

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUMDA KANGURU BAKIMININ YENİDOĞANIN EMZİRME
DAVRANIŞLARINA VE ANNENİN KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**

SEVGİ KOÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nurten KAYA

İSTANBUL-2015

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sevgi KOÇ

İMZA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma süresince, çalışmalarına çok değerli katkılarıyla rehberlik eden, mesleki bilgi ve deneyimlerini paylaşan, desteğini esirgemeyen ve sonuca ulaşmamda sonsuz destek sağlayan danışman hocam Doç. Dr. Nurten KAYA'ya,

Yüksek lisans öğrenimim süresince desteğini esirgemeyen Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bölüm Başkanı Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL'a,

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım kıymetli hocam, Yrd. Doç. Dr. Nuran AYDIN'a,

Bu araştırmayı gerçekleştirirken çalışmaya katılmayı kabul eden sevgili anneler ve bebeklerine,

Çalışmamı destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen Özel Nisa Hastanesi Bebek Gözlem Odası ve Doğumhane ekibi hekim, hemşire ve ebelerine,

Hayatıma girdiği günden itibaren desteğini benden esirgemeyen, yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma süresinde bana anlayış, sabır ve destek gösteren sevgili eşim Cengiz KOÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygılarımla

Sevgi KOÇ

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| TEZ ONAYI FORMU | I |
| BEYAN | II |
| TEŞEKKÜR | III |
| TABLolar DİZİNİ | VII |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | VIII |
| TANIMLAR VE KISALTMALAR..... | IX |
| ÖZET | 1 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 5 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 8 |
| 2.1 ÜREME SAĞLIĞI | 8 |
| 2.2 YENİDOĞAN VE HEMŞİRELİK BAKIMI..... | 8 |
| 2.2.1 YENİDOĞANIN SINIFLANDIRILMASI | 9 |
| 2.2.2 YENİDOĞANIN ÖZELLİKLERİ VE TANILANMASI..... | 9 |
| 2.2.3 YENİDOĞANIN HEMŞİRELİK BAKIMI | 13 |
| 2.2.3.1 Güvenli Çevrenin Sağlanması..... | 13 |
| 2.2.3.2 İletişim | 14 |
| 2.2.3.3 Solunum..... | 14 |
| 2.2.3.4 Yeme-İçme (Beslenme)..... | 14 |
| 2.2.3.5 Boşaltım | 20 |
| 2.2.3.6 Kişisel Temizlik, Hijyen | 20 |
| 2.2.3.7 Beden Sıcaklığının Kontrolü | 21 |
| 2.2.3.8 Hareket..... | 21 |
| 2.2.3.9 Çalışma-Eğlence | 21 |
| 2.2.3.10 Cinselliği İfade Etme | 21 |
| 2.2.3.11 Uyku | 21 |
| 2.3 KANGURU BAKIMI | 22 |
| 2.3.1 Kanguru Bakımının Tarihçesi..... | 22 |
| 2.3.1.1 Kanguru Bakımının Etkileri | 22 |
| 2.3.1.2 Kanguru Bakımına Başlama Zamanı | 23 |
| 2.3.1.3 Kanguru Bakımında Hemşirelik Bakımı | 24 |
| 2.3.1.4 Annenin Eğitimi..... | 24 |
| 2.3.1.5 Doğumda Kanguru Bakımı Pozisyonu | 24 |

| | | |
|--------|---|----|
| 2.4 | KONFOR KURAMI | 25 |
| 2.4.1 | Kavram Olarak Konfor..... | 25 |
| 2.4.2 | Konfor Kuramı | 25 |
| 2.4.3 | Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları | 26 |
| 3. | GEREÇ VE YÖNTEM | 29 |
| 3.1 | Araştırmanın Amacı ve Tipi..... | 29 |
| 3.2 | Araştırmanın Hipotezleri | 29 |
| 3.3 | Araştırmanın Değişkenleri..... | 29 |
| 3.4 | Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman | 29 |
| 3.5 | Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi | 29 |
| 3.6 | Verilerin Toplanması | 30 |
| 3.6.1 | Anne Bilgi Formu (Ek.2)..... | 31 |
| 3.6.2 | Travay Süreci Tanılama Formu (Ek.3)..... | 31 |
| 3.6.3 | Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı alan grup) (Ek.4)..... | 31 |
| 3.6.4 | Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı almayan grup) (Ek.5)..... | 31 |
| 3.6.5 | LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (Ek.6)..... | 32 |
| 3.6.6 | Sürekli-Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek.7)..... | 32 |
| 3.6.7 | Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) (Ek.8)..... | 34 |
| 3.7 | Araştırma Verilerinin Toplanması..... | 35 |
| 3.8 | Araştırma Sonuçlarının İstatiksel Analizi..... | 39 |
| 3.9 | Araştırmanın Etik Yönü..... | 39 |
| 3.10 | Araştırmanın Tamamlanmasında Karşılaşılan Durumlar | 40 |
| 3.10.1 | Olumlu Durumlar..... | 40 |
| 3.10.2 | Olumsuz Durumlar..... | 41 |
| 3.11 | Araştırmanın Sınırlılığı..... | 41 |
| 4. | BULGULAR | 42 |
| 4.1 | Deney ve kontrol grubundaki kadınların bireysel, travay ve doğum süreci ile ilgili bulgular..... | 42 |
| 4.2 | Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin bireysel özellikleri, emzirme davranışları ve fizyolojik parametreleri ile ilgili bulgular..... | 46 |
| 4.3 | Deney ve kontrol grubundaki kadınların kaygı ve konfor düzeyi ile ilgili bulguları | 55 |
| 5. | TARTIŞMA..... | 57 |
| 5.1 | DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN BİREYSEL, TRAVAY VE DOĞUM SÜRECİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI | 57 |

| | |
|---|----|
| 5.2 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN BEBEKLERİNİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ, EMZİRME DAVRANIŞLARI VE FİZYOLOJİK PARAMETRELERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI | 60 |
| 5.3 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN KAYGI VE KONFOR DÜZEYİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI | 62 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 65 |
| 7. KAYNAKLAR | 70 |
| 8. EKLER..... | 78 |
| Ek.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu | 78 |
| Ek.2. Anne Bilgi Formu | 79 |
| Ek.3. Travay Süreci Tanılama Formu..... | 81 |
| Ek.4. Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı alan grup)..... | 82 |
| Ek.5. Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı almayan grup) | 84 |
| Ek.6. LATCH Emzirme Ölçeği | 86 |
| Ek.7. Sürekli-Durumluluk Kaygı Ölçeği: STAI FORM TX – I, TX – 2 | 86 |
| Ek.8. Genel Konfor Ölçeği..... | 91 |
| Ek.9. Doç.Dr. Ükke Karabacak'dan yazılı izin belgesi | 93 |
| Ek.10. Doç.Dr. Kerziban Yenal'dan yazılı izin belgesi | 94 |
| Ek.11. Prof.Dr. Necla ÖNER'den yazılı izin belgesi | 95 |
| Ek.12. Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı | 96 |
| Ek.13. Özel Nisa Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin Belgesi | 99 |

TABLolar DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

| | |
|--|----|
| Tablo 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması | 42 |
| Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Eşlerinin Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması | 44 |
| Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Travay ve Doğum Süreci Özelliklerinin Karşılaştırılması | 45 |
| Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması | 46 |
| Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Emzirme Davranışlarının Karşılaştırılması | 48 |
| Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Kalp Atım Hızı Değerlerinin Karşılaştırılması | 49 |
| Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Solunum Hızı Değerlerinin Karşılaştırılması | 50 |
| Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 9: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Vücut Sıcaklığı Değerlerinin Karşılaştırılması | 52 |
| Tablo 10: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Kan Şekeri, Hematokrit ve Taburculuktaki Doğum Ağırlığı Değerlerinin Karşılaştırılması | 53 |
| Tablo 11: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması... | 55 |
| Tablo 12: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Taburculuk Sırasındaki Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması..... | 56 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| <u>Şekil No</u> | <u>Sayfa</u> |
|--|--------------|
| Şekil 1: APGAR Skorunun Değerlendirilmesi..... | 10 |
| Şekil 2 : Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı | 34 |
| Şekil 3: Araştırma Tasarımı | 35 |

TANIMLAR VE KISALTMALAR

Araştırmada kullanılan tanımlar ve kısaltmalar aşağıda sıralanmıştır.

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| APA | : Amerikan Pediatri Akademisi |
| DKB | : Doğumda Kanguru Bakımı |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| GKÖ | : Genel Konfor Ölçeği |
| SpO ₂ | : Periferik Oksijen Saturasyonu |
| TNSA | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| YYBÜ | : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi |

ÖZET

DOĞUMDA KANGURU BAKIMININ YENİDOĞANIN EMZİRME DAVRANIŞLARINA VE ANNENİN KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ

Araştırma, sağlıklı bebeklerde doğumda kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışlarına ve annenin konfor düzeyine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel türde gerçekleştirildi. Örneklem, özel bir hastanede vajinal yol ile doğum için yatışı yapılan randomize yöntemle belirlenen 117 kadından (57 kontrol, 60 deney) oluştu.

Verilerin toplanmasında; Anne Bilgi Formu, Travay Süreci Tanılama Formu, Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı alan ve almayan grup), LATCH Emzirme Ölçeği, Sürekli-Durumluk Kaygı Ölçeği, Genel Konfor Ölçeği kullanıldı. Bu çalışmada deney grubundaki kadınların bebeklerine kanguru bakımı uygulandı, kontrol grubundakilere ise rutin hastane bakımı verildi. Veriler kadınlardan, yatış sırasında, travay sürecinde, doğumdan bir saat sonra, taburculuk sırasında; yenidoğanlardan ise doğumun hemen sonrasında, bebek gözlem odasında, hastane odasında anne ile ilk karşılaşmada ve taburculuk sırasında toplandı. Böylece öncelikle bebeklerin emzirme davranışlarını ve fizyolojik parametrelerini etkileyebilecek özellikler açısından deney ve kontrol grubunun eşlenik olup olmadığı araştırıldı. Daha sonra kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışları ve fizyolojik parametrelerine, ayrıca annenin konfor düzeyine etkisi incelendi.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bireysel, travay ve doğum süreci, sürekli kaygı ile ilgili özellikleri yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Öte yandan deney ve kontrol grubundaki yenidoğanların doğum ağırlığı, boy vb. özellikleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$) emzirme davranışları ve bazı fizyolojik parametreleri yönünden deney grubu lehine anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0,05$). Doğumdan bir saat sonra araştırma kapsamına alınan kadınların durumluk kaygı düzeyleri incelendi ve deney grubundaki kadınların

kaygı düzeyi kontrol grubundakilerden anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,05$). Fakat deney ve kontrol grubundaki kadınların taburculuk sırasındaki Genel Konfor Ölçeği puanları arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Elde edilen veriler, doğumda kanguru bakımının bebeğin emzirme davranışlarındaki başarısını arttırdığını, yenidoğanın fizyolojik parametrelerini olumlu yönde etkilediğini, annenin kaygı düzeyini düşürdüğünü ancak konfor düzeyi üzerinde farklılık oluşturmadığını gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Emzirme davranışı, fizyolojik parametreler, kanguru bakımı, konfor, sağlıklı yenidoğan.

ABSTRACT

INFLUENCE OF KANGAROO CARE IN BIRTH TO BEHAVIORS OF NEWBORN BABY BREASTFEEDING AND COMFORT LEVEL OF MOTHER

Research was carried out to determine influence of kangaroo care in healthy infants to behaviours of newborn baby breastfeeding and comfort level of mother in experimental species of randomized controlled trial. The sample occurred as determined by 117 hospitalized women for childbirth (57 controls, 60 experiments) with the vaginal route at a private hospital with randomized method.

Mother Information Form, Labour Process Diagnostics Form, Baby Information Form (the group of kangaroo with care at birth and without), LATCH Breastfeeding Scale, State-Trait Anxiety Inventory, and General Comfort Scale were used to collect the data. Kangaroo care of female to babies in the experimental group was performed at this study while routine hospital care was given to the control group. Data was collected from women during hospitalization, in the labour process, an hour after birth, at discharge; from the newborns immediately after birth, in baby observation room, the first encounter with the mother in hospital room, and during discharge. Therefore, it is investigated firstly whether the experimental and control groups have equivalent properties in terms of the behaviours of newborn baby breastfeeding and the features that may affect the physiological parameters. Then, influence of kangaroo care was examined to behaviours of newborn breastfeeding, to physiological parameters, and as well as to maternal comfort level.

No significant difference was found between characteristics of women in the experimental and control groups regarding individual, labour and delivery process, and trait anxiety ($p > 0.05$). On the other hand, there was no significant difference between the groups in terms of features of birth weight of newborns and length etc. ($p > 0.05$) whereas significant differences were detected breastfeeding behaviour and some physiological parameters in favour of the direction of the experimental group ($p < 0.05$). State anxiety of women in the research received one hour after birth were

examined, and women in the experimental group had significantly lower levels of anxiety than the control group ($p < 0.05$). But, there was no significant difference between women in the experimental and control groups at General Comfort Scale during discharge ($p > 0.05$). The obtained data showed Kangaroo care of the baby at birth increased the success of breastfeeding behaviour, affected positively to newborn physiological parameters, and decreased the level of anxiety of mother; but did not create differences on the level of comfort.

Keywords: Breastfeeding behavior, physiological parameters, kangaroo care, comfort, healthy newborn.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan soyunun devamının sağlanmasında, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin evrensel bir görev ve sorumluluğu bulunmaktadır. Bu evrensel rol, doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilir (1).

Öte yandan doğum eylemi anne ve bebek için önemli bir stres nedenidir. Bebek müdahalesiz vajinal doğumda doğrudan stres altında kalmakta, sezeryan ile doğumda ise ameliyatın annede oluşturduğu cerrahi stresten etkilenmektedir (2).

Anneler için olduğu kadar bebekler için de doğum süreci çok yorucudur ama doğum olayı aynı zamanda hayati fonksiyonların gerçekleşmesine hizmet eder. Doğumdan hemen sonraki birkaç dakika, anne ve bebek için çok kutsal anlardır. Kadın ve bebeğin ilk kez buluştuğu ayrıca ten tene ve göz göze temasın sağlandığı bu anlar çok değerlidir (3).

Anne, çocuğu ile biyolojik ve psikolojik olarak sürekli bir ilişki içerisinde. Anne çocuğun yaşamının ilk günlerinden itibaren onun ilk bakıcısı, ilk koruyucusu ve ilk ilişki kurduğu kişidir. Bağlanma, anne ile bebek arasında gelişen, bebeğe güven duygusu veren, güçlü bir bağıdır. Bu bağlanmanın mümkün olduğunca erken dönemde başlatılması, bebeğin ruhsal ve fiziksel gelişimi ve güven duygusunu kazanabilmesi için oldukça önemlidir (4). Bu nedenle anne ile bebek iletişiminin ve emzirmenin doğum sonrası dönemde en erken zamanda başlatılması gerekmektedir.

Kadın, bebeğini doğurur doğurmaz kucağına almalıdır. Genellikle göbek kordonu buna izin verecek uzunlukta, hatta daha uzundur. Eğer göbek kordonu beklenilenden kısaysa, bebeği annesinin kucağına vermek yerine göbeğine yatırmak yeterli olacaktır (3).

Emzirme, sağlıklı bir toplum oluşturmada önemli etkenlerden biridir. Anne sütü, bebeğin gereksinim duyduğu besin maddelerini uygun miktar ve kalitede içeren tek fizyolojik bebek besinidir. Annenin bebeğini mümkün olduğunca erken emzirmeye başlaması ve ilk altı ay bebeğin sadece anne sütü ile beslenmesi hem anne, hem de bebek sağlığını olumlu etkiler (5).

Emzirme yani süt verme süreci, üreme kadar önemli bir özelliktir ve emzirme deneyiminin en erken dönemde yaşanması, hem anne hem de bebek açısından önemlidir. Yenidoğanın plasentasının yerini doğumdan sonra anne memesi alır. Ayrıca bebek, biyolojik ve psikolojik yönden sıcak güvenli ve kendisini koruyan bir çevreye gereksinim duyar. Yenidoğanın fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin erken dönemde karşılanmaya başlanması, büyüme ve gelişmesine katkı sağlayacağı gibi temel güven duygusunu da geliştirecektir. Emzirme, anne-bebek arasında deri temasını sağlayarak bağın güçlenmesine neden olur. Deri teması ve göz göze iletişim anne ve bebeğin birbirlerinin davranışsal ifadelerini ve gereksinimlerini anlamalarını sağlar. Ayrıca, doğumdan sonra bebeğini göğsüne koyan annelerin bebeklerini daha sık emzirdikleri gözlenmiştir (6).

Doğumdan hemen sonra annenin ve bebeğin birbirine dokunması, hem fiziksel hem de zihinsel gelişimi sağlar. “Kanguru Bakımı” bebeğin yüzü anneye dönük bir şekilde, doğrudan ten teması sağlanarak, annenin göğüsleri arasına yerleştirilmesi, bir çeşit bebeği kucaklama metodudur (7). Doğumdan hemen sonra başlayan kanguru bakımına doğumda kanguru bakımı denir (8).

Doğal bir yaklaşım olan ve ek bir hazırlık gerektirmeyen kanguru bakımı kolaylıkla kullanılabilir bir yöntemdir. Aynı zamanda kanguru bakımı, bebeğin yaşam bulgularının sabitleşmesine, sinir sisteminin gelişimine, erken dönemde beslenmesine, hızlı kilo almasına ve bunun sonucunda da kısa sürede doğum ağırlığına ulaşmasına, ağlamayı azaltmasına, daha az tıbbi sorun yaşamasına, hastaneden erken taburcu olmasına, çapraz enfeksiyonunun azalması sonucu morbiditenin azalmasına, bebeğin daha derin ve kaliteli uyumasına katkıda bulunmaktadır. Bunun yanı sıra anne bebek etkileşiminin artmasını sağladığı için yenidoğanların bakım ve tedavisinde önemli yer tutmaktadır (3, 8, 9, 10, 11). Ayrıca kanguru bakımında annenin vücudu, sesi, kokusu, taktıl uyarısı ile çevresel stresi azalttığı ve bebeğin santral sinir sisteminin matürasyonunu olumlu etkilediği düşünülmektedir (12).

Kanguru bakımını ilk kez Bogota (Colombia)'da 1978 yılında Dr. Edger Rey Sanabria tarafından, çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) uygulamıştır.

Kanguru bakımının, YYBÜ'de morbiditeyi ve mortaliteyi azalttığı, erken dönemde aileyi bebeklerinin bakımına kattığı, anne bebek ilişkisini güçlendirdiği, emzirmeyi olumlu etkilediği bilinmekte, bu nedenle düşük doğum ağırlıklı bebeklerde konvansiyonel yenidoğan bakımına alternatif olarak önerilmektedir. Kanguru bakımında bebekler, kanguru pozisyonu denilen annenin göğüsleri arasında ve giysilerinin altında, vertikal pozisyonda yatırılarak bebek ve annenin cilt cilde teması sağlanır. Uygulama mümkün olan en erken zamanda hatta doğum salonlarında veya YYBÜ'de başlatılmalı ve en kısa zamanda anne bebeğin ayrılmasına son verilmelidir (12).

Sonuç olarak; kanguru bakımı, ***anne bebek bağlanmasını sağlayan, yenidoğanın dış ortama uyumunu kolaylaştıran ten tene temasa denir.*** Kanguru bakımı başarılı emzirme sürecine katkı sağlar, bebeklerde hipoglisemiye önler, kalp hızı, solunum hızı ve vücut sıcaklığında stabilite sağlar, anne bebek bağlanmasını hızlandırır ve güçlendirir, annenin memnuniyeti artırır (13). Literatürde bu konudaki çalışmaların YYBÜ odaklı olması (9, 4) ile birlikte zamanında doğan ve normal doğum ağırlıklı bebeklerle yapılan çalışmaların çok az olduğu görülmektedir (8). Ayrıca bu konuda Türkiye'de yapılmış çalışmaya ulaşamadı. Literatürdeki bu boşluğu doldurma gereksiniminden yola çıkarak çalışma, sağlıklı bebeklerde doğumda kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışlarındaki ve annenin konfor düzeyindeki etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel türde gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 ÜREME SAĞLIĞI

Üreme sağlığı hem kadınları hem de erkekleri ilgilendiren bir kavramdır. Üreme sağlığı “üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda, sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, zihinsel ve sosyal yönden en üst düzeyde iyi olma durumudur” şeklinde tanımlanmaktadır. Üreme sağlığı aynı zamanda bireylerin doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları olmasını, üreme yeteneğini ve bu yeteneği özgürce kullanma hakkına sahip olmalarını ifade eder (14, 15).

Kadınlar ve erkeklerin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde, kadınların üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşadıkları ve bu durum özellikle üreme çağıında (15-49 yaş arası) daha da arttığı görülmektedir. Öte yandan üreme döneminden sonra menopoz ile ilişkili bazı hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Sağlıksız koşullarda çalışma ve şiddete maruz kalma gibi toplumda kadınların daha yüksek oranda maruz kaldıkları durumların yanı sıra sağlıksız yaşam biçimi de belirli sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir (16). Üreme sağlığı açısından Türkiye için; anne ölümlerinin yüksek olması, istenmeyen gebeliklerin fazla olması, AIDS gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların CYBE sıklığının artıyor olması, gençlerin üreme sağlığı düzeylerinin düşük olması, üreme sağlığı açısından bölgeler ve yerleşim birimleri arasında eşitsizliklerin olması Sağlık Bakanlığının belirlediği öncelikli sorunlardır (15).

Üreme sağlığının en önemli boyutu sağlıklı bireylerin dünyaya gelmesi ile ilgilidir. Bu sürecin fertilizasyon dışında başlıca gebelik ve doğum olmak üzere iki boyut taşıdığı söylenebilir. Doğum sonu bakımın ise en önemli öğelerinden biri yenidoğan ve bu kapsamda yenidoğanın bakım gereksinimlerinin karşılanmasıdır.

2.2 YENİDOĞAN VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Canlılar içinde doğumdan sonra gereksinimlerinin karşılanmasında en uzun süre bağımlı olan insanlardır ve bu nedenle bebek bakımı, sağlık takibi, anne ve baba eğitimi gibi konularda hemşirelere önemli görevler düşmektedir (17).

2.2.1 YENİDOĞANIN SINIFLANDIRILMASI

Yenidoğanlar farklı yaklaşımlarla sınıflandırılmaktadır. Aşağıda gestasyonel haftasına ve doğum ölçülerine göre yapılmış sınıflandırmalara yer verildi.

Gestasyonel Haftalara Göre Sınıflandırma:

- *Preterm (prematüre) bebek:* 37. gestasyon haftası tamamlanmadan doğmuş bebek.
- *Term bebek:* Normal gebelik süresinde doğmuş bebek (38-42.hafta).
- *Posterm (postmatür) bebek:* 42. gestasyon haftası tamamlandıktan sonra doğmuş bebek (18, 19).

Doğum Ölçülerine Göre Sınıflandırma:

- Gestasyonel haftaya göre doğum ölçümleri 10.persantil altında olan bebekler: İntrauterin büyüme geriliği veya gestasyonel haftasına göre düşük gelişim gösteren bebekler (Small for Gestational Age-SGA).
- Gestasyonel haftasına göre 10.-90. persantil arasında olan bebekler: Normal gelişim gösteren bebekler (Appropriate for Gestational Age-AGA).
- Gestasyonel haftasına göre doğum ölçümleri 90. persantilin üzerinde olan bebekler: Gestasyonel haftaya göre fazla gelişim gösteren bebekler (Large for Gestational Age-LGA) (18).

2.2.2 YENİDOĞANIN ÖZELLİKLERİ VE TANILANMASI

Doğumdan hemen sonra tanılanmanın amacı bebeğin sağlık durumu konusunda veri tabanı oluşturmaktır. Yenidoğanın tanılanmasını yapan hemşire bebeğin davranışlarını gözlemler, ipuçlarını değerlendirir, fiziksel muayene yapar ve varsa tıbbi kayıtları inceler. Yenidoğan tanılanmasının önemli bir boyutu olan fizik muayene, bebeğin durumunun tanımlanabilmesi amacıyla objektif verilerin değerlendirilmesidir/incelenmesidir ve hemşirelik bakımının planlanmasına katkı sağlar (17). Aşağıda doğumdan hemen sonra bebeğin tanılanmasına yönelik uygulamalar açıklanmaktadır.

