

EKLER

G.DUMAN

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021

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

**ANNE KUÇAĞINA VERİLMEYEN YENİDOĞAN YOĞUN
BAKIM ÜNİTESİNE ALINAN BEBEKLERİN KİLO ALIP
ALMADIKLARININ KONTROLÜ**

GÖZDE DUMAN

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

**TEMMUZ
2021**

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

**ANNE KUCAĞINA VERİLMEYEN YENİDOĞAN YOĞUN
BAKIM ÜNİTELERİNE ALINAN
BEBEKLERİN YETERLİ KİLO ALIP ALMADIKLARININ
KONTROLÜ**

GÖZDE DUMAN

**DANIŞMAN
İSMAİL ÖZKAYA**

**HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BU ARAŞTIRMA KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA
PROJELERİ MÜDÜRLÜĞÜ'NÜN 11111 PROJE NUMARASI İLE
DESTEKLENMİŞTİR.**

**TEMMUZ
2021**

ETİK BEYAN

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

Gözde DUMAN

İTHAF

Tüm eğitim hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ilk öğretmenim sevgili babam Erdoğan Oysal'a, sevgili annem Hatice Oysal'a, kardeşim Gamze Oysal'a ve Eşim Kemal Duman'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam surecinde bana tüm beceri ve tecrübelerini aktaran, meslek hayatım boyunca her anlamda örnek alacağım, ğrencisi olabilmek onuruna sahip olduğum Sayın Doc. Dr. İsmail ÖZKAYA'ya,

Çalıőmalarım boyunca desteğini her an yanımda hissettiğim değerli aileme ve eőime teőekkürlerimi sunarım.

GÖZDE DUMAN



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	ii
TEZ ONAYI.....	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Genel Tanımlar:	3
2.1.a.Miad(Term):	3
2.1.b.Prematüre:.....	3
2.1.c. Postmatür:.....	3
2.1.d. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (DDA-LBW):.....	3
2.1.e. Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek(ÇDDA-VLBW):	3
2.1.f. Oldukça Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (ADDA-ELBW):	3
2.1.g. Gebelik Yaşına Göre Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (SGA):.....	3
2.1.h. Gebelik Yaşına Göre Büyük Doğum Ağırlıklı Bebek (LGA):	3
2.2. Yenidoğanın Fizyolojik Özellikleri.....	4
2.2.a. Ağırlık.....	4
2.2.b. Boy.....	4
2.2.c. Beslenme	4
2.3. Beslenmenin Tanımı.....	4
2.4. Anne Sütünün Tarihçesi	4
2.5. Anne Sütünün Önemi ve Faydaları	5
2.6. Hasta Yenidoğanlarda Tercih Edilen Beslenme Çeşitleri	7
2.6.a. Total Parantral Beslenme (TPN).....	7

2.6.b. Enteral Beslenme	8
2.7. Prematüre Bebeğin Beslenmesi	9
2.8. Term (Miad) Bebeğin Beslenmesi	10
2.9. Meme Yapısı ve Gelişimi	12
2.10. Anne Sütünün Oluşumu.....	14
2.11. Emmenin Fizyolojisi	14
2.11.a. Arama Refleksi	14
2.11.b. Emme Refleksi	15
2.11.c. İçine Çekme Refleksi:.....	15
2.12. Anne Sütünün Sağılması	15
2.13. Emzirme Teknikleri.....	17
2.13.a. Beşik Tutuşu.....	18
2.13.b.Çapraz Beşik Tutuşu.....	18
2.13.c. Futbol Tutuşu.....	18
2.13.d. Yan Yatış Pozisyonu.....	18
2.14. Anne Sütünün İçeriği.....	19
2.14.a. Kolostrum.....	20
2.14.b. Geçiş Sütü (Transizyonel).....	20
2.14.c. Matür Süt (Olgun).....	20
2.15. Anne Sütünün Besin Değerleri	21
2.15.a. Protein	21
2.15.b. Lipit.....	21
2.15.c. Karbonhidrat.....	21
2.15.d. Vitaminler	22
2.15.e. Mineraller	23
2.16. Formüla(Formül) Mama	24
2.17. Formül Mamalarının Seçimi.....	25
2.18. Formül Mama Tipleri	26
2.18.a Standart Formül	26
2.18.b Prematüre Formülü	26
2.18.c Post Discharged Formül.....	26
2.19. Özel Formdaki Formüla Mamalar	26
2.19.a. Proteinleri Hidrolize Edilmiş Mamalar	26

2.19.b. İleri Derecede Hidrolize Protein Mamaları.....	26
2.19.c. Laktozsuz veya Laktozu Azaltılmış Mamalar.....	27
2.19.d.Orta Zincirli Triglisericid (MCT) ve LCPUFA İçeren Formüller	27
2.19.f. Metabolik Hastalıklarda Kullanılan Mamalar.	27
2.19.g. Yüksek Enerjili Mamalar	27
2.20. Formül Mamaların İçeriğine Bağlı Yaşanan Sorunları	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuçlar	62
6.2. Çalışmamız Sonucunda Elde Ettiğimiz Öneriler	66
7. KAYNAKÇA	62
EKLER	76
ÖZGEÇMİŞ.....	86

TABLolar LİSTESİ

Tablo.4.1. Katılımcıların ve Doğumlarına ait Özelliklerin Dağılımları.....	33
Tablo.4.2: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatırılma Süreci ve Sonrasına Ait Özelliklerin Dağılımları	35
Tablo.4.3. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatışı Yapıldığındaki Ağırlıkları ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olma Ağırlıkları Arasındaki İstatistiksel Anlamlı Artış.....	37
Tablo.4.4. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine'ne Yatışı Yapıldığındaki WHO Persantil Değeri İle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olma Persantil Değerleri Arasındaki İlişki.....	37
Tablo.4.5. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı Yapıldığındaki WHO Boy Persantil Değeri ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindenden Taburcu Olma WHO Boy Persantil Değeri Arasındaki İlişki.....	39
Tablo.4.6. Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Alınan Bebeklerde Dünya Sağlık Örgütü Persantil Değerlerine Göre Ağırlık Artışı ile İlgili Anlamlı İlişki.....	40
Tablo.4.7. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı Yapıldığındaki Ağırlığı(gr) ile Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olma Ağırlığı(gr) Arasındaki İlişki.....	41
Tablo.4. 8. Anne Yaşı Kategorilerine Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)' na Ait İlişki	41
Tablo.4. 9. Doğum Şekli ile Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) İlişkisi.....	42
Tablo.4.10. Sezeryan İle Gerçekleşen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Çeşidi ile Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) İlişkisi.....	43
Tablo.4.11. Doğumda Canlandırma İşlemi Uygulanıp Uygulanmamasının Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)'na Göre İlişkisi	43
Tablo.4.12. Doğum Ağırlığı'nın Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)'na Ait İlişkisi	44
Tablo.4.13. Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Süresi(gün) İle Ağırlık Farkı(gr) Arasındaki İlişki.....	44
Tablo.4.14. Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Süresi(gün) İle Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olma Ağırlığı(gr) Arasındaki İlişki	45

Tablo.4.15. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenme Çeşidi Kategorilerine İle Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) Arasındaki İlişki.....	46
Tablo.4.16. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Anne Sütü Alma Durumları'nın Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) ile İlişkisi.....	46
Tablo.4.17. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Anne Sütü Alma Durumlarına Göre Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yattığı Süre(gün) İle İlişkisi.....	46
Tablo.4.18. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Alınan Bebeklerin Yatı Boy Ölçüsü(cm) ile Taburcu Olduğu Zamanki Boy Ölçüsü(cm) Arasındaki Fark.....	47
Tablo.4.19. Hastaların Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenme Çeşidi Kategorileri İle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Süresi (gün) İlişkisi...48	
Tablo 4.20. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Sadece Anne Sütü(AS) veya Anne Sütü ve Formüla Mama (AS+FM) Alma Durumlarına Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) ile İlişkisi.....	49
Tablo 4.21. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Sadece Anne Sütü(AS) veya Sadece Formüla Mama(FM) Alma Durumlarına Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) ile İlişkisi.....	50
Tablo 4.22. Sadece Formüla Mama(FM) Veya Anne Sütü Ve Formüla Mama(AS+FM) Alma Durumları'na Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) İle İlişkisi.....	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Memenin Önden ve Yandan Görünümü	12
Şekil 2.2. Anne Sütünün Oluşumu	13
Şekil 2.3. Anne Sütünün Saklanma Koşulları	16
Şekil 2.4. Bebeğin Memeyi Doğru Tutuşu	18



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

YDGT: Yenidoğan Geçici Takipnesi

ENAP: Küresel Her Yenidoğan Eylem Planı

SB: Sağlık Bakanlığı

FM: Formül Mama/ Formüla mama

DDA: Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek

ÇDDA: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek

ADDA: Oldukça Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek

SGA: Gebelik Yaşına Göre Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek

LGA: Gebelik Yaşına Göre Büyük Doğum Ağırlıklı Bebek

TPN: Total Parantral Beslenme

PN: Parenteral Beslenme

NEC: Nekrotizan Enterokolit

ÖZET

Çalışma Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine anne kucağına verilmeden yatışı yapılan yenidoğanların yatış ve çıkış kiloları ile bunları etkileyen başta anne sütü ve formül mama olmak üzere diğer faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır. Araştırma Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesinde 1.düzy Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan yenidoğanlar dahil edilerek tanımlayıcı nitelikte planlandı. Çalışmanın örneklemini; çalışma kriterlerine uyan 100 yenidoğan oluşturmuştur. Çalışma anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine alınan hastalar üzerinde yapılmış olup yenidoğanların yatış ve çıkış kiloları arasındaki farklar ve etkilenebileceği sebepler üzerinde durulmuştur. Verilerin toplanması ailelerden bilgilendirilmiş onam alınarak veri toplama formunda belirlenmiş sorularının sözel olarak doldurulması ile yapılmış olup veriler SPSS 22.0 programında uygun analizler kullanılarak yapılmıştır. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapıldığındaki ağırlıkları ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu olma ağırlıkları arasındaki istatistiksel anlamlı artış incelendiğinde anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine alındığı ve taburcu edildiği kilo arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmıştır. ($p=0,000$) Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatış süresi (gün) ile ağırlık farkı (taburculuk kilosu ve yatış kilosunun farkı) arasındaki ilişki incelendiğinde yatış süresinin ağırlık farkı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. ($p<0,05$) Anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan hastalarda kilo artışının olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, Yenidoğan, Kilo Takibi, Formül Mama, Yenidoğan Yoğun Bakım, Anne Sütü, Beslenme

ABSTRACT

The study was carried out to determine the hospitalization and discharge weights of newborns who were hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit without being placed in the mother's arms, and other factors affecting them, especially breast milk and formula. The research was planned descriptively by including newborns hospitalized in the 1st level Neonatal Intensive Care Unit in Kırklareli Training and Research Hospital. The sample of the study; constituted 100 newborns who met the study criteria. The study was carried out on patients who were taken to the Neonatal Intensive Care Unit without being placed on their mother's arms, and the differences between the hospitalization and discharge weights of newborns and the reasons that could be affected were emphasized. The data were collected by obtaining informed consent from the families and by verbally filling in the questions determined in the data collection form, and the data were made using appropriate analyzes in the SPSS 22.0 program. When the statistically significant increase between the weights of the babies when they were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit and the weights of the newborns were examined, a statistically significant difference was found between the weight when they were taken to the Neonatal Intensive Care Unit and discharged from the NICU. ($p=0.000$) When the relationship between the duration of hospitalization (days) and the weight difference (discharge weight and hospitalization weight) of the baby in the Neonatal Intensive Care Unit was examined, it was found that the length of hospitalization had an effect on the weight difference. ($p<0.05$) It was observed that there was weight gain in patients who were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit without being placed on the mother's lap.

Keywords: Breast milk, Newborn, Weight Tracking, Formula Food, Newborn Intensive Care, Breast Milk, Nutrition

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlığın başlangıcından bugüne kadar canlılar doğmuş, büyümüş ve ölmüş doğa kanunları gereği eski nesillerin yerini yeni nesiller almıştır. Sağlıkta ve hastalıkta bakım, toplumların düşüncelerine, kültürlerine bağlı olarak farklılaşarak günümüzdeki halini almıştır. (Conk , Başbakkal, Bal Yılmaz & Bolşık, 2013)

Toplumlardaki ekonomik durum, sosyal durum ve sağlık alt yapısının geliştirilmesi ile çocuk ölümlerinde ciddi azalmalar gözlenmiştir. Neonatal ve Perinatal ölümler ise, sosyal ve ekonomik gelişmelere daha az duyarlı olup gebelik ve doğum sırasında verilen bakımın iyileştirilmesi, erken tanı ve tedavi gibi sağlık ile doğrudan ilişkisi olan önlemlerden daha fazla etkilenmektedir. Perinatal mortalite bir ülkenin anne ve çocuk sağlığı durumunun dolayısı ile gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerinden birisidir. (Yalçın İbiş, et al., 2019) (Sağlık Bakanlığı [SB], 2015)

Bebek ve çocuk ölümleri çoğu ülkede en düşük seviyeye düşürülmeye çalışılsa da her şeye rağmen dünyadaki en ciddi sorunlardan biri olmaya devam etmektedir. (Türkistanlı, 1995)

Yenidoğan dönemi yaşamın ilk 28 gününü kapsar. Bu ilk 28 günlük dönem çocuklarda ölüm riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Yenidoğan ölümleri, dünya genelindeki beş yaş altı ölümlerin % 45'ini oluşturur. Bu da her yıl 2,7 milyon can kaybı demektir. (World and Health Organization [WHO],2018)

1990 yılında 5 yaş altı ölümlerin %40'mı yenidoğan ölümü oluştururken bu oran 2017 yılında %47'ye kadar çıkmıştır. 2016 yılında ise yaklaşık 2.6 milyon çocuk; kaliteli bakım veya tedavi eksikliği sebebiyle yaşamın ilk ayında hayatını kaybetmiştir.(WHO,2018)

'Türkiye'de Bebek ölüm sayısı, 2018 yılında 11 bin 598 iken 2019'da 10 bin 770 olarak belirlendi. Bin canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayısını ifade eden bebek ölüm hızı, 2018 yılında binde 9,3 iken 2019 yılında binde 9,1 olarak belirlendi. Diğer bir ifade ile 2019 yılında bin canlı doğum başına 9,1 bebek ölümü gerçekleşti. Bir ayını tamamlayamadan ölen bebeklerin oranı 2018 yılında %65,1 iken 2019 yılında %63,6 oldu. Ölen bebeklerin 2019 yılında %12,3'ünün ilk gün, %29,6'sının 1-6 günlükken, %21,7'sinin ise 7-29 günlükken yaşamını yitirdiği görüldü'. (Türkiye İstatistik Kurumu[TUİK], 2020)

Dünyadaki yenidoğan ölümlerinin çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Yenidoğanın sağkalımını ve sağlığını iyileştirmek; gerek anne gerekse bebek için hem doğum öncesi bakımın hem de doğum sonrası bakımın sağlanması ile mümkündür. 2014 yılında başlatılan Küresel Her Yenidoğan Eylem Planı (ENAP), yeni doğmuş bebek ölümlerini ve ölü doğumu sonlandırmak için stratejik eylemlerin nasıl olacağını sunmaktadır. Neonatal ölümlerin çoğuna preterm doğum, intrapartum ilişkili komplikasyonlar (doğum asfiksisi veya doğumda nefes darlığı), enfeksiyonlar ve doğum kusurları neden olur. Doğumdan sonraki ilk 28 gün içinde ölümlerin çoğu kalifiye bakım eksikliği ve tedaviyle ilişkili hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Doğru yaklaşımlarla bu ölümlerin en azından üçte ikisini önleyebilmek mümkündür. (WHO, 2018)

Bebeklerde büyüme hızı; doğum haftası, doğum tartısı, yenidoğan döneminde alınan günlük kalori miktarı ve çevresel ve genetik faktörlerden etkilenir. (Dağoğlu & Ovalı, 2007)

Yenidoğan bebeklerde, doğum sonrası dönemde kilo kaybı olması doğal kabul edilir. Miadında doğan her bebekte doğumdan sonra ekstrasellüler sıvı kaybı olacağından kilo kaybının olması beklendiği için yenidoğanın tekrar tartılmasına gerek duyulmaz. 4. Günü geçen hastanede kalış gerektiren durumlarda ise emzirmenin yeterli olup olmadığını kontrol edebilmek için bebeğin tartısının kontrol edilmesi gerekmektedir. Yaşamın ilk günlerde kilo kaybı %4-7 ise bu kayıp normal kabul edilirken, kilo kaybının %10-12'yi geçmemesi önerilmektedir. (Okumuş, et al., 2009)

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Genel Tanımlar:

Yenidoğan dönemi doğum olayından itibaren ilk 28 günü kapsayan dönemdir.

2.1.a.Miad(Term): ‘Uterusta 37-42 haftalar arası kalarak zamanında doğan bebekler için kullanılan terimdir.’

2.1.b.Prematüre: ‘Gebeliğin 37. haftasını tamamlamadan doğan bebekler için kullanılan terimdir.’‘Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ye göre prematüre sınıflandırılması 3’e ayrılır. 28 haftayı doldurmadan doğan bebekler çok küçük prematüre olarak adlandırılırken. 28-31 haftalar arasında doğanlar küçük prematüre, 32-36 haftalar arasında doğan bebekler sınırda prematüre olarak adlandırılır.’

2.1.c. Postmatür: ‘Uterusta 42. Haftasını tamamladıktan sonra doğan bebekler için kullanılan terimdir.’

2.1.d. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (DDA-LBW): ‘Doğum ağırlığı 2500 gramın altında doğum ağırlıklı bebekler için kullanılır’.

2.1.e. Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek(ÇDDA-VLBW): ‘Doğum ağırlığı 1500 gramın altında doğan bebekler için kullanılır.’

2.1.f. Oldukça Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (ADDA-ELBW): ‘Doğum ağırlığı 1000 gramın altında doğan bebekler için kullanılır.’

2.1.g. Gebelik Yaşına Göre Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (SGA): ‘Gebelik yaşına göre doğum ağırlığı 10. Persantilin altında olan bebekler için kullanılan terimdir.’

2.1.h. Gebelik Yaşına Göre Büyük Doğum Ağırlıklı Bebek (LGA): ‘Gebelik yaşına göre doğum ağırlığı 90. Persantilin üzerinde doğan bebekler için kullanılan terimdir.’

2.2. Yenidoğanın Fizyolojik Özellikleri

2.2.a. Ağırlık: Yenidoğanın vücut ağırlığının normali 2500-4000 gram arasındır. Yaşamın ilk 3-5 günü içinde vücut ağırlığının %5-10'u arasında ağırlık kaybı olması öngörülen ve normal görülen bir olaydır.

2.2.b. Boy: Yenidoğanın boyu yaklaşık 48-52 cm'dir ve ilk ayın sonunda yaklaşık olarak 2,5-3,5 cm artış öngörülür.

2.2.c. Beslenme: Anne sütü ile beslenen bebekler 24 saatte ortalama olarak 8 ile 12 kez emzilir. Emzirme aralığı 3 saatten uzun tutulmamalıdır. (Sağlık Bakanlığı, 2017)

2.3. Beslenmenin Tanımı

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun ihtiyacı olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2017)

Bebeklik ve çocukluk döneminde yeterli ve dengeli beslenme yaşamın ileriki dönemlerine temel oluşturur ve daha uzun bir yaşama katkıda bulunur. (Dixey, et al., 1999)

2.4. Anne Sütünün Tarihçesi

Tarih boyunca insanlar beslenme ve beslenmenin insan sağlığı üzerindeki ilişkisini araştırmışlardır. Antik Mısır tabletlerinde hastalıklar ve tedavisi için kullanılan besinler üzerinde yazılar bulunmuştur. (Samur, 2008)

Bebeklerin beslenmesine ait uygulamaların geçmişine bakıldığı zaman en önemli şeyin anne sütü olduğu görülmektedir. Milattan öncesine ait Mısırdaki bulunan Ebers Papirusu yazıtlarında bebek beslenmesinde sadece anne sütüne gerek olduğu ve üç yaşına gelene kadar sadece anne sütü alması gerektiği ifade edilmektedir. Beslenmede anne sütüne verilen önem gereği Babiller baştanrıçaları İştâr'ı bebeğini emzirirken resmetmişlerdir. Anne sütünü kutsal kabul eden Yakut Türkleri'nde ise analık tanrıçası Ayzıt'ın bebeğine anne sütü ile can verdiği yönünde inanışlar vardır.

Bu inanışlar İslamın ortaya çıkışı ile birlikte yoğunlaşmış ve annenin beslenmesi ve bebeğin beslenmesi arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. (Samur, 2008)

Anne çocuk beslenmesi günümüzde de Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Tarım ve Gıda Organizasyonu (FAO), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Uluslar Arası Beslenme Komitesi (ICNND) gibi uluslar arası kuruluşların gündeminde olup önemi ve değeri artan bir konu olmaya devam etmektedir.

