



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**BEBEĞİ İNDİREKT HİPERBİLİRUBİNEMİ TANISI
ALMIŞ ANNELERİN EMZİRME ÖZ-YETERLİLİĞİ
ve
EMZİRME BAŞARISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Eda YOL

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL**

**ANKARA
2017**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BEBEĞİ İNDİREKT HİPERBİLİRUBİNEMİ TANISI
ALMIŞ ANNELERİN EMZİRME ÖZ-YETERLİLİĞİ
ve
EMZİRME BAŞARISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Eda YOL

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer TEZEL

ANKARA

2017

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma /araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Eda YOL tarafından hazırlanan “Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile kabul/ret edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12.06.2017

Doç. Dr. Yeter KİTİŞ
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ayfer TEZEL
Ankara Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY
Ankara Üniversitesi
Raportör Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır

İmza
Unvanı Adı ve Soyadı
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Hiperbilirubinemi	5
1.2.1. Bilirubin Metabolizması ve Konjugasyonu	5
1.2.2. Yenidoğanlarda Hiperbilirubinemi	7
1.2.3. İndirekt Hiperbilirubinemi	8
1.2.3.1. Fizyolojik İndirekt Hiperbilirubinemi	8
1.2.3.2. Patolojik İndirekt Hiperbilirubinemi:	10
1.2.4. Anne Sütü ve İndirekt Hiperbilirubinemi	11
1.2.5. Yenidoğanlarda İndirekt Hiperbilirubinemi Epidemiyolojisi	12
1.2.5.1. Akut Bilirubin Ensefalopatisi ve Kernikterus	13
1.2.6. İndirekt Hiperbilirubinemide Tanı ve Tedavi Yöntemleri	15
1.2.6.1. Fototerapi	17
1.2.6.2. Kan Değişimi	18
1.2.6.3. Farmakolojik Tedavi	19
1.2.7. Öz-yeterlilik Kavramı	20
1.2.7.1. Öz-yeterliliği Etkileyen Faktörler	21
1.2.8. Emzirme Öz-yeterliliği	22
1.2.8.1. Annenin Emzirme Öz-yeterliliği ve Başarısında Hemşirelerin Rolü	24
2.GEREÇ VE YÖNTEM	27
2.1. Araştırmanın Şekli	27
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	27
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
2.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	30
2.5. Veri Toplama Araçları	31
2.5.1. Anne-Bebek Tanıtım Formu	31
2.5.2. Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği	31
2.5.3. LATCH Emzirmeyi Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği	32
2.6. Araştıma ile İlgili İzinler ve Etik Onam	34
2.7. Ön Uygulama	34
2.8. Uygulama	35
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	36
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.BULGULAR	38
3.1. Yenidoğanlar ve Annelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular	38
3.1.1. Yenidoğanlara Ait Tanımlayıcı Özellikler	38
3.1.2. Annelere Ait Tanımlayıcı Özellikler	40

3.1.3.	Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri	41
3.1.4.	Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özellikleri	42
3.2.	Yenidoğanlar ve Annelerinin Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	43
3.2.1.	Yenidoğanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	43
3.2.2.	Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	45
3.2.3.	Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	46
3.2.4.	Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	47
3.3.	Yenidoğanlar ve Annelerinin Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	49
3.3.1.	Yenidoğanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	49
3.3.2.	Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	51
3.3.3.	Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	52
3.3.4.	Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	54
3.4.	Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	55
4. TARTIŞMA		
4.1.	Yenidoğanların ve Annelerin Özelliklerine Göre Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliğine Ait Bulguların Tartışılması	57
4.2.	Yenidoğanların ve Annelerin Özelliklerine Göre Annelerin Emzirme Başarısına Ait Bulguların Tartışılması	64
4.3.	EÖYÖ ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	72
5. SONUÇ VE ÖNERİLER		
5.1.	İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Yenidoğanların ve Annelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Sonuçlar	73
5.2.	İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Yenidoğanların ve Annelerinin Özelliklerine Göre Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeğine Ait Sonuçlar	74
5.3.	Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar	76
5.4.	Öneriler	76
ÖZET		77
SUMMARY		78
KAYNAKLAR		79
ÖZGEÇMİŞ		94
EKLER		96

ÖNSÖZ

Ülkemizde ve dünyada indirekt hiperbilirubinemi nedeniyle kernikterus vakalarındaki artış, bu durumun ciddi bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini göstermektedir. İndirekt hiperbilirubinemi nedeniyle görülen kernikterus vakalarındaki artışı önlemek için “başarılı ve yeterli emzirme” anahtar nokta olarak gösterilmektedir. Ancak ülkemizde son yıllarda emzirme oranlarındaki düşüş bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir. Literatürde indirekt hiperbilirubinemi ve annelerin emzirme başarısını birlikte değerlendiren yeterli sayıda araştırma olmadığı görülmektedir. Bebeği indirekt hiperbilirubinemi tanısı almış annelerin, emzirme öz-yeterliliği ve emzirme başarısını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu tez çalışmasının literatüre önemli katkıları olacağı düşünülmektedir.

Yüksek lisans eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimleriyle bana her alanda yol gösteren değerli danışmanım Prof. Dr. Ayfer TEZEL’e,

Araştırmaya katılarak tezimi bitirmemde yardımcı olan dünyanın en kıymetli ve en zorlu görevlerini yerine getirmeye çalışan sevgili annelere,

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi yenidoğan yoğun bakımında birlikte çalıştığım tüm ekip arkadaşlarıma,

Tez çalışmasının istatistik analizlerinde desteğini ve emeğini esirgemeyen Sayın Gökhan KÖRÜKÇÜ ve ailesine,

Hayatım boyunca destekleri ve sevgileriyle beni onurlandıran sevgili annem Lale YOL’a ve biricik kardeşim Ela YOL’a, varlığını her an yanımda hissettiğim rahmetli babam Recep Ercan YOL’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	Amerikan Pediatri Akademisi
AÜBAP	Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Raporu
Cm	Santimetre
CO	Karbon Monoksit
CPS	Kanada Pediatri Derneği
DİK	Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EÖYÖ	Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği
G6PD	Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz
İHB	İndirekt Hiperbilirubinemi
NADPH	Nikotinamid Adenin Dinükleotit Fosfat
NICU	Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi
O ₂	Oksijen
P	Önemlilik Belirleme Katsayısı
Rh	Rhesus Faktör
T	T Test İstatistiği
TJOD	Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TND	Türkiye Neonatoloji Derneği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSB	Total Serum Bilirubin
U	Mann-Whitney U testi
UDPGT	Üridin di Fosfat Glukuronil Transferanz
UNİCEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
KW	Kruskal Wallis

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Bilirubin Metabolizması	7
Şekil 1.2. Kramer Tarafından Oluşturulan Risk Bölgeleri	16
Şekil 1.3. İndirekt Hiperbilirubinemi Serum Bilirubin Düzey Nanogramı	17
Şekil 1.4. Öz -yeterlilik Teorisi ve Emzirme Arasındaki İlişki	23
Şekil 2.1. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Değerlendirme Yönergesi	33
Şekil 2.2. Araştırma Süreci	36



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Patolojik İndirekt Hiperbilirubineminin Nedenleri	10
Çizelge 1.2. Fizyolojik indirekt hiperbilirubinemi ve patolojik indirekt hiperbilirubineminin ayırıcı özellikleri	11
Çizelge 2.1. Zaman Çizelgesi	35
Çizelge 3.1.1. Yenidoğanlara Ait Tanımlayıcı Özellikler	38
Çizelge 3.1.2. Annelere Ait Tanımlayıcı Özellikler	40
Çizelge 3.1.3. Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri	41
Çizelge 3.1.4. Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özellikleri	42
Çizelge 3.2.1. Yenidoğanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Emzirme EÖYÖ Puan Ortalamaları	44
Çizelge 3.2.2. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Emzirme EÖYÖ Puan Ortalamaları	45
Çizelge 3.2.3. Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamaları	46
Çizelge 3.2.4. Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamaları	47
Çizelge 3.3.1. Yenidoğanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamaları	49
Çizelge 3.3.2. Annelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamaları	51
Çizelge 3.3.3. Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamaları	53
Çizelge 3.3.4. Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamaları	54
Çizelge 3.4. EÖYÖ ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki	55

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hiperbilirubinemi; hemoglobin molekülünün, hem parçasının (hemoglobin-miyoglobin-sitokrom) katabolizması sonucu oluşan bilirubinin, cilt ve sklerayı sarıya boyayacak kadar yükselmesidir. Bu nedenle hiperbilirubinemi sarılık olarak da adlandırılmaktadır (Schwarz HP, 2011).

Hiperbilirubinemi, serumda biriken bilirubin cinsine göre, direkt hiperbilirubinemi veya indirekt hiperbilirubinemi (İHB) olarak isimlendirilir. Direkt hiperbilirubinemi ve İHB'nin patofizyolojik nedenleri ve görülebilecek komplikasyonları ise birbirinden farklıdır. İHB, yenidoğan döneminde fizyolojik ve geçici olabilmesine karşın; direkt hiperbilirubinemi her zaman patolojiktir (Balint, 2007, ss.353-371; Gomella, 2012, ss. 488-509).

Ülkemizde İHB ile ilgili net veriler olmamasına karşın term yenidoğanların %60-70'inde, preterm yenidoğanların ise ~%80'inde görüldüğü tahmin edilmektedir (TND, 2014; Erdeve ve ark., 2016). Yenidoğan döneminde çok sık karşılaşılan hiperbilirubineminin görülme nedeni ise çoğunlukla fizyolojiktir (Conk ve ark., 2013). Doğum eylemi ile birlikte, ekstrauterin hayata geçiş yapan fetal eritrositler hızla yıkılmaya başlar ve sonuç olarak kandaki total serum bilirubin (TSB) miktarı hızla yükselir (Gomella, 2012, ss.488-509) .

Serumda biriken indirekt bilirubinin en önemli özelliği, vücutta aşırı miktarda biriktiğinde kan-beyin bariyerini geçebilmesidir. Bu durum beyinde nörotoksik etkiye neden olabilir ve sonuç olarak İHB'de en tehlikeli komplikasyon olarak görülen kernikterusa sebep olabilir. Kernikterus yenidoğanda gelişen şiddetli İHB sonucunda ortaya çıkan ve ciddi nörolojik disfonksiyon bozuklukların görüldüğü kompleks bir tablodur. Genellikle 1 yaşından sonra kesin bulguları ortaya çıkan bu

tablo sonucu, bebekte serebral palsi, işitme kaybı, mental retardasyon gibi kalıcı sekeller gözlemlenirken bu durum sonucunda bebek yaşamını yitirebilir (Schwarz ve ark., 2011; Çoban ve ark., 2014).

Amerikan Pediatri Akademisi (APA) ve Türkiye Neonatoloji Derneği (TND) başka hiç bir sağlık sorunu olmayan term ve geç preterm yenidoğanlarda görülen İHB nedeniyle görülen kernikterus için, “asla olmaması gereken bir durum” ifadesini vurgulamaktadır.

Ülkemiz ve dünyada kernikterus sıklığı kesin olarak bilinmemesine karşın tahminini sıklığın yüksek olduğu belirtilmektedir. (TND, 2014; Erdeve ve ark., 2016) Kuzey Amerika ve Avrupa’ da term ve geç pretermelerde tahmini kernikterus sıklığı 0.4-2.7/100.000 olarak bildirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelere ise bu sıklığın gelişmiş ülkelere göre 100 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Sgro ve ark., 2006; Maisels ve Newman, 2012).

Bu sonuçlar, yenidoğan ve çocuk sağlığı açısından İHB’ nin önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini göstermektedir. Bu durumu önlemek amacıyla APA (2004) ve TND (2014), “35 Gestasyon Haftası ve Üstündeki Yenidoğanlarda Hiperbilirubineminin Tedavisi” adlı kılavuzları yayınlamışlardır. İHB ile ilgili yayınlanan bu kılavuzlarda kernikterusu engellemek için koruyucu önlemlerin alınmasının daha etkin bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır. Bu kapsamda, risk gruplarının belirlenerek, yenidoğanların gerekli takiplerinin yapılması ve yeterli ve doğru anne sütü uygulamalarıyla ‘başarılı emzirmenin sağlanması’ gerekliliğine dikkat çekilmektedir. (APA, 2004; Bülbül ve ark, 2005; Çoban, 2006; TND, 2014).

Literatürde annelerin emzirme davranışını etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda, emzirme sürecini etkileyen en önemli etkeninin emzirme öz-yeterliliği olduğu görülmektedir (Dennis ve Faux, 1999; Blyth ve ark, 2002; Creedy ve ark., 2003).

Emzirme öz-yeterliliği, Dennis ve Faux tarafından, Albert Bandura'nın öz-yeterlilik kuramından etkilenerek kuramlaştırmış oldukları bir kavramdır (Dennis ve Faux, 1999). Öz-yeterlilik bireyin bir işi başarabilmek için kendini yeterli hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1977). Emzirme öz-yeterliliği ise, annenin emzirmeye ilişkin duygu ve düşüncelerini, bu süreçte karşılaştığı zorluklarla mücadele yeteneğini, “ben yapabilirim” inancını göstermektedir (Dennis ve Faux, 1999). Başarılı bir emzirme süreci ise annenin doğum sonrasında, emzirmeye teşviki bu konuda annenin karşılaştığı zorlukları hemşirelerin tanımlayıp, çözüm üretmesiyle sağlanabilir (Dennis ve Faux, 1999; Tokat ve Okumuş, 2013).

Başarılı bir emzirme sürecinin başlatılması ve sürdürülmesi için ülkemizde de pek çok uygulama mevcuttur. Ancak tüm bu uygulamalara rağmen, halen İlk 6 ay yalnızca anne sütüyle beslenme oranları yeterli düzeylere ulaşamamış, erken dönemde ek beslemeye başlanmasının önüne geçilememiştir. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, yaşamın ilk 6 ayında yalnızca anne sütü verilme oranı % 41,6 iken, 2013 TNSA raporunda bu oranın %30'lara gerilediği görülmektedir (TNSA, 2008; TNSA, 2013).

İHB ve kernikterus vakalarındaki artışın önlenmesi, birincil koruma yöntemi olarak başarılı ve yeterli emzirme ile başarılabilir. Bu çalışmada bebeği İHB tanısı almış annelerin emzirme öz-yeterlilikleri ve emzirme başarılarını değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Annelerin emzirme öz-yeterlilikleri ve emzirme başarılarının değerlendirilmesi, ülkemiz için geliştirilmesi gereken emzirme politikalarına katkıda bulunabilir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt alınacaktır.

Araştırma soruları:

- 1) Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ) ve LATCH puan ortalamaları, İHB tanısı almış yenidoğanlara ait tanımlayıcı özellikler açısından farklı mıdır?

- 2) EÖYÖ ve LATCH puan ortalamaları, annelere ait tanımlayıcı özellikler açısından farklı mıdır?
- 3) EÖYÖ ve LATCH puan ortalamaları, annelerin şimdiki gebelik ve doğumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikler açısından farklı mıdır?
- 4) EÖYÖ ve LATCH puan ortalamaları, annelerin emzirme ve sarılık ile ilgili bilgi düzeyi özellikler açısından farklı mıdır?



1.2.Hiperbilirubinemi

Bilirubin, hemoglobin molekülünün, hem parçasının (hemoglobin-miyoglobinsitokrom) katabolizması sonucunda oluşan pigmente bir yapıdır. Bilirubinin oluşum, yıkım, atılım sürecinde oluşan aksaklıklar serum bilirubin düzeyinde hızla artışa neden olur. Bilirubinin kan serum düzeyindeki artışı sonucunda cilt ve skleranın sarılaşması hiperbilirubinemi (sarılık) olarak adlandırılır (Balint, 2007, ss.353-371).

1.2.1. Bilirubin Metabolizması ve Konjugasyonu

Bilirubin, hemoglobin katabolizması sonucunda oluşan son üründür. Bilirubinin metabolizması ve konjugasyon işlemleri 5 aşamada gerçekleşmektedir. Bu aşamalar;

- 1.Üretim
- 2.Taşınma
- 3.Hepatosit Tarafından Tutulum
4. Konjugasyon
5. Ekskresyon ve Enterohepatik Dolaşım (Özaslan ve Bayraktar, 1998)

1. Üretim: Bilirubin üretimindeki ilk aşama hem yapısının oluşmasıdır. Hem yapısı, yaşam sürelerini doldurmuş eritrositlerin veya doku proteinlerinin (sitokrom, miyoglobin, peroksidazlar ve katalaz) parçalanması sonucunda oluşur. Hem oluşumunun %80-90'ından eritrositlerin parçalanması sorumludur (Alpay, 2004).

Hem; hemoglobin, myoglobin, katalaz, peroksidaz, nitrik oksit sentataz ve sitokromlar gibi birçok hemproteinin nonaminoasit halkasıdır. Hem yapıları elektron transportu, ilaç metabolizmaları, oksidasyon redüksiyon aktiviteleri ve detoksifikasyonlarda kullanılan yapılardır (Balint, 2007)

Eritrositlerin retiküloendotelyal hücreler tarafından parçalanması sonucunda hemogloblin oluşur. Oluşan hemoglobin parçalanarak hem ve globin yapılarına ayrılır. Globin yıkılarak aminoasite dönüşürken hem yapısı birbirini takip eden enzimatik süreçlerden geçer (Melton ve Akindbi, 1999).

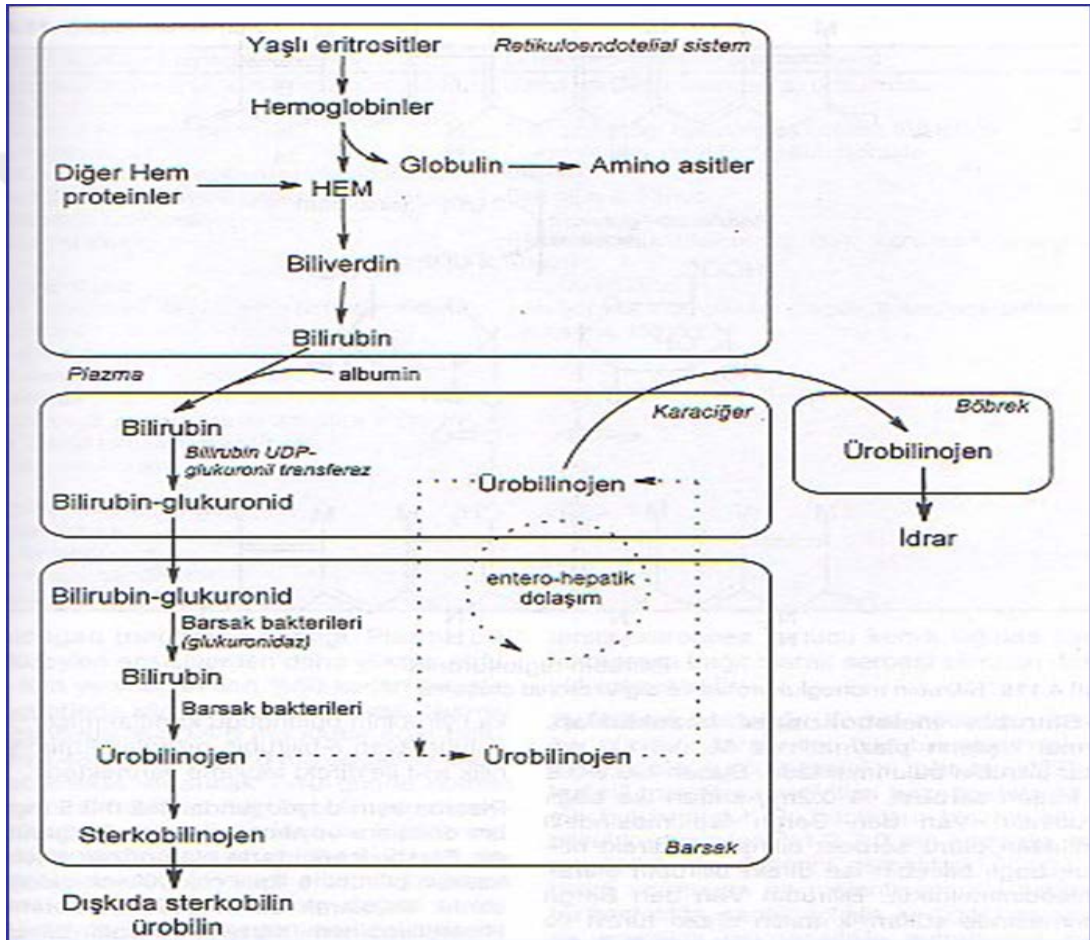
Retiküloendotelyal sistemde hem, hem oksijenaz enziminin, oksijen (O₂) ve nikotin adenin dinükleotid fosfat dehidrogenaz (NADPH) oksitlenmesi sonucunda eşit miktarda biliverdin karbonmonoksit (CO), demiri açığa çıkarır. Açığa çıkan demirin birçoğu vücuda geri emilirken, CO akciğerlerden dışarı atılır. Biliverdin ise biliverdin reduktaz enzimi tarafından bilirubine indirgenir. Oluşan bu ilk bilirubine unkonjuge/indirekt bilirubin denilmektedir. İndirekt bilirubin, suda çözünemeyen idrar ve safra ile atılamayan ancak yağda çözülebilen bir yapıya sahiptir. Bu nedenle hücreler ve santral sinir sistemi üzerinde toksik etkiye neden olabilmektedir (Alpay 2004; Balint, 2007, ss.353-371).

2. Taşınma: İndirekt bilirubinin toksik etkisini en aza indirebilmek için albümin serumda indirekt bilirubine bağlanır. Bilirubin-albümin yapısı karaciğere geldiğinde bilirubin albüminden ayrılır ve hepatosite taşınır. Bu sistem yalnızca bilirubine özgüdür ve çift yönlüdür.

3. Hepatosit Tarafından Tutulum: Karaciğer hücresine girer girmez bilirubin; ligandinler veya protein Y olarak bilinen çözünebilir proteinlere geri dönüşümlü olarak bağlanır. Protein Y, bilirubinin endoplazmik retikuluma transferini sağlar (Alpay, 2004).

4. Konjugasyon: İndirekt bilirubin karaciğerde üridin di fosfat glukuronil transferanz (UDPGT) enzimiyle tepkimeye girer ve glukuronik asitle konjuge olur. UDPGT transferaz enziminin katalizlediği bu reaksiyon sonucu direkt bilirubin (konjuge bilirubin) oluşur (Ovalı, 2007, ss.517-553).

5. Ekskresyon ve enterohepatik dolaşım: Safra kanallarından geçerek barsak distaline gelen direkt bilirubin burada E.coli ve Clostridyum perfringens bakterileri tarafından; sterkobilin, sterkobilinojen, ürobilin ve ürobilinojene dönüştürülür. Ürobilinojenin büyük bir kısmı dışkı ve idrarla ile dışarı atılırken, küçük bir kısmı barsakta intestinal glukronidaz enzimiyle indirekt bilirubin şekline dekonjuge olur. Dekonjuge olmuş indirekt bilirubin tekrar karaciğere gelir. Bu döngüye enterohepatik dolaşım denir (Cowford ve ark., 1998).



Şekil 1.1. Bilirubin Metabolizması (Özkiraz, 2010)

1.2.2. Yenidoğanlarda Hiperbilirubinemi

Yenidoğanlarda hiperbilirubinemi serumda biriken bilirubin çeşidine göre İHB; direkt hiperbilirubinemi olarak sınıflandırılır. Direkt hiperbilirubinemi ve İHB'nin

patofizyolojik nedenleri ve görülebilecek komplikasyonları birbirinden farklıdır. İHB, yenidoğan döneminde fizyolojik ve geçici olabilmesine karşın, direkt hiperbilirubinemi her zaman patolojiktir (Gomella, 2012, ss.488-509).

1.2.3. İndirekt Hiperbilirubinemi

İHB total serum bilirubin (TSB) miktarının, term yenidoğanlarda 12mg/dl, prematürelerde 15 mg/dlyi geçmesi olarak adlandırılır. Yenidoğanda TSB miktarının gestasyonel hafta, doğum ağırlığı, etnik köken, anne sütü ağırlıklı beslenme gibi faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir. Bu nedenle literatürde TSB değerleri tartışmalıdır (Newman ve ark., 1990; Yamauchi ve Yamanouchi, 1990; APA, 2004; Gomella, 2012, ss.488-509).

Yenidoğanlarda, İHB sık görülmekte olup, fizyolojik ve patolojik İHB olarak ikiye ayrılır.

1.2.3.1. Fizyolojik İndirekt Hiperbilirubinemi

Yenidoğanlarda en sık karşılaşılan hiperbilirubinemi tipidir. Yaklaşık olarak term bebeklerin %60-70'inde preterm bebeklerin ise %80'inde görüldüğü bilinmektedir. Temel nedeni yenidoğan karaciğerinin bilirubin tutma ve konjugasyonundaki yetersizliğidir (Gomella, 2012, ss.488-509; Karen, 2014; TND, 2014).

Fizyolojik olarak yenidoğan ve yetişkin bilirubin metabolizması arasında belirgin farklılıklar gözlemlenmiştir. Bu durum, yenidoğanlarda hiperbilirubinemiye eğilimi artırır (Balint, 2007, Karen, 2014). Yenidoğanlarda fizyolojik indirekt hiperbilirubinemiye eğilimi arttıran mekanizmalar şöyle sıralanabilir (Gomella, 2012, ss.488-509).

- 1) **Artmış Bilirubin Sentezi:** Doğum eylemi ile birlikte, intrauterin hayattan, ekstrauterin hayata geçiş yapan, yenidoğan fetal eritrositleri hızla yıkılmaya başlar. Fetal eritrositlerin, hızla hemoliz olmasıyla açığa çıkan hemoglobinin katabolizması sonucu serum bilirubin miktarı hızla artar. Sonuç olarak yenidoğan, yetişkin bir insanın, üç katı kadar bilirubin miktarı ile karşılaşır (Dennery ve ark., 2001; Gomella, 2012, ss.488-509).
- 2) **Azalmış Bağlanma ve Transport:** Yenidoğanda artan bilirubin sentezi, bilirubinin albumine bağlanma kapasitesini düşürür. Bilirubinin karaciğere alınmasını sağlayan ligandin (Y proteini) yenidoğanda immatürdür. Ligandin ancak postnatal 2. haftada erişkin düzeyinde gelişebilmektedir (Ovalı, 2007, ss.517-553).
- 3) **Konjugasyon ve Ekskresyon Bozukluğu:** İndirekt bilirubinin konjugasyonu için gerekli olan UDPGT enzim aktivitesinin yetersizdir. UDPGT enziminin yeterli konjugasyonu sağlaması postnatal 6. ve 14. haftaya kadar uzayabilir. Yenidoğanlarda ekskresyon hızı yetiğine göre daha az olması bilirubinin safra yoluyla atılımını kısıtlar (APA, 2004).
- 4) **Artmış Enterohepatik Dolaşım:** Yenidoğanın barsak florasınının gelişmemiş olması yeterli miktarda direkt bilirubinin gaitayla dışarı atılması engeller. Bu durum direkt bilirubinin dekonjuge olarak enterohepatik döngüye yeniden katılmasına neden olur.

