

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ  
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

**0-12 AY GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN EBEVEYN  
VE/VEYA BAKICILARININ ÇOCUKLARI SEVME VE  
AVUTMA BİÇİMLERİ**

(Uzmanlık Tezi)

**Dr. Birşua DOĞAN**

EDİRNE-2018

## TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini hep yanımda hissettiğim, tez çalıőmamda emeğini esirgemeyen başta danıőman hocam Prof. Dr. Ayşe AYLAN olmak üzere, anabilim dalımız baőkanı Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN, ve değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Serdar ÖZTORA ve Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e; tezimdeki değerli katkıları dolayısıyla teőekkürlerimi borç bilirim.

Tezimi eğitim hayatım boyunca yanımda olan, varlıklarıyla gücüme güç katan ve őuan

aramızda olmayan halam Günay ve babaannem  
Bahriye Boşnakova'ya ithaf ediyorum.

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
<b>SARSILMIŞ BEBEK SENDROMUNUN TANIMI</b> .....	<b>3</b>
<b>TARİHÇE</b> .....	<b>3</b>
<b>EPİDEMİYOLOJİ</b> .....	<b>5</b>
<b>AİLE VE BAKICI İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ</b> .....	<b>6</b>
<b>BEBEĞE AİT RİSK FAKTÖRLERİ</b> .....	<b>6</b>
<b>PATOGENEZ</b> .....	<b>7</b>
<b>KLİNİK</b> .....	<b>8</b>
<b>TANI</b> .....	<b>10</b>
<b>AYIRICI TANI</b> .....	<b>13</b>
<b>TEDAVİ</b> .....	<b>14</b>
<b>PROGNOZ</b> .....	<b>15</b>
<b>ÖNLEME VE KORUMA</b> .....	<b>15</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	<b>21</b>
<b>BULGULAR</b> .....	<b>23</b>
<b>TARTIŞMA</b> .....	<b>75</b>
<b>SONUÇLAR</b> .....	<b>82</b>

**KAYNAKLAR..... 89**

**EKLER**

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

- BM** : Birleşmiş Milletler  
**BT** : Bilgisayarlı tomografi  
**CMV** : Sitomegalovirüs  
**CNS** : Sentral Sinir Sistemi  
**ÇHS** : Çocuk Hakları Sözleşmesi  
**GA** : Güven Aralığı  
**KDKT** : Kaza Dışı Kafa Travması  
**MRG** : Magnetik Rezonans Görüntüleme  
**SBS** : Sarsılmış Bebek Sendromu  
**SDH** : Subdural Hematom  
**YYBB** : Yenidoğan Yoğun Bakım birimi

## GİRİŞ VE AMAÇ

İstismar sonucu oluşan kafa travmaları iki yaş altı çocuklarda morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir. Sarsılmış bebek sendromu (SBS) retinal kanama, kemik kırıkları (metafiziyel ve/veya kosta kırıkları) ve subdural/subaraknoid kanama olarak tanımlanan çocuk fiziksel istismarının ciddi bir formudur (1,2).

Sarsılmış bebek sendromu olguları çocukluk çağı hastalıklarının birçoğunun semptomu ile uyumlu şikayetlerle getirilmektedir. Bu yüzden ilk başvuruda SBS tanısını koymak oldukça zordur. Daha önce tamamen sağlıklı olan bir çocuk sıklıkla hastaneye kusma, letarji, konvülsiyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil tablosu ile getirilebilir. Tanıyı koymada iyi bir fizik muayene ve anamnez ile birlikte radyolojinin yeri büyüktür. Yaygın olarak ebeveyn veya bakıcı tarafından verilen hikayede ya hiç travma yoktur ya da minör bir travma öyküsü vardır. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, metabolik hastalıklar (glutarik asidüri tip 1), kanama bozuklukları, nadiren CO zehirlenmeleri düşünülmelidir. Küçük çocuklarda başın vücuda oranla büyük ve ağır olması, başı destekleyecek boyun kaslarının zayıf, beyinin yumuşak, miyelinizasyonun tamamlanmamış ve aksonal yapının kolay yaralanabilir olması bu yaş grubu çocukların beyinlerini ayrıcalıklı kılmaktadır. Çocuk beyninin bu özelliklerinden dolayı, başın rotasyonel hareketlerle hızla sarsılması sonucu intrakranial kanamalar oluşmaktadır (2,3).

Amerika'da yapılan çalışmada, çocuk servisine başvuran olguların %1,4 ü istismar nedeni ile başvurmakta ve çocuk yoğun bakım ünitesinde ölen çocukların %17 sini kafa travması ile gelen küçük yaş grubu (ortalama 9 ay) istismara uğramış çocuklar oluşturmaktadır. Kanada da yapılan 10 uğramış yıllık bir çalışmada da SBS olgularının ortalama yaşı 4,6 ay ( 7 gün ile 58 ay), olguların % 45 inin hastaneye konvülsiyon, şikayeti ile

getirildiği, olguların %76 sında (%86 bilateral) retinal kanama, %86 sında subdural kanamanın pozitif bulunduğu görölmüştür. Tek taraflı retinal kanama daha az sıklıkla görölmekle birlikte SBS'yi daha fazla desteklemektedir. İngiltere'de yıllık fiziksel istismara uğrayan çocukların 100 000'de 21-24,6'sında subdural kanama tespit edilmiştir (3,4,5).

Türkiye'de SBS ile ilgili literatür oldukça sınırlıdır. Çünkü sağlık çalışanları tarafından sıklıkla kafa travmalı çocuklara yaklaşımda ayırıcı tanıda çocuk istismarı olarak SBS düşünölmemektedir. Bu çalışmada nörolojik bulgularla gelmiş, fizik muayene bulguları ile anamnezi uyumsuz olan küçük çocuklarda ayırıcı tanıda SBS'nin akılda tutulması gerektiği vurgulanılmaya çalışılmıştır.

Yapacağımız bu araştırma ile 0-12 ay grubunda ağlayan bebeklerin ebeveyn ve bakıcılarının yaklaşımlarını, ağlama ve uyumama durumunda nasıl tepki verdiklerini, bebekleri sevmeye, bebelere sevgi gösterme biçimleri ve sarsılmış bebek sendromu ile ilgili bilgilerini göreceğiz. Aile hekimi de hastasını, danışanını prekonsepsiyondan itibaren ölüm olayına kadar takip eden hekim olduğu için, hem yenidoğan hem de ilk bebeklik çağında sıkı sıkıya danışılan hekim olduğu için ailelerin sarsılmış bebek sendromu ile ilgili bilgilendirilmeleri gerektiği için bu çalışmayı yapacağız. 0-12 ay grubundaki çocukların ebeveyn ve bakıcılarının çocukları sevmeye ve avutma biçimlerini görerek çocukların sarsılmış bebek sendromu riski ile ne kadar karşı karşıya kaldıklarını ve bu konu hakkında bilinçli olup olmadıklarını öğrenmiş olacağız. Aile hekimi olarak da aileleri bilinçlendirme ve bilgilendirme konusunda farkındalık yaratmış olacağız.

## **GENEL BİLGİLER**

### **SARSILMIŞ BEBEK SENDROMUNUN TANIMI**

İstismara bağı kafa travmalarının bir alt grubudur. Küçük çocuklarda tekrarlayan “akselasyon” ve ”deselasyon” mekanizması sonucu oluşan kapalı kafa travmasıdır. Çocuk istismarına yol açan olaylar içinde özellikle küçük bebeklere yönelik yapılan ve ölümün ortaya çıkmasına neden olabilecek en önemli olaylardan birisi olan ve çocuğun tutulup sarsılması olarak özetlenebilecek bir sendromdur (1,2).

Sarsılmış Bebek Sendromu genellikle küçük bebeklerin aşırı kızgınlık içinde kollarından tutulup sarsılmasıyla o dönemlerde yeterince güçlü olmayan kafa içi damarların yırtılması ile beyinde kanama meydana gelmesi olayıdır (3). Sarsmanın çoğunlukla bebeğin ağlamasını durdurmak veya huzursuzluğunu ortadan kaldırmak amacı taşıdığı düşünülmekte ve söylenmektedir. Özellikle çocuklardan gelişimlerinin üstünde beklentisi olan ve çocuğun kendi beklentilerini karşılamasını uman ebeveynlerin ve bakıcıların ciddi istismar potansiyeli taşıdıkları düşünülmektedir. Bebeğin aşırı ağlaması, huzursuz olması doğum sonrası dönemde yorgun, uykusuz ve olan anne-babayı çaresiz ve öfkeli hale getirebilir. Bu duygu kontrol edilemediğinde bebeğin kollarından ya da gövdesinden tutularak sertçe sarsılması SBS tablosunu oluşturabilir (3,4).

### **TARİHÇE**

Çocuk istismarına yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın, insanlığın konuya dikkati son yüzyıl içinde çekilebilmiştir. Fransız patalog Tardieu tarafından 1860 yılında tıbbi literatürdeki ilk tanımlama bakıcılar nedenli

bebeklerde oluşan yaralanmalar olarak yapılmadan önce, Hugo ve Dickens'in romanlarında konuya değinildiği görülmektedir (3).

1923 yılında Burhans ve Gestenberger travmaya maruz kalınması sonucu beş bebeğin dördünde subdural hematoma ve retinal kanama tespit etmişler ve travma geçirmiş vakaların hepsinde olmasa da bulunabileceğini bildiren kitap yazmışlar. Peet ve Kahn 1932'de dokuz infanta tramvaya atfedilmiş subdural hematoma ve sekizinde de retinal kanama bildirmişler. Daha sonra Caffey'in 1946'da uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural hematoma ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden gündeme gelmiştir.

Kempe, 1962'de ilk kez "hırpalanmış çocuk" ("battered child") terimini kullanmış, daha sonra bu terim yerini "çocuk istismarı" ("child abuse") terimine bırakmıştır (3). Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişme ise kuşkusuz 1989'da BM tarafından kabul edilen ÇHS'dir. Sözleşmenin 19. maddesi çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir. Türkiye'de çocuk istismarıyla ilgili çalışmaların başlangıcı çok yeni olup, daha çok adli tıp, sosyal pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının öncülüğünde yürütülmektedir. 1991'de hekim, pedagog, psikolog, hukukçu ve gönüllüler tarafından kurulan, konuyla ilgili ilk dernek olan Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği ile Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği'nin çalışmaları bu konuda öncü olmalıdır (4).

İngiliz beyin cerrahı Norman Guthkelch, 1971'de dışarıdan hiçbir yaralanma izi olmamasına rağmen subdural hematomu olan iki bebek tanımlamıştır. Ommaya'nın yaptığı çalışmanın ışığında nispeten büyük beyin ve zayıf boyun kaslarına sahip bebekte beyin hasar nedeninin sarsma sırasında oluşan kamçı hareketi olduğunu ve sarsmanın rotasyonel zorlaması sonucu köprü venlerinde kopma, bunun sonucunda da iki taraflı SDH olduğunu iddia etmiştir. Caffey, 1972 yılında bilinen bir travma hikayesi veya hastalık olmadan oluşan SDH, retinal kanama ve uzun kemiklerde kırık birlikteliğini tanımlamış ve "ileri-geri sarsma bebek sendromu" terimini kullanmıştır. Ludwig ve Warman tarihte ilk kez "sarsılmış bebek sendromu" tanımını kullanmışlardır. Bu makalede 20 bebeği bulguları ile tartışmış ve bulgularının özellikli olmadığını, prognozunun kötü olduğunu belirtmişlerdir (5). Duhaim ve ark. (6), sarsmanın tek başına SBS bulgularını oluşturmayacağı, şiddetli beyin zedelenmesinde çarpma şeklindeki kafa travmasının etkin olduğunu belirtmişlerdi.

Bandak (7) ise o güne kadar üzerinde çok durulmayan bebeklerin boyun yapısına dikkati çekmiştir. Gelişimini tamamlamamış olan zayıf boyun yapısı şiddetli olmayan



sarsmalarda boyun, spinal kord ve beyin hasarının oluşmasına neden olduğunu göstermiştir (7).

## **EPİDEMİYOLOJİ**

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 1200-1500 çocuğun SBS'ye maruz kaldığı ve yaklaşık 300 çocuğun bu nedenle öldüğü bildirilmektedir (8).

Almanya'da resmi olarak 2006 yılında SBS sıklığı 30 olarak bildirilmiştir, fakat genel olarak bebeklik yaş grubundaki çocuklarda 100- 200/yıl olarak hesaplanmıştır (4).

Kanada'da 1988-1998 yıllara arasında 364 bebeğe SBS tanısı konmuş, 1998 yılında ise 600 şüpheli SBS bildirimleri olmuş ve bunların 189'u kesin, 165'i şüpheli olarak belirlenmiştir (9).

İsviçre'de 2002 – 2007 yılları arasında SBS sıklığını saptamak için yapılan çalışmada sıklık 100 000 canlı doğumda 14 olarak saptanmıştır (5).

İskoçya'da 1981- 1996 yılları arasında çocuklarda kaza dışı kafa travması (KDKT) sıklığını saptamak için geriye dönük yapılan çalışmada beş yaş altı her 1000 çocukta sıklık 0,04 olarak saptanmıştır. Bunların % 55'inin bir yaş altında olduğu, şiddeti uygulayanların % 41'inin ebeveyni olduğu, % 47'sinde ise kişinin saptanamadığı belirtilmiştir. Sıklığın bu kadar az olmasını bildirim az olmasına bağlamışlardır. Aynı araştırmacılar tarafından, aynı bölgede, 1998 – 1999 yıllarında çocuklarda KDKT sıklığının ileriye dönük olarak araştırıldığı çalışmada SBS yıllık sıklığını bir yaşından küçük 100 000 çocukta 24,6 (% 95 GA 14,9 – 38,5) olarak hesaplanmışlardır (3). Bir yaşındaki çocuklarda KDKT riskini 1/4065 olarak bildirmişlerdir. Olguların hemen tamamının küçük bebekler olduğu (ortanca yaş 2,2 ay), daha çok kentsel bölgelerde ve sonbahar – kış aylarında daha sık olduğu saptanmıştır. Güney İskoçya'da resmi bildirimlerden ileriye dönük 1998 - 2006 yıllarında yapılan çalışmada bebeklik çağında KDKT ortalama sıklık 100 000'de 33,8 olarak saptanmış (4).

Yeni Zelenda' da bebeklik çağında istismara bağlı subdural hematom (SDH) sıklığı yıllık 100 000'de 14,7 [ % 95 güven aralığı (GA) 10,8 – 19,4], ve en üst düzeyde 19,6 (% 95 GA 15,1 – 25,0) olarak bildirilmiştir (9,10).

Türkiye'de çok merkezli, 3 yaş altı çocuklarda KDKT sıklığını bildiren bir çalışmada; hastaneye subdural kanama, subaraknoid kanama, kafa kırığı, koma, retinal kanama, bilinç değişikliği nedeniyle kabul edilen 36 ay altı çocuklar geriye dönük olarak taranmış; vakaların %8'i kaza, %22'si istismar, %7'si olası istismar olarak belirlenmiş ve %23'ünde neden saptanamamıştır (11,12).

## **AİLE VE BAKICI İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ:**

Ebeveynler ve bakıcılar ile alakalı bu faktörler sarsılmış bebek sendromu riskini artırabilir (1,8,13,14,15):

- Bebekle alakalı gerçek dışı beklentiler
- İstenmeyen gebelik ve bebek
- Genç yaşta ebeveynlik
- Tek ebeveyn olmak (boşanmış olmak,diğer ebeveynin vefat etmiş olması vb.)
- Stres
- Düşük eğitim düzeyi
- Bir veya iki ebeveynin de uğradığı mali zorlanma. (Ekonomik durum kötüleştikçe, sarsılan bebek sayısının artması bekleniyor) Düşük gelir düzeyi
- Aile içi şiddet
- Mutsuz evlilik
- Alkol ve/veya maddenin kötüye kullanımı
- İstikrarsız aile durumları
- Depresyon
- Çocukken kötü muamele öyküsü
- Bağımlı kişilik özelliği
- Prenatal kötü bakım
- Zorlama bakıcılık yapılması (1,8,16,17,18,19):

## **BEBEĞE AİT RİSK FAKTÖRLERİ**

Prematüre bebekler, atipik davranışlar gösterebildikleri için hastaneden taburcu olduktan sonra SBS'ye yakalanma riski altındadır. Çünkü bu bebeklerde zor mizaçlar, düzensiz uyku düzenleri, kendi kendine yardım etme zorluğu ve beslenme sorunları sık görülür. Ebeveynler zaten erken doğumla karşı karşıya kaldıklarından, bebeğin sık sık bakımı için gerekli becerileri kazanmaları ve aynı zamanda kendi kalıcı hayal kırıklığı ve kızgınlıklarını yönetmeleri gerekir. Yenidoğan bebeğin sarsılma sendromu için artan risk faktörleri ve hastanede başlatılabilecek önleyici stratejiler hakkında bilgi artışı, yenidoğan yoğun bakım birimindeki (YYBB) sağlık hizmeti sunucuları için önemlidir (11).

Bebeklerle ilgili risk faktörleri:

- Prematürelilik
- Düşük doğum ağırlığı
- Çoğul gebelik
- Konjenital malformasyon ve/veya kronik hastalık öyküsü
- Kronik ilaç kullanımı gerekli olan bebek
- Prenatal madde, alkol ve/veya ilaç kullanılmış olma öyküsü
- Huzursuz bebek olma durumu
- Çok sık ağlama durumu (17,18,19,20)

Bebekleri anatomik ve fizyolojik açıdan sarsılmış bebek sendromuna uygun hale getiren özellikler:

- Küçük vücut hacmi
- Vücuda göre büyük bir baş hacmi
- Tam gelişmemiş zayıf boyun kasları ve bağları
- Tam olarak gelişmemiş beyin
- Fazla su miktarı olan beyin
- Fazla subaraknoid mesafe
- Myelinazasyonun tamamlanmamış olması
- Açık sutürlar
- Baş kontrolünün olmaması (2,5,6,8):

## **PATOGENEZ**

Çocuklarda başın, vücut kitle ve alanına oranla büyük olması, boyun kemiklerinin tamamen gelişmiş olmaması, sağlamlık ve dengenin kemik yapılardan çok ligament yapılara bağımlı olması, beynin su içeriğinin erişkinlerdekinden fazla olması, beyin miyelinizasyonunun tamamlanmamış olması nedeniyle, bebekler travmatik beyin zedelenmelerine karşı daha hassastırlar. İstismarcı, bebeği genelde kollarından ve omuz hizasından, daha nadir olarak da bacaklarından tutarak sarsar. Sarsma sırasında, zayıf olan boyun kasları baş kontrolünü güçleştirir ve baş böylece öne-arkaya 240 dereceyi bulan açılarda savrulur. Bu olay esnasında nispeten boyun sabit kalırken, bebek hızlı ekstansiyon, fleksiyon ve rotasyon gibi hareketleri ardı ardına yapmış olur (6,21,22). Beyin, nispeten daha durağan olan dura ve kafatası içinde hareket eder. Kafatasının hareketi ile içeriğinin hareketi arasındaki zaman farkı doğrudan travma, hasar ve kan damarlarında yırtılma meydana gelmesine neden olur. Kan damarlarında zedelenme kafa içi kanamasına yol açar (23).

Subdural kanamalar ve hematomlar, SBS 'de en sık rastlanan kafa içi bulgusudur, köprü venlerin yırtılması ile oluşur. Dura altı kanama sonucu, beyin ödemi ve beyin hasarına ikincil olarak, kafa içi basınç artışı meydana gelir. Bunlara bağlı olarak beyinde hipoksi, iskemi, damar oto düzenleme mekanizması bozulacak ve metabolitlerle birlikte oksidatif prosesler gelişecek, inflamasyon, aksonal ve nöronal hasar meydana gelecektir. Oluşabilen diğer kanama da subaraknoid kanamadır, buradaki kanama araknoid ile pia arası mesafeye kanamadır. Subaraknoid kanama sonucu; sık olarak tekrar kanama, vazospazm, parankimal hematoma, intraventricüler hemoraji, hidrosefali ve intrakranial basınç artışı patolojileri görülür (18,19,20).

Spinal kırık olabileceği gibi şiddetli ve ölümcül olgularda servikal kırık olmadan da servikal spinal hasar görülebilir. Mekanizma tam olarak anlaşılmasa da boyun kasları, boyun bağları ve kemik yapı henüz tam gelişmediğinden bunların görülmesi beklenir (22).

Retinal kanama konusundaki ilk teori; sarsma (“akselerasyon, deselerasyon”) mekanizması ile vitröz traksiyonu meydana gelmesi, sonucunda retinal damar kıvrılmaları oluşup damarların hasarlanmasıdır. İkinci teori; sarsma ile intratorasik basıncın artması, oradan basıncın venöz sistemle vitreusa taşınması ve orada venöz ruptür olması, üçüncüsü de kafa travmasına bağlı olarak SDH meydana gelip beyin ödemeine sebep olduktan sonra, intrakraniyal basınç artışı olması ve bunun da optik sinir kılıfını zedelemesi ve oradan da retinal hemorajiler meydana gelmesidir ( 24-28).

## **KLİNİK**

Sarsılmış bebek sendromu geniş bir spektrum içeren klinik bulgularla karşımıza çıkmaktadır. Bebekler karşımıza en hafif şekilde; hiçbir şey anlaşılabilir durumda da gelebilirken, ölüm sonucuyla da karşılaşabilmekteyiz (5,17,28).

Bu nedenle karşılaşınlan bebeğin durumu ve travma hali sağlık personelinin gözünden kaçabilir. SBS nörolojik, metabolik, endokrinolojik ve enfeksiyon hastalıklarını taklit edersine prezente olabilir. Bu nedenle bazen ayırımı bu tip hastalıklardan güçtür (2).

Sarsılmış bebek sendromu bir travma ve istismar türü olmasına rağmen bebekte fiziksel olarak yani dış görüntüsünde hiçbir değişiklik ve/veya göze çarpacak kadar farklılık olmayabilir. Bu bebekler dış görünüşü itibariyle tamamen sağlam bebeklerden ayırt edilemeyebilirler. Bebeğe bakan kişiler arasında, bebeği sarsmış ve hırpalamış olduğunun farkında olabildiği gibi bu yaptığının farkında olmayıp bebeğe herhangi bir zarar gelebileceğine ihtimal vermeyenler de vardır, o nedenle de bebeğin herhangi bir sağlık

kuruluşuna veya sağlık personeline başvurusu olmayabilir veya bu başvuru gecikebilir. Bu faktörler de bize sendromun kliniğini farklı şekillerde görmemize sebep olacaktır. Sarsmanın şiddeti ile alakalı olarak da hem klinik bulgular, hem de bulguların şiddet ve ağırlık derecesi değişkenlik gösterecektir (29,30).

Sonu fatal olmayan sarsılmaya maruz kalmış bebeklerde günler ve haftalar içerisinde gelişen ve de duruma göre ağırlaşan irritabilite, uykusuzluk, emme ve beslenme güçlüğü, kusma, kilo alamama ve dehidratasyona bağlı olarak kilo kaybı gibi bulgular gözlenir. Bakım veren tarafından sağlık kuruluşuna getirilen bu bebeklerde, sağlık personeli tarafından sarsılmaya bağlı travmatik durum dışında pek çok viral, paraziter enfeksiyon hastalığı, beslenme bozuklukları ve malnütrisyon tanısı düşünülebilir ve böylece gerçek tanı konup hastaya müdahale yapılması gecikebilir ya da hiç tanı konulamayabilir (4,31,32).

Daha şiddetli sarsılmış bebekler de eğer subdural hematoma oluşmuş ise ve/veya subaraknoidal kanama varsa beyin ödemiyle birlikte baş çevresi büyümeye başlar bu da yine bu bebekleri sağlık kuruluşuna getirecek sebeplerdendir, ancak artık somnolans, koma gibi bilinç değişikliği tablolar görülecektir. Bebek sarsıldıktan sonra konvülsiyonlar, ses çıkaramama, izleme olmaması, gülmeme olmaması, işitme ve görme fonksiyonlarında kayıp ve nöromotor gelişimin durması ve hatta gerilemesi gibi çeşitli nörolojik tablolar da meydana gelmektedir (4,33,34).

Bebek çok şiddetli sarsıntı geçirdiyse, daha olay anında apneye girebilmekte ve ani bebek ölümü gözlenmektedir, bu genellikle intrakraniyal kanamaya bağlı direkt diffüz aksonal yaralanmadan ya da ödem yoluya kafa içi basıncı artarak sitotoksik olarak ve herniasyon sonucu solunum merkezinin bulunduğu medulla oblongatanın etkilenmesi ile gerçekleşmektedir. Köprü venlerin ve orta serebral arterin hasar görüp yırtılması ile subdural hematoma ve subaraknoidal kanama görülür. Beyinde hemorajik infarktların görülmesi özellikle tekrarlayan vakalarda karşımıza çıkmaktadır. Hasta bu durumda ne kadar hızlı sağlık kuruluşuna getirilir ve hastaya ne kadar çabuk müdahale edilip, beynin, sentral sinir sisteminin oksijensiz kalmaması sağlanırsa o derece faydalı olunur. İntrakraniyal kanama miktarı, etkilenen bölge ve merkezlerin lokalizasyonunun hayati önemi, beynin oksijensiz kalma süresi ve gelişen komplikasyonlar, hastanın klinik seyrini, sekel kalıp kalmayacağı ve prognozunu etkileyecektir (4,5,29,33,34).

Sarsılmış bebek sendromunda sıkça rastlanılan diğer bulgu retinal kanamalardır. Yapılan çalışmalar, kaza dışı ve vücudunda da travma izine rastlanmayan bebeklerde izole çift taraflı veya tek taraflı retinal hemoraji, optik sinir kılıfı zedelenmesinin SBS'ye işaret ettiğini

göstermektedir. Fundoskopik muayenesinde papil ödem varlığı ve derecesi, nörolojik muayenede ışık refleksi yanıtı, görme fonksiyonunun korunması veya kaybı, bize hastanın yaşam şansı ve de ileriki nörolojik gelişimi ve sekeli kalıp kalmayacağı konusunda önemli ipucu vermektedir (15,17,26,35-39) .

Sarsılmış bebek sendromu (hele ki bu sendromun bir istismar çeşidi olduğunu göz önüne alırsak) şüphesi taşıyan her bebek mutlaka ayrıntılı fiziki muayeneden geçmelidir. Bebeğin vücudu ekimoz, peteşi, purpura ve yanık açısından inspeksiyona tabi tutulmalı, servikal vertebra kırığı, paravertebral kot kırığı, humerus ve femur gibi uzun kemik metafiz kırığı ve batin içi zedelenme açısından değerlendirilmelidir (2). Tüm bunların varlığı SBS tanısını da güçlendirecek ve hem tanıda hem de acil şekilde müdahale etmemizde yardımcı olacaktır ( 15,40,41,42).

Sarsılmış bebek sendromunda sık görülen bulgular (5,6,15,17,36,43):

1. İrritabilite
2. Uykuya eğilim,uykululuk durumu
3. Kas tonusunda azalma
4. Kusma
5. Beslenme zorluğu ve/veya iştah azalması
6. Emme gülüğü
7. Kilo alamama,kilo kaybı
8. Nöbetler
9. Solunum durması/solunum sıkıntısı
10. Kalp tepe atımında azalma
11. Işık refleksi kaybı
12. Bilinç düzeyi değişikliği
13. Vücut ısısında düşüklük
14. Fontanelde bombelik ve/veya fluktuasyon

## **TANI**

Genel olarak travmadan şüphelendiğimiz çocukları ele alırken iki yaş üstü ve iki yaş altı olarak ikiye ayırabiliriz. Bu ayrımı yaparken: İnfantlarda klinik değerlendirmenin büyük çocuklara göre daha zor oluşu, intrakraniyal yaralanmalarda infantların genellikle asemptomatik oluşu, infantlardaki minör travmada bile klinik olarak önemli beyin hasarı görülebilmesi kriterlerini ele alabiliriz. Otorlerin çoğu bu yaş grubundaki kafa travmasının

derecesini hastanın hikayesinden, künt travmanın skalp veya kafatasındaki fizik muayene bulguları ve hafif dokunma ve ses ile uyanıklık durumuna göre tanımlamışlar (1,5,17).

İki yaş üstü çocuklarda ise: Travmatik kafa yaralanması seviyesi daha çok Glaskow Koma Skoru'na (GKS) dayanır. Ciddi kafa travması (GKS 8 ve altında), Orta kafa travması(GKS 9-13) ve Hafif kafa travması (GKS 14-15) (1,5,17).

Bizim ele alacağımız yaş grubu 2 yaş altındakiler ve de özellikle SBS ile sık karşılaşılan grup, yani 1 yaş altındaki infantlar. Buraya kadar bahsettiğimiz gibi sarsma bir çeşit çocuk istismarıdır ve genellikle sarsan ebeveyn ve/veya bakım veren her kimse bu istismarı kabul etmez, sarsmanın zararlı olduğunu bilsin ya da bilmesin, bebeğin sarsıldığı bu kimseler tarafından inkar edilir ya da ancak çok sıkışılınca itiraf edilir. Bebeği sarstığını itiraf eden kimse de genellikle, çocuğu ikincil olarak bir yerlerde düştüğü için, başını çarptığı için veya bilincini kaybettiği için, bebeği kendine getirip, canlandırma yaparken sarstığını söyler. Bu nedenle ayrıntılı ve dikkatli bir anamnez almak, hiçbir noktayı kaçırmamak ve her söylenilenin önemli olduğunu unutmamak gerekir. Bebeğin ağlama, huzursuzluk, uyku düzeni, tuvalet eğitimi, bebeği sevme biçimleri, oyun ve bebeği oyalamayla ilgili bilgileri öğrenebileceğimiz bizi sarsılma olayına yönlendirecek her türlü soru, iyi sorulmalıdır (1,5,17).

