



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBE-YL-2015-0002**

**PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA KANGURU
BAKIMININ BEBEĞİN BÜYÜMESİ VE ANNE-BEBEK
İLİŞKİSİNE ETKİSİ**

Nermin PEKER

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER**

AYDIN-2015

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBE-YL-2015-0002**

**PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA KANGURU
BAKIMININ BEBEĞİN BÜYÜMESİ VE ANNE-BEBEK
İLİŞKİSİNE ETKİSİ**

Nermin PEKER

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER**

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nermin Peker tarafından hazırlanan “**Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne-Bebek İlişkisine Etkisi**” başlıklı tez, 02/12/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

1- Yrd. Doç. Dr. Sibel Şeker (Başkan)

Adnan Menderes Üniversitesi

2- Doç. Dr. Hüsniye Çalışır

Adnan Menderes Üniversitesi

3- Doç. Dr. Ayten Taşpınar

Adnan Menderes Üniversitesi

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıyla 05/01/2015 tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Hazır olmadığı bir dönemde intrauterin ortamdan çok farklı uyaranlar içeren dış ortama çıkan prematüre bebeğin hayal edilenden farklı olması, bazı sağlık sorunlarının bulunması ve yoğun bakım ünitesine transfer edilmesi sebebiyle anne-bebek ilişkisi olumsuz etkilenebilir. Prematüre yenidoğan bu nedenle temel gereksinimleri olan emme, kucaklanma, dokunulma ve göz teması gibi bebeğin rahatlamasını sağlayacak şefkatli bakımdan yoksun kalabilir. Anne, sağlıklı bir bebek dünyaya getiremediğinden başarısızlık ve güvensizlik hissedebilir ve bebeği ile etkileşime girmek istemeyebilir. Bu durum annenin bebeğine bağlanmasını geciktirebilir ve bebeğini olumsuz algılamasına neden olabilir. Doğum sonrası dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rollerini öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Ebeveyn ve bebek arasındaki bağlılık ve bakım; yenidoğanın yaşamını fiziksel, ruhsal ve duygusal olarak sağlıklı sürdürmesi için gereklidir. Anne bebek ilişkisinin oluşmasında yenidoğan servisinde çalışan ebelerin rolü büyüktür. Ebeler, bebeğiyle ilgili annenin gereksinimlerini belirlemeli, annenin kendine güven kazanması için destek olmalıdır. Anne bebek ilişkisini sağlayan unsurlardan biri olan kanguru bakımı; yalnız bezi bulunan bebeğin ve ebeveynin ten-tene teması, ebeveynin yenidoğanı göğsü üzerinde, bebeğin yüzü ebeveyne dönük olarak, dik pozisyonda kucaklamasıdır. Ten temasının sıcaklık ve rahatlığını sağlamak için bebek çıplaktır. Ebeveyni ile sarılan bebek onun kalp sesleri ile rahatlar ve derin, rahat bir uykuya dalar. Bu araştırma prematüre yenidoğanlarda kanguru bakımının bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan ebeler ve hemşireler, kanguru bakımını ebeveynlere öğretmek ve sonuçlarını değerlendirmek için çok önemli bir konumda bulunmaktadır. Türkiye’de kanguru bakımına yönelik araştırma sayısı ile yöntemin tanınırlığının ve kullanımının artırılması için benzer çalışma yapacak araştırmacılara bu tezin bulgularının ve sonuçlarının örnek oluşturmasını diliyorum.

Nermin PEKER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
RESİMLER DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.4. Genel Bilgiler.....	4
1.4.1. Prematüritenin Tanımı, Görülme Sıklığı ve Sınıflandırılması.....	4
1.4.2. Prematüreliliğin Nedenleri.....	6
1.4.3. Prematüre Yenidoğanın Özellikleri.....	7
1.4.4. Prematüre Bebeğin Büyümesi.....	8
1.4.5. Kanguru Bakımı.....	9
1.4.5.1. Kanguru Bakımının Uygulanma Kriterleri.....	11
1.4.5.2. Kanguru Bakımının Çeşitleri.....	12
1.4.5.3. Kanguru Bakımının Uygulama Aşamaları.....	14
1.4.5.4. Kanguru Bakımı Öncesi Ailenin Eğitimi ve Hazırlanması.....	15
1.4.5.5. Kanguru Bakımına Hazırlanma.....	15
1.4.5.6. Kanguru Bakımının Uygulanması.....	17
1.4.5.7. Kanguru Bakımı Sırasında Bebeğin İzlemi.....	19
1.4.5.8. Kanguru Bakımında Taburculuk ve Evde Bakım.....	19
1.4.5.9. Kanguru Bakımının Yararları.....	20
1.4.5.10. Kanguru Bakımı Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar.....	28
1.4.5.11. Kanguru Bakımının Maternal Bağlanmaya Etkisi.....	29
1.4.5.12. Kanguru Bakımının Anne-Bebek Algısına Etkisi.....	31
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33

2.1. Araştırmanın Şekli.....	33
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	33
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	34
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	37
2.6. Veri Toplama Araçları.....	38
2.7. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi.....	40
2.8. Ön Uygulama.....	43
2.9. Araştırmanın Uygulaması.....	43
2.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
2.11. Değişkenler.....	48
2.11.1. Bağımlı Değişkenler.....	48
2.11.2. Bağımsız Değişkenler.....	49
2.12. Araştırmanın Etik Yönü.....	49
3. BULGULAR.....	50
3.1. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Anne ve Babaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	50
3.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri ve Son Gebeliklerine İlişkin Verileri.....	54
3.3. Yenidoğanların Doğum Bilgileri, Sağlık Durumları ve Beslenme Şekilleri.....	56
3.4. Bebeklerin Büyüme, Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği Puanı ve Yenidoğanı Algılama Durumları.....	60
3.5. Kanguru Bakımına İlişkin Özellikler.....	66
4. TARTIŞMA.....	71
4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	75
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
5.1. Sonuçlar.....	76
5.2. Öneriler.....	77
ÖZET.....	78
SUMMARY.....	80
KAYNAKLAR.....	82
ÖZGEÇMİŞ.....	94
TEŞEKKÜR.....	95
EKLER.....	96

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri (United States of America)
ADDA:	Aşırı Derecede Düşük Doğum Ağırlıklı (ELBW-Extremely Low Birth Weight)
CPAP:	Devamlı Pozitif Havayolu Basıncı (Continues Positive Airway Pressure)
ÇDDA:	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı (VLBW-Very Low Birth Weight)
DDA:	Düşük Doğum Ağırlıklı (LBW-Low Birth Weight)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization)
FİO ₂ :	Oksijen Fraksiyonu
KB:	Kanguru Bakımı
MBÖ:	Maternal Bağlanma Ölçeği
NEK:	Nekrotizan Enterokolit
PASW:	Predictive Analistics SoftWare Statistics
PDA:	Patent Duktus Arteriozus
RDS:	Respiratuar Distres Sendromu
SGA:	Gebelik Yaşına Göre Küçük (Small for Gestational Age)
StcO ₂ :	Serebral Doku Oksijen Saturasyonu
U:	Mann Whitney-U testi
UNICEF:	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund)
YAÖ:	Yenidoğan Algılama Ölçeği
YYBÜ:	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
X ² :	Ki Kare (Chi Square)

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler.....	34
Çizelge 2.7.1. Uzmanların eğitim materyaline verdikleri puanların varyansı, toplam korelasyonu, Cronbach's alpha değerleri.....	42
Çizelge 2.9.1. Araştırmanın uygulanması.....	46
Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yaş, evlilik yaşı, babaların yaşı ve aylık gelir ortalamalarına göre dağılımları.....	50
Çizelge 3.1.2. Çalışma ve kontrol grubundaki anne ve babaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları.....	52
Çizelge 3.2.1. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları.....	54
Çizelge 3.2.2. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin son gebeliğe ilişkin özelliklerine göre dağılımları.....	55
Çizelge 3.3.1. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların bazı tanımlayıcı özellikleri.....	56
Çizelge 3.3.2. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların doğumdaki özellikleri	59
Çizelge 3.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların KB öncesi boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümlerine göre dağılımları.....	60
Çizelge 3.4.2. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların KB sonrası boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümlerine göre dağılımları.....	61
Çizelge 3.4.3. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin KB öncesi ve sonrası maternal bağlanma ölçeği puan ortalamaları.....	62
Çizelge 3.4.4. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğanı algılama ölçeği dağılımları.....	63

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1.4.5.5.1. Destekleyici Bağ Çeşitleri.....	17
Şekil 1.4.5.6.1. Kanguru Bakımı Pozisyonu.....	18
Şekil 2.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğan ve annelerin örnekleme alınma süreci.....	36

RESİMLER DİZİNİ

	Sayfa
Resim 1. Prematüre Bebekte KB Uygulaması.....	127
Resim 2. Hastanede KB Uygulaması.....	127
Resim 3. Stabil Prematüre Bebekte KB Uygulaması.....	128
Resim 4. Hastanede Grup Olarak Yapılan KB Oturumu.....	128

EKLER DİZİNİ

	Sayfa
EK 1. Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	96
EK 2. Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu.....	99
EK 3. Bebek İzlem Formu.....	100
EK 4 Kanguru Bakımı İzlem Formu.....	101
EK 5. Evde Kanguru Bakımı İzlem Formu.....	102
EK 6. Maternal Bağlanma Ölçeği	103
EK 7. Yenidoğanı Algılama Ölçeği	104
EK 8. Kanguru Bakımı Uygulama Kontrol Listesi.....	106
EK 9. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı.....	107
EK 10. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	108
EK 11. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Bilgilendirilmiş Olur Metni ve Formu.....	109
EK 12. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu.....	115
EK 13. Eğitim Materyali.....	116
EK 14. Kanguru Bakımına İlişkin Resimler.....	127

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Prematüre bebek 37. gestasyon haftasından önce doğan bebektir. Hazır olmadığı bir dönemde intrauterin ortamdan çok farklı uyaranlar içeren dış ortama çıkan prematüre bebeğe yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle; entübasyon ve solunum desteği, göbek kateteri, intravenöz girişimler, nazogastrik sonda, bazen gastrostomi, periton diyalizi, göz muayenesi ve operasyonları gibi pek çok ağırlı ve rahatsız edici girişimlerde bulunmaktadır. Prematüre yenidoğan bu nedenle temel gereksinimleri olan emme, kucaklanma, dokunulma ve göz teması gibi rahatlamasını sağlayacak şefkatli bakımdan yoksun kalmaktadır (Yıldırım 2009).

Prematüre bebeklerin hayal edilenden farklı olması ve bazı sağlık sorunlarının bulunması, yoğun bakım ünitesine transfer edilmesi sebebiyle anne-bebek ilişkisi olumsuz etkilenebilir. Prematür doğum hem aileyi hem de ailenin bebeklerine yönelik tutumlarını etkileyen önemli bir etmendir. Tüm aile için bir kriz olan prematür bebeğin doğumu, annede bebeğini yitireceği korkusu ve yoğun anksiyete yaratabilir. Bebeğini erken doğurmaktan dolayı suçluluk ve yetersizlik düşünceleri ile yas süreci yaşayan annenin kendine güvensizliği ve beklentilerinin karşılanmaması, bebeğine bağlanmasını geciktirebilir, bebeğini olumsuz algılamasına neden olabilir. Anne bebeğe zarar verebileceği korkusuyla ona dokunmaktan kaçınabilir, bebeğinin bakımına katılması oldukça zor ve kaygı yaratıcı olabilir (Özbek ve ark 2003, Sung ve ark 2005, İşler 2007).

Ebeveyn ve bebek arasındaki bağıllık ve bakım; yenidoğanın yaşamını fiziksel ve duygusal olarak sağlıklı sürdürmesi için gereklidir. Annenin yeni sorumluluklarıyla baş edebilmesi için, annelik rolüne uyum sağlaması gerekmektedir. Anne-babalık kimliğinin kazanılmasında ve bebeğin gelişiminde ebeveyn-bebek bağıllık ilişkisi önemlidir. Özellikle anne-bebek bağlanma süreci bebeğin fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini etkileyebilir. Anne-bebek etkileşimi gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem boyunca gelişir ve bu etkileşim mümkün olan en erken dönemde desteklenmelidir (Çalışır 2003, Kavlak ve ark 2009).

Prematüre bebeklerde, anne-bebek etkileşiminin sağlanmasında yenidoğan servisinde ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) çalışan ebelerin ve hemşirelerin

rolü büyüktür. Ebeler ve hemşireler, bebeğiyle ilgili annenin gereksinimlerini belirlemeli, annenin kendine güven kazanması için destek olmalıdır. Ebe/hemşire, hastanede uzun süreli bakım ve tedavileri yapılan bebeklerin anneleri ile sık temas kurmalarını sağlamalı, bakımlarına aktif katılımlarının önemini anlatmalıdır. Ayrıca, anne ile bebeğin yakınlaşmasını artıracak olan annenin bebeği ile aynı odayı paylaşabilmesini (rooming-in), ten-tene temasını (kanguru bakımı), göz göze temasını, bebeğini kucaklamasını, bakımına katılmasını ve emzirmenin sürdürülmesini sağlamalıdır (İşler 2007, Yıldırım 2009, Öztürk ve ark 2013).

Kanguru Bakımı (KB); ebeveyn ile bebek arasında etkileşimi sağlayan, yalnız bezi bulunan bebeğin ebeveyni ile ten-tene teması; ebeveynin yenidoğanı göğsü üzerinde, bebeğin yüzü ebeveyne dönük olarak ve dik pozisyonda kucaklamasıdır. Ten temasının sıcaklık ve rahatlığını sağlamak için bebek çıplaktır. Ebeveyni ile sarılan bebek onun kalp sesleri ile rahatlar, sakinleşir ve derin, rahat bir uykuya dalar. KB sırasında bebeğin vücut sıcaklığını korumak için ebeveyn bebeğini giysisinin içinde tutar. Bu durum annelere gebeliğini tamamlama duygusu verir, annelik rolüne daha erken geçmesinde ve prematürede ısı dengesinin sağlanmasında etkilidir. KB, bebeğin yaşam bulgularının stabilleşmesini, sinir sisteminin gelişimini sağlar; apne ve periyodik solunum ataklarını, yoğun bakımın bebek üzerindeki olumsuz etkisini azaltır ve erken taburculuğa zemin hazırlar. Anne ve bebeğinin deri teması, geleneksel bakımla kıyaslandığında sıklıkla anne sütü alımını artıran, hızlı ağırlık alımı ve hastaneden erken taburcu edilme süreçlerini içeren, ciddi hastalıkları, enfeksiyonları ve emzirme problemlerini azaltan bir uygulamadır (Charpak ve ark 2005, Gupta ve ark 2007, Yıldırım 2009, Conde-Agudelo ve ark 2011).

KB ile yüksek mortalitenin görüldüğü erken neonatal yaşamın zorluklarının aşılması hedeflenmiştir. Bu metoda düşük doğum tartılı bebeklerde küvöz eksikliği, enfeksiyon, teknolojik kaynak yetersizliği, neonatal mortalite oranının yüksek olması gibi problemler sebebiyle başvurulmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar KB'nin mortalite oranını azalttığı, fizyolojik yararlar sağladığı ve ekonomik bir yöntem olduğunu ortaya koymuş ve böylece 1984 yılında Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından da desteklenmeye başlanmıştır (Venancio ve ark 2004, Charpak ve ark 2005, Yıldırım 2009).

KB, özellikle prematüre bebeklerin sağlık düzeyinin korunması ve iyileştirilmesi ile anne-bebek etkileşiminin sağlanmasında kullanılan bir yöntemdir. Ancak, ülkemizde çok

fazla bilinmemekte ve yaygın olarak kullanılmamaktadır. Türkiye’de KB üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde; Çindemir (2003) erken ve geç dönemde başlanan kanguru bakımının prematüre bebeklere ve annelerine etkisini, Dönmez (2005) yenidoğan ünitelerinde yatan bebeklerde ve annelerinde oluşan stres etkilerinin azaltılmasında kanguru bakım modelinin etkisini, Derebent (2007) KB’nin prematüre bebeklere yapılan invaziv girişimler sırasında ağrıyı azaltmada etkisini, Yıldırım (2009) KB’nin düşük doğum tartılı preterm yenidoğanların beslenme ve gelişimine etkisini, Sarıcan (2014) KB’nin prematüre bebeklerde annenin emzirme durumuna ve bebeğin büyüme-gelişmesi üzerine etkisini incelemiştir. Bu çalışmanın sonuçları, YYBÜ’de yatan prematüre yenidoğanlara uygulanan KB’nin bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisi üzerine etkisini ortaya çıkararak, YYBÜ’de çalışan ebe ve hemşirelerin KB uygulamaya yönelik farkındalıklarının artmasına katkı sağlayabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; gestasyon yaşı 37 hafta 6 günden daha az olan prematüre yenidoğanlarda KB’nin bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bebeğin büyümesi; boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümleri ile değerlendirilirken, anne-bebek ilişkisi maternal bağlanma puanı ve annenin bebeğini algılama durumu ile belirlenmiştir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₁: KB uygulanan ve uygulanmayan prematüre yenidoğanların bir ay sonra boy ölçümleri arasında fark yoktur.

H₀₂: KB uygulanan ve uygulanmayan prematüre yenidoğanların bir ay sonra baş çevresi ölçümleri arasında fark yoktur.

H₀₃: KB uygulanan ve uygulanmayan prematüre yenidoğanların bir ay sonra ağırlık ölçümleri arasında fark yoktur.

H₀₄: KB uygulanan ve uygulanmayan prematüre yenidoğanların bir ay sonra annelerinin maternal bağlanma puanları arasında fark yoktur.

H₀₅: KB uygulanan ve uygulanmayan prematüre yenidoğanların bir ay sonra annelerinin bebeklerini algılama durumları arasında fark yoktur.

1.4. Genel Bilgiler

1.4.1. Prematüritenin Tanımı, Görülme Sıklığı ve Sınıflandırılması

Gebelik ve doğum, yenidoğan bebek ve ailesi için yeni bir başlangıç ve uyum sürecidir. Normal gebelik süresi annenin son adet kanamasının ilk gününden doğuma kadar geçen süredir. Bu süre normalde 40 haftadır ve 38 ile 42 hafta arasında değişebilir. Bu süreyi tamamlayarak dünyaya gelmiş bebekler “term” ya da “miadında doğan” yenidoğanlardır. Otuz yedi hafta altı günden önce doğan bebekler ise prematüre olarak adlandırılmaktadır. Yaşamın ilk 0-28 günlük yenidoğan dönemi bütün bebekler için en önemli uyum zamanıdır ve özellikle prematüre bebekler için hayati önem taşımaktadır (Çoban ve İnce 2012, Taşkın 2012).

Dünyada prematüre doğum oranı bölgelere göre %5-18 arasında değişmekteyken, ülkemizde bu oran %12’dir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde prematürelilik, neonatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Perinatal ve neonatal mortalite, bir ülkenin anne ve çocuk sağlığı durumunun, dolayısı ile gelişmişlik düzeyinin iyi bir göstergesidir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2013 verilerine göre dünyada beş yaş altı ölüm oranı %19,2’dir. Bu ölümlerin %45’i yenidoğan döneminde gerçekleşmektedir. DSÖ’nün son verilerine göre dünyada neonatal ölüm oranı bin canlı doğumda 20’dir (WHO 2013). Çil (2010)’in dediğine göre neonatoloji’deki hızlı gelişmelere rağmen prematüre bebekler ölüm ve hastalıklar açısından term bebeklere göre çok daha risklidir. Tüm perinatal mortalite ve morbiditelerin %85’i prematüre yenidoğanlarda gelişir. Aydın (2006)’ın bildirdiğine göre prematür doğumlar neonatal mortalitenin %70’ini, neonatal morbiditenin ise %75’ini oluşturmaktadır.

Prematüre bebeğin yenidoğan sınıflaması içerisindeki yerini belirlemek için gestasyon yaşının değerlendirilmesi, yenidoğan mortalite riskinin tayin edilmesi ve olası hastalık risklerinin belirlenebilmesi açısından önemlidir (Dağoğlu ve ark 2008). Özel bakım gereksinimlerinin belirlenebilmesi ve bu gereksinimlerin karşılanmasına yol göstermesi açısından hem gestasyon yaşına göre hem de doğum ağırlığına göre yapılan sınıflama yöntemleri kullanılır (Can ve İnce 2010).

Prematüre bebekler gestasyon yaşlarına ve doğum ağırlıklarına göre sınıflandırılmaktadır. Gestasyon yaşları temel alınarak yapılan sınıflamaya göre, ileri derecede prematüre, orta derecede prematüre ve geç prematüre olmak üzere üç gruba

ayrılır. Doğum ağırlığı temel alınarak yapılan sınıflamaya göre; düşük doğum ağırlıklı bebek, çok düşük doğum ağırlıklı bebek ve aşırı derecede düşük doğum ağırlıklı bebek olarak isimlendirilir (Can ve İnce 2010).

İleri derecede prematüre: Gestasyon yaşları 22-32 hafta arası olan bebeklerdir.

Orta derecede prematüre: Gestasyon yaşları 32 hafta +1 gün ile 36 hafta +7 gün arası olan bebeklerdir.

Geç prematüre: Gestasyon yaşları 37 +1 gün ile 37 hafta +7 gün arası olan bebeklerdir.

Düşük doğum ağırlıklı bebek (DDA-Low Birth Weight-LBW): Doğum ağırlığı 2500 gr'ın altında olan bebeklerdir.

Çok düşük doğum ağırlıklı bebek (ÇDDA-Very Low Birth Weight-VLBW): Doğumda ağırlığı 1500 gr'ın altında olan bebeklerdir.

Aşırı derecede düşük doğum ağırlıklı bebek (ADDA-Extremely Low Birth Weight-ELBW): Doğum ağırlığı 1000 gr'ın altında olan bebeklerdir (Can ve İnce 2010).

Prematüre yenidoğan ne kadar immatür ise prematürelilik komplikasyonları, nörogelişimsel hasar ve ölüm riski o kadar yüksektir. Aynı ağırlıkta olmasına rağmen gestasyon yaşı küçük olan prematüreler daha fazla sorun yaşarlar (Venancio 2004). DDA bebeklerin %70'ini prematüre bebekler oluşturur. Yaşamın ilk yıllarında bebek mortalitesinin %80-90'ını prematüre bebek ölümleri oluşturmaktadır (Can ve İnce 2010, Törüner ve Büyükgönenç 2011).

Türk Neonatoloji Derneği tarafından yayınlanan 2009 yılı Türkiye neonatal mortalite istatistiklerinde ÇDDA bebeklerde mortalite %25,7, gebelik yaşı 32 hafta ve altındaki prematüre bebeklerde ise %21,8 olarak bildirilmiştir (Türk Neonatoloji Derneği 2011). Sağlık Bakanlığı Bebek Ölümleri İzleme Sistemi kayıtları kullanılarak bir yıllık dönemde bebek ölüm nedenlerinin incelenmesi ile Türkiye'deki Bebek Ölümleri İzleme Sistemi'nin güvenilirliğinin araştırıldığı çalışmada, vakalardaki temel ölüm nedenleri incelendiğinde ilk sırada prematürite ve respiratuar distres sendromunun (RDS) (sırasıyla %45,0 ve %42,8); ara ölüm nedenlerinde ilk sırada prematürite (%12,0) ve RDS'nin (%17,3), son ölüm nedenlerinde ise ilk sırada RDS ve prematürenin yer aldığı

belirlenmiştir (sırasıyla %24,8 ve %27,2) (Korkmaz ve ark 2013). Ülkemizde bebek ölümlerinin en sık ve en önemli temel nedeni, aynı zamanda neonatal ölümlerin de en önemli nedeni olan prematürelilik ve ilişkili morbiditelerdir (erken neonatal mortalite %47,2, geç neonatal mortalite %36,1). Bu sonuçlar ülkemizde hem bebek hem de neonatal ölüm hızlarının azaltılması için prematüre doğum sıklığının azaltılması ve prematüre bebeklerin sağkalımını artıracak neonatal bakım ve tedavi programlarının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir (Türk Neonatoloji Derneği 2011, Korkmaz ve ark 2013).

1.4.2. Prematüreliliğin Nedenleri

Prematüreliliğin gerçek nedeni tam olarak bilinmemekle beraber iyi prenatal bakım alan ve iyi beslenen kadınlarda prematüre doğum yapma riski daha az görülmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyde olan kadınlarda prematüre doğum riski daha fazladır. Prematüre doğumun belirlenebilen nedenleri arasında; maternal nedenler (malnütrisyon, kronik hastalıklar, teratojenler, sigara içme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar), gebeliğe bağlı nedenler (hipertansiyon, plasenta previa, erken membran rüptürü, polihidroamnioz, çoğul gebelik, travma, prenatal bakım almama), fetal nedenler (kromozom anomalileri, intrauterin enfeksiyonlar, anatomik anomaliler) yer alır (Törüner ve Büyükgöncü 2011).

Özden (2009)'in belirttiğine göre, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde son yirmi yılda prenatal bakım kalitesinin, gebe beslenme destek programlarının ve preterm kontraksiyonlarını durdurmaya yönelik ilaçların artmasına rağmen prematüre doğum oranları 1980'de %9,5, 1998'de %11, 2008'de %12-13'tür. Goldenberg ve ark (2008)'nın bildirdiğine göre Avrupa'da bu oran %5-9 arasında değişmektedir. Ülkemizde Korkmaz ve ark (2010)'nın yaptıkları çalışmada özellikle yüksek riskli gebeliklerin izlendiği bir üniversite hastanesinde prematüre bebek doğum oranının %19-25 düzeyine çıkabildiği saptanmıştır.

Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık ve sosyal sistemlerdeki gelişmeye karşın, prematüre doğum hızı giderek artmaktadır. Bu artış endikasyonlu prematüre doğumların ve yardımcı üreme teknolojisi sonucu ortaya çıkan çoğul gebeliklerin sıklığının artmasına bağlı olabilmektedir (Goldenberg ve ark 2008, Simmons ve ark 2010).

1.4.3. Prematüre Yenidoğanın Özellikleri

Prematüre bebekler, fiziksel ve fizyolojik olarak matür doğan bebeklerden farklıdır. Fiziksel olarak; çok küçük görünürler, subkutan yağ dokuları az, başları vücuda göre büyük, derileri parlak pembe, ince, yumuşak ve jelatinöz görünümde, yüzeysel damarları görünürdür. Vücut yüzeyi geniştir bu nedenle ısı ve gizli sıvı kayıpları fazladır. Çok küçük prematürelerde alt ekstremitelerde, el sırtında ve göz kapaklarında ödem olabilir. Ön ve arka fontonelleri küçük, baş kemikleri ve kostaları esnektir, karın gergindir, gözleri kapalı olabilir, kulak kıkırdağı yumuşaktır ve kolayca bükülebilir, tırnakları kısa ve yumuşaktır. Meme başında pigmentasyon yoktur ve palpe edilemez. Genellikle sırtta, omuz başlarında ve yüzde bol lanugo tüyleri vardır. Verniks kazeoza 25. gestasyon haftasından önce doğanlarda yoktur. Avuç ve ayak tabanı çizgileri belirgin değil, yüzeyseldir. Ayak tabanındaki çizgiler ve çukurluklar gelişmemiştir. Erkek bebeklerde skrotumda çizgiler azdır ve testisler inmemiş olabilir, kızlarda labium majörler minörleri örtmemiştir, klitoris ve labia majör çok belirgindir. Fizyolojik hipotoni vardır ve refleksleri zayıftır. Ağlamaları hafif ve zayıftır, emme refleksi olmayabilir (Can ve İnce 2010, Törüner ve Büyükgönenç 2011).

Prematüre bebeklerin sorunları gestasyon haftasına bağlıdır. Sıklıkla görülen sorunlar; apne, patent duktus arteriozus (PDA), respiratuar distres sendromu (RDS), intraventriküler hemoraji, hipokalsemi, hipoglisemi, anemi, hiperbilirübinemi, kernikterus, enfeksiyonlar, retinopati, nekrozitan enterekolit (NEK) ve soğuk stresidir (Törüner ve Büyükgönenç 2011).

Fizyolojik olarak; solunumları hızlı, düzensiz ve diyafragmatiktir, apne ve siyanoz olabilir, öksürük ve öğürme refleksleri az veya yoktur. Sürfaktan yapımı 34. gestasyon haftasından sonra başladığından RDS olabilir. Sinir sistemi ve refleksleri tam olarak gelişmemiş, uyarılara tepkileri azdır. Emme, yutma ve öğürme refleksleri gelişmediğinden beslenmede güçlük ve aspirasyon riski vardır. Hipotalamusta termoregülasyon merkezinin tam gelişmemiş olması, vücut yüzeyinin geniş olması, kahverengi ve cilt altı yağ dokularının az olması nedeniyle hipotermi riski vardır. K vitamini sentezi olmadığı için hemoraji riski yüksektir. Glikoz depolanması ve salınımı yeterli olmadığı için hipoglisemi gelişebilir (Törüner ve Büyükgönenç 2011).

Gebeliğin son ayında anneden geçen immünolojik faktörlerden yoksun kalmaları, deri ve müköz membranlarının koruyuculuğunun az olması nedeniyle daha fazla enfeksiyona yatkındırlar. Bu nedenle invaziv girişimler, resüsitasyon ve çok fazla temas enfeksiyon riskini arttırır (Törüner ve Büyükönenç 2011).

Çesitli sağlık sorunları ile doğan ve yoğun bakım ünitesine gereksinimi olan DDA ve prematüre bebekler uzun süre küvözde bakım alma ihtiyacı gösterirler. Dünyanın çeşitli ülkelerinde sınırlı teknolojik olanaklar ve küvöz yetersizliği nedenleriyle prematüre bebeklerin hayatta kalma oranları azalabilmektedir. KB, küvözde bakıma alternatif bir metot olarak kullanılmaktadır. Günümüzde KB, gelişmekte olan ülkelerde küvöz eksikliğini telafi etmek için kullanılmasının yanında, özellikle gelişmiş ülkelerde teknolojinin yan etkilerini önlemek için kullanılmaktadır. KB ile anneler bebeklerinin sıcaklığını korumak için cilt-cilde tutmaları için teşvik edilir, erken anne-bebek ilişkisi kurulamayan term ya da prematüre yenidoğanların uzun süreli izlemlerinde görülen ve bağıllık kökenli olduğu düşünülen psikososyal ve gelişimsel problemler için de önemli bir araçtır. Özellikle ebeveyn-bebek ilişkisini destekleme, gelişimsel bakımı sağlama amacıyla yenidoğan ünitelerinde bu yöntem uygulanmaktadır (WHO 2003, Yıldırım 2009, Ludington-Hoe 2010, Hardy 2011).

1.4.4. Prematüre Bebeğin Büyümesi

Prematüre bebeklerin büyümesi, termde doğan bebeklerden farklıdır. Bu bebeklerde büyüme, sağlık ve beslenme durumlarının önemli bir göstergesidir. Optimal büyümenin ileride yaşam sağlığı ve nörolojik gelişim üzerine olumlu etkileri bilinmektedir. Prematüre bebek term gestasyona ulaşana kadar ölçümlerinin güncel bir intrauterin büyüme eğrisine işaretlenerek izlenmesi; terme ulaştıktan sonra da, düzeltilmiş yaşa göre büyümenin izlenmesi gerekmektedir (Fenton 2003, Sauer 2007, Casey 2008).

Büyüme izleminde, düzeltilmiş yaş kullanılsa da prematüre bebekler term eşlerine göre, özellikle yaşamın ilk yıllarında, farklı büyüme özellikleri gösterebilirler. Bu bebeklerde, tüm ölçümler alt persantillerde veya 5. persantilin altındadır (Fenton 2003). Büyüme ilk yakalayan parametre baş çevresidir ve genellikle ilk 3-8 ayda normale ulaşır. Baş büyümesi beyin büyümesinin önemli bir göstergesi olduğundan kognitif fonksiyonlarla yakın ilişkilidir. Boy ve tartı ise 30-36 ayda büyüme yakalar, ancak bazı ÇDDA bebeklerde, özellikle 1000 gr'ın altında olanlarda bu süreç daha uzun sürebilir.

Özellikle küçük bebekler, büyümenin ilk yeterliliğini değerlendirmek için günlük olarak tartılır ve sıvı alımları kontrol edilir (WHO 2003, İnce 2009).

Farklı post-menstrual yaş için yaklaşık ağırlık kazançları aşağıda verilmektedir (WHO 2003):

- Yaklaşık olarak post-menstrual yaş 32. hafta için 20gr/gün, 150-200gr/hafta,
- Yaklaşık olarak post-menstrual yaş 33.-36. hafta için 25gr/gün, 200-250gr/hafta ve
- Yaklaşık olarak post-menstrual yaş 37-40 hafta için, 30gr/gün, 250-300gr/hafta.

Prematüre bebeğin büyüme izlemindeki önemli noktalardan ilki büyüme hızı, ikincisi ise tartı ve boy uzunluğunun simetrik olarak artıp artmadığıdır. Erken dönemde tartı artışının <20 gr/gün, boy uzamasının <0,5 cm/hafta, baş çevresi artışının <0,5 cm/hafta olması, daha sonraki dönemde ise büyüme hızının kabul edilebilir sınırlarda olmaması, boya göre tartının çok düşük olması bir sorun varlığına işaret eder (Casey 2008, İnce 2009).

1.4.5. Kanguru Bakımı

KB, kanguruların küçük yavrularına keselerinde bakım verme yoluna benzer bir yöntemdir. Annelerin bebeklerini sadece bebek bezi ve bazen bir başlık ile giysilerinin altında çıplak göğüsleri arasında cilt-cilde, yüzükoyun dik pozisyonda giysilerinin içinde ve/veya battaniye ile sarılı tutmaları ile uygulanır (Roller 2005, Davanzo ve ark 2013).

