesi olabilir. Araştırmamızda pamukçuk ile ilgili uygulamayı doğru bilme oranı diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasına rağmen kadınların duymadıkları uygulamaları da yapacaklarını söylemeleri, doğruluğunu bilmeden uygulama yapıldığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Araştırmaya başvuran kadınların konak bakımı ile ilgili yaptıkları uygulamalar sırası ile; kadınların %76,0'ı (n=73) zeytinyağı, 75,0'ı (n=72) sık sık yıkama, %66,8'i (n=66) bebeyağı sürme ve %50,0'ı (n=48) ilaç sürme uygulamasını yapacağını ifade etmiştir (Çizelge 4.3.3).

Kadınların konak bakımı ile ilgili yaptıkları uygulamaları duyma sırasına bakıldığında; %84,4'ü (n=81) zeytinyağı, %70,8'i (n=68) sık yıkama, 67,7'si (n=65) bebeyağı, %45,8'i (n=44) ilaç uygulaması şeklindedir.

Başer'in (2005)[101] yaptığı çalışmada kadınların doğum sonu dönemde bilgi almak istedikleri konular arasında konak bakımı, anneler tarafından ilk üç, babalar tarafından ilk iki sırada yer almaktadır.

Konak ile ilgili doğru olan uygulama zeytinyağı sürerek konağın yumuşamasını beklemek ve daha sora başı zedelemeden yıkamaktır. Kadınların verdikleri cevaplarda bu uygulama %76,0 (n=73) ile birinci sırada yer almaktadır. Çalışmada dikkati çeken önemli nokta kadınların %27,7'si (n=59) konak bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı yapacaklarını belirtmeleridir. Araştırmamızda konak bakımı ile ilgili doğru bilme oranı yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya başvuran kadınların pişik bakımı ile ilgili sırası ile; kadınların %80,2'si (n=77) krem sürme, %72,9'u (n=70) ilaç, %69,8'i (n=67) yağ sürme, %64,4'ü (n=62) pudra ve %8,3'ü (n=8) pişiğe hollük uygulamasını yapacağını ifade etmiştir (Çizelge 4.3.4).

Kadınların pişik bakımı ile ilgili yapılan uygulamaları duyma sırasına bakıldığında; %88,5'i (n=85) pudra, %78,1'i (n=75) krem, %71,9'u (n=69) yağ, %69,8'i (n=67) ilaç, %25.0'ı (n=24) pişiğe hollük uygulamasını duyduğunu belirtmiştir.

Pişik bakımı ile ilgili yapılması gereken uygulama zeytinyağı sürmektir. Araştırmamızda kadınlar bu uygulamayı %69,8 (n=67) oranında doğru yapmıştır. Çalışmada dikkat çeken nokta kadınların %26,2'si (n=57) pişik bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı yapacaklarını ifade etmeleridir.

Başer'in (2005)[101] yaptığı çalışmada ebeveynlerin doğum sonu dönemde bilgi almak istedikleri konular arasında pişik bakımını; annelerin 22.sırada, babaların 14. sırada bilgi almak istedikleri ifade edilmiştir.

Baklaya'nın (2002)[103] yaptığı çalışmada, doğum sonu dönemde annelerin bebek bakımı ile ilgili yaşadıkları başlıca sorunlar sıralamasında, pişik bakımının 6. sırada yer aldığı belirlenmiştir.

Özen ve Özgör'ün (2006)[105] yaptığı çalışmada, höllüğe yatırılan ve sonrasında hastaneye getirilen 3 bebekten 2'sinin maruz kaldıkları farklı patojenler ve tetanoz sonrası yaşamlarını yitirdikleri belirlenmiştir.

Araştırmamıza katılan kadınlar pişik ile ilgili uygulamayı orta düzeyde doğru bilmişlerdir. Yapılan diğer araştırmalara bakıldığında araştırmaya katılan kişilerin pişiği bir sorun olarak görmedikleri gözlenmektedir. Pişik ile ilgili yapılan en yanlış uygulama hollük uygulaması olmasına rağmen araştırmamıza katılan kadınların 8'in bu uygulamayı yaparım demesi geleneksel uygulamaların bazen hayatı nasıl tehdit ettiğinin bir göstergesidir. Özen ve Özgör'ün yaptığı çalışmada hollük uygulamasının sağlığa ne kadar

zararlı olduğu görülmekle birlikte araştırmamızda 8 kadın yüksek risk faktörü altında yer almakta.

Araştırmaya katılan kadınların göbek bakımı ile ilgili başvurdukları uygulamalara bakıldığında en fazla yapılan uygulamalar sırası ile;. kadınların %85,4'ü (n=82) kuru tutma, %60,4'ü (n=58) gazlı bez ile sarma ve %57,3'ü (n=55) göbeğe alkol/batikon uygulaması yapacağını ifade etmiştir. (Çizelge 4.3.5).