2.5. Anne Sütünün Önemi ve Faydaları

Çocukluk dönemindeki sağlıklı beslenme erişkinlik çağı için de temel oluşturur. Çocuklarda yaşa göre enerji, protein, vitamin ve mineral ihtiyaç değerleri değişmekte, sağlıklı beslenme önerileri de yaşa ve döneme göre farklılaşmaktadır. 0-2 yaş beslenmenin temelini atıldığı en önemli olan dönemdir. Amerikan Pediatri Akademisi , Dünya Sağlık Örgütü, Beslenme ve Diyetetik Akademisi en az 12 ay emzirmeyi önermektedir. Son zamanlarda, yalnızca emzirmenin yaşamın ilk altı ayı için en uygun beslenme ve sağlığı korumayı sağladığına ve altı aydan en az 12 aya kadar, ideal olarak ise 24. aya kadar tamamlayıcı gıdalar ile devam etmesinin ideal beslenme olduğuna kanaat getirilmiştir. (Martin, Ling, & Blackburn, 2016) (World Health Organization, 2020)

Bebek beslenmesi sosyal ve ekonomik gelişim açısından toplumsal önem arz etmektedir. Bebek beslenmesinde kullanılan besinler hijyenik olmalı ve büyüme gelişme açısından yeterli besin öğelerini içermelidir. Verilen besinlerin metabolik bir yüklenmeye neden olmaması ve biyokimyasal bir bozukluğa yol açmaması önemlidir. Bu özelliklerin hepsini içinde barındıran tek besinin anne sütü olması bu besini bebek beslenmesinde en önemli besin haline getirmiştir. (Bülbül, 2017)

Anne sütü; yenidoğanda optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. (Köksal & Gökmen Özel, 2015)

Anne sütünün ve emzirmenin; , hem anne hem de bebek için öncelikle beslenme olmak üzere, bağışıklık, sağlık, psikolojik, sosyal ve ekonomik, gelişimsel, yönden pek çok yararı vardır. (Samur, 2008)

Anne sütü hormonlar, karbonhidratlar, protein, sindirim enzimleri, yağ, vitaminler ve mineraller içerir. Bu besin maddelerine ek olarak, makrofajlar, kök hücreler ve çok

sayıda diğ er biyoaktif moleküller dahil olmak üzere bağışıklık hücreleri açısından zengindir. Bu biyoaktif moleküllerin bazıları proteinden türetilmiş ve lipidden türetilmiştir, diğ erleri ise oligosakaritler gibi proteinden türetilmiştir ve sindirilemez. Anne sütü oligosakaritleri, bebeğ in gastrointestinal sistemini Salmonella, Listeria ve Campylobacter gibi patojenlere karşı anti-enfektif özelliklere sahiptir. (Gura, 2014)

Oligosakaritler ayrıca, uygun doğ uştan ve adaptif immün yanıtlar için gerekli olan çeşitli ve dengeli bir mikrobiyotanın gelişiminde hayati bir rol oynar. (Walker, 2013) Emzirmenin bebeğ e sağ ladığ ı faydaların yanı sıra anneye sağ ladığ ı faydalar da vardır. Bunların arasında meme kanseri riskinde azalma, yumurtalık kanseri riskinde azalma, doğ um sonrası depresyondan koruma, hipertansiyonu önleme, kardiyovasküler hastalıkları ve tip 2 diabetes mellitusu önleme yer alır. Anne sütüyle beslenen bebeklerde atopik dermatit ve gastroenterit riski azalır ve yaş amın ilerleyen dönemlerinde daha yüksek bir IQ'ya sahip olmaktadır. (Westerfield, Koenig, & Oh, 2018)

Yaş amın ilk 12 ayını süt çocukluğ u dönemi oluşturur ve bu dönemin ilk 6 ayı tamamen sıvı beslenme içerir. Bu dönem de ideal olan beslenme sadece anne sütü ile olan beslenmedir. Bu beslenmenin uygulanamadığ ı durumlarda içeriğ i anne sütüne göre geliştirilen formül mama olarak adlandırılan gıdalar kullanılmaktadır. İlk 6 ayda bebeklerin sadece anne sütü ile beslenemeyip bunun yanı sıra formül mama da alması 0-6 ay beslenmesinde sık rastlanan bir olaydır. Mama ve anne sütünün beraber alınması karış ık beslenme olarak bilinmektedir. Bu beslenme uzun vadede gerek anne sütünün azalması gerekse bebeğ in yapay beslenmeye alış ması şeklinde sonuçlanmaktadır. Günümüzde bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesi ve bu süreç içerisinde de su da dahil başka herhangi bir ek besin verilmemesi önerilmektedir. (Gökçay & Garibağ aoğ lu, 2002)

Anne sütü, yeni doğ muş insan bebeğ i için evrensel olarak tercih edilen besindir. (Miriam, 2018)

Anne sütü en pratik beslenme şeklidir. Daima taze, hazır, steril, ekonomik olması, anneyi ve bebeğ ini birçok hastalıktan koruması anne sütünü ideal kılar. Aynı zamanda emzirme annede annelik duygusunun oluş umunu sağ ladığ ı ve anne ile bebek arasında bağ oluşt urması nedeniyle de çok önemlidir (Gür , 2006)

Doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirmeye başlanması yenidoğanı enfeksiyöz hastalıklardan korur ve yenidoğan ölümlerini azaltır. Anne sütünün yetersiz alınması veya hiç alınmaması durumunda bebeklerde gastrointertinal sistem rahatsızlıklarına ve diğer enfeksiyöz hastalıklara bağlı ölüm riski artar. (World Health Organization, 2020)

Anne sütü çeşitli bulaşıcı hastalıklar, atopik ve kardiyovasküler hastalıklar ile lösemi, nekrotizan enterokolit, çölyak hastalığı ve enflamatuar bağırsak hastalığı için koruyucu bir faktördür. (Brahm & Valdes, 2017)

Anne sütü ilk 6 ayda bebeğin D vitamini hariç tüm ihtiyaçlarını karşılayacak yapıdadır ve içeriği bebeğin ihtiyacına göre değişkenlik gösterir (Gökçay & Garibağaoğlu, 2002)

Anne sütü 200'ün üzerinde bileşikten oluşan kompleks besindir ve %80'ninden fazlasını su oluşturur. Emzirmenin ilk evresinde gelen süt, sudan zengindir Bebeğin gereksinimi olan tüm su, bu ön süttten karşılanır. (Uraş, 2017)

2.6. Hasta Yenidoğanlarda Tercih Edilen Beslenme Çeşitleri

2.6.a. Total Parantral Beslenme (TPN): Kritik hastalarda var olan malnütrisyonu ve vücut kütlelerinin kaybını önlemek, enerji ihtiyacını karşılamak için beslenme desteği hayati öneme sahiptir. (Sobotka & Soeters, 2011)

Miadında doğan yenidoğanlar doğum sonrası ilk 4 ile 7 günde doğum ağırlıklarının ortalama % 5-10'unu kaybederken, prematüre yenidoğanlar ise ortalama %15'ini kaybedebilirler. Doğum ağırlığınının ulaşılması miadında bebeklerde en geç 15 güne kadar sağlanırken prematürelere ise 20 günü bulabilir. En erken şekilde doğum kilosunun yakalanması için hem prematürelere hem de hasta term bebeklerde klinik değerlendirmeye göre total parantral beslenmeye geçilmelidir. (Kültürsay, Bilgen, & Türkyılmaz , 2018)

Parenteral beslenme, gastrointestinal sistem dışındaki beslenmenin intravenöz olarak uygulanmasıdır. Total parenteral nütrisyon (TPN), IV uygulanan beslenmenin hastanın aldığı tek beslenme kaynağı olduğu zamandır. Yetersiz gastrointestinal fonksiyon ve enteral nütrisyon kontrendikasyonları olduğunda total parenteral beslenme endikedir. (Braunschweig , Liang, & Sheean, 2004)

Hasta term ve prematürelde enteral beslenmenin yapılamadığı veya enteral beslenilse de alınabilen miktarın gerekli olan kaloriyi karşılayamadığı durumlar total parenteral beslenmeyi (TPN) gerektirir. (Gargasız, 2012)

Enteral beslenemeyecek veya hidrate edilmesi gereken olgularda, sıvı elektrolit dengesizliği olan hastalarda, gün veya kan biyokimyasına göre uygun elektrolit içeren sıvılar ile parenteral beslenme (PN) yapılması gerekmektedir. (Kültürsay, Bilgen, & Türkyılmaz , 2018)

Tıbbi gerekliliğin yanı sıra beslenme yöntemi olarak TPN seçilmeden önce bu beslenmenin mortalitenin artması, hastanede kalış süresinin uzaması, sıvı elektrolit dengesizlikleri, hipo veya hiperglisemi, metabolik asidoz, santral venöz katater takılan olgularda katater ile ilişkili enfeksiyonlar, ağır sepsis gibi önemli kontraendikasyonları olduğu unutulmamalıdır. (Calkins, Venick, & Devaskar, 2014) (Stool & Hansen, 2003)

Tüm bu komplikasyonlara bakıldığında TPN başlanan hastalarda klinik duruma göre en erken şekilde enteral beslenmeye geçilmesi gerekmektedir. (Kültürsay, Bilgen, & Türkyılmaz , 2018).

2.6.b.Enteral Beslenme: Günlük alınması gereken protein, enerji ve sıvı gereksinmelerini oral olarak yeterli miktarda alamayan hastaya oral nutrisyon suplemanları veya nazogastrik, nazoenteral, perkütan tüpler aracılığıyla uygulanan yapay beslenme türüdür. (Uslu Kızıllan, 2018)

Tercih edilen beslenme aracı olan enteral beslenme Gastro İnterstinal Sistemin (GİS) aktif olduğu beslenme şeklidir. (Baiu & David , 2019)

Enteral beslenme ağız ile jejunum arasında bulunan Gastro İnterstinal Sistemin farklı bölgelerine ulaşan ; tüp , perkütan girişim veya cerrahi yöntemle yapılabilir. Bu beslenme şeklinde hastalara makro veya mikro besin maddelerinin nazogastrik veya nazoenterik, jejunostomi veya gastrostomi ile ister devamlı ister aralıklı olarak hastaya verilir. (Uysal, Eşer , & Khorshid, 2011)

Enteral beslenmede en çok tercih edilen beslenme şekli orogastrik ve nazogastrik sonda ile beslenmedir.

Enteral beslenmenin en erken dönemde başlatılması GİS fonksiyonların çabuk gelişmesini sağlar, parenteral beslenme süresini kısaltır, hastaneye yatışı azaltır. (Tengir & Çetinkaya, 2008)

Metabolik bozukluklar, peritonit, ileus, özefagus varisi, özefagial darlık, GİS kanaması, dirençli kusma, şok durumlarında kontraendikedir. (Conk , Başbakkal, Bal Yılmaz , & Bolışık, 2013)

2.7. Prematüre Bebeğin Beslenmesi

Sağlıklı ve term bebeklerde en ideal besinin anne sütü olması gibi hasta ve prematüre bebeklerde de en ideal besin anne sütüdür. Her zaman doğumdan sonraki en kısa sürede anne sütünün verilmesi hedeflenmelidir. Prematüre bebeklerde tam enteral beslenmeye geçmek oldukça zordur. Prematürelere ilk saatten itibaren enerji ve protein ihtiyacını karşılayacak total parenteral beslenme hemen başlatılmalıdır. Çok düşük doğum ağırlıklı ve aşırı düşük doğum ağırlıklı prematürelere uygun ve yeterli beslenememeye bağlı postnatal dönemde büyüme geriliği riski oluşmaktadır. (Kültürsay, Bilgen, & Türkyılmaz , 2018)

Perinatal dönem yenidoğan gelişimi için kritiktir. Çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) bebeklerin beyni özellikle yetersiz beslenmeye karşı savunmasızdır. Enteral beslenme, formül mamaların miktarına ve bileşimine bağlı olan gastrointestinal sistemin büyümesi ve gelişmesi için büyük önem taşımaktadır. Beslenme intoleransı ve nekrotizan enterokolit (NEC) riski, ÇDDA bebeklerde enteral beslenme ile ilgili temel endişelerdir. (Cruz & Bazacliu , 2018)

Erken dönemdeki parenteral beslenmenin, erken dönemdeki enteral beslenme ile birlikte çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) bebeklerde gelişimsel skorlarını iyileştirdiği, büyüme hızını arttırdığı, mental iyileşme sağladığı görülmüştür. İyileşme sağlandıkça ve hasta tolere ettikçe enteral beslenme desteği artırılırken parenteral beslenme desteği azaltılır ve zamanla kesilir. (Kültürsay, Bilgen, & Türkyılmaz , 2018)

Yeterli miktarda besin maddesinin verilmesi, doğru bir kısa vadeli doğrusal büyümeyi ve uzun vadeli nörobilişsel gelişim için yardımcı olur. Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde (ÇDDA) rahim dışı büyüme gecikmesini azaltmak için, yaşamın

ilk gününden itibaren en iyi beslenme stratejisi (parenteral veya enteral) hızla oluşturulmalıdır. Erken doğmuş bebeklerde beslenme parenteral ve enteral olarak verilebilir. Prematüre, bağırsak fonksiyonel immün yetersizliği, sindirim enzim sistemi yetersizliği ve bu bebeklerin beslenme rezervinin azalması nedeniyle parenteral beslenme desteği için en sık endikasyondur. (Mamngili & Garzoli, 2017)

2.8. Term (Miad) Bebeğin Beslenmesi

Sağlıklı, term yenidoğanların beslenmesinde emzirmeye ve emmeye kontraendike bir durumun olmaması halinde en uygun beslenme daima bebeğin annesi tarafından günde minimum sekiz kez emzirilmesidir. (Cooke, 2011)

Emmeye kontraendike olan solunum problemleri, damak problemleri gibi durumlarda bebeğin kendi annesinin sağılmış sütünün kaşık, enjektör, biberon gibi yapay bir yöntemle verilmesi gerekmektedir. Emzirmeyi olumsuz etkileyen durumlar veya anne sütünün bulunmadığı durumlarda ise beslenme donör anne sütü veya formül mama ile yapılmaktadır. (Lessen & Kavanagh, 2015)

Doğumun sezaryen ile gerçekleşmesi, bebeğin iyi emmemesi ve meme başını kavrayamaması, sütün gelmemesi gibi nedenler, bebeklere formula desteğinin verilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrasında emzirmenin uygun şekilde başlatılması, devamının getirilmesi ve desteklenmesi önemlidir. (American Academy of Pediatrics, 2012).

Ailelere beslenme desteğinin sağlanmasında multidisipliner yaklaşım ile optimum beslenme rejimini sağlamak ve yeterli büyüme gelişme sağlamak için ailelerle ortaklık kurmak önemlidir. (Kolnik & Billimoria, 2020)

Doğum sonrasında emzirmenin erken dönemde başlaması, devamlılığının sağlanması ve anne sütünün desteklenmesi konusunda multidisipliner yaklaşım sergileyen ekibin başarılı emzirmenin 11 adım esasına dayanan 'Bebek Dostu Hastane' uygulamasına uyması gerekmektedir.

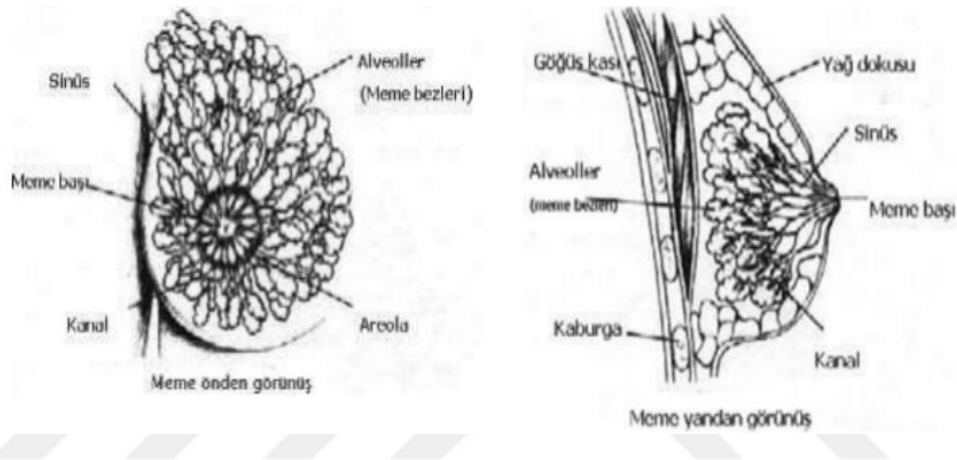
Başarılı emzirmede 11 öneri;

- Emzirmeye ilgili yazılı bir politika hazırlanmalı ve bu politika tüm sağlık personeline eğitimler verilerek sağlık personelinin bilgisine sunulmalıdır.
- Bütün sağlık personeli emzirme politikası hedeflerinde eğitilmelidir.

- Hamilelikten başlayarak tüm annelere emzirmenin yararları ve emzirme yöntemleri konusunda eğitim verilmesi sağlanmalıdır.
- Doğum sonrası ilk saatte anne ve bebek arasında tensel temas kurulması sağlanarak emzirmenin başlaması konusunda aileye destek sağlanmalıdır.
- Ailelerle, emzirmenin nasıl yapılacağı ve annelerin bebeklerinden ayrı kalmaları gerekiyorsa da süt sağımının ve saklanma koşullarının öğretilmesi gerekmektedir.
- Tıbbi açıdan gerek duyulmadıkça yenidoğanlara anne sütü dışında herhangi bir şey verilmeyeceğinin önerisinde bulunulmamalı, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ile ve 6. Ay devamında ise aya uygun tamamlayıcı beslenme ile birlikte emzirmenin 2 yaş ve devamına kadar sürdürülmesi konusunda ailelere bilgi verilmelidir.
- Anne ile bebeğin 24 saat birlikte kalmalarını destekleyen uygulamaların benimsenmesi gerekmektedir..
- Bebeğin her istemesinde emmesi desteklenmelidir.
- Emme yetisi bulunan bebeklere yalancı meme, emzik gibi avutucu hiçbir şey verilmemelidir.
- Annelere, taburculuk sonrası da tek başlarına emzirmeye devam edebilmeleri konusunda eğitim verilmeli ve ailelerin karşılaşılabilecekleri sorunları kendi başlarına çözebilmeleri için gerekli özyeterliliğin sağlanması ve ailelere başvurabilecekleri sağlık kuruluşları hakkında bilgi verilmelidir.
- Sağlık personelinin ve sağlık kurumun tüm birimleri formül mama pazarlanmasıyla alakalı uluslararası yasayı benimsemiş ve uyguluyor olmalıdır.

2.9. Meme Yapısı ve Gelişimi

Olgun meme yapısı adipoz dokudan ve konnektif dokudan oluşan stromaya gömülü glandüler dokuyu içermektedir. Stroma ise kan ile lenf damarları ve sinirlere sahiptir. Memeyi hacim itibari ile stromal doku belirler. Meme dokusunun esas ögesi olan süt salgılanmasını sağlayan epitel hücrelerini tek tabaka olarak meydana getiren alveol (asinüs), gestasyonun 10. haftasından itibaren başlar. Meme yapısının önden ve yandan görüntüsü Şekil 2.1 de verilmiştir. (Uraş, 2017)



Şekil 2.1. Memenin Önden ve Yandan Görünümü (Uraş, 2017)

Göğüste pigmente görünümü olan oval bir bölge vardır ve bu bölge meme ucu (areola) olarak adlandırılır. Bu bölgenin ortasında apokrin bir ter bezi olan meme başı adı verilen silindirik şekilde sütün boşaldığı alan vardır. Areolanın üzerinde kaygan, yağlı sıvı salgılayan montgomery salgı bezleri vardır. Montgomery bezleri kaygan sıvı salgılayarak hem bebeğin memeye rahat tutunmasını hem de memenin enfeksiyonlardan korunmasını sağlar. (Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2018)

Her meme loblarından her lob da kendi içinde lobüllerden, her lobül de kendi içinde süt üretimini yapan asıl kısım olan alveollerden oluşur. Alveollerin çevresinde sıra halinde hücre dizini bulunur, Bu hücre dizinleri kasılarak alveollerde üretilmiş olan sütün duktüllere aktarılması sağlanır. Duktüllere ulaşan süt oradan da laktiferöz kanallara buradan laktiferöz sinüslere geçer ve meme başının üzerinde bulunan çok

sayıdaki minik delikten dışarı çıkar. Anne sütünün oluşumu Şekil 2.2. de verilmiştir. (Uraş, 2017)



Şekil 2.2. Anne Sütünün Oluşumu (Uraş, 2017).

Gebelik süresince areolanın rengi koyulaşır, hacmi artar ve meme başları erektil olur. Gebeliğin ikinci yarısında kolostrum adı verilen ön sütün oluşumu başlar ve bu evre laktogenezis olarak adlandırılır. Gebelikte östrojen duktusların ve alveol yapının gelişimi, progesteron ise alveoler glandların olgunlaşması için gereklidir. Mammogenezde prolaktin de östrojen ile aynı yönde etkili olmasına rağmen östrojen prolaktinin süt salgılamasına olan etkisini inhibe eder. Doğumdan sonra plasentanın da ayrılması ile süt yapımını baskılayan progesteron seviyesi azalır ve süt üretimi başlar bu aşama süt üretiminin 2. Evresidir ve laktogenezis olarak adlandırılır.

