



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
Eğitimde 37 Yıl

K.K.T.C

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YENİ DOĞANLARDA KANGURU BAKIMININ; ANNENİN
AĞRI, YENİ DOĞANIN EMME VE YAŞAM BULGULARINA
ETKİSİ**

BÜŞRA ATAMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

LEFKOŞA, 2019



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
Eğitimde 37 Yıl

K.K.T.C

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YENİ DOĞANLARDA KANGURU BAKIMININ; ANNENİN
AĞRI, YENİ DOĞANIN EMME VE YAŞAM BULGULARINA
ETKİSİ**

BÜŞRA ATAMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gülşen VURAL**

LEFKOŞA, 2019

ONAY

Bu tez çalışması 16. 04. 2019 tarihinde jürimiz tarafından Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Samiye METE

Girne Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza:

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülşen VURAL

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İmza:

Üye: Doç. Dr. Hatice BEBİŞ

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İmza:

Onaylayan: Prof. Dr. K. Hüsnü Can BAŞER

Yakın Doğu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İmza:

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 içinde 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 olmadığı beyan ederim.

BÜŞRA ATAMAN

TEŞEKKÜRLER

Tez çalışması olarak bana bu konuyu uygun gören, çalışmanın her aşamasında yanımda olan, aydınlatan, bilimsel açıdan bilgilendirip azimle ilerlememi sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Gülşen VURAL'a teşekkür ederim. Tez çalışmamın uygulanması için gerekli izinleri veren etik kurulun tüm üyelerine, çalışmamın istatistiksel analizlerinde yol gösterip, yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Seval Kul ve Prof. Dr. İlker ETİKAN'a, tez savunma jürimde bulunarak değerli zamanlarını bana ayırıp, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Samiye METE ve Doç. Dr. Hatice BEBİŞ'e, Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekan yardımcısı Doç. Dr. Ümran DAL YILMAZ'a, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi Dr. Sevim ERKMENE', Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarına teşekkürlerimi sunarım. Çalışmaya katılmayı kabul ederek katkı sağlayan değerli annelere teşekkür ederim. Yaşamım boyunca her zaman bana güvenen ve yanımda olan, beni maddi ve manevi olarak destekleyen canım aileme, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Yataklı Servisinde ve Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan tüm arkadaşlarıma çalışmama yaptıkları katkılardan dolayı teşekkür ederim.

ÖZET

Ataman B, Yeni Doğanlarda Kanguru Bakımının; Annenin Ağrı, Yeni Doğanın Emme ve Yaşam Bulgularına Etkisi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2019.

Bu araştırma, Yeni doğanlarda kanguru bakımının; annenin ağrı, yeni doğanın emme ve yaşam bulgularına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmıştır. Çalışma, K.K.T.C’de özel bir hastanede vajinal ve spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan 30 deney ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 anne ile yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama ve izlem formları aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Shaphiro wilks testi, Student t testi, Mann Whitney U testi ve Ki-kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel güç %95 ve hata payı $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, deney grubundaki bebeklerin %33’ü doğum salonunda ve %20’si ameliyathanede ilk emmesini gerçekleştirmiştir. Deney grubundaki bebeklerin %46,7’si, kontrol grubundaki bebeklerin ise %6,7’si meme ucunu kendiliğinden arayarak bulmuştur ($p<0,05$). Deney grubunda bebeklerin beslendikten sonra hemen uyuma oranları kontrol grubundakilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki bebeklerin doğum sonu 2. saatteki emme süresi ortalama 30,6 dakika, kontrol grubunda 12,8 dakika bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki bebeklerin %53,3’üne, kontrol grubundaki bebeklerin ise %70,0’ine mama verilmiştir ($p>0,05$). Annelerin VAS skalasından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Deney ve kontrol gruplarında ilk 24 saatte ölçülen yaşam bulguları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırma sonucunda ebeveynlerin KB konusunda bilgilendirilmesi, KB uygulamasının yaygınlaştırılması, kanıtların artırılması için benzer çalışmaların farklı bölge ve hastanelerde yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yeni Doğan, Ten Tene Temas, Kanguru Bakımı, Emme, Yaşam Bulguları

ABSTRACT

Ataman B, Kangaroo Care in Newborn's; Mother's Pain, Influence On Breastfeeding and Vital Signs of Newborn Babies, Near East University Institute of Health Sciences, Department Of Obstetrics And Women's Health Nursing, Master Thesis, 2019.

Aim of this research is to determine affect of newborns skin to skin care on mother's pain, newborn's breastfeeding and vital signs. The study was done as randomised controlled. The research took place in a private hospital in the Turkish Republic of North Cyprus where a total of 60 mothers took part in the study. Thirty mothers were in experimental group who had vaginal birth and 30 mothers were in control group. Data was collected using a questionnaire which developed by the resercher according to literature and follow up forms. For eveluation of data Shaphiro wilks, Student t, Mann Whitney U and Ki kare tests were used. A statistical strength of 95 % and a margin of error of $p < 0,05$ was defined and significantly accepted. According to the results of the study, 33% of babies in the experimental group were first time breastfeed in the delivery room and 20% were first time breastfeed in the operating theatre. Forty six comma seven percent of babies in the experimental group, six comma seven of babies in control group was spontaneously started suckling after birth. Forty six comma seven percent of babies in the experimental group found the nipple unaided where as only 6,7% of babies managed this in the control group ($p < 0,05$). The percentage of babies slept after being fed was found to be higher in the experimental group than the control group ($p < 0,05$). Experimental group babies second time suckling after birth lasted an average of 30,6 minutes, where as control group babies suckled an average of 12,8 minutes ($p < 0,05$). Seventy percent of newborns were botte fed in the control group but this percentage went down to 53,3% in the experimental group ($p > 0,05$). Mother's VAS points showed a significant difference ($p < 0,05$). There was no statistically significant diffirence between the groups vital signs with in the first 24 hours ($p > 0,05$). Informing parents about KB as a result of the research, It is suggested that similar studies should be conducted in different regions and hospitals in order to increase the use of KB.

Key words: Newborn, Skin to Skin Care, Kangaroo Care, Breastfeeding, Vital Signs

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK

JÜRİ ONAYI

BEYAN

TEŞEKKÜR..... iv

ÖZET v

ABSTRACT vi

İÇİNDEKİLER..... vii

KISALTMALAR..... xi

ŞEKİLLER LİSTESİ xii

TABLolar LİSTESİ xiii

1.GİRİŞ ve AMAÇ..... 1

1.1. Araştırmanın Amacı..... 4

1.2. Araştırmanın Hipotezleri..... 4

2. GENEL BİLGİLER..... 5

2.1. Memenin Anatomik Yapısı..... 5

2.2. Emmenin Fizyolojisi..... 6

2.3. Anne Sütü..... 7

2.3.1. Emzirmenin anneye faydaları..... 7

2.3.2. Anne sütünün bebeğe faydaları..... 8

2.4. Emzirme Süresi..... 8

2.5. Emzirme Sıklığı..... 9

2.6. Vajinal Doğum..... 10

2.7. Vajinal Doğumun Bebeğe Etkileri..... 10

2.8. Sezaryen Doğum..... 10

2.9. Vajinal ve Sezaryen Doğumlarda Kullanılan Anestezi Türleri..... 10

2.9.1. Lokal anestezi..... 10

2.9.2. Epidural anestezi..... 11

2.9.3. Spinal anestezi..... 11

2.9.4. Genel anestezi..... 12

2.10. Kanguru Bakımı..... 12

2.10.1. Kanguru Bakımının Tanımı.....	12
2.10.2. Kanguru Bakımının Tarihçesi.....	12
2.10.3. Vajinal doğum sırasında kanguru bakımı.....	13
2.10.4. Sezaryen doğum sırasında kanguru bakımı.....	13
2.10.5. Doğum Sonrasında Kanguru Bakımı Uygulaması.....	15
2.11. Kanguru Bakımının Amaçları.....	15
2.12. Kanguru Bakımının Genel Yararları.....	16
2.13. Kanguru Bakımının Yeni doğana Yararları.....	17
2.14. Kanguru Bakımının Anneye Yararları.....	18
2.15. Kanguru Bakımının Anne- Bebek Bağlanmasına Etkisi.....	19
2.16. Kanguru Bakımının Hastane İçin Yararları.....	20
2.17. Kanguru Bakımı Pozisyonu.....	20
2.18. Kanguru Bakımının Uygulanma Biçimi	20
2.19. Kanguru Bakımı ve Emzirme.....	21
2.20. Kanguru Bakımını Destekleyen Ülke ve Kuruluşlar.....	22
2.21. Yeni Doğarlarda Kanguru Bakımına Yönelik Hemşirelik Girişimleri.....	23
2.22. Kanguru Bakımı ve Güncel Yaklaşımlar.....	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.2.1. Vajinal doğumlarda hastanenin rutin uygulaması.....	26
3.2.2. Sezaryen doğumlarda hastanenin rutin uygulaması.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Annelerin çalışmaya alınma kriterleri.....	27
3.3.2. Bebeklerin çalışmaya alınma kriterleri.....	28
3.3.3. Deney ve kontrol gruplarının randomizasyonu.....	28
3.4. Verilerin Toplanması.....	30
3.4.1. Çalışmada kullanılan veri toplama formları.....	30
3.4.1.1. Sosyo- demografik veri toplama formu.....	30
3.4.1.2. KB sırasında bebeğin emme davranışları izlem formu.....	30

3.4.1.3. Deney ve kontrol gruplarında yer alan bebeklerin ilk emme davranışları izlem formu.....	30
3.4.1.4. Bebeğin doğum sonu izlem formu.....	31
3.4.1.5. Yaşam bulguları izlem formu.....	31
3.4.1.6. Visual analogue scale.....	31
3.5. Veri Toplama Süreci.....	32
3.5.1. Deney grubunun veri toplama süreci.....	34
3.5.1.1. Annenin doğum öncesi hazırlığı.....	34
3.5.1.2. Doğum salonu ve ameliyathanede KB uygulaması.....	34
3.5.1.3. Doğum sonu bakım ve yapılan uygulamalar.....	35
3.5.2. Kontrol grubunun veri toplama süreci.....	36
3.5.2.1. Annenin doğum öncesi hazırlığı.....	36
3.5.2.2. Hastanenin rutin uygulaması.....	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
3.7. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler.....	37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.9. Araştırmanın Güçlükleri.....	38
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	54
5.1. KB'nın Yeni Doğanların Doğum Sonu İkinci Saatteki Emme Süresine Etkisinin İncelenmesi.....	56
5.2. KB'nın Yeni Doğanlara Verilen Mama Sayısına Etkisinin İncelenmesi.....	59
5.3. KB'nın Annelerin Ağrı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi.....	60
5.4. KB'nın Yeni Doğanların Yaşam Bulgularına Etkisinin İncelenmesi.....	61
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler.....	66
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER.....	80
EK 1. Sosyo- Demografik Veri Toplama Formu.....	80
EK 2. Bebeğin Kanguru Bakımı Sırasında Emme Davranışları İzlem Formu	82

EK 3. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bebeklerin İlk Emme	
Davranışları İzlem Formu.....	83
EK 4. Bebeğin Doğum Sonu İzlem Formu.....	84
EK 5. Yaşam Bulguları İzlem Formu.....	85
EK 6. Bilimsel Araştırma (KB) Onam Formu.....	87
EK 7. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu.....	92
EK 8. Visual Analogue Scale (VAS).....	94
EK 9. İlk 24 Saatte Ölçülen Yaşam Bulguları	
Tabloları.....	95
EK 10. Etik Kurul Onayı.....	97
EK 11. Kurum Onayı.....	97
EK 12. KB Sırasında Çekilen Fotoğraflar.....	98
EK 13. Özgeçmiş.....	100

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

KB: Kanguru Bakımı

SSC: Skin to Skin Care

TTT: Ten Tene Temas

DDA: Düşük Doğum Ağırlıklı

YDYBÜ: Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi

APGAR: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration

NST: Non-stress Test

K.K.T.C: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AAP: The American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)

ABM: The Academy of Breastfeeding Medicine (Emzirme Tıbbı Akademisi)

NRP: The Neonatal Resuscitation Program (Yenidoğan Canlandırma Program)

VAS: Visual Analogue Scale

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

Spo2: Oksijen Saturasyonu

IV: Intravenöz

Std: Standart Deviation (Standart Sapma)

Mean: Ortalama Değer

Median: Ortanca Değer

Min: En Düşük Değer

Max: En Yüksek Değer

n: Örneklem Sayısı

dk: Dakika

ml: Mililitre

gr: Gram

ark: Arkadaşları

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Randomizasyon Akış Şeması.....	29
Şekil 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Uygulama Akış Şeması	33

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Annelerin Sosyo- demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı.....	39
Tablo 2. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	41
Tablo 3. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin ve Emzirme Durumlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı	42
Tablo 4. Bebeklerin Doğum Kilolarının ve APGAR Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı	44
Tablo 5. Deney ve Kontrol Gruplarının İlk Emmeye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	45
Tablo 6. Deney ve Kontrol Gruplarının İkinci Saatteki Emme Sürelerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	46
Tablo 7. Bebeklerin İlk 24 Saatte Mama ile Beslenme ve Kusma Durumlarının Dağılımı	47
Tablo 8. Bebeklere İlk 24 Saatte Verilen Mama Sayı ve Miktarının Grup Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 9. Bebeklerin İlk 24 Saatte Kan Şekerlerine Bakılma Sayısı	49
Tablo 10. Bebeklerin Beslendikten Sonra Hemen Uyuma Durumları ile İlgili Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	49
Tablo 11. Annelerin VAS Skalasından Aldıkları Ağrı Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı.....	50
Tablo 12. Annelerin Daha Önce Bebeklerini Emzirme Durumlarının Bebeklerin Aldıkları Mama Miktarı ve Doğum Sonu İkinci Saatteki Emme Sürelerine Göre Dağılımı	51
Tablo 13. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bebeklerin Doğum Sonu 4. Saatteki Yaşam Bulguları ve Oksijen Saturasyonu Ortalamalarının Dağılımı.....	52
Tablo 14. Deney Grubundaki Bebeklere KB Uygulanma Süresi	53

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanguru bakımı (KB), kanguruların küçük yavrularını keselerinde taşımalarına ve bakım vermelerine benzeyen bir yöntemdir. KB ilk kez Kolombiya’da 1979 yılında uygulanmıştır. Özellikle olanakları sınırlı olan ülkelerde düşük doğum ağırlıklı (DDA) yeni doğanların beden ısılarını korumak amacı ile geliştirilmiştir (Conde-Agudelo ve ark. 2011; Manazir Ali ve ark 2009). KB, bebeklere sadece bebek bezi ve bir şapka giydirerek annenin çıplak memeleri arasında, yüzüstü dik pozisyonda yatırılması olarak tanımlanmaktadır (Roller 2005, Davanzo ve ark 2013). KB, anne ve yeni doğanın bağlanmasını sağlayan, yeni doğanın dış ortama uyumunu kolaylaştıran ten tene temas olarak da tanımlanmaktadır (Chwo ve ark. 2007; Tessier ve ark. 1998). KB; prematüre ve DDA bebeklerin özel bakımı için gerekli olan donanım ve deneyimi karşılamak, enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla başlatılmış ve ebeveynlerin yeni doğan bebekleri ile bağ kurmalarını artırdığı belirtilmiştir. Doğum sonu erken dönemde uygulanan KB, hem annenin hem de babanın bebekle bağ kurması için önemlidir. Özel bakım gerektiren prematüre ve DDA bebekler için geliştirilen bu yöntem, günümüzde İskandinav ülkelerinde standart bakımın bir parçası haline gelmiştir. Kolombiya’da yapılan çalışmaların sonuçlarına göre KB, anne sütü verme oranlarını artırmış, annelerin daha uzun süre emzirmelerini sağlamış, kendilerine güvenlerini artırmıştır. Türkiye’de son yıllarda tartışılmaya ve bilimsel yayınlarda yer almaya başlayan kanguru bakımı, Asya, Afrika ve Güney Amerika’nın birçok ülkesinde başarı ile uygulanmıştır. KB Fransa, İsveç, İngiltere, Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerde de ilgi gören bir yöntemdir (Ludington-Hoe 2010, Hardy 2011). Gelişmekte olan 15 ülkede yapılan karşılaştırma çalışmalarında, KB’nin stabil prematüre bebekler için %51 oranında yenidoğan ölümlerini azalttığı, kuvöz bakımından daha etkili olduğu bulunmuştur (Healtly Newborn Network, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve pek çok kuruluş tüm bebeklerin doğdukları andan itibaren annelerinin çıplak tenine yatırılmasını önermektedir (World Health Organization 2003 Kangaroo mother care: A practical guide. Geneve,WHO, Deparment of Reproductive Health and Research).

KB tüm sağlıklı yeni doğanlara ve prematüre bebeklere doğum sonu dönemde rutin bakım ve kontrolleri yapıldıktan sonra ilk 24 saat içinde uygulanabilen bir yöntemdir. Bebeğin beslenmesi için gerekli olan emme ve yutma davranışları KB uygulaması için temel bir gereklilik değildir. KB'na tüple beslenme döneminde de başlanabilir. Ancak KB entübe bebeklerin rutin bakımı olarak önerilmemektedir. Kanguru Bakımı uygulaması süresince yeterli koşullar sağlansa bile, bebeğin sağlığı ile ilgili sorun gelişebilir. KB uygulaması sırasında bebeğin yaşam bulgularının bozulduğunu gösteren belirtiler görülebilir. Bu nedenle bebeğin uygulama sırasında yaşam bulgularının (beden ısısı, kalp atım hızı, solunum sayısı, kan basıncı ve oksijen saturasyonu) izlenmesi önemlidir. KB sırasında bebeğin sağlığı ile ilgili ailesine bilgi verilmelidir. Bebekte bir sağlık sorunu geliştiğinde uygulamanın sonlandırılması gerekir (Davano ve ark 2013). KB sırasında gelişebilecek önemli sorunlardan birisi hipotermi olarak belirtilmektedir. Bu nedenle KB sırasında bebeğin beden ısısının ölçülmesi ve izlenmesi gerekir (Yıldırım 2009, Davanzo ve ark 2013). Ciddi hastalığı olan ya da özel tedavi gerektiren yeni doğanların Kanguru Bakımı uygulanmadan önce iyileşmesi beklenmelidir (Ludington-Hoe 2011), (WHO 2003, Thukral ve ark 2008, Moore ve ark 2012).