Kadınların göbek bakımı ile ilgili yaptıkları uygulamaları duyma sırasına bakıldığında; %77,1'i (n=74) göbeği kuru tutma, %66,7'si (n=64) göbeği gazlı bez ile sarma, %61,5'i (n=59) göbeği alkol/batikon uygulamasını duyduğunu ifade etmişlerdir.

Göbek bakımı ile ilgili yapılması gereken uygulama göbeği kuru tutmaktır. Kadınların %85,4'ü (n=82) bu uygulamayı doğru cevaplamıştır. Çalışmada dikkat çeken nokta ise kadınların %31,4'ünün göbek bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı yapacaklarını ifade etmeleridir.

Başer'in (2005)[101] yaptığı çalışmada ebeveynlerin doğum sonu dönemde bilgi almak istedikleri konular arasında göbek bakımı anneler tarafından 7.sırada, babalar tarafından 14. sırada yer almaktadır.

Baklaya'nın (2002)[103] yaptığı çalışmada doğum sonu dönemde göbek bakımı ile ilgili sorun yaşama 2. sırada yer almaktadır.

Bölükbaş ve arkadaşlarının (2009)[14] yaptığı çalışmada kadınların göbek bakımı ile ilgili yaptıkları uygulamalar %19,7 batikon ile silme, %6,4ünün temiz tutma şeklinde ifade edilmiştir.

Biltekin ve arkadaşlarının (2004)[100] yaptığı çalışmada kadınların %40'ının çaput/bez yakarak külünü göbeğin üzerine koydukları belirtilmiştir.

Araştırmamıza katılan kadınların 82'si göbek bakımı ile ilgili yapılması gereken doğru uygulamayı bildiği saptanmıştır. Çalışmamızda göbek bakımı ile ilgili doğru bilme oranı Bölükbaşın yaptığı çalışmaya göre daha fazla bulunmuştur (%6,4ünün temiz tutma).

6. SONUÇLAR

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde 15–49 yaş arasında olan ve postpartum periyotta bulunan kadınların, postpartum dönemde kendileri ve bebekleri ile ilgili bakım gerektiren konularda bilgi düzeylerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

6.1. Obstetrik Bulgulardan Elde Edilen Sonuçlar

- Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması 29,1, evlilik yaş ortalaması 22,8, toplam gebelik 2,7, canlı doğum 2,1'dir. Araştırma sonucunda kadınların %39,6'sı SSK, %34,4'ü yeşil kart, %9,4'ü emekli sandığına bağlı sağlık güvencesine bağlı ve %16,7'si sağlık güvencesi olmayanlar(hiç biri)dır.
- Kadınların %22,9'u riskli gebelik yaşında (18 yaş altı ve 35 yaş üstü riskli gebelik yaşıdır), %77,1'i ise riskli gebelik yaşında değildir.
- Kadınların geçirmiş oldukları gebelik sayılarına bakıldığında; %76,0'ı 4'ten az %24,0'ı 4 ve daha fazla gebelik geçirmiştir.
- Kadınların %74,0'ı (n=71) şehirde, %17,7'si (n=17) kasabada, %8,3'ü (n=8) köyde yaşamaktadır.
- Gebeliği istemeyen kadınların kullandıkları yöntemler; korunmuyorum %13,0 (n=3), kondom %34,8 (n=8), hap %21,9 (n=5), RİA %13,0 (n=3), geri çekme %13,0 (n=3), anne sütü %4,3 (n=1) yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Gebelik istemeyen kadınların %30,3 (n=7)'ü geleneksel yöntem kullanmakta, %69,7 (n=16)'si modern yöntem kullanmaktadır.
- Gebeliği istemeyen kadınların eğitim durumuna bakıldığında; ilkokul altı n=6 kişi, ilköğretim n=12 kişi, lise ve üstü n=5 kişi olan kadınlar gebeliği istememektedirler. Araştırmamızda ilkokul altı eğitimi olanlar gebelik öncesi yöntem kullanımı ve gebeliği isteme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0,005**).