Hasta muayene edileceği zaman adli tabip, nöroşirurji uzmanı, çocuk nöroloğu gibi multidisipliner bir kadro da konuya dahil olabilir (1).

Fizik muayene hastanın kıyafetleri tamamen çıkartılıp inspeksiyonla başlar ve her yerinde ekimoz, peteşi, purpura, hematoma, ekzoriasyon, laserasyon, abrazyon, skar, yanık ve aktif hemoraji var mı ile başlar, kot ve humerus, femur gibi uzun kemik kırıkları var mı diye kontrol edilir, özellikle batın içi karaciğer ve dalakla alakalı bir patoloji var mı denilerek, yüzeysel ve derin palpasyonla devam eder. Oskültasyonla da kalp ve akciğer solunum sesleri dinlenilir. Tüm bu bakı, bundan sonraki tanı ve tedavi şemasında bize yardımcı olacak ve hız kazandıracaktır (1,5,6).

Kemik kırık ve zedelenmelerinde, ilk istenilecek tetkik direk grafidir. Bu grafilerde fraktür hattı, periost ayrılması, yaş ağaç fraktürü denilen kırık, yumuşak dokudaki zedelenmelere bağlı ödem, hematoma gibi çeşitli bulgular görülmektedir. Genellikle 2 yaşın altındaki infantlara istenmektedir, hem kolay hem de ucuz bir görüntüleme tetkikidir. Kemik sintigrafi ve bilgisayarlı tomografi (BT) tam olmayan gövde kırıkları ve periost ayrılmalarında istenilebilen ve daha duyarlı yöntemler olmasına rağmen 12 aylıktan küçük çocuklara maruz kalacakları radyasyon dozundan dolayı önerilmemektedir. Yumuşak doku

hasarını tespit etmede yüzeysel ve de eklem USG'den yararlanılmaktadır, bu yöntemin de herhangi bir yan etkisi ve sakıncası da yoktur (1,17,42,43).

İstismardan şüphe edilen tüm infant ve çocuklara beyin görüntülenme istenmelidir, özellikle, 1 yaş altı yüz yaralanması, kot kırığı, çoklu kemik kırıkları, farklı yaşlarda vücudun çeşitli bölgelerinde olan morarma, sıyrık, kesi gibi izleri olan ve de istismara delil olabilecek herhangi bir izi olan 6 ay altındaki tüm infantlara beyin görüntüleme önerilmektedir (4).

İstenilecek ilk görüntüleme yöntemi beyin BT olmalıdır, ancak tomografi cihazı olmadığı zamanlarda direk kraniografilere yönelenilebilir (4). İlk tetkikin düz grafi olmamasının sebebi ise minör kafa içi hasarın tespit edilememesi, kırık var ise bu kırıkların yarısından fazlasının görülememesi, kafa içi patolojilerinin yarısında kafa kırığı olmaması ve de kafa kırığı olan vakaların yarısında da kafa içi patolojinin tespit edilemiyor olmasıdır. Beyin BT, kolay görülmeyen ince fraktürleri, subdural hematoma, subaraknoid kanama, beyin ödemi, parankimal lezyonları göstermede direkt grafiden çok daha üstündür, bu nedenle de ilk istenilecek tetkiklerdendir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) beyin BT yöntemini tamamlayıcı ya da BT olmadığında başvurulacak yöntemdir. Manyetik rezonans görüntüleme beyin ödemi, parankim içi lezyonları ve subdural hematoma, subaraknoid kanama gibi intrakraniyal kanamaları BT'den göstermede özgüllüğü ve duyarlılığı daha fazladır ve hasta bu işlem esnasında BT'deki kadar radyona maruz kalmaz, ancak bebeklerde sedasyon gerektirdiğinden, bu sedasyon da özellikle kafa travmalı bu bebeklerde durumu kötüleştirdiğinden, daha pahalı olduğundan ve daha zor bulunabildiğinden BT'den sonra tercih edilir (42-44). Difüzyon MR beyindeki iskemik alanları gösterme açısından çok duyarlı bir görüntüleme yöntemi olmasına rağmen hala ilk tercihlerden değildir (42,43,45).

Nöbet ile gelen infantlarda başvurulacak yöntemlerden biri de elektroensefalografidir, ancak akut olaylarda ilk başvurulacaklardan değildir. Hastanın nöbetlerinin sebebini, beyin elektriksel dalgalarını göstererek ortaya koyar, özellikle epileptik nöbet ve epilepsi tanısını koymada başarılı bir yöntemdir (2,5).

Lomber ponksiyon genel olarak posttravmatik menenjit tanısı için başvurulmuş invazif bir yöntemdir, hastanın nöbetlerini ve bilinç düzeyi değişikliklerini göstermede faydalanılabilir, beyin omurilik sıvısı alındıktan sonra ksantokromik olması bize kraniyal travmayı işaret eder, ancak unutulmamalı ki intrakraniyal basınç artışı durumlarında kontrendikedir (2,5).

Sarsılmış bebek sendromunda sıkça karşılaşılan retinal kanama ve optik sinir kılıfı zedelenmelerinin tespit edilmesi açısından bebeklerin çocuk nöroloji ve çocuk göz hastalıkları



uzmanı tarafından, pupiller dilate edilerek, fundoskopik muayene edilerek konsülte edilmesi gerekir.

Batın ultrasonografi bize batın içi travmada ve kanamada yol gösterici ve tanı koydurucudur. Pankreatik amilaz, lipaz, bağırsak amilazı, karaciğer fonksiyon transaminaz seviyeleri yine batın içi travmalarda ve akut olmasa da 3-5 gün sonra düşen Hb seviyeleri tüm travma ve istismar olaylarında tanıda yardımcı kan tetkikleridir (46,47).

### **AYIRICI TANI**

Sarsılmış bebek sendromu ile birlikte düşünebileceğimiz ve ayırıcı tanıya girebilecek kaza sonucu kafa travmaları, enfeksiyon, metabolik, endokrinolojik, nörolojik, konjenital ve doğumsal pek çok hastalık ve sendrom vardır, bunların hiçbirinin gözden kaçmaması veya bu hastalık veya sendromlardan birinin teşhisi konulurken, aslında SBS olan bebek gözardı edilmemelidir (14, 5).

1. Doğumsal zorluklar, doğumda hipoksik kalma, hipoksik-iskemik ensefalopati vb.
2. Serebral palsy
3. Menenjit, ensefalit, meningoensefalit
4. Metabolik hastalıklar
5. Enfeksiyon hastalıkları
6. Elektrolit bozuklukları
7. Konvülsiyon görülen nörolojik hastalıklar
8. CNS tümörleri
9. Ani bebek ölümü
10. Kaza sonucu kafa travması
11. Apne
12. Hidrosefali, makrosefali gibi CNS malformasyonları
13. Koagülasyon bozukları

Kaza sonucu gerçekleşen kafa travmalarında genellikle anamnez kazayla alakalı bilgiler verir. Kaza dışı kafa travması varlığında, bebeklerin yaşının daha küçük olduğu, genel tıbbi sorunları, kronik hastalık veya konjenital malfomasyonları olduğu, prematüre doğdukları belirlenmiştir. Yine kaza dışı kafa travmalarında daha yüksek oranda subdural hematom, subaraknoid kanama ve retinal kanamalar görülmektedir. Kaza dışı kafa travması vakalarında hastanede yatış süresi, yoğun bakıma interne edilme oranı da daha yüksektir. Kaza dışı kafa travmalarında çoklu kemik kırıkları, nöbet görülme olasılığı ve solunum arresti olasılığı daha

yüksektir ve prognozu da kaza kafa travmalarına göre daha kötüdür (36,48,49,50). Kaza sonucu kafa travması geçirme iki yaş altındaki infantlarda daha az sıklıkta rastlanılmıştır. Kaza kafa travmalarının en sık prezentasyon şekillerinden biri epidural kanama veya epidural hematomdur ki, bu, kaza dışı kafa travması ve SBS’de neredeyse görülmez. Süregelen bir çocuk istismarı ve travma mevcutsa süregelen subdural kanamalar, hematomlar ve buna bağlı olarak beyin ödemi, onun da sonucunda hidrosefali gelişebilir (36,48,49,50,51,52). S100B (glial), nöron spesifik enolaz, GFPA (glial), MBP (glial), CTP (nöronal) gibi CNS travmalarında yükselen biyomarkerlar kaza kafa travmalarında daha çabuk yükselip, daha hızlı pik yaparlar (53).

Sarsılmış bebek sendromu dışında çocuk istismarı şüphesi varsa alınan öykü ve iyi bir fizik muayene ile bunlar birbirinden ayırt edilebilir, vücutta ekimoz görülmesi, yanıklara rastlanması gibi (34).

Doğum esnasında gerçekleşebilen travmalarda rastlanılan retinal kanamalar genellikle hafiftir ve 1 ay içinde kendiliğinden düzelir (1).

Doğumda hipoksik iskemik ensefalopatiden sonraki nöbet, nöromotor gelişme geriliği gibi bulgular hemen ortaya çıkar ve o nedenle SBS ile ayırıcı tanısı daha kolaydır (29). Hidrosefali, mikrosefali gibi sentral sinir sistemi (CNS) malformasyonları, rubella, CMV gibi konjenital sendromlar da daha prenatal tanı alırken doğumdan da hemen sonra bulgu verirler (1,29).

Sentral sinir sistemi tümörleri de genellikle beyin BT ve MRG görüntüleme sonucu tanı almaktadır (50).

Nöbetlerin, bilinç düzey değişikliğinin görüldüğü enfeksiyon hastalıklarında fizik muayene bulguları ve kan tetkiklerindeki inflamasyon markerları tanıda yardımcıdır (5).

Kanama bozukluğu, koagülopatilerde görülen nöbetler ve bilinç değişikliklerinde koagülasyon testleri genelde tanı için yeterlidir (1,4).

Hiponatremi, hipokalsemi gibi elektrolit bozuklarında, kan tetkiklerinde bakılan elektrolit düzeyleri bize yol göstericidir (29).

Organik asidemiler, üre siklus enzim defektleri, akçağaç şurubu hastalığı, yağ asidi oksidasyonu gibi metabolik hastalıklarda görülen nörolojik belirtiler yanısıra ortaya çıkan kardiyak, hepatik bulgular için gerekli muayene ve metabolik tetkikler yapılıncaya metabolik hastalık tanısı konur (54,55).

## **TEDAVİ**

Sarsılmış bebek sendromu tanısı almış bir infantta tespit edilmesi gerekli en önemli ilk nokta beynin ne derece etkilendiği ve elbette sonucun fatal olmasını engellemek için destek ve semptomatik tedavinin gerçekleşmesini sağlamaktır. Bebek ABC resüstasyon kuralı ile stabilize olduktan sonra, antikonvülzan ve antiödem tedavisine başlanıp nöroşirurjik ve göz hastalıkları konsültasyonu yapılarak ileri tedavisi planlanmalıdır (4,5).

## **PROGNOZ**

Genel olarak kaza dışı kafa travmalarında, SBS durumunda prognoz ileriki zamanda mortalite ve morbidite açısından kaza kafa travmalarına göre daha kötüdür (1,5,15,33,36,41,49,56). İskemi, beyin ödemi, artmış kafa içi basıncı, hastanın ek kronik veya akut hastalık varlığı, kullandığı ilaçlar, malnütrisyon, ek travma varlığı, sağlık kuruluşuna getirilene kadar geçen sürenin uzun olması prognozu ağırlaştıran faktörlerdir. Bebeğin ileriki yaşamında nöromotor gelişimi ve sekel kalıp kalmayacağı etkilenen beyin bölgesi ve iskeminin derecesine de bağlıdır (4,5,24,26,35,56).

Kanada'da yapılan bir çalışmada hastaların ancak %22'si iyi olarak taburcu edilmiştir. Hayatta kalanların büyük bir kısmında ileriki yaşamlarında ağır nörolojik sekeller görülmüştür, %30-60'ında körlük veya görmede azalma, %35-%65'inde spastik paralizi, nöromotor gelişme geriliği,%30'unda epileptik nöbetler, %64'ünde konuşma bozuklukları ve mental gelişme geriliği saptanmıştır (44,57,58). İntrakraniyal kanamalara bağlı beyinde sıvı koleksiyonu, ventriküllerde dilatasyon, hidrosefali ve beyinde atrofi ortaya çıkmaktadır (50).

Hastaların uzun süreli izleminde ilk zamanlarda hafif konuşma bozuklukları, huzursuzluk ve hafif mental problemler görülse de ileriki dekatlarda ciddi konsantrasyon güçlüğü, hafıza sıkıntıları, öğrenme güçlüğü ve mental gerilik ortaya çıkmaktadır (29,48,56).

Retinal kanama varlığı, fundoskopide papil ödem varlığı, ışık refleksine yanıt nörolojik prognoz ve görme açısından da son derece önemlidir (59). S100B (glial), nöron spesifik enolaz, GFAP (glial), MBP (glial), CTP (nöronal) gibi CNS biyomarkerların hızlı yükselmesi de nörolojik prognozun kötü habercisidir (60).

SBS olan infantların genel olarak ileriki yaşantılarında tıbbi bakım, rehabilitasyon ve özel eğitim ve bakıma ihtiyaçları olduğu görülmüştür (50).

## **ÖNLEME VE KORUMA**

Sarsılmış bebek sendromu son yıllarda sıkça duyulan ve söz edilen bir halk sağlığı sorunu olmaya başlamıştır, çünkü ne yazık ki ebeveynler ve bakıcılar, çocukları gerek

severken, gerek de çocuklar ağlarken onları avutmaya çalışırken isteyerek veya istemeyerek, bilerek veya bilmeyerek bu sendroma sebep olmaktadır. Bu sendromu da diğer hastalık ve hasarlar gibi bilimsel, sistematik, multidisipliner, kalıcı ve ileriye dönük bir yaklaşım ile izlemek gerekir. Sadece tanı koyma ve tedavi etme değil, eğitim ve danışmanlıkla birlikte, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi tüm hekimlerin misyonu olmalıdır. Burdan yola çıkarak SBS'yi azaltmak ve tamamen ortadan kaldırmak için korunma önlemlerini doğru ve aktif bir şekilde kullanmak gerekir. Korunma önlemleri birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma önlemi olarak ele alınmaktadır (61).

Birincil koruma: SBS olgularının görülmemesi için yapılan tüm çalışmaları kapsar ve bu koruma SBS'nin ortaya çıkışını önlemeye yöneliktir. Birincil koruma sağlık bakımı, risk gruplarının saptanması, aile planlaması, prenatal izlem ve postnatal izlem, ebeveynlere ve bakım verecek kimselere çocuk bakımı ile ilgili eğitim vermek, danışmanlık yapmak, işsizlik, yoksullukla mücadele etmek, aile içi şiddeti tespit edip çözüm bulmaya ve gerekli kurumlara bildirmek, alkol ve uyuşturucu madde kullanımını tespit edip devam edilmemesi için gerekli önlemlerin alınması gibi pek çok konuyu içerir. SBS'nin önlenmesi hekimin ve ebe, hemşire gibi yardımcı sağlık personelin de gerekli eğitimi alıp bu konuda aktif yer alması ile gerçekleşir. Doğum öncesi ve sonrası dönemde istenmeyen evlilik, istenmeyen gebelik, evlilik dışı doğumlar, genç ebeveyn, ebeveynlerin ruh ve fiziki sağlığı, aile içi şiddet gibi riskler belirlenmeli ve yüksek riskli gruplarla özellikle ilgilenilip gerekli destek yapılmalıdır. Devlet politikası olarak kabul edilecek, anne ve babalara bebek bakımı ile ilgili eğitim programları sunulmalıdır. Ekonomik sorunları olan, işsizlik ve yoksullukla mücadele eden ailelere, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlarla da gerekli destek programları geliştirilmelidir (61).

İkincil koruma: SBS tespit edilmiş bebeklerin erken tanısı, uygun tedavi ve izlemine içerir. Sarsılmış olan bebekleri tespit ettikten sonra en kısa zamanda tanı konulup, etkin tedavisinin en hızlı şekilde gerçekleştirilmesi görecekları zararın ve ilerideki sekellerin azalmasını sağlayacaktır. Hem ülkemizde hem de tüm dünya da retinal kanama, subdural hematom, subaraknoid kanama gibi bulgularla gelen infantlarda SBS tanısı konması oldukça güçtür ve bu tanı gözden kaçmaktadır, tekrarlayan sarsmalar sonucunda da olguların büyük çoğunluğu kaybedilmektedir. Doğru ve erken tanı konulabilmesi için sağlık çalışanlarının eğitimi ve konuya duyarlılığı sağlanmalıdır. Unutulmamalı ki SBS bir çocuk istismarı türüdür ve çocuk istismarı atlanılabilmektedir, bu nedenle en ufak istismar şüphesi, göstergesi olan bebek SBS açısından değerlendirilmelidir. Ülkemizde çok sık duyulmamış olması, çok fazla

çalışma yapılmamış olması, kanıt azlığı, çocuğu sevme ve avutma biçimleri ile ilgili bilinen yanlışlar, kültürel ve geleneksel değerler SBS'yi göz ardı ettirmemelidir ( 61).

Üçüncül koruma: SBS olan bebeklerde zararın hafifletilmesi, sekellerin azaltılması, en aza indirilmesi, tekrarlanmasının önlenmesi, tedavi edici ve rehabilite edici tüm çabaları kapsar. Çocukları avutmaya yönelik ve/veya sevme biçimi olarak sarsmanın gerçekleşmesi sonucu gerçekleşecek tedavi ve rehabilitasyon dışında, ebeveyn ve bakıcılara da bunun engellenmesi gerektiği ve yaptıklarının, yapacaklarının zararı anlatılmalıdır. Çocukların özellikle ağladıklarında avutulmak uğruna uğradığı kötü muamelenin kısa ve uzun dönem etkileri sadece bireyler üzerinde değil aynı zamanda o aile ve toplumda da belirgindir.

SBS'nin önlenmesi için multidisipliner araştırma ve çalışmalar yapılmalıdır, bu araştırma ve çalışmalar aileler, bakıcılar, gençler, devlet politikası, yasalar, sivil toplum örgütleri, bilimsel araştırmalar, saha çalışmaları, toplumun tümü ve medya organlarını kapsayacak şekilde olmalıdır (61).

Toplumda sarsma ile alakalı hassasiyet yaratacak eğitim kampanyaları başlatılmalıdır. Farkındalık yaratılarak aileler ve bakıcıların çocukları sarsma üzerine davranışlarını olumlu yönde değiştirmek amaçlı gerekli adımlar atılmalıdır. SBS'nin bir çeşit istismar olduğu akıldan çıkmamalı ve infanlara hizmet veren her türlü sağlık kuruluşu, sağlık çalışanı, sivil toplum örgütleri ve medyanın bu konuda duyarlılığının artırılması, bilimsel verilere dayalı planlar ile sorunu ortadan kaldırmak için somut adımlar atılması ve belirlenen adımların uygulamaya geçirilmesinde kararlılıkla hareket edilmesi problemin boyutlarının büyümesini önlemede mutlak gerekli görülmektedir (62).

### **Koruma Politikaları**

Dünyada koruma politikaları birincil, ikincil ve üçüncül koruma yöntemlerine göre düzenlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde sarsılmış bebek sendromundan korunma programları uygulanmaktadır. Sarsılmış bebek sendromu tüm gelir düzeylerinde ve tüm toplumlarda görüldüğü için korunma programları tüm dünyada uygulanmalıdır. Fakat, düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirlilere göre 10 kat daha fazla saptandığı için bu bölgelerde eğitim yaygınlaştırılmalıdır. Dünya çapında pek çok ülkede doğum sonrası hemen annelere yönelik bebek bakımı ile ilgili ve sarsmanın zararlı olduğu konusunda eğitim verilmektedir. Birincil korunma yönteminde riskli gruplar tespit edilip, ev ziyaretleri yapılarak özel olarak onlara danışmanlık yapılarak, doğum öncesi ve sonrası destek programları, stresle başa çıkma, bebek dışında ebeveynlerin kendilerine vakit ayırmaları, çok ağlayan ve huzursuz bebekle nasıl başa

çıkılacağı, avuturken ve/veya severken bebeğin sarsılmaması gerektiği ve sarsılırsa sonuçları konusunda eğitimler verilmektedir (63). Önemli husus eğitimin kimler tarafından verileceğidir. Bailey ve arkadaşları, toplumda güvenilen tıbbi personel tarafından verilen eğitimin daha çok kabul gördüğünü bildirmişlerdir. Dias ve ark. (64) uyguladıkları programda da hemşireler ebeveynlere eğitim sağlayan kişi olarak düzenlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir ankette tüm iş grupları içinde en yüksek oranda (%81) hemşireler güvenilir, itibarlı ve etik bulunmuşlardır. Bunun içindir ki, birinci basamakta aile hekimleri ile çalışan hemşire ve ebelerin SBS konusunda eğitimi ve donanımlı olmalıdırlar (64).

SBS ile alakalı doğum öncesi ve sonrası eğitim gerek hastanede, gerek birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde, gerek ev ziyaretlerinde, gerekse okul ve işyeri gibi toplu kamusal alanlarda seminer şeklinde verilebilir. ABD'de bu konuda bir takım çalışmalar yapılmış ve sonucunda en çok yararın ev ziyaretlerinde görüldüğü saptanmıştır (64). Nagler ve ark. (58) en çok ev ziyaretleri sırasında çocuk istismarının azaltılabileceğini bildirmişlerdir, Leventhal da tekrarlayan ev ziyaretlerinde annelerin davranışlarının olumlu yönde geliştiğini ve ebeveynlerle çocukların sorunlu hareketlerine düzelmeye sağlandığını tespit etmiştir. Ev ziyaretleri görüldüğü üzere oldukça etkili bir yöntem olmasına rağmen zaman ve maddi açıdan sıkıntı verebilecek bir yöntem olduğundan ev ziyaretlerinin özellikle riskli gruplara yapılması uygun bulunmuştur (65).

Sarsılmış bebek sendromu konusunda korunma yöntemlerinden biri de bebek doğduktan sonra taburculuk esnasında eğitim vermektir, burada dikkat edilmesi gereken nokta, anne dışında baba, bakım verecek kimsenin de bu eğitime katılmasını sağlamaktır.

Guitterez ve ark. (66) SBS'ye en fazla sebep olan baba veya erkek bakıcının olmasından yola çıkarak 'dad 101' isimli programla el ilanı dağıtmış ve afişler bastırmışlardır, sonucunda da gerçekten sarsan erkek sayısında azalma olmuştur.

1974 yılından itibaren ABD' de çocuk istismarını önlemek ve zararlarını en aza indirmek için kampanya başlatmış ve yine aynı yıl ' The Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act' bunu sağlamak için kurulmuştur. New York'ta 1990 yılında başlatılan ancak 2000 yılından itibaren resmi olarak görevini yürüten 'National Center on Shaken Baby Syndrome' kurulmuş ve pek çok ailenin yanı sıra ortaokul ve lise öğrencilerine dahi bebeklerin sarsılması ve istismarı üzerine eğitimler verilmiştir (64).

Showers ve ark. (15) Ohio'da doğum sonrası taburcu olan annelere bebeklerin ağlama sebepleri, ağlama ve stresle başa çıkma konusunda eğitim vermişlerdir, ancak bu eğitimde babalar ya da diğer bakım veren kimseler eksik kaldığından bu programın geliştirilmesi ile 50

eyalette ‘never shake a baby’ sloganıyla sarsılmış bebek konusunda el ilanları hazırlayıp dağıtılmış ve posterle asılmıştır. Ardından yine ABD’de 49 eyalet ve Kanada’da 8 eyalette sarsılmış bebek ile ilgili eğitim programları yapılmış, el ilanları dağıtılmış (66,67).

2001 yılında Kanada sarsılmış bebek sendromunu önlemek amacıyla kendi politikasını düzenlemiş ve bunun sonucunda doğum sonrası hastanede ebeveynlere ilk eğitimi, bebek doğduktan sonraki 2 ayda aşı döneminde ikinci eğitimi vermeye başlamıştır (20).

2002 yılında ABD’de Deyo ve arkadaşları ‘Love me, Never shake me’ isimli eğitim programını hastane, okul ve hapisanelerde uygulamaya başlamışlar ve burada bebeklerin ağlama ve mizaç özellikleri, ağlayan bebekleri sarsma dışında müzik dinletme, ninni söyleme, kucağa alma gibi yöntemlerle avutulması gerektiği belirtilmiş (66,67).

2004 yılında Avustralya’da Westmead Çocuk Hastanesi tarafından ‘Shaken Baby Prevention Project in Western Sydney’ kapsamında 24 dilde hazırlanan animasyon filmleri ve değerlendirme anketleri anne ve babalara destek ve eğitim amaçlı uygulanmaya başlanmıştır. ‘Bebeğinizi sarsmak çözüm değildir.’sloganı ile bu eğitim çok geniş kitlelere ulaşmıştır ve bu eğitimde yer alan anket soruları da bundan sonra dünyanın diğer ülkelerinde ve bizim ülkemizde dahil olmak üzere uygulanan sarsılmış bebek sendromu önleme konusundaki eğitimlerdeki anketlerde de kullanmaya başlanacaktır. Bu eğitim ile verilen ana mesajlar şunlardır:

1. Ne kadar öfkeli olursanız olun sarsmak çözüm değil,
2. Bebeğinize öfkeleneniz bile sevginizi anımsayın,
3. Bebeğinizi sarsamazsınız, çünkü bebeklerin sarsılması beyne zarar verir ve ölüme yol açar,
4. Her bebek günde 2-3 saat ağlayabilir,
5. Bebeğinizin durdurulamayan ağlaması olursa tekrar emzirin, kıyafetlerini kontrol edin, masaj uygulayın, dans edin, güldürmeye çalışın, temiz havada yürüyüşe çıkın,
6. Halen başa çıkamazsanız sakın bir odaya güvenli bir şekilde bırakın ve yakınınızı, doktoru veya hızır acili arayın (68,69).

Ülkemizde 1988 yılında ilk kez Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği kurmuş olup, dernek bireyin doğum öncesinden başlayarak tüm gelişim evrelerinde sağlıklı bir biçimde yetişmesini sağlamak, fiziksel, duygusal ve cinsel istismarını önlemek için” Çocuk İstismar ve İhmalini” ile ilgili, bilimsel yöntemlerle bilgi elde etmek ve üretmek, çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesi ile ilgili bilgileri yaymak, çocuklarla ilgili alanlarda çalışanların bilgilerini ve deneyimlerini birbirlerine iletebileceği bir ortam sağlamak,

çocuklarla ilgili alanlarda çalışanlara gerektiğinde çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi, istismar ve ihmal edilen çocukların sağaltımı konusunda danışmanlık yapmaktır. Dernek bugün kadar sarsılmış bebek sendromu ile ilgili iki kez konferans düzenlemiştir. (Son konferans 2010 yılında) (68).

2011 yılında ülkemizde Gazi Üniversitesi Hastanesinde doğumdan sonraki ilk 48 saat içerisinde sarsılmış bebek sendromu konusunda annelerin bilgi düzeylerini ölçen anket uygulanmış ve yine aynı kimselere taburcu olmadan önce bu sendrom konusunda ve ağlayan bebekleri sarsmama konusunda bilgi ve eğitim verme ve kullanılabilirliğinin yararını değerlendirmek amaçlı çalışma yapılmıştır. Sonuç olarak SBS önleme programında eğitim ile annelerin sarsmanın zararları ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığı ve bilginin bebeğin en çok ağladığı dönemler olan 2-4 ay civarına kadar kalıcı olduğu, doğum sonrası 3-7. günlerde ve hamile iken verilen eğitimlerin daha yararlı olduğu saptanmış (68).

2012 yılında Gazi Üniversitesi Hastanesi sağlıklı çocuk polikliniğine başvuran hastaların ebeveyelerine, şiddetli ağlayan bebekleri nasıl avuttuklarını ve sarsılmış bebek konusundaki bilgilerini ölçmeye yönelik anket yapılmış ve sonucunda bir bebeğin normal ağlama örüntüsü ve sarsmanın zararları konusunda bilgi azlığı ve yetersizliği saptanmıştır (68).

## **AİLE HEKİMLERİNİN GÖREVİ**

Bebekleri avutma ve sevmeye biçimleri sonucu ortaya çıkan ve hayati önem taşıyan zararlardan korumak adına başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına önemli görev düşmektedir. Birinci basamak hekimi olan aile hekimleri dünyada da, ülkemizde de herhangi bir sağlık sorunu olan pek çok ailenin ilk başvurduğu sağlık çalışanı olduğu için, SBS tanısı, tedavisi için sevk ve tedavide gerekenlerinin yapılması ve en önemlisi de SBS'den korunmak için, aile hekimlerinin bilgi ve becerileri arttırılmalıdır (62).

Aile hekimlerinin SBS'yi tanımaları, bu durumun mortalite ve morbiditesini azaltacak ve etkili korunma olanağını da yaratacaktır. SBS şüphesi olan infantların en kısa süre içerisinde ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi aile hekiminin atacağı önemli adımlardan biridir, ancak aile hekiminin üzerine düşen en önemli görev bebeklerin avutulma ve sevilme biçimleri ile ilgili sarsma ve hırpalamanın zararları ile ilgili eğitimi aile ve bakım veren kimselere vermek, sarsılmış bebek sendromu konusunda bilgilendirmek, sarsılmış bebek sendromu konusunda riskli olan grupları tespit etmek ve onlara danışmanlık



yapmaktır, gerektiğinde ev ziyaretleri yaparak ortamı değerlendirmek ve yardımcı sağlık personeli ile birlikte SBS'yi engellemektir.