Apgar Skoru

Her yenidoğan klinik olarak Apgar skoru ile değerlendirilir. Bu skorlama ilk olarak 1952 yılında Virginia Apgar tarafından kullanılmıştır. APGAR kelimesi Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration kelimelerinin baş harflerinden türetilmiştir (20).

| APGAR | 0 | 1 | 2 |
|---------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------|
| Activity (Kas Tonüsü) | Gevşek | Ekstremitelerde hafif fleksiyon | Aktif hareketli |
| Pulse (Kalp Hızı) | Yok | 100/dk altında | 100/dk üzerinde |
| Grimace (Uyarılara Cevap) | Yok | Yüz buruşturma | Öksürme veya hapşırma |
| Appearance (Cilt Rengi) | Santral Siyanoz | Vücut pembe, ekstremiteler mavi | Tamamen pembe |
| Respiration (Solunum) | Yok | Yavaş, düzensiz | İyi, ağlayarak |

Şekil 1: APGAR Skorunun Değerlendirilmesi

APGAR skorlaması, doğumu takiben 1., 5. ve nadiren 10. dakikalarda değerlendirilir. Bu skor, doğumda bebeğin ne kadar resüsitasyona gereksinim duyduğu ve resustasyona nasıl cevap verdiği hakkında, oldukça doğru, retrospektif bir fikir verir. Bu skorlamada, 5 parametreden her bir parametre 0, 1 veya 2 puanla değerlendirilir (20).

Şekil 1’de APGAR skorlaması gösterilmiştir. Buna göre skor 7-10 arasında ise bebek normaldir, 4-6 arasındaki bebekler basit birkaç solunum desteği ile bu ilk dönemlerini sorunsuz atlattır, 0-3 arasındaki bebekler ise acil müdahale ve canlandırma gereksinimi duyar (21).

Fiziki Muayene

Baş Muayenesi: Vajinal yoldan doğan bebeklerde pariyetal kemikler, oksipital ve frontal kemikler birbiri üzerine binebilir, bu durum genelde ilk hafta içinde kendiliğinden düzelir. Fontanellerin büyüklüğü ve gerginliği değerlendirilmelidir.

Kafatası kemiklerinin yumuşak olmasına bağlı olarak üzerine basıldığı zaman içeri çökmesine kranyotabes adı verilir. Bu durum yaşamın ilk üç ayında fizyolojik olarak kabul edilir. Doğum travmasına bağlı olarak sefal hematoma veya kaput sukcedaneum gelişmiş olabilir (22, 23).

Yüz Muayenesi: Anormal bir görünüm varsa açıklanarak kaydedilmelidir. Fasiyal sinirin felci durumunda yüz asimetrik olabilir (22).

Gözlerin Muayenesi: Yenidoğan bebeğin gözünü açmak için göz kapaklarını ayırmak uygun değildir. Bunun yerine bebek dik tutulup, başı hafifçe arkaya doğru düşürülürse gözler kendiliğinden açılır. Doğum travmasına bağlı olarak konjonktival ve retinal kanamalar olabilir. Başka bir bulgu yoksa bu kanamalar önemsiz sayılabilir. Gözleri aşırı şekilde yaşaran bebeklerde nazolakrimal kanalın tıkanıklığı düşünülmelidir (22, 23).

Kulakların Muayenesi: Kulağın şekli ve yerleşim yerine bakılmalıdır. Kulak önünde cilt uzantıları olabilir. Riskli yenidoğanlarda işitmenin değerlendirilmesi amacıyla İşitme Tarama Testi (ABR) ve sonuca göre Yenidoğan İşitme Testi (BERA) istenmelidir (22, 23).

Burun Muayenesi: Burun delikleri simetrik ve açık olmalıdır. Asimetri genelde bebeğin rahim içindeki pozisyonuna bağlı olup geçicidir. Tüm yenidoğan bebekler koanal atrezi ve özefagus atrezisi yönünden değerlendirilmelidir (22, 24).

Ağız Muayenesi: Doğumsal diş varlığı araştırılmalı ve eğer varsa aspirasyon riskini ortadan kaldırmak için çekilmelidir. Sert ve yumuşak damak tam, kısmi veya mukoza altı yarık açısından değerlendirilmelidir. Sert damakta orta hattın her iki yanında epitel hücreleri birikimlerine (Epstein incileri) rastlanabilir, bunlar geçicidir (22, 23, 24).

Boyun Muayenesi: Yenidoğanda boyun kısadır. Doğumda zedelenme sonucu sternokleidomastoid kasda hematoma olabilir. Bu durum tortikollise neden olur. Tüm bebekler klavikula kırığı yönünden muayene edilmelidir (22, 23, 24).

Göğüs Muayenesi: Yenidoğan bebekte anneden geçen hormonların etkisiyle genelde her iki meme hipertrofiye olmuştur, hatta zaman zaman memelerden süt geldiği de görülür. Zamanında doğan bir bebeğin ortalama solunum sayısı dakikada 30-40 civarındadır. Solunum sayısının devamlı olarak dakikada 60'ın üzerinde olması kalp veya akciğerler ile ilgili bir sorunu düşündürür. Yenidoğanın solunumu hemen tamamen diyaframatiktir. Solunumun zorlu olması respiratuvar distres sendromu (RDS), pnömoni veya doğumsal anomali varlığını akla getirmelidir (22, 23).

Kalp Muayenesi: Kalpte üfürüm duyulması anatomik bir bozukluk varlığının kesin göstergesi olmadığı gibi, üfürüm duyulmaması da kalp sorunlarını dışlamaya yetmez. Yenidoğanda kalp hızı uykuda iken dakikada 90'a kadar düşerken ağlama sırasında 180'e kadar çıkabilir. Kalp hızı stetoskop ile sayılmalı, fakat alt ve üst ekstremitelerdeki çevresel nabızlar da kontrol edilmelidir (22).

Karın Muayenesi: Karaciğerin 2 cm, dalağın ise kaburga kenarında ele gelmesi normaldir. Derin palpasyon ile böbreğin yeri ve büyüklüğü hakkında kabaca fikir edinilebilir. Karın duvarı normalde zayıftır, rektus kaslarında ayrılma ve göbek fıtığı görülebilir. Karında kistik (hidronefroz, hidrometrokolpos, koledok veya over kistleri) veya içi dolu kitle (nöroblastoma, teratom vb.) saptanması ileri tetkikleri gerektirir.

Göbek kordonunda tek arter olması durumunda doğumsal böbrek anomalileri araştırılmalıdır. Anorektal muayene karın muayenesinin bir parçası olarak tüm bebeklere yapılmalıdır. İlk 48 saat içinde mekonyum çıkarmayan bebekler mutlaka anorektal atrezi yönünden değerlendirilmelidir (22, 24).

Genital Organların Muayenesi: Plasenta yoluyla anneden geçen hormonların etkisiyle kızların dış genital organları belirginleşir, uterusu aşırı salgılama olur ve vajina ağzında beyaz akıntı birikmiş olabilir. Bazen bu akıntı kanlı bile olabilir. Bu durumlar geçici olup genellikle kısa sürede düzelir. Erkek bebeklerde skrotum nispeten büyüktür. Testisler zamanında doğan bir bebekte skrotum içinde veya ingüinal kanalda palpe edilmelidir. Bebeklerin %95'i ilk 24 saat içinde idrar çıkarır (22).

Ekstremitelerin Muayenesi: Doğum travması sonucu ortaya çıkan felçlere, kırıklara ve ayrışmalara dikkat edilmelidir. Tüm bebekler doğuştan kalça çıkığı yönünden değerlendirilmelidir. Ellerde polidaktili, sindaktili olabilir (22, 23).

Nörolojik Muayene: Nörolojik muayene yapılırken bebek çıplak, uyanık ve sakin olmalıdır. Bebeğin pozisyonu ve hareketleri dikkatle izlenmelidir. Sırtüstü yatan bir bebekte normalde bütün ekstremitelerde hafif bir fleksiyon mevcuttur. Ayrıca doğumda çıkmış olması gereken ilkel reflekslere de bakılması gereklidir. Bunlardan en pratik olanı Moro refleksidir. Moro'dan başka yakalama, arama-emme, ve adımlama reflekslerine de bakılmalıdır (22).

2.2.3 YENİDOĞANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

Aşağıda yenidoğanın bakım gereksinimleri Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli'nin Yaşam Aktiviteleri doğrultusunda açıklanmıştır.

2.2.3.1 Güvenli Çevrenin Sağlanması

Yenidoğan bebek, asla kanepede, alt değiştirme masası gibi yerlerde yalnız bırakılmamalıdır. Yazın dışarı çıkarılacaksa geniş kenarlı bir şapka ile bebek güneşten korunmalıdır. Ani beşik ölümü riskini azaltmak için bebeği uyurken yüzükoyun yatırmak yerine sırt üstü-başı yan veya gövdesi yan olacak şekilde yatırılmalıdır (25). Bebeğin yatağında yastık, büyük oyuncak, plastik poşet türü şeyler bulundurulmamalı, başka küçük bir çocukla yalnız bırakılmamalı, araba yolculuklarında bebeğin yaş ve kilosuna uygun araba koltuğu kullanılmalı, asla bebek arabada tek başına bırakılmamalı, yanında sigara içilmemelidir (25, 26).

Bebeğin cildini tahriş edecek etiketli nakışlı kıyafetler giydirilmemeli, kıyafetlerin üzerine çengelli iğne, nazar boncuğu gibi zarar verebilecek cisimler takılmamalıdır. Bebeğin yüzü örtülmemeli, kundak yapılmamalı ve bacakları sıkıca sarılmamalıdır (26).

2.2.3.2 İletişim

Ağlama, bebekler için önemli iletişim araçlarından biridir (26). Bebeğin kendini ifadesi ağlama, beden hareketleri ve yüz ifadeleri ile sınırlıdır (27).

2.2.3.3 Solunum

Yenidoğan istirahat halinde iken solunum hızı 30-60 /dakikadır. Solunum abdomenin gözlenmesi ile kolayca izlenebilir. Öksürme ve hapşırma refleksleri solunum yollarını temizlemek için doğumda mevcuttur. Yenidoğanlar normalde burun solunum yapar (14).

2.2.3.4 Yeme-İçme (Beslenme)

Yenidoğanın beslenmesi anne sütü ile sağlanır. Bu doğrultuda konu aşağıdaki başlıklar ile ele alındı.

2.2.3.4.1 Memenin anatomisi ve emzirme

Meme bir kadın için kadınlığı, cinselliği, sevgiyi, beslenmeyi ve annelik duygularını ifade edebilir.

Anatomik olarak göğüs duvarında ikinci ile altıncı interkostal aralıklar arasında, yatay olarak sternum ile orta aksiler hat arasında simetrik olarak yer alan bir çift salgı organıdır. Meme dıştan içe doğru deri, deri altı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur. Meme uçları ve çevresindeki koyu renkli areola, dıştan gözlenen göğüs yapılarıdır. Meme başı areolanın merkezinde yer alır. Areola yüzeyinde görülen küçük çıkıntılara montgomery tüberkülleri adı verilir. Areola içinde bol miktarda sinir ucu, yağ bezleri ve apokrin ter bezleri bulunur.

Meme parenkiminde yaklaşık 10-15 tane kanal bulunmaktadır. Bu kanallar meme ucundan başlar ve alveol adı verilen üzüm salkımı tarzındaki oluşumlarda sonlanır. Her alveolun içi, alveolar epitelyal hücreler olarak tanımlanan salgısal hücreler ile döşenmiştir (28).

Memeler sinirlerden çok zengindir, meme dokusu over hormonlarına cevap verir. Meme boyutları ve şekli kadının yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, gebelik, laktasyon ve menstrüasyon durumuna bağlı olarak değişiklikler gösterir. Meme dokusu 20'li yaşlarda gelişimini tamamlar, tam olgunlaşma gebelikte gerçekleşir (14, 15).

2.2.3.4.2 Laktasyon fizyolojisi:

Gebelik süresince olgunlaşan memelerden doğumdan sonra süt salgılanmasıyla başlayan döneme laktasyon denir (14, 15). Laktasyon, anne sütünün yapılması sürecidir (29). Laktasyon nörolojik, hormonal ve psikolojik cevabın bileşeni sonucu oluşur. Başarılı laktasyon için yenidoğanın anatomisinin normal olması, yenidoğanın belli olgunlukta olması, annenin sağlıklı olması, yeterli beslenmesi ve meme bezlerinin gelişmiş olması gereklidir. Laktasyon, annenin emosyonel durumu, emzirme sıklığı ve süresinden etkilenir. İnsanda laktasyonun oluşması ve sürdürülmesi üç aşamada gerçekleşmektedir (14, 15).

Mamogenez: Meme başı, kanalların ve alveollerin gelişmesi. Gebelerin çoğunda gebeliğin 15-20. haftalarında görülmekte ve memelerde süt sentezleyebilme yeteneği başlamaktadır. Bu aşamada insülinin ve kortizolün de mevcut olmasını gerektirmektedir (14, 15).

Laktogenez ve Galaktopoez: Doğumda plasantanın ayrılmasıyla birlikte progesteron hormonundaki hızlı düşme sonucunda bol olarak süt üretiminin başlaması ve sürdürülmesidir (14, 15, 28). Erken postpartum dönemde salgılanan süte kolostrum denir. Kolostrum yüksek oranda immunoglobulin ve laktoferrin içerir (28).

Galaktopoez: Laktasyon denilen bu dönemde matür süt yapımı gerçekleşmektedir, süt alveollerden meme başına kadar atılır. Doğumdan sonra yaklaşık 10. günde başlayan bu devrede süt yapımında endokrin kontroldenotokrin kontrol ile üretime geçiş gerçekleşir (14, 15).

2.2.3.4.3 Emzirmenin Başlatılması ve Sıklığı

Laktasyonda salgılanan sütün meme yoluyla bebeğe verilmesi işlemine emzirme denir. Doğumdan hemen sonra başlanan emzirmenin, yenidoğanın sağlığı üzerine olan olumlu etkileri literatürde belgelenmiştir ve doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlanması önerilmektedir (14, 30). Bebeğin emzirme sıklığının belirlenmesi saatlere göre değil bebeğin isteğine göre ayarlanmalıdır (28, 31).

Beslenme sıklığı yaşı, yenidoğanın emme kabiliyetine, memelerin süt depolama kapasitesine ve midenin fizyolojik kapasitesine göre değişir. Bebeğin ağlaması acıktığını belirtmesi anlamında geç bir bulgu olup, bebeğin ağızıyla emme hareketleri yapması, elini veya kıyafetlerini emmeye çalışması, kol ve bacaklarını huzursuzca hareket ettirmeye başlaması aç olduğunu gösteren işaretlerdir. Ancak özellikle yenidoğan döneminde emzirme aralarının gündüz üç, gece dört saatten daha uzun olmamasına dikkat edilmelidir (14, 31).

Doğumdan hemen sonra başlanan emzirmenin, yenidoğanın sağlığı üzerine olan olumlu etkileri literatürde belgelendi ve doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlanması önerilmektedir (14, 30).

Hemşire anneye, başarılı bir laktasyon sağlamak için emzirmeyi güç duruma sokan davranışları belirlemeli, anneden ve bebekten kaynaklanan sınırlılıklara yönelik hemşirelik bakımını planlayarak verebilmelidir (32).

2.2.3.4.4 Emzirme Teknikleri (Pozisyonları)

Dik Oturarak Emzirme: Anne dik olarak, rahat ve gevşek olacağı bir sandalye ya da koltuk tercih etmelidir. Sırtını ve kollarının altını yastıkla ve ayak altını da bir yükselti ile destekleyebilir (15).

Yatarak Emzirme: Annenin başı, sırtı ve kolları yastıklarla desteklenir. Yenidoğanın tüm vücudu anneye dönük olmalıdır. Bu pozisyon sezeryan ile doğum yapan, çok ağırlı epizyotomisi olan ve memeleri büyük olan anneler tarafından tercih edilir. Bu pozisyonda annenin emzirirken dinlenmesi de sağlanır (14, 15).

Beşik Tutuşu: En çok kullanılan emzirme pozisyonudur. Anne dik oturur, yenidoğan tüm vücudu ile tam olarak annesine döner. Bebeğin başı annenin dirsek bölgesinde olmalı, annenin kolu ve eli bebeğin sırtı ve kalçasını sarmalıdır. Yenidoğanın altına yastık koyulursa, hem yenidoğanın vücudunun düz tutulması hem de başı ile annenin memesinin aynı hizada olması kolaylaşır (14, 15).

Futbol Tutuşu: Yenidoğanın vücudu annenin kolunun altında, yüzü anneye dönük tutulur. Anne emzirdiği taraftaki eliyle bebeğin baş ve boynunu alttan tutar ve ön kol ile sırtını destekler. Bu tutuş şekli özellikle ikiz bebeği olan anneler, preterm

bebekler ve sezeryan ile doğum yapan anneler tarafından tercih edilir (14, 15).

Kaydırma Pozisyonu: Bazen bebekler bir tarafına yatarak emmek isterler. Diğer memeyi emzirmek için bebek diğer tarafına çevrildiği zaman bebek huzursuz olur ve emmez. Böyle bir durumda kaydırma pozisyonu, yenidoğanın isteksiz olduğu diğer tarafına dönmeden diğer memeyi emmesine yardımcı olabilir (14, 15).

2.2.3.4.5 Anne Sütünün Faydaları

Anne sütü ile beslenme anne ve bebeğe sayılamayacak kadar çok faydası olan bir beslenme şeklidir. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çok kuvvetli bir şekilde bebekler için anne sütüyle beslenmeyi önermekte ve desteklemektedir. Özellikle ilk altı ay sadece anne sütüyle beslenmenin bebek ve anne sağlığına katkıları yanında ekonomik ve sosyal anlamdaki faydaları oldukça fazladır. APA 2012 yılında yayınlamış olduğu güncellenmiş “Emzirme ve Anne Sütü Kullanma İlkelerinde” ilk altı ay sadece anne sütü verilmesini takiben en az bir yıl, mümkünse iki yıla veya bebek ve anne kesmek isteyene kadar anne sütünün ve emzirmenin devam etmesini önermektedir (31). Anne sütü ile beslenmenin üstünlükleri aşağıda gruplandırılarak açıklandı.

Emzirmenin bebeğin sağlığı açısından yararları:

- *Akut ve kronik hastalıkların riskini azaltır* (İshal, Alt solunum yolu enfeksiyonları, Otitis media, Bakteriyemi, Bakteriyel menenjit, Botulinizm, İdrar yolu enfeksiyonları, Nekrotizan enterokolit).
- *Anne sütünün koruyucu olduğu durumlar* (Ani bebek ölüm sendromu, Alerjik hastalıklar, Tip-I Diabetes mellitus, Crohn hastalığı, Ülseratif kolit, Lenfoma, Kronik gastrointestinal hastalıklar).
- *Beslenme açısından anne sütü* (İdeal besin oranlarına sahiptir, emilimi uygundur, gebelik haftasına ve bebeğin yaşına uygun değişen içeriği vardır).
- *Bağışıklık açısından* (Antikorlar, salgısal IgA içerir, Hücrel immünite ve canlı hücreler içerir. Normal floranın oluşumuna yardım eder, Probiyotik ve prebiyotik özellikleri vardır, Hastalıklara karşı koruyucudur, Anne sütü alanların timusları daha büyüktür ve aşı yanıtları daha iyidir).

- *Gelişimsel-psikolojik açıdan* (Anne-bebek bağlanmasını sağlar, Annede annelik duygusunun gelişmesine yardımcı olur, Bebeğin özgüvenin artmasına ve sevgi gelişiminin artmasına yardımcı olur, Çene ve diş gelişimine olumlu etkileri vardır, Büyüme faktörleri yardımı ile organ ve doku matürasyonunu sağlar, Psikomotor ve sosyal gelişimi daha fazla belirgin olur, Zihinsel gelişimi daha iyidir, Daha kolay konuşurlar.

Emzirmenin anneye yararları:

- Doğum sonrası annenin kanaması azalır.
- Uterusun doğum sonrası küçülmesi sağlanır.
- Laktasyonel amenore-ovülasyon gecikir (kan kaybı azalır, doğum kontrolü sağlanır).
- Gebelik öncesi ağırlığına geri döner (tek başına anne sütü ve uzun süreli emzirme)
- Doğum sonrası kemik mineralizasyonu sağlanır (post-menopozal kalça kırığı azalır).
- Over kanseri riski azalır.
- Pre-menopozal meme kanseri riski azalır.
- Stresle daha kolay başedebilir, postpartum depresyonu daha nadir görülür.

Emzirmenin sosyal ve ekonomik açıdan yararları:

- Sağlık giderleri azalır.
- Çocuk hastalıkları için gereken iş gücü azalır.
- Ebeveynlerin çocuklarına ve diğer aile bireyelerine ayıracağı zaman artar.
- İş günü kaybı azalır, izin alma ve para kaybı azalır, mama masrafı azalır.
- Mama için masraf azalır.
- Alerjik hastalıklar azalır.
- Obezite önlenir.
- Kognitif olumlu etkileri vardır (entelektüel) kapasite artar.
- Kardiyovasküler sistem üzerine olumlu etkileri vardır.
- Hiperlipidemi azalır.
- Emzirme sonucu atık ürün oluşmaz (doğa ile barışıktır) (22, 25, 28, 31, 33, 34, 35).

2.2.3.4.6 Doğru Emzirme Nasıl Olmalı?

Emzirme öncesinde eller yıkanmalı, temiz bir havlu ile kurulanmalıdır. Anne, bebeğini emzirirken rahat bir pozisyonda oturmalı ve kendini rahat hissetmelidir. Bebeğin baş ve vücudu aynı düzlemde olmalıdır. Bebeğin yüzü memeye dönük olmalı, anne ve bebek göz teması kurabilmelidir. Anne bebeği vücuduna mümkün olduğu kadar yakın tutmalıdır. Yenidoğan bebeklerde anne sadece omuz ve başı değil, bebeğin gluteal bölgesini de desteklemelidir. Bebeğin dudak kenarına meme başını yaklaştırarak, emme refleksinin devreye girmesi sağlanmalıdır. Bebeğin emzirme sırasında memeyi doğru şekilde tutması uygun emzirme için büyük önem taşımaktadır. Uygun şekilde emziren bebek sadece meme ucunu değil, areolayı da mümkün olduğu kadar ağzının içine almalı, ağzı oldukça geniş şekilde açık olmalı, çenesi ve burnu memeye değmelidir.

Bebek 2 - 3 saatte bir 20 - 30 dakika kuvvetli bir şekilde emerse emzirme etkili olacaktır. Özellikle son sütün emzirilmesi önemlidir. Emzirme sırasında bir memeyi tam olarak boşaltmadıysa diğer emzirmede son sütü bebeğin alabilmesi için aynı memeden emzirmeye başlanmalıdır (14, 15, 22, 26).

2.2.3.4.7 Meme Ucu Temizliği

Her emzirmeden önce eller yıkanmalı, meme uçları temiz ve kuru tutulmalıdır. Memeler günde bir kez ılık su ile temizlenmelidir. Alkol, sabun ve diğer kurutucu ajanlar meme ucunda kullanılmamalıdır. Çünkü bunlar doğal deri yağını kaldırmakta, iritasyon (tahriş) ve fissure (çatlak) neden olarak memeye zarar vermektedir. Ayrıca önceleri uygulanan her emzirme öncesi karbonatlı su ile temizleme artık yapılmamaktadır. Emzirmeden sonra meme başına anne sütü sürülerek nemlendirilmesi önerilmektedir. Memeleri iyi destekleyen geniş askılı, pamuklu sütyenler tercih edilmelidir (14).

Meme başına rutin krem kullanılması önerilmemektedir. Alerjenleri azaltılmış modifiye lanolin, kuru ve ağrıyan meme başına kullanılabilir. Vitamin E içeren kremler yağda çözünen vitamin olduğundan ve yenidoğan emme sırasında alarak toksik etkisine maruz kalma riski olabileceği için önerilmemektedir (14, 15).

2.2.3.5 Boşaltım

Yaşamın sürdürülmesi için gerekli en temel aktivitelerden biridir. Birbirinden farklı iki vücut sisteminin (üriner ve bağırsak boşaltımı) fizyolojik sonuçları, yani artıkların atımı boşaltım aktivitesini oluşturur. Boşaltımın istemli kontrolü ve bağımsız bir işlev olarak gerçekleştirilmesi, yenidoğan döneminde mümkün değildir (17).

İlk idrar doğumda, doğumdan hemen sonra veya 24 saatlik dönem içinde çıkarılır (23). Bebek susuz kaldığında idrarın içindeki ürik asit kristalleri yoğunlaşır ve idrarın bezde kırmızı-pembe bir renk bırakmasına yol açabilir. Tüm bebeklerin doğumdan sonra ilk 24 saat içinde kakalarını yapmaları beklenir. Bebeğin ilk kakası siyah-yeşil renkli ve katran kıvamındadır. Kısa zaman içinde bebeğin kakası yeşil, ardından da sarı renkli bir görünüm alır. Anne sütü ile beslenen bebeklerin kakası macun kıvamındadır ve miktarı azdır (33).

2.2.3.6 Kişisel Temizlik, Hijyen

Yenidoğan günde 6-8 defa bez kirletebilir. Bebeğin altı kirlendiğinde hemen değiştirilip iyice temizlenerek pişik önlenmiş olur. Kız bebeklerde alt temizliği önden arkaya doğru yapılmalıdır. Erkek bebeklerde penisin ucundan başlayıp geriye doğru altının silinmesi gerekir (25).