İlk kez 1978'de Kolombiya Bogoto Anne ve Çocuk Enstitüsü'nden Edgar Rey Sanabria ve Hector Martinez tarafından uygulanmıştır. Prematüre bebeklerin bakımına ilişkin yeterli donanım ve deneyim ihtiyacını karşılamak, enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla başlatılmıştır. Küvözlerde bakılması gereken prematüre ve DDA bebekler için umut olan bu yöntem, bugün İskandinav ülkelerinde standart bakımın bir parçası haline gelmiş; Asya, Afrika ve Güney Amerika'nın birçok ülkesinde başarı ile uygulanmış, Fransa, İsveç, İngiltere, Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerde de ilgi görmüştür (Ludington-Hoe 2010, Hardy 2011).

Anne ve yenidoğanın KB deneyimi ilk kez term bebeklerle, doğumdan sonra ilk iki saatte test edilmiş, bebeklere yönelik annelik davranışları geliştiği ve bağlanmanın arttığı doğrulanmıştır. Fakat yenidoğanın bakımında meydana gelen değişiklik bağlanmanın teşviki için bebeğin annenin yanına konmasının benimsenmesi olmuş; KB göz ardı

edilmiştir. Daha sonra 1983’de anne ve bebek arasında cilt-cilde temasın ilk raporu Güney Amerika Kolombiya’dan çıkmış ve KB prematüre bebekler için kullanılmaya başlanmıştır. ABD’de prematüre bebekler için KB kullanımının ebe ve hemşireler tarafından keşfedilmesi, 1988 yılında sunum ve 1990’da yayın yoluyla olmuştur. ABD’de KB kullanımını yaygınlaştırmak ve kolaylaştırmak için ebeveynlere yönelik bir kitap hazırlanmıştır (Ludington-Hoe 2011).

Ludington-Hoe (2011)’nin belirttiğine göre; term bebeklerle KB, Amerikan Pediatri Akademisi tarafından bakımın bir standardı olarak tavsiye edilmiştir. Amerikan Kalp Derneği, Amerikan Jinekoloji ve Obstetrisyenler Derneği, Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği, ABD Ulusal Yenidoğan Hemşireler Birliği ve ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi faydaları ve emzirmenin devamını sağlamasından dolayı term bebeklerde doğumun ilk dakikasında başlayan ve memede ilk beslenme tamamlanana kadar devam eden KB’yi desteklemektedirler. KB, 1993 yılında İskandinavya ve çeşitli Avrupa ülkelerinde de yenidoğan uzmanları tarafından benimsenmiştir.

KB’nin, DDA stabil prematüre yenidoğanlarda emniyetli bir yöntem olduğu ve tüm dünyada birçok hastanede DDA prematüre yenidoğanların bakımında kullanıldığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Zengin ülkelerde kullanılan teknolojilerin sağlanamadığı düşük gelirli ülkelerde KB’nin yenidoğan ölümlerini azaltacağı ifade edilmektedir. KB, zengin ekipmanlara ihtiyaç duyulmadığı, masraflı olmadığı ve kolay uygulanabildiği için çok düşük gelirli ülkelerin periferdeki bakım birimlerinde ve hemen hemen her yerde uygulanabildiğinden, hem zengin hem fakir ülkelerde anne ve bebek arasındaki bağı daha iyi olmasına ve yenidoğan bakımının insancılaştırılmasına katkıda bulunabildiğinden tavsiye edilmektedir (Charpak ve ark 1997, Cattaneo ve ark 1998).

McCall ve ark (2010) ile Nyqvist ve ark (2010) prematüre ve DDA bebeklerde, hem aileler hem de bebekler için kanıtlanmış yararları nedeniyle yüksek teknoloji ortamlarında giderek uygulanması artan KB’yi, prematüre bebeklerin anneleri tarafından uterus dışında korunması ve uyarılması ilkesine dayalı bir yöntem olarak önermektedirler. Gelişmekte olan 15 ülkede yapılan karşılaştırma çalışmalarında, KB’nin stabil prematüre bebekler için %51 oranında yenidoğan ölümlerini azalttığı, küvöz bakımından daha etkili olduğu bulunmuştur (Healthy Newborn Network 2014).

1.4.5.1. Kanguru Bakımının Uygulanma Kriterleri

Bütün sağlıklı yenidoğanlara KB uygulanabilir. Anneler ve onların sağlıklı term veya prematüre yenidoğan bebekleri standart bakım ve kontroller yapıldıktan sonra, doğumdan sonraki ilk 24 saatte erken KB'ye başlayabilir. Ciddi hastalığı olan ya da özel tedavi gerektiren yenidoğanların sürekli KB almadan önce iyileşmesi beklenmelidir. Beslenme için gerekli olan emme ve yutma becerisi KB için temel bir gereklilik değildir. KB'ye tüple beslenme döneminde başlanabilir (WHO 2003, Thukral ve ark 2008, Moore ve ark 2012).

Gestasyon yaşı 30–34 hafta, doğum ağırlığı 1800 gr ve üzerinde olan yenidoğanlarda RDS gibi prematüreliliğin getirdiği bazı problemler görülmesine rağmen bu bebeklerin çoğunluğu stabildir ve KB'ye doğumdan kısa süre sonra başlanabilir. Gestasyon yaşı 28–32 hafta, ağırlığı 1200–1799 gr olan yenidoğanlarda RDS ve prematürelilikle ilgili diğer komplikasyonlar oldukça fazladır ve özel tedavilere gereksinim duyabilirler. Bu bebeklerde KB'ye başlamak için bir hafta ya da daha fazla beklemek gerekebilir. Gestasyon yaşı 28 haftadan küçük ve ağırlığı 1200 gr'dan daha düşük olan bebeklerde prematürelilikle ilgili ciddi problemler olabilir ve mortalite oranı yüksektir. Bu bebeklerde KB'ye başlanması haftalar alabilir (WHO 2003, Thukral ve ark 2008, Moore ve ark 2012).

Durumu stabil olmayan, ventile bebeklerin de KB alması söz konusu olabilir. Ancak, bu bebeklerin belirli kriterlere sahip olması ve bakım sırasında yeterli ebe/hemşire desteğinin bulunması gerekir. Yıldırım (2009)'ın bildirdiğine göre bu kriterler;

- Bebeğin ağırlığının 600 gr'dan fazla olması,
- 24 saatten fazla ventilasyonda kalması,
- Solunum oksijen fraksiyonu (FIO₂) değerinin %50'den fazla olması,
- Yaşam belirtilerinin stabil olması,
- Göğüs tüpünün olmaması,
- Göbek kateterinin emniyetli olması ve
- Neonatolog tarafından bebeğin stabil kabul edilmesidir.

Yaşı, eğitimi, dini ve kültürü ne olursa olsun bütün anneler KB verebilir. Ancak, annenin KB uygulaması için istekli, genel sağlık durumunun iyi olması, yeterli hijyen,

beslenme ve aile desteğinin sağlanması gerekmektedir. Anne özellikle; günlük banyonun, temiz giysilerin, el temizliğinin, kısa ve temiz tırnakların sağlandığı iyi bir hijyene sahip olmalıdır. Sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesini sağlayan uygun diyet ile beslenmelidir. Annenin KB vermesini engelleyecek herhangi bir ciddi hastalık bulunmamalıdır. Eğer gebeliği döneminde ya da doğum sırasında bir komplikasyonla karşılaşmışsa ya da herhangi bir hastalığı varsa KB başlatılmamalıdır. Anne iyileştikten sonra bebeğin de genel durumu iyiye KB'ye başlanmalıdır. Eğer anne sigara içiyorsa sigarayı bırakmasının önemli olduğu anlatılmalı ve KB sırasında kesinlikle sigara içmemesi gerektiği belirtilmelidir. Sağlık ekibi ve aile üyeleri, anneyi KB uygulaması için desteklemelidir. Anne, bu bakımın bebeğine sağladığı faydaları anlayarak KB'nin devamlılığını sağlamalıdır (WHO 2003, Thukral ve ark 2008).

1.4.5.2. Kanguru Bakımının Çeşitleri

KB, başlanma zamanına ve uygulama süresine göre iki şekilde ele alınabilir. Uygulamaya başlanma zamanına göre ele alındığında önceleri geç, orta, erken ve çok erken olmak üzere dört genel kategoriye ayrılmış, 1993'te uzmanlar tarafından doğum kanguru bakımı eklenerek beş kategori olarak kabul edilmiştir (Anderson 1999).

Geç kanguru bakımı; genellikle bebek yoğun bakım dönemini tamamladıktan sonra başlar (Anderson 1999).

Orta kanguru bakımı; genellikle bebekler hala ventilatörde, stabil veya stabil değilken doğumdan sonra yedi gün içinde başlar (Anderson 1999).

Erken kanguru bakımı; sıcak bir küvözde gerektiğinde oksijen ve intravenöz (İV) besleme ile stabil olabilen bebekler için doğum sonu 1. ve 24. saatler arasındaki bir zamanda başlar. Bebek çıplaktır (bir başlık, bezli/bezsiz), annenin çıplak göğsüne memeleri arasına yüzüstü yerleştirilir. Annelik giysisi olarak bir bluz, önü açık bir gömlek veya arkaya doğru giyilen bir hastane elbisesi içine bebek yerleştirilir. Böylece bebeğin sadece başı dışarıda kalır. Annenin ne giyeceği, bebeğin nasıl sıcak tutulacağı ve bebeğin sırtına ne konacağı değişebilir. Bebek ve anne için en önemli şey karın-karına, cilt-cilde temas ile bebeğin ısı ve kuruluşunun korunmasıdır (Anderson 1999, Moore ve ark 2012).

Çok erken kanguru bakımı; doğum odasında genellikle doğum sonu 30.-40. dakika arasında başlar. Bebek çıplak halde, bir başlıkla ya da başlıksız olarak annenin

çıplak göğsüne yüzüstü yerleştirilir. Bir battaniye ile bebeğin sırtı örtülür (Anderson 1999, Moore ve ark 2012).

Doğum kanguru bakımı; bebek doğum sonu ilk dakikadan itibaren annenin göğsüne veya karnına yüzüstü cilt-cilde yerleştirilir. Isı kaybını önlemek için; bebeğin kafasına kuru bir başlık giydirilir ve ıslandığında değiştirilir, sıcak ve kuru bir battaniye ile sırtı örtülür. Bebek, annenin göğsü veya karnındayken ilk emzirme gerçekleştirilebilir. İdeal olarak, ağırlık ölçümü, K vitamini uygulaması gibi diğer tüm müdahaleler en azından doğum sonu ilk bir saatin sonuna kadar ertelenir (Anderson 1999, Moore ve ark 2012).

KB, Kolombiya'da 1970'lerde geliştirildiğinden bu yana, uygulama süresi açısından sürekli ve aralıklı olarak iki şekilde kullanılmaktadır (Nyqvist ve ark 2010).

Sürekli KB: Düşük gelirli ortamlarda, sürekli (24 saat/gün, 7 gün/hafta) ve uzun süreli olan (günde 20 saatten daha fazla) anne/ebeveyn-bebek cilt-cilde temasıdır. Kanguru pozisyonunda bebekle erken taburculuk, ideal olarak sadece emzirmenin sağlanması ve yeterli takibi içeren orijinal KB modelidir. Küçük ve/veya prematüre bebekler için sürekli KB'nin etkili bir uygulama olduğunu gösteren geniş çaplı kanıtlar vardır. Gelişmekte olan ülkelerde sürekli KB çoğunlukla çok pahalı olan küvöz yerine kullanılabilir (Nyqvist ve ark 2010, WHO 2011, Healty Newborn Network 2014).

Birçok Afrika ülkesinde, Sub-Sahara genelinde ve diğer yoksul bölgelerde KB ile prematüre bebeklerde erken taburculuk güvenli ve mümkündür. Ancak sağlık hizmetlerine erişim gerekmektedir. Bu durumda annelere, bebek en az 2500 gr oluncaya kadar evde sürekli KB yapmaları önerilir. Böylece uzun zaman periyodu boyunca gerçekleştirildiğinde bebeğin bakımı, standart küvöz veya sağlık çalışanı yerine ağırlıklı olarak anne tarafından sağlanır (WHO 2003).

Aralıklı KB: Gelir düzeyi yüksek ortamlarda ve ilk kez 1985'de DDA bebeklerin ev bakımı için bir model olarak sunulmasından bu yana sıcaklık, emzirme ve sevgi sağlama bileşenlerini içeren bir veya birkaç saatlik sınırlı KB oturumlarıdır. Yaygın olarak kullanılmasının yanında hergün yapılmayabilir, term bebekler için sıklıkla kullanılır. KB'nin günlük uzunluğu ve toplam süresi değişebilir. Bu yöntemde KB oturumu ideal olarak en az 65 dakika sürmelidir. Uygulama periyodları sırasında ebeveyn ve aile bebeğin bakımı için cesaretlendirilmeli ve destek sağlanmalıdır (Nyqvist ve ark 2010).

Aralıklı KB tüm term ve prematüre bebeklerde uygulanabilir ancak bazı durumlarda kontrendike olabilir. Bu yenidoğanlar şunlardır (Davanzo ve ark 2013);

- Stabil olmayan ve akut hastalık için mekanik ventilasyon tedavisi alan,
- Vazopresör ilaç tedavisi alan,
- Torasik veya abdominal drenajı olan,
- Juguler veya femoral venöz kateteri olan,
- Göbek arter kateteri olan yenidoğanlardır.

İkiz bebeklerde ise KB uygulamaları farklılaşabilir. İkiz bebeklerde KB ayrı, ardışık ve paylaşılmış olmak üzere üç farklı şekilde uygulanabilir (WHO 2003).

Ayrı kanguru bakımı: İki ebeveynin aynı anda bebeklere KB'yi uygulamalarıdır. Annenin bebeklerden birine KB vermesi sırasında babanın da diğer bebeğe KB vermesidir (WHO 2003).

Ardışık kanguru bakımı: Aynı ebeveynin bebeklere art arda KB uygulamasıdır (WHO 2003).

Paylaşılmış kanguru bakımı: Tek ebeveyn tarafından iki bebeğe aynı anda KB uygulanmasıdır (WHO 2003).

1.4.5.3. Kanguru Bakımının Uygulama Aşamaları

Ebeler ve hemşireler KB'nin uygulanması için kılavuzlara ihtiyaç duyarlar. KB için önerilen kılavuzlar ileri teknoloji ortamlarda KB uygulamasını kolaylaştırmayı hedefler. Ancak, uygulamanın etkinliğini arttırmak için fiziksel çevrenin optimizasyonu ve bakımın duyarlı bir şekilde benimsenmesi ile kombine edilmelidir (Nygvist ve ark 2010, Conde-Agudelo ve ark 2011). KB'de izlenecek adımlar ve eylemler (Davanzo ve ark 2013);

- KB öncesi ailenin bilgilendirilmesi, eğitimi ve hazırlanması,
- Mevcut çevrenin hazırlanması, fiziksel koşulların sağlanması,
- Kanguru bakımının uygulanması ve
- Uygulama sırasında bebeğin izlenmesidir.

1.4.5.4. Kanguru Bakımı Öncesi Ailenin Eğitimi ve Hazırlanması

KB'nin etkin ve başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için ailenin bilgilendirilmesi, bilgilendirilmiş onamlarının alınması ve uygulama için hazırlanması temel koşullardandır. Uygulamaya başlamadan önce aileye KB'nin bebek ve ebeveynler için yararları, başlama zamanı, çevre koşullarının organizasyonu ve olası sorunları içeren ayrıntılı bilgi verilmelidir. Planlanan KB, ebeveynlerle paylaşılmalı ve uygulanabilmesi için aydınlanmış onamları alınmalıdır (Davanzo ve ark 2013).

Küvözde bakım alan prematüre bebeklere uygulanacak KB için aileler, bebeğin küvözden alındığında ve tekrar yerleştirildiğinde uyum için zamana ihtiyaç duyacağını bilmelidirler. Bu nedenle aileler, KB'yi en az bir saat boyunca uygulamak için hazır olduğunda aralıklı KB başlatılmalıdır (WHO 2003, Davanzo ve ark 2013).

Aralıklı uygulanan KB yapılmadığında, ailelere bebeklerinden uzun süreli ayrı kalmalarının olumsuz etkilerini nasıl azaltabilecekleri konusunda bilgi verilmelidir. KB uygulanmadığında, nazikçe dokunma, yüz-yüze görsel temas, konuşma, okuma, yatıştırıcı ninni söyleme ve koku alma uyaranları ayrılığın olumsuz etkilerini azaltmada kullanılabilir. Uygulama sırasında hassas ve duyuşal hiperstimulasyonu önlemek amacıyla bebeğin stres belirtilerini tanımları için ebeveynlere koçluk yapılmalıdır (Davanzo ve ark 2013).

1.4.5.5. Kanguru Bakımına Hazırlanma

KB'de ideal olan, ailenin gece gündüz bebekle kalmasıdır. YYBÜ'nün ortamı KB için uygun olmalıdır. Bu nedenle ebeveynlerin konforu ve mahremiyeti sağlanmalı, ebeveyn yatağı bulunan mümkünse tek kişilik banyolu bir oda hazırlanmalıdır. Uygulamayı yapacak ebeveyn için hem ayakları destekleyen hem de yatmaya izin veren türde sandalyeler veya yatak hazırlanmalı, yatağın başında acil durumlar için çağırma butonu olmalıdır. Eğer sandalye, uygun destekleyici ise anneler uyuklarken bile KB boyunca bebeği güvenle tutabilirler (Nyqvist ve ark 2010, Conde-Agudelo ve ark 2011, Davanzo 2013).

Ebeveynlerin yemek yiyebileceği ve diğer ebeveynlerle ilişki kurabileceği yer sağlanmalı; nereden nasıl içecek, yemek alınacağı, nerede yenileceği gösterilmeli, istedikleri zaman telefon, internet erişimi imkânı sunulmalıdır. Sıkılmalarını önlemek için

müzik dinleme, kitap okuma, radyo dinleme, film seyretme gibi aktivitelerin olması gerekir. Ebeveynler ziyaretçi kabul edebilecekleri yönünde bilgilendirilmeli, gece ya da gündüz ziyareti için herhangi bir kısıtlama konulmamalıdır (Nygqvist ve ark 2010).

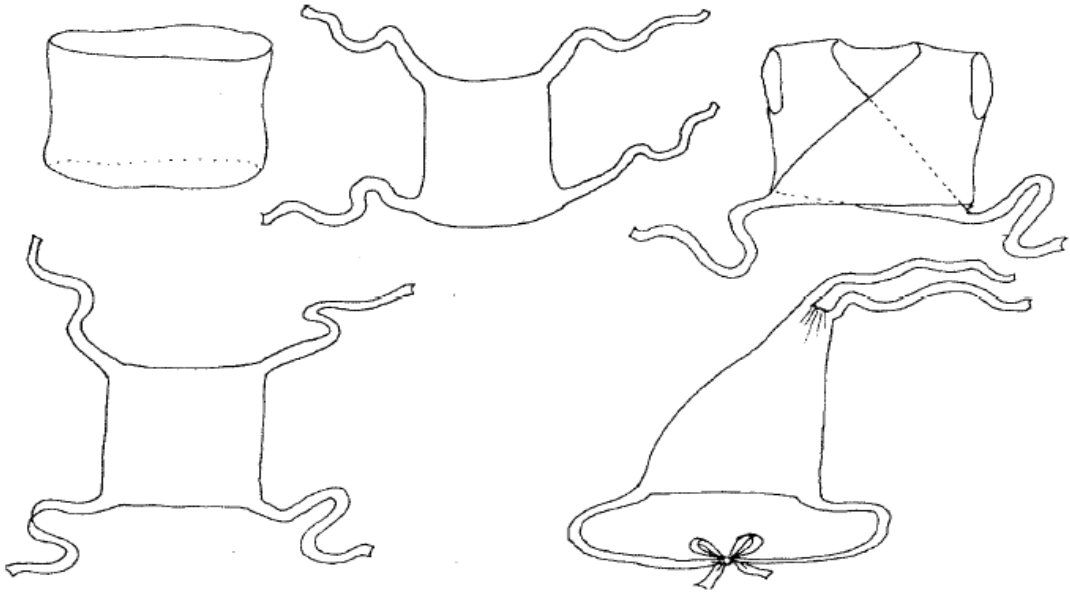
Girişim boyunca anne ve bebeğe destek için personel sağlanmalı, ebeveyn koçu bebeğin bakımını devralmaya (örneğin, bebek bezi değiştirme) ve kanguru pozisyonunda bebeğin transferinde yardım sağlamaya hazır olmalıdır. Ancak öncelikle ebeveynlerin birincil bakım verenler oldukları unutulmamalıdır (WHO 2003, Nyqvist 2009, Davanzo ve ark 2013).

KB'ye başlamadan önce bebek ile annenin uyum ve rahatının sağlanması için uygun çevre ve fiziksel koşullarının hazırlanması önemlidir. Bu sayede sessiz, sakin bir atmosfer, düşük ışıklı bir ortam, anne ve bebek merkezli bakım planlaması ile anne-bebek bağlanma süresinin minimal bozulması sağlanmış olur. KB uygulanacak ortam ışığının 200 lux'u geçmemesine dikkat edilmeli, aydınlatma sınırlanmalı, ritmik olarak günlük ışık verilmelidir. Mümkün olduğu kadar personel trafiği sınırlanmalı ve düşük ses seviyesi ile sakinleştirici bir ortam sağlanmalıdır. Gürültüyü engellemek için tüm monitör alarmları merkezi istasyonlara yönlendirilmeli, eğer bu mümkün değilse düşük seviyede ve önemli tepki alarmları tetikleyici seviyede tutmalıdır. Oda ve çevre sıcaklığı daima kontrol altında tutulmalı ve ani sıcaklık değişimlerine izin verilmemelidir (Nygqvist ve ark 2010, Conde-Agudelo ve ark 2011, Davanzo ve ark 2013).

Ortam ısısı 22–24 °C arasında ise bebek kanguru pozisyonunda alt bezi ve şapkası ile çıplak olarak taşınabilir. Ortam ısısı 22 °C'nin altında ise bebeğe; yüzünü, göğsünü, karnını, kollarını ve bacaklarını cilt cilde teması sağlayacak şekilde açıkta bırakan, pamuklu, kolsuz, önü açık bir giysi ve çorap giydirilebilir. Termal koruma için bebek, eldiven veya çorap kullanılmadan bebek bezi ve şapka giydirilerek sıcak bir battaniye ile baş ve sırtı örtülerek uygulama yapılabilir (WHO 2003, Thukral ve ark 2008, Davanzo ve ark 2013).

Anne, KB sırasında kendisi ile bebeğini sıcak tutacak ve rahat bir şekilde bebekle güvenli cilt cilde teması sağlayabileceği her şeyi giyebilir. Günlük giysileri aşırı sıkı olmadığı sürece KB için herhangi bir özel giysiye ihtiyaç yoktur. Göğsü açık elbise, KB bluzu veya gömleği uygulamayı kolaylaştırabilir. KB sırasında annenin rahatça hareket etmesini ve her iki elini de serbestçe kullanabilmesini sağlamak için destekleyici bağ

kullanılabilmektedir. Bu destekleyici bağ farklı şekillerde olabilir. Başlangıç için yaklaşık bir metrekare büyüklüğünde kare şeklinde yumuşak bir örtü kullanılabilir. Örtü, üçgen biçiminde katlandığında üçgenin tabanı bebek kanguru pozisyonunda iken annenin göğsünü bebekle birlikte sarabilecek ve koltuk altında güvenli bir şekilde düğümlenebilir büyüklükte olmalıdır. Daha sonraki dönemde annenin seçimine göre giysinin içine giyilebilen taşıyıcı bir torba ya da kese şeklinde olan bir destekleyici bağ tercih edilebilir (Şekil 1.4.5.5.1) (WHO 2003, Yıldırım 2009, Nygvist ve ark 2010, Davanzo ve ark 2013).



Kaynak: World Health Organization. Kangaroo Mother Care: A Practical Guide. Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva. 2003; p.21.

Şekil 1.4.5.5.1. Destekleyici bağ çeşitleri

1.4.5.6. Kanguru Bakımının Uygulanması

Yenidoğan KB'ye hazır olduğunda, anne ve bebek için uygun bir görüşme zamanı ayarlanır. İlk KB uygulamasında dikkatin ve zamanın bölünmeyeceği uygun bir ortam hazırlanmalıdır. Eğer anne isterse eşini ya da arkadaşını beraberinde getirebilir. Annenin yanında güvенеbileceği birinin olması rahatlama ve desteklenmesini sağlar (WHO 2003).

KB'nin etkinliğinde bebeğin pozisyonu önemlidir. KB verilirken anne bebeğini iki memesi arasında dik pozisyonda tutmalıdır. Bebeğin göğsü annenin göğsünün üstüne

yerleştirilmeli, bebeğin başı tek bir yöne doğru dönük ve ekstansiyonda olmalıdır. Başın bu pozisyonu bebeğin hava yolunu açık tutar ve anne ile göz temasını sağlar. Bebeğin abdomeni annenin epigastrik seviyesinde olmalıdır. Böylece annenin solunum hareketleri bebeği uyarır ve bebekte apne oluşumu engellenir. Bebeğin annenin göğsü üzerindeki dik pozisyonu daha rahat nefes almasını sağlar. Bebek, kol ve bacaklarını amaçsızca hareket ettirmedeğinden oksijen ve kalori kullanımı azalır (WHO 2003, Smith 2007, Thukral ve ark 2008, Yıldırım 2009).



Kaynak: World Health Organization. Kangaroo Mother Care: A Practical Guide. Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva. 2003; p.21.

Şekil 1.4.5.6.1. Kanguru bakımı pozisyonu.

KB'ye kademeli olarak başlanmalıdır. Başlangıçta seanslar 60 dakikadan kısa sürmeli ancak, bebekte strese sebep olabilecek sık değişiklikler yapılmamalıdır. Seanslar devam ettikçe süresi mümkün olduğunca uzatılabilir. Ancak, küvöz eksikliği gibi yetersizliklerde KB'nin devamlı verilmesi söz konusu olabilir. Anne bebekten ayrılmak durumunda kaldığında bebek sıcak bir battaniye ile sarılarak ılık bir ortama konulmalıdır. Verilen bu aralarda baba, diğer aile üyeleri veya yakın bir arkadaş bebeğin kanguru pozisyonunda kalmasına yardım edebilir. KB, günlük olarak bebek stabil kaldığı sürece sağlanmalı ve bu süre optimal derin uyku durumuna ulaşmak için en az 60 dk olmalıdır. Kanıta dayalı kılavuzlar, prematüre bebekler için KB'yi kesintisiz olarak en az 60 dk

tavsiye etmektedir. Böylece uykunun bir döngüsü tamamlanabilir. ABD’de KB, 7 gün/24 saatten ziyade ağırlıklı olarak aralıktır ve süresi birkaç dakikadan birkaç saate yaygın olarak değişmektedir. Oturum süresi için üst sınır yoktur, annenin deneyimin tadını çıkarması ve bebeğin stabil kalması sağlanmalıdır. KB sonrası anneler yetersizlik ve başarısızlık duygusundan kurtularak bebeklerinin birincil bakım vericisi olmakta, güçlenmekte ve annelik rollerini sağlık ekibinden geri almaktadırlar (WHO 2003, Ludington-Hoe 2010, Davanzo ve ark 2013).

1.4.5.7. Kanguru Bakımı Sırasında Bebeğin İzlemi

KB uygulaması süresince yeterli koşullar sağlansa bile bebeğin sağlık durumunda bozulmalar olabilir. Bu nedenle bebeğin stabilitesinin bozulduğunu gösteren belirtileri tanımak amacıyla ailelere rehberlik edilmeli; uygulama süresince bebeğin genel durumu, vücut ısısı ve solunumu izlenmelidir. Bebeğin stabilitesinin bozulması durumunda KB kesilmelidir (Davanzo ve ark 2013).

Ortam ısısı eğer önerilenin altında değilse, sürekli cilt cilde temasta iyi beslenmiş bir bebek kolaylıkla 36,5–37 °C arası olan normal vücut ısısını sürdürebilir. KB sırasında hipotermi nadir de olsa meydana gelebilir. Bu nedenle bebeğin vücut ısısının ölçülmesi gereklidir. Ancak bu gereklilik KB almadığı durumdaki kadar sık değildir. Özellikle hipotermisi olan bebeklerin anneden alınıp küvöze konması sırasında vücut ısısının takip edilmesi önemlidir (Yıldırım 2009, Davanzo ve ark 2013).

1.4.5.8. Kanguru Bakımında Taburculuk ve Evde Bakım

Bebeğin beslenmesi iyi duruma geldiğinde, KB sırasında vücut sıcaklığı stabil kaldığında, yeterli kilo aldığı anda, anne ve bebek KB’ye uyum sağladıklarında taburcu olmaya hazırdırlar. Taburculuk sonrası ebeveyn evde KB vermeye devam etmesi için teşvik edilmelidir. Bebek reddedene kadar bakıma evde de devam edilebilir. Taburcu olan bebekler hala prematüre olduğunda sağlık ekibi üyelerinin düzenli takibi gerekir. Başlangıçta takipler günlük, daha sonra haftalık ve aylık olarak yapılmalıdır. Taburculuk sonrası en az bir kez ev ziyareti yapılmalıdır (WHO 2003, Hall ve ark 2008, Yıldırım 2009).

1.4.5.9. Kanguru Bakımının Yararları

KB metodu, anne-baba ve bebek arasındaki en erken dönemde teması sağlayan güvenli bir bakım modelidir. Bu yaklaşım ailelerin kendilerini güvende hissetmelerini sağlamakta ve yüksek teknolojiye rağmen insancıl bakım ilkesi korunabilmektedir. Ayrıca bebek annesinden koparılmamakta ve psikolojik gelişmesi daha sağlıklı olmaktadır. KB, yüksek riskli prematüre bebeklerin hastaneler arasında nakli için de uygulanabilir bir yöntemdir (Sontheimer ve ark 2004).

Term, prematüre ve DDA bebekler üzerine yapılan klinik uygulamalar ve araştırmalarla KB'nin; ısı kontrolünü, emzirmeyi ve anne-bebek ilişkisini sağlamada etkili ve faydalı olduğu ortaya çıkarılmıştır. Yüksek gelirli ülkelerde faydalarının daha iyi anlaşılmasıyla, özellikle ileri teknoloji YYBÜ'lerde kesinlikle tavsiye edilmektedir (McCall ve ark 2010, Nyqvist ve ark 2010).

YYBÜ'de KB uygulamaları prematüre bebeklerde fizyolojik stabilite, olumlu bağlanma ilişkileri ve davranışsal organizasyon için önemli destek sağlar. En küçük entübe bebekler bile KB uygulamasından yararlanabilir. KB, hem YYBÜ'nün fiziksel ortamında bir koruma, hem de çevresel bozulmadan sonra düzenlemeyle yardım sağlar. Böylece, ebeveynlerin gövdeleri, hassas bebekler için en uygun ortamı sağlamış olur. Destekleyici YYBÜ ortamları sağlanması ebeveynlerin bebeğin bakımına aktif katılmalarını kolaylaştırabilir (Browne 2004).

DSÖ, DDA prematüre yenidoğanlar için KB'nin, küvöz bakımına göre daha iyi bir seçenek olduğunu bildirmektedir. KB'nin bebeğin ağırlığı, gestasyonel yaşı ve klinik durumu ne olursa olsun bütün yenidoğan bebeklerde, her ortamda, hatta yeterli bakımın mevcut olduğu pahalı teknoloji ortamlarında bile ısı kontrolü, emzirme, anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesi ve anne-bebek bağlanması için etkili olduğu bildirilmektedir (WHO 2003).

KB'nin faydaları sıcaklık, beslenme ve hastaneden erken taburculuğu sağlamayı hedeflemenin ötesine uzanır. Ludington-Hoe ve ark (2008)'nin belirttiğine göre, ABD Ulusal Yenidoğan Hemşireler Birliği tarafından sağlanan KB uygulaması için A düzeyi kanıtlar; yenidoğan kalp hızı, solunum hızı, oksijen saturasyonu, uyku, ağrının giderilmesi, nörodavranışsal gelişim ve mental/motor skorları iyileştirdiğini göstermektedir.

Shrivastava ve ark (2013)'nın bildirdiğine göre KB'nin büyüme üstüne etkisini inceleyen çalışmalarda, rutin kullanıldığında büyüme ve gelişmede, ağırlık alımı, boy uzaması, baş çevresindeki artışı olumlu etkilediği, yaşamın ilk iki yılı boyunca tüm gelişiminde olumlu etkiler sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. YYBÜ'de DDA bebeklerde uygulanan KB'nin term gebelik yaşına göre küçük (SGA) bebekler 2500 gr'a ve prematüre bebekler postmenstrüel 40 haftaya ulaştığında ortalama günlük ağırlık alımını ve haftalık baş çevresindeki artışı olumlu etkilediği bulunmuştur (Rao ve ark 2006). YYBÜ'de kaldıkları süre boyunca günde en az bir saat KB uygulanan ve uygulanmayan stabil ÇDDA bebeklerde baş büyümesi ve ağırlık alımını karşılaştırmak için yapılan çalışmada, KB uygulanan grubun ortalama haftalık baş çevresi ölçümlerinde daha iyi artışa sahip oldukları bulunmuştur (Boo ve ark 2007).

Catteno ve ark (1998) tarafından yapılan çalışma, KB uygulanan bebeklerin uygulanmayanlara göre ortalama günlük ağırlık artışının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ramanathan ve ark (2001), ÇDDA prematüre yenidoğanlarda, KB'nin ağırlık alımını arttırdığını belirlemişlerdir. Venancio ve ark (2004) KB üzerine yaptıkları incelemede, KB uygulanan DDA bebeklerde uygulanmayanlara göre günlük ağırlık alımının daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Ali ve ark (2009)'nın DDA bebeklerde KB'nin geleneksel bakımla karşılaştırıldığı çalışmalarında, KB'nin DDA bebeklerde daha fazla ağırlık artımı sağladığı ve büyüme üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Ülkemizde ise Sarıcan (2014)'ın KB'nin YYBÜ'deki prematüre bebeklerin büyüme ve gelişmesine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, KB uygulanan bebeklerin uygulanmayanlara göre boy uzunluğunun daha fazla, vücut ağırlığı ve baş çevresi ölçümlerinin benzer olduğu saptanmıştır.