6.2. Kadınların Bilgi Düzeyleri ve Yaptıkları Geleneksel Uygulamalardan Elde Edilen Sonuçlar

- Katılan kadınların kendileri ile ilgili konularda doğru bilme sıralamasına bakıldığında doğum sonu dönemde cinsel ilişkiye girme zamanını bilme ortalaması %85,4, meme bakımını bilme ortalaması %75,6 ve kanama/enfeksiyon ile ilgili soruları bilme ortalaması %65,2dir. Meme bakımı bilgisi ile kanama bilgisi arasında zayıf bir pozitif ilişki vardır. Meme bakımı ile cinsel ilişki arasında orta dereceli pozitif bir ilişki vardır.
- Araştırmaya katılan kadınların doğum sonu dönemde ek gıdaya geçme zamanını bilme yüzde ortalaması %82,8, emzirme/sarılık bilme yüzde ortalaması %63,2 ve dışkılama/idrar ile ilgili soruları bilme yüzde ortalama %28,3dir. Ek gıdaya geçme zamanı ile sarılık bilgisi arasında zayıf bir pozitif ilişki vardır.
- Araştırmaya katılan kadınların kendi ve yenidoğana ait bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiye ve kadınların doğru bilme ile sahip olunan çocuk sayısı arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır **(p>0,05).**
- Göz ile ilgili; gözü kaynamış ıslak bir bez ile silmek yapılması gereken doğru uygulama iken kadınların verdikleri cevaplarda bu uygulama %44,8 (n=43) ile üçüncü sırada yer almaktadır. Çalışmada dikkat çeken nokta ise kadınların %27,1'i (n=34) göz bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı böyle bir sorun ile karşılaşırlarsa yapacaklarını ifade etmeleridir.
- Pamukçuk ile ilgili; karbonatlı su ile silmek yapılması gereken doğru uygulama iken kadınların verdikleri cevaplarda bu uygulama %55,2 (n=53) ile birinci sırada yer almaktadır. Çalışmada dikkat çeken nokta ise kadınların %26,0'ı (n=28) pamukçuk bakımı ile ilgili duymadıkları her hangi bir uygulamayı böyle bir sorun ile karşılaşırlarsa yapacaklarını ifade etmeleridir. Araştırmamızda pamukçuk ile ilgili uygulamayı doğru bilme oranı diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasına rağmen kadınların duymadıkları uygulamaları da yaparım demesi doğruluğunu bilmeden uygulamaların yapıldığının bir göstergesidir.
- Konak ile ilgili; zeytinyağı sürmek yapılması gereken doğru uygulama iken kadınların verdikleri cevaplarda bu uygulama %76 (n=73) ile birinci sırada yer

almaktadır. Çalışmada dikkat çeken nokta ise kadınların %27,7'si (n=59) konak bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı yapmalarıdır.

- Pişik bakımı ile ilgili; zeytinyağı sürmek yapılması gereken doğru uygulama iken kadınların verdikleri cevaplarda bu uygulama %69,8 (n=67) ile üçüncü sırada yer almaktadır. Çalışmada dikkat çeken nokta ise kadınların %26,2'si (n=57) pişik bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı yaptıklarıdır.
- Göbek bakımı ile ilgili; göbeği kuru tutmak yapılması gereken doğru uygulama iken kadınların verdikleri cevaplarda bu uygulama %85,4 (n=82) ile birinci sırada yer almaktadır. Çalışmada dikkat çeken nokta ise kadınların %31,4'ünün göbek bakımı ile ilgili duymadıkları herhangi bir uygulamayı yaptıklarıdır.
- Kadınların bilgiyi kimden aldıklarına bakıldığında %37,5'i (n=36)ailem, %34,4'ü (n=33) sağlık personeli, %13,5'i (n=13) yakınlarım, %9,4'ü(n=9) kitle iletişim araçları ve %5,2'si (n=5) geleneksel uygulamalardan yararlandıklarını ifade etmişlerdir.
- Araştırmaya katılan kadınların bilgiyi kimden aldıklarına bakıldığında %37,5 (n=36) ailem, %34,4 (n=33) sağlık personeli, %13,5 (n=13) yakınlarım, %9,4 (n=9) kitle iletişim araçları ve %5,2 (n=5) geleneksel uygulamalardır. Araştırmaya katılan kadınların verdikleri cevaplar aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur **(p<0,05).** Kadınların kendileri ile ilgili sorulan sorulara verdikleri cevaplar ile bilgiyi kimden aldıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur **(p<0,05).**

7. ÖNERİLER

7.1. Obstetrik Bulgulardan Elde Edilen Öneriler

- 18 yaş altı ve 35 yaş üstü gebeliklerin sayısının azaltılması için kadınların eğitim düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Ülkemizde kız çocuklarını okutmaya yönelik yapılan çalışmalara daha fazla önem verilmeli, bu anamda görsel ve yazılı medyadan da gerekli destek alınmalıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından bu gruptaki kadınlara aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi verilmesi ve eğitim programları düzenlenerek riskli gebelikler ile ilgili bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- Ülkemizde istenmeyen gebeliklerin fazla olması sadece kadınların değil birlikte yaşadıkları yakınlarının da bilgilendirilmesi gerektiğinin göstermektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebelerin ailenin ev ortamındaki durumunu gözleyerek eğitim ihtiyaçlarını belirlemeleri ve ihtiyaca yönelik eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.
- Kadınlara ve eşlerine aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi verilerek uygun aile planlaması yönteminin seçilmesi sağlanmalıdır.