Yenidoğanın günlük bakımı, günün herhangi bir saatinde yapılabilir, uyku öncesi yapmak daha uygun olabilir. Kusma riskine karşı banyo yaptırmadan önce emzirilmemelidir (25).

Yenidoğan kıyafetlerinin vücuda değecek olanları mutlaka pamuklu ve yumuşak kumaştan imal edilmiş olmalı, ilk zamanlarda bebeğin kıyafetleri sabun tozu ile yıkanmalı, iyice durulanmalıdır (25).

Yenidoğanda ve bebeklik döneminde tüm hijyen uygulamaları ona bakan kişiler tarafından gerçekleştirilir. Yenidoğan derisi doğumdan itibaren tam gelişmemiştir. Deri tabakalarındaki sürtünme zedelenmeye yol açar. Deri bakımı, hareket ve güvenlik için uygun kıyafet seçilmelidir. Yenidoğan dikkatli bir şekilde banyo yaptırılmalıdır (27).

2.2.3.7 Beden Sıcaklığının Kontrolü

Yenidoğanın cildi ince ve cilt altı yağ tabakası az olduğundan, erişkine oranla daha çok ısı kaybederler, ilk birkaç hafta kendi vücut sıcaklığını kontrol edemez. Çok hareket edemediği için kolayca üşüyebilir. Oda ısısı 22-24 °C olmalıdır. Çok sıcak ve çok soğuktan kaçınılmalıdır. Özellikle başlarından ısı kaybederler. Mevsimine uygun bir başlık giydirmek gereklidir (25).

2.2.3.8 Hareket

Bebeklerin bulunduğu ortamdaki kişilerin hareketleri, bebekleri olumlu veya olumsuz yönde etkiler. Bebeğe yumuşak hareketlerle dokunulmalı, sert ve ani hareketlerden kaçınılmalıdır (26). Bunun dışında yenidoğan döneminde bebeğin hareket aktivitesi büyük oranda bağımlıdır.

2.2.3.9 Çalışma-Eğlence

Yenidoğanda bu aktiviteyi tartışmak mümkün olamamaktadır.

2.2.3.10 Cinselliği İfade Etme

İnsanda cinsel yanıt yeteneği doğum öncesinde başlamaktadır. Ultrason ile yapılan görüntülemelerde anne karnında, erkeklerde ereksiyon olduğu ve doğumdan sonra da devam ettiği gösterilmiştir. Kızlarda ise doğum sırasında vajinal lubrikasyon olmasından dolayı lubrikasyonun doğumdan önce de olduğu varsayılmaktadır (27). Öte yandan yenidoğanda kıyafetlerin renginde ve tarzında cinsiyete göre tercihler yapılabilmektedir.

2.2.3.11 Uyku

Yenidoğanlar ilk hafta neredeyse sürekli, 3 aya kadar günde 16 saat kadar polifazik (24 saatte birçok kez) bir uyku düzeni içerisinde bu aktiviteyi gerçekleştirirler. Yenidoğan, gece ve gündüz farkını anlamadıklarından birçok kez uyanıp, tekrar uyur ve anlamlı dış uyaranları algılayacak kadar uyanık kalmazlar (27).

Uykuyu kolaylaştırmak için bebeğin çevresindeki ışık, ses ve trafik yoğunluğu azaltılır (26). Akşam saatlerinde banyo yapılması bebeğin sakinleşmesini ve iyi uyumasını sağlayacaktır (36) .

2.3 KANGURU BAKIMI

Kanguru bakımı, preterm ya da term bebeklere uygulanan, ebeveyn ile bebek arasında etkileşimi sağlayan ve yalnız bezi bulunan bebeğin ebeveynin ggs üzerine yüzüstü, dik pozisyonda yerleştirilmesi ile ten tene temasın sağlanması yöntemidir (37).

Diğer bir tanıma göre kanguru bakımı, yenidoğanların annelerinin ggsnde, yüzleri anneye dönük bir şekilde, bebeğin sıcaklığını, anne sütü ile beslenmesini ve anne ve bebek bağlanmasını esas alan anne ve bebek arasında ten temasının sağlandığı ve sürdürüldüğü bir bakım yöntemidir. Babayı bakıma katan tanıma göre kanguru bakımı, sadece bezi bulunan çıplak bebeğin anne/babasının çıplak ggsne dik pozisyonda yüz yüze gelecek şekilde yerleştirilmesi ve ten tene temasının sağlanmasıdır (9).

2.3.1 Kanguru Bakımının Tarihçesi

Kanguru bakımı olarak bilinen anne-bebek ten-tene teması yöntemi, 1979 yılında Edgar Rey Sanabria ve Hector Martinez tarafından Bogota, Colombia’da Anne ve ocuk Enstitüsünde uygulandı (38). Bu yönteme “kanguru bakımı” denilmesinin nedeni, kanguruların yavrularını aynı yöntem ile taşıyor ve büyütüyor olmalarıdır (39). Yaklaşık 20 yıldır yürütülen çalışmalar, kanguru bakımının bebeğin ağırlığı, gestasyon yaşı ve klinik durumu ne olursa olsun, vücut sıcaklığı kontrolünün sağlanmasında, anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesinde, bütün yenidoğanlar için etkili bir yol olduğunu göstermektedir (4).

2.3.1.1 Kanguru Bakımının Etkileri

Doğumdan sonraki ilk karşılaşmada annenin bebeğine karşı gösterdiği davranışlar ilerleyen dönemde anne-bebek arasındaki bağlanma süreci hakkında önemli ipuçları vermektedir (40).

Kanguru bakımı sırasında yenidoğanların büyüme ve gelişme hızında iyileşme, kalp hızı, solunum hızı ve vücut ısısında stabilite sağlar (13).

Teknolojinin ulaşmadığı dünyanın bazı gelişmekte olan ülkelerinde, kanguru bakımı, prematür bebeklerin yaşama şansını arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise, anne ve bebek arasındaki iletişimi ve bağlanmayı sağlamak ve yenidoğanı taşımak için en iyi yöntemdir.

Yenidoğanın fizyolojik tepkilerini değerlendiren çalışmalarda kanguru bakımının; yenidoğanın solunum ve kalp hızını stabilize ettiği, vücut sıcaklığını koruduğu, oksijene olan ihtiyacı azalttığı, periyodik solunumu ve apneyi azalttığı, kilo alımını ve uyku süresinin uzamasını sağladığı saptandı. Ayrıca kanguru bakımının yenidoğanların hastanede kalış süresini kısalttığı emmeyi kolaylaştırdığı, hızlı büyüme ve gelişmeyi sağladığı da çalışmalarda tespit edilen yararlarındandır. Kanguru bakımı uygulayan annelerin çocuklarını emzirdikleri, emzirme süresini ve anne sütü miktarını artırdığı, annelerin bebek bakımında kendilerine güven duydukları saptandı. Ayrıca kanguru bakımının anne depresyon düzeyini azalttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (37).

Ten tene temas ile sağlanan uyaranlar, anne ile bebeğin arasındaki duygusal bağın güçlenmesini sağlayarak, tüm olumsuzlukları giderebilir (39).

2.3.1.2 Kanguru Bakımına Başlama Zamanı

Bebeğin doğum ağırlığı kanguru bakımına başlama zamanı ile ilgili fikir verse de tek başına yeterli değildir. Kanguru bakımına başlamadan önce anne ve bebeğin değerlendirilmesi gerekir (4). Kanguru bakımı sürekli uygulanabildiği gibi (> 20saat/gün), günde birkaç kez birkaç saat süre ile de uygulanabilir (39).

Moore ve arkadaşlarının 1975 anne ve bebekleriyle yapılan 30 çalışmayı inceledikleri derlemede; anneye erken ten tene temas kuran bebeklerin anneleriyle daha çok etkileşim kurduğunu, daha sıcak kaldığını ve daha az ağladığını saptadı. Bunun yanı sıra bebeklerin daha fazla ve daha uzun süre emzirilme eğiliminde olduğunu ve anneleriyle erken ve olumlu bir ilişki içinde olduklarını belirtmişlerdir (41).

2.3.1.3 Kanguru Bakımında Hemşirelik Bakımı

Yenidoğana bakım veren sağlık profesyonellerinin kanguru bakımına yönelik bilgi ve tutumları, ailelerin kanguru bakımındaki pozitif deneyimlerinin ana belirleyicisidir(37).

Lohusa ve bebek bakımından sorumlu olan hemşirelerin, anne-bebek arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşimin oluşması, sevgi bağının güçlenmesi ve gelişimin değerlendirilmesi için annenin ebeveynlik davranışlarının dikkatle gözlemesi önemlidir (40).

2.3.1.4 Annenin Eğitimi

Yaşı, eğitimi, dini, kültürü ne olursa olsun bütün anneler kanguru bakımı verebilir. Anne, kanguru bakımını verme konusunda istekli olmalıdır. Kanguru bakımını vermesini engelleyecek herhangi bir ciddi hastalık bulunmamalıdır. Kadın gebeliği döneminde ya da doğum sırasında bir komplikasyonla karşılaşmışsa ya da herhangi bir hastalığı varsa, kanguru bakımına başlatılmamalıdır. Sigara içiyorsa sigarayı bırakmasının önemli olduğu anlatılmalı ve kanguru bakımı sırasında kesinlikle sigara içmemesi gerektiği belirtilmelidir. Pasif içiciliğin zararları, kendisi, diğer aile bireyleri ve bebek için sakıncaları açıklanmalıdır. Anne iyi bir hijyene (günlük banyo, temiz giysiler, el temizliği/kısa ve temiz tırnaklar) sahip olmalıdır (4).

2.3.1.5 Doğumda Kanguru Bakımı Pozisyonu

Doğumda kanguru bebek bakımı annenin çıplak göğsüne yatırılarak ve bebeğin sırtını örten bir örtü örtülerek uygulanır. Bebek üzerinde sadece alt bezi ve başlığı olacak şekilde dik olarak başı yukarda, yüzükoyun, kulağı göğse temas edecek şekilde anne/babanın göğsüne yerleştirilir. Bebeğin başının yan pozisyona döndürülmesi ile bebek kulağıyla annesinin kalbinin sesini duyabilir. Bebeğin üzerine bir örtü örtülür. Bu örtü tek omuzdan sırtta doğru geçirilerek bağlanır ve kişi bebeğini bu pozisyonda rahatlıkla taşıyabilir. Bebekler hayatın ilk ayında infeksiyon ajanlarına çok hassas olduğu için, doğumda kanguru bakımı öncesinde kişinin banyo yaparak temizlenmesi çok önemlidir (39).

Doğumda kanguru bakımı sırasında bebeğin vücut sıcaklığını korumak için ebeveyn bebeği giysisinin içinde tutar. Ten temasının sıcaklık ve rahatlığını sağlamak için bebekte çıplaktır.

Bebeğin abdomeni annenin epigastrio seviyesinde olmalıdır. Annenin nefes hareketleri bebeği uyarır ve böylece bebekte apne oluşumunu engeller (4).

Bu çalışmada term yenidoğana doğumda kanguru bakımı verildi ve bu uygulamanın anne konforu üzerindeki etkileri incelendi. Bu nedenle aşağıda konfor kuramı açıklandı.

2.4 KONFOR KURAMI

2.4.1 Kavram Olarak Konfor

Kökeni Fransızca olan ve sözlük anlamıyla günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanan konfor hemşirelikte; birey, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanılanması, bu gereksinimlere yönelik önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreci basamaklarını oluşturmaktadır (42, 43, 44). Geleneksel olarak hemşirelik sanatı ile bağdaştırılmış bir kavram olan konfor, bireye özgü ve bütüncül kavramlardır. Literatürde hemşirelerin sağladıkları güç, bakım, teselli etme, destek olma, cesaretlendirme ve yardımı konfor ve konfor önlemleri aracılığıyla gerçekleştirdikleri bildirilmektedir (45). Kolcaba geliştirdiği konfor kuramında konforu; “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak tanımladı (43, 46).

2.4.2 Konfor Kuramı

Sağlık bakımını ve kapsamındaki uygulamaları geliştirmeyi ve desteklemeyi hedefleyen ve insan bilimi olarak tanımlanan hemşireliğin kuram ve modelleri, davranış bilimleri ve diğer bilim alanlarından alınan bilgilerle birlikte kullanılabilir (47). Hemşireler sistematik olarak bakım vermeye başladıktan sonra, çeşitli kavramları kullanmaya başladı, konfor (rahatlatma), bakım, iletişim gibi kavramlar, kuram geliştirme çalışmalarının temelini oluşturdu.

Hemşirelerin disiplin olarak ilgili olduklarını ifade ettikleri konfor kavramının geniş tarihsel boyutları Nightingale'in çalışmalarına dayanmakta, kavram eski ve yeni kuramcılarının yayınlarında yer almaktadır. Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek üzere hastada beklenen konfor sonucunu ölçmek için 48 maddeden oluşan dördümlük likert tipinde General Comfort Questionary (GCQ) geliştirme çalışmalarına başladı ve sonuçlarını 1992 yılında yayınladı (43). Katharine Kolcaba, konfor konusu üzerine yaptığı ve halen sürdürdüğü çalışmalarının ardından Konfor kuramını geliştirerek 2003 yılında Konfor Kuramı ve Uygulama: Bütüncül Sağlık Bakımı ve Araştırma İçin Bir Görüş (Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research) adlı kitabı yayınladı (44).

Kolcaba (2003) Konfor Kuramı'nın gelişim aşamalarında dört temel felsefi bakış açısının etkisi olduğunu belirtir. Yapının en üstünde kuramın çatısını oluşturan bakış açısı kaynağını bütüncüllükten alırken, bir sonraki aşama insan gereksinimleri, diğer aşama Murray'ın İnsanda Baskı Kuramı (1938), son aşama ise farklı hemşirelerin (Orlando, Henderson ve Paterson) geliştirmiş olduğu üç orta düzey kuramdan yararlanılarak geliştirdi. Kolcaba'nın Konfor Kuramı özetlendiğinde;

- Hastanın var olan destek sistemleri ile karşılanmayan konfor gereksinimleri belirlenir.

- Hastanın belirlenen gereksinimlerini karşılamak üzere girişimler planlanır.

- Girişimlerin başarıya ulaşmasını etkileyen değişkenler dikkate alınır.

- Girişim değerlendirilir, beklenen sonuç konforda artıştır.

Bu süreç içinde birey ve ailenin katılımıyla ile belirlenen uygun ve gerçekçi hedefler doğrultusunda, bireyin konforunda artma sağlandığında, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar güçlenmektedir (44, 46, 48).

2.4.3 Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları

Kolcaba (1992) öncelikle konforun kavramsal çalışmalarını yaptı, 1988 yılında konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturdu ve bu yapıyı iki aşamada inceledi.

Birinci aşamada, konfor kavramı düzeylerini karşılanan ya da karşılanmayan bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesini ifade eden üstünlük olmak üzere 3 düzeyde ele aldı. İkinci aşamada da bütüncül görüşe göre temellendirdiği konfor kavramı boyutlarını fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel olmak üzere 4 boyutta ele aldı. Aşağıda bu düzey ve boyutlar kısaca açıklandı.

Konfor kuramının insan gereksinimlerini ele alan düzeyleri;

Ferahlama: Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur. Özel bir gereksinimin karşılanması sonucu yaşanır, eski fonksiyonlara dönme ya da huzurlu ölüm için gereklidir. Hasta gereksinimlerinin karşılanmasına temellenen hemşirelik kuramlarından kaynağını alan ferahlama; Orlando'nun teorisinde gereksinimleri karşılanan hastanın yaşadığı duygu, Henderson teorisinde hastanın on dört temel gereksinimden herhangi birinin karşılanması ile hissedilen durum olarak adlandırılmıştır (44, 45, 49).

Rahatlama: Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Hastanın rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumudur. Etkin performans çıkarabilmek için gerekli konfor durumudur ve hastanın gösterdiği görev performansı ile pozitif ilişkili kalıcı bir durumdur. Fiziksel ve duygusal deneyimler ve çevresel özelliklerden etkilenir (44, 50).

Üstünlük: Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmaktadır. Konfor hastanın kendi potansiyeline göre belli zaman ve belli durumda kendi kaderini kontrol etme ve planlamada özgür olmasını amaçlar. Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesini olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir. Üstesinden gelmeyi diğer iki kavramdan ayıran özellik, hastanın sıra dışı performans potansiyelini ortaya çıkarmasıdır. Her üç konfor düzeyi hastanın performansını pozitif yönde etkiler ve teorik olarak güç verici komponentlerdir (44, 45, 49).

Konfor kuramının boyutları;

Fiziksel konfor: Bedensel duyularla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve hidrasyon düzeyi ile atıkların elimine edilmesi gibi fizyolojik faktörleri içermektedir.

Kolcaba (2003) uyararı oluşturur ya da oluşturmasını fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtlarından kaynaklandığını belirtir. Bu anlamda fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler; sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası, yeterli oksijen saturasyonu vb. metabolik fonksiyonları içeren sağlık göstergeleridir. Kolcaba (2003), bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan anormalliğin konforu da etkileyeceğini vurgular (44, 49).

Psikospritu el Konfor: Akılsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren öğeler, öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları kapsamaktadır. Cerrahi girişim uygulanan hastada psikospiritüel konforu azaltan en önemli etken kaygıdır (44, 49).

Çevresel Konfor: Hastaneye yatırılan bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını destekleyen çevresel konfor, anahtar boyut olarak ele alınır. Çevresel konforun tanımı dış etkenler, durumlar ve bunların insan üzerindeki etkilerini kapsar. Bu kapsamda aydınlık, gürültü, renk, ısı, pencerelerden görülen manzara vb. gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlara yer verilir (44).

Sosyokültürel Konfor: Bireyin sosyal ve kültürel çevresini kapsar. Bilgi ve danışmanlık verme, ailenin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, dini inançlar, finansal destek sistemlerinden yararlanma, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması, taburculuk eğitimi ve evde bakımın sağlanması sosyokültürel bakımı oluşturan etkenler arasındadır. Kolcaba (2003), 'ya göre hemşireler, diğer sağlık ekibi üyeleri, aile ya da evdeki diğer kişiler bilinçli, becerili ve duyarlı davranarak sosyal konforu destekleyebilirler. Sosyokültürel konforu azaltan etkenler, aileden ayrılma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, özensiz bakım, bakımın sürekli olmaması, bakımın kalitesinin kötü olması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörlerdir (44).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, doğumda kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışlarına ve annenin konfor düzeyine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel türde gerçekleştirildi.

3.2 Araştırmanın Hipotezleri

H_{1A} Hipotezi : Doğumda kanguru bakımı bebeğin emzirme davranışlarındaki başarıyı artırır.

H_{1B} Hipotezi : Doğumda kanguru bakımı yenidoğanın fizyolojik parametrelerini (kalp atımı, vücut sıcaklığı, solunum, kan şekeri) olumlu yönde etkiler.

H_{1C} Hipotezi : Doğumda kanguru bakımı annenin kaygı düzeyini düşürür.

H_{1D} Hipotezi : Doğumda kanguru bakımı annenin konfor düzeyini artırır.

3.3 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni doğumda kanguru bakımı, bağımlı değişkenleri ise yenidoğanın emzirme davranışları, fizyolojik parametreleri, annenin kaygı düzeyi, annenin konfor düzeyi olarak belirlendi.

3.4 Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma Ekim 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında, İstanbul ilinde yer alan bir özel hastanede gerçekleştirildi.

3.5 Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Vajinal yol ile doğum yapan anneler (gestasyon yaşı 36 hafta + 1 gün ve üzeri olmak üzere) çalışma evreni olarak belirlendi ve çalışmanın gerçekleştirileceği kurumun (İstanbul ilinde yer alan bir özel hastane) 2013 yılı verileri incelenerek zamanında vajinal yol ile yapılan doğum sayısı belirlendi. Buna göre 2013 yılında söz konusu kriterleri karşılayan toplam 2334 doğum yapıldığı saptandı. Öte yandan Yenal ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı standart sapması 1,77 olarak belirtildi.

Buna göre 80 kişilik bir örneklem grubu üzerinde araştırma gerçekleştirildiğinde; 0.98 güvenle ($t; \infty; 0,02=2,326$) gerçek ortalamanın en fazla 0,45 puanlık bir hata ile yansıtılabileceği sonucu elde edildi. Veri toplama sürecinde kayıpların olabileceği ön görülerek 40 kişi yedek olarak araştırma kapsamına alındı ve 60 deney grubu, 60 kontrol grubu üzerinde araştırmanın gerçekleştirilmesine karar verildi. Fakat kontrol grubundaki üç olgunun verileri tamamlanamadı. Böylece araştırma 60 deney, 57 kontrol grubu olmak üzere toplam 117 kişi üzerinde gerçekleştirildi.

Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırma kapsamına alınacak bireyler;

- İletişim sorununun olmaması (Türkçe konuşabilme, psikolojik sorununun olmaması vb).
- 20 ile 40 yaşları arasında olması.
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.
- Epizyotomi dışında müdahalesiz doğum yapmış olması.
- Gestasyon yaşının 36 hafta + 1 gün ve üzeri olması şeklinde belirlendi.

Bu çalışmada araştırma dışında tutulma kriterleri;

- Gestasyon yaşının 36 haftadan küçük olması.
- Sezeryan Sectio ile doğum yapmış olması.
- Annenin bebeği emzirmeye engel bir durumunun olması.
- Bebeğin doğumda kanguru bakımı almaya engel bir durumunun olması.
- Doğumda kanguru bakımı sırasında bebekte sağlık sorunu gelişmesi olarak belirlendi.

3.6 Verilerin Toplanması

Veri Toplama Araçları:

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Anne Bilgi Formu
- Travay Süreci Tanılama Formu

- Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı alan grup)
- Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı almayan grup)
- LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı
- Sürekli-Durumluk Kaygı Ölçeği
- Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri
- Genel Konfor Ölçeği(GKÖ) kullanıldı.

3.6.1 Anne Bilgi Formu (Ek.2).

Bu form, literatürden (4) yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirildi ve formda annenin yaşı, öğrenim durumu, mesleği, sigara kullanma durumu, gebelik sayısı, emzirme deneyimi, eşinin (babanın) öğrenim durumu, mesleği hakkında bilgiler bulunmaktadır.

3.6.2 Travay Süreci Tanılama Formu (Ek.3).

Bu formda hastaneye başvuru sırasında kasılmaların durumu, amnios sıvısının (su gelişi) gelme durumu, travayın süresi, travay sürecinde indüksiyon alma durumu, doğum eyleminde ilaç ve kristal (karından bası) uygulanma durumu vb. travay süreci ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.

3.6.3 Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı alan grup) (Ek.4).

Bu formda yenidoğanın gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, cinsiyeti, 1. ve 5. dakika apgar skoru, doğumda kanguru bakımı başlangıcı fizyolojik parametreler (kalp tepe atım hızı/dk, solunum hızı/dk, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu), doğumda kanguru bakımı sırasında LATCH emzirme tanılama ölçüm aracı puanı, bebek odasında fizyolojik parametreler (kalp tepe atım hızı/dk, solunum hızı/dk, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu, kan şekeri), anne ile ikinci temasta fizyolojik parametreler, taburculuk esnasında fizyolojik parametreler (kalp tepe atım hızı/dk, solunum hızı/dk, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu, kan şekeri) hakkında bilgiler bulunmaktadır.

3.6.4 Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı almayan grup) (Ek.5).

Yenidoğanın gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, cinsiyeti, 1. ve 5. dk Apgar skoru, radyan ısıtıcıya alındığında fizyolojik parametreleri (kalp tepe

atım hızı/dk, solunum hızı/dk, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu), bebek odasındaki fizyolojik parametreleri (kalp tepe atım hızı/dk, solunum hızı/dk, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu, kan şekeri), anne ile ilk temastaki fizyolojik parametreleri (kalp tepe atım hızı/dk, solunum hızı/dk, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu), taburculuk esnasında fizyolojik parametreleri (kalp tepe atım hızı/dk, solunum hızı/dk, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu) hakkında bilgiler bulunmaktadır.

3.6.5 LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (Ek.6).

1993 yılında Deborah Jensen, Sheila Wallace tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe güvenilirliği 2003 yılında Yenal ve Okumuş tarafından sağlandı. Değerlendirilmesi hızlı ve kolaydır. Bu ölçüm aracı 5 değerlendirme kriterinden oluşmaktadır. LATCH bu beş kriterin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşiminden oluşmuştur. Bu kriterler şu şekilde sıralanmıştır.

L : Memeyi tutma (Latch on breast).

A : Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (Audible swallowing).

T : Meme ucunun tipi (Type of nipple).

C : Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort breast/nipple).

H : Bebeğin tutuş pozisyonu (Hold).

Her madde 0-2 puan arasında değerlendirilir. Ölçme aracından alınabilecek en yüksek puan 10'dur. Bu ölçme aracıyla değerlendirme yaparken emzirmenin herhangi bir anında gözlemek yeterli olduğundan, klinik kullanım için daha uygun olduğu düşünülerek çalışmada bu ölçme aracı olarak kullanıldı.