İlk günlerde oluşan kolostrum miktar olarak azdır. Postpartum dönemde 3-5. günlerden sonra süt üretimi miktar olarak artar. Laktogenezde rol oynayan iki refleks vardır. Bu refleksler ‘süt oluşum refleksi’ ve ‘süt salgılanması refleksi’ dir. Laktasyonun prolaktin hormonuna bağlıdır. Gebeliğin sonuna doğru prolaktin hormon düzeyi gebelik öncesi normal düzeyinin 20 katına çıkar. Prolaktin ve plasental laktojen hormonunun süt oluşumunu destekleyici etkileri doğum öncesi dönemde progesteronla ve östrojenle inhibe edilmiş durumdadır. Emzirmenin başlaması ile prolaktin düzeyi 15-20 dakika içinde hızla yükselir ve maksimum seviyelere ulaşır. Düzenli emzirme sağlanırsa prolaktin düzeyi en az 15 ay yüksek

kalır. Bu nedenle bebek her istediğinde emzirmek, düzenli emzirmek prolaktin düzeylerinin devamlı yüksek kalmasında ve devamlı süt gelmesinde en büyük etkidir. Hipotalamohipofizer sistem problemlerinde, meme reddi yaşanması durumunda veya bebek emzirilmediğinde süt üretim yeteneğini birkaç gün içinde kaybedilir ve prolaktin hormonu seviyeleri düşer. (Uraş, 2017)

2.10. Anne Sütünün Oluşumu

Meme yapısı gerek gebelikte gerekse postpartum dönemde hızlı değişiklikler gösterir. Bu değişiklikler etkili emzirme sağlanması için önemlidir. Meme bezlerinin görevi hem bebeğin büyüme ve gelişimini sağlayacak beslenme öğelerini bebeğe iletmek hem de anneden bebeğe antikorların geçmesini sağlamaktır. Sütün oluşumunu hipofizden salgılanan prolaktin hormonu sağlarken oksitosin hormonu ise salgılanan sütün laktiferöz sinüslere oradan da meme ucuna akışını sağlar ve bu süt inme refleksi olarak adlandırılır. Emmenin başlaması ile uyarma sağlanır ve süt inme refleksi oluşur bu sayede süt oluşumu gerçekleşir. Prolaktin ise her beslenmenin sonunda salgılanarak bir sonraki beslenmeye sütün oluşturulmasını sağlar. (T.C Sağlık Bakanlığı, 2013)

Laktasyon dönemi tamamen bazı hormonların dengesi ile ilişkilidir. Laktasyonun başlangıcı ve devamlılığının sağlanması için fonksiyonel bir hipotalamohipofizer sisteme ihtiyaç duyulur. Laktasyonun basamakları;

- a) Mammogenezis veya meme gelişimi ve büyümesi
- b) Evre I laktogenezis
- c) Evre II laktogenezis

(Uraş, 2017)

2.11.Emme Fizyolojisi

Bebekler emebilmeleri için, anne sütünden fayda görebilmesi için bazı refleksler ile hayata başlarlar. Bu refleksler emme, arama, çekme refleksidir.

2.11.a. Arama Refleksi: ‘Parmakla dudağın köşesi veya yanak okşandığında bebeğin uyarının geldiği yöne dönmesi ve ağzını emme pozisyonuna getirmesidir.

Aynı işlem meme başıyla yapıldığında ise bebek uyarının verildiği tarafa dönerek ve emmeye başlar. Bu refleksin kaybolması 9 ile 12. Haftalarda olur.’

2.11.b. Emme Refleksi: ‘Aerola ve meme başı bebeğin ağızına doğru yerleştirildiğinde bebeğin dilinin damağa doğru çekilir ve süt salınımı başlar. Emme refleksi fetal 17. haftasında gelişir ve uyanıklık halinde ilk 4 aya kadar uyku, halinde ise ilk 7 aya kadar devam eder. (Sağlık Bakanlığı, 2013)’

2.11.c. İçine Çekme Refleksi: ‘Memeden, biberondan, enjektör veya kaşıktan alınan sütün içe çekilmesine yardım eden reflekstir. Spontan gelişen bir olaydır ve yaşam boyu devam eder. (Cramton , Zain-Ul-Abideen,, & Whalen, 2009)’

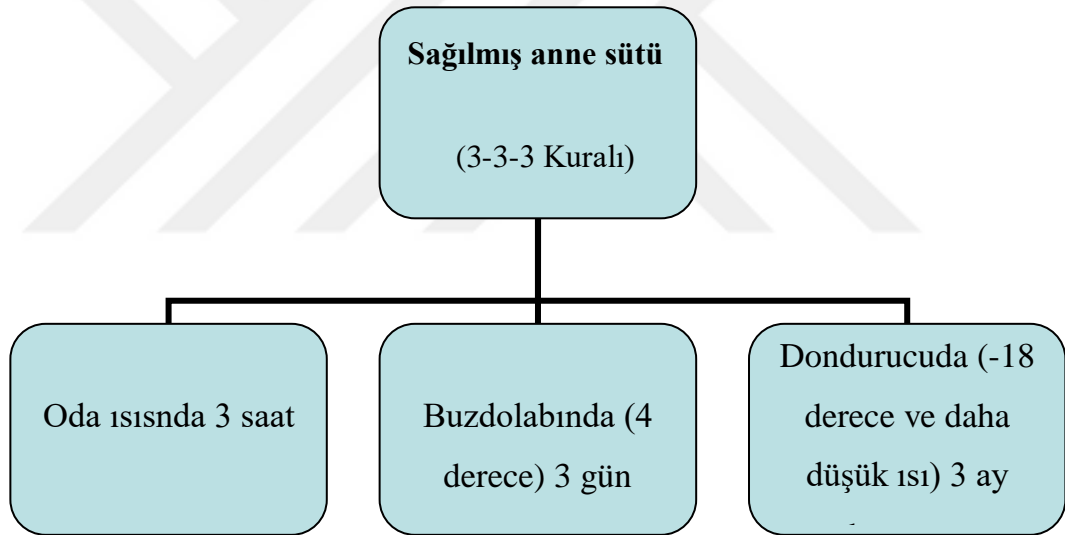
2.12. Anne Sütünün Sağılması

Anne sütünün sağılması emzirmenin başlaması ve devamlılığı için oldukça önemlidir. Anne sütünün sağılmasında daima hijyenik koşulların sağlanması gerekmektedir. Anne sütünün sağılması işlemi

- Tıkanmış olan memelerin rahatlatılması,
- Henüz emme kordinasyonunu sağlayamayan bebeği beslemek,
- Düşük doğum ağırlıklı olan bebekleri veya emmenin kontraendike olduğu durumlarda bebekleri beslemek için,
- Meme ucunun içe dönük olması, olmaması gibi problemlerde hem aerolayı hem de meme ucunu rahatlatmak için,
- Annenin çalışması gibi anne ve bebeğin uzun süreli ayrı kalacağı durumlarda bebeğin beslenmesini sağlamak için,
- Süt doluluğu nedeni ile sertleşen memelerde bebeğin rahat emmesini sağlamak için,
- Meme reddi yaşanan durumlarda bebek emmeyi öğrenene kadar beslenmenin sağlanması için uygulanmaktadır. (Karagöz, 2017)

Anne sütünün sağılması işlemi elle, pompa ile elektrikli pompa ile ve enjektör ile yapılmaktadır. (Conk , Başbakkal, Bal Yılmaz , & Bolışık, 2013)

Sağılmış anne sütünün saklamasında 3-3-3 kuralına uyuulması gerekmektedir. Sağılan anne sütleri süt saklamak için uygun olan saklama poşetleri ile muhafaza edilmeli ve sağım tarihi ve saati üzerine yazılmalıdır. Dondurucudan çıkarılan anne sütünün ilk olarak buzdolabında çözünmesi sağlanmalı, çözündükten sonra da sıcak su ile dolu bir kapta benmari yöntemi ile ısıtılarak bebeğe verilmesi gerekmektedir. Sağılan anne sütünün verilmesinde biberonun emzirmeye başlandığında anne memesini reddetmeye sebebiyet vereceği unutulmayarak enjektör, kap, kaşık ile verilmesine dikkat edilmelidir. (Eglash & Simon , 2017) (Karagöz, 2017)



şekil 2.3. Anne Sütünün Saklanma Koşulları (Karagöz, 2017)

2.13. Emzirme Teknikleri

Başarılı bir emzirmenin sağlanması için öncelikle bebekte doğuştan itibaren var olan arama refleksi uyarılmalıdır. Meme başı ile bebeğin ağız kenarının uyarılması sağlanırsa bebek başını memenin olduğu yöne çevirerek ağızını genişçe açar. Bu emme refleksi doğumdan sonra 6. aya kadar devam eder. Bebeğin damağına memenin başının değmesi ile de emme refleksi başlar. Anne göğsü ne kadar sık uyarılırsa, bebek ne kadar sık emzirilirse ve ne kadar etkin emzirilirse de anne sütünün miktarı o kadar artar. (Conk , Başbakkal, Bal Yılmaz & Bolışık, 2013)

Başarılı emzirmede;

- Annenin rahat pozisyonda olmasının sağlanması, annenin bebeğin üzerine eğilmesi engellenmeli ve bebeğin güzelce kavranması sağlanarak memeye yerleştirilmesi gerekir.
- İsaaret parmağı memenin altına gelecek şekilde alttan kavranırken baş parmak da bebeğin burnunu açacak, nefes alışını kolaylaştıracak şekilde aerolanın üst kısmına konulur. (C tekniği) Şekil 2.4'de verilmiştir.
- Bebeğin arama refleksinin başlaması sağlanmak için meme başı ile ağız uyarılmalı ve zorlamadan kendi kendine emmesi için sabırlı davranılmalıdır.
- Bebeğin yalnızca meme ucunu değil aerolayı da kapsayarak alt dudak kıvrık olacak şekilde ve bebeğin çenesinin memeye dayanacak şekilde yerleştirilerek emmesi desteklenmelidir.
- Bebeğin başı ile vücudunun aynı hat üzerinde dümdüz olması sağlanmalıdır. Bebeğin başı annenin dirseğinin iç kısmına gelmesi, bebeğin kalçasının ise annenin avuç içinde kavranmış olması sağlanmalıdır. (Türkyılmaz, 2016) (Conk , Başbakkal, Bal Yılmaz , & Bolışık, 2013)



Şekil 2.4. Bebeğin Memeyi Doğru Tutuşu (Türkyılmaz, 2016)

2.13.a. Beşik Tutuşu: Klasik olan ve en çok tercih edilen emzirme pozisyonudur. Bebeğin başı dirsek iç kısmındadır. Vücut aynı hattın üzerinde düz ve anneye doğru dönük olarak durur. (Conk , Başbakkal, Bal Yılmaz & Bolışık, 2013)

2.13.b.Çapraz Beşik Tutuşu: Bu emzirme şekli klasik tutuş olan beşik tutuşuna benzese de göğsün desteklenmesi ve bebeğin tuturulması aşamalarında beşik tutuşuna göre farklıdır. Bu tutuş şeklinde de bebek aynı hat üzerinde düz bir şekilde durur ve vücudu yine anneye dönüktür. Beşik tutuşuna göre tek fark olarak annenin karşı taraftaki eli bebeğin başını tutması gösterilebilir. (Türkyılmaz, 2016)

2.13.c. Futbol Tutuşu: Bebeğin yastık yardımı ile yükseltilmesi sağlanır. Bebeğin vücudu annenin kolunun altından geçer. Bebeğin başı ise anneye dönük durur. Memenin kavramasında zorluk yaşandığı durumlarda bu tutuş kullanılmaktadır .Prematürelde, meme reddi olan bebeklerde, ikiz doğum yapmış annelerde önerilen tutuş tekniğidir. (Türkyılmaz, 2016)

2.13.d. Yan Yatış Pozisyonu: Hem anne hem de bebek yüz yüze bakarak yan yana yatırılır. Anne boştaki kolu ile bebeğinin sırtını destekler. Ağrılı epizyo veya sezeryan ile doğum yapan annelere önerilen emzirme pozisyonudur. Bebekte meydana gelebilecek aspirasyon riski açısından dikkat edilmesi gereken bir beslenme pozisyonudur. (Conk , Başbakkal, Bal Yılmaz & Bolışık, 2013)

2.14. Anne Sütünün İçeriği

Anne sütü hem kimyasal hem hücrenel bileşenleri olan biyolojik ve aktif olan bir besindir. Anne sütünün %87'sinin sıvılardan oluşur. Bu nedenle ilk 6 ay bebek için gerekli olan sıvının tamamını karşılar. (Reynolds, 2001)

Laktasyon dönemi gebeliğin sonunda başlayan biyolojik bir dönemdir. Gebelikte besin öğeleri, hormon ve immün maddeler plasenta yoluyla fetüse geçerken gebelik sonlandığında plasentanın bu işlevi anne sütüne geçer. (Conk , Başbakkal, Bal Yılmaz , & Bolşık, 2013)

Anne sütü içeriğinde laktoz ve oligosakkaritler ihtiva eder bunun yanı sıra, steroidler, lipitler, trigliserit, kolesterol, ve fosfolipit, protein, kazein, laktoferrin, alfa-laktalbumin, IgA, mineraller, sodyum, lizozim, potasyum, kalsiyum, klor, fosfat, magnezyum, bulunur.

Anne sütü multi-fonksiyoneldir. Başlıca fonksiyonları ise; bakterio-statik ve immün-modülatör etki, anti-inflamatuar etki, bağırsaktaki kript hücreleri ve diğer vücut hücrelerinde büyüme sağlama ve sindirime yardımcı olma şeklindedir.

Anne sütünün başlıca hücrenel bileşenleri makrofaj, lenfosit, nötrofil ve epitelyal hücrelerdir. Kolostrumdaki hücre sayısı 10^6 /mL iken zaman geçtikçe bu değer azalır ve 6. ayda 10^5 /mL'ye kadar düşer. Anne sütünde tıpkı periferal kandaki seviyelerde lökosit bulunur, ancak periferal kandakinin aksine makrofajların miktarı nötrofillere göre daha fazladır. Anne sütündeki makrofajlar, fagositoz, kompleman sekresyonu kemotaksis yapabilirler, B ve T lenfositleri ise yenidoğanın bağırsak sistemini zararlı mikroorganizmalardan karşı korumaktadır. Yaşamın 2-3. ayından sonra anne sütünde hücrenel olarak epitelyal bileşenleri belirginleşir, lökosit miktarı ise sayıca azalır.' (Uraş, 2017)

Enteral beslenme açısından anne sütü ilk tercihtir. Prematüre ve ÇDDA bebeklerde, anne sütünün protein ve mineral eksikliklerini gidermek için güçlendiriciler kullanılır. (Amisah, Brown, & Harding, 2018)

Anne sütü salgılandığı döneme ve bileşimine göre 3 e ayrılır;

2.14.a. Kolostrum: ‘Doğum sonu ilk beş gün boyunca salgılanan sarımsı renkte bir süttür.’ (Sağlık Bakanlığı, 2019)

Kolostrumun sarımsı görüntüsünü oluşturan yapı beta karotendir. İlk süt olan kolostrumun ağırlığı 1040-1060 arasındadır ve her öğün için 2 ile 20 ml civaarı salgılanmaktadır.. (Gökçay & Garibağaoğlu, 2002)

‘Kolostrumun enerji, içeriği 67 kcal/dl’ ile olgun süte oranla daha düşüktür.’ (Sağlık Bakanlığı, 2019)

Kolostrum, olgun süte göre daha fazla antienfektif özellikte öğeler içerir. Kolostrumda bulunan çinko, vitamin A ve sodyum ilk günlerde enfeksiyonlardan koruyucu görev yapar. Kolostrum, immünoglobulinler ile gastrointestinal sistemi çevreleyerek patojen mikroorganizmalara karşı yenidoğanı koruyucu görev yapar. Kolostrum olgun süte göre %3 gr daha fazla protein ihtiva eder. Laktoz ve yağ ise miktar olarak olgun süttten daha azdır. Kolostrum enfeksiyon ve alerjiden koruyan antikor ve akyuvar, sekretuvar IgA, laktoferrin, makrofajlar, T ve B lenfositler gibi antienfektif etmenlerden zengindir. Aynı zamanda kolostrum epidermal büyüme faktörlerini içererek bağırsağın olgunlaşmasını sağlamakla birlikte, alerji ve intolerans gelişmesini önler. Kolostrum bilirubinın bağırsaktan atılmasını da sağlayarak ve sarılığı da önleyici etkidedir. Kolostrum, maternal kan ile aynı yapı ve özellikleri göstermektedir. (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2018)

2.14.b. Geçiş Sütü (Transizyonel): ‘Kolostrumdan sonra 5-15. günler arasında salgılanan süttür. Miktar olarak kolostumdan fazladır (Uraş, 2017)

Kolostrumdan daha yüksek seviyelerde yağ, laktoz, vitamin ve daha fazla kalori içerir.’ (Çakır, 2017)

2.14.c. Matür Süt (Olgun): ‘On beşinci günden sonra salgılanan süttür. İçeriği emzirmenin başında ve sonunda farklılık gösterir. Anne sütündeki besin öğeleri de; laktasyon süresince bireysel farklılıklara, annenin beslenmesine, emzirme süresinin uzunluğuna göre değişir.’ (Uraş, 2017)

2.15. Anne Sütünün Besin Değerleri

2.15.a. Protein: Anne sütünün protein içeriği inek sütüne oranla düşüktür ancak doğum sonu ilk altı ayda bebeğin protein gereksinimini tek başına karşılar. Anne sütünde kazein ve whey proteinleri bulunur. Kazein/whey proteinleri oranı 2/3'tür ve bu oran anne sütü proteininin sindirilebilir olmasını ve emiliminin artmasını sağlar. (Guo, 2014)

Anne sütündeki antienfektif özellik gösteren proteinler whey proteini fraksiyonundadır. İnek sütündeki bulunan ve alerjen olan β -laktoglobulin anne sütünde bulunmaz. Sütteki sindirimi daha güç olan kazein bölümü anne sütünde %40 civarındadır. Anne sütünde bulunan total proteinlerin çoğunluğunu oluşturan laktoferrin, demir bağlama özelliğinde bir proteindir ve anne sütündeki demirin biyoyararlılığını artırır. (Samur, 2008)

2.15.b. Lipit: Bebek için gerekli olan kalori miktarının yarısını lipitler oluşturur. Lipitlerin %98'ini trigliseritler oluşturur. (Çakır, 2017)

Anne sütündeki doymamış yağ asidi ve lipaz bulunur. Bu da anne sütünü daha sindirilebilir hale getirir. Anne sütündeki yağ oranı emzirmenin başlangıcında az iken emzirmenin sonuna doğru artış gösterir. (Mandel, Lubetzky, Dollberg, Barak, & Mimouni, 2005)

Bu artış doygunluk hissinin oluşmasına yardımcı olur ve obezitenin önlenmesini sağlar. Anne sütü yağ globülinlerinin çapı inek sütün yağ globülinlerinin çapından küçüktür ve bebekteki yağ absorpsiyonunu kolaylaştıran önemli bir faktördür. (Samur, 2008)

2.15.c. Karbonhidrat: Anne sütünün ihtiva ettiği karbonhidratların çoğunluğunu laktozdan oluşur ve laktoz da kalsiyum ve magnezyum minerallerini arttırıcı etkisi vardır bu durum da isteket sisteminin gelişimini olumlu yönde etkiler. Aynı zamanda galaktolipitlerin yapısını oluşturan laktoz beyin gelişimi için de önemli etkilere sahiptir. Anne sütünde enfeksiyonlara karşı koruyuculuğu olan oligosakkaritler ve kompleks karbonhidratlar ve glikoz, galaktoz da bulunmaktadır. Anne sütünün %80 den fazlasının su olması nedeni ile laktoz osmotik etki ile su

çekilmesini sağlar ve süt yapımında büyüketkiye sahiptir. Anne sütündeki laktoz oranı ne kadar yüksek olursa monovalan iyonların oranı o derece düşük olmaktadır. Monovalan iyon oranının düşük olması da böbrekler için düşük solüt yük demektir. (Uraş, 2017)

2.15.d. Vitaminler: Anne sütü, normal bebek büyümesini desteklemek için yeterli miktarda vitamin D ve K içerir. Yalnızca anne sütüyle beslenen bebekler, önerilen minimum D vitamini alımının altında ve önerilen diyet alımından çok daha düşük miktarda D vitamini alırlar. (Reynolds, 2001)

Bu bebekler D vitamini eksikliği, yetersiz kemik mineralizasyonu ve raşitizm gibi durumlar açısından risk altındadır. Bununla birlikte, anne sütüyle beslenen bebeklerde genel D vitamini eksikliği riski, daha düşük güneş endeksine sahip iklimlerde artan risk ile genel güneşe maruz kalma ile de ilişkilidir. D vitaminin 400–2000 IU (Uluslararası Birim) ile anne takviyesi önerilmektedir. Doğumdan sonra mevcut olan D vitamini depoları sekiz hafta içinde tükenir. Anne sütüyle beslenen bebekler için güneş ışığına maruz kalma ve D vitamini takviyesi önerilir. Formülle beslenen bebekler genellikle anne sütüyle beslenen bebeklere göre daha yüksek serum D vitamini metabolitlerine sahiptir. K vitamini, kan pıhtılaşmasında yer alan protein için gereklidir. Bununla birlikte, plasentadan fetüse yalnızca sınırlı miktarda K vitamini aktarılır. Bu nedenle, yeni doğmuş bir bebek genellikle son derece düşük bir K vitamini konsantrasyonuna sahiptir ve hemorajik hastalık geliştirme riski altındadır. Doğumdan sonra K vitamini takviyesi önerilir. (Guo, 2014)

Anne sütünün vitamin içeriği gebelik veya emzirme dönemindeki beslenme alışkanlığı ile ilgilidir. Suda eriyen vitaminlerin konsantrasyonu annenin yakın dönem diyeti ile ilgiliyken yağda eriyen vitaminlerin konsantrasyonu vücut depolarını yansıtır. (Samur, 2008). Anne sütündeki vitamin miktarları tablo 2.1. ve tablo 2.2.' de verilmiştir.