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **ARAŞTIRMA MODELİ**

0-12 ay grubundaki bebeklerin ağlama davranışlarına ailelerinin yaklaşımlarını ve ağlama ile avutma durumunda nasıl tepki verdiklerini saptamak ve “Sarsılmış Bebek Sendromu” konusundaki bilgilerini ölçmek amacı ile gerçekleştirilen bu araştırma ilişkisel tarama modeli niteliğine sahiptir. Bu model; iki veya daha fazla değişkenin aralarında değişimin mevcudiyeti / düzeyinin belirlenmesini esas almaktadır (21).

### **EVREN VE ÖRNEKLEM**

Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri (Genel Pediatri, Yenidoğan, Nefroloji, Hematoloji, Kardiyoloji, Endokrinoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Poliklinikleri) ve pediatrik cerrahi poliklerine başvuran 0 – 12 ay grubunda bebeğe sahip ebeveynler ve/veya bakıcıları oluşturmaktadır. Araştırmanın onayı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan (EK 1) alınmıştır. Araştırma örneklemini ise söz konusu hastanenin ilgili polikliniklerine 01.12.2017 ve 28.02.2018 tarihleri arasında başvuran ve daha önce 2016 yılı içerisinde başvuran 0-12 ay grubu hasta sayısı hastanemiz bilgi işlem biriminden alınarak şu verilere ulaşılmıştır: ocak: 688 , şubat : 744 , mart: 773 , nisan: 697 , mayıs: 728 , haziran: 681 , temmuz: 619 , ağustos : 635 , eylül: 604 , ekim: 787 , kasım: 776 , aralık: 767 hasta sayıları baz alınarak %1 fark - %95 güvenilirlik ile anlamlı bulmak sureti ile kış ayları aralık, ocak, şubat aylarının verileri kullanılarak tamamen rastgele gönüllülük esası 0 – 12 ay grubunda bebeği olan toplam 400 ebeveyn ve/veya bakıcı oluşturmaktadır.

## **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırma kapsamındaki veriler; yapılan literatür taramasının ardından derlenen bilgiler neticesinde hazırlanan ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini de içeren 44 sorudan meydana gelen bir anket vasıtası ile toplanmıştır.

## **VERİLERİN TOPLANMASI**

Araştırma verilerinin toplanmasına yönelik anket uygulaması toplam 400 katılımcının iştiraki ile bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

## **VERİLERİN ANALİZİ**

Bu çalışmada elde edilen verilerin analiz ve yorumlanmasında SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) paket programından istifade edilmiştir. Program vasıtasıyla frekans analizleri, Ki-Kare Bağımsızlık Testi ile analizler gerçekleştirilmiştir.

## **BULGULAR**

Sıfır- oniki (0-12) ay grubundaki bebeklerin ebeveyn ve bakıcıları üzerinde yapılan bu çalışmada; ilk olarak ankete iştirak eden ailelerin sosyo-demografik demografik özelliklerine ilişkin bulgular açıklanmıştır. Müteakiben de sırasıyla ebeveynlerin bebek ağlaması ve bebek avutma yöntemleri hakkındaki görüşlerine ilişkin bulgular ile sarsmanın zararları konusundaki bilgi düzeylerine yönelik bulgular ortaya konulmuştur.

### **AİLELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR**

Araştırmaya katılan ailelere ilişkin; cinsiyet, yaş, anne ve baba eğitim düzeyi, anne ve baba çalışma durumu, aylık gelir, anne düşük durumu, bebeğe bakan kişi, bebek yaşı, bebek cinsiyeti ve bebeğin uyku düzeni hususlarına yönelik verilerin frekans dağılımları Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1. Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin İstatistikler**

DEĞİŞKEN	GRUP	KİŞİ SAYISI ( n )	YÜZDE (%)
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	319	79,8
	Erkek	81	20,2
<b>Yaş</b>	20 yaşından küçük	15	3,8
	20-29 yaş arası	168	42,6
	30-39 yaş arası	187	46,8
	40-49 yaş arası	27	6,8
	50 yaş ve üzeri	3	0,8
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>	Okuma yazması yok	12	3,0
	Okuma yazması var	8	2,0
	İlkokul	46	11,5
	Ortaokul	66	16,5
	Lise	105	26,4
	Üniversite	143	35,8
	Diğer	19	4,8
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>	Okuma yazması yok	2	0,5
	Okuma yazması var	8	2,0
	İlkokul	58	14,5
	Ortaokul	64	16,0
	Lise	97	24,3
	Üniversite	158	39,5
	Diğer	12	3,0
<b>Anne Çalışma Durumu</b>	Hayır	243	60,5
	Evet	157	39,5
<b>Baba Çalışma Durumu</b>	Hayır	15	3,75
	Evet	385	96,25
<b>Aylık Gelir</b>	1600 TL ve altı	73	18,3
	1601-2500 TL arası	77	19,3
	2501-4000 TL arası	107	26,8
	4001-5000 TL arası	38	9,0
	5001 TL ve üstü	105	26,3
<b>Bebeğe Bakan Kişi</b>	Anne	289	72,4
	Büyükanne	52	12,8
	Bakıcı/Akraba	59	14,8
<b>Anne Düşük Durumu</b>	Hayır	316	79,0
	Evet	84	21,0
<b>Bebeğin Doğum Haftası</b>	28 Haftadan Az	6	1,5
	28-32 Hafta Arası	17	4,3
	32-36 Hafta Arası	80	20,0
	36 Haftadan Fazla	297	74,3
<b>Bebek Cinsiyeti</b>	Kız	193	48,3
	Erkek	207	51,8
<b>Bebek Yaşı</b>	1 aydan küçük	39	9,3
	1-3 ay arası	101	25,3
	4-6 ay arası	89	22,3
	7-9 ay arası	73	18,3
	10-12 ay arası	98	24,8
<b>Bebek Uyku Düzeni</b>	Çok düzensiz	68	17,0
	Düzensiz	125	31,3
	Dış etmenleren uyanıyor	98	24,4
	Çok düzenli	109	27,3

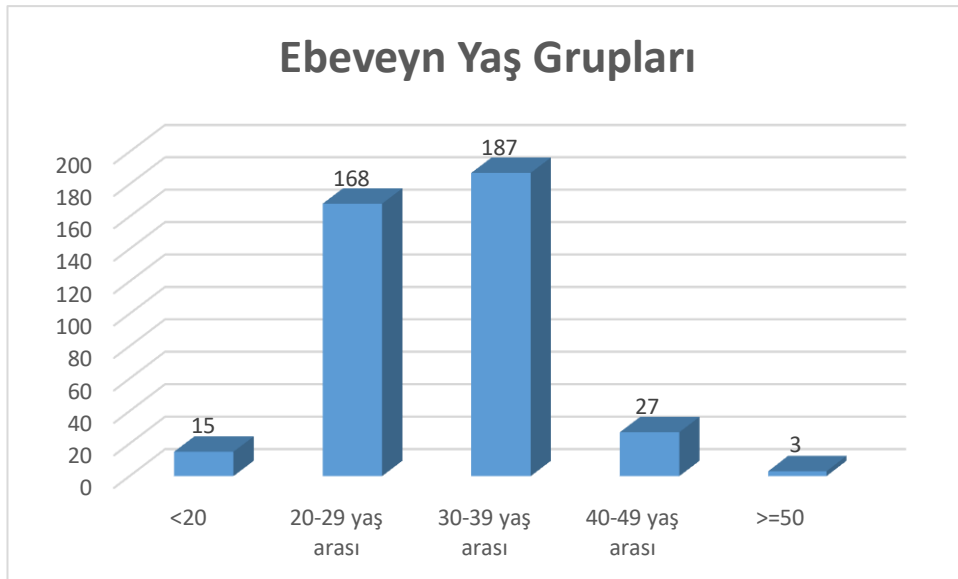
n: Kişi sayısı

Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı Şekil 1’de gösterilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında %79,8’inin kadın ve %20,2’sinin ise erkek olduğu belirlenmiştir.



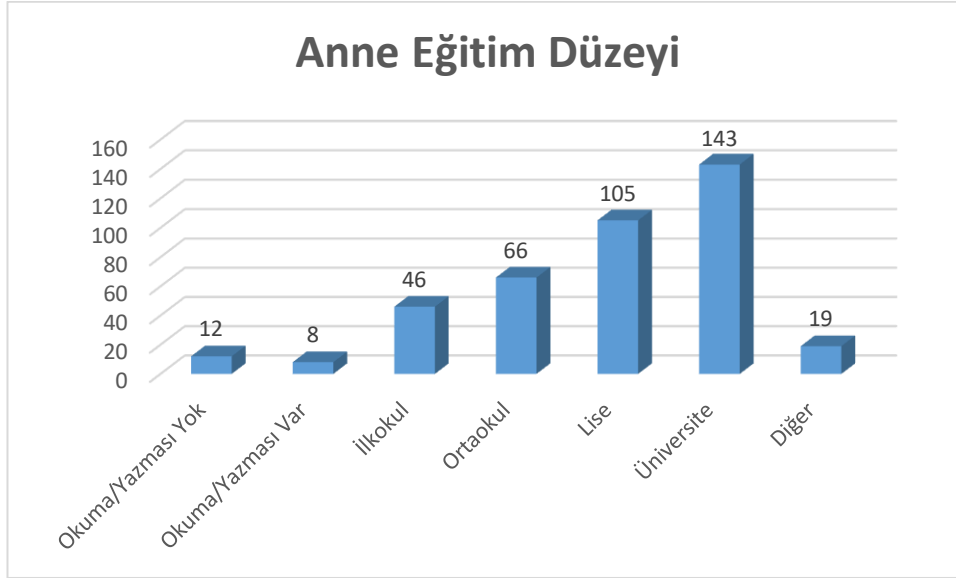
Şekil 1. Cinsiyet dağılımı

Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir. Yaş gruplarına bakıldığında en büyük katılım düzeyinin % 46,8 ile 30-39 yaş grubu katılımcılarda, en düşük katılım düzeyinin ise %0,8 ile 50 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcılara ait olduğu görülmüştür.



Şekil 2. Yaş grubu dağılımı

Katılımcı annelerin eğitim düzeylerine göre dağılımı Şekil 3’de gösterilmiştir. Katılımcı annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; en büyük katılım oranının annelerde %35,8 ile üniversite mezunu katılımcılarda olduğu tespit edilmiştir.



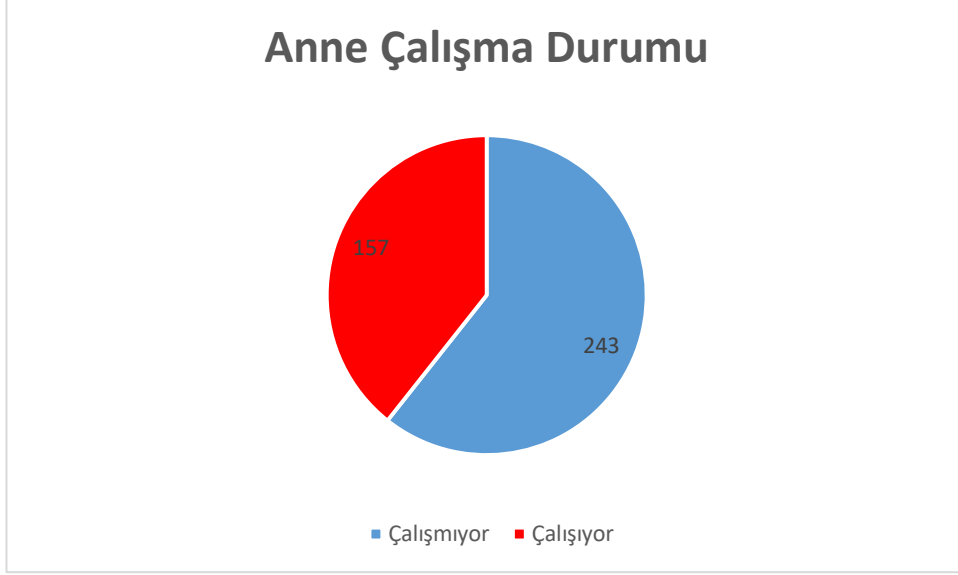
Şekil 3. Annelerin eğitim düzeyi dağılımı

Katılımcı babaların eğitim düzeylerine göre dağılımı Şekil 4’te gösterilmiştir. Katılımcı babaların eğitim düzeyleri incelendiğinde; en büyük katılım oranının babalarda ise %39,5 ile üniversite mezunu katılımcılarda olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 4. Babaların eğitim düzeyi dağılımı

Katılımcı annelerin çalışma durumuna göre dağılımı Şekil 5'te gösterilmiştir. Çalışma durumları ele alındığında; annelerde çalışmayanların oranı %60,5 ve çalışanların oranı %39,5 olarak saptanmıştır. Mesleklere bakıldığında; annelerin %60,5'lik kesiminin ev hanımı olduğu ve ev hanımlığını %17,2 ile öğretmenlik mesleğinin takip ettiği belirlenmiştir.



**Şekil 5. Annelerin çalışma durumu dağılımı**

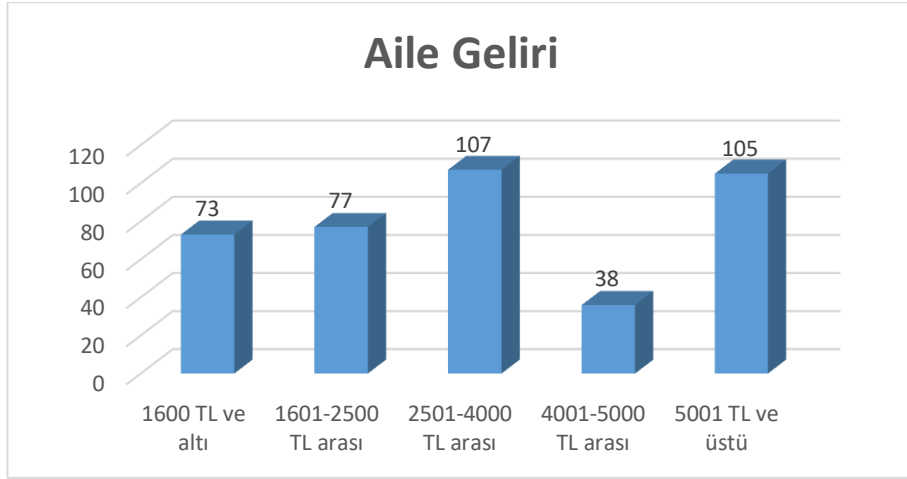
Katılımcı babaların çalışma durumuna göre ayrımı Şekil 6'da gösterilmiştir. Çalışma durumları ele alındığında; annelerde çalışmayanların oranı %4,2 ve çalışanların oranı %95,8 olarak belirlenmiştir.



**Şekil 6. Babaların çalışma durumu dağılımı**

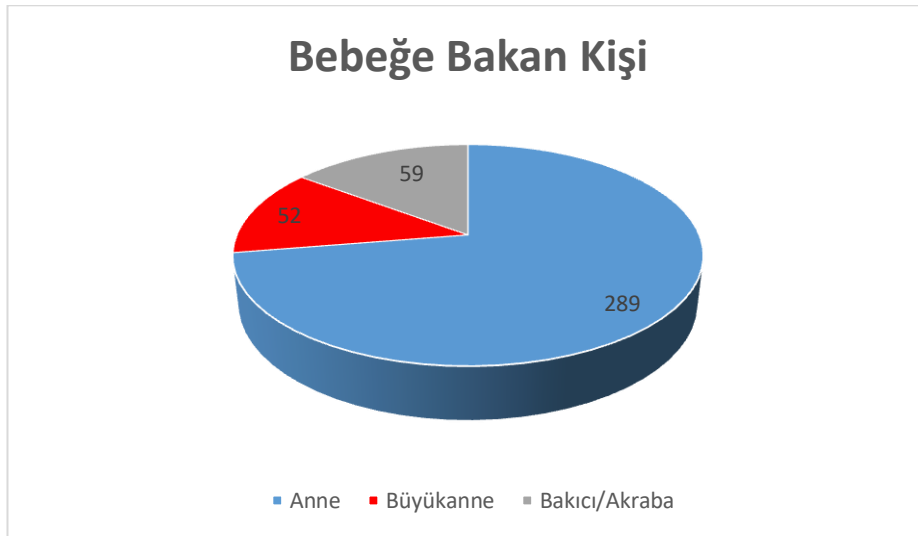


Katılımcı ailelerin gelir durumu dağılımı Şekil 7’de gösterilmiştir. Ailelerin aylık gelirleri incelendiğinde; ailelerin %37,6’lık kısmının düşük gelir olarak kabul edilebilecek 2500 TL altında gelire sahip olduğu, asgari ücret olan 1600TL ve altında gelire sahip olan aile oranının %18,3 olduğu, 5001 TL ve üstünden gelire sahip ailelerin oranının da %26,3 olduğu görülmüştür.



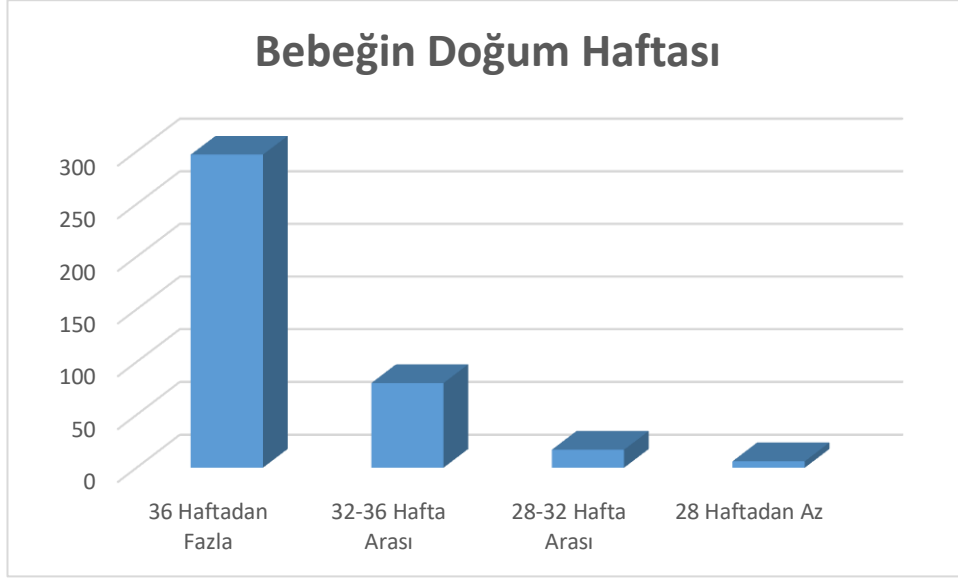
Şekil 7. Gelir durumu dağılımı

Ailelerde bebeğe bakan kişi dağılımı Şekil 8’de gösterilmiştir. Ailelere yöneltilen bebeğe bakan kişi sorusuna %72,4 düzeyinde anne yanıtı alınmış, büyükannelerin bebeklere baktığı aile oranının %12,8, bakıcı/akrabaların bebeklere baktığı aile oranının ise %14,8 olduğu tespit edilmiştir.



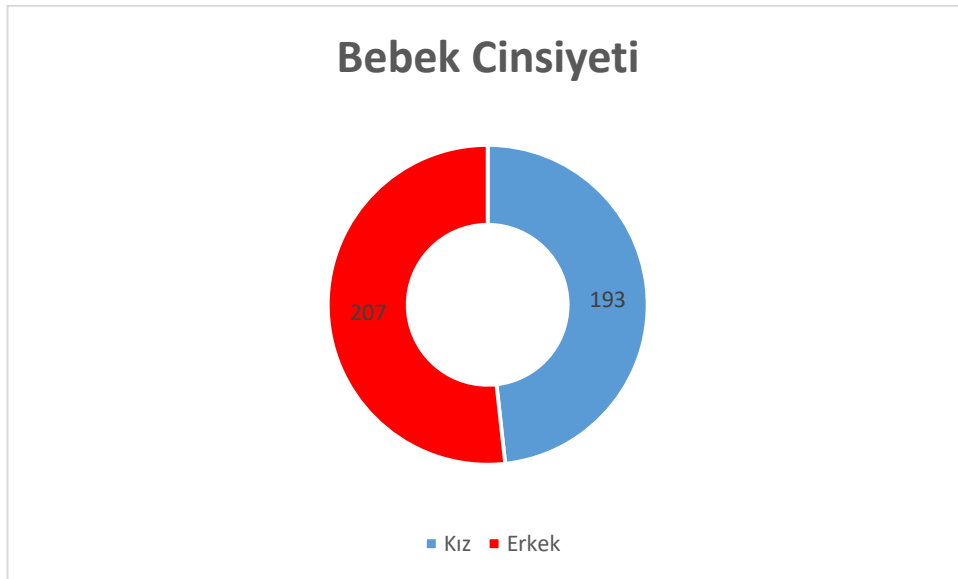
Şekil 8. Bebeğe bakan kişi dağılımı

Ailelerin bebeklerinin gebelik haftaları dağılımı Şekil 9’da gösterilmiştir. Ailelere bebeklerin gebelik haftaları sorulduğunda; 36 haftadan fazla gebelik haftasına sahip bebeklerin oranının %74,3, 32-36 hafta arası gebelik haftasına sahip bebeklerin oranının %20,0, 28-32 hafta arası gebelik haftasına sahip bebeklerin oranının %4,3 ve 28 haftadan az gebelik haftasına sahip bebeklerin oranının ise %1,5 olduğu belirlenmiştir.



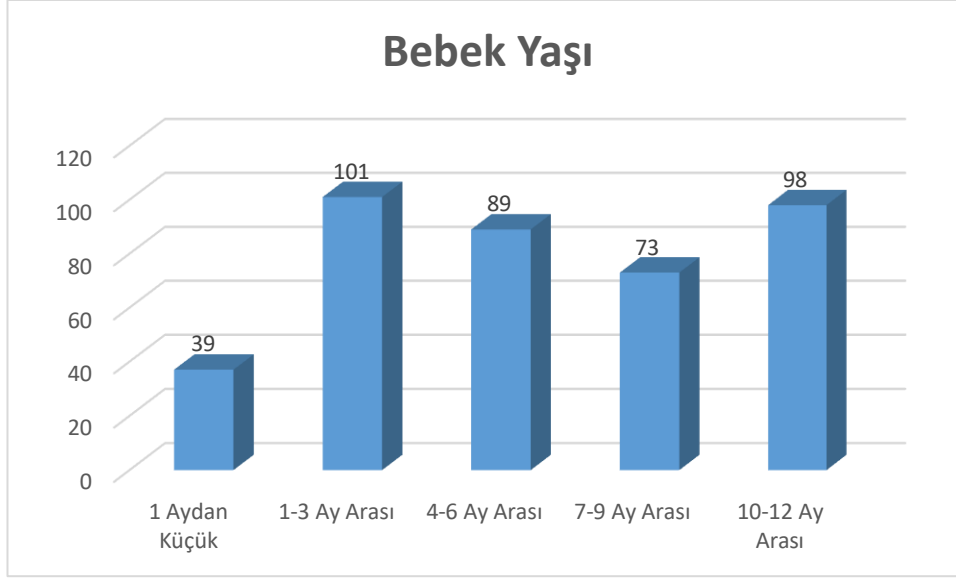
Şekil 9. Bebeklerin Doğum haftaları dağılımı

Bebeklerin cinsiyet dağılımı Şekil 10’da gösterilmiştir. Ailelere bebeklerin cinsiyeti sorusuna %48,3 oranında kız, %51,7 oranında erkek olarak yanıt alınmıştır.



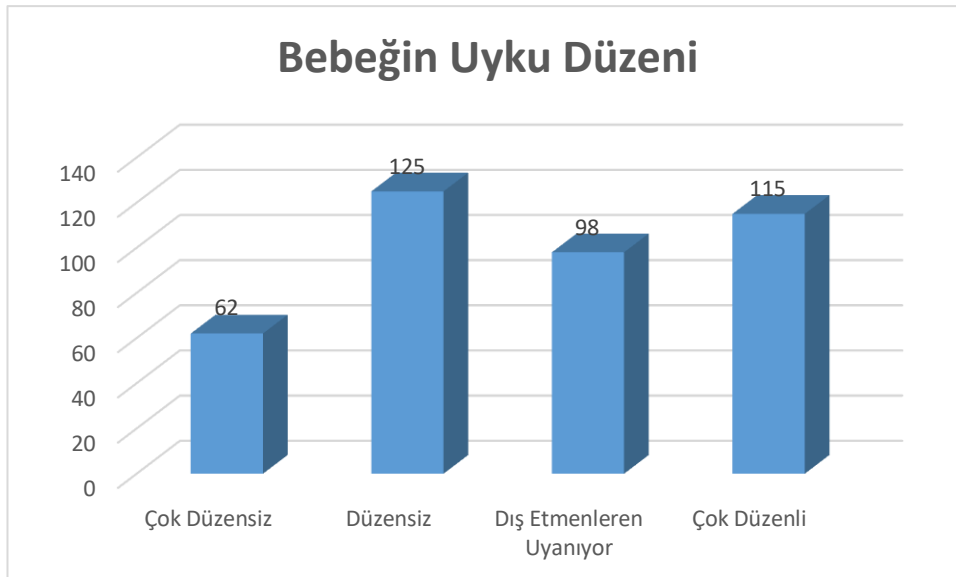
Şekil 10. Bebeklerin cinsiyet dağılımı

Bebeklerin yaş dağılımı Şekil 11’de gösterilmiştir. Bebeklerin yaşlarına bakıldığında; 1 aydan küçük olanların %9,3, 1-3 ay arasında olanların %25,3, 4-6 ay arasında olanların %22,3, 7-9 ay arasında olanların %18,3 ve 10-12 ay arasında olanların ise %24,5 oranında oldukları görülmüştür.



**Şekil 11. Bebeklerin yaş dağılımı**

Bebeklerin uyku düzeni dağılımı Şekil 12’de gösterilmiştir. Ailelerin %27,3’ü tarafından bebeklerinin “çok düzenli” bir uyku düzenine sahip olduğu ifade edilirken, bebeklerinin uyku düzenini çok düzensiz bulanların oranı %15,5 ve düzensiz bulanların oranının da %31,3 olduğu tespit edilmiştir.



**Şekil 12. Bebeklerin uyku düzeni dağılımı**

## Bebek Ağlaması Hakkındaki Görüşlere Yönelik Bulgular

Bebeğin gün içerisinde ortalama ağlama süresi nedir?” ve “Hangi ağlama süresini normal kabul ediyorsunuz?” ifadelerine verilen yanıtlara ilişkin istatistiksel bulgular Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Bebeklerin ağlama süreleri**

Bebeğin gün içerisinde ortalama ağlama süresi nedir?		
İfade	n (%)	Ortanca
3 saatten fazla	10 (2,5)	1 saatten az
2-3 saat arası	27 (6,8)	
1-2 saat arası	108 (27,0)	
1saatten az	255 (63,8)	
Hangi ağlama süresini normal kabul ediyorsunuz?		
İfade	n (%)	Ortanca
1 saatten az	251 (62,8)	1 saatten az
1-2 saat arası	92 (23,0)	
2-3 saat arası	56 (14,0)	

n:kişi sayısı

“Bebeğin gün içerisinde ortalama ağlama süresi nedir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailelerin sosyo-demografik özellikleri arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 3’de sunulmuştur.