3.6.6 Sürekli-Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek.7).

Durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger ve ark. tarafından (1970) geliştirilen, Öner ve Le Compte tarafından (1985) Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan bu ölçek, iki faktörlü kaygı kavramına dayanarak geliştirilen toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı bölümü içerir. Bunlardan ilk 20'si duruma bağlı kaygı düzeyini, 21'den 40'a kadar olan maddeler ise bireyin sürekli kaygı düzeyini ölçer (50, 51).

Durumluk Kaygı Envanteri'nde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklindedir. Sürekli Kaygı Envanterindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlar doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4' e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Sürekli Kaygı Envanteri bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Sürekli kaygı envanterinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre "hemen hiçbir zaman" (1), "bazen" (2), "çok zaman" (3) ve "hemen her zaman" (4) seçeneklerden birini işaretlemesi istenir (50).

Spielberger ve arkadaşları (Öner ve Le Compte) ölçekten elde edilen, 20-39 puanın "hafif", 40-59 puanın "orta derecede" 60-79 puanın "ağır kaygı", 80 puanın ise "panik" olarak değerlendirildiğini, belirtmektedir.

Doğum öncesi dönemde araştırma kapsamına alınan gebelerin (36 hafta +1 gün ve üzeri olmak üzere) sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri belirlendi ve doğum sonrası dönemde ilk bir saat içinde ise sadece durumluk kaygı ölçeği verileri elde edildi. Doğum öncesi dönemde araştırma kapsamına alınan gebelerin sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri saptanarak deney ve kontrol grubunun kaygı yönünden eşlenik olup olmadığı test edildi. Doğum sonrası dönemde belirlenen durumluk kaygı düzeyi, doğumda uygulanan kanguru bakımının kaygı düzeyini etkileyip etkilemediğini göstereceği düşünülerek uygulandı.

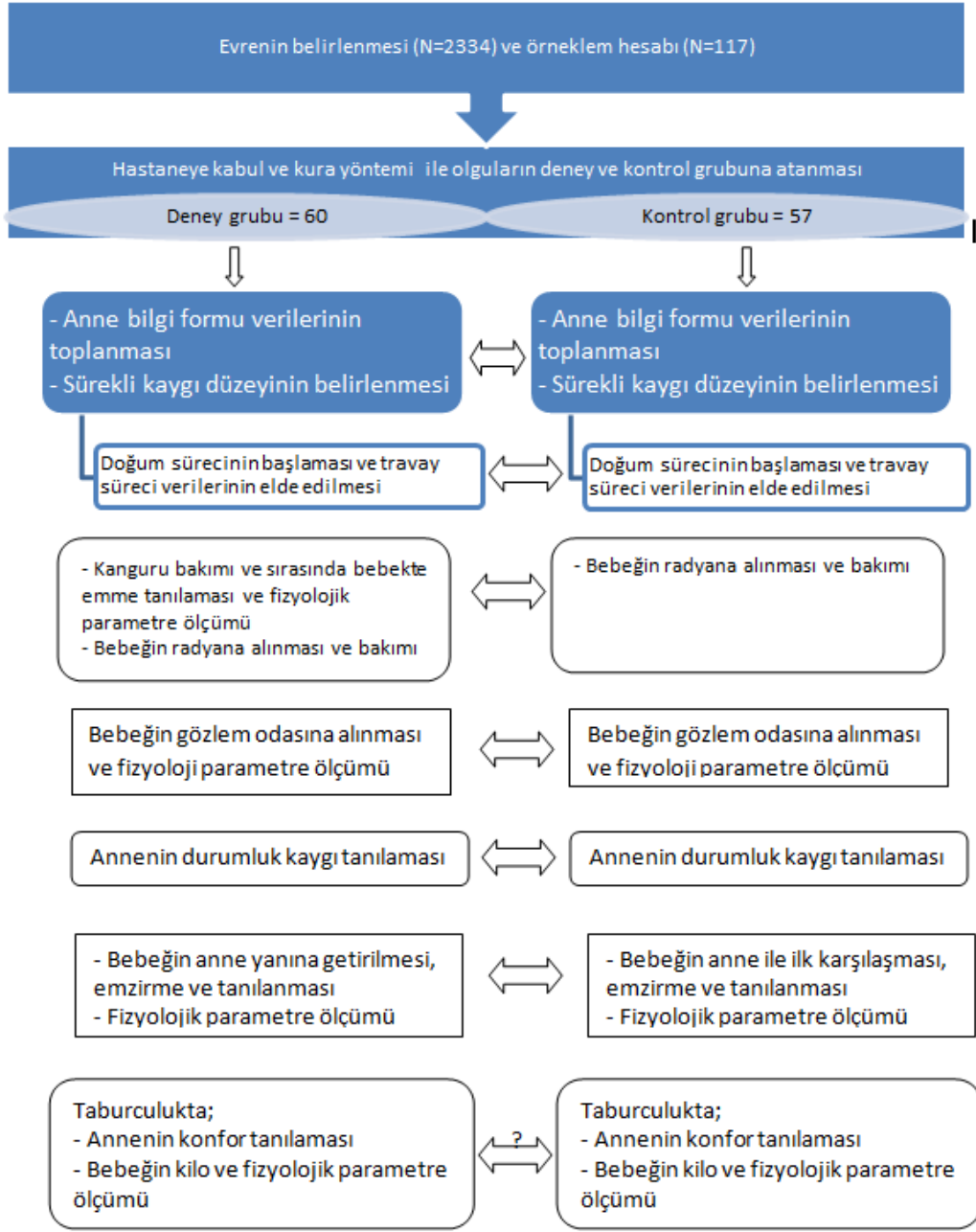
3.6.7 Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) (Ek.8).

Katharina Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilen Genel Konfor Ölçeği'nin (General Comfort Questionary-GCQ) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kuğuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından yapıldı. Genel Konfor Ölçeği, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuş olup gereksinimlerin belirlenmesi, konfor sağlayan hemşirelik girişimleri ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek dördümlük likert tipte olup toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15 madde)'dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-4 dağılımında belirtilir. Düşük konfor bir puan, yüksek konfor dört puan ile ifade edilmektedir (52).

| Konfor | Düzeyleri | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------|-----|-----------|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Ferahlama | | Rahatlama | | Üstünlük | | | | | | | | |
| Boyutları | | | | | | | | | | | | | |
| Fiziksel | 14- | 19- | 48- | 25- | 1+ | 36+ | 20- | 28- | 15+ | 29+ | 5- | 6- | |
| Psikosprituel | 44+ | 46+ | 22- | 40- | 2+ | 7+ | 31+ | 38+ | 24- | 9+ | 17+ | 41- | 45- |
| Çevresel | 3+ | 27+ | 12- | 34- | 11+ | 47+ | 32- | 42- | 30+ | 33+ | 18- | 21- | 35- |
| Sosyokültürel | 37+ | 8- | 13- | 26- | 4+ | 23+ | 43+ | 39- | 10+ | 16+ | | | |

Şekil 2 : Konfor Kuramının Taksonomik yapısı

Genel konfor ölçeği verileri, deney ve kontrol grubunda yer alan kadınlardan taburcu edilirken elde edilecektir. Deney grubunun genel konfor düzeyinin kontrol grubundan yüksek olması beklenmektedir.



Şekil 3: Araştırma Tasarımı

3.7 Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışma İstanbul ilinde yer alan bir özel hastanede vajinal yol ile doğum yapan anneler (gestasyon yaşı 36 hafta + 1 gün ve üzeri olmak üzere) ve bebekleri üzerinde yapıldı. Öncelikle çalışmanın sürdürüleceği hastanede 2013 yılı verileri incelendi ve vajinal yol ile doğum yapan annelerin sayısı saptanarak çalışmanın evreni belirlendi (2334 adet vajinal yol ile doğum).

Daha sonra örneklem hesabı yapıldı (60 deney ve 57 kontrol) ve araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri de dikkate alınarak öncelikle 10 kadında pilot çalışma yapıldı. Çalışma sürecinde ve veri toplama formlarında, veri toplamaya engel bir durum ile karşılaşılmadı ve çalışma başlatıldı. Araştırma kapsamına alınan olgular kura yöntemi ile deney ve kontrol grubuna atandı.

Doğum öncesi dönemde deney ve kontrol gruplarına araştırmacı kendini tanıttı ve araştırma konusu ve izlenecek adımlar hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (Ek.1) imzalamaları istendi. Daha sonra Anne Bilgi Formu ve (Ek.2). ve Sürekli-Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI 1 ve STAI 2) (Ek.7). verileri elde edildi. Travay Sürecinde(Ek.3).’de belirtilen veriler elde edildi ve deney-kontrol grubu arasında travay sürecinde herhangi bir farklılığın bulunma durumu incelendi.

Doğum sonrası dönemde aşağıdaki adımlar gerçekleştirildi.

Deney grubunda;

- Yenidoğan doğar doğmaz ağız içi steril gazlı bez ile silindi,
- Göbek klemplenmeksizin annenin kucağına verildi,
- Anne ile bebeğin ten tene teması sağlandı.
- Yenidoğanın üzeri önceden ısıtılmış steril yeşil örtü ve havlu ile örtüldü.
- Göbeğin klemplenmesi yenidoğan anne kucağında ten tene temas halinde iken yapıldı.
- Bebeğin memeyi kendisinin bulup emmesi için yaklaşık 2-3 dakikalık zaman ayrıldı (gerektiğinde bebeğe anne memesini tutmasında yardım edildi).
- Yenidoğan ten tene temas ederken fizyolojik parametrelerine bakıldı ve LATCH emzirme tanılama ölçüm aracı ile emzirme tanılması yapıldı.
- Herhangi bir sorun gelişmedi ise doğumda kanguru bakımı bittiğinde yenidoğan, üzerindeki havlu ile radian ısıtıcı altına alındı. Havlu uzaklaştırıldı. Radian ısıtıcı altındayken hastanenin rutin bakım programı bebeğe uygulandı. Yenidoğan bebek gözlem odasına götürüldüğünde bebek gözlem odasının rutinleri uygulandı.
- Yenidoğanın anne ile ikinci temasında ve taburculuk esnasında fizyolojik parametreler tekrar incelendi.

Kontrol grubunda;

Yenidoğanın Doğum Odasındaki Rutin Bakımı

- Yenidoğan doğar doğmaz ağız içi steril gazlı bez ile silindi.
- Göbek bağı klemlenerek kesildi (göbek bağı önce anneye yakın tarafından portegü ile klemlendi ve sıvazlandı, sonra bebeğe yakın tarafından portegü ile klemlendi, sonra tam ortadan makas ile kesildi).
- Bebek, daha önceden ısıtılmış radian altına yatırıldı.
- Kurulandı, ıslak yeşil örtü uzaklaştırıldı.
- Yenidoğanın Apgar skoru 7 ve üzerinde ise göbekten 2 cm ileriden göbek bağı göbek klembi ile klemlenerek kesildi.
- Yenidoğan, baştan ayağa yöntemi ile muayene edildi (fontanel, kulaklar, ağız içi, sırt, gövde ve tüm extremiteler).
- Özefagus atrezisini saptamak için aspirasyon kateteri (bebeğin kilosuna uygun numarada) ile nazogastrik yol açıklığına bakıldı.
- Anal atreziyi saptamak için anal açıklığına bakıldı.
- Radian ısıtıcı altında bebeğin fizyolojik parametreleri (kalp tepe atım hızı/dk. solunum, vücut sıcaklığı vb.) değerlendirildi.
- Annenin kolundaki beyaz bilezik çıkarıldı ve bebeğin cinsiyetine göre pembe/mavi bileklik anne ve bebeğe takıldı. Annedeki bileklik üzerine annenin adı soyadı ve doğum tarihi, protokolü, bebeğin doğum saati; bebekteki bileklik üzerine annenin adı soyadı ve protokolü, bebeğin doğum tarihi ve saati yazıldı.
- Yenidoğan daha önceden ısıtılmış olan havluya sarılarak anneye gösterildi.
- Rutin yenidoğan işlemlerinin yapılması için Bebek Gözlem Odasına getirildi.
- Bebek Gözlem Odasına götürülürken baba ve diğer yakınlarına gösterildi.

Yenidoğanın Bebek Gözlem Odasındaki Rutin Bakımı:

- Yenidoğan havludan çıkarıldı kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri yapıldı.
- Doğum belgesi, aşı kartı ve doğum sertifikasına ayak izi alındı.

- Yenidoğanın bakımı baştan ayağa yöntemi ile yapıldı.
 - Her iki göze birer damla gentagut damlatıldı.
 - Antiseptik solüsyon (batikon) ile göbek bakımı yapıldı.
 - Bebek bezi bağlandı.
 - Yenidoğanın sağ bacağına 1 mg K vitamini, sol bacağına 0,5 ml Hepatit B aşısı IM yol ile uygulandı.
 - Yenidoğandan kan grubu, hematokrit ve kan şekeri tayini için 1 cc kan alındı.
- Yenidoğanın fizyolojik parametrelerine bakıldı.
- Yenidoğan çocuk hekimi tarafından muayene edildi.
- Yenidoğanın kıyafetleri giydirildi.
- Yenidoğan ilk emzirme için anne yanına götürüldü ve anne memesine tutturuldu.
- LATCH emzirme tanılama ölçüm aracı ile emzirme tanılması yapıldı, anne ile ilk temasta yenidoğanın fizyolojik parametrelerine bakıldı.
- Emzirme ve bebek bakımı ile ilgili ilk bilgiler anne, baba ve yenidoğanın yakınlarına verildi.

Doğumdan yaklaşık bir saat sonra deney ve kontrol grubunun durumluk kaygı düzeyleri belirlendi.

Taburculuk sırasında ise her iki gruptaki bebeğin fizyolojik parametreleri ve annelerin konfor düzeyleri değerlendirildi.

Elde edilen veriler analiz edilerek deney ve kontrol grupları arasında farkın olup olmadığı değerlendirildi.

Araştırma sürecinde araştırma dışı bırakılan olgular ve nedenleri:

- Anne adayının doğumda kendini iyi hissetmemesi,
- Annenin doğumda bebeğinin kirli olduğunu düşünerek kanguru bakımını sonlandırması,
- Çalışmaya katılan kadınların ikisinin doğumlarının aynı zamanda gerçekleşmesi,

- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların doğumlarının araştırmacının hastanede olmadığı saatlerde gerçekleşmesi,
- Yenidoğanın apgar skorunun dūřuk olması nedeniyle pozitif basıncılı ventilasyon uygulanması,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadının doğumunun vakumla gerçekleşmesi,
- Araştırmacının çalıştığı birimin aşırı yoğunluğu nedeniyle araştırmayı kabul eden kadının doğumuna yetişememesi,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların baş pelvis uyuşmazlığı, fetal dstres, deflexion geliş, annenin travay sürecinde ağrılara dayanamayıp kendi isteği ile sezeryan olması nedeni ile yirmi adet olgu araştırma dışı bırakıldı

3.8 Araştırma Sonuçlarının İstatiksel Analizi

Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, en dūřuk, en yūksək, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Deęiřkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçūldū. Nicel verilerin analizinde Mann-Whitney U test ve bağımsız örneklem t test kullanıldı. Nitel verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer Test kullanıldı.

3.9 Arařtırmanın Etik Yōnū

Araştırmaların yūrūtölmesinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulması zorunludur. Bu amaç doğrultusunda araştırmada, bilgilendirilmiş gönūllū olur formu doldurularak, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, yeterli ve doğru bakım alma, zarar vermeme, yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu. Çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı. Örnekleme alınan kadınlara, araştırmanın amacı ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak, araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman çıkabilecekleri ve elde edilen bilgilerin sonuçlarının ancak kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatılarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı bilgilendirilmiş olur alındı (Ek.1).

Ayrıca aşağıda sıralanan kurum ve kişilerden gerekli izinler elde edildi:

- Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Ükke Karabacak'dan yazılı izin alındı (Ek.9).
- LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Kerziban Yenal' dan yazılı izin alındı (Ek.10).
- Sürekli Durumluluk Kaygı Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Necla ÖNER'den yazılı izin alındı (Ek.11).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Ek.12).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için Özel Nisa Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alındı (Ek.13).

3.10 Araştırmanın Tamamlanmasında Karşılaşılan Durumlar

3.10.1 Olumlu Durumlar

- Araştırmanın yapıldığı tüm birimlerde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile olumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
- Araştırmayı araştırmacının çalıştığı hastanede yapmış olması, veri toplama süreci boyunca yatışı yapılan gebeye ulaşmayı ve iletişimi kolaylaştırdı.
- Araştırmacı doğumhane, bebek bakım ünitesi ve hasta odalarına giriş çıkışlarında zorluk yaşamadı.
- Araştırmaya katılan ve örneklem grubunu oluşturan bireyler ile araştırma sürecinde olumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
- Araştırmada örneklem grubunu oluşturan kadınların ve bebeklerinin araştırmacı tarafından sık ziyaret edilmesi bireylerin kendini güvende hissetmelerini sağladı.
- Araştırmanın yapıldığı doğumhane ve bebek gözlem odasında çalışan ebe ve hemşireler araştırmacının uyguladığı yöntemin kendi iş yüklerini azalttığını ifade etti.

- Ebeler, hemşireler, hekimler ve hastane yönetimi araştırma süreci boyunca ekip çalışması içinde araştırmacıyı ve araştırmayı destekledi.

3.10.2 Olumsuz Durumlar

- Araştırmanın yürütülmesi sırasında araştırmacının yaşadığı bireysel sorunlar nedeni ile süreçte zaman zaman aksamalar meydana geldi.

3.11 Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın sonuçları verilerin toplandığı kuruma genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde; doğumda kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışlarına ve annenin konfor düzeyine etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiki analizleri tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

- Deney ve kontrol grubundaki kadınların bireysel, travay ve doğum süreci ile ilgili bulgular,
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin bireysel özellikleri, emzirme davranışları ve fizyolojik parametreleri ile ilgili bulgular,
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların kaygı ve konfor düzeyi ile ilgili bulgular başlıkları altında ele alındı.

4.1 Deney ve kontrol grubundaki kadınların bireysel, travay ve doğum süreci ile ilgili bulgular

Tablo 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Bireysel Özellikler | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | p |
|--|-----------------------|-----|-------------------------|-----|--------------------|
| | n | % | n | % | |
| Yaş Sınıfları | | | | | |
| 20-30 | 38 | 63 | 37 | 65 | 0,859 ^a |
| 31-41 | 22 | 37 | 20 | 35 | |
| Yaş (Ortalama ±SS) (Minimum-Maksimum) | 28,8±4,3 20-38 | | 29,4±4,5 21-40 | | 0,456 ^b |
| Ortanca | 29 | | 29 | | |
| Öğrenim Durumu | | | | | |
| İlköğretim mezunu | 19 | 32 | 22 | 39 | 0,359 ^a |
| Ortaöğretim mezunu | 17 | 28 | 19 | 33 | |
| Yükseköğretim mezunu | 24 | 40 | 16 | 28 | |
| Resmi nikâhının bulunma durumu | | | | | |
| Var | 60 | 100 | 57 | 100 | - |
| Mesleği | | | | | |
| Ev Hanımı | 45 | 75 | 41 | 72 | 0,209 ^a |
| Diğer | 15 | 25 | 16 | 28 | |
| Gebelik sürecinde gelişen sağlık sorununun bulunma durumu | | | | | |
| Evet | 40 | 67 | 38 | 67 | 1,000 ^a |
| Hayır | 20 | 33 | 19 | 33 | |

| | | | | | |
|---|-----------|-----|-----------|-----|--------------------------|
| Kronik sağlık sorunun bulunma durumu | | | | | |
| Var | 0 | 0 | 1 | 2 | 0,303 ^a |
| Yok | 60 | 100 | 56 | 98 | |
| Sigara kullanma durumu | | | | | |
| Hiç kullanmadı | 50 | 83 | 48 | 84 | |
| Bıraktı | 6 | 10 | 6 | 11 | 0,948 ^a |
| Halen içiyor | 4 | 7 | 3 | 5 | |
| Gebelik sayısı | | | | | |
| 1-3 | 53 | 88 | 48 | 84 | |
| 4-7 | 7 | 12 | 9 | 16 | 0,516 ^a |
| Gebelik sayısı (Ortalama ±SS) | 2,2±1,2 | | 2,3±1,4 | | |
| (Minimum-Maksimum) | 1-6 | | 1-7 | | 0,977 ^b |
| Ortanca | 2 | | 2 | | |
| Gebeliğin planlı olma durumu | | | | | |
| Planlı | 40 | 67 | 42 | 74 | |
| Plansız | 20 | 33 | 15 | 26 | 0,407 ^a |
| Emzirme deneyiminin bulunma durumu | | | | | |
| Evet | 37 | 62 | 36 | 63 | |
| Hayır | 23 | 38 | 21 | 37 | 0,868 ^a |
| Annenin emzirme isteği | | | | | |
| Var | 60 | 100 | 57 | 100 | - |
| Annenin emzirme eğitimi alma durumu | | | | | |
| Evet | 24 | 40 | 13 | 23 | |
| Hayır | 36 | 60 | 44 | 77 | 0,046^a |
| Annenin emzirme eğitimi kaynağı* | | | | | |
| Hemşire | 13 | 22 | 8 | 14 | |
| Aile büyükleri | 4 | 7 | 1 | 2 | |
| Kitap, dergi, gazete | 7 | 12 | 4 | 7 | |
| Annenin doğumda kanguru bakımı vermeye istekli olma durumu | | | | | |
| Evet | 60 | 100 | 57 | 100 | - |

^a Süreklilik Düzeltmeli Perason Ki-Kare veya Pearson Ki-Kare

^b Man Whitney-U Testi

* Bu soruyu emzirme eğitimi alan kadınlar yanıtladı (deney grubu için n=24, kontrol grubu için n=13)

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bireysel özellikleri çoğunluğu oluşturan gruplar yönünden incelendiğinde: deney grubunun %63'ünün (n=38) 20-30 yaş grubunda, %40'ının (n=24) yükseköğretim mezunu, tümünün resmi nikahlı, %75'inin (n=45) ev hanımı olduğu, %67'sinin (n=40) gebelik sürecinde sağlık sorununun geliştiği, tümünün kronik sağlık sorununun bulunmadığı, %83'ünün (n=50) yaşamı boyunca hiç sigara kullanmadığı, %88'inin (n=53) 1-3 kez gebelik deneyimlediği, %67'sinin (n=40) gebeliğinin planlı olduğu, %62'sinin (n=37) emzirme deneyiminin bulunduğu, tümünün doğacak bebeğini emzirmek istediği, %60'ının (n=36) emzirme eğitimi almadığı, emzirme eğitimi alanların (N=24) bu konudaki bilgi kaynağının %22'lik (n=13) bir oranla hemşire olduğu ve olguların tümünün kanguru bakımına istekli olduğu; kontrol grubunun ise %65'inin (n=37) 20-30 yaş grubunda, %39'unun (n=22) ilköğretim mezunu, tümünün resmi nikahlı, %72'sinin (n=41) ev hanımı olduğu, %67'sinin (n=38) gebelik sürecinde sağlık sorununun geliştiği, %98'inin (n=56) kronik sağlık sorununun bulunmadığı,

%84'ünün (n=48) hayatında hiç sigara kullanmadığı, %84'ünün (n=48) 1-3 kez gebelik deneyimlediği, %74'ünün (n=42) gebeliğinin planlı olduğu, %63'ünün (n=36) emzirme deneyiminin bulunduğu, tümünün doğacak bebeğini emzirmek istediği, %77'sinin (n=44) emzirme eğitimi almadığı, emzirme eğitimi alanların (n=13) bu konudaki bilgi kaynağının %14'lük (n=8) bir oranla hemşire olduğu ve olguların tümünün kanguru bakımına istekli olduğu saptandı. Öte yandan deney grubunun yaş ortalamasının 28,8 (SS=4,3), gebelik sayısı ortalamasının 2,2 (SS=1,2), kontrol grubunun yaş ortalamasının 29,4 (SS=4,5), gebelik sayısı ortalamasının 2,3 (SS=1,4) olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunda annenin emzirme eğitimi alma durumunun farklı olduğu (p<0,05). Öte yandan deney ve kontrol grubu arasında incelenen diğer değişkenler yönünden anlamlı farklılıkların bulunmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 1).

Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Eşlerinin Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Bireysel Özellikler | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | P | χ^2^* |
|--------------------------------------|-----------------------|----|-------------------------|----|--------------|--------------|
| | n | % | n | % | | |
| Öğrenim Durumu | | | | | | |
| İlköğretim mezunu | 9 | 15 | 9 | 16 | 0,044 | 6,258 |
| Ortaöğretim mezunu | 15 | 25 | 26 | 46 | | |
| Yükseköğretim mezunu | 36 | 60 | 22 | 39 | | |
| Mesleği | | | | | | |
| Memur | 12 | 20 | 16 | 28 | 0,351 | 3,278 |
| İşçi | 8 | 13 | 11 | 19 | | |
| Serbest Meslek | 28 | 47 | 24 | 42 | | |
| Diğer | 12 | 20 | 6 | 11 | | |
| Sağlık sorunun bulunma durumu | | | | | | |
| Var | 2 | 3 | 4 | 7 | 0,366 | 0,816 |
| Yok | 58 | 97 | 53 | 93 | | |

*Süreklilik Düzeltmeli Perason Ki-Kare veya Pearson Ki-Kare

Deney ve kontrol grubundaki kadınların eşlerinin bireysel özellikleri çoğunluğu oluşturan gruplar yönünden incelendiğinde; deney grubunun %60'ının (n=36) yükseköğretim mezunu, %47'sinin (n=28) serbest meslek, %97'sinin sağlık sorununun bulunmadığı; kontrol grubunun ise %46'sının (n=26) ortaöğretim mezunu, %42'sinin (n=24) serbest meslek, %93'ünün (n=53) sağlık sorununun bulunmadığı saptandı. Deney ve kontrol grubundaki babaların öğrenim durumu

yönünden farklı olduğu saptandı ($p<0,05$) ve bu farklılığın deney grubunda yükseköğretim mezunu babaların daha yüksek oranda bulunması kaynaklı olduğu görüldü. Öte yandan deney ve kontrol grubu arasında babanın meslek dağılımı ve sağlık sorununun bulunma durumu arasında anlamlı farklılıkların bulunmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Travay ve Doğum Süreci Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Bireysel Özellikler | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | P | χ^2 Z^{MW} |
|--|-----------------------|----|-------------------------|-----|-------|----------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Hastaneye başvuruda kasılmaların durumu | | | | | | |
| Düzenli | 5 | 8 | 2 | 4 | 0,508 | 1,355 ^a |
| Düzensiz | 29 | 48 | 27 | 47 | | |
| Yok | 26 | 43 | 28 | 49 | | |
| Hastaneye yatış için müracaat edildiğinde amnios sıvısının gelme durumu | | | | | | |
| Hastaneye başvurudan önce | 7 | 12 | 3 | 5 | 0,464 | 1,536 ^a |
| Hastanede | 10 | 17 | 10 | 18 | | |
| Hekim tarafından açıldı | 43 | 72 | 44 | 77 | | |
| Travay Süresi (Ortalama \pmSS) | | | | | | |
| Minimum-Maksimum | 5,2 \pm 3,2 | | 5,6 \pm 3,9 | | 0,472 | -0,719 |
| Ortanca | 1-17 | | 1-28 | | | |
| | 5 | | 5 | | | |
| Travay sürecinde indüksiyon alma durumu | | | | | | |
| Evet | 59 | 98 | 57 | 100 | 1,000 | 0,95 ^a |
| Hayır | 1 | 2 | 0 | 0 | | |
| Travay sürecinde dakikadaki fetal kalp atım sayısı | | | | | | |
| 120-140 | 29 | 48 | 26 | 46 | 0,768 | 0,087 ^a |
| 141-161 | 31 | 52 | 31 | 54 | | |
| Fetal kalp atım (Ortalama \pmSS) | | | | | | |
| Minimum-Maksimum | 141,7 \pm 9,1 | | 143,7 \pm 8,9 | | 0,188 | -1,318 ^b |
| Ortanca | 120-161 | | 120-160 | | | |
| | 142 | | 146 | | | |
| Doğum eyleminde kristal (karından bası) uygulanma durumu | | | | | | |
| Evet | 37 | 62 | 40 | 70 | 0,332 | 0,941 ^a |
| Hayır | 23 | 38 | 17 | 30 | | |
| Epizyotomi açılma durumu | | | | | | |
| Açıldı | 54 | 90 | 54 | 95 | 0,337 | 0,492 ^a |
| Açılmadı | 6 | 10 | 3 | 5 | | |
| Fetal baş prezantasyon durumu | | | | | | |
| Oksiput anterior | 59 | 98 | 56 | 98 | 1,000 | 0,001 ^a |
| Oksiput posterior | 1 | 2 | 1 | 2 | | |
| Amnios sıvısının mekonyumlu olma durumu | | | | | | |
| Evet | 8 | 13 | 11 | 19 | 0,382 | 0,765 ^a |
| Hayır | 52 | 87 | 46 | 81 | | |

^a Süreklilik Düzeltmeli Perason Ki-Kare,

^b Man Whitney-U Testi

Deney ve kontrol grubundaki kadınların travay ve doğum süreci özellikleri çoğunluğu oluşturan gruplar yönünden incelendiğinde; deney grubunun hastaneye başvuruda %48'inin (n=29) kasılmaların düzensiz olduğu, hastaneye yatış için

müracaat edildiğinde %72'sinin (n=43) amnios sıvısının hekim tarafından açıldığı, %98'inin (n=59) travay sürecinde indüksiyon aldığı, travay sürecinde %52'sinin (n=31) dakikadaki fetal kalp atım sayısının 141-161 aralığında olduğu, doğum eyleminde %62'sinin (n=37) kristal (karından bası) uygulandığı, %90'ının (n=54) epizyotomi açıldığı, fetal baş prezentasyonunun %98'inin (n=59) oksiput anterior olduğu, amnios sıvısının %98'sinin (n=59) mekonyumlu olmadığı; kontrol grubunun ise %49'unun (n=28) hastaneye başvuruda kasılmalarının olmadığı, hastaneye yatış için müracaat edildiğinde %77'sinin (n=44) amnios sıvısının hekim tarafından açıldığı, %100'ünün (n=57) travay sürecinde indüksiyon aldığı, travay sürecinde %54'ünün (n=31) dakikadaki fetal kalp atım sayısının 141-161 aralığında olduğu, doğum eyleminde %70'inin (n=40) kristal (karından bası) uygulandığı, %95'inin (n=54) epizyotomi açıldığı, fetal baş prezentasyonunun %98'inin (n=56) oksiput anterior olduğu, %81'inin (n=46) amnios sıvısının mekonyumlu olmadığı saptandı. Öte yandan deney grubunun travay süresi ortalamasının 5,2 saat (SS=3,2), fetal kalp atım hızı ortalamasının dakikada 141,7 (SS=9,1) olduğu saptandı. İncelenen bu değişkenler yönünden deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıkların bulunmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 3).

4.2 Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin bireysel özellikleri, emzirme davranışları ve fizyolojik parametreleri ile ilgili bulgular

Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Bireysel Özellikler | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | P | χ^2 / Z^{MW} |
|--------------------------------------|-----------------------|------|-------------------------|----|--------------------|-------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Doğum ağırlığı | | | | | | |
| 2,5 kg altı | 1 | 1,7 | 0 | 0 | 0,209 ^a | - |
| 2,5 kg - 4,0 kg | 56 | 93,3 | 52 | 91 | | |
| 4,0 kg üstü | 3 | 5,0 | 5 | 9 | | |
| Doğum ağırlığı (Ortalama ±SS) | 3,5±0,4 | | 3,4±0,4 | | 0,122 ^b | 1,54 6 |
| Minimum-Maksimum | 2-5 | | 3-4 | | | |
| Ortanca | 3 | | 3 | | | |
| Boy uzunluğu | | | | | | |
| 46,00 cm ve altı | 4 | 6,7 | 4 | 7 | 0,979 ^a | - |
| 46,01 – 53,00 cm | 56 | 93,3 | 53 | 93 | | |
| Boy (Ortalama ±SS) | 49,2±1,9 | | 49,3±1,8 | | 0,771 ^b | - |
| Minimum-Maksimum | 45-53 | | 45-53 | | | |
| Ortanca | 49 | | 49 | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|------|----------|-----|--------------------|-------|
| Baş çevresi | | | | | | |
| 33,00 cm ve altı | 8 | 13,3 | 6 | 11 | | |
| 33,01 - 37,00 cm | 50 | 83,3 | 51 | 89 | 0,876 ^a | - |
| 37,01cm ve üstü | 2 | 3,3 | 0 | 0 | | |
| Baş çevresi (Ortalama ±SS) | 34,8±1,4 | | 34,7±1,1 | | | |
| Minimum-Maksimum | 31-38 | | 32-37 | | 0,895 ^b | - |
| Ortanca | 35 | | 35 | | | 0,132 |
| Cinsiyeti | | | | | | |
| Kız | 27 | 45 | 33 | 58 | | |
| Erkek | 33 | 55 | 24 | 42 | 0,163 | 1,945 |
| 1. Dakikadaki apgar skoru | | | | | | |
| 7 ve üstü | 60 | 100 | 57 | 100 | | - |
| 1. Dakikadaki apgar (Ort. ±SS) | 9,0±0,0 | | 8,9±0,3 | | | |
| Minimum-Maksimum | 9-9 | | 7-9 | | 0,073 ^b | - |
| Ortanca | 9 | | 9 | | | 1,792 |
| 5. Dakikadaki apgar skoru | | | | | | |
| 7 ve üstü | 60 | 100 | 57 | 100 | | - |
| 5. Dakikadaki apgar (Ort. ±SS) | 10,0±0,0 | | 9,9±0,2 | | | |
| Minimum-Maksimum | 10-10 | | 9-10 | | 0,073 ^b | - |
| Ortanca | 10 | | 10 | | | 1,793 |
| Kanguru bakım süresi | | | | | | |
| 4 - 10 dk | 26 | 43,3 | - | - | | |
| 11 - 17 dk | 34 | 56,7 | - | - | | |
| Kanguru bakım süresi (Ort.±SS) | 11,6±2,2 | | | | | |
| Minimum-Maksimum | 7-17 | | - | - | | |
| Ortanca | 12 | | | | | |

^a Süreklilik Düzeltmeli Perason Ki-Kare

^b Man Whitney-U Testi

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin bireysel özellikleri çoğunluğu oluşturan gruplar yönünden incelendiğinde; deney grubunun %93,3'ünün (n=56) 2,5 kg altı doğum ağırlığında, %93,3'ünün (n=56) 46,01-53,00 cm boy uzunluğu aralığında, %83,3'ünün (n=50) 33,01-37,00 cm baş çevresi aralığında, %55'inin (n=33) cinsiyetinin erkek, %100'ünün (n=60) 1. ve 5. dakikadaki apgar skorlarının 7 ve üzeri, %56,7'sinin (n=34) kanguru bakım süresinin 11-17 dakika aralığında olduğu, kontrol grubunun ise; %91'inin (n=52) doğum ağırlığının 2,5-4,0 kg aralığında, %93'ünün (n=53) 46,01-53 cm boy uzunluğu aralığında, %89'unun (n=51) 33,01-37 cm baş çevresi aralığında, %58'inin (n=33) cinsiyetinin kız, %100'ünün (n=57) 1. ve 5. dakikalardaki apgar skorunun 7 ve üzeri olduğu saptandı. İncelenen değişkenler sürekli değişken olarak analiz edildiğinde; deney grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı ortalamasının 3,5 kg (SS=0,4), boy uzunluğu ortalamasının 49,2 cm (SS=1,9), baş çevresi ortalamasının 34,8 cm (SS=1,4), 1. dakikadaki apgar skoru ortalamasının 9,0 (SS=0,0), 5. dakikadaki apgar skoru ortalamasının 10,0 (SS=0,0) olduğu; öte yandan kontrol grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı ortalamasının 3,4 kg (SS=0,4), boy uzunluğu ortalamasının 49,3 cm

(SS=1,8), baş çevresi ortalamasının 34,7 cm (SS=1,1), 1. dakikadaki apgar skoru ortalamasının 8,9 (SS=0,0), 5. dakikadaki apgar skoru ortalamasının 9,9 (SS=0,2) olduğu belirlendi. İncelenen bu değişkenler yönünden deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıkların bulunmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4). Ayrıca sadece deney grubundaki bebeklere uygulanan kanguru bakımı süresi ortalamasının 11,6 dakika (SS=2,2) olduğu (Tablo 4)'de görülmektedir.

Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Emzirme Davranışlarının Karşılaştırılması

| Emzirme Davranışları | Deney Grubu | Kontrol Grubu | p | Z ^{MW} |
|---|---------------|---------------|-------|-----------------|
| | (n=60) | (n=57) | | |
| | Ortalama ± SS | Ortalama ± SS | | |
| Doğumda kanguru bakımı sırasında LATCH puanı | | | | |
| LATCH puanı | 8,6±1,1 | | | |
| Minimum-Maksimum | 5-10 | - | - | - |
| Ortanca | 9 | | | |
| Hastane odasında ilk emzirmede LATCH puanı | | | | |
| LATCH puanı | 10,1±1,2 | 8,5±1,1 | 0,000 | -8,615 |
| Minimum-Maksimum | 9-19 | 4-10 | | |
| Ortanca | 10 | 9 | | |
| Taburculuktaki emzirmede LATCH puanı | | | | |
| LATCH puanı | 9,9±0,8 | 9,4±0,8 | 0,000 | -5,820 |
| Minimum-Maksimum | 4-10 | 6-10 | | |
| Ortanca | 10 | 9 | | |

Deney grubundaki bebeklerin doğumdan hemen sonra kanguru bakımı sırasında LATCH puanı ortalamasının 8,6 (SS=1,1) olduğu belirlendi. Öte yandan hastane odasında ilk emzirmede deney grubunun LATCH puanı ortalaması 10,1 (SS=1,2), kontrol grubunda ise 8,5 (SS=1,1) olduğu ve deney grubundaki bebeklerin LATCH puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,05$), taburculuktaki emzirmede deney grubundaki bebeklerin LATCH puanı ortalamasının 9,9 (SS=0,8), kontrol grubunun ise 9,4 (SS=0,8) olduğu ve deney grubundaki bebeklerin LATCH puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Kalp Atım Hızı Değerlerinin Karşılaştırılması

| Kalp Atım Hızı | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | p | Z ^{MW} |
|---|-----------------------|------|-------------------------|-----|--------------|-----------------|
| | n | % | n | % | | |
| Doğum sonrası ilk kalp atım hızı | | | | | | |
| 110dk.-160dk. | 59 | 98,3 | 51 | 89 | | |
| 161dk. ve üzeri | 1 | 1,7 | 6 | 11 | | - |
| Kalp atım hızı (Ort. ± SS) | 138±13 | | 146±15 | | | |
| Minimum-Maksimum | 116-161 | | 110-170 | | 0,001 | 3,344 |
| Ortanca | 140 | | 150 | | | |
| Bebek gözlem odasındaki kalp atım hızı | | | | | | |
| 110dk.-160dk. | 60 | 100 | 56 | 98 | | |
| 161dk. ve üzeri | 0 | 0,0 | 1 | 2 | | - |
| Kalp atım hızı (Ort. ± SS) | 140±11 | | 143±10 | | | |
| Minimum-Maksimum | 116-160 | | 110-170 | | 0,038 | 2,077 |
| Ortanca | 140 | | 145 | | | |
| Hastane odasında ilk karşılaşmada kalp atım hızı | | | | | | |
| 109dk. ve altı | 1 | 1,7 | 0 | 0 | | |
| 110dk.-160dk. | 59 | 98,3 | 57 | 100 | | |
| Kalp atım hızı (Ort. ± SS) | 133,0±11,5 | | 134,9±11,3 | | | |
| Minimum-Maksimum | 96-160 | | 118-160 | | 0,497 | 0,680 |
| Ortanca | 135 | | 135 | | | |
| Taburculuk sırasında kalp atım hızı | | | | | | |
| 110dk.-160dk. | 60 | 100 | 57 | 100 | | |
| Kalp atım hızı (Ort. ± SS) | 130±10 | | 128±11 | | | |
| Minimum-Maksimum | 112-152 | | 110-156 | | 0,323 | 0,989 |
| Ortanca | 128 | | 130 | | | |

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin kalp atım hızları incelendiğinde; deney grubunun %98,3'ünün (n=59) doğum sonrası ilk kalp atım hızının 110-160 dk. aralığında, tümünün (n=60) bebek gözlem odasındaki kalp atım hızının 110-160 dk. aralığında, %98,3'ünün (n=59) hastane odasında kalp atım hızının 110-160 dk. aralığında, tümünün (n=60) taburculuk sırasında kalp atım hızının 110-160 dk. aralığında; kontrol grubunun ise %89'unun (n=51) doğum sonrası ilk kalp atım hızı 110-160 dk. aralığında, %98'inin (n=56) bebek gözlem odasındaki kalp atım hızının 110-160 dk. aralığında, tümünün (n=57) hastane odasındaki ilk karşılaşmada ve taburculuk sırasında kalp atım hızının 110-160 dk. aralığında olduğu saptandı. Öte yandan deney grubunun doğum sonrası ilk kalp atım hızı ortalamasının 138 dakika (SS=13), bebek gözlem odasındaki kalp atım hızının

ortalamasının 140 dakika (SS=11), hastane odasındaki ilk karşılaşmada kalp atım hızı ortalamasının 133,0 dakika (SS=11,5), taburculuk sırasında kalp atım hızı ortalamasının 130 dakika (SS=10), olarak saptandı. Deney ve kontrol grubunun kalp atım hızı ortalamaları karşılaştırıldığında doğum sonrası ilk ölçüm ve bebek gözlem odasındaki ölçüm değerleri arasında anlamlılık taşıyan farkların bulunduğu ve her iki ölçümde de kontrol grubunun kalp atım hızının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Solunum Hızı Değerlerinin Karşılaştırılması

| Solunum Hızı | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | p | Z ^{MW} |
|---|-----------------------|-------|-------------------------|-----|--------------|-----------------|
| | n | % | n | % | | |
| Doğum sonrası ilk solunum hızı | | | | | | |
| 39dk. ve altı | 0 | 0,0 | 1 | 2 | | |
| 40dk.-60dk. | 60 | 100 | 49 | 86 | | |
| 61dk. ve üzeri | 0 | 0,0 | 7 | 12 | | |
| Solunum hızı (Ortalama ± SS) | 49,6±4,4 | | 54,6±8,6 | | | |
| Minimum-Maksimum | 42-60 | | 6-66 | | 0,000 | 5,299 |
| Ortanca | 50 | | 56 | | | |
| Bebek gözlem odasındaki solunum hızı | | | | | | |
| 40dk.-60dk. | 59 | 98,3 | 56 | 98 | | |
| 61dk. ve üzeri | 1 | 1,7 | 1 | 2 | | |
| Solunum hızı (Ortalama ± SS) | 51,7±4,2 | | 54,2±5,6 | | | |
| Minimum-Maksimum | 40-62 | | 40-68 | | 0,010 | 2,585 |
| Ortanca | 52 | | 54 | | | |
| Hastane odasında ilk karşılaşmada solunum hızı | | | | | | |
| 40dk.-60dk. | 60 | 100 | 57 | 100 | | |
| Solunum hızı (Ortalama ± SS) | 48,1±6,0 | | 48,6±4,4 | | | |
| Minimum-Maksimum | 40-60 | | 40-60 | | 0,298 | 1,041 |
| Ortanca | 48 | | 48 | | | |
| Taburculuk sırasında solunum hızı | | | | | | |
| 39dk. ve altı | 0 | 0,0 | 1 | 2 | | |
| 40dk.-60dk. | 60 | 100,0 | 55 | 96 | | |
| 61dk. ve üzeri | 0 | 0,0 | 1 | 2 | | |
| Solunum hızı (Ortalama ± SS) | 46,8±5,6 | | 48,5±6,5 | | | |
| Minimum-Maksimum | 40-60 | | 24-62 | | 0,043 | 2,028 |
| Ortanca | 46 | | 48 | | | |

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin solunum hızları incelendiğinde; deney grubundakilerin tümünün (n=60) doğumdan sonraki ilk solunum hızının 40-60 dk. aralığında, bebek gözlem odasında %98,3'ünün (n=59) solunum hızının 40-60 dk. aralığında, hastane odasındaki ilk karşılaşmada ve

taburculuk sırasında tümünün (n=60) solunum hızının 40-60 dk. aralığında; kontrol grubunun ise %86'sının (n=49) ilk solunum hızının 40-60 dk. aralığında, bebek gözlem odasında %98'inin (n=56) solunum hızının 40-60 dk. aralığında, hastane odasındaki ilk karşılaşmada tümünün (n=57) solunum hızının 40-60 dk. aralığında, taburculuk sırasında %96'sının (n=55) solunum hızının 40-60 dk. aralığında olduğu saptandı. Öte yandan deney grubunun solunum hızı ortalamalarının doğum sonrasında ilk ölçümde 49,6 dakika (SS=4,4), bebek gözlem odasında 51,7 dakika (SS=4,2), hastane odasındaki ilk karşılaşmada 48,1 dakika (SS=6), taburculuk sırasında 46,8 dakika (SS=5,6) olarak saptandı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin solunum hızı değerleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında doğum sonrası ilk ölçümde, bebek gözlem odasında ve taburculuk sırasında anlamlılık taşıyan farkların bulunduğu ve her üç ölçümde de kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin solunum hızlarının deney grubundan daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 7).

Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Oksijen Satürasyonu Değerlerinin Karşılaştırılması

| Oksijen Satürasyonu | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | p | Z ^{MW} |
|--|-----------------------|------|-------------------------|----|--------------|-----------------|
| | n | % | n | % | | |
| Doğum sonrası ilk oksijen saturasyonu | | | | | | |
| 94 (SaO ₂) ve altı | 11 | 18,3 | 40 | 70 | | |
| 95 – 100 (SaO ₂) | 49 | 81,7 | 17 | 30 | | |
| Oksijen saturasyonu (Ortalama ± SS) | 95,8±4,8 | | 93,8±2,0 | | 0,000 | 6,047 |
| Minimum-Maksimum | 92-100 | | 90-99 | | | |
| Ortanca | 96 | | 93 | | | |
| Bebek gözlem odasındaki oksijen saturasyonu | | | | | | |
| 94 (SaO ₂) ve altı | 8 | 13,3 | 16 | 28 | | |
| 95 – 100 (SaO ₂) | 52 | 86,7 | 41 | 72 | | |
| Oksijen saturasyonu (Ortalama ± SS) | 96,7±2,0 | | 96,0±2,0 | | 0,089 | 1,698 |
| Minimum-Maksimum | 92-100 | | 92-100 | | | |
| Ortanca | 97 | | 96 | | | |
| Hastane odasında ilk karşılaşmada oksijen saturasyonu | | | | | | |
| 94 (SaO ₂) ve altı | 2 | 3,3 | 3 | 5 | | |
| 95 – 100 (SaO ₂) | 58 | 96,7 | 54 | 95 | | |
| Oksijen saturasyonu (Ortalama ± SS) | 98,7±3,2 | | 97,7±1,8 | | 0,034 | 2,122 |
| Minimum-Maksimum | 94-120 | | 93-100 | | | |
| Ortanca | 99 | | 98 | | | |
| Taburculuk sırasında oksijen saturasyonu | | | | | | |
| 94 (SaO ₂) ve altı | 6 | 10,0 | 7 | 12 | | |
| 95 – 100 (SaO ₂) | 54 | 90,0 | 50 | 88 | | |
| Oksijen saturasyonu (Ortalama ±SS) | 95,9±12,2 | | 94,0±16,4 | | 0,277 | 1,087 |
| Minimum-Maksimum | 94-100 | | 94-100 | | | |
| Ortanca | 98 | | 97 | | | |

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin oksijen satürasyonu değerleri incelendiğinde; deney grubundakilerin oksijen satürasyonunun ilk ölçümde %81,7'sinin (n=49) 95-100 (SaO₂) aralığında, bebek gözlem odasında %86,7'sinin (n=52) 95-100 (SaO₂) aralığında, hastane odasındaki ilk karşılaşmada %96,7'sinin (n=58) 95-100 (SaO₂) aralığında, taburculuk sırasında %90'ının (n=54) oksijen satürasyonu 95-100 (SaO₂) aralığında; kontrol grubunun ise oksijen satürasyonunun ilk ölçümde %70'inin (n=40) 94 (SaO₂) ve altı aralığında, bebek gözlem odasında %72'sinin (n=41) 95-100 (SaO₂) aralığında, hastane odasındaki ilk karşılaşmada %95'inin (n=54) 95-100 (SaO₂) aralığında, taburculuk sırasında %88'inin (n=50) 95-100 (SaO₂) aralığında olduğu saptandı. Öte yandan deney grubunun oksijen satürasyonu ortalamasının doğum sonrası ilk ölçümde 95,8 (SS=4,8), bebek gözlem odasında 96,7 (SS=2,0), hastane odasındaki ilk karşılaşmada 98,7 (SS=3,2), taburculuk sırasında 95,9 (SS=12,2) olarak saptandı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin oksijen satürasyonu değerleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında doğum sonrası ilk ölçümde, hastane odasında ilk karşılaşma sırasında anlamlılık taşıyan farkların bulunduğu ve her iki ölçümde de kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin oksijen satürasyonu değerlerinin deney grubundan daha düşük olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 8).