Term yenidoğanlarda bu fizyolojik yetersizlikler nedeniyle serum indirekt bilirubin düzeyi 60-72. saatler arasında 5-6 mg /dl'ye ulaşırken bu miktar pretermelerde 10-12 mg/dlye ulaşabilmektedir (Newman ve ark., 1990; Yamauchi ve Yamanouchi,1990; APA, 2004; Gomella, 2012, ss.488-509).

Fizyolojik indirekt hiperbilirubinemi, çoğunlukla tedavi gerektirmeyen patolojik bir durum olmamasına karşın gerekli önlemler alınmazsa yenidoğan

sağlığına ciddi zarar verebilmektedir. Bu nedenle ciddi klinik takip gerektiren bir bulgu olarak değerlendirilmelidir (TND, 2014; Karen, 2014).

Fizyolojik indirekt hiperbilirubinemi, yaşamın ilk saatlerinde görülmez. Bu özellik, fizyolojik indirekt hiperbilirubinemiye patolojik indirekt hiperbilirubinemiden ayıran en önemli özelliktir (Dennery ve ark., 2001; Çavuşoğlu, 2008, ss.195-197).

1.2.3.2. Patolojik İndirekt Hiperbilirubinemi:

Patolojik İndirekt Hiperbilirubineminin nedenleri Çizelge 1.1.'de gösterilmiştir.

Çizelge 1.1. Patolojik İndirekt Hiperbilirubineminin Nedenleri

1.Fazla miktarda bilirubin yapımı: a-Kan grubu uyumsuzlukları (Rh, ABO, Minor kan grupları) b-Eritrosit enzim bozuklukları G6PD Eksikliği Piruvat kinaz Eksikliği c-Sepsis d-Eritrosit membran defektleri Sferositoz Eliptositoz Poikilositoz e-Ekstravaskular kan toplanması f-Polisitemi	2.Konjugasyon ve ekskresyon bozukluğu: a-Hormonal yetersizlik Hipotiroidizm Hipopituatirizm b-Bilirubin metabolizması bozuklukları Crigler-Najjar sendromu: Tip I Crigler-Najjar sendromu:Tip II (Arias hast) Gilbert Hastalığı Lucey-Driscoll sendromu	3.Enterohepatik dolaşımın artmış olması: a-İntestinal obstruksiyon, Pilor stenozu İleus Mekonyum tıkaçı Kistik fibrozis
---	--	--

Patolojik ve fizyolojik indirekt hiperbilirubinemi yenidoğanda benzer bulgular gösterir. Hiperbilirubinemi belirtilerinin başlangıç zamanı, TSB düzeyi ve düzeydeki artış hızı gibi etmenler fizyolojik indirekt hiperbilirubinemiye, patolojik indirekt hiperbilirubinemiden ayıran özelliklerdir (Steffensrud, 2004; APA,2004).

Ayrıcı özellikler ayrıntılı olarak aşağıda gösterilmiştir (Çizelge 1.2.)

Çizelge 1.2. Fizyolojik indirekt hiperbilirubinemi ve patolojik indirekt hiperbilirubineminin ayırıcı özellikleri (Çavuşoğlu,2008, ss. 195-197).

Fizyolojik hiperbilirubinemi (fizyolojik sarılık)	Patolojik hiperbilirubinemi (patolojik sarılık)
Başlangıcı	
Miadında doğan bebekler için doğumdan 24 saat sonra Prematüreler için doğumdan 48 saat sonra görülür	Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde görülür
Süresi	
Miadında doğan bebeklerde 1 hafta içinde kaybolur Prematüre bebeklerde 9-10 gün içinde kaybolur	Midında doğan bebeklerde bir haftadan fazla sürer. Prematürelerde 2 haftadan fazla sürer.
Serum bilirubin düzeyi	
12 mg/dl'den az Miadında doğan bebeklerde 3-4 günde en yüksek seviyeye ulaşır Prematüre bebeklerde 5-6 günde en yüksek değere ulaşır	Miadında doğan bebeklerde 20mg/dl Prematüre bebeklerde 15 mg/dl
Bilirubin yükselme hızı	
Günde 5 mg/dl'den az	Günde 5 mg/dl'den fazla
Bebğin genel durumu iyidir	Bebekte anemi, hepatosplenomegali vardır. Coombs testi pozitifdir.

1.2.4. Anne Sütü ve İndirekt Hiperbilirubinemi

Yenidoğanda anne sütü ile ilişkili İHB başlangıç yaşına göre iki tipe ayrılmaktadır.

Erken Başlangıçlı Anne Sütü Sarılığı: Anne sütüyle beslenen bebeklerin %12-13'ünde, yaşamın 2. ve 4. günlerinde gözlemlenir. Nedeni yenidoğanın yetersiz beslenmesidir (Bertini ve ark., 2001; Tunçel ve ark., 2005; Brown, 2008).

Yeterli hidrasyon ve başarılı bir emzirme ile yenidoğanda İHB tedavi gerektirmeden düzelebilir. APA ve TND 35 gestasyon haftası ve üstündeki yenidoğanlarda hiperbilirubineminin tedavisi için yayınladıkları kılavuzlarda, yenidoğanların günde 8-12 kez (ilk günlerde saatte bir) anne sütü ile beslenmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (APA, 2004; APA, 2012; TND 2014).

Geç Başlangıçlı Anne Sütü Sarılığı: Anne sütüyle beslenen bebeklerin yaklaşık %10-30'unda, postnatal 5-6. günlerinden sonra görülür. Bu durum 2-3 hafta bazen de üç aya kadar uzayabilir.

İHB ile ilgili yapılan çoğu araştırmada, yenidoğanın yalnızca anne sütüyle beslenmesi, İHB'de bir risk etmeni olarak görülerek, formül mamayla desteklenen bebeklerde İHB görülme oranlarının azaldığı vurgulanmıştır. Bu çalışmalarda anne sütündeki serbest yağ asitleri, pregnandiol beta-glukuronidaz enzimi, gibi maddelerin enterohepatik döngüyü arttırarak bilirubinin atılımını yavaşlattığı düşünülmektedir. Ancak bu hipotezler literatürde halen tartışmalıdır (Poland,1981; Maisels ve Kring, 1998; Bertini ve ark., 2001; Shapiro, 2003; Nijestil ve Sauer, 2004).

Geç başlangıçlı anne sütü sarılığını tedavisinde anne sütünün kesilerek tedavi protokolünün uygulanması önerilmez (Tekinalp ve ark.;1996; Hannam ve ark., 2000; Yiğit ve ark., 2001; Tuygun ve ark., 2002; İlhan ve ark., 2014; TND, 2014).

1.2.5. Yenidoğanlarda İndirekt Hiperbilirubinemi Epidemiyolojisi

Yenidoğanlarda İHB şiddeti ve süresi genetik-etnik ve ailesel faktörler, maternal-obstetrik ve klinik öyküye göre değişebilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda farklı kültür ve coğrafyalarda İHB görülme sıklığını arttıran yada azaltan birçok faktörün bulunduğu kanıtlanmıştır (Linn ve ark.,1985; Newman ve ark., 1990; Yamauchi ve Yamanouchi,1990; APA, 2004). Bu nedenle APA her ülkenin kendi

risk faktörlerini belirleyerek, İHB ilgili bir kılavuz oluşturmalarını önermektedir (APA, 2004; TND, 2014).

Bazı toplumlarda bilirubin üretim hızı ve atılımındaki aksakların fazla olduğu düşünülmektedir. Örneğin; Asyalılarda UGPT enziminin mutasyonu tespit edilmiştir. Bu durumun Asya ırkında İHB sıklığı ve süresini artıran bir etken olduğu görülmüştür (Yamauchi ve Yamanouchi, 1990). Afrikalı Amerikalılarda ise diğer ırklara göre İHB görülme sıklığı diğer ırklara göre daha az olduğu bilinmektedir (Roy-Chowdhury ve ark., 2002; APA, 2004). Kardeşleri İHB tanısı almış yenidoğanlarda İHB'nin daha sık görüldüğü bilinmekte ve bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (Balint, 2007, ss.353-371).

Maternal ve obstetrik faktörler değerlendirildiğinde; diyabetik anne bebekleri İHB açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Çoğunlukla makrozomik doğan bu bebeklerde eritropoetin seviyesinin yüksek olması, bilirubin oluşumunun artmasına sebep olmaktadır (Aviva ve Cloherty, 2008 ss.9-19; İnce ve ark.,2014). İleri yaş annelik, epidural anestezi maddeleri, (özellikle bupivakain), oksitisin, doğum eylemi sırasında kullanılan forseps ya da vakum yenidoğanda İHB riskini artıran nedenlerdir (Maisels ve Kring, 1998).

Bebeğe ait faktörler dikkate alındığında; prematürelilik, düşük doğum ağırlığı, polistemi, sefal hematoma, doğumdan sonra bebeğin geç beslenmesi, yetersiz kalori alımı ve dehidratasyon İHB riskini arttıran faktörlerdir (Bertini ve ark., 2001; Shapiro, 2003; Nijestil ve Sauer, 2004).

1.2.5.1. Akut Bilirubin Ensefalopatisi ve Kernikterus

Yüksek konsantrasyonda serumda biriken indirekt bilirubin, kan-beyin bariyerini geçip nörotoksik gösterebilir. Bu durum, ciddi nörolojik sekellere ve ölüme sebep olabilmektedir. İndirekt bilirubinin nöron hücreleri üzerindeki hücre hasar mekanizması ve hangi düzeyde ortaya çıktığı tam olarak anlaşılamamıştır.

Ancak en sık etkilenen bölgelerin, bazal ganglionlar (özellikle globus pallidus, subtalamik çekirdek); hipokampus, substantia nigra, çeşitli kraniyal sinirler (özellikle okulomotor, vestibuler, koklear, fasiyal sinir çekirdekleri); çeşitli beyin sapı çekirdekleri, ponsun retikuler yapısı; serebeller çekirdekler ve medulla spinalisin ön boynuz hücreleri olduğu bilinmektedir (Shapiro, 2003; Gomella 2012, ss.488-509).

İndirekt bilirubinin neden olduğu nörolojik disfonksiyon bozuklukları şiddeti ve süresine göre; geçici ensefalopati, akut bilirubin ensefalopatisi ve kernikterus olarak 3 grupta incelenir.

Geçici ensefalopati: Nörolojik disfonksiyon geçici ve geriye dönüşümlüdür. İşitsel beyin sapı cevaplarında uzama görülür. Fototerapi, kan değişimi veya bilirubinin spontan olarak düşüşü ile durum düzelebilir.

Akut Bilirubin Ensefalopatisi: Tedavi edilmemiş İHB sonucunda bebekte görülen ciddi nörolojik disfonksiyon bozukluğudur. Akut bilirubin ensefalopatisi yaşamın ilk haftasında görülür ve üç klinik fazdan geçerek ilerleyebilir. İlk evrede yenidoğanda laterji, emmede zayıflık ve hipotoni gözlemlenir. Ancak bu belirtiler genellikle yenidoğanda sepsis, asfiksi, hipoglisemi gibi diğer bulgulardan ayırt edilemeyebilir.

İkinci evrede irritabilite, orta derecede stupor, hipertoni, ateş ve yüksek sesle ağlama ile uyku ve hipotoninin birbirlerini izlediği ataklar görülür. Üçüncü evrede ise ileri derecede kas tonus artışı, retrokollis ile opustotonus, tiz sesli ağlama, apne, stupor, pulmoner kanama ve koma görülür. Mortalite riskinin en yüksek olduğu aşamadır. Ancak bu aşamada bile nörotoksisite geri dönüşümlü olabilir (APA, 2004; Gomella 2012, ss.488-509; Shapiro, 2012; TND, 2014).

Kernikterus: Şiddetli İHB sonucunda bebekte ciddi nörolojik disfonksiyon bozuklukların gözlemlendiği kronik nörolojik bir hastalıktır. Bebekte 1 yaşına kadar

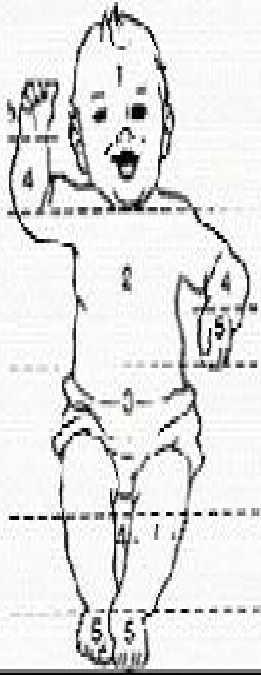
aktif beslenememe, hiptoniklik ve nöromotor gelişim geriliği gözlemlenirken diğer klasik bulgular bir yaşından önce gözlenmeyebilir (TND, 2014).

Bebekte bir yaşından sonra, koreotetoid serebral palsy, yüksek frekanslı sensorial işitme kaybı, yukarı bakış paralizi ve diş minesini hipoplazisiyle karakterize klasik bulgular gözlemlenir. Bu dört bulgu her zaman aynı anda görülmeyebilir. Genellikle hastanın etkilenme şiddetine göre belirtiler değişebilir. Yapılan çalışmalarda bu bebeklerde mental retardasyon sıklığı işitme kaybına göre daha az gözlemlenmiştir (APA, 2004; Johnson, 2009; Shapiro, 2012).

İHB ile ilgili tedavi yöntemleri gelişmiş olmasına rağmen, kernikterus günümüzde hala ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Kernikterus sıklığıyla ilgili ülkemizde ve dünyada net veriler yoktur. Ancak Kuzey Amerika ve Avrupa’da 35 gestasyon haftası ve üstündeki yenidoğanlarda kernikterus sıklığının 0.4-2.7/100.000 olduğu tahmin edilmektedir. Kanada’da ise yapılan bir araştırmada akut bilirun ensefalopati sıklığının 1/10.000, kernikterus sıklığının ise 2/100.000 olduğu bulunmuştur. Tahmini insidansların yüksek olmasının en önemli sebebinin son yıllarda doğum sonrası anne-bebek çiftinin erken taburcu edilme eğilimlerinin artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Zimmerman ve ark., 2003; Sgro ve ark., 2006; Maisels ve ark., 2009; TND, 2014, Erdevi ve ark., 2016).

1.2.6. İndirekt Hiperbilirubinemi Tanı ve Tedavi Yöntemleri

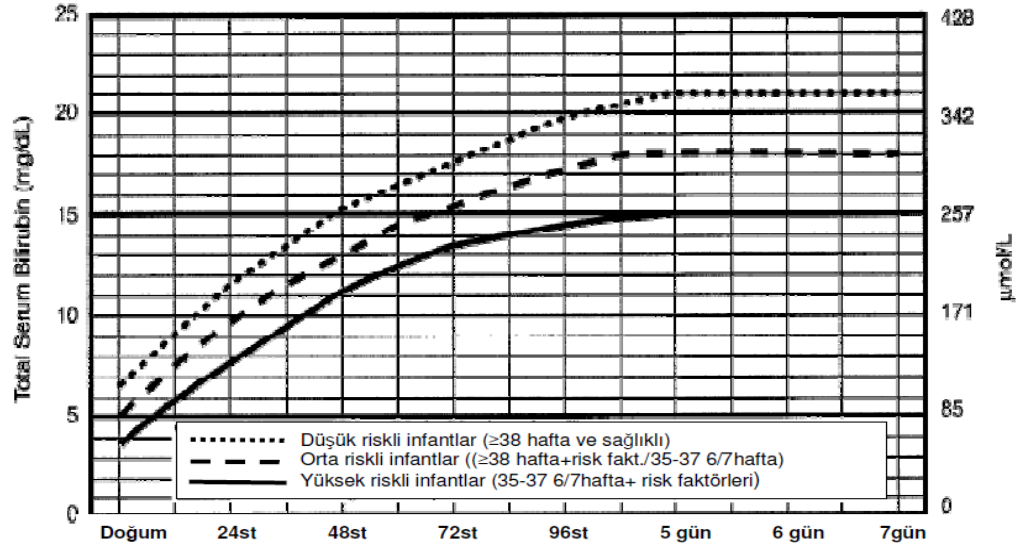
İHB’ de risk gruplarının belirlenerek tanı tedavi protokollerinin uygun bir şekilde uygulanması büyük bir önem taşımaktadır. İHB olduğu düşünülen bir yenidoğanda ilk tanısal aşama bebekteki renk değişikliğidir. Renk değişikliğini tanımlayabilmek için 1969 yılında Kramer tarafından geliştirilen *Dermal Zonlama* yöntemi kullanılmaktadır.

	Vücut bölgesi	Bilirubin düzeyi (mg/dl)
	1	4-8
	2	5-12
	3	8-16
	4	11-18
	5	>15

Şekil 1.2.Kramer Tarafından Oluşturulan Risk Bölgeleri (Kramer,1969)

Bu yöntemle göre, bebeğin sarılığı meme başı seviyesine kadar ilerlemişse ise TSB değerinin 12 mg/dl altında olduğu söylenebilir (Kramer, 1969). Ancak Kramer tarafından geliştirilen bu yöntem, ırklar arası cilt renginin değişmesi, hızlı yükselen bilirubin düzeylerinde henüz ciltte depolanmamış olması, gözlemciye göre değişkenlik gösterebilmesi gibi nedenlerle TSB konsantrasyonunu tahmin etmede tek başına etkili bir yöntem değildir (Porter ve Dennis, 2002; Yeşilmen, 2010).

Diğer kullanılan yöntem ise renk değişikliğini fotometrik olarak ölçen aletlerdir. Bu iki yöntem de İHB'yi gözlem ve tarama amaçlı olarak kullanılsa da kesin tanı laboratuvar sonuçları ile koyulmalıdır. İHB'de serum bilirubin düzeyleri risk gruplarına göre değişiklik gösterir. Bu yüzden yaygın olarak dünyada APA tarafından geliştirilen nanogram kullanılmaktadır.



Şekil 1.3. İndirekt Hiperbilirubinemi Serum Bilirubin Düzey Nanogramı (TND, 2014).

İHB tanısı koyulduktan sonra yenidoğana uygulanan tedavi protokelleri aşağıda açıklanmıştır (APA, 2004; Çoban, 2006; TND, 2014).

1.2.6.1. Fototerapi

Fototerapi, bilirubini ışık etkisiyle vücuttan uzaklaştırmak için kullanılan bir yöntemdir. Kan değişimi gerektirmeyen ya da kan değişimi sonrasında TSB düzeyini normal sınırlarda tutmak amacıyla kullanılır.

Fototerapide en etkin ışık, dalga boyu 450-460 nm olan mavi ışıktır. Uygulama sırasında bebeğin kıyafetleri çıkarılır (hastanın bezi çıkarılmaz) ve ışık kaynağı bebekten 40 cm uzağa yerleştirilir. Bu esnada bebeğin gözlerinin ışık geçirmeyen koruyucu bir bandajla kapatılması önerilir (yapılan hayvan deneylerinde retinal hasarlar görülmüştür) (Yetman ve ark; 1998; Stoll ve Kliegman, 2003; Balint, 2007).

Fototerapi İHB' de en etkin ve basit tedavi yöntemlerindendir. Uygulama klinikte, anne yanında ya da evde gerçekleştirebilir. Ancak ışığın mesafesi dikkatli ayarlanmadığında bebekte cilde yanık, döküntü, hipertermi ve kızarıklık

gözlemlenebilir. Diğer olası yan etkiler ise; bronz bebek sendromu, sıvı kaybı ve dehidratasyon, retinal hasarlanma, ishal, ısı düzensizlikleri, ilk iki haftada büyümenin yavaşlaması, hücre zedelenmesi, hemoliz, patent duktus arteriozus, intestinal organlarda kan akımı değişiklikleridir. Bu yüzden uygulama sırasında dikkatli olunmalı ve olası yan etkiler aileye anlaşılır bir dille anlatılmalıdır (Çelebioğlu, 2002; Halamek ve Stevenson, 2002; Çavuşoğlu, 2008, ss.195-197).

1.2.6.2.Kan Değişimi

Hastada kernikterus gelişme riskinin yüksek olduğu durumlarda uygulanan, invaziv girişim gerektiren bir tedavi yöntemidir. Bu uygulamadaki amaçlar; anneden geçen maternal antikorları uzaklaştırmak, hemolitik anemiyi düzeltmek ve toksik maddeleri temizlemektir (APA, 2004; Gomella., 2012, ss.488-509).

Kan değişimi işlemi, ısıtılmış uygun kan temin edildikten sonra, steril şartlarda yetkili sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilir. Uygulama esnasında hastada kardiyak-arrest gelişebilir, bu yüzden gerekli reaminasyon malzemeleri (O₂, kendinden şişen balon, adrenalin vb.) hazır bulundurulmalıdır.

Kan değişimi işlemi şiddetli İHB’de en etkili yöntem olarak görülse de uygulama son derece risklidir. İşlem gerçekleştirilmeden önce olası yan etkileri yönünden aile mutlaka bilgilendirilip, onamları alınmalıdır (Riskin ve ark., 2003; TND, 2014).

Apne, bradikardi, hipotansiyon, hipertansiyon, hipokalsemi, hipo/hiperglisemi, trombositopeni, nötropeni, koagulopati, dissemine intravasküler koagülasyon (DİK), metabolik asidoz, vasküler spazm, tromboz, emboli, beslenme intoleransı, nekrotizan enterokolit, omfalit, sepsis ve ölüm, kan değişiminin olası yan etkilerindendir (Mortalite %0,5’ in altındadır), (Melton ve Akinbi, 2001; APA, 2004; Maisels ve ark.,2009) .

1.2.6.3.Farmakolojik Tedavi

Günümüzde İHB tedavisinde farmakolojik tedaviler sık kullanılmamaktadır. Bu konu literatürde halen tartışmalı ve araştırmaya açık bir konu olarak önemini korumaktadır. İHB tedavisinde en sık kullanılan farmakolojik tedaviler ise, fenobarbital, metaloporfirinler, albumin ve intravenöz immünglobülin (Maisels ve ark.,2009; APA, 2004; TND, 2014).

Fenobarbital: Bilinen en etkili hepatik enzim uyarıcısıdır. Karaciğer hücrelerinde ligandin konsantrasyonunu arttırıp, glukuronil transferaz yapımını uyarak bilirubinin atılımını kolaylaştırır.

Metalloporfinler: Hem oksijenaz enzimini, inhibe ederek aşırı bilirubin oluşumunu engellerler. Metalloporfinlerin fototerapi ve kan değişimine gerek kalmadan bilirubin seviyesini düşürdüğü bilinmektedir (Kappas ve ark., 2001; APA, 2004). Ancak bu ilaçlar hala Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin onayından geçememiştir. Bu yüzden kullanımları günümüzde kullanımları yaygın değildir (Stevenson ve Wong, 2010).

Albumin: İHB' de azalmış albumin konsantrasyonunu arttırmak amacıyla kullanılır.

İntravenöz İmmünglobülin (IVIG): Özellikle kan grubu uyumsuzluklarında, yoğun fototerapiye rağmen normal sınırlara düşürülemeyen İHB olgularında kullanılır. Retiküloendotelyal sistemde eritrositlerin hemolizini engellediği düşünülmektedir (APA, 2004; Desandre ve ark.,2005).

1.2.7. Öz-yeterlilik Kavramı

Öz-yeterlilik, ilk olarak sosyal kuramcı Albert Bandura tarafından sosyal bilişsel kuramında tanımlanan bir kavramdır. Kurama göre öğrenme, gözlem yoluyla olur ve bu gözlem sürecinde birey davranışsal, bilişsel ve çevresel faktörlerden etkilenecek kişiliğini geliştirir (Bandura, 1989; Schunk, 2011,ss.77-130; Cüceloğlu, 2015, ss. 140-156).

Öz-yeterlilik algısı sosyal bilişsel kuramın en önemli komponentlerinden birini oluşturmaktadır (Kurbanoğlu, 2004). Kuramda Bandura öz-yeterlilik kavramını, “Davranışların oluşmasında etkili olan bir nitelik ve bireyin, belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip, başarılı olarak yapma kapasitesi hakkında kendine ilişkin inancı” olarak tanımlamaktadır (Bandura, 1994).

Öz-yeterlilik, bireyin bir iş için yeteneği değil, o işi yapabilmek için kendine olan inancını ifade eden bir kavramdır. Öz-yeterlilik, bir inançtır ve bu inanç bireyin nasıl hissedeceğini, nasıl düşüneceğini, kendini nasıl güdüleyeceğini ve nasıl davranacağını belirler (Bandura, 1989; Küçükoğlu, 2011). Bireyin öz-yeterlilik seviyesi, eyleme geçeceği alandaki başarısını olumlu ya da olumsuz yönde etkiler. Bandura’ya göre, kişinin herhangi bir işi yapma konusunda becerisi olsa da o işi yapmak konusunda güçlü bir öz-yeterliliği yoksa başarısız olması beklenen bir durumdur (Bandura, 1997; Kurbanoğlu, 2004; Schunk, 2011, ss.77-130).

Sonuç olarak öz-yeterlilik, kişinin belirlenen ya da belirlediği bir durum için oluşturduğu “ben yapabilirim” inancıdır (Linnenbrink ve Pintrich, 2003; Yaman, 2016). Bu inanç, bireylerin davranışları ile gerçek performanslarının neden birbirini tutmadığı, aynı bilgi ve beceri yetkisine sahip bireylerin başarı performanslarının neden farklı düzeylerde olduğunu açıklamaya yardımcı olabilir (Kurbanoğlu, 2004).

1.2.7.1. Öz-yeterliliği Etkileyen Faktörler

Öz-yeterlilik seviyesi, çevresel ve içsel birçok faktörden etkilenebilir. Bandura'ya göre kişinin öz-yeterlilik seviyesini etkileyen dört önemli bileşen mevcuttur. Kişinin bu bileşenlerin herhangi birinde olumsuz yargı ve deneyimlerinin olması performansını etkiler (Bandura,1989).

1.Doğrudan Deneyimleme: Birey, bir eylemi gerçekleştirdikten sonra eylemin performansını değerlendirir. Değerlendirme sonucunda birey o konuda bir öz-yeterlilik inancı geliştirir. Eğer performans değerlendirmesi olumlu yönde ise bireyin öz-yeterliliği gelişir ve o konuda güdülenmesi ve motivasyonu artar. Başarısızlık ise öz-yeterliliğinin azalmasına kişinin aynı veya benzer eylemlerde güdülenmesini azaltır (Pajares, 2002; Erol; 2009; Kurbanoglu, 2004). Öz-yeterlilik inancı, elde edilen başarılı sonuçlar sayesinde gelişir ve bu durum kişi olumsuz sonuçlarla karşılaşsa da aksine motive edici bir durum olabilir (Bandura, 1993; Kotaman, 2008).