**Tablo 3. “Bebeğin gün içerisinde ortalama ağlama süresi nedir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailelerin sosyo-demografik özellikleri ilişkisi**

Değişken	Bebeğin Gün İçerisinde Ortalama Ağlama Süresi Nedir?				Ki-Kare Analizi
	>3 saat n (%)	2-3 saat arası n (%)	1-2 saat arası n (%)	<1 saat n (%)	
<b>Ebeveyn Cinsiyeti</b>					
Kadın	9 (2,8)	21 (6,6)	78 (24,5)	211 (66,1)	$X^2=5,922$ $p = 0,115$
Erkek	1 (1,2)	6 (7,4)	30(37,0)	44 (54,3)	
<b>Yaş Grubu</b>					
20 yaşından küçük	2 (13,3)	0	0	13 (86,7)	$X^2=17,614$ $p = 0,128$
20-29 yaş arası	5 (3,0)	11 (6,5)	49 (29,2)	103 (61,3)	
30-39 yaş arası	3 (1,6)	15 (8,0)	48 (25,7)	121 (64,7)	
40-49 yaş arası	0	1 (3,7)	10 (37,0)	16 (59,3)	
50 yaş ve üzeri	0	0	1	2	
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>					
Okuma yazması yok	0	2 (16,7)	6 (50,0)	4 (33,3)	$X^2=24,940$ $p = 0,127$
Okuma yazması var	0	2 (25,0)	1(12,5)	5 (62,5)	
İlkokul	1 (2,2)	0	15 (32,6)	30 (65,2)	
Ortaokul	2 (3,0)	3 (4,5)	15(22,7)	46 (69,7)	
Lise	5 (4,8)	11 (10,5)	29 (27,6)	60 (57,1)	
Üniversite	2 (1,4)	6 (4,2)	37 (25,9)	98 (68,5)	
Diğer	0	2 (10,5)	5 (26,39)	12 (63,2)	

**Tablo 3. (devamı) “Bebğin gün içerisinde ortalama ağlama süresi nedir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailelerin sosyo-demografik özellikleri ilişkisi**

Değişken	Bebğin Gün İçerisinde Ortalama Ağlama Süresi Nedir?				Ki-Kare Analizi
	>3 saat n (%)	2-3 saat arası n (%)	1-2 saat arası n (%)	<1 saat n (%)	
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>					
Okuma yazması yok	0	1 (50,0)	1(50,0)	0	X <sup>2</sup> =18,792 p =0,405
Okuma yazması var	0	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	
İlkokul	1 (1,7)	3 (5,2)	19 (32,8)	35 (60,3)	
Ortaokul	4 (6,3)	3 (4,7)	12 (18,8)	45 (70,3)	
Lise	3 (3,1)	8 (8,2)	26 (26,8)	60 (61,9)	
Üniversite	2(1,3)	10 (6,3)	44 (27,8)	102 (64,6)	
Diğer	0	0	3 (25,0)	9 (75,0)	
<b>Anne Çalışma Durumu</b>					
Hayır	9 (3,7)	21 (8,7)	66 (27,3)	146 (60,3)	X <sup>2</sup> = 9,261 p = 0,026
Evet	1 (0,6)	5 (3,29)	42 (26,8)	109 (69,4)	
<b>Baba Çalışma Durumu</b>					
Hayır	1 (6,7)	0	3 (20,0)	11 (73,3)	X <sup>2</sup> =2,602 p = 0,457
Evet	9 (2,3)	26 (6,8)	105 (27,4)	243 (63,4)	
<b>Aylık Gelir</b>					
1600 TL ve altı	6 (8,2)	4 (5,5)	18 (24,7)	45 (61,6)	X <sup>2</sup> =18,677 p =0,229
1601-2500 TL arası	2 (2,6)	8 (10,4)	24 (31,2)	43 (55,8)	
2501-4000 TL arası	0	6 (5,6)	29 (27,1)	72 (67,3)	
4001-5000 TL arası	0	1 (2,8)	10 (27,8)	25 (69,4)	
5001 TL ve üstü	2 (1,9)	7 (6,7)	26 (24,8)	70 (66,7)	
<b>Bebğe Bakan Kişi</b>					
Anne	10 (3,5)	21 (7,3)	81 (28,0)	177 (61,2)	X <sup>2</sup> =17,615 p =0,359
Büyükanne	0	3 (5,9)	13 (25,5)	35 (68,6)	
Bakıcı/Akraba	0	2 (3,4)	14 (23,7)	43 (72,9)	
<b>Bebek Yaşı</b>					
1 aydan küçük	1 (2,7)	1 (2,7)	6 (16,2)	29 (78,4)	X <sup>2</sup> =16,156 p =0,184
1-3 aya arası	3 (3,0)	10 (9,9)	36 (35,6)	52 (51,5)	
4-6 ay arası	1 (1,1)	3 (3,4)	26 (29,2)	59 (66,3)	
7-9 ay arası	2 (2,7)	6 (8,2)	20 (27,4)	45 (61,6)	
10-12 ay arası	3 (3,1)	7 (7,1)	19 (19,4)	69 (70,4)	
<b>Bebek Cinsiyeti</b>					
Kız	3 (1,6)	12 (6,2)	61 (31,6)	117 (60,6)	X <sup>2</sup> = 4,994 p = 0,172
Erkek	7 (3,4)	15 (7,2)	47 (22,7)	138 (66,7)	
<b>Bebek Uyku Düzeni</b>					
Çok düzensiz	6 (9,7)	10 (16,1)	24 (38,7)	22 (35,5)	X <sup>2</sup> =59,862 p =0,001
Düzensiz	1 (0,8)	9 (7,2)	45 (36,0)	70 (56,0)	
Dış etmenlere uyanıyor	2 (2,0)	7 (7,1)	22 (22,4)	67(68,4)	
Çok düzenli	1 (0,9)	1 (0,9)	17 (14,8)	96(83,5)	
<b>Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>					
Evet	1 (1,6)	4 (6,3)	17 (27,0)	41 (65,1)	X <sup>2</sup> =0,288 p =0,962
Hayır	9 (2,7)	23 (6,8)	90 (26,8)	214 (63,7)	

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup> ki-kare istatistiksel testi.

Bebeğin gün içinde ortalama ağlama süresi ile ebeveyn cinsiyeti, ebeveyn yaş grubu, anne ve baba eğitim düzeyleri, baba çalışma durumu, aylık gelir, bebeğe bakan kişi, bebeğin yaşı, bebek cinsiyeti ve bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında herhangi bir ilişki bulunmamış ( $p>0,05$ ), ortalama ağlama süresi ile anne çalışma durumu ve bebek uyku düzeni arasında ise ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Gün içinde bebeklerinin 1 saatten daha fazla ağladığını ifade eden annelerin oranı çalışmayan annelerde %39,7 iken, çalışan annelerde bu oran %29,6 olarak saptanmış, çalışmayan anneler tarafından bebeklerinin daha fazla ağladığı ifade edilmiştir. Bebeklerin uyku düzeni bakımından ise; ortalama ağlama süresi en uzun süre ( $>3$  saat) ortalama ağlama süresi oranına sahip bebeklerin %9,7 ile “çok düzensiz” uyuyan bebekler, en az süre ( $<1$  saat) ortalama ağlama oranına sahip bebeklerin %83,5 ile “çok düzenli” uyuyan bebekler olduğu görülmüştür.

Bebeğin uyku düzeni ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 5.4’da sunulmuştur.

**Tablo 4. “Bebeğin uyku düzeni?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisi**

Bebeğin Uyku Düzeni ?	Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Çok düzensiz	11 (17,7)	51 (82,3)	62 (15,5)	X <sup>2</sup> =1,004 p = 0,801
Düzensiz	22 (17,7)	102 (82,3)	124 (31)	
Dış etmenlere uyanıyor	14 (14,3)	84 (85,7)	98 (24,5)	
Çok düzenli	16 (13,9)	99 (86,1)	115 (28,75)	

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebeğin uyku düzeni ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Hangi Ağlama Süresini Normal Kabul Ediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlarla ailelerin sosyo-demografik özellikleri arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 5’de sunulmuştur.

**Tablo 5. “Hangi ağlama süresini normal kabul ediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailelerin sosyo-demografik özellikleri ilişkisi**

Değişken	Hangi Ağlama Süresini Normal Kabul Ediyorsunuz?			Ki-Kare Analizi
	2-3 saat arası n (%)	1-2 saat arası n (%)	1 saatten az n (%)	
<b>Bebeklerin Ortalama Ağlama Süresi</b>				
3 saatten fazla	4 (40,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	$X^2=73,57$ $p = 0,001$
2-3 saat arası	13 (48,1)	3 (11,1)	11 (40,7)	
1-2 saat arası	25 (23,1)	38 (35,2)	45 (41,7)	
1 saatten az	14 (5,5)	48 (18,8)	193 (75,7)	
<b>Anne İstismar Durumu</b>				
Evet	3 (20,0)	3 (20,0)	9 (60,0)	$X^2=0,479$ $p = 0,787$
Hayır	53 (13,8)	89 (23,2)	242 (63,0)	
<b>Ailedeki Çocuk Sayısı</b>				
Yok	0	2 (50,0)	2 (50,0)	$X^2=4,667$ $p = 0,587$
Bir	26 (13,3)	44 (22,4)	126 (64,3)	
İki	20 (13,7)	32 (21,9)	94 (64,4)	
Üç ve daha fazla	11 (20,4)	14 (25,9)	29 (53,7)	
<b>Gebelik Sayısı</b>				
Bir	18 (11,4)	32 (20,3)	108 (68,4)	$X^2=9,419$ $p = 0,493$
İki	22 (15,0)	36 (24,5)	89 (60,5)	
Üç	12 (23,1)	15 (28,8)	25 (48,1)	
Dört	2 (8,7)	6 (26,1)	15 (65,2)	
Beş	2 (16,7)	2 (16,7)	8 (66,7)	
Altı ve daha fazla	1 (12,5)	1 (12,5)	6 (75,0)	
<b>Anne Düşük Durumu</b>				
Hayır	43 (13,6)	74 (23,4)	199 (63,0)	$X^2=0,284$ $p = 0,867$
Evet	13 (15,7)	18 (21,7)	52 (62,7)	
<b>Ölü Doğum Durumu</b>				
Hayır	55 (14,5)	84 (22,1)	241 (63,4)	$X^2= 4,568$ $p = 0,102$
Evet	1 (5,3)	8 (42,1)	10 (52,6)	
<b>Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>				
Evet	8 (12,7)	11 (17,5)	44 (69,8)	$X^2=1,684$ $p = 0,431$
Hayır	48 (14,3)	81 (24,9)	207 (61,6)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebeğin normal olarak kabul edilen ağlama süresi ile anne istismar durumu, ailedeki çocuk sayısı, gebelik sayısı, anne düşük durumu, ölü doğum durumu ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ), bebeğin normal olarak kabul edilen ağlama süresi ile ortalama ağlama süresi arasında ise ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ) görülmüştür. Kendi

bebeklerinin ortalama ağlama süreleri arttıkça, ebeveynlerin normal olarak kabul ettikleri bebek ağlama sürelerinin de arttığı belirlenmiştir.

Ebeveynler tarafından “Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadelerine verilen yanıtlara ilişkin istatistiki bulgular Tablo 6’da olduğu gibidir.

**Tablo 6. “Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir? ifadesine verilen yanıtlar**

Bebeğin Ağlama Nedeni ve/veya Nedenleri Nelerdir?	Evet	Hayır	Bilmiyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
Bebek hastadır	356 (89,0)	27 (6,8)	17 (4,3)
Bebek yorgundur	324 (81,0)	56 (14,0)	20 (5,0)
Bebek açtır	382 (95,5)	8 (2,0)	10 (2,5)
Bebek şımartılmıştır	137 (34,3)	233 (58,3)	30 (7,5)
Bebeğin altı kirlidir	375 (93,8)	13 (3,3)	12 (3,0)
Bebeğin ağrısı vardır	364 (91,0)	21 (5,3)	15 (3,8)
Bebeğe yanlış mama verilmiştir	119 (29,8)	232 (58,0)	49 (12,3)
Bebek yaramazdır.	133 (33,3)	221 (55,3)	46 (11,5)
Bebek kötü huyludur.	64 (16,0)	287(71,8)	49 (12,3)
Bebek çok şey isteyen bir bebektir.	125 (31,3)	217 (54,3)	58 (14,5)
Bebek sıkılmıştır.	200 (50,0)	156(39,0)	44 (11,0)
Bebek mutsuzdur.	175 (43,8)	180 (45,0)	45 (11,3)
Bebek sızlanıyordur.	161 (40,3)	192 (48,0)	46 (11,5)
Bebek inatçıdır.	131 (32,8)	220 (55,0)	49 (12,3)
Bebekler zaman zaman öylesine ağlar.	238 (59,5)	104 (26,0)	58 (14,5)
Bebek sabırsızdır.	171 (42,8)	183 (45,8)	45 (11,3)
Bebekler hiçbir nedeni yokken de ağlar.	218 (54,5)	120 (30,0)	62 (15,5)
Bebeğe bakan kişi sıkıntılıdır.	131 (32,8)	225 (56,3)	44 (11,0)
Çevre gürültülüdür.	170 (42,5)	198 (49,5)	32 (8,0)

**n:** kişi sayısı

Ebeveynlerin bebeklerin ağlama nedeni olarak en fazla iştirak ettikleri nedenler; % 95,5 ile “Bebek açtır”, % 93,8 ile “Bebeğin altı kirlidir” ve %91 ile “Bebeğin ağrısı vardır ” ifadeleri olmuştur. Ebeveynlerin %59,5’u “Bebekler zaman zaman öylesine ağlar” derken, “Bebekler hiçbir nedeni yokken de ağlar” diyen ebeveyn oranı %54,5 olarak belirlenmiştir.

“Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadelerine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 7’de sunulmuştur.



**Tablo 7. “Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

Bebeğin Ağlama Nedeni ve/veya Nedenleri Nelerdir?	Anne Eğitim Düzeyi							Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Okuma Yazma Yok n (%)	Okuma Yazma Var n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Diğer n (%)		
Bebek hastadır	12 (3,4)	7 (2,0)	41 (11,5)	61 (17,2)	90 (25,4)	126 (35,5)	18 (5,1)	335 (83,7)	$X^2= 8,878$ $p = 0,713$
Bebek yorgundur	10 (3,1)	6 (1,9)	39 (12,1)	52 (16,1)	86 (26,6)	112 (34,7)	18 (5,6)	323 (80,75)	$X^2=12,001$ $p = 0,446$
Bebek açtır	11 (2,9)	7 (1,8)	43 (11,3)	64 (16,8)	98 (25,7)	139 (36,5)	19 (5,0)	381 (95,25)	$X^2=14,915$ $p = 0,246$
Bebek şımartılmıştır	2 (1,5)	0	14 (10,2)	23 (16,8)	34 (24,8)	54 (39,4)	10 (7,3)	137 (34,25)	$X^2=17,845$ $p = 0,120$
Bebeğin altı kirlidir	11 (2,9)	7 (1,9)	44 (11,8)	61 (16,3)	98 (26,2)	134 (35,8)	19 (5,1)	374 (93,5)	$X^2=13,378$ $p = 0,342$
Bebeğin ağrısı vardır	11 (3,0)	7 (1,9)	41 (11,3)	61 (16,8)	96 (26,4)	129 (35,5)	18 (5,0)	363 (90,75)	$X^2=7,099$ $p = 0,851$
Bebeğe yanlış mama verilmiştir	2 (1,7)	2 (1,7)	18 (15,1)	15 (12,6)	29 (24,4)	44 (37,0)	9 (7,6)	119 (29,75)	$X^2=16,412$ $p = 0,173$
Bebek yaramazdır.	2 (1,5)	2 (1,5)	18 (13,6)	18 (13,6)	37 (28,0)	47 (35,6)	8 (6,1)	132 (33)	$X^2=11,638$ $p = 0,475$
Bebek kötü huyludur.	0	0	8 (12,5)	8 (12,5)	20 (31,3)	24 (37,5)	4 (6,3)	64 (16,0)	$X^2=13,528$ $p = 0,332$
Bebek çok şey isteyen bir bebektir.	1 (0,8)	0	14 (11,3)	19 (15,3)	36 (29,0)	43 (34,7)	11 (8,9)	124 (31,0)	$X^2=21,014$ $p = 0,053$
Bebek sıkılmıştır.	4 (2,0)	2 (1,0)	20 (10,1)	27 (13,6)	53 (26,6)	80 (40,2)	13 (6,5)	199 (49,75)	$X^2=18,999$ $p = 0,089$
Bebek mutsuzdur.	4 (2,3)	3 (1,7)	18 (10,3)	22 (12,6)	48 (27,6)	66 (37,9)	13 (7,5)	174 (43,75)	$X^2=14,205$ $p = 0,288$
Bebek sızlanıyordur.	3 (1,9)	3 (1,9)	17 (10,6)	26 (16,1)	45 (28,0)	54 (33,5)	13 (8,1)	161 (40,25)	$X^2= 12,816$ $p = 0,383$
Bebek inatçıdır.	1 (0,8)	2 (1,5)	16 (12,2)	18 (13,7)	38 (29,0)	47 (35,9)	9 (6,9)	131 (32,75)	$X^2=15,241$ $p = 0,229$
Bebekler zaman zaman öylesine ağlar.	6 (2,5)	4 (1,7)	31 (13,1)	38 (16,0)	62 (26,2)	79 (33,3)	17 (7,2)	237 (59,25)	$X^2=18,044$ $p = 0,114$
Bebek sabırsızdır.	2 (1,2)	4 (2,3)	21 (12,3)	29 (17,0)	46 (26,9)	58 (33,9)	11 (6,4)	171 (42,75)	$X^2=14,733$ $p = 0,256$
Bebekler hiçbir nedeni yokken de ağlar.	4 (3,3)	4 (3,3)	27 (12,4)	40 (18,4)	53 (24)	76 (35,0)	13 (6,0)	217 (54,25)	$X^2=10,982$ $p = 0,530$
Bebeğe bakan kişi sıkıntılıdır.	1 (0,8)	3 (2,3)	10 (7,6)	17 (13,0)	36 (27,5)	57 (43,5)	7 (5,3)	131 (32,75)	$X^2=19,329$ $p = 0,081$
Çevre gürültülüdür.	2 (1,2)	3 (1,8)	11 (6,5)	22 (12,9)	50 (29,4)	73 (42,9)	9 (5,3)	170 (42,5)	$X^2=24,895$ $p = 0,015$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebeğin ağlama nedenlerinden “çevre gürültülüdür” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelerle verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Annelerin eğitimi düzeyleri arttıkça, çevre gürültüsünü bebeklerinin ağlama nedeni olarak değerlendirme oranının da arttığı belirlenmiştir.

“Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadelerine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 8’de sunulmuştur.

**Tablo 8. “Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu ilişkisi**

Bebeğin Ağlama Nedeni ve/veya Nedenleri Nelerdir?	Anne İstismar Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Bebek hastadır	14 (3,9)	341 (96,1)	355 (88,75)	$X^2=1,300$ $p = 0,522$
Bebek yorgundur	13 (4,0)	310 (96,0)	323 (80,75)	$X^2=0,751$ $p = 0,687$
Bebek açtır	13 (3,4)	368 (96,6)	381 (95,25)	$X^2=2,893$ $p = 0,235$
Bebek şımartılmıştır	8 (5,8)	129 (94,2)	137 (34,25)	$X^2=2,536$ $p = 0,281$
Bebeğin altı kirlidir	14 (3,7)	360 (96,3)	374 (93,5)	$X^2=1,202$ $p = 0,548$
Bebeğin ağrısı vardır	14 (3,9)	349 (96,1)	363 (90,75)	$X^2=1,180$ $p = 0,554$
Bebeğe yanlış mama verilmiştir	3 (2,5)	116 (97,5)	119 (29,75)	$X^2=1,546$ $p = 0,462$
Bebek yaramazdır.	5 (3,8)	127 (96,2)	132 (33,0)	$X^2=0,380$ $p = 0,827$
Bebek kötü huyludur.	3 (4,7)	61 (95,3)	64 (16,0)	$X^2=0,558$ $p = 0,756$
Bebek çok şey isteyen bir bebektir.	6 (4,8)	118 (95,2)	124 (31,0)	$X^2=1,066$ $p = 0,587$
Bebek sıkılmıştır.	9 (4,5)	190 (95,5)	199 (49,75)	$X^2=0,722$ $p = 0,697$
Bebek mutsuzdur.	6 (3,4)	168 (96,6)	174 (43,75)	$X^2= 0,113$ $p = 0,945$
Bebek sızlanıyordur.	7 (4,3)	154 (95,7)	161 (40,25)	$X^2=0,399$ $p = 0,819$
Bebek inatçıdır.	5 (3,8)	126 (96,2)	131 (32,75)	$X^2=0,475$ $p = 0,788$
Bebekler zaman zaman öylesine ağlar.	12 (5,1)	225 (94,9)	237 (59,25)	$X^2=2,747$ $p = 0,253$
Bebek sabırsızdır.	9 (5,3)	162 (94,7)	171 (42,75)	$X^2=2,348$ $p = 0,309$
Bebekler hiçbir nedeni yokken de ağlar.	10 (4,6)	207 (95,4)	217 (54,25)	$X^2=1,007$ $p = 0,604$
Bebeğe bakan kişi sıkıntılıdır.	9 (6,9)	122 (93,1)	131 (32,75)	$X^2= 5,991$ $p = 0,055$
Çevre gürültülüdür.	7 (4,1)	163 (95,9)	170 (42,5)	$X^2=0,866$ $p = 0,642$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebeğin ağlama nedenlerine ilişkin ifadelerine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

“Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadelerine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 9’da sunulmuştur.

**Tablo 9. “Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisi**

Bebeğin Ağlama Nedeni ve/veya Nedenleri Nelerdir?	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Yok n (%)	Bir n (%)	İki n (%)	Üç n (%)		
Bebek hastadır	4 (1,1)	166 (46,6)	136 (38,2)	50 (14,0)	356 (89,0)	$X^2=11,532$ $p = 0,073$
Bebek yorgundur	4 (1,2)	144 (44,4)	127 (39,2)	49 (15,1)	324 (81,0)	$X^2= 20,494$ $p = 0,002$
Bebek açtır	4 (1,0)	181 (47,4)	144 (37,7)	53 (13,9)	382 (95,5)	$X^2=10,227$ $p = 0,115$
Bebek şımartılmıştır	1 (0,7)	69 (50,4)	52 (38,0)	15 (10,9)	137 (34,25)	$X^2=7,939$ $p = 0,243$
Bebeğin altı kirlidir	3 (0,8)	175 (46,7)	144 (38,4)	53 (14,1)	375 (93,75)	$X^2=22,360$ $p = 0,001$
Bebeğin ağrısı vardır	4 (1,1)	171 (47,0)	137 (37,6)	52 (14,3)	364 (91,0)	$X^2=11,001$ $p = 0,088$
Bebeğe yanlış mama verilmiştir	1 (0,8)	57 (47,9)	47 (39,5)	14 (11,8)	119 (29,75)	$X^2=2,288$ $p = 0,891$
Bebek yaramazdır.	1 (0,8)	59 (44,4)	54 (40,6)	19 (14,3)	133 (33,25)	$X^2=4,812$ $p = 0,568$
Bebek kötü huyludur.	0	29 (45,3)	27 (42,2)	8 (12,5)	64 (16,0)	$X^2=5,964$ $p = 0,427$
Bebek çok şey isteyen bir bebektir.	1 (0,8)	55 (44,0)	53 (42,4)	16 (12,8)	125 (31,25)	$X^2=4,352$ $p = 0,629$
Bebek sıkılmıştır.	2 (1,0)	87 (43,5)	84 (42,0)	27 (13,5)	200 (50,0)	$X^2=8,241$ $p = 0,221$
Bebek mutsuzdur.	1 (0,6)	72 (41,1)	76 (43,4)	26 (14,9)	175 (43,75)	$X^2=10,042$ $p = 0,123$
Bebek sızlanıyordur.	2 (1,2)	69 (42,9)	68 (42,2)	22 (13,7)	161 (42,25)	$X^2=5,294$ $p = 0,507$
Bebek inatçıdır.	1 (0,8)	64 (48,9)	53 (40,5)	13 (9,9)	131 (32,75)	$X^2=4,441$ $p = 0,671$
Bebekler zaman zaman öylesine ağlar.	4 (1,7)	111 (46,6)	92 (38,7)	31 (13,0)	238 (59,5)	$X^2=5,533$ $p = 0,477$
Bebek sabırsızdır.	2 (1,2)	81 (47,7)	67 (39,2)	21 (12,3)	171 (42,75)	$X^2=2,620$ $p = 0,855$
Bebekler hiçbir nedeni yokken de ağlar.	3 (1,4)	102 (46,8)	85 (39,0)	28 (12,8)	218 (54,5)	$X^2=6,006$ $p = 0,422$
Bebeğe bakan kişi sıkıntılıdır.	0	57 (43,5)	61 (46,6)	13 (9,9)	131 (32,75)	$X^2=15,457$ $p = 0,017$
Çevre gürültüdüdür.	0	81 (47,6)	71 (41,8)	18 (10,6)	170 (42,5)	$X^2=10,652$ $p = 0,100$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebeğin ağlama nedenlerinden “Bebek yorgundur”, “Bebeğin altı kirlidir” ve “Bebeğe bakan kişi sıkıntılıdır” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki

çocuk sayısı arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelere verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

“Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadelerine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 10’da sunulmuştur.

**Tablo 10. “Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisi**

Bebeğin Ağlama Nedeni ve/veya Nedenleri Nelerdir?	Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu		Toplam n(%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Bebek hastadır	61 (17,2)	294 (82,8)	355 (88,75)	$X^2=4,739$ $p = 0,094$
Bebek yorgundur	59 (18,2)	265 (81,8)	324 (81,0)	$X^2=9,687$ $p = 0,008$
Bebek açtır	63 (16,5)	319 (83,5)	382 (95,5)	$X^2=3,329$ $p = 0,189$
Bebek şımartılmıştır	22 (16,1)	115 (83,9)	137 (34,25)	$X^2=0,074$ $p = 0,964$
Bebeğin altı kirlidir	60 (16,0)	315 (84,0)	375 (93,75)	$X^2=0,385$ $p = 0,825$
Bebeğin ağrısı vardır	60 (16,5)	304 (83,5)	364 (91,0)	$X^2=1,539$ $p = 0,463$
Bebeğe yanlış mama verilmiştir	19 (16,0)	100 (84,0)	119 (29,75)	$X^2=0,044$ $p = 0,978$
Bebek yaramazdır.	22 (16,5)	111 (83,5)	133 (33,25)	$X^2=1,973$ $p = 0,373$
Bebek kötü huyludur.	6 (9,4)	58 (90,6)	64 (80,75)	$X^2=5,046$ $p = 0,080$
Bebek çok şey isteyen bir bebektir.	20 (16,0)	105 (84,0)	125 (31,25)	$X^2=4,263$ $p = 0,119$
Bebek sıkılmıştır.	32 (16,0)	168 (84,0)	200 (50,0)	$X^2=2,445$ $p = 0,294$
Bebek mutsuzdur.	27 (15,4)	148 (84,6)	175 (43,75)	$X^2=3,313$ $p = 0,191$
Bebek sızlanıyordur.	25 (15,5)	163 (84,5)	161 (40,25)	$X^2=1,615$ $p = 0,446$
Bebek inatçıdır.	14 (10,7)	117 (89,3)	131 (32,75)	$X^2=5,803$ $p = 0,055$
Bebekler zaman zaman öylesine ağlar.	48 (20,2)	190 (79,8)	238 (59,5)	$X^2=12,997$ $p = 0,002$
Bebek sabırsızdır.	27 (15,8)	144 (84,2)	171 (42,75)	$X^2=0,221$ $p = 0,895$
Bebekler hiçbir nedeni yokken de ağlar.	38 (17,4)	180 (82,6)	218 (54,5)	$X^2=2,207$ $p = 0,332$
Bebeğe bakan kişi sıkıntılıdır.	17 (13,0)	114 (87,0)	131 (32,75)	$X^2= 2,341$ $p = 0,310$
Çevre gürültülüdür.	19 (11,2)	151 (88,8)	170 (42,5)	$X^2=5,814$ $p = 0,055$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebeğin ağlama nedenlerinden “Bebek yorgundur” ve “Bebekler zaman zaman öylesine ağlar” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelere verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

“Ağlama bebeğe zararlı mıdır?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti, ebeveyn yaş grubu, anne eğitim düzeyi, anne çalışma durumu ve bebek yaş grubu arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 11’de sunulmuştur.

**Tablo 11. “Ağlama bebeğe zararlı mıdır?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailelerin sosyo-demografik özellikleri ilişkisi**

Değişken	Ağlama Bebeğe Zararlı Mıdır?		Toplam n(%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
<b>Ebeveyn Cinsiyeti</b>				
Kadın	127 (39,8)	192 (60,2)	319 (79,8)	$X^2=5,556$ $p = 0,018$
Erkek	44 (54,3)	37 (45,7)	81 (20,2)	
<b>Ebeveyn Yaş Grubu</b>				
20 yaşından küçük	5 (33,3)	10 (67,7)	15 (3,8)	$X^2=2,928$ $p =0,570$
20-29 yaş arası	67 (39,9)	101 (60,1)	168 (42,0)	
30-39 yaş arası	83 (44,4)	104 (55,6)	187 (46,8)	
40-49 yaş arası	14 (51,9)	13 (48,1)	27 (6,8)	
50 yaş ve üzeri	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (0,8)	
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>				
Okuma yazması yok	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (3,0)	$X^2=4,108$ $p =0,662$
Okuma yazması var	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (2,0)	
İlkokul	21 (45,7)	25 (54,3)	46 (11,5)	
Ortaokul	31 (47,0)	35 (53,0)	66 (16,5)	
Lise	49 (46,7)	56 (53,3)	105 (26,3)	
Üniversite	52 (36,4)	91 (63,6)	143 (35,8)	
Diğer	8 (42,1)	11 (57,9)	19 (4,8)	
<b>Anne Çalışma Durumu</b>				
Hayır	110 (45,5)	132 (54,5)	242 (60,5)	$X^2=1,694$ $p =0,193$
Evet	61 (38,9)	96 (61,1)	157 (39,5)	
<b>Bebek Yaşı</b>				
1 aydan küçük	10 (27,0)	27(73,0)	37 (9,3)	$X^2=11,033$ $p =0,026$
1-3 aya arası	38 (37,6)	63 (62,4)	101 (25,3)	
4-6 ay arası	39 (43,8)	50 (56,2)	89 (22,3)	
7-9 ay arası	30 (41,1)	43 (58,9)	73 (18,3)	
10-12 ay arası	54 (55,1)	44 (44,9)	98 (24,5)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Ağlama bebeğe zararlı mıdır?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn yaş grubu, anne eğitim düzeyi ve anne çalışma durumu arasında ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) belirlenmiştir.

“Ağlama bebeğe zararlı mıdır?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti arasında ilişki bulunduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Ebeveynlerde ağlamanın bebeğe zararlı olduğunu düşünen kadınların oranı %39,8 iken, erkeklerde bu oran %54,3 olarak gerçekleşmiştir.