Tablo 9: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Vücut Sıcaklığı Değerlerinin Karşılaştırılması

| Vücut Sıcaklığı | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | P | Z ^{MW} |
|--|-----------------------|-----|-------------------------|-----|--------------|-----------------|
| | n | % | n | % | | |
| Doğum sonrası ilk vücut sıcaklığı | | | | | | |
| 35,9 °C ve altı | 7 | 11 | 2 | 4 | | |
| 36,00 °C - 37,5 °C | 52 | 87 | 55 | 96 | | |
| 37,6 °C ve üzeri | 1 | 2 | 0 | 0 | | |
| Vücut sıcaklığı (Ortalama ±SS) | 36,4±0,8 | | 36,7±0,4 | | | |
| Minimum-Maksimum | 36-42 | | 36-38 | | 0,000 | 5,224 |
| Ortanca | 36 | | 37 | | | |
| Bebek gözlem odasındaki vücut sıcaklığı | | | | | | |
| 36,00 °C - 37,5 °C | 60 | 100 | 57 | 100 | | |
| Vücut sıcaklığı (Ortalama ±SS) | 36,7±0,3 | | 36,7±0,4 | | | |
| Minimum-Maksimum | 36-38 | | 36-38 | | 0,854 | 0,184 |
| Ortanca | 37 | | 37 | | | |

| Hastane odasında ilk karşılaşmada vücut sıcaklığı | | | | | |
|--|----------|-------|----------|-------|-------------|
| 35,9 °C ve altı | 0 | 0 | 1 | 2 | - |
| 36,00 °C - 37,5 °C | 60 | 100 | 56 | 98 | - |
| Vücut sıcaklığı (Ortalama ±SS) | 36,6±0,4 | | 36,4±0,3 | | |
| Minimum-Maksimum | 36-37 | | 36-37 | | 0,003 2,949 |
| Ortanca | 37 | | 36 | | |
| Taburculuk sırasında vücut sıcaklığı | | | | | |
| 36,00 °C - 37,5 °C | 60 | 100,0 | 57 | 100,0 | - |
| Vücut sıcaklığı (Ortalama ±SS) | 36,9±0,3 | | 36,8±0,3 | | |
| Minimum-Maksimum | 36-38 | | 36-37 | | 0,133 1,502 |
| Ortanca | 37 | | 37 | | |

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin vücut sıcaklığı değerleri incelendiğinde; deney grubundakilerin vücut sıcaklığının %87'sinin (n=52) doğumdan hemen sonra 36-37,5°C aralığında, bebek gözlem odasında-hastane odasındaki ilk karşılaşmada-taburculuk sırasında tümünün (n=60) 36-37,5°C aralığında; kontrol grubunun ise doğumdan sonra ilk ölçümde %69'sinin (n=55) 36-37,5 °C aralığında, bebek gözlem odasında tümünün (n=57) 36-37,5 °C aralığında, hastane odasındaki ilk karşılaşmada %98'inin (n=56) 36-37,5 °C aralığında, taburculuk sırasında tümünün (n=57) 36,00-37,5 °C aralığında olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin vücut sıcaklığı değerleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında doğum sonrası ilk ölçümde, hastane odasında ilk karşılaşma sırasında anlamlılık taşıyan farkların bulunduğu saptandı. Doğum sonrası ilk ölçümde kontrol grubundakilerin vücut sıcaklığının deney grubundakilerden anlamlı olarak yüksek olduğu, hastane odasında ilk karşılaşmada ise tam tersi bir durum olduğu ve kontrol grubundakilerin vücut sıcaklığının deney grubundakilerden anlamlı olarak düşük olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 9).

Tablo 10: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bebeklerinin Kan Şekeri, Hematokrit ve Taburculuktaki Doğum Ağırlığı Değerlerinin Karşılaştırılması

| Kan Şekeri, Hematokrit ve Taburculuktaki Doğum Ağırlığı | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | P | Z ^{MW} |
|---|--------------------|------|----------------------|----|--------------|-----------------|
| | n | % | N | % | | |
| Bebek gözlem odasındaki kan şekeri düzeyi | | | | | | |
| 45 mg/dl ve altı | 3 | 5,0 | 14 | 25 | | |
| 46 mg/dl ve 126 mg/dl | 57 | 95,0 | 43 | 75 | | |
| Kan şekeri (Ortalama ±SS) | 64,9±15,6 | | 55,5±16,1 | | | |
| Minimum-Maksimum | 43-109 | | 36-103 | | 0,000 | -4,076 |
| Ortanca | 61 | | 50 | | | |

| Bebek gözlem odasındaki hematokrit düzeyi | | | | |
|--|----------|------|----------|----|
| 45 L ve altı | 4 | 6,7 | 2 | 4 |
| 46 L - 64 L | 56 | 93,3 | 54 | 95 |
| 65 L ve üzeri | 0 | 0,0 | 1 | 2 |
| Hematokrit (Ortalama ±SS) | 52,2±4,9 | | 53,0±6,3 | |
| Minimum-Maksimum | 43-64 | | 43-88 | |
| Ortanca | 52 | | 52 | |
| Taburculuk sırasındaki ağırlığı | | | | |
| 2,5 kg. altı | 2 | 3,3 | 1 | 2 |
| 2,5 kg.-4,0 kg. | 57 | 95,0 | 54 | 95 |
| 4,0 kg üstü | 1 | 1,7 | 2 | 4 |
| Ağırlığı (Ortalama ±SS) | 3,4±0,4 | | 3,3±0,4 | |
| Minimum-Maksimum | 2-5 | | 2-4 | |
| Ortanca | 3 | | 3 | |

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin bebek gözlem odasındaki kan şekeri, hematokrit ve taburculuktaki doğum ağırlığı değerleri çoğunluğu oluşturan gruplar yönünden incelendiğinde; deney grubundakilerin %95'inin (n=57) kan şekeri düzeyinin 46-126 mg/dl. aralığında, %93,3'ünün (n=56) hematokrit düzeyinin 46-64L. aralığında, %95'inin (n=57) ağırlığı 2,5-4,0 kg. aralığında; kontrol grubunun ise %75'inin (n=43) kan şekeri düzeyinin 46-126 mg/dl. aralığında, %95'inin (n=54) hematokrit düzeyinin 46-64 mL. aralığında, %95'inin (n=54) ağırlığı 2,5-4,0 kg. aralığında olduğu saptandı. Öte yandan deney grubunun bebek gözlem odasındaki kan şekeri ortalaması 64,9 mg/dl. (SS=15,6), hematokrit ortalaması 52,2 mL. (SS=4,9), taburculuk sırasında vücut ağırlığı ortalaması 3,4 kg. (SS=0,4); kontrol grubunun bebek gözlem odasındaki kan şekeri ortalaması 55,5 mg/dl. (SS=16,1), hematokrit ortalaması 53 mL. (SS=6,3), taburculuk sırasında vücut ağırlığı ortalaması 3,3 kg. (SS=0,4) olarak saptandı. Söz konusu bu değişkenler yönünden sadece kan şekeri değerinde deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farkın bulunduğu ve deney grubundakilerin kan şekeri değerlerinin kontrol grubundakilerden daha yüksek olduğu saptandı. (Tablo 10).

4.3 Deney ve kontrol grubundaki kadınların kaygı ve konfor düzeyi ile ilgili bulguları

Tablo 11: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması

| Kaygı Özellikleri | Deney Grubu (n=60) | | Kontrol Grubu (n=57) | | p | χ^2 / Z^{MW} |
|--|-----------------------|---|-------------------------|---|--------------|-------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Kabuldeki Sürekli Kaygı Envanteri Özellikleri | | | | | | |
| Ort.±SS | 39,8±8,1 | | 39,9±6,4 | | 0,887 | -0,142 |
| Minimum-Maksimum | 22-62 | | 22-57 | | | |
| Ortanca | 40 | | 40 | | | |
| Doğumdan sonraki 1 saat içinde Durumluk Kaygı Envanteri Özellikleri | | | | | | |
| Ort.±SS | 25,5±4,3 | | 35,9±5,3 | | 0,000 | -8,098 |
| Minimum-Maksimum | 20-44 | | 23-48 | | | |
| Ortanca | 25 | | 36 | | | |

Araştırma kapsamındaki kadınların kabuldeki sürekli kaygı envanteri puan ortalamasının deney grubunda 39,8 (SS=8,1), kontrol grubunda 39,9 (SS=6,4) olduğu ve deney-kontrol grubunda arasında sürekli kaygı özellikleri yönünden istatistiksel anlamlılık taşıyan bir farkın olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Doğumdan sonra ilk 1 saat içindeki durumluk kaygı envanteri puan ortalamasının deney grubunda 25,5 (n=4,3), kontrol grubunda 35,9 (n=5,3) olduğu bulundu ve kontrol grubundakilerin durumluk kaygı düzeyinin deney grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Taburculuk Sırasındaki Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması

| | Deney Grubu (n=60) | | | Kontrol Grubu (n=57) | | | p | Z ^{MW} |
|----------------------|--------------------|---------|----------|----------------------|---------|----------|-------|-----------------|
| | Ort.±SS | Ortanca | Min-Mak. | Ort.±SS | Ortanca | Min-Mak. | | |
| GKÖ Boyutları | | | | | | | | |
| Fiziksel | 35,8±5,5 | 36 | 18-47 | 34,8±5,8 | 35 | 21-44 | 0,431 | -0,787 |
| Psikospritiuel | 43,6±6,0 | 45 | 18-52 | 44,2±4,6 | 44 | 32-51 | 0,838 | -0,205 |
| Çevresel | 39,7±6,4 | 41 | 21-50 | 41,2±4,3 | 42 | 30-51 | 0,275 | -1,091 |
| Sosyokültürel | 29,9±3,1 | 30 | 18-36 | 30,7±3,2 | 31 | 23-39 | 0,255 | -1,138 |
| GKÖ Düzeyleri | | | | | | | | |
| Ferahlama | 49,7±6,7 | 50 | 23-61 | 51,0±6,7 | 53 | 37-61 | 0,319 | -0,997 |
| Rahatlama | 52,4±7,3 | 53 | 26-64 | 53,3±5,6 | 53 | 40-66 | 0,768 | -0,295 |
| Üstünlük | 46,8±5,8 | 48 | 26-58 | 46,5±5,3 | 46 | 32-57 | 0,720 | -0,358 |
| Toplam | 152,1±13,8 | 152 | 125-80 | 147,5±17,7 | 150 | 75-178 | 0,207 | -1,263 |

Deney ve kontrol grubunun hastaneden taburculuk sırasındaki konfor özellikleri (Tablo 12)'de gösterildi. Buna göre deney ve kontrol grubunun GKÖ boyutları ve düzeyleri ile toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 12).

5. TARTIŞMA

Günümüzde doğumun normal fizyolojik bir süreç olduğu ve bu nedenle mümkün olduğunca müdahalesiz gerçekleşmesi gerektiği ifade edilmektedir. Öte yandan Amerikan Pediatri Akademisi sağlıklı bebeklerin doğumdan hemen sonra ilk emzirme tamamlanana kadar anneleri ile direk ten temasında bulunmaları gerektiğini belirtmektedir (8). Bu kapsamda genellikle sağlık sorunu olan bebeklere kanguru bakımı uygulanmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır (4,9). Oysa Walters ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada annelerin zamanında doğan bebeklerine kanguru bakımı vermeye istekli olduğu belirtilmektedir (8). Bu çalışma zamanında doğan bebeklere kanguru bakımı konusunda literatürdeki boşluğu doldurmak için gerçekleştirildi.

5.1 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN BİREYSEL, TRAVAY VE DOĞUM SÜRECİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların bireysel, travay ve doğum süreci ile ilgili bulguları tartışıldı.

Annenin yaşı, öğrenim durumu, resmi nikahının bulunma durumu, mesleği, gebelik sürecinde gelişen sağlık sorunu, kronik sağlık sorunu, sigara kullanma durumu, gebelik sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, emzirme deneyiminin bulunma durumu, emzirme isteği, doğumda kanguru bakımı vermeye istekli olma durumu değişkenleri yönünden deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü, ancak emzirme eğitimi alma durumunda deney grubunda anlamlı farklılık olduğu görüldü. Yukarıda sıralanan bu değişkenlerin araştırmada incelenen bağımlı değişkenleri (yenidoğanın emme davranışları, fizyolojik parametreleri ve annenin konfor düzeyi) etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle deney ve kontrol grubunun bu değişkenler yönünden eşlenik olması gerekmektedir. Elde edilen sonuçlar her iki grubun yukarıda sıralanan özellikler açısından benzer olduğunu göstermektedir.

TNSA-2013’de, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlemlenmiştir. Daha önceki araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 20-24 yaş grubunda ortaya çakarırken, ilk kez TNSA-2008 araştırmasında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubuna ilerlemiştir (53). Yenal ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları araştırmada ortalama anne yaşı 26,73, İnce ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada ise 28,5 olarak saptandı. (5, 54). Bu çalışmada yaş ortalamaları deney grubunda 28,8; kontrol grubunda 29,4 olarak bulundu. Elde edilen bu verinin TNSA-2013 ve birçok çalışma verilerine benzemekle birlikte deney ve kontrol grubunun yaş özelliklerinin benzer olmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Anne eğitim düzeyinin yüksek olmasının daha az sayıda çocuk sahibi olma, ailede çocuk başına düşen gelirin daha yüksek olması, annenin çocuk beslenmesine daha çok zaman ayırması ve emzirmeye daha uzun süre devam etmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (55). Dolayısı ile ebeveynin eğitim düzeyi bebeğin emme davranışlarını ve annenin konfor düzeyini etkileyebilecek bir değişkendir. Bu nedenle deney ve kontrol grubunun eğitim düzeyi yönünden benzer olması gerekmektedir ve çalışmada bu ölçüt geçerli kılındı.

Ülkemiz şartlarında evlilik dışı gebeliğe çok nadiren rastlanmaktadır (56). Öte yandan medeni nikâhı olan kadınların ruhsal ve sosyal alan puanları medeni nikahı olmayan kadınlara göre daha iyidir (57). Bu nedenle medeni nikahın çalışmada bir karıştırıcı olabileceği düşünüldü ve deney-kontrol grubunun bu değişken yönünden benzer olmasının gerekliliğine inanıldı. Elde edilen veriler her iki grubun bu değişken yönünden benzer olduğunu gösterdi.

Literatürde en önemli gebelik komplikasyonlarının anemi, kanama ve ödem, düşük doğum ağırlığına neden olabilen erken doğum, ayrıca preeklampsi gelişimini tetikleyebilen idrar yolu enfeksiyonları ve vajinal enfeksiyonlar olduğu belirtilmektedir (58). Ayrıca gebelik sürecinde bu ve benzeri sağlık sorunlarının çalışmada incelenen bağımlı değişkenleri etkileyebileceği düşünüldü. Bu nedenle deney ve kontrol grubunda kronik sağlık sorunu varlığı vb. değişkenler incelendi ve gruplar eşlenik bulundu.

Gebeliğin isteniyor olması psikolojik destekle anne-çocuk sağlığını olumlu yönde desteklemektedir. Bunun yanı sıra, istenmeyen gebeliklerde yasal olan ve olmayan müdahalelere bağlı komplikasyonları ortadan kaldırmaktadır (54, 58, 59). Dolayısı ile gebeliğin planlı olma durumu bu çalışmada önemli bir ölçüttür ve deney-kontrol grubunun bu değişken yönünden benzer olması gerekmektedir. Çalışmada bu ölçüt geçerli kılındı.

Annenin sigara içmesinin emzirme şeklini ve süresini olumsuz etkilediği gösterildi (60). Bu nedenle annenin sigara içme durumunun çalışmada incelenen bağımlı değişkenleri etkileyebileceği düşünüldü. Böylece deney-kontrol grubu sigara içme değişkeni yönünden incelendi ve gruplar eşlenik bulundu.

Çocuk sayısı, annenin emzirme deneyimi ve isteği yenidoğanın emzirme davranışlarının önemli belirleyicileridir. (Ünsal ve ar. 2005; 5, 32). Dolayısı ile çocuk sayısı, annenin emzirme deneyimi vb. değişkenler çalışmada önemli faktörlerdir ve deney-kontrol grubunun bu değişkenler yönünden benzer olması gerekmektedir. Çalışmada bu ölçüt geçerli kılındı.

Doğumda kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışlarındaki ve annenin konfor düzeyindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya dahil edilen kadınların eşlerinin bireysel özelliklerinin ve kadınların deneyimlediği travay sürecinin çalışmanın bağımlı değişkenlerini etkileyebileceği düşünülerek incelendi. Dolayısı ile deney ve kontrol grubunun bu değişkenler yönünden benzer olması önemli bir gereklilikti ve elde edilen veriler bu ölçütü karşılamaktadır.

5.2 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN BEBEKLERİNİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ, EMZİRME DAVRANIŞLARI VE FİZYOLOJİK PARAMETRELERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞMASI

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin bireysel özellikleri, emzirme davranışları ve fizyolojik parametreleri ile ilgili bulgular tartışıldı.

Araştırma hipotezine göre deney grubunun dolayısı ile doğumda kanguru bakımı alan grubun, bebeğin emzirme davranışlarındaki başarıyı artırması, yenidoğanın fizyolojik parametrelerini (kalp atımı, vücut sıcaklığı, solunum, kan şekeri) olumlu yönde etkilemesidir. Fakat yenidoğanın doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, APGAR skoru vb. özellikleri emzirme davranışlarını ve fizyolojik parametrelerini etkileyebilecek önemli değişkenlerdir (5, 8, 61). Bu nedenle deney ve kontrol grubunun bu değişkenler yönünden benzer olması gerekmektedir. Çalışmada bu ölçüt geçerli hale getirildi.

Walters ve arkadaşları (2007) çalışmalarında tüm deneklere doğumun ilk 90 dakika süresince en az 90 dakika süren doğumda kanguru bakımı uyguladı. Chiu, Anderson, Burkhammer 2005) yaptıkları çalışmada; tensel temas süresini 30 dakika olarak sınırladı. Bu çalışmada deney grubundaki bebeklere kanguru bakımı uygulandı ve kanguru bakımı süresi ortalaması 11,6 dakika olarak saptandı ve bu sürenin diğer çalışmalarda belirtilen sürelerden daha kısa olduğu görülmektedir.

Literatürde doğumun hemen ardından en kısa sürede emzirmeye başlamanın emzirmeyi olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Bu nedenle anne ve yenidoğanın erken teması sağlanmalıdır. İlk emzirmeye geç başlanmasının yeterli ve kaliteli emzirmeyi emzirme süreci boyunca olumsuz etkilediği saptandı (62). Öte yandan yapılan bir çalışmada zamanında doğan yenidoğanların ilk emzirme sırasındaki (postnatal) LATCH puanlarının ortalamalarının 8,40 olduğu belirtilmektedir (Yenal ve ark. 2013). Bu çalışmada deney grubundaki kadınların bebeklerinin ilk emzirmede LATCH puanı ortalaması 8,6 (SS=1,1), kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin 8,5 (SS=1,1) olarak saptandı.

Öte yandan kanguru bakımı alan bebeklerin taburculuktaki LATCH puanları kontrol grubundakilerden daha yüksek bulundu. Bu sonuçlar doğumda kanguru bakımının bebeklerin emzirme davranışları üzerinde olumlu etkisini olduğunu gösterdi. Nitekim Walters ve arkadaşları (2007) doğumda kanguru bakımının bebeğin emme davranışlarını düzenlediğini belirtmektedir.

Yaşam bulgularının değerlendirilmesi, ölçülmesi ve izlenmesi, bebek ve çocuklarla çalışan hemşirelerin önemli temel becerileridir. Vücut sıcaklığı, nabız hızı ve özellikleri, solunum sayısı ve özellikleri ile kan basıncı; bireyin fizyolojik durumu dolayısı ile sağlık ve hastalık durumu hakkında önemli bilgiler veren yaşam bulgularıdır. Yaşam bulguları hastalığa ve başka birçok faktöre bağlı olarak değişir.

Geleneksel olarak yaşam bulgularının vücut sıcaklığı, nabız, solunum ve kan basıncı olduğunu ancak beslenme durumu, oksijen saturasyonu gibi değerlendirmelerin de yaşam bulgusu olarak izlenmesi gerektiğini düşünenler bulunmaktadır (63). Bu çalışmada kanguru bakımının yaşam bulgularını olumlu yönde etkileyeceği hipotezi ile izlem yapıldı.

Walters ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada kanguru bakımı alan bebeklerde hipotermi gelişmediğini ve kanguru bakımının yenidoğanın vücut sıcaklığını düzenlemede etkili olduğunu ifade etti. Chiu, Anderson, Burkhammer (2005) benzer şekilde kanguru bakımını vücut sıcaklığını korumada etkili buldu (8, 61). Bu çalışmada vücut sıcaklığı yönünden deney ve kontrol grubu arasında anlamlılık taşıyan istatistiksel farkların bulunmasına karşın üzerinde durulması gereken konu her iki grubun vücut sıcaklığı değerlerinin normal sınırlar içinde bulunmasıdır.

Term yenidoğanlarda kanguru bakımının solunum, kalp atımı ve SpO₂ üzerine etkisi ile ilgili çalışmalara ulaşılamadı. Bu nedenle aşağıda prematürelde yapılan çalışmalara göre bulgular tartışıldı.

Cong ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada preterm bebeklerde topuk kanı alma işleminde uzun ve kısa sürede uygulanan kanguru bakımının standart

kuvöz bakımına göre ağlama süresi ve ağrı puanı profilini azaltmada etkili olduğunu saptadı (66).

Mc Cain ve arkadaşları (2005) prematüre bebeklerde kanguru bakımının kalp hızına etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarının sonucunda kanguru bakımını stres azaltan bir uygulama olduğunu kalp hızını düzenlediğini buldu (67). Bizim çalışmada yenidoğanın kalp atım özellikleri yönünden deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farkların bulunmasına karşın kalp atım değerlerinin normal sınırlar içinde olduğu görüldü.

Nimbalkar ve arkadaşları (2014) çalışmalarında pretermelerde bir saat süren kanguru bakımı sonrasında annenin kan basıncı ve yenidoğanın solunum hızını düzenlediğini, yenidoğanın nabız sayısı ve SpO₂ değerleri üzerinde etkisinin olmadığını saptadı (68). Bizim çalışmamızda kontrol grubundaki bebeklerin solunum hızlarının ve oksijen saturasyonu değerlerinin deney grubundan daha yüksek olduğu saptandı.

Walters ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada; kanguru bakımı alan grubun ortalama kan şekeri seviyesi 65,13 mg/dL (SD=25,32) olarak bulundu (8). Bu çalışmada kan şekeri düzeyi 45 mg/dL altında olan bebek sayısı deney grubunda sadece 3 iken kontrol grubunda 14 olduğu saptandı. Öte yandan deney grubunun kan şekeri ortalamasının kontrol grubundan normal sınırlar içinde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bu veriler kanguru bakımının yenidoğanın kan şekerini düzenlemede önemli bir bakım girişimi olduğunu gösterdi.

5.3 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN KAYGI VE KONFOR DÜZEYİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Literatürde gebelik sırasında kaygı düzeyi yüksek ve sosyal desteği yetersiz kadınlarda doğum komplikasyonlarının daha yüksek oranda görüldüğü, sosyal desteğin gebelik sırasındaki kaygı ve stresin etkisini azaltmada önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (64). Bu nedenle hastaneye kabulde deney ve kontrol grubundaki kadınların sürekli kaygı düzeyleri incelendi ve her iki grubun bu değişken yönünden benzer olduğu saptandı.

Sertbaş (1998) gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, doğum öncesi durumluk kaygı puan ortalamasını 54,53, doğum sonrası durumluk kaygı puan ortalaması ise 39,78 olarak saptadı. Dönmez, Yeniçel, Kavlak (2014) vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; antepartum kaygı puan ortalamalarının postpartum kaygı puan ortalamalarından yüksek olduğunu buldu (65).

Bizim çalışmamızda doğumdan sonra ilk 1 saat içindeki durumluk kaygı envanteri puan ortalamasının deney grubunda 25,5, kontrol grubunda 35,9 olduğu bulundu ve kontrol grubundakilerin durumluk kaygı düzeyinin deney grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. Anneler doğum sonu dönemde sıklıkla epizyotomi, meme dolgunluğu, sezaryen veya hemoroide bağlı ağrı, konstipasyon, yorgunluk gibi fizyolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Uzun bir eylemde çekilen ağrı ve güç gerektiren yorucu bir doğum sonrası anneler yorgun düşerler (1).

Dokunma, sıcaklık ve koku gibi duyuşsal uyarılar aracılığıyla erken ten tene temas diğer etkilerinin yanı sıra maternal oksitosin salınımı sağlayan güçlü bir vagal stimülandır. Oksitosin, annenin meme sıcaklığının yükselmesine sebep olur ve annenin anksiyetesini azaltarak, sakinliğini ve sosyal duyarlılığını arttırır. Doğumdan sonraki ilk saatlerde, oksitosin ebeveynlik davranışlarını da geliştirerek, bağlanmayı arttırabilir (41).

Eras ve arkadaşları (2013), yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek konulu çalışmalarında kanguru bakımının ebeveynlerin bebeklerinin sağlık durumları konusunda daha erken sorumluluk hissetmeye başladıklarını, annelerin yeterlilik duygusu ve annelik rolüne adaptasyonunun arttığını ve bebeklerine bağlanmalarının güçlendiğini, bebeklerinin ihtiyaçlarına daha duyarlı olduklarını nitelemiştir (12).