Gelişimsel açıdan ele alındığında; Feldman ve ark (2002) ile Ohgi ve ark (2002)'nin, YYBÜ'de KB alan ve almayan bebeklerin nörodavranışsal işlevlerini kısa ve uzun dönemli kapsamlı olarak inceledikleri çalışmalarda, KB uygulanan bebeklerin uygulanmayanlara göre daha olgun nörogelişimsel profile sahip oldukları belirlenmiştir. KB'nin altıncı ayda bebeklerin zihinsel ve motor gelişimlerinde önemli bir etkiye sahip olduğu saptanmış; nörofizyolojik organizasyonuna katkısı ile gelişiminde direkt bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. On ikinci ayda ise Bayley ölçeklerinde gelişimsel puanları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Feldman ve ark (2003), KB uygulanan termde bebeklerde daha iyi düzen sağlandığını, aktif uykunun daha kısa sürdüğünü, sakin uykunun

daha uzun sürdüğünü ve uyanıklık süresince daha canlı olduklarını bulmuşlardır. Üçüncü ayda, KB bebeklerinin karmaşık uyarılmaya katılımları istenirken daha iyi uyarılma modülasyonu gibi olumsuz duyguların daha yüksek eşik değerlerine sahip oldukları görülmüştür. Altıncı ayda, bebeklerin anneleriyle daha iyi etkileşimde oldukları ve kognitif gelişim için gerekli araştırmayı genişlettikleri belirlenmiştir. KB alan bebekler, anneleriyle fizyolojik ve davranışsal düzenleme için fırsat yakalamışlar, böylece altı ay süre ile daha iyi davranışsal organizasyon ve düzenleme gösterebilmişlerdir.

KB'nin bebeklerde fizyolojik stabilite üzerine etkisi ele alındığında; uygulama süresince kalp hızı, solunum hızı ve oksijen düzeylerinin daha stabil kaldığı, apne ataklarının azaldığı belirlenmiştir (Hunt 2008, Ludington-Hoe 2010). Ali ve ark (2009) KB uygulanan DDA bebeklerde fizyolojik ölçütlerde tutarlı düzenlilik bulmuştur. KB'ye yönelik çeşitli çalışmalarda, KB uygulanan grupta uygulanmayanlara göre, daha yüksek oksijen düzeyi, daha az oksijen desaturasyonu saptanırken oksijen tüketiminde artış olmadığı periyodik solunum ve apnede azalma olduğu bildirilmiştir (Bauer ve ark 1996, Bauer ve ark 1997, Messmer ve ark 1997).

Prematüre yenidoğanlar ve annelerinin KB'ye gösterdikleri toleransın araştırıldığı çalışmada, KB boyunca yenidoğanların vücut sıcaklığı, kalp hızı, solunum hızı ve serebral doku oksijen saturasyonu (StcO₂) stabil kalmıştır (Monasterolo ve ark 1998).

Browne (2004)'nin bildirdiğine göre; kardiyorespiratuvar değişiklikler, oksijen saturasyonu, oksijen tüketimi, solunum hızı, kalp hızı veya apnede olumsuz değişikliklerin olmadığını gösteren çoğu çalışmaların yanı sıra, KB sırasında prematüre yenidoğanlarda meydana gelebileceğini varsayan oldukça kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. Babanın uyguladığı KB sırasında kardiyovasküler değişiklik ölçümlerinin annenin uygulaması ile benzer olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda, tipik YYBÜ bakım vericiliğinde rastgele alınan bebeklerde oksijen saturasyonu KB uygulananlarda daha yüksek bulunmuştur.

Engler (2002)'e göre, KB istikrarlı kalp ve solunum hızları, gelişmiş oksijenasyon, azalan apne ve periyodik solunum sağlar. KB'de kalp ve solunum hızı ve oksijen saturasyonu gibi göstergeler daha az değişiklik gösterir, apne ve bradikardi atakları azalır, ileri prematüre bebeklerde istikrarı korur ve artırır (Bauer ve ark 1998, Ludington-Hoe ve ark 2003).

Her yenidoğan için en büyük tehditlerden biri 36,5⁰C altında başlayan hipotermidir. Yaşamın ilk birkaç gününde term yenidoğanlar bile vücut kitle oranının daha büyük olması ve gelişmemiş termoregülasyon sistemleri nedeniyle hipotermi riski altındadır. Isı kontrolü, prematüre bebekler için yoğun bakımın temel bileşenidir. Uzun süreli hipotermiden kaynaklanan potansiyel olarak yaşamı tehdit eden sağlık sorunları arasında hipoksi, hipoglisemi, solunum sıkıntısı, asidoz, böbrek yetmezliği, hiperbilirubinemi ve koagülasyon defekti vardır (WHO 2003, Galligan 2006, McCall ve ark 2010).

İlk KB çalışmaları, prematüre bebeklerin vücut ısılarını korumak için anneleri tarafından tutulmasını sağlamaya odaklanmıştır. KB boyunca cilt-cilde tutulduğunda, annenin vücut ısısı bebeğin vücut ısısını düzenlemeye yardımcı olur. Böylece anneden bebeğe ısı transferiyle hipotermi önlenir (Ludington-Hoe 1992, Fohe ve ark 2000). Simkiss (1999)'in dediğine göre, KB'de ısı kontrolü bir inkübatör tarafından sağlanan kadar iyidir. Walters ve ark (2007)'nin sağlıklı term bebeklerde doğumda KB kullanımının emzirme davranışları, deri sıcaklığı ve kan şekeri değerleri üzerine etkisini inceledikleri pilot çalışmada, doğumdan sonraki birinci, beşinci dakikalarda ve daha sonra her 15 dakikada alınan bebek cilt ısısı ölçümlerinde KB sırasında dokuz bebeğin sekizinde normal vücut ısısı sınırlarının korunduğu saptanmıştır. Moore ve ark (2012)'nin sağlıklı bebeklerde erken dönemde KB uygulamasının incelendiği çalışmada da bebeğin doğumunu izleyen ilk 24 saat içinde başladığında termal stabilitenin korunmasına yardımcı olduğu bulunmuştur.

Bauer ve arkadaşları (1997) KB boyunca ısı kontrolünün sağlanmasının gebelik yaşıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Doğumdan sonraki ilk hafta boyunca 26-27 haftalık bebeklerin vücut ısılarının daha büyük bebeklerden daha az stabil olduğunu görmüşlerdir. Bohnhorst ve arkadaşları (2001), KB boyunca bebeklerin vücut sıcaklıklarında önemli artış bulmuşlar, apne ve bradikardi ataklarının sıcaklık stresi yüzünden olabileceği varsayımında bulunmuşlardır. Ayrıca, ısı stresine bağlı hipoksemi, daha az düzenli solunum ve bradikardide artış tespit etmişlerdir. Bu durum KB boyunca prematüre yenidoğanların sıcaklık izlenmesine gerekçe sağlamaktadır. Bu çalışmalar, KB boyunca annenin vücudunun doğal ortamıyla yeterli sıcaklığın sağlanabileceğini, uygulamaya vücut sıcaklıklarının izlenmesi koşuluyla fizyolojik açıdan stabil olmayan bebeklerin alınabileceğini göstermiştir. Bebeğin stabil kalmasını sağlamak için KB öncesinde,

sırasında ve sonrasında bebeğin vücut sıcaklığının ölçülmesi önemlidir (Ludington-Hoe 1992, Bauer 1997, Fohe ve ark 2000, Bohnhorst 2001).

KB'nin DDA bebeklerde hipotermiyi azalttığı görülmüştür. ÇDDA bebeğin hipotermi yaşamasını önlemek için bebeğin sırtı sıcak bir battaniye ile sarılabilir, başına şapka giydirilebilir ya da anne üzerine yerleştirilen bir ısı kaynağı kullanılabilir (WHO 2003, Ludington-Hoe 2010, McCall ve ark 2010, Davanzo 2013).

Christensson ve ark (2000)'nin daha düşük hipotermi riski taşıyan yenidoğanları tekrar ısıtmak için inkübatör bakımı ile KB'yi karşılaştırdıkları randomize çalışmada, KB grubundaki bebeklerin, inkübatör grubundaki bebeklere göre daha yüksek oranda normal ısıya ulaştıkları saptanmıştır. KB'nin, yeterli ısı regülasyonu sağladığı, hipotermiyi önlediği belgelenmiştir.

Walters ve ark (2007)'nin sağlıklı term bebeklerde doğumda KB kullanımının kan şekeri değerlerinde etkili olup olmadığını belirlemek için yaptıkları çalışmada, doğumdan hemen sonra uygulanan KB'yi takip eden en az bir saatin sonunda bebeklerde; daha yüksek kan şekeri seviyeleri, daha az ağlama, daha fazla memeye tutunma, daha uzun emzirme, normal ve daha stabil kan basıncı, kalp hızı ve cilt ısısı gibi pozitif etkiler saptanmıştır. Sağlıklı bebeklerde erken KB uygulanmasının incelendiği çalışmada, bebeğin doğumunu izleyen ilk 24 saat içinde başladığında KB'nin, yenidoğan kan glikoz değerlerinin artmasına yardımcı olduğu bulunmuştur. KB'nin, ayrılık ve açlık nedeniyle ağlayan yenidoğanlarda sorunun çözümlenmesi ve ağlamayı azaltması sürpriz değildir (Ludington-Hoe ve ark 2008, Newman ve ark 2009, McCall ve ark 2010, Moore ve ark 2012).

Bebekler KB boyunca derin uyku durumu ve sessiz uyanıklık durumu elde edebilirler. Bu durum, annenin veya babanın göğsüne saklanmış bir pozisyonda yerleştirilen bebeğin YYBÜ'ye uyumu artırılabilir. KB'ye katılan bebekler genellikle dinlenir ve negatif uyarılara tepkileri daha azdır. Çalışmalar KB boyunca hem bebeklerin hem de annelerin vücutlarının salgıladıkları kimyasallar ile gevşeme ve uykuyu sağladığını göstermiştir. Aynı zamanda, stres hormonu ve kortizolde de azalma olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Nygvist ve ark 2010, Ludington-Hoe 2010). Prematüre yenidoğanlar ve annelerinin KB'ye gösterdikleri toleransın araştırıldığı çalışmada, vakaların çoğunda bu yöntemin açık el, uyku, uyarılara sakinlik ve hatta gülümseme

dâhil iyi yönde toleransı gösteren davranış kalıpları göstermiştir. Prematüre bebeklerde dönüşümlü daha uzun uyku periyodları saptanmıştır (Monasterolo ve ark 1998).

Moore ve ark (2012)'nin 1925 anne ve bebekleriyle yapılan 30 çalışmayı ele aldıkları incelemelerinde, erken dönemde KB uygulanan bebeklerin anneleriyle daha çok etkileşim kurduğu, daha sıcak kaldığı ve daha az ağladığı saptanmıştır. KB uygulanan bebeklerin, süreç boyunca neredeyse hiç ağlamama, altıncı ayda daha az ağlama, toplam uykuda azalma, uyku nöbetlerinin süresinde artma, sakin uyku süresinde uzamaya sahip oldukları belirtilmiştir (Browne 2004).

Ağrılı uyaranlara maruz kalan bebekler KB boyunca ağrıya verdikleri tepkiyi daha iyi düzenleyebilirler ve ağlama yanıtında bir azalma gösterirler. KB boyunca bebek tarafından salınan kimyasallar ağrı eşiğini yükseltmek için hareket eder. Yenidoğan bebeklerde ağrı veren uygulamalarda KB'nin endorfin salınımını arttırarak analjezik etki yaptığı, ağrılı işlemler sırasında prematüre bebeklerde ağrı yanıtını azalttığı, ağrıya cevapta ağlamayı azalttığı görülmüştür Ayrıca, bebek derin uyku durumunu elde edebildiği için, KB sırasında ağrıya körelmiş bir yanıt verirler ve bebeği uyandırmak daha zordur (Johnston ve ark 2003, Kostandy ve ark 2008).

YYBÜ'de yatan prematüre yenidoğanlara yapılan invaziv girişimler sırasında ağrıyı azaltmada, KB'nin etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır (Akcan 2009). Derebent (2007)'in yaptığı çalışmada da, YYBÜ'de yatan prematüre bebeklerde KB'nin invaziv girişim sırası ve sonrasında bebeğin davranışsal, fizyolojik ve hormonal ağrı yanıtlarını azalttığı bulunmuştur. Ağrı prosedürü için KB tavsiye edilmesine rağmen nadiren kullanılmaktadır (Ludington-Hoe 2011).

Anne ile bebeğin cilt-cilde teması emzirme insidansını, süresini ve süt miktarını arttırmaktadır. Prematüre doğan bebeklerin anneleri emzirmeyi başlatma ve sürdürmede zorlanmaktadır. KB'ye başlayan ve sürdüren anneler, YYBÜ'de KB uygulamayan annelere göre daha uzun süre, daha fazla miktarlarda anne sütü ve laktat üretebilmektedirler. KB temasıyla parasempatik sinir sistemi uyarılması sağlanır, bu durum süt üretimini artırır (Rojas ve ark 2003, Browne 2004). Walters ve ark (2007)'nin, sağlıklı term bebeklerde doğumda KB kullanımı ile emzirme davranışlarını inceledikleri çalışmada, bebeğin meme üzerine kilitlendiği süre kaydedilmiş ve ilk emzirme boyunca

emme davranışları gözlenmiştir. Doğumdan sonra 74. dakikada bir bebeğin neredeyse kendiliğinden memeye sürünerek memeyi yakaladığı gözlenmiştir.

Ramanathan ve ark (2001), ÇDDA prematüre yenidoğanlarda, KB'nin bebeğin emme oranını yükselttiğini belirlemişlerdir. Boo ve ark (2007) YYBÜ'de kaldıkları süre boyunca günde en az bir saat KB uygulanan ve uygulanmayan stabil ÇDDA bebeklerde yaptıkları çalışmada, KB grubunun yüksek emzirme oranlarına sahip olduklarını bulmuşlardır. Yapılan çalışmalarda KB'nin DDA bebeklerde daha uzun süre yalnızca anne sütü ile beslenmeyi sağladığı bulunmuştur (Rao ve ark 2006, Ali ve ark 2009).

Çeşitli çalışmalarda da KB'nin, memeye erişimi kolaylaştırdığı, anne sütü üretimini ve emzirme oranını artırdığı saptanmıştır. Ayrıca, YYBÜ'den taburcu olurken anne sütüyle beslenme oranını artırdığı ve daha uzun emzirme süresi sağladığı belirlenmiştir (Furman ve ark 2002, Boo ve ark 2007, Nyqvist ve ark 2010, Flacking ve ark 2011, Moore ve ark 2012).

KB, nazokomiyal enfeksiyon riskini azaltması, bebeklerin hastanede kalış sürelerini kısaltması ve YYBÜ kaynaklarının iyi kullanımını sağlaması nedenleriyle geleneksel bakıma karşı üstünlük sağlamaktadır (Charpak ve ark 2005, Conde-Agudelo ve ark 2011). Bazı çalışmalarda nazokomiyal enfeksiyon insidansı KB'ye katılan bebeklerde daha düşüktür. Bu durum cilt mikroplarından bebeği korumak için annenin cilt antikorlarını bebeğine aktardığını düşündürmektedir. Başka bir teori ise annenin bebeğin cildinden su kaybını önlemeye yardım ederek, cilt bütünlüğünü korumak için de yardımcı olmasıdır (WHO 2003, Ludington-Hoe 2010, Lawn ve ark 2010).

Ali ve ark (2009)'nın çalışmasında, KB uygulanan DDA bebeklerde enfeksiyon riskinde azalma bulunmuştur. Hall ve ark (2008), KB yöntemi eğitilmiş anneler ve bebekleri stabil olur olmaz ağırlık artışından bağımsız olarak taburcu edildiklerinden, nazokomiyal sepsisin sınırlandığını, böylece DDA bebekler için KB'nin morbidite ve mortalite oranlarını düşürdüğünü ifade etmektedir.

Farklı çalışmalarda KB'nin, neonatal morbiditede azalma, hastanede kalış süresinde azalma ve böylece erken hastane taburculuğu sağladığı görülmüştür (Ramanathan ve ark 2001, Conde-Agudelo 2011, Davanzo ve ark 2013). Cattenno ve ark (1998)'nin yaptığı çalışma, KB bebeklerinin daha erken taburcu olduklarını ve maliyetin standart bakımın yaklaşık yarısı kadar olduğunu göstermiştir. Ali ve ark (2009)'nın çalışmasında, KB'nin

DDA bebeklerde kısa hastanede kalım süresi sağladığı ve mortalite üzerinde olumsuz bir etki göstermediği bulunmuştur. Yıldırım (2009), DDA prematüre yenidoğanlarda KB'nin hastanede kalma süresini kısalttığını saptamıştır. Conde-Agudelo ve ark (2011) dokuz çalışmanın meta-analizinde aralıklı KB'nin ortalama hastanede kalış süresini 2,4 gün azalttığını ortaya çıkarmışlardır.

KB, yenidoğan bebeklere olduğu kadar ebeveynlere özellikle annelere farklı yararlar sağlamaktadır. KB'nin anne için yararları; doğumdan sonra erken dönemde plasentayı atmak için artan postpartum kanamayı azaltması, oksitosin seviyelerini artırması, kortizol seviyelerini azaltması, daha mutlu doğum deneyimleri sağlaması, yenidoğanla bağlanmayı geliştirmesi ve yenidoğanlarının bakımında annelerin kendi yeteneğine güvenini artırması olarak sıralanabilir (Ludington Hoe ve ark 2008, Moore ve ark 2012).

KB, hastanede verilen bakımı tamamlama, anne-babalık rolüne erken geçme, ebeveynlerin bebeklerine bakım vermede güven duygusunda gelişme, ebeveynlik rolünü daha iyi algılama, bebeklerini daha az anormal algılama, bebek işaretlerine karşı artan ebeveyn duyarlılığı, bebeklerin ihtiyaçlarını karşılamada daha fazla bileşene sahip olma, bebeklerle pozitif sosyal etkileşim sağlama ve süt yapımındaki artışta etkilidir. KB'nin daha fazla aile bağı, anne için daha olumlu bağlanma davranışı, emzirmeye teşvik, daha iyi emzirme sonuçları, stresi ve depresyonu azaltmayı içeren yararları bildirilmiştir (Brown ve ark 1997, Sizun ve ark 2004, Browne 2004, Ludington-Hoe ve ark 2008, Hunt 2008, Shrivastava ve ark 2013).

KB, ebeveynlerin bebeklerine kendilerini daha yakın hissetmelerini, anne/bebek arasında etkileşimi sağlayan, gerek anne gerekse bebek için birçok yararları bulunan bir yöntemdir. Bu yöntemin ebeveynlerin bakım verme yeteneklerini geliştirdiği bildirilmiştir (Ferber ve ark 2004, Yıldırım 2009).

Yapılan çalışmada, KB'den sonra 37. gestasyon haftasında olanlarda anne-bebek etkileşimleri daha olumlu bulunmuştur. Anneler, dokunma ve bebek uyarılarına uyumda daha olumlu etkiler göstermişlerdir. KB bebeklerinin anneleri ve babaları, 3 ayda daha iyi bir ev ortamı sağlamışlar ve duyarlı bulunmuşlardır. KB'nin, ebeveynin ruh, algı ve interaktif davranışını geliştirerek dolaylı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (Feldman ve ark 2002).

KB uygulaması sadece bebek için değil aynı zamanda anne için de psikolojik ve davranışsal dengeleyicidir. Annenin vücudu üzerinde bebeğin memeyi kavrama çabaları ve onun areolasında emmeye başlatılması oksitosin ve anne sütü salınımını destekler. Doğum sonrası erken dönemde uygulanan KB annede, oksitosinin savaş ya da kaç etkisini aleyhine çevirir, maternal anksiyeteyi azaltır, sosyal yanıt ve sakinliği artırır. Oksitosin sırayla uterusun involüsyonuna, ruhsal değişikliklere, stresin azalmasına ve annelik bakım verme davranışının başlatılmasına yol açar (Uvnas-Moberg 1998, Matthiesen 2001, Browne 2004, Shrivastava ve ark 2013).

Anneler kadar babalar da KB'nin etkilerini genellikle olumlu olarak bildirmişlerdir. Babalar yakınlık duyguları deneyimleyerek olumlu ebeveynlik davranışları sergilemişler ve bebeğin fizyolojik hemostazını destekleyen deneyim bildirmişlerdir (Engler 2002).

1.4.5.10. Kanguru Bakımı Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar

Yapılan çalışmalarda KB'den birkaç zararlı etki dışında genellikle olumlu sonuçlar bildirilmiştir. KB'nin teknolojiye bağımlı küçük bebeklerde stabilite sağlayan bir eğilimi vardır. Entübe olan bebekler için tavsiye edilen bir protokolün yayınlanması, hassas, entübe bebekler için KB sağlamak için standardize yaklaşım olanağı sağlamıştır (Neu ve ark 2000, Ludington-Hoe 2003, Browne 2004).

Tüm ilerlemelere rağmen KB'nin ebe ve hemşireler tarafından kabulü ve uygulanması yavaş ilerlemektedir. YYBÜ'de çalışan ebe ve hemşirelerin KB'nin sadece hekimin kararı ile uygulanabileceği konusunda ısrarcı olmaları, hekimlerin KB hakkında bilgisinin daha az olması nedeniyle annenin bebeğini tutmasının gerekli olmadığına inanmaları, KB'nin çok fazla zaman aldığı şikâyetleri gibi nedenler uygulamanın yaygınlaşmasını önlemektedir. Oysa küvöz bakımına göre KB boyunca bebekte daha fazla uyku ve fizyolojik stabilite sağlanması nedeniyle bebeğe bakım veren ebe ve hemşireye zaman kazandırır. Ayrıca, KB uygulamasında bebeğin uygulayıcı ile küvöz arasındaki transferi sırasında strese girmesi korkusu (bebeğin toparlanması tam 15 dakika içinde gerçekleşir) KB'nin rutin kullanımı için geçersiz engellerdir (Flynn ve ark 2010, Hardy 2011, Ludington-Hoe 2011).

KB uygulamasında tutarsız pozisyonlar, çevresel faktörler, kültür veya eğitim yüzünden kısıtlılıklar olabilir. KB'nin, rutin bakımın içine yavaş dâhil edilmesinin dezavantajları vardır. Dezavantajlar değerlendirilerek avantajlar yorumlanmalı, engelleri

aşmak için kullanılabilen stratejiler geliştirilmeli ve YYBÜ’de KB’nin rutin bakıma entegrasyonu desteklenmelidir (Hunt 2008, Hardy 2011, Davanzo ve ark 2013).

1.4.5.11. Kanguru Bakımının Maternal Bağlanmaya Etkisi

Maternal bağlanma, anne-bebek arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşim sonucunda gelişen, eşsiz ve süreklilik gösteren bir sevgi ilişkisidir. Bowlby, maternal bağlanmayı, anne ve bebek arasında, sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması ve bu durumdan her iki tarafın da memnun olması ve haz alması olarak tanımlamıştır. Anne-bebek bağlanması gebelik ile başlayan ve yenidoğanın doğumunu izleyen aylar içinde devam eden gelişimsel bir süreç, annenin güçlü bir bağlılık duygusu geliştirdiği ve bebeği için kalıcı sevgi duyduğu bir zamandır. Bir bebek sağlıklı olduğu zaman, doğumun hemen ardından bu sürecin kalitesini yükselten ve arttıran karşılıklı anne-yenidoğan etkileşimi vardır. Doğumdan sonra kısa bir süre içinde, annelerin bebekleri ile bağ kurması için emsalsiz bir yeteneğe sahip olduğu “kritik bir perioda” inanılır (Mercer 2004, Soysal ve ark 2005, Mercer 2006, Kavlak ve ark 2009). Klaus ve ark (1970) doğumdan sonraki 45-60 dakikalık periyodun duyarlılığına değinmişler ve bu dönemin anne-bebek sevgisi ve etkileşiminin oluşması için en önemli zaman olduğunu savunmuşlardır.

Anne ile bebek arasındaki ilişki, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini derin bir şekilde etkiler. Anne-bebek bağlanma süreci gebelik, doğum ve postpartum periyod süresince gelişir ve postpartum periyod süresince anne-bebek etkileşimi olduğunda desteklenir (Kavlak ve ark 2009).

Doğum sonrası dönemde yenidoğanda sağlıklı ilişki; belirleme, sahiplenme, bağlanma olarak tanımlanan evrelerde kurulur (Çoban ve ark 2005, Çakır 2009).

Belirleme Evresi: Doğumdan sonraki ilk 48 saat içinde yenidoğanın görünümünden haberdar olma ile karakterizedir. Anne bebek sahibi olmaktan mutludur. Bu evrede zamanın büyük çoğunluğu karşılıklı bakışma ile geçer. Anne ve baba dokunarak yenidoğan bebeklerinin derisinin yumuşaklığını ve tüm vücudunu sistematik ve yavaş olarak keşfederler. Hastalık, anne ve bebeğin ayrılması bu evreyi geciktirir (Çoban ve ark 2005, Çakır 2009).

Sahiplenme Evresi: Doğumdan sonra yaklaşık üçüncü günde başlar ve altı hafta sürer. Bu evrede annelik rolü benimsenir. Ebeveynler kendileri ve yenidoğan bebekleri

arasında yakın temas kurar, yenidoğanın bakımını ve rahatlamasını sağlarlar ve yenidoğanın çeşitli uyaranlara yanıtlarını hissederler. Bağ oluştuktan sonra karşılıklı ilişki ve birbirlerine uyum başarılmış olur (Çakır 2009).

Bağlanma Evresi: Doğumdan sonra altı-sekizinci haftaları kapsar. Bu evrede aile yenidoğanın bakımında beceri kazanır. Karşılıklı ilişki ve uyum belirgindir. Aile yenidoğan bebedsiz olmaya tahammül edemez. Derin bağlanma duygusu oluşumu ile aile-yenidoğan arasındaki sevgi tamamlanmış olur (Çakır 2009).

Anne-bebek arasındaki bağlanmanın en önemli bölümü doğumdan hemen önce başlar ve doğumdan sonraki aylarda gelişerek devam eder (Roller 2005). Doğumdan sonraki erken dönem, bağlanmanın en yoğun yaşandığı dönem olması nedeniyle olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılması için en elverişli zamandır. Doğumdan sonraki erken dönemde, anne-babanın yenidoğan bebekle ilişkisinin başlatılması, bebeğin uterus dışı ortama uyumunu ve anne-babanın yeni rollerine alışmalarını kolaylaştırmaktadır. Bebekle ebeveyn arasındaki her türlü olumlu etkileşim bağlanmayı güçlendirmektedir. Özellikle tinsel temasın, bağlanma sürecini güçlendirici etkisinin olduğu unutulmamalıdır (Çalışır ve ark 2009).

Prematüre bebekler term bebeklerle kıyaslandığında aşırı duyarlılık yaşadıkları ve uyanıklılık halini sürdürmekte güçlük çektikleri için daha az ilişkiye geçip, daha az yanıt verdiklerinden anneleri tarafından verilen sinyallerin algılanması zordur. Anne ve prematüre yenidoğanın doğum sonu hemen ayrılması ile annelik rol kimliği ve anne-bebek bağlanması gecikir. Prematüre bebek ve anneleri arasındaki ilişkinin mümkün olduğunca erken dönemde başlatılması ve sürdürülmesi bebeğin ileriki dönemlerindeki yaşantısını önemli ölçüde etkilemektedir (Roller 2005, Manav ve ark 2010).

Prematüre bebeklerde bazı hastalıkların gelişme riski daha fazladır ve bu durum bağlanmayı olumsuz etkiler (Çalışır ve ark 2009). Prematüre bebeğin YYBÜ’de yatması genellikle ebeveynleri korkutur. KB, annelere ve babalara bebeklerini anlamaları ve bakımında aktif rol almaları için şans verir, bağlanma ve algılamayı kolaylaştırır (WHO 2003, Nygvist ve ark 2010, Ludington-Hoe 2010).

Klaus ve ark (1970)’nın prematüre yenidoğanlarından uzun süre ayrı kalan annelerin deneyimlerini inceledikleri çalışmada, yenidoğanların hayatta kalma ve uzun süreli prognozu hakkında endişeyle birlikte tanışma sürecinde erken kesintilerin anne-

bebek bağlanma sürecini engelleyebileceğini bulmuşlardır. Doğumdan sonra anne bebeğini daha erken tutar ve tanışma sürecini başlatırsa, erken anne-bebek bağlanması başlar (Mercer 2004). Dokunma, sıcaklık ve koku gibi duyuşsal uyarılar aracılığıyla maternal oksitosin salınımı destekleyen güçlü bir vagal stimülandır. Oksitosin, annenin meme sıcaklığının yükselmesine sebep olarak annenin anksiyetesini azaltır, sakinliğini ve sosyal duyarlılığını artırır. Doğumdan sonraki ilk saatlerde oksitosin, ebeveynlik davranışlarını da geliştirerek, bağlanmayı arttırabilir (Moore ve ark 2012).

Affonso ve ark (1993)'nın ABD'de III. düzey YYBÜ'de yaptıkları çalışmada, KB uygulanmasının anne-bebek bağlanmasını kolaylaştırdığı ve annelik rol kimliğini belirleme yeteneğini arttırdığı bulunmuştur. Çeşitli çalışmalar, annelerin prematüre bebekleri terme yaklaştığı zaman KB deneyiminden sonra daha iyi bir yeterlilik duygusuna ve anne-bebek bağlanma sürecine kısa sürede sahip olduklarını göstermiştir (Affonso ve ark 1993, Tessier ve ark 1998, Conde-Agudelo 2011).

1.4.5.12. Kanguru Bakımının Anne-Bebek Algısına Etkisi

Doğum sonrası ilk günlerde annelerin bebeklerini algılama durumları ilerideki anne-bebek ilişkisinin temelidir ve oluşabilecek sorunların önceden tahmin edilmesinde önemli yer tutmaktadır. Şeker (2006)'in bildirdiğine göre; annenin bebeğini algılamasında ve anne bebek ilişkisinin gelişiminde annenin yaşı, gebeliğin istenme durumu, ailenin sosyo-ekonomik kültürel durumu, aile içi ilişkileri, annenin kendi ailesinden aldığı sevgi ve bebeğin sağlık durumu etkilidir. Çakır (2009)'a göre annenin genetik yapısı, ebeveynlik deneyimleri ve annenin sorunları (hastalık, ilaç, alkol bağımlılığı, zekâ düzeyi, adölesanlık gibi), fiziksel yeterliliği, sorunlarla başa çıkma yeteneği, yüksek riskli bebeklerinden erken ayrılmaları, bebeğin hastanede kalma süresinin uzaması, aile içi ilişkiler, hayal ettiği bebek ile doğan bebeği arasındaki imaj değişiklikleri, bebeğin tepkileri, eşler arası destek sistemi gibi faktörler annenin bebeğini algılamasında etkili olabilmektedir.

Annenin bebeği algılaması ile başlayan etkileşim doğum öncesi dönemde başlayıp doğum ve doğum sonu dönemde devam etmektedir. Doğum sonu dönem annenin bebeği ile yakınlık kurmaya en çok istekli olduğu dönemdir. Annenin bebeğini görmesi, ona dokunması ve onunla etkileşimi başlatması bebeğini algılamasını olumlu etkiler (Balcı 1997, Korkmaz 2003, Çakır 2009, Manav ve ark 2010).

Şeker (2006) ve Çakır (2009)'a göre, doğumdan sonraki ilk dakikalarda bebeğin sıcak ve kuru olan annenin karnına konması ten temasını başlatır. Göz göze iletişim ise algılamada önemli bir etkidir. Ebeveynler bebeklerini ilk kez kucaklarına aldıklarında iletişimi başlatmak için farkında olmadan bebeklerinden gözlerini açmasını isterler. Algılamanın sağlanması için doğumdan sonraki ilk 45 dakika içinde bebeğin annenin yüzünden yaklaşık 15-30 cm uzaklıkta bulundurulması gerekmektedir. Özellikle emzirme, annenin bebeğini olumlu yönde algılamasını sağlar. Ancak birçok ebeveyn bebeğine zarar vereceği düşüncesiyle bebeğine dokunmaktan kaçınır. Oysa dokunmak algılamada önemli bir unsurdur.

Algılamayı etkileyen faktörlerden biri bebeğin prematüre olmasıdır. Prematüre bebeğin annesi, sağlıklı bir bebek doğuramamaktan dolayı başarısızlık ve güvensizlik içinde olabilir, bebeği ile etkileşime girmeyi reddedebilir. Kendine güvende azalma ve beklentilerinin karşılanmaması bebeğin olumsuz algılanmasına neden olabilir. Yapılan çalışmalarda prematüre bebeği olan annelerin, bebeklerine daha geç dokundukları, onu görmeyi geciktirdikleri ve kucaklarına geç aldıkları, bebeklerinin kendilerinin olduğunu algılamakta zorluk çektikleri ve bebeklerini term bebeğe göre olumsuz algıladığı belirtilmektedir (Balcı 1997, McCartney ve ark 2004, Amankwaa ve ark 2007).