7.2. Kadınların Bilgi Düzeyleri ve Yaptıkları Geleneksel Uygulamalara Yönelik Öneriler

- Kadınlar doğum sonu dönemde kanama ile ilgili bilgileri, doğum sonu dönemde ilk cinsel ilişki zamanına ve meme bakımına göre daha az bilmektedirler. Kanama doğum sonu anne ölümlerinde birinci sırada yer almaktadır. Buna rağmen kadınların bununla ilgi bilgilerinin az olması sağlık hizmetlerinin ve danışmanlığının yetersiz olduğunu göstermektedir. Ebelerin kadınlara doğum yaptığı sağlık kuruluşunda ya da ev ziyaretlerinde doğum sonu kanama ile ilgili eğitim vermeleri gerekmektedir.
- Kadınların hayatını ilgilendiren doğum sonu dönem ile ilgili soruları bilmemesine rağmen doğum sonu dönemde cinsel ilişkiye girme zamanını ve çocukları ile ilgili uygulamaları bilme ortalaması fazladır. Bu durum ülkemizde kadınların

kendisinden çok ailesinin diğer üyelerine önem verdiklerinin bir göstergesidir. Ataerkil bir toplumda yaşıyor olmamız, geniş ailelere sahip olmamız ve kadınların sosyoekonomik durumunun düşük olması bu durumun başlıca nedeni olabilir.

- Kadınlar postpartum dönemde yaptıkları uygulamalarda geleneksel uygulamalara sıklıkla başvurmaktadırlar. Geleneksel uygulamaların çoğunlukla sağlığa zarar verdiği göz önüne alınacak olursa, modern yöntem kullanımının artırılması gerekmektedir. Ebelerin bu konuda kadınlara bebekleri ve kendileri ile ilgili yapacakları uygulamalar hakkında eğitim programları düzenlenmelidir. Bu eğitimlere eşlerininde dahil edilmesi yapılacak uygulamaların doğruluğunu arttırabilir.
- Kadınların gebelik sayısı artıkça daha deneyimli ve bilgili olacağı beklenmektedir. Çalışmamızda ilk gebelikleri ile diğer gebeliklerinde yaptıkları uygulamaların değişmediği görülmüştür. Bu durumda gebelik sayısı göz önüne alınmadan kadınların hepsine aynı eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.
- Kadınların yaptıkları uygulamalarda en fazla bilgiyi ailelerinden aldıkları ve uygulamaya dönüştürdükleri yanlışların fazla olması nedeniyle, eğitimin sadece gebe kadına değil aile bireylerine de verilmesi gerekmektedir.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarının kadına ve aileye ulaşması daha kolaydır. Bu nedenle kadına ve aileye eğitim verilmesi konusunda duyarlı olmaları, bu konularda bilginin artmasına ve kadın sağlığının yükseltilmesini sağlayacaktır.
- Eğitimler verilirken kadınların en rahat anlayacağı şekilde eğitimler verilmesi gerekmekte, bunun için uygun koşulların sağlanması verilen eğitimin daha etkin olmasını sağlayacaktır.
- Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan ebelerin de sürekli olarak bilgilerini yenilemesi ve eğitim programlarına alınması gereklidir.

7.3. Çalışma Önerileri

- Adana il merkezi genelinde gebe izlemi yapılan 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında yapılacak bir ön bir çalışma ile kadınların postpartum dönem ile ilgili bilgi almak istedikleri ihtiyaçlar belirlenmeli ve bu doğrultuda

eğitimler verilmeli, verilen eğitimlerden sonra kadınlara anlaşılır bir şekilde hazırlanmış bir broşür dağıtılmalıdır.

- Toplumumuzda aileden alınan eğitimin fazla olduğu göz önüne alınacak olursa aile büyükleri bu anlamda önemli bir yer tutmaktadır. Yapılacak bir çalışma ile ailenin büyükleri eğitilirse gençlere de eğitimin aktarılması sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. **Minareci Y., ve Ark**., Emziren Kadınlarda Kontrasepsiyon Amacıyla Kullanılan Rahim İçi Araç ve Depo-medroksiprogesteron Asetatın (depo-proveral (R)) karşılaştırması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi;**2008**;30(1):8-13

2. **Taşkın L.,** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 7. Baskı, ANKARA: Sistem Ofset Matbaacılık. **2007**

3. **Açıkalın İ**., Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. **2004**

4. **Akın A., Mıhçıolur S**., Dünya'da ve Türkiye'de Anne Ölümleri. Sağlık ve Toplum 4(5); 37-44

5. **Kızılkaya A**., Ana Sağlığı ve Aşırı Doğurganlık. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi **1997;**7(4):30–43

6. **Bilir Ş**., Ana ve Çocuk sağlığı. 4. Baskı. Hacettepe Üniversitesi. Ankara. **1984**.59–112.

7. **Yüksel K**., Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Hatiboğlu Yayınevi. Ankara **1997**:185-219.