Deney ve kontrol grubunun GKÖ boyutları ve düzeyleri ile toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Doğumdan sonraki ilk günde, sağlık personeli ile yoğun etkileşim içinde olan annenin postpartum döneme uyum yapabilmesinde ailenin yanı sıra, sağlık çalışanlarından, özellikle hemşirelerden aldığı bakım çok önemli yere sahiptir (1).

Kadın ve ailesi için hastanede kaldıkları süre çok yoğun ve sıkıntılı geçebilir. Buna bağlı olarak aileler yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal, kişisel ve çevresel stresörlerle etkili bir şekilde baş edemediklerinde gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi olaylar çoğu zaman aile için gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşıyabilmektedir. Bu nedenle hastanede geçirilen bu kısa zaman süreci içinde kaliteli, kapsamlı ve konforlu bir sağlık hizmeti sunmak gereklidir.

Öte yandan hastanenin, doğum yapılan kliniğin odalarının fiziksel koşulları, hastaların konforunu önemli ölçüde etkilemektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık, bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir (46).

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki kadınların konfor düzeyi puan ortalamasında farklılık olmaması, bebeğin doğumu ile annenin travay sürecinde ağrılarının sona ermesi, doğum sonrası yaşadığı rahatlık hissi, doğum sonrası araştırmacının uyguladığı eğitim danışmanlık ve bakım ile ilgili verilen broşürün etkisi ile deney ve kontrol grubundaki kadınların eşit konfor seviyesine ulaştığı kanısını uyandırmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, doğumda kanguru bakımının yenidoğanın emzirme davranışlarına ve annenin konfor düzeyine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Araştırma sonucunda;

- Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması deney grubunda $28,8 \pm 4,3$ yıl, kontrol grubunda $29,4 \pm 4,5$ yıl, öğrenim durumu deney grubunda %40'ının (n=24) yükseköğretim mezunu, %39'unun (n=22) ilköğretim mezunu, her iki grubun %100'ünün resmi nikâhlı, deney grubunun %75 'inin (n=45) kontrol grubunun %72'sinin (n=41) ev hanımı, deney grubunun %67'sinin (n=40) kontrol grubunun %67'sinin (n=38) gebelik sürecinde gelişen sağlık sorununun bulunduğu, kontrol grubunda %2'sinin (n=1) kronik sağlık sorununun bulunduğu, deney grubunun %83'ünün (n=50) kontrol grubunun %84'ünün (n=48) hiç sigara kullanmadığı, gebelik sayısı ortalamasının deney grubunda $2,2 \pm 1,2$, kontrol grubunda $2,3 \pm 1,4$ olduğu, deney grubunun %67'sinin (n=40) kontrol grubunun %74'sinin (n=42) gebeliğinin planlı olduğu, deney grubunun %62'sinin (n=37) kontrol grubunun %63'ünün (n=36) emzirme deneyiminin bulunduğu, her iki grup da emzirme isteğinin ve doğumda kanguru bakımı vermeye istekli olma durumunun %100 olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p > 0,05$) ancak deney grubunun %60'ının (n=36) kontrol grubunun %77'sinin (n=44) emzirme eğitimi almadığı ve gruplar arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu saptandı ($p < 0,05$).
- Kadınların eşlerinin bireysel özellikleri incelendiğinde; deney grubunun %60 'ının (n=36) yükseköğretim mezunu, kontrol grubunun %46'sının (n=26) ortaöğretim mezunu olduğu, deney grubunun %47'sinin (n=28), kontrol grubunun %42'sinin (n=24) serbest meslek, deney grubunun %3'ünün (n=2), kontrol grubunun %7'sinin (n=2) sağlık sorununun bulunduğu, deney ve kontrol grubundaki kadınların eşlerinin öğrenim durumu açısından farklı olduğu ($p < 0,05$) meslek dağılımı ve sağlık sorununun bulunma durumu

açısından istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),

- Kadınların travay ve doğum süreci özellikleri incelendiğinde; deney grubunda hastaneye başvuruda kasılmaların %48'inin ($n=29$) düzensiz, kontrol grubunda %49'unda ($n=28$) kasılmaların olmadığı, hastaneye yatış için müracaat edildiğinde amnios sıvısının deney grubunda %72'sinin ($n=43$) kontrol grubunda %77'sinin ($n=44$) hekim tarafından açıldığı, travay süresinin deney grubunda ortalama $5,2\pm3,2$ saat, kontrol grubunda ortalama $5,6\pm3,9$ saat sürdüğü, deney grubunun % 98'inin ($n=59$) kontrol grubunun %100 'ünün ($n=57$) travay sürecinde indüksiyon aldığı, travay sürecinde dakikadaki fetal kalp atımı deney grubunda ortalama $141,7\pm9,1$, kontrol grubunda ortalama $143,7\pm8,9$, doğum eyleminde deney grubunun %62'sine ($n=37$) kontrol grubunun %70'ine ($n=40$) kristal uygulandığı, epizyotomi açılma durumunun deney grubunda %90 ($n=54$) kontrol grubunda %95 ($n=54$) olduğu, fetal baş prezantasyon durumu oksiput anterior deney grubunda %98'inin ($n=59$) kontrol grubunda %98'inin ($n=56$), amnios sıvısının mekonyumlu olma durumunun deney grubunda %13 ($n=8$) kontrol grubunda %19 ($n=11$) olduğu ve ilgili özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Kadınların bebeklerinin bireysel özellikleri incelendiğinde; doğum ağırlığı ortalaması deney grubunda $3,5\pm0,4$ kg., kontrol grubunda $3,4\pm0,4$ kg. olduğu, boy uzunluğu ortalaması deney grubunda $49,2\pm1,9$ cm., kontrol grubunda $49,3\pm1,8$ cm. , baş çevresi ortalaması deney grubunda $34,8\pm1,4$ cm., kontrol grubunda $34,7\pm1,1$ cm., cinsiyetin deney grubunda %55 ($n=33$) erkek, kontrol grubunda %58 ($n=33$) kız olduğu, 1.dakikadaki apgar skoru ortalamasının deney grubunda $9,0 \pm 0,0$, kontrol grubunda $8,9 \pm 0,3$, 5.dakikadaki apgar skoru ortalamasının deney grubunda $10,0 \pm 0,0$, kontrol grubunda $9,9 \pm 0,2$ olduğu ve deney grubunda kanguru bakımı ortalama süresinin $11,6\pm2$ dk .olduğu , gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Kadınların bebeklerinin emzirme davranışları incelendiğinde; deney grubundaki bebeklerin doğumda kanguru bakımı sırasında LATCH puanı

ortalamasının $8,6\pm 1,1$ olduğu, hastane odasında ilk emzirmede deney grubunun LATCH puanı ortalaması $10,1\pm 1,2$ iken, kontrol grubunun LATCH puanı ortalaması $8,5\pm 1,1$ olduğu, taburculuktaki emzirmede bebeklerin LATCH puanı ortalamasını deney grubunda $9,9\pm 0,8$, kontrol grubunda $9,4\pm 0,8$ olduğu ve istatistiksel olarak deney grubunun kontrol grubuna göre taburculuk ve hastane odasındaki ilk emzirmede LATCH puanlarının anlamlı olarak yüksek olup anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$),

- Kadınların bebeklerinin kalp atım hızı değerleri incelendiğinde; doğum sonrası ilk kalp atım hızı ortalaması deney grubunda 138 ± 13 dk., kontrol grubunda 146 ± 15 dk. olduğu, kontrol grubunun kalp atım hızının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$), bebek gözlem odasındaki kalp atım hızı ortalamasının deney grubunda 140 ± 11 dk. kontrol grubunda 143 ± 10 dk. olduğu, kontrol grubunun kalp atım hızının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$), hastane odasındaki ilk karşılaşmada kalp atım hızı ortalamasının deney grubunda $133,0\pm 11,5$ dk., kontrol grubunda $134,9\pm 11,3$ dk. olduğu, taburculuk sırasında kalp atım hızı ortalamasının deney grubunda 130 ± 10 dk., kontrol grubunda 128 ± 11 dk. olduğu her iki grup da hastane odasında ilk karşılaşma ve taburculuktaki kalp atım hızları ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Kadınların bebeklerinin solunum hızı değerleri incelendiğinde; doğum sonrası ilk solunum hızı ortalamasının deney grubunda $49,6\pm 4,4$ dk., kontrol grubunda $54,6\pm 8,6$ dk. olduğu, bebek gözlem odasındaki solunum hızı ortalaması deney grubunda $51,7\pm 4,2$ dk., kontrol grubunda $54,2\pm 5,6$ dk. olduğu anlamlı olarak deney grubunun doğum sonrası ve bebek gözlem odasında solunum hızının kontrol grubundan düşük olduğu ($p<0,05$), hastane odasında ilk karşılaşmada solunum hızı ortalamasının deney grubunda $48,1\pm 6,0$ dk., kontrol grubunda $48,6\pm 4,4$ dk. olduğu her iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$), taburculuk sırasında solunum hızı ortalaması deney grubunda $46,8\pm 5,6$ dk., kontrol grubunda ortalama $48,5\pm 6,5$ dk. olduğu, deney grubunda taburculuk döneminde solunum hızının kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,05$),

- Kadınların bebeklerinin oksijen saturasyonu değerleri incelendiğinde; doğum sonrası ilk oksijen saturasyonu ortalaması deney grubunda $95,8 \pm 4,8$ (SpO₂), kontrol grubunda $93,8 \pm 2,0$ (SpO₂) olduğu, kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin oksijen saturasyonu değerlerinin deney grubundan daha düşük olduğu ($p < 0,05$), bebek gözlem odasındaki oksijen saturasyonu ortalaması deney grubunda $96,7 \pm 2,0$ (SpO₂), kontrol grubunda $96,0 \pm 2,0$ (SpO₂) olduğu, gruplar arasında anlamlı istatistiksel bir farklılık olmadığı ($p > 0,05$), hastane odasında ilk karşılaşmada oksijen saturasyonu ortalaması deney grubunda $98,7 \pm 3,2$ (SpO₂), kontrol grubunda $97,7 \pm 1,8$ (SpO₂) olduğu, gruplar arasında anlamlı olarak deney grubunun oksijen saturasyonunun kontrol grubundan yüksek olduğu ($p < 0,05$), taburculuk sırasında oksijen saturasyonu ortalaması deney grubunda $95,9 \pm 12,2$ (SpO₂), kontrol grubunda $94,0 \pm 16,4$ (SpO₂) olduğu gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık olmadığı ($p > 0,05$),
- Kadınların bebeklerinin vücut sıcaklığı değerleri incelendiğinde; doğum sonrası ilk vücut sıcaklığı ortalamasının deney grubunda $36,4 \pm 0,8^{\circ}\text{C}$, kontrol grubunda $36,7 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$ olduğu, deney grubunun vücut sıcaklığının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ($p < 0,05$), bebek gözlem odasındaki vücut sıcaklığı ortalamasının deney grubunda $36,7 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ kontrol grubunda $36,7 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$ olduğu her iki grup arasında anlamlı istatistiksel bir farklılık olmadığı ($p > 0,05$), hastane odasında ilk karşılaşmada vücut sıcaklığı deney grubunda $36,6 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$ kontrol grubunda $36,4 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ olduğu, vücut sıcaklığının anlamlı olarak kontrol grubundan daha yüksek olduğu ($p < 0,05$), taburculuk sırasında vücut sıcaklığı ortalaması deney grubunda $36,9 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ kontrol grubunda $36,8 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ olduğu her iki grup arasında anlamlı istatistiksel bir farklılık olmadığı ($p > 0,05$),
- Kadınların bebeklerinin kan şekeri, hematokrit ve taburculuktaki doğum ağırlığı değerleri incelendiğinde bebek gözlem odasındaki kan şekeri düzeyi ortalaması deney grubunda $64,9 \pm 15,6$ mg/dl, kontrol grubunda $55,5 \pm 16,1$ mg/dl olduğu deney grubunun kan şekeri değerinin anlamlı olarak kontrol grubundan yüksek olduğu ($p < 0,05$), bebek gözlem odasındaki hematokrit düzeyi ortalamasının deney grubunda $52,2 \pm 4,9$ L, kontrol grubunda $53,0 \pm 6,3$ L olduğu, gruplar

arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$), taburculuk sırasındaki ağırlık ortalamasının deney grubunda $3,4\pm0,4$ kg., kontrol grubunda $3,3\pm0,4$ kg. olduğu gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),

- Kadınların kaygı düzeyleri incelendiğinde; kabuldeki sürekli kaygı envanteri ortalamasının deney grubunda $39,8\pm8,1$, kontrol grubunda $39,9\pm6,4$ olduğu her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$), doğumdan sonraki 1 saat içinde durumluk kaygı envanteri ortalamasının deney grubunda $25,5\pm4,3$, kontrol grubunda $35,9\pm5,3$ olduğu kontrol grubundakilerin durumluk kaygı düzeyinin deney grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Kadınların taburculuk sırasındaki konfor düzeyleri incelendiğinde; deney grubu ortalamasının $152,1\pm1$ kontrol grubu ortalamasının $147,5\pm17$ olduğu, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

Sonuç olarak; doğumda kanguru bakımı bebeğin emzirme davranışlarındaki başarıyı arttırmakta, yenidoğanın fizyolojik parametrelerini (kalp atımı, vücut sıcaklığı, solunum, kan şekeri) olumlu yönde etkilemekte, annenin kaygı düzeyini düşürmekte fakat konfor düzeyini etkilememektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlıklı yenidoğanlarda doğumda kanguru bakımı yapılması,
- Kanguru bakımı süresi odaklı çalışmaların gerçekleştirilmesi,
- Sağlıklı yenidoğanlarda kanguru bakımı sürecine baba veya diğer önemli kişilerin dahil edilmesi konusunun ele alınması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Beydağ KD, Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 2007.
2. Karaca S, Doğumun Bebek İçin Anlamı. *1.Uluslararası 2.Ulusal Ebelik Kongresi*, 13-16 Ekim, Safranbolu, 2011.
3. Rathfisch G, Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti., İstanbul, 2012.
4. Yıldırım G, Kanguru Bakımının Düşük Doğum Tartılı Preterm Yenidoğanların Beslenme ve Gelişimine Etkisi. *M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul*, 2009.
5. Yenal K, Aluş Tokat M, Durgun Ozan Y, Çeçe Ö. Bakılan Abalın F. Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Alguları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2):14, 2013.
6. Öztürk H., Demir Ü., Erken Dönemde Emzirmenin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Yararları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 2001.
7. Başer N., Eskiocak M., Yaşama Erken Başlayanlar: Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu. 22(5), 194, 2013.
8. Walters M W, M Boggs K, Ludington S, M Price K, Morrison B. *Kangaroo Care at Birth for ful Term Infants*, 32(6)375, 2007.
9. Derebent E, Prematüre Bebeklerde Yapılan İnvaziv Girişimler Sırasındaki Ağrıyı Azaltmada Kanguru Bakımının Etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Mersin*, 2007.
10. Graft-Jahson F, J. et al, *Kangaroo Mother Care Implementation Guide*, 2012.
11. Köse D, Çınar N, Altınkaynak S, Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(6), 2013.

12. Eras Z., Atay G., Durgut Şakrucu E., Bahar Bingöler E., Dilmen U, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Destek. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 2013.
13. Çağlayan N, Hotun Şahin N, Bektaş H, Kanguru Bakımı ve Kanıt Temelli Çalışmalar, *Doğum Sonrası Bakım Kongresi, Kongre Cd si, 1. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Doğum Sonrası Bakım Kongresi, 2013*
14. Şirin A., Kavlak O., *Kadın Sağlığı*, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 2008.
15. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XI.Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012.*
16. Özbaş S, Özkan S, *Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5) 541-546, 2010.
17. Kaya, N. "Hemşirelik Süreci Hemşirelik Tanılaması", *Hemşirelik Esasları*, ed. T. Aştı, A. Karadağ., 137-175, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.
18. Dağoğlu T, Görak G, *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri, Yenilenmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2008.*
19. Büyükgönenç L, Törüner E, *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık, Gökçe Ofset, Ankara, 2012.*
20. Karagöz İ, *Genel ve Spinal Anestezi Uygulanarak Sezeryan Operasyonu Yapılan Gebelerin Bebeklerinin Apgar Skoru, Troid ve Karaciğer Fonksiyonlarının Karşılaştırılması. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Düzce, 2011.*
21. Kır G, *Maternal Hemoglobin Düzeyinin İnfantlarda Apgar Skoru, Vücut Ölçüleri ve Bir Yaşındaki Denver Gelişim Testi İle İlişkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2007.*
22. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, *Temel Pediatri, Türkiye Milli Pediatri Derneği Güneş Tıp Kitapevleri, 2010.*
23. Ertuğrul T, Neyzi O, *Pediatri, Nobel Tıp Kitabevleri, 4. Baskı, Cilt 1, İstanbul, 2010.*

24. Jenson BK, Nelson Pediatri Cilt 1, Çeviri Editörü: Akçay T, 2008.
25. Avcı F. Hamilelik, Doğum ve Sonrası Anneliğe İlk Adım, 1. Baskı, Sistem Matbaacılık, İstanbul, 2007.
26. Hülür J., Çetin Kaşıkçıoğlu F., Efe E., Öncel S., Kırca N., Taşkura D., Gönen M., Bozyurt F., Erdoğan E., Akman D., Baştürk A., Aileler İçin Bebek Bakım Rehberi. Atalla Matbaacılık, Antalya, 2014.
27. Atabek Aştı T, Karadağ A, Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Cilt 1-2, Akademi Yayınları, İstanbul, 2014.
28. Thomas W.Hale, Rph PhD ve Kenneth F.Ilett, BPharm PhD, Anne Sütü İle Beslenme ve İlaç Tedavisi Teoriden Klinik Uygulamaya. 1.Baskı, Çeviren: Gökçay G, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2005.
29. Işık Koç G, Tezcan S, Gebelerin Emzirmeye İlişkin Tutumları ve Emzirme Tutumunu Etkileyen Bazı Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (2), 1-13, 2005.
30. Onbaşı S, Doğum Öncesinde Anne Adaylarına Verilen Anne Sütü ve Emzirme Eğitimi. Uzmanlık Tezi, Edirne, 2009.
31. Selimoğlu A, Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi. Akademi Yayınevi, İstanbul, 2014.
32. Akyüz A, Kaya T, Şenel N, Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(5), 2007.
33. Dilmen U, Bebeğimizi Büyütüyoruz. Sayıyıldız Ofset Ltd. Şti., Ankara, 2012.
34. Kültürsay N, Anne Sütü Bileşenlerinin İmmünolojik ve Nörokognitif Gelişime Etkileri. Klinik Tıp Pediatri Dergisi, 7(2), 1-2, İstanbul, 2015.
35. Ünal F, 0-12 Yaş Çocuklarda Dengeli Beslenmenin Önemi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi, 7(1), 2, İstanbul, 2015.
36. Devecioğlu Ö, Annelere Öğütler. İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, 2008.
37. Yılmaz Kurt F, AYTEKİN A, Hemşirelik Ve Ebelik Öğrencilerinin Kanguru Bakımı İle İlgili Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bil Dergisi, 4(1), 6, 2015.

38. Sarparast L, Farhadi R, Sarparast M, Shafai S, *The Effect of Kangaroo Mother Care on Neonatal Outcomes in Iranian Hospitals: A Review*, 3(1):e195, January 2015.
39. Okumuş N, *Hayata Prematüre Başlayanlar*. Ankara Aysun Yayıncılık, 2012.
40. Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç M, Ağapınar S, Yağmur E, Özorhan Yağmur E, *Annelerin Doğum Sonu Dönemde Ebeveynlik Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 47(3), 2013.
41. Güleşen A, Yıldız D, *Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanması Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi*, *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 2013.
42. Kolcaba KY, *A Theory Of Holistic Comfort For Nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184, 1994.
43. Kolcaba KY, *Evolution Of The Mid Range Theory Of Comfort For Outcomes Research*. *Nurs Outlook*; 49, 86-92, 2001.
44. Kolcaba KY, *Comfort Theory and Practice: A Vision For Holistic Health Care And Research*. Springer Publishing Co, New York, 2003.
45. Çınar Yücel Ş, *Kolcaba'nın Konfor Kuramı*. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27 (2), 79-88, 2011.
46. Karakaplan S, Yıldız H, *Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması*. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 55-65, 2010.
47. Kaya N, Babadağ, K, Yeşiltepe Kaçar G, Uygur E, *Hemşirelerin Hemşirelik Model / Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini Ve Sınıflama Sistemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları*. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 24-33, 2010.
48. Kolcaba KY, *Holistic Comfort: Operationalizing The Construct As A Nurse-Sensitive Outcome*, *Advances in Nursing Science*, 15(1):1-10, 1992.

49. Karabacak Ü, Meme Kanseri Hastalarında Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının Ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması İle Etkileşimi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İstanbul, 2004.
50. Üstündağ, H, Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul, 2009.
51. Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz U, Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi Makale / Article International Journal Of Hematology And Oncology.
52. Kuşuoğlu S, Karabacak Ü, Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, İ.Ü.F.N. Hem. Derg; 16-23, 16(61), 2008.
53. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013 - Nüfus Etütleri, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuclar_sunum_2122014.pdf.
54. İnce T, Kondolot M, Songül Yalçın S, Yurdakök K, Annelerin Emzirme Danışmanlığı Alma Durumları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 53(3), 189-197, 2010.
55. Samlı G, Kara P, Cöbek Ünalın P, Samlı B, Sarper N, Gökalp AS, Annelerin Emzirme Ve Süt Çocuğu Beslenmesi Konusundaki Bilgi, İnanış Ve Uygulamaları: Niteliksel Bir Araştırma, Marmara Medical Journal;19(1);13-20, 2006.
56. Kılıçarslan S, Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
57. Altıparmak S, Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(6), 2006.

58. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O, Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 2006.
59. Şahin S, Kömürcü N, Postpartum Donemde Anneye Verilen Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkin Kontraseptif Yöntem Seçimi Üzerine Etkisi. *Zonguldak Yüksekokulu Dergisi*;1(2):1-14, 2005.
60. Örün E, Songül Yalçın S, Madendağ Y, Üstünyurt Eras Z, Dursun A, Mutlu B, Kutluk Ş, Yurdakök K, Annelerin Sosyodemografik Ve Psikopatolojik Özellikleri İle Bebeklerini İlk 1.5 Ayda Sadece Anne Sütü İle Besleme Durumlarına Etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*;52(4), 167-175, 2009.
61. Chiu SH, Anderson GC, Burkhammer D, Newbom Temperature During Skln-to-Skln Breastfeeding in Couples Having Breastfeeding Difficulties. *Birth* 32:2 June 2005.
62. Suyer S, Yenidoğan Sağlıkının Postpartum Depresyon Ve Emzirme Davranışına Etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*, 2011.
63. Yıldırım Sarı H, Çevik S, Demir D, Karaoğlan N, Başkurt SŞ, Çimen S, Pediatri Hemşirelerin Yasam Bulgularına Yönelik Bilgi ve Tutumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;10 (1): 38-44, 2013.
64. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G, Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10(1), 2007.
65. Dönmez S, Yeniel ÖA, Kavlak O, Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014.
66. Cong X, Susan M. Ludington-Hoe, McCain G, Fu P, kangaroo care modifies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain: Pilot study, *Early Human Development* 85, 561-567, 2009.

67. McCain G, Ludington-Hoe S.M, Swinth J.Y, Hadeed A.J, *Heart Rate Variability Responses of a Preterm Infant to Kangaroo Care*, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*; 34(6): 689-694, 2005.
68. Nimbalkar A, Patel D, Sethi A, Nimbalkar S, *Effect of skin to skin care to neonates on pulse rate, respiratory rate*, *Indian J Physiol Pharmacol*; 58(2), 2014.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgileri

| | | | |
|-------------------|--------------------|---------------------|--|
| Adı | Sevgi | Soyadı | KOÇ |
| Doğum Yeri | Tirebolu | Doğum Tarihi | 02.10.1977 |
| Uyruğu | T.C | TC Kimlik No | 45160169136 |
| E-Posta | sevgikoc@gmail.com | Tel | 0 (536) 344 80 82 0 (212) 454 44 00 |

Eğitim Düzeyi

| Görevi | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |
|---------------|----------------------------------|-----------------------|
| Lisans | İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu | 1999 |
| Lise | Tirebolu Sağlık Meslek Lisesi | 1994 |

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

| Görevi | Kurum | Süre(Yıl-Yıl) |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Bebek Hemşiresi (Sorumlu) | Özel Nisa Hastanesi | 2001- Devam Ediyor |
| Acil Hemşiresi | Özel Avcılar Hospital | 1998-1999 |
| Acil Hemşiresi | Özel Sultan Hastanesi | 1996-1998 |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama | Konuşma | Yazma | KPDS/ÜDS Puanı | (Diğer) Puanı |
|------------------------|-------------------------|----------------|--------------|-----------------------|----------------------|
| İngilizce | Orta | Orta | Orta | | |

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

| Görevi | Sayısal | Eşit Ağırlık | Sözel |
|---------------|----------------|---------------------|--------------|
| ALES PUANI | 61,17 | 61,09 | 59,50 |
| Diğer (Puanı) | | | |

Bilgisayar Bilgisi

| Program | Kullanma Becerisi |
|------------------------------|--------------------------|
| Microsoft Office Programları | Orta |

8. EKLER

Ek.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu çalışma, normal vajinal yolla doğum yapan annelere uygulanacak doğumda kanguru bakımının, yenidoğanın emzirme davranışları ve annenin konfor düzeyindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Doğumda kanguru bakımı (ten-tene temas) sağlık sorunu olmayan yenidoğanın doğumdan hemen sonra çıplak olarak yüzüstü pozisyonda annenin çıplak göğsüne yerleştirilip üzerinin sıcak havlu ile örtülmesidir. Bir grup yenidoğana doğumda kanguru bakımı uygulanacak, diğer gruba ise hastanenin rutin bakım programı uygulanacaktır. Ayrıca doğum öncesi ve/veya sonrası dönemde sosyo-demografik bilgileri, kaygıyı ve konforu değerlendirmek üzere birtakım anketler uygulanacaktır.