Prematüre bebeklerin gereksinimlerini ifade etme yollarının zayıf olmasının da anne ile bebek arasında olumsuz yönde etkileşime neden olduğu bilinmektedir. Annede bebeğine ait olumlu algılar gelişmesinin, anne bebek ilişkisinin niteliğine ve bebeğin büyüme ve gelişmesine katkısı oldukça önemlidir. Annenin bebeğine ilişkin algıları olumlu yönde gelişmez ise anne hem kendisinin hem de bebeğinin sağlığını riske atacaktır. Normal bebek bakımı ve beslenmesi yavaşlayacağı veya gecikebileceğinden dolayı bebeğin büyümesi yavaşlayacak ve gecikecektir. Bu nedenle annenin yenidoğanı algılaması belirlenerek, anne bebek ilişkisi için risk yaratan durumlar erken evrede tespit edilip, aralarındaki etkileşim bağları güçlendirilebilir. Anne bebek etkileşiminin erken dönemde gelişiminde en önemli konumda olan ebeler, anne ve bebeklere zaman ayırarak bebeğin davranışları, bu davranışları annelerin nasıl yorumlayacağı nasıl tepki vereceği konusunda destekleyici, danışmanlık edici ve eğitici rolde olmalıdırlar (Balcı 1997, Çalışır 2003, Dönmez 2005, Mercer 2006, Manav ve ark 2010).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, ön test-son test kontrol gruplu düzende, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile yarı deneysel olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde YYBÜ'de yürütülmüştür.

Aydın İl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin YYBÜ'de II. düzey yoğun bakım hizmeti verilmekte ve diğer illerden hasta sevki kabul edilmektedir. Çalışmaya başlandığında kontrol grubunun verileri toplanırken 6 küvöz vardı. Çalışma grubunun verileri toplanırken 12.06.2013 tarihinde ünite, 13 küvöz ve iki açık yatak kapasitesiyle toplam 15 yatakla hizmet vermeye başlamış, neonatolog sayısı ikiye çıkmıştır. Ayrıca ünite, bir izolasyon odası, bir süt ve mama hazırlama odası, bir ilaç hazırlama odası bulunmaktadır. Yenidoğan ünitesinin dışında, bebeğini emzirmeye başlayan annelerin kalabileceği bir anne oteli de mevcuttur. Ünite, yatan hasta sayısı toplamı 8-10 arasında değişkenlik göstermektedir. YYBÜ'de çoğunlukla; prematürite, RDS, yenidoğanın geçici takipnesi, asfiksi, hipoglisemi, hiperbilirubinemi, diyabetik anne bebeği gibi sorunları olan bebekler tedavi görmektedir.

YYBÜ'de 15 ebe (biri sorumlu ebe) ve 4 hemşire, 2 neonatolog, 4 pratisyen hekim, 4 yardımcı personel ve 1 sekreter hizmet vermektedir. Ebe/hemşireler lisans, ön lisans veya sağlık meslek lisesi mezunu olup, 12'sinin yenidoğan yoğun bakım sertifikası bulunmaktadır. Ebeler, hemşireler ve pratisyen hekimler 24 saatlik nöbet sistemiyle, neonatologlar ve sorumlu ebe ise 08.00-16.00 saatleri arasında çalışmaktadır.

Ebeveynlerin üniteye girişleri enfeksiyon riski nedeniyle sınırlandırılmaktadır. Anne ve babalar bebeklerini üniteye ilk yatışında ve daha sonra haftada iki kez görebilmektedir. Salı ve perşembe günleri saat 11.30-13.30 saatleri arasında neonatolog üniteye alınan ebeveynlere bebekleri hakkında bilgi vermekte ve bebeklerini görmelerine izin verilmektedir. Emmeye başlayan bebekler emzirme odasında emzirtilmekte ve taburculuğa hazırlanmaktadır. Ünite, yatan hasta sayısı toplamı 8-10 arasında değişkenlik göstermektedir. Ünite, yatan hasta sayısı toplamı 8-10 arasında değişkenlik göstermektedir. Ünite, yatan hasta sayısı toplamı 8-10 arasında değişkenlik göstermektedir. Ünite, yatan hasta sayısı toplamı 8-10 arasında değişkenlik göstermektedir.

konusunda duyarlı olup, prematüre yenidoğanların anne memesini emerek üniteden taburcu edilmelerini amaçlamaktadırlar.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler Çizelge 2.3.1.'de verilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler

Araştırmanın Aşamaları	Araştırmanın Zamanı
Araştırma konusunun seçimi	Haziran 2011
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin yazısının alınması	Eylül 2011*
Veri toplama aracının, eğitim materyalinin oluşturulması	Mayıs-Haziran 2012
Eğitim materyalinin uzman görüşüne sunulması	Haziran-Temmuz 2012
Eğitim materyalinin değerlendirilmesi, soru ve izlem formunun uzman görüşüne sunulması	Temmuz-Ağustos 2012
Etik kurul ön onay yazısının alınması	Eylül 2012
Kontrol grubundan verilerin toplanması, kontrol grubuna eğitimin verilmesi ve eğitim materyalinin dağıtılması	Aralık 2012- Haziran 2013
Çalışma grubundan verilerin toplanması, çalışma grubuna eğitimin verilmesi ve eğitim materyalinin dağıtılması,	Temmuz 2013-Mart 2014
Araştırma raporunun hazırlanması	Ağustos-Kasım 2014
Etik kurul son onay yazısının alınması	Aralık 2014

* Araştırmacı Erasmus programıyla İtalya'da bulunduğu için araştırma kesintiye uğramıştır.

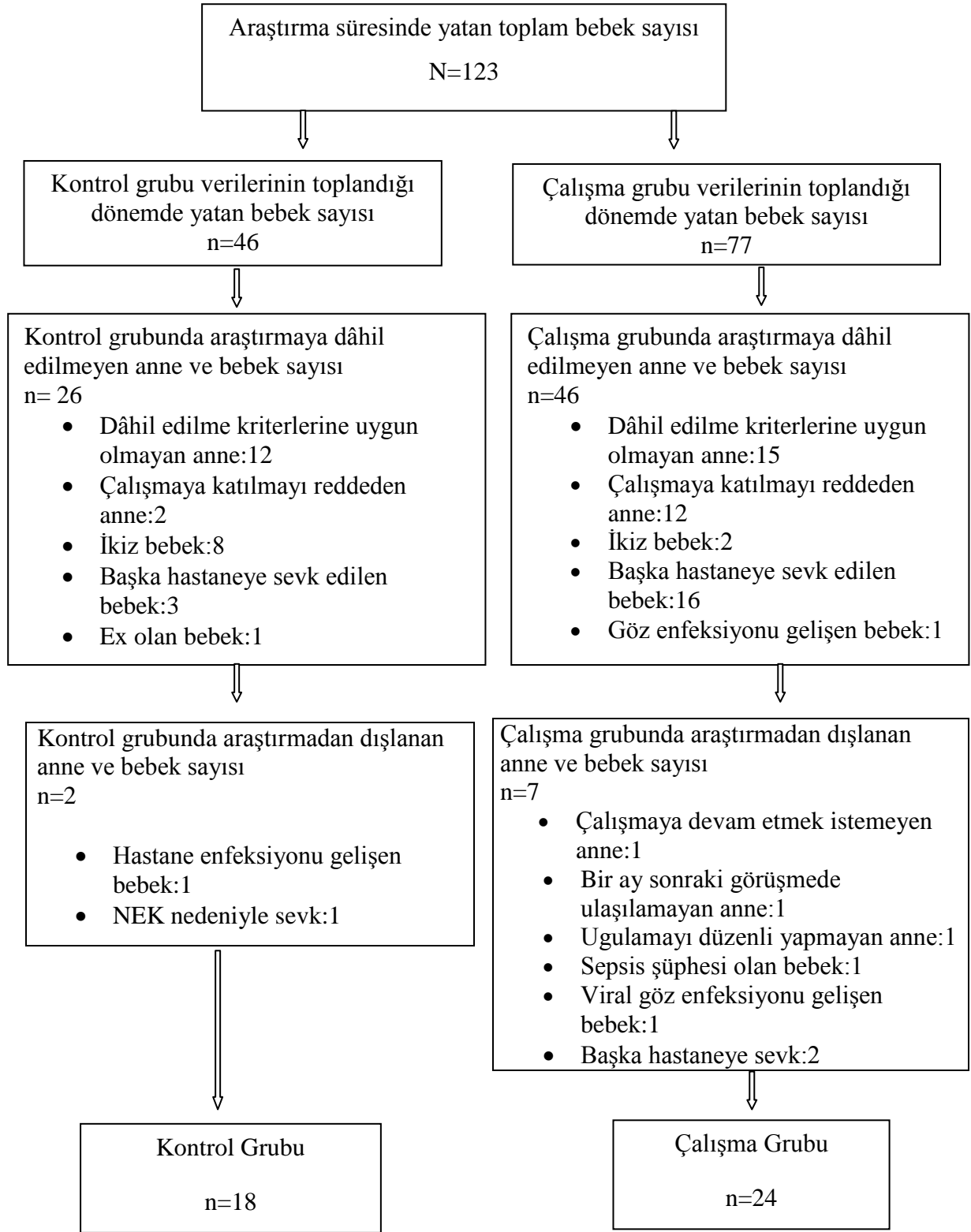
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi YYBÜ'de yatan, gestasyon süresi 37 haftadan daha az olan, 0-28 günlük prematüre yenidoğanlar ve anneleri oluşturmuştur. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi YYBÜ'de verilerin toplandığı Aralık 2012-Mart 2014 tarihleri arasındaki dönemde yatan prematüre sayısı 123 idi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden anneler ve bebekleri olasılıksız örnekleme yöntemine göre gelişigüzel seçilmiştir. Kontrol ve çalışma grubunu, araştırmanın başladığı tarihten itibaren ilk altı ay içinde hastaneye yatan, araştırmaya alınma kriterlerine uygun prematüre yenidoğanlar ve araştırmaya katılmayı kabul eden anneleri oluşturmuştur.

Kontrol grubunun verilerinin toplandığı dönemde ünite de 46 prematüre bebek yatmıştır. Bu bebeklerin annelerinin 12'si araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun değildi. Araştırmaya davet edilen bebeklerden ikisinin annesi katılmayı reddettiği, üç bebek başka bir hastaneye sevk edildiği, sekiz bebek ikiz olduğu ve bir bebek ex olduğu için araştırmaya dâhil edilmemiştir. Kontrol grubuna alınan bir bebekte hastane enfeksiyonu geliştiği, bir bebekte NEK nedeniyle sevk olduğu için kontrol grubu 18 anne ve bebeği ile tamamlanmıştır. Araştırmada hastanedeki görüşmelere katılan bütün anneler ve bebeklerin tamamı bir ay sonraki görüşmeye katılmışlar ve herhangi bir örnekleme kaybı yaşanmamıştır.

Çalışma grubunun verilerinin toplandığı dönemde ünite de 77 prematüre bebek yatmıştır. Bu bebeklerin annelerinin 15'i araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun değildi. Araştırmaya davet edilen bebeklerden 12'sinin annesi katılmayı reddettiği, 16 bebek başka bir hastaneye sevk edildiği ve bir bebekte göz enfeksiyonu geliştiği, iki bebek ikiz olduğu için araştırmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma grubuna alınan bir anne çalışmaya devam etmediği, bir annenin KB uygulaması sepsis şüphesi nedeniyle doktor tarafından bıraktırıldığı, bir bebekte viral göz enfeksiyonu geliştiği, iki bebek sevk olduğu, bir anneye bir ay sonraki görüşmede ulaşılamadığı ve bir anne uygulamayı düzenli yapmadığından çalışmadan çıkarıldığı için çalışma grubu 24 kişi ile tamamlanmıştır. Örnekleme alınan ve araştırmaya dâhil edilmeyen anne ve bebeklerine ilişkin ayrıntılı bilgi Şekil 2.4.1'de verilmiştir



Şekil 2.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğan ve annelerin örnekleme alınma süreci

2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya alınan bebekler ve annelerinin özellikleri aşağıda verilmiştir. Yenidoğanların araştırmaya dâhil edilme kriterleri şunlardır;

- Aydın Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi YYBÜ’de yatan,
- Postnatal yaşı 0-28 günlük olan,
- Gestasyon yaşı 37. Gestasyonel hafta + 6 gün ve daha küçük olan,
- Doğumsal anomali olmayan,
- Genel durumu stabil (entübe olmayan, nazal devamlı pozitif havayolu basıncı (CPAP)’nda olmayan, mekanik ventilasyon desteği almayan) olan,
- Cerrahi işlem uygulanmamış olan,
- Neonatolog tarafından KB’ye izin verilmiş olan,
- Sepsis şüphesi ya da sepsisi olmayan yenidoğanlar.

Araştırma kapsamına alınan yenidoğan bebeklerin annelerinin dâhil edilme kriterleri;

- En az ilkokul mezunu olan,
- Program kurallarını anlayabilen ve bu kuralları takip etmeye istekli olan,
- Bebeğinin bakımına katılımına engel olabilecek herhangi bir hastalığı bulunmayan,
- KB vermeye engel bir durumu olmayan,
- Her gün hastaneye düzenli gelebilecek olan anneler.

Dışlama kriterleri ise; yenidoğan bebekte yaşamı tehdit eden majör malformasyon, ciddi perinatal komplikasyon varlığı, bebeğin ve/veya annenin başka bir kuruma sevkî, çoğul gebelik sonucu doğan ve YYBÜ’de aynı anda yatan ikiz/üçüz yenidoğanlar, annenin çalışmayı sürdürmemesi, KB uygulamasını bırakması, annenin bebeğin hastanede yattığı süre boyunca her gün hastaneye uygulama için gelememesidir.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2), Bebek İzlem Formu (EK 3), Kanguru Bakımı İzlem Formu (EK 4), Evde Kanguru Bakımı İzlem Formu (EK 5), Maternal Bağlanma Ölçeği (EK 6) ve Yenidoğanı Algılama Ölçeği I-II (EK 7) kullanılmıştır.

Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu: Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu; çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin anne ve babalarının sosyodemografik verileri ile annenin obstetrik özelliklerini tanılamak, anne-bebek etkileşimini sorgulamak amacıyla literatür bilgilerine dayalı olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form, 31 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu: Çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin; cinsiyeti, doğum şekli, gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, yatış tanısı, çoğul gebelik olma durumları ile doğum sonrası dönemdeki sağlık durumları ve yapılan müdahaleleri sorgulayan 19 sorudan oluşmuştur (EK 2).

Bebek İzlem Formu: Çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin anneleri ile ikinci görüşmede bebeklerin beslenme ve sağlık durumları ile büyümelerini belirlemek için boy, ağırlık ve baş çevrelerini belirlemede kullanılan 8 sorudan oluşan veri toplama aracıdır (EK 3).

Kanguru Bakımı İzlem Formu: Çalışma grubunda, bebeğin hastanede kaldığı süre boyunca KB uygulanmasına yönelik özelliklerinin kaydedildiği formdur. KB'ye başlama zamanı, süresi, bakım sırasında bebeğin sağlık durumunu izlemek amacıyla kullanılır, toplam 7 özelliği sorgular (EK 4).

Evde Kanguru Bakımı İzlem Formu: Çalışma grubundaki annelerin bebek taburcu olduktan sonra evde KB uygulamasını izlemeleri için hazırlanmış formdur. Annenin günlük olarak KB uygulama zamanını ve süresini kaydetmesi, eğer KB uygulanmadıysa nedenini bu forma yazması istenmiştir (EK 5).

Soru formlarının içerik geçerliği açısından değerlendirilmesinde Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik, Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği, Psikiyatri Hemşireliği ve Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanında görev yapan 9 öğretim üyesinin uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1)'nda yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence, aylık gelir, son

doğumun nasıl bir olay olduğu, annenin bebeği ilk kez ne zaman gördüğü, ilk kez ne zaman emzirdiği, babanın yaşı, öğrenim durumu ve işine ilişkin sorularda, Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)'nda doğum ve beslenme şekline ilişkin sorularda değişiklik yapılmıştır. Kanguru Bakımı İzlem Formu (EK 4)'na annenin duyguları ve gözlemler kısmı eklenmiştir.

Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ-Maternal Attachment Inventory): Maternal bağlanma ölçeği, maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla, Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Muller, MBÖ sorularını maternal adaptasyon ve maternal bağlanmayı inceleyen literatür doğrultusunda oluşturmuştur. İçerik geçerliliği dil uzmanları, teorisyenler, kadın doğum ve çocuk hemşireleri ve yeni bebeği olan kadınlardan oluşan 12 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MBÖ kişinin kendinin uyguladığı bir ölçek olduğu için okuma-yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. Her bir madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4'lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve her zaman (a)=4 puan, sık sık (b)=3 puan, bazen (c)= 2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir (EK 6) (Kavlak ve ark 2009).

Yenidoğanı Algılama Ölçeği (YAÖ-Newborn Perception Inventory): Ölçek, Broussard ve Hartner tarafından (1971) geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik-güvenirlilik çalışması 1997 yılında Balcı tarafından yapılmıştır. Doğumdan sonraki ilk günlerde uygulanan Yenidoğanı Algılama Ölçeği-I (YAÖ-I) ve doğumdan bir ay sonra uygulanan Yenidoğanı Algılama Ölçeği-II (YAÖ-II) olarak iki bölümden oluşmaktadır. Doğumdan sonraki ilk günlerde uygulanan YAÖ-I formu; annenin, herhangi bir bebeğin ve kendi bebeğinin ne gibi davranışları olacağı konusundaki algılarını, doğumdan bir ay sonra uygulanan YAÖ-II formu ise; annenin bebeği ile geçirdiği ilk bir aylık sürede yaşadığı deneyimleri ve bebeğinin gerçek davranışları konusundaki algılarını içerir (EK 7) (Balcı 1997).

Ülkemiz için yapılan çalışmada test-tekrar test korelasyon değerleri; YAÖ-I için $r=0,49$, $p=0,00$; YAÖ-II için $r=0,33$, $p=0,00$ değerindedir. Madde toplam puan korelasyon değerleri; $r=0,27-0,64$ arasında olup tüm katsayılar $p=0,00$ değerindedir. Cronbach Alpha

iç tutarlılık katsayıları; ölçeğin maddelerinin alpha değeri 0,66-0,77 arasındadır (Balcı 1997).

YAÖ-I ve II’de her biri 6 maddeyi içeren (ağlama, beslenme, uyku, kusma/salya çıkarma, kaka yapma, yeme ve uyuma alışkanlığının yerleşmesi gibi davranışlar) “Herhangi Bir Bebek” ve “Sizin Bebeğiniz” formları bulunmakta ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Her madde 5’li Likert tipi ölçek üzerinde annelerin yanıtlanmasına göre 1’den 5’e kadar puanlanmıştır. “Hiç” yanıtına 1 puan, “çok az”, “orta derecede”, “biraz fazla”, “çok fazla” yanıtlarına sırasıyla 2, 3, 4, 5 puan verilir. Likert tipi ölçek üzerindeki düşük değerler, olması istenilen davranışı gösterir. Sonuçta, ölçeğin her bir bölümü ayrı ayrı toplanır. Aşağıdaki formülde olduğu gibi hesaplanarak annenin bebeğini algılama puanı bulunur. Annenin algı puanı, sağlıklı bebek formlarının toplam puanından, sizin bebeğiniz formlarının toplam puanı çıkarılarak elde edilir (Balcı 1997).

Algı Puanı= (Herhangi Bir Bebek I+II Toplam Puanı)-(Sizin Bebeğiniz I+II Toplam Puanı)

Değerlendirme sonucunda puan;

- “0” olduğunda anne herhangi bir bebekle kendi bebeğini aynı değerlendiriyor yani ortalama algılıyor,
- “0” dan büyük olduğunda anne bebeğini olumlu algılıyor,
- “0” dan küçük olduğunda ise anne bebeğini olumsuz algılıyor demektir.

Ortalama algılama negatif(-), olumlu algılama pozitif(+) olarak kabul edilmektedir (Balcı 1997).

2.7. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi

KB için eğitim materyali araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında hazırlanmıştır. Eğitim materyali;

- Prematüre bebek ve özellikleri
- Prematüre bebekler neden kanguru bakımına ihtiyaç duyarlar?
- Kanguru bakımı nedir?
- Kanguru bakımının anne ve bebek için yararları
- Kanguru bakımının etkileri

- Hangi bebekleri kanguru bakımına almak gerekir?
- Kanguru bakımı uygulaması nasıl başlatılır?
- Kanguru bakımı öncesi anneye öneriler
- Kanguru bakımının uygulaması
- Kanguru bakımının uygulama süresi
- Anne uyku ve istirahat sırasında kanguru bakımına devam edebilir mi?
- Kanguru bakımı ne zaman kesilmelidir? konu başlıklarından oluşmaktadır

(EK 13).

Eğitim materyalini değerlendirmek amacıyla Top ve Karaçam (2012) tarafından hazırlanan Eğitim Materyali Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Bu form kurgusal, içerik, Türkçe anlatımı ve basım niteliği ile ilgili özelliklerin değerlendirildiği 14 sorudan oluşmaktadır. Formun puanlamasındaki görüşler; fikrim yok 0, gereksiz 1, hiç katılmıyorum 2, az katılıyorum 3, orta derecede katılıyorum 4, çok katılıyorum 5 puan şeklinde yapılmıştır.

Eğitim materyalinin içerik geçerliği açısından değerlendirilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik, Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği, Psikiyatri Hemşireliği ve Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanında görev yapan 7 öğretim üyesinin ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi YYBÜ’de görev yapan 3 hemşirenin uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlara örnek eğitim materyali (EK 13) ile birlikte eğitim materyalini değerlendirme formu (EK 12) dağıtılmış ve formdaki uygun seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda daha anlaşılır hale getirilerek eğitim materyaline son şekli verilmiştir. Geriye dönen 7 uzmanın görüşleri doğrultusunda eğitim materyalinin “prematüre bebek ve özellikleri”, “kanguru bakımının uygulanması”, “kanguru bakımının etkileri”, “kanguru bakımı öncesi anneye öneriler”, “kanguru bakımı ne zaman kesilmelidir”, “kanguru bakımının uygulama süresi” ve “kanguru bakımı uygulaması nasıl başlatılır” bölümlerinde anlaşılır olmayan cümleler yeniden düzenlenmiş, daha anlaşılır hale getirilmiş, bazı kısımlar çıkartılmış ve geliştirilmiştir. Eğitim materyalinden “anne uyku ve istirahat sırasında kanguru bakımına devam edebilir mi” başlığı çıkartılmıştır.

Uzman görüşlerinin içerik geçerliliği IBM Predictive Analytics SoftWare Statistics 18 (PASW 18,0) programı ile test edilmiştir. Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonucunda eğitim materyali için verdikleri puanların varyansı, toplam korelasyonu ve Cronbach's alpha değerleri Çizelge 2.7.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.7.1. Uzmanların eğitim materyaline verdikleri puanların varyansı, toplam korelasyonu, Cronbach's alpha değerleri

Eğitim Materyali Değerlendirme Formu	Varyans	Total Korelasyon	Cronbach's Alpha
Kurgusal Özellikler			
Alt başlıklar mantıklı bir şekilde düzenlenmiş	37,982	0,756	0,967
Bölümler arasında uyum bulunmakta	39,411	0,796	0,967
Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış	37,429	0,958	0,964
İçerik ile ilgili Özellikler			
Verilen bilgilerin kapsamı yeterli	37,429	0,958	0,964
Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir	33,982	0,984	0,963
Kaynaklar güncel ve konu ile ilgili	41,125	0,402	0,972
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler			
Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor	39,411	0,796	0,967
Gereksiz tekrarlar yok	32,214	0,952	0,967
Gereksiz ayrıntılar yok	39,411	0,796	0,967
Anlamayı güçleştiren sözcükler yok	37,429	0,958	0,964
Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış	33,982	0,984	0,963
Basım Niteliği İle İlgili Özellikler			
Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerinbüyüklüğü okuyucuyu sıkmıyor	37,429	0,958	0,964
Yanlış yazılmış sözcükler yok	37,429	0,958	0,964
Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde yazılmış	39,411	0,796	0,967

Eğitim materyaline ilişkin uzmanların görüşleri istatistiksel olarak değerlendirilmiş, Cronbach's Alpha testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (güvenilirlik: %97). Buna göre uzman görüşleri birbiriyle oldukça uyumludur ve eğitim materyalinin kapsamı geçerli olarak kabul edilmiştir.

2.8. n Uygulama

Hazırlanan veri toplama formları ve eğitim materyali ile Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi YYBÜ'de yatan 10 prematüre bebeğin annesine n uygulama yapılmıştır. n uygulama sonunda soru formlarında değişiklik yapılmamıştır. n uygulama formları araştırmaya dâhil edilmemiştir.

2.9. Araştırmanın uygulanması

Araştırmaya alınan örneklem seçim kriterlerine uygun, prematüre yenidoğanlara ve annelerine izelge 2.9.1'deki araştırma planı uygulanmıştır.

Araştırmada etkileşimi önlemek ve güvenirliği artırmak amacıyla önce kontrol grubunun verileri toplanmış, daha sonra çalışma grubunun verilerini toplama ve KB uygulama işlemleri gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın başladığı tarihten itibaren ilk altı ay boyunca YYBÜ'ye yatan, çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uygun prematüre bebekler ve anneleri kontrol grubuna alınmıştır. Kontrol grubuna alınan yenidoğanların ailelerine araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden annelerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Verilerin toplanmasında yardımcı bir araştırmacıdan destek alınmıştır. Araştırmaya kabul tarihinde, yardımcı araştırmacı tarafından yenidoğanların boy, baş çevresi ve ağırlıkları ölçülmüş; annelerinin Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2), MB (EK 6) ve YA-I (EK 7)'i doldurmaları sağlanmıştır. Kontrol grubundaki bebekler ve annelerine herhangi bir müdahalede bulunulmamış, hastanenin olağan protokolleri gerçekleştirilmiştir. İlk verilerin toplanmasından bir ay sonra kontrol grubundaki bebekler ve anneleri ile hastanedeki kontrolleri sırasında ya da ev ziyareti ile tekrar görüşme sağlanmış, bu görüşmede aynı yardımcı araştırmacı tarafından yeniden bebeklerin boy, baş çevresi ve ağırlıkları ölçülmüş; annelerinin Bebek İzlem Formu'nu (EK 3), MB (EK 6) ve YA-II (EK 7)'yi doldurmaları sağlanmıştır. Kontrol grubundaki annelere çalışma sonunda KB eğitim materyali ile KB eğitimi verilmiştir.

Çalışma grubunun verilerinin toplanmasına, kontrol grubunun veri toplama işlemi tamamlandıktan sonra başlanmıştır. YYBÜ’de yatan, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan bebeklerin ailelerine araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, annelerinden araştırmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü ve yazılı onam alınarak veriler toplanmaya başlanmıştır. Araştırmada, prematüre yenidoğanlara, stabil duruma geldikten sonra ve neonatoloğun sözlü izni ile KB’ye başlanmıştır.

Çalışma grubundaki yenidoğanların uygulama öncesi aynı yardımcı araştırmacı tarafından boy, baş çevresi ve ağırlıkları ölçülmüş, annelerinin Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2), MBÖ (EK 6) ve YAÖ-I (EK 7)’i doldurmaları sağlanmıştır. KB uygulamaya başlamadan önce araştırmacı tarafından annelere KB hakkında bilgi verilmiş ve önemi anlatılmış (KB’yi nasıl vereceği, bebeğe yararları), eğitim materyali verilmiş, KB uygulaması maket bebek, destekleyici bağ ve hazırlanan bir kontrol listesi ile öğretilmiştir (EK 8). Çalışma grubundaki bebeklere geç dönem, aralıklı KB uygulanmıştır.

KB, ünitenin emzirme odasında, annelerin rahat edebileceği koltuklarda yapılmıştır. Uygulama öncesi, oda ısı kontrol edilmiş ve 22⁰C’nin üstünde olması sağlanmıştır. Her bebeğe uygulama sırasında şapka giydirilmiştir. Gerektiğinde bebeğin arkasına örtü sarılmıştır. Uygulama öncesi annelerin, günlük banyolarını yapıp yapmadıkları sorgulanmış, elleri yıkatarak üniteye alınmıştır. KB eğitimi sürecine ilişkin görseller EK 14’te verilmiştir. Hastanede kaldıkları süre içinde KB’nin uygulanma zamanı ve süresi araştırmacı tarafından Kanguru Bakımı İzlem Formu (EK 4)’na kaydedilmiştir. Çalışma grubundaki bebekler ve annelerinin izlemi araştırmaya katıldıkları zamandan itibaren bir ay süresince devam etmiştir. Çalışma grubundaki yenidoğanlar ve anneleri hastanede kaldıkları süre boyunca araştırmacı tarafından birebir izlenmiş, taburcu olduktan sonra haftada bir telefon görüşmesi yapılarak ve annenin Evde Kanguru Bakımı İzlem Formu (EK 5)’nu doldurması sağlanarak uygulamanın evde yapılıp yapılmadığı takip edilmiştir. KB’ye başladıktan bir ay sonra aynı yardımcı araştırmacı tarafından çalışma grubundaki bebeklerin yeniden boy, baş çevresi ve ağırlıkları ölçülmüş, annelerinin Bebek İzlem Formu (EK 3), MBÖ (EK 6) ve YAÖ-II (EK 7)’yi doldurmaları sağlanmıştır.

Verilerin güvenilirliğini artırmak için bebekler, aynı dijital tartı kullanılarak çıplak olarak tartılmış (Charder, Hollanda) ve tartı aletinin aralıklı olarak kalibrasyonu yapılmıştır. Bebeklerin baş çevreleri standart tek mezure kullanarak ve boyları aynı boy

ölçer ile (Charder, Hollanda) tek bacak üzerinden ölçülmüştür. Ölçüm aletleri her kullanımdan sonra dezenfekte edilmiştir.

Çizelge 2.9.1. Araştırmanın uygulanması

AŞAMA	UYGULAMA
1. Aşama	<p>Kontrol grubunun ilk verileri toplanmaya başlandı.</p> <p>YYBÜ’de dâhil edilme kriterlerine uygun bebek ve anne seçildi.</p> <p>Aileyle tanışıldı ve araştırma hakkında bilgi verildi.</p> <p>Annenin, sözlü ve yazılı izni alındı, araştırma onam formu imzalatıldı.</p> <p>Bebeklerin boy, ağırlık ve baş çevreleri ölçüldü.</p> <p>Annelerin, aileyi tanıtıcı bilgi formu, bebeği tanıtıcı bilgi formu, YAÖ I ve MBÖ’yü doldurmaları sağlandı.</p> <p>Bebekler olağan bakıma bırakıldı.</p>
2. Aşam (İlk görüşmeden bir ay sonra)	<p>Evde ya da hastanede kontrol grubunun son verileri toplandı.</p> <p>Bebeklerin boy, ağırlık ve baş çevreleri ölçüldü.</p> <p>Annelerin, bebek izlem formu, YAÖ II ve MBÖ’yü doldurmaları sağlandı.</p> <p>Aileye KB hakkında bilgi verildi, nasıl uygulayacakları öğretildi ve eğitim materyali verildi.</p>
3. Aşama	<p>Çalışma grubunun ilk verileri toplanmaya başlandı.</p> <p>Dâhil edilme kriterlerine uygun bebek ve anne seçildi.</p> <p>Aileyle tanışıldı ve araştırma hakkında bilgi verildi.</p> <p>Aileye KB hakkında bilgi verildi.</p>

Çizelge 2.9.1. (Devamı) Araştırmanın uygulanması

AŞAMA	UYGULAMA
3. Aşama	<p>Annenin, sözlü ve yazılı izni alındı, araştırma onam formu imzalatıldı. Neonatologdan KB uygulaması için izin alındı. KB eğitimi yapıldı ve anneye eğitim materyali verildi. Bebeklerin boy, ağırlık ve baş çevreleri ölçüldü. Annelerin aileyi tanıtıcı bilgi formu, bebeği tanıtıcı bilgi formu, YAÖ I ve MBÖ'yü doldurmaları sağlandı. KB uygulaması anneye öğretildi, kontrol listesi ve maket bebek ile uygulandı. Hastanede bebeklere günde bir kez en az 45 dakika süreyle anneleri tarafından KB uygulandı. Annelerin uygulamayı ane KB izlem formuna kaydetmesi sağlandı. Taburculuk öncesi annelere evde kullanılacak formları nasıl dolduracakları öğretildi.</p>
4. Aşama	<p>Çalışma grubunun izlemi yapıldı. Haftada bir anneler telefonla aranarak KB'nin uygulanma durumu ve çıkan sorunlar öğrenildi. Annenin KB uygulamasını evde sürdürmesi sağlandı. Annelerin, evde KB izlem formunu doldurması sağlandı.</p>
5. Aşama	<p>Çalışma grubunun son verileri toplandı. İlk görüşmeden bir ay sonra evde ya da hastanede görüşme sağlandı. Bebeklerin boy, ağırlık ve baş çevreleri ölçüldü. Annelerin bebek izlem formu, YAÖ II ve MBÖ'yü doldurmaları sağlandı.</p>

2.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi PASW 18 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın verileri tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare testi, Mann Whitney-U Testi ve güvenilirlik analizleri ile değerlendirilmiştir. Güç analizi G-power 3.1.3 istatistik programı ile yapılmıştır. $P < 0,05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

Veriler;

- Çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin gestasyon yaşlarına göre dağılımları, annelerin yaş, evlilik yaşı, aylık gelir ve babaların yaş ortalamalarına göre dağılımları Mann-Whitney U testi,
- Çalışma ve kontrol grubundaki anne ve babaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları, annelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları, annelerin son gebeliğe ilişkin özelliklerine göre dağılımlar, yenidoğanların özellikleri ki-kare testi,
- Annelerin yenidoğanı algılama ölçeği dağılımları yine ki-kare testi,
- Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğanların doğumdaki bazı özelliklerinin ortalamaları Mann-Whitney U testi,
- Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin KB öncesi maternal bağlanma ölçeği puan ortalamaları Mann-Whitney U testi,
- Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin KB sonrası maternal bağlanma ölçeği puan ortalamaları Mann-Whitney U testi,
- Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların KB öncesi ve sonrası boy, ağırlık ve baş çevresi ölçümlerinin ortalamaları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

2.11. Değişkenler

2.11.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bebeklerin boy, ağırlık, baş çevresi ölçümleri, anne-bebek algı puanları ve maternal bağlanma ölçeği puanlarıdır.