“Ağlama bebeğe zararlı mıdır? ifadesine verilen yanıtlar ile bebek yaş grupları arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ) saptanmıştır. Ağlamanın bebeğe zararlı olduğunu en fazla düşünen ebeveynlerin %55,1 ile bebeklerinin yaşı 10-12 ay arasında olan ebeveynler olduğu, bebeklerinin yaşlarının artışı ile ebeveynlerin ağlamanın bebeğe zararlı olduğunu düşünmeye başladıkları belirlenmiştir.

“Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12. “Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?	Anne Eğitim Düzeyi							Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Okuma Yazma Yok n	Okuma Yazma Var n	İlkokul n	Ortaokul n	Lise n	Üniversite n	Diğer n		
Kucağa Alma	5	3	13	18	32	54	9	134 (33,5)	X <sup>2</sup> =0,492 p =0,786
Ev İçinde Gezdirme	7	1	8	7	23	31	7	84 (21,0)	
Dışarı Çıkarma	2	2	9	9	17	41	6	86 (21,5)	
Doktora ve Acile Götürme	0	5	17	26	39	45	4	136 (34,1)	
Ağı Kesici, Ateş Düşürücü Verme	3	0	7	6	6	4	0	26 (6,5)	
Oyun Oynama/ Kardeşlerle Oynatma	0	1	4	1	8	15	2	31 (7,7)	
Mama Verme	7	6	23	35	60	92	8	231 (57,8)	
Altını Değiştirme	6	1	12	22	36	50	3	127 (31,8)	
Ayakta Sallama	2	1	0	2	1	1	0	7 (1,7)	
Kucakta Sallama	0	0	3	5	4	4	2	18 (4,5)	
Battaniyede Sallama	0	0	0	2	0	0	0	2 (0,5)	
Gaz Çıkartma	1	1	7	10	12	21	1	53 (13,2)	
Ninni Söyleme	0	0	1	1	6	11	2	21 (5,2)	
Beşikte salama	2	0	1	7	9	5	1	25 (6,2)	
Uyutma	1	0	6	7	13	16	3	46 (11,5)	

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi

\* Ebeveynler birden çok yöntem ifade edebilmiştir.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) belirlenmiştir.

“Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 13’de sunulmuştur.

**Tablo 13. “Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisi**

Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?	Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n	Hayır n		
Ev İçinde Gezdirme	20	114	134 (33,5)	$X^2=18,181$ $p =0,721$
Dışarı Çıkarma	10	74	84 (21,0)	
Doktora ve Acile Götürme	15	71	86 (21,5)	
Ağrı Kesici, Ateş Düşürücü Verme	26	110	136 (34,1)	
Oyun Oynama/Kardeşlerle Oynatma	5	21	26 (6,5)	
Mama Verme	7	24	31 (7,7)	
Altını Değiştirme	28	203	231 (57,8)	
Ayakta Sallama	19	111	127 (31,8)	
Kucakta Sallama	2	5	7 (1,7)	
Battaniyede Sallama	5	13	18 (4,5)	
Gaz Çıkartma	0	2	2 (0,5)	
Ninni Söyleme	7	46	3 (0,7)	
Beşikte salama	2	19	21 (5,2)	
Uyutma	4	21	25 (6,2)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

\* Ebeveynler birden çok yöntem ifade edebilmiştir.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) belirlenmiştir.

“Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 14’de sunulmuştur.

**Tablo 14. “Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı durumu ilişkisi**

Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam	Ki-Kare Analizi
	Yok n	Bir n	İki n	Üç n		
Ev İçinde Gezdirme	1	70	52	11	134 (33,5)	X <sup>2</sup> =35,52 2 p =0,801
Dışarı Çıkarma	0	40	35	9	84 (21,0)	
Doktora ve Acile Götürme	1	47	34	4	86 (21,5)	
Ağı Kesici, Ateş Düşürücü Verme	1	65	43	27	136 (34,1)	
Oyun Oynama/Kardeşlerle Oynatma	0	11	10	5	26 (6,5)	
Mama Verme	0	13	15	3	31 (7,7)	
Altını Değiştirme	3	109	87	32	231 (57,8)	
Ayakta Sallama	3	61	52	14	127 (31,8)	
Kucakta Sallama	0	2	3	2	7 (1,7)	
Battaniyede Sallama	1	8	8	1	18 (4,5)	
Gaz Çıkartma	0	1	1	0	2 (0,5)	
Ninni Söyleme	0	27	17	9	3 (0,7)	
Beşikte salama	0	13	6	2	21 (5,2)	
Uyutma	0	15	6	4	25 (6,2)	

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi

\* Ebeveynler birden çok yöntem ifade edebilmiştir.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

### Bebeği Uyutma ve Sevme Biçimine Yönelik Bulgular

Ebeveynlerin bebek uyutma biçimleri ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisine yönelik bulgular Tablo 15’de sunulmuştur.

**Tablo 15. Bebek uyutma biçimine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisi**

Bebek Uyutma Biçimi	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam n(%)	Ki-Kare Analizi
	Yok n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ve daha fazla n (%)		
Elimde, kollarımda, kucağımda sallıyorum	2 (2,4)	47 (56,6)	25 (30,1)	9 (10,8)	83 (20,75)	X <sup>2</sup> =12,769 p =0,620
Ayaklarımda sallıyorum	1 (1,9)	24 (45,3)	22 (41,5)	6 (11,3)	53 (1,5)	
Battaniyede sallıyorum	0	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	6 (80,75)	
Ninni, müzik dinletiyorum	0	22 (62,9)	11 (31,4)	2 (5,7)	35 (8,75)	
Hiçbir şey yapmıyorum	1 (0,8)	68 (46,6)	53 (36,3)	24 (16,4)	146 (36,5)	
Diğer	0	32 (41,6)	33 (42,9)	12 (15,6)	77	



					(19,25)	
--	--	--	--	--	---------	--

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek Uyumta Biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki bulunmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür.

“Bebek Uyumta Biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 16’da sunulmuştur.

**Tablo 16. Bebek uyutma biçimine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

Bebek Uyumta Biçimi	Anne Eğitim Düzeyi							Toplam	Ki-Kare Analizi
	Okuma Yazma Yok n (%)	Okuma Yazma Var n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Diğer n (%)		
Elimde, kollarımda, kucağımda sallıyorum	2 (2,4)	1 (1,2)	9 (10,8)	9 (10,8)	24 (28,9)	34 (41,0)	4 (4,8)	83 (20,75)	$X^2=41,393$ $p =0,081$
Ayaklarımda sallıyorum	0	1 (1,9)	8 (15,1)	9 (17,0)	12 (22,6)	22 (41,5)	1 (1,9)	53 (13,25)	
Battaniyede sallıyorum	2 (33,3)	0	0	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	0	6 (1,5)	
Ninni, müzik dinletiyorum	0	0	2 (5,7)	4 (11,4)	10 (28,6)	18 (51,4)	1 (2,9)	35 (8,75)	
Hiçbir şey yapmıyorum	4 (2,8)	3 (2,1)	17 (11,7)	28 (19,3)	36 (24,8)	49 (33,8)	8 (5,5)	145 (36,25)	
Diğer	4 (5,2)	3 (3,9)	10 (13,0)	14 (18,2)	22 (28,6)	19 (24,7)	5 (6,5)	77 (19,25)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek Uyumta Biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür.

Bebek uyutma biçimi ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisine yönelik bulgular Tablo 17’de sunulmuştur.

**Tablo 17. Bebek uyutma biçimine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisi**

Bebek Uyumta Biçimi	Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Elimde, kollarımda, kucağımda sallıyorum	12 (14,6)	70 (85,4)	82 (20,5)	$X^2=1,159$ $p =0,949$
Ayaklarımda sallıyorum	8 (15,1)	45 (84,9)	53 (13,25)	
Battaniyede sallıyorum	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (1,5)	
Ninni, müzik dinletiyorum	6 (17,1)	29 (82,9)	35 (8,75)	
Hiçbir şey yapmıyorum	21 (14,4)	125 (85,6)	146 (36,5)	

Diğer	15 (19,5)	62 (80,5)	77 (19,25)
-------	-----------	-----------	------------

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek Uyum Biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki bulunmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür.

Ebeveynlerin bebek sevmeye biçimleri ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisine yönelik bulgular Tablo 18’de sunulmuştur.

**Tablo 18. “Bebek sevmeye biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisi**

Bebek Sevmeye Biçimi	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Yok n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ve daha fazla n (%)		
Elde Hoplatma	0	54 (55,7)	29 (29,9)	14 (14,4)	97 (24,25)	$X^2=25,612$ $p=0,012$
Havaya Hoplatma	0	12 (63,2)	6 (31,6)	1 (5,3)	19 (4,75)	
Zıplatma	2 (9,5)	10 (47,6)	8 (38,1)	1 (4,8)	21 (5,25)	
Elde/Havaya Hoplatma ve Zıplatma	0	41 (41,4)	41 (41,4)	17 (17,2)	99 (24,75)	
Diğer	2 (1,2)	78 (47,9)	62 (38,0)	21 (12,9)	163 (40,75)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek Sevmeye Biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ) görülmüştür. Ailede bulunan çocuk sayısının artmasıyla bebekleri hoplatma ve zıplatma şeklinde sevmeye arasında ters ilişki olduğu belirlenmiştir.

“Bebek Sevmeye Biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 19’da sunulmuştur.

**Tablo 19. Bebek sevmeye biçimine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

Bebek Sevmeye Biçimi	Anne Eğitim Düzeyi							Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Okuma Yazma Yok n (%)	Okuma Yazma Var n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Diğer n (%)		
Elde Hoplatma	1 (1,0)	1 (1,0)	13 (13,5)	17 (17,7)	26 (27,1)	32 (33,3)	6 (6,3)	96 (24,0)	$X^2=30,658$ $p=0,164$
Havaya Hoplatma	0	0	1 (5,3)	4 (21,1)	4 (21,1)	10 (52,6)	0	19 (4,75)	
Zıplatma	0	0	2 (9,5)	2 (9,5)	7 (33,3)	10 (47,6)	0	21 (5,25)	
Elde/Havaya Hoplatma ve Zıplatma	6 (6,1)	5 (5,1)	13 (13,1)	15 (15,2)	27 (27,3)	24 (24,2)	9 (9,1)	99 (24,75)	
Diğer	5 (3,1)	2 (1,2)	17	28	40 (24,5)	67 (41,1)	4 (2,5)	163	

Bebek Sevme Biçimi	Anne Eğitim Düzeyi							Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Okuma Yazma Yok n (%)	Okuma Yazma Var n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Diğer n (%)		
			(10,4)	(17,2)				(40,75)	

n: kişi sayısı; Pearson  $\chi^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek Sevme Biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür.

Bebek sevme biçimi ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisine yönelik bulgular Tablo 20’de sunulmuştur.

**Tablo 20. Bebek sevme biçimine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisi**

Bebek Sevme Biçimi	Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Elde Hoplatma	11 (11,5)	85 (88,5)	96 (24,0)	$\chi^2=6,225$ $p =0,183$
Havaya Hoplatma	3 (15,8)	16 (84,2)	19 (4,75)	
Zıplatma	2 (9,5)	19 (90,5)	21 (5,25)	
Elde/Havaya Hoplatma ve Zıplatma	23 (23,2)	76 (76,8)	99 (24,75)	
Diğer	24 (14,7)	139 (85,3)	163 (40,75)	

n: kişi sayısı; Pearson  $\chi^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek Sevme Biçiminiz?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki bulunmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür.

### Bebek Avutma Yöntemleri Hakkındaki Görüşlere Yönelik Bulgular

Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadeler verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti ilişkisine yönelik bulgular Tablo 5.21’de sunulmuştur.

**Tablo 21. Bebek Avutma Yöntemlerine İlişkin İfadelere Verilen Yanıtlar İle Ebeveyn Cinsiyeti İlişkisi**

Bebek Avutma Yöntemi	Ebeveyn Cinsiyeti		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Anne n (%)	Baba n (%)		
Bebek ağlıyorsa öncelikle temel gereksinimleri (açlık, susuzluk vb) kontrol edilmeli midir?	318 (79,7)	81 (20,3)	399 (99,75)	$\chi^2=0,255$ $p =0,798$
Bebekte sağlık sorunu olup olmadığına bakılmalı mıdır?	316 (79,6)	81 (20,4)	397 (99,25)	$\chi^2=0,512$ $p =0,635$
Kucakta, kollarda ve ellerde sallamak bebeği sakinleştirir mi?	179 (77,8)	51 (22,2)	230 (57,5)	$\chi^2=1,240$ $p =0,162$
Battaniyede sallamak bebeği sakinleştirir mi?	23 (79,3)	6 (20,7)	29 (7,25)	$\chi^2=0,004$ $p =0,951$
Bebeğe gaz giderici ilaç verilebilir mi?	39 (79,6)	10 (20,4)	49	$\chi^2=0,001$

Bebek Avutma Yöntemi	Ebeveyn Cinsiyeti		Toplam	Ki-Kare
			(12,25)	p =0,977
Bebek oyuncakla oynatılabilir mi?	65 (73,0)	24 (27,0)	89 (22,25)	X <sup>2</sup> =3,197 p =0,074
Arabayla gezdirmek sakinleştirir mi?	123 (80,4)	30 (19,6)	153 (38,25)	X <sup>2</sup> =0,063 p =0,801
Müzik dinletmek yararlı mıdır?	88 (77,2)	26 (22,8)	114 (28,5)	X <sup>2</sup> =0,646 p =0,422

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular ışığında; bebek avutma yöntemleri ile ebeveyn cinsiyeti arasında ilişki olmadığı (p>0,05) belirlenmiş, bebek avutma yöntemi olarak annelerin ve babaların neredeyse tamamı tarafından bebekler ağladığında öncelikle temel gereksinimlerinin (açlık, susuzluk vb.) kontrol edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bebek avutma yöntemlerine ilişkin görüşler arasında anne ve babalar tarafından en fazla iştirak edilen ikinci husus “bebekte bir sağlık sorunu olup olmadığına bakılması gerektiği”dir.

Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadeler verilen yanıtlar ile anne istismar durumu ilişkisine yönelik bulgular Tablo 22’de sunulmuştur.

**Tablo 22. Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadeler verilen yanıtlar ile anne istismar durumu ilişkisi**

Bebek Avutma Yöntemlerine İlişkin İfadeler	Anne İstismar Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Bebek ağlıyorsa öncelikle temel gereksinimleri (açlık, susuzluk vb) kontrol edilmeli midir?	15 (3,8)	383 (96,2)	398 (99,5)	X <sup>2</sup> =0,039 p =0,843
Bebekte sağlık sorunu olup olmadığına bakılmalı mıdır?	15 (3,8)	381 (96,2)	396 (99,0)	X <sup>2</sup> =0,079 p =0,779
Kucakta, kollarda ve ellerde sallamak bebeği sakinleştirir mi?	6 (2,6)	223 (97,4)	229 (57,25)	X <sup>2</sup> =1,928 p =0,165
Battaniyede sallamak bebeği sakinleştirir mi?	2 (6,9)	27 (93,1)	29 (7,25)	X <sup>2</sup> =0,851 p =0,356
Bebeğe gaz giderici ilaç verilebilir mi?	3 (6,1)	46 (93,9)	49 (12,25)	X <sup>2</sup> =0,862 p =0,353
Bebek oyuncakla oynatılabilir mi?	4 (4,5)	85 (95,5)	89 (22,25)	X <sup>2</sup> =0,171 p =0,679
Arabayla gezdirmek sakinleştirir mi?	6 (3,9)	147 (96,1)	153 (38,25)	X <sup>2</sup> =0,018 p =0,893
Müzik dinletmek yararlı mıdır?	5 (4,4)	109 (95,6)	114 (28,5)	X <sup>2</sup> =0,173 p =0,677

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadeler verilen yanıtlar ile anne istismar durumu arasında ilişki bulunmadığı (p>0,05) görülmüştür.

Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelere verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisine yönelik bulgular Tablo 23’de sunulmuştur.

**Tablo 23. Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelere verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisi**

Bebek Avutma Yöntemlerine İlişkin İfadeler	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Yok n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ve daha fazla n (%)		
Bebek ağlıyorsa öncelikle temel gereksinimleri (açlık, susuzluk vb) kontrol edilmeli midir?	4 (1,0)	195 (48,9)	146 (36,6)	54 (13,5)	399 (99,75)	$X^2=1,043$ $p =0,791$
Bebekte sağlık sorunu olup olmadığına bakılmalı mıdır?	4 (1,0)	194 (48,9)	146 (36,8)	53 (13,4)	397 (99,25)	$X^2=2,082$ $p =0,556$
Kucakta, kollarda ve ellerde sallamak bebeği sakinleştirir mi?	2 (0,9)	112 (48,7)	80 (34,8)	36 (15,7)	230 (57,5)	$X^2=2,396$ $p =0,494$
Battaniyede sallamak bebeği sakinleştirir mi?	0	13 (44,8)	10 (34,5)	6 (20,7)	29 (7,25)	$X^2=1,656$ $p =0,647$
Bebeğe gaz giderici ilaç verilebilir mi?	0	26 (53,1)	17 (34,7)	6 (12,2)	49 (12,25)	$X^2=0,861$ $p =0,835$
Bebek oyuncakla oynatılabilir mi?	1 (1,1)	48 (53,9)	36 (40,4)	4 (4,5)	89 (22,25)	$X^2=7,952$ $p =0,047$
Arabayla gezdirmek sakinleştirir mi?	1 (0,7)	75 (49,0)	59 (38,6)	18 (11,8)	153 (38,25)	$X^2=1,139$ $p =0,768$
Müzik dinletmek yararlı mıdır?	2 (1,8)	66 (57,9)	38 (33,3)	8 (7,0)	114 (28,5)	$X^2=8,883$ $p =0,031$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelerden “Bebek oyuncakla oynatılabilir mi?” ve “Müzik dinletmek yararlı mıdır?” verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelere verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ise ilişki bulunmadığı görülmüştür.

Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelere verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisine yönelik bulgular Tablo 24’de sunulmuştur.

**Tablo 24. Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelere verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

Bebek Avutma Yöntemlerine İlişkin İfadeler	Anne Eğitim Düzeyi							Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Okuma Yazma Yok n (%)	Okuma Yazma Var n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Diğer n (%)		
Bebek ağlıyorsa öncelikle temel gereksinimleri (açlık, susuzluk vb) kontrol edilmeli midir?	12 (3,0)	8 (2,0)	46 (11,6)	65 (16,3)	105 (26,4)	143 (35,9)	19 (4,8)	398 (99,5)	X <sup>2</sup> =5,058 p = 0,536
Bebekte sağlık sorunu olup olmadığına bakılmalı mıdır?	12 (3,0)	8 (2,0)	46 (11,6)	64 (16,2)	105 (26,5)	142 (35,9)	19 (4,8)	396 (99,0)	X <sup>2</sup> =2,466 p = 0,872
Kucakta, kollarda ve ellerde sallamak bebeği sakinleştirir mi?	6 (2,6)	6 (2,6)	28 (12,2)	41 (17,9)	60 (26,2)	74 (32,3)	14 (6,1)	229 (57,75)	X <sup>2</sup> =6,041 p = 0,419
Battaniyede sallamak bebeği sakinleştirir mi?	6 (20,7)	1 (3,4)	3 (10,3)	7 (24,1)	7 (24,1)	4 (13,8)	1 (3,4)	29 (7,25)	X <sup>2</sup> =38,376 p = 0,001
Bebeğe gaz giderici ilaç verilebilir mi?	3 (6,1)	2 (4,1)	9 (18,4)	6 (12,2)	12 (24,5)	17 (34,7)	0	49 (12,25)	X <sup>2</sup> =8,644 p = 0,195
Bebek oyuncakla oynatılabilir mi?	2 (2,2)	1 (1,1)	5 (5,6)	13 (14,6)	23 (25,8)	44 (49,4)	1 (1,1)	89 (22,25)	X <sup>2</sup> =13,499 p = 0,036
Arabayla gezdirmek sakinleştirir mi?	5 (3,3)	4 (2,6)	14 (9,2)	21 (13,7)	42 (27,5)	56 (36,6)	11 (7,2)	153 (38,25)	X <sup>2</sup> =6,156 p = 0,406
Müzik dinletmek yararlı mıdır?	1 (0,9)	1 (0,9)	9 (7,9)	12 (10,5)	32 (28,1)	54 (47,4)	5 (4,4)	114 (28,5)	X <sup>2</sup> =14,893 p = 0,021

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelerden “Battaniyede sallamak bebeği sakinleştirir mi?”, “Bebek oyuncakla oynatılabilir mi?” ve “Müzik dinletmek yararlı mıdır?” verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelerine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ise ilişki bulunmadığı görülmüştür.

Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelerine verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durumu ilişkisine yönelik bulgular Tablo 25’de sunulmuştur.

**Tablo 25. Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelerine verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durumu ilişkisi**

Bebek Avutma Yöntemlerine İlişkin İfadeler	Ebeveyn Medeni Durumu			Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evli n (%)	Boşanmış n (%)	Hiç Evlenmemiş n (%)		
Bebek ağlıyorsa öncelikle temel gereksinimleri (açlık, susuzluk vb) kontrol edilmeli midir?	387 (97,0)	9 (2,3)	3 (0,8)	399 (99,75)	$X^2=0,031$ $p=0,985$
Bebekte sağlık sorunu olup olmadığına bakılmalı mıdır?	385 (97,0)	9 (2,3)	3 (0,8)	397 (99,25)	$X^2=0,062$ $p=0,969$
Kucakta, kollarda ve ellerde sallamak bebeği sakinleştirir mi?	224 (97,4)	3 (1,3)	3 (1,3)	230 (57,5)	$X^2=0,105$ $p=0,112$
Battaniyede sallamak bebeği sakinleştirir mi?	29 (100)	0	0	29 (7,25)	$X^2=0,967$ $p=0,617$
Bebeğe gaz giderici ilaç verilebilir mi?	48 (98,0)	1 (2,0)	0	49 (12,25)	$X^2=0,435$ $p=0,805$
Bebek oyuncakla oynatılabilir mi?	85 (95,5)	4 (4,5)	0	89 (22,25)	$X^2=3,448$ $p=0,178$
Arabayla gezdirmek sakinleştirir mi?	146 (95,4)	6 (3,9)	1 (0,7)	153 (38,25)	$X^2=3,171$ $p=0,205$
Müzik dinletmek yararlı	109 (95,6)	4 (3,5)	1 (0,9)	114	$X^2=1,18$

<b>Bebek Avutma Yöntemlerine İlişkin</b>	<b>Ebeveyn Medeni Durumu</b>			<b>Toplam n</b>	<b>Ki-Kare</b>
mıdır?				(28,5)	9 p =0,552

n: kişi sayısı; Pearson  $\chi^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadeler verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durumu arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadeler verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisine yönelik bulgular Tablo 26’de sunulmuştur.

**Tablo 26. Bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadeler verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisi**

<b>Bebek Avutma Yöntemlerine İlişkin İfadeler</b>	<b>Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>		<b>Toplam n (%)</b>	<b>Ki-Kare Analizi</b>
	<b>Evet n (%)</b>	<b>Hayır n (%)</b>		
Bebek ağlıyorsa öncelikle temel gereksinimleri (açlık, susuzluk vb) kontrol edilmeli midir?	63 (15,8)	335 (84,2)	398 (99,5)	$\chi^2=0,188$ p =0,665
Bebekte sağlık sorunu olup olmadığına bakılmalı mıdır?	63 (15,9)	333 (84,1)	396 (99,0)	$\chi^2=0,378$ p =0,708
Kucakta, kollarda ve ellerde sallamak bebeği sakinleştirir mi?	39 (17,0)	191 (83,0)	230 (57,5)	$\chi^2=0,556$ p =0,273
Battaniyede sallamak bebeği sakinleştirir mi?	6 (21,4)	22 (78,6)	28 (7,0)	$\chi^2=0,720$ p =0,269
Bebeğe gaz giderici ilaç verilebilir mi?	5 (10,2)	44 (89,8)	49 (12,25)	$\chi^2=1,311$ p =0,252
Bebek oyuncakla oynatılabilir mi?	9 (10,1)	80 (89,9)	89 (22,25)	$\chi^2=2,777$ p =0,096
Arabayla gezdirmek sakinleştirir mi?	31 (20,3)	122 (79,7)	153 (38,25)	$\chi^2=3,732$



Bebek Avutma Yöntemlerine İlişkin İfadeler	Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
				p =0,053
Müzik dinletmek yararlı mıdır?	16 (14,0)	98 (86,0)	114 (28,5)	X <sup>2</sup> =0,369 p =0,543

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; bebek avutma yöntemlerine ilişkin ifadelere verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür (p>0,05).

#### Bebeğin Ağlamasının Anne ve Baba Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulgular

“Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 27’de sunulmuştur.

**Tablo 27. “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti ilişkisi**

Bebek Ağladığında Ne Hissediyorsunuz?	Ebeveyn Cinsiyeti		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Kadın n (%)	Erkek n (%)		
Üzülme	150 (80,2)	37 (19,8)	187 (46,75)	X <sup>2</sup> =3,439 p =0,969
Sinirlenme	8 (66,7)	4 (33,3)	12 (3,0)	
Kızma ve Öfkelenme	2 (66,7)	1(33,3)	3 (0,75)	
Çaresizlik	21 (84,0)	4 (16,0)	25 (6,25)	
Endişe	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (4,75)	
Hiçbirşey	31 (79,5)	8 (20,5)	39 (9,75)	
Üzülme ve Çaresizlik	44 (80,0)	11 (20,0)	55 (13,75)	
Üzülme, Öfkelenme ve Çaresizlik	13 (81,3)	3 (18,8)	16 (4,0)	
Üzülme ve Sinirlenme	29 (80,6)	7 (19,4)	36 (9,0)	
Üzülme ve Endişe	3 (75,0)	1 (25,09)	4 (1,0)	
Mutluluk	4 (100,0)	0	4 (1,0)	

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

“Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn yaşı arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 28’da sunulmuştur.

**Tablo 28. “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn yaşı ilişkisi**

Bebek Ağladığında Ne Hissediyorsunuz?	Ebeveyn Yaşı					Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	<20 yaş n (%)	20-29 yaş arası n (%)	30-39 yaş arası n (%)	40-49 yaş arası n (%)	50-59 yaş arası n (%)		
Üzülme	7 (3,7)	84 (44,9)	84 (44,9)	10 (5,3)	2 (1,1)	187 (46,75)	$X^2=56,718$ $p=0,042$
Sinirlenme	1 (8,3)	5 (41,7)	6 (50,0)	0	0	12 (3,0)	
Kızma ve Öfkelenme	0	2 (66,7)	1 (33,3)	0	0	3 (0,75)	
Çaresizlik	1 (4,0)	14 (56,0)	9 (36,0)	1 (4,0)	0	25 (6,25)	
Endişe	1 (5,3)	5 (26,3)	5 (26,3)	7 (36,8)	1 (5,3)	19 (9,75)	
Hiçbirşey	1 (2,6)	13 (33,3)	23 (59,0)	2 (5,1)	0	39 (4,75)	
Üzülme ve Çaresizlik	3 (5,5)	23 (41,8)	25 (45,5)	4 (7,3)	0	55 (13,75)	
Üzülme, Öfkelenme ve Çaresizlik	0	8 (50,0)	6 (37,5)	2 (12,5)	0	16 (4,0)	
Üzülme ve Sinirlenme	1 (2,8)	10 (27,8)	25 (69,4)	0	0	36 (9,0)	
Üzülme ve Endişe	0	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	0	4 (1,0)	
Mutluluk	0	2 (50,0)	2 (50,0)	0	0	4 (1,0)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn yaşı arasında ilişki bulunduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

“Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 29’de sunulmuştur.

**Tablo 29. “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

Bebek Ağladığında Ne Hissediyorsunuz ?	Anne Eğitim Düzeyi							Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Okuma Yazma Yok n (%)	Okuma Yazma Var n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Diğer n (%)		
Üzülme	5 (2,7)	2 (1,1)	23 (12,4)	34 (18,3)	35 (18,8)	76 (40,9)	11 (5,9)	186 (46,5)	$X^2=78,235$ $p = 0,057$
Sinirlenme	1 (8,3)	0	2 (16,7)	4 (33,3)	2 (16,7)	3 (25,0)	0	12 (3,0)	
Kızma ve Öfkelenme	0	0	0	0	1 (33,3)	2 (66,7)	0	3 (0,75)	
Çaresizlik	0	0	0	4 (16,0)	11 (44,0)	10 (40,0)	0	25 (6,25)	
Endişe	0	1 (5,3)	1 (5,3)	4 (21,1)	7 (36,8)	6 (31,6)	0	19 (4,75)	
Hiçbir şey	1 (2,6)	2 (5,1)	4 (10,3)	5 (12,8)	11 (28,2)	16 (41,0)	0	39 (9,75)	
Üzülme ve Çaresizlik	3 (5,5)	0	8 (14,5)	7 (12,7)	19 (34,5)	16 (29,1)	2 (3,6)	55 (13,75)	
Üzülme, Öfkelenme ve Çaresizlik	0	2 (12,5)	2 (12,5)	1 (6,3)	4 (25,0)	5 (31,3)	2 (12,5)	16 (4,0)	
Üzülme ve Sinirlenme	2 (5,6)	1 (2,8)	5 (13,9)	6 (16,7)	13 (36,1)	8 (22,2)	1 (2,8)	36 (9,0)	
Üzülme ve Endişe	0	0	1 (25,0)	0	1 (25,0)	0	2 (50,0)	4 (1,0)	
Mutluluk	0	0	0	1 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	4 (1,0)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

“Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 30’de sunulmuştur.