KB yaşamın ilk iki yılı boyunca bebeğin tüm gelişiminde olumlu etkiler sağlamaktadır. Shrivastava ve ark (2013)'nın, KB'nın bebeklerin büyüme ve gelişmesine etkisini inceledikleri çalışmalarında, KB rutin uygulandığında bebeklerin kilo alımı, boy uzaması ve baş çevresinde artış sağladığı saptanmıştır. Catteno ve ark (1998) tarafından yapılan bir çalışmada, KB uygulanan bebeklerin uygulanmayanlara göre günlük kilo artışının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Türkiye'de Sarıcan (2014)'ın KB'nın prematüre bebeklerde büyüme ve gelişmeye etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, KB uygulanan bebeklerin boy uzunluğunun daha fazla ($p<0,05$), kilo ve baş çevresi ölçümlerinin ise benzer olduğu ($p>0,05$) saptanmıştır. Moore ve ark (2012)'nın sağlıklı bebeklerde yaptıkları çalışmada, KB'nın bebeğin doğum sonu ilk 24 saat içinde vücut ısısının korunmasına yardımcı olduğu bulunmuştur.

Kanguru Bakımı ile ilgili diğer önemli bir sonuç ise yaşam bulgularına olan etkisidir. KB uygulanan bebeklerde daha az ağlama, memeyi daha iyi kavrama, daha uzun emme, normal sınırlarda kan basıncı, kalp atım hızı ve beden ısısı saptanmıştır. Walters ve ark (2007)'nın sağlıklı term bebeklerde KB uygulamasının bebeklerin kan şekeri seviyelerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, bebeklerde daha yüksek kan şekeri seviyeleri görülmüştür. Sağlıklı term bebeklerde KB'na erken başlandığında ve doğum sonu ilk 24 saatte uygulandığında yeni doğanın kan şekeri seviyelerinin daha çok normal sınırlarda olduğu belirlenmiştir (Ludington-Hoe ve ark 2008, Newman ve ark 2009, McCall ve ark 2010). Başka bir çalışmada, KB uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin doğumdan 75- 90 dk sonra kan şekeri değerleri ölçülmüştür. Yapılan ölçümlere göre kan şekeri değerleri KB uygulanan bebeklerde daha yüksek bulunmuştur (Moore ve ark 2012).

Kanguru Bakımının hem anne hemde yeni doğan için bir çok yararı bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalarda KB'nın, anne memesine daha kolay ulaşmayı sağladığı, anne sütü yapımını ve emzirme oranını artırdığı saptanmıştır. Aynı zamanda, taburcu olurken bebeklerin anne sütüyle beslenme oranlarını artırdığı ve annelerin daha uzun emzirmelerini sağladığı belirtilmiştir (Furman ve ark 2002, Boo ve ark 2007, Nyqvist ve ark 2010, Flacking ve ark 2011, Moore ve ark 2012).

Literatür taraması yapıldığında, K.K.T.C'de vajinal ve sezaryen doğum ile dünyaya gelen yeni doğanlarda kanguru bakımının; annenin ağrı, yeni doğanın emme ve yaşam bulgularına etkisini gösteren çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışma K.K.T.C'de KB konusunda yapılan ilk çalışmadır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, yeni doğanlarda kanguru bakımının; annenin ağrı, yeni doğanın emme ve yaşam bulgularına etkisinin belirlenmesi amacı ile randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₁: KB uygulanan yeni doğanların doğum sonu 2. saatteki emme süreleri ile kontrol grubundaki yeni doğanların doğum sonu 2. saatteki emme süreleri arasında fark yoktur.

H₀₂: KB uygulanan yeni doğanlara ilk 24 saatte verilen mama sayısı ile kontrol grubundaki yeni doğanlara verilen mama sayısı arasında fark yoktur.

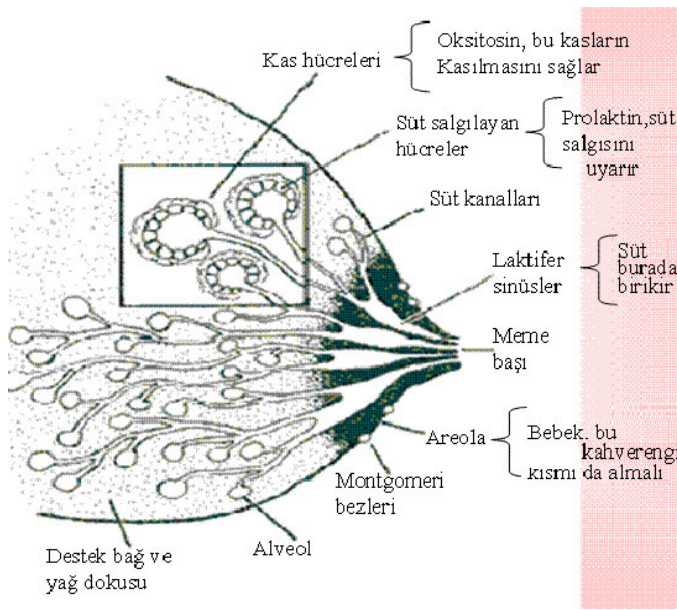
H₀₃: KB uygulanan annelerin ilk 24 saatin sonunda VAS (Visual Analogue Scale) puanları ile kontrol grubundaki annelerin VAS puanları arasında fark yoktur.

H₀₄: KB uygulanan yeni doğanların, kontrol grubundaki yeni doğanlara göre ilk 24 saatteki yaşam bulguları (beden ısıları, kalp atım hızları, solunum sayıları, sistolik ve diastolik kan basıncı) ve oksijen saturasyonu arasında fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Anatomik Yapısı

Memeler, göğüs ön duvarı üzerinde, ikinci ve altıncı kostalar seviyesinde yer alan aksiler hat ve sternumla çevrili olan yapılardır. Pubertede kadınların östrojen seviyesinin yükselmesi ile birlikte memeler gelişmeye başlar.



Şekil 1: Memenin Anatomik Yapısı (<http://www.doku.gen.tr>)

Meme dokusu, alveoller, kanallar ve destek dokusundan meydana gelir. Alveollerin içerisinde süt yapımını sağlayan hücreler bulunur. Gebeliğin 5. ayından itibaren epitel hücreleri salgı faaliyetine geçer ve anne sütü salgılanmaya başlar. Memenin dış kısmında ise meme ucu ve areola (memenin kahverengi kısmı) vardır. Bebek memeyi emerken bu kısmı da ağzına almalıdır. Meme bezlerinin rolü, anneden bebeğe besin geçişini sağlamaktır (Ünsal Atan, 2008), (Gökdoğan, 2009), (Taşkın, 2016), (www.dicle.edu.tr). Erişim tarihi: 20.12.2018.

2.2. Emmenin Fizyolojisi

Bebek doğduğunda anne sütünden yararlanabilmesi için bazı koruyucu refleksleri beraberinde getirir. Bu refleksler;

1. Arama
2. Emme
3. İçine çekme ve
4. Yutma refleksidir.

1. Arama Refleksi: Parmakla bebeğin yanak ve dudağına dokunulduğunda bebeğin başını o yöne doğru çevirerek ağzını açmasıdır. Annenin meme başıyla bebeğin alt dudağına dokunulduğunda, bebek meme başını koklayarak meme ucunu kavrar ve emmeye başlar. Bu refleks yaşamın ilk 9-12. haftalarında kaybolur. Yeni doğanda arama refleksinin yokluğu, zayıflığı ve tepkilerin simetrisinin olmayışı merkezi sinir sistemi depresyonunu ya da fonksiyon bozukluğunu gösterebilir (Akkuzu, 2007), (Çavuşoğlu, 2008- 2015), (Taşkın, 2016), (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap23.pdf>).

2. Emme Refleksi: Meme başının ve kahverengi kısmının bebeğin ağzına doğru yerleştirilmesiyle, bebeğin diliyle meme ucunu damağına doğru çekerek süt salınmasını başlattığı reflekstir. Bebeğin dudaklarına dokunulduğunda emme hareketi başlar. Bu refleks fetal hayatın 17. haftasında oluşur ve gebeliğin son haftasında olgunlaşır. Emme refleksi uyanık durumda 4. aya, uykuda 7. aya kadar devam eder. Doğumdan sonra emme refleksi uyarılmaz ise kaybolur. Bu nedenle emme refleksinin devamı için emzirmenin desteklenmesinin önemli olduğu söylenebilir (Akkuzu, 2007), (Çavuşoğlu, 2008- 2015), (Taşkın, 2016), (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap23.pdf>).

3. İçine Çekme Refleksi: Memeden alınan sütün içe doğru çekilmesini sağlar. Bebeğin sütü kamışla çekiyormuş gibi çekerek emmesi sonucu oluşan reflekstir (Akkuzu, 2007), (Taşkın, 2016).

4. Yutma Refleksi: Bebeğin memeden aldığı sütü ağız içine doğru çekmesini sağlayan reflekstir. Bebeğin sütü memeden alırken vakum yapar gibi özefagusa doğru çekmesidir. Yutma refleksinin etkin olması bebeğin etkili emdiğini gösterir. Bebek, ağız süt ile dolunca sütü yutar. Emme ve yutma hareketi koordineli olarak çalışır ve yutma işlemi biraz zaman alır. Yutma refleksi kendiliğinden gelişir ve yaşam boyu devam eder (Çavuşoğlu, 2008- 2015), (Taşkın, 2016), (T.C SB EDEK, 2015).

2.3. Anne Sütü

Bebeğin beslenmesi ile ilgili uygulamalara tarihsel olarak bakıldığında, günümüze kadar bebek beslenmesinde en önemli besinin anne sütü olduğu görülmektedir (Samur, 2008), (Şafak ve Ata Tutkun, 2015), (Balcı, 2011).

Anne sütünde; proteinler, yağlar, karbonhidratlar, vitaminler, mineraller, büyüme faktörleri, enzimler, hormonlar, antimikrobiyoller, antienflamatuar maddeler ve immünomodülatörler bulunur. Anne sütü, bebeklerin yaşamlarının ilk 4-6 ayında gereksinim duydukları tüm besinleri içermektedir. Anne sütü, yeni doğan için en doğal ve en taze besindir. Temiz, bedava ve sindirimi kolaydır. Bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirerek enfeksiyonlardan korur. Yeni doğan ve annenin duygusal olarak bağlanmasını sağlar (TNSA, 2013), (Çeçe, 2011), (Ünsal Atan, 2008), (Balcı, 2011), (Megep, 2014), (Kurnaz, 2014).

Anne sütü doğumdan sonra üç şekilde salgılanır.

Kolostrum: Doğumdan sonra ilk beş gün boyunca salgılanan süttür.

Geçiş Sütü: Kolostrumdan sonra 5-15. günler arasında salgılanan süttür.

Olgun Süt: On beşinci günden sonra salgılanan süttür (Samur, 2008), (Şafak ve Ata Tutkun, 2015), (Gökdoğan ve Akdolun Balkaya, 2013).

2.3.1. Emzirmenin Anneye Faydaları

Emzirme; meme, over ve endometrium (rahim için tabakası) kanserlerinin görülme riskini azaltır. Anneyi kemik erimesinden (osteoporozis)

korur. Uterusun eski haline dönmesine yardımcı olarak anneyi aşırı kan kaybından ve anemiden korur. Doğum sonu dönemde annenin kilo vermesini kolaylaştırır. Anne- bebek bağlanmasını kuvvetlendirerek annelik duygusunun gelişimine katkı sağlar. Annelerin kendilerine güvenlerini artırır ve süt yapımını olumlu etkiler. Anne için doğal analjezik etki oluşturur ve postpartum depresyon riskini azaltır (Taşkın, 2016), (Şafak ve Ata Tutkun, 2015), (Topal ve diğerleri, 2017), (Samur, 2008), (Gökdoğan ve Akdolun Balkaya, 2013).

2.3.2. Anne Sütünün Bebeğe Faydaları

Yapılan araştırmalar anne sütünün bebeklerde alt solunum yolu enfeksiyonları, otitis media (orta kulak iltihabı), allerjik hastalıklar, insüline bağımlı diyabet, obezite gibi hastalıkların görülme riskini azalttığını ortaya koymaktadır. Anne sütünde bulunan serbest IgA, IgG, IgM, IgD bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirir. Emzirilen bebeklerin çene ve diş gelişimi olumlu etkilenir. Anne sütü içerdiği büyüme faktörü ile bebeğin organ ve dokularının gelişimini sağlar. Bebeğin ruhsal, bedensel ve zihinsel gelişimine katkıda bulunur (Taşkın, 2016), (Gökdoğan ve Akdolun Balkaya, 2013), (Peker, 2015), (Samur, 2008), (Ateşagaoglu ve diğerleri, 2013).

2.4. Emzirme Süresi

Bebeğin; hem emzirmenin başlangıcında gelen ön süttten (kolostrum), hem de sonlarına doğru gelen lipitten zengin olan son süttten yararlanması için emzirme süresi en az 10 dakika olmalıdır. Bebeğin memede ortalama kalma süresi 15-20 dakikadır. İlk günlerde bebekler çene kaslarının kuvvetsiz olması nedeniyle memeyi geç boşaltabilirler. İlerleyen dönemde daha güçlü emdikleri için memeyi boşaltma süresi kısalabilmektedir. Bazı bebekler memeyi 5 dakikada boşaltabilir; bazılarıysa daha yavaş emerek 20 dakika ya da daha fazla sürede emmeyi bitirebilir. Bebeğin memeyi terk etmesine ve doyana kadar emmesine izin verilmelidir. UNICEF ve DSÖ'ne göre bebekler yaşamlarının ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenmeli; ek gıdalara 6. aydan sonra

geçilmelidir. Bu gıdalara ek olarak, emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesi önerilmektedir (TNSA, 2013), (Gür, 2007), (Heird, 2008), (Yağcı, 2007), (Okumuş ve Mete, 2014).

2.5. Emzirme Sıklığı

Erken emzirme hem anne, hem de bebek için yararlıdır. Emzirme uterusun doğum sonu dönemde kasılmasını sağlayan oksitosin hormonunun salgılanmasını uyarak doğum sonu dönemde uterusun kısa sürede normal ölçüsüne ve fonksiyonuna ulaşmasını sağlar. Sık emzirme süt yapımının artmasını sağlar. Bu nedenle emzirmenin doğumdan sonra en erken dönemde (ilk 30 dakika içinde) başlatılması gerekir. Bebeğin ilk bir kaç gününde beslenmesi 2-3 saati geçmemelidir. Gerekirse bebek uyandırılarak 2 saatte bir emzirilmesi gerekmektedir. İlk haftalarda bebeklerin günde 8-12 defa emzirilmeye ihtiyaçları bulunmaktadır (Akkuzu, 2007), (Çavuşoğlu, 2008), (Samur, 2008), (Şafak ve Ata Tutkun, 2015), (Labarere ve diğerleri, 2005), (Okumuş ve Mete, 2014).

TNSA-2013'e göre, yeni doğanların yüzde 50'si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır. TNSA 2013 sonuçları bebeklerin %58'inin doğum sonu ilk iki ay sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Bebeklerin doğum ayı artışı ile birlikte emzirme hızla azalmakta, 4-5 aylık bebeklerde yüzde 10'a kadar gerilemektedir. Emzirme sıklığı bebeğin isteğine göre ayarlanmalıdır. Emzirme için bebeğin ağlaması beklenmemelidir. Bebeğin arama hareketleri yapması, elini ağzına götürerek yalamaya başlaması, kollarını ve bacaklarını hareket ettirmesi vb. davranışlar onun emmeye istekli olduğunu göstermektedir (TNSA, 2013), (Akkoyun ve Taş Arslan, 2016), (Gür, 2007).

2.6. Vajinal Doğum

Normal bir gebelik süreci son adet tarihinden itibaren 40 haftadır (280 gün). Vajinal doğum, gebeliğin 38- 42 haftaları arasında kendiliğinden başlayan rahim kasılmalarıyla fetüsün vajinal yolla canlı olarak dünyaya gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, servikal açılma ve silinmeye neden olan, sıklığı ve şiddeti artarak devam eden kontraksiyonlarla beraber fetüs ve eklerinin dışarı atılmasıdır (Gül, 2008), (Erkiran, 2009).

2.7. Vajinal Doğumun Bebeğe Etkileri

Vajinal doğumun en önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Doğum sonu dönemde anne birkaç saat içinde normal hayatına dönebilmekte ve kısa sürede bebeğini emzirebilmektedir. Hastanede yatış süresi son derece kısa olmaktadır. Vajinal doğumun fetüs açısından avantajı ise doğum esnasında bebeğin sıkışıp büzüşen akciğerlerinin soluk alıp vermeye daha hazırlıklı olmasıdır. Ayrıca anne ve bebek arasındaki duygusal bağ daha kısa sürede ve güçlü başlamaktadır (Ceylantekin, 2006), (Lilford ve diğerleri, 1990).

2.8. Sezaryen Doğum

Tarihsel sürece bakıldığında sezaryenin karın duvarına uygulanan ilk operasyon olduğu görülmektedir. Sezaryen doğum; fetus ve eklerinin karın ve uterus duvarına yapılan insizyon yoluyla doğurtulması olarak tanımlanmaktadır (Aytekin Aydın, 2016), (Erkiran, 2009), (Gül, 2009).

2.9. Vajinal ve Sezaryen Doğumlarda Kullanılan Anestezi Türleri

2.9.1. Lokal Anestezi

Vajinal doğumlarda uygulanmaktadır. Lokal anestezi, bilinç kaybı olmadan vücudun bir bölgesinde duyuşal iletinin ortadan kaldırılmasıdır. Lokal

anestezi gebenin bilincini etkilemeden doğum ağrısını ve sütür atılırken duyulan ağrıyı gidermesi nedeniyle yaygın olarak kullanılan güvenli bir yöntemdir. Vajinal doğum esnasında, vajinanın sağ yanına veya orta hattına enjeksiyon şeklinde yapılan anestezi dir. Bu uygulamanın amacı bu bölgede işlev gören sinirlerin bloke edilmesidir. Diğer bir amaç ise epizyotomi açılması esnasında ve sonrasında dikiş atılırken annenin ağrı duyusunu engellemektir. Bazen epizyotomi açılmasa da annenin ağrısını azaltarak, bebeğin çıkışını kolaylaştırmak için lokal anestezi uygulanabilir. Nadiren işlemin yan etkisi olarak uygulama bölgesinde ödem ve şişlik görülebilir (Şentürk Yazıcı, 2009), (Kömürcü, 2013).