2.11.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; ebeveynlerin ve bebeklerin tanıtıcı özellikleri, annelerin obstetrik öyküleri, bebeklerin doğum bilgileri, sağlık durumuna yönelik verileri, beslenme şekilleri ve KB uygulama durumudur.

2.12. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Protokol no=2012/100) onay alınmıştır (EK 9). Araştırmanın Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi YYBÜ'de yatan prematüre bebek ve annelerine uygulanabilmesi için Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (EK 10). Ayrıca YYBÜ ekip üyeleri ile görüşme yapılarak, araştırma hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen annelerle görüşülerek, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlar, harcaacakları zaman konusunda açıklamaların olduğu onam formu verilmiş, okumaları sağlanmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK 11). Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir. Araştırma tamamlandıktan sonra aynı eğitim materyali ile çalışma grubuna verilen eğitim kontrol grubuna da verilmiştir.

Yardımcı araştırmacıya, örnekleme alınan her bebek ve annesi için 5 Türk Lirası ödenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerden fotoğraflarının kullanılması için sözlü ve yazılı izin alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Anne ve Babaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yaş, evlilik yaşı, babaların yaşı ve aylık gelir ortalamalarına göre dağılımları

Özellikler	Çalışma grubu (n=24)	Kontrol grubu (n=18)	Z değeri/p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Annenin yaşı (yıl)	28,04±5,74	26,17±4,87	Z=[-1,173] p=0,241 p>0,05
Annenin evlilik yaşı (yıl)	21,67±3,90	21,06±5,07	Z=[-0,716] p=0,474 p>0,05
Babanın yaşı (yıl)	33,04±6,30	30,39±5,99	Z=[-1,594] p=0,111 p>0,05
Ailenin aylık geliri (TL)	1410,42±706,03	952,78±532,41	Z=[-2,092] p=0,036 p<0,05

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması, evlilik yaşı ve babaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma grubundaki annelerin yaş ortalaması (28,04±5,74 yaş) ile kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması (26,17±4,87 yaş) arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Z=[-1,173], p=0,241, p>0,05). Annelerin evlilik yaşlarına bakıldığında; çalışma grubundaki annelerin yaş ortalamasının (21,67±3,90 yaş), kontrol grubundaki annelerin yaş ortalamaları (21,06±5,07

yaş) ile benzer olduğu, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($Z=[-0,716]$, $p=0,474$, $p>0,05$). Çalışma grubundaki babaların yaş ortalaması ($33,04\pm 6,30$ yaş) ile kontrol grubundaki babaların yaş ortalaması ($30,39\pm 5,99$ yaş) arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($Z=[-1,594]$, $p=0,111$, $p>0,05$). Aylık gelir durumu bakımından iki grup arasında fark vardır. Çalışma grubundakilerin aylık gelir ortalamasının ($1410,42\pm 706,03$ TL) kontrol grubundakilerden ($952,78\pm 532,41$ TL) yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($Z=[-2,092]$, $p=0,036$, $p<0,05$) (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.2. Çalışma ve kontrol grubundaki anne ve babaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları

Tanıtıcı özellikler	Çalışma (n=24)		Kontrol (n=18)		Toplam (n=42)		Df*	Ki-kare/ p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Annenin eğitim düzeyi**								
İlkokul	13	54,2	5	27,8	18	42,9	2	X ² =3,163 p=0,206 p>0,05
Ortaokul	7	29,2	7	38,9	14	33,3		
Lise ve üniversite	4	16,7	6	33,3	10	23,8		
Babanın eğitim düzeyi***								
İlkokul	12	50,0	6	33,3	18	42,8	2	X ² =2,709 p=0,258 p>0,05
Ortaokul	4	16,7	7	38,9	11	26,2		
Lise ve üniversite	8	33,3	5	27,8	13	31,0		
Annenin çalışma durumu								
Çalışan	3	12,5	3	16,7	6	14,3	1	X ² =0,146 p=0,703 p>0,05
Çalışmayan	21	87,5	15	83,3	36	85,7		
Babanın çalışma durumu								
Çalışan	23	95,8	17	94,4	40	95,2	1	X ² =0,044 p=0,834 p>0,05
Çalışmayan	1	4,2	1	5,6	2	4,8		
Annenin sosyal güvence durumu								
Olan	20	83,3	15	83,3	35	83,3	1	X ² =0,000 p=1,000 p>0,05
Olmayan	4	16,7	3	16,7	7	16,7		
Gelir durumu algısı****								
Düşük	5	20,8	9	50,0	14	33,3	1	X ² =3,938 p=0,047 p<0,05
Orta ve yüksek	19	79,2	9	50,0	28	66,7		
Aile tipi								
Çekirdek aile	21	87,5	13	72,2	34	81,0	1	X ² =1,557 p=0,212 p>0,05
Geniş aile	3	12,5	5	27,8	8	19,0		
Annede sağlık sorunu varlığı								
Olan	1	4,2	1	5,6	2	4,8	1	X ² =0,044 p=0,834 p>0,05
Olmayan	23	95,8	17	94,4	40	95,2		
Babada sağlık sorunu varlığı								
Olan	3	12,5	0	0,0	3	7,1	1	X ² =2,423 p=0,120 p>0,05
Olmayan	21	87,5	18	100,0	39	92,9		

*df= serbestlik derecesi

** Kontrol grubundaki üniversite mezunu 2 anne lise mezunu olan gruba aktarılmıştır.

***Çalışma grubundaki 5, kontrol grubundaki 1 üniversite mezunu baba lise mezunu olan gruba aktarılmıştır.

**** Kontrol grubunda gelir düzeyini yüksek algılayan 1 anne gelir düzeyini orta algılayan gruba eklenmiştir.

Çalışma grubundaki annelerin eğitim durumları incelendiğinde, %54,2'sinin ilkökul, %29,2'sinin ortaokul, %16,7'sinin lise ve üniversite; kontrol grubundaki annelerin %27,8'sinin ilkökul, %38,9'unun ortaokul, %33,3'ünün lise ve üniversite mezunu olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasındaki eğitim farkının önemsiz olduğu saptanmıştır ($X^2=3,163$, $p=0,206$, $p>0,05$). Her iki gruptaki annelerin tamamının resmi nikâhının vardır. Çalışma grubundaki babaların eğitim durumlarına bakıldığında, %50,0'ının ilkökul, %16,7'sinin ortaokul, %33,3'ünün lise ve üniversite; kontrol grubundaki babaların ise, %33,3'ünün ilkökul, %38,9'unun ortaokul, %27,8'inin lise ve üniversite mezunu olduğu, her iki gruptaki babaların eğitim durumları arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($X^2=2,709$, $p=0,258$, $p>0,05$) (Çizelge 3.1.2).

Annelerin ve babaların bir işte çalışma, annenin sosyal güvence durumu, gelir durumları ve aile yapısına bakıldığında; çalışma grubundaki annelerin %12,5'inin, kontrol grubundaki annelerin %16,7'sinin bir işte çalıştığı ($X^2=0,146$, $p=0,703$, $p>0,05$), çalışma grubundaki babaların %95,8'inin, kontrol grubundaki babaların %94,4'ünün bir işte çalıştığı ($X^2=0,044$, $p=0,834$, $p>0,05$) ve yapılan istatistiksel değerlendirmede anne ve babaların bir işte çalışma durumları arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki annelerin %16,7'sinin, kontrol grubundaki annelerin %16,7'sinin sosyal güvencesinin olmadığı ($X^2=0,000$, $p=1,000$, $p>0,05$), çalışma grubundaki annelerin %20,8, kontrol grubundaki annelerin %50,0'ının gelir düzeyini düşük olarak algıladıkları ($X^2=3,938$, $p=0,047$, $p<0,05$), çalışma grubunun %87,5'inin, kontrol grubunun ise %72,2'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmektedir ($X^2=1,557$, $p=0,212$, $p>0,05$). Yapılan istatistiksel değerlendirmede sosyal güvence durumu ve aile tipi bakımından çalışma ve kontrol grubu arasında önemli fark olmadığı, gelir düzeyi algısı bakımından iki grup arasında fark olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.2).

Çalışma grubundaki annelerin sağlık sorunları incelendiğinde, %95,8'inin, kontrol grubundaki annelerin %94,4'ünün sağlık sorunu olmadığı ($X^2=0,044$, $p=0,834$, $p>0,05$), çalışma grubundaki babaların %87,5'inin, kontrol grubundaki babaların ise hiç sağlık sorunu olmadığı ($X^2=2,423$, $p=0,120$, $p>0,05$), yapılan istatistiksel değerlendirmede anne ve babaların sağlık durumlarının her iki grupta benzer olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.2). İfade edilen hastalıklar da, annelerde hipertansiyon, diyabet; babalarda, epilepsi, hepatit B taşıyıcılığı ve bel fitiğidir. Bu bulgular çalışma ve kontrol gruplarının benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

3.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri ve Son Gebeliklerine İlişkin Verileri

Çizelge 3.2.1. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları

Obstetrik özellikler	Çalışma grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=18)		Toplam (n=42)		Df	Ki-kare/ p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Gebelik sayısı*								
1	5	20,8	5	27,8	10	23,8	2	X ² =0,886
2	9	37,5	8	44,4	17	40,5		p=0,642
3-7	10	41,7	5	27,8	15	35,7		p>0,05
Canlı doğum sayısı**								
1	8	33,3	9	50,0	17	40,5	2	X ² =1,197
2	11	45,8	6	33,3	17	40,5		p=0,550
3-6	5	20,8	3	16,7	8	19,0		p>0,05
Yaşayan çocuk sayısı***								
1	7	29,2	9	50,0	16	38,1	2	X ² =1,902
2	11	45,8	6	33,3	17	40,5		p=0,386
3-5	6	25,0	3	16,7	9	21,4		p>0,05

* Çalışma grubunda gebelik sayısı 4 olan 2 kişi ile 7 olan 1 kişi gebelik sayısı 3 olan gruba aktarılmıştır. Kontrol grubunda gebelik sayısı 5 olan 2 kişi gebelik sayısı 3 olan gruba aktarılmıştır.

**Çalışma grubunda canlı doğum sayısı 6 olan 1 kişi canlı doğum sayısı 3 olan gruba aktarılmıştır. Kontrol grubunda canlı doğum sayısı 4 olan 1 kişi canlı doğum sayısı 3 olan gruba aktarılmıştır.

*** Çalışma grubunda yaşayan çocuk sayısı 5 olan 1 kişi yaşayan çocuk sayısı 3 olan gruba, kontrol grubunda yaşayan çocuk sayısı 4 olan 1 kişi yaşayan çocuk sayısı 3 olan gruba aktarılmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin büyük çoğunluğunun gebelik sayısı bir (%23,8) veya iki (%40,5) olup, çoğunun bir (%40,5) veya iki canlı doğuma (%40,5) ve bir (%38,1) veya iki (%40,5) yaşayan çocuğa sahip oldukları saptanmıştır (Çizelge 3.2.1.).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelik sayıları (X²=0,886, p=0,642, p>0,05), canlı doğum sayıları (X²=1,197, p=0,550, p>0,05), yaşayan çocuk sayıları (X²=1,902, p=0,386, p>0,05) bakımından çalışma ve kontrol grupları arası farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2.1). Bu bulgular çalışma ve kontrol gruplarının obstetrik özellikler bakımından benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.2.2. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin son gebeliğe ilişkin özelliklerine göre dağılımları

Son gebeliğe ilişkin özellikler	Çalışma grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=18)		Toplam (n=42)		Df	Ki-kare/ p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Gebeliği isteme durumu								
İsteyen	20	83,3	16	88,9	36	85,7	1	X ² =0,259 p=0,611 p>0,05
İstemeyen	4	16,7	2	11,1	6	14,3		
Gebeliği planlama durumu								
Planlayan	15	62,5	7	38,9	22	52,4	1	X ² =2,299 p=0,129 p>0,05
Planlamayan	9	37,5	11	61,1	20	47,6		
Gebeliğinde sağlık sorunu								
Olan	5	20,8	7	38,9	12	28,6	1	X ² =1,643 p=0,200 p>0,05
Olmayan	19	19,2	11	61,1	30	71,4		

Araştırmada, çalışma grubundaki annelerin %37,5'inin ve kontrol grubundakilerin %61,1'inin gebeliklerini planlamamış olduğu; ancak çalışmaya katılan annelerin büyük çoğunluğunun (%85,7) gebeliklerini istediklerin görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin gebeliği isteme (X²=0,259, p=0,611, p>0,05) ve gebeliklerini planlama (X²=2,299, p=0,129, p>0,05) durumlarına göre yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.2.2).

Çalışma grubundaki annelerin %20,8 (n=5)'inin, son gebeliğinde sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiş; %20 (n=1)'si diyabet, %20 (n=1)'si düşük tehtidi, %20 (n=1)'si tiroid sorunu, %20 (n=1)'si idrar yolu enfeksiyonu, %20 (n=1)'si alerji yaşadığını bildirmiştir. Kontrol grubundaki annelerin %38,9 (n=7)'unun gebelikte sağlık sorunu yaşadığı, bunların %57,1 (n=4)'i erken doğum tehtidi, %28,6 (n=2)'si hipertansiyon problemi, %14,3 (n=1)'ü gebeliğe bağlı diyabet sorunu yaşadığını söylemiştir. Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları (X²=1,643, p=0,200, p>0,05) bakımından çalışma ve kontrol grubundaki kadınların benzer özellik göstermektedir (Çizelge 3.2.2).

3.3. Yenidoğanların Doğum Bilgileri, Sağlık Durumları ve Beslenme Şekilleri

Çizelge 3.3.1. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların bazı tanımlayıcı özellikleri

Yenidoğanların Özellikleri	Çalışma grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=18)		Toplam (n=42)		Df	Ki-kare/ p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyeti								
Kız	7	29,2	9	50,0	16	38,1	1	X ² =1,893 p=0,169 p>0,05
Erkek	17	70,8	9	50,0	26	61,09		
Doğum şekli								
Vajinal	11	45,8	13	72,2	24	57,1	1	X ² =2,925 p=0,087 p>0,05
Sezaryen	13	54,2	5	27,8	18	42,9		
Çoğul Bebek								
Olan	3	12,5	2	11,1	5	11,9	1	X ² =0,019 p=0,891 p>0,05
Olmayan	21	87,5	16	88,9	37	88,1		
Doğumda sorun								
Gelişen	4	16,7	7	38,9	11	26,2	1	X ² =2,628 p=0,105 p>0,05
Gelişmeyen	20	83,3	11	61,1	31	73,8		
Doğumda müdahale								
Yapılan	4	16,7	4	22,2	8	19,0	1	X ² =0,206 p=0,650 p>0,05
Yapılmayan	20	83,3	14	77,8	34	81,0		
Tıbbi tanısı								
Prematürite	18	75,0	16	88,9	34	81,0	1	X ² =1,287 p=0,257 p>0,05
Prematürite, solunum sorunları	6	25,0	2	11,1	8	19,0		
Beslenme şekli*								
Anne sütü	11	45,8	6	33,3	17	40,5	1	X ² =0,667 p=0,414 p>0,05
Karışık beslenme	13	54,2	12	66,7	25	59,5		

* Kontrol grubundaki formül mama ile beslenen 1 bebek karışık beslenme grubuna aktarılmıştır.

Çizelge 3.3.1. (Devamı) Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların bazı tanımlayıcı özellikleri

	Çalışma grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=18)		Toplam (n=42)		D f	Ki-kare/ p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Bir ay sonraki beslenme şekli**								
Anne sütü	24	100,0	18	100,0	42	100,0	-	-
Bir ay sonra bebekte sağlık sorunu gelişme durumu								
Gelişen	4	16,7	6	33,3	10	23,8	1	X ² = 1,575 p=0,209 p>0,05
Gelişmeyen	20	83,3	12	66,7	32	76,2		

**Çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin tamamı bir ay sonraki kontrolde anne sütü ile beslendiklerinden analiz yapılamamıştır.

Çalışma grubundaki yenidoğanların %70,8'inin ve kontrol grubundakilerin %50,0'ının erkek olduğu, bebeklerin cinsiyetine göre yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (X²=1,893, p=0,169, p>0,05) (Çizelge 3.3.1).

Çalışma grubundaki yenidoğanların %45,8'inin ve kontrol grubundakilerin %72,2'sinin vajinal yoldan doğduğu belirlenmiştir. Çalışma grubundaki yenidoğanların %54,2'sinin ve kontrol grubundakilerin ise %27,8'inin doğum şeklinin sezaryen olduğu, ancak istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (X²=2,925, p=0,087, p>0,05) (Çizelge 3.3.1).

Çalışma grubundaki yenidoğanların %12,5'inin, kontrol grubundakilerin %11,1'inin çoğul gebelik sonucu dünyaya geldiği ancak sadece ikizlerden birinin hastanede yattığı, çoğul gebelik durumunun gruplar arasında istatistiksel olarak fark oluşturmadığı belirlenmiştir (X²=0,019, p=0,891, p>0,05). Çalışma grubundaki yenidoğanların %16,7'sinde ve kontrol grubundakilerin %38,9'unda doğumda sorun geliştiği ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (X²=2,628, p=0,105, p>0,05). Doğum sırasında gelişen sorunlar incelendiğinde; çalışma grubundaki yenidoğanların %5 (n=1)'inde solunum sıkıntısı, %5 (n=1)'inde kordon dolanması, %5 (n=1)'inde dekolman plasenta ve makat geliş, %5 (n=1)'inde occiput posterior; kontrol grubundaki yenidoğanların %27,2

(n=3)'sinde solunum sıkıntısı, %9 (n=1)'unda makat geliş, %27,2 (n=3)'sinde kordon dolanması tespit edilmiştir. Çalışma grubundaki yenidoğanların %16,7'sine, kontrol grubundakilerin %22,2'sine doğumda müdahalede bulunulmuş, yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($X^2=0,206$, $p=0,650$, $p>0,05$). Doğumda müdahale edilen bebeklerin tamamına O₂ verilmiş, çalışma grubundaki yenidoğanların %5 (n=1)'ine Hood ile O₂, %5 (n=1)'ine serbest O₂ ve nazal CPAP, kontrol grubundaki yenidoğanların %7,1 (n=1)'ine Hood ile O₂ ve nazal CPAP, %7,1 (n=1)'ine serbest O₂ ve pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmıştır.

Çalışma grubundaki yenidoğanların %75,0'nın, kontrol grubundakilerin %88,9'unun tıbbi tanısının prematürite ve yine çalışma grubundaki yenidoğanların %25,0'nın, kontrol grubundakilerin %11,1'inin prematürite ve solunum sorunu tanıları ile hastanede yattığı belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların, hastanede yatma nedenleri bakımından istatistiksel olarak benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($X^2=1,287$, $p=0,257$, $p>0,05$) Çizelge 3.3.1).

Çalışma grubundaki yenidoğanların %45,8'inin, kontrol grubundaki yenidoğanların %33,3'ünün anne sütü ile beslendikleri belirlenmiştir. Çalışma grubundaki yenidoğanların %54,2'sinin, kontrol grubundakilerin %66,7'sinin karışık beslendikleri belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemli olmadığı saptanmıştır ($X^2=0,667$, $p=0,414$, $p>0,05$) (Çizelge 3.3.1).

Bebeklerin bir ay sonraki izlemlerinde çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin tamamının anne sütü ile beslendiği belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Annelere bir ay sonra bebeklerinde sağlık sorunu gelişip gelişmediği sorulmuş, %23,8 (n=10)'inde sağlık sorunu geliştiği, %76,2 (n=32)'sinde sağlık sorunu gelişmediği görülmüştür. Çalışma ve kontrol grupları arasında, sağlık sorunu gelişme durumları bakımından istatistiksel olarak fark yoktur ($X^2=1,575$, $p=0,209$, $p>0,05$). Çalışma grubundaki bebeklerdeki sorunların %10 (n=2)'u enfeksiyon, %5 (n=1)'i öksürük ve %5 (n=1)'i süt alerjisi ve kulakta işitme sorunu olarak bildirilmiştir. Kontrol grubundaki bebeklerdeki sorunların %8,3 (n=1)'ünün kardiyak sorun, %16,6 (n=2)'sının anemi, %16,6 (n=2)'sının konstipasyon ve %8,3 'ünün (n=1) over kisti olduğu bildirilmiştir.

Bebek bakımında destek alma durumu incelendiğinde, kontrol grubundaki annelerin %70,8 (n=17)'i, çalışma grubundaki annelerin tamamı bebek bakımında destek almıştır.

Kontrol grubundaki annelerin bebek bakımında kimden destek aldınız sorusuna, %72,2 (n=13)'si evet yanıtı vermiştir. Kontrol grubundaki annelerin, bebek bakımında kimden destek aldınız sorusuna, %30,8 (n=4)'i, yakınlarım (annem, eşim, kayınvalidem, teyzem, komşularım) ve sağlık çalışanları (ebe/hemşireler), %69,2 (n=9)'si sadece ebe/hemşireler olarak bildirmiştir. Çalışma grubundaki anneler ise, yakınlarım (annem, eşim, kayınvalidem, teyzem, babam) ve sağlık çalışanları (ebe/hemşireler), %29,4 (n=5)'ü sadece yakınlarım, %70,6 (n=12)'sı sadece ebe/hemşireler olarak bildirmiştir.

Çizelge 3.3.2. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların doğumdaki özellikleri

Özellikler	Çalışma grubu (n=24)	Kontrol grubu (n=18)	Z değeri/p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Gestasyon Yaşı (Hafta)	33,35±1,68	33,95±2,03	Z=[-1,254] p=0,210 p>0,05
Doğum ağırlığı (gr)	2107,92±410,09	2220,28±474,47	Z=[-0,648] P=0,517 p>0,05
Doğumda baş çevresi (cm)*	31,39±1,90	31,88±1,93	Z=[-0,721] P=0,471 p>0,05
1.dakika apgar skoru	7,52±1,86	7,78±1,22	Z=[-484] P=0,628 p>0,05
5.dakika apgar skoru	9,40±1,05	9,21±0,99	Z=[-0,890] P=0,373 p>0,05

*Çalışma grubundaki iki yenidoğanın doğumda baş çevreleri ölçülmediğinden bu bebekler analize dâhil edilmemiştir.

Çalışmaya alınan bebeklerin postnatal yaşı 0-28 günlük ve gestasyon haftası <37 hft + 6 gün olup, çalışma grubundaki bebeklerin gestasyon yaş ortalaması (33,35±1,68) ile kontrol grubundaki bebeklerin (33,95±2,03) gestasyon yaş ortalaması arasındaki farkın yapılan istatistiksel değerlendirmede önemsiz olduğu saptanmıştır (Z=[-1,254], p=0,210, p>0,05; Çizelge 3.3.2).

Çalışma grubundaki yenidoğanların doğum ağırlık ortalamasının 2107,92±410,09gr ve kontrol grubundakilerin doğum ağırlık ortalamasının 2220,28±474,47gr, çalışma grubundaki yenidoğanların baş çevresi ortalamasının 31,39±1,90cm ve kontrol grubundakilerin baş çevresi ortalamasının 31,88±1,93cm olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Z=[-0,648], p=0,517, p>0,05; Z=[-0,721], p=0,471, p>0,05; Çizelge 3.3.2).

Çalışmaya katılan yenidoğanların APGAR skorları incelendiğinde; çalışma grubundaki yenidoğanların 1. dakika APGAR skoru ortalamasının 7,52±1,86 puan, 5. dakika APGAR skoru ortalamasının 9,40±1,05 puan ve kontrol grubundakilerin 1. dakika APGAR skoru ortalamasının 7,78±1,22 puan ve 5. dakika APGAR 9,21±0,99 puan olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası 1. ve 5. dakika APGAR skoru ortalamaları arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır (Z=[-484], p=0,628, p>0,05; Z=[-0,890], p=0,373, p>0,05; Çizelge 3.3.2).

3.4. Bebeklerin Büyüme, Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği Puanı ve Yenidoğanı Algılama Durumları

Çizelge 3.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların KB öncesi boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümlerine göre dağılımları

Özellikler	Çalışma grubu (n=24)	Kontrol grubu (n=18)	Z değeri/p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Boy (cm)	45,04±2,49	44,57±3,45	Z=[-0,407] p=0,684 p>0,05
Baş çevresi (cm)	31,98±1,22	31,40±1,78	Z=[-0,992] p=0,321 p>0,05
Ağırlık (gr)	2206,67±319,49	2133,61±446,60	Z=[-0,890] p=0,374 p>0,05

Araştırmaya katılan yenidoğanların KB öncesi boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümlerinin ortalamalarına bakıldığında; çalışma grubundaki yenidoğanların boy ölçümlerinin ortalamaları 45,04±2,49cm, kontrol grubundakilerin boy ölçümlerinin ortalamaları 44,57±3,45cm olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Z=[-0,407], p=0,684, p>0,05; Çizelge 3.4.1).

Yenidoğanların KB öncesi baş çevresi ortalamaları, çalışma grubundaki yenidoğanların 31,98±1,22cm, kontrol grubundakilerin 31,40±1,78cm'dir ve yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Z=[-0,992], p=0,321, p>0,05; Çizelge 3.4.1).

Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların KB öncesi ağırlık ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubunun ağırlık ortalamasının 2206,67±319,49gr, kontrol grubunun ağırlık ortalamasının 2133,61±446,60gr olduğu ve iki grup arasındaki farkı tespit

etmek için yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($Z=[-0,890]$, $p=0,374$, $p>0,05$; Çizelge 3.4.1). Bu bulgular çalışma ve kontrol gruplarının yenidoğanların KB öncesi boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümleri bakımlarından homojen özellikte olduğunu göstermektedir.

KB öncesi çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin boy (çalışma; $45,04\pm 2,49$ cm, kontrol; $44,57\pm 3,45$ cm), baş çevresi (çalışma; $31,98\pm 1,22$ cm, kontrol; $31,40\pm 1,78$ cm) ve ağırlık (çalışma; $2206,67\pm 319,49$ gr, kontrol; $2133,61\pm 446,60$ gr) ölçümleri sonrasında elde edilen skorların değerlendirilmesinde kullanılan Mann-Whitney U testinin gücü %95 güven aralığında $\alpha= 0,05$ alınarak, boy için etki gücü $d=0,392$, $df=40$, güç (power)=0,23 ($U=200,000$) için %23; baş çevresi ölçümleri için etki gücü $d=0,000$, $df=40$, güç (power)=0,05 ($U=177,000$) için %0,5 ve ağırlık için etki gücü $d=0,188$, $df=40$, güç (power)=0,09 ($U=181,000$) hesaplanarak %0,9 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.4.2. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların KB sonrası boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümü ortalamaları

Özellikler	Çalışma grubu (n=24)	Kontrol grubu (n=18)	Z değeri/p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Boy (cm)	49,92±2,27	50,07±4,19	Z=[-0,076] p=0,939 p>0,05
Baş çevresi (cm)	35,21±1,45	35,49±1,58	Z=[-0,585] p=0,558 p>0,05
Ağırlık (gr)	3252,92±463,02	3191,39±597,44	Z=[-0,292] p=0,770 p>0,05

Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların KB sonrası boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümlerinin ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubundaki yenidoğanların KB sonrası boy ölçüm ortalamaları $49,92\pm 2,27$ cm iken kontrol grubundaki yenidoğanların boy ölçüm ortalamaları $50,07\pm 4,19$ cm'dir. İki grup arasındaki farkın yapılan istatistiksel değerlendirmede önemsiz olduğu saptanmıştır ($Z=[-0,076]$, $p=0,939$, $p>0,05$; Çizelge 3.4.2).

Yenidoğanların KB sonrası baş çevresi ölçüm ortalamaları yapılan analiz sonuçlarına göre çalışma grubunda olanlarda $35,21\pm 1,45$ cm, kontrol grubundakilerde $35,49\pm 1,58$ cm'dir. İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($Z=[-0,585]$, $p=0,558$, $p>0,05$; Çizelge 3.4.2).

Çalışma grubundaki yenidoğanların KB sonrası ağırlık ölçüm ortalamaları 3252,92±463,02gr iken kontrol grubundaki yenidoğanların 3191,39±597,44gr'dır. İki grup arasındaki farkın yapılan istatistiksel değerlendirmede önemsiz olduğu saptanmıştır (Z=[-0,292], p=0,770, p>0,05; Çizelge 3.4.2).

KB sonrası çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin boy (çalışma; 49,92±2,27cm, kontrol; 50,07±4,19cm), baş çevresi (çalışma; 35,21±1,45cm, kontrol; 35,49±1,58cm) ve ağırlık (çalışma; 3252,92±463,02gr, kontrol; 3191,39±597,44gr) ölçümleri sonrasında elde edilen skorların değerlendirilmesinde kullanılan Mann-Whitney U testinin gücü ise %95 güven aralığında $\alpha=0,05$ alınarak, boy için etki gücü $d=0,316$, $df=40$, güç (power)=0,17, %17 (U=213,000); baş çevresi ölçümleri için etki gücü $d=0,000$, $df=40$, güç (power)=0,05, %0,5 (U=193,000) hesaplanarak ve ağırlık için etki gücü $d=0,114$, $df=40$, güç (power)=0,06 (U=204,500) hesaplanarak %0,6 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.4.3. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin KB öncesi ve sonrası maternal bağlanma ölçeği puan ortalamaları

Ölçek	Çalışma grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=18)		Z değeri/p değeri
	Ortalama±SS		Ortalama±SS		
KB Öncesi MBÖ puanı	98,58±5,67		96,50±7,22		Z=[-0,760] p=0,447 p>0,05
KB Sonrası MBÖ puanı	99,04±5,79		99,89±5,59		Z=[-0,814] p=0,415 p>0,05

Araştırmaya katılan annelerin KB öncesi MBÖ puan ortalamaları Çizelge 3.4.3'de verilmiştir. Çalışma grubundaki annelerin KB öncesi MBÖ puan ortalamaları 98,58±5,67 iken kontrol grubundakilerin 96,50±7,22 olduğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Z=[-0,760], p=0,447, p>0,05; Çizelge 3.4.3).

Annelerin KB sonrası MBÖ puan ortalamalarına bakıldığında; çalışma grubundaki annelerin KB sonrası MBÖ puan ortalamasının 99,04±5,79, kontrol grubundakilerin 99,89±5,59 olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Z=[-0,814], p=0,415, p>0,05; Çizelge 3.4.3).

Çalışma ve kontrol gruplarında KB öncesi MBÖ puan ortalamaları (çalışma; 98,58±5,67, kontrol; 96,50±7,22) arasındaki farkı belirlemek üzere kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına dayalı olarak bu analizin gücü %95 güven aralığında $\alpha=0,05$

alınarak, etki gücü $d=0,328$, $df=40$, güç (power)= $0,18$ ($U=186,500$) hesaplanarak $0,18$ olarak bulunmuştur.

İlk verilerin toplanmasından bir ay sonra elde edilen, KB uygulaması sonrası çalışma ve kontrol gruplarına ilişkin MBÖ puan ortalamaları (çalışma; $99,04\pm 5,79$, kontrol; $99,89\pm 5,59$) arasındaki farkı belirlemek üzere kullanılan Mann-Whitney U testinin sonuçlarına göre bu analizin gücü 95 güven aralığında $\alpha=0,05$ alınarak, etki gücü $d=0,000$, $df=40$, güç (power)= $0,05$ ($U=184,500$) hesaplanarak $0,5$ olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.4.4. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğanı algılama ölçeği dağılımları

Yenidoğanı Algi durumu	Çalışma grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=18)		Toplam (n=42)		Df	Ki-kare/ p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Olumsuz algılayan	4	16,7	3	16,7	7	16,7	1	$X^2=0,000$ $p=1,000$ $p>0,05$
Olumlu algılayan	20	83,3	15	83,3	35	83,3		

Çizelge 3.4.4’de çalışmaya katılan annelerin yenidoğan bebeklerini algılama durumları verilmiştir. Çizelgede çalışma grubundaki bebeklerin annelerinin $16,7$ ’sinin, kontrol grubundakilerin $16,7$ ’sinin bebeklerini olumsuz algıladıkları ve yine çalışma grubundaki annelerin $83,3$ ’ünün, kontrol grubundakilerin ise $83,3$ ’ünün bebeğini olumlu algıladığı görülmüştür. Bu bulgu ile çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($X^2=0,000$, $p=1,000$, $p>0,05$) (Çizelge 3.4.4).

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğanı algılama durumları arasındaki farkı test etmek için kullanılan ki-kare analizinin gücü 95 güven aralığında etki gücü $d=0,00$, $df=1$, critical $X^2=3,84$ ($U=165,000$) hesaplanarak $0,05$ olarak bulunmuştur.

Çalışma grubundaki annelerin son doğumunun nasıl bir olay olduğuna ilişkin soruya 50 ($n=12$)’si olumlu yönde cevap verirken, 50 ($n=12$)’si negatif yönde cevap vermiştir. Anneler; “acı çeksem de sonu anlatılmaz şekilde çok güzel”, “bebeğimi dünyaya getirmek mutlu bir olaydı”, “güzel bir olaydı”, “güzel bir şey”, “güzel, çocuğum yaşadığından daha da güzel”, “güzeldi”, “güzeldi ama normal doğum yapsaydım daha güzel olurdu”, “iyi”, “mutluluk verici”, “doğum yapan diğer kadınların bağırımlarından etkilendim, onun dışında güzeldi”, “sürpriz doğum oldu”, “sürpriz gibi oldu” ifadelerini kullanmışlardır. Çalışma

grubundaki diğer anneler doğumlarına ilişkin olarak; “heyecanlı, zorlukları var”, “çok zordu”, “erken doğum”, “güzel ama sorunlu”, “çok kolay oldu, onları gördüğümde çok mutlu oldum, ama kucağıma alamayınca yüreğime kor koydular”, “korkunç bir olaydı”, “mutlu oluyor insan, ağrı-acı hissediyor”, “normal bir süreçti, endişeli”, “ölmek gibi”, “sancı-acı vericiydi”, “solunum problemimden dolayı doğumu tam yaşayamadım”, “zor bir olaydı” gibi duygular ifade etmişlerdir.