2. Sosyal Modellendirme: Birey, başka kişilerin deneyimlerinden elde ettiği sonuçlardan bir öz-yeterlilik inancı geliştirir. Birey bu aşamada bir aile bireyini, bir tv karakterini, okuduğu kitap ya da dergideki kişi/kişilerin davranış çıktılarını değerlendirip bir modelleme yapabilir. Leonard ve arkadaşlarının, (1998) diyabetik çocuklar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, öz-yeterlilik algısı yüksek olan annelerin diyabetik çocuklarının öz-bakım ve kendi kendine idare süreçlerinin düşük olan gruba göre oldukça iyi olduğu bulunmuştur (Gözüm ve Aksayan, 1999; Schunk, 2011, ss. 77-130).

3.Sosyal İkna: Bireyin başarıp başaramayacağına dair teşvikler, nasihatler öz-yeterlilik inancını olumlu ya da olumsuz yönde etkiler (Pajares, 2002).

4. Fizyolojik ve Duygusal Durum: Bireyin deneyimlediği durum sırasında hissettiği stres, korku, heyecan gibi verdiği tepkiler öz-yeterlilik inancını etkiler.

Öğretmenlerin tükenmişlik sendromu ve öz-yeterliliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, tükenmişliğin öz-yeterlilik için bir kriz durumu olduğu ifade edilmiştir (Brouwers ve Tomic, 2000; AÜBAP, 2007).

Öz-yeterlilik kavramı; tanımlandığı günden beri eğitim, tıp, psikoloji, uluslararası ilişkiler gibi pek çok alanda araştırılmıştır. Araştırmalar sonucunda öz-yeterliliğin bireylerde davranış gelişiminde belirleyici bir etken olduğu görülmüştür (Dennis, 1999; Pender ve ark., 2002; Cassidy ve Eachus, 2002; Akkoyunlu ve Kurbanoğlu, 2003; Aksoy ve Diken, 2009).

1.2.8. Emzirme Öz-yeterliliği

Bandura (2006), öz-yeterliliği yüksek olan bir bireyin, ebeveynlik, emzirme davranışı gibi süreçlerde aynı yeterliliğe sahip olamayabileceğini belirtmiştir. Öz-yeterlilik belirli bir duruma göre değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle birçok alana özgü öz-yeterlilik ölçekleri geliştirilmiştir (Bandura, 1999; Pender ve ark., 2002; Cassidy ve Eachus, 2002).

Annelerin emzirme davranışı ile ilgili öz-yeterlilik yargıları ise, ilk olarak Dennis ve Faux tarafından tanımlanarak, kuramlaştırılmıştır (Dennis, 1999). Emzirme öz-yeterliliği, annenin bu eyleme karşı hissettiği yeterlilik inancıdır. Bu inanç, annenin bebeğini emzirme sürecini, bu süreçte karşılaştığı zorluklarla baş etme mekanizmasını doğrudan etkiler. Kurama göre, annenin emzirme öz-yeterliliğini etkileyen dört önemli bileşen mevcuttur. Bunlar; (1) Emzirmeye ilişkin annenin önceki deneyimleri, (2) Emzirmeye ilişkin annenin başkalarından gördüğü örnekler, (3) Emzirmeye ilişkin çevrenin desteği ve (4) Emzirmeye ilişkin annenin psikolojik durumudur. Bu bileşenler annenin emzirmeyi başlatma, uygulama ve sürdürmesinde etkililerdir (Dennis, 1999). Dennis öz-yeterlilik teorisi ve emzirme arasındaki ilişkiyi ise şöyle açıklamaktadır (Şekil 1.3).

Öz-yeterlilik Teorisi Unsurları		Emzirme Öz -yeterliliği Örnekleri
Davranışsal Beklentiler	Yeterlilik Beklentileri	Anne bebeğine memesini doğru bir şekilde tutturacağına dair kendinden emindir
	Sonuç Beklentileri	Anneler bebeğini memesine doğru bir şekilde tutturmasının çatlak meme ucunu engelleyeceğine inanırlar
	Tercih Edilen Davranış	Emzirme öz- yeterliliği yüksek olan anneler emzirmeye başlamaya, emzirme amaçları geliştirmeye ve bu amaçlara kendini adamaya başlayacaklardır
	Sarfedilen Çaba ve Süreklilik	Emzirme öz-yeterliliği yüksek olan anneler zorluklarla karşılaşsalar bile emzirmek için çaba sarfedip azimle devam edeceklerdir
	Düşünce Biçimi/Modeli	Emzirme öz-yeterliliği yüksek olan anneler zorluklarla karşılaşsalar bile başarmayı zihinlerinde canlandırırlar, analitik düşünürler ve kendi kendilerini engelleyecek düşünceleri kontrol edebilirler
Öz-yeterliliğin Emzirme Davranışı üzerine Etkisi	Duygusal Tepkiler	Emzirme öz-yeterliliği yüksek olan anneler emzirmenin zorluklarını olumlu bir meydan okuma olarak yorumlarlar ve bunlar altında ezilmezler
	Doğrudan Deneyimleme	Öncesinde emzirme deneyimine sahip veya ilk denemeleri başarılı olan annelerin emzirme öz-yeterliliği bunlara sahip olmayan annelere göre daha yüksek olur
	Sosyal Modellendirme	Başarılı emzirme deneyimini gözlemlemiş annelerin emzirme öz-yeterliliği böyle bir gözlem yapma şansı olmayan annelere göre daha yüksek olur
	Sosyal İkna	Profesyoneller, aile üyeleri ve akranlar gibi önemli kişilerden olumlu değerlendirilen ve teşvik edilen annelerin emzirme öz-yeterliliği buna sahip olmayan annelere göre daha yüksek olur
	Fizyolojik ve Duygusal Durum	Rahat ve sakin annelerin emzirme öz-yeterliliği bunalmış, gergin veya acı içindeki annelere göre daha yüksek olur
Emzirme Öz- yeterliliği Beklentilerinin Gelişimi		
Emzirme Öz- Yeterliliği Beklentilerinin Gelişimi		

Şekil 1.4. Öz -yeterlilik Teorisi ve Emzirme Arasındaki İlişki (Dennis, 1999)

1.2.8.1. Annenin Emzirme Öz-yeterliliği ve Başarısında Hemşirelerin Rolü

Günümüzde de pek çok yeni özelliği keşfedilen anne sütünün, nöro-gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden sayısız yararı olduğu bilinen bir besin kaynağı olduğu bilinmektedir (APA, 2012; Victora ve ark., 2016). Bu nedenle DSÖ, APA, UNİCEF, TND gibi pek çok ulusal ve uluslararası kuruluş bebekler için en ideal besinin anne sütü olduğunu vurgulamaktadır (Türkyılmaz, 2016).

Anne sütünün değeri ve emzirmenin önemi tüm dünya ülkelerinde vurgulanmasına rağmen, ülkemizde emzirme sorunları halen devam etmektedir TNSA 2013 verilerine göre, annelerin emzirmeyi başlatmada iyi düzeylerde olduğu ancak bu davranışı sürdürmede yeterli olmadıkları görülmektedir (TNSA, 2013). Bu durum annelerin bebeklerini ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslemenin önemini bilmemelerinden, emzirme sürecinde yaşadıkları sorunlarla baş etmede yetersiz kalmalarından, emzirmeye ilişkin yanlış inanç ve tutumlarından, doğum öncesi dönemde emzirmeye yönelik yeterli bilgiye sahip olmamasından ve emzirme konusunda çevrelerinden yeterli destek alamamasından kaynaklanmaktadır (Gözükar, 2012). Yapılan bazı çalışmalarda emzirme sürecini etkileyen en önemli etkenin annelerin emzirme öz-yeterliliği olduğu belirlenmiştir (O'Campo, 1992; Otsuka ve ark, 2008; Tokat ve Okumuş, 2013). Emzirme öz-yeterliliği annenin emzirmeye ilişkin hissettiği “ben yapabilirim” inancıdır. Hemşirelerin, annelerin bu inancını güçlendirmeye yönelik girişimlerde bulunması emzirme başarısını arttırmada önemli katkılar sağlayacaktır (Varol ve Yıldız, 2006; Tokat ve Okumuş, 2008).

Annelerin emzirmeye yönelik tutum ve inançları ise doğum öncesi dönemden doğum sonrası dönemde değişebilmektedir. Doğum öncesi dönem, özellikle de son trimestir hemşirelerin anne adaylarını emzirme sürecine hazırlamak için ideal bir dönemdir. Bu dönemde hemşireler annelerin emzirme sürecinde karşılaşabileceği olası sorunları belirleyebilir erken dönemde annenin olası sorunlarla mücadele yeteneğini geliştirebilir. Hemşireler bu aşamada Dennis'in (1999) belirttiği gibi annelerin etkilenebileceği, emzirmeye ilişkin annenin önceki deneyimleri, annenin

başkalarından gördüğü örnekler, çevrenin desteği ve annenin psikolojik durumunu değerlendirerek olası problemlere karşı anneleri destekleyebilirler (Dennis, 2003). Örneğin; anne adayının ilk bebeğinin olması, meme başı çöküklüğünün olması, geniş bir ailede yaşıyor olması emzirme sürecini olumsuz yönde etkileyebilir. Hemşirelerin bu dönemde emzirme eğitimini görsel materyal kullanarak vermesi, çevresinin emzirmeye karşı tutumunu değerlendirerek, gerekirse ev ziyaretleriyle tüm aile bireylerine ilk 6 ay yalnızca anne sütü verilmesinin gerekliliğini anlatması olası problemlerin ortadan kalkmasını sağlayabilir (Tokat, 2009).

Doğum sonrası ilk saatler ve ilk günler ise emzirme başarısının sağlanmasında en kritik zamanlardır. Anne-bebek etkileşimi mümkünse doğumdan sonra ilk birkaç dakika içinde başlatılarak bebeğin emzirilmesi sağlanmalı ve devam eden süreçte en az iki saatte bir bebeğin başarılı bir şekilde emzirilmesi gerekmektedir. Doğum sonrası dönemde annenin ağrısının olması, anestezinin etkisinde olması, refakatçisinin olmaması gibi durumlar ise emzirme sürecini olumsuz yönde etkileyebilir (Tokat, 2009; Altıparmak ve Coşkun, 2016). Yapılan bazı araştırmalar, annelerin en çok bu dönemde yetersiz süt algısı inacına sahip olduklarını saptamışlardır (O'Campo,1992; Otsuka ve ark, 2008; Bülbül ve ark., 2014). Doğum sonrası klinikte görev yapan hemşireler, hemşirelik girişimlerinde annelerin yetersiz süt algısı inacını değerlendirebilmeli, başarılı bir emzirme sürecini başlatarak anne-bebek çiftinin taburculuğunu sağlamalıdır. Anneler taburculuk eğitimlerinde emzirme konusunda destek alabileceği kaynaklara ilişkin bilgilendirilmelidir (Türkyılmaz, 2016).

Taburculuk sonrası dönemde emzirme sürecinin devam ettirilebilmesi için halk sağlığı hemşirelerinin gerekli izlemleri yapması önemlidir. Bu dönemde anne sık ev ziyaretleriyle emzirme konusunda değerlendirilmeli, annenin emzirme öz-yeterliliğini olumsuz yönde etkileyen faktörler belirlenerek çözümlenmelidir (Tokat, 2009; Gözükara, 2012).

Özetle; doğum öncesi dönemden itibaren annelerin emzirme öz-yeterliliğinin arttırılmasına yönelik hemşirelik girişimleri, bebeğın anne sütünden istenilen düzeyde yararlanmasını sağlayabilir.



2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, bebeği indirekt hiperbilirubinemi tanısı almış annelerin, emzirme öz-yeterliliği ve emzirme başarısını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu araştırma, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'ne bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yenidoğan yoğun bakım, postpartum ve postoperatif bakım servislerinde Mayıs 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

İlgili hastanede İHB tanısı alan bebekler iki farklı şekilde izlenmektedir.

1) Postpartum ve postoperatif servislerinde izlem: Postpartum ve postoperatif servisleri, doğum sonrası anne-bebek çiftinin izlendiği servislerdir. Anne-bebek çifti, bu servislere getirilmeden önce doğum salonunda bebeklerin emzirilmesi doğum salonu hemşiresi tarafından mutlaka sağlanır. Bu servislerde ise hemşireler tarafından annelere bebekleri her istedikçe ve sık sık emzirmeleri öğretilir, verilen eğitim 'Başarılı Emzirme Eğitim Broşürü' ile desteklenir.

Günlük 120 ile 140 doğumun gerçekleştirilebildiği hastanede anne-bebek çifti genellikle 24-48 saat içinde taburcu edilmektedir. Ancak anne ve bebek izlemi gerekli durumlarda (annede doğum sonrası gelişebilen kanama bozuklukları, hipotansiyon, annenin sezeryan olması, sezeryan eylemi sonucu annede gelişebilen

komplasyonlar, anne-bebek çiftinin etkileşiminin sağlanması, yenidoğanın direkt coombs testinin pozitif olması vb.) taburculuk işlemi 48 saati geçebilmektedir. Bu servislerde hergün bir çocuk doktoru tarafından yenidoğanların rutin kontrolleri gerçekleştirilmektedir. Çocuk doktoru bu kontroller sırasında İHB şüphesi bulunan yenidoğanlardan total bilirubin seviyesi kontrolü için gerekli tetkikleri istemektedir. Sonuçları İHB ile uyumlu bebekler taburcu olmadan bu servislerde annelerinin yanlarında fototerapi tedavisi alabilmektedir.

2) Yenidoğan poliklinik takibi sonucunda izlem: Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bir adet yenidoğan bebek takip polikliniği bulunmaktadır. Bu poliklinik, prematüre yenidoğan polikliniği yenidoğan polikliniği, göz polikliniği, gelişimsel pediatri polikliniği, diyet polikliniği, çocuk cerrahi polikliniği ve bir adet işitme tarama ünitesinden oluşmaktadır. Yenidoğan polikliniği hafta içi hergün mesai saatleri süresince hizmet vermektedir. Mesai saatleri dışında ilgili hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisi acil poliklinik hizmeti verebilmektedir. Term yenidoğan polikliniğinde günlük 1 doktor ve 2 hemşire tarafından yenidoğanların gerekli izlem ve kontrolleri yapılmaktadır. Bu polikliniğe başvuran ailelerden ilgili hastanede doğum yapma şartı aranmaktadır. Poliklinik takibi sonucunda yenidoğana İHB teşhisi konulduğunda ilgili hastanede yenidoğanın izlemi iki şekilde sürdürülebilmektedir.

2.1. Anne-Bebek uyum servisinde izlem: Yenidoğan polikliniğinde İHB teşhisi konulan yenidoğanın yatışı anne-bebek uyum servisinde gerçekleştirilir. Bu servis ilgili hastanenin B blok 5. Katında yenidoğan yoğun bakım ünitesine bağlı, 20 yatak kapasiteli bir birimdir. Bu birimde, 08.00-16.00 saatleri arasında 1 yenidoğan doktoru, 1 sorumlu hemşire, 2 yenidoğan hemşiresi görev yaparken 16.00-08.00 saatleri arasında 2 hemşire görev yapmaktadır. Yenidoğan yoğun bakımdan sorumlu 3 nöbetçi doktor bu servisle de ilgilenmektedir. İHB tedavisi süresince yenidoğan, bu serviste annesiyle birlikte kalır ve yenidoğanın primer bakımından anne sorumludur.

2.2. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlem: Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 130 yatak kapasiteli (anne-bebek uyum servisi hariç) bir yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile hastalara hizmet vermektedir. Hastanenin B blok 1. ve 7. katında hizmet veren ünite 9 ayrı bölümden oluşmaktadır. İHB tanısı konulan yenidoğanlar genellikle bu ünitenin 5. bölümüne kabul edilmektedir. 5. bölüm 20 yatak kapasiteli, term yenidoğanların kabul edildiği bir birimdir. Hasta profili karma olup (meningomyoel, hidrosefali, konjenital kalp hastalığı, asfiksi v.b tanılarla yenidoğanlar da izlenebilmektedir) İHB teşhisi konulan yenidoğan bu birime,

*Anne-bebek uyum servisinde yeterli yatak olmadığı durumlarda,

*Postpartum-postoperatif servislerinde anne yanında fototerapi tedavisi alan yenidoğanın, yeterli fototerapi alamadığı durumlarda (yenidoğan doktoru ya da ilgili servis hemşiresi bu sürece yön verebilmektedir) kabul edilmektedir.

Tedavi süresince yenidoğanın beslenme saatlerine anne katılabilmektedir. Hemşireler, beslenme saatlerinde annelerin bebeklerini doğru bir şekilde emzirmelerini sağlayarak, gerekli eğitimleri vermektedir. Ayrıca yenidoğan yoğun bakım ünitesinde mesai saatleri içinde emzirme danışmanlığı, bebek bakımı konusunda destek alabilecekleri bir emzirme hemşiresi görev yapmaktadır. Servisin eğitim odasında haftada üç gün (Pazartesi, Çarşamba, Cuma) 12.00-13.00 saatleri arasında annelere emzirme hemşiresi tarafından eğitim verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'ne bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Mayıs 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında yenidoğan yoğun bakım, postpartum ve postoperatif bakım servislerinde, İHB tanısı nedeniyle fototerapi alan bebeklerin, annelerinden oluşmuştur

Araştırmanın örneklem hesaplamasında Küçüköğlu'nun 2011 yılında yapmış olduğu çalışmadaki Annelerin EÖYÖ ve LATCH emzirme ölçeği için elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır (Küçüköğlu, 2011). %10'luk bir sapma beklentisiyle çalışmaya alınacak anne sayısı yapılan güç analizi sonucunda en az 115 olarak saptanmıştır (power=0,82, $\alpha=0,01$). Çalışma hatalı veya doldurulmamış soru formu olması ihtimaline karşın 130 anne ile yürütülmüştür.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Bebeği İHB tanısı almış 35 hafta ve üzeri term yenidoğan annesi olması,
- İHB tanısı almış fototerapi alan yenidoğanın, İHB dışında herhangi bir hemolitik hastalık, enfeksiyon ve başka hastalığının olmaması,
- Araştırmaya katılan annelerin gönüllü, işbirlikçi ve iletişime açık olmasıdır.

2.4.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler: Anneye ait tanımlayıcı özellikler (yaş, eğitim düzeyi, doğum öncesi ve sonrası çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvence, gelir durumu, yaşadığı yer, eşinin çalışma durumu, doğum öncesi bakım alma durumu ve sıklığı, doğum türü, doğum esnasında uygulanan anestezi türü, çocuk sayısı, emzirme durumu, daha önceki bebeklerini emzirme durumu, bebeğini emzirmeyi düşündüğü süre, İHB ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim alınan kişi ve yerler, babanın emzirmeye karşı tutumu), İHB tanısı almış bebeğe ait tanımlayıcı özellikler; cinsiyet, doğum ağırlığı, bebeğin anket yapıldığı günkü ağırlığı (kaybedilen ağırlık yüzdesi), doğum sonrası taburcu olma zamanı, bebeğe verilen ilk besin kaynağıdır.

Bağımlı Değişkenler: Annenin EÖYÖ ve LATCH puan ortalamasıdır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Anne-Bebek Tanıtım Formu (Ek-1), EÖYÖ (Ek-2), LATCH Emzirmeyi Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği (Ek-3) ile toplanmıştır.

2.5.1 Anne-Bebek Tanıtım Formu (EK-1)

“Anne Bebek Tanıtım Formu” (EK-1) araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda 27 soru olarak oluşturulmuştur (Canpolat, 1992; Doğaner, 2005; Taş, 2005; Reich ve ark., 2011; Özenç, 2012). Oluşturulan formda anneye ait tanımlayıcı özellikleri; annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvence, gelir durumu, yaşadığı yer, doğum öncesi bakım alma durumu ve sıklığı, doğum türü, doğum esnasında uygulanan anestezi türü, çocuk sayısı, emzirme durumu, bebeğini emzirmeyi düşündüğü süre, İHB ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim alınan kişi ve yerler, babanın emzirmeye karşı tutumunu sorgulayan sorular oluştururken, İHB tanısı almış bebeğe ait tanımlayıcı özellikleri; postnatal yaş, bebeğin cinsiyeti, bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin anket yapıldığı günkü ağırlığı (kaybedilen ağırlık yüzdesi), doğum sonrası taburcu olma zamanı, bebeğe verilen ilk besin kaynağını sorgulayan sorular oluşturmaktadır.

2.5.2. Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği (EK-2)

Dennis ve Faux tarafından ilk olarak 33 maddeyle geliştirilen ölçek, 2003 yılında maddeleri Dennis tarafından 14’e indirilerek güncellenmiştir. Dennis tarafından bu 14 maddelik ölçeğin kullanılması önerilmiştir.

Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Form Ölçeği 5 puanlı Likert tipi bir ölçektir (1.Hiç emin değilim, 2. Çok emin değilim, 3. Bazen eminim, 4. Eminim, 5. Her zaman eminim). Ölçekten alınabilir minimum puan 14, maximum puan 70’tir.

Puanların yüksekliği, bireyin emzirme öz-yeterliliğiyle doğru orantılı olarak artmaktadır (Tokat, 2009).

EÖYÖ Őimdiye kadar 400’den fazla araştırmacı ve sağlık profesyoneli tarafından 30 ÷lkede kullanılmıştır. ÷lkemizde ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik çalışması ise Tokat (2009) tarafından yapılmış olup Cronbach’s Alfa değerı 0,86 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach’s Alfa değerı 0,83 bulunmuştur.

2.5.3.LATCH Emzirmeyi Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği (EK-3)

Sistematik ve standardize bir ölçüm yöntemiyle etkin emzirmeyi değerlendirmede sağlık çalışanlarına yardımcı olmayı hedefleyen ölçek, Jensen, Wallace ve Kelsay tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir.

÷lkemizde ilk olarak Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması, 1997 yılında Demirhan tarafından yapılmış Cronbach’s alfa değerı 0,94 olarak bulunmuştur. 2001 yılında Koyun ve 2003 yılında Yenai ve Okumuş tarafından yapılan araştırmalarda ise ölçek tekrar değerlendirilmiş ve güvenilir bir araç olarak önerilmiştir. Yenai ve Okumuş tarafından ölçeğin Cronbach’s Alfa değerı 0,95, Koyun tarafından ise 0,96 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alfa değerı 0,62 olarak bulunmuştur.

LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeğinin maddeleri apgar skorlama sistemine benzetilerek uyarlanmıştır. Ölçeğin maddeleri “LATCH” harflerinin ingilizce karşılıklarının birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Bu maddeler anneye müdahale edilmesi gereken durumlarda, uygun girişimde bulunabilmek için 5 özellik üzerine odaklanır.

L, (Latch): Bebeğin memeyi kavramasını,

A, (Audible Swallowing): Bebeğin yutkunma sesinin duyulmasını,

T, (Type of Nipple): Meme başının tipini,

C, (Comfort of Breast/Nipple): Annenin meme/meme başı ile ilgili rahatlığı

H, (Hold/Position): Annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirmek için gereksinimi olan yardımı tanımlanmıştır.

LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği'ni oluşturan her ölçüt için 0, 1, 2 puan verilir. Puanların toplanması ile emzirme değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10 ve en düşük puan 0'dır. Değerlendirme sonucunda toplam puanın 10'un altında olması annelerin emzirme konusunda desteğe ihtiyacı olduğunu gösterir (Riordan ve Koehn, 1997; Okumuş ve Yenal, 2003; Örşdemir, 2011). LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme ölçeği yalnızca hemşire tarafından kullanılabilen bir ölçüm aracı olmayıp, annenin kendini de değerlendirebildiği bir ölçüm aracıdır (Hamelin and McLennan 1999; Koyun, 2001).

Değerlendirme	Puanlar		
ÖLÇÜTLERİ	0	1	2
Memeyi tutma	Uyur ya da isteksizdir; memeyi tutmayı başaramaz	Tekrar dener, sadece meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür	Aeoralayıda ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışa doğru dönüktür
Bebeğin yutma hareketinin görülmesi	Yok	Birkaç emme hareketi	Yutma sırasında güçlü ekspirasyonlar görülür
Meme ucunun tipi	Çökük	Düz	Uyarıyla Dışarı Çıkış
Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı	Engorment, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
Bebeği tutuş pozisyonu	Tamamiyle yardımla	Minimal yardım	Yardımsız

Şekil 2.1. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Değerlendirme Yönergesi

2.6. Araştırma ile İlgili İzinler ve Etik Onam

Araştırmanın yürütülebilmesi için, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'ne bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'ndan 29.04.2015 tarih ve 22 no'lu etik kurul kararı (Bkz, Ek-4) ve Ankara Üniversitesi Etik Kurul'undan 85434274-050.04.04/28846 sayılı ve 14.05.2015 tarihli kurul kararı (Bkz Ek-5, Ek-6) ile gerekli izinler alındı.

Çalışmaya katılan annelere, araştırma verilerini toplamadan önce araştırmanın amacı açıklandı. Araştırmaya ilişkin soruları yanıtlandıktan sonra sözel ve yazılı onayları alınarak "Bilgilendirilmiş Onay İlkesi" (Bkz Ek-7) yerine getirildi. Annelerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "zerklik İlkesi", bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesi" yerine getirildi. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "Kimliksizlik ve Güvenlik İlkesi" yerine getirildi.

2.7. n Uygulama

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından anne-bebek tanıtım formunun anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 10 İHB tanısı almış bebek annesine n uygulama yapılmıştır. n uygulama sonrasında anne-bebek tanıtım formuna ilişkin gerekli düzenlemeler yapılmıştır. n uygulama verileri araştırma kapsamında değerlendirmeye alınmamıştır.