2.9.2. Epidural Anestezi

Anestezik ilacın omuriliği saran “dura” adı verilen kılıfın dışındaki boşluğa verildiği anestezi tipidir. Epidural anestezi doğumun herhangi bir evresinde yapılabilir. Epidural anestezi uygulamasının etki gösterip ağrının kesilebilmesi için rahmin 4-5 cm açıklığa ulaşması, yani doğumun aktif fazında olması gereklidir. Erken yapıldığında doğum ağrılarını durdurabilmektedir. Epidural anestezinin etkisi uzun sürelidir ve 5-6 saat kadar devam edebilir. Epidural anestezinin en önemli avantajı, etkili bir analjezi sağlamasının yanı sıra, doğum anında fizyolojik yanıtları baskılayarak gebenin doğuma aktif olarak katılmasını sağlamaktır (Şentürk Yazıcı, 2009), (Köse ve diğerleri, 2013), (Karaçam ve Gezer, 2017).

2.9.3. Spinal Anestezi

Sezaryen doğumlarda uygulanmaktadır. Spinal anestezi; lokal anestezik ilacın subaraknoid boşluktan beyin omurilik sıvısı (BOS) içine verilerek spinal sinirlerin bloke edilmesi yöntemidir (Miligan, 2004). Tek doz enjeksiyon ile hızlı ve güvenli sinir blokajı sağlanmaktadır. Etki süresi kısadır. Yan etkiler olarak, hipotansiyon gelişebilir ve duranın delinmesi sonucunda baş ağrısı görülebilmektedir (Kömürcü, 2013).

2.9.4. Genel Anestezi

Başta azot protoksid olmak üzere çeşitli anestezi ilaçlarının uygun kullanılması ile güvenli ve etkin bir yöntemdir. Yeni doğanın vücudundan bir kaç dakika atılmakta içinde ve solunumu deprese etmemektedir. Uterus kontraksiyonunu deprese etmemekte ve postpartum kanamayı artırmamaktadır (Kömürcü, 2013).

2.10. Kanguru Bakımı

2.10.1. Kanguru Bakımının Tanımı

İngilizce literatürde Kangaroo Mother Care (KMC) ya da Skin to Skin Care (SSC) olarak bilinen Kanguru Bakımı, yeni doğanın ten tene temasını sağlayacak şekilde ebeveynin çıplak göğsüne, bebeğin yüzü ebeveyne dönük olacak şekilde dik pozisyonda yatırılmasıdır. KB, bebeğin vücut sıcaklığının dengelenmesi ve sakinleşmesi için anne ile ten tene temasının sağlandığı bir yöntemdir (Roller 2005, Davanzo ve ark, 2013), (Höbek Akarsu, 2017). Sağlıklı term yeni doğanlara uygulanan KB, genellikle Türkiye’de ten tene temas (TTT) olarak adlandırılmaktadır.

2.10.2. Kanguru Bakımının Tarihçesi

Kanguru Bakımı ilk defa, Kolombiya-Bogota’da, 1979 yılında Rey ve Martinez tarafından DDA bebeklerde uygulanmıştır. Rey ve Martinez yeni doğan ünitelerindeki kuvöz bakım olanaklarının yetersiz olması nedeniyle enfeksiyon oranlarının yüksek olduğunu ve preterm bebeklerin vücut sıcaklığını sürdürmede zorlandıklarını belirtmişlerdir. Geleneksel kuvöz bakımına bir alternatif olarak Kanguru Bakımını uygulamışlardır. Anneleri bebekleri ile birlikte yeni doğan ünitesine kabul ederek bebeklere annelerinin göğsünde bakmaya başlamışlardır (Boundy et al., 2016).

Rey ve Martinez KB'nın yeni doğan sağlığına etkilerini değerlendirdiklerinde, enfeksiyon oranlarının azaldığını, bebeklerin daha iyi emdiğini, vücut sıcaklığının düzenlendiğini ve daha çabuk iyileşip taburcu olduklarını gözlemişlerdir. Rey ve Martinez araştırma sonuçlarını paylaştıklarında bu konu diğer araştırmacıların da dikkatini çekmiş ve KB ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. KB konusunda yapılan araştırmalardan elde edilen ortak sonuç, Kanguru Bakımının; çağdaş, hümanist, bireysel bakımı destekleyen bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır (Boundy et al., 2016).

2.10.3. Vajinal Doğum Sırasında Kanguru Bakımı

Vajinal doğum sırasında KB uygulaması için bazı hastanelerde bir takım protokoller uygulanmaya başlamıştır. Bu protokollere göre doğum sonu uygulanan K vitamini enjeksiyonu, enfeksiyonu önlemek için göz kremi sürülmesi, bebeğin ayak izinin alınması, kilo, boy ve baş çevresi ölçümü gibi rutinlerin ilk emzirme sonrasına bırakılması önerilmiştir. Bunun yanı sıra bebeğin vücut ısısı, dolaşımı, solunumu ve kan şekeri desteklemek için sağlıklı doğan her bebeğin doğduktan hemen sonra annesinin göğsüne yatırılması ve ilk bakımlarının KB sırasında gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Phillips, 2013), (WHO, 2003).

2.10.4. Sezaryen Doğum Sırasında Kanguru Bakımı

Hastanelerin birçoğunda vajinal doğumdan hemen sonra KB uygulaması önerilse de, bazılarında sezaryen sonrası ameliyathanede KB uygulaması yapılmaktadır. Bu uygulamanın yaygınlaşması için kadın doğum, anestezi ekibi, ebeler, hemşireler ve yeni doğanın ilk bakımını yapan kişilerin uygulamanın anne ve bebeğin sağlığına yararları hakkında bilgilendirilmiş olması gerekmektedir. Sezaryen doğum yapan anneler, hastanenin rutin uygulamaları ve anestezi almaları nedeniyle bebeklerini tutma ve emzirme konusunda vajinal doğum yapan annelere göre daha çok zorlanmaktadır. Dolayısıyla KB sırasında anne ve bebeğin durumlarını sürekli

değerlendirebilecek ve emzirmeye yardımcı olabilecek bir hemşirenin olması gerekmektedir. Erken dönemde emzirmenin başlatılması hemşirelerin temel sorumluluklarındandır. Bu sebeple KB uygulaması sırasında anne- bebek bağlanmasını ve başarılı bir emzirmeyi gerçekleştirebilecek en uygun sağlık ekibi üyesinin hemşire olduğu düşünülmektedir (Cangöl, 2014), (Akkuzu, 2007), (Phillips, 2013), (Günay, 2011), (Orr, 2010), (Dabrowski, 2007), (de Alba-Romero, 2014).

Sezaryen doğumlarda KB uygulaması için anne ile önceden görüşülerek, sezaryenden sonra bebeğin göğsüne yatırılacağı anlatılmalı ve KB uygulamasının faydalarından bahsedilmelidir. Bebeğin göbek kordonu kesildikten ve pediatri uzmanının muayenesinden sonra hemşire bebeği hemen annenin çıplak göğsüne yüzüstü ve yatay pozisyonda, üzerinde sadece bezi ve şapkası olacak şekilde yatırıp örtmelidir. Hemşire bu sırada bebeğin ağlamasını ve aktivitesini değerlendirmelidir. KB uygulaması için yeni doğanın APGAR puanının 7 ve üzeri olması önerilmektedir. Bebeğin idrar ve mekonyum çıkışı anne ile ten teması sırasında gerçekleştiğinde sterilite bozulacağından bebeğe bez bağlanmalıdır. Isı kaybını önlemek amacıyla da bebeğe şapka giydirilip üzeri örtülmelidir (Ceylantekin, 2006), (Gouchon ve diğerleri, 2010), (Mahmood ve diğerleri, 2011), (Hung ve Berg, 2011), (Phillips, 2013), (de Alba-Romero ve diğerleri, 2014).

Augustin ve ark (2014)'nın yaptıkları çalışma sonucunda sezaryen doğum yapmış annelerin büyük bir kısmının (%71) doğum sonu ilk bir saat içinde ten teması gerçekleştiremediği saptanmıştır. Bu sonuca göre, doğum sonu emzirmenin geciktiği ve emzirmenin ilk 2 saat içinde gerçekleştiği belirlenmiştir. Bu nedenle annenin KB uygulaması için uygun olmadığı durumlarda baba KB uygulamasını üstlenebilir (Augustin ve diğerleri, 2014).

2.10.5. Doğum Sonrasında Kanguru Bakımı Uygulaması

Doğumdan hemen sonra annenin ve bebeğin birbirine dokunması sonucunda yeni doğan hem fiziksel hem de zihinsel olarak gelişmektedir. “Doğum sırasında Kanguru Bakımı” bebeğin yüzü anne ya da babaya dönük olacak şekilde, anne ya da baba ile doğrudan ten teması sağlanarak, göğüslerin arasına yerleştirilmesi işlemidir. KB, bir çeşit bebeği kucaklama metodudur. Doğumdan hemen sonra başlatılan kanguru bakımına “doğumda kanguru bakımı” denilmektedir (Höbek Akarsu, 2017), (Koç ve Kaya, 2017).



(Fotoğraf aileden sözlü izin alınarak araştırmacı tarafından çekilmiştir).

2.11. Kanguru Bakımının Amaçları

Kanguru bakımının amacı;

- ✓ Hem DDA ve prematüre, hem de sağlıklı bebeklerin gelişimini desteklemek,
- ✓ Doğum sonu dönemde mümkün olan en kısa sürede anne ile bebek etkileşimini ve bağlanmasını sağlamak,
- ✓ Yeni doğan için ideal bir bakım ortamı yaratarak dış ortama uyumunu desteklemek,

- ✓ Yeni doğan yoğun bakım ünitelerinden bakım alan bebeklerin, ünitenin stresörlerinden etkilenmesini en aza indirgeyerek bebeğin gelişimini desteklemek,
- ✓ Emzirmeyi en kısa sürede başlatarak etkili bir şekilde sürdürülmesini desteklemek,
- ✓ Maliyeti olmayan bir yöntemin uygulanmasını yaygınlaştırarak kaynakların etkin kullanımına katkı sağlamak,
- ✓ Hem prematüre ve DDA, hem de sağlıklı bebekler için insancıl, çağdaş ve kanıta dayalı bakım verilmesini sağlamaktır.

2.12. Kanguru Bakımının Genel Yararları

Doğum sonu dönem, annede anatomik ve fizyolojik değişikliklerin olduğu, yeni sorumlulukların üstlenildiği bir geçiş dönemidir. Bu nedenle, hem annenin hem de yeni doğanın en hassas olduğu kritik bir süreç olarak belirtilmektedir. Anne ve yeni doğan için bazı güçlükleri barındıran bu dönemin olumsuz yanlarını azaltmaya çalışmak, anne ve yeni doğan etkileşimini sağlamak için doğum sonu ilk dakikalardan itibaren KB uygulamasının yararlı olduğu belirtilmektedir (Moore ve ark, 2012).

Fetüs anne karnındayken kol ve bacakları gövdesine yakın, rahmin orta hattında, kıvrılmış (cenin pozisyonu) durumda ve sürekli ulaşılabilir bir besin kaynağına sahiptir. Doğumla birlikte yeni doğan kendisine oldukça yabancı olan bir dış dünyaya gelmektedir. Yeni doğan için stres yaratan bu durum, doğum sonu mümkün olan en kısa sürede, anne ile bebeğin ten tene teması sağlanarak giderilebilir. KB sayesinde yeni doğanın ağlaması azalmakta, emzirme erken başlamaktadır (Ludington ve ark, 2008), (McCall ve ark, 2010), (Moore ve ark, 2010). Yaklaşık 20 yıldır yürütülen çalışmalar KB'nın, yeni doğanın genel durumu, kilosu ve doğum haftası ne olursa olsun, ısı kontrolünün sağlanmasında, anne sütü ile beslenmesinin sürdürülmesinde bütün yeni doğanlar için etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir (Nygqvist ve ark, 2010), (McCall ve ark, 2010), (WHO, 2003).

DSÖ ve UNICEF, yeni doğanın doğar doğmaz annenin çıplak göğsüne yatırılarak KB uygulanmasını ve KB'nın ilk başarılı emzirme gerçekleşene kadar sürdürülmesini önermektedir. DSÖ ve UNICEF'in bu yaklaşımı gelişmiş ülkelerde yeni doğan bebeklerin doğum sonu bakımında geniş kabul görmüş ve yeni doğan bakım protokollerine eklenmiştir. KB, bebeğin uyarılma, emme, sıcaklık, güvenlik ve sevgi ihtiyacının karşılanmasında da etkili bir yol olarak kabul edilmektedir (WHO, 2013), (Hall ve ark, 2008), (Ali ve ark, 2009).

KB, topuk kanı alınması ve aspirasyon sırasında ağrıyı azaltmak için kullanılabilir. Yeni doğanlarda ağrının değerlendirildiği bir çalışmada; topuk kanı alınmasının tekrarlanması sırasında KB uygulaması yapılmıştır. KB'nin, yeni doğanın kalp atım hızını azaltmada, ağlama ve yüz buruşturma süresini kısaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Alpar ve Yavuz, 2018), (Gao ve diğerleri, 2015). KB, preterm bebeklerin ağrı puanlarını azaltarak ağlama sürelerini kısaltmıştır. Hastanede kaldığı sürede, preterm bebeklerin anneye etkileşimi annede süt salgılanmasını artırır ve yeni doğanda ağrıya bağlı ağlamaları azaltır (Vinall ve diğerleri, 2013), (Hall ve Anand, 2014).

KB'nın özellikle gelişmekte olan ülkelerde preterm bebeklerde morbiteyi azaltarak vücut ısısını koruduğu bilinmektedir. KB, hastanede kalış süresini azaltarak erken taburculuğu sağlamaktadır. KB'nın hasta yeni doğanların başka bir hastaneye nakil işlemi sırasında da ideal bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Conde- Agudelo, 2011), (Davanzo ve diğerleri, 2013), (Sontheimer ve ark, 2004).

2.13. Kanguru Bakımının Yeni doğana Yararları

KB yeni doğanın;

- ✓ Dış dünyaya uyumunu artırır,
- ✓ Beyin gelişimini destekler,
- ✓ Emosyonel gelişimine katkı sağlar,
- ✓ Doğum sonu dönemde daha az stres yaşamasını sağlar,

- ✓ Daha derin ve düzenli uyumasını, uyanırken daha canlı ve enerjik olmasını destekler,
- ✓ Enjeksiyon uygulanması sırasında daha az ağrı hissetmesine katkıda bulunur,
- ✓ Asit- baz dengesinin düzenlenmesini destekler,
- ✓ Kalp atım hızını, solunum sayısını ve oksijen saturasyonunu düzenleyerek Apne ataklarını azaltır,
- ✓ Vücut ısını düzenlemeye yardımcı olur,
- ✓ Daha kısa sürede emmeye başlamasına ve daha etkili emmesine olanak sağlar,
- ✓ Kilo alımını destekler,
- ✓ Hasta yeni doğanların daha kısa sürede iyileşerek taburcu olmasına olanak sağlar,
- ✓ DDA yeni doğanlarda ölüm hızını ve enfeksiyon sıklığını azaltır,
- ✓ Yeni doğanların kan şekerlerinin ve vücut ısılarının düzenlenmesini kolaylaştırır,
- ✓ Anne- bebek bağlanmasını destekler

(King et al.,2012), (Walters ve ark, 2007), (Reija, 2009), (Moore ve ark, 2012), (Conde- Agudelo, 2011), (Davanzo ve diğerleri, 2013), (Shrivastava ve ark, 2013), (Chiu ve ark, 2005), (Turan ve Erdoğan, 2018).

2.14. Kanguru Bakımının Anneye Yararları

- ✓ Annelik rolüne erken geçişi sağlar,
- ✓ Annede güven duygusunu artırır,
- ✓ Anne- bebek etkileşiminin olumlu gelişmesini sağlar,
- ✓ Süt yapımını artırır ve bebeğin anne sütü ile beslenme süresini artırır,
- ✓ Annenin ve bebeğin vücut sıcaklığının düzenlenmesini sağlar,
- ✓ Postpartum kanamayı azaltır,
- ✓ Oksitosin seviyesini artırır,
- ✓ Kortizol seviyesini azaltır,
- ✓ Annenin anksiyetesini azaltır, sakinleşmesini sağlar

(Uvnas-Moberg, 1998), (Matthiesen, 2001), (Browne, 2004), (Shrivastava ve ark, 2013), (Monasterolo et al., 1990), Tessier et al., 1998), (Nygqvist KH et al., 2010), Flacking et al., 2011), (Ludington ve ark, 2008), (Moore ve ark, 2010).

2.15. Kanguru Bakımının Anne- Bebek Bağlanmasına Etkisi

Doğumdan sonra uygulanan KB; bebeğin ağlamasını azaltması, anne- bebek bağlanmasını sağlaması, bebeğin vücut sıcaklığını koruması ve başarılı bir emzirmenin gerçekleşmesi için önemlidir. KB sırasında gerçekleşen ten teması aracılığıyla; ebeveynlerin mutluluğu için gerekli olan fizyolojik ortam sağlanmış olur. KB, yeni doğanın doğumdan sonra dış ortamdan kaynaklanan ısı, ışık ve ses benzeri stresörlerin yarattığı olumsuz etkilerden daha az etkilenmesini sağlamaktadır (Köse ve diğerleri, 2013).

Anne- bebek bağlanmasının gerçekleşmesi için; annenin bebeği ile konuşması, bebeğine dokunması, ten tene temasının sağlanması gerekmektedir. Annenin bebeği ile uzun süre birlikte olması konusunda cesaretlendirilmesi ve bakıma katılımının sağlanması önemlidir. Özellikle KB'nın, bağlanma sürecini güçlendirici etkisinin olduğu unutulmamalıdır. Literatür kanguru bakımı veren annelerin maternal bağlanma puanlarında artış olduğunu ve annenin depresif duygu durumunda azalma olduğunu göstermektedir. KB annelere, bebeklerini anlamaları ve bakımlarında aktif rol almaları için şans verir, bağlanma ve algılamayı kolaylaştırır (WHO, 2003), (Çakır, 2009), (Çalışır ve ark, 2009), (Manav ve ark, 2010), (Ahn Lee, Shin, 2010), (Nygqvist ve ark, 2010), (Ludington-Hoe, 2010), (Köse ve diğerleri, 2013).

2.16. Kanguru Bakımının Hastane İçin Yararları

Kanguru Bakımı;

- ✓ Anne ve bebeğin hastanede yatış süresini kısaltır,
- ✓ Pahalı tedavi teknolojilerinin kullanımını azaltır,
- ✓ Ailenin yeni doğan bakımına katkısını artırır,
- ✓ Anne ve babanın yeni doğan bakımı ile ilgili eğitim fırsatını artırır,
- ✓ Sağlık harcamalarının daha iyi kullanılmasını sağlar (WHO, 2003), (Ludington Hoe ve ark, 2008- 2010), (Lawn ve ark, 2010), (Charpak ve ark, 2005, Conde-Agudelo ve ark, 2011).