8. **Beydağ K.D.,** Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü.Koruyucu Hekimlik Bülteni. **2007;**6(6):479–484

9. **Pınar G., ve ark**. Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi.**2009;**36(3):184–190

10. **Şirin A.,** Kadın Sağlığı. Bedray basın yayıncılık ltd. şti. İstanbul. Ekim **2008**

11. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık projesi genel koordinatörlüğü.Sağlık kayıtları ve veri Toplama Formları Doldurma ve Denetleme Kılavuzu, Sağlık Enformasyon Sistemleri Eğitim Dizisi no:4. 2. Baskı Cem web Ofset Ltd.Şti.,Ankara,**1996**:1-19

12. **Bayık A**., Doğurgan Çağdaki Kadınların Geleneksel Uygulamalarına İlişkin Bir Çalışma. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.**1985**;1(1):1-13

13. **Polat HH**., Sivas Uluş'ta Halk Hekimliği Uygulamaları. Ürün yayıncılık Ltd. Şti Ankara **1995**;104-105

14. **Bölükbaş N., Erbil N., Altuntaş H., Arslan Z.,** 0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, **2009**;1(6):164-176

15. **Meriç M., Elçioğlu O**., Halk Tababetinin Çocuklara Yönelik Uygulamaları. 1.Halk Sempozyumu. Osman Gazi Üniversitesi Basımevi. **2004;**133-141

16. **Eğri G**. Tokat İli Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Anne Ve Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü Yüksek Lisans Tezi, **2006**

17. Ulusal Anne Ölümleri Raporu
Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/ Erişim Tarihi: 25.06.2010

18. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA)2008
Erişim; www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/index.htm Erişim Tarihi; 20.06.2010

19. **Yınkaya A., Özcan Y., Kya Z.,Svaş Z.,Erdemoğlu M.,**Maternal Mortalite Oranı. Perinatoloji Dergisi, Dicle üniversitesi,**2008**;16(1):9-13

20. World Health Organization (Department of Reproductive Health and Research) .Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA.Geneva-WHO;**2004.**

21. **Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, Zupan J, Darmstadt** GL .Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. .BMJ. **2005**;12;331(7525):1107

22. Erişim; http://saglik.ceplog.com. Erişim Tarihi: 19.06.2010

23. **Coşkun A.,** Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Birinci baskı. Birlik ofset ltd. 1**996**; 119-123

24. **Tekin Y.,** Kadın Hastalıkları ve Doğum.TUS-DATA Ltd.Şti **2006**;251

25. **Genç Hekimler,** Kadın Hastalıkları ve Doğum bilgisi. Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları. 3.baskı **2008;**125-127

26. Erişim: http:// www.49thparallel.ac.uk/back/issue23/hodgson.pdf
Erişim tarihi: 19.06.2010

27. **Arısan K.,** Propedötik Kadın-Doğum.Nobel kitapevleri.**1997**;489-491

28. Erişim: eskiweb.cumhuriyet.edu.tr/ Erişim Tarihi: 12.10.2010

29. **Yüksel K**., Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Hatiboğlu yayınevi. Ankara, **1997**;185–186.

30. **Kösecik M., Cebeci B., Koç A., Tatlı M.,** 5 Yaş Altı Çocukların Hastaneye Yatırılma ve Ölüm Nedenlei. Genel tıp derğisi,**1998**; 8(1): 36–39.

31. **Arslan F., Uzun Ş**., Hemşirenin Postnatal Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin İncelenmesi. Türkiye klinikleri J Med Sci **2008**;28:736–742

32. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003. ERİŞİM; www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm. Erişim Tarihi: 20.06.2010

33. Erişim; http://www.unicef.org.tr Erişim Tarihi; 07.07.2010

34. **Balcı E., Küçük E., Gün İ., Kılıç B., Çetinkaya**., Kayseri İli Melikgazi İlçesinde 2006 Yılında Meydana Gelen Bebek Ölümleri. **2008;**(22)6;323-326

35. **Köse M.R**., Üreme Sağlığı Programı Mezuniyet Öncesi Eğitimin Güçlendirilmesi Projesi Öğretim Üyeleri Eğitim Becerileri ve Müfredatı Geliştirme Toplantısı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü Konuşması, Taksim İnternational Otel 29.Mersin. Mart **2006.**

36. **Işıl T.M, Akçınar M., Kadıoğlu S**., Mersin İlinde Gebelik, Doğum ve Lohusalık Dönemlerinde Anneye ve Yenidoğana Yönelik Geleneksel Uygulamalar. Uluslar arası insan bilimleri dergisi. **2010**:7(1);65-68

37. Erişim: http://halksagligi.med.ege.edu.tr Erişim Tarihi:19.07.2010

38. **Karaçam Z., Kitiş** Y., What Do Widwies and Nurses in Turkey Know About. Nnutrition in the first six months of life, Midwifery. **2005**:21; 61–70

39. **Yüksel K**.,Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Hatiboğlu yayınevi, Ankara **1997;**191-192 .