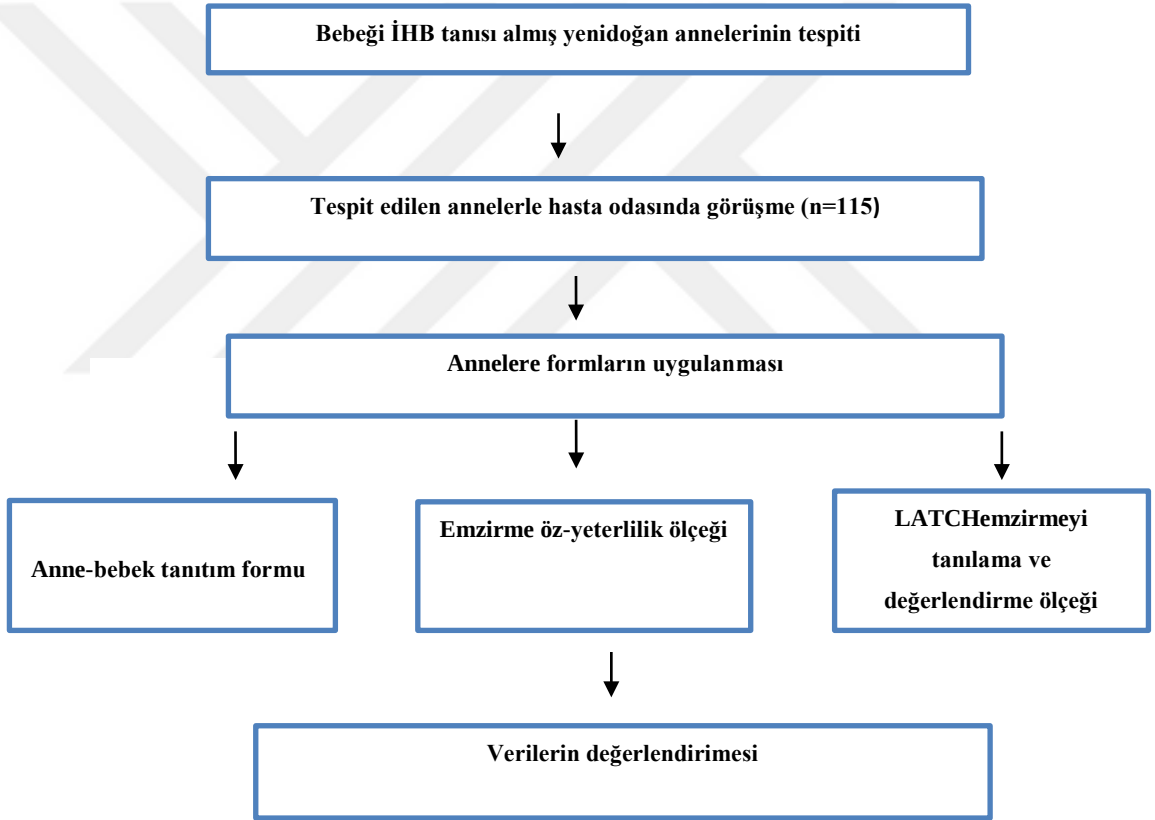
2.8. Uygulama

Araştırma süreci zaman akışı Çizelge 2.1’de verilmiştir. Araştırma verileri T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 1. Bölge Kamu hastaneleri genel sekreterliğine bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yenidoğan yoğun bakım, postpartum ve postoperatif bakım servislerinde, İHB tanısı nedeniyle fototerapi alan bebeklerin, annelerinden Mayıs 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

Çizelge 2.1 Zaman Çizelgesi

Yapılan çalışmalar	2014	2015	2016
Hazırlık Çalışmaları	Kasım 2014 Aralık 2014		
Literatür Tarama	Aralık 2014	Ocak 2015	
Tez Konusu Belirleme		Ocak 2015 Mart 2015	
Kurum İzin Yazısı		Nisan 2015	
Etik Kurul Yazısı		Mayıs 2015	
Veri Toplama		Mayıs 2015 Mayıs 2016	
Verilerin Analizi			Haziran-Ağustos 2016
Tezin Yazılması			Eylül-Aralık 2016
Tez Savunması			12 Haziran 2017

İHB tanısı alan yenidoğanlar, ilgili hastanenin yenidoğan yoğun bakım, postpartum ve postoperatif bakımservis sekreterlik kayıtlarından tespit edilmiştir. Tanı alan yenidoğanlar tespit edildikten sonra veriler, hasta odalarında annelerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anne-bebek tanıtım formu ve EÖYÖ anne tarafından doldurulduktan sonra, araştırmacı tarafından annelerin bebeklerini emzirmesi değerlendirilip LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeğine göre puanlama yapılmıştır. Görüşmeler ve veri araçlarının doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür (Şekil 2.2).



Şekil 2.2 Araştırma Süreci

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Numerik verileri değerlendirmek amacıyla ortalama ve standart sapma,

nominal verilerin (demografik) değerlendirmek için ise frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Numerik verilerin değerlendirilmesinde ise ilk olarak değişkenlerin (normal dağılım) parametrik koşullunu sağlayıp sağlamadığı Kolmogrow-Smirnov veya Saphiro Wilk testi ile araştırılmıştır. Parametrik test koşullarını sağlayan değişkenler için iki grup karşılaştırmalarında T-Testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise, Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi, parametrik koşulları sağlamayan değişkenler için ise iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırmasında ise Kruskal-Wallis H-Testi varyans analizi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grubun karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunan sonuçlarda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenirliği Cronbach alfa ile incelenmiştir. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi olarak $p<0,05$ değeri kabul edilmiştir.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçlarının sadece ilgili hastanenin, yenidoğan yoğun bakım, postpartum ve postoperatif bakım servislerinde, İHB tanısı nedeniyle fototerapi alan bebeklerin annelerine genellenebilir olması, bu araştırmanın sınırlılığıdır.

3.BULGULAR

Çalışma dört ana başlıkta ele alınmıştır:

3.1. Yenidoğanlar ve Annelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

3.2. Yenidoğanlar ve Annelerinin Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan

Ortalamalarına Ait Bulgular

3.3. Yenidoğanlar ve Annelerinin Özelliklerine Göre LATCH Puan

Ortalamalarına Ait Bulgular

3.4. EÖYÖ ve LATCH Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

3.1. Yenidoğanlar ve Annelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölüme ait bulgular; yenidoğanlara ait tanımlayıcı özellikler, annelere ait tanımlayıcı özellikler, annelerin şimdiki gebelik ve doğumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri ve annelerin emzirme ve sarılık bilgisi ile ilgili tanımlayıcı özellikleri olmak üzere dört ana başlıkta ele alınmıştır.

3.1.1. Yenidoğanlara Ait Tanımlayıcı Özellikler

Çizelge 3.1.1. Yenidoğanlara ait tanımlayıcı özellikler (N=115)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Kız	67	58,3
Erkek	48	41,7
Doğum ağırlığı		
2500 gr ve altı (Düşük doğum ağırlıklı)	12	10,4
2501gr ve 4000 gr arası (Normal doğum ağırlıklı)	103	89,6

Çizelge 3.1.1. Devam. Yenidoğanlara ait tanımlayıcı özellikler (N=115)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Doğum sonrası ağırlığı		
(Kaybedilen ağırlık yüzdesi)		
% 10'dan daha az kilo kaybı	102	88,7
% 10 ve da fazla kilo kaybı	11	9,6
Kilo artışı	2	1,7
Doğum sonu taburcu olma zamanı		
Doğum sonu ilk 24 saat içinde	13	11,4
Doğum sonu 25-48 saat içinde	51	44,3
Halen Hastanede Olanlar *	51	44,3
İlk beslenme şekli		
Kolostrum	86	74,8
Mama	29	25,2

*Postnatal 3 - 7. günlerini doldurmuş ancak halen hastanede izlemi sürdürülen anne- bebek çifti

Yenidoğanların tanımlayıcı özellikleri Çizelge 3.1.1'de verilmiştir. Yenidoğanların %58,3'ü kız, %41,7'si erkek olup, %10,4'ünün düşük doğum ağırlıklı %89,6'sının normal doğum ağırlıklı olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması 3193 ± 461 gram bulunmuştur.

Anket görüşmelerinin yapıldığı gün bebeklerin vücut ağırlıkları araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Bebeklerin doğum ağırlıkları ve şimdiki ağırlıkları arasındaki fark 3 gruba ayrılarak değerlendirilmiştir (Çizelge 3.1.1.). İlk grup, doğum sonrası fizyolojik ağırlık kaybı olan grup olup (% 10' dan dan daha az kilo kaybı) örneklemin %88,7'sini oluşturmaktadır. İkinci grup doğum ağırlığından % 10 ve da fazla kilo kaybı olan, patolojik kilo kaybı olan gruptur. Bu grup ise örneklemin %9,6'sını oluşturmuştur. 3. grup ise postnatal 3. ve 7. günleri arasında halen izlemi sürdürülen gruptur.

Çalışma kapsamına alınan yenidoğanların %11,3'ü, doğum sonu ilk 24 saat içinde anneye birlikte taburcu edilmiş, %74,8'i ilk olarak kolostrum ile beslenmiştir.

3.1.2. Annelere Ait Tanımlayıcı Özellikler

Çizelge 3.1.2. Annelere ait tanımlayıcı özellikler (N=115)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Annenin Yaşı		
19-25 yaş	47	40,9
26-30 yaş	34	29,6
31-35 yaş	22	19,1
36 yaş ve üstü	12	10,4
Eğitim		
İlköğretim	51	44,3
Lise	38	33,0
Üniversite ve yüksek lisans	26	22,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	32	27,8
Çalışmıyor	83	72,2
Annenin doğum sonrası çalışmayı düşünme durumu		
Çalışıyor	40	34,8
Çalışmıyor	75	65,2
Gelir düzeyi		
Geliri giderinden az	15	13,0
Geliri giderine eşit	52	45,2
Geliri giderinden fazla	48	41,8
Yaşadığı yer		
İl merkezi	71	61,7
İl merkezine uzak	44	38,3
Aile tipi		
Çekirdek	89	77,4
Geniş	26	22,6

Çizelge 3.1.2 ‘de annelere ait tanımlayıcı özellikler verilmiştir. Çizelgeye göre; araştırmaya katılan annelerin %40,9’u 19-25 yaşları arasında,% 44,3’ü ilköğretim mezunudur. Annelerin % 72,2’si doğum öncesi herhangi bir işte çalışmadığını, %65,2’si doğum sonrası dönemde çalışmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %45,2’si gelir ve giderinin eşit olduğunu belirtmiştir. Annelerin %61,7’sinin il merkezinde yaşadığı ve %77,4’ünün çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir.

3.1.3. Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Çizelge 3.1.3. Annelerin şimdiki gebelik ve doğumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri (N=115)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Doğum şekli		
Normal	67	58,3
Sezeryan	48	41,7
Anestezi türü*(n=48)		
Genel	11	22,9
Spinal veya epidural	37	77,1
Gebeliğin istenme durumu		
İsteyerek	93	80,9
İstemeyerek	22	19,1
Doğum öncesi bakım alma durumu		
Alan	107	93,0
Almayan	8	7,0
Doğum öncesi bakım sıklığı** (n=107)		
15 günde bir	29	27,2
Ayda bir	56	52,3
2 ayda bir veya daha az	22	20,5
Doğum sayısı		
Primipar	61	53,0
Multipar	54	47,0

*Bu soruyu sezeryan ile doğum eylemini gerçekleştirmiş anneleler cevaplamıştır

** Bu soruyu doğum öncesi bakım alan anneler cevaplamıştır.

Çizelge 3.1.3'e göre annelerin %58,3'ü normal, %41,7'si sezeryan ile doğum eylemlerini gerçekleştirmiş olup, sezeryan olan 48 annenin %77,1'inin spinal veya epidural anesteziyle doğum yaptıkları saptanmıştır. Araştırmamızda annelerin %80,9'u isteyerek gebe kaldıklarını ifade etmişlerdir. Annelerin %93'ü doğum öncesi bakım almış olup %52,2'si de ayda bir sıklıkla doğum öncesi bakım aldığını ifade etmiştir. Multipar anneler örneklemin %47'sini oluşturmaktadır.

3.1.4. Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özellikleri

Çizelge 3.1.4. Annelerin emzirme ve sarılık bilgisi ile ilgili özellikleri (N=115)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Emzirme bilgi durumu		
Alan	89	77,4
Almayan	26	22,6
Emzirme bilgisini yeterli bulma durumu		
Evet	68	59,1
Hayır	47	40,9
Emzirme ile ilgili bilgi alınan kaynaklar*(n=89)		
Sağlık personeli	55	34,4
Kendi deneyimleri	15	25,0
Yakın çevre ve aile büyükleri	21	13,1
Kitap ve dergiler	19	11,9
İnternet	40	9,3
Tv ve radyo	10	6,3
Emzirmeyi devam ettirmeyi düşündüğü süre		
2 yaşından önce	60	52,2
2 yaşına kadar	55	47,8
Emzirmeye babanın desteği		
Destek olan	103	89,6
Destek olmayan	12	10,4
Gebelik öncesi sarılık ile ilgili bilgi durumu		
Alan	58	50,4
Almayan	57	49,6
Sarılık bilgisini yeterli bulma durumu**(n=58)		
Evet	28	50,4
Hayır	30	49,6
Sarılık ile ilgili bilgi alınan kaynaklar***(n=84)		
Sağlık personeli	28	33,3
Yakın çevre ve aile büyükleri	21	25,0
İnternet	17	20,2
Kendi deneyimleri	12	14,3
Kitap ve dergiler	4	4,8
Tv ve radyo	2	2,4

*Bu soruyu emzirme ile ilgili bilgi alan anneler cevaplamıştır. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** Bu soruyu gebelik öncesi sarılıkla ilgili bilgi alan anneler cevaplamıştır.

***Bu soruyu sarılıkla ilgili bilgi alan anneler cevaplamıştır. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 3.1.4.'te annenin doğum sonrası emzirme ve sarılıkla ilgili tanımlayıcı özellikleri sunulmuştur. Annelerin %77,4'ü bu gebeliği süresince emzirme eğitimi aldığını ve en fazla bilgi aldığı kaynağın sağlık personeli olduğunu ifade etmişlerdir (%34,4). Emzirme bilgisi olduğunu ifade eden annelerin 59,1'inin kendilerini bu konuda yeterli bulduklarını belirtmişlerdir.

Annelerin %44,3'ü bebeklerini emdiği sürece emzirmeyi düşündüklerini %89,6'sı da eşinin emzirmeyi desteklediğini ifade etmiştir.

Çizelge 3.1.4.'te yenidoğan sarılığı ile ilgili bilgi alan ve almayan annelerin sayılarının birbirine çok yakın olduğunu görülmektedir. Bilgi alan annelerin %33,3'ü yenidoğan sarılığı hakkındaki bilgiyi sağlık personellerinden aldıklarını ifade ederken, bu annelerin %49,6'sı kendilerini yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir.

3.2. Yenidoğanlar ve Annelerinin Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çalışmaya katılan annelerin, EÖYÖ toplam puan ortalaması $51,79 \pm 9,42$ ve alt-üst değerler 30-70'dir.

3.2.1.Yenidoğanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamalarına ait bulgular Çizelge 3.2.1.'de verilmiştir.

Çizelge 3.2.1. Yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	EÖYÖ Puan Ort ±SS	Test Değeri ve Önemlilik
Cinsiyet		
Kız	50,43 ± 9,943	t=1,845
Erkek	53,69 ± 8,385	p=0,068
Doğum ağırlığı		
2500 gr ve altı (Düşük doğum ağırlıklı)	51,58 ± 2,667	U=609,000
2501 ve 4000 gr arası (Normal doğum ağırlıklı)	51,82 ± 0,935	p=0,934
Doğum sonrası ağırlığı (Kaybedilen ağırlık yüzdesi)		
% 10'dan daha az ağırlık kaybı	51,96±9,556	KW = 0,301
% 10 ve daha fazla ağırlık kaybı	51,09±7,778	p= 0,860
Doğum sonu taburcu olma zamanı		
Doğum sonu ilk 24 saat içinde	48,69 ± 3,039	KW= 3,570
Doğum sonu 25-48 saat içinde	50,61 ± 1,359	p=0,168
Halen hastanede olanlar	53,76 ± 1,185	
İlk beslenme şekli		
Kolostrum	53,48 ± 1,185	t=3,458
Mama	46,79 ± 9,500	p=0,001

Yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerine göre annelerin EÖYÖ puan ortalamaları Çizelge 3.2.1'te verilmiştir. Yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerinden, cinsiyet, doğum ağırlığı, doğum sonrası ağırlığı, doğum sonrası taburcu olma zamanı ve uyku süresinin annelerin EÖYÖ puanlarında istatistiksel olarak fark yaratmadığı görülmektedir. İlk beslenme şeklinin EÖYÖ puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır (t=3,458, p<0,05). Bebeklerini emzirerek, ilk olarak kolostrum veren annelerin (53,48 ± 8,831) hazır mama veren annelere göre (46,79 ± 9,500) EÖYÖ puan ortalamaları daha yüksektir.

3.2.2. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.2.2’ de annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamalarına ait bulgular gösterilmiştir.

Çizelge 3.2.2. Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	EÖYÖ Puan Ort $\pm$ SS	Test Değeri ve Önemlilik
Annenin yaşı		
19-25 yaş	50,94 $\pm$ 1,405	KW = 0,863 p=0,834
26-30 yaş	51,74 $\pm$ 1,476	
31-35 yaş	53,32 $\pm$ 2,290	
36 yaş ve üstü	53,36 $\pm$ 2,288	
Eğitim		
İlköğretim	51,43 $\pm$ 1,277	KW = 1,169 p=0,557
Lise	51,11 $\pm$ 1,533	
Üniversite ve yüksek lisans	53,50 $\pm$ 1,985	
Çalışma durumu		
Çalışıyor	51,22 $\pm$ 10,169	t=0,403
Çalışmıyor	52,01 $\pm$ 9,176	p=0,688
Annenin doğum sonrası çalışmayı düşünme durumu		
Çalışıyor	51,80 $\pm$ 9,772	t=0,07
Çalışmıyor	51,79 $\pm$ 9,300	p=0,994
Gelir düzeyi		
Geliri giderinden az	48,80 $\pm$ 1,857	KW = 4,323 p=0,115
Geliri giderine eşit	50,81 $\pm$ 1,358	
Geliri giderinden fazla	53,79 $\pm$ 1,354	
Yaşadığı yer		
İl merkezi	52,20 $\pm$ 9,290	t=0,585
İl merkezine uzak	51,14 $\pm$ 9,709	p=0,560
Aile tipi		
Çekirdek	53,00 $\pm$ 0,966	U=767,000
Geniş	47,65 $\pm$ 1,858	p=0,009

Çizelge 3.2.2.'ye göre annelerin yaşı, eğitim, doğum öncesi çalışma durumu, doğumdan sonra çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yerin EÖYÖ puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Annelerin aile tipine göre EÖYÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($U=767,000$, $p<0,05$). Annenin yaşadığı çekirdek aile tipinde annenin EÖYÖ puan ortalaması ($53,00 \pm 0,966$) geniş aile tipine göre ($47,65 \pm 1,858$) daha yüksektir.

3.2.3. Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.2.3'te annelerin şimdiki gebelik ve doğumlarına ilişkin tanımlayıcı özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.2.3. Annelerin şimdiki gebelik ve doğumlarına ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	EÖYÖ Puan Ort $\pm$ SS	Test Değeri ve Önemlilik
Doğum şekli		
Normal	51,54 $\pm$ 9,128	t=0,340
Sezeryan	52,15 $\pm$ 9,910	p=0,734
Anestezi türü		
Genel	56,91 $\pm$ 2,406	KW =4,009
Spinal veya epidural	50,73 $\pm$ 1,657	p= 0,135
Gebeliğin istenme durumu		
İsteyerek	52,27 $\pm$ 0,988	U=854,500
İstemeyerek	49,77 $\pm$ 1,899	p=0,231
Doğum öncesi bakım alma durumu		
Alan	52,05 $\pm$ 0,925	U=304,000
Almayan	48,38 $\pm$ 2,412	p=0,231
Doğum öncesi bakım sıklığı		
15 günde bir	53,16 $\pm$ 1,615	KW =1,124
Ayda bir	51,28 $\pm$ 1,282	p= 0,570
2 ayda bir veya daha az	51,29 $\pm$ 1,804	

Çizelge 3.2.3. Devam Annelerin şimdiki gebelik ve doğumlarına ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamalarına ait bulgular (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	EÖYÖ Puan Ort $\pm$ SS	Test Değeri ve Önemlilik
Doğum sayısı		
Primipar	49,13 $\pm$ 9,703	t=3,359
Multipar	54,80 $\pm$ 8,192	p=0,001

Çizelge 3.2.3'e göre araştırmaya katılan annelerin doğum şekli, anestezi türü, gebeliği isteme durumu, doğum öncesi bakım alma durumu ve doğum öncesi bakım sıklığı, EÖYÖ puan ortalamalarını etkilememektedir ($p>0,05$).

Doğum sayısı annelerin EÖYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmıştır ($t=3,359$, $p<0,050$). Multipar annelerin EÖYÖ puan ortalamaları ($54,80 \pm 8,192$), primipar annelere göre ($49,13 \pm 9,703$) daha yüksektir.

3.2.4. Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özelliklerine Göre EÖYÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.2.4.'te annelerin doğum sonrası dönemde emzirme ve sarılık bilgisi ile ilgili özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Çizelge 3.2.4. Annelerin emzirme ve sarılık bilgisi ile ilgili özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	EÖYÖ Puan Ort $\pm$ SS	Test Değeri ve Önemlilik
Emzirme bilgisi alma durumu		
Alan	52,92 $\pm$ 0,953	U=853,000
Almayan	47,92 $\pm$ 1,965	p=0,042

Çizelge 3.2.4. Devam Annelerin emzirme ve sarılık bilgisi ile ilgili özelliklerine göre EÖYÖ puan ortalamalarına ait bulgular (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	EÖYÖ Puan Ort ±SS	Test Değeri ve Önemlilik
Emzirme bilgisini aldığı kaynak/kaynakları yeterli bulma durumu		
Evet	55,04 ± 0,969	t=4,188
Hayır	47,09 ± 1,375	p=0,000
Emzirmeyi düşündüğü süre		
2 yaşından önce	50,72 ± 8,697	t=1,281
2 yaşına kadar	52,96 ± 10,109	p=0,203
Emzirmeye babanın desteği		
Destek olan	52,40 ± 0,914	U=402,500
Destek olmayan	46,58 ± 2,732	p=0,048
Gebelik öncesi sarılık ile ilgili bilgi alma durumu		
Alan	52,48 ± 9,162	t=0,792
Almayan	51,09 ± 9,714	p=0,430
Sarılık bilgisini aldığı kaynak/kaynakları yeterli bulma durumu		
Evet	56,39 ± 1,532	U=774,000
Hayır	50,31 ± 1,006	p=0,004

Çizelge 3.2.4'e göre annelerin emzirme bilgisi alma durumuna göre EÖYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (U=853,000, p<0,05). Emzirme bilgisi alan annelerin EÖYÖ puan ortalaması (52,92±0,953) almayana göre (47,92 ± 1,965) daha yüksektir.

Annelerin emzirme eğitimini yeterli bulma durumuna göre EÖYÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir (t=4,188, p<0,050). Emzirme eğitimini yeterli bulan annelerin EÖYÖ puan ortalamaları (55,04 ±0,969), yeterli bulmayan veya almayanlara göre (47,09±1,375) daha yüksektir.

Çizelge 3.2.4'e göre annelerin emzirmeyi devam ettirmeyi düşündükleri sürelerle göre EÖYÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (t=1,281, p>0,05).

Babanın emzirmeye karşı desteğine göre annelerin EÖYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($U=402,500$, $p<0,05$). Emzirmeye destek olunan annelerin EÖYÖ puan ortalamaları ($52,40 \pm 0,914$) destek olunmayana göre ($46,58 \pm 2,732$) daha yüksektir.

Çizelge 3.2.4' e göre annelerin yenidoğan sarılığı hakkında bilgi alma durumu EÖYÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilememektedir ($p>0,05$). Ancak annelerin sarılıkla ilgili aldıkları bilgileri yeterli bulma durumu, EÖYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($U=774,000$, $p<0,05$). Sarılık bilgisini yeterli bulan annelerin EÖYÖ puan ortalaması ($56,39 \pm 1,532$) yeterli bulmayan annelere göre ($50,31 \pm 1,006$) daha yüksektir.

3.3. Yenidoğanlar ve Annelerinin Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çalışmaya katılan annelerin, LATCH toplam puan ortalaması $7,46 \pm 1,93$ ve alt - üst değerler 2-10'dur.

3.3.1. Yenidoğanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.3.1.'de bebeğin tanımlayıcı özelliklerine göre LATCH puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Çizelge 3.3.1.Yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerine göre annelerin LATCH puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	LATCH Puan Ort $\pm$ SS	Test Değeri ve Önemlilik
Cinsiyet		
Kız	$7,13 \pm 2,152$	$t=2,173$
Erkek	$7,92 \pm 1,485$	$p=0,032$

Çizelge 3.3.1. Devam Yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerine göre annelerin LATCH puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	LATCH Puan Ort ±SS	Test Değeri ve Önemlilik
Doğum ağırlığı		
2500 gr ve altı (Düşük doğum ağırlıklı)	6,50 ± 0,417	U=383,500
2501 ve 4000 gr arası (Normal doğum ağırlıklı)	7,57 ± 0,193	p=0,030
Doğum sonrası ağırlığı		
(Kaybedilen ağırlık yüzdesi)		
% 10 dan daha az ağırlık kaybı	7,42±1,987	KW =2,744
% 10 ve daha fazla ağırlık kaybı	8,09±1,375	p= 0,254
Doğum sonu taburcu olma zamanı		
Doğum sonu ilk 24 saat içinde (A)	6,92 ± 0,525	U=926,500
Doğum sonu 25-48 saat içinde (B)	7,10 ± 0,256	p= 0,021**
Halen hastanede olanlar*(C)	7,96 ± 0,276	
İlk beslenme şekli		
Kolostrum	7,74± 1,777	t=2,784
Mama	6,62±2,162	p=0,006

*Postnatal 3-7. günlerini doldurmuş ancak halen hastanede izlemi sürdürülen anne- bebek çifti

**Mann-Whitney U testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar (B-C)

Çizelge 3.3.1.'de yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerine göre LATCH puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge 3.3.1'e göre bebek cinsiyeti, annelerin LATCH puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur (t=1,845, p<0,050). Erkek bebeğe sahip olan annelerin (7,92±1,485) kız bebeği sahip olan annelere göre (7,13±2,152) LATCH emzirme puan ortalamaları daha yüksektir.

Yenidoğanların doğum ağırlıkları annelerin LATCH puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilememektedir (Çizelge 3.3.1., U=383,500, p<0,05). Normal doğum ağırlıklı bebeğe sahip olan annelerin LATCH emzirme puan ortalaması (7,57 ± 0,193), düşük doğum ağırlıklı olana göre (6,50 ± 0,417) daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 3.3.1.'e göre yenidoğanların doğum sonrası ağırlıkları annelerin LATCH puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilememektedir (p>0,05).

Çalışma kapsamına alınan yenidoğanların doğum sonrası taburcu edilme zamanları, annelerin LATCH puan ortalamalarını etkilemiştir ($U=926,500$, $p<0,05$). Annelerin LATCH puanlarının doğumdan sonra taburcu olma zamanına göre anlamlı bir (gözlenen grup medyanları birbirine eşit değildir) farklılık göstermektedir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Mann-Whitney U testine göre anlamlı çıkan sonuç;

Doğum sonrası halen hastanede izlemi sürdürülen anne-bebek çiftinin anne LATCH puan ortalaması ($7,96 \pm 0,276$) (C) annenin LATCH puanı sıralama ortalaması doğum doğum sonu ilk 24 saatten sonra taburcu edilen gruba göre (B), ($7,10 \pm 0,256$) daha yüksektir.

Yenidoğanların ilk beslenme şekli, annelerin LATCH emzirme puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemektedir ($t=2,784$, $p<0,050$). Emzirerek, kolostrum veren annelerin ($7,74 \pm 1,777$) hazır mama veren annelere göre ($6,62 \pm 2,162$) LATCH emzirme puan ortalamaları daha yüksektir.