2.17. Kanguru Bakımı Pozisyonu

KB sırasında yeni doğan anne ile göğüs göğüse, dik pozisyonda, kolları ve bacakları fleksiyonda olacak şekilde rahat bir pozisyonda olmalıdır. KB sırasında hava yolu tıkanıklığını önlemek için yeni doğanın başı ve boynu hafif fleksiyon pozisyonuna getirilmelidir. Bebeğin başının öne ve arkaya hiperfleksiyonundan ve ekstansiyonundan (öne ve arkaya aşırı bükülmesi) kaçınılmalıdır. Bebek anne göğsüne, anne tarafından bebeğin yüzü görülecek şekilde yerleştirilmelidir. KB sırasında annenin rahatlığı ya da yeni doğanın pozisyonunun değiştirilmesine ihtiyaç olup olmadığı hemşire tarafından değerlendirilmelidir (Thukral ve ark, 2008), (Yıldırım, 2009), (WHO, 2003).

2.18. Kanguru Bakımının Uygulanma Biçimi

Bu yöntem doğumdan hemen sonra ya da doğum sonu ilk bir saat içinde bebeğin çıplak bir şekilde annenin çıplak göğsüne, yüzüstü pozisyonda yerleştirilmesi şeklinde uygulanmaktadır (Roller, 2005), (Davanzo ve ark, 2013).

1. Anneye ve babaya doğumdan önce kanguru bakımının önemi, emzirmeye, bebeğin yaşam bulgularına ve doğum sonu dönemde annenin ağrı duyusuna etkisine ilişkin bilgi verilir.

2. Anneye doğum sırasında KB uygulaması konusunda bilgi verilir.

3. Annenin onamı alınır.
4. Bebeğin şapkası ve bezi hazırlanır.
5. Eller yıkanır ve steril bir şekilde giyinilir.
6. Doğum sırasında annede ve bebekte KB uygulamasına engel oluşturan bir durum olup olmadığı değerlendirilir.
7. Pediatri uzmanı onay verdikten sonra bebek üzerinde sadece bezi ve şapkası olacak şekilde annenin iki memesinin arasına ağzı ile annenin meme başı aynı seviyede olacak şekilde yatırılır. Bebeğin başına sağ ya da sola dönük ve ekstansiyonda olacak şekilde pozisyon verilir. Bebeğin başının, ensesinin ve omuzlarının annenin eli ile desteklenmesi sağlanır.
8. Bebeğin kulağı annenin kalbinin üstünde olacak şekilde başı yana doğru çevrilir. Bu şekilde hava yolunun açık olması ve bebeğin anne ile göz teması kurması sağlanmış olur.
9. Anne ve bebek battaniye ile sarılır.
10. Bebeğin en az 30 dakika KB pozisyonunda kalması sağlanır.
11. KB sırasında anne ile bebeğin ten tene teması sağlanır, bu sırada bebeğin anne memesini arayarak bulmasına olanak sağlanır ve emzirme gözlenir (WHO, 2003), (Ferber ve Makhoul, 2004), (Dağoğlu ve Görak, 2008).

2.19. Kanguru Bakımı ve Emzirme

Doğum sonu erken dönemde anne ve bebeğin birbirlerine olan duygusal ihtiyaçları devam etmektedir. Bu nedenle anne ve bebeğin ten tene temasının doğum sonu ilk bir saat içinde sağlanması önemlidir. Böylece annenin memesine yerleşen yeni doğan memenin kokusunu alarak, memeye doğru hareket edip, meme başını bulup emebilir. Yeni doğanın elleriyle anne memesine yaptığı uyarı ile oksitosin hormonunun salınımını da sağladığı düşünülmektedir. Araştırmalar, ten tene temas sırasında oluşan duyuşal uyarının (dokunma, ısıtma, koku vb.) kuvvetli bir vagal uyarı sağlayarak maternal oksitosin salınımını artırdığını göstermektedir (WHO, 2003), (Walters ve ark, 2007), (Ludington Hoe ve ark, 2008), (Moore ve ark, 2012), (Shrivastava ve ark, 2013).

2.20. Kanguru Bakımını Destekleyen Ülke ve Kuruluşlar

DSÖ, Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Emzirme Tıp Akademisi (ABM), Yeni doğan Canlandırma Programı (NRP) gibi pek çok kuruluş doğum sonu anne ile bebeğin erken ten temasını desteklemektedir. DSÖ, doğum sonu ilk bir saat içinde anne ile bebeğin ten temasının sağlanmasını önermektedir. AAP ise sağlıklı bebeklerin doğar doğmaz anneleri ile ten temasının sağlanmasını ve ilk emzirme gerçekleşene kadar orada kalmasını tavsiye etmektedir. ABM protokolünde, sağlıklı bebeklerin doğum sonu dönemde ilk emzirme gerçekleşene kadar anneleri ile ten temasının sağlanması, bebeğin radyan ısıtıcı altında kurulanması, APGAR puanı ve diğer fiziksel değerlendirmelerin annenin göğsünde yapılması önerilmektedir. Bu sayede bebeğin optimal düzeyde stabil olmasına, vücut sıcaklığının ve ilk emzirmenin sağlanmasına fırsat verildiğini ifade etmektedir. Ayrıca erken anne- bebek etkileşimini sağlamak için doğum sonu yapılan rutin uygulamaların bir saat sonraya ertelenmesini tavsiye etmektedir. 2011 yılında NRP'de yapılan değişikliklerde, mekonyumlu doğan bebeklerin dahi hava yolunda ciddi tıkanıklık olmaması durumunda aspire edilmemesi, normal bebekler gibi ten teması sağlanarak spontan solunumun desteklenmesi tavsiye edilmektedir (ABM, 2008), (AAP, 2012), (WHO, 2013), (Phillips, 2013), (Zaichkin ve diğerleri, 2011).

Ludington Hoe (2011)'nin belirttiğine göre; AAP, term bebeklerle KB uygulamasının standart bakıma dahil edilmesini önermiştir. Amerikan Kalp Derneği, Amerikan Jinekoloji ve Obstetrisyenler Derneği, Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yeni doğan Hemşireleri Derneği, ABD Ulusal Yeni doğan Hemşireler Birliği ve ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi; KB'nın yararları ve etkili emzirmenin devamını sağlamasından dolayı term bebeklerde doğum sonu ilk dakikalarda başlanarak ilk emzirme tamamlanana kadar sürdürülmesini desteklemektedir (Ludington Hoe, 2011).

2.21. Yeni doğanlarda Kanguru Bakımına Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelerin;

- Kanguru bakımı konusunda ailelere ve sağlık personellerine eğitim vermesi,
- Annelere kanguru bakımını öğretmesi ve günlük olarak uygulatması,
- Kanguru bakımını günde en az üç kez, 2-3 saatlik süreyle yaptırması,
- Entübasyon uygulanan preterm bebekleri de kanguru bakımına dahil etmesi,
- Kanguru bakımını anne- bebek dostu hastanelerde rutin olarak uygulatması,
- Kanguru bakımı uygulamasını destekleyecek çevre düzenlemelerini yapması,
- Kanguru bakımının kolaylığı, uygulanabilirliği ve güvenliği açısından personele eğitim vermesi ve olanak sağlaması önerilmektedir (King et al., 2012).

2.22. Kanguru Bakımı ve Güncel Yaklaşımlar

Kanguru Bakımı, özellikle bakım olanakları sınırlı olan ülkelerde DDA bebeklerin geleneksel bakımına ek olarak uygulanan etkili ve güvenli bir yöntemdir. KB, bebekte mortalite hızını azaltmaktadır. KB, bebeğin emme başarısını arttırarak hipoglisemiye önleyip, büyüme ve gelişme hızında iyileşme sağlamaktadır (Walters ve ark, 2007), (Yıldırım, 2009), (Conde Agudelo ve ark, 2011; Manazir Ali ve ark, 2009), (Shrivastava ve ark, 2013).

KB uygulaması ile bebeğin kalp atım hızı, solunum sayısı ve beden ısısında düzenlilik sağlanıp, metabolik adaptasyon sürecinin hızlandığı bildirilmektedir. Çeşitli çalışmalarda KB'nın, anne sütü üretimini ve emzirme oranını arttırdığı ve daha uzun süre emzirmeyi sağladığı belirtilmiştir (Nygvist ve ark, 2010), (Flacking ve ark, 2011), (Moore ve ark, 2012).

Anne ve yeni doğan açısından KB'nın etkilerini değerlendirmek amacıyla 2177 kadının dahil olduğu 34 çalışmanın incelendiği Cochrane sistematik derlemesinde bebeğin ağlamasını azalttığı, kalp ve solunum sistemi, emzirme süresine olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (Moore ve ark, 2012). Aynı zamanda plasentanın çıkmasını kolaylaştırabileceği de bildirilmiştir. Lamaze ve UNICEF, doğumdan sonra anne ve bebeğin erken dönemde ten tene temasla buluşturulmasını ve doğum ortamlarının KB uygulaması için hazırlanmasını önermektedir (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015).

Kanguru bakımı sonucunda annenin kokusu, kucağındaki bebeği ile konuşması, taktil uyarısı ile çevresel stresin azaldığı ve bebeğin santral sinir sisteminin olumlu etkilendiği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar; kanguru bakımının DDA bebeklerde mortalite ve morbidite, nazokomiyal enfeksiyon, hipotermi riskini azalttığını, emzirme ve kardiyorespiratuvar stabiliteyi olumlu etkilediğini, hastanede kalış süresini kısalttığını vurgulamıştır (Flacking et al.,2011), (Moore et al., 2007), (Lawn et al., 2010), (Conde Agudelo, 2011), (Diaz Rossello, 2011).

Topuktan kan alımı işleminden yarım saat önce verilen kanguru bakımında prematüre bebeklerin kontrol grubu olan prone pozisyonuna göre ağrı puanları daha düşük bulunmuştur. KB'nın, yeni doğanlarda invaziv girişimlerin neden olduğu ağrılarda da (kan şekeri ölçümü, topuk kanı alınması vb.) etkili olduğu belirlenmiştir. Hatta topuk kanı alımında yeni doğanın ağrısını ve ağlamasını azaltarak, sakinleşmesini sağlayan oral sükroz ve KB verilen term bebekler karşılaştırıldığında kanguru bakımının daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (Johnston vd., 2003), (Johnston vd., 2008), (Marín Gabriel vd., 2013), (Anand, 2008), (Johnston vd., 2017). Ludington Hoe ve ark (2008)'nın belirttiğine göre; ABD Ulusal Yeni doğan Hemşireler Birliği tarafından sağlanan KB uygulaması için A düzeyi kanıtlar; yeni doğan kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen saturasyonunun normal sınırlarda olmasını sağladığı, uykuyu düzenlediği, ağrıyı azalttığı, nörodavranışsal gelişimi olumlu etkilediği, mental ve motor skorları iyileştirdiği belirtilmektedir (Ludington Hoe ve ark, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, K.K.T.C’de özel bir üniversite hastanesinde vajinal veya spinal anestezi uygulanan sezaryen doğum ile dünyaya gelen yeni doğanlarda kanguru bakımının; annenin ağrı, yeni doğanın emme ve yaşam bulgularına etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma K.K.T.C’de özel bir üniversite hastanesinin Ameliyathanesi, Doğum salonu, Kadın Hastalıkları ve Doğum Yataklı Servisinde yapılmıştır. Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde hemşireler 08-16, 08-24, 08-08, 16-24, 16-08, 24-08 şeklinde çalışmaktadır. Klinikte biri sorumlu olmak üzere toplam 7 hemşire ve 2 ebe görev yapmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Yataklı Servisi 19 yatak kapasitesine sahiptir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Yataklı Servisinde yılda ortalama 500 doğum gerçekleşmektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin doğum salonu ekibinde 1 kadın doğum ve 1 pediatri uzmanı, 1 ebe, 1 YDYBÜ hemşiresi ve 1 salon görevlisi (hastanın taşınmasını sağlayan görevli) bulunmaktadır. Ameliyathane sezaryen ekibinde ise, 1 kadın doğum, 1 pediatri ve 1 anestezi uzmanı, 1 YDYBÜ hemşiresi, 2 scrab hemşire, 1 anestezi teknikeri ve 1 salon görevlisi bulunmaktadır.

3.2.1. Vajinal Doğumlarda Hastanenin Rutin Uygulaması

Hastanede vajinal doğumlar doğum salonunda gerçekleşmektedir. Vajinal doğumda annenin isteğine bağlı olarak epidural anestezi uygulanmaktadır. Vajinal doğumlarda sadece dikiş esnasında lokal anestezik (marcaine) uygulanmaktadır. Vajinal doğum yapacak olan annelerin takibi doğum sonu servis ve doğum salonunda 1 kadın doğum uzmanı ve 1 ebe tarafından yapılmaktadır. Doğum salonunda 1 sancı odası, 1 doğum masası, 1 NST(non-stress test) cihazı, 1 monitör, 1 radyan ısıtıcı, 1 tartı bulunmaktadır. Doğum yaklaştığında anne doğum masasına alınmaktadır. Anne monitörize edilmekte ve monitör aracılığı ile izlenmektedir. Bebek doğar doğmaz göbek kordonu kesilmekte, radyan ısıtıcının altında kurulanmakta, ağzı ve burnu aspire edilmektedir. Daha sonra bebeğin pediatri uzmanı tarafından ilk muayenesi yapılarak, 1. ve 5. dakikalardaki APGAR puanı değerlendirilmektedir. Hemşire bebeğin kilo, boy ve baş çevresi ölçümlerini yapıp, ayak izini almaktadır. Bu işlemler yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Bebek giydirilip, anneye gösterildikten sonra pediatri doktorunun kararıyla hemşire ile birlikte doğum sonu servise veya gözlem amaçlı yeni doğan yoğun bakım ünitesine götürülmektedir. Annenin epizyotomi dikiş işlemi tamamlandıktan sonra servisteki odasına alınıp yaşam bulgularının takibi, bakımı ve kanama kontrolü yapılmaktadır. Daha sonra anne ile bebeğin ilk teması ve ilk emmesi servis hemşirelerinin desteği ile gerçekleştirilmektedir. Hastane kuralı olarak vajinal doğum yapan anneler bebeklerini doğum sonu serviste emzirmektedir.

3.2.2. Sezaryen Doğumlarda Hastanenin Rutin Uygulaması

Çalışmanın yapıldığı hastanede sezaryen doğumlar ameliyathanede gerçekleşmektedir. Sezaryen doğumlarda 3 çeşit anestezi uygulanmaktadır. Bunlar; epidural, spinal ve genel anestezidir. Herhangi bir sorun gelişmedikçe veya anne doğum anında bilinçli olmayı istemedikçe spinal anestezi tercih edilmektedir. Bazı vakalarda spinal anestezi yapıldıktan sonra acil bir sorun geliştiğinde anneye genel anestezi uygulanabilmektedir. Ameliyat sırasında anne

supine pozisyonunda yatırılmaktadır. Anneye nazal oksijen kanülü ile oksijen desteği, periferik kateterden intravenöz mayi desteği sağlanmakta ve monitör aracılığı ile anne takip edilmektedir. Bebek doğar doğmaz vajinal doğum sonrası uygulanan işlemlere tabi olmakta, annesine gösterilip hemşire ile birlikte doğum sonu servise veya YDYBÜ'ne çıkarılmaktadır. Bebekten yaklaşık bir saat sonra anne servis hemşiresinin eşliğinde doğum sonu serviste yer alan odasına getirilmektedir. Burada anne ve bebeğin yaşam bulgularının takibi, bakımı ve bebeğin aşıları yapıldıktan sonra, anne kendini iyi hissettiğinde ilk emzirme hemşireler tarafından desteklenerek gerçekleştirilmektedir. Bebeğin ilk emmesi ortalama doğum sonu ikinci saatte gerçekleşmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 05/01/2018 ile 05/01/2019 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine doğum öncesi bakım almak üzere baş vuran, araştırmanın kriterlerini karşılayan anneler oluşturmuştur. Çalışmada %95 güven aralığı ve %5 hata payı kabul edilmiştir. Deneysel çalışmada parametrik testler uygulanabilmesi için her iki gruba da 30'ar anne ve bebek alınması uygun görülmüştür. Çalışma 60 anne ve bebekle tamamlanmıştır.

3.3.1. Annelerin çalışmaya alınma kriterleri

- Annelerin meme ucunda emzirmeyi engelleyen bir sorun (meme ucunun çökük ve düz olması, büyük olması vb.) bulunmaması,
- Vajinal, epidural ya da spinal anestezi ile sezaryen doğum yapmış olması,
- Tek bebeğe gebe olması,
- Yaşının 18-35 arasında olması,
- Kronik bir hastalığının olmaması (Diyabet, hipertansiyon, tiroid, kalp hastalığı vb.),
- Doğum haftasının 38-42 arasında olması.