**Tablo 30. “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu ilişkisi**

Bebek Ağladığında Ne Hissediyorsunuz?	Anne İstismar Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Üzülme	8 (4,3)	178 (95,7)	186 (46,5)	X <sup>2</sup> = 3,633 p = 0,962
Sinirlenme	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (3,0)	
Kızma ve Öfkelenme	0	3 (100)	3 (0,75)	
Çaresizlik	1 (4,0)	24 (96,0)	25 (6,25)	
Endişe	1 (5,3)	18 (94,7)	19 (4,75)	
Hiçbir Şey	2 (5,1)	37 (94,9)	39 (9,75)	
Üzülme ve Çaresizlik	2 (3,6)	53 (96,4)	55 (13,75)	
Üzülme, Öfkelenme ve Çaresizlik	0	16 (100)	16 (4,0)	
Üzülme ve Sinirlenme	0	36 (100)	36 (9,0)	
Üzülme ve Endişe	0	4 (100)	4 (1,0)	
Mutluluk	0	4 (100)	4 (1,0)	

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür (p>0,05).

“Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 31’de sunulmuştur.

**Tablo 31. “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisi**

Bebek Ağladığında Ne Hissediyorsunuz?	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Yok n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ve daha fazla n (%)		
Üzülme	0	98 (52,4)	62 (33,2)	27 (14,4)	187 (46,75)	X <sup>2</sup> =47,163 p=0,024
Sinirlenme	1 (8,3)	5 (41,7)	5 (41,7)	1 (8,3)	12 (3,0)	
Kızma ve Öfkelenme	0	1 (33,3)	2 (66,7)	0	3 (0,75)	
Çaresizlik	0	21 (84,0)	2 (8,0)	2 (8,0)	25 (6,25)	
Endişe	1 (5,3)	10 (52,6)	7 (36,8)	1 (5,3)	19 (4,75)	

Bebek Ağladığında Ne Hissediyorsunuz?	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Yok n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ve daha fazla n (%)		
Hiçbir Şey	0	10 (25,6)	23 (59,0)	6 (15,4)	39 (9,75)	
Üzülme ve Çaresizlik	1 (1,8)	29 (52,7)	18 (32,7)	7 (12,7)	55 (13,75)	
Üzülme, Öfkelenme ve Çaresizlik	0	5 (31,3)	9 (56,3)	2 (12,5)	16 (4,0)	
Üzülme ve Sinirlenme	1 (2,8)	13 (36,1)	15 (41,7)	7 (19,4)	36 (9,0)	
Üzülme ve Endişe	0	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	4 (1,0)	
Mutluluk	0	2 (50,0)	2 (50,0)	0	4 (1,0)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu arasında ilişki olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

“Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durumu arasında ilişki olup olmadığına yönelik bulgular Tablo 32’de sunulmuştur.

**Tablo 32. “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durumu ilişkisi**

Bebek Ağladığında Ne Hissediyorsunuz?	Ebeveyn Medeni Durumu			Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evli n (%)	Boşanmış n (%)	Hiç Evlenmemiş n (%)		
Üzülme	183 (97,9)	4 (2,1)	0	187 (46,75)	$X^2=25,339$ $p =0,189$
Sinirlenme	12 (100,0)	0	0	12 (3,0)	
Kızma ve Öfkelenme	3 (100,0)	0	0	3 (0,75)	
Çaresizlik	24 (96,0)	0	1 (4,0)	25 (6,25)	
Endişe	18 (94,7)	1 (5,3)	0	19 (4,75)	
Hiçbirşey	38 (97,4)	1 (2,6)	0	39 (9,75)	
Üzülme ve Çaresizlik	52 (94,5)	1 (1,8)	2 (3,6)	55 (13,75)	
Üzülme, Öfkelenme ve Çaresizlik	15 (93,8)	1 (6,3)	0	16 (4,0)	
Üzülme ve Sinirlenme	36 (100,0)	0	0	36 (9,0)	
Üzülme ve Endişe	3 (75,0)	1 (25,0)	0	4 (1,0)	
Mutluluk	4 (100,0)	0	0	4 (1,0)	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durumu arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

“Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına yönelik bulgular Tablo 33’de sunulmuştur.

**Tablo 33. “Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti ilişkisi**

İfade	Ebeveyn Cinsiyeti				p
	Kadın (n=319)		Erkek (n=81)		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?	3,81	1,31	3,79	1,159	0,917

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn cinsiyetine göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Yüksek ortalamalarından hareketle hem anne ve hem de babalar tarafından bebek bakımının sinir bozucu ya da sıkıntı verici bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

“Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına yönelik bulgular Tablo 34’de sunulmuştur.

**Tablo 34. “Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn yaş grubu ilişkisi**

İfade	Ebeveyn Yaş Grubu	n	Aritmetik Ort.	Standart Sapma	p
Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?	20 yaşından küçük	15	3,60	2,94	0,486
	20-29 yaş arası	168	3,67	3,06	
	30-39 yaş arası	187	4,16	3,24	
	40-49 yaş arası	27	4,26	2,82	
	50 yaş ve üzeri	3	2,33	2,30	
	Toplam	400	3,93	3,12	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn yaş gruplarına göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). 50 yaş ve üzeri grubunda yer alan ebeveynler hariç olmak üzere ebeveynlerin hangi yaş grubunda oldukları fark etmeksizin bebek bakımını sinir bozucu ya da sıkıntı verici bulmadıklarını ifade etmek mümkündür.

“Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında annelerin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına yönelik bulgular Tablo 35’de sunulmuştur.

**Tablo 35. “Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne çalışma durumu ilişkisi**

İfade	Anne Çalışma Durumu				p
	Çalışan Anne (n=157)		Çalışmayan Anne (n=242)		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?	3,80	1,206	3,80	1,328	0,969

n: kişi sayısı; Pearson  $\chi^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne çalışma durumuna göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Yüksek ortalamalarından hareketle hem çalışan hem de çalışmayan anneler tarafından bebek bakımının sinir bozucu ya da sıkıntı verici bulunmadığı belirlenmiştir.

“Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne istismar durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına yönelik bulgular Tablo 36’da sunulmuştur.

**Tablo 36. “Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu ilişkisi**

İfade	Anne İstismar Durumu				p
	Evet (n=15)		Hayır (n=384)		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?	3,47	1,457	3,81	1,273	0,305

n: kişi sayısı; Pearson  $\chi^2$  ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne istismar durumuna göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ailedeki çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına yönelik bulgular Tablo 37’de sunulmuştur.

**Tablo 37. “Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisi**

İfade	Ailedeki Çocuk Sayısı	N	Aritmetik Ort.	Standart Sapma	p
Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?	Yok	4	4,00	1,414	0,279
	Bir	196	3,94	1,192	
	İki	146	3,66	1,387	
	Üç ve daha fazla	54	3,69	1,256	
	Toplam	400	3,80	1,280	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ailedeki çocuk sayısına göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne gebelik sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 38’de sunulmuştur.

**Tablo 38: “Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne gebelik sayısı ilişkisi**

İfade	Anne Gebelik Sayısı	n	Aritmetik Ort.	Standart Sapma	p
Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?	Bir	158	3,82	1,266	0,979
	İki	147	3,84	1,248	
	Üç	52	3,71	1,391	
	Dört	23	3,65	1,301	
	Beş	12	3,83	1,193	
	Altı ve daha fazla	8	3,75	1,753	
	Toplam	400	3,80	1,280	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne gebelik sayısına göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).



“Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 39’da sunulmuştur.

**Tablo 39. “Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

İfade	Anne Eğitim Düzeyi	n	Aritmetik Ort.	Standart Sapma	p
Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?	Okuma yazması yok	12	4,00	1,279	0,767
	Okuma yazması var	8	3,13	1,808	
	İlkokul	46	3,72	1,294	
	Ortaokul	66	3,73	1,307	
	Lise	105	3,88	1,299	
	Üniversite	14	3,82	1,237	
	Diğer	19	3,84	1,214	
	Toplam	399	3,80	1,280	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne eğitim düzeyine göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne düşük durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 40’da sunulmuştur.

**Tablo 40. “Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne düşük durumu ilişkisi**

İfade	Anne Düşük Durumu				p
	Hayır (n=316)		Evet (n=83)		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?	3,78	1,271	3,89	1,316	0,462

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Bir Bebeğe Bakmak Sinir Bozucu Veya Sıkıntı Verici Olabilir Düşüncesi İle İlgili Fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne düşük durumuna göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

### Ebeveynlerin Sarsmanın Zararları Konusundaki Bilgilerine Yönelik Bulgular

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 41’de sunulmuştur.

**Tablo 41. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” İfadesine Verilen Yanıtlar ile Ebeveyn Cinsiyeti İlişkisi**

İfade	Ebeveyn Cinsiyeti				p
	Kadın (n=319)		Erkek (n=81)		
	Ort.	Standart Sapma	Ort.	Standart Sapma	
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	1,73	0,790	1,79	0,904	0,577

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn cinsiyetine göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Düşük ortalamalarından hareketle hem annelerin ve hem de babaların sarsmayı bebekler için zararlı gördükleri saptanmıştır.

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına yönelik bulgular Tablo 42’de sunulmuştur.

**Tablo 42. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durumu ilişkisi**

İfade	Medeni Durum	n	Aritmetik Ort.	Standart Sapma	p
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	Evli	388	1,74	0,823	0,543
	Boşanmış	9	1,89	0,333	
	Hiç evlenmemiş	3	1,67	0,577	
	Toplam	400	1,75	0,813	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn cinsiyetine göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Düşük ortalamalarından hareketle medeni durumlarından bağımsız

olarak ebeveynlerin neredeyse tamamı tarafından sarsmanın bebekler için zararlı olarak görüldüğü tespit edilmiştir.

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 43’de sunulmuştur.

**Tablo 43. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn yaş grubu ilişkisi**

İfade	Yaş	n	Ort.	Standart Sapma	p
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	20 yaşından küçük	15	1,67	0,617	0,984
	20-29 yaş arası	168	1,74	0,821	
	30-39 yaş arası	187	1,75	0,84	
	40-49 yaş arası	27	1,81	0,681	
	50 yaş ve üzeri	3	1,67	1,155	
	Toplam	400	1,75	0,813	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn yaş gruplarına göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Ebeveynler tarafından genel olarak hangi yaş grubunda oldukları fark etmeksizin sarsmanın bebekler için zararlı olarak görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne istismar durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 44’de sunulmuştur.

**Tablo 44. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu ilişkisi**

İfade	Anne İstismar Durumu				p
	Evet (n=15)		Hayır (n=384)		
	Ort.	Standart Sapma	Ort.	Standart Sapma	
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	1,60	0,632	1,75	0,821	0,485

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne istismar durumuna göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Annelerin neredeyse tamamının istismara uğrama durumlarından bağımsız olarak fark etmeksizin sarsmayı bebekler için zararlı gördüğü sonucuna ulaşılmıştır.

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ailedeki çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 45’de sunulmuştur.

**Tablo 45. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisi**

İfade	Ailedeki Çocuk Sayısı	n	Aritmetik Ort.	Standart Sapma	p
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	Yok	4	1,50	0,577	0,134
	Bir	196	1,79	0,862	
	İki	146	1,64	0,751	
	Üç ve daha fazla	54	1,91	0,784	
	Toplam	400	1,75	0,813	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ailedeki çocuk sayısına göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne düşük durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 46’da sunulmuştur.

**Tablo 46. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne düşük durumu ilişkisi**

İfade	Anne Düşük Durumu				p
	Hayır (n=316)		Evet (n=83)		
	Ort.	Standart Sapma	Ort.	Standart Sapma	
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	1,78	0,831	1,59	0,733	0,053

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne düşük durumuna göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ölü doğum durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 47’de sunulmuştur.

**Tablo 47. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile ölü doğum durumu ilişkisi**

İfade	Ölü Doğum Durumu				p
	Hayır (n=380)		Evet (n=19)		
	Ort.	Standart Sapma	Ort.	Standart Sapma	
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	1,73	0,807	2,00	0,943	0,161

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ölü doğum durumuna göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne gebelik sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 48’de sunulmuştur.

**Tablo 48. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne gebelik sayısı ilişkisi**

İfade	Anne Gebelik Sayısı	n	Aritmetik Ort.	Standart Sapma	p
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	Bir	158	1,80	0,863	0,778
	İki	147	1,69	0,757	
	Üç	52	1,69	0,781	
	Dört	23	1,87	1,100	
	Beş	12	1,75	0,452	
	Altı ve daha fazla	8	1,63	0518	
	Toplam	400	1,75	0813	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne gebelik sayısına göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunup bulunmadığına ilişkin bulgular Tablo 49’da sunulmuştur.

**Tablo 49. “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

İfade	Anne Eğitim Düzeyi	n	Aritmetik Ort.	Standart Sapma	p
Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?	Okuma yazması yok	12	2,17	1,115	0,557
	Okuma yazması var	8	1,88	0,641	
	İlkokul	46	1,72	0,750	
	Ortaokul	66	1,80	0,769	
	Lise	105	1,72	0,849	
	Üniversite	143	1,69	0,826	
	Diğer	19	1,84	0,688	
	Toplam	399	1,74	0,814	

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında anne eğitim düzeyine göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 50’de sunulmuştur.

**Tablo 50. “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti ilişkisi**

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir	Ebeveyn Cinsiyeti		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Kadın n (%)	Erkek n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	14 (66,7)	7 (33,3)	21 (5,25)	$X^2= 7,449$ $p = 0,024$
Vücuduna zarar verir.	264 (80,2)	65 (19,8)	329 (82,25)	$X^2= 1,010$ $p = 0,603$

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir	Ebeveyn Cinsiyeti		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Kadın n (%)	Erkek n (%)		
Başına zarar verir.	283 (81,6)	64 (18,4)	347 (86,75)	$X^2= 9,831$ p = 0,007
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	142 (80,2)	35(19,8)	177 (44,25)	$X^2= 1,902$ p = 0,386
Beynine zarar verir.	256 (80,8)	61 (19,2)	317 (79,25)	$X^2= 1,078$ p = 0,583
Bebeği daha huzursuz eder.	219 (83,9)	42(16,1)	261 (62,25)	$X^2= 8,244$ p = 0,016
Bebeği düzeltip sakinleştirir.	36 (83,7)	7 (16,3)	43 (10,75)	$X^2= 9,179$ p = 0,010
Bebeği öldürür.	117 (87,3)	17 (12,7)	134 (33,5)	$X^2= 9,557$ p = 0,023

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; ebeveyn cinsiyeti ile sarsmanın zararları hakkındaki ifadelerden “Hiçbir şey olmaz”, “Başına zarar verir”, “Bebeği daha huzursuz eder”, “Bebeği düzeltip sakinleştirir” ve “Bebeği öldürür” ifadelerine verilen yanıtlar arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelere verilen yanıtlar arasında ise ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Sarsmanın zararları hakkındaki ifadelerde; ebeveynler tarafından en fazla tercih edilen ifadenin “Başına zarar verir” ifadesi olduğu, müteakiben de “Vücuduna zarar verir” ve “Beynine zarar verir” İfadelerinin tercih edildiği belirlenmiştir.

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 51’de sunulmuştur.

**Tablo 51. “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu ilişkisi**

Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?	Anne İstismar Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	0	21 (100)	21 (5,25)	$X^2=1,368$ p = 0,504

Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?	Anne İstismar Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Vücuduna zarar verir.	13 (4,0)	315 (96,0)	328 (82,0)	$X^2= 0,641$ $p = 0,726$
Başına zarar verir.	13 (3,8)	333 (96,2)	346 (86,5)	$X^2= 0,546$ $p = 0,761$
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	8 (4,5)	168 (95,5)	176 (44,0)	$X^2= 0,669$ $p = 0,716$
Beynine zarar verir.	11 (3,5)	305 (96,5)	316 (79,0)	$X^2= 1,055$ $p = 0,590$
Bebeği daha huzursuz eder.	13 (5,0)	247 (95,0)	260 (65,0)	$X^2= 3,375$ $p = 0,185$
Bebeği düzeltip sakinleştirir.	2 (4,7)	41 (95,3)	43 (10,75)	$X^2= 1,974$ $p = 0,373$
Bebeği öldürür.	7 (5,2)	127 (94,8)	134 (33,5)	$X^2= 1,221$ $p = 0,748$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne istismar durumu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 52’de sunulmuştur.

**Tablo 52. “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı ilişkisi**

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Yok n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ve daha fazla n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	0	10 (47,6)	9 (42,9)	2 (9,5)	21 (5,25)	$X^2= 11,638$ $p = 0,071$



Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Ailedeki Çocuk Sayısı				Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Yok n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ve daha fazla n (%)		
Vücuduna zarar verir.	4 (1,2)	157 (47,7)	123 (37,4)	45 (13,7)	329 (82,25)	$X^2=14,913$ $p = 0,021$
Başına zarar verir.	4 (1,2)	165 (47,6)	133 (38,3)	45 (13,0)	347 (86,75)	$X^2=13,899$ $p = 0,031$
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	1 (0,6)	88 (49,7)	68 (38,4)	20 (11,3)	177 (44,25)	$X^2=5,165$ $p = 0,523$
Beynine zarar verir.	4 (1,3)	150 (47,3)	125 (39,4)	38 (12,0)	317 (79,25)	$X^2=8,258$ $p = 0,220$
Bebeği daha huzursuz eder.	3 (1,1)	124 (47,5)	105 (40,2)	29 (11,1)	261 (65,25)	$X^2=7,979$ $p = 0,240$
Bebeği düzeltip sakinleştirir.	1 (2,3)	21 (48,8)	16 (37,2)	5 (11,6)	43 (10,75)	$X^2=8,030$ $p = 0,236$
Bebeği öldürür.	2 (1,5)	62 (46,3)	54 (40,3)	16 (11,9)	134 (33,5)	$X^2=8,307$ $p = 0,504$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; sarsmanın zararları hakkındaki ifadelerden “Başına zarar verir” ve “Vücuduna zarar verir” ifadelerine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelerine verilen yanıtlar ile ailedeki çocuk sayısı arasında ise ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 53’de sunulmuştur.

**Tablo 53: “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu ilişkisi**

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	3 (14,3)	18 (85,7)	21 (5,25)	$X^2= 2,067$ $p = 0,356$
Vücuduna zarar verir.	55 (16,7)	274 (83,3)	329 (82,25)	$X^2= 1,230$ $p = 0,541$
Başına zarar verir.	55 (15,9)	292 (84,1)	347 (86,75)	$X^2= 1,490$ $p = 0,475$
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	29 (16,4)	148 (83,6)	177 (44,25)	$X^2= 0,087$ $p = 0,957$
Beynine zarar verir.	44 (13,9)	273 (86,1)	317 (79,25)	$X^2= 4,629$ $p = 0,099$
Bebeği daha huzursuz eder.	39 (14,9)	222 (85,1)	261 (65,25)	$X^2= 0,838$ $p = 0,658$
Bebeği düzeltip sakinleştirir.	5 (11,6)	38 (88,4)	43 (10,75)	$X^2= 0,736$ $p = 0,692$
Bebeği öldürür.	21 (15,7)	113 (84,3)	134 (33,5)	$X^2= 1,141$ $p = 0,767$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne düşük durumu arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 54’de sunulmuştur.

**Tablo 54. “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne düşük durumu ilişkisi**

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Anne Düşük Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Anne Düşük Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	4 (19,0)	17 (81,0)	21 (80,75)	$X^2=0,741$ $p=0,691$
Vücuduna zarar verir.	66 (20,1)	26 (79,9)	328 (80,75)	$X^2=3,352$ $p=0,187$
Başına zarar verir.	70 (20,2)	276 (79,8)	346 (80,75)	$X^2=0,579$ $p=0,749$
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	34 (19,3)	142 (80,7)	176 (80,75)	$X^2=2,975$ $p=0,226$
Beynine zarar verir.	62 (19,6)	254 (80,4)	316 (80,75)	$X^2=2,903$ $p=0,234$
Bebeği daha huzursuz eder.	50 (19,2)	210 (80,8)	260 (80,75)	$X^2=4,169$ $p=0,124$
Bebeği düzeltip sakinleştirir.	12 (27,9)	31 (72,1)	43 (80,75)	$X^2=2,401$ $p=0,301$
Bebeği öldürür.	28 (20,9)	106 (79,1)	134 (80,75)	$X^2=1,191$ $p=0,755$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne düşük durumu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ölü doğum durumu arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 55’de sunulmuştur.

**Tablo 55. “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ölü doğum durumu ilişkisi**

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Ölü Doğum Durumu		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	2 (9,5)	19 (90,5)	21 (5,25)	$X^2=1,115$ $p=0,573$
Vücuduna zarar verir.	14 (4,3)	314 (95,7)	328 (82,0)	$X^2=1,171$ $p=0,557$
Başına zarar verir.	15 (4,3)	331 (95,7)	346 (86,5)	$X^2=2,789$ $p=0,248$
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	8 (4,5)	168 (95,5)	176 (44,0)	$X^2=0,946$ $p=0,623$
Beynine zarar verir.	13 (4,1)	303 (95,9)	316 (79,0)	$X^2=2,717$ $p=0,257$
Bebeği daha huzursuz eder.	8 (3,1)	252 (96,9)	260 (65,0)	$X^2=6,130$ $p=0,047$
Bebeği düzeltip sakinleştirir.	2 (4,7)	41 (95,3)	43 (10,75)	$X^2=8,047$ $p=0,018$
Bebeği öldürür.	5 (3,7)	129 (96,3)	134 (33,5)	$X^2=1,537$ $p=0,674$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$  ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; sarsmanın zararları hakkındaki ifadelerden “Bebeği daha huzursuz eder” ve “Bebeği düzeltip sakinleştirir” ifadelerine verilen yanıtlar ile ölü

doğum durumu arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelere verilen yanıtlar ile ölü doğum durumu arasında ise ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 56’da sunulmuştur.

**Tablo 56. “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ilişkisi**

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Anne Eğitim Düzeyi							Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Okuma Yazma Yok n (%)	Okuma Yazma Var n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	Diğer n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	0	1 (4,8)	1 (4,8)	4 (19,0)	5 (23,8)	10 (47,6)	0	21 (5,25)	$X^2= 14,423$ $p = 0,275$
Vücuduna zarar verir.	9 (2,7)	4 (1,2)	38 (11,6)	55 (16,8)	83 (25,3)	122 (37,2)	17 (5,2)	328 (82,0)	$X^2= 10,354$ $p = 0,585$
Başına zarar verir.	8 (2,3)	4 (1,2)	39 (11,3)	56 (16,2)	92 (26,6)	130 (37,6)	17 (4,9)	346 (86,5)	$X^2= 21,874$ $p = 0,039$
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	4 (2,3)	1 (0,6)	14 (8,0)	26 (14,8)	45 (25,6)	75 (42,6)	11 (6,3)	176 (44,0)	$X^2= 19,109$ $p = 0,086$
Beynine zarar verir.	7 (2,2)	1 (0,3)	32 (10,1)	51 (16,1)	82 (25,9)	127 (40,2)	16 (5,1)	316 (79,0)	$X^2= 37,465$ $p = 0,001$
Bebeği daha huzursuz eder.	7 (2,7)	3 (1,2)	18 (6,9)	42 (16,2)	68 (26,2)	106 (40,8)	16 (6,2)	260 (65,0)	$X^2= 26,638$ $p = 0,009$
Bebeği düzeltip sakinleştirir.	0	1 (2,3)	4 (9,3)	9 (20,9)	13 (30,2)	11 (25,6)	5 (11,6)	43 (10,75)	$X^2= 25,587$ $p = 0,012$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; sarsmanın zararları hakkındaki ifadelerden “Beyne zarar verir”, “Bebeği daha huzursuz eder” ve “Bebeği düzeltip sakinleştirir” ifadelerine verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunduğu ( $p<0,05$ ), diğer ifadelere verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi arasında ise ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile gebelik sayısı arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 57’de sunulmuştur.

**Tablo 57. “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile gebelik sayısı ilişkisi**

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Gebelik Sayısı						Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 ve daha fazla n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	8 (38,1)	8 (38,1)	4 (19,0)	1 (4,8)	0	0	21 (5,25)	$X^2= 5,859$ $p = 0,827$
0Vücuduna zarar verir.	132 (40,1)	119 (36,2)	43 (13,1)	18 (5,5)	10 (3,0)	7 (2,1)	329 (82,25)	$X^2= 6,046$ $p = 0,811$
Başına zarar verir.	136 (39,2)	132 (38,0)	46 (13,3)	16 (4,6)	10 (2,9)	7 (2,0)	347 (86,75)	$X^2= 10,380$ $p = 0,408$
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	74 (41,8)	64 (36,2)	25 (14,1)	4 (2,3)	5 (2,8)	5 (2,8)	177 (44,25)	$X^2= 12,881$ $p = 0,230$
Beynine zarar verir.	125 (39,4)	121 (38,2)	44 (13,9)	13 (4,1)	7 (2,2)	7 (2,2)	317 (79,25)	$X^2= 15,678$ $p = 0,109$
Bebeği daha huzursuz eder.	109 (41,8)	97 (37,2)	33 (12,6)	9 (3,4)	7 (2,7)	6 (2,3)	261 (65,25)	$X^2= 15,293$ $p = 0,122$
Bebeği düzeltip sakinleştirir.	15 (34,9)	14 (32,6)	8 (18,6)	3 (7,0)	2 (4,7)	1 (2,3)	43 (10,75)	$X^2= 11,062$ $p = 0,353$
Bebeği öldürür.	54 (40,3)	50 (37,3)	14 (10,4)	8 (6,0)	4 (3,0)	4 (3,0)	134 (33,5)	$X^2= 8,436$ $p = 0,905$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile gebelik sayısı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durumu arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 58’de sunulmuştur.

**Tablo 58. “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn medeni durum ilişkisi**

Sizce Sarsılan Bir Bebekte Neler Meydana Gelebilir?	Ebeveyn Medeni Durumu			Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evli n (%)	Boşanmış n (%)	Hiç evlenmemiş n (%)		
Hiçbir şey olmaz.	21 (100,0)	0	0	21 (5,25)	$X^2= 1,984$ $p = 0,739$
Vücuduna zarar verir.	320 (97,3)	7 (2,1)	2 (0,6)	329 (82,75)	$X^2= 2,015$ $p = 0,733$
Başına zarar verir.	336 (96,8)	8 (2,3)	3 (0,9)	347 (86,75)	$X^2= 0,727$ $p = 0,948$
Gözüne zarar verir/körlük yapar.	172 (97,2)	5 (2,8)	0	177 (44,25)	$X^2= 5,072$ $p = 0,280$
Beynine zarar verir.	308 (97,2)	7 (2,2)	2 (0,6)	317 (79,25)	$X^2= 0,834$ $p = 0,934$
Bebegi daha huzursuz eder.	254 (97,3)	6 (2,3)	1 (0,4)	261 (65,25)	$X^2= 3,104$ $p = 0,541$
Bebegi düzeltip sakinleştirir.	41 (95,3)	2 (4,7)	0	43 (10,75)	$X^2= 3,387$ $p = 0,495$
Bebegi öldürür.	131 (97,8)	2 (1,5)	1 (0,7)	134 (33,5)	$X^2= 1,293$ $p = 0,972$

n: kişi sayısı; Pearson  $X^2$ : ki-kare istatistiksel testi

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir?” ifadesine verilen yanıtlar ile gebelik sayısı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

“Sarsılmış bebek sendromu’ diye bir kavram hiç duydunuz mu?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti arasında ilişki olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 59’de sunulmuştur.

**Tablo 59. “Sarsılmış bebek sendromu diye bir kavram hiç duydunuz mu?” ifadesine verilen yanıtlar ile ailelerin sosyo-demografik özellikleri ilişkisi**

Değişken	Sarsılmış Bebek Sendromu diye bir kavramı hiç duydunuz mu?		Toplam n (%)	Ki-Kare Analizi
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
<b>Ebeveyn Cinsiyeti</b>				
Kadın	73 (22,9)	246 (77,1)	319 (79,75)	X <sup>2</sup> = 0,652 p = 0,419
Erkek	22 (27,2)	59 (72,8)	81 (20,25)	
<b>Anne İstismar Durumu</b>				
Evet	5 (33,3)	10 (66,7)	15 (3,75)	X <sup>2</sup> = 0,779 p = 0,377
Hayır	90 (23,4)	294 (76,6)	384 (96,0)	
<b>Ailedeki Çocuk Sayısı</b>				
Yok	0	4 (100)	4 (1,0)	X <sup>2</sup> = 8,762 p = 0,033
Bir	52 (26,5)	144 (73,5)	196 (49,0)	
İki	38 (26,0)	108 (74,0)	146 (36,5)	
Üç ve daha fazla	5 (9,3)	49 (90,7)	54 (13,5)	
<b>Bebekte Sendrom ve/veya Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>				
Evet	13 (20,6)	50 (79,4)	63 (15,75)	X <sup>2</sup> = 0,416 p = 0,519
Hayır	82 (24,4)	254 (75,6)	336 (84,0)	
<b>Anne Düşük Durumu</b>				
Hayır	82 (25,9)	234 (74,1)	316 (79,0)	X <sup>2</sup> = 3,834 p = 0,055
Evet	13 (15,7)	70 (84,3)	83 (20,75)	
<b>Ölü Doğum Durumu</b>				
Hayır	92 (24,2)	288 (75,8)	380 (95,0)	X <sup>2</sup> = 0,707 p = 0,400
Evet	3 (15,8)	16 (84,2)	19 (4,75)	
<b>Ebeveyn Medeni Durumu</b>				
Evli	94 (24,2)	294 (75,8)	388 (97,0)	X <sup>2</sup> = 1,777 p = 0,411
Boşanmış	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (2,25)	
Hiç Evlenmemiş	0	3 (100,0)	3 (0,75)	
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>				
Okuma yazması yok	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (3,0)	X <sup>2</sup> = 40,953 p = 0,001
Okuma yazması var	0	8(100,0)	8 (2,0)	
İlkokul	5 (10,9)	41 (89,1)	46 (11,5)	
Ortaokul	6 (9,1)	60 (90,9)	66 (16,5)	
Lise	20 (19,0)	85 (81,0)	105 (26,25)	
Üniversite	59 (41,3)	84 (58,7)	143 (35,75)	
Diğer	3 (15,8)	16 (84,2)	19 (4,75)	

n: kişi sayısı; Pearson X<sup>2</sup>: ki-kare istatistiksel testi.