3.3.2 Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.3.2 Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre annelerin LATCH puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	LATCH Puan Ort $\pm$ SS	Test Değeri ve Önemlilik
Annenin Yaşı		
19-25 yaş	$7,23 \pm 0,258$	
26-30 yaş	$7,44 \pm 0,392$	KW =2,754 p= 0,431
31-35 yaş	$7,59 \pm 0,404$	
36 yaş ve üstü	$8,17 \pm 0,441$	
Eğitim		
İlköğretim	$7,73 \pm 0,238$	KW = 2,415 p = 0,299
Lise	$7,11 \pm 0,311$	
Üniversite ve yüksek lisans	$7,46 \pm 0,462$	

Çizelge 3.3.2 Devam Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre annelerin LATCH puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	LATCH Puan Ort ±SS	Test Değeri ve Önemlilik
Çalışma durumu		
Çalışıyor	7,56 ± 2,184	t=0,348
Çalışmıyor	7,42 ± 1,842	p=0,728
Annenin doğum sonrası çalışmayı düşünme durumu		
Çalışıyor	7,38 ± 2,072	t=0,346
Çalışmıyor	7,42 ± 1,870	p=0,730
Gelir düzeyi		
Geliri giderinden az	7,20 ± 0,480	KW = 2,626 p=0,269
Geliri giderine eşit	7,27 ± 0,258	
Geliri giderinden fazla	7,75 ± 0,294	
Yaşadığı yer		
İl merkezi	7,44 ± 2,103	t=0,170
İl merkezine uzak	7,50 ± 1,650	p=0,865
Aile tipi		
Çekirdek	7,45 ± 0,211	U=1151,000
Geniş	7,50 ± 0,348	p=0,968

Çizelge 3.3.2.'ye göre annelerin, yaşı, eğitim durumu, doğum öncesi ve sonrası çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve aile tiplerine göre LATCH puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

3.3.3 Annelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.3.3'te annelerin şimdiki gebelik ve doğumlarına ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre LATCH puan ortalamalarına ait bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.3.3. Annelerin şimdiki gebelik ve doğumlarına ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre annelerin LATCH puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	LATCH Puan Ort $\pm$ SS	Test Değeri ve Önemlilik
Doğum şekli		
Normal	7,34 $\pm$ 1,974	t = 0,769
Sezeryan	7,63 $\pm$ 1,886	p=0,444
Anestezi türü		
Genel	7,91 $\pm$ 0,476	KW = 0,718
Spinal veya epidural	7,54 $\pm$ 0,326	p=0,698
Gebeliğin istenme durumu		
İsteyerek	7,55 $\pm$ 0,197	U=887,000
İstemeyerek	7,09 $\pm$ 0,446	p=0,327
Doğum öncesi bakım alma durumu		
Alan	7,63 $\pm$ 0,565	U=427,500
Almayan	7,45 $\pm$ 0,190	p=0,996
Doğum öncesi bakım sıklığı		
15 günde bir	7,55 $\pm$ 0,388	KW = 0,261
Ayda bir	7,43 $\pm$ 0,246	p=0,877
2 ayda bir veya daha az	7,42 $\pm$ 0,361	
Doğum sayısı		
Primipar	6,84 $\pm$ 1,908	t = 3,905
Multipar	8,17 $\pm$ 1,724	p=0,000

Çizelge 3.3.3' e göre araştırmaya katılan annelerin doğum şekli, anestezi türü, gebeliği isteme durumları, doğum öncesi bakım alma durumu ve doğum öncesi bakım sıklıklarının LATCH puanlarına göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Doğum sayısına göre annelerin LATCH emzirme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=3,905, p<0,050). Multipar annelerin LATCH emzirme puan ortalamaları (8,17 $\pm$ 1,724) primipar annelere göre (6,84 $\pm$ 1,908) daha yüksektir.

3.3.4. Annelerin Emzirme ve Sarılık Bilgisi ile İlgili Özelliklerine Göre LATCH Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Çizelge 3.3.4. Annelerin emzirme ve sarılık bilgisi ile ilgili özelliklerine göre annelerin LATCH puan ortalamaları (N=115)

Tanımlayıcı özellikler	LATCH Puan Ort $\pm$ SS	Test Değeri ve Önemlilik
Emzirme Bilgisi Alma durumu		
Alan	7,73 $\pm$ 0,200	U= 7323,000
Almayan	6,54 $\pm$ 0,360	p=0,004
Emzirme bilgisini aldığı kaynak/kaynaklarını yeterli bulma durumu		
Yeterli	7,82 $\pm$ 1,892	t=2,472
Yetersiz	6,94 $\pm$ 1,893	p=0,015
Emzirmeyi düşündüğü süre		
2 yaşından önce	7,73 $\pm$ 1,614	t=1,588
2 yaşına kadar	7,16 $\pm$ 2,209	p=0,115
Emzirmeye babanın desteği		
Destek olan	7,63 $\pm$ 0,184	U= 332,500
Destek olmayan	6,00 $\pm$ 0,564	p=0,008
Gebelik öncesi sarılık ile ilgili bilgi alınma durumu		
Alan	7,60 $\pm$ 2,017	t=0,796
Almayan	7,32 $\pm$ 1,853	p=0,428
Sarılık bilgisini aldığı kaynak/kaynaklarını yeterli bulma durumu		
Yeterli	8,32 $\pm$ 0,337	U=782,500
Yetersiz	7,18 $\pm$ 0,205	p=0,004

Çizelge 3.3.4'e göre, annelerin emzirme bilgisi alma durumu, LATCH puanlarında istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (U=7323,000, $p<0,05$). Emzirme bilgisi alan annelerin LATCH emzirme puan ortalaması (7,73 $\pm$ 0,200) almayana göre (6,54 $\pm$ 0,360) daha yüksektir.

Annelerin emzirme eğitimi yeterli bulma durumunun LATCH puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark yarattığı bulunmuştur (t=2,472, $p<0,050$). Emzirme eğitimini yeterli bulan annelerin LATCH puan ortalamaları (7,82 $\pm$ 1,892), yeterli bulmayanlara göre (7,32 $\pm$ 1,853) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Annelerin emzirmeyi düşündükleri süre ile annelerin LATCH puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır ($t=1,588$, $p>0,05$, Çizelge 3.3.4.).

Çizelge 3.3.4'e göre babanın emzirmeye karşı desteğinin annelerin LATCH puanlarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır ($U=332,500$, $p<0,05$). Eşi emzirmeye destek olan annelerin, LATCH puan ortalaması ($7,63 \pm 0,184$) destek olmayana göre ($6,00 \pm 0,564$) daha yüksektir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, annelerin yenidoğan sarılığı hakkında bilgi alma durumları annelerin LATCH puan ortalamasını etkilememektedir ($p>0,05$). Ancak bilgi alan annelerin, aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumları LATCH puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemektedir (Çizelge 3.3.4, $U=782,500$, $p<0,05$). Adıkları bilgiyi yeterli bulan annelerin LATCH puan ortalamaları ($8,32 \pm 0,337$), yetersiz bulan annelere göre ($7,18 \pm 0,205$) daha yüksektir.

3.4. EÖYÖ ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Çizelge 3.4. EÖYÖ ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki

		LATCH Emzirme Ölçeği	Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği
LATCH Emzirme Ölçeği	r	1	0,531**
	p		,000
Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	r	0,531**	1
	p	,000	

Çizelge 3.4.'e göre EÖYÖ ve LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeği ile arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (**$r=0,531$, $p<0,01$**). Açıklanan varyans, değişkenlerden birinde gözlenen değişkenliğin ne kadarının diğer değişken tarafından açıklandığını yorumlamada kullanılır ve determinasyon katsayısı olarak isimlendirilir ($r^2= 0,28$). LATCH emzirme puanı toplam varyansın (değişkenliğin) % 28' inin emzirme öz-yeterlilik puanından kaynaklandığı söylenebilir.



4. TARTIŞMA

Bebeği İHB tanısı almış annelerin emzirme öz-yeterliliği ve emzirme başarısını değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç ana başlıkta, literatür bulgularıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır:

4.1. Yenidoğanların ve Annelerin Özelliklerine Göre Annelerin Emzirme Öz-yeterliliğine Ait Bulguların Tartışılması

4.2. Yenidoğanların ve Annelerin Özelliklerine Göre Annelerin Emzirme Başarısına Ait Bulguların Tartışılması

4.3. EÖYÖ Ölçeği ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

4.1. Yenidoğanların ve Annelerin Özelliklerine Göre Annelerin Emzirme Öz-yeterliliğine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza katılan annelerin (115) EÖYÖ puan ortalaması $51,79 \pm 9,42$ olarak bulunmuştur. (Dennis (2003), EÖYÖ geçerlilik güvenilirliğini değerlendirdiği çalışmasında EÖYÖ puan ortalamasını $55,88 \pm 10,85$ olarak bulmuştur. Ülkemizde Tokat (2009) tarafından yapılan, çalışma grubunu sağlıklı-term bebeği olan annelerin oluşturduğu, EÖYÖ geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ise ölçeğin puan ortalaması $60,09 \pm 8,2$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda EÖYÖ puan ortalaması Tokat'ın çalışmasına göre düşük bulunmuştur. Bu durumun çalışmamızın örneklemini, bebeği İHB tanısıyla izlemi sürdürülen annelerin oluşturmuş olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. İHB ile ilgili yapılan çalışmalarda ise, emzirme ile ilgili sorunların İHB'de önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir (Nijestil ve Sauer, 2004; Maisels ve Newman, 2012; Uslu ve ark., 2012). Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, İHB tanısı alan yenidoğan annelerinin düşük emzirme öz-yeterlilik algısına sahip olduğu söylenebilir. Bu nedenle hemşirelere, İHB nedeniyle fototerapi alan bebek annelerine, emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirecek eğitim programları

düzenlemeleri önerilebilir. Ayrıca bu programlara antenatal dönemde başlanılmasının, İHB nedeniyle bebeklerin hastaneye tekrar yatışlarını azaltabileceği düşünülmektedir.

Yenidoğanların özelliklerine göre annelerin EÖYÖ puanları değerlendirildiğinde; bebek cinsiyetinin annelerin emzirme öz-yeterliliklerinde istatistiksel bir fark yaratmadığı görülmüştür ($p>0,05$, Çizelge 3.2.1). Baysal ve ark.'da (2014) sağlıklı ve hasta bebeği olan annelerin emzirme öz-yeterliliklerini değerlendirdikleri çalışmada, bebek cinsiyetinin annelerin emzirme öz-yeterliliklerini etkilemediğini bulmuşlardır (Baysal ve ark.,2014). Aslan ve Ege (2016), annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ilişkisini değerlendikleri çalışmada bebek cinsiyeti ve emzirme öz-yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Bu sonuçlar doğrultusunda, bebek cinsiyetinin annelerin emzirme öz-yeterliliklerini her zaman etkileyen bir etmen olmadığını düşündürmüştür. Araştırmanın yapıldığı toplum yapısı, annenin bebeğin cinsiyetinden memnun olup/olmaması gibi faktörler sonuçları değiştirebilmektedir.

Çalışmada bebeklerin doğum ağırlığının EÖYÖ puan ortalamalarını etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 3.2.1). Küçükoğlu (2011) çalışmasında düşük doğum ağırlığının annelerin emzirme öz-yeterliliğinde olumsuz bir durum yarattığını belirlemiştir. Bu çalışmada, bebeklerin büyük bir çoğunluğunun normal doğum ağırlığında olması nedeniyle annelerin EÖYÖ puan ortalamalarının etkilenmediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yenidoğanların doğum sonrası ağırlıklarının (kaybedilen ağırlık yüzdesi) EÖYÖ puan ortalamalarını etkilemediği görülmüştür ($p>0,05$, Çizelge 3.2.1). Çalışmamız kapsamına alınan yenidoğanlar yaşamlarının ilk haftasındadır. Yaşamın ilk haftasında her yenidoğanda fizyolojik bir ağırlık kaybı görülmektedir. Bu kayıp term bebeklerde %5-10 arasında iken preterm bebeklerde %10-15'tir. Literatürde bu sınırların üstünde bir ağırlık kaybı, yenidoğanlar için patolojik ağırlık kaybı olarak kabul edilmektedir. Patolojik ağırlık kaybı yenidoğan sağlığını ciddi bir şekilde etkileyebilecek bir durumdur. Yapılan çalışmalar patolojik ağırlık kaybının

İHB için de belirgin bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Bertini ve ark., 2001; Shapiro, 2003; Nijestil ve Sauer, 2004; Bülbül ve ark., 2005). Bu nedenle bebeklere doğum sonrası ilk haftada yapılan takiplerde, kaybedilen ağırlık yüzdesinin belirlenmesi önemlidir. Bu çalışma doğrultusunda, yenidoğanlarda görülen ilk bir haftadaki patolojik tartı kayıpları ve annelerin emzirme öz-yeterliliğini ilişkisini inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamıza göre, anne-bebek çiftinin taburcu edilme zamanı ile annelerin emzirme öz-yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$, Çizelge 3.2.1). Ülkemizde yaygın olarak, doğum sonrası anne-bebek çifti normal doğumdan 24 saat sonra, sezeryan doğumdan sonra ise en az 72 saat sonra taburcu edilmektedir (HASUDER, 2011;TND, 2014; Yücel ve ark., 2015). Çalışmanın yapıldığı hastanede de taburculuk eğilimleri bu yöndedir. Literatürde anne-bebek çiftinin taburcu olma zamanları ile annelerin emzirme öz-yeterliliği arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Ancak doğum sonu erken dönemde annelerin EÖYÖ puan ortalamalarını değerlendiren çalışmalar mevcuttur (Yenal ve ark., 2013; Tokat, 2009). Bu çalışmalarda annelerin emzirme problemleriyle en çok doğum sonrası ilk haftada karşılaştığı vurgulanmıştır. Annelerin karşılaştığı bu problemler, annelerin emzirme öz-yeterliliklerini olumsuz etkileyebilmektedir (Dennis,2003; Tokat, 2009).

Bu çalışmada annelerin bebeklerini ilk olarak kolostrum ile beslemesi annelerin emzirme öz-yeterliliğini istatistiksel olarak etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 3.2.1). Cömert (2011), çalışmasında benzer olarak kolostrum veren annelerin EÖYÖ puanlarını etkilediğini saptamıştır. Bu çalışma sonucunda literatürle uyumlu olarak bebeklerin ilk olarak kolostrumla beslenmesinin, emzirmenin devam ettirilmesi için önemli bir başlangıç noktası olduğu düşünülmüştür. (Nijestil ve Sauer, 2004; Küçükoglu, 2011; Altıparmak ve Coşkun, 2016).

Araştırmada annelerin tanıtıcı özelliklerine göre, EÖYÖ puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Yaş, eğitim, doğum öncesi ve sonrası çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yerin annelerin emzirme öz-yeterlilik algısını istatistiksel olarak

etkilemedikleri bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 3.2.2). Küçüköğlu ve ark., (2015) bulgularımıza benzer olarak anneye ait tanıtıcı özelliklerin (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir durumu) annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerini etkilemediğini belirlemiştir. Gökçeoğlu (2014), ise annenin yaşı, bulunduğu aile yapısı, eğitim seviyesi, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik değişkenlerin annelerin emzirme öz-yeterliliğini etkilediğini saptamıştır. Bu çalışmada annelerin yaş, eğitim, doğum öncesi ve sonrası çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yerin annelerin EÖYÖ puanlarını etkileyen bir etmen olmaması; annelerin çoğunluğunun il merkezinde yaşıyor olması, çalışmanın yapıldığı hastanenin bebek dostu hastane olması ve bu hastanede annelere düzenli olarak emzirme danışmanlığı hizmeti verilmiş olabileceğinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmada annenin aile tipi, annelerin emzirme öz-yeterliliği etkileyen bir etmen olarak belirlenmiştir ($p<0,05$, Çizelge 3.2.2). Araştırma bulgularımızın literatürde bu konuda yapılan çalışmaların bulgularıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Aksoy, 2016; Akan, 1995; Dennis, 2003). Aksoy ve ark.(2016) postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisini inceledikleri çalışmada annelerin yaşadığı aile tipi EÖYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamışlardır. Ancak aynı çalışmada, çekirdek aile tipinde yaşayan annelerin EÖYÖ puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Aksoy, 2016). Akan (1995) yaptığı çalışmada, geniş ailede yaşayan annelerin emzirmeyi erken dönemde bıraktığını bulmuştur (Akan, 1995). Dennis'e (2003) göre annelerin çevrelerinden gördüğü örnekler annelerin emzirme öz-yeterliliğini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Dennis, 2003). Ülkemizde geniş aile yapısının yaygın olduğu bilinmektedir. Geniş aile tipinde yaşayan annelerin emzirme ile bilgi kaynaklarını çoğu zaman aile büyüklerinden edindikleri deneyimler oluşturmaktadır (Akan, 1995; Bandura, 1998; Vefikuluçay, 2002; Koç ve Tezcan, 2005; Samlı ve ark., 2006). Bu nedenle hemşire emzirme danışmanlığı sırasında yalnızca anneyi hedef grup olarak değerlendirmemelidir. Annenin emzirme sürecini etkileyebilecek bir üst kuşakıda hedef grup olarak ele alınmalıdır (Demirtaş, 2005).

Çalışmamızda annelerin doğum şekli, anestezi alıp almama durumunun annelerin EÖYÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 3.2.3). Wutke ve Dennis (2007), Cömert (2011) çalışmalarında benzer olarak annelerin doğum şekli, anestezi alıp almama durumunun EÖYÖ puan ortalamalarını etkilemediğini saptamıştır (Wutke ve Dennis, 2007; Cömert, 2011). Dennis (2003) ve Tokat (2009) ise, sezaryen doğum yapan annelerin EÖYÖ puanlarının daha düşük olduğunu ve bu durumun erken dönemde anne-bebek etkileşiminin sağlanmamasından kaynaklandığını belirlemişlerdir (Dennis, 2003; Tokat, 2009). Sezeryan, anne-bebek sağlığını tehlikeye sokacak belli durumların önlenmesi için gerekli olan bir ameliyattır. Anne-bebek sağlığı konusunda normal doğuma göre üstün bir konumda değildir. Aksine bu durum, yenidoğanda solunum problemleri, annede sezeryan sonrası hipovolemi, hipotonsiyon gibi birçok risk taşımaktadır. Ayrıca sezeryan sonrasında anne-bebek bağlanmasında sorunlar, ilk emzirmede gecikme, emzirme süresinde azalma, yenidoğanda patolojik tartı kayıpları daha sık görülebilmektedir (TJOD, 2013). Yapılan çalışmalar ve bulgularımız doğum şeklinin emzirme öz-yeterlik algısına etkisini gösteren kanıt düzeyinde çalışmalara gereksinim duyulduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada isteyerek gebe kalan annelerin EÖYÖ puan ortalamalarının, istemeyerek gebe kalan annelerden daha yüksek olmasına karşın, gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$, Çizelge 3.2.3). Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Akkoyun ve Arslan (2016) gebeliğin istenme durumunun annelerin EÖYÖ puan ortalamalarını etkilemediğini bulmuşlardır. Dennis'e göre (2006), planlanmamış ve istenmeyen gebelikler emzirme annelerin öz-yeterlilik algısını olumsuz etkilemektedir. İstenmeyen bir gebelik sonucu anne bebeğine bağlanma korkusuyla emzirmeye başlasa bile erken dönemde bırakabilir (Dennis, 2006). Çalışma bulguları, istemeyerek gebe kalan annelerin emzirme sürecinde desteğe ihtiyaçları olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmada, annelerin doğum öncesi bakım alma ve bakım sıklığının annelerin EÖYÖ puan ortalamalarını etkilememiştir. Ancak doğum öncesi bakım almayan annelerin EÖYÖ puanları oldukça düşük bulunmuştur. ($p>0,05$, Çizelge 3.2.3).

Cömert (2011) doğum öncesi ilk altı aylık dönemde düzenli sağlık kontrolü yaptıran annelerin EÖYÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğunu, bulmuştur. Buxton ve ark (1991), prenatal dönemde yeterli sağlık kontrolü yaptıran ve emzirme öz-yeterliliği yüksek olan annelerin yalnızca %5' inin doğumdan sonra ilk bir haftada emzirmeyi bıraktıklarını belirlemiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda doğum öncesinde düzenli bakım alan annelerin emzirme öz-yeterliliğinin almayanlara göre yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmada multipar annelerin EÖYÖ puanları literatürle uyumlu olarak, primipar annelere göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 3.2.3). (Dennis, 2003; Lee ve Ip, 2008; Tokat, 2009; Örşdemir, 2011; Küçükoğlu ve Çelebioğlu, 2014). Dennis'e (2002) göre annelerin daha önceki deneyimleri emzirme öz-yeterliliğini etkilemektedir (Dennis, 2002). Multipar annelerin, emzirmeyi daha önce deneyimlemiş olmalarının emzirme sürecini olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Bu çalışmada, emzirme ile ilgili bilgi alan ve aldığı bilgi kaynağını yeterli bulan annelerin EÖYÖ puan ortalamaları bilgi almayan annelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge, 3.3.4). Literatürde eğitim programlarının emzirmeyi tek başına etkileyen en önemli faktör olduğu ve sağlık personeli tarafından verilecek emzirme eğitimi ve desteğin emzirme süresi ve oranını artıracakı vurgulanmaktadır. (Küçükoğlu, 2011; Sudfeld ve ark., 2012; Ekşioğlu ve Çeber, 2015). Kaun (1999) çalışmasında sağlık personeli tarafından emzirme eğitimi verilen annelerin emzirme konusunda kendisine daha çok güvendiğini belirlemiştir (Kaun, 1999). Bu durum, annelerin emzirme konusunda bilgi almasının yanısıra alınan bilginin etkinliğinin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada annelerin bebeklerini emzirmeyi planladıkları süre EÖYÖ puan ortalamalarını etkilememiştir. Ancak, annelerin yalnızca %52,2'sinin, bebeklerini 2 yaşına kadar emzirmeyi planlamaları düşündürücü bir bulgudur ($p<0,05$, Çizelge 3.3.4 ve Çizelge 3.1.4). UNICEF ve DSÖ önerilerine göre çocuklar ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmeli 6 aydan sonra ek gıdayla birlikte emzirmeye 2 yaşına kadar

devam edilmelidir. Ülkemizde emzirmeyi destekleyen politikalara rağmen annelerin 2 yaşına kadar emzirmeyi devam etme oranları oldukça düşüktür (TNSA, 2013). Wilhelm ve ark. (2006), postnatal 2.günde, 2. haftada, 6. haftada ve 6. ayda annelerin emzirme öz-yeterliliklerini değerlendirdikleri çalışmada, postnatal 2. haftada EÖYÖ puanları yüksek olan annelerin ilk 6 ayda emzirme oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Wilhelm ve ark., 2006). Doğum sonrası ilk haftada annelerin emzirme öz-yeterlilik algılarını güçlendirmeye yönelik girişimlerin bebeklerin 2 yaşına kadar emzirme oranlarını artırabileceği söylenebilir.

Bu araştırmada, babaların emzirmeye karşı desteği annelerin emzirme öz-yeterliliklerini etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. Dennis ve Faux (1999), Cömert (2011) çalışmalarında benzer olarak, emzirme konusunda eşi destek olan annelerin EÖYÖ puan ortalamalarını destek olmayan annelere göre yüksek bulmuşlardır. Dennis'e (2006) göre annelerin gördükleri emosyonel destek emzirme öz-yeterliliğini olumlu yönde etkilemektedir (Dennis, 2006). Çalışma bulgularımız da bu bilgiyi desteklemektedir. Annelerin emzirme öz-yeterlilik algısını, babanın eşine vereceği psiko-sosyal desteğin olumlu yönde değiştirebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda annelerin İHB hakkında bilgi alma durumuna göre annelerin EÖYÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,050$). Ancak bilgi alan annelerin aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumunun annelerin EÖYÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır (Çizelge 3.2.4). Literatürde yenidoğan sarılığı ve emzirme başarısını ayrı ayrı inceleyen araştırmalar bulunmasına karşın, yenidoğan sarılığı bilgi düzeylerinin annelerin emzirme öz-yeterliliği arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak bebeğin yeterli ve uygun bir şekilde emzirilmesinin bebeklerde yenidoğan sarılığı riskini azalttığı bilinmektedir (Bertini ve ark., 2001; APA, 2004; TND, 2014). Uslu ve ark. (2012) annelere verilen yenidoğan sarılığı ve emzirme eğitimi ile erken yenidoğan poliklinik takibinin sarılık nedeniyle hastaneye yatış üzerine etkisini değerlendiren bir çalışma yapmışlardır. Aynı çalışma sonucunda, verilen eğitimlerin yenidoğan sarılığı nedeniyle tekrar hastaneye yatan hastalarda fototerapi ve hastanede kalış süresini kısalttığı ve maliyeti düşürdüğünü saptamışlardır (Uslu ve

ark, 2012). Annelere emzirme eğitimi ve danışmanlığı veren sağlık profesyonellerinin eğitim içeriklerinde İHB'nin nedenleri ve bu konuda emzirmenin önemini vurgulamaları önemlidir. İHB nedeniyle tekrar yatış ya da fototerapi nedeniyle bebeğin hastanede izleminin devam etmesi, anne bebek ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu tez çalışmasında, annenin kendini İHB konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünmesinin stres yaşamasına ve emzirme öz-yeterliliğinin olumsuz etkilenmesine neden olabileceği düşünülmüştür.

4.2. Yenidoğanların ve Annelerin Özelliklerine Göre Annelerin Emzirme Başarısına Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza katılan annelerin emzirme başarısı LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeğiyle değerlendirilmiştir. LATCH emzirme tanılama ölçeği; anneye ve hemşireye emzirme sırasında oluşan sorunları ve anneye destek olunması gereken konuları belirlemeye yardımcı olan standart sistematik bir değerlendirme aracıdır (Johnson ve diğerleri, 2007; Çakmak ve Kuşuoğlu, 2007) Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10'dur. Annenin ölçekten 10 puanın altında bir puan alması annenin emzirirken desteğe ihtiyacının olduğunu göstermektedir (Örşdemir, 2011).

Bu çalışmada annelerin LATCH puan ortalamaları $7,46 \pm 1,93$ bulunmuştur. Çelebioğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında sağlıklı term bebeğe sahip anneler üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise annelerin LATCH puan ortalaması 7.7 ± 1.5 bulunmuştur (Çelebioğlu ve ark., 2006). Çalışmamızdan elde edilen puan ortalamalarının ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür (Tokat, 2009; Küçüköğlu, 2011; Küçüköğlu ve Çelebioğlu, 2014; Özsoy, 2014). Literatür ve çalışma bulgularımızdan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde ülkemizde annelerin emzirme başarılarının istendik düzeyde olmadığı düşünülebilir. Annelerin emzirme düzeylerini istendik düzeye getirilebilmesi için hemşirelerin LATCH emzirmeyi tanılama ölçeği gibi objektif tanılama ölçeklerinden yararlanması emzirmede yaşanan sorunlara kısa sürede müdahale

edilmesini sağlayabilir (Küçüköğlu ve Çelebioğlu, 2014). Hemşirelerin bu sorunlara etkin bir şekilde müdahale etmesi ise, ülkemizde annelerin emzirme başarılarının arttırılmasına önemli katkı sağlayabilir.