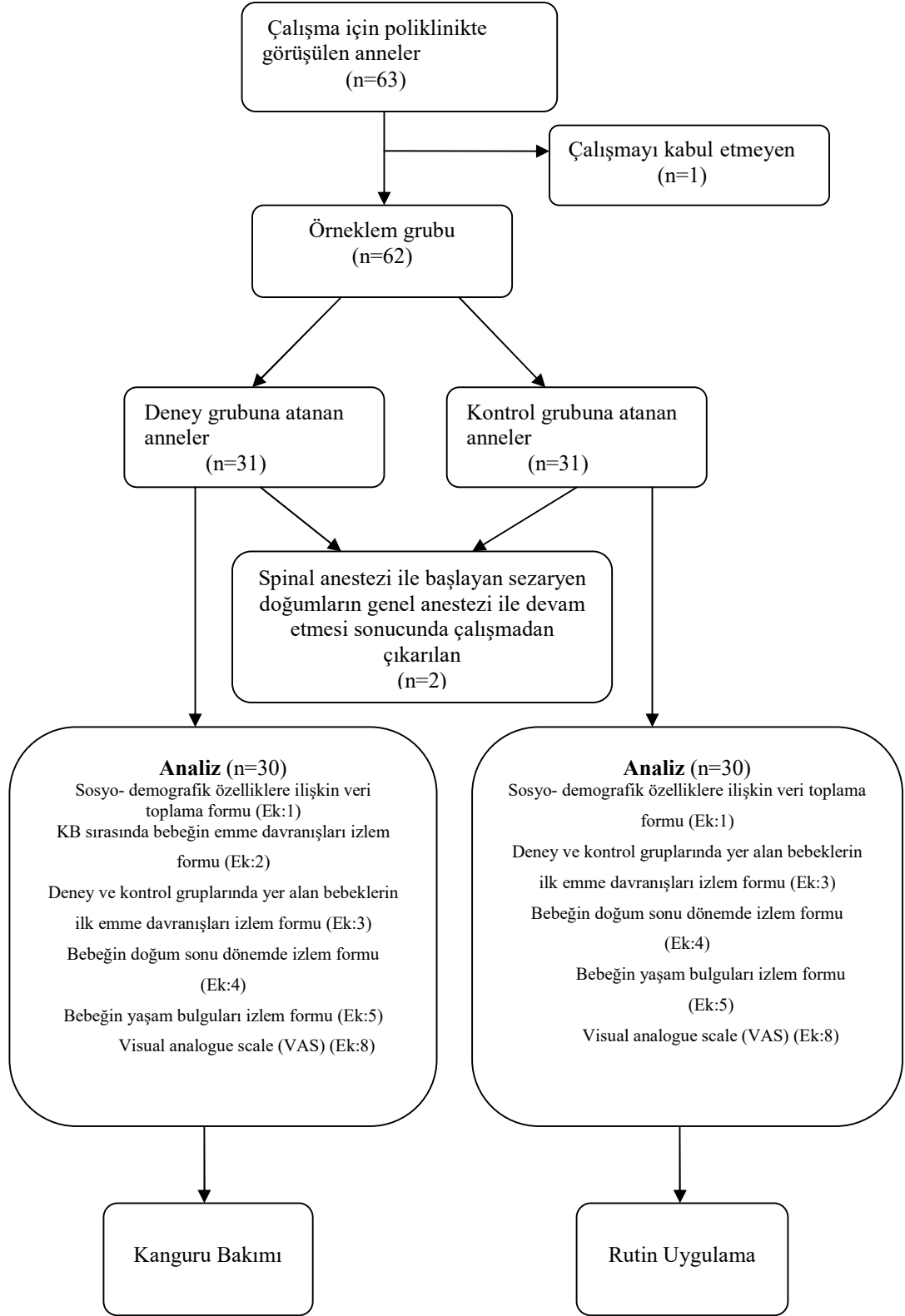
3.3.2. Bebeklerin çalışmaya alınma kriterleri

- Vajinal, epidural ya da spinal anestezi uygulanan sezaryen doğum ile dünyaya gelmesi,
- Doğum kilosunun 2500-4000 gr arasında olması,
- Yarık damak, yarık dudak gibi bebeğin emmesini engelleyecek sağlık sorunun olmaması,
- Pediatri uzmanının KB uygulamasına onay vermiş olması,
- APGAR puanının doğum sonu 1. ve 5. dakikalarda 7-10 arasında olması.

3.3.3. Deney ve kontrol gruplarının randomizasyonu

Randomizasyon sürecinde basit randomizasyon tercih edilmiştir. Deney veya kontrol grubunda yer alan katılımcılar, araştırmacı tarafından kura yöntemiyle belirlenmiştir. Üzerinde 0 veya 1 yazan 2 kağıt hazırlanarak bir kutu içine atılmıştır. Çalışmanın kriterlerini karşılayan anneler doğum için kliniğe geldiklerinde, serviste çalışan bir hemşireden kutudan bir numara seçmesi istenmiştir. Kura sonucu tespit edilen numara 0 olduğunda anne kontrol grubuna, 1 olduğunda anne deney grubuna alınmıştır.

Şekil 1. Randomizasyon Akış Şeması



3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilmiş olan Sosyo-demografik Veri Toplama Formu (Ek:1), KB Sırasında Bebeğin Emme Davranışları İzlem Formu (Ek:2), Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bebeklerin İlk Emme Davranışları İzlem Formu (Ek:3), Bebeğin Doğum Sonu İzlem Formu (Ek:4) ve Yaşam Bulguları İzlem Formu (Ek:5) ile birlikte gözlem ve görüşme yoluyla toplanmıştır.

3.4.1. Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.4.1.1. Sosyo- demografik özelliklere ilişkin veri toplama formu

Sosyo-demografik özellikleri içeren veri toplama formu; annenin yaşı, eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yere ilişkin bilgilerden oluşmaktadır. Formda ayrıca gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, doğum şekli, daha önce emzirme durumu, emzirmeme nedenleri ve anestezi alma durumu ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek:1).

3.4.1.2. KB sırasında bebeğin emme davranışları izlem formu

KB sırasında bebeğin emme davranışları izlem formunda memeyi arama, meme ucunu bulma, meme ucunu ağızla kavrama, emme davranışını gerçekleştirme, yutma hareketini gerçekleştirme, KB'nın başlama süresi, KB'nın sonlanma süresi ve KB'nın sonlandırılma nedenlerini içeren değişkenler de izlem formunda mevcuttur (Ek:2).

3.4.1.3. Deney ve kontrol gruplarında yer alan bebeklerin ilk emme davranışları izlem formu

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bebeklerin ilk emme davranışları izlem formunda;

- İlk emme süresi,
- İlk emmenin gerçekleştiği yer,

- Doğum sonu 2.saatteki emme süresi ve ilk emmenin gerçekleşme şekli yer almaktadır.

3.4.1.4. Bebeğin doğum sonu dönemde izlem formu

Bebeğin doğum sonu izlem formunda;

- Bebeğin cinsiyeti,
- 1. ve 5. dakikalardaki APGAR puanı,
- Doğum kilosu,
- Mama ile beslenme durumu,
- İlk 24 saatte verilen mama sayısı,
- İlk 24 saatte verilen mamanın miktarı ve verilme nedeni,
- Beslendikten sonra hemen uyuma durumu ve
- Bebeğin kusma, kan şekeri bakılma sayısı ve kan şekeri değerlerini içermektedir.

3.4.1.5. Bebeğin yaşam bulguları izlem formu

Yaşam bulguları izlem formunda; deney grubunda yer alan bebeklerin anne göğsüne yatırılmadan önce (0. dakika), KB uygulaması sırasında (30. dakika), anne göğsünden alınmadan önce (1. saat), doğum sonrası dördüncü, sekizinci, 12, 16, 20, 24. saatteki yaşam bulguları yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan bebeklerin izlemlerinde doğum sonrası birinci, dördüncü, sekizinci, 12, 16, 20, 24. saatteki yaşam bulgularına yer verilmiştir.

3.4.1.6. Visual analogue scale

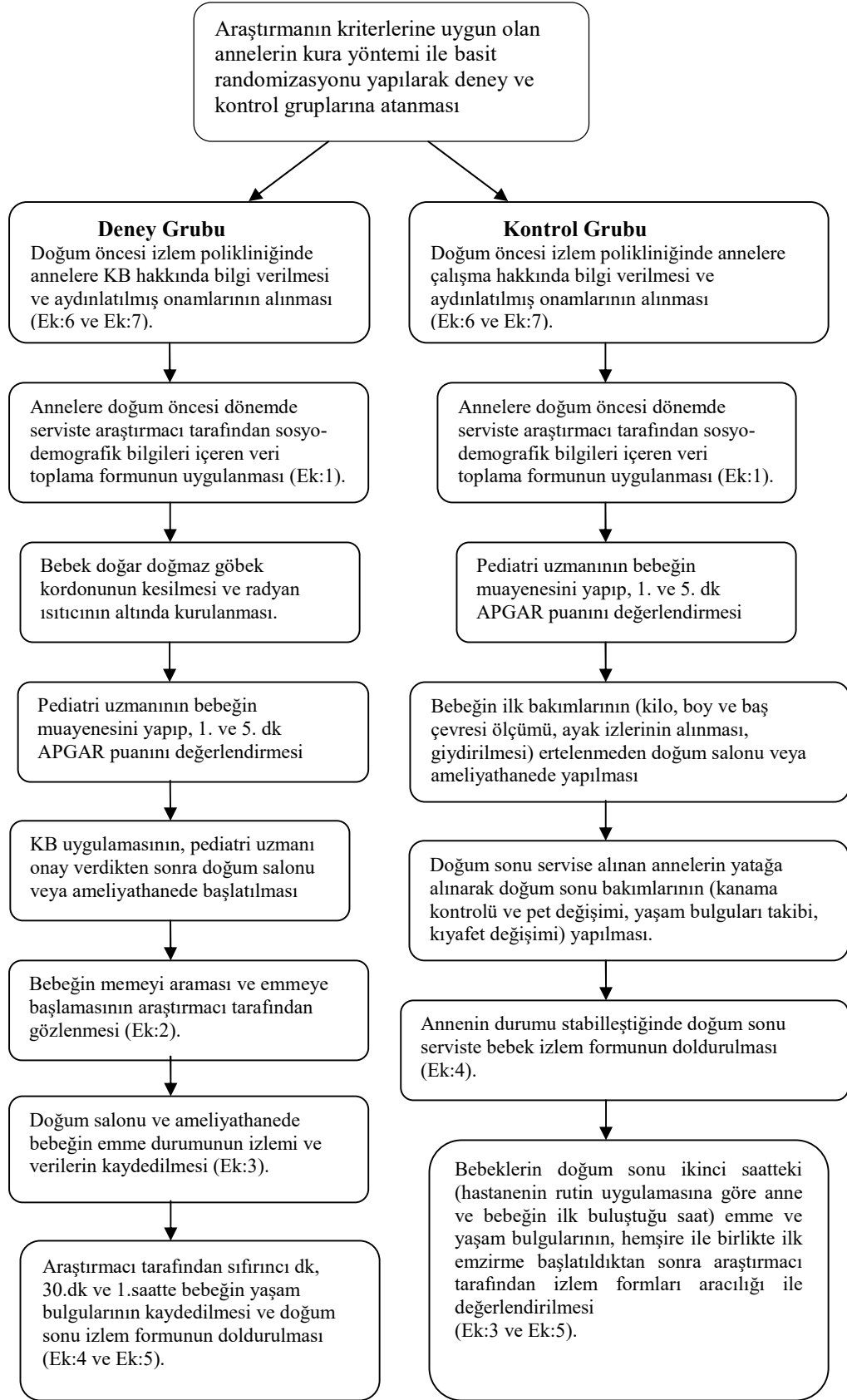
Çalışmada VAS annelerin ağrı düzeyini belirlemek amacı ile kullanılmıştır. Annelere “İlk 24 saatte genel olarak ağrınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusu sorularak VAS skalasına puan vermeleri istenmiştir. Annelerden hissettikleri ağrıyı skala üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. Visual Analog Scale (VAS), Price ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılan VAS dünyada yaygın olarak kullanılan bir skaladır (Scott ve Huskisson, 1979). Skala 0-10 arasında numaralandırılan bir cetvel niteliğindedir. Çizginin başlangıcında

0 değeri, bitiminde 10 değeri bulunmaktadır. 0 değeri hiç ağrı olmadığını, 10 değeri ise dayanılmaz ağrı olduğunu ifade etmektedir (Aygın 2012).

3.5. Veri Toplama Süreci

Veriler, 05/01/2018 ile 05/01/2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Şekil 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Uygulama Akış Şeması



3.5.1. Deney Grubunun Veri Toplama Süreci

3.5.1.1. Annenin Doğum Öncesi Hazırlığı

Deney grubunda yer alan annelerin doğum öncesi bakım almak için başvurdukları poliklinikte aydınlatılmış onamları (Ek:6) alınmıştır. Anneler, doğum için yataklı servise başvurduklarında kliniğin rutin hazırlıkları (dosya doldurma, IV kateter uygulama, kan alma, önlük giydirmeye vb.) yapılmaktadır. Bu sırada araştırmacı klinikte çalışıyor olduğunda gebenin hazırlıklarını yapmıştır. Araştırmacı izinli olduğunda servis hemşireleri tarafından telefon aracılığı ile bilgilendirildikten sonra kliniğe gelmiştir. Araştırmacı doğumdan önce anneyi karşılayarak stresini azaltmaya çalışmış, anneden bebeğin KB için gerekli olan şapkasını ve bezini almış ve anket formunu doldurmuştur (Ek:1). Araştırmacı, anne vajinal doğum yapacaksa doğum salonunda, sezaryen doğum yapacaksa ameliyathanede steril giyinerek işlemin başlangıcından sonuçlanmasına kadar annenin yanında bulunmuştur.

3.5.1.2. Doğum Salonu ve Ameliyathanede KB Uygulaması

Bebek doğar doğmaz göbek kordonu kesilmiş ve radyan ısıtıcının altında kurulanmıştır. Pediatri uzmanı bebeğin ilk muayenesini yapıp, 1. ve 5. dakikalardaki APGAR puanını değerlendirmiştir. KB uygulaması, pediatri uzmanı onay verdikten sonra doğum salonu veya ameliyathanede başlatılmıştır. Uygulama sırasında bebeğe (idrar ve mekonyum çıkışının steril ortamı bozmaması için) bez bağlanmış ve ısı kaybını önlemek için şapka giydirilmiştir. KB uygulaması için bebek, üzerinde sadece bezi ve şapkası olacak şekilde annenin iki memesinin arasına (ağız ile meme başı aynı seviyede olacak şekilde) yatırılmıştır. Bebeğin başı sağ ya da sol yana doğru çevrilerek, kulağı anne kalbinin üstünde olacak şekilde pozisyon verilmiştir. Bu pozisyon aracılığı ile bebeğin hava yolunun açık olması ve anne ile göz teması kurması sağlanmıştır. Bu sırada bebeğin memeyi kendiliğinden aramasına fırsat verilmiştir. Bebeğin başını hareket ettirerek, meme ucunu arayıp ağzına alıp almadığı, emmeye başlayıp başlamadığı araştırmacı tarafından gözlenmiş ve kayıt edilmiştir. Bebek memeyi ağızıyla kavradıktan sonra şakak ve yanak hareketleri ile yutma

değerlendirilmiştir (Ek:2). Bebeğin emme durumunun izlemi (ilk emme süresi, ilk emmenin gerçekleştiği yer ve şekli) doğum salonu ve ameliyathanede yapılmıştır (Ek:3). Yaşam bulguları bebek anne göğsüne yatırılmadan önce (0. dakika), KB uygulamasının 30. dakikasında ve uygulamanın 1. saati sona erdiğinde (bebek anne göğsünden alınmadan önce) kaydedilmiştir. Yaşam bulguları, hastaneye ait olan ve standart bakımda kullanılan, içerisinde tansiyon manşonu ve pulse oksimetre bulunan monitör (Polymount Gcx Corporation 3875 Cypress Drive marka), timpanik termometre (Braun marka) ve stetoskop ile izlenerek kayıt edilmiştir. Yaşam bulgularının ölçümünde kullanılan cihazların kalibrasyonu hastanenin medikal cihaz teknik merkezi tarafından her altı ayda bir yapılmaktadır. Bebeğin vücut ısısı dijital timpanik termometre ile kulak yolundan ölçülerek hipotermi izlenmiştir. Uygulama sırasında bebeklerde hipotermi gelişmemiştir. KB'nın başlama ve sonlanma süresi araştırmacı tarafından cep telefonu kronometresi (Apple I phone 6 plus) ile izlenerek kayıt edilmiştir. KB uygulaması tüm annelere ve bebeklere en az 30 dakika, annenin ve bebeğin durumunun uygun olduğu koşullarda bir saate kadar devam ettirilmiştir. KB, 5 anneye 1 saat uygulanırken, 25 anneye 30 dakika uygulanmıştır. KB'nın sonlandırılma nedenleri (annenin veya doktorun isteği, annenin yorgun olması ve ağrı hissetmesi, anneye hafif sedasyon verilmesi, bebeğin solunumu ile ilgili sorununun olması (burun kanatlarının solunuma katılması, inleme vb.), 1 saatin dolması) araştırmacı tarafından izlem formuna kaydedilmiştir (Ek:2).

3.5.1.3. Doğum Sonu Bakım ve Yapılan Uygulamalar

Doğum sonu servise alınan anneler yatağa alınarak doğum sonu bakımları (kanama kontrolü ve pet değişimi, yaşam bulguları takibi, kıyafet değişimi) klinik hemşireleri tarafından yapılmıştır. Anne doğum sonu kliniğe alındıktan sonra araştırmacı bebeğin doğum sonu izlem formunu (Ek:4) ve yaşam bulguları izlem formunu (Ek:5) doldurmuştur. Annenin ağrı değerlendirmesi VAS kullanılarak klinikte çalışan hemşireler tarafından ilk 24 saatin sonunda bir kez uygulanmıştır. Annelere “İlk 24 saatte genel olarak

ağrınızı nasıl değerlendiriyorsunuz” diye sorulmuş ve VAS skalası üzerinde işaretledikleri ağrı puanlarının ortalaması elde edilmiştir.

3.5.2. Kontrol Grubunun Veri Toplama Süreci

3.5.2.1. Annenin Doğum Öncesi Hazırlığı

Doğum öncesi dönemde poliklinikte aydınlatılmış onamları (Ek: 6) alınan annelerin klinikte hemşireler tarafından doğum öncesi hazırlıkları (önlük giydirme, dosya doldurma, IV kateter uygulama, kan alma, NST çekme) yapılmıştır. Bu sırada araştırmacı klinikte çalışıyor ise gebenin hazırlıklarını yapmıştır. Araştırmacı izinli olduğunda servis hemşireleri tarafından telefon aracılığı ile bilgilendirildikten sonra kliniğe gelmiştir. Daha sonra anneler vajinal doğum yapacaklarsa doğum salonuna, sezaryen doğum yapacaklarsa ameliyathaneye alınmıştır.

3.5.2.2. Hastanenin Rutin Uygulaması

KB uygulanan bebeklerden farklı olarak kontrol grubunda yer alan bebeklerin doğum sonu ilk bakımları (kilo, boy ve baş çevresi ölçümü, ayak izi alınması, giydirilmesi) ertelenmeden doğum salonu veya ameliyathanede yapılmıştır. Hastanenin rutin uygulamasına göre, doğum sonu servise alınan anneler yatağa alınarak doğum sonu bakımları (kanama kontrolü ve pet değişimi, yaşam bulguları takibi, kıyafet değişimi) klinik hemşireleri tarafından yapılmıştır. Annenin durumu stabilize olduğunda araştırmacı bebeğin doğum sonu izlem formunu doldurmuştur (Ek:4). Kontrol grubunda yer alan bebeklerin doğum sonu ikinci saatteki (hastanenin rutin uygulamasına göre doğum sonu anne ve bebeğin ilk bulunduğu saat) emme durumu ve yaşam bulguları, klinik hemşireleri ile birlikte ilk emzirme başlatıldıktan sonra araştırmacı tarafından izlem formlarına kaydedilmiş ve değerlendirilmiştir (Ek:3 ve Ek:5). Deney grubunda olduğu gibi klinik hemşireleri tarafından ilk 24 saatin sonunda bir kez VAS uygulanarak annelerin ağrı puanlarının ortalamaları elde edilmiştir (Ek:8).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 24.0 paket programı kullanılmıştır. Güven aralığı %95 ve hata payı $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, median, min ve max değerler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro wilks testi ile belirlenmiş, normal dağılıma uyan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılmayan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler

Doğum öncesi bakım almak için çalışmanın yapıldığı hastanenin doğum öncesi bakım polikliniğine baş vuran annelere KB ve araştırma ile ilgili detaylı bilgi verildikten sonra, araştırmacı tarafından geliştirilen ve Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu tarafından hazırlanan araştırma amaçlı çalışma için aydınlatılmış onam formları annelere okutulup imzalatılmıştır (Ek:6 ve Ek:7). Araştırma için Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu (Ek:10) ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izinler alınmıştır (Ek:11). Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerin isimleri, tıbbi bilgileri ve verileri saklı tutulmuş, güvenli bir bilgisayarda muhafaza edilmiş ve araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmamıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinden elde edilen sonuçlar yalnızca çalışmanın yapıldığı hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinden ve yataklı servisinden hizmet alan annelerle sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmacı çalışmayı yürütürken aşağıda yer alan güçlüklerle karşılaşmıştır.