Araştırma sırasında yaşamınızı tehdit edecek herhangi bir girişim ya da ilaç uygulanmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın başında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan çıktığınız için bakım ve tedavi işlemlerinizi ihmal edilmeyecektir. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak, kimliğiniz ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek vereceğiniz bilgiler için teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi KOÇ

İstanbul Özel Nisa Hastanesi Bebek Gözlem Odası

Ben,yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Hasta adı Soyadı:

Tarih :/...../2014

İmza

Ek.2. Anne Bilgi Formu

Anket No:

Tarih:

1. Yaş:.....

2. Öğrenim durumu:

- 1) () Okur-yazar değil
2) () Okur-yazar
3) () İlköğretim mezunu, süre.....
4) () Ortaöğretim mezunu
5) () Yükseköğretim mezunu

3. Resmi nikâhın bulunma durumu: 1 () Evet 2 () Hayır

4. Mesleği: 1 () Ev hanımı 2 () Diğer (Belirtiniz).....

5. Gebelik sürecinde gelişen sağlık sorununun bulunma durumu:

- 1) () Evet 2) () Hayır
(Tanımlayınız).....

6. Kronik sağlık sorununun bulunma durumu:

- 1) () Evet 2) () Hayır
(Tanımlayınız).....

7. Sigara kullanma durumu:

- 1) () Hiç kullanmadı 2) () Bıraktı
3) Halen içiyor

8. Sigarayı bıraktı ise:

- 1) () Ne kadar süre önce bıraktı.....
2) () Ne kadar süre içti (yıl olarak).....
3) () Hangi miktarda içtiadet/ gün

9. Halen sigara içiyor ise:

- 1) () Ne kadar süredir içiyor (yıl olarak).....
2) () Hangi miktarda içiyor (gebelik öncesi-gebelik süreci).....

10. Kaçınıcı gebeliği:.....

11. Yaşayan kaçınıcı çocuğu:.....

12. Gebeliğin planlı olma durumu:

- 1) () Planlı 3) ()
2) () Plansız İstenmeyen

13. Emzirme deneyiminin bulunma durumu:

- 1) () Evet, (Tanımlayınız)..... 2) () Hayır, (Tanımlayınız).....

14. Annenin emzirme isteği:

- 1) () Var 2) () Yok, (Tanımlayınız).....

15. Annenin daha önce emzirme eğitimi alma durumu:

- 1) () Evet 2) () Hayır

16. Cevabınız evet ise kimden aldığı:

- 1) () Hemşire 5) () Diğer
2) () Hekim
3) () Aile büyüklerinden
4) () Kitap, dergi, gazete

17. Annenin doğumda kanguru bakımı vermeye istekli olma durumu:

- 1) () Evet 2) () Hayır

18. Eşinin (Bebeğin babasının) öğrenim durumu:

- 4) () Okur-yazar değil 7) () Ortaöğretim mezunu
5) () Okur-yazar 8) () Yükseköğretim mezunu
6) () İlköğretim mezunu, süre...

19. Eşinin mesleği:

- 1) () Memur 4) () Diğer
2) () İşçi (Belirtiniz).....
3) () Serbest meslek

20. Eşinin sağlık sorununun bulunma durumu:

- 1) () Evet, (Tanımlayınız).....
2) () Hayır

Ek.3. Travay Süreci Tanılama Formu

1. Hastaneye yatış için müracaatta kasılmaların durumu:
 - 1) Düzenli
 - 2) Düzensiz
 - 3) Boş
2. Hastaneye yatış için müracaat edildiğinde amnios sıvısının (su gelişi) gelme durumu:
 - 1) () Amnios sıvısı hastaneye müracaattan önce geldi
 - 2) () Amnios sıvısı hastanede geldi
 - 3) () Amnios sıvısı hastanede doktor tarafından açıldı
3. Travayın süresi:saat
4. Travay sürecinde indüksiyon alma durumu:
 - 1) () Evet
 - 2) () Hayır
5. Doğum eyleminde ilaç uygulanma durumu (birden fazla işaretlenebilir):
 - 1) () Oksitosin
 - 2) () Buzcopan
 - 3) () Narkotik ilaçlar (tanımlayınız).....
 - 4) () Diğer(tanımlayınız).....
6. İndüksiyon uygulananlarda indüksiyona bağlı fetal kalp atım sayısı:...../dk
7. Doğum eyleminde kristal (karından bası) uygulanma durumu:
 - 1) () Evet
 - 2) () Hayır
8. Epizyotomi açılma durumu:
 - 1) () Evet
 - 2) () Hayır
9. Fetal baş prezantasyon durumu:
 - 1) () Oksiput anterior
 - 2) () Oksiput posterior
 - 3) () Alın geliş
 - 4) () Yüz geliş
10. Amnios sıvısının mekonyumlu olma durumu:
 - 1) () Evet
 - 2) () Hayır

Ek.4. Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı alan grup)

Anket No:

Tarih:

1. Gestasyon yaşı:
2. Doğum ağırlığı:.....
3. Boyu:.....
4. Baş çevresi:.....
5. Cinsiyeti: 1) () Kız 2) () Erkek
6. 1. ve 5. dk Apgar skoru:...../

Doğumda kanguru bakımı başlangıcı fizyolojik parametreleri:

Saat:

1. Kalp tepe atım hızı/dk:.....
2. Solunum hızı/dk:.....
3. Vücut sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):.....
4. Oksijen Saturasyonu:..... SpO₂

Doğumda kanguru bakımı LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Puanı:.....

Bebek odasında fizyolojik parametreler:

Saat:

1. Kalp tepe atım hızı/dk:.....
2. Solunum hızı/dk:.....
3. Vücut sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):.....
4. Oksijen Saturasyonu:..... SpO₂
5. Kan şekeri:.....
6. Hematokrit:.....

Anne ile ikinci temasta fizyolojik parametreler:

Saat:

1. Kalp tepe atım hızı/dk:.....
2. Solunum hızı/dk:.....
3. Vücut sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):.....
4. Oksijen Saturasyonu:..... SpO₂
5. LACTH Emzirme Ölçeği Puanı:

Taburculuk esnasında fizyolojik parametreler:

Saat:

1. Kalp tepe atım hızı/dk:.....
2. Solunum hızı/dk:.....
3. Vücut sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):.....
4. Oksijen Saturasyonu:..... SpO
5. LACTH Emzirme Ölçeği Puanı:
6. Doğum ve taburculuk arasındaki süre:saat
7. Taburcu olduğu andaki kilosu:gr

Ek.5. Bebek Bilgi Formu (Doğumda kanguru bakımı almayan grup)

Anket No:

Tarih:

1. Gestasyon yaşı:
2. Doğum ağırlığı:.....
3. Boyu:.....
4. Baş çevresi:.....
5. Cinsiyeti: 1) () Kız 2) () Erkek
6. 1. ve 5. dk Apgar skoru:...../

Radyan ısıtıcıya alındığında fizyolojik parametreler::

Saat:

1. Kalp tepe atım hızı/dk:.....
2. Solunum hızı/dk:.....
3. Vücut sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):.....
4. Oksijen Saturasyonu:.....SpO₂

Bebek odasındaki fizyolojik parametreler:

Saat:

1. Kalp tepe atım hızı/dk:.....
2. Solunum hızı/dk:.....
3. Vücut sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):.....
4. Oksijen Saturasyonu:..... SpO₂
5. Kan şekeri:.....
6. Hematokrit:.....

Anne ilk temasta fizyolojik parametreler:

Saat:

1. Kalp tepe atım hızı/dk:.....
2. Solunum hızı/dk:.....
3. Vücut sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):.....
4. Oksijen Saturasyonu:..... SpO₂
6. LACTH Emzirme Ölçeği Puanı:

Taburculuk esnasında fizyolojik parametreler:

Saat:

1. Kalp tepe atım hızı/dk:.....
2. Solunum hızı/dk:.....
3. Vücut sıcaklığı (oC/ölçüm yolu):.....
4. Oksijen Saturasyonu:..... SpO2
5. LACTH Emzirme Ölçeği Puanı:
6. Doğum ve taburculuk arasındaki süre:saat
7. Taburcu olduğu andaki kilosu:gr

Ek.6. LATCH Emzirme Ölçeği

| EK-6 : LACTH EMZİRME ÖLÇEĞİ | | | |
|--|---|---|--|
| PUAN KRİTERLER | 0 | 1 | 2 |
| MEMEYİ KAVRAMA | * Çok uykulu ve isteksiz * Memeyi tutamıyor | * Memeyi tekrar tekrar tutmayı deniyor * Meme başını ağızda tutuyor * Emme için uyarı istiyor | * Dudakları açık * dil aşağıda * düzenli bir şekilde emiyor |
| BEBEĞİN YUTKUNMA SESİNİN DUYULMASI | Yok | * Uyarı ile birkaç yutkunma sesi duyuluyor | * Yutma sırasında sürekli güçlü ekspirasyonlar görülür kendiliğinden belli aralıklarla yutkunma sesi duyuluyor |
| MEME BAŞININ TİPİ (emzirmeden sonra) | * İçe dönük | * Düz | * Dışa dönük |
| ANNENİN MEME/MEME BAŞI İLE İLGİLİ RAHATSIZLIĞI | * Tıkanma * çatlama, kanama kabarcık ve morluk | * Doluluk * Kırmızılaşma küçük kabarcıklar ve morluk * Hafif-orta derece rahatsızlık | * Yumuşak * Hassaslık yok |
| BEBEĞİ EMME POZİSYONUNA YERLEŞTİRME | * Tam yardım gerekiyor (anne bebeğini hemşirenin tam yardımı ile tutabiliyor) | * Az yardım gerekiyor (yastık vb.) * hemşire başlangıçta anneye yardım ediyor ve daha sonra anne kendisi tutabiliyor | * yardımsız tutabiliyor * anne bebeği memeye yerleştirebilir/tutuyor |
| TOPLAM PUAN | | | |

Ek.7. Sürekli-Durumluluk Kaygı Ölçeği: STAI FORM TX – I, TX – 2

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

| | | Hiç | Biraz | Çok | Tamamıyla |
|-----|---|-----|-------|-----|-----------|
| 1. | Şu anda sakinim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. | Kendimi emniyette hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3. | Su anda sınırlarım gergin | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4. | Pişmanlık duygusu içindeyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 5. | Şu anda huzur içindeyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 6. | Şu anda hiç keyfim yok | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 7. | Başıma geleceklerden endişe ediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 8. | Kendimi dinlenmiş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 9. | Şu anda kaygılıyım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 10. | Kendimi rahat hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 11. | Kendime güvenim var | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 12. | Şu anda asabım bozuk | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 13. | Çok sinirliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 14. | Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 15. | Kendimi rahatlamış hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 16. | Şu anda halimden memnunum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17. | Şu anda endişeliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |

| | | | | | |
|-----|--|-----|-----|-----|-----|
| 18. | Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19. | Şu anda sevinçliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 20. | Şu anda keyfim yerinde | (1) | (2) | (3) | (4) |

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

| | | Hemen hemen hiçbir zaman | Bazen | Çok zaman | Hemen her zaman |
|-----|--|-----------------------------------|-------|-----------|-----------------|
| 21. | Genellikle keyfim yerindedir | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 22. | Genellikle çabuk yorulurum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 23. | Genellikle kolay ağlarım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 24. | Başkaları kadar mutlu olmak isterim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 25. | Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 26. | Kendimi dinlenmiş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 27. | Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28. | Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 29. | Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 30. | Genellikle mutluyum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 31. | Her şeyi ciddiye alırım ve endişelenirim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 32. | Genellikle kendime güvenim yoktur | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 33. | Genellikle kendimi emniyette hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 34. | Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 35. | Genellikle kendimi hüzünlü hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 36. | Genellikle hayatımdan memnunum | (1) | (2) | (3) | (4) |

| | | | | | |
|-----|--|-----|-----|-----|-----|
| 37. | Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 38. | Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39. | Aklı başında ve kararlı bir insanım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40. | Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor | (1) | (2) | (3) | (4) |

Ek.8. Genel Konfor Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden dört seçenek vardır.

Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

| | Tamamen Katılıyorum | | Kesinlikle Katılmıyorum |
|---|------------------------|---|----------------------------|
| 1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var | 4 | 3 | 2 1 |
| 5. Egzersiz yapmak istemiyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 6. Durumum beni bunaltıyor | 4 | 3 | 2 1 |
| 7. Kendimi güvende hissediyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 10. Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor | 4 | 3 | 2 1 |
| 11. Bulduğum ortamdan memnunum | 4 | 3 | 2 1 |
| 12. Gürültü dinlenmemi engelliyor | 4 | 3 | 2 1 |
| 13. Kimse beni anlamıyor | 4 | 3 | 2 1 |
| 14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim | 4 | 3 | 2 1 |
| 16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 17. İncancım korkusuz olmama yardım ediyor | 4 | 3 | 2 1 |
| 18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 19. Şu anda kabızım | 4 | 3 | 2 1 |
| 20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 21. Bu oda beni ürkütüyor | 4 | 3 | 2 1 |
| 22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var | 4 | 3 | 2 1 |
| 24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 25. Açım | 4 | 3 | 2 1 |
| 26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum | 4 | 3 | 2 1 |
| 27. Bu odanın ısısı iyi | 4 | 3 | 2 1 |
| 28. Çok yorgunum | 4 | 3 | 2 1 |
| 29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum | 4 | 3 | 2 1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. Memnunum | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32. Bu sandalye/yatak rahatsız | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34. Özel eşyalarım burada değil | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38. İnançlarım bana huzur veriyor | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 40. Kendimi kontrol edemiyorum | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42. Bu oda berbat kokuyor | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 43. Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44. Kendimi huzurlu hissediyorum | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 45. Kederliyim | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 47. Burada yaşamak kolay | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum | 4 | 3 | 2 | 1 |

Ek.9. Doç.Dr. Ükke Karabacak'dan yazılı izin belgesi



Sevgi KOÇ <sevgikoc28@gmail.com>

Tez Çalışmasında Ölçek Kullanım İzni

2 ileti

Sevgi KOÇ <sevgikoc28@gmail.com>
Alıcı: ukke.karabacak@acibadem.edu.tr

8 Aralık 2014 22:16

Sn : Doç.Dr. Ükke KARABACAK

Özel Medipol Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dalında Yüksek Lisans yapmaktayım. Danışmanım Doç.Dr.Nurten KAYA gözetiminde "**Doğumda Kanguru Bakımının Yenidoğanın Emzirme Davranışları ve Annenin Konfor Düzeyine Etkisi**" konulu tez çalışmam ile ilgili olarak, tarafınızca; Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılan "**Genel Konfor Ölçeği**"nizi referans göstermek koşulu ile kullanmak istiyorum. Gerekli iznin tarafınızca verilmesini yüksek müsadelerinize arz ederim.

Sevgi KOÇ

Özel Nisa Hastanesi Bebek Gözlem Ünitesi

Sorumlu Hemşiresi

Fatih Caddesi Okul Sokak No:1
Yenibosna/Bahçelievler İSTANBUL
Cep Tel : 0 (536) 344 80 82
E-Mail : sevgikoc28@gmail.com

Ükke KARABACAK <ukke.karabacak@acibadem.edu.tr>
Alıcı: Sevgi KOÇ <sevgikoc28@gmail.com>

9 Aralık 2014 10:54

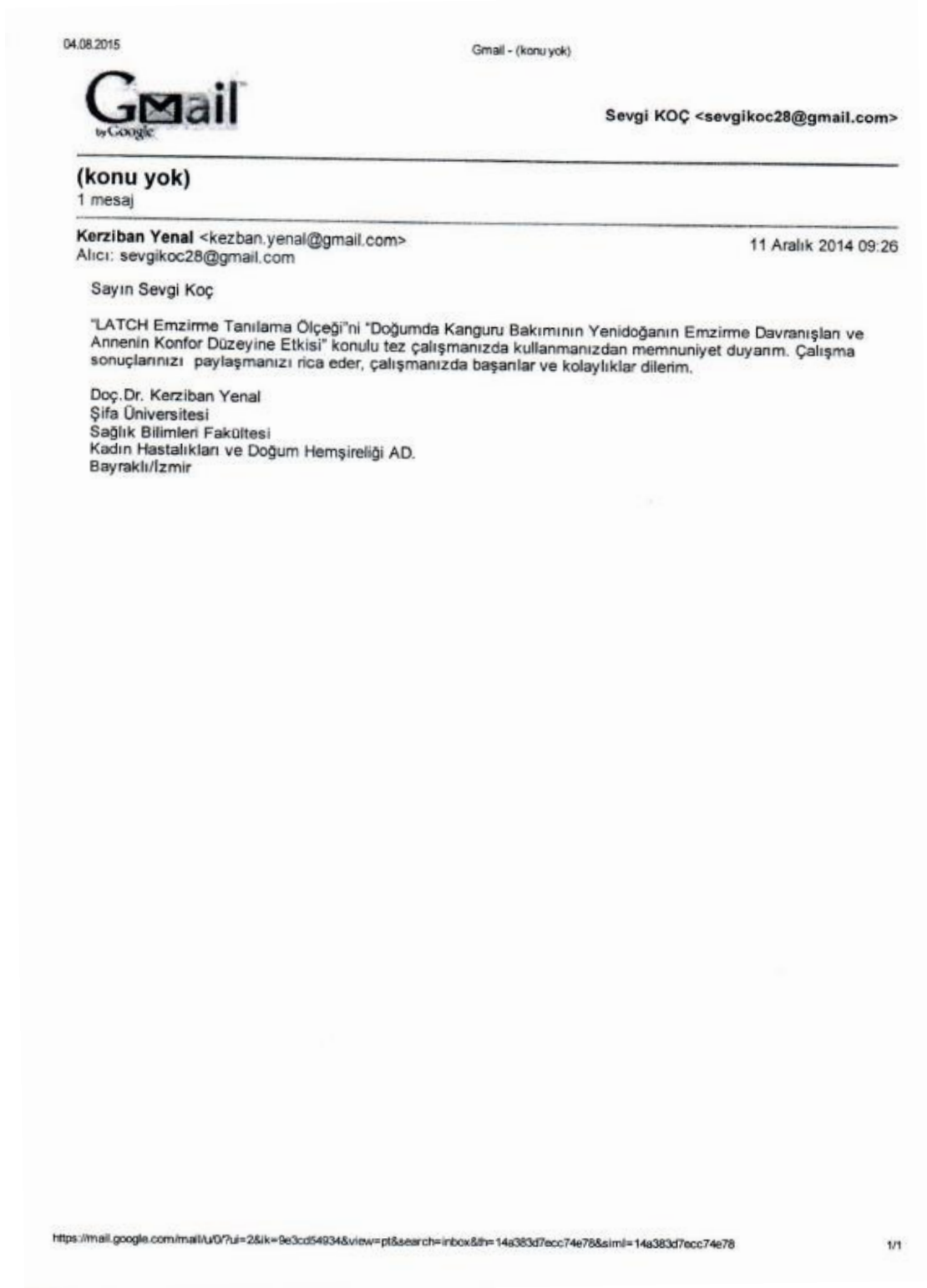
Sevgi merhaba,

Ölçeği kullanmanız beni mutlu eder, sadece çalışmanız bitince sonuçları benimle de paylaşırsanız gelecek çalışmalar için esin kaynağı olur. Kolaylıklar diliyorum,

From: Sevgi KOÇ [mailto:sevgikoc28@gmail.com]
Sent: Monday, December 08, 2014 10:17 PM
To: Ükke KARABACAK
Subject: Tez Çalışmasında Ölçek Kullanım İzni

[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek.10. Doç.Dr. Kerziban Yenal'dan yazılı izin belgesi



Ek.11. Prof.Dr. Necla ÖNER'den yazılı izin belgesi

12/23/2014 14:43 98-212-2872958 BUREM PAGE 01

6 Ara 2014 11:45 HP Faks

Sevgi Hanım'ın İletisi

Sn: Seza AYDIN,
(Prof. Dr. Necla ÖNER'e iletmek üzere)

Ozel Medipol Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dalında Yüksek Lisans yapmaktayım. Danışmanım Doç.Dr.Nurten KAYA gözetiminde "Doğumda Kanguru Bakımının Yenidoğanın Emzirme Davranışları ve Annenin Konfor Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışmam ile ilgili olarak, Sayın hocamız Prof. Dr. Necla ÖNER tarafından; Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılan "Sürekli Durumluluk Kaygı Ölçeği"ni referans göstermek koşulu ile kullanmak istediğimden gerekli izni alabilmem için hocamızın e-mail adresine veya "Sürekli Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX-1) ve (STAI FORM TX-2)"ni referans göstermek koşulu ile kullanabilmek için iznine ihtiyacım vardır. Gerekli yardımın yapılması hususunu arz ederim.

Sevgi KOÇ
Ozel Nisa Hastanesi Bebek Gözlem Ünitesi
Sorumlu Hemşiresi

Fatih Caddesi Okul Sokak No:1
Yenibosna/Bahçelievler ISTANBUL

Cep Tel : 0 (536) 344 80 82
E-Mail : sevgikoc28@gmail.com
Fax No : 0(212) 452 33 38

NOT : Fax çalışmış olduğum hastanenin fax numarası olup eğer fax gönderilecekse Sevgi hanımın dikkatine yazarsanız sevinirim....

Sevgili Sevgi Koç,
Ölçeği araştırmamda kullanabilirsiniz

Necla Öner

Ek.12. Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 171
Konu: Etik Kurulu Kararı

18/07/2014

Sayın Doç. Dr. Nurten KAYA


Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Doğumda Kanguru Bakımının Yenidoğanın Emzirme Davranışları ve Annenin Konfor Düzeyine Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

18/07/2014-İ.FİL 

Tel: (0216)681 51 37
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, 34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|---|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Doğumda Kanguru Bakımının Yenidoğanın Emzirme Davranışları ve Annenin Konfor Düzeyine Etkisi | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Doç. Dr. Nurten KAYA | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Sağlık Bilimleri Fakültesi | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | İstanbul | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | - | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|
| Değerlendirilen Belgeler | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI | 09.07.2014 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | 09.07.2014 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| Karar Bilgileri | Karar No: 156 | Tarih: 18.07.2014 | | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir. | | | | | |

| | |
|--|-----------------------|
| İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI | Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile İlişki | | Katılım * | | İmza |
|--|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------|
| Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK | Eczacılık | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Tangül MÜDOK | Histoloji ve Embriyoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK | Farmakoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Berna EREN | Halk Sağlığı | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU | Protetik Diş Tedavisi | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN | Histoloji ve Embriyoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK | Kulak-Burun Boğaz | Özel Nisa Hastanesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |

* :Toplantıda Bulunma

Ek.13. Özel Nisa Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin Belgesi

ÖZEL NİSA HASTANESİ


ÖZEL NİSA HASTANESİ
Bağcıbaşı Mah. Fatih Cad. Çiğdem Plaza Kat: 3
Etiler / Beşiktaş / İstanbul
Tic. Sic. No: 274844/000111 Web: www.ozel-nisa.com.tr
Tic. Sic. No: 274844/000111

Sayı : 873 22/10/2014

Konu : Tez Çalışma İzni Hk.

Sayın Sevgi KOÇ,

İlgi: 22.10.2014 tarihli başvurunuz.

İlgi başvurunuzda belirtilen "Doğumda Kanguru Bakımının Yenidoğanın Emzirme Davranışları ve Konfor Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışma talebiniz hastanemiz tarafından uygun görülmüştür.



Çobançeşme Mah. Fatih Cad. Çiğdem Sok. No:2-4 Yenibosna-Bahçelievler/İST. Ayrıntılı bilgi için irtibat: M.GEZER Resmi İşlemler Üzm.
Telefon : (0212) 454 44 00 (2670) Fax : (0212) 451 45 70 Cep Tel: 0537 473 44 46
e-posta : melch.gezer@nisahastanesi.com