Tablo 2. 1. Anne Sütündeki Suda Eriyen Vitaminler (Samur, 2008)

SUDA ERİYEN VİTAMİNLER	MİKTAR (mg/L)
TİAMİN(B1 vitamini)	0.15
RİBOFLAVİN (B2)	0.37
PİRİDOKSİN(B6)	0.10
NİASİN(B3)	1.70
KOBALAMİN(B12)	0.0003
FOLİK ASİT(B9)	0.043
ASKORBİK ASİT(C vitamini)	47

Tablo 2. 2. Anne Sütündeki Yağda Eriyen Vitaminler (Samur, 2008)

YAĞDA ERİYEN VİTAMİNLER	MİKTAR (mg/L)
A vitamini Karotenoidler	0.53
Tekoferol (E vitamini)	0.24
K vitamin	0.015
Kolekalsiferol (D vitamini)	0.001

2.15.e. Mineraller: Anne sütündeki mineraller vitaminler gibi beslenme alışkanlığı ile ilgili değildir.

Anne sütündeki mineraller, birçok enzimin temel parçalarını oluşturan çeşitli fizyolojik işlevlere katkıda bulunur ve moleküller ve yapılar için biyolojik olarak önemlidir. (Guo, 2014)

Anne sütünde selenyum, klor, demir, çinko, bakır, magnezyum gibi bulunan eser elementler bulunur ve bu elementler laktasyon süresince değişiklik gösterir. Kolostrum selenyum ve bakır içerir. Aynı zamanda anne sütündeki kalsiyum oranı inek sütünden 4 kat fazladır. Fakat anne sütündeki fosfor oranını inek sütüne göre 2 kat daha fazladır. Bu durum kemik mineralizasyonu için anne sütünü inek sütünden

daha uygun kılar. Aynı zamanda anne sütündeki demir Emilimi inek sütünden 5 kat fazladır. (Samur, 2008)

2.16. Formüla (Formül) Mama

Neredeyse tüm bebekler için en iyi beslenme kaynağı annenin kendi sütüdür. Somatik büyümenin ötesinde, biyolojik bir sıvı olarak anne sütünün, doğum sonrası bağırsak fonksiyonunun modülasyonu, bağışıklık sistemi oluşumu ve beyin gelişimi gibi çeşitli başka faydaları vardır. Emzirmenin şiddetle tavsiye edilmesine rağmen, emzirme her zaman mümkün, uygun veya yeterli olmayabilir. Anne sütünün olmadığı, yetersiz olduğu ya da bazı metabolik hastalıkların varlığında formül mamalar kullanılır. Böyle durumlarda formül mamalar bebek tüketimi için endüstriyel olarak üretilmiş ikamelerdir.. (Martin, Ling, & Blackburn, 2016)

Bebek mamaları anne sütünün yerini alacak şekilde tasarlanmıştır.(Yeşil Corkins & Shurley, 2016)

Formül mamaları uygun miktarda su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineral içermektedir. Formül mamaların bileşimi katı veya sıvı bir şekilde düzenlenmiştir ve her üretici, devlet kurumları tarafından belirlenen yerleşik yönergeleri takip etmelidir. Örneğin, formüle eklenen tüm ana bileşenlerin (protein, lipitler, karbonhidratlar) etkinlikleri için minimum ve maksimum değer aralıklarına uyulmalıdır.. Bu bileşenlerin bir güvenli kullanım geçmişi oluşturmuş olması gerekir (Koletzko vd., 2005)

Yenidoğan döneminde beslenmenin en önemli kurallarından biri kullanılan besinlerin güvenliliği ve sağlık açısından zararlı etkisinin olmamasıdır. Anne sütü ile beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda çoğunluk anne sütünün içeriğine göre geliştirilmiş endüstriyel ortamlarda, belirli standartlarda hazırlanan formül mamalar kullanılmaktadır. Mamalarda optimum standartları sağlamak ve besin eksikliklerini önlemek için üretim aşamaları ve piyasaya sürülüşleri Codex Alimentarius'a göre standardize edilmiştir. (Bülbül, 2017)

Sıvı ve toz şeklinde endüstriyel şartlarda hazırlanmış olan Formüla Mamalar bulunmaktadır. (Türk Neonatoloji Derneği, 2014)

Yaşamın ilk 12 ayında önerilen bebek mamaları; 0-6 ay arası bebeklerde kullanılan bir numaralı mamalar, 6. aydan sonrası için üretilen 2 ve 3 numaralı devam sütü, devam formülü ve devam mamaları ile bunlara ek kaşık mamaları ve kavanoz mamalarıdır. Bebek mamalarında hatalı içerik, kontemine olma ve yanlış koşullarda hazırlanma çeşitli sağlık problemlerine yol açmaktadır. (Martin, Ling, & Blackburn, 2016)

Hatanede izlenen bebeklerde kontaminasyon riski göz önüne alınarak sıvı formda formüle mamaların tercih edilmesi önerilmektedir. Toz halindeki formüle mamalar pastörize edilmiş olsalar da steril değildir. (Lönnerdal, 2012)

Formüle mama paketleri açıldıktan sonra en fazla üç hafta içerisinde tüketilmelidir. Bebek mamaları uygun miktarda su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineral içermelidir. Bebek mamalarında her üretici, devlet kurumları tarafından belirlenen yönergeleri takip etmelidir. Formüle eklenen tüm ana bileşenlerin etkinlikleri için minimum ve maksimum değerler vardır. Bu bileşenlerin bir güvenli kullanım geçmişi oluşturmuş olması gerekir. Her besin için gerekli aralık ürünün raf ömrü boyunca korunmalıdır. Formüle mamalarda amino asitlerden, sadece L amino asit formlarının eklenmesine izin verilirken, D formlarına D-laktik asidoza neden olabildikleri için yer verilmez. Fruktoz intoleransı nedeniyle de fruktoz ilavesine, Hidrojene katı ve sıvı yağlara da izin verilmez. (Martin, Ling, & Blackburn, 2016)

2.17. Formül Mamalarının Seçimi

Formül mamalar yalnızca günlük besin ihtiyacını karşılamak için değil, aynı zamanda emilim bozuklukları, kalıtsal metabolik hastalıklar, besin allerjisi, ve gastroözefageal reflü gibi patolojik durumlarda tedavi amacıyla da kullanılabilir. Yenidoğan bebeklerde mama seçiminde bulunurken bebeğin özel sağlık sorunları, bebek için gerekli olan enerji ve besin öğeleri ve kullanılan mamanın ozmolaritesi göz önünde bulunmalıdır. (Bülbül, 2017)

Formül seçimi ve kalori konsantrasyonu ile ilgili kararlar hassaslık gerektirmektedir. Ayrıca büyüme, alım ve bireysel ihtiyaca göre kişiselleştirmeyi gerektirmektedir. (Peters & Pompeii-Wolfe, 2018)

2.18. Formül Mama Tipleri:

2.18.a Standart Formül: Gastrointestinal sistem fonksiyonları normal olan miadında doğan yenidoğanların kullanımına uygundur. 34. gebelik haftadan büyük olan ve doğumdaki ağırlığı 2000 gram ve üzerinde olan preterm ve term yenidoğanlarda kullanılır.

2.18.b Prematüre Formülü: 34. gebelik haftasından önce doğan ve doğumdaki ağırlığı 2000 gramın altında olan prematüre yenidoğanlarda kullanımı uygundur. Standart formüllerden farklı olarak prematürelerin büyüme ve gelişmesine katkı sağlamaya yönelik olarak yüksek kalori, protein, mineral (sodyum, kalsiyum, fosfor) ve diğer (LCPUFA, karnitin, taurin, nukleotid gibi) destekleri içerecek şekilde geliştirilmiştir..

2.18.c Post Discharged Formül: Erken doğan yenidoğanlarda taburculuktan sonra kullanıma uygundur. Standart term formül ve preterm formül arasında bir besin değerine sahiptir. Standart formdaki mamlara göre, enerji, protein, kalsiyum, fosfor ve diğer besin öğeleriyle zenginleştirilmiştir ancak bu katkılar prematüre formülünden miktar olarak daha azdır. (Türk Neonatoloji Derneği, 2018)

2.19. Özel Formdaki Formüla Mamalar

2.19.a. Proteinleri Hidrolize Edilmiş Mamalar: İnek sütü alerjisi gelişen bebeklere uygun olarak geliştirilmiştir. Standart form mamada bulunan inek sütü proteinini tolere edilememesi durumunda ve bağırsak disfonksiyonu gibi durumlarda kullanılabilir. Proteinlerin hidrolizasyon işlemi ultra-filtrasyon, enzimatik, ultra-ısıtma gibi yöntemler ile geliştirilir. Standart form formüllerin bir çoğunun ozmolaritesi 300mOsm/kg H₂O'dan düşüktür. Bu oran proteini hidrolize edilmiş mamalarda ozmotik değerini yükselmesi nedeniyle zorunlu haller dışında kullanımı önerilmemektedir. (Luty vd., 2014) (Türk Neonatoloji Derneği, 2018)

2.19.b. İleri Derecede Hidrolize Protein Mamaları: Proteinler peptitlere hidrolize edildiği mama çeşididir. Bu özelliği Gastro intestinal sistemin cerrahisinden sonra kısa barsak sendromu gelişen hastalarda sindirimi rahatlatması nedeni ile tercih edilmektedir.

2.19.c. Laktozsuz veya Laktozu Azaltılmış Mamalar: Laktoz intoleransı gelişen yenidoğanların kullanımına uygundur. Galaktozemide ilk tercih olarak laktozsuz ve laktozu azaltılmış mamalar kullanılmaktadır. Ülkemizde Bebelac LF Pregomin AS, HN-25 marka adıyla satışları mevcuttur. (Türk Neonatoloji Derneği, 2018)

2.19.d.Orta Zincirli Trigliserid (MCT) ve LCPUFA İçeren Formüller: Hem anne sütü hem de standart formüller, emilim için safra tuzlarına ihtiyaç gösteren uzun zincirli trigliseridleri içerirler. Kolestaz ve kısa barsak gibi durumlarda hızla hidrolize olan ve yağ asitleri lipaz ve safra tuzlarına ihtiyaç duymadan emilebilen orta zincirli yağları içeren mamalar tercih edilebilir. (Pepti-Junior/Alimentum gibi) (Glaser vd., 2011)

2.19.e. Soya Bazlı Mamalar: Soya proteinlerinden yapılan formüller, galaktozemi veya konjenital laktaz eksikliği olan bebekler için etkili seçeneklerdir. Kolik ve süt alerjilerine yardımcı olurlar, ancak nadiren inek sütüne alerjisi olan bebekler soya sütüne de alerjik olabilir.(U.S. National Library of Medicine, 2021)

Konjenital laktaz eksikliği Galaktozemi ve Ig-E ile ilişkili inek sütü proteini alerjisi durumunda kullanılabilir.

2.19.f. Metabolik Hastalıklarda Kullanılan Mamalar: Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalının önerileri doğrultusunda kullanılabilirler.

2.19.g. Yüksek Enerjili Mamalar: Kısıtlı sıvı verilmesine rağmen yüksek enerji sağlanması gereken durumlarda kullanılır. (Sündüs Uygun, Konak, & Soylu, 2018)

2.20. Formül Mamaların İçeriğine Bağlı Yaşanan Sorunları

Formüla mama ile beslenmede bebek sağlığı için en önemli zarar fazla kalorili beslenmedir. Formül mamalarda hatalı içerik veya üretimin aksaklıklarına bağlı olarak sağlık sorunları gelişebilmektedir. 2004 yılında İsrail’de 15 bebek formüla mamalardaki yanlış üretime bağlı vitamin eksikliğinden yaşamını kaybetmiştir. (Vikhanski, 2004)

2002 yılında ise Belçika’da benzer bir durum yaşanmış ve toz formda bulunan formüla mamanın içerisinde üreyen Entorobacter Sakazakii nedeni ile 24 aylık bir

bebekte memenjit gelişmiş ve yaşamını yitirmiştir. Toz formunda bulunan formül mamaların içeriğindeki pirinç ve buğday nişastası bakteriler için besi alanı oluşturur. Formüle mama içerisindeki bakteri miktarı düşük de olsa sonuçları öldürücü olabilmektedir. (Lehner & Stephan, 2004)

DSÖ toz formdaki formüle mamaların kullanılması durumunda mamaların içerisinde bulunabilecek olan bakterilerin etkisiz hale getirilmesi için 70°C su ile hazırlanmasını önermektedir. (Türk Neonatoloji Derneği, 2014)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Gereç

Araştırmaya başlamadan önce Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi yönetiminden ve Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Annelere çalışmanın amacı ve kapsamı hakkında ayrıntılı bilgi verilerek gönüllü onam formu alınmıştır.

Araştırmaya 35-41. hafta arası 59 u erkek 41 i kız toplam 100 bebek katılmıştır. Bu bebekler Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine anne kucağına verilmeden yatışı yapılan hastalardır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine transfer edilen bebeklerin taburcu olana kadar ki beslenme durumunu incelemektir.

Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar da araştırmanın konusu olmuştur.

1. Annenin yaşı ile doğum haftası ve doğum şekli arasında bir ilişki var mıdır?
2. Annenin yaşı ile doğum kilosuna arasında bir bağlantı var mıdır?
3. Yoğun bakımda yatış süresiyle, yatış ve çıkış süresi arasında bir bağlantı var mıdır?
4. Yatış çıkış kilosuyla aldığı anne sütü miktarı arasında bir bağlantı var mıdır?

3.3. Araştırmanın Önemi

Yenidoğanın sağkalımını ve sağlığını iyileştirmek; doğum öncesi bakımın yüksek oranda sağlanması, doğumda kalifiye bakım, anne ve bebek için doğum sonrası bakım ve hasta yeni doğanların bakımını sağlaması ile mümkündür. İyi bir bakımla bu ölümlerin en azından üçte ikisini önleyebilmek mümkündür.. Doğumdan sonraki ilk 28 gün içinde ölümlerin çoğu kalifiye bakım eksikliği ve tedaviyle ilişkili

hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Hayatta kalımı arttırmak ve sağlıklı bir yaşamın temelini atmak bu dönemde uygun beslenmenin sağlanması ve doğru bakımın alınması ile olmaktadır. (WHO, 2018)

Çalışmamızla anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine kabul edilen bebeklerin anne sütü veya mamayla yeterli beslenmesi ile kalım sürelerinin kısaldığını, giriş ve çıkış kilolarının belirleyicisini kaldıkları süre değil beslenebilme durumları olduğunu göstermeyi hedefledik.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma:

- 1) Sadece 2018-2020 yılları arasını kapsamaktadır.
- 2) Tek merkezde yapılmış bir araştırmadır.
- 3) Hasta sayısı kısıtlıdır.
- 4) Annelerin doğum öncesi beslenme durumları hakkında yeterli bilgi ve kanıt yoktur.
- 5) Bebeklerin anne sütü dışında kullandıkları formül mamalar ailenin teminine bağlı farklılık göstermektedir.
- 6) Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 1. Basamak bir Yoğun Bakımdır.
- 7) Çalışmamız bu konuda yapılan ilk çalışma özelliğini göstermektedir. Çalışma sürecinde bu durumun hem avantajı hem de dezavantajı görülmüştür.

3.5. Araştırmanın Olası Riskleri ve Çözüm Önerileri

- Yeterli evren ve örneklem büyüklüğü sağlanmadığı takdirde Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi dışında başka sağlık kurumundan da yararlanılacağı,
- Örnekleme katılan anne ve bebeklerin araştırmayı terk etmeleri veya gönüllü olmadığı durumlarda örneklemden çıkarılacağı ve yerine başka gönüllü anne bebek alınacağı,
- Araştırma için gereken maddi kaynağın artması durumunda araştırmacı tarafından karşılanacağı,

- Araştırma için sürenin yeterli olmadığı durumlarda enstitüden ek süre isteneceği,
- Gerekli izinlerin alınmadığı durumlarda araştırma konusunun veya kurumlarının değiştirilerek çözüm yoluna gidilecektir.

3.6. Araştırmanın Yöntemi

3.6.a. Araştırmanın Evreni

Kırklareli Eğitim Araştırma hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan anne kucağına verilmeyen hastalar.

3.6.b. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya 35-42. hafta arası 59 u erkek 41 i kız toplam 100 bebek katılmıştır. Alınan 100 hasta power test ile yeterli görülmüştür. Hastalar Kırklareli Eğitim Araştırma hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım ünitesine anne kucağına hiç verilmeden yatırılmışlardır.

Araştırmaya gönüllü katılan ve bebeklerinin düzenli gözlemlenmesini kabul eden annelerin ve bebeklerin isim ve soyadları gibi özel bilgilerine kaydedilmemiştir.. Bilgiler, her bir bebeğin hekim ve hemşireler tarafından vital ve antropometrik ölçümlerinin takip edilmesiyle sunulmuştur.

3.6.c. Gönüllü Onam Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” kayıt-takip çalışması yapılmadan önce gönüllü annelere sunularak katılımcılar bilgilendirilmiştir. Ardından anlaşılmadık yerler hakkında tekrar bilgi verilmiştir. Katılımcılardan hiç bir kişisel bilgi ve imza istenmemiştir.

3.7. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında ve “SPSS 22 (Statistical Package for the Social Science / Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) for Windows” paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Bu amaçla toplanan veriler,

önce veri toplama kâğıdına işlenmiş daha sonra bilgisayara aktararak çözümlene yapılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler, normal dağılmayan veriler için ise medyan, minimum ve maksimum değerler olarak verilmiştir. Verilerin normallikleri test edilmiştir. Normal dağılmayan bağımsız iki grup için Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Normal dağılmayan bağımsız ikiden fazla grup için Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Değişkenlerin ilişkisi Spearman Korelasyon Yöntemi İle test edilmiştir. Yapılan analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.



4. BULGULAR

Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine Alınan Bebeklerin Kilo Alıp Almadıklarının Kontrolü üzerine yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4. 1. Katılımcıların ve Doğumlarına Ait Özelliklerin Dağılımları

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	41	41,0
Erkek	59	59,0
Doğumun Kaçınıc Hafta İçinde Gerçekleştiği		
35. Hafta içinde	1	1,0
36. Hafta içinde	13	13,0
37. Hafta içinde	40	40,0
38. Hafta içinde	33	33,0
39. Hafta içinde	9	9,0
40. Hafta içinde	3	3,0
41. Hafta içinde	1	1,0
Anne Yaşı		
<18	9	9,0
19-34	52	52,0
>35	39	39,0
Doğum Şekli		
Normal spontan doğum	47	47,0
Sezeryan doğum	53	53,0
Uygulanan Anestezi Çeşidi*		
Genel anestezi	40	75,5
Spinal anestezi	13	24,5
Doğumda Canlandırma İşlemi Uygulanıp Uygulanmadığı		
Evet	15	15,0
Hayır	85	85,0
Doğum Kilosu		
1500-2500 gr	7	7,0
2500-4000 gr	86	86,0
>4000 gr	7	7,0
Doğumdaki Boyu		
47 den 48 cm ye kadar	4	4,0

48 den 49 cm ye kadar	15	15,0
49 dan 50 cm ye kadar	42	42,0
50 den 51 cm ye kadar	19	19,0
51 den 52 cm ye kadar	16	16,0
52 den 53 cm ye kadar	3	3,0
53 den 54 cm ye kadar	1	1,0

* *Sadece doğumu sezeryan ile gerçekleştirenler dikkate alınmıştır.*

Tablo 4.1. de Katılımcıların ve Doğumlarına ait Özelliklerin Dağılımları incelendiğinde, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan hastalara cinsiyet yönünden bakıldığında bebeklerin %41' inin kız ve %59' unun ise erkek olduğu görülmektedir. (n=100)

Doğumların %1' inin 35. Hafta içinde prematür doğum olduğu, % 13' ünün 36. Hafta içinde prematür doğum olduğu saptanmıştır. Doğumların %40' ının 37. Hafta içinde miad doğum , %33' ü 38. Hafta içinde miad, %9' u 39. Hafta içinde miad doğum, %3' ü 40. Hafta içinde miad ve %1' i 41. Hafta içinde miad doğum olduğu saptanmıştır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı gerçekleşen bebeklerin annelerinin %9' u 18 yaşın altında adölesan anne olduğu saptanırken , %52' si 19-34 yaş aralığında ve %39' unun 35 yaşın üstünde olduğu belirlenmiştir.

Doğumların %47' si normal spontan doğum şeklinde ve %53' ü sezaryen doğum şeklindedir.

Sezaryen doğumla gerçekleşen doğumların %75,5' inde Genel anestezi ve %24,5' inde Spinal anestezi uygulanmıştır.

Doğumların %15' inde canlandırma işlemi uygulanmış, %85' inde ise canlandırma işlemi uygulanmamıştır.

Bebeklerin %7' si 1500-2500 gr arasında, %86' sı 2500-4000 gr arasında ve %7' si de 4000 gramın üzerinde saptanmıştır.