- Araştırmanın kriterlerini karşılayan anne ve bebeklere uzun sürede ulaşılabilmesi,
- Spinal anestezi ile başlanan 2 sezaryen doğumun genel anestezi ile devam etmesi.

4. BULGULAR

Yeni doğanlarda kanguru bakımının; annenin ağrı, yeni doğanın emme ve ilk 24 saatte yaşam bulgularına etkisinin belirlenmesi amacı ile randomize kontrollü olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı (n=30)

Sosyo- demografik Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi	
								Ki kare	
		n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Annenin yaşı	18-24	0	0,0	3	10,0	3	5,0	3,197	0,202
	25-29	17	56,7	16	53,3	33	55,0		
	30-35	13	43,3	11	36,7	24	40,0		
Eğitim durumu	Lise*	4	13,3	9	30,0	13	21,7	2,697	0,610
	Lisans**	24	80,0	20	66,7	44	73,4		
	Lisansüstü ve Doktora	2	6,7	1	3,3	3	5,0		
Algılanan ekonomik düzey	Gelir giderden fazla	1	3,3	3	10,0	4	6,7	1,071,	0,301
	Gelir gidere eşit	29	96,7	27	90,0	56	93,3		
Çalışma durumu	Çalışan	13	43,3	12	40,0	25	41,7	0,069	0,793
	Çalışmayan	17	56,7	18	60,0	35	58,3		
Yaşadığı yer	Lefkoşa	11	36,7	11	36,7	22	36,7	10,900	0,694
	Lefkoşa dışı***	19	56,5	19	59,8	38	59,7		

* Ortaöğretim ve lise birleştirilmiştir.

** Ön lisans, lisans ile birleştirilmiştir.

*** Lefkoşa dışı (Çamlıbel, Çatalköy, Gayretköy, Gemikonağı, Girne, Güzelyurt, Lapta, Lefke, Mağusa, Paşaköy, Pınarbaşı, Tatlısu Köyü, Ulukışla, Yeşilyurt) olarak birleştirilmiştir.

Tablo 1'de annelerin sosyo- demografik özellikleri bulunmaktadır. Deney grubunda yer alan annelerin %56,7'si, kontrol grubunda yer alan annelerin ise %53,3'ü 25-29 yaş grubundadır. Deney grubundaki annelerin %80'i, kontrol grubundaki annelerin ise % 66,7'si lisans mezunudur. Deney grubunun %96,7'sinin, kontrol grubunun ise %90'ının geliri giderine eşittir. Annelerin yaş, mezuniyet ve algılanan gelir durumları açısından gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Annelerin çalışma durumuna bakıldığında deney grubunun %56,7'sinin, kontrol grubunun %60'ının çalışmadığı görülmektedir. Deney grubunun %56,5'i, kontrol grubunun % 59,8'i Lefkoşa dışında yaşamaktadır. Annelerin çalışma durumu ve yaşadıkları yerler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan homojenite testi sonucunda deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin yaş, eğitim, ekonomik düzey, çalışma durumu ve yaşadıkları yer açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0,05$).

**Tablo 2. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı
(n=30)**

Obstetrik Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi	
		n	%	n	%	n	%	Ki kare	
								χ^2	p
Gebelik sayısı	1	12	40,0	15	50,0	27	45,0	2,199	0,532
	2	10	33,3	11	36,7	21	35,0		
	3 ve üzeri	8	26,6	4	13,3	12	20,0		
Yaşayan çocuk sayısı	1	16	53,3	18	60,0	34	56,7	0,299	0,861
	2	12	40,0	10	33,3	22	36,7		
	3	2	6,7	2	6,7	4	6,7		

Tablo 2’de annelerin obstetrik özellikleri verilmiştir. Deney grubunda yer alan annelerin %40’ının, kontrol grubunda yer alan annelerin %50’sinin ilk gebeliği olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grupları arasında gebelik sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan annelerin %53,3’ünün, kontrol grubunda yer alan annelerin %60’ının yaşayan çocuk sayısı 1 olarak saptanmıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarında yer alan annelerin yaşayan çocuk sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarında yer alan annelerin en fazla 3 çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 3. Annelerin Obstetrik Özelliklerinin ve Emzirme Durumlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

(n=30)

Obstetrik Özellikler ve Emzirme Durumu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi	
								Ki kare	
		n	%	n	%	n	%	χ ²	p
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	24	80,0	23	76,7	47	78,3	0,098	0,754
	Hayır	6	20,	7	23,3	13	21,7		
Doğum şekli	Vajinal doğum	15	50,0	15	50,0	30	50,0		
	Sezaryen	15	50,0	15	50,0	30	50,0		
Daha önce emzirme durumu	Evet	13	43,3	11	36,7	24	40,0	0,000	1,000
	Hayır	17	56,7	19	63,3	36	60,0		
Daha önce emzirememene nedeni	İlk bebek bu gebelikten doğdu	16	94,1	18	94,7	34	94,4	2,013	0,366
	Bebek emmediği için*	1	5,9	1	5,3	2	5,6		
Anestezi alma durumu	Anestezi almayan	14	46,7	15	50,0	29	48,3	1,034	0,596
	Spinal anestezi alan**	16	53,3	15	50,0	31	51,7		

*Anne memesini almayan bir bebek “bebek emmediği için” yanıtı ile birleştirilmiştir.

** Epidural anestezi yalnızca bir anneye uygulandığı için “spinal anestezi” ile birleştirilmiştir.

Tablo 3'te annelerin obstetrik özelliklerinin ve emzirme durumlarının deney ve kontrol gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Deney grubunda yer alan annelerin %80'inin, kontrol grubunda yer alan annelerin ise % 76,7'sinin gebeliği planlı olarak gerçekleşmiştir. Deney ve kontrol gruplarının obstetrik özellikleri ve emzirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki grupta yer alan annelerin %50'si vajinal doğum, %50'si ise sezaryen doğum yapmıştır. Gruplar arasında doğum şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan annelerin %56,7'si, kontrol grubunda yer alan annelerin ise %63,3'ü daha önce bebeklerini emzirmemiştir. Annelerin daha önce bebeklerini emzirme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan annelerin %94,1'i, kontrol grubunda yer alan annelerin %94,7'si ilk bebekleri bu gebelikten doğduğu için daha önce emzirmediklerini ifade etmişlerdir. Deney ve

kontrol grupları arasında emzirememe nedeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan annelerin %53,3'ü spinal ve epidural anestezi almıştır. Kontrol grubunda yer alan annelerin %50'si spinal anestezi almıştır. Deney ve kontrol grupları arasında anestezi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Bebeklerin Doğum Kilolarının ve APGAR Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı

(n=30)

APGAR PUANLARI		n	Median	Min	Max	Mean±std. deviation	Önemlilik testi	
							Mann whitney U	
							z	p
1.dk apgar puanı*	Deney	30	9	7	9	8,7±0,53	-0,273	0,785
	Kontrol	30	10	10	10	8,67 ± 0,55		
5. dk apgar puanı	Deney	30	10	10	10	10±0	-1,426	0,154
	Kontrol	30	10	9	10	9,93 ± 0,25		
Bebğin doğum kilosu	Deney	30	3292,5	2555	4000	3288,5 ± 368,84	-1,545	0,122
	Kontrol	30	3132	2585	3700	3148 ± 294,62		

* APGAR puanı, bebeğin ilk muayenesini yapan pediatri uzmanı tarafından değerlendirilmiştir.

Araştırmacı APGAR puanını bebeğin dosyasından elde etmiştir.

Tablo 4'te bebeklerin doğum kiloları ve APGAR puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı incelenmiştir. Bebeklerin 1. dakikadaki APGAR puanları incelendiğinde deney grubunun ortanca değeri 9 (min:7, max:9), kontrol grubunun ortanca değeri ise 10 (min:10, max:10) olarak belirlenmiştir. Bebeklerin 5. dakikadaki APGAR puanlarına bakıldığında deney grubunun ortanca değeri 10 (min:10, max:10) ve kontrol grubunun ortanca değeri 10 (min:9, max:10) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında 1. ve 5. dakikadaki APGAR puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan bebeklerin doğum kilolarının ortanca değeri 3292,5 gr (min:2555, max:4000), kontrol grubunda yer alan bebeklerin doğum kilolarının ortanca değeri ise 3132 gr (min:2585, max:3700) olarak bulunmuştur. Bebeklerin doğum kiloları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 5. Deney ve Kontrol Gruplarının İlk Emmeye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

(n=30)

Bebeklerin İlk Emme Davranışları	Deney Grubu		Kontrol Grubu*		Toplam		Önemlilik testi	
	n	%	n	%	n	%	Ki kare	
							χ^2	p
İlk emmenin gerçekleştiği yer								
Doğum salonu	10	33,3			10	16,7		
Ameliyathane	6	20,0			6	10,0		
Doğum sonu klinik	14	46,7			44	73,3		
İlk emmenin gerçekleşme şekli								
Kendiliğinden emme	14	46,7	2	6,7	16	26,7	12,273	0,001
Yardımla emme	16	53,3	28	93,3	44	73,3		

*Kontrol grubunda yer alan bebeklerin tamamı doğum sonu klinikte ilk emmesini gerçekleştirmiştir.

Tablo 5'te bebeklerin ilk emmesinin gerçekleştiği yer ve gerçekleşme şekli verilmiştir. Deney grubunda yer alan bebeklerin %33,3'ü doğum salonunda, %20'si ameliyathanede ve % 46,7'si de doğum sonu klinikte ilk emmesini gerçekleştirmiştir. Kontrol grubunda yer alan bebeklerin tamamı doğum sonu klinikte ilk emmesini gerçekleştirmiştir. Deney grubunda yer alan bebeklerin %46,7'si kendiliğinden arayarak meme ucunu bulup emmeye başlarken, kontrol grubunda yer alan bebeklerin yalnızca %6,7' si kendiliğinden arayarak meme ucunu bulmuştur. Her iki grup arasında kendiliğinden arayarak meme ucunu bulma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubunda yer alan bebeklerin %53,3'ü, kontrol grubunda yer alan bebeklerin ise %93,3'ü yardımla emmiştir. Bebeklerin ilk emme davranışlarını gerçekleştirme sırasında yardım alma durumları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca deney grubunda yer alan annelerin tamamı KB'nı diğer annelere tavsiye edeceğini belirtmiştir.

Tablo 6. Deney ve Kontrol Gruplarının İkinci Saatteki Emme Sürelerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

(n=30)

Deney Grubu	Min	Max	Mean± Std.deviation	Median	Önemlilik testi
KB sırasındaki ilk emme süresi*	5,00	30,00	18,50±7,32	20,00	Test Uygulanmadı.
	Deney Grubu	Min-max	Kontrol Grubu**	Min-max	Önemlilik testi Mann whitney U
Doğum sonu 2. saatteki emme süresi	30,67 ± 11,2	15- 60	12,83 ± 8,38	0- 30	z p
					-5,429 0,001

* İlk emme süresi dakika olarak verilmiştir.

* **Kontrol grubunun emme süresi yalnızca 2. saatte değerlendirilmiştir.

Tablo 6’da deney grubunun KB sırasındaki ilk emme süresi ile deney ve kontrol gruplarının doğum sonu 2. saatteki emme sürelerine ilişkin özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir. Deney grubunda yer alan bebeklerin KB sırasındaki ilk emme süresi ortalama 18,50±7,32 (min:5, max:30) dakika olarak bulunmuştur. Tabloya 6’ya göre, deney grubunda yer alan bebeklerin doğum sonu 2. saatteki emme sürelerinin ortalamaları 30,67 ± 11,2 (min:15, max:60) dakika, kontrol grubunda yer alan bebeklerin doğum sonu ikinci saatteki emme sürelerinin ortalamaları ise 12,83 ± 8,38 (min:0, max:30) dakika olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarının doğum sonu 2. saatteki emme süreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Kontrol grubunda yer alan bebekler doğum sonu ikinci saatte emmeye başlamıştır. Kontrol grubunda yer alan bebeklerden biri doğum sonu ikinci saatte hiç emmemiştir.

Tablo 7. Bebeklerin İlk 24 Saatte Mama ile Beslenme ve Kusma Durumlarının Dağılımı

(n=30)

Mama İle Beslenme ve Kusma Durumu	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi	
							Ki kare	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
İlk 24 saatte mama ile beslenme durumu								
Mama verildi	16	53,3	21	70,0	37	61,7	1,763	0,184
Mama verilmedi	14	46,7	9	30,0	23	38,3		
Mamanın verilme nedeni								
Sütün miktarı yetersiz olduğu için*	5	31,3	14	66,7	19	51,4	4,673	0,097
Bebek emmediği için	1	6,3	1	4,8	2	5,4		
Sağlık personeli uygun gördüğü için**	10	62,5	6	28,6	16	43,2		
Kusma durumu								
Kustu	8	26,7	11	36,7	19	31,7	0,693	0,405
Kusmadı	22	73,3	19	63,3	41	68,3		

*Pediatri doktorunun ve hemşiresinin annenin memesini sıktağında sütün gelmemesi,

ilk 24 saatte bebeğin idrar ve gaita çıkışının olmaması durumunda anne sütünün miktarı yetersiz olarak kabul edilmiştir.

**Bebeğin anne memesini emmesine rağmen sürekli ağlaması, ilk 24 saatte kilo kaybının fazla olması kan şekerinin düşük olması olarak kabul edilmiş ve bebeklere mama verilmiştir.

Tablo 7'de doğum sonu ilk 24 saat içinde bebeklerin mama ile beslenme ve kusma durumu görülmektedir. Tablo 7'ye göre deney grubunda yer alan bebeklerin %53,3'üne, kontrol grubunda yer alan bebeklerin ise %70'ine mama verilmiştir. İlk 24 saatte mama ile beslenme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kontrol grubunda yer alan bebeklerin %66,7'sine anne sütünün miktarı yetersiz olduğu için mama verilmiştir. Deney grubunda yer alan bebeklerin ise %62,5'ine sağlık personeli uygun gördüğü için mama verilmiştir. Her iki grup arasında mamanın verilme nedeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bebeklerin kusma durumları

incelendiğinde deney grubunda yer alan bebeklerin %26,7’sinin, kontrol grubunda yer alan bebeklerin ise %36,7’sinin kustuğu belirlenmiştir. Kusma durumu ile ilgili olarak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Bebeklere İlk 24 Saatte Verilen Mama Sayı ve Miktarının Grup Ortalamalarının Dağılımı

Mama Sayısı ve Miktarı	Deney Grubu (n=16)			Kontrol Grubu (n=21)			Önemlilik testi	
	Median	Min- max	Mean± Std.deviation	Median	Min- max	Mean± Std.deviation	Mann whitney U	
							z	p
Mama sayısı	2,5	1-7	2,94 ± 1,84	4	1-7	4,14 ± 2,08	-1,832	0,067
Mama miktarı*	72,5	30-170	80,31 ± 46,42	110	10-305	115 ± 63,46	-1,706	0,088

*Mama miktarı ml olarak verilmiştir.

Tablo 8’e bakıldığında bebeklere ilk 24 saatte verilen mama sayısı ve miktarının grup ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Deney grubunda yer alan bebeklere ilk 24 saatte ortalama $2,94 \pm 1,84$ ve 72,5 ml, kontrol grubunda yer alan bebeklere ise ortalama $4,14 \pm 2,08$ ve 110 ml mama verildiği belirlenmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında bebeklere ilk 24 saatte verilen mama sayısı ve miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Bebeklerin İlk 24 Saatte Kan Şekerlerine Bakılma Sayısı (n=30)

Kan şekeri bakılma sayısı	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Önemlilik testi	
			Mann whitney U	
			z	p
Mean±Std. deviation	2 ± 2,44	2,33 ± 2,84	-0,642	0,521
Min- max	0-11	0-14	-0,642	0,521

Tablo 9’da bebeklerin ilk 24 saatte kan şekerlerine bakılma sayısı verilmiştir. Deney grubunda yer alan bebeklerin kan şekerlerine bakılma sayısı ortalama $2 \pm 2,44$ (min:0, max:11), kontrol grubunda yer alan bebeklerin kan şekerlerine bakılma sayısı ortalaması $2,33 \pm 2,84$ (min:0, max:14) olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında kan şekerine bakılma sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Bebeklerin Beslendikten Sonra Hemen Uyuma Durumları ile İlgili Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı (n=30)

Bebeklerin Uyku Düzenleri		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Önemlilik testi	
		n	%	n	%	n	%	Ki kare	
								χ^2	p
Beslendikten sonra hemen uyuma	Evet	29	96,7	22	73,3	51	85,0	6,405	0,011
	Hayır	1	3,3	8	26,7	9	15,0		

Tablo 10’da bebeklerin beslendikten sonra hemen uyuma özelliklerinin gruplara göre dağılımı verilmiştir. Deney grubunda yer alan bebeklerin %96,7’si beslendikten sonra hemen uyurken, kontrol grubunda yer alan bebeklerin %73,3’ü beslendikten sonra hemen uyumaktadır. Beslendikten sonra hemen uyuma açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 11. Annelerin VAS Skalasından Aldıkları Ağrı Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı

(n=30)

VAS Skalasından Alınan Ağrı Puanlar*				Önemlilik testi	
Deney Grubu		Kontrol Grubu		Mann whitney U	
Mean $\pm$ Std. Deviation	Min- max	Mean $\pm$ Std. Deviation	Min- max	z	p
1,17 $\pm$ 1,39	0- 4	1,93 $\pm$ 1,66	0-5	-1,991	0,046

*Anneler VAS skalasını doğum sonu ilk 24 saatte genel olarak hissettikleri ağrıyı düşünerek yanıtlamıştır.