40. **Samur G**., Anne Sütü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakultesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara. Şubat **2008;**10-11

41. **Gür E**.,Anne Sütü. Türk Pediatri Arş **2007**;42(11);10–13

42. Erişim: http://www.bilecik.sağlık.gov.tr. Erişim Tarihi:30-06-2010

43. Oddy with, scott JA, Grahom KL, Bims JM. Breast feding influences on growth and health at one year of age. B reastfeed. Rew 2006:14;15-23

44. **Kumar D., Goel NK., Mttal PC., Misra P**., İnfluence of İnfantfeeding Practices on Nutritional Status of Under-Five Children.İndion J Pediatr **2006**:73; 417-421

45. **Samlı G., Kara B., Ünalan P.C., Samlı B., Sarper N., Gökalp S.A**., Annenin Emzirme ve Süt Çocuğu Beslenmesi Konusundaki Bilgi, İnanış ve Uygulamaları. İstanbul. **2006**;19(1);13-20

46. **Tülüce L.,** Osmaniye İli Merkez İlçeye Bağlı Köy ve Mahallelerde Halk Kültürü Araştırması. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstütüsü. Yüksek lisans Tezi. **2009**

47. Erişim;http://tr.wikipedia.org/ Erişim Tarihi: 03.06.2010.

48. Erişim;http://tipetigi.turkiyeklinikleri.com/Erişim Tarihi: 03.06.2010

49. **Öztürkcan**, S,.Yenidoğan Derisinin Fizyolojik Özellikleri. Dermatolojide Yeni Yaklaşımlar, **2003**

50. Erişim;http://neoreviews.aappublications.org/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

51. Erişim;http://dissertations.ub.rug.nl/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

52. Erişim;http://www.bibilgi.com/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

53. Erişim;http://en.wikipedia.org/ Erişim Tarihi:03.06.2010

54. Erişim;http://fho.spaces.live.com/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

55. **LI Kramer, Jaundiced Newborn**, Amer J Dis Child.. Advancement of Dermal Icterusin the **1969**;118: 454-458.

56. Erişim;http://www.kidap.com.tr/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

57. Erişim;http://www.draligus.com/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

58. Erişim;http://www.ibupediatri.net/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

59. **Kavlu A**., Kliniğimiz Yenidoğan Ünitesine Yatırılan İndirekt Hiperbilirunemili Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi İstanbul **2006**;16-17

60. Erişim;http://www.mcg.edu/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

61. Erişim; http://www.guncelpediatri.com/ Erişim Tarihi: 03.06.2010

62. Erişim:www.bebek.com/ Erişim Tarihi:26.06.2010

63. **Bilgesu M.,** Hoş Geldin Bebek. Kar Yayınları, Ağustos **2005**:118

64. **Küçüködük Ş**., Anne ve Babanın Kitabı Çocuk Sağlığı Rehberi. 3. Baskı Ankara: **2006**:81-83

65. **Aydoğdu B.,** Kız Bebek Sahibinin Kullanma Kılavuzu, Kuzey Yayınları Haziran **2006**:76-77

66. **Cooper C.,** Anne ve Bebeği, Alfa Yayınları, **2004**:93-94

67. **Üzelgök Ö**. Adana ili Kozan İlçesi Halk Kültürü Araştırması, Ç.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Dili Ve Edebiyatı Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi Adana: **2008**

68. Erişim:http://docs.gogle.com/ Erişim Tarihi: 26.06.2010

69. **Dağlıoğlu,T**.,Neonatoloji Ders Kitabı.İstanbul: Nobel Tıp Kitap no;200**., 2000**:146-147

70. **Atasoy T., Kösebay D.,** Annenin Kılavuzu. Özgüz Yayınları **2004**:230-231

71. Erişim: www.insanbilimleri.com/ Erişim Tarihi: 12.10.2010

72. **Özen M., Özgör B**., Höllük; Bir Anadolu Gerçeği, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. **2006**:13(2);131-133

73. Erişim;www.saglikbilgisi.gen.tr/s Erişim Tarihi;05.05.2010

74. Erişim; www.karamandogumevi.gov.tr/ Erişim Tarihi 05.05.2010

75. **Utaş S**.,Yenidoğanlarda Kütanüz Mantar Enfeksiyonları. Dermatoloji dergisi, **2008**;1(2)

76. Erişim:www.guzelrehber.net/ Erişim Tarihi;06.08.2010

77. **Turan T.M.,** Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitiminin Anne ve Bebek Üzerine Olan Olumlu Etkisi. Cumhuriyet üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi.**2003**:7(1)

78. **Taneli N., Taneli B**., Bir Çocuk Yetişiyor. İzmir güven kitap evi**.2005**:69-70

79. Erişim: www.bsm@gov.tr/ Erişim Tarihi: 28-02-2010

80. Erişim: beh@gov.tr./ Erişim Tarihi: 28.02.2010

81. Erişim: www.surpagap.com/ Erişim Tarihi; 28.02.2010

82. Erişim: www.webanne.com/ Erişim Tarihi: 12.10.2010

83. **Dağoğlu T., Görak G**., Neonotoloji ve Hemşirelik İkeleri. Nobel Tıp Kitapevi**. 2002**

84. **Çavuşoğlu H**., Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 2. baskı. Ankara.**2004**

85. Erişim: http//iandonald.obusg.org.tr. Erişim Tarihi;30–06–2010

86. **Kavlak O., Saruhan A**., İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi **2002; 41(4):229-232**

87. **Eğri. G., Gölbaşı Z.,** 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamalar. **2007;6(5);313-320**

88. **Giray H., Keskinoğlu P.,** Işıkkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler. **2006;**15(2);24