Bebeklerin boylarının %4' ü 47 - 48 cm arasında, %15' i 48 - 49 cm arasında, %42' si 49 - 50 cm arasında, %19' u 50 - 51 cm arasında, %16' sı 51 - 52 cm arasında, %3' ü 52 - 53 cm arasında ve %1' i 53 - 54 cm arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 2: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine (YDYBÜ) Yatırılma Süreci ve Sonrasına Ait Özelliklerin Dağılımları

Özellikler	Frekans (n)	Oran (%)
Anne Kucağına Verilmeden YDYBÜ Yatırılma Sebebi		
ASFİKSİ	17	17,0
MEKONYUM ASPİRASYONU	22	22,0
SOLUNUM SIKINTISI	7	7,0
YDGT	54	54,0
YDYBÜ'ne Yatışı Yapıldığındaki Ağırlığı		
1500-2500 gr	6	6,0
2500-4000 gr	87	87,0
>4000 gr	7	7,0
YDYBÜ'nde Kaç Gün Yattığı		
1 Gün	2	2,0
2 Gün	19	19,0
3 Gün	29	29,0
4 Gün	5	5,0
5 Gün	27	27,0
6 Gün	1	1,0
7 Gün	17	17,0
YDYBÜ'nde Beslenme Durumu		
Sadece anne sütü	54	54,0
Anne sütü ve formüla mama	42	42,0
Sadece formüla mama	4	4,0
Beslenmeyi Engelleyen Bir Durumunun Olup Olmadığı		
Var	0	0
Yok	100	100,0
YDYBÜ'nden Taburcu Olma Ağırlığı		
1500-2500 gr	5	5,0
2500-4000 gr	89	89,0
>4000 gr	6	6,0
YDYBÜ'nden Taburcu Olduğu Zamanki Boyu		
47 den 48 cm ye kadar	4	4,0
48 den 49 cm ye kadar	15	15,0
49 dan 50 cm ye kadar	41	41,0
50 den 51 cm ye kadar	20	20,0
51 den 52 cm ye kadar	16	16,0
52 den 53 cm ye kadar	3	3,0
53 den 54 cm ye kadar	1	1,0

Hastaların Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine (YDYBÜ) Yatırılma Süreci ve Sonrasına ait Özelliklerin Dağılımları Tablo 4.2’de ayrıntılı olarak verilmiştir.(n=100)

Bebeklerin anne kucağına verilmeden YDYBÜ yatırılma sebeplerinin %54’ ünün Yenidoğan Geçici Takipnesi (YDGT), %22’ sinin Mekonyum Aspirasyonu , %17’ sinini Asfiksi ve %7’sinin Solunum Sıkıntısı olduğu görülmektedir.

YDYBÜ’ne yatışı yapıldığındaki ağırlıklarını incelendiğinde yatış yapılan minimum ağırlık 2300 gr maksimum ağırlık 4120 gram, ortalama yatış kilosu ise 3108,30 standart sapma ise 390,11 gr olarak bulunmuştur.

Hastaların taburcu olma ağırlıkları incelendiğinde minimum 2430 gr maksimum 4360 gr olarak saptanmıştır. Ortalama taburcu oluş kilosu 3201,50 standart sapma 406,88 gr olarak saptanmıştır.

Hastaların %54’ü sadece anne sütü ile beslenirken, %42’si anne sütü ve formül mama kombinasyonu ile karma beslenmiş annenin sütünün bulunmadığı %4’lük bir kısım ise sadece formül mama ile beslenmiştir.

Hastaların tamamında beslenmeyi engelleyen bir endikasyon bulunmamıştır.

Hastaların hastanede yatış süreleri incelendiğinde yatış süresinin minimum 1 gün maksimum 7 gün olduğu görülmüştür. Yatış süresi ortalama olarak 4,07 gün standart sapması ise 1,76 gün olarak saptanmıştır.

Hastaların taburcu olduğunda boyu incelendiğinde minimum boy uzunluğu 47 cm, maksimum boy uzunluğu 53,2 ortalama boy uzunluğu 49,79 cm standart sapması ise 1,13 cm olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4. 3. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı Yapıldığındaki Ağırlıkları ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olma Ağırlıkları Arasındaki İstatistiksel Anlamlı Artış

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Durum	Sayı	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Z	p	
YDYBÜ'ne Yatışı Yapıldığındaki Ağırlığı (gr) (Y)	100	3108,30	390,11	T < Y	34	26,54	902.50	-	4,917	0,000
YDYBÜ'nden taburcu olma Ağırlığı (gr) (T)	100	3201,50	406,88	T > Y	59	58,79	3468.50			
				T=7	7					

Tablo 3.3.'de Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine (YDYBÜ) Yatışı Yapıldığındaki Ağırlıkları ve YDYBÜ'nden Taburcu Olma Ağırlıkları Arasındaki İstatistiksel anlamlı artışın saptanabilmesi için Normallik varsayımı sağlanmadığından Bağımlı Örneklem t-testi yerine Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi tercih edilmiştir. Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonucunda; Bebeklerin YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki ağırlıkları ile YDYBÜ'nden taburcu olma ağırlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($z=-4,917$, $p = 0,000$). Buna göre anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine (YDYBÜ) alınan bebeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir ağırlık artışı görülmüştür.

Tablo.4. 4. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı Yapıldığındaki WHO Persantil Değeri İle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olma Persantil Değerleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	N	Rank Durum	Sayı	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Z	p
YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki Persantil (Y)	100	T < Y	5	16,10	80.50	-4,387	0,000
YDYBÜ'nden taburcu olma Persantil (T)	100	T > Y	34	20,57	699.50		
		T=Y	61				

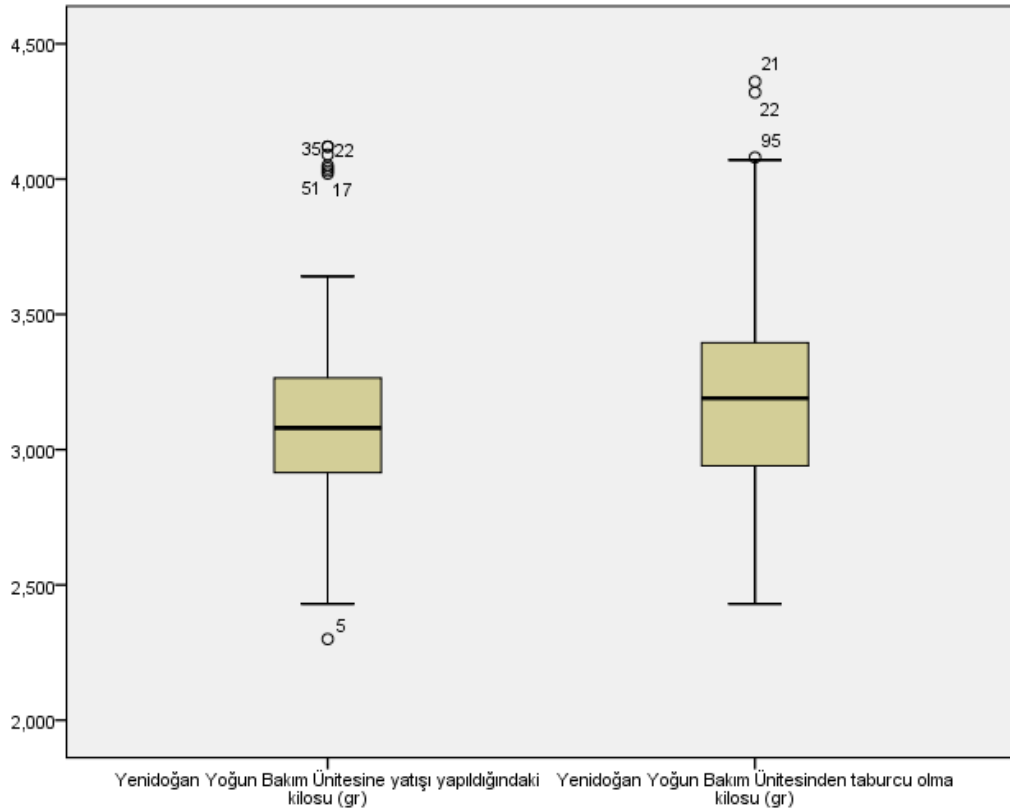
Tablo 3.4.'de Persentillere dayalı olarak yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonucunda; Bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlık persentilleri ile YDYBÜ den taburcu olduklarındaki ağırlık persentilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($z=-4,387$, $p < 0,05$). Buna göre anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine (YDYBÜ) alınan bebeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir ağırlık persentil artışı görülmüştür.

Tablo.4. 5. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapıldığındaki WHO Boy Persantil Değeri ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olma WHO Boy Persantil Değeri Arasındaki İlişki

Değişkenler	N	Rank Durum	Sayı	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Z	p
YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki Persantil (Y)	100	T < Y	0	0,00	0,00	-1,342	0,180
YDYBÜ'nden taburcu olma Persantil (T)	100	T > Y	2	1,50	3,00		
		T=Y	98				

Tablo 3.5.'de Persentillere dayalı olarak yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonucunda; Bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki boy persentilleri ile YDYBÜ den taburcu olduklarındaki boy persentilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($z=-1,342$, $p = 0,180$). Buna göre anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine (YDYBÜ) alınan bebeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir boy persentil artışı görülmemiştir.

Tablo.4.6. Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Alınan Bebeklerde Dünya Sağlık Örgütü Persantil Değerlerine Göre Ağırlık Artışı ile İlgili Anlamlı ilişki



Tablo 4.6' da belirtilen Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Alınan Bebeklerde Dünya Sağlık Örgütü Persantil Değerlerine Göre Ağırlık Artışı ile İlgili Anlamlı İlişki saptanmıştır.

Tablo 4. 7. Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatışı Yapıldığındaki Ağırlığı(gr) ile Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olma Ağırlığı(gr) Arasındaki İlişki

Değişkenler	Test	n	p	r_s
Bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlığı (gr)	Spearman Sıra Farkları	100	0,000	0,844
Bebeklerin YDYBÜ den taburcu olma ağırlığı (gr)	Korelasyonu			

Tablo 3.7.'de verilen Bebeklerin YDYBÜ ye Yatışı Yapıldığındaki Ağırlığı(gr) ile Bebeklerin YDYBÜ den Taburcu Olma Ağırlığı(gr) Arasındaki İlişki yapılan Spearman Sıra Farkları Korelasyonu testi sonucunda; bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlığı ile YDYBÜ den taburcu olma ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r_s(100)=0,844$, $p < 0,05$). Bu ilişki güçlü ve pozitif yöndedir. Buna göre; bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlıkları (gr) ile YDYBÜ den taburcu olma ağırlıkları (gr) arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4. 8. Anne Yaşı Kategorilerine Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)' na Ait İlişki

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Ki-Kare	sd	p
Anne Yaşı	<18	9	35,56	130,40	41,67	0,920	2	0,631
	19-34	52	95,58	155,14	51,26			
	>35	39	103,33	180,02	51,53			

(*ağırlık farkı: (Bebegin YDYBÜ'den taburcu olma ağırlığı)-(YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlığı))

Tablo 3.8.'de Anne Yaşı Kategorilerine Göre Bebeklerin YDYBÜ'ne Yatışı Yapılan ve YDYBÜ'nden Taburcu Oluş Ağırılık Farkına ait ilişkinin saptanması için ANOVA yapılabilmesi gereklilikten normal dağılım varsayımının sağlanmamasından dolayı bu testin parametrik olmayan karşılığı olarak Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucunda; anne yaşına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($H(2)=0,920$, $p=0,631$). Yani Anne yaşı; bebeklerin ağırlık farkları(gr) üzerinde etkili bulunmamıştır.

Tablo 4. 9. Doğum Şekli İle Bebeklerin Ağırılık Farkları(gr) İlişkisi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Mann-Whitney U	p
Doğum Şekli	Normal Spontan Doğum	47	120,64	154,76	56,24	2643,50	975,5	0,062
	Sezeryan Doğum	53	68,87	167,60	45,41	2406,50		

(*ağırlık farkı: (Bebğin YDYBÜ den taburcu olma ağırlığı)-(YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlığı))

Tablo 3.9.'da Doğum şeklinin bebeklerin Ağırılık Farkları(gr)'na İlişkisinin saptanabilmesi için Normallik varsayımı sağlanmadığından Bağımsız Örneklem t-testi yerine Mann-Whitney testi tercih edilmiştir. Mann-Whitney Testi sonucunda; doğum şekline göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=975,5$, $p = 0,062$). Yani doğum şekli; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır.

Tablo 4.10. Sezeryan İle Gerçekleşen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Çeşidi'nin Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)'na İlişkisi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Mann-Whitney U	p
Anestezi Çeşidi	Genel Anestezi	40	91,25	149,69	29,85	1194	146	0,018
	Spinal Anestezi	13	0,00	205,18	18,23	237		

(*ağırlık farkı: (Bebğin YDYBÜ den taburcu olma ağırlığı)-(YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlığı))

Tablo 3.10'da verilen Sezeryan İle Gerçekleşen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Çeşidi nin Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)'na İlişkisine yönelik yapılan testlerde Normallik varsayımı sağlanmadığı için Bağımsız Örneklem t-testi yerine Mann-Whitney testi tercih edilmiştir. Mann-Whitney Testi sonucunda; sezeryan ile gerçekleşen doğumlarda uygulanan anestezi çeşidine göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (U=146 , $p < 0,05$). Buna göre; sezeryan ile gerçekleşen doğumlar dikkate alındığında genel anestezi uygulananların bebeklerindeki ağırlık farklarının spinal anestezi uygulananlarınkine göre anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur. Yani sezeryan ile gerçekleşen doğumlarda uygulanan anestezi çeşidi; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmuştur.

Tablo 4. 11. Doğumda Canlandırma İşlemi Uygulanıp Uygulanmamasının Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)'na Göre İlişkisi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Mann-Whitney U	p
Doğumda Canlandırma	Evet	15	136,67	141,46	59,23	888,50	506,5	0,206
	Hayır	85	85,53	166,04	48,96	4161,50		

Tablo 3.11.'de verilen Doğumda Canlandırma İşlemi Uygulanıp Uygulanmamasını bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)'na Göre İlişkisi Normallik varsayımı sağlanmadığı için Bağımsız Örneklem t-testi yerine Mann-Whitney testi tercih edilmiştir. Mann-Whitney Testi sonucunda; doğumda canlandırma işlemi uygulanıp uygulanmadığına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=506,5$, $p = 0,206$). Yani doğumda canlandırma işlemi uygulanıp uygulanmaması; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır.

Tablo 4. 12. Doğum Ağırlığı' nın Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)' na Ait İlişkinin Değerlendirilmesi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Ki-Kare	sd	p
Doğum Ağırlığı	1500-	7	142.86	155.961	59.64	1,382	2	0,501
	2500-	86	142.86	164.632	50.49			
	>4000 gr	7	45.71	156.190	41.43			

Tablo 4.12.'de Doğum Ağırlığı' nın Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)' na ait İlişkinin saptanabilmesinde ANOVA yapılabilmesi için gerekli olan normal dağılım varsayımının sağlanmamasından dolayı bu testin parametrik olmayan karşılığı olarak Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucunda; doğum ağırlıklarına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($H(2)=1,382$, $p=0,501$). Yani doğum ağırlıkları; bebeklerin ağırlık farkları(gr) üzerinde etkili bulunmamıştır.

Tablo 4. 13. Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Süresi(gün) İle Ağırlık Farkı(gr) Arasındaki İlişki

Değişkenler	Test	n	p	r_s
Bebeğin YDYBÜ				
nde yatış süresi (gün)	Spearman Sıra Farkları Korelasyonu	100	0,000	0,635
Ağırlık Farkı (gr)				

Tablo 4.13.'de belirtilen Bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) ile Ağırlık Farkı (gr) Arasındaki ilişki Yapılan Spearman Sıra Farkları Korelasyonu testi sonucunda; bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) ile ağırlık farkı (gr) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r_s(100)=0,635$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; bebeğin YDYBÜ nde yatış süresi (gün) arttıkça ağırlık farkı (gr) da anlamlı olarak artış göstermektedir.

Tablo 4. 14. Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Yatış Süresi(gün) İle Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nden Taburcu Olma Ağırlığı(gr)

Arasındaki İlişki

Değişkenler	Test	n	p	r_s
Bebeğin YDYBÜ nde yatış süresi (gün)	Spearman Sıra Farkları	100	0,010	0,256
Bebeğin YDYBÜ nden taburcu olma ağırlığı (gr)	Korelasyonu			

Tablo 4.14.'de verilen Bebeğin YDYBÜ'nde Yatış Süresi (Gün) İle Bebeğin YDYBÜ'nden Taburcu Olma Ağırlığı (gr) Arasındaki İlişki için yapılan Spearman Sıra Farkları Korelasyonu testi sonucunda; bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) ile YDYBÜ 'nden taburcu olma ağırlığı (gr) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r_s(100)=0,256$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Yapılan test sonuçlarına göre; bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) arttıkça Bebeğin YDYBÜ'nden taburcu olma ağırlığı (gr) da anlamlı olarak artış göstermektedir.

Tablo 4. 15. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenme Çeşidi Kategorileri İle Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) Arasındaki İlişki

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Ki- sd	p
YDYBÜ'nde Beslenme Çeşidi	Sadece anne sütü	54	100,37	168,03	51,95	2,211	2
	Anne sütü ve formüla mama	42	94,05	162,29	50,62		
	Sadece formüla mama	4	-12,50	42,72	29,63		

Tablo 4.15’de verilen YDYBÜ’nde Beslenme Çeşidi kategorilerine ile bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) arasındaki ilişki incelendiğinde ANOVA yapılabilmesi için gerekli olan normal dağılım varsayımının sağlanmamasından dolayı bu testin parametrik olmayan karşılığı olarak Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucunda; YDYBÜ’nde beslenme çeşidi göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($H(2)=2,211$, $p=0,331$). Yani YDYBÜ’nde beslenme çeşidi; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır.

Tablo 4. 16. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Anne Sütü Alma Durumlarına Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) İle İlişkisi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Mann-Whitney U	p
YDYBÜ'nde Anne Sütü Alma Durumu	Anne Sütü Alıyor*	96	97,60	164,71	51,37	4931,50	108,5	0,142
	Anne Sütü Almıyor**	4	-12,50	42,72	29,63	118,50		

*(Sadece Anne sütü) + (Anne Sütü + Formüla mama)

** (Sadece formüla mama)

Tablo 4.16.' da verilen YDYBÜ'nde Anne Sütü Alma Durumları'nın Bebeklerin Ağırlık Farkları (gr) ile İlişkisi Normallik varsayımı sağlanmadığı için Bağımsız Örneklem t-testi yerine Mann-Whitney testi tercih edilmiştir. Mann-Whitney Testi sonucunda; YYBÜ nde anne sütü alma durumu göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=108,5$, $p = 0,142$). Yani YDYBÜ nde anne sütü alma durumu; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır.

Tablo 4. 17. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Anne Sütü Alma Durumlarına Göre Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yattığı Süre(gün) İle İlişkisi

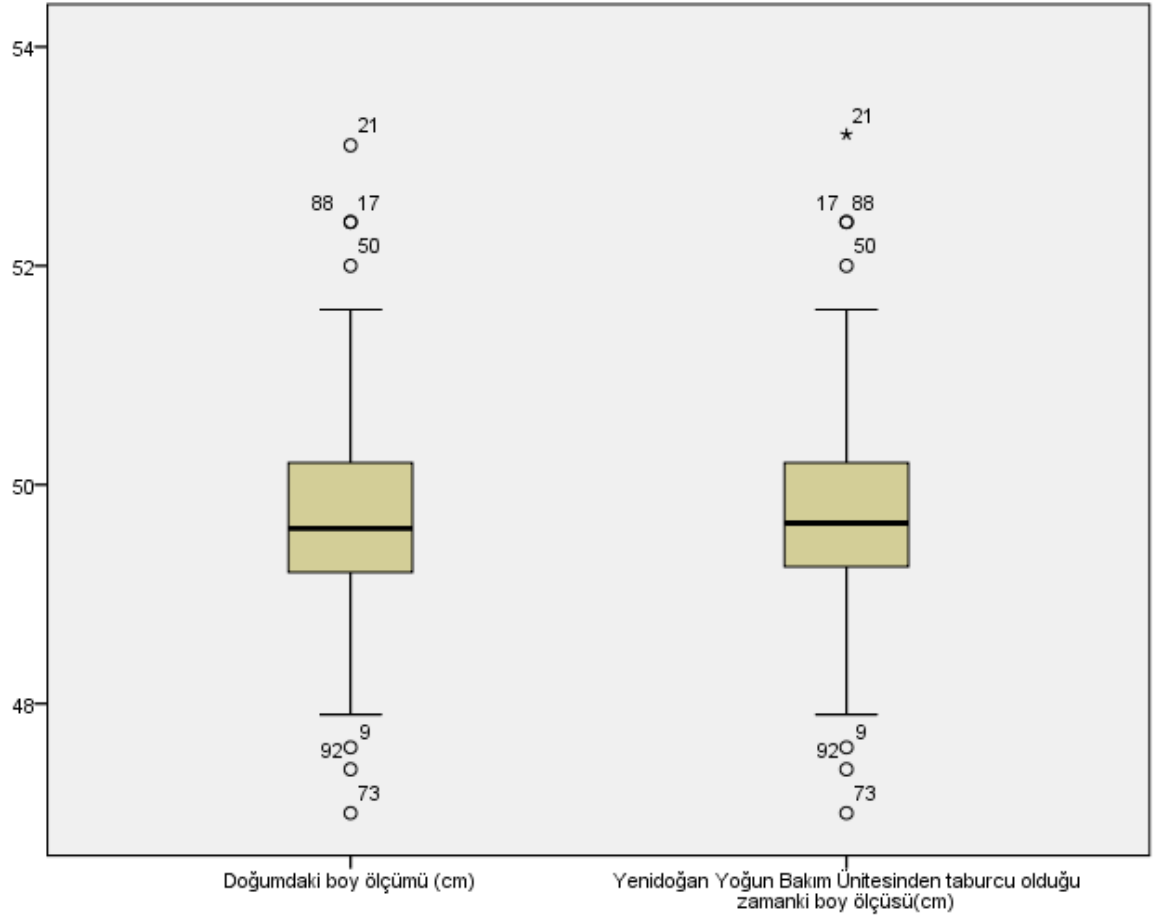
Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Mann-Whitney U	p
YDYBÜ nde Anne Sütü Alma Durumu	Anne Sütü Alıyor*	96	4,15	1,75	51,85	4978	62	0,019
	Anne Sütü Almıyor**	4	2,25	0,50	18,00	72		

*(Sadece Anne sütü) + (Anne Sütü + Formüla mama)

** (Sadece formüla mama)

Tablo 4.17'de verilen YDYBÜ'de Anne Sütü Alma Durumlarına Göre Bebeklerin YDYBÜ'nde Yattığı Süre(Gün) İle İlişkisi Normallik varsayımı sağlanmadığı için Bağımsız Örneklem t-testi yerine Mann-Whitney testi tercih edilmiştir. Mann-Whitney Testi sonucunda; YDYBÜ'nde anne sütü alma durumu göre bebeklerin YYBÜ nde yattığı süre (gün)lerin rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=62$, $p < 0,05$). Buna göre; YDYBÜ'nde anne sütü alan bebeklerin, anne sütü almayanlara göre YDYBÜ'nde yatma süreleri anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yani YDYBÜ'nde anne sütü alma durumu; bebeklerin YDYBÜ nde Yattığı Süre(gün) üzerinde etkili bulunmuştur.