Elde edilen bulgular çerçevesinde; “Sarsılmış Bebek Sendromu diye bir kavramı hiç duydunuz mu?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti, anne istismar durumu, bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu, anne düşük durumu, ölü doğum durumu, ebeveyn medeni durumu ve anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmadığı ( $p>0,05$ ), fakat ailedeki çocuk sayısı ile arasında ilişki olduğu ( $p>0,05$ ) belirlenmiştir. Sarsılmış bebek sendromu kavramını ebeveynlerin büyük kısmının daha önce duymadıkları (%77,1) belirlenmiştir.



## TARTIŞMA

Doğum ebeveynler açısından zor bir sürecin başlangıcıdır. Bu süreci zor kılan hususlardan biri de ebeveynler tarafından sık sık yakınılan bebek ağlamalarıdır. Bebekler hayatlarının bu ilk dönemi içerisinde kedilerini sadece ağlayarak ifade edebilirler. Altını kirletme, acıkma, aşırı giydirilme veya üşüme benzeri hastalık harici pek çok sebebin yanı sıra başta enfeksiyonlar olmak üzere birçok tıbbi gerekçe ile ağlayabilmektedirler (70,71).

Bütün bebekler hayatlarının ilk üç ayını kapsayan dönemde daha fazla ağlamaktadır. “Aşırı ağlama” net bir tanımı bulunmamasına karşın, gün içerisinde yaklaşık iki saat kadar ağlama bebeklerde normal olarak değerlendirilmektedir (72,73). İlk üç aylık dönemde herhangi bir sebep olmaksızın aşırı ağlama literatürde “kolik” terimiyle ifade edilmekte olup; çok farklı tanımları olmasına rağmen Wessel ve ark. (74) tarafından yapılan ve en fazla kabul edilen tanımda kolik; üç ay altındaki bebeklerde asgari üç hafta süresince, hafta boyunca üç günden çok, günlük asgari üç saatlik ağlama olarak tanımlanmıştır (72,74).

Bebeklerde ilk 3-4 aylık zaman dilimi içerisinde ağlamadaki en sık sebep, net olarak kanıtlanmış tıbbi tedavisi bulunmayan ve en zor ağlamalardan biri olan kolik ağrısıdır. Bebeğin avutulması kapsamında birçok metot denenmekte olup, önerilen metotlardan bazıları ritmik aktivite yaptırılması, bebeği sıcak tutacak biçimde sarma, ışıkları söndürme, çevresel uyaranları azaltma, yatıştıran bir müzik ile bitkisel çay ve ilaçlardır (70,75).

Literatüre bakıldığında bebeklerin ağlamalarının altı ila sekizinci haftalar içerisinde günlük 2.6 saat ortalama ile azami seviyeye ulaştığı, 3. ve 4. aylar içinde ise önemli oranda azaldığı ifade edilmektedir (76,77). Bu çalışmada bebeklerinin gün içerisinde üç saatten fazla ağladığını ifade eden ebeveyn oranı %2,5 iken, ebeveynlerin %63,8’lik büyük bir kısmı

tarafından bebeklerinin günlük ortalama ağlama süresinin 1 saatten az olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ebeveynlerin yine %62,8'lik büyük bir kısmı tarafından bebekler için normal olarak kabul edilebilecek ağlama süresinin 1 saatten az olduğu ifade edilmiştir. Cansever ve ark. (78)'nin yaptığı bir çalışmada bebeklerinin üç saatten çok ağladığını ifade eden ebeveyn oranı %16,4 olarak saptanmıştır. Taşar ve ark. (68) tarafından gerçekleştirilen bir başka araştırmada ise; 2-4 aylık bebeğe sahip olan ebeveynlerin %38,6'sı bebeklerinde durdurulamayan ağlama olduğunu ifade etmişlerdir.

Aileler tarafından ifade edilen bebeklerinin ortalama ağlama süresi algılamalarında sosyo-demografik özellikler bakımından farklılıklar bulunabilmektedir. Bu çalışmada bebeğin gün içinde ortalama ağlama süresi ile ebeveyn cinsiyeti, ebeveyn yaş grubu, anne ve baba eğitim düzeyleri, baba çalışma durumu, aylık gelir, bebeğe bakan kişi, bebeğin yaşı ve bebek cinsiyeti arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan çalışmaların bazılarında erkek bebeklerde aşırı ağlamanın kız bebeklere göre daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda ise bu çalışmanın bulguları ile örtüşen şekilde erkek ve kız bebeklerin ağlama süreleri bakımından aralarında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir (78).

Bu çalışmada, bebeklerin ortalama ağlama süresi ile uyku düzenleri arasında ilişki bulunduğu, en uzun (>3 saat) ortalama ağlama süresine sahip bebeklerin %9,7 ile "çok düzensiz" uyuyan bebekler, en az (<1 saat) ortalama ağlama süresine sahip bebeklerin %83,5 ile "çok düzenli" uyuyan bebekler olduğu saptanmıştır. Literatürde, bu çalışma bulguları ile uyumlu olarak bebeklerin uyku düzenleri iyi olduğunda daha az ağladıklarının belirlendiği çalışmalar bulunmaktadır (78).

Bebeklerin ortalama ağlama süresi ile ebeveynler tarafından normal kabul edilen ağlama süreleri arasında ilişki bulunmuş, bebeklerin ortalama ağlama süreleri arttıkça, ebeveynlerin normal olarak kabul ettikleri bebek ağlama sürelerinin de arttığı tespit edilmiştir.

Erkek bebeklerde aşırı ağlamanın kız bebeklere göre daha yüksek oranda görüldüğü bildirilen bazı çalışmalar bulunmakla birlikte (70), bu çalışmanın bulguları ile uyumlu olarak erkek ve kız bebeklerin ağlama süreleri arasında herhangi bir farklılık tespit edilmeyen çalışmalar da mevcuttur (78).

Bebeklerde ağlama pek çok tıbbi sebebe dayanabileceği gibi herhangi bir tıbbi sebebe dayanmayan sebepler de bulunmaktadır (79,80). Çalışma kapsamında bebeklerinin neden ağladığı sorulduğunda; ebeveynler tarafından bebeklerin ağlamasına neden olabilecek etkenler arasında ilk husus olarak % 95,5 ile açlık, % 93,8 ile altını kirletme ve %91 ile bebeğin ağrısının olması hususları sayılmıştır. Baykan ve ark.nın (81) yaptıkları çalışmada

anneler tarafından bebeklerin ağlamasında sebep olarak görülen faktörler olarak en fazla açlık, rahatsız hissetme (altını kirletme, üşüme, sıcak) benzeri tıbbi olmayan sebepler ifade edilmiştir. Taşar ve ark.nın (68) çalışmalarında da buna benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmada; Baykan ve ark.nın (81) çalışmasına benzer biçimde ebeveynler tarafından belirtilen ağlama sebepleri arasında ilk olarak tıbbi olmayan hususların akla gelmesi ve bebeklerin duygusal gereksinimlerinin (Mutsuz ve sıkılmış hissetme gibi) ağlama nedeni olarak daha az düşünülmesi dikkat çekici bulunmuştur. Bunun ebeveynlerin bebeklerin duygusal gereksinimleri hususunda bilgi düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanabileceği değerlendirilmiştir (81).

Çalışma kapsamında ebeveynlerin %59,5’u “Bebekler zaman zaman öylesine ağlar” derken, “Bebekler hiçbir nedeni yokken de ağlar” diyen ebeveyn oranı %54,5 olarak belirlenmiştir. 2010 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada söz konusu ifadelerle katılım oranları %35 ve %14 olarak saptanmıştır (82). Bir başka çalışmada bu oranlar sırasıyla %52,1 ve %45,0 olarak belirlenmiştir (83). Diğer bir çalışmada ise ebeveynlerin “Bebekler nedeni yokken de ağlar” ifadesine katılım düzeyi %50,7 olarak saptanmıştır (78).

Çalışma kapsamında ebeveynlere ağlamanın bebeğe zararlı olup olmadığı sorusu yöneltilmiştir. Ağlamayı bebek için zararlı görme ile ebeveyn cinsiyeti arasında ilişki bulunduğu, ağlamayı bebekler için zararlı olarak düşünen anne oranının babalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu husus; annelerin bebekleriyle daha fazla vakit geçirdiği ve ağlamanın bebeklerde normal bir davranış şeklinde algılandığı toplumumuza has bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Ağlamayı bebek için zararlı görme ile bebeğin yaşı arasında ilişki bulunduğu saptanmıştır. Ağlamanın bebeğe zararı hususunda 1 aydan küçük bebeği olan ebeveynler %27 oranında “zararlı” ve %73 oranında “zarar değil” şeklinde cevap verirken, söz konusu oranlar 10-12 ay arasında bebeği olanlarda sırasıyla %55 ve %45 şeklinde saptanmış, bebeklerinin yaşlarının artışı ile ebeveynlerin ağlamayı bebek için zararlı bulmaya başladıkları belirlenmiştir.

Ağlayan bebekleri yatırtmada annelerin kullandıkları yöntemler buldukları ülke ve kültürlere göre değişim sergilemektedir (80,84). Çalışma kapsamında bebeklerin avutulmasında en sık olarak kullanılan yöntemler mama verme, kucağa alma ve alt değiştirme yöntemleri olarak sıralanmıştır. Bazı çalışmalarda buna paralel sonuçlara ulaşılrken (78,84,85), Hollanda’da gerçekleştirilen bir çalışmada müzik dinletmek ve masaj-banyo yaptırmak gibi yöntemlerin de bebeklerin avutulmasında sık olarak kullanıldığı, ayrıca

bebeğin sorununun olmadığı hususunda emin olunduktan sonra “güvenli biçimde odasında yalnız bırakma” yönteminin de tercih edildiği bildirilmiştir (71). Birleşik Arap Emirlikleri’nde 702 anne ile yapılan bir çalışmada, ilk üç ayda, anneler; bebeklerini sakinleştirme yöntemi olarak % 99,1’i emzirme, % 96,9’u kucağına alma, % 64,7’si bitkisel çay verme, % 42,2 sallama yöntemlerini kullandıklarını belirtmişlerdir (85). Sakinleştirme yöntemi olarak masaj-banyo yaptıranlar % 34,6, emzik verenler % 8,3 oranında saptanırken bu annelerin hiçbiri, sarsma veya vurma gibi yöntemleri kullanmadıklarını beyan etmişlerdir (84).

Amerika Birleşik Devletleri’nde de 700 sağlıklı anne sütü alan bebek ile yapılan çalışmada annelerin ilk 16 haftada sakinleştirme yöntemi olarak % 87’si kucağında tuttuğunu, % 82’si emzirdiğini, % 67’si salladığını belirtmişlerdir (86).

Danimarkalı anneler, İngiltere ve Kuzey Amerikalı annelere göre daha az olarak, bebeği ağlarken yatağında bırakmayı tercih etmektedirler (86). Arap Ülkelerinden ise bu çalışmadakine benzer olarak annelerin sadece % 6’sının yatağına bırakma yöntemini, tercih ettikleri bildirilmiştir (84). Yaptığımız çalışmada bebeği yatağına koymayı ve o şekilde bırakmayı tercih eden olmamıştır, bu farklılık muhtemel yetiştirilme tarzına bağlanmıştır.

Hollanda’da 3 aylık bebeği olan 1826 anne ile yapılan çalışmada bir çalışmada bebeklerini ağladıklarında avutmak için, annelerin % 95 ‘i kucağında tuttuğunu, % 84’ü emzik verdiğini, % 65’i masaj veya banyo yaptırdığını, % 57 ‘si müzik dinlettiğini ve bitkisel çay içirdiğini belirtmiştir (87). Birleşik Arap Emirlikleri’nde sakinleştirmek için bitkisel çay kullanımını % 75 oranında saptanmış olup bunun aile büyüklerinden öğrenildiği ve geleneksel bir yöntem olduğu bildirilmiştir (84). Bizim çalışmamızda bitkisel çay içirdiğini belirten anne olmamış, ancak ateş düşürücü, ağrı kesici ve gaz giderici ilaç verdiğini belirten katılımcılar olmuştur. Bu durum da, içinde yaşanan kültürel farklılıklara ve geleneksel tamamlayıcı tıbbi yöntem kullanım değişikliğine bağlanmıştır.

Annelerin eğitim durumları ile bebeği sakinleştirme yöntemleri arasında ilişki bildirilmektedir. İngiltere’de iki ayrı kültürel grupta bebeklerin ağlama özelliklerini araştıran bir çalışmada daha az kültür seviyesine sahip annelerin bebeklerini sakinleştirmek için emzirmeyi daha sık tercih ettikleri, bebeği ağlarken yatağında bırakmayı daha az tercih ettikleri saptanmıştır (88,89). Taşer ve ark. (68) yaptığı çalışmada “emziririm” diyen annelerin oranları arasında annenin eğitim düzeyine göre fark saptanmadı. “Konuşur/şarkı söylerim” diye belirten annelerin oranı eğitim öncesi üniversite/yüksek okul eğitimi alan annelerde yüksek saptanırken eğitim sonrası ilköğretim 5.sınıf/altı eğitim alanlarda düşük

saptandı. Eğitimden sonra “masaj/banyo yaptırırım” diyen annelerin oranı üniversite/yüksek lisans eğitimi alan annelerde daha yüksek bulundu. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça emzik ve çay kullanımı sıklığı arttığı bildirilmektedir (88).

Türkiye’de Ankara ilinde 2010 yılında, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gazi Üniv.’de toplam 545 anne ile yapılan çalışmada en sık sakinleştirme yöntemleri olarak emzirme (% 78,2), altını değiştirme (% 66,6), gazını çıkartma (% 40,6) olarak belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada annelerin emzik kullanımı ile anne eğitim düzeyleri arasında ilişki saptanmamış (78). Yaptığımız çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça sakinleştirme yöntemi olarak oyuncak ile oynatma ve bebeğe müzik dinletme cevaplarında artış görülmüştür.

Bebek bakımının sinir bozucu ya da sıkıntı verici olup olmadığı ile ebeveyn cinsiyeti, ebeveyn yaş grubu, anne çalışma durumu, anne istismar durumu, ailedeki çocuk sayısı, gebelik sayısı, anne düşük durumu ve anne eğitim düzeyi arasında ilişki olmadığı görülmüştür.

Çalışma kapsamında ebeveynlerin bebek sevme biçim ifadesine verdikleri yanıtlar ile ailelerinde bulunan çocuk sayısı arasında ilişki olduğu, ailede bulunan çocuk sayısının artmasıyla bebekleri hoplatma ve zıplatma şeklinde sevme arasında ters ilişki bulunduğu görülmüştür. Bu durumun bebek sahibi olmalarının ardından ailelerin bebekleri sevme biçimleri konusunda bilinçlenmelerinden kaynaklanabileceği değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamında ele alınan konulardan biri de “Sarsılmış Bebek Sendromu” olmuştur. Sarsılmış Bebek Sendromu; bilhassa bir yaşın altındaki çocuklarda görülen, önemli beyin travmalarına sebebiyet verebilen istismar kaynaklı zedelenme şeklinde tanımlanmaktadır (82,90). Sarsılmış Bebek Sendromu, bebeklerin doğumunun hemen sonrasındaki aylarda sıkça karşılaşılan ağlama krizlerinin ebeveynlerde meydana getirdiği öfke ile hayal kırıklığının neticesinde ortaya çıkmakta olup, bebeklerde önemli sağlık sorunlarına sebep olabilen, zaman zaman ölümlle dahi neticelenebilen bir durumdur (91).

Çalışma kapsamında; “Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?” ifadesine verilen yanıtlar arasında ebeveyn cinsiyeti, ebeveyn medeni durumu, ebeveyn yaş grubu, anne eğitim düzeyi, anne istismar durumu, ailedeki çocuk sayısı, anne düşük durumu, ölü doğum durumu ve anne gebelik sayısına göre istatistiksel bir farklılık olmadığı, ebeveynlerin yukarıda sıralanan değişkenlerden bağımsız olarak sarsmayı bebekler için zararlı olarak gördükleri belirlenmiştir. Çalışmalarda “bebeklerini sarstığını veya bebeklerine vurduğunu” belirten annelerin genellikle daha sıklıkla düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip anneler oldukları bildirilmiştir (87,92). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada

ise beklenenin tersine ailelerin gelir düzeyleri ile sarsma sıklığı arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (93,94). Taşar ve ark. (68) yaptığı çalışmada ailenin gelir düzeyi ve annenin eğitim durumu ile sarsmayı düşünme sıklığı arasında ilişki saptanmadı. Genellikle gelir düzeyi az olan ailelerde sarsmanın disiplin yöntemi olarak daha sık kullanılmasına rağmen, hem ABD’de yapılan çalışmada, hem de Taşar ve ark.’nın (68) yaptığı çalışmada gelir düzeylerinde eşit bulunmasının nedeni bu ailelerin olayı, korkmaları nedeniyle saklamaları ile açıklanabilir (93,94).

Ailelerin sosyo-demografik özellikleri bağlamında sarsılmış bebek sendromu kavramının duyulma durumuna bakıldığında ise; söz konusu kavramı duyma ile ebeveyn cinsiyeti, anne istismar durumu, bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu, anne düşük durumu, ölü doğum durumu ve ebeveyn medeni durumu arasında ilişki olmadığı fakat ailedeki çocuk sayısı ve anne eğitim düzeyi ile aralarında ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Annelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe sarsılmış bebek sendromunu duyma oranları da artmaktadır. Bununla birlikte ailelerin büyük bir çoğunluğunun daha önce bu kavramı duymadıkları saptanmıştır. Literatürde bu çalışmadaki bulgularla örtüşen çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada SBS kavramını duyan anne oranı yalnızca %9,5 olarak tespit edilmiştir (68). ABD’de gerçekleştirilen bir çalışmada genç erişkinlerin büyük kısmının bu kavramı duymadığı saptanmıştır (95). Bunun yanında yine ABD’de gerçekleştirilen ve %62 ile büyük çoğunluğu üniversite mezunu olan katılımcıların iştirak ettiği bir başka çalışmada ise anneler arasında SBS kavramını duyma oranı %96 gibi çok yüksek bir seviye olarak belirlenmiş olup, söz konusu rakamlar bu çalışmada ulaşılan annelerin %58,7’sinin SBS kavramına yabancı olduğu bulgusu ile tezat oluşturmakta ve ülkemizde yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler arasında dahi SBS kavramına yönelik bilgi seviyesinin çok düşük olduğunu açıkça göstermektedir. Ayrıca sarsılmış bebek sendromu kavramını ebeveynlerin büyük kısmının daha önce duymadıkları (anneler- %77,1 ve babalar- %72,8) saptanmıştır (89,90).

Showers ve ark. (15) yaptıkları çalışmada lise öğrencilerinin, çocuğu olan veya yakında çocuk sahibi olacak ebeveynlerin % 25-50 oranlarında sarsmanın bebekte beyin hasarı veya ölüme yol açtığını bilmediklerini bildirmişlerdir.

Sarsmanın zararları hakkındaki ifadeler ile ebeveyn cinsiyeti, ailedeki çocuk sayısı, anne eğitim düzeyi ve ölü doğum durumu arasında ilişki bulunurken, söz konusu ifadeler ile anne istismar durumu, bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu, anne düşük durumu, gebelik sayısı ve ebeveyn medeni durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Dünyanın gelişmiş ülkelerinde sarsılmış bebek sendromunun önlenmesi amacıyla önleyici eğitimler uygulanmakta (91,96,97), bu eğitimlerle ebeveynlere ağlamanın bebeklerin gelişimi çerçevesinde olağan bir davranış olduğunun anlatılması, ağlayan bebekleri yatıştırma yöntemlerinin öğretilmesi ve sarsmanın zararlarına ilişkin olarak ebeveynlerin bilgilendirilmesi hedeflenmektedir (97). Ülkemizde de ebeveynlerin bebek sahibi olmadan önce bu tür eğitimlere katılımının sağlanmasının, sarsılmış bebek sendromu vakalarının önlenmesi bakımından arz ettiği değerlendirilmektedir (96).

Bebekleri avutma ve sevme biçimleri sonucu ortaya çıkan ve hayati önem taşıyan zararlardan korumak adına başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına önemli görev düşmektedir. Birinci basamak hekimi olan aile hekimleri dünyada da, ülkemizde de herhangi bir sağlık sorunu olan pek çok ailenin ilk başvurduğu, bebeğin doğumundan itibaren takip, aşılma, tanı ve tedavi ve de ailenin tüm bireylerini yakından tanıdığı sağlık çalışanı olduğu için, SBS tanısı, tedavisi için sevk ve tedavide gerekenlerinin yapılması, en önemlisi de SBS konusunda aileleri bilgilendirmek, bebekleri sevme ve avutma tutum ve davranışları konusunda bilinçlendirmek, farkındalık yaratmak için aile hekimlerinin bilgi ve becerileri arttırılmalıdır.

Aile hekimlerinin SBS'yi tanımaları, bu durumun mortalite ve morbiditesini azaltacak ve etkili korunma olanağını da yaratacaktır. SBS şüphesi olan infantların en kısa süre içerisinde ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi aile hekiminin atacağı önemli adımlardan biridir, ancak aile hekiminin üzerine düşen en önemli görev bebeklerin avutulma ve sevilme biçimleri ile ilgili sarsma ve hırpalamanın zararları ile ilgili eğitimi aile ve bakım veren kimselere vermek, sarsılmış bebek sendromu konusunda bilgilendirmek, sarsılmış bebek sendromu konusunda riskli olan grupları tespit etmek ve onlara danışmanlık yapmaktır, gerektiğinde ev ziyaretleri yaparak ortamı değerlendirmek ve yardımcı sağlık personeli ile birlikte SBS oluşumunu engellemektir.

## SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri poliklinikleri (çocuk acil, genel pediatri, yenidoğan, nefroloji, hematoloji, kardiyoloji, endokrinoloji poliklinikleri) ve çocuk cerrahi polikliniklerine 2016 yılı içerisinde başvuran 0-12 ay grubu hasta sayısı hastanemiz bilgi işlem biriminden alınarak şu verilere ulaşılmıştır: ocak: 688, şubat: 744 , mart: 773, nisan: 697, mayıs: 728, haziran: 681, temmuz: 619 , ağustos: 635 , eylül: 604 , ekim: 787, kasım: 776 , aralık: 767 hasta. Bu rakamlar baz alınarak %1 fark - %95 güvenilirlik ile anlamlı bulmak sureti ile kış ayları aralık , ocak , şubat aylarının verileri kullanılarak 368 birey hedeflenmişti, çalışmada 400 gönüllü bireye ulaşıldı. Yapılan anket ve değerlendirmelere göre elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Sarsılmış bebek sendromu, önlenemez bir sorundur. Çocuklar sarsıldıktan ve istismara uğradıktan sonra geç kalınması nedeniyle korunma önemli hale gelmiştir. Birçok araştırmacı erken girişimin önemini belirtmektedir.
2. Katılımcıların bebeklerinin gün içerisinde üç saatten fazla ağladığını ifade eden ebeveyn oranı %2,5 iken, ebeveynlerin %63,8'lik büyük bir kısmı tarafından bebeklerinin günlük ortalama ağlama süresinin 1 saatten az olduğu belirtilmiştir. Ebeveyn ve bakıcıların belirttiği bu sürenin herhangi bir faktörden etkilenmediği belirtilmiştir.
3. Bebeğin ağlama nedenleri olarak ilk üç sırada en çok; “bebek açtır, bebeğin altı kirlidir” ve “bebeğin ağrısı vardır” cevapları sıralanmıştır, ailenin bebek bakımı ile ilgili doğru yaklaşımları görülmüş, fizyolojik ihtiyaçlarına vurgu yapıldığı ve bunlarla ilgilendikleri ortaya çıkmıştır. Belirtilen ağlama sebepleri arasında ilk



olarak tıbbi olmayan hususların akla gelmesi ve bebeklerin duygusal gereksinimlerinin (mutsuz ve sıkılmış hissetme gibi) ağlama nedeni olarak daha az düşünülmesi dikkat çekici bulunmuştur. Bunun ebeveynlerin bebeklerin duygusal gereksinimleri hususunda bilgi düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanabileceği değerlendirilmiştir.

4. Annelerin eğitim düzeyleri arttıkça, çevre gürültüsünü bebeklerinin ağlama nedeni olarak değerlendirme oranının da arttığı belirlenmiştir, bu da, muhtemelen annelerin farkındalıklarının artması ile ilgili olarak karşımıza çıkmaktadır.
5. Bebek avutma yöntemi olarak annelerin ve babaların neredeyse tamamı tarafından bebekler ağladığında öncelikle temel gereksinimlerinin (açlık, susuzluk vb.) kontrol edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bebek avutma yöntemlerine ilişkin görüşler arasında anne ve babalar tarafından en fazla iştirak edilen ikinci husus “bebekte bir sağlık sorunu olup olmadığına bakılması gerektiği”dir. Ailelerin bu temel ihtiyaçlarla alakalı farkındalığı tespit edilmiş olup, eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.
6. Bebeği avutma yöntemlerine ilişkin ;“ Bebek oyuncakla oynatılabilir mi? ” ve “ Müzik dinletmek yararlı mıdır? ” verilen yanıtlar ile anne eğitim düzeyi ile ilişkili bulunduğu görülmüş ve eğitim düzeyi arttıkça bu cevapların verilme sayısı artmıştır, literatürde ağlayan bebeklerle alakalı dikkatini başka yöne çekmek üzerine yazılar mevcut olup, çalışmamızda da annelerin eğitim düzeyi arttıkça bu konuda bilgilerinin artmış olduğu ve tutumlarının bu yönde arttığı gözlenmiştir..
7. Çalışma kapsamında ebeveynlerin bebek sevmeye biçim ifadesine verdikleri yanıtlar ile ailelerinde bulunan çocuk sayısı arasında ilişki olduğu, ailede bulunan çocuk sayısının artmasıyla bebekleri hoplatma ve zıplatma şeklinde sevmeye arasında ters ilişki bulunduğu görülmüştür. Bu durumun bebek sahibi olmalarının ardından ailelerin bebekleri sevmeye biçimleri konusunda bilinçlenmelerinden kaynaklanabileceği değerlendirilmiştir.
8. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu bebeğe bakmanın sıkıntı verici ve/veya sinir bozucu olmadığını belirtmişlerdir. Sinir bozucu ya da sıkıntı verici olarak bulan ebeveynlerin hemen hemen hepsi 50 yaş ve üzeri ebeveynler olarak bulunmuştur. Bu durum yaş ilerledikçe ebeveynlerin tahammül sınırları azalmış olabileceği ile alakalı düşünülmüştür.

9. Bebeklerin uyku düzeni ile bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır, dünya genelinde yapılan çalışmalarda genel olarak kronik hastalık ve/veya sendromu olan bebeklerin daha düzensiz uykuları olduğu belirlenmesine rağmen biz de sonuç böyle değildir.
10. Sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir sorusuna yanıt olarak en sık verilen cevaplar sırası ile; “başına zarar gelir ” , “vücuduna zarar gelir ” ve “beynine zarar gelir ” olarak belirtilmiştir, bu da ailelerin sarsma konusunda bilinçli olduğunu göstermiştir.
11. “Sarsılmış Bebek Sendromu diye bir kavramı hiç duydunuz mu?” ifadesine verilen yanıtlar ile ebeveyn cinsiyeti, anne istismar durumu, bebekte sendrom ve/veya kronik hastalık bulunma durumu, anne düşük durumu, ölü doğum durumu, ebeveyn medeni durumu bulunmadığı, fakat anne eğitim düzeyi arasında beklenildiği gibi, ailedeki çocuk sayısı ile arasında ters ilişki olduğu belirlenmiştir, muhtemel olarak daha genç ve daha eğitilmiş ebeveyn nedenli bağdaştırma yapılabilir. Sarsılmış bebek sendromu kavramını ebeveynlerin büyük kısmının daha önce duymadıkları (%76,5) daha önceki çalışmalardaki gibi yüksek oranda belirlenmiştir.

Son yıllarda bebeği sevme ve avutma biçimlerinden kaynaklanan, fazlaca konuşulan ve çocuk ihmal ve istismarı olarak tanımlanan sarsılmış bebek sendromu ile ilgili olarak ailelerin bu konuyu, kavramı bilmediklerini ve de konuyla alakalı gerekli olan bilgi ve farkındalık eksikliğini görmüş olduk. Aile hekiminin üzerine düşen en önemli görev bebeklerin avutulma ve sevilme biçimleri ile ilgili sarsma ve hırpalamanın zararları ile ilgili eğitimi aile ve bakım veren kimselere vermek, sarsılmış bebek sendromu konusunda bilgilendirmek, sarsılmış bebek sendromu konusunda riskli olan grupları tespit etmek ve onlara danışmanlık yapmaktır, gerektiğinde ev ziyaretleri yaparak ortamı değerlendirmek ve yardımcı sağlık personeli ile birlikte SBS oluşumunu engellemektir.