89. **Özcan S., Bakar C., Maral I., Bumin M.A.,**Bebek Ölüm Nedenleri Üzerine Bir Araştırma. **2009:** 20(4);169-172

90. **Naçar M.,** Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Yönteminin Yöntem Kullanmaya Etkisi. Uzmanlık Tezi, Erciyes üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri**,2002**

91. **Kayatürk F.,** Aile Planlaması ve Danışmanlık Hizmeti, Ana Çocuk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi İstanbul **1989**

92. **Kılıçaralan S.,** Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyademoğrafik Özellikleri, Yaşam Kalitesi, Kaygı Düzeyleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.Edirne.**2008**

93. **Tanrıverdi G., Özkan A., Şenveli S**. Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. **2008;**13(4);251-254

94. **Kaya H.,Tatlı H., Açık Y.,Deveci E**., Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanması Yöntem Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi.**2008**;22(4);185-191

95. **Çakırer N, Çalışkan I.Z., .,** Nevşehir İli Ağıllı Köyünde Gebelik, Doğum ve Lohusalığa İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalar **.2010**. 9(4); 343-348)

96. **Çelik H., Alper T.,** Postpartum Kanama. Jinekoloji Obstetrik **2010**;3(1)

97. **Keleş T.G., Topçu İ.,, Kefi A., Ekici Z., Sakarya M.,** Yoğun Bakım Ünitesinde Obstetrik Olgular. Fırat dergisi **2006**;11(1);62–65

98. **Saç R, Doğan F, Saraçoğlu D, Taşar M A, Bostancı İ, Dallar Y**., Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Çocuklardaki Toplum Kaynaklı Pnömonilerde A Vitamini ve Çinko Düzeyleri **2008.** 47(3);177-181

99. **Özyağcıoğlu N., Polat S**., 12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Bakımına İlişkin B aşvurdukları Geleneksel Uygulamalar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.**2004**;7(2);63-71

100. **Biltekin Ö., Boran D**., Naldölen Sağlık Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Dönem ve Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamaları.**2004;**13(5);166-168

101. **Başer M.,** Postpartum Dönemde Anne-Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi.**2005;14;54-58**

102. **Bodur S., Taş F., Çevik Ü.,** Primipar Annelerin Bebek Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyine Hemşire ve Ebelerin Katkısı. Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu. **2003;**6(3);10-18

103. **Baklaya N.A.,** Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. **2002**; 6(2):42-49

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

105. **Özen M., Özgör B**., Hollük; Bir Anadolu Gerçeği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakultesi. **2006;**13(2);131-133

EKLER

EK 1: Anket Formu

KİŞİSEL BİLGİLERİ

1) Kaç yaşındasınız? ……..

2)Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlköğretim d) Lise e) Üniversite

3)Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a) Evet b)Hayır

4)Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü

5)Nerede oturuyorsunuz?

a) Köy b) Kasaba/ilçe c) Şehir

6) Sağlık güvenceniz nedir?

a) Yeşil kart b) SSK c)Emekli sandığı d) Özel sigorta e)Hiç biri

7) Yaşadığınız aile tipi nedir?

a) Geniş aile b) Çekirdek aile c) Parçalanmış aile

8)Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

9)Kaç yaşında evlendiniz?.....

10) Gebelik özgeçmişiniz;

İlk gebelik yaşınız	
Toplam gebelik sayınız (Bu Gebelik Dahil)	
Canlı doğum sayınız	
Düşük sayınız	

11) Nasıl gebe kaldınız?

a)Normal yollarla b) Aşılama

12) Kaç saat önce doğum yaptınız?.....

13) Doğumu nasıl yaptınız?

a) Normal vajinal yolla b) Sezeryanla

14) Bu gebelik istenen bir gebelimiydi?

a) Evet b) Hayır

15) Gebelik öncesi nasıl korunuyordunuz?

.....

16) Aşağıdakilerden doğru olanları işaretleyiniz

	Doğru
Doğumdan sonra kanama miktarı adet kanaması gibidir.	
Doğumdan sonra kanama miktarı adet kanamasından fazladır.	
Doğumdan sonra kanama miktarı adet kanamasından azdır.	
Doğumdan sonra kanama miktarı zamanla azalır.	
Doğumdan sonra kanama miktarı azaldıktan sonra tekrar artabilir.	
Doğumdan sonra akıntının rengi zamanla açılır.	
Doğumdan sonra akıntının rengi açıldıktan sonra tekrar koyulaşabilir.	
Doğumdan sonraki dönemde akıntı kokulu olabilir.	
Doğumdan sonraki ilk 2–3 hafta sonra cinsel ilişkiye girilebilir.	
Doğumdan sonraki ilk 7–8 hafta sonra cinsel ilişkiye girilebilir	
Bebek emzirilmeden önce meme sabunlu su ile silinir.	
Bebek emzirilmeden önce meme ılık su ile ıslatılmış mendille silinir.	
Bebek emzirilmeden önce meme ıslak mendil ile silinir.	

17) Aşağıda bebek bakımı ile ilgili verilen bilgilerden doğru olanları işaretleyiniz.