Tablo 4.18. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Alınan Bebeklerin Yatış Boy Ölçüsü(cm) ile Taburcu Olduğu Zamanki Boy Ölçüsü(cm) Arasındaki Fark



Tablo 4.18 'de göre YDYBÜ'ne alınan bebeklerin yatış boy ölçüsü(cm) ile taburcu olduğu zamanki boy ölçüsü (cm) arasındaki farkın gösterildiği grafik incelendiğinde bebeklerin YDYBÜ'ne alınış ve taburcu olma boy ölçümleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir

Tablo 4.19. Hastaların Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenme Çeşidi Kategorileri İle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Süresi (gün) İlişkisi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Ki-Kare	sd	p	Fark
YDYBÜ'nde Beslenme Çeşidi	Sadece anne sütü (AS)	54	4,30	1,85	53,86	6,164	2	0,046	AS > FM
	Anne sütü ve formüla mama (AS+FM)	42	3,95	1,62	49,27				
	Sadece formüla mama (FM)	4	2,25	0,50	18				

Hastaların yenidoğan yoğun bakım ünitesinde beslenme çeşidi kategorileri ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış süresi (gün) ilişkisi için ANOVA yapılabilmesi için gerekli olan normal dağılım varsayımının sağlanmamasından dolayı bu testin parametrik olmayan karşılığı olarak Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucunda; YDYBÜ'nde beslenme çeşidi göre bebeklerin YDYBÜ'nde yattıkları süre (gün) rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. ($H(2)=6,164$, $p=0,046$). Yani YDYBÜ'nde beslenme çeşidi; bebeklerin YDYBÜ'nde yattıkları süre (gün) üzerinde etkili bulunmuştur. Bu anlamlı farkın kaynağı olan tüm ikili gruplar tabloda gösterilmiştir. Buna göre; "sadece anne sütü ile beslenen(AS)" bebeklerin YDYBÜ'nde yatma süreleri "sadece formüla mama ile beslenen (FM)" bebeklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.20. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Sadece Anne Sütü(AS) veya Anne Sütü ve Formüla Mama (AS+FM) Alma Durumlarına Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) ile İlişkisi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Mann-Whitney U	p
YDYBÜ'nde Beslenme Çeşidi	Sadece anne sütü (AS)	54	100,37	168,03	49,10	2651,50	1101,5	0,810
	Anne sütü ve formüla mama (AS+FM)	42	94,05	162,29	47,73	2004,50		

Normallik varsayımı sağlanmadığı için Bağımsız Örneklem t-testi yerine Mann-Whitney testi tercih edilmiştir. Mann-Whitney Testi sonucunda; YDYBÜ'nde anne sütü veya Anne sütü ve formüla mama alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. (U=1101,5 , p = 0,810).

Tablo 4.21. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Sadece Anne Sütü(AS) veya Sadece Formüla Mama(FM) Alma Durumlarına Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) ile İlişkisi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	Rank Ortalaması	Rank Toplamı	Mann-Whitney U	p
YDYBÜ'nde Beslenme Çeşidi	Sadece anne sütü (AS)	54	100,37	168,03	30,35	1639	62	0,158
	Sadece formüla mama (FM)	4	-12,50	42,72	18,00	72		

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde sadece anne sütü(AS) veya sadece formüla mama(FM) alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları(gr) ile ilişkisi

Normallik varsayımı sağlanmadığı için Bağımsız Örneklem t-testi yerine Mann-Whitney testi tercih edilmiştir. Mann-Whitney Testi sonucunda; YDYBÜ'nde Anne sütü veya Sadece Formüle Mama alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. (U=62 , p = 0,158).

Tablo 4.22. Sadece Formüle Mama(FM) Veya Anne Sütü Ve Formüle Mama(AS+FM) Alma Durumları'na Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) İle İlişkisi

Değişken	Kategori	N	Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
YDYBÜ'nde Beslenme Çeşidi	Sadece Formüle Mama (FM)	4	-12,50	42,72	1,297	44	0,202
	Anne sütü ve formüle mama (AS+FM)	42	94,05	162,29			

Sadece Formüle Mama(FM) Veya Anne Sütü Ve Formüle Mama(AS+FM) Alma Durumları'na Göre Bebeklerin Ağırlık Farkları(gr) İle İlişkisi incelendiğinde Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda; YDYBÜ'nde Sadece Formüle Mama (FM) veya Anne Sütü ve Formüle Mama(AS+FM) alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. (t₄₄=1,297 , p=0,202)

5. TARTIŞMA

Araştırmamız anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine alınan bebeklerin kilo kontrolü, Yanidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatış ve taburculuk kilolarının belirlenmesi aradaki farkların saptanması ve bu farkları etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Bu bağlamda bu araştırmanın Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan bebeklerin kilo alımına etki eden faktörlerin belirlenmesine ve bu faktörlere yönelik gereken önlemlerin alınmasına katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

Araştırmamızda Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan bebeklerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde kız çocukların oranı %41 (n=41), erkek çocukların oranı ise %59 (n=59) bulunmuştur.

Annelerin doğum haftaları incelendiğinde bebeklerin %14'ünün doğum haftasını tamamlamadan erken doğup prematüre olarak yatışının yapıldığı, %86'sının doğum haftasını tamamlayarak miadında doğduğu görülmüştür.

Adölesan gebelikler uterus kanlanmasıyla ilgili olarak bebek sağlığı açısından DDA, mortalite gibi riskler teşkil etmektedir. (Hoekelman, 1993) (Amini, Catalano, Dierker , & Mann, 1996), (Taner, Kırmızı, İriş, & Başoğul, 2012), (Chen, et al., 2007)

Bizim araştırmamızda annelerin yaş kategorilerine göre dağılımları incelendiği zaman %9'unun 18 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. Bu oran TNSA 2018 verilerinde %5,3 olarak belirlenmiştir. (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Akaç'ın çalışmasında ise 18 yaşın altında anne oranı bizim çalışmamızı destekler nitelikte %10 olarak belirtilmiştir. (Akaç, 2021). Çalışmamızda annelerin %52'sinin 19-34 yaş arasında %39'unun ise 35 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Cesur Çınar'ın çalışmasında 18 yaşın altındaki anne oranı %24,36, 18-34 yaş arasındaki anne oranı %55,13, 35 yaş ve üzerindeki anne oranı ise %20,51 olarak bulunmuştur. (Cesur Çınar , 2020)

Doğum şekli ile bebeğin ilk besin olarak anne sütü alma durumu arasında ilişki vardır. Normal doğumlarda ilk besin olarak anne sütü verme oranı formül mama verilme oranından daha yüksektir. (Akyüz, Kaya, & Şenel, 2007)

İleri gebe kalma yaşı, annelerin normal doğuma ait korkuları, fetal iyiliğin değerlendirilmesi sezaryene olan taleplerinin artması ve gerekse de fetal iyilik halinin değerlendirilmesindeki tıbbi gelişmeler sezaryen oranının artışında önemli rol oynamaktadır. Sezaryen dünyada en sık yapılan cerrahi operasyondur.(Souza vd., 2015). Souza ve arkadaşlarının yaptığı kesitsel çalışmada dünyadaki 5 kadından birinin sezaryen ile doğum yaptığı ve bu oranın son yıllarda Türkiye, Çin ve Gürcistanda %30 oranında artış gösterdiği belirlenmiştir. (Souza vd., 2015)

Ahmed'in 2008 de yaptığı çalışmada annelerin doğum şekilleri incelendiğinde en yaygın olan doğum şeklinin sezaryen olduğu görülmüştür. (Ahmed, 2008).

TNSA 2018 verilerinde sezaryen oranı bizim çalışmamıza yakın bulunmuş, %52 olarak belirlenmiştir. (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018)

Sağlık İstatistikleri Yıllığının 2019 verilerine göre toplam sezaryen oranı %57 bulunmuştur. (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2021)

Cesur Çınar'ın çalışmasında annelerin doğum şekillerine göre dağılımları incelendiğinde %24,36'sının normal doğum %75,64'ünün ise sezaryen ile doğum yaptığı görülmüştür. (Cesur Çınar , 2020)

Bizim çalışmamızda annelerin doğum şekillerine göre dağılımı incelendiği zaman %47'sinin normal doğum, %53'ünün sezaryen doğum yaptığı görülmüştür. Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar da hala en yaygın olan doğum şeklinin %53 ile sezaryen doğum olduğunu göstermektedir.

Amerikan Anestezi Derneği(ASA)'nin Obstetrik Anestezi Rehberinde anestezi çeşidinin seçimi; fetal ihtiyaç haline, annenin veya anestezistin tercihinine göre yapılmalıdır. Akıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %51,9 oranında spinal, %48,1 ile genel anestezinin tercih edildiği görülmüştür.(Çetin Akıcı, Doğan Baki, Gül Sıvacı, & Büyükerem, 2019)

Bizim çalışmamızda ise sezaryen ile gerçekleşen doğumların Çetin Akıcı ve arkadaşlarının çalışmasının tersi şekilde %24,5 ile spinal %75,5 ile genel anestezi ile gerçekleştiği saptanmıştır.

Doğumda resüsitasyon uygulanması solunum veya kardiyak fonksiyonların hiç olmaması veya durması halinde uygulanan bir yaklaşımdır. (Sarıkaya Karabudak, 2016) Sütçüoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında doğumda resüsitasyon uygulanan hasta sayısı %5,46 bulunmuştur. (Sütçüoğlu vd., 2003)

Çalışmamızda anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan hastaların %15'ine doğum sonrası canlandırma işlemi uygulanırken %85'ine canlandırma işlemi uygulanmasına gerek kalmamıştır. Sütçüoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada resüsitasyon uygulanan hastaların çoğunluğunun prematüre ve DDA'lı olduğu görülmüştür. (Sütçüoğlu vd., 2003) Dünya Sağlık Örgütünün Yenidoğan Resüsitasyon kılavuzunda tüm yenidoğan ölümlerinin yaklaşık %25'inin doğum asfiksiden kaynaklandığı belirtilmiştir. (Dünya Sağlık Örgütü, 2012) Bizim çalışmamızda ise canlandırma işlemi uygulanan hastaların %60'ının mekonyum aspirasyonu (n=9) iken yaklaşık %26'sının asfiksi (n=4) olduğu yaklaşık %13'ünün ise yenidoğan geçici takipnesi (n=4) tanısı ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapıldığı görülmüştür.

Çocukların sağlıklı şekillerde yaşamlarını idame ettirebilmeleri için doğumdan ergenlik dönemine kadar belli aralıklarla büyüme ve gelişmesinin izlenmesi gerekmektedir. (Özbaturlar, 2014) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan hastaların doğum kiloları incelendiğinde %7'sinin (n=7) 1500-2500 gram arasında DDA olduğu, %86'sının (n=86) 2500-4000 gram aralığında normal kilolu olduğu, %7'sinin(n=7) 4000 gram üzerinde olup makrozomik olduğu görülmüştür. Gülçek'in çalışmasında Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan hastaların %83,3'ünün 1500-2500 gram aralığında yani DDA'lı oluşu görülmüştür. (Gülçek, 2015) Bizim çalışmamızda DDA'lı bebek oranının bu kadar az olmasının sebebi çalışmanın kısıtlılıklarından biri olan Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin 1. Basamak Yoğun Bakım olması ve ileri preterm bebeklerin gerek intrauterin gerekse de ekstrauterin sevkinin yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Büyüme ağırlık ve boy artışı gibi sayısal değerler ile karşılanmaktadır. Çalışmamızda Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan hastaların boyları minimum 47 cm maksimum 53,1 cm ortalaması 49,78 cm standart sapma 1,13 cm bulunmuştur. Sokolover ve arkadaşlarının çalışmasında boy ortalaması 47,3 cm olarak belirlenmiştir. (Sokolover vd., 2014)

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapılan hastaların yatışı yapılan hastalıklarda yatış tanıları incelendiğinde %17'sinin (n=17) asfiksi, %22'sinin (n=22) mekonyum aspirasyonu, %7'sinin (n=7) solunum sıkıntısı, %54'sinin Yenidoğan Geçici Takipnesi (YDGT) olduğu görülmüştür. Helvacı ve arkadaşlarının çalışmasında yatış endikasyonları incelendiğinde %76,7'sinin solunum sıkıntısı %2'sinin ise asfiksi olduğu görülmüştür. Solunum sıkıntısı tanısı ile yatan hastaların ise %95,6'nın ise YDGT olduğu görülmüştür. (Helvacı , Bozgül, Onursal Helvacı, & Tatlı Güneş , 2014) Konukbay ve Arslan'ın çalışmasında YDYBÜ'ne yatışların %42'sinin prematürite, %11'inin DDA'lığı kaynaklı olduğu görülmüştür. (Konukbay & Arslan, 2011). Horn ve arkadaşlarının çalışmasında ise hiperbilirubinemi %37,1 iken, neonatal sepsis %31,2, asfiksi %6,6 mekonyum aspirasyonu %4,6 olarak bulunmuştur. (Horn vd., 2006). Bizim çalışmamızda solunum problemlerinin oranının bu kadar çok olmasının sebebi çalışmaya aldığımız bebeklerin sadece anne kucağına verilmeden YDYBÜ'ne alınma esasına dayanması ve bunun sadece solunum problemleri durumunda görülmesinden kaynaklanmaktadır. Emran Yakar'ın çalışmasında ise YDYBÜ'ne yatışı yapılan hastaların %92'sinin solunum problemi ile ve bizim çalışmamızda olduğu gibi doğumdan direkt YDYBÜ'ne yatışlarının yapıldığı görülmektedir. (Emren Yakar , 2020)

Araştırmamız hastaların YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki ağırlıkları incelendiğinde minimum ağırlık 2300 gram bulunurken maksimum ağırlık 4120 gram olarak tespit edilmiştir. Yatış yapılan ortalama ağırlık 3108,30 gram standart sapma 390,11 gr olarak belirlenmiştir. Doğan'ın çalışmasında doğum ağırlığı ortalaması 3149.3 gr standart sapması 622,60 gr olarak belirlenmiştir. Her iki çalışmada da sonuçlar benzer bulunmuştur (Doğan , 2019).

Hastaların yatış süresinin uzaması hastane enfeksiyonlarını, mali yükü arttırmaktadır. Hazır olmadan yapılan taburculuklar ise morbidite ve mortalitede değerlerinde artışa sebep olduğu bilinmektedir. (Okulu, Mungan Akın, Atasay, Arsan , & Türmen, 2010) Çalışmamızda hastaların YDYBÜ'nde yattığı gün sayısı incelendiğinde yatışların minimum 1 maksimum 7 gün olduğu ve ortalama yatışın 4,07 gün olduğu standart sapmasının 1,76 gün olduğu belirlenmiştir. Okulu ve arkadaşlarının çalışmasında yatışı yapılan hastaların ortalama taburcu olma günü 9,3 olarak bulunmuştur(Okulu, Mungan Akın, Atasay, Arsan , & Türmen, 2010). Helvacı ve arkadaşlarının çalışmasında yenidoğanların hastaneye yatış süresi ortaması 8,79 gün standart sapması 5,28 gün bulunmuştur. Rogowski'nin çalışmasında 1993 ve 1994 yılları arasında YDYBÜ'ne yatışı yapılan hastaların ortalama yatış gün sayısı 49 olarak bulunmuştur. (Rogowski, 1999) Emren Yakar'ın çalışmasında bebeklerin hastanede yatış süreleri ortalama 21,1 gün, standart sapması 16,3 gün olarak bulunmuştur. (Emren Yakar , 2020) Ragowski ve Emren Yakar'ın hastanede yatış sürelerinin bizim çalışmamızdan daha uzun bulunmuş olmasının sebebi ileri preterm ve preterm hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Preterm yenidoğanlar miad bebeklerle karşılaştırıldığında daha uzun süreli hastanede yatış gerektirmektedir. Bizim çalışmamızda bu ortalamanın daha az bulunmasının sebebi preterm hasta oranının %14 olması ve ileri preterm hasta takip etmememiz ve yatan hastaların uzun süreli izlemlerine gerek duyulmamasıdır.

YDYBÜ'ne yatışı yapılan hastaların yatış süresinde beslenme durumları incelendiğinde sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %54 , hem anne sütü hem de formül mama alan bebeklerin oranı %42, sadece formül mama alanların oranı %4 olarak bulunmuştur ve beslenmeyi engelleyen bir neden saptanmamıştır. Doğan'ın çalışmasında yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %25,7 , anne sütüne ek formül mama ile beslenenlerin oranı %42,9, sadece formül mama ile beslenenlerin oranı ise %31,4 olarak bulunmuştur. (Doğan , 2019). Oliveria ve arkadaşlarının çalışmasında ise sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %16,1, anne sütü ve formül mama ile beslenenlerin oranı %77,3, sadece formül mama ile beslenenlerin oranı ise %6,6 olarak bulunmuştur. (González de Oliveira & Valle Volkmer , 2020) Emren Yakar'ın çalışmasında sadece anne sütü ile beslenenlerin oranı %62,4 , anne sütü ve formül mama ile beslenenlerin oranı %28,3,

sadece formül mama ile beslenenlerin oranı %9,2 olarak belirlenmiştir. (Emren Yakar , 2020) Bütün çalışmalarda görüldüğü üzere DSÖ'nün önerdiği şekilde anne sütüne önem verildiği ve sadece formül mama ile beslenme oranının her çalışmada en az tercih edilen beslenme şekli olduğu görülmektedir.

Hastaların taburcu olma ağırlıkları incelendiğinde hastaların minimum 2430 gr maksimum 4360 gr ile taburcu edildiği görülmüştür. Ortalama taburcu oluş kilosunu 3201,50 gr standart sapma ise 406,88 gr olarak saptanmıştır. Doğan'ın çalışmasında ise mevcut kilo ortalaması preterm hasta takibi ve uzun süreli yatışlara bağlı olarak 9163.9 gr standart sapma ise 4400.68 gr olarak belirlenmiştir.