Kontrol grubundaki annelerin %22,2 (n=4)’si pozitif cevaplar verirken, %77,8 (n=14)’i negatif cevaplar vermiştir. Kontrol grubundaki anneler doğuma ilişkin; “iyi bir olaydı”, “kolaydı, doğum olayı olağanüstüydü”, “mutlu bir olaydı”, “zor ama sonu güzel” gibi olumlu ifadeler bildirirken, bazı anneler doğuma ilişkin; “acı, korku”, “aniden, beklenmedik bir olay olduğu için zor bir süreçti”, “birazcık korkulu”, “karmaşık”, “çok zor”, “erken doğum”, “erken doğum olduğundan şok oldum”, “ifade edemiyorum”, “kötü bir olaydı doğumdan bir hafta önce doğum sancısı çektim, erken doğmasından korktum, daha önce yaşadığım düşükten dolayı bebeğimi kaybetme korkusu hissettim”, “sezeryan olduğum için birşey hissetmedim, sonrasında acı çektim”, “zamanında olmadığı için kötü geçti”, “zor bir olaydı”, “zordu”, “zordu, doğumdan korktum, erken doğduğu için endişeliydim” gibi olumsuz ifadeler bildirmişlerdir.

Çalışma grubundaki annelerin %20,8 (n=5)’i bebeğini, doğumda ya da doğumdan hemen sonra, %12,5 (n=3)’i doğumdan sonraki ilk 24 saatte, %41,7 (n=10)’si doğumdan sonraki 2 ile 5. günler arası, %25 (n=6)’i 6. günden sonra görmüştür.

Çalışma grubundaki annelerin bebeğini ilk gördüğünde neler hissettiğine yönelik soruya %75 (n=18)’i “sevindim, duygulandım, seviçten ağladım, çok sevindim, çok mutlu oldum, çok güzel bir duyguydu, içimde çok büyük mutluluk vardı, gözyaşlarımı tutamadım sevinçten, heyecan, mutluluk, iyi hissettim, çok iyi hissettim, mutluluk, huzur, onu kucağıma alıp öpmek istedim, çaktığım acıya değdi dedim, bebeğimin bana kattığı anlam, heyecan, garip bir duygu onu görüp de kucağıma alamamak onu görsem de çok özlemişim, tarifi yok, farklı bir duygu benim mi diye düşündüm” cevaplarını vermiş, %25 (n=6)’i “ağladım, onu orda görüp dokunamamak, kokusunu duyamamak çok kötüydü, küvözde olduğu için çok ağladım, heyecan-endişe, mutluluk-korku, güzel bir duyguydu sevinç-korku birlikte, bebekte solunum sorunu vardı psikolojim bozuldu” cevabını vermiştir.

Kontrol grubundaki annelerin ise %16,7 (n=3)'si doğumda ya da doğumdan hemen sonra, %27,8 (n=5)'i doğumdan sonraki ilk 24 saatte, %55,5 (n=10)'i doğumdan sonraki 2 ile 5. günler arası bebeğini görmüştür. Kontrol grubundaki annelerin %50 (n=9)'si bebeklerini ilk gördüğünde; “acı”, “ağladım”, “ağladım, duygulandım”, “bebeğim küvözde olduğu için burukluk hissettim”, “bebek küçük olduğundan korktum”, “çok duygulandım, ağladım”, “sürekli ağlama isteği vardı, bebeğim ölür diye korktum”, “erken doğum olduğu için çok üzgündüm, erken doğum olduğu için bebeğimin yaşayıp yaşamayacağı konusunda tereddütüm vardı”, “gördüğüm anda bebekte gelişen sorundan dolayı korktum” gibi duygular ifade etmişlerdir. Annelerin %50 (n=9)'si, “yeniden doğmuş gibi oldum, çok mutlu oldum”, “sevinç, ağlama”, “sevinç, mutluluk”, “mutlu-farklı”, “emzirmeyi, onu kucaklayıp sarılmak, kokusunu hissetmek istedim”, “çok tatlıydı”, “çok sevindim”, “çok sevinçli hissettim”, “çok güzel bir duyguydu” gibi olumlu duygular ifade etmişlerdir.

Araştırmaya başlandığında, çalışma grubundaki annelerin bebeğine ilk dokunma zamanı incelendiğinde; %20,8 (n=5)'inin bebeğine hiç dokunmadığı, %4,2 (n=1)'sinin doğumdan sonraki ilk 24 saatte dokunduğu, %25 (n=6)'inin doğumdan sonraki 1 ile 5. günler arasında, %50 (n=12)'sinin 6. gün ile bir ay arasında dokunduğu belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin tamamı, bebeğine ilk dokunduğunda pozitif duygular hissetmiştir. Çalışma grubundaki annelerin, %45,8 (n=11)'i “mutlu oldum, çok mutlu oldum, bugünü bekliyordum, mutluluktan ağladım, sevindim, sağlıklı olduğunu görünce sevindim”, %54,2 (n=13)'si “annelik hissi sevgi duydum, çok güzel bir duyguydu, çok farklı bir duyguydu bırakmak istemedim, dokunduğumda bana güç ver ve güçlü ol dedim, duygularım karışıkta sahip olduğum en güzel duyguydu, güzel şeyler, heyecanlandım, mucize gibiydi, onu kucaklamak, kokusunu duymak istedim, sütüm gelmiyordu ona dokununca aramızda değişik bir bağ oluştu, şükrediyorum” gibi ifadeler kullanmışlardır.

Kontrol grubundaki annelerin ise, %61,1 (n=11)'inin bebeğine hiç dokunmadığı, %16,7 (n=3)'sinin doğumdan sonraki ilk 24 saatte dokunduğu, %22,2 (n=4)'sinin 6. gün ile 1 ay arasında dokunduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki anneler bebeklerine ilk dokunduklarında; “anneliğin iyi bir duygu olduğunu hissettim”, “benim olan birşeye gizli-yasaklı dokunuyormuş gibi hissettim”, “çok güzel şeyler hissettim”, “hem üzgündüm hem de bebeğim hayatta olduğu için mutluydum, tarif etmesi zor bir duyguydu”, “heyecandan

ağladım, titredim”, “içimden bir şeyler koptu, daha mutlu oldum”, “karmaşık anlatılmaz güzel duygular” gibi duygular ifade etmişlerdir.

Araştırmaya başlandığında, çalışma grubundaki annelerin bebeğini emzirme zamanına bakıldığında; %50 (n=12)’sinin bebeğini hiç emzirmediği, %8,3 (n=2)’ünün doğumdan 1-2 gün sonra, %25 (n=6)’inin doğumdan sonraki 11-18 gün sonra, %12,5 (n=3)’inin doğumdan 20 gün sonra, %4,2 (n=1)’sinin doğumdan bir ay sonra emzirdiği bildirilmiştir.

Kontrol grubundaki annelerin %66,6 (n=12)’sının bebeğini emzirmediği, %16,7 (n=3)’sinin doğumdan sonraki 3-5 saat içinde, %16,7 (n=3)’sinin doğumdan sonraki 11-21 gün sonra bebeğini emzirdiği belirlenmiştir.

3.5. Kanguru Bakımına İlişkin Özellikler

Çalışmaya alındığında çalışma grubundaki yenidoğanların hastanede yatış süre ortalaması 18,54±7,67 gün, kontrol grubundakilerin hastanede yatış süre ortalaması 6,06±5,67 gün olarak belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemli olduğu saptanmıştır ($Z=[-4,837]$, $p=0,000$, $p<0,05$). Bu nedenle hastanede, stabil bebeklerle geç dönem KB yapılmıştır. Bebekler KB sırasında monitörize edilmemiş, ancak araştırmacı ebe tarafından gözlem yapılmıştır. Yapılan gözlemlerde KB uygulanan bebeklerde, hipotermi, apne, taşikardi, siyanoz gelişmediği, genel olarak bebeklerin rahat olduğu, uyuduğu gözlemlenmiştir.

Hastanede KB, ortalama 10,42±6,57 kez (en az 2 kez, en fazla 24 kez) uygulanmıştır. Uygulamanın tamamı anneler tarafından yapılmıştır. Hastanede KB uygulama sayıları incelendiğinde; annelerin %20,8 (n=5)’i 10, %16,6 (n=4)’sı 4, %8,3 (n=2)’ü 6, %8,3 (n=2)’ü 18, %8,3 (n=2)’ü 6, %8,3 (n=2)’ü 2, %4,16 (n=1)’sı 24, %4,16 (n=1)’sı 22, %4,16 (n=1)’sı 16, %4,16 (n=1)’sı 13, %4,16 (n=1)’sı 12, %4,16 (n=1)’sı 9, %4,16 (n=1)’sı 8, %4,16 (n=1)’sı 5, %4,16 (n=1)’sının 2 kez uygulama yaptığı saptanmıştır. Hastanedeki uygulama; annelere telefonla ulaşılamaması, annenin hastanede olmaması, banyo yapamaması, kötü hava koşulları nedeniyle hastaneye gelememesi, cilt alerjisi, viral göz enfeksiyonu, gribal enfeksiyon olması gibi anneye bağlı nedenlerin yanında bebeğin göz muayenesi için başka hastaneye gitmesi, enfeksiyon gelişmesi gibi bebeğe bağlı nedenlerle yapılamamıştır.

Hastanede KB yapan annelerin tamamı pozitif duygular bildirmişlerdir. KB uygulamasında, annelerin %9,3 (n=21)'ü "KB'yi severek yapıyorum, KB ikimiz için de özel oldu bebeğimi daha çok hissetmemi sağladı, KB'yi özledim bebeğimle olmak çok güzel, bebeğimle zaman geçirmek güzel, çok keyif alıyorum, onla olmak hoşuma gidiyor, yanına gelmek için can atıyorum, sevgimin büyüdüğünü hissediyorum, artık beni anlıyor, sana öyle alışmışım ki, yokluğun canımı yakıyor, bebeğim ve ben aramızda hiçbirşey olmadan beraber olmak ne kadar güzelmiş, varlığını hissetmek, bebeğime dokunmak ne güzelmiş, bebeğim beni benimsiyor benimsiyor, bebeğimle olmaya sabırsızlanıyorum, bugün daha fazla birlikte oldum bebeğimle, bebeğimle daha çok birlikte olmak istiyorum" şeklinde ifade etmiştir.

Annelerin %11,9 (n=27)'u "bebeğimle olmak mutluluk veriyor, güzel kucağında benimlesin bebeğim, bebeğim için bişeyler yapmak beni mutlu ediyor, dünyanın en güzel şeyi", %17,2 (n=39)'si "ayrılmamasını istiyorum, her gün yanımda olsun istiyorum, bebeğimden ayrılmak ne zormuş, anne olmak bebeğine doyamamamış, anne olduğumu hissettim, bebeğimin bana tepki verdiğini anlıyorum, her gün daha iyi hissetmemi sağlıyor, bebeğime bakmaya, dokunmaya doyamıyorum, ağlarken anne diye ağlıyor, oğlum bugün beni kucakladı çok hoşuma gitti, her gün değişik hareketleri çok hoşuma gidiyor, bebeğimin hareketlerini görmek güzel, elimi tutuyor, aranıyor, kokumu hissediyor, gülüşü çok tatlı ömre bedel, mızıldanmaları çok komik, mutlu ediyor, senden başka hiçbirşey düşünemiyorum, küçük oğlum, canım, seni seviyorum oğlum, bitanem bebeğimi çok seviyorum, annesinin bitanesi, benim oğlum bir kahraman, bebeğime her gün daha çok bağlandım ifade edilmez şekilde" ifade etmişlerdir.

Annelerin %17,2 (n=39)'si "bebeğimin varlığını, tenini, sıcaklığını, kokusunu, nefes alışlarını hissetmek, ona dokunmak hoşuma gidiyor, onun nazik tenine dokunmak, minik ellerini yemesi yok mu, büyüdüğünü anladım, onu içime çekiyorum, huzur veriyor, hoşuma gidiyor, onu görmek, mutlu ediyor, rahatlatıyor, kucağımdayken mutluyum, oğlumu hissetmeyi seviyorum, göğsümde yattığı zaman onu hissetmek çok güzel, bebeğimi seviyorum, bebeğimi seviyorum varlığı hayatımı doldurdu, onsuz yaşayamıyorum sanki, oğlumu çok seviyorum, iyi ki varsın can gülüm, Allah'a şükürler olsun oğlum kucağımda, seni hiçbirşeye değişmem" şeklinde ifade etmiştir.

Annelerin %4,8 (n=11)'i "bebeğim rahat ve huzurluydu, huzurlu uyuması beni mutlu ediyor, bebeğim beni emmek istedi, çok rahattım, ikimiz de rahattık, oğlumla KB'de uyumak çok güzel, bebeğimle geçirdiğim o bir saat...", %0,1 (n=2)'i "çok sevindim", %6,2

(n=14)'si "çok güzeldi, çok güzel duygular yaşadım, bebeğimle olmak güzel", %12,3 (n=28)'ü "güzel ve heyecan verici, mutlu, sevinçliyim, her şey güzeldi, duygusalım", %3,5 (n=8)'i "tarif edilemez duygular hissettim, tıpkı karnımdaki gibiydi, kızımın kalplerimiz tek attı", %6,6 (n=15)'sı "çok kötüydüm bebeğimle olmak bana iyi geliyor, huzurlu oluyorum, tekrar nefes almaya başladım, yaşamın ne kadar güzel olduğunu aladım, ona dokunmak iyi geliyor, KB bana iyi geliyor, yaşama sevincimi arttırıyor, seni bana veren Rabbime şükürler olsun, yoga gibi terapi yapıyor, kendimi iyi hissetmemi sağladı, sakinleştirdi, her gün daha mutluyum" şeklinde belirtmişlerdir.

Annelerin %2,6 (n=6)'sı "gözyaşlarımı tutamadım, yüreğime düşen korun alevi azaldı, seni her kucağıma aldığımda kararın dünyam aydınlanıyor, onunla hayatım değişti, herkes gözlerinin nemi gitti tekrar gülmeye işildamaya başladı diyor sayende bebeğim, bebeğimle olmak huzur verdi, şu gönlümdeki fırtınalar bir tek seni kucağıma alınca geçiyor", %2,2 (n=5)'si "mükemmeldi, harikaydı", %5,3 (n=12)'ü "evdeki kızım hasta duygularım karışık, yürekte iki duygu yaşanır mı? Bir yanım kaybettiğim kızım için yanarken diğer yanım oğlum için gülüyor, senin ve ağabeylerin için çok dua ettim, beni kaygılarımdan üzüntülerimden kurtarıyor oğlumla olmak, çok stresliyim bir an önce başlasa KB negatif duygularım gitse, sanırım depresif hareketlerimden kurtuluyorum, patlamaya hazır bir bombayken şimdi yeniden ben oldum, bebeğimle olmak stresimi azaltıyor, gönlümün güneşi, ilacım oldun gönlümü ferahlattın aklımı fırtınalardan korudun, seni kucağıma aldığımda her şeyi unutuyorum, her şeye senin için katlandım", %2,2 (n=5)'si "emzirmeye başladım, yarın hastaneden çıkıyoruz, çıkmaya çabalıyoruz hastaneden, Rabbim seni iyileştirdi, KB hemşiremize teşekkür ederim" ifadeleri bildirmişlerdir.

Evde KB uygulaması bir ay süresince izlenmiştir. Evde KB ortalama $14,00 \pm 6,20$ (en az 2 kez, en fazla 22) kez uygulanmıştır. KB uygulaması sırasında bebeklerin %16,6 (n=4)'sı taburcu olmadığından hastanede yapılan uygulamalar kapsamında değerlendirilmiştir. Evde KB uygulamasının tamamı anneler tarafından yapılmıştır. Evde KB uygulama sayılarına bakıldığında; annelerin %16,6 (n=4)'sı 20, %16,6 (n=4)'sı 17, %12,5 (n=3)'i 8, %8,3 (n=2)'ü 12, %4,16 (n=1)'sı 22, %4,16 (n=1)'sı 21, %4,16 (n=1)'sı 18, %4,16 (n=1)'sı 10, %4,16 (n=1)'sı 6, %4,16 (n=1)'sı 5, %4,16 (n=1)'sı 4, %4,16 (n=1)'sının 2 kez uygulama yaptığı saptanmıştır.

Evdeki KB uygulamasını anneler, böbrek taşı düşürme, hastane çıkışı ev taşıma, uygun ısı ortamının olmaması, diğer çocuklarının rahatsız olması, evin kalabalık olması,

misafirlerden fırsat bulamaması, uygulama sırasında diğer çocukların huzursuz olması, hayvanların bakımı, ev işleri ve diğer çocukların bakımında desteğinin olmaması, grip olması, evde hastası olması, bebeğin göz muayenesine gitmesi, bebeğin gözü için lazer tedavisine gitmesi, bebeğin kontrolü için başka il hastanesine gitmesi, bebeğin uygulamayı reddetmesi, bebeğinin gaz sancısı ve hareketliliği, bebek ve annede viral göz enfeksiyonu olması gibi nedenlerle yapamamıştır.

Evde KB uygulaması yapan annelerin %4,4 (n=11)'ü “bebeğim bugün hastaneden çıktı, bugün evimize geldik ikimiz de rahatız, evimizde bebeğimle olmak güzel, hoş geldin gönlümün gülü evine, evimizde iki kez KB yaptık çok huzur vericiydi, KB yaparken mutluyduk, bebek mutlu aile mutlu oldu, çocuğumla birlikte KB uygulamak güzel, ilk defa bebeğimle bütün gün vakit geçirdim, karabulutları dağıttın, yuvamızı aydınlattın, huzuru getirdin bebeğim, gönlüme suları serptin, aklımı aydınlattın, terapim oldun, evimizde olmamızın ayrı bir duygusu var”, %12,7 (n=32)'si “zaman çok çabuk geçti fark etmedik, bebeğimle vakit geçirmek çok hoşuma gidiyor, anlatamıyorum, bebeğime dokunmak beni mutlu etti, bebeğimle olmak, birlikte zaman geçirmek çok güzel, çok güzel bir duygu, güzeldi, bebeğimle olmak huzur veriyor, seni bana bağışlayan Allah'a her gün şükrediyorum, en büyük sevgi, içimde sıcaklık hissettim, ikimize özel bir duygu, vaktimiz çok güzel geçiyor, bebeğimi hissettim, bebeğimi kucaklamak çok güzel, mutlu oluyorum bebeğim kucağımdayken, kokusunu daha çok hissettim, anladım ki mutluluğum bebeğimde”, %17,85 (n=45)'i “bebeğim hala karnımda gibi, ikimiz bir oluyoruz, sana sahip olduğum için çok şanslıyım, kalbimin parçası, bebeğim olduğun için çok şanslıyım, seni çok ama çok seviyorum, o benim birtanem canım oğlum, oğlum çok tatlı, bence bu duygu aşk, seni çok seviyorum, bebeğimi çok seviyorum, bebeğim, canım bebeğim, değerli varlığım, seni seviyorum, canımın içi kuzum benim, seni seviyorum iyi ki benim yavrumsun, bebeğim çok güzel, mutluluk kaynağımız, benden güçlüymüşsün bebeğim ben seninle güç buldum, iyi ki varsın, benim oğlum bir kahraman, bebeğimi iyi ki doğurmuşum, benim bebeğim olduğu için çok şanslıyım, ağırlık alımı başladı, artık belirgin büyüdü bedenime sığmıyor, artık tişörtümün içine sığmıyor, seninle geçirdiğim ve kucağıma aldığım her anın tarifi yok, onun varlığını daha iyi anlıyorum, göğsümü arayıp emmek istiyor” ifadeleri bildirmişlerdir.

Evde KB uygulaması yapan annelerin %44 (n=111)'ü “sevgi, mutlu, heyecan, rahat, huzurlu, bebeğim huzurlu görünüyordu, ikimiz de çok huzurluyuz, harikaydı, çok güzel bir şey, çok güzel bir duygu, çok mutluyuz, beni mutlu ediyor, huzurluyduk, çok

duygulanıyorum, mutluyum, en güzel duygu, güzeldi, güzel, çok güzeldi, çok mutluyum, çok iyiydi, mükemmel, bebeğimle olmak mükemmel, süper, bebeğim rahatlıyor, kucağında uyumasını çok seviyorum, içimde hissediyorum, kucağında rahat uyuyor, ikimiz de uyuduk, kucağında miskin kediler gibi uyuyor, çok rahatlatıcı, kucağında küçük kıpırtılarını hissetmek çok güzel, KB’de bebeğim çok mutlu, KB’de çok mutluyuz, KB yaparken koynumda uyudu, harikaydı, ilk defa uyuyarak KB yaptım çok güzeldi, KB’de gazını çıkartıp sakinleşiyor, gözlerini açıp bana bakıyor, başını kaldırıp beni izliyordu, konuştuklarımı dinliyordu sanki, ağırlık alımı hızlandı, gün geçtikçe ağırlığı artıyor, tombik yanaklım, bebeğim, harikaydı, mükemmel” şeklinde ifade etmişlerdir.

Annelerin %3,97 (n=10)’si “vicdan azabım temizleniyor, umudum sığınağım oldun, bana çok iyi geliyor, bebeğim beni rahatlatıyor, bebeğim bana huzur veriyor, çok sakinleştiriyor, kendimi çok iyi hissediyorum”, %0,8 (n=2)’i “anne oldum anlıyorum, durmadan gözlerine bakıyorum”, %2,7 (n=7)’si “çok mutlu, sevinçliyim”, %9,1 (n=23)’i “bebeğime dokunmak, gaz çıkarması bile çok tatlı, ısrasım geliyor, onu seyretmek, nefes alışverişini hissetmek çok güzel, bu duygu hiç bitmesin, en güzel duygu, bebeğimle zaman geçirmek çok güzel, onunla keyifli vakit geçiriyorum, her şey bebeğimle güzel, bebeğim ve ben çok rahatım, kucağıma aldığımdaki duygu tarif edilemez, oğlumu hissetmek harika, bebeğimle keyifliyiz, ona dokunmak kucağıma almak çok özel bir şey, vaktimizi çok güzel geçiriyoruz”, %0,8 (n=2)’i “annelik duygusu gelişti, anneliğin ne kadar mükemmel olduğunu seninle anladım”, %0,4 (n=1)’ü kusmaya başladı”, %1,2 (n=3)’si “hüzünleniyorum, diğer bebek ağladığı için anlamadım, aç olduğu için huzursuzlandı”, %1,98 (n=5)’i “bugün göze gidiyoruz gözünde birşey çıkmaz inşallah, az da olsa yapmaya çalışıyorum, biraz hareketlendi, artık onu zor tutuyorum, bebeğim beni bırakıyor sanırım, bebek durmadı ağladı” gibi duygular ifade etmişlerdir. Evde KB uygulayan annelerden biri gözlemler bölümünde, KB ile bebeğinin emzirmesinin arttığını ifade etmiştir.

4. TARTIŞMA

KB'nin bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu düzende, yarı deneysel olarak Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi YYBÜ'de yatan olasılıksız örnekleme yöntemi ile gelişigüzel seçilen çalışma grubunda 24, kontrol grubunda 18 toplam 42 prematüre yenidoğan ve anneleri ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar mevcut literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

Çalışma grubundaki annelerin yaşlarının ortalaması $28,04 \pm 5,74$ yıl kontrol grubunun ortalama değeri $26,17 \pm 4,87$ yıldır. Araştırmaya dâhil edilen çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yaş, evlilik yaşı, babanın yaşı açısından benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($p > 0,05$; Çizelge 3.1.1). Bu durum, gruplar arasında annelerin yaş ortalaması açısından bir homojenlik olduğu ve annelerin benzer tecrübelerle sahip olduklarını düşündürmektedir. Çalışma ve kontrol grubundaki ailelerin aylık gelir yönünden aralarında fark olduğu, çalışma grubundakilerin aylık gelir ortalamasının kontrol grubundakilerden yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$; Çizelge 3.1.1).

Çalışma ve kontrol grubundaki anne ve babaların eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık sorunu varlığı, annelerin sosyal güvence durumu ve aile tipi açısından benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($p > 0,05$; Çizelge 3.1.2). Çalışma grubundaki annelerin %54,2'sinin, kontrol grubundaki annelerin %27,8'inin ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada çalışma ve kontrol grubundaki annelerin eğitim durumlarının homojen olduğu saptanmıştır. Prematüre bebeklere yapılan invaziv girişimler sırasındaki ağrıyı azaltma açısından KB'nin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; KB uygulayan grup ile uygulamayan gruptaki babaların öğrenim durumu ve mesleği açısından karşılaştırılmış ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Derebent 2007). Bu durum çalışmanın bulguları ile uygunluk göstermektedir ($p > 0,05$).

Annelerin sağlık durumu incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki annelerin %95,2'sinin herhangi bir sağlık problemi olmadığı belirlendi. İki grup arasında annelerin sağlık problemi varlığı açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin gelir durumu algıları arasında fark olduğu, kontrol grubundaki annelerin çalışma grubundaki annelere göre gelir düzeyini düşük olarak algıladıkları saptanmıştır ($p < 0,05$; Çizelge 3.1.2).

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin obstetrik ve son gebeliklerine ilişkin özellikler bakımından istatistiksel olarak benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.2.1, Çizelge 3.2.2.). Çalışma ve kontrol grubu arasında annelerin gebelik sayısı, kaçınıcı bebeği olduğu ve gebeliği isteme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$). Bu özellikler açısından da gruplar arasında homojen bir dağılım söz konusudur.

Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların cinsiyeti, doğum şekli, çoğul gebelik, doğumda sorun yaşama, doğumda müdahale, hastanede yatış tanısı ve bebeğin beslenme şekli bakımından benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.3.1). Çalışma grubundaki yenidoğanların %70,8'inin ve kontrol grubundakilerin %50,0'inin erkek olduğu, bebeklerin cinsiyetine göre yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bebeklerin yatış tanısına bakıldığında, KB uygulanan bebeklerin %75,0'inin prematüre, %25,0'inin prematürelige eşlik eden solunum problemleri yaşadığı, KB uygulanmayan bebeklerin %88,9'unun prematüre, %11,1'inin prematürelige eşlik eden solunum sorunları yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırma kapsamındaki prematüre yenidoğanların gestasyon yaş ortalaması çalışma grubunda $33,35\pm 1,68$, kontrol grubunda ise $33,95\pm 2,03$ gestasyon haftası idi. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, doğumda baş çevresi ölçümü, 1 ve 5 dakika APGAR skoru bakımından benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.3.2). Bebeklerin gestasyon yaş ortalaması çalışma grubunda $33,35\pm 1,68$ gestasyon haftası, kontrol grubunda ise $33,95\pm 2,03$ gestasyon haftası olarak saptanmıştır ($p>0,05$). Kadam ve ark (2005)'nin bebeklerle KB'nin uygulanabilirliğini araştırdıkları çalışmada bebeklerin gestasyon yaşını $33,3\pm 2,1$ gestasyon haftası olarak belirlemişlerdir. Ndiaye ve ark (2006) benzer şekilde KB'yi ortalama $33\pm 7,6$ gestasyon haftası bebeklere uygulamışlardır. Rao ve ark (2006)'nın yaptığı çalışmada KB uygulanan bebeklerin ortalama gestasyon yaşı benzer şekilde $33,78\pm 15$ gestasyon haftası olarak bulunmuştur.

Araştırmaya alınan yenidoğanların büyümesi boy, baş çevresi ve ağırlık artışlarıyla değerlendirilmiştir. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların ilk görüşmede boy, baş çevresi ve ağırlık ortalamaları açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$; $p>0,05$; $p>0,05$; Çizelge 3.4.1). KB sonrasında yine boy, baş çevresi ve ağırlık ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$; $p>0,05$; $p>0,05$; Çizelge 3.4.2). Rao ve ark

(2006)'nin çalışmasında, KB uygulanan bebeklerin günlük ortalama kilo alımı, haftalık boy ve baş çevresi artışının KB uygulanmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Boo ve ark (2007)'nin YYBÜ'de kaldıkları süre boyunca günde en az bir saat KB uygulanan ve uygulanmayan stabil ÇDDA bebeklerde baş büyümesi ve ağırlık alımını karşılaştırmak için yaptıkları benzer çalışmada, KB grubunun anlamlı derecede baş çevresinde daha iyi ortalama haftalık artışa sahip oldukları saptanmıştır. Ahn ve ark (2010)'nin YYBÜ'de yatan prematüre bebeklerle yaptıkları çalışmada, prematüre bebeklerin KB grubu lehine boy ve baş çevresi ölçümlerinde, KB öncesi ve sonrası anlamlı derecede fark bulunmuştur. Ramanathan ve ark (2001)'nin KB'nin hastanede yatan ÇDDA bebeklerin emzirme oranları, ağırlık alımı ve boy uzamasına etkisini inceledikleri çalışmada, günlük en az 4 saat KB uygulanan ve evde de KB'ye devam edilen grupta, yaşamın ilk birinci haftasından sonra ağırlık alımının kontrol grubuna göre daha iyi olduğunu göstermişlerdir. Venancio ve ark (2004) yaptıkları deneysel çalışmada KB uygulanan DDA'lı bebeklerin günlük ağırlık alımının daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Ali ve ark (2009) DDA bebeklerde günde 6-8 saat KB uyguladıkları çalışmada, KB grubu bebeklerde günlük ağırlık alımının geleneksel bakım grubundan daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmaların aksine, Roberts ve ark (2000)'nin YYBÜ'de yatan prematüre bebeklerle yaptıkları çalışmada, KB ve geleneksel bakım grubunda bebeklerin günlük ağırlık alımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ghavane ve ark (2012)'nin YYBÜ'de yatan DDA bebeklere, KB uygulaması ile geleneksel bakımı karşılaştırdıkları çalışmada, iki grubun term gestasyon yaşa ulaştıklarında ve hastane taburculuğunda ağırlık alımı bakımından KB ve geleneksel bakım grubu arasında fark bulunmamıştır. Ülkemizde Yıldırım (2009)'in çalışmasında, YYBÜ'de KB uygulanan ve uygulanmayan DDA prematüre yenidoğanlarda boy, baş çevresi ve ağırlık alımının iki grup arasında benzer olduğunu bulmuştur. Sarıcan (2014)'in prematüre bebeklerin büyüme ve gelişmesini değerlendirmek amacıyla yaptığı persantil değerlendirmesinde de KB ve kontrol grubu arasında vücut ağırlığı ve baş çevresi açısından fark olmadığı ($p>0,05$), boy uzunluğu açısından ise anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bu çalışmadan elde edilen veriler Yıldırım (2009)'in çalışmasında boy uzaması, baş çevresi büyümesi ve ağırlık alımı bakımından uyumludur, Ghavane ve ark (2012)'nin çalışmasında ağırlık alımı bakımından uyumludur, Sarıcan (2014)'in çalışmasında ağırlık alımı ve baş çevresi büyümesi bakımından uyumluyken boy uzaması bakımından farklıdır,

Roberts ve ark (2000)'nin çalışmasında ağırlık alımı bakımından uyumludur, Ramathan ve ark (2001)'nin çalışmasında ağırlık alımı bakımından farklıdır, Venancio ve ark (2004)'nin çalışmasında ağırlık alımı bakımından farklıdır, Rao ve ark (2006)'nin çalışmasında boy uzaması, baş çevresi büyümesi ve ağırlık alımı bakımından farklıdır, Ali ve ark (2009)'nin çalışmasında ağırlık alımı bakımından farklıdır, Ahn ve ark (2010)'nin çalışmasında boy uzaması ve baş çevresi bakımından farklıdır, Boo ve ark (2007)'nin çalışmasında baş çevresi büyümesi bakımından farklıdır. Çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin boy, baş çevresi ve ağırlık artışının benzer olması; örnekleme alınan yenidoğanların randomizasyonla alınmaması, örneklem sayısının az olması, evde KB uygulamasının istendik sayıda ve etkinlikte sağlanamaması ile çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin postnatal yaşlarının benzer olmamasından kaynaklanabilir.

KB uygulamasının maternal bağlanma üzerine etkisinin ele alındığı çalışmalar incelendiğinde; YYBÜ'de prematürelere uygulanan KB'nin anne-bebek etkileşimini artırdığı, anneleri ve bebeklerini sakinleştirdiği ve maternal bağlanmayı kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Roller 2005). Feldman ve ark (2002)'nin YYBÜ'de yatan prematüre bebek ve anneleri ile yaptıkları çalışmada; KB ve standart küvöz bakımını uygulamışlar, her iki grupta postpartum periyottan altıncı aya kadar geçen sürede, maternal bağlanma davranışının arttığı fakat istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,06$). Ahn ve ark (2010)'nin yaptığı benzer çalışmada, KB annelerinin maternal bağlanma puanları çalışma grubunda KB öncesi $85,9\pm 4,45$, KB sonrası $89,9\pm 2,68$ iken kontrol grubunda KB öncesi $83,2\pm 4,44$, KB sonrası $78,2\pm 18,40$ 'dır. KB uygulayan grupta maternal bağlanma puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Bu araştırmada, çalışma ve kontrol grubundaki annelerin KB öncesi maternal bağlanma puan ortalamalarının (çalışma: $98,58\pm 5,67$; kontrol: $96,50\pm 7,22$) benzer olduğu ($p>0,05$; Çizelge 3.4.3), KB sonrası ise her iki gruptaki annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları (çalışma: $99,04\pm 5,79$; kontrol: $99,89\pm 5,59$) arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.4.3).