Tablo 11’de annelerin doğum sonu ilk 24 saatin sonunda bir kez değerlendirilen VAS skalasından aldıkları ağrı puan ortalamalarının gruplara dağılımı görülmektedir. Deney grubunda yer alan annelerin ağrı puanları ortalama $1,17 \pm 1,39$ (min:0, max:4), kontrol grubunda yer alan annelerin ağrı puanları ise ortalama $1,93 \pm 1,66$ (min:0, max:5) olarak bulunmuştur. Annelerin VAS skalasından aldıkları ağrı puanları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 12. Annelerin Daha Önce Bebeklerini Emzirme Durumlarının Bebeklerin Aldıkları Mama Miktarı ve Doğum Sonu İkinci Saatteki Emme Sürelerine Göre Dağılımı

		Annelerin daha önce emzirme durumu						Önemlilik testi	
		Emziren			Emzirmeyen			Mann whitney U	
		n	Min-max	Mean± Std. deviation	n	Min-max	Mean± Std. deviation	z	p
Mamanın miktarı*	Deney Grubu	5	30- 120	72 ± 34,21	11	30- 170	84,09 ± 52,1	-0,344	0,743
2.saatteki emme süresi**	Deney Grubu	13	15- 50	31,92 ± 10,9	17	15- 60	29,71 ± 11,66	0,799	0,457
Mamanın miktarı	Kontrol Grubu	8	55- 305	131,25 ± 79,63	13	10- 180	105 ± 52,24	-0,362	0,750
2.saatteki emme süresi	Kontrol Grubu	11	5- 20	10 ± 5	19	0- 30	14,47 ± 9,56	0,750	0,268

* Mama miktarı ml olarak verilmiştir.

** Doğum sonu 2. saatteki emme süresi dakika olarak verilmiştir.

Tablo 12’de annelerin daha önce bebeklerini emzirme durumlarının bebeklerin aldıkları mama miktarı ve doğum sonu ikinci saatteki emme sürelerine göre dağılımı yer almaktadır. Deney grubunda yer alan ve daha önce emzirmeyen annelerin bebekleri ortalama 84,09 ± 52,1(min:30, max:170) ml mama almıştır. Kontrol grubunda yer alan ve daha önce emzirmeyen annelerin bebekleri ise ortalama 105 ± 52,24 (min:10, max:180) ml mama almıştır. Deney grubunda daha önce emziren annelerin bebeklerinin ikinci saatteki emme süreleri ortalama 31,92 ± 10,9 (min:15, max:50) dakika, kontrol grubunda daha önce emziren annelerin bebeklerinin doğum sonu ikinci saatteki emme süreleri ise ortalama 10 ± 5 (min:5, max:20) dakika olarak bulunmuştur.

Annelerin daha önce emzirme durumlarının bebeklerin aldıkları mama miktarı ve doğum sonu ikinci saatteki emme sürelerine göre dağılımı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 13. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Bebeklerin Doğum Sonu

4. Saatteki Yaşam Bulguları ve Oksijen Saturasyonu Ortalamalarının Dağılımı (n=30)

	Ölçülen Zaman		Önemlilik testi	
	Doğum Sonu 4. Saat		Student t	
Değişkenler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	t	P
	Mean±std. deviation	Mean±std. Deviation		
Beden Isısı (°C)	36,76 ± 0,22	36,69 ± 0,26	1,186	0,240
Kalp Atım Hızı	136,27 ± 8,62	138,67 ± 8,7	-1,073	0,287
Solunum Sayısı	39,57 ± 5,01	39,1 ± 4,33	0,386	0,701
Sistolik Kan Basıncı	72 ± 6,62	72,47 ± 8,5	-2,237	0,813
Diastolik Kan Basıncı	36,83 ± 5,43	36,5 ± 6,34	0,219	0,828
Oksijen Saturasyonu	98,13 ± 1,01	97,7 ± 1,29	1,449	0,153

Tablo 13'te bebeklerin doğum sonu 4. saatteki yaşam bulguları (beden ısı, kalp atım hızı, solunum sayısı, sistolik ve diastolik kan basıncı) ve oksijen saturasyonu ortalamaları yer almaktadır. Deney grubunda yer alan bebeklerin doğum sonrası 4. saatte beden ısı ortalama $36,76 \pm 0,22$, kontrol grubundaki bebeklerin beden ısı ise ortalama $36,69 \pm 0,26$ olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında beden ısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kalp atım hızı deney grubundaki bebeklerde ortalama $136,27 \pm 8,62$, kontrol grubundaki bebeklerde ise ortalama $138,67 \pm 8,7$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında kalp atım hızı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Solunum sayısına bakıldığında deney grubunda yer alan bebeklerde ortalama $39,57 \pm 5,01$, kontrol grubunda yer alan bebeklerde ortalama $39,1 \pm 4,33$ olarak belirlenmiştir. Her iki grup arasında solunum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney grubundaki bebeklerde sistolik kan basıncı ortalama $72 \pm 6,62$ kontrol grubundaki bebeklerde ise ortalama $72,47 \pm 8,5$ olarak

saptanmıştır. Diastolik kan basıncı deney grubunda yer alan bebeklerde ortalama $36,83 \pm 5,43$ olarak bulunurken, kontrol grubunda yer alan bebeklerde ise ortalama $36,5 \pm 6,34$ olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında sistolik ve diastolik kan basıncı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Doğum sonu 4. saatte ölçülen oksijen saturasyonu düzeyine bakıldığında, deney grubundaki bebeklerde ortalama $98,13 \pm 1,01$, kontrol grubundaki bebeklerde ise ortalama $97,7 \pm 1,29$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasında oksijen saturasyonu düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarında yer alan bebeklerin ilk 24 saat içinde her dört saatte bir yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu ölçülmüştür. Tablo 13'te sadece doğum sonu 4. saatte ölçülen yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu verilmiştir. İlk 24 saat içinde her dört saatte bir ölçülen yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu için oluşturulan diğer tablolar ekte yer almaktadır (Ek:9).

Tablo 14. Deney Grubundaki Bebeklere KB Uygulanma Süresi (n=30)

KB Uygulanma Süresi	Median	Min	Max	Mean± std.deviation
Bebeğin KB uygulamasında kaldığı süre*	35,00	30,00	60,00	38,26 ± 10,82

*KB uygulanma süresi dakika olarak verilmiştir.

Tablo 14'te deney grubunda yer alan bebeklere KB uygulanma süresi verilmiştir. Deney grubunda yer alan bebekler ortalama $38,26 \pm 10,82$ (min:30, max:60) dakika KB uygulamasında kalmıştır. Sekiz anne kendi isteği, 6 anne yorgun olduğu için, 2 anne hafif sedatize edildiği için, 1 anne de ağrı hissettiği için KB uygulaması sonlandırılmıştır. Çalışmada yer alan 5 vakada bir saatin dolması, 3 vaka doktor isteği ve 4 bebeğin solunum sorununun olması nedeni ile uygulama sonlandırılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda deney ve kontrol gruplarının sosyo- demografik ve obstetrik bulguları değerlendirilmiş ve gruplar arasında fark olmadığı görülmüştür. Deney grubunda yer alan annelerin çoğunluğu, kontrol grubunda yer alan annelerin ise yarısından fazlası 25- 29 yaş aralığındadır (Tablo 1). Çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin yaş açısından benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir. Her iki grupta yer alan annelerin büyük çoğunluğu lisans mezunudur (Tablo 1). Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin tamamına yakın bir bölümü algılanan ekonomik düzeylerini ‘gelir gidere eşit’ olarak belirtmişlerdir (Tablo 1). Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin yarısından fazlası çalışmamakta ve Lefkoşa dışında yaşamaktadır (Tablo 1). Deney ve kontrol grupları arasında yaş, eğitim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu ve yaşanan yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubunda yer alan annelerin üçte birinden fazlası, kontrol grubunda yer alan annelerin yarısının bir gebeliği bulunmaktadır (Tablo 2). Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin yaşayan çocuk sayılarına bakıldığında yarısından fazlasının bir çocuğu olduğu görülmektedir (Tablo 2). Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin gebelik sayıları ile yaşayan çocuk sayıları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin çoğunluğunun gebelikleri planlı, her iki grubun yarısının vajinal doğum yaptığı ve yarısından fazlasının daha önce bebeklerini emzirmedikleri saptanmıştır (Tablo 3). Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin gebeliklerinin planlı olma durumu, doğum şekli ve emzirme deneyimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin daha önce emzirememe nedenlerine bakıldığında tamamına yakın bir bölümü ‘ilk gebeliği’ olduğu için yanıtını vermiştir (Tablo 3). Annelerin anestezi alma özelliklerine bakıldığında deney grubunun yarısından fazlasının, kontrol

grubunun ise yarısının spinal anestezi aldığı görülmektedir (Tablo 3). Her iki grupta yer alan annelerin emzirme deneyimi ve anestezi alma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan çalışmada, bebeklerin 1. dakikadaki APGAR puanları incelendiğinde deney grubunun ortanca değeri 9 (min:7, max:9), kontrol grubunun ortanca değeri ise 10 (min:10, max:10) olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Bebeklerin 5. dakikadaki APGAR puanlarına bakıldığında deney grubunun ortanca değeri 10 (min:10, max:10), kontrol grubunun ortanca değeri ise 10 (min:9, max:10) olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Deney ve kontrol grupları arasında 1. ve 5. dakikadaki APGAR puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Peker (2015), Koç ve Kaya (2017)'nin çalışmalarında, deney ve kontrol grupları arasında 1. ve 5. dakikadaki APGAR puanları açısından anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sarper (2015)'in çalışmasında ise bebeklerde sadece 5. dakikadaki APGAR puanı değerlendirilmiştir. Bebeklerin 5. dakikadaki APGAR puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızın sonuçları 5. dakikadaki APGAR puanı açısından Peker (2015), Koç ve Kaya (2017)'nin sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu konuda başka çalışmaların yapılmasının uygun olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, deney grubunda yer alan bebeklerin doğum kilosu ortanca değeri 3292,5 gram (min:2555, max:4000), kontrol grubunda yer alan bebeklerin doğum kilosu ortanca değeri ise 3132 gram (min:2585, max:3700) olarak bulunmuştur (Tablo 4). Bebeklerin doğum kilosu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bu çalışmanın sonuçları, literatürde KB ve doğum kilosu ilişkisini inceleyen diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Peker (2015), Sarper (2015), Z. Kashaninia ve M. Dehghan (2015), Turan (2016), Koç ve Kaya (2017) ve Coşkun (2018)'un yaptıkları çalışmalardan elde edilen sonuçlar bizim sonuçlarımızı desteklemektedir.

5.1. KB'nın Yeni Doğanların Doğum Sonu İkinci Saatteki Emme Süresine Etkisinin İncelenmesi

Deney grubunda yer alan bebeklerin doğum sonu ikinci saatteki emme süreleri ortalama $30,67 \pm 11,2$ (min:5, max:30), kontrol grubunda yer alan bebeklerin doğum sonu ikinci saatteki emme süreleri ortalama $12,83 \pm 8,38$ (min:0, max:30) olarak belirlenmiştir (Tablo 6). İkinci saatteki emme süreleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde KB sayesinde emzirmenin erken başladığı ve daha uzun süre devam ettiği belirtilmektedir (Ludington ve ark, 2008), (McCall ve ark, 2010), (Moore ve ark 2010), (Turan ve Erdoğan, 2018). Sarper (2015)'in çalışmasında, bebeklerin doğum sonu ilk emzirilme süreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubunda yer alan bebeklerin en az 30 dakika, en fazla 1 saat KB uygulamasında kalarak, doğum sonu ikinci saatteki emme sürelerinin kontrol grubunda yer alan bebeklere göre daha uzun olması çalışmanın önemli sonuçları arasındadır. Elde edilen bu sonuç, KB'nın emzirme süresine olumlu etki ettiğini, annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirdiğini göstermektedir. KB'nın yeni doğanların doğum sonu 2. saatteki emme süresine olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın H_{01} hipotezi olan “KB uygulanan yeni doğanların doğum sonu 2. saatteki emme süreleri ile kontrol grubundaki yeni doğanların doğum sonu 2. saatteki emme süreleri arasında fark yoktur” hipotezi red edilmiştir.

Çalışmada, KB uygulanan bebeklerin yaklaşık yarısının doğum salonunda, beşte birinin ameliyathanede, yaklaşık yarısının doğum sonu klinikte ilk emmesini gerçekleştirdiği saptanmıştır (Tablo 5). İlk emmenin gerçekleştiği yer açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda yer alan bebeklerin tamamı doğum sonu klinikte ilk emmesini gerçekleştirmiştir. DSÖ, AAP ve ABM sağlıklı bebeklerde doğar doğmaz anneleri ile KB uygulamasının sağlanmasını tavsiye etmektedir (ABM, 2008), (AAP, 2012), (WHO, 2013). Ayrıca, anne ve yeni doğan etkileşimini sağlamak için doğum sonu ilk dakikalardan itibaren KB uygulamasının yararlı

olduğu belirtilmektedir (Moore ve ark 2012). Anne ile bebek arasında doğum salonu ve ameliyathanede KB uygulanan diğer çalışmalarda deney grubunda yer alan annelerin %20,8'i bebeklerini doğum salonunda, %12,5'i ise bebeklerini doğum sonu serviste emzirmiştir (Peker, 2015). Araştırmadan elde edilen sonuçlar literatürden daha yüksek bulunmuştur. KB uygulamasının anneler için rahat bir ortam sağladığı, yeni doğanın doğum sonu dönemde içinde bulunduğu yabancı ortamdan kaynaklanan ısı, ışık ve ses gibi stresörlerin olumsuz etkilerinden daha az etkilenmesini sağladığı düşünülmektedir.

Deney grubunda yer alan bebeklerin yarıya yakını kendiliğinden arayarak meme ucunu bulmuş ve yarısından fazlası yardımla emmesini gerçekleştirmiştir. Kontrol grubunda yer alan bebeklerin ise çok az bir kısmı kendiliğinden arayarak meme ucunu bulmuş ve önemli bir kısmı da yardımla emmiştir (Tablo 5). Gruplar arasında bebeklerin kendiliğinden arayarak meme ucunu bulması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yeni doğanın doğum sonu ilk saatlerde anne ile ten teması sağlandığında bebek içgüdüsel olarak kendiliğinden meme ucunu bulup emmeye başlamaktadır (Phillips, 2013). DSÖ, doğum sonu ilk saatte bebeğin kendiliğinden emmeye başlamadığı durumlarda annenin ve bebeğin desteklenmesini önermektedir (WHO, 2013). Çeşitli çalışmalarda KB'nın, anne memesine daha kolay ulaşmayı sağladığı saptanmıştır (Furman ve ark 2002), (Boo ve ark, 2007, (Nyqvist ve ark, 2010), (Flacking ve ark, 2011), (Moore ve ark, 2012). Başka bir çalışmada sezaryen sırasında erken ten teması uygulanan bebeklerin yarısından çoğunun ilk emmesinin ten teması sırasında kendiliğinden ya da yardımla gerçekleştiği saptanmıştır (Sarper, 2015). Araştırmadan elde edilen sonuçlar literatür ile karşılaştırıldığında, KB uygulaması ile birlikte bebeklerin kendiliğinden anne memesini arayıp bulmalarına fırsat verildiği böylece bebeklerin erken emmeye başladığı ve emzirme başarısının arttığı düşünülmektedir.

Deney grubunda kan şekeri bakılma sayısının ortalaması $2 \pm 2,44$ (min:0, max:11), kontrol grubunda kan şekeri bakılma sayısının ortalamasının ise $2,33 \pm 2,84$ (min:0, max:14) olduğu görülmektedir (Tablo 9). Çalışmada,

deney ve kontrol grubu arasında ilk 24 saatte bakılan kan şekeri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). KB, bebeğin emme başarısını arttırarak hipoglisemiye önlemekte ve yeni doğanların kan şekeri düzeylerinin düzenlenmesini kolaylaştırmaktadır (Yıldırım 2009), (Conde-Agudelo ve ark, 2011), (Manazir Ali ve ark, 2009), (Shrivastava, 2013), (King et al.,2012), (Turan ve Erdoğan, 2018). Yapılan çalışmalarda sağlıklı term bebeklerde KB'na erken başlandığında ve doğum sonu ilk 24 saatte uygulandığında yeni doğanın kan şekeri seviyelerinin daha çok normal sınırlarda olduğu belirlenmiştir (Ludington-Hoe ve ark, 2008), (Newman ve ark, 2009), (McCall ve ark, 2010). Walters ve ark (2007)'nin sağlıklı term bebeklerde KB'nın kan şekeri seviyelerine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada, KB uygulanan bebeklerde daha yüksek kan şekeri seviyeleri görülmüştür. Sarper (2015)'in çalışmasında erken ten teması uygulanan bebeklerde kan şekeri bakılma ihtiyacı duyulmazken, kontrol grubunda yer alan bebeklerin kan şekeri bakılma ihtiyacı duyulmuştur ($p<0,05$). Bebeklere kan şekeri bakılması çalışmanın yapıldığı klinikte rutin bir uygulama olmamakla birlikte, bebeğin annesinin diyabet hastalığına sahip olması, doğum kilosunun 4000 gr'ın üstünde olması, emmemesi, beslenememesi ve sürekli kusması durumlarında bebeklere kan şekeri bakılmaktadır. Bebeklerin kan şekeri açısından bu çalışmadan elde edilen sonuçların literatürden farklı olması nedeniyle KB'nın, bebeklerin kan şekeri seviyelerine etkisini amaçlayan başka çalışmaların yapılmasının uygun olduğu düşünülmektedir.

Deney grubunda yer alan bebeklerin tamamına yakın bir bölümü beslendikten sonra hemen uyumaktadır. Kontrol grubunda yer alan bebeklerin ise dörtte üçü beslendikten sonra hemen uyumaktadır (Tablo 10). Beslendikten sonra hemen uyuma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yeni doğanın fizyolojik tepkilerini değerlendiren bir çalışmada KB'nın, yeni doğanın kilo alımını ve uyku süresini etkilediği saptanmıştır (Feldman ve ark, 2002). Literatürde KB'nın, bebeklerin beslendikten sonra hemen uyuma durumlarına etkisini gösteren başka bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Bu sonuçlara göre, KB uygulanan bebeklerin

beslendikten sonra hemen uyumaları iyi emdiklerini ve doyduklarını gösteren olumlu bir bulgu olarak düşünülmektedir. Kontrol grubunda yer alan bebeklerin ise beslendikten sonra hemen uyumama davranışları bize bebeklerin iyi emmemiş olabileceklerini düşündürmektedir.