	Doğru
Bebek doğar doğmaz emzirilmeye çalışılır	
Bebek emmiyorsa anne sütü sağılarak bebeğe verilmeli	
Bebek emmiyorsa şekerli su verilir	
Bebek emmiyorsa mama verilir	
Bebek emmez ise sarılık olabilir	

Bebek doğduktan sonraki ilk 24 saatte ortaya çıkan sarılık normaldir.	
Bebeğin doğumundan 3 gün sonra ortaya çıkan sarılık bir hastalık belirtisidir.	
Bebeğe ek gıdalar 4 ay sonra başlanmalıdır	
Bebeğe ek gıdalar 6 ay sonra başlanır	
Bebek ilk dışkılamasını ilk 24 saate yapmalıdır	
Bebek ilk dışkılamasını ilk 72 saatte yapmalıdır	
Bebek ilk idrarını 12 saatte yapmalıdır	
Bebek ilk idrarını 24 saat içinde yapar	

18) Bebeğinizin gözünde çapaklanma varsa göz bakımını nasıl yaparsınız?(Birden fazla seçenek söyleyebilirsiniz)

	Duydum	**Duymadım**	**Uygularım**	**Uygulamam**
Gözüne süt damlatılır				
Gözüne limon damlatılır				
Gözü ıslak bir mendille silinir				
İlaç kullanılır				

19) Bebeğinizin ağzında pamukçuk olursa ne yaparsınız? (Birden fazla seçenek söyleyebilirsiniz)

	Duydum	**Duymadım**	**Uygularım**	**Uygulamam**
Bebeğin ağzına soda sürülür				
Bebeğin ağzına nişasta sürülür				
Bebeğin ağzı kuru bezle silinir				
Bebeğin ağzına kara dut reçeli sürmek				
Bebeğin ağzına kadın saçı sürmek				
Bebeğin ağzına karbonatlı su sürmek				

20) Bebeğinizin başında konak olursa ne yaparsınız? (Birden fazla seçenek söyleyebilirsiniz)

	Duydum	Duymadım	Uygularım	Uygulamam
Bebeğin başı zeytinyağı ile yağlanır				
Bebeğin başı bebek yağı ile yağlanır.				
Bebeğin başı sık sık bebek şampuanı ile yıkanır				
İlaç kullanılır.				

21) Bebeğinizin pişiği varsa ne yaparsınız?(Birden fazla seçenek söyleye bilirsiniz)

	Duydum	Duymadım	Uygularım	Uygulamam
Poposuna pudra sürülür				
Poposuna yağ sürülür				
Poposuna krem sürülür				
Hollüğe yatırmak				
İlaç tedavisi yapmak				

22) Bebeğinizin göbek bakımını nasıl yaparsınız?(Birden fazla şık işaretleye bilirsiniz)

	Duydum	Duymadım	Uygularım	Uygulamam
Bebeğin göbeği steril gazlı bez ile silinir				
Bebeğin göbeği alkol/batikon ile temizlenir				
Bebeğin göbeği kuru tutulur				

23) Bebek bakımı ya da kendi bakımınızla ilgili bilgileri kimden/kimlerden aldınız?.....

Ek 2: ETİK KURUL KARARI

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
7		30.06.2009

KARAR No 67- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik yüksek lisans programı çerçevesinde, Yrd. Doç. Dr. Deniz Mutluay yönetiminde, Emine Çelikkıran tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Doğum sonu dönemde bakım gereksinimleri hakkında ebeveyn bilgi düzeylerinin belirlenmesi" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. İlter Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Yurdanur Kılınç
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Usal
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Mete Korkut Gülmen
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Neslihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Süreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Mehmet Kanadaşı
Etik Kurulu Üyesi

Yar. Doç. Dr. Emre Karakoç
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Evren Tümkaya
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Başhemşire Nuriye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Öğrenci Temsilcisi Veysel Avcı
Etik Kurulu Üyesi

01330 Balcalı - ADANA Telefon : (0.322) 338 60 60 / 3465 Fax : (0.322) 338 65 72

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1982 yılında Mardin'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Mardin/Savur'da aldı. 2001 yılında Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölününde başladığı lisans eğitimini 2005 yılında bitirdi. 2004–2005 yılında Adana Sokak Çocukları Derneğinde sağlık eğitmeni olarak çalıştı. 2005 yılında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde hemşire olarak göreve başladı ve görevine devam etmektedir. 2006 yılında Ceyhan Sağlık Yüksek Okulunda bir yıl süre ile öğretim görevlisi olarak çalıştı. 2006–2008 yıllarında Adana Sağlık İl Müdürlüğünün düzenlemiş olduğu Travma Resüsitasyon kurs programlarında eğitmen olarak çalıştı. 2007 yılında evlendi ve bir çocuğu var. 2007 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2005 yılından itibaren eğitimi ile ilgili çeşitli, seminer, konferans, kongre ve kurslara katılmaya devam etmektedir. Emine Bakır'ın yabancı dili İngilizcedir.