Bu araştırmada çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğan bebeklerini aynı oranda olumsuz (%16,7) ve olumlu (%83,3) algıladıkları saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.4.4). Bu bulgulara göre çalışma ve kontrol grupları arasında algı puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı görülmüştür. Feldman ve ark (2002)'nin çalışmasında prematüre bebeklerde uygulanan KB'nin, bebekler terme ulaştığında, annelerin bebeklerini olumlu algılamalarını anlamlı düzeyde arttırdığı bildirilmiştir

($p < 0,001$). Araştırmada, annelerin eğitim düzeylerinin düşük olması, KB'nin daha az sayıda uygulanması ve KB grubundaki bebeklerde daha fazla sağlık sorunu olması, annelerin bebeklerini olumlu algılamalarını etkilemiş olabilir.

Bu çalışmaya benzer olarak günde bir saat KB uygulanan çalışmalar yapılmıştır (Ahn ve ark 2006, Boo ve ark 2007, Yıldırım 2009). Rao ve ark (2006) yaptıkları çalışmada anneler 13,5 saat/gün KB uygulamış, (ortalama süre 19 saat/gün). Birkaç anne evde, günde neredeyse 24 saat KB uygulamayı başarmıştır. Ramathan ve ark (2001) günde en az 4 saat KB uygulamış, hastane çıkışında ve evde de devam edilmiştir. Bu çalışmada ise hastanede KB uygulama süresi en az 20 dk, en fazla 122 dk, evde KB uygulama süresi en az 15 dk, en fazla 180 dk'dır. Roberts ve ark (2000) $1,6 \pm 0,9$ saat/gün KB uygulamış, bebeklerin hastanede kaldığı gün KB grubunda 48 ± 28 gün, konvansiyonel bakımda 46 ± 19 gündür. Ali ve ark (2009) annelerle, hastanede kalmaları boyunca ortalama $6,3 \pm 1,52$ (4-12) saat/gün ve çalışmaya kaydolduktan sonra $25,7 \pm 6,9$ (15-43) gün KB vermişlerdir. De Alencar (2008) hastanede prematüre bebeklere gün boyunca mümkün olduğunca uzun, gece de en az 1-2 saat ortalama 49 gün boyunca (20-64 gün) KB vermişlerdir. Bu çalışmada 30 gün boyunca, diğer çalışmalara yaklaşık süre KB uygulanmıştır.

4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, aileyi tanıtıcı bilgi formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Aileyi tanıtıcı bilgi formunda kadınların kendilerine ve ailelerine ilişkin sorular sorulduğu için, kadınlar mevcut durumu yansıtmayan yanıtlar vermiş olabilirler. Bu nedenle verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır. İkincisi, YAÖ, MBÖ kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu ölçekler aracılığı ile elde edilen veriler uzman kişiler tarafından gözlemlenen durumdan farklı olabilir. Üçüncüsü; araştırmanın başladığı tarihten sonra uygulama alanında yatak kapasitesinde ve neonatolog sayısındaki değişiklikler nedeniyle çalışma ve kontrol grubunda hastanede yatış süresindeki farklar, araştırmaya alınma zamanının iki grup arasında eşit olmaması gibi kontrol edilemeyen durumlar ortaya çıkmıştır. Dördüncüsü; çalışmada randomizasyon yapılmaması ve katılımcı sayısının azlığı bu çalışmadaki sınırlılıklardandır. Evde yapılan KB birebir yaptırılmadığından düzenli yapılıp yapılmadığının telefonla etkin kontrol edilememesi ve KB'nin annelerin kendi bildirimleri ile değerlendirilmesi diğer sınırlılıklardandır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Prematüre bebeklerde KB'nin bebeğin boy uzaması, ağırlık artışı, baş çevresi büyümesi, maternal bağlanma ve anne-bebek algısı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla 24 çalışma, 18 kontrol grubu olmak üzere toplam 42 bebek ve annesi ile gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- KB öncesinde çalışma grubundaki yenidoğanların boy uzunluğu ortalamalarının kontrol grubundakiler ile istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu,
- KB sonrasında çalışma grubundaki bebeklerin boy uzunluğu ortalamalarının kontrol grubundakiler ile istatistiksel olarak fark olmadığı,
- KB öncesi çalışma grubundaki yenidoğanların baş çevresi ölçüm ortalamalarının kontrol grubundaki yenidoğanlar ile benzer olduğu,
- KB sonrası çalışma grubundaki bebeklerin baş çevresi ölçüm ortalamalarının kontrol grubundaki yenidoğanlar ile benzer olduğu,
- KB öncesinde çalışma grubundaki yenidoğanların ağırlık ortalamalarının kontrol grubundakiler ile benzer olduğu ve bu farkın önemli olmadığı,
- KB sonrası çalışma grubundaki bebeklerin ağırlık ölçüm ortalamalarının kontrol grubundakilerin ağırlık ortalamalarıyla benzer olduğu saptanmıştır,
- Çalışma grubundaki bebeklerin boy, ağırlık ve baş çevresi ölçümlerinin KB sonrasında değişim göstermediği ve KB'nin prematüre yenidoğanlarda büyümeyi etkilemediği bulunmuş ve H_{01} , H_{02} ve H_{03} hipotezleri kabul edilmiştir,
- KB öncesi çalışma grubundaki annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarının kontrol grubundakiler ile istatistiksel olarak fark olmadığı,
- KB sonrası çalışma grubundaki annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarının kontrol grubundakiler ile istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuş ve H_{04} hipotezi kabul edilmiştir,
- Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğan bebeklerini olumlu algılayanların oranı %83,3 iken, olumsuz algılayanların oranı %16,7 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmış ve H_{05} hipotezi kabul edilmiştir.

5.2. Öneriler

Prematüre bebeklerde KB'nin bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla 24 çalışma, 18 kontrol grubu olmak üzere toplam 42 bebek ve annesi ile gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırmanın daha fazla örnekleme yeniden çalışılması,
- Örneklem seçiminin randomizasyonla yapılması,
- Çalışma ve kontrol grubundaki bebeklerin araştırmaya alındığında postnatal yaşlarının eşit olması,
- Araştırmanın uygulanması sırasında özellikle evde KB uygulamasının yakından takip edilmesi ya da araştırmacı kontrolünde uygulanması,
- Ülkemizde KB'ye ilişkin çalışmaların artırılması önerilebilir.

ÖZET

PEKER N, ŞEKER S.

Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne-Bebek İlişisine Etkisi

Araştırma YYBÜ’de yatan prematüre bebeklerde KB’nin bebeğin boy uzaması, baş çevresi büyümesi, ağırlık alımı, maternal bağlanma ve anne-bebek algısı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu düzende, yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmaya gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 24 çalışma, 18 kontrol grubu olmak üzere toplam 42 bebek ve anneleri alınmıştır. Araştırma verileri Aralık 2012-Mart 2014 tarihleri arasında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında aileyi ve bebeği tanıtıcı bilgi formu, bebek izlem formu, evde ve hastanede KB izlem formu, MBÖ ve YAÖ I-II kullanılmıştır. Çalışma grubundaki annelere KB uygulamasına yönelik eğitim materyali kullanılarak yapılandırılmış eğitim verilmiş ve bir ay süresince günde en az bir saat KB uygulamaları istenmiştir. Eğitimin etkinliği, çalışma ve kontrol grupları arasında yenidoğanların bir ay sonraki boy, baş çevresi ve ağırlık ölçümleri ile annelerinin MBÖ ve YAÖ puanları karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Grupların karşılaştırılması için yapılan analizlerde $p<0,05$ düzeyindeki değerler anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmaya alınan bebeklerin anneleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş, yazılı olurları alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili hastanenin başhekimliğinden ve etik kuruldan izin alınmıştır.

Araştırmaya dâhil edilen çalışma ve kontrol grubundaki prematüre bebek annelerinin yaş, evlilik yaşı, babanın yaşı, obstetrik ve gebeliklerine ilişkin özellikler, yenidoğanların gestasyon yaşı, cinsiyeti, doğum şekli, çoğul gebelik, doğumda müdahale, doğumda sorun yaşama, hastanede yatış tanısı, doğum ağırlığı, doğumda baş çevresi ölçümü, 1 ve 5 dakika APGAR skoru ve beslenme şekli bakımından istatistiksel olarak benzer, aylık gelir ve araştırmaya alınma zamanı yönünden fark olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen verileri doğrultusunda, araştırma kapsamındaki çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların KB öncesi ve sonrasında boy uzunluğu, baş çevresi ve

ağırlık ölçüm ortalamalarının istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu saptanmıştır ($p>0,05$, $p>0,05$, $p>0,05$).

Araştırmaya alınan çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların annelerinin KB öncesi ve sonrasında MBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca, çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğan bebeklerini aynı oranda olumsuz ve olumlu algıladıkları, algılama durumlarının istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak; bu çalışma kapsamındaki prematüre bebeklere uygulanan KB bebeğin büyümesini (boy uzaması, baş çevresi büyümesi ve ağırlık alımını); annelerinin maternal bağlanma ve yenidoğanı algılama durumlarını etkilememiştir. Örneklem sayısının azlığı, randomizasyon yapılmaması ve evde kanguru bakımı uygulamalarının etkin şekilde yapılamaması gibi sınırlılıklar araştırmanın sonucunu etkilemiş olabilir. Bu araştırmanın sınırlılıklarının gözönüne alınarak yeni araştırmaların planlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre yenidoğan, kanguru bakımı, anne-yenidoğan algısı, maternal bağlanma.

SUMMARY

PEKER N, ŞEKER S.

The Effect Of Kangaroo Care On Preterm Newborns Growth and Mother-Infant Relationship

In this study, the effects of KC (Kangaroo Care) administered to newborn babies in NICU (Newborn Intensive Care Unit) on newborns growth and mother-infant relationship were evaluated by using semi-experimental method including, control group and pretest-post-test methods. Research employs a total of 42 participants (premature newborn babies and their mothers), 18 in control group and 24 in experimental group, utilizing convensive sampling method. Research data were collected Neonatal Intensive Care Unit in Aydın Women Health, Obstetric and Child Hospital from December 2012 to March 2014. Data were collected by using family and baby introduction form, KC screening form (for home and hospital care), Maternal Attachment Scale and Newborn Perception Scale I-II. In the experimental group, mothers were given configured training about administrating KC and least one hour a day during the first month KC applications. Effectiveness of training was evaluated by using pretests and post-tests of newborns height, weight and head circumference measurements, Newborn Perception Scale and Maternal Attachment Scale scores in experimental and control groups.

Obtaining data were analyzed with descriptive statistics, Chi-square, Mann-Whitney U test. $P < 0,05$ was considered significant in analyses made to compare groups. The mothers of infants included in the study were informed about the study and their informed consent was obtained. Approval was also obtained from the head physicians of the hospitals and the ethical committee.

The following characteristics have been statistically similar for experimental and control groups: Age of mother, age of marriage, age of father, obstetric and pregnancy related characteristics, gestational age, gender of newborn, delivery method, multiple birth, problems at birth, intervention at birth, diagnosis of hospitalization, birth weight, head circumference at birth, Apgar scores for 1 and 5 minutes, and nutrition. The following characteristics have been statistically different for experimental and control groups: Monthly income and duration of hospitalization.

Average of height, weight and head circumference of newborns in both groups before and after KC are found to statistically similar ($p>0,05$). Regarding maternal attachment of mothers before and after KC, values are found to be statistically similar ($p>0,05$). When compared in terms of negative and positive perception it was found that the difference between groups isn't statistically significant ($p>0,05$).

Study results show that KC applications for premature newborns in NICU don't have an effect on babies' growth (average of height, weight and head circumference), maternal attachment and mothers' perception of their babies. The small number of examples, inability to effectively randomization and at home kangaroo care practices may have affected the results of the research limitations. Taking into consideration the limitations of this research, it is recommended that the planning of new research.

Key Terms: Premature newborn, kangaroo care, mother-infant perception, maternal attachment.

KAYNAKLAR

Affonso D, Bosque E, Wahlberg V, Brady J. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. Neonatal Network 1993; 12(3): 25-32.

Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. Journal Of Tropical Pediatrics, 2010; 56: 5.

Akcan E, Yigit R, Atıcı A. The effect of kangaroo care on pain in premature infants during invasive procedures. The Turkish Journal of Pediatrics 2009; 51: 14–18.

Ali SM, Sharma J, Sharma R, Alam S. Kangaroo Mother Care as compared to conventional care for low birth weight babies. Dicle Med J 2009; 36(3): 155-160.

Amankwaa CL, Pickler HR, Boonmee J. Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. Newborn Infant Nurs Rev 2007; 7(1): 25-30.

Anderson GC. Kangaroo care of the premature infant. In E. Goldson (Ed.), Nurturing the premature infant: Developmental interventions in the neonatal intensive care nursery. New York: Oxford University Press 1999; p.131-160.

Aydın D. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan pretermlere dinletilen klasik müziğin bebeklerin stres belirtileri, büyümesi, oksijen saturasyon düzeyi ve hastanede kalış süresine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, İstanbul, Türkiye. 2006.

Balcı SA. İlk kez doğum yapan annelerin bebeklerini algılama durumları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 1997.

Bauer J, Sontheimer D, Fischer C, Linderkamp O. Metabolic rate and energy balance in very low birth weight infants during kangaroo holding by their mothers and fathers. J Pediatr 1996;129:608– 611.

Bauer K, Pyper A, Sperling P, Uhrig C, Versmold H. Effects of gestational and postnatal age on body temperature, oxygen consumption, and activity during early skin-to-skin contact between preterm infants of 25–30-week gestation and their mothers. *Pediatr Res*. 1998;44(2):247-251.

Bauer K, Uhrig C, Sperling P, Pasel K, Wieland C, Versmold HT. Body temperatures and oxygen consumption during skin-to-skin (kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500 grams. *J Pediatr* 1997;130(2):240–244.

Bohnhorst B, Heyne T, Peter CS, Poets CF. Skin-to-skin (kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. *J Pediatr* 2001;138(2):193-197.

Boo NY, Jamli FM. Short duration of skin-to-skin contact: effects on growth and breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2007;43(12):831-836.

Brown LD, Heermann JA. The effect of developmental care on preterm infant outcome. *Applied Nursing Research* 1997;10:190-197.

Browne JV. Early relationship environments: physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clin Perinatol* 2004;31; 287–298.

Can G, İnce Z. Preterm Yenidoğanlar, intrauterin büyüme geriliği, makrozomi, çoğul gebelikler. In: Neyzi O, Ertuğrul T. (Eds), *Pediatric 4. Baskı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. p.367-385.

Casey PH. Growth of low birth weight preterm children. *Semin Perinatol* 2008;32(1):20-7.

Cattaneo A, Davanzo R, Bergman N, Charpak N. Kangaroo mother care in low-income countries. *International Network in Kangaroo Mother Care. J Trop Pediatr* 1998;44(5):279-82.

Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. *International network on kangaroo mother care. Acta Paediatr* 1998;87(4):440-445.

Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Bedri A, Haksari E, Osorno

L, Gudetta B, Setyowireni D, Quintero S, Tamburlini G. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr* 1998;87:976-85.

Charpak N, Ruiz G.J, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, Cristo M, Anderson G, Ludington S, Mendoza S, Mokhachane M, Worku B. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatr* 2005;94:514-522.

Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de CZ, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants ≤ 2000 grams: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 1997;100(4):682–688.

Christensson K, Bhat GJ, Amadi BC, Eriksson B, Höjer B. Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. *Lancet* 2000; 15(355); 9212:1364.

Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;16 (3).

Çakır DS. Doğum tipi değişkeninin anne bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye. 2009.

Çalışır H, Karaçam Z, Akgül FA, Kurnaz Arslan D. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(1):1-8.

Çalışır H. İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2003.

Çil MA. Yenidoğan Ünitesi'nde prematürite tanısı ile yatan bebeklerin retrospektif değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye. 2010.

Çindemir N. Erken ve geç dönemde başlanan kanguru bakımının prematüre bebeklere ve

annelerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. 2003.

Çoban A, İnce Z. Tedavi, girişimler, sık karşılaşılan sorunlar, hastalıklar ve ilaçlar. Neonatoloji 6. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. p.23-30.

Çoban A, Saruhan A. Anne-bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(2):89-96.

Dağoğlu T, Görak G. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. In: Dağoğlu T, Görak G.(Eds). Yenidoğanın Değerlendirilmesi. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. p. 127-152.

Davanzo R. Brovedani P. Travan L. Kennedy J. Crocetta. Sanesi C. Strajn T. De Cunto A. Intermittent Kangaroo Mother Care: A NICU Protocol. Journal of Human Lactation 2013;29(3):332– 338.

De Alencar AE, Arraes LC, de Albuquerque EC, Alves JG. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. J Trop Pediatr 2008;55(1):36-38.

Derebent E. Prematüre Bebeklere Yapılan İnvaziv Girişimler Sırasındaki Ağrıyı Azaltmada Kanguru Bakımının Etkisi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin. 2007.

Dönmez K. Yenidoğan ünitelerinde yatan bebeklerde ve annelerinde oluşan stres etkilerinin azaltılmasında kanguru bakım modelinin etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2005.

Engler AJ, Ludington-Hoe SM, Cusson RM, Adams R, Bahnsen M, Brumbaugh E, Coates P, Grieb J, McHargue L, Ryan DL, Settle M, Williams D. Kangaroo care: national survey of practice, knowledge, barriers, and perceptions. MCN Am J. Maternal Child Nurse 2002;27(3):146-153.

Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. Pediatrics 2002;110:16-26.

Feldman R, Eidelman AI. Skin-to-skin contact (kangaroo care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 2003;45(4):274-281.

Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Skin-to-Skin contact (kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicality, arousal modulation, and sustained exploration. *Dev Psychol* 2002;38(2):194–207.

Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skinto- skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *J Fam Psychol* 2003;17(1):94-107.

Fenton TR. A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. *BMC Pediatrics* 2003;3:13.

Ferber G, Makhoul I. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2004;113:858-865.

Flacking R, Ewald U, Wallin L. Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40(2):190-197.

Flynn A, Leahy-Warren P. Neonatal nurses' knowledge and beliefs regarding Kangaroo Care with preterm infants in an Irish Neonatal Unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2010;16(5):221–228.

Fohe K, SKropf S, Avenarius S. Skin to skin contact improves gas exchange in premature infants. *J Perinatol* 2000;5:311-315.

Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics* 2002;109(4):57.

Galligan M. Proposed guidelines for skin-to-skin treatment of neonatal hypothermia. *MCN* 2006;31(5):298-304.

Ghavane S, Murki S, Subramanian S, Gaddam P, Kandraju H, Thumalla S. Kangaroo Mother Care in Kangaroo ward for improving the growth and breastfeeding outcomes when reaching term gestational age in very low birth weight infants. *Foundation Acta Pædiatrica*, 2012;101:545–549.

Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, et al. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008;371:75–84.

Gupta M, Jora R, Bhatia R. Kangaroo mother care (KMC) in LBW infants a western rajasthan experience. *Indian J Pediatrics* 2007;74(8):747–749.

Hall D, Kirsten G. Kangaroo mother care. *Transfusion Medicine* 2008;18:77–82.

Hardy W. Integration of Kangaroo Care into routine caregiving in the NICU. What is stopping you? *Advance in Neonatal Care* 2011;11(2):119–121.

Hunt F. The importance of kangaroo care on infant oxygen saturation levels and bonding *Journal of Neonatal Nursing* 2008;14:47-51.

İnce Z. Preterm bebeğin taburcu olduktan sonra büyüme izlemi, beslenme ve aşılmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Çocuk Dergisi* 2009; 9(4):167-171.

İşler A. Prematüre bebeklerde anne bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi* 2007;15(1):1–6.

Johnston CC, Stevens B, Pinelli J, Gibbins S, Filion F, Jack A, Steele S, Boyer K, Veilleux A. Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157(11):1084-1088.

Kadam S, Binoy S, Kanbur W, Mondkar JA, Fernandez A. Feasibility of kangaroo mother care in Mumbai. *Indian J Pediatrics* 2005;72(1):35-38.

Kangaroo Mother Care. Healthy Newborn Network. 2014. <http://www.healthynewbornnetwork.org/topic/kangaroo-mother-care-kmc> (Erişim tarihi: 20.10.2014).

Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6(1):188-202.

Klaus MH, Kennell JH, Plumb N, Zuehlke S. Human maternal behavior at first contact with her young. Pediatrics 1970;46(2):187-192.

Korkmaz A, Akçören Z, Alanay Y ve ark. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi 2001-2006 dönemi perinatal mortalite analizi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010;53:175-188.

Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan AD, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, Polat E, Şenel S, Tezel B, Tezer H, Köse MR. Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2013;56:105-121.

Korkmaz Z. Primipar annelerin bebeklerini algılama durumu. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Türkiye. 2003.

Kostandy RR, Ludington-Hoe SM, Cong X, Abouelfetoh A, Bronson C, Stankus A, Jarrell JR. Kangaroo care (skin contact) reduces crying response to pain in preterm neonates: pilot results. Pain Manag Nurs. 2008;9:55-65.

Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. Int J Epidemiol. 2010;39:144-154.

Ludington-Hoe S, Morgan K, Abouelfetoh A. A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. Adv Neonat Care 2008;8(3):3-23.

Ludington-Hoe SM, Ferreira C, Swinth J, Ceccardi JJ. Safe criteria and procedure for kangaroo care with intubated preterm infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32(5):579-588.

Ludington-Hoe SM, Hashemi MS, Argote LA, Medellin G, Rey H. Selected physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. J Dev Physiol 1992;18:223-232.

Ludington-Hoe SM. Chapter 18: Kangaroo care is developmental care. In T. Verklan, J. McGrath (Eds.), *Developmental care of newborns and infants* 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby and National Association of Neonatal Nurses 2010: p. 245–288.

Ludington-Hoe SM. Thirty years of kangaroo care science and practice. *The Journal of Neonatal Nursing* 2011;30(5):357.

Manav G, Yıldırım F. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010;32:149-157.

Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001; 28(1):13–19.

McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (3).

McCartney K, Owen M T, Booth C L, Clarke-Stewart A, Vandell D L. Testing a maternal attachment model of behavior problems in early childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;765-78.

Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 2004;36(3):226-232.

Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN* 2006; 35(5):649-651.

Messmer PR, Rodriguez S, Adams J, Wells-Gentry J, Washburn K, Zabaleta I, Abreu S. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *Pediatr Nurs* 1997;23(4):408-414.

Monasterolo RC, Beneitez JM, Olive MMR, Martinez MJ, Papi AG. ‘‘Kangaroo Method’’ In the care of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *An Esp Pediatr* 1998;49(5):495–498.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(3)16.

Ndiaye O, Diouf A, Diouf S, Diouf NN, Cisse Bathily A, Cisse CT, Sylla A, Gueye M, Sall MG, Moreau JC, Kuakivi N. Efficiency of kangaroo care on thermoregulation and weight gain of a preterm newborn cohort in Dakar. *Dakar Med* 2006;51(3):155–160.

Neu M, Browne JV, Vojir C. The impact of two techniques used during skin-to-skin care on the physiologic and behavioral responses of preterm infants. *Nursing Research* 2000;49(4):215–223.

Newman J. The importance of skin to skin contact. Revised 1995-2005. *The Importance of Skin to Skin Contact*, 2009.

Nygqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizun J, Widström AM. State of the art and recommendations kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Pædiatr* 2010;99(6):812-819.

Nyqvist KH, Engvall G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. *J Pediatr Nurs* 2009;24(2):153-163.

Ohgi S, Fukuda M, Moriuchi H, Kusumoto T, Akiyama T, Nugent JK, Brazelton TB, Arisawa K, Takahashi T, Saitoh H. Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral organization, development and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. *J Perinatol* 2002;22(5):374–379.

Özbek A, Miral S. Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003;46:317-327.

Özden İE. Prematürelilik ve düşük doğum ağırlığının orta-uzun dönemde kan basıncı ve böbrek fonksiyonları üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, Türkiye. 2009.*

Öztürk R, Saruhan A. 1-4 aylık premature bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013;1:32-47.

Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja U, George G. Kangaroo Mother Care in very low birth weight infants. *Indian J Pediatr* 2001;68(11):1019–1023.

Rao S, Udani R, Nanavati R. Kangaroo mother care for low weight infants: A randomized controlled trial. *Indian Pediatrics* 2006;45:17-23.

Roberts KL, Paynter C, McEwan B. A Comparison of kangaroo mother care and conventional cuddling care. *Neonatal Netw* 2000;19(4):31-35.

Rojas MA, Kaplan M, Quevedo M, Sherwonit E, Foster LB, Ehrenkranz RA, Mayes L. Somatic growth of preterm infants during skin-to-skin care versus traditional holding: a randomized, controlled trial. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24(3):163–168.

Roller CG. Getting to Know You: Mothers' Experiences of Kangaroo Care. *JOGNN* 2005; 34(2):210-217.

Sarıcan ES. Prematür bebeklerde kanguru bakımının annenin emzirme durumuna ve bebeğin büyüme-gelişmesi üzerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. 2014.

Sauer PJJ. Can extrauterine growth approximate intrauterine growth? Should it? *Am J Clin Nutr* 2007;85(2):608-613.

Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Utility of kangaroo mother care in preterm and low birthweight infants. *S Afr Fam Pract* 2013;55:4:340-344.

Simkiss DE. Kangaroo mother care. *Journal of Tropical Pediatrics* 1999;45:192-194.

Simmons LE, Rubens CE, Darmstadt GL, Gravett, MG. Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions. *Semin Perinatol* 2010;34:408-415.

Sizun J, Westrup B. Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Archives of in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 2004;89:384-88.

Smith KM. Sleep and kangaroo care: Clinical practice in the newborn intensive care unit: Where the baby sleeps. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007;21(2):151-157.

Sontheimer D, Fischer CB, Buch KE. Kangaroo transport instead of incubator transport. *Pediatrics* 2004;113(4):920-923.

Soysal SA, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 88-99.

Sung MH, Kim MK. A study of the effects of behavior contact in early mother-infant attachment. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005;35(5):842-9.

Şeker S. Doğuma hazırlık sınıflarının annenin fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2006.

Taşkın L. Özel bakım gerektiren yenidoğan. In: Eroğlu K, Koç GI (Eds), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 11. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. p. 427-451.

Tessier R, Cristo M, Velez S, Girón M, Ruiz-Paláez JG, Charpak Y, Charpak N. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics* 1998;102:17-27.

Thukral A, Chawla D, Agarwal R, Deorari A.K, Vinod K.P. Kangaroo mother care-an alternative to conventional care. *Indian Journal of Pediatrics* 2008;75:497–503.

Top D, Karaçam Z. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltılmasında eğitimin etkinliği. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Aydın, Türkiye. 2012.

Törüner EK, Büyükgönenç L. Riskli Yenidoğan. In: Törüner EK, Büyükgönenç L.(Eds). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2011. P. 393-398.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008.

Uvnas-Moberg K. Antistress pattern induced by oxytocin. *News Physiol Sci* 1998;13:22-25.

Uvnas-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23(8):819–835.

Ülkemizdeki Yenidoğan Bakım Merkezlerinde 2009 Mortalitesi. Türk Neonatoloji Derneği (TND) Bülteni 2011;23:50-51.

Venancio SI, Almeida H. Kangaroo mother care: Scientific evidences and impact on breastfeeding. *Jornal de Pediatria* 2004;80(5):173–179.

Walters MW, Boggs KM, Ludington-Hoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo care at birth of full term infants. *MCN* 2007;32(6):375-81.

WHO <http://www.who.int/en/>, (Erişim tarihi: 20 Ekim 2014).

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Kangaroo mother care: A practical guide. WHO, Geneva, Switzerland, 2003, p. 1–48.

Yıldırım G. Kanguru bakımının düşük doğum tartılı preterm yenidoğanların beslenme ve gelişimine etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2009.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1979 yılında Aydın/Karacasu’da doğmuştur. İlköğretim ve lise öğrenimini Aydın’da, üniversite öğrenimini 1997-2002 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksek Okulu Ebelik bölümünde tamamlamıştır. 2010 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bilim Dalı’nın yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin Doğum ve Obstetri Servislerinde 1998- 1999 yıllarında, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin Acil ve Obstetri Servislerinde 1999-2002 yıllarında, Aydın Bozdoğan Hışımlar Sağlık Evinde 2002-2003 yıllarında, Köşk Koçak Sağlık Ocağı 2003-2005 yıllarında, Çanakkale Gökçeada Devlet Hastanesinin Acil, Genel Klinik, Doğum ve Obstetri Servislerinde 2005-2006 yıllarında, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin Doğum, Obstetri, Çocuk ve Yenidoğan Servislerinde hemşire/ebe olarak çalışmıştır. Halen Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde ebe olarak çalışmaktadır.

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen, yezime yol gösterici çok değerli katkılarda bulunan saygıdeğer hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel Şeker'e,

Yükek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileri ile bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan Sayın Prof. Dr. Zekiye Karaçam'a, Sayın Doç. Dr. Hüsniye Çalışır'a ve Sayın Doç. Dr. Ayten Taşpınar'a,

Yardımcı araştırmacı Akile Songur'a,

Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan araştırmamın yapılabilmesi için yardım ve desteklerini esirgemeyen Neonatolog Abdullah Barış Akcan, Neonatolog Avidan Kızılelma Yiğit, sorumlu ebe Gülten Aras, ebe Kezban Çakaloğlu, tüm pratisyen hekimlere, hemşire/ebe arkadaşlarıma, temizlik personellerine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli annelere,

Tezimin analiz aşamasında bana yardımcı olan Prof. Dr. Mevlüt Türe'ye,

Ayrıca bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini benden esirgemeyen ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan çok sevdiğim ve saygı duyduğum annem Huriye Peker ve merhum babam Şerafettin Peker'e

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

EKLER

EK 1: AİLEYİ TANITICI BİLGİ FORMU

Görüşme Numarası:

Görüşme Tarihi:

1. Annenin Adı ve Soyadı:

2. Babanın Adı ve Soyadı:

3. Adresi:

.....
.....
.....

4. Telefonu:

Anneye Ait Bilgiler:

5. Kaç yaşındasınız?

6. Öğrenim durumunuz nedir?

- a) İlköğretim birinci kademe/İlkokul mezunu
- b) İlköğretim ikinci kademe mezunu/Ortaokul mezunu
- c) Lise mezunu
- d) Üniversite ve üstü mezunu

7. Evlilik durumunuz nedir? a) Resmi nikâhlı b) Resmi nikâh yok c) Diğer

8. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? a) Hayır b) Evet

Cevabınız evet ise ne iş yapıyorsunuz?

9. Sosyal güvenceniz var mı? a) Yok b) Var (Belirtiniz)

10. Ailenizin toplam aylık geliri ne kadardır?

11. Gelir düzeyinizi giderinizle karşılaştığımızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Düşük (gelir giderden az)
- b) Orta (gelir gidere eşit)
- c) Yüksek (gelir giderden fazla)

12. Ailenizde siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında başkaları yaşıyor mu?

- a) Hayır b) Evet

Cevabınız evet ise beraber yaşadığınız kişileri belirtiniz

13. Herhangi bir sağlık sorununuz ya da kronik hastalığınız var mı?

- a) Hayır b)Evet (Sağlık sorununu yazınız)
14. Kaç yaşında evlendiniz?
15. İlk gebelik yaşıınız nedir?
16. Kaç kez gebe kaldınız?
17. Kaç kez canlı doğum yaptınız?
18. Yaşayan kaç çocuğunuz var?
19. Son gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız? a) Hayır b) Evet
20. Son gebeliğinizi planladınız mı? a) Hayır b) Evet
21. Son gebeliğinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?
a) Hayır b)Evet (Problemin ne olduğunu yazınız)
.....
- 22.Size göre son doğumunuz nasıl bir olaydı?
.....
- 23.Bebeğinizi doğumdan sonra ilk kez ne zaman gördünüz?
.....
- 24.Bebeğinizi ilk kez gördüğünüzde neler hissettiniz?
.....
- 25.Bebeğinize ilk kez ne zaman dokundunuz?
.....
- 26.Bebeğinize ilk kez dokunduğunuzda neler hissettiniz?
.....
- 27.Bebeğinizi ilk kez doğumdan ne kadar süre sonra emzirdiniz?
.....

Babaya Ait Bilgiler:

- 28.Eşiniz kaç yaşında?
29. Babanın öğrenim durumu nedir?
- a) İlköğretim birinci kademe/İlkokul mezunu
- b) İlköğretim ikinci kademe mezunu/Ortaokul mezunu
- c) Lise mezunu
- d) Üniversite ve üstü mezunu

30. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu? a) Hayır b) Evet

Cevabınız evet ise ne iş yapıyor?

31. Babanın herhangi bir sağlık sorunu ya da kronik hastalığı var mı?

a) Hayır b)Evet (Sağlık sorununu yazınız)

EK 2: BEBEĞİ TANITICI BİLGİ FORMU

Veri toplama Tarihi:

1. Bebeğin adı ve soyadı:
2. Cinsiyeti: a) Kız b) Erkek
3. Bebeğin doğum tarihi:
4. Bebeğin gestasyon yaşı:
5. Doğum şekli:
 - a) Vajinal doğum b) Sezaryen c) Epiduralle/Spinalle normal doğum
 - d) Epiduralle/Spinalle sezaryen Diğer
6. Doğum sonrası 1. Dakikadaki Apgar Skoru:
7. Doğum sonrası 5. Dakikadaki apgar skoru:
8. Doğum ağırlığı:
9. Doğumdaki boy uzunluğu:
10. Doğumdaki baş çevresi:
11. Hastaneye yatış tanısı:
12. Hastanede yatış süresi:
13. oğul gebelik var mı? a) Hayır b) Evet
14. Doğum sırasında herhangi bir sorun yaşanmış mı?
 - a) Hayır b) Evet (Belirtiniz)
15. Doğum sırasında bebeğe herhangi bir müdahalede bulunulmuş mu?
 - a) Hayır b) Evet (Belirtiniz)
16. Bebeğin beslenme şekli nedir?
 - a) Anne sütü b) Formül mama
 - c) Karışık beslenme
 - d) Diğer (Yazınız)
17. Bebeğin boyu:
18. Bebeğin ağırlığı:
19. Bebeğin baş çevresi:

EK 3: BEBEK İZLEM FORMU

Görüşme Tarihi:

Görüşme sayısı:

Bebeğin adı ve soyadı:

1. Bebeğin beslenme şekli nedir?
 - a) Anne sütü
 - b) Formül mama
 - c) Karışık beslenme
 - d) Diğer (Yazınız)
2. Bebeğin boyu:
3. Bebeğin ağırlığı:
4. Bebeğin baş çevresi:
5. Son bir ay içinde bebeğiniz herhangi bir sağlık sorunu yaşadı mı?
 - a) Hayır
 - b) Evet (Sağlık sorununu yazınız)
6. Son bir ay içinde bebeğinizin sizden ayrı kalmasına neden olacak herhangi bir sorun yaşadınız mı?
 - a) Hayır
 - b) Evet (Sorunu yazınız)
7. Bebeğinizin bakımında herhangi bir kişiden/kişilerden destek aldınız mı?
 - a) Hayır
 - b) Evet (Destek aldığınız kişi/kişileri yazınız)
8. 7. Soruya cevabınız evet ise hangi konularda destek aldığınızı belirtiniz.....