Anne kucağına verilmeden YDYBÜ'ne alınan bebeklerin YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki ağırlık ortalaması 3108,30 gram, standart sapma 390,11 gram olarak bulunmuştur. YDYBÜ'nden taburcu olma ağırlık ortalaması ise 3201,50 gram, standart sapma 406,88 gram olarak bulunmuştur. Yani YDYBÜ'ne yatış ve YDYBÜ'nden taburcu olma kiloları arasında istatistiksel anlamlı bir ağırlık artışı görülmüştür. ($z = -4,917$, $p = 0,000$) Bebeklerin YDYBÜ ye Yatışı Yapıldığındaki Ağırlığı(gr) ile Bebeklerin YDYBÜ den Taburcu Olma Ağırlığı (gr) Arasındaki İlişki incelendiğinde bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlığı ile YDYBÜ den taburcu olma ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r_s(100)=0,844$, $p < 0,05$). Bu ilişki güçlü ve pozitif yöndedir. Buna göre; bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlıkları (gr) ile YDYBÜ den taburcu olma ağırlıkları (gr) arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Aydın'ın çalışmasında YDYBÜ'ne yatışı yapılan hastaların yatış ve çıkış kiloları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir artış görülmemiştir ($p > 0,05$). (Aydın , 2006). Anne kucağına verilmeden YDYBÜ'ne alınan bebeklerin YDYBÜ'ne alındığında ölçülen doğum kiloları aynı zamanda yatış kiloları olduğundan Selalmaz'ın doğum ve taburculuk kilolarının karşılaştırıldığı aralıklı beslenme grubunda doğum kilosunun ortalaması 1339,76 gram standart sapma 319,45 gram, taburculuk kilosunu ise 2507,02 gram, standart sapması 519,33 gram olarak saptanmıştır ve devamlı beslenme grubunda ise ortalama doğum kilosunu 1331,17 gram, standart sapma 266,09 gram, taburculuk kilosunu 2391,73 gram standart sapma 406,19 gram olarak bulunmuştur (Selalmaz , 2017). Rodrigo ve arkadaşlarının çalışmasında YDYBÜ'ne yatış ve çıkış kiloları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. (Muñoz Rodrigo, Aloy,

Santana, & Alix, 2017). Rodrigo ve arkadaşları ile Selalmaz'ın çalışması da bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup doğum kilosu ve taburcu oluş kilosu arasında anlamlı bir farklılığın görüldüğü saptanmıştır. Namiiro ve arkadaşlarının çalışmasında Aydın'ın çalışması gibi taburculuğun doğum kilosunu yakalamadan gerçekleştiği belirtilmiştir. (Namiiro, Mugalu , McAdams , & Ndeezi, 2012)

Yenidoğan dönemide optimal büyümenin sağlıklı gelişim üzerine olumlu etkileri bilinmektedir. Bu nedenle her kontrolde antropometrik ölçümlerinin yapıp büyüme eğrilerinden yararlanılarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bebeklerin YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki DSÖ persantil değeri İle YDYBÜ'nden taburcu olma persantil değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde Bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki ağırlık persentilleri ile YDYBÜ den taburcu olduklarındaki ağırlık persentilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($z=-4,387$, $p < 0,05$). Anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine (YDYBÜ) alınan bebeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir ağırlık persentil artışı görülmüştür. Şenol ve arkadaşlarının çalışmasında doğum tartıları ile taburculuk tartıları incelendiğinde bizim çalışmamızın tersi yönde DSÖ persantil değerlerine göre kilo farklarında azalma görülmüştür. YDYBÜ'ne yatış ve taburculuk kilosu arasında anlamlı farklılığın olduğu görülmüştür. (Şenol, Aydemir, Cömert, Çöğürlü, & Özdoğan, 2017) Blackwell ve arkadaşlarının çalışmasında da Şenol ve arkadaşlarının çalışmasını destekler nitelikte bizim sonuçlarımızın tersi sonuçlara ulaşılmıştır.(Blackwell, et al., 2005). Bu durumun sebebi olarak bizim çalışmamızda preterm ve term yenidoğanların birlikte ele alınması ve ileri preterm hastaların Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilmemesi gösterilebilir.

Büyümede duraklama ve boy kısalığı en önemli beslenme yetersizliği bulgusudur. DSÖ, yaş kategorilerine göre kullanılacak antropometrik ölçümler ile ilgili önerilerde bulunmuştur. Somatik büyümenin değerlendirilmesinde klasik olarak ağırlık ölçümü, baş çevresi ölçümü ve boy ölçümü yapılmaktadır. Boy yenidoğan döneminde oldukça yavaş değişim gösteren bir parametredir. Bizim çalışmamızda Bebeklerin YDYBÜ ye yatışı yapıldığındaki boy persentilleri ile YDYBÜ den taburcu olduklarındaki boy persentilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($z=-1,342$, $p = 0,180$). Buna göre anne kucağına verilmeden

YDYBÜ alınan bebeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir boy persentil artışı görülmemiştir

Anne Kucağına Verilmeden YDYBÜ alınan bebeklerde DSÖ persantil değerlerine göre ağırlık artışı ile ilgili anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamız anne kucağına verilmeden YDYBÜ’ünde yatış süresine göre boy ve kilo artışı ile ilgili yapılmış ilk araştırma özelliğini de taşımaktadır.

Anne Yaşı Kategorilerine Göre Bebeklerin YDYBÜ’ne yatışı yapılan ve YDYBÜ’nden taburcu oluş ağırlık farkına ait ilişkinin anne yaşına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($H(2)=0,920$, $p=0,631$). Yani Anne yaşı; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır. Ölçü ve Karakoç’un çalışmasında annenin yaşının doğum kilosu üzerine etkisi incelenmiş 35 yaş üzeri annelerin bebeklerinde doğum kilosu 35 yaş altına göre daha yüksek bulunmuştur (Ölçü & Karakoç, 2015)

Bizim çalışmamızda doğum şeklinin bebeklerin Ağırlık Farkları(gr)’na İlişki incelendiğinde doğum şekline göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=975,5$, $p = 0,062$). Yani doğum şekli; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır. Ölçü ve Karakoç’un çalışmasında doğum şeklinin doğum tartısına etkisi araştırılmış normal spontan doğum ve sezaryen doğum arasında bir fark bulunmamıştır. Okumuş ve arkadaşlarının çalışmasında ise sezaryen ile doğan bebeklerin kilo farklarının normal yolla doğan bebeklerin kilo farkına göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). (Okumuş vd., 2009)

Bizim çalışmamızda sezaryen ile gerçekleşen doğumlarda uygulanan anestezi çeşidi’ nin bebeklerin ağırlık farkları(gr)na ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda sezaryen ile gerçekleşen doğumlarda uygulanan anestezi çeşidine göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($U=146$, $p < 0,05$). Sezaryen ile gerçekleşen doğumlar dikkate alındığında genel anestezi uygulananların bebeklerindeki ağırlık farklarının spinal anestezi uygulananlarınkine göre anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur. Yani sezaryen ile gerçekleşen doğumlarda uygulanan anestezi çeşidi; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmuştur. Okumuş ve arkadaşlarının çalışmasında da

bizim çalışmamızı destekler nitelikte ağırlık farkının spinal aneztesi olanlarda anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. (Okumuş vd., 2009)

Ölü doğum ve neonatal ölümlerin küresel yükü, düşük gelirli ülkelerde hala bir sorun olmaya devam etmektedir. (Wrarmert, Zetterlund , Ashish, Ewald , & Malqvist, 2017) doğumda canlandırma işlemi uygulanıp uygulanmamasını bebeklerin ağırlık farkları(gr)'na göre ilişkisi incelendiğinde doğumda canlandırma işlemi uygulanıp uygulanmadığına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. (U=506,5 , p = 0,206). Yani doğumda canlandırma işlemi uygulanıp uygulanmaması; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır.

Doğum ağırlığı'nın bebeklerin ağırlık farkları(gr)' na ilişkisinin doğum ağırlıklarına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (H(2)=1,382 , p=0,501). Yani Doğum ağırlıkları; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır.

Bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) ile bebeğin YDYBÜ'nden taburcu olma ağırlığı (gr) arasındaki ilişki incelendiğinde bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) ile YDYBÜ 'nden taburcu olma ağırlığı (gr) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r_s(100)=0,256$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve zayıf güçtedir. Yapılan test sonuçlarına göre; bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) arttıkça Bebeğin YDYBÜ'nden taburcu olma ağırlığında (gr) anlamlı olarak artış göstermektedir. Aynı şekilde bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) ile ağırlık farkı (gr) arasındaki ilişki incelendiğinde bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) ile ağırlık farkı (gr) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r_s(100)=0,635$, $p < 0,05$). Bu ilişki pozitif yönde ve orta güçtedir. Buna göre; bebeğin YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) arttıkça ağırlık farkı (gr) da anlamlı olarak artış göstermektedir. Araştırmamız YDYBÜ'nde yatış süresi (gün) ile ağırlık artışının izlenmesi yönünde bir ilktir.

YDYBÜ'nde Beslenme çeşidi kategorilerine sadece anne sütü, anne sütü ve formül mama veya sadece formüle mama alan bebeklerin ağırlık farkları(gr) arasındaki ilişki incelendiğinde YDYBÜ'nde beslenme çeşidi göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır

($H(2)=2,211$, $p=0,331$). Yani YDYBÜ'nde beslenme çeşidi; bebeklerin ağırlık farkları (gr) üzerinde etkili bulunmamıştır. YDYBÜ'nde yatış süresi ile bebeğin kilo artışı arasında ki pozitif korelasyonun ($p<0.05$) bebeğin beslenme çeşidinden bağımsız olduğunu gösterilmiştir ($p>0.05$). Pozitif anlamlı korelasyonun yatış süresindeki medikal bakıma bağlı olduğu görülmektedir.

YDYBÜ'de anne sütü alma durumlarına göre bebeklerin YDYBÜ'nde yattığı süre(gün) ile ilişkisi incelendiğinde YDYBÜ'nde anne sütü alma durumuna göre bebeklerin YDYBÜ'nde yattığı süre(gün)lerin rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=62$, $p < 0,05$). Buna göre; YDYBÜ'nde anne sütü ile beslenen bebeklerin, anne sütü almayanlara göre YDYBÜ'nde yatma sürelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yani YDYBÜ'nde anne sütü alma durumu; bebeklerin YDYBÜ'nde Yattığı Süre(gün) üzerinde etkili bulunmuştur. Bunun sebebi olarak Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde etkili emzirmenin sağlanması ve annenin tek başına emzirme öz yeterliliği sağlayana kadar izlenmesinden kaynaklandığı, Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesinin Anne Sütünü Teşvik ve Bebek Dostu Hastane Programına dahil hastanelerden olması ve başarılı emzirmeden emin olunmadan gerek sadece anne sütü gerekse de anne sütüne ek formül mama alan hastaların ailelerinin başarılı emzirme adımlarını tek başına sağlaması ve bu sürecin sağlık personelleri tarafından kontrolünün yapıldıktan sonra taburculuğuna karar verilmesi gösterilebilmektedir. Hastaların YDYBÜ'nde yattıkları süre boyunca anne sütü (AS) veya anne sütü ve formüle mama (AS+FM) alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=1101,5$, $p = 0,810$). Anne sütü (AS) veya sadece formüle mama (FM) alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=62$, $p = 0,158$). Sadece formüle mama (FM) veya anne sütü ve formüle mama (AS+FM) alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır($t_{44}=1,297$, $p=0,202$)

Hastaların yenidoğan yoğun bakım ünitesinde beslenme çeşidi kategorileri ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış süresi (gün) ilişkisi incelendiğinde; YDYBÜ'nde beslenme çeşidine göre bebeklerin YDYBÜ'nde yattıkları süre (gün) rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($H(2)=6,164$, $p=0,046$). Yani YDYBÜ'nde beslenme çeşidi; bebeklerin YDYBÜ'nde yattıkları süre (gün) üzerinde etkili bulunmuştur. Buna göre; "sadece anne sütü ile beslenen(AS)" bebeklerin YDYBÜ'nde yatma süreleri "sadece formüla mama ile beslenen (FM)" bebeklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun formül mama ile beslenen bebeklerin ailelerine sadece formül mama hazırlanmasının öğretilmesinden kaynaklandığı bu durumun da anne sütü ile beslenen bebeklerde olduğu gibi öz yeterliliğin birkaç gün takip edilmesi gereğinin olmamasından sadece mama hazırlama ve öğretilmesinin bir iki beslenme takibi yapılmasından kaynaklandığı görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine anne kucağına verilmeden doğumdan hemen sonra yatışı yapılan 100 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda aşağıdaki bilgiler elde edilmiştir.

- Doğum özelliklerine göre hastalar incelendiğinde YDYBÜ'ne anne kucağına verilmeden yatışı yapılan bebeklerin %14'ünün prematürre, %86'sının miad doğum olduğu görülmüştür.
- Annelerin yaşları incelendiğinde %9' u 18 yaş altında, %52'sinin 19-34 yaş aralığında, %39'unun ise 35 yaş üzerinde olduğu görülmüştür.
- Annelerin doğum şekilleri incelendiğinde %47'sinin normal doğum %53'ünün sezaryen doğum yaptığı görülmüştür.
- Sezaryen ile gerçekleşen doğumların %24,5 i spinal %75,5'i genel anestezi ile gerçekleşmiştir.
- Hastaların %15'ine doğum sonu canlandırma işlemi uygulanırken %85'ine doğum sonu canlandırma işlemi uygulanmasına gerek duyulmamıştır.
- Canlandırma işlemi uygulanan hastaların %60'ının mekonyum aspirasyonu,%26'sının asfiksi %13'ünün ise solunum sıkıntısı tanısı ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışının yapıldığı görülmüştür.
- Hastaların kiloları incelendiğinde %1500-2500 gram aralığında %86'sı ise 2500-4000 gram, %7'sinin ise 4000 gram üzeri olduğu görülmüştür.
- Hastaların yatış tanılarını incelendiğinde %17'sinin asfiksi,%22'sinin mekonyum aspirasyonu, %7'solunum sıkıntısı, %54'ünün yenidoğanın geçici takipnesi olduğu görülmüştür.
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatış yapıldığındaki kilolar incelendiğinde minimum 2300 maksimum 4120 gram tespit edilmiş

yatış yapılan ağırlığın ortalaması 3108,30 gram, standart sapma 390,11 gram olarak belirlenmiştir.

- Hastaların taburcu olma ağırlıkları incelendiğinde; taburcu oluş kilosunun minimum 2430 gram maksimum 4360 gram olduğu tespit edilmiştir. Ortalama taburcu oluş kilosu 3201,50 gram, standart sapma 406,88 gr olarak belirlenmiştir. Bebeklerin YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki ağırlığı ile YDYBÜ'nden taburcu olduğundaki ağırlıkları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür. Bu ilişki güçlü ve pozitif yöndedir. ($r_s(100)=0,844$, $p < 0,05$)
- Yatışı yapılan hastalar doğum kilosuna göre DDA'lıklı, normal doğum kilosunda ve makrozomik olarak kategorilere ayrıldığında %7'si DDA'lıklı, %7'si makrozomik, %86'sının olmasının normal kabul edilen aralıkta olduğu görülmüştür.
- Çalışmamıza katılan hastaların yattıkları gün sayıları incelendiğinde yatışların minimum 1 gün maksimum 7 gün olduğu saptanmıştır. Ortalama yatış süresi 4,07 gün olarak belirlenmiştir.
- Hastaların yatış süresinde beslenme durumları incelendiğinde sadece anne sütü alımının %54, hem anne sütü hem formül mama alma oranının %42, sadece formül mama alanların oranı %4 olarak tespit edilmiştir.
- Hastaların DSÖ persantil değerleri ile YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki ağırlık persantili ile YDYBÜ'nden taburcu oluş ağırlık persantil değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. ($z=-4,387$, $p < 0,05$).
- Hastaların YDYBÜ'ne yatışı yapıldığındaki boy persantil değeri ile taburcu olduğundaki boy persantili değerlendirildiğinde yatış süresinin kısa olmasına bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastanmamıştır. ($z=-1,342$, $p = 0,180$)
- Çalışmamızda anne yaşının bebeklerin YDYBÜ'ne yatış ve taburcu oluş ağırlık farkı rank ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir

farklılığa rastlanmamıştır. ($H(2)=0,920$, $p=0,631$). Yani anne yaşı ağırlık farkında etkili bulunmamıştır.

- Doğum şeklinin bebeklerin ağırlık farklarına ilişkisi incelendiğinde doğum şekline göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=975,5$, $p = 0,062$). Yani doğum şekli ağırlık farkı üzerinde etkili bulunmamıştır.
- Anestezi çeşidinin bebeklerin ağırlık farkına ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($U=146$, $p < 0,05$). Genel anestezi uygulanan bebeklerin ağırlık farkı spinal anestezi uygulanan bebeklerin ağırlık farkına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.
- Doğumda canlandırma işlemi uygulanıp uygulanmamasının bebeklerin ağırlık farklarına göre ilişkisi incelendiğinde doğumda canlandırma işlemi uygulanıp uygulanmadığına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=506,5$, $p = 0,206$).
- Hastaların doğum kilosunun ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($H(2)=2,211$, $p=0,331$)
- Hastanın YDYBÜ'nde yattığı süre ile taburcu olma ağırlığı arasındaki ilişki incelendiğinde yatış süresi ve taburcu olma ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür.
- Hastaların yatış süresinin ağırlık farkına ilişkisi incelendiğinde yatış süresi ve ağırlık farkı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ve orta güçte anlamlı bir ilişki görülmüştür. ($r_s(100)=0,635$, $p < 0,05$). Çalışmamız YDYBÜ'nde yatış süresi ve ağırlık artışının izlenmesi yönünde bir ilk niteliğindedir.
- Sadece anne sütü veya sadece mama alan bebeklerin ağırlık farkları incelendiğinde ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($H(2)=2,211$, $p=0,331$).

- Çalışmamızda YDYBÜ'nde yatış süresi ile bebeğin kilo artışı arasında ki pozitif korelasyonun ($p < 0.05$) bebeğin beslenme çeşidinden bağımsız olduğunu gösterilmiştir ($p > 0.05$).
- hem sadece anne sütü hem de anne sütüne ek formül mama alanların ağırlık farkının anne sütü almadan sadece formül mama ile beslenenlerin ağırlık farkları rank ortalamaları incelendiğinde arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=108,5$, $p = 0,142$).
- YDYBÜ'de anne sütü alma durumlarına göre bebeklerin YDYBÜ'nde yattığı süre ile ilişkisi incelendiğinde YDYBÜ'nde anne sütü alma durumuna göre bebeklerin YDYBÜ'nde yattığı süre(gün)lerin rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=62$, $p < 0,05$). Anne sütü ile beslenen bebeklerin, anne sütü almayanlara göre emzirme öz yeterliliği kazanana kadar takip edilemesi sonucunda YDYBÜ'nde yatma sürelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Hastaların YDYBÜ'nde yattıkları süre boyunca anne sütü (AS) veya anne sütü ve formüle mama (AS+FM) alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=1101,5$, $p = 0,810$).
- YDYBÜ'nde sadece formüle mama (FM) veya anne sütü ve formüle mama (AS+FM) alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır($t_{44}=1,297$, $p=0,202$)
- YDYBÜ'nde anne sütü (AS) veya Sadece Formüle Mama (FM) alma durumlarına göre bebeklerin ağırlık farkları rank ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. ($U=62$, $p = 0,158$).

6.2. Çalışmamız Sonucunda Elde Ettiğimiz Öneriler

- Tüm bebeklerin en erken şekilde anne sütü alması ile ilgili personelin ve ailelerin bilgilendirilmesi ve hassasiyetin artırılması,
- YDYBÜ'nde takip edilen hastaların en kısa sürede emmesinin başlatılmasının sağlanması,
- Ailelerin tekrar hastaneye yatış oranlarını azaltmak için emzirme öz yeterliliğinin sağlanana kadar takibinin sağlanması,
- Yatan hastaların hepsinde solunum problemleri görüldüğünden beslenmenin ve solunumun yakın izlem ve takibinin sağlanması,
- Bütün ailelere taburculuk esnasında emzirme eğitiminin ve formül mama hazırlama eğitiminin verilmesinin sağlanması,
- Anne sütünün saklanma koşullarının ailelere öğretilmesinin sağlanması,
- Anne sütü ile beslenmeyi hedef alan bebek dostu hastanelerin yaygınlaştırılmasının sağlanması,
- İlk müdahalenin bebek sağ kalımı için önemi doğrultusunda tüm sağlık personelinin Yenidoğan Canlandırma Eğitiminin standart hale getirilmesi,
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen hastaların yatış ve taburculuk kiloları ile etkileyen etmenlerin belirlenmesi için yeni ve detaylı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

- (2018, May). World Health Organization: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/every-newborn/en/ adresinden alınmıştır
- (2020, April). World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> adresinden alınmıştır
- (2020, August 24). World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> adresinden alınmıştır
- Ahmed, A. (2008). Breastfeeding Preterm Infants: An Educational Program To Support Mothers Of Preterm Infants In Cairo, Egypt. *Pediatr Nurs*, 125-130.
- Akaç, E. İ. (2021). Gebe Kadınların Beslenme Bilgileri, Beslenme Alışkanlıkları ve Yeni Doğan Üzerine Etkileri. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı.
- Akyüz, A., Kaya, T., & Şenel, N. (2007). Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 331-335.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding And The Use Of Human Milk . 827-841.
- Amini, S., Catalano, P., Dierker , L., & Mann, L. (1996). Births To Teenagers: Trends And Obstetric Outcomes. *Obstet*, 668-674.
- Amisshah, E., Brown, J., & Harding, J. (2018, August 23). Carbohydrate Supplementation Of Human Milk To Promote Growth In Preterm Infants. *Cochrane*.
- Aydın , D. (2006). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Pretermlere Dinletilen Klasik Müziğin, Bebeklerin Stres Belirtileri, Büyümesi; Oksijen Saturasyon Düzeyi ve Hastaneede Kalış Süresine Etkisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aydın, D. (2006). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Pretermlere Dinletilen Klasik Müziğin, Bebeklerin Stres Belirtileri, Büyümesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Baiu, I., & David , A. (2019). Enteral Nutrition. *Jama*, 321.

- Blackwell, M., Eichenwald , E., McAlmon, K., Petit , K., Thomson Linton, P., McCormick, M., & Richardson, D. (2005). Interneonatal Intensive Care Unit Variation in Growth Rates and Feeding Practices in Healthy Moderately Premature Infants. *Journal of Perinatology*, 478-485.
- Brahm, P., & Valdes, V. (2017). The Benefits Of Breastfeeding And Associated Risks Of Replacement With Baby Formulas. *Revista Chilena de Pediatria*, 14.
- Braunschweig , C., Liang, H., & Sheean, P. (2004). Indications For Administration Of Parenteral Nutrition In Adults. *Nutrition in Clinical Practice*, 255-262.
- Bülbül, S. (2017). Bebek Beslenmesinde Kullanılan Mamalar. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 215-220.
- Calkins, K., Venick, R., & Devaskar, S. (2014). Complications Associated With Parenteral Nutrition In The Neonate. *Clinics in Perinatology*, 331-345.
- Cesur Çınar , G. (2020). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Prematüre Bebek Annelerine Taburculuk Esnasında Verilen Standart ve Geliştirilmiş Bakımı ve Beslenme Eğitiminin Annelerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi. Edirne: Trakya Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Chen, X.-K., Wen, S., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G., & Walker, M. (2007). Teenage Pregnancy And Adverse Birth Outcomes: A Large Population Based Retrospective Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*, 368-373.
- Conk , Z., Başbakkal, Z., Bal Yılmaz , H., & Bolşık, B. (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Cooke, R. (2011, Jun 21). Nutrition Of Preterm Infants After Discharge. *Annals of Nutrition and Metabolism*.
- Cramton , R., Zain-Ul-Abideen,, M., & Whalen, B. (2009, Jun 21). Optimizing Successful Breastfeeding in the Newborn. *21(3)*, 386-396.
- Cruz, D., & Bazacliu , C. (2018, August 17). Enteral Feeding Composition And Necrotizing Enterocolitis. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*.
- Çakır, U. (2017). Olgun Anne Sütünün Özellikleri. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(2), 258-274.