Yenidoğanların özelliklerine göre annelerin LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeği puanları değerlendirildiğinde; bebek cinsiyetinin annelerin emzirme başarılarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 3.3.1). Örşdemir (2011) benzer olarak, annelerin LATCH emzirme tanılama ölçeğinden alınan puanlar ile bebeğin cinsiyeti arasında önemli bir ilişki olduğu saptamıştır. Bu durumun nedeninin toplumsal tutumdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülkemizde toplumsal cinsiyet eşitliği yasalarla sağlanmış olsa da ata-erkil ideolojinin halen toplumun birçok alanında etkin olduğu bilinmektedir. Annelerin emzirme sürecine yön veren hemşirelerin ise bu tutum karşısında, önemli görev ve sorumlulukları vardır. Hemşirelerin annelere antenatal ve postnatal dönemde verdikleri emzirme danışmanlıklarında cinsiyet ayırımı gözetmeksizin bebeklerinin beslemeleri gerektiğini vurgulamaları önemlidir (Demirtaş, 2005).

Çalışmamızda, düşük doğum ağırlığı annelerin LATCH puan ortalamalarını olumsuz yönde etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge, 3.3.1). Literatürde gebelik haftasına bakılmaksızın 2500 gr altı tüm bebekler için düşük doğum ağırlığı tanımı kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar düşük doğum ağırlıklı bebek annelerinin taburcu olduktan sonra emzirme konusunda yoğun kaygı yaşadıklarını ve bu kaygılarla annelerin emzirmeyi bırakarak bebeklerini formül mamalarla besleme eğiliminde olduklarını göstermektedir (Sankar ve ark., 2008; Şahin ve ark.,2013). Küçüköğlu (2011), düşük doğum ağırlıklı bebek anneleri ile yaptığı deneysel çalışmada ise doğal besleme eğitiminin annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerini ve emzirme başarılarını arttırdığını bulmuştur (Küçüköğlu, 2011). Çalışmamız ve literatür doğrultusunda, düşük doğum ağırlığına sahip bebek annelerinin emzirme konusunda daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu söylenebilir (Sankar ve ark., 2008; Küçüköğlu, 2011; Şahin ve ark.,2013).

Bu çalışmada yenidoğanların doğum sonrası ağırlıklarının (kaybedilen ağırlık yüzdesi) annelerin LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 3.3.1). Literatürde yenidoğanlarda ilk haftada beklenen kaybedilen ağırlık yüzdesi ve LATCH puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak herhangi bir sağlık sorunu olmayan yenidoğanlarda görülen patolojik ağırlık kaybının en önemli nedeni yetersiz beslenmedir. Bu nedenle doğum sonrası ilk haftada, hem yenidoğanın hem de annenin yakın takibi önem taşımaktadır (APA, 2004; Brown, 2008; TND, 2014; Erdeve ve ark., 2016). Araştırmamızda patolojik ağırlık kaybı görülen yenidoğan annelerinin diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeği puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, İHB ve patolojik ağırlık kaybı olan bebek annelerinin ilgili hastanede daha fazla emzirme desteği aldıklarını düşündürmektedir.

Doğum sonrası taburculuk zamanı annelerin LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeği puan ortalamalarını etkilemektedir ($p<0,05$, Çizelge 3.3.1) Hastanede çeşitli nedenlerle halen izlemi sürdürülen anne-bebek çiftinin LATCH puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürde, doğum sonu 48 saat geçmeden taburcu edilen anne-bebek çifti “erken taburcu”olarak kabul edilmektedir (Otuzbir, 2010; Ives, 2015; Lain ve ark., 2016). Erken taburculuk, İHB ve kernikterus vakalarının artışında ilk sıralarda gösterilen nedenlerdendir (Zimmerman ve ark., 2003 Sgro ve ark., 2006; Maisels ve ark., 2009; TND, 2014, Erdeve ark., 2016). Anne-bebek çiftinin erken taburcu edilme eğilimleri ise maliyet etkinliğini arttırmak ve hastanede kalış süresinin risklerini azaltmak amacıyla 1990’lı yıllarda başlamış olup 2000’li yıllarla birlikte bu eğilim hızla artmıştır. Ancak son yıllarda İHB nedeniyle tekrar hastaneye yatışların artması ve kernikterus oranlarındaki artış bu eğilimin riskli olduğunu göstermektedir (APA, 1994; Galbraith ve ark., 2003; İlhan ve ark., 2014). Lain ve ark. (2015), yaptıkları çalışmada postnatal 2. günde taburcu edilen bebeklerin, postnatal 3. gün ve sonrasında taburcu edilenlere göre İHB nedeniyle daha fazla hastaneye başvurdıklarını bulmuşlardır. TND ve APA ise erken taburculuk riskine karşın, postnatal ilk 10 gün yenidoğanın yakın klinik takibini ve taburcu edilmeden önce aile bireylerinden İHB’ ye yönelik

yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmiş onamlarının alınmasını önermektedirler (APA,2004; TND, 2014). Meara ve ark. 2004 yılında yaptıkları bir çalışmada ise, doğum sonrası erken dönemde yapılan ev ziyaretlerinin İHB ile tekrar hastaneye yatışları azalttığını tespit etmişlerdir (Meara ve ark., 2004). Ülkemizde doğum sonrası dönemde yapılan ev ziyaretleri yeterli düzeyde değildir. Halk sağlığı hizmetlerinin etkinliği artırılarak, emzirme sorunları nedeniyle İHB ile hastane tekrar yatışın önüne geçilebilir. (Şimşek, 2009; HASUDER, 2011; THSK, 2012; Yücel ve ark., 2015).

Bu çalışmada, bebeklerini ilk olarak kolostrumla besleyen annelerin LATCH puan ortalamaları ilk olarak mama ile besleyen annelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 3.3.1). TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde yenidoğanların %26'sı doğumdan sonra ilk olarak kolostrum dışında mama, hurma, zeytin, şekerli su v.b gıdalarla beslenmektedir (TNSA, 2013). Çalışmamızda bebeklere ilk olarak kolostrum dışında yalnızca mama verilmesi olumlu bir veri olarak değerlendirilebilir. Ancak bu durumun emzirme başarısını etkileyen bir durum olması düşündürücüdür. Doğum sonrası ilk bir saat içinde mutlaka anne-bebek etkileşimi sağlanarak anneler emzirme konusunda desteklenmeli ve bebeğe ilk besin olarak kolostrum verilmesine özen gösterilmelidir (Kurnaz, 2014).

Araştırmamızda annelere ait sosyo-demografik değişkenler (yaş, eğitim, çalışma durumu, doğum sonrası çalışmayı düşünme durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, aile tipi) annelerin LATCH puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilememektedir ($p>0,05$, Çizelge 3.3.2). Çalışma bulgularımıza benzer olarak Küçüköğlu ve Çelebioğlu (2014) hasta yenidoğanların annelerinin emzirme öz-yeterlilik düzeyi ve emzirme başarılarını inceledikleri çalışmada yaş, eğitim, meslek ve gelir düzeyinin annelerin LATCH puanlarını etkilemediğini bulmuşlardır (Küçüköğlu ve Çelebioğlu, 2014). Özsoy (2014) adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamalarını değerlendirdiği çalışmasında, sosyo-demografik değişkenlerin annelerin LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeği puanlarını etkilediği saptamıştır. Çalışma sonuçlarındaki farklılığın araştırmaların örneklem özelliklerindeki farklılık ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin doğum şekli ve uygulanan anestezi türü ile LATCH puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$, Çizelge 3.3.3). Kurnaz (2014), erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında, annelerin doğum şekli ve LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeği arasında önemli bir farklılık bulmuştur (Kurnaz, 2014). Çakmak ve Kuşuoğlu (2006) sezaryen doğum yapan annelerle normal doğum yapan annelerin emzirme başarısını karşılaştırmışlar, sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme başarısı daha düşük bulmuşlardır. Sonuç olarak, annelerin normal doğum yapan annelere göre emzirme ile ilişkin daha çok destek almaya ihtiyaç duyduklarını vurgulamışlardır (Çakmak ve Kuşuoğlu, 2006). Sezaryen doğumlarda en önemli sorunlardan biri, anne-bebek etkileşiminin hemen sağlanamamasıdır. Bu durum annenin emzirme başarısını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. (Wutke ve Dennis, 2007; Çakmak ve Kuşuoğlu, 2006; Petrova ve ark., 2009). DSÖ bebeklerin doğumdan sonraki ilk saatini anne ile ten temasında geçirmesini ve emzirme tamamlanana kadar anne göğsünde kalmasını önermektedir (DSÖ, 2015). Çalışmamızda doğum şeklinin annelerin LATCH puanlarında fark yaratmaması, araştırmanın bebek dostu bir hastanede yapılmış olması, anne-bebek etkileşiminin ilk saatlerde büyük oranda sağlanabiliyor olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada annelerin gebeliği isteme durumu ve LATCH puanları arasında istatistiksel bir fark bulunamamasına rağmen; gebeliği istemeyen annelerin LATCH puanları düşük bulunmuştur ($p>0,05$, Çizelge 3.3.3). Küçüköğlu ve ark., (2011) örneklemi düşük doğum ağırlığına sahip bebek annelerinin oluşturduğu çalışmada gebeliğin istenme durumu ve annelerin LATCH puanları arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (Küçüköğlu, 2011). Özsoy (2014), primipar adolesan annelerin emzirme konusundaki düşünce, tutum ve uygulamalarını erişkin annelere göre farklılıklarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, gebeliği istemeyen adolesan annelerin LATCH puanlarının etkilendiğini bulmuştur. İnce ve ark. (2010) ise, planlı gebeliklerde emzirme danışmanlığı alma oranının plansız gebeliklere göre fazla olduğunu saptamışlardır (İnce ve ark., 2010). Literatürde plansız ve istenmeyen gebeliklerin annelerin emzirme başarısını olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Atıcı ve ark., 2007; Kurnaz, 2014; İnce ve ark., 2010). Çalışma

bulgularımız doğrultusunda, hemşirelerin istenmeyen gebeliği olan annelere uygun yaklaşımlarda bulunarak annelerin emzirme başarılarını artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda annelerin doğum öncesi bakım alma durumu ve bakım sıklıkları LATCH puanlarını etkilememesine rağmen, LATCH puanlarının istendik düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Çizelge 3.3.3). Doğum öncesi bakım, anne ve fetüse tüm gebelik boyunca verilen izlem ve danışmanlık hizmetlerini kapsar. Ülkemizde sorunsuz gebeliklerde tüm gebelik boyunca en az 4 kez yapılması önerilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2015). Doğum öncesi bakım hizmetlerinde anneye beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim verilir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2015; Yücel ve ark., 2015). Ülkemizde doğum öncesi bakım alma oranlarının son yıllarda artmış olmasına rağmen, İHB nedeniyle görülen kernikterus vakalarında artış gözlemlenmektedir (TNSA, 2013; Erdeve ve ark., 2016). İHB’de ise ana sorunlardan biri annelerin bebeklerini yeterli besleyememesidir (Bertini ve ark., 2001; Tunçel ve ark., 2005; Brown, 2008; TND, 2014). Bu durum, annelere verilen doğum öncesi bakımların niteliğinin ve içeriğinin değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada multipar annelerin, LATCH puan ortalaması primipar annelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 3.3.3). Örşdemir benzer olarak (2011) multipar annelerin, LATCH emzirme tanılama ölçeğinden aldıkları puanların primipar annelere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (Örşdemir, 2011). Lee ve Ip (2008) ise, yaptıkları çalışmada multipar ve primipar annelerin LATCH puanlarında anlamlı bir farklılık bulamamalarına rağmen, multipar annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri saptamışlardır (Lee ve Ip, 2008). Hollbrok ve ark. (2013), ilk defa emziren annelerin emzirme deneyimi olan annelere göre; emzirmeyi daha erken bırakma veya daha fazla emzirme problemi yaşadıklarını saptamışlardır (Hollbrok ve ark., 2013). Primipar anne olmak, İHB’de de önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Bülbül ve ark., 2005; Maisels ve Newman, 2012). Bülbül ve ark.(2005), sağlıklı term bebeklerde İHB’nin klinik özelliklerini ve risk etmenlerini

araştırdıkları çalışmada, primipar anne bebeklerinde İHB'nin daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Bu durumun nedenini, primipar annelerin bebek bakımı ve beslenmesi konusunda deneyimsiz olmasından kaynaklandığını belirlemişlerdir (Bülbül ve ark., 2005). Çalışma bulgularımız doğrultusunda primipar annelerin emzirme konusunda daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada annelerin emzirme bilgisi alma durumu ve aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumları LATCH puanlarını etkilemektedir (Çizelge 3.3.4, $p<0,05$). Annelerin emzirmeyi başlatma ve sürdürmedeki başarısızlıklarının en önemli nedenlerinden biri antenatal ve postnatal emzirme konusunda verilen bilgilerin yetersiz kalmasıdır (Tokat, 2009). Literatürde annelerin antenatal ve postnatal dönemde almış olduğu emzirme eğitiminin, emzirme başarısındaki önemi özellikle vurgulanmaktadır (Ludvigsson, 2003; Stolzer ve Hossain, 2006; Küçüköğlu, 2011; Tokat ve Okumuş, 2013; Özsoy, 2014). Araştırmamız da annelerin büyük bir çoğunluğunun antenatal emzirme eğitimi almış olması, bilgi aldığı kaynağın sağlık personeli olması ve aldığı eğitimi yeterli bulma oranlarının yüksek olması, annelerin emzirme başarısını olumlu yönde etkileyen bir veri olarak değerlendirilebilir. Hemşireler doğum sonrasında emzirme bilgisi yeterli olmayan anneleri tespit etmeli taburculuk sonrası ev ziyaretleriyle emzirme konusunda desteklemelidir (Tokat ve Okumuş, 2013).

Bu çalışmada annelerin bebeklerinin emzirmeyi planladıkları süre ile LATCH puanları arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$, Çizelge 3.3.4). Riordan ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada annelerin bebeklerini emzirmeyi planladıkları süre ve LATCH puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptamışlardır. Aynı çalışmada LATCH puanları düşük olan annelerin planladıkları süreden daha erken dönemde emzirmeyi bıraktıklarını belirlemişlerdir (Riordan, 2001). Çalışma bulgularımızın, Riordan ve ark.'na (2001) göre farklı çıkması, bizim çalışmamızda annelerle sadece bir kez görüşme yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada, emzirmeye karşı, babasının desteği annelerin LATCH puan ortalamalarını etkilemiştir. Eşleri emzirmeye destek olan annelerin LATCH puan

ortalamaları destek olmayan annelere göre daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.3.4, $p<0,05$). Literatürde babanın emzirmeye desteği ve bu sürece olan etkisi birçok çalışmada tartışılmıştır (Kong ve Lee, 2004; Lee ve Ip, 2008; Şencan, 2008; Gözükara, 2012). Kong ve Lee (2004) yaptıkları bir çalışmada emzirme konusunda eşleri tarafından desteklenen annelerin bebeklerini emzirmeyi daha çok tercih ettiklerini belirlemişlerdir (Kong ve Lee, 2004). Şencan (2008) anne sütü ile beslenme süresine etki eden faktörleri araştırdığı çalışmasında, babaların emzirmede anneye destekçi olmasının emzirme süresini ortalama 5,2 ay uzattığı saptamıştır. Çalışma bugularımız ve literatür verileri değerlendirildiğinde babanın emzirme başarısında önemli bir rolü olduğu düşünülmüştür. Babanın anneye vereyeceği psiko-sosyal destek annenin bu konuda motivasyonunu arttırarak emzirme sürecini daha rahat geçirmesini sağlayabilir.

Çalışmamızda annelerin yenidoğan sarılığı hakkında bilgi alma durumunun LATCH puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır ($p>0,050$). Ancak, bilgi aldıkları kaynakları yeterli bulan annelerin LATCH puan ortalamaları yeterli bulmayan annelere göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 3.3.4). Çayönü ve ark. (2011), yenidoğan İHB'lerinde risk faktörlerini belirledikleri çalışmada, toplumun sarılık ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada ailelerin tamamının bebekteki sarılığı üç ile dördüncü gün fark etmelerine rağmen bebeklerin ortalama iki gün evde beklettiklerini ve beşinci gün hastaneye getirdiklerini saptamışlardır (Çayönü ve ark., 2011). Sgro ve ark.'ları da (2006) ciddi İHB'li bebeklerin %66'sının postnatal 4-5. günde hastaneye getirildiklerini belirlemişlerdir. Bu durum bebeklerde İHB nedeniyle gelişen kernikterus riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Sgro ve ark., 2006). Bu nedenle, APA ve TND, ebeveynlerin doğum sonrasında yenidoğan sarılığına yönelik yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmesini önermektedir (AAP, 2004; TND, 2014). İHB nedeniyle tekrar yatış ya da fototerapi nedeniyle bebeğin hastanede izleminin devam etmesi ise anne-bebek ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Annenin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması annenin stres yaşamasına ve süt salınımının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Bertini ve ark., 2001; AAP, 2004; Çoban, 2006; Maisels ve ark, 2009). İHB ve bebeklerin yeterli beslenme ilişkisi değerlendirildiğinde ise

annelerin emzirme başarısının desteklenmesi tartışılmaz bir konudur. Bu tez çalışması ve literatür doğrultusunda, bebekte İHB nedeniyle gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve ülkemizde emzirme başarısının artırılmasında annelerin doğum öncesi dönemden itibaren İHB konusunda bilgilendirilmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

4.3. EÖYÖ ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada LATCH emzirmeyi tanılama-değerlendirme ölçeği ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği arasında güçlü düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. ($r=0,531$, $p<0,01$). Bu araştırmanın bulguları, Yenal ve arkadaşlarının (2013) annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma ile benzerdir ($r=0,504$, $p=0,00$). Literatürde annelerin emzirme öz-yeterliliklerini değerlendiren pek çok çalışmaya rastlanılmıştır (Dennis, 2002; Blyth ve ark., 2004; Tokat, 2009; Küçükoğlu, 2011). Bu çalışmalarda EÖYÖ puanları yüksek olan annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri ve emzirme başarılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürle uyumlu olarak bu tez çalışmasında da EÖYÖ puanları yüksek olan annelerin bebeklerini emzirmede daha başarılı oldukları söylenebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bebegi İHB tanısı almış annelerin, emzirme öz-yeterliliği ve emzirme başarısını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada sonuçlar araştırma soruları doğrultusunda üç ana başlıkta verilmiştir.

5.1. İHB Tanısı Almış Yenidoğanların ve Annelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Sonuçlar

Çalışma kapsamına alınan yenidoğanların %58,3'ü kız, %41,7'si erkek bebektir. Bebeklerin %10,4'ünün düşük doğum ağırlıklı %89,6'sının normal doğum ağırlıklı olduğu saptanmıştır. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması 3193± 461 gram bulunmuştur. Doğum sonrası patolojik kilo kaybı yaşayan yenidoğanlar örneklemin %9,6'sını oluşturmaktadır.

Yenidoğanların %74,8'i ilk olarak kolostrum ile beslenmiştir. Anne-bebek çiftinin %44,3'ü doğumdan 24 saat sonra taburcu edilmiş olduğu, bu oranının postnatal 3.- 7. günleri arasında kinikte halen izlemi sürdürülen anne-bebek çiftiyle eşit olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan annelerin %40,9'unun 19-25 yaşları arasında, % 44,3'ünün ilköğretim mezunu, % 72,2'sinin doğum öncesi herhangi bir işte çalışmadığı, %65,2'sinin doğum sonrası dönemde çalışmayı düşündüğü, %45,2'sinin gelir ve giderinin eşit olduğu, %61,7'sinin il merkezinde yaşadığı ve %77,4'ünün çekirdek aile yapısında olduğu görülmüştür.

Annelerin doğum sonrası emzirme ve sarılıkla ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre sonuçlar incelendiğinde; annelerin %58,3'ünün normal, %41,7'sinin sezeryan ile doğum yaptığı, anestezi alan 48 annenin %22,9'unun genel, %77,1'inin spinal

veya epidural anesteziyle doğum eylemini gerçekleştirdikleri, %80,9'unun isteyerek gebe kaldığı, %93'ünün, doğum öncesi herhangi bir sağlık kuruluşuna giderek kontrollerini yaptırdığı, % 60'ının ayda bir doğum öncesi bakım aldığı %47'sinin multipar olduğu, %77,4'ünün bu gebeliği süresince emzirme eğitimi aldığı, bilgi aldığı kaynağın %61,8'inin sağlık personeli olduğu, %59,1'inin aldıkları eğitimleri yeterli buldukları saptanmıştır. Araştırmamıza katılan annelerin % 52,2'si bebeklerini 2 yaşına kadar emzirmeyi düşündüklerini ifade etmişlerdir. Annelerin %89,6'sı eşinin emzirmeyi desteklediğini ifade etmiştir.

Bu araştırmada, annelerin %50,4'ü yenidoğan sarılığı ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Bilgi alan annelerin %48,2'si yenidoğan sarılığı hakkındaki bilgiyi sağlık personellerinden aldığını, 49,6'sı aldığı bilgiyi yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir.

5.2. İHB Tanısı Almış Yenidoğanların ve Annelerinin Özelliklerine Göre EÖYÖ ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeğine Ait Sonuçlar

Araştırmaya katılan annelerin EÖYÖ puan ortalaması $51,79 \pm 9,42$ bulunmuştur.

Bebeklerin tanımlayıcı özelliklerine göre annelerin EÖYÖ puanları incelendiğinde; bebeklerin ilk beslenme şeklinin annelerin EÖYÖ puanlarını etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$, Çizelge 3.2.1).

Çalışmada çekirdek aile tipine sahip annelerin EÖYÖ puan ortalamaları, geniş aile tipine sahip annelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$, Çizelge 3.2.2).

Bu çalışmada doğum sayısının EÖYÖ puan ortalamalarını etkilediğini, multipar annelerin EÖYÖ ortalamalarının primipar annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$, Çizelge 3.2.3).

Annelerin emzirme bilgisi alma durumu ve aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumu, EÖYÖ etkilemektedir ($p<0,05$, Çizelge 3.2.4).

Çalışmaya göre, babanın emzirmeye karşı desteği annelerin EÖYÖ puan ortalamalarını etkilemektedir ($p<0,05$, Çizelge 3.2.4).

Annelerin sarılık bilgisini aldığı kaynakları yeterli bulma durumunun annelerin EÖYÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 3.2.4).

Bu tez çalışmasında annelerin LATCH puan ortalaması $7,46\pm1,93$ olarak bulunmuştur.

Bebeklerin tanımlayıcı özelliklerinden cinsiyet, doğum ağırlığı, doğum sonu taburcu olma zamanı ve ilk beslenme şekli annelerin LATCH puan ortalamalarını etkilemiştir ($p<0,05$, Çizelge 3.3.1).

Bu çalışmada annelerin doğum sayısının LATCH puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 3.3.3).

Annelerin emzirme bilgisi alma durumu ve emzirme bilgisini aldığı kaynağı yeterli bulma durumu LATCH puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 3.3.4).

Çalışmaya göre, babanın emzirmeye karşı tutumu annelerin LATCH puan ortalamalarını etkilemektedir ($p<0,05$, Çizelge 3.3.4).

Annelerin sarılık bilgisi alma durumu ve aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumunun LATCH puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 3.2.4).

5.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve LATCH Emzirmeyi Tanılama-Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar

Bu çalışma sonucunda, LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme ölçeği ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği arasında güçlü düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,531$, $p<0,01$).

5.4. Öneriler

Bu tez çalışmasının sonuçları doğrultusunda;

Hemşirelerin doğum öncesi dönemden itibaren, annelerin emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirecek, eğitim programları hazırlaması ve bu programlara babanın da katılımının sağlanması,

Doğum sonrası taburcu olmadan önce anne ve babaya emzirme ve İHB konusunda hastanelerde etkin danışmanlık hizmetlerinin sağlanması,

Hemşirelerin, annelere yönelik emzirme danışmanlıklarında, EÖYÖ ve LATCH emzirmeyi tanılama-değerlendirme ölçeği gibi profesyonel ölçüm araçlarından yararlanmaları,

Sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitimlerde annelerin emzirme öz-yeterlilik algısının, emzirme başarısını arttırmadaki öneminin vurgulanması,

İHB ve emzirme başarısının birlikte değerlendirildiği daha fazla araştırmanın yapılması önerilebilir.

ÖZET

Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi

Bu araştırma, bebeği indirekt hiperbilirubinemi tanısı almış annelerin emzirme öz-yeterliliği ve emzirme başarısının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yenidoğan yoğun bakım, postpartum ve postoperatif bakım servislerinde, Mayıs 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında, bebeği İHB tanısı nedeniyle fototerapi tedavisi alan, işbirlikçi iletişime açık, çalışmayı kabul eden 115 anne oluşturmuştur.

Veriler, hasta odalarında annelerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anne bebek tanıtım formu ve emzirme öz-yeterlilik ölçeği anne tarafından doldurulduktan sonra, araştırmacı tarafından annelerin bebeklerini emzirmesi değerlendirilip, LATCH emzirmeyi tanılama ve değerlendirme ölçeğine göre puanlama yapılmıştır. Verilerin analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin analizinde, Kolmogrow-Smirnov, Saphiro Wilk testi, Independent Sample T testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alfa ile incelenmiştir. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yenidoğanların ($n=115$), %58,3'ü kız, %41,7'si erkek bebektir. Bebeklerin %10,4'ünün düşük doğum ağırlıklı, %89,6'sının normal doğum ağırlıklı olduğu saptanmıştır. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması 3193 ± 461 gram bulunmuştur. Yenidoğanların %9,6'sında patolojik tartı kaybı gözlenmiştir. Bebeklerin %74,8'i ilk olarak kolostrum ile beslenmiştir. Araştırmada, doğumdan 24 saat sonra taburcu edilen anne-bebek çifti sayısının postnatal 3.- 7. günleri arasında klinikte halen izlemi sürdürülen anne-bebek çiftiyle eşit olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan annelerin %40,9'u 19-25 yaş grubunda, % 44,3'ü ilköğretim mezunudur. Annelerin % 72,2'si doğum öncesi herhangi bir işte çalışmadıklarını, %45,2'si gelir ve giderinin eşit olduğunu, %61,7'si il merkezinde yaşadıklarını ve %77,4'ü ise çekirdek aile tipinde yaşadıklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan 115 annenin EÖYÖ puan ortalaması $51,79 \pm 9,42$, LATCH puan ortalaması $7,46 \pm 1,93$ olarak bulunmuştur. Bebeklerin cinsiyeti, doğum ağırlığı ve taburcu olma zamanına göre annelerin EÖYÖ puan ortalamaları farklılık göstermezken, LATCH puan ortalamalarının farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çalışmaya göre, bebeklere ağızdan verilen ilk gıdanın, annelerin emzirme ya da sarılık bilgisi alma durumunun, aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumu, EÖYÖ ve LATCH puan ortalamalarını etkilemektedir. LATCH emzirme tanılama ve değerlendirme ölçeği ile emzirme öz-yeterlilik ölçeği arasında güçlü düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,531$ $p < 0,01$).