EK 4: KANGURU BAKIMI İZLEM FORMU

Bebeğin adı ve soyadı:

İlk görüşme tarihi:

1. Bebeğin hastaneye yatış tarihi:
2. Kanguru bakımına başlanma tarihi:
3. Taburculuk tarihi:

Kanguru Bak. Başlanan Gün	Kanguru Bakımına Başlama Saati	Kanguru Bakımının Bitiş Saati	Bebekte Sağlık Sorunu Gelişme Durumu	Bakım Yapan Kişinin Duygusu	Diğer Gözlemler

EK 5: EVDE KANGURU BAKIMI İZLEM FORMU

Bebeğin adı ve soyadı:

1.Evde Kanguru Bakımına başlanma tarihi:

Tarih	Kanguru Bakımına Başlanma Saati	Kanguru Bakımının Bitiş Saati	Kanguru Bakımını Yapan Kişi	Bebekte Sağlık Sorunu Gelişme Durumu	Kanguru Bakımı Yapılmadıysa Nedeni	Bakım Yapan Kişinin Duygusu	Diğer Gözlemler

EK 6: MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duygularını tanımlamaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
1-Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum				
2-Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum				
3-Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum				
4-Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum				
5-Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor				
6-Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu düşünüyorum				
7-Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum				
8-Bu bebek benim olduğu için çok memnunum				
9-Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum				
10-Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum				
11-Bebeğimi kucacımda tutmaktan hoşlanıyorum				
12-Bebeğimi uyurken seyrediyorum				
13-Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum				
14-Başkalarına bebeğimi anlatıyorum				
15-Bebeğimin gönlünü almak zevklidir				
16-Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum				
17-Bebeğimle gurur duyuyorum				
18-Bebeğimin bir şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum				
19-Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu				
20-Bebeğimin karakterini biliyorum				
21-Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum				
22-Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum				
23-Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum				
24-Bebeğime özel ilgi gösteriyorum				
25-Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum				
26-Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum				

EK 7: YENİDOĞANI ALGILAMA ÖLÇEĞİ - I

Herhangi Bir Bebek I

Her ne kadar bu sizin ilk bebeğiniz ise de, büyük olasılıkla sizin küçük bebeklerin nasıl olduklarına dair düşünceleriniz vardır. Lütfen herhangi bir bebeği en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz.

Sizce herhangi bir bebek ne kadar ağlar?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Sizce herhangi bir bebeğin beslenmesi ile ilgili ne kadar sorun olabilir?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Sizce herhangi bir bebek ne kadar kusar ve salya çıkarır?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Sizce herhangi bir bebeğin uyku ile ilgili ne kadar sorunu olabilir?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Sizce herhangi bir bebek kaka yapmakta ne kadar zorluk çekebilir?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Sizce herhangi bir bebeğin yeme ve uyuma alışkanlığının yerleşmesinde ne kadar sorunu olabilir?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Sizin Bebeğiniz I

Her ne kadar kesin olarak bebeğinizin gelecekte nasıl olacağını bilmeniz mümkün olmasa da büyük olasılıkla bebeğinizin gelecekte nasıl olacağına dair düşünceleriniz vardır. Lütfen bebeğinizin nasıl olacağını en iyi anlatan seçeneği işaretleyiniz.

Bebeğinizin ne kadar ağlayacağını düşünüyorsunuz?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Bebeğinizin beslenmesi ile ilgili ne kadar sorunu olacağını düşünüyorsunuz?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Bebeğinizin ne kadar kusacağını ve salya çıkaracağını düşünüyorsunuz?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Bebeğinizin uyku ile ilgili ne kadar sorunu olacağını düşünüyorsunuz?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Bebeğinizin kaka yapma ile ilgili ne kadar zorluk çekeceğini düşünüyorsunuz?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

Bebeğinizin yeme ve uyuma alışkanlığının yerleşmesinde ne kadar sorunu olacağını düşünüyorsunuz?

Çok fazla Biraz fazla Orta Derecede Çok Az Hiç

K 8: KANGURU BAKIMI UYGULAMA KONTROL LİSTESİ

ANNENİN ADI VE SOYADI:

UYGULAMA TARİHİ:

KANGURU BAKIMI UYGULAMA KONTROL LİSTESİ

EĞİTİM VE HAZIRLIK	UYGULAMALAR		
	1	2	3
Anne kanguru bakımını tanımlayabiliyor			
Anne kanguru bakımının önemini biliyor			
Anne kanguru bakımının yararlarını sıralayabiliyor			
Anne kanguru bakımına ne zaman başlanacağını, bebeğin özelliklerini biliyor			
Anne kanguru bakımı için nasıl giyineceğini biliyor			
Anne kanguru bakımına başlamadan önce banyo yapması gerektiğini biliyor			
Anne kanguru bakımı için oda ısısının 22-24°C olması gerektiğini biliyor			
Anne kanguru bakımı için bebeğin nasıl giydirileceğini biliyor			
Anne kanguru bakımı uygularken bebeğini hangi pozisyonda tutacağını biliyor			
Anne maket bebek ile doğru bir şekilde kanguru bakımı uygulayabiliyor			
Anne maket bebek ile kanguru bakımı uygularken örtü ya da destekleyici bağ uygulamasını doğru bir şekilde uygulayabiliyor			
Anne kanguru bakımının uygulama süresini söyleyebiliyor			
Anne kanguru bakımı sırasında bebeği ile iletişim kurması gerektiğini söyleyebiliyor			
Anne kanguru bakımının nasıl sonlandırılacağını biliyor			
UYGULAMA			
Anne günlük banyosunu yapmış olarak geldi			
Anne kanguru bakımına uygun, temiz ve rahat bir kıyafet giymişti			
Annenin tırnakları kısa ve temizdi			
Anne oda ısısını kontrol etti ve uygun ısıya gelmesini sağladı			
Ellerini yıkadı			
Bebeğini hazırladı			
Bebeğine kanguru pozisyonu verdi			
Örtü ya da destekleyici bağı doğru şekilde uyguladı			
Uygulama sırasında bebeği ile iletişimi sağladı ve sürdürdü			
Kanguru bakımı uygulamasını sonlandırdı			

EK 9: ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU BAŞKANLIĞI UYGUNLUK ONAYI



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 14083461/050.04-15
Konu : Çalışmanız İki.

13/09/2015
AYDIN

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER
ADÜ ASYO
Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.09.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 16 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIVILGİLLİ
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

KARAR 16

Protokol No : 2012/100
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER
ADÜ ASYO
Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.09.2012 tarihinde onay verilen; Aydın Sağlık Yüksekokulu/ Ebelik Bölümü/Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER'in "Prematüre yenidoğanlarda kanguru bakımına bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisine etkisi" konulu çalışmasının sonuç raporu hakkındaki 25.12.2014 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tanımlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tanımlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü - Köpçü Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/gokel/> e-posta: goetik@adu.edu.tr

EK 10: AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI: B.10.4.ISM 4.09.00.SPK.-605-01/ 98
KONU: Tez Çalışması

29.09.2011* 27340

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
AYDIN

İLGİ: 19.09.2011 tarih ve 5537 sayılı yazımıza.

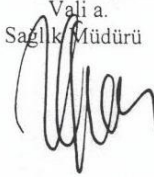
İlgi yazınızda, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nermin PEKER'in, Eylül 2011- Eylül 2013 tarihleri arasında, Aydın Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Kliniğinde, "Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne-Bebek İlişkisine Etkisi" konulu tez çalışması yapmayı planladığı belirtilmektedir.

Söz konusu çalışmanın yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup; çalışma bitiminde sonuç değerlendirme raporlarının basılı materyal ve CD olarak Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Birimine gönderilmesi önem arz etmektedir. İlgili izin onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Tarih:	30.9.11
Dosya No:	605.01
Kayıt No:	13057
Konu:	Sağlık Bil. Enst. Müd. Yazı İleri

Dr. Hüsnü TIRPANCI
Vali a.
Sağlık Müdürü



Eki: 1 Adet Valilik Onayı

Gelen Evrak	
Tarih:	03.10.2011
Sayı:	986
Dosya No:	300

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-Strateji Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Birimi
Tel: 0(256) 2135000-192-278 Faks: 0(256) 2151611 sokbirimi@hotmail.com

Bilgi İçin: H. SOLAK

EK 11: ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ANNELERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ VE FORMU

Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne-Bebek İlişkinine Etkisi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Erken doğan bebeklerde uygulanan kanguru bakımının bebeğin fiziksel büyümesine, annenin bebeğini algılaması ve bağlanması üzerine etkisinin araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için bebeğinizin; 0-28 günlük, erken doğmuş (37. Gebelik haftası + 6 gün içinde doğan) olması, doğumsal sorunu ve sakatlığı olmaması, genel durumunun iyi olması (solunum desteği ve solunum cihazı desteği almayan), cerrahi işlem uygulanmamış, kan zehirlenmesi(kanda mikroorganizma ya da mikroorganizmaların salgıladıkları birtakım zehirli maddeler) olmaması ve hekim tarafından çalışmaya katılmasına izin verilmiş olması gerekmektedir.

Anne olarak sizin; program kurallarını anlayabilmeniz için herhangi bir engelinizin olmaması ve bu kuralları takip etmeye istekli olmanız, en az ilkokul mezunu olmanız, sağlık durumunuzun yerinde olması, kanguru bakımını vermeye engel bir durumunuzun olmaması, her gün hastaneye düzenli gelebilmeniz gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Kanguru bakımı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeğin sağlık düzeyinin korunması ve iyileştirilmesi ile anne-bebek etkileşiminin sağlanmasında kullanılan bir yöntemdir. Kanguru bakımı, ebeveyn ile bebek arasında etkileşimi sağlayan ve yalnız bezi bulunan bebeğin ebeveynin göğsü üzerine yüzüstü, dik pozisyonda yerleştirilmesi ile ten tene temasın sağlanması yöntemidir. Kanguru bakımında bebeğin yüzü ebeveyne dönük bir şekildedir. Ebeveyni ile sarılan bebek onun kalp sesleri ile rahatlar ve derin, rahat bir uykuya dalar. Kanguru bakımı sırasında bebeğin vücut sıcaklığını korumak için ebeveyn bebeği giysisinin içinde tutarak kucaklar. Ten temasının sıcaklık ve rahatlığını sağlamak için bebek de çıplaktır.

Bu çalışmada kontrol grubuna katılan yenidoğanların araştırmaya kabul tarihinde boy, ağırlık ve baş çevreleri ölçülecek, annelerinin aileyi tanıtıcı bilgi formu, bebeği tanıtıcı bilgi formu, Yenidoğanı Algılama Ölçeği I ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ni doldurmaları sağlanacaktır. Kontrol grubundaki bebeklerine ve annelerine herhangi bir müdahalede bulunulmayacak, hastanenin uygulama protokolleri gerçekleştirilecektir. İlk verilerin toplanmasından bir ay sonra kontrol grubundaki bebekler ve anneleri ile hastanedeki kontrolleri sırasında ya da ev ziyareti ile tekrar görüşme sağlanacak, bu görüşmede yeniden boy, ağırlık ve baş çevreleri ölçülecek, annelerinin bebek izlem formunu, Yenidoğanı Algılama Ölçeği II ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ni doldurmaları sağlanacaktır.

Çalışma grubunun verileri kontrol grubunun veri toplama işlemi bittikten sonra, kontrol grubu ile aynı gestasyon haftasında olan bebeklerin ailelerinin araştırmaya katılmayı kabul etmesi ve yenidoğanın hekiminin kanguru bakımına izin vermesi ile başlayacaktır. Kanguru bakımına başlamadan önce yenidoğanların boy, ağırlık ve baş çevreleri ölçülecek, annelerinin aileyi tanıtıcı bilgi formu, bebeği tanıtıcı bilgi formu, Yenidoğanı Algılama Ölçeği I ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ni doldurmaları sağlanacaktır. Hastanede kaldıkları süre içinde kanguru bakımının uygulanma zamanı ve süresi araştırmacı tarafından kanguru bakımı izlem formuna kaydedilecektir. Çalışma grubundaki bebekler ve annelerinin izlemi araştırmaya katıldıkları zamandan itibaren bir ay süresinde devam ettirilecektir. Çalışma grubundaki yenidoğanlar ve anneleri hastanede kaldıkları süre boyunca araştırmacı tarafından birebir izlenecek, taburcu olduktan sonra haftada bir telefon görüşmesi yapılarak ve annenin anne kanguru bakımı izlem formunu doldurması sağlanarak uygulamanın evde yapılıp

yapılmadığı takip edilecektir. Kanguru bakımına başlandıktan bir ay sonra çalışma grubundaki bebeklerin yeniden boy, ağırlık ve baş çevreleri ölçülecek, annelerinin bebek izlem formunu, Yenidoğanı Algılama Ölçeği II ve Maternal Bağlanma Ölçeği'ni doldurmaları sağlanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak ilk karşılaşmada ve bir ay sonra gerekli formları doldurmanız, her gün en az 45 dk olmak üzere bir ay boyunca kanguru bakımını uygulamanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi'nde bir yıl içinde yatan, araştırma kriterlerine uygun prematüre yenidoğanlar ve araştırmaya katılmaya gönüllü anneleridir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre bir aydır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar kanguru bakımı uygulayarak bebeğinizin fiziksel büyümesine, annenin bebeğini algılaması ve bağlanması üzerine etkileri incelenerek bebeğinize ve size ne gibi etkileri olduğu araştırılacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Sizin bebeğinize bu araştırmada kanguru anne bakımı uygulanacaktır. Bu uygulama başlangıçta hastanede ve gözlem altında, hekim onayı ile gerçekleştirilecektir. Yapılan

çalışmalarda herhangi bir sorunla karşılaşılmamıştır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Hastanede belirlenen çalışma ve kontrol grubundaki bebekler ve anneleri ile bir ay sonra yeniden görüşme yapılarak ikinci görüşmeye ilişkin formları doldurmaları sağlanacaktır. Bir ay sonraki görüşme hastane kontrolü sırasında ya da ev ziyareti ile sağlanacaktır. Bu görüşmede anne ve bebeklere ulaşmak için en az üç ziyaret yapılacak, en az üç ziyarette ulaşılamayanlar çalışmadan çıkarılacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığımızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05054996003 no.lu telefondan ebe Nermin Peker'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren dört sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntısıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
<i>ADI & SOYADI</i>		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
<i>ADI & SOYADI</i>		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
<i>ADI & SOYADI</i>		
<i>TARİH</i>		

GEREKTEĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
<i>ADI & SOYADI</i>		
<i>GÖREVİ</i>		
<i>TARİH</i>		

EK 12: EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME FORMU

EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME FORMU

Sayın Öğretim Elemanı,

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü yüksek lisans programı öğrencisiyim. “ Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne-Bebek İlişisine Etkisi” başlıklı tez çalışmamda kullanılmak üzere geliştirdiğim eğitim materyalinin hazırlık aşamasının tamamlanması için uzmanların görüş ve önerilerine gereksinim duyulmaktadır. Bu amaçla sizden eğitim materyalini dikkatli okumanızı ve aşağıda verilen tüm soruları yanıtlamanızı rica ediyorum. Değerli görüşleriniz eğitim materyalinin gelişimine katkı sağlamada çok önemli olacaktır. İlginize teşekkür ederim.

Nermin Peker

	Çok katlıyorum	Orta Derecede Katlıyorum	Az Katlıyorum	Hiç Katılmıyorum	Gereksiz	Fikrim Yok	Görüşler
Kurgusal Özellikler							
1-Alt başlıklar mantıklı bir biçimde düzenlenmiş							
2-Bölümler arasında uyum bulunmakta							
3-Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış							
İçerik ile İlgili Özellikler							
4-Verilen bilgilerin kapsamı yeterli							
5-Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir							
6-Kaynakları güncel ve konu ile ilgili							
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler							
7-Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor							
8-Gereksiz tekrarlar yok							
9-Gereksiz ayrıntılar yok							
10-Anlamayı güçleştiren sözcükler yok							
11-Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış							
Basım Niteliği İle İlgili Özellikler							
12-Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkıkmıyor							
13-Yanlış yazılmış sözcükler yok							
14-Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış							

EK 13: EĞİTİM MATERYALİ



Bu eğitim materyali, prematüre bebeği yoğun bakımda yatan annelere kanguru bakımını tanıtmak, nasıl uygulanacağını ve etkilerini öğretmek, annenin evde uygulamasını sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. Prematüre Bebek ve Özellikleri	3
2. Prematüre Bebekler Neden Kanguru Bakımına İhtiyaç Duyarlar? .	4
3. Kanguru Bakımı Nedir?	5
3.1. Kanguru Bakımının Anne ve Bebek İçin Yararları	6
3.2. Kanguru Bakımının Etkileri	7
3.3. Hangi bebekleri kanguru bakımına almak gerekir?	8
3.4. Kanguru Bakımı Uygulaması Nasıl Başlatılır?	9
3.5. Kanguru Bakım Öncesi Anneye Öneriler	10
3.6. Kanguru Bakımının Uygulaması	12
3.7. Kanguru Bakımının Uygulama Süresi	13
3.8. Anne Uyku ve İstirahat Sırasında Kanguru Bakımına Devam Edebilir mi?	15
3.9. Kanguru Bakımı Ne Zaman Kesilmelidir?	16
4. Sonsöz	17

1. Prematüre Bebek ve Özellikleri

Gebelik haftası 38 haftadan (< 37 hafta + 6 gün) daha kısa olan erken doğan bebekler prematüre olarak adlandırılmaktadır.

Prematüre bebeklerin özellikleri;

- Derisi ince, nazik ve pembe-kırmızı görünümündedir.
- Deri altı yağ dokusu az olduğundan derisi buruşuktur, cildinde damarlar çok belirgindir.
- Vücut yüzeyi ağırlıklarına göre geniş olduğundan ısı kaybı daha çabuk olur.
- Vücudunda ayvacık tüyleri boldur.
- Ayak tabanında deri çizgileri yoktur. Tırnakları yumuşaktır ve parmak ucunu geçmez.
- Kulakları küçük ve yumuşaktır.
- Baş bedene göre çok büyüktür. Göğüs duvarı yumuşak ve karın gergin görünümündedir.
- Bıngıldaklar büyük ve aralıklıdır.
- Solunum karın solunumu şeklinde ve zayıftır. Emme gücü zayıf ve bebek gevşektir.
- Normal refleksler (Emme, arama, tutma vb.) olmayabilir.
- Erkeklerde yumurtalıklar torbaya inmemiş, kızlarda cinsel organındaki büyük dudaklar yeterli gelişmemiştir.
- Prematüre bebeklerin ağlayışı zayıf ve tek düzedir.
- Kahverengi yağ dokusu ve kas kitlesinin azlığı ve vücut ağırlığına oranla cilt yüzeyinin fazla olması prematürelere hipotermi (vücut ısısının düşük olması) riski ile karşı karşıya bırakan başlıca nedenlerdir.

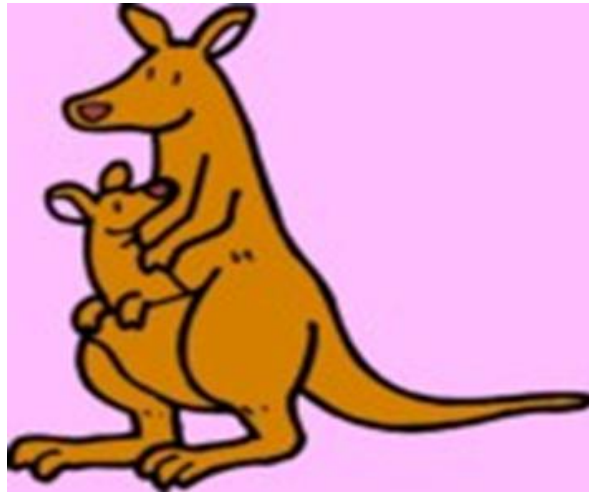
2. Prematüre Bebekler Neden Kanguru Bakımına İhtiyaç Duyarlar?

Bebek, anne karnında anneye bağımlı ve temiz, sakin, sıcaklığı sabit, karanlık bir ortamda yaşamını sürdürürken, doğum olayının gerçekleşmesi ile soğuk, gürültülü, sıcaklığı sabit olmayan, kirli ve aydınlık bir ortama gelmekte, birçok işlevlerini annesinden bağımsız olarak sürdürmesi gerekmektedir. Doğum sonrası bebeğin yenidoğana uyumunun sağlanabilmesi için doğumu izleyen ilk dakika ve saatlerde vücut işlevlerinde önemli değişiklikler oluşur, bu uyum sorunlarına yardımcı

olmak yönünden yenidoğan bebeğin bakımı dikkat ve özen gerektirir. Bu uyumun sağlanmasında kanguru bakımı etkili bir yöntemdir.

3. Kanguru Bakımı Nedir?

Kanguru bakımı düşük doğum ağırlıklı (doğum kilosu 2500gr'ın altında) bebeklerin bakımında kullanılan özel bir yöntemdir. Kanguru bakımı adını, dişi kanguruların bebeklerini taşımada kullandıkları, ten tene temas yönteminden alır.



3. 1. Kanguru Bakımının Anne ve Bebek İçin Yararları

- **Emzirme:** Yapılan araştırmalarda kanguru bakımının, emzirme oranlarını artırmasının yanı sıra, emzirme süresinde de artış gözlemlendiği bildirilmiştir.
- **Isı kontrolü:** Anne ve prematüre bebek arasındaki uzun süreli ten teması normal sınırlar içinde bebeğin sıcaklığını korur. Bu bebeği küvözde tutmak kadar iyidir.
- **Erken taburculuk:** Yapılan çalışmalarda prematüre bebeklerde kanguru bakımının kullanılması geleneksel bakım verilen bebeklere göre daha erken taburculuğu sağlamıştır. Bebekler kanguru bakımında geleneksel bakıma göre daha fazla kilo almıştır.
- **Daha az hastalık:** Kanguru bakımı enfeksiyonlara karşı bebekleri korur. Kanguru bakımı alan bebekler kanguru bakımı almayanlara göre bebeklik döneminde sağlıklı kalır.
- **Diğer etkiler:** Kanguru bakımı hem ailelere hem de bebeklere yardımcı olur. Anneler kanguru bakımı boyunca küvöz bakımından daha az streslidirler. Ayrıca anneler bu bakımla, bebekleri için özel bir şeyler

yaparak daha güçlü bir bağ kurma, artan güven ve derin tatmin duygusu yaşarlar. Babalar kanguru bakımı sağlarken daha iyi bağlanma, konfor ve rahatlık hissederler.

3.2. Kanguru Bakımının Etkileri

Kanguru bakımının etkileri yenidoğan bebek ve anne-baba üzerine etkileri olarak iki farklı boyutta ele alınabilir.

Bebek üzerine etkileri;

- ❖ Isı kontrolünün sağlanması
- ❖ Solunum durması ve periyodik solunum ataklarını azaltması, bebeklerin ağlamalarının azalmasını sağlayarak solunum problemlerini azaltması
- ❖ Bebekteki yoğun bakımın olumsuz etkisini en az düzeye indirmesi
- ❖ Anne sütü ile beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesi
- ❖ Enfeksiyon riskinin azalması
- ❖ Bebek ve anne arasında bağlanmayı sağlaması
- ❖ Erken taburculuğa zemin hazırlamasıdır

Anne ve baba üzerine etkileri ise;

- ❖ Anneye gebeliğini tamamlama duygusu vermesi
- ❖ Doğal anne-babalık rolüne daha erken geçmeye olanak sağlaması
- ❖ Yenidoğan ünitelerinde yatan bebeklerin annelerinde oluşan stres etkilerini azaltmasıdır

3.3. Hangi Bebekleri Kanguru Bakımına Almak Gerekir?

Doğum kilosu 2,5 kg'dan daha az bütün küçük bebekler kanguru bakımı için uygundur. Doğum ağırlığı daha az ise bebeğe daha faydalıdır. Kanguru bakımına bebeğe bakan doktorla görüşüldükten sonra başlanmalıdır.



3. 4. Kanguru Bakımı Uygulaması Nasıl Başlatılır?

Bir anne tek başına başarıyla kanguru bakımı uygulayamaz. Kanguru bakımı uygulaması danışmanlık ve gözetim gerektirir. Uygulama ebe, hemşire ya da doktor tarafından öğretildikten sonra kanguru bakımı başlatılır. Taburcu edildikten sonra kanguru bakımına evde devam edilir. Evde güvenli ve başarılı kanguru bakımı sağlamak için düzenli bir program takibi önemlidir.

Aile üyelerinin yardımı ve işbirliği uygulamada başarıyı artırır.

Bebeğin durumu iyi olduğunda ve ağızdan beslenmeye başlar başlamaz kanguru bakımı verilmesi uygundur. Özel tedaviye gereksinim duyan hasta bebeklerde kanguru bakımına başlanması için bebeğin iyileşmesinin beklenmesi gerekmektedir. Ancak tıbbi tedavi devam ederken uygun zamanlarda bebeğe aralıklı kanguru bakımının verilmesi söz konusu olabilir.

Bebek, kanguru bakımına hazır olduğunda, anne ve bebek için uygun bir görüşme zamanı ayarlanır. İlk kanguru bakımı uygulamasında dikkatin ve zamanın bölünmeyeceği uygun bir ortam ayarlanmalıdır. Eğer anne isterse eşini ya da arkadaşını beraberinde getirebilir. Annenin yanında güvenebileceği birinin olması rahatlamasına ve desteklenmesine neden olur.

3.5. Kanguru Bakım Öncesi Anneye Öneriler

Yaşı, eğitimi, dini, kültürü ne olursa olsun bütün anneler kanguru bakımı verebilirler. Ancak, göz önünde bulundurulması gereken bazı hususlar vardır. Bunlar;

- ❖ Anne kanguru bakımı vermeye istekli olmalı, bu bakımın bebeğine sağladığı faydaları anlayarak kanguru bakımının sürekliliğini sağlamalıdır.
- ❖ Annede kanguru bakımını vermesini engelleyecek herhangi bir ciddi hastalık bulunmamalıdır. Anne gebeliği döneminde ya da doğum sırasında bir komplikasyonla karşılaşmışsa ya da herhangi bir hastalığı varsa, kanguru bakımına başlatılmamalıdır. Anne iyileştikten sonra bebeğin de genel durumu iyiye kanguru bakımına başlanmalıdır.
- ❖ Eğer anne sigara içiyorsa sigarayı bırakması önemlidir ve kanguru bakımı sırasında kesinlikle sigara içmemelidir. Pasif içiciliğin zararları, kendisi, diğer aile bireyleri ve bebek için sakıncalarının bilincinde olmalıdır.

- ❖ Anne kişisel bakım ve temizliğine özen göstermelidir. Her gün banyo yapmalı, giysileri temiz olmalı, el temizliğine dikkat etmeli, tırnakları kısa ve temiz olmalıdır.
- ❖ Aile üyeleri anneyi kanguru bakımı vermeye teşvik etmelidir.
- ❖ Anne, kanguru bakımı sırasında kendisi ile bebeğini sıcak tutacak ve rahat bir şekilde bebekle güvenli ten tene teması sağlayabileceği her şeyi giyebilir. Annenin günlük giysileri aşırı sıkı olmadığı sürece kanguru bakımı için herhangi bir özel giysiye ihtiyaç yoktur.
- ❖ Ortam ısısı 22-24 °C arasında ise bebek kanguru pozisyonunda alt bezi ve şapkası ile çıplak olarak taşınabilir. Ortam ısısı 22 °C'nin altında ise bebeğe, yüzünü, göğsünü, karnını, kollarını ve bacaklarını ten tene teması sağlayacak şekilde açıkta bırakan, pamuklu, kolsuz, önü açık bir giysi ve çorap giydirilebilir, bebeğin üstü bir battaniye ile örtülebilir.
- ❖ Kanguru bakımı sırasında annenin bebeğiyle ten tene temas halindeyken rahatça hareket etmesini ve her iki elini de serbestçe kullanabilmesini sağlamak için destekleyici bağ kullanılabilir. Bu destekleyici bağ farklı şekillerde olabilir. Başlangıç için yaklaşık bir metrekare büyüklüğünde kare şeklinde yumuşak bir örtü kullanılabilir. Örtü, üçgen biçiminde katlandığında üçgenin tabanı bebek kanguru pozisyonunda iken annenin göğsünü bebekle birlikte sarabilecek ve koltuk altında güvenli bir şekilde düğümlenebilir büyüklükte olmalıdır. Daha sonraki dönemde annenin seçimine göre giysinin içine giyilebilen taşıyıcı bir torba ya da kese şeklinde olan bir destekleyici bağ tercih edilebilir.

3.6. Kanguru Bakımının Uygulaması

Kanguru bakımı için bebeğin dik bir pozisyonda annenin göğüsleri arasına yerleştirilmesi gerekir.

- Baş bir tarafa dönük ve biraz kalkık pozisyonda olmalıdır. Bu pozisyon solunuma yardımcı olur ve anne ile bebek arasında göz temasını sağlar.
- Bacaklar ve kollar katlanmış olmalıdır.
- Bebeğin karnı annenin üst karın hizasında olmalıdır.
- Bir bağla veya örtüyle bebek alttan desteklenebilir.



Başın pozisyonu bebeğin rahat nefes almasını ve anne ile göz temasını sağlar. Bebeğin karnı annenin mide seviyesinde olmalıdır. Annenin nefes hareketleri bebeği uyarır ve böylece bebekte solunum durmasını engeller. Kanguru bakımı sırasında bebeğin annenin göğsü üzerindeki dik pozisyonu bebeğin daha rahat nefes almasını sağlar. Bebek, kol ve bacaklarını amaçsızca hareket ettirmez ve böylece oksijen ve enerji kullanımını azalır.

3.7. Kanguru Bakımının Uygulama Süresi

Anne için kanguru bakımı sağlamak başlangıçta uzun süreli mümkün olmayabilir. Ama kanguru bakımı her oturumda en az bir saat sürmelidir. Amaç, kanguru bakımını mümkün olduğu kadar uzun, tercihen 24 saat boyunca sağlamak olmalıdır.



Kanguru bakımına kademeli olarak başlanmalıdır. Seanslar 60 dakikadan kısa sürmeli ancak, bebekte strese sebep olabilecek sık değişiklikler yapılmamalıdır. Seanslar devam ettikçe süresi mümkün olduğunca uzatılabilir. Ayrıca, küvöz eksikliği gibi yetersizliklerde kanguru bakımının devamlı verilmesi söz konusu olabilir. Anne bebekten ayrılmak durumunda kaldığında bebek sıcak bir battaniye ile sarılarak ılık bir ortama konulmalıdır. Verilen bu aralarda baba, diğer aile üyeleri veya yakın bir arkadaş bebeğin kanguru pozisyonunda kalmasına yardım edebilir.



3.8. Anne Uyku ve İstirahat Sırasında Kanguru Bakımına Devam Edebilir Mi?

Kanguru bakımı rahat bir sandalyeye ya da sıradan bir yatakta birkaç yastık kullanarak uyku ve dinlenme sırasında sağlanabilir.



3.9. Kanguru Bakımı Ne Zaman Kesilmelidir?

Anne ve bebek kanguru bakımına uyum sağladıktan sonra taburcu olmaya hazırdırlar. Bebek reddedene kadar bakıma evde de devam edilebilir. Bu reddetme genellikle 37. haftaya doğru bebeğin kendini rahatsız hissetmeye başlaması ile gerçekleşir.



4.Sonsöz

Prematüre bebeği olan anne ile bebek arasında olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılması; temel güven duygusunun oluşturulmasına bebeğin ileriki yaşamında da sağlıklı bir kişilik geliştirmesine imkân sağlayacaktır. Anne-baba ve bebek arasındaki bağlılık ve bakım; bebeğin yaşamını fiziksel, ruhsal ve duygusal olarak sağlıklı sürdürmesi için gereklidir.

Doğumdan sonraki erken dönemde, anne-babanın yenidoğan bebekle ilişkisinin başlatılması, anne-babanın yeni rollerine alışmalarını kolaylaştırmaktadır. Bebekle anne-baba arasındaki her türlü olumlu etkileşim bağlanmayı güçlendirmektedir. Özellikle tensel temasın, bağlanma sürecini güçlendirici etkisi vardır. Prematüre bebeklerde anne bebek ilişkisini güçlendirmede kanguru bakımı etkili ve emniyetli bir yöntemdir. Bizler bütün bu yararlı etkilerinden dolayı bebeklerinize kanguru bakımını uygulamanıza yardımcı olacağız. Sağlıklı ve mutlu anne ve bebekler bizim en büyük hedefimizdir.

EK 14: KANGURU BAKIMINA İLİŞKİN RESİMLER

Resim 1. Prematüre bebekte KB uygulaması



Resim 2. Hastanede KB uygulaması



Resim 3. Stabil Prematüre bebekte KB uygulaması



Resim 4. Hastanede Grup Olarak Yapılan KB Oturumu