- Çetin Akıcı, Ö., Doğan Bakı, E., Büyükerkmen, E., & Gül Sıvacı, R. (2019). Sezaryen Uygulanan Gebelerde Genel ve Spinal Anesteziden Memnuniyetin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 217-224.
- Dağoğlu, T., & Ovalı, F. (2007). *Neonatoloji*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Diler, A. (2006). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Pretermlere Dinletilen Klasik Müziğin, Bebeklerin Stres Belirtileri, Büyümesi; Oksijen Saturasyon Düzeyi ve Hastaneede Kalış Süresine Etkisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dixey, R., Heindl, I., Loureiro, I., Rodrigo, C., Snel, J., & Warnking, P. (1999). A School-Based Nutrition Education Guide. *Healthy Eating For Young People*.
- Doğan ,G. (2019). Annelerin Bebek Beslenmesine Yönelik Bilgi,Tutum ve Davranışları ile Postpartum Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi. Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2012, January 1). *Basic Newborn Resuscitation*.
- Eglash , A., & Simon , L. (2017). ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 390-395.
- Emren Yakar , F. (2020). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatarak İzlenen Prematüre Bebeklerde Anne Sütü ile Beslenme Oranları ve Anne Sütü Alımı Üzerine Etkisi. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Gargasız, A. (2012). Neonatal and pediatric parenteral nutrition. *AACN adv Crit Care*, 451-464.
- Glaser, C., Lattka, E., Rzehak, P., Steer, C., & Koletzko, B. (2011, March). Genetic variation in polyunsaturated fatty acid metabolism and its potential relevance for human development and health. *Maternal & Child Nutrition*, 27-40.
- González de Oliveira, M., & Valle Volkmer , D. (2020, December 22). Factors Associated With Breastfeeding Very Low Birth Weight Infants at Neonatal Intensive Care Unit Discharge: A Single-Center Brazilian Experience. *Journal of Human Laktation*.
- Gökçay, G., & Garibağaoğlu, M. (2002). Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi. O. Neyzi, & T. Ertuğrul içinde, *Pediatrici* (s. 183). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

- Guo, M. (Dü.). (2014). *Human Milk Biochemistry and Infant Formula*. Cambridge, UK: In Manufacturing Technology; Elsevier.
- Gura, T. (2014, August). Nature's first functional food. *Science*, 747-749.
- GÜLÇEK, E. (2015). Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde Bebeği Yatan Annelere Verilen Planlı Eğitimin Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Malatya: İnönü Üniversitesi.
- Gür , E. (2006). Anne Sütü İle Beslenme. *Klinik Çocuk Forumu*, 35-37.
- Helvacı , H., Bozgül, A., Onursal Helvacı, Y., & Tatlı Güneş , B. (2014). Geç preterm bebeklerde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatışı Gerektiren Erken Neonatal Sorunlar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 44-50.
- Hoekelman, R. (1993). Teenage pregnancy-one of our nation's. *Pediatr Ann*, 81-82.
- Horn, A., Kirsten, G., Kroon, S., Henning, P., Möller, G., Pieper, C., . . . Mawela, B. (2006). Phototherapy and exchange transfusion for neonatal hyperbilirubinaemia: neonatal academic hospitals' consensus guidelines for South African hospitals and primary care facilities. *S Afr Med*, 819-824.
- Infant Formulas*. (2021, April 28). U.S. National Library of Medicine. : <https://medlineplus.gov/ency/article/002447.htm> adresinden alınmıştır
- Karagöz, S. (2017). Anne Sütünün Saklanması, Evdeki Uygulamalar. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(2), 500-516.
- Koletzko, B., Susan, B., Geoff, C., Ulysses Fagundes, N., Sarath, G., Olle, H., . . . Ding, Z.-Y. (2005). Global Standard for the Composition of Infant Formula: Recommendations of an ESPGHAN Coordinated International Expert Group. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*., 584-599.
- Kolnik, S., & Billimoria, Z. (2020, January 23). A Guide to Feeding Term and Preterm Newborns. *Pediatric Annals*.
- Konukbay, D., & Arslan , F. (2011). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 16-22.
- Köksal, G., & Gökmen Özel, H. (2015). *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. Ankara: Hatiboğlu.
- Kültürsay, N., Bilgen, H., & Türkyılmaz , C. (2018). Prematüre ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi.

- Lehner, A., & Stephan, R. (2004). Microbiological, Epidemiological, And Food Safety Aspects Of Enterobacter Sakazakii. Zurich.
- Lessen, R., & Kavanagh, K. (2015, March). *Position of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 444-449.
- Lönnerdal, B. (2012). Preclinical Assessment Of Infant Formula. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 196-199.
- Luty, D., Ball, H., Makwana, N., Green, M., Bravin, K., Nasser, S., & Clark, A. (2014). BSACI Guideline For The Diagnosis And Management Of Cow's Milk Allergy. *Standards of Care Committee (SOCC) of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 642-672.
- Mamngili, G., & Garzoli, E. (2017, Jun 28). Feeding Of Preterm Infants And Fortification Of Breast Milk. *La Pediatria Medica e Chirurgica*.
- Mandel, D., Lubetzky, R., Dollberg, S., Barak, S., & Mimouni, F. (2005, September). Fat And Energy Contents Of Expressed Human Breast Milk In Prolonged. *Pediatrics*, 116(3), 432-435.
- Martin, C., Ling, P.-R., & Blackburn, G. (2016, May). Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Dairy Products and Human Health*, 279.
- Miriam, E. (2018). Breast Milk is Conditionally Perfect. *Medical Hypotheses*, 82-89.
- Muñoz Rodrigo, F., Aloy, J., Santana, P., & Alix, A. (2017). Postnatal Growth At Hospital Discharge In Extremely Premature Newborns In Spain. *Anales de Pediatria*, 301-310.
- Namiiro, F., Mugalu, J., McAdams, R., & Ndeezi, G. (2012). Poor Birth Weight Recovery Among Low Birth Weight/Preterm Infants Following Hospital Discharge In Kampala, Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*.
- Okulu, E., Mungan Akın, İ., Atasay, B., Arsan, S., & Türmen, T. (2010). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Gebelik Haftası ve Doğum Ağırlıklarına Göre Sağkalım, Hastanede Yatış Süreleri ve Rehospitalizasyon Oranları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(2), 77-83.
- Okumuş, N., Önal, E. E., Türkyılmaz, C., Demirci, S., Koç, E., Atalay, Y., . . . Günaydın, B. (2009). Doğum Şekli ve Anneye Uygulanan Anestezi Tipinin Postnatal Erken Dönemde Yenidoğanlarda Görülen Tartı Kaybına Etkileri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 31-40.

- Okumuş, N., Önal, E., Türkyılmaz, C., Demirci, S., Koç, E., Atalay, Y., . . . Günaydın, B. (2009). Doğum Şekli ve Anneye Uygulanan Anestezi Tiipinin Postnatal Erken Dönemde Yenidoğanlarda Görülen Tartı Kaybına Etkileri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 31-40.
- Ölçü, L. B., & Karakoç, A. (2015). Yenidoğanda Doğum Şeklinin Fizyolojik Tartı Kaybına Etkisi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Hastalıkları Dergisi*.
- Özbaturlar, N. G. (2014). 0-5 Yaş Arası Çocuklarda Boy ve Ağırlık İçin Büyüme Eğrilerinin Modellenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Pekcioğlu, Y. (tarih yok). *Enteral Nutrisyon ve Besin Seçimi*. Güncel Tıp Derneği: https://www.gunceltipderneği.org/pdf/yildiz_pekcioglu.pdf adresinden alınmıştır
- Peters, T., & Pompeii-Wolfe, C. (2018). Nutrition Considerations After NICU Discharge. *Pediatrics Annal*, 154-158.
- Reynolds, A. (2001). Breastfeeding and Brain Developmen. *Pediatric Clinics of North Amerika*, 159-171.
- Rogowski, J. (1999). Measuring the Cost of Neonatal and Perinatal Care. *Pediatrics*, 329-335.
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). *Emzirme Danışmanlığı Uygulayıcı Kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlıklı Beslenme Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı*. hsgm.saglik.gov.tr: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html> adresinden alınmıştır
- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Temel Yenidoğan Bakımı*. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı.
- Samur, G. (2008). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sarıkaya Karabudak, S. (2016). Neonatal Resüsitasyon. *Türkiye Klinikleri*, 67-70.
- Selalmaz , M. (2017). *Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Bebeklerde Aralıklı ve Devamlı Beslenmenin Büyüme ve Taburculuk üzerine Etkisi*. İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sezaryen uygulanan Gebelerde Genel ve Spinal Anesteziden Memnuniyetin Değerlendirilmesi. (2019). *Kocatepe Tıp Dergisi*, 217-224.

- Smith, E., Locks, L., Manji, K., McDonald, C., Kupka, R., Kisenge, R., . . . Duggan, C. (2017). Delayed Breastfeeding Initiation Is Associated with Infant Morbidity. *J Pediatr*, 57-62.
- Sobotka, L., & Soeters, P. (2011). Basics in Clinical Nutrition.
- Sokolover, N., Philip, M., Sirota, L., Potruch, A., Kiryati, N., Klinger, G., & Merlob, P. (2014). A Novel Technique for Infant Length Measurement Based on Stereoscopic Vision. *Archives of Disease in Childhood*, 99, 625-628.
- Souza, J., Betran, A., Dumont, B., Mucio, B., Pickens, C., Sullivan, E., . . . Vogel, J. (2015). A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 427-426.
- Stool, B., & Hansen, N. (2003). Infections in VLBW infants. *Seminars in Perinatology*, 293-301.
- Sündüs Uygun, S., Konak, M., & Soylu, H. (2018). Yenidoğanın ve Yaşamın İlk Aylarındaki Bebeklerin Beslenmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(4), 60-65.
- Sütçüoğlu, S., Tümer, M., Meydan, E., Tellioğlu, M., Dilek, M., İşeri, B., . . . Yaprak Işın. (2003). Yenidoğanlarda Duğum Odası Resüsitasyon Uygulamaları ve Etkileyen Risk Faktörleri. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 163-169.
- Şenol, E., Aydemir, Ş., Cömert, S., Çoğurlu, M. T., & Özdoğan, T. (2017). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Prematüre Bebeklerde Ekstrauterin Büyüme Geriliği ve Etki Eden Faktörler. *Çocuk Dergisi*, 107-113.
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2013). *Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Kitapçığı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Taner, C., Kırmızı, D., İriş, A., & Başoğul, Ö. (2012). Adölesan Gebeliklerin Sonuçları. *Göztepe Tıp Dergisi*, 6-10.
- Tengir, T., & Çetinkaya, Ş. (2008). Yenidoğan Beslenmesinde Kullanılan Yöntemler Ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 119-140.
- Türk Neonatoloji Derneği. (2014). Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi.
- Türk Neonatoloji Derneği. (2018, 04 09). *Sağlıklı Term Bebeğin Beslenme Rehberi*.

- Türkistanlı, E. (1995). Çocuk Sağlığının Durumu ve Geliştirme Çabaları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* , 11(1), 85-91.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Sağlık Bakanlığı.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Ankara: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK).
- Türkyılmaz, C. (2016). Emzirme Danışmanlığı ve Emzirmede. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 19-33.
- U.S. National Library of Medicine. (2021, April 27). Infant Formulas: <https://medlineplus.gov/ency/article/002447.htm> adresinden alınmıştır
- Uraş, N. (2017). Anne Sütünün Oluşumu ve İçeriği. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 130-153.
- Uslu Kızıllan, N. (2018). Tüple Beslenme. *12. Ulusal Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kongresi*.
- Uysal, N., Eşer , İ., & Khorshid, L. (2011). Hemşirelerin Enteral Beslenme İşlemine Yönelik Uygulama Ve Kayıtlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 1-9.
- Vikhanski, L. (2004, 7 10). Fatal Flaw in Baby Formula Sparks Reform in Israeli Ministry. Israeli: Nature Medicine.
- Walker, W. (2013). Initial intestinal colonization in the human infant and immune homeostasis. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 8-15.
- Westerfield, K., Koenig, K., & Oh, R. (2018, September 15). Breastfeeding: Common Questions and Answers. *American Family Physician*, 368-376.
- Wrammert, J., Zetterlund , C., Ashish Kc , Ewald , U., & Malqvist, M. (2017). Resuscitation practices of low and normal birth weight infants in Nepal: an observational study using video camera recordings. *Glob Health Action*.
- Yalçın İbiş, M., Günay, İ., Keskinçılıç, B., Özbaş, S., Tezel, B., & Şencan , İ. (2019). *Yenidoğan Canlandırması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Yeşil Corkins , K., & Shurley, T. (2016, December). What's in the Bottle? A Review of Infant Formulas. *Nutrition in Clinical Practice*, 723-72

Yeşilçiçek Çalık, K., Coşar Çetin, F., & Erkaya, R. (2017). Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 80-91.



EKLER

EK-1

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam / Olur Formu

... / ... / 201..

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ!

Sizi, Doç. Dr. İsmail ÖZKAYA danışmanlığında Hemşire Gözde OYSAL tarafından yürütülen Aralık 2018 – Haziran 2020 tarihleri arasında yapılması planlanan “Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine Alınan Bebeklerin Yeterli Kilo Alıp Almadıklarının Kontrolü” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız veya sizin için açık olmayan şeyler varsa lütfen bize sorunuz. Çalışmaya veri toplama amacı ile yüz yüze size bebeğiniz ile ilgili sorulan her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanız gerekmektedir. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Çalışmaya katılanlardan ad, soyad, telefon, TC no gibi kişisel bilgiler kesinlikle istenmeyecektir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

UYARI: SORULARI YANITLAMANIZ ARAŞTIRMAYA KATILIM İÇİN ONAY VERDİĞİNİZ BİÇİMİNDE YORUMLANACAKTIR.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. **Araştırmanın Amacı:** “Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine Alınan Bebeklerin Yeterli Kilo Alıp Almadıklarının Kontrolü”
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Anket
- c. **Araştırmanın Nedeni:** (..) Bilimsel araştırma. (X) Tez çalışması
- d. **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 10.12.2017 – 01.06.2020
- e. **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı / Gönüllü Sayısı:** 50.
- f. **Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Kırklareli Devlet Hastanesi

EK-2

Ek-2 ANKET

ANNE KUÇAĞINA VERİLMEYEN YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNE ALINAN BEBEKLERİN KİLO KONTROLÜ

Sayın Katılımcı;

Hazırlamış olduğumuz bu anket, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı 'Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine Alınan Bebeklerin Kilo Kontrolü' konulu yüksek lisans tezine veri toplama amacıyla düzenlenmiştir. Elde edilecek olan veriler gizli tutulacak, yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilerek ve sadece bu araştırma amacıyla kullanılacaktır. Veri toplama amacı ile yüz yüze size bebeğiniz ile ilgili sorulan her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamamız gerekmekte olup, ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Danışman: Doc. Dr. İsmail ÖZKAYA Hazırlayan Yüksek Lisans Öğrencisi: Gözde OYSAL

1. Doğum Kaçınıcı Haftada Gerçekleşti?.....

2. Anne yaşı?

- a. <18
- b. 19-34
- c. >35

3. Doğum şekli?

- a. Normal spontan doğum
- b. Sezeryan doğum

4. Doğum sezeryan ile gerçekleşti ise uygulanan anestezi çeşidi?

- a. Genel anestezi
- b. Spinal anestezi
- c. Epidural anestezi

5. Doğumda canlandırma işlemi uygulanıp uygulanmadığı?

- a. Evet
- b. Hayır

6.Doğum kilosu?

- a. < 1000 gr
- b. 1000-1499 gr
- c. 1500-2500 gr
- d. 2500-4000
- e. >4000

7. Doğumdaki boy ölçümü:.....**8. Anne kucağına verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatırılma sebebi?.....****9. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapıldığındaki kilosu?.....****10. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde kaç gün yattığı ?**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6
- g) 7

11. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde beslenme durumu?

- a. Sadece anne sütü (..... ml)
- b. Anne sütü ve formül mama (.....ml anne sütü, ml formül mama)
- c. Sadece formül mama (.....ml)

12. Beslenmeyi engelleyen bir durumun olup olmadığı?

- a. Var
- b. Yok

13. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu olma kilosu?.....**14. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu olduğu zamanki boy ölçüsü:.....**

EK-4

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2018-SBEK-09)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	ANNE KUCAĞINA VERİLMEYEN YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNE ALINAN BEBEKLERİN KİLO ALIP ALMADIKLARININ KONTROLÜ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P0116R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi Taahhütname, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu Taahhütname, İzin Belgeleri, Özgeçmişler CD				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:09	Tarih: 14.12.2018	Karar: Uygun Görüldü				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmann gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmann başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

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

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

*:Toplantıda Bulunma

EK-5


SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2018-SBEK-09)


ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	ANNE KUÇAĞINA VERİLMEYEN YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNE ALINAN BEBEKLERİN KILO ALIP ALMADIKLARININ KONTROLÜ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P0116R00

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

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

EK-6


		KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA BAŞVURULARI İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN			
Adı Soyadı	Gözde OYSAL		
Kurumu	Kırklareli Devlet Hastanesi		
Araştırma Yapılacak İller	Kırklareli		
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Kırklareli Devlet Hastanesi		
Araştırmanın Konusu	Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine Alınan Bebeklerin Yeterli Kilo Alıp Almadıklarının Kontrolü		
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi		
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu	(x) Var / () Yok	
	Araştırma Sağlık Tesisi İzin Formu	(x) Var / () Yok	
	Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü	(x) Var / () Yok	
	Araştırma İzin Taahhütnamesi	(x) Var / () Yok	
	Kurum-Kişi Talebi	(x) Var / () Yok	
	Etik Kurul Kararı	(x) Var / () Yok	
Değerlendirme Araçları	Eğilendirilmiş Gönüllü Onay Formu (x) Var / () Yok		
Değerlendirme Araçları	Anket		
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Aralık 2018-Haziran 2020		
KOMİSYON KARARI			
Araştırma Başvurusu, Komisyon tarafından oybirliği ile uygun görülmüştür.			
KARAR TARİHİ:	21/10/2019		
KARAR NO:	40		



 Başkan V.

Selçuk ZENGİN

 Sağlık Hizmetleri Başkan V.



 Sağlık Hizmetleri Birim Sor.

OLUR.

 21/10/2019

EK-7



T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü ve Gözde OYSAL arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

Çalışmanın Adı: ANNE KUCAĞINA VERİLMEYEN YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM
ÜNİTELERİNE ALINAN BEBEKLERİN YETERLİ KİLO ALIP ALMADIKLARININ KONTROLÜ

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

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

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütüleceği kurumlarımızda 18 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç:** Aralık 2018 **Bitiş:** Haziran 2020
- Protokol, çalışması, taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Ayrıklık:

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

İhtarların çözümü:

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

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim 21.12.2015

Araştırmacı
Adı Soyadı
İmza

Ağaç O. İsmail

İl Sağlık Müdürlüğü Yetkilisi

Adı Soyadı Ecz. Mehtap ZEĞİNLİ
İmza S. H. Başkan V.

EK-8



T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ -
ESKİ KIRKLARELİ SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
22/10/2019 16:36 - 48254791 - 605.99 - E.510



GÜNLÜDÜR

Sayı : 48254791/605.99
Konu : Gözde OYSAL'ın Araştırma
Başvurusu

KIRKLARELİ DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi:15/10/2019 tarihli ve 73912978-929-1750 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile, Hastanenizde görev yapan Gözde OYSAL'ın Hastaneniz bünyesinde yapmak istediği "Anne Kucağına Verilmeden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine Alınan Bebeklerin Yeterli Kilo Alıp Almadıklarının Kontrolü" konulu araştırma başvurusunun uygun görüldüğüne dair 21/10/2019 tarihli 40 Nolu Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararı, Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü ve araştırmada kullanılacak Anket Örneği ilişikte gönderilmiştir.

Söz konusu Komisyon Kararı ve Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü'nün adı geçene teslim edilmesi ayrıca araştırma çalışmasını kendi imkanlarıyla yapacağı hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Çiğdem CERİT
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı, Anket ve Protokol

Yayla Mah. 70 Sok. Toki Bölgesi KIRKLARELİ
Telefon: Faks No: 0288 212 12 02/ 0288 214 77 85

Bilgi için: FATMA ALTINOVA
HEMŞİRE

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

Telefon No: (0 288) 214 19 37

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 406947d3-ebbe-44d3-bcb7-8a9f38e24050 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebys.klu.edu.tr/sorgu/sorgula.aspx> adresinden 1611-EİRE-8KOD kodu ile yapılabilir.