Sonuç olarak, annelerin emzirme davranışını başlatma ve sürdürmesinde pek çok faktörün etkili olabileceği düşünülmüştür. Doğum sonrası hastaneden taburcu olmadan önce anne ve babaya emzirme ve İHB konusunda etkin danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, hemşirelerin annelere yönelik emzirme danışmanlıklarında emzirme öz-yeterliliklerinin ve başarılarının değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: emzirme öz-yeterlilik, fototerapi, indirekt hiperbilirubinemi, yenidoğan

SUMMARY

Assessment of Breast Self- Efficacy and Breastfeeding Success of Children with Indirect Hyperbilirubinemia

This study was conducted as a descriptive study to assess breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success of mothers who received a diagnosis of indirect hyperbilirubinemia. This study consists of 115 newborn mothers who received phototherapy treatment for indirect hyperbilirubinemia diagnosis. The study performed in Zekai Tahir Burak Women's Health Training and Research Hospital, or neonatal intensive care, postpartum and postoperative care services between May 2015 and May 2016.

Data were collected by face-to-face interviews with mothers in patient rooms. After the maternal baby identification form and the breastfeeding self-efficacy scale were filled by the mother, the researcher evaluated the mother's breastfeeding and scored according to the LATCH breastfeeding diagnosis and evaluation scale. The analyses of the data were made in computer environment. Chi-Square, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk test, Independent Sample T test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis tests were used in the analysis of the data. The reliability of the scales was examined with Cronbach alpha, $p < 0.05$ significance level was accepted for all statistical analyzes.

Of the newborns ($n = 115$), 58,3% were female and 41,7% were male infants. 89,6% of them had normal birth weight and 10,4% of them had low birth weight. The average birth weight had found as 3193 ± 461 grams. Pathological weight loss was observed in 9,6% of newborns. 74,8% of the babies fed with colostrum at first feeding. 34,8% of the mothers who participated in the study stated that their babies slept for a total of 14-18 hours a day. The percentages of the groups that were still monitored between the postnatal 3rd and 7th days were found to be equal with the group discharged 24 hours after birth.

Of the mothers who participated in the survey, 40,9% were in the age group of 19-25, 44,3 % were primary school graduates. 72,2% of the mothers who participated stated that they were not working before birth, 45,2% of them expressed that they had equal income and expenditure, 61,7% of them stated that they live in the province center and 77,4% of them indicated that their household organized as the nuclear family.

The average score of the Breastfeeding Self-Efficacy of 115 mothers who participated in the survey was found as 51.79 ± 9.4 . The average of LATCH score was 7.46 ± 1.93 . It was determined that the average of LATCH scores of mothers differ according to the mothers' genders, maternal weight and time of discharge although Breastfeeding Self- Efficacy of mothers doesn't differ. According to the study, the first infant food given to the infant, the mother receiving breastfeeding or jaundice information, and the knowledge that they received are influential on the average of the Breastfeeding Self-Efficacy and LATCH points. There was found moderately positive and powerful relationship between LATCH scale and the breastfeeding self-efficacy scale ($r = 0,531$ $p < 0,01$).

As a result, many factors are thought to be effective in starting and maintaining the mother's breastfeeding behavior. It may be advisable to provide effective counseling services for mothers and fathers about breastfeeding and indirect hyperbilirubinemia before discharging them from the hospital and to evaluate and encourage mother's breastfeeding Self-Efficacy and success by nurses during breastfeeding consultation.

Key Words: breastfeeding self-efficacy, indirect hyperbilirubinemia, newborn, phototherapy

KAYNAKLAR

- ACAR E, ÖNAL H, ADAL SE (2015). Yenidoğan sarılıklarının doğum saati ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Journal of the Child/Cocuk Dergisi*,15 (1).
- AKAN N (1995). İlk 4 ayda sadece anne sütü ile beslenmede hemşire etkinliğinin incelenmesi, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı *Doktora Tezi*.
- AKIN MA, KAVUNCUOĞLU S, ÖZBEK S, GÖK EY, UYSAL F, GÜLER S, ÖZTÜRK E. (2006). Erken taburcu olan yenidoğanlarda yeniden hastaneye yatış nedenleri ve sonuçları Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 41(4).
- AKABA K, KİMURA T, SASAKI A, TANABE S, IKEGAMI T, HASHIMOTO M, YUASA, I.(1998). Neonatal hyperbilirubinemia and mutation of the bilirubin uridine diphosphate-glucuronosyl transferase gene: a common missense mutation among Japanese, Koreans and Chinese. *IUBMB Life*, 46(1), 21-26.
- AKKOYUN S, ARSLAN FT (2016). İlk Altı Ay Boyunca Emziren Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilikleri *J Pediatr*,3(4):191-5.
- AKKOYUNLU B ve KURBANNOĞLU S. (2003). Öğretmen adaylarının bilgi okuryazarlığı ve bilgisayar öz-yeterlik algıları üzerine bir çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24,1-10.
- AKSOY V. ve DİKEN İH (2009). Rehber öğretmenlerin özel eğitimde psikolojik danışmave rehberliğe ilişkin öz-yeterlik algılarının incelenmesi. *İlköğretim Online*, 8(3).
- AKYÜZ A, KAYA T. ve ŞENEL N. (2007). Annenin emzirme davranışını ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 331-335.
- ALPAY F (2004). Sarılık. Yurdakök M, Erdem G (eds). Neonatoloji. 2.Baskı. Ankara, Alp Ofset ss.559-78.
- ALTIPARMAK S. ve COŞKUN AM (2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgidüzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2610-2624. doi:10.14687/jhs.v13i2.374.
- AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS (APA) (1997). Work group on breastfeeding. Breastfeeding and the use of Human milk. *Pediatrics*;100:1035-9.
- AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS (APA) (2004). Clinical Guideline on The Management of Hyperbilirubinemia in The Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics* 114: 297-316.
- AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS POLICY STATEMENT (APA) (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*.129:827-841.

- ASLAN Y ve EGE E (2016). Breastfeeding self-efficacy of mothers and relationship with depression risk Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, **13**(2), 3160-3172
- ATASAY B ve ARSAN S (2001), Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*; **10** (12): 457-459.
- ATICI A, POLAT S, TURHAN AH (2007). Anne Sütü ile Beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*; **3**(6):1-5.
- AVİVA LEE-PARRİTZ ve CLOHERTY J.P.(2008). Diabetes Mellitus: in Manual of Neonatal Care: John P. Cloherty, Eric C. Eichenwald and Ann R. Stirk. sixth ed. Lippincott, Williams &Wilkins. **2A**: 9-19.
- BAKİLER AR, ÖZGÜR S, ÖZER EA. (2005). Anne sütü ile beslenmeyi etkileyen faktörler. *İzmir Tepecik Hastanesi Dergisi*, **15** (2):111-5.
- BALINT JP. (2007). Sarılık. *Pediyatrik Tanı ve Tedavide Pratik Yaklaşımlar* (Perk, Y., Ilıkkın, B., ve Vural, Z. M. ,Çev., ss. 353-371). Adana: Nobel Kitabevi.
- BANDURA A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**(2), 191-215.
- BANDURA A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, **44**(9), 1175.
- BANDURA A.(1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, **28**, 117-148.
- BANDURA A (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychologyand Health*, **13**:623-49.
- BANDURA A (2006). Guide for constructing selfefficacy scales. In *Self-efficacy beliefs ofadolescent*, Pajares F. & Urdan T. (Eds.) USA: Information Age Publishing.
- BAYSAL HY, TÜRKOĞLU N, KÜÇÜKOĞLU S (2014). Sağlıklı ve hasta bebeği olan anneleri emzirme öz-yeterlik algılarının karşılaştırılması *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*; **4**(1):31-36 Klinik Araştırma doi:10.5222/buchd.2014.031
- BERTİNİ G, DANİ C, TRONCHİN M, RUBALTELLİ F.F. (2001). Is breastfeeding really favoringearly neonatal jaundice?. *Pediatrics*, **107**:41- 4.
- BERTİNİ G, PERUGİ S, DANİ C, REZZATİ M, TROCHİNİ M, ve RUBALTELLİ FF (2003).Maternal Education and the Incidence and Duration of Breastfeeding: A Prospective Study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, **37**(4), 447-52.
- BHUTANİ VK, JOHNSON LH, MAİSELS MJ, NEWMAN TB, PHİBBS C, STARK AR veYEARGİN-ALLSOPP M. (2004). Kernicterus: epidemiological strategies for its prevention through systems-based approaches. *Journal of perinatology*, **24**(10), 650-662.

- BLYTH R, CREEDY DK, DENNIS CL. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* **29**(4):278-84.
- BLYTH FM, MARCH LM, BRNABIC AJ ve COUSINS MJ (2004). Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*, **111**(1), 51-58.
- BLARICHETTE V, DOYLE J, SCHMIDT B ve ZIPURSKY A (1994). Hematology. In: Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn, Ed.:Avery GB, Fletcher MA, Macdonald MG.
- BROWN AE (2008). Maternal Control of Feeding is Established During the First 6 Months of Infancy: Differences Between Breast-feeding and Formula-feeding Mothers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* **51**(2), 350–412.
- BROUWERS A ve TOMIC W (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived selfefficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education* **16**, 239-253.
- BUXTON K, GIELEN A, FADEN R, BROWN H, PAIGE D, CHWALOW J (1991). Women intending to breastfeed: Predictors of early infant feeding experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, **7**:101–6.
- BÜLBÜL A, OKAN F, USLU F, İŞÇİ F, NUHOĞLU A (2005). Term bebeklerde klinik özellikleri ve risk etmenlerinin araştırılması. *Türk Pediatri Arşivi* **40**:204-10.
- BÜLBÜL A, CAN E, USLU S, NUHOĞLU A. (2014). Miadında doğan bebeklerde hipernatremik dehidratasyon Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, **44**(3).
- CANPOLAT C. (1992). Yenidoğanlarda beslenme düzeni ve sosyo-ekonomik faktörlerin emzirme ve hiperbilirubinemi üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı *Uzmanlık Tezi*.
- CASSIDY S ve EACHUS P (2002). Developing the computer self-efficacy (CSE) scale: Investigating the relationship between CSE, gender and experience with computers. *Journal of Educational Computing Research* **26**, 133-153.
- CERIANI CERNADAS JM, NOCEDA G. ve BARRERA L. (2003). Maternal and Perinatal Factors Influencing the Duration of Exclusive Breastfeeding During the First 6 Months of Life. *Journal of Human Lactation* **19** 2, 136-144.
- CREEDY DK, DENNIS CL, BLYTH R, MOYLE W, PRATT J, VRIES SM. (2003). Psychometric characteristics of the breast feeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. *Research in Nursing and Health* **26**:143-52.
- COWFORD JL, HOUSE SC, GOLLAN JL (1998). Formation, hepatic metabolism and transport of bile pigments: A status report. *Sem Liver Dis* **8**:105-18.
- CÖMERT G (2011). Doğum sonu emzirme öz-yeterliliği ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü *Yüksek Lisans Tezi*.
- CÜCELOĞLU D (2015). İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi Kitabevi (ss.140-156).

- ÇAKMAK H ve KUĞUOĞLU S. (2007). Comparison of the Breastfeeding Patterns of Mothers Who Delivered Their Babies Per Vagina and Via Cesarean Section: an Observational Study Using the LATCH Breastfeeding Charting System. *International Journal of Nursing Studies*, **44**(7), 1128–1137.
- ÇAYÖNÜ N, BÜLBÜL A, USLU S, BOLAT F, GÜRAN Ö ve NUHOĞLU A (2011). Yenidoğan bebeklerde son on yılda indirekt hiperbilirubinemi değişimi. *ŞEEAH Tıp Bülteni*; **45**: 85, 93.
- ÇAVUŞOĞLU H (2008). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. *Yenidoğanda Hiperbilirubinemi*. **1**, 195-197 Sistem Ofset: Ankara.
- ÇELEBİOĞLU A (2002). Hiperbilirubinemi nedeni ile hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyi, etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı *Doktora Tezi*.
- ÇELEBİOĞLU A, TEZEL A ve ÖZKAN H (2006). Bebek Dostu Olan Ve Olmayan Hastanelerde Emzirme Durumunun Karşılaştırılması. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, **9**(3).
- ÇOBAN A (2006). İndirekt Hiperbilirubinemi Tedavisi. *Güncel Pediatri Dergisi* **4**:114.
- ÇOBAN A, TÜRKMEN V, GÜRSOY T (2014). Yenidoğan sarılıklarında izlem ve tedavi rehberi Türk Neonatoloji Derneği Yayınları ss:8-10.
- ÇINAR İÖ, ASLAN GK, KARTAL A, İNCİ FH ve KOŞTUN. (2015). Annelerin 0-1 yaş bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **14**(5).
- DAİ X ve DENNİS CL (2003). Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Chinese. *Journal of Midwifery and Women Health*, **48**, 350–356.
- DAĞOĞLU T ve OVALI F (2000). İndirekt Hiperbilirubinemi. *Neonatoloji*. İstanbul, Nobel Tıp, 443-460.
- DEMİRHAN F (1997). Sakarya İlinde Emzirmenin Değerlendirilmesi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.
- DEMİRTAŞ B (2005). Emzirmeyi etkileyen kültürel değerler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. *Doktora Tezi*.
- DENNİS CL ve FAUX S (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing and Health* **22**:399-409.
- DENNİS CL (1999). Theoretical underpinnings of breast-feeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation* **15**:195-201.
- DENNİS CL (2002). Breastfeeding initiation and duration: 1990–2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* **31**:12–32.

- DENNIS CL (2003). Breastfeeding self efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, **32**: 734–743.
- DENNIS CL (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*, **29**: 256- 268.
- DENNERY PA, SEIDMAN DS, STEVENSON DK (2001). Neonatal hyperbilirubinemia. *N Engl J Med* **344**:581-90.
- DESANDRE GH, WONG RJ, MORIOKA I, CONTAG CH, STEVENSON DK (2005). The effectiveness of oral tin mesoporphyrin prophylaxis in reducing bilirubin production after an oral heme load in a transgenic mouse model. *Biol Neonate* **3**; 89(3): 139-146.
- DOĞANER G (2005). Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisininve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yüksek Lisans Tezi*.
- DURDURAN Y ve BODUR S (2013). İntörnlerin anne sütü ve bebek dostu hastane ile ilgili tutumu (Interns'attitude on breastfeeding and baby-friendly hospital). *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(1).
- DURAN S (2008). Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve tutumlarının, danışmanlıkverdıkları annelerin bebeklerini anne sütü ile beslemedavranışlarına etkisi. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. *Uzmanlık tezi*
- EKER A ve YURDAKUL M (2006). Annelerin bebek beslenmesi ve ilişkin bilgi ve uygulamaları **(9)**:158-63.
- ERDEVE Ö, TUNÇ G, ALAN S, POLAT A, ÇETİNKAYAM, BÜYÜKKALE G, AKDUMAN H, OKULUH, TUNÇ T, OLUKMAN Ö, ÇALKAVUR Ş, ULUBAŞ D, DEMİREL N, NARTER F, AKIN Y, ATASAY FB, ARSAN S, GÜLTEKİN N, TANRIVERDİ S, HANTA D, KILIÇ İ, GÖKMEN Z, DİZDAR ED, BAŞ AD, HİRFANOĞLU İM (2016). Türk sarılık veri tabanı. 24. Ulusal Neonatoloji Kongresi. Antalya. 17-20 Nisan. ss.20-21.
- EROL Ö. (2009). İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu Ve Öz-Etkililik. İstanbul: Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Doktora Tezi*.
- EKŞİOĞLU A ve ÇEBER TE. (2015). Emzirme Akran Danışmanlığının İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Emzirme öz-yeterliliklerine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2015; **17**(2-3): 36-48 (Basılı), ISSN: 1307- 9549 (Online) Erişim Tarihi. 5.Eylül.2016.
- GOMELLA TL (2012). Neonatoloji. Çev: Çoban A ve İnce Z. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi. ss.488-509
- GÖKÇAY G (2002). Garibağaoğlu M. *Sağlıklı çocuğun beslenmesi. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. 3.Baskı*.183-203.
- GÖKÇEOĞLU E (2014). Annelerin emzirme öz-yeterlilikleri ile sütün yeterlilik algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. *Yüksek Lisans Tezi*.

- GÖZÜKARA F (2012). Ebeveynlere emzirmeye yönelik verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin emzirme davranışına etkisi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. *Doktora Tezi*
- GÖZÜKARA F (2014) Emzirmenin Başarılmasında Anahtar Faktör: Baba Desteğinin Sağlanması ve Hemşirenin Roller. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **11**(3).
- GÖZÜM S ve AKSAYAN S (1999). Özetkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi*, **2**(1). ss.21-32.
- GÜL R (2007). Ülkemizde doğum öncesi bakım parametreleri. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, ss:108-109, Ankara.
- HALAMEK LP ve STEVENSON DK (2002). Neonatal jaundice and liver disease, In: Neonatal Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Newborn. Ed: Fanaroff AA, Martin RJ. *St Louis; Mosby* 1309-1350.
- HAMELIN K, MCLENNAN J (1999). An examination of the use of an in-hospital breastfeeding assessment tool www.umanitoba.ca/womens_health/br_latch.htm / Erişim tarihi: 25.Ocak.2017.
- HANNAM S, MACDONELL M, RENNIE JM (2000). Investigation of prolonged neonatal jaundice. *Acta Paediatr.* **89**:694-7.
- HANSEN R. (2000). Fetal and neonatal bilirubin metabolism. In: Neonatal Jaundice Monographs in Clinical Pediatrics. Ed: Maisels MJ, Watchko JF. Singapore: *Harward Academic Publishers* ss.3-20.
- HASUDER. (2011) Toplum Sağlığı Merkezleri Neden Azaltılıyor? www.hasuder.org.tr Erişim Tarihi: 15.Ekim.2016.
- HOLBROOK K, BEYAZ M, HEYMAN M, WOJCICKI J (2013). Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa Infant Attitude Feeding Scale to describe 111 breastfeeding initiation and duration in a population of urban, Latina mothers: a prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*. **8**,7.
- HOSSAIN M, BEGUM M, AHMED S, ABSAR MN (2015). Causes, Management and Immediate Complications of Management of Neonatal Jaundice— A Hospital-Based Study. *Journal of Enam Medical College*, **5**(2), 104-109
- INGRAM J, ROSSER J, JACKSON D (2004). Breast feeding peer supporters and a community Support group: evaluating their effectiveness. *Matern Child Nutr.* **1**(2):111–18.
- INGRAM J, JOHNSON D, COPELAND M, CHURCHILL C ve TAYLOR H (2015). The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery*, **31**(1), 132-137.
- IVES NK (2015). Management of neonatal jaundice. *Paediatrics and Child Health*, **25**(6), 276-281.
- İLHAN Ö, ÖZER EA, SÜTÇÜOĞLU S, ALKAN S (2014). Yenidoğan sarılığı nedeni ile hastaneye yatırılan olgularda tedavi kılavuzlarına uyumun araştırılması. *Selçuk Tıp Derg*, **30**(1), 8-11.

- İNCE DA, TAKÇI Ş, GÜMÜŞER RN (2014). Diyabetik Anne Bebeklerinin Yenidoğan Dönemi Sorunları. *Journal Of Contemporary Medicine* 4(3):115-120 Ince Et Al. Doi:10.16899/Ctd.27049.
- İNCE T, KONDOLOT M, YALÇIN SS, YURDAKÖK K. (2010). Annelerin emzirme danışmanlığı alma durumları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 53: 189-197.
- JAHANGEER CN, MAMODE KHAN ve M. HEENAYE-MAMODE KHAN (2009). Analyzing The Factors Influencing Exclusive Breastfeeding Using The Generalized Poisson Regression Model. *International Journal of Mathematical And Statistical Sciences*. 3(6), 535-537.
- JENSEN D, WALLACE S, KELSAY P (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *JOGNN*;23: 27-32.
- JOHNSON LH, SİVİERİ E, BHUTANİ VK (1999). Neurologic outcome of singleton>2500g CORE Project babies not treated for hyperbilirubinemia. *Pediatr Res*. 45:203A.
- KAREN E (2014). Evaluation and Treatment of Neonatal Hyperbilirubinemia. *American Family Physician*. 89(11),873-878.
- KAPİL U, MAMONACHA S (1989) Knowledge attitude towards breastfeeding amongst auxiliary nurse midwives in rural Delhi. *Ind Pediatr* 26(10):1003-6.
- KAPPAS A, DRUMMOND GS, HENSCHKE C, VALAES, T (1995). Direct comparison of Sn-mesoporphyrin, an inhibitor of bilirubin production, and phototherapy in controlling hyperbilirubinemia in term and near-term newborns. *Pediatrics*, 95(4), 468-474.
- KAPPAS A, DRUMMOND GS, MUNSON DP, MARSHALL JR (2001). Sn-mesoporphyrin interdiction of severe hyperbilirubinemia in Jehovah's Witness newborns as an alternative to exchange transfusion. *Pediatrics*, 108(6), 1374-1377.
- KAVLAK O VE ŞİRİN A (2009). Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 189-202.
- KAUN LW(1999). Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics* 104,28.
- KENNEL J ve MCGRATH S (2005). Starting the process of mother–infant bonding. *Acta Paediatrica*, 94(6),775-777.
- KHOURY MJ, CALLE EE, JOESOEUF RM (1988). Recurrence risk of neonatal hyperbilirubinemia in siblings. *AJDC* 142:1065-9.
- KILIÇ M (2009), Sağlık Ocaklarında Görevli Ebeler Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 18(3): 138-147.
- KOÇ GI ve TEZCAN S (2005). Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1–13.
- KOTAMAN H (2008). Öz-yeterlilik İnancı ve Öğrenme Performansının Geliştirilmesine İlişkin Yazın Taraması. *Uludağ Üniversitesi. Eğitim Fakültesi Dergisi* XXI (1), 111-133.

KONG SK ve LEE DT (2004). Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing*, **46**: 369-379.

KOYUN K (2001). LATCH emzirme tanımlama ölçeğinin kullanımı ve yenidoğan emzirme başarısını inceleyen bir çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.

KOYUN A, TAŞKIN L, TERZİOĞLU F (2010). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry* **3**(1), 67-99.

KRAMER LI (1969). Advancement Of Dermal İctersus İn The Jaundiced Newborn. *Am J Dis Child* **118**:454-458

KURBANOĞLU S (2004). Öz-yeterlik inancı ve bilgi profesyonelleri için önemi. *Bilgi Dünyası* **2**: 137-152.

KULSOOM U ve SAEED A (1997). Breast Feeding Practices and Beliefs About Weaning Among Mothers of Infants Aged 0-12 Months. *Journal Pakistan Medical Association* **47**(2),54-60.

KURNAZ D (2014). Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı *Yüksek Lisans Tezi*.

KÜÇÜKOĞLU S (2011). Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin annelerine verilen doğal besleme eğitiminin annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyi emzirme başarısı ve bebeğin büyümesine etkisi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı *Doktora Tezi*.

KÜÇÜKOĞLU S ve ÇELEBİOĞLU A (2014). Hasta yenidoğanların annelerinin emzirme öz-yeterlilik düzeyi ve emzirme başarılarının incelenmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* **2**(1), 1-11.

LAİN SJ, ROBERTS CL, BOWEN JR, NASSAR N (2015). Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics*, peds-2014.

LAWSON K, TULLOCH M (1995). Breastfeeding duration, prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs* **22**(1):841-9.

LEE CY ve IP WY (2008). The efficacy of breastfeeding in chinese women with different intrapartum, *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery* **8**(1), 13-20.

LEONARD BJ, SKAY CL, RHEINBERGER MM (1998). Self-management development in children and adolescents with diabetes: the role of maternal self-efficacy and conflict. *Journal of pediatric nursing* **13**(4), 224-233.

LINDSAY R (1992). Teaching what comes naturally. *Nurs Times* **22**(48):45.

LINN S, SCHOENBAUM SC, MONSON RR, ROSNER B, STUBBLEFIELD PG, RYAN KJ (1985). Epidemiology of neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* **75**(4), 770-774.

- LINNENBRINK EA, PINTRICH PR (2003). The role of self-efficacy beliefs in student engagement and learning in the classroom. *Reading and Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties*, **19**(2), 119-137.
- LUDVIGSSON JF. (2003). Breastfeeding in Bolivia-information and attitudes. *BMC. Pediatrics* **3**(4);1471-82.
- MACHIN D, CAMPBELL M, FAYERS P, ve PINOL A (1997). Sample Size Tables for Clinical Studies, 2nd Edition. *Blackwell Science*. Malden, MA.
- MALINI D ve JANEL L (2008). Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding Intent and socio-demographics among urban primiparas. *Journal of Community Health* **33**(2):53-60.
- MAISELS JM, GIFFORD K, ANTLE CE, LEIB GR (1988). Jaundice in the healthy newborn infant: A new approach to an old problem. *Pediatrics*; **81**: 505-11.
- MAISELS JM (1994). Neonatal Jaundice, In: Pathophysiology and management of the newborn, Neonatology. Ed: Avery, GB., Fletcher, MA., Mac Donald Mg. *Philadelphia, JB. Lippincott Company*, **4**, 630-725.
- MAISELS MJ, KRING E (1998). Length of stay, jaundice and hospital readmission. *Pediatrics*. **101**: 995-8.
- MAISELS MJ, KRING E (2003). Length of stay, jaundice and hospital readmission. *Pediatrics*. **101**: 995- 9.
- MAISELS MJ, BHUTANI VK, BOGEN D, NEWMAN TB, STARK AR, WATCHKO JF (2009). Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant ≥ 35 Weeks' Gestation: An Update With *Pediatrics*. **124**:11934.
- MAISELS MJ, NEWMAN TB (2012). Prevention, screening and postnatal management of neonatal hyperbilirubinemia. In: Stevenson DK, Maisels MJ, Watchko JF, eds. *Care of Jaundiced Neonate*, New York: McGraw-Hill. 175-194
- MEARA E, KOTAGAL UR., ATHERTON HD, LIEU TA (2004). Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics*, **113**(6), 1619-1627.
- MELTON K, AKINBI HT (1999). Neonatal jaundice. Strategies to reduce bilirubin-induced complications. *Postgrad Med*. **106**(6):167-8, 171-4, 177-8.
- MISHRA S, AGARWAL R, DEORARI AK, PAUL VK (2007). Jaundice in the Newborn *AIIMS-NICU Protocols*. www.newbornwkoc.org. Erişim Tarihi: 4 Mayıs 2016.
- NANKUNDA J, TYLLESKAR T, NDEEZI G, SEMIYAHA N, TUMVINE JK, Promise-Ebf Study Group (2010). Establishing individual peer counselling for exclusive breastfeeding in Uganda; Implications for Scaling-up. *Matern Child Nutr*. **6**(1):53-66.
- NEWMAN TB, EASTERLING MJ, GOLDMAN ES, STEVENSON DK (1990). Laboratory evaluation of jaundiced newborns: frequency, cost and yield. *Am J Dis Child*. **144**: 364-8.

- NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). (2011). <http://pathways.nice.org.uk/pathways/neonataljaundice>. erişimtarihi: 4mayıs2016.
- NIESTIJL AL, SAUER PJ (2004). Breast feeding during the first few days after birth: sometimes insufficient. *Ned Tijdschr Geneesk*.**148**: 504- 5.
- O'CAMPO P, FADEN RR, GIELEN AC, WANG MC (1992). Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth*; **19**: 195-201.
- OSBORN LM, REIFF ML, BOLUS R (1984). Jaundice in the fullterm neonate, *Pediatrics*; **73**:520-5
- OSİNAİKE A, OYEDEJİ GA, OLOWE SA (1992).The knowledge of nurses and midwives in Ile-Ife and Ilesa (Nigeria) concerning breastfeeding [letter]. *Journal Of Tropical Pediatrics* **38**(4), 204.
- OTSUKA K, DENNIS CL, TATSUOKA H, JİMBA M (2008). The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* **37**: 546-555.
- OTSUKA K, TAGURİ M, DENNIS CL, WAKUTANİ K, AWANO M, YAMAGUCHİ T, JİMBA M (2014). Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: do hospitalpractices make a difference?. *Maternal and child health journal*,**18** (1), 296-306.
- OVALI F (2007). İndirekt Hiperbilirubinemi. In: Neonatoloji. Ed. Dağoğlu T, Ovalı F. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. 517-36.
- ÖRŞDEMİR Ç. (2011). Doğum sonu dönemde annelerin emzirmeye ilişkin bilgileri ve emzirmedi davranışlarının belirlenmesi. Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yüksek Lisans Tezi*.
- ÖZASLAN E ve BAYRAKTAR Y (1998). Sarılıklı hastaya yaklaşım ve örnek olgular. *Güncel Gastroentoloji Dergisi*. Mart 2/1: 85-117 e-ISSN: 2149-0619.
- ÖZENÇ F (2012). Annelerin doğum sonrası bebek bakımı konusundaki ihtiyaçlarının belirlenmesi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı *Yüksek Lisans Tezi*.
- ÖZGÜRHAN G, YİĞİT O, KORGALI EU, OKAN MA, CAMBAZ N, NUHOĞLU A, SAMANCI N (2013). The predictive value of 6-12 hour and 24 hour bilirubin levels in determining significant hyperbilirubinemia among healthy term neonates/Saglikli term yenidoğanlarda ortayacikan belirgin hiperbilirubineminin tahmininde 6., 12. ve 24. saat bilirubin degerlerinin onemi. *The Journal of Kartal Training and Research Hospital* **24**(1), 32-37.
- ÖZKAN H, TUZUN, F KUMRAL F, YEŞİLIRMAK D, DUMAN N (2008). Increased sleep tendency in jaundiced infants: Role of endogenous co. *Medical Hypotheses* **71**, 879–880.
- ÖZKİRAZ S (2010). Ciddi hiperbilirubineminin vestibüler uyarılmış miyojenik potansiyel (vemp)sürelerine etkisi. Ankara: Başkent Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Neonatoloji Bilim Dalı *Yandal Uzmanlık Tezi*.
- ÖZSOY S (2014). Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları. *F.N. Hem. Derg.***22** (2): 84-9 ISSN 2147-4923.

- PAJARES F (2002). Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning. *Theory into practice*, **41**(2), 116-125.
- PARRİTZ LA ve CLOHERTY JP (2008). Diabetes Mellitus. In. Manual Of Neonatal Care. Ed.Cloherly ve ark. 6.Baskı ss.9-19.
- PENDER, NJ, BAR-OR O, WILK B, MITCHELL, S (2002). Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nursing research* **51**(2), 86-91.
- PERRINE CG, SHEALY KM, SCANLON KS, LAURENCE M, GALUSKA DA; Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011). Vital signs: hospital practices to support breastfeeding-United States, 2007 and MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. **60**(30): 1020-1025
- PETROVA A, AYERS C, STECHNA S, GERLING JA, MEHTA R (2009). Department of pediatrics, effectiveness of exclusive breastfeeding promotion in low mothers: A randomized controlles study. *Breastfeeding Medicine* **4**: 63.
- POLAND RL (1981) Breast-milk jaundice. *J Pediatr*; **99**(1): 86-88.
- PORTER ML ve DENNIS BL (2002). Hyperbilirubinemia in the term newborn. *Am. Fam. Physician*, **65**:599-606.
- REICH SM, PENNER EK, DUNCAN G J (2011). Using baby books to increase new mothers' safety practices. *Academic pediatrics*, **11**(1), 34-43.
- ROY-CHOWDHURY N, DEOCHARAN B, BEJJANKI HR, ROY-CHOWDHURY J, KOLIOPOULOS C, PETMEZAKI S, VALAES TA (2002). Presence of the genetic marker for Gilbert syndrome is associated with increased level and duration of neonatal jaundice. *Acta Paediatr* **91**:100-101.
- RISKIN A, WEINGER MA, BADER D (2003). How accurate are neonatologists in identifying clinical jaundice in newborns. *Clin Pediatr*. **42**:153-8.
- RIORDAN JM ve KOEHN M (1997). Reliability anda validity testing of three breastfeeding assement tools. *Jognn***26**; 181-187.
- RIORDAN J, BIBB, D, MILLER M ve RAWLINS T. (2001). Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation*, **17**(1), 20-23.
- SALAS AA, SALAZAR J, BURGOA CV, DE-VILLEGAS CA, QUEVEDO V, SOLIZ A (2009). Significant weight loss in breastfed term infants readmitted for hyperbilirubinemia. *BMC pediatrics*, **9**(1), 1.
- SAMLI G, KARA B, ÜNALAN PC (2006). Annelerin emzirme ve süt çocuğu beslenmesikonusundaki bilgi, inanış ve uygulamaları: niteliksel bir araştırma. *Marmara Medical Journal* **19**(1):13-20.
- SANKAR MJ, AGARWAL R, MISHRA S, DEORARI AK, PAUL VK. (2008). Feeding of low birth weight infants. *Indian J Pediatr* **75**: 459-469.

- SCHWARZ HP, HABERMAN BE, RUDDY RM (2011). Hyperbilirubinemia. Current guidelines and emerging therapies. *Pediatr Emer Care* **27**: 884-889.
- SCOTT J, LANDERS M, HUGHES R, BINNS C (2001). Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *Journal of Paediatrics and Child Health* **37**: 254-261.
- SELALMAZ M, BÜLBÜL A, SÖZERİ Ş, ÖZCAN FG, KUNT A, ATAR G, USLU, S (2015). The evaluation of the implementation level of nurses working in neonatal intensive care unit in the treatment of neonatal jaundice. *Şişli Etfal Tıp Bülteni* **49**(3), 200-204.
- SHAFFER D (1993). Pediatric Psychopharmacology. Çeviri: Gökalp P, Sayın Ü, Baral I. *Pediatric Psikofarmoloji, İstanbul, Bilişsel ve Teknik Yayınları* 207-229.
- SHUCK HD (2011). Learning Theories. (Çev. Şahin M). *Ankara: Nobel Kitabevi* ss. 77-130.
- SHAPIRO SM (2003). Bilirubin toxicity in the developing nervous system. *Pediatr Neurol* **29**: 410-431.
- SHAPIRO SM (2012). Kernikterus. In: Stevenson DK, Masels MJ, Watchko JF, Care of Jaundiced Neonate. New York: McGraw-Hill 229-242.
- SİVRİ, B. B., ve KARATAŞ, N. (2015). Toplumun Kültürel Yönü: Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar ve Dünyadan Örnekler. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*, **13**(3).
- SGRO M, CAMOBELL D, SHAH V (2006). Incidence and causes of severe neonatal hyperbilirubinemia: in Canada. *Cmaj* **112**: 175:587-590.
- SÖNMEZ Y (2007). Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sted Dergisi* **16**(1): 9-12.
- STEVENSON DK, WONG RJ (2010). Metalloporphyrins in the management of neonatal hyperbilirubinemia. *Semin Fetal Neonatal Med.* **15**:164-168.
- STEFFENSRUD S (2004). Hyperbilirubinemia in term and near-term infants: Kernicterus on the rise. *Newborn and Infant Nursing Reviews.* **4**:191-200.
- STOLL BJ, KLIEGMAN RM (2003). Jaundice and hyperbilirubinemia in the newborn. In: Behrman RE, Jenson HB. *ed. Nelson Textbook of Pediatrics.* (Philadelphia). 592-6.
- STOLZER J, HOSSAİN SF (2006) . Women, physicians and breastfeeding advice: a regional analysis. *Ethics and Medicine* Fall, **22**(3):177-91.
- SUDFELD CR, FAWZİ VW, LAHARİYA CP (2012). Support and exclusive breast feeding duration in low and middle-income countries: A Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* **7** (9):1-9.
- SUSKAN E, ÖCAL G, BERK R (1986). Yenidoğan hiperbilirubinemisinde fototerapi. *Çocuk Hastalıkları Dergisi* **1**:24-282.
- ŞENCAN İ (2008). Anne sütü ile beslenme süresine etki eden faktörlerin araştırılması. Ankara. Fatih Üniversitesi TIP Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim DALI *Uzmanlık Tezi.*

- ŞİMŞEK E (2009) Düzce’de Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında 4. Yıl. Aile Hekimliği Dergisi. 3(3)<http://www.ailehekimligidergisi.org>. Erişim Tarihi: 1.Ekim.2016.
- TAŞ F, ERDEM H (2005). 0-12 aylık bebeğe sahip olan annelerin yaptıkları gelenekseluygulamaların belirlenmesi.13.Ulusal Neonatoloji Kongresi ve Yenidoğan Kongresi. Kayseri. 13-17 Nisan 505-506.
- TAVERAS EM, CAPRA AM, BRAVEMAN PA, JENSFOLD NG ve ESCOBAR GJ (2003). Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation *Pediatrics*, **112**(1), 108–15.
- TEKİNALP G, ERGİN H, ERDEM G, YURDAKÖK M, YİĞİT S (1996).Yenidoğan dönemindeuzamış sarılık. 82 vakanın değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığıve Hastalıkları Derg.*, **39**:441-8.
- TEZERGİL B (2007). Doğum sonu dönem annelerin emzirmeye ilişkin düşünceleri ve uygulamaları. İstanbul: Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü *Yüksek Lisans Tezi*.
- TOKAT MA, OKUMUŞ H (2008). Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* **3**: 51-58.
- TOKAT MA (2009). Antenatal dönemde verilen eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirmebaşarısına etkisi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıklarıve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı *Doktora Tezi*.
- TOKAT MA, OKUMUŞ H (2013).Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* **10** (1): 21-29.
- TUNCAL A, AKSAKOĞLU G (2009). Bir Kayıt Araştırması; Gebe izlemleri, gebenin ve izlemi yapan kişinin niteliğe etkisi, *Sted Dergisi* **18**(3):40-46.
- TUNÇEL E, DÜNDAR C VE PEŞKEN Y (2005). Ebelerin anne sütü ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Dergisi*, **6**(1), 43-48.
- TÜRK JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK DERNEĞİ (TJOD) Sezeryan Raporu (2013). Erişim tarihi:12.Ağustos.2016.<http://www.tjod.org/turk-jinekoloji-ve-obstetrik-dernegi-tjod-den-kamuoyuna-sezeryan-ve-kurtaj-hakkinda-aciklama>
- TÜRKİYE NEONATOLOJİ DERNEĞİ (TND) (2014).Yenidogan Sarılıklarında Yaklaşım, İzlem ve Tedavi Rehberi. Ed. ÇOBAN A, TÜRKMEN M, GÜRSOY T. Türkiye:Ankara
- TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI (TNSA) (2008). Ön Rapor *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*: 25-26.
- TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI (TNSA) (2013) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ana Rapor. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK*, Ankara ss. 157-174

- TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI (2015). *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*. Sağlık İstatistikleri Yıllığı: 63-68.
- TÜRKYILMAZ C (2016). Emzirme danışmanlığı ve emzirmede karşılaşılan sorunlar. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*. **8**:2.19-33.
- USLU S, BÜLBÜL A, BOLAT F, KIRAY E, NUHOĞLU A (2012). Annelere verilen yenidoğansarılığı ve emzirme eğitimi ile erken yenidoğan poliklinik takibinin sarılık nedeniyle hastaneyeyatış üzerine etkisi. *Nobel Medicus*; **8**(2): 16-21.
- ÜNAL S (2008). İndirekt bilirubinemili yenidoğanların retrospektif analizi. *T Klin J Pediatr*; **(17)**: 223-229.
- VAROL D VE YILDIZ S (2006). Doğum Sonrası 6 Ay Boyunca Sürdürülen Emzirme Eğitiminin Tek Başına Anne Sütüyle Beslenme Süresine ve Büyümeye Etkisi. *Florance Nigthingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **14** (56): 27-40.
- VATANSEVER Ü, DURAN R, ACUNAFİ B (2007). Tek bağı na anne sütü ile beslenen bebeklerdehipernatremik dehidratasyon. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, **24**(3), 190-193.
- VEFİKULUÇAY D (2002). Annelerin doğum sonu dönemde emzirmeye ilişkin bilgilerinin saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Hemşirelik Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ankara.
- VICTORA CG, BAHL R, BARROS AJ, FRANÇA GV, HORTON S, KRASEVEC J, GROUP, TLBS (2016). Breastfeeding In The 21st Century: epidemiology, mechanisms and life effect. *Lancet*; **387**: 475-90.
- WEN LM, BAUR LA, RİSSEL C, ALPERSTEİN G. ve SIMPSON M (2009). Intention to breastfeed and awareness of health recommendations: findings from first-time mothers in Southwest Sydney, Australia. *International Breastfeeding Journal*, **4**(9).
- WİLHELM SL, STEPANS MB, HERTZOG M, RODEHORST TK (2006). Gardner P. Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. *Journal of Obstetric and Gynecologic Neonatal Nursing*, **35**: 340-348.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). WHO statement on caesarean section rates.
- WUTKE K VE DENNIS CL (2007). The reliability and validity of the Polish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: Translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies*, **44**:1439-46.
- YAMAN S (2016). Ortaokul öğrencileri için fen öğrenmeye yönelik öz-yeterlik inanç ölçeğiyayınlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, **17**(2), 123-140. DOI: 10.17679/iuefd.17282415.
- YAMANOUCHI I, YAMAUCHI Y, IGARISHI I (1980). Transcutaneous bilirubinometry: preliminary studies of noninvasive transcutaneous bilirubinmeter in the Okayama National Hospital. *Pediatric*.**65**:195-202.

- YETMAN RJ, PARKS DK, HUSEBY V, MISTRY K, GARCIA J (1998). Rebound bilirubin levels in infants receiving phototherapy. *J Pediatr* **133**:705-707.
- YENAL K, OKUMUŞ H (2003). Latch emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* **5**(1): 38-44.
- YİĞİT S, CİLİV G, AYGÜN S, ERDEM G (2001) Breast milk beta-glucuronidase hyperbilirubinemia. *Türk J Pediatr*; **43**(2):118-20.
- YURDAKÖK K (2004). Anne sütü ile beslenme. Yurdakök M, Erdem G (Editörler). Neonatoloji'de. Ankara: Alp Ofset; ss.166-74
- YÜCEL U, ÇİÇEKLİOĞLU M, ÖCEK ZA, TANER Ş (2015). Prenatal Care Utilization Level of Pregnant Women Living in Three Different Neighborhoods of Izmir's Bornova District. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **14**(5), 370-377.
- ZAR JH.(1984). Biostatistical Analysis (Second Edition). Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.
- ZIMMERMAN DR, KLINGER G, MERLOB P (2003). Early discharge after delivery. A study of safety and risk factors. *Scientific World Journal* **18**: 1363- 9.
- QUINN AO, KOEPESELL D, HALLER S (1997). Breastfeeding incidence after early discharge and factors influencing breastfeeding cessation *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* **26**: 289-294.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Eda

Soyadı : YOL

Doğum yeri ve tarihi ANKARA / 05.06.1986

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu

İletişim adresi ve Telefonu Ön Cebeci Mah. Servi Sok. 31/3

KURTULUŞ /ANKARA 0541-6966186

II- Eğitimi

2005-2009 Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

2000-2003 Yenimahalle Halide Edip Lisesi

1992-2000 Ertuğrulgazi İlköğretim Okulu

Yabancı dili: İngilizce

III- Mesleki Deneyimi

2010-Halen S.B. DR. ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM Ve
ARAŞTIRMA HASTANESİ Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği

2009-2010 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ Anestezi ve
Reanimasyon Yoğunbakım Hemşireliği

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Neonatoloji Hemşireliği Derneği

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Yenidoğan Hemşirelik Tanıları Kitabı: Bölüm G. Enfeksiyon RİSKİ Ss. 82-98

Yazan: Eda YOL Müşerref COŞKUN

Sağlık Araştırmaları Ekonomisi Derneği ve Neonatoloji Hemşireliği Derneği 2013

VIII- Diğer Bilgiler

Haziran 2009:Türk Kızılayı İlk Yardım Sertifikası

Kasım 2010: Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası

Nisan 2012: Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası

Nisan 2014 Ankara Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü “ Anne-Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi Katılım Belgesi

Nisan 2016: 24. Ulusal Neonatoloji Kongresi Katılımcı

Nisan 2017: 24. Ulusal Neonatoloji Kongresi Katılımcı

EKLER

EK-1

Değerli Anne;

Bu araştırma; Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi(**Yenidoğan Sarılığı**) tanısı almış annelerin emzirme öz-yeterliliğini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın bir parçası olan anket formuna adınızı ya da herhangi bir kişisel bilginizi yazmanıza gerek olmadığı gibi, ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak ve sizlerden edinilen bilgiler gizli tutulacaktır.

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

EDA YOL

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi, Hemşire

Anneye Ait Bilgiler:

Adınız – Soyadınız:

Kan Grubunuz:

Tel:

Bebeğe Ait Bilgiler :

Bebeğinizin Doğum Tarihi:

Bebeğinizin Cinsiyeti :

Bebeğinizin Doğum Kilosu:

Bebeğinizin Şimdiki Kilosu:

Anket no :

Tarih :

1)Yaşınız: 1. 19 ve altı 2. 20-25 3.26-30 4.31-35 5.35 ve üstü 2) Eğitim Durumunuz: 1. Okur-yazar 2.İlköğretim 3. Lise 4. Üniversite 5.Yüksek Lisans 3)Eşinizin eğitim durumu nedir? 1. Okur-yazar 2.İlköğretim 3. Lise 4.Üniversite 5.Yüksek Lisans 4)Çalışma durumunuz nedir? 1.Çalışıyorum 2. Çalışmıyorum(6.SORUYA GEÇİNİZ) 5) Doğumdan sonra da çalışmaya devam edecek misiniz? 1.Evet 2. Hayır	6)Eşinizin çalışma durumu nedir? 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor 7)Gelirinizi geçiminizi sağlamada hangi düzeyde buluyorsunuz? 1.Kötü 2. Orta 3. İyi 4.Çok İyi 8)Sağlık Güvenceniz 1.SGK 2.Özel Sigorta 3.Yeşil Kart 9)Nerede Oturuyorsunuz? 1.İl 2.İlçe 3. Köy-kasaba 10) Aile Tipiniz Nedir? 1.Çekirdek aile 2. Geniş aile() 3.Diğer 11) Doğum şekliniz nedir? 1. Normal 2.Sezaryen
--	--

12)) Hangi anestezi türü ile doğumunuz gerçekleştirildi? 1.Genel 2. Spinal 3.Epidural 4.Anestezi verilmedi 13) Doğumdan sonra hastaneden bebeğinizle birlikte ne zaman taburcu oldunuz? 1.24 saat içinde 2. 1 gün 3. 2-3 gün 4. 3-4 gün 14) İsteyerek mi gebe kaldınız? 1. Evet 2. Hayır 15)Gebeliğiniz süresince doğum öncesi bakım almak için başka herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi? 1)Hayır 2) Evet, ise nereye gittiniz?(Lütfen belirtiniz) 16)Doğum öncesi bakım kontrollerine ne sıklıkta gittiniz? 1. Gebelik süresince sadece bir kez 2. 15 günde bir 3. Ayda bir 4. 2 ayda bir 5. 3-4 ayda bir 6. Diğer(Lütfen belirtiniz) 17)Doğum sayınız: 1.Bir 2. İki ve üst (Cevabınız 1 ise 21.soruya geçiniz) 18) Çocuğunuza ağızdan ilk olarak verdiğiniz gıda nedir? 1.Kolostrum (anne memesinde ilk oluşan süt) 2.Hazır mama 3.Şekerli su 4.Diğer (belirtiniz)..... 19)Bu gebeliğiniz süresince emzirme ile ilgili bilgi aldınız mı? 1.Evet 2. Hayır(cevabınız hayır ise 28. soruya geçiniz)	20) Bu gebeliğinizde emzirmeyle ilgili bilgileri nereden/kimden aldınız?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir) 1. Kitap ve dergilerden 2. TV ve radyodan 3. Yakın çevre ve aile büyüklerinden 4. Sağlık personelinin 5. Kendi deneyimlerim 6. İnternette 7. Diğer 21) Aldığınız bilgileri yeterli buldunuz mu? 1. Evet 2. Hayır 22)Emziriyorsanız ne kadar süre devam etmeyi düşünüyorsunuz? 1. Emdiği sürece 2. 1 yaşına kadar 3. 2 yaşına kadar 4. Diğer..... 23)Babanın emzirmeye karşı tutumu nasıldır? 1. Emzirmeye destek olur 2. Emzirmeye destek olmaz 24) Gebelik öncesi/ sonrası yenidoğan sarılığı hakkında bilgi aldınız mı? 1.EVET 2.HAYIR (Cevabınız Hayır ise 27.soruya geçiniz)
--	--

25) Bu gebeliğinizde yenidoğan sarılığı ilgili bilgileri nereden/kimden aldınız?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Kitap ve dergilerden
2. TV ve radyodan
3. Yakın çevre ve aile büyüklerinden
4. Sağlık personelinin
5. Kendi deneyimlerim
6. İnternette
7. Diğer

26) Aldığınız bilgileri yeterli buldunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

27) Bebeğiniz günde toplam kaç saat uyuyor?

1. 4-8 saat
2. 9-13 saat
3. 14-18 saat
4. 19 saat ve üzeri

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Emzirme ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1= Hiç emin değilim 2= Çok emin değilim 3= Bazen eminim 4= Eminim 5=Çok eminim

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	Hiç emin değilim	Çok emin değilim	Bazen eminim	Eminim	Çok eminim
1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5

LATCH Emzirmeyi Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği

Değerlendirme	Puanlar		
	0	1	2
Memeyi tutma	Uyur yada isteksizdir;memeyi tutmayı başaramaz	Tekrar dener,sadece meme ucunu ağzına alır,emme hareketi görülür	Aeoralayıda ağzına alacak şekilde memeyi tutar,ritmik bir şekilde emer. dudaklar dışa doğru dönüktür
Bebeğin yutma hareketinin görülmesi	Yok	Birkaç emme hareketi	Yutma sırasında güçlü ekspirasyonlar görülür
Meme ucunun tipi	Çökük	Düz	Uyarıyla Dışarı Çıkmış
Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı	Engorment,çatlak,kanama, eziklik	Doku kızarık, küçük ezikler,rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
Bebeği tutuş pozisyonu	Tamamiyle yardımla	Minimal yardım	Yardımsız

Ölçekten Elde Edilen Puan:



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Karar No:22
Konu:Tez Çalışma Başvurusu

29/04/2015

EĞİTİM PLANLAMA ve KOORDİNASYON KURULU KARARI

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik A.B.D. Yüksek Lisans öğrencisi ve hastanemiz personeli Hemşire Eda YOL'un **"Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi Tanımlanmış Annelerin Emzirme Özyeterliliği ve Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi"** konulu tez çalışma başvurusu; Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Doç.Dr.Suna OĞUZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Nafiye YILMAZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr. Dilek UYGUR
Eğitim Görevlisi/ EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Salim ERKAYA
EPK Kurulu Başkanı/Hastane Yöneticisi

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 07/05/2015

Toplantı Sayısı : 11

Karar Sayısı : 147

147- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fakültesi yüksek lisans öğrencilerinden **Eda Yol**'un "Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi" başlıklı tezi ile ilgili 17/04/2015 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fakültesi yüksek lisans öğrencilerinden **Eda Yol**'un "Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi" başlıklı tezinin, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIDIR
07/05/2015**


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı



T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : 85434274-050.04.04 / 28846

Konu : Etik Kurulu Kararı Hakkında

Ankara

14 Mayıs 2015

Sayın Eda YOL
Çamlıtepe Mahallesi Birinci Dedeefendi Sokak No:46/5
Kurtuluş/Çankaya/Ankara

İlgi: 17/04/2015 tarihli başvurunuz.

“Bebegi İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı Almış Annelerin Emzirme Öz-Yeterliliği ve Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmanız ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 07/05/2015 tarihli toplantısında alınan 11/147 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof.Dr.Erkan İBİŞ
Rektör

EKLER:

1- Karar Örneği (1 sayfa)

Değerli Anne;

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Programı kapsamında yüksek lisans tez çalışması olarak planlanmıştır.

Araştırma; Bebeği İndirekt Hiperbilirubinemi(**Yenidoğan Sarılığı**) tanısı almış annelerin emzirme

öz-yeterliliğini ve emzirme başarısını değerlendirmek amacıyla planlan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmacı, size bire bir görüşme yöntemi ile;

- Sizin ve bebeğinizin araştırma ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinizin belirlendiği **Anket Formunu**,
- Emzirme konusundaki kendinize olan güveninizi tanımlamak amacıyla **Emzirme Özyeterlilik Ölçeği Formunu**,
- Emzirmedeki başarınızı değerlendirmek amacıyla **LATCH Emzirmeyi Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği formunu uygulayacaktır.**

Araştırmanın bir parçası olan anket formuna adınızı ya da herhangi bir kişisel bilginizi yazmanıza gerek olmadığı gibi, ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak ve sizlerden edinilen bilgiler gizli tutulacaktır.

Çalışmaya katılmayı reddedebilir veya görüşmenin herhangi bir noktasında gerekçe belirtmeksizin çalışmadan vazgeçebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz tedavi sürecinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız;

Yukarıdaki açıklamayı okudum. Araştırmaya ilişkin sorularıma yeterli cevaplar aldım. İstedğim zaman bu çalışmaya katılmaktan vazgeçebileceğimi biliyorum.Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya katılan kişinin adı: (Belirtmek zorunluluğu yoktur):

İmza:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda ismi geçen anneye açıkladım ve yazılı onam aldım.

Araştıracının İmzası:

EDA YOL

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi, Hemşire

Katkılarınız için teşekkür ederim.