## ÖZET

Araştırmamızın amacı 0-12 ay grubunda ağlayan bebeklerin ebeveyn ve bakıcılarının yaklaşımlarını, ağlama ve uyumama durumunda nasıl tepki verdiklerini, bebekleri sevmeye, bebeklere sevgi gösterme biçimleri ve sarsılmış bebek sendromu ile ilgili bilgilerini belirlemektir.

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri (Genel Pediatri, Yenidoğan, Nefroloji, Hematoloji, Kardiyoloji, Endokrinoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Poliklinikleri) ve pediatrik cerrahi poliklerine başvuran 0 – 12 ay grubunda bebeğe sahip ebeveynler ve/veya bakıcıları hedeflenmiştir. Araştırmaya söz konusu hastanenin ilgili polikliniklerine 01.12.2017 ve 28.02.2018 tarihleri arasında başvuran 0 – 12 ay grubunda bebeği olan toplam 400 ebeveyn ve/veya bakıcı katılmayı kabul etti. Veriler 44 adet sorudan oluşmuş, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket ile toplanmıştır.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %59.5'i "bebek zaman zaman öylesine ağlar" diye belirtti; buna katıldığını belirten annelerin oranı %74.3, babaların oranı %1.2'si olarak bulundu. "Sarsmak bebeklere ne zarar verir?" sorusuna ebeveynlerin % 94.75'i "beynine ve başına zarar gelir" derken, %5.25'i "hiçbir şey yapmaz" diye yanıt verdi. Annelerin %36.6'sı, babaların %37'si bebek ağladığında kendilerini çaresiz, sinirli, kızgın ve öfkeli hissettiklerini ifade ettiler. Ebeveynlerin %64.5'i bebeklerini avutma yöntemi olarak kollarında, ayaklarında ve battaniyede sallama, sevmeye yöntemi olarak %59,25'i havaya hoplatma ve zıplatmayı kullandıklarını belirtti. Sarsılmış bebek sendromu kavramını ebeveynlerin büyük bir kısmı daha önce hiç duymadıklarını ifade ettiler (%76,5) .

Çalışmamızdan elde edilen bulgular sonucu ailelerin, bakım veren kimselerin bebekleri sevmeye ve avutma tutum ve biçimleri sonucu onları sarsabildikleri ve sarsma ile, sarsılmış bebek sendromu ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüş olup, burdan hareketle bebeğin doğumu ile birlikte ailelere bu konuda bilgi vermek, farkındalık kazandırmak, sarsmayı önleyebilmek ve gerektiğinde de ilk müdahaleyi yaparak gerekli kuruluşlara yönlendirmek konusunda aile hekimlerine büyük görev düştüğü tespit edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk bakımı, çocuk istismar ve ihmali, sarsılmış bebek

# **THE ATTITUDES OF LOVING AND CONSOLATING OF PARENTS AND/OR CAREGIVERS OF CHILDREN IN THE 0-12 MONTH GROUP**

## **SUMMARY**

The aim of our study is to determine the attitudes of parents and carers of crying babies in the 0-12 month group, how they react in case of crying and not sleeping, liking babies, expressing love for babies and shaken baby syndrome.

In our study, parents and / or caregivers with babies who were admitted to the pediatric surgery polyclinics of pediatric (General Pediatrics, Newborn, Nephrology, Hematology, Cardiology, Endocrinology and Infectious Diseases Polyclinics) and Trakya University Medical Faculty Hospital were targeted. A total of 400 parents and / or caregivers with babies from 0 to 12 months who applied to the relevant outpatient clinics of the hospital between 01.12.2017 and 28.02.2018 agreed to participate in the study. Data were collected by a questionnaire prepared by the researchers. 59.5% of the parents who participated in the study stated that "the baby cries from time to time, with no reason"; the rate of mothers who agreed with this was 74.3% and the rate of fathers was 1.2%. The question "what harm does shaking the baby do?" was answered by %94.75 of the parents as "the head and the brain can be damaged" and by %5.25 of the parents as "it does nothing". %36.6 of the mothers and %37 of the fathers signified that when the baby cried they felt themselves desperate, angry, nervous and furious. 64.5% of the parents shake their babies in their arms, feet and blankets as a method of catching; 59.25% of the parents stated that they used air hopping and bouncing as a method of loving. The majority of parents said that they never heard before of the concept of shaken baby syndrome (%76.5).

As a result of the findings obtained from our study, it was seen that the families, caregivers could shake the babies as a result of their love and retention behaviors and forms, and they did not have enough information about shaken baby syndrome and gave information

about this issue to the families with the birth of the baby. It has been determined that family physicians have an important role in preventing the shaking, and when necessary, by making the first intervention and directing them to the necessary organizations.

**Key words:** Childcare, child abuse and neglect, shaken baby

## KAYNAKLAR

1. Chiesa A, Duhaime AC. Abusive head trauma. *Pediatr Clin North Am* 2009;56(2):317-31.
2. American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuriestechnical report. *Pediatrics* 2001;108(1):206-10.
3. Christian CW,Block R;Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2009;123(5):1409-11.
4. Matschke J, Herrmann B, Spermhake J, K rber F, Bajanowski T, Glatzel M. Shaken baby syndrome: a common variant of nonaccidental head injury in infants. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106(13):211
5. Ludwig S,Warman M. Shaken baby syndrome: a review of 20 cases. *Ann Emerg Med* 1984;13(2):104-7.
6. Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wiser R. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg* 1987;66(3):409-15.
7. Bandak FA. Shaken baby syndrome: a biomechanics analysis of injury mechanisms. *Forensic Sci Int* 2005;151(1):71-9.
8. National Center on Shaken Baby Syndrome [internette]. Erişim tarihi: Haziran 2011. Erişim tarihi: <http://www.dontshake.org/sbs>.
9. Goulet C, Frappier JY, Fortin S, D ziel L, Lampron A, Boulanger M. Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38(1):7-21.

10. Fanconi M, Lips U. Shaken baby syndrome in Switzerland: results of a prospective follow-up study, 2002-2007. *Eur J Pediatr* 2010;169(8):1023-8.
11. Ayvaz M, Aksoy Mc. Çocuk istismarı ve ihmali: Ortopedi Yönleri. *Haccettepe Tıp Derg.* 2004;35:27-33.
12. İşeri E. Cinsel İstimar. Coşkun a, Pehlivan B, İşeri E, Türkbay T, Miral S, Uslu R ve ark. (Editörler). Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabında. Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları;2008. S.470-7.
13. Minns RA, Jones PA, Mok JY. Incidence and demography of nonaccidental head injury in southeast Scotland from a national database. *Am J Prev Med* 2008;34(4):126-33.
14. Kelly P, Farrant B. Shaken baby syndrome in New Zealand, 2000-2002. *J Paediatr Child Health.* 2008;44(3):99-107.
15. Showers J. "Don't shake the baby": the effectiveness of a prevention program. *Child Abuse Negl.* 1992;16(1):11-8.
16. King WJ, MacKay M, Sirnick A; Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ* 2003;168(2):155-9.
17. Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 1995;95(2):259-62.
18. Carbaugh SF. Understanding shaken baby syndrome. *Adv Neonatal Care.* 2004;4(2):105-14.
19. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti LB, Berendes HW. Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med* 1998;339(17):1211-6.
20. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet* 2007;369(9576):1891-9.
21. "Preventing Shaken Baby Syndrome: A Guide for Health Departments and Community-Based Organizations" is a publication of the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control [internette]. Erişim Tarihi: Mayıs 2018. Erişim tarihi: [www.cdc.gov/injury](http://www.cdc.gov/injury).
22. Ommaya AK, Faas F, Yarnell P. Whiplash injury and brain damage: an experimental study. *JAMA* 1968;204:285-9.
23. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: Brennan LK, Rubin D, Christian CW, Duhaime AC, Mirchandani HG, Rorke-Adams LB. Neck injuries in young pediatric homicide victims. *J Neurosurg Pediatr* 2009;3(3):232-9.
24. Tomasi LG, Rosman NP. Purtscher retinopathy in the battered child syndrome. *Am J Dis Child* 1975;129(11):1335.



25. Uscinski RH. Shaken baby syndrome: an odyssey. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2006;46(2):57-61.
26. D Forbes B. Abusive head trauma in infants and young children: Anatomy and pathogenesis of retinal hemorrhages [internet]. Erişim tarihi: Nisan 2018. Erişim: <http://www.uptodate.com/contents/>
27. Morad Y, Kim YM, Armstrong DC, Huyer D, Mian M, Levin AV. Correlation between retinal abnormalities and intracranial abnormalities in the shaken baby syndrome. *Am J Ophthalmol* 2002;134(3):354.
28. Forbes BJ, Christian CW, Judkins AR, Kryston K. Inflicted childhood neurotrauma (shaken baby syndrome): ophthalmic findings. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2004;41(2):80.
29. Tursz A. Risk factors of child abuse and neglect in childhood. *Rev Prat* 2011;61(5):658-60.
30. Blumenthal I. Shaken baby syndrome. *Postgrad Med J* 2002;78(926):732-5.
31. Alexander R, Crabbe L, Sato Y, Smith W, Bennett T. Serial abuse in children who are shaken. *Am J Dis Child* 1990;144(1):58-60.
32. Bruce DA, Zimmerman RA. Shaken impact syndrome. *Pediatr Ann* 1989;18(8):482-4.
33. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 1999;281(7):621-6.
34. Geddes JF, Hackshaw AK, Vowles GH, Nickols CD, Whitwell HL. Neuropathology of inflicted head injury in children. I. Patterns of brain damage. *Brain* 2001;124(7):1290-8.
35. Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK, Nickols CD, Scott IS, Whitwell HL. Neuropathology of inflicted head injury in children. Microscopic brain injury in infants. *Brain* 2001;124(7):1299-306.
36. Gilliland MG, Luckenbach MW, Chenier TC. Systemic and ocular findings in 169 prospectively studied child deaths: retinal hemorrhages usually mean child abuse. *Forensic Sci Int* 1994;68(2):117.
37. Haviland J, Russell RI. Outcome after severe non-accidental head injury. *Arch Dis Child* 1997;77(6):504-7.
38. Forbes B. Abusive head trauma in infants and young children: ophthalmologic aspects [internet]. Erişim tarihi: şubat 2011. Erişim: <http://www.uptodate.com/contents/abusive-head-trauma-ininfants-and-young-children-ophthalmologic-aspects>.
39. Matschke J, Püschel K, Glatzel M. Ocular pathology in shaken baby syndrome and other forms of infantile non-accidental head injury. *Int J Legal Med* 2009;123:189–97.
40. Togioka BM, Arnold MA, Bathurst MA, Ziegfeld SM, Nabaweesi R, Colombani PM, et al. Retinal hemorrhages and shaken baby syndrome: an evidence-based review. *J Emerg Med* 2009;37(1):98-106.

41. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(13):231–40.
42. American Academy of Pediatrics; Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. Assessment of maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics* 2001;108(2):508-12.
43. Prasad MR, Ewing-Cobbs L, Swank PR, Kramer L. Predictors of outcome following traumatic brain injury in young children. *Pediatr Neurosurg*. 2002;36(2):64-74.
44. Physical abuse in children: Diagnostic evaluation and management[ internet]. Erişim tarihi: Şubat 2018. Erişim: [www.uptodate.com/ .../physical-abuse-in-children-diagnostic-evaluation](http://www.uptodate.com/.../physical-abuse-in-children-diagnostic-evaluation).
45. Sato Y, Yuh WT, Smith WL, Alexander RC, Kao SC, Ellerbroek CJ. Head injury in child abuse: evaluation with MR imaging. *Radiology* 1989;173(3):653-7.
46. Biousse V, Suh DY, Newman NJ, Davis PC, Mapstone T, Lambert SR. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging in Shaken Baby Syndrome. *Am J Ophthalmol* 2002;133(2):249-55.
47. Lindberg D, Makoroff K, Harper N, Laskey A, Bechtel K, Deye K, et al. ULTRA Investigators. Utility of hepatic transaminases to recognize abuse in children. *Pediatrics* 2009;124(2):509-16.
48. Coant PN, Kornberg AE, Brody AS, Edwards-Holmes K. Markers for occult liver injury in cases of physical abuse in children. *Pediatrics*.1992;89(2):274-8.
49. Reece RM, Sege R. Childhood head injuries: accidental or inflicted? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(1):11-5.
50. DiScala C, Sege R, Li G, Reece RM. Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(1):16-22.
51. Ewing-Cobbs L, Kramer L, Prasad M, Canales DN, Louis PT, Fletcher JM, et al. Neuroimaging, physical, and developmental findings after inflicted and noninflicted traumatic brain injury in young children. *Pediatrics* 1998;102(2):300-7.
52. Maguire S, Pickerd N, Farewell D, Mann M, Tempest V, Kemp AM. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child* 2009;94(11):860-7.
53. Feldman KW, Bethel R, Shugerman RP, Grossman DC, Grady MS, Ellenbogen RG. The cause of infant and toddler subdural hemorrhage: a prospective study. *Pediatrics* 2001;108(3):636-46.
54. Berger RP, Adelson PD, Richichi R, Kochanek PM. Serum biomarkers after traumatic and hypoxic brain injuries: insight into the biochemical response of the pediatric brain to inflicted brain injury. *Dev Neurosci* 2006;28(4-5):327-35.

55. Hartley LM, Khwaja OS, Verity CM. Glutaric aciduria type 1 and nonaccidental head injury. *Pediatrics* 2001;107(1):174-5.
56. Morris AA, Hoffmann GF, Naughten ER, Monavari AA, Collins JE, Leonard JV. Glutaric aciduria and suspected child abuse. *Arch Dis Child* 1999;80(5):404-5.
57. Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics*. 2005;116(2):e174-85.
58. Nagler J. Child abuse and neglect. *Curr Opin Pediatr* 2002;14(2):251-4.
59. Bhardwaj G, Chowdhury V, Jacobs MB, Moran KT, Martin FJ, Coroneo MT. A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. *Ophthalmology* 2010;117(5):983-92.
60. Berger RP, Adelson PD, Richichi R, Kochanek PM. Serum biomarkers after traumatic and hypoxic brain injuries: insight into the biochemical response of the pediatric brain to inflicted brain injury. *Dev Neurosci*. 2006;28(4-5):327-35.
61. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Derg*. 2006;15(9):153-7.
62. Oral Ük, Engin p, Büyükcacı z. Türkiye çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması/özet rapor (çevrimiçi) s.39, 2010. Erişim Tarihi: mart 2018 Erişim:<http://panel.unicef.org.tr/veraappvar/files/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>
63. Canbaz S, Turla A, Aker S, Pekşen Y. Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2005;14(11):241-6.
64. Dias MS, Smith K, DeGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005;115(4):e470-7. *osis and Management. Dtsch Arztebl Int* 2010;107(13):231-40.
65. Nurses tops for ethics and honesty [internette]. Erişim tarihi: Aralık 2017. Erişim: <http://www.gallup.com/poll/1654/honestyethics>.
66. Gutierrez FL, Clements PT, Averill J. Shaken baby syndrome: assessment, intervention, & prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004;42(12):22-9.
67. King WJ, MacKay M, Sirnick A; Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby Deyo G, Skybo T, Carroll A. Secondary analysis of the "Love Me...Never Shake Me" SBS education program. *Child Abuse Negl* 2008;32(11):1017-25.
68. Taşar MA. "Ankara'da İki Hastanede Uygulanan "Sarsılmış Bebek Sendromu Önleme Programının " Annelerin Bilgi Ve Tutumları Üzerine Etkisi". Ankara, 2011.
69. ARCHİ - Shaking Your Baby is Just Not the Deal [internette]. Erişim tarihi: Ocak 2018. Erişim: <http://www.archi.net.au/resources/workforce/nursing/shaking-baby>

70. Turner TL, Palamountain S. Colic (excessive crying) in infants. UpToDate. Augustyn M, Torchia MM, (eds). 2017, Erişim: [http:// www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
71. Van der Wal MF, van den Boom DC, Pauw-Plomp H, de Jonge GA. Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. Arch Dis Child 1998;79:312-7.
72. Hiscock H, Jordan B. Problem crying in infancy. MJA 2004;181:507-12.
73. Douglas P, Hill P. Managing infants who cry excessively in the first few months of life. BMJ 2011;343:d7772.
74. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler BA. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". Pediatrics 1954;14:421-33.
75. Heird WC. The feeding of infants and children. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed WB Saunders Elsevier, Philadelphia, USA 2004; 222-3.
76. Hiscock H. The crying baby. Aust Fam Physician 2006;35:680-3.
77. St James-Roberts I, Halil T. Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. J Child Psychol Psychiatry 1991;32:951-68.
78. Cansever Z, Taşar M. A, şahin F, çamurdan A. D, Beyazoda U. Ailelerin sarsılmış bebek sendromu konusundaki bilgi ve tutumları. Gazi Med J 2012; 23(2):39-45.
79. Hiscock H. The crying baby. Aust Fam Physician 2006;35:680-3.
80. Evanoo G. Infant crying: a clinical conundrum. J Pediatr Health Care 2007;21:333-8.
81. Baykan Z, Kondolot M, Baykan A. Sağlıklı bebeklerde yaşamın ilk dört ayında ağlama davranışı, ailelerin ağlamaya yaklaşımları ve bebeklerini sarsma durumları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Derg 2016;11(3):59-164.
82. Tolliday F, Simons M, Foley S. From inspiration to action: the shaken baby prevention project in Western Sydney. Communities, Children and Families Australia 2010;5:31-47.
83. American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries-Technical Report. Pediatrics. 2001;108:206-10.
84. Abdulrazzaq YM, Al Kendi A, Nagelkerke N. Soothing methods used to calm a baby in an Arab Country. Acta Paediatr 2009;98:392-6.
85. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, Eberly S, Lawrence RA. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. Breastfeed Med 2006;1(3):146-55.
86. Van der Wal MF, van den Boom DC, Pauw-Plomp H, de Jonge GA. Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. Arch Dis Child 1998;79(4):312-7.

87. Gutierrez FL, Clements PT, Averill J. Shaken baby syndrome: assessment, intervention, & prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*2004;42(12):22-9.
88. “St James-Roberts I, Bowyer J, Varghese S, Sawdon J. Infant crying patterns in Manali and London. *Child Care Health Dev* 1994;20(5):323-37.
89. Chiesa A, Duhaime AC. Abusive head trauma. *Pediatr Clin North Am* 2009; 56: 317-31.
90. Şahin F, Taşar MA. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Ped Arş* 2012; 47: 152-8.
91. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Prevalence of parental behaviour to diminish the crying of infants that may lead to abuse. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(45):2227-30.
92. Lawrence LL, Brannen SJ. The impact of physician training on child maltreatment reporting: a multi-specialty study. *Mil Med.*2000;165(8):607-11.
93. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics* 2005;115(3):331-7.
94. Dayton CJ, Walsh TB, Oh W, Volling B. Hush now baby: mothers’ and fathers’ strategies for soothing their infants and associated parenting outcomes. *J Pediatr Health Care* 2015;29:145-55.
95. National Center on Shaken Baby Syndrome [internette]. Erişim tarihi: mart 2018. Erişim: <http://www.dontshake.org/sbs..>
96. Taşar MA, Şahin F, Polat S, İlhan M, Çamurdan A, Dallar Y, ve ark. “Sarsılmış Bebek Sendromu Önleme Programının Uzun Dönem Sonuçları: Türkiye Deneyimi.” *Türk Ped Arş.* 2014; Cilt 49: Sayı 203 s.9.
97. Newton Aw, Vandeven Am. Child Abuse and Neglect: a Worldwide Concern. *Curr Opin Pediatr* 2010;22:226-33.

## **EKLER**

Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/282	
	PROTOKOL ADI	0-12 Ay Grubundaki Çocukların Ebeveyn ve (veya) Bakıcılarının Bebekleri Sevme ve Avutma Biçimleri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 19/09	Tarih: 08.11.2017	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Birşua DOĞAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödülmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Üfket VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruğül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİÖCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL  
Dekan a  
Dekan Yrd.

**EDİRNE İLİ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP  
FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI VE ÇOCUK CERRAHİ  
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 0 – 12 AY  
GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN EBEVEYN VE / VEYA  
BAKICILARININ ÇOCUKLARI SEVME VE AVUTMA  
BİÇİMLERİ**



## **Tıpta Uzmanlık Tezi**

**Araş. Gör. Dr. Birşua DOĞAN**

**TÜTF Aile Hekimliği ABD**

**Danişman: Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN**

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak ‘Edirne İli Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk cerrahi polikliniklerine basvıran 0 – 12 ay grubundaki çocukların ebeveyn ve / veya çocukları sevme ve avutma biçimlerini öğrenebilmek amacı ile hazırladığımız bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp , katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül veya ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacı ile kullanılacak olup , hiçbir şekilde kimlik bilgileriniz alınmayacak ve anket tamamen anonim yapılacaktır.

**1.Ebeveyn cinsiyeti?**

**A)Kadın**

**B)Erkek**

**2.Ebeveynin yaş grubu:**

**A)<20**

**B)20-29**

**C)30-39**

**D)40-49**

**E)>50**

**3.Kaç yıllık evlisiniz?**

.....

**4.Anne eğitim düzeyi:**

**A)Okuma yazması yok**

**B)Okuma yazması var**

**C)İlkokul**

**D)Ortaokul**

**E)Lise**

**F)Üniversite**

**G)Diğer.....**

**5.Babanın eğitim düzeyi:**

**A)Okuma yazması yok**

**B)Okuma yazması var**

- C)İlkokul
- D)Ortaokul
- E)Lise
- F)Üniversite
- G)Diğer.....

**6.Ane alışıyor mu?**

- A)Hayır
- B)Evet

**Cevap evet ise içi nedir?.....**

**7.Baba alışıyor mu?**

- A)Hayır
- B)Evet

**Cevap evet ise içi nedir?.....**

**8.Ailenin aylık geliri ne kadardır?**

.....

**9.Annede kişisel istismar veya ailesel istismar öyküsü var mı?**

- A)Evet
- B)Hayır

**10.Babada kişisel istismar veya ailesel istismar öyküsü var mı?**

- A)Evet
- B)Hayır

**11.Bebeğe bakan kişi?**

**A)Anne**

**B)Baba**

**C)Kardeş**

**D)Büyükanne**

**E)Büyükbaba**

**F)Bakıcı**

**G)Diğer.....**

**12)Bebeğe bakan kişinin eğitim düzeyi?**

**A)Okuma yazması yok**

**B)Okuma yazması var**

**C)İlkokul**

**D)Ortaokul**

**E)Lise**

**F)Üniversite**

**G)Diğer.....**

**13.Bebeğe bakan kişide kişisel istismar veya ailesel istismar öyküsü var mı?**

**A)Hayır**

**B)Evet**

**14.Annenin toplam kaç gebeliği oldu?**

**.....adet**

**15. Anne düşük yaptı mı?**

**A) Hayır**

**b) Evet.....adet**

**16. Ailenin ölü doğan ve/veya doğduktan sonra kısa bir süre yaşayıp vefat eden çocuğu oldu mu?**

**A) Hayır**

**B) Evet.....adet**

**17. Ailede toplam kaç yaşayan çocuk var?**

.....

**18. Yaşlarını ve cinsiyetlerini yazar mısınız?**

**1. Çocuk cinsiyet ..... yaş .....**

**2. Çocuk cinsiyet ..... yaş .....**

**3. Çocuk cinsiyet ..... yaş .....**

**4. Çocuk cinsiyet ..... yaş .....ve diğerleri**

**19. Evde kaç kişi yaşamakta?**

.....Kişi

**20. Bebeğin gebelik haftası:**

**A) >36 hafta**

**B) 32-36 hafta**

**C)28-32 hafta**

**D)<28 hafta**

**21. Annenin gebelik takibi ne kadar yapıldı?**

**A)Hiç**

**B)3-4**

**C)5 ve üzeri**

**22. Bebeğin doğum yeri?**

**A)Ev**

**B)Hastane**

**C)Diğer.....**

**23. Doğumdan sonra bebek hastanede yattı mı?**

**A)Hayır**

**B)Evet**

**24. Bebek doğduktan ne kadar süre sonra ilk kez kucağa alındı?**

**A)Hemen**

**B)1-2 saat sonra**

**C)Diğer.....**

**25. Bebeğin cinsiyeti?**

**A)Kız**

**B)Erkek**

C)Çoklu doğumlar için ayrı ayrı açıklama.....

**26.Bebeğin yaşı?**

A)< 1ay

B)1-3ay

C)4-6ay

D)7-9 ay

E)10-12 ay

**27.Bebeğin herhangi bir sendromu ve/veya kronik bir hastalığı var mı?**

A)Evet(.....)

B)Hayır

**28.Bebeğin ortalama anne sütü alma süresi?Hala alıyorsa günlük olarak ne kadar miktarda?**

.....

**29.Bebeğin uyku düzeni:**

A)Uykusu çok düzensiz:gün içerisinde sık aralıklarla uyanıyor

B)Uykusu düzensiz:gün içerisinde birkaç kez uyanıyor

C)Uykusu sadece dış etmenlerden dolayı bölünüyor

D)Çok düzenli

**30.Bebeği uyutma biçiminiz:**

A)Elimde,kollarımda,kucağımda sallıyorum

**B)Ayaklarımda sallıyorum**

**C)Battaniyede sallıyorum**

**D)Ninni,müzik dinletiyorum**

**E)Hiçbir şey yapmıyorum**

**F)Diğer.....**

**31.Bebeği sevme biçiminizi tarif eder misiniz?**

**A)Ellerimde ve kucağımda hoplatıyorum.**

**B)Havaya hoplatıyorum.**

**C)Sağa,sola döndürerek,zıplatarak**

**D)Diğer.....**

**32.Bebeğin gün içerisinde ortalama ağlama süresi nedir?**

**A)>3 saat**

**B)2-3 saat**

**C)1-2 saat**

**D)<1 saat**

**33.Hangi ağlama süresini normal kabul ediyorsunuz?**

.....

**34.Bebeğin ağlama nedeni ve/veya nedenleri nelerdir?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

**1. Bebek hastadır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**2. Bebek yorgundur**



Evet  Hayır  Bilmiyorum

**3. Bebek açtır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**4. Bebek şımartılmıştır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**5. Bebeğin altı kirlidir**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**6. Bebeğin ağrısı vardır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**7. Bebeğe yanlış mama verilmiştir**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**8. Bebek yaramazdır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**9. Bebek kötü huyludur**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**10. Bebek çok Şey isteyen bir bebektir**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**11. Bebek sıkılmıştır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**12. Bebek mutsuzdur**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**13. Bebek sızlanıyordur**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**14. Bebek inatçıdır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**15. Bebekler zaman zaman öylesine ağlar**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**16. Bebek sabırsızdır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**17. Bebekler hiçbir nedeni yokken de ağlar**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**18. Bebeğe bakan kişi sıkıntılıdır**

Evet  Hayır  Bilmiyorum

**19. Çevre gürültülüdür**  Evet  Hayır Bilmiyorum

**35.Ağlama bebeğe zararlı mıdır?**

**A)Hayır**

**B)Evet**

**36.Bebek ağlıyorsa öncelikle temel gereksinimleri (açlık,susuzluk vb) kontrol edilmeli midir?**

**A)Hayır**

**B)Evet**

**37.Bebekte sağlık sorunu olup olmadığına bakılmalı mıdır?**

**A)Hayır**

**B)Evet**

**38.Bebek ağlamaya devam ederse ne yaparsınız?(3 şey yazınız)**

.....

.....

.....

39. Ağlayan bebeği avutmak için başvurduğunuz en sık yöntem ve/veya yöntemler?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

A)Kucakta,kollarda ve ellerde sallamak

B)Battaniyede sallamak

C)Gaz giderici ilaç vermek

D)Müzik,ninni dinletmek

E)Arabayla gezdirmek

F)Oyuncaklarıyla oyun oynatmak

G) Diğer.....

40. Bebek ağladığında ne hissediyorsunuz?

A)Üzülüyorum

B)Sinirleniyorum

C)Kızıyor,öfkeleniyorum

D)Çaresizlik hissediyorum

E)Diğer.....

41.Bir bebeğe bakmak sinir bozucu veya sıkıntı verici olabilir düşüncesi ile ilgili fikriniz?

Kesinlikle katılıyorum  Katılıyorum

Kararsızım  Katılmıyorum  Kesinlikle katılmıyorum

42. Sarsmak bebekler için zararlıdır görüşü ile ilgili fikriniz?

Kesinlikle katılıyorum  Katılıyorum

Kararsızım  Katılmıyorum  Kesinlikle katılmıyorum

43. Sizce sarsılan bir bebekte neler meydana gelebilir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Hiçbir Şey  Evet  Hayır
2. Vücuduna zarar verir  Evet  Hayır  Bilmiyorum
3. Başına zarar verir  Evet  Hayır  Bilmiyorum
4. Gözüne zarar verir/körlük yapar  Evet  Hayır  Bilmiyorum
5. Beynine zarar verir  Evet  Hayır  Bilmiyorum
6. Bebeği daha huzursuz eder  Evet  Hayır  Bilmiyorum
7. Bebeği düzeltip sakinleştirir  Evet  Hayır  Bilmiyorum
8. Ölür  Evet  Hayır  Bilmiyorum

44. 'Sarsılmış bebek sendromu' diye bir kavram hiç duydunuz mu?

A)Hayır

B)Evet

**Teşekkürler.**