5.2. KB'nın Yeni Doğanlara Verilen Mama Sayısına Etkisinin İncelenmesi

Deney grubunda yer alan bebeklerin yarısından fazlasına mama verilirken, kontrol grubundaki bebeklerin önemli bir kısmına mama verilmiştir (Tablo 7). Gruplar arasında mama ile beslenme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Erken ten temasının emzirme yeterliliğine etkisinin incelendiği bir çalışmada, anne ile ten teması sağlanan bebeklere verilen mama sayısının daha fazla olduğu fakat verilen mamanın miktarının daha az olduğu bulunmuştur (Sarper, 2015, $p>0,05$). Literatürde ilk 1 saat içinde emzirilmeye başlanan bebeklerin ek gıdaya daha geç geçtiği ve ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bolat ve ark, 2011). Çalık (2017)'ın çalışmasında yer alan annelerin doğum yaptıkları hastanelerin bebek dostu olmadığı görülmüştür. Emzirmenin devamı annelerin doğumlarını gerçekleştirdikleri hastanelerin bebek dostu olması ile ilişkili olan bir durumdur. Yeni doğanların doğum sonu solunum sıkıntısı yaşaması, YYBÜ'ne yatışı gerektiren durumların olması, doğum sonu annelerin odalarına geç alınması, özellikle sezaryen sonrası annelerin fazla ağrı duyması ve sağlık personelinin iş yükünün artması nedeni ile yeni doğanların emzirilemediği ve mama verildiği belirlenmiştir (Çalık, 2017), (Duran, 2018). Bu nedenle pediatri doktorlarının ve doğum sonu servislerde çalışan hemşirelerin anneleri desteklemelerinin ve hastanelerin bebek dostu olmasının önemli olduğu söylenebilir. Bu çalışmanın H_{02} hipotezi olan “KB uygulanan yeni doğanlara ilk 24 saatte verilen mama sayısı ile kontrol grubundaki yeni doğanlara verilen mama sayısı arasında fark yoktur” hipotezi kabul edilmiştir.

5.3. KB'nın Annelerin Ağrı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Annelerin ilk 24 saat içinde yaşadıkları ağrı; VAS skalası uygulanarak genel olarak hissettikleri ağrıyı değerlendirmek amacıyla sorulmuştur. Deney grubunda yer alan annelerin ilk 24 saatin sonunda VAS skalasından aldıkları ağrı puanları ortalaması $1,17 \pm 1,39$ (min:0, max:4), kontrol grubunda yer alan annelerin ağrı puan ortalaması ise $1,93 \pm 1,66$ (min:0, max:5) olarak bulunmuştur (Tablo 11). Deney ve kontrol grupları arasında annelerin VAS skalasından aldıkları ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Joshi (2012)'nin yaptığı çalışmada, KB uygulanan annelerde ağrı düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Joshi, 2012). Turan (2016)'ın doğumun üçüncü evresinde uygulanan tensel temasın annenin ağrı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında, deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin beşinci, 15. ve 30. dakikalardaki ağrı düzeyleri incelenmiştir. Deney grubunun ağrı puanları 5. dakikada $2,81 \pm 2,48$ (min:0, max:8), 15.dakikada $1,22 \pm 1,54$ (min:0, max:5) ve 30.dakikada $0,47 \pm 0,84$ (min:0, max:3) olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ağrı puanları 5.dakikada $4,25 \pm 2,92$ (min:1, max:10), 15.dakikada $2,50 \pm 1,91$ (min:0, max:7) ve 30.dakikada $1,94 \pm 2,37$ (min:0, max:8) olarak saptanmıştır. Deney grubunun ağrı değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer bir çalışmada vajinal doğum sonrası tensel temas uygulamasının epizyotomi dikişi esnasında oluşan ağrı hissini hafiflettiği bildirilmiştir (Walters ve ark, 2007). Ayrıca anne ve bebek arasındaki ten temasının annelik davranışlarını uygulayabilme, ağrıyı azaltma ve dinlenme gibi yararları olduğu belirlenmiştir (Stevens ve ark, 2014), (Buckley, 2015), (ICEA, 2015). Bu çalışmada, deney grubunda yer alan annelerin VAS skalasından aldıkları ağrı puanlarının, kontrol grubunda yer alan annelerin ağrı puanlarına göre daha düşük bulunması literatürde bulunan çalışmaları desteklemektedir. KB uygulaması annelere ağrı açısından doğum sonu dönemi daha konforlu geçirme avantajı sağlamıştır. Bu çalışmanın H_{03} hipotezi olan “KB uygulanan annelerin ilk 24 saatin sonunda VAS puanları ile kontrol grubundaki annelerin VAS puanları arasında fark yoktur” hipotezi red edilmiştir.

5.4. KB'nın Yeni Doğanların Yaşam Bulgularına Etkisinin İncelenmesi

Bebeklerin ilk 24 saat içinde her dört saatte bir ölçülen yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 13 ve Ek 9, $p>0,05$).

Deney grubunda yer alan bebeklerin doğum sonu 4. saatte beden ısısı ortalama $36,76 \pm 0,22$, kontrol grubundaki bebeklerin beden ısısı ise ortalama $36,69 \pm 0,26$ olarak bulunmuştur (Tablo 13). Her iki grup arasında beden ısısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sarper (2015)'in çalışmasında, bebeklerin doğum sonu 20. dakikada aksiler vücut ısıları ölçülmüş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada doğum sonu anne ile ten teması sağlanan bebeklerin vücut ısılarının yükseldiği ve korunduğu belirtilmektedir (Moore ve ark, 2012). Yaklaşık 20 yıldır yürütülen çalışmalar KB'nın, ısı kontrolünün sağlanmasında bütün yeni doğanlar için etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir (Nygqvist ve ark, 2010), (McCall ve ark, 2010), (WHO, 2003). Yapılan bu çalışmada, deney ve kontrol grupları arasında bebeklerin beden ısısı açısından fark bulunmamakla birlikte, her iki grupta yer alan bebeklerin beden ısıları normal sınırlarda seyretmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bu konuda başka çalışmaların yapılmasının uygun olduğu düşünülmektedir.

Kalp atım hızı doğum sonu 4. saatte deney grubundaki bebeklerde ortalama $136,27 \pm 8,62$, kontrol grubundaki bebeklerde ise ortalama $138,67 \pm 8,7$ olarak saptanmıştır (Tablo 13). Araştırmada deney ve kontrol gruplarında yer alan bebeklerin kalp atım hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ludington Hoe ve ark (2008)'nin belirttiğine göre KB, yeni doğanlarda kalp atım hızının normal sınırlarda olmasını sağlamaktadır. Browne (2004)'nin bildirdiğine göre; KB uygulanan yeni doğanlarda oksijen saturasyonu, kalp atım hızı ve solunum sayısında olumsuz değişiklikler görülmemiştir. McCain ve ark (2005)'nin prematüre bebeklerde kanguru

bakımının kalp atım hızına etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda kanguru bakımının stresi azaltan bir uygulama olduğu ve kalp hızını düzenlediği bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında bebeklerin kalp atım hızı açısından fark bulunmamakla birlikte, her iki grupta yer alan bebeklerin kalp atım hızları normal sınırlarda seyretmiştir.

Doğum sonu 4. saatteki solunum sayısına bakıldığında deney grubunda yer alan bebeklerde ortalama $39,57 \pm 5,01$, kontrol grubunda yer alan bebeklerde ortalama $39,1 \pm 4,33$ olarak belirlenmiştir (Tablo 13). KB uygulaması ile yeni doğanların solunum sayısı ve kalp atım hızlarının daha çok normal sınırlarda seyrettiği bildirilmektedir (Ludington Hoe ve ark, 2008, King et al.,2012, Reija, 2009, Bauer ve ark 1996). Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan bebeklerin solunum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki bebeklerde doğum sonu 4. saatteki sistolik kan basıncı ortalama $72 \pm 6,62$ kontrol grubundaki bebeklerde ise ortalama $72,47 \pm 8,5$ olarak saptanmıştır. Diastolik kan basıncı deney grubunda yer alan bebeklerde ortalama $36,83 \pm 5,43$ olarak bulunurken, kontrol grubunda yer alan bebeklerde ise ortalama $36,5 \pm 6,34$ olarak bulunmuştur (Tablo 13). Bebeğin annenin teniyle teması, sistolik ve diastolik kan basıncının stabil olarak devam etmesine yardımcı olmaktadır (Yılmaz ve ark, 2002). KB uygulaması yeni doğanda sistolik ve diastolik tansiyonu düzenler ve beyin gelişimini destekler (Raylene, 2013). Araştırmada deney ve kontrol gruplarının sistolik ve diastolik kan basınçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan literatür taramasında KB uygulamasının sistolik ve diastolik kan basıncına etkisini gösteren başka bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Doğum sonu 4. saatte ölçülen oksijen saturasyonuna bakıldığında, deney grubundaki bebeklerde ortalama $98,13 \pm 1,01$, kontrol grubundaki bebeklerde ise ortalama $97,7 \pm 1,29$ olarak saptanmıştır (Tablo 13). KB uygulamasının yeni doğanlarda oksijen saturasyonunun düzenlemesine olumlu

etkileri vardır (Ludington Hoe ve ark, 2008). Araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan bebeklerin oksijen saturasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Koç ve Kaya (2017)'nin çalışmasında, deney ve kontrol gruplarında yer alan bebeklerin doğum sonu beden ısı, kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen saturasyonları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan bir diğer çalışmada, KB uygulanan grupta uygulanmayanlara göre, daha yüksek oksijen düzeyi, daha az oksijen desaturasyonu saptanmıştır (Bauer ve ark 1997, Messmer ve ark 1997). Bu sonuçlar doğrultusunda KB'nın oksijen saturasyonuna etkisi konusunda başka çalışmaların yapılmasının uygun olduğu düşünülmektedir.

Nimbalkar ve ark (2012)'nin çalışmalarında preterm bebeklerde bir saat süren KB uygulamasının, annenin kan basıncı ve yeni doğanın solunum sayısını düzenlediği, yeni doğanın nabız sayısı ve SpO2 değerleri üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalar, KB'nın yaşam bulgularına olumlu etkileri olduğunu gösterirken, bu çalışmada gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Tartışma bölümünde sadece doğum sonu 4. saatte ölçülen yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu ortalamalarına yer verilmiştir (Tablo 13). İlk 24 saat içinde her dört saatte bir ölçülen yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu ortalamaları için oluşturulan diğer tablolar ekte yer almaktadır (Ek:9). Bu çalışmanın H_{04} hipotezi olan “KB uygulanan yeni doğanların, kontrol grubundaki yeni doğanlara göre ilk 24 saatteki yaşam bulguları (beden ısıları, kalp atım hızları, solunum sayıları, sistolik ve diastolik kan basınçları, oksijen saturasyonları) arasında fark yoktur” hipotezi kabul edilmiştir.

Bu çalışmada, deney grubunda yer alan bebeklere en az 30 dakika en fazla 1 saat KB uygulanmıştır. KB uygulaması çalışmada yer alan anne ve bebeklere ortalama $38,26 \pm 10,82$ (min:30, max:60) dakika yapılmıştır (Tablo 15). DSÖ, bebeklerin doğumdan sonraki ilk 1 saatini anne ile ten temasında geçirmesini ve emzirme tamamlanana kadar anne göğsünde kalmasını

önermektedir (WHO, 2013). Sağlıklı doğan her bebeğin doğduktan hemen sonra annesinin göğsüne yatırılması ve ilk bakımlarının KB sırasında gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Phillips, 2013). Amerikan Pediatri Akademisi de sağlıklı bebeklerin doğumdan hemen sonra ilk emzirme tamamlanana kadar anneleri ile doğrudan ten temasında bulunmaları gerektiğini belirtmektedir (AAP, 2012). Bu çalışmaya benzer olarak günde bir saat KB uygulanan çalışmalar yapılmıştır (Ahn ve ark 2006), (Boo ve ark, 2007), (Yıldırım, 2009). Çeşitli çalışmalarda bebeklere KB en az 11,6 dk, en fazla 122 dk uygulanmıştır (Sarper, 2015), (Peker, 2015), (Koç ve Kaya, 2017). Bu konuda yapılan bir başka çalışmanın sonucunda sezaryen doğum yapmış annelerin büyük bir kısmının doğum sonu ilk bir saat içinde ten teması gerçekleştiremediği saptanmıştır (Augustin ve ark, 2014). Literatür, doğumdan sonra anne ve bebeğin erken dönemde ten tene temasla buluşturulmasını ve doğum ortamlarının KB uygulaması için hazırlanmasını önermektedir (Başgöl ve Kızılkaya Beji 2015). Bu çalışma, KB uygulaması ile doğum sonu bebeğin annesiyle mümkün olan en kısa sürede buluşmasını sağlamış ve anne- bebek etkileşimini artırmıştır. Çalışma, literatürde yer alan diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmada, KB uygulanan 30 bebekten ikisinin erken taburcu olduğu (ilk 24 saatten önce) belirlenmiştir. Literatür erken ten teması uygulanan bebeklerin erken taburcu olduklarını belirtmektedir (Boundy et al., 2016), (Conde- Agudelo, 2011), (Davanzo ve diğerleri, 2013). Catteno ve ark (1998)'nin yaptığı çalışmada, KB uygulanan bebeklerin daha erken taburcu oldukları ve hastanede yatış maliyetinin yarıya düştüğü saptanmıştır. Svensson ve ark (2013) ile Moore ve ark (2012)'nin yaptıkları çalışmalarda da KB'nın erken taburculuğa katkı sağladığı belirtilmiştir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yeni Doğanlarda Kanguru Bakımının; Annenin Ağrı, Yeni Doğanın Emme ve Yaşam Bulgularına etkisinin belirlenmesi amacı ile randomize kontrollü olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. KB uygulanan bebeklerin büyük bir kısmı doğum salonu ve ameliyathanede emmeye başlamıştır.
2. Bebeklerin büyük bir kısmı emme davranışını kendiliğinden gerçekleştirmiştir.
3. Bebeklerin emme süreleri doğum sonu 2. saatte daha uzun olmuştur.
4. Bebekler beslendikten sonra hemen uyuyabilmiştir.
5. KB uygulaması ile annelerin VAS skalasından daha düşük ağrı puanı aldığı görülmüştür.
6. KB uygulanan iki bebeğin 24 saatten daha kısa sürede taburcu oldukları görülmüştür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara ek olarak KB uygulaması boyunca araştırmacının kaydettiği olumlu sonuçlar bulunmaktadır. Bunlar:

- Bir bebeğin KB uygulaması ile birlikte inlemesinin kesilmesi ve oksijen ihtiyacının olmaması,
- KB uygulaması sırasında bebeklerin anne memesine doğru hareket ederek memeyi bulmaya çalışmaları,
- Bir annenin KB uygulaması ile kendini daha iyi hissettiğini ifade etmesi ve mide bulantısının geçmesi,
- KB uygulanan bebeklerin daha sakin olması,
- Annelerin ifadelerine göre KB uygulanan bebeklerin gaz çıkarma ve dışkılamada zorluk çekmediği gözlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmada Kanguru Bakımı uygulanan annelerin VAS puanları, yeni doğanların doğum sonu 2. saatteki emme süreleri, kendiliğinden emme davranışını gerçekleştirmeleri ve beslendikten sonra hemen uyumaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda doğum öncesi dönemden başlanarak ebeveynlerin KB konusunda bilgilendirilmesi, KB uygulamasının yaygınlaştırılması, kanıtların artırılması için benzer çalışmaların farklı bölge ve hastanelerde yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Peker N. (2015). Yeni doğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne- Bebek İlişkisine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
2. Sarper C. (2015). Spinal Anestezi İle Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının, Emzirme Yeterliliğine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
3. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş XV. Baskı, Ziraat Grup Matbaacılık, Ankara. (s: 351-363, 365-379, 381-397).
4. Cangöl, E., Şahin, N.H., (2014). Emzirmeyi Etkileyen Faktörler ve Emzirme Danışmanlığı. Zeynep Kamil Tıp Bülteni; 45(3), 100-105.
5. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. Temel Yeni Doğan Bakımı. Özyurt Matbaacılık, Ankara 2015. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/cekus/docs/8%20temel_yenidogan_bakimi.pdf. E.T: 30.07.2018.
6. Ünsal Atan Ş. (2008). Primipar Emziren Annelerde Meme Ucu Sorunlarının Önlenmesinde Farklı Yöntemlerin Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
7. Kurnaz D. (2014). Erken Postpartum Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Tutum ve Başarılarını Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
8. Çeçe Ö. (2011). Çalışan Annelerin Emzirme Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
9. Samur G. (2008). Anne Sütü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Klasmat Matbaacılık, Ankara.
10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
11. Gür E. Anne Sütü İle Beslenme. Derleme, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul. Türk Ped Arş 2007; 42 Özel Sayı: 11-5.

12. Akkoyun S, Taş Arslan F. İlk Altı Ay Boyunca Emziren Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilikleri. Orjinal Araştırma, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya. J Pediatr Res 2016;3(4):191-5.
13. Gölbaşı Z., Koç G. (2008). Kadınların Postpartum İlk 6 Aylık Süredeki Emzirme Davranışları ve Prenatal Dönemdeki Emzirme Tutumunun Emzirme Davranışları Üzerindeki Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 15: 16-31.
14. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (2016). Anne Sütü ve Emzirme Eğitim Rehberi. (<https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/136,anne-sutu-ve-emzirme-egitim-rehberipdf.pdf?0>). E.T: 30.07.2018.
15. Erkıran A. (2009). Spontan Vajinal Doğum ve Sezaryen İle Doğum Yapan Hastaların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Hematolojik Değerlerinin Kan Kaybı Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
16. Gül N. (2008). Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- 17.Şentürk Yazıcı F. (2009). Epidural Analjezi İle Doğumun Travay ve Fetüs Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
18. Smiley RM, Stephenson L. Patient –controlled epidural analgesia for labor. Int Anesthesiology Clin 2007; Winter;45(1) :83-98.
19. Höbek Akarsu R., Tuncay B., Yüzer Alsaç S. Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar. Derleme, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, GUSBD 2017; 6(4): 275-279.
20. Cho, E.S., Kim, S.J., Kwon, M.S., Cho, H., Kim, E.H., Jun, E.M., Lee, S. (2016). “The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal–infant attachment, and maternal stres”. Journal of Pediatric Nursing, 31(4): 430-38.

21. Nirmala, P., Rekha, S., Washington, M. (2006). “Kangaroo mother care: effect and perception of mothers and health personel”. *Journal of Neonatal Nursing*, 12(5): 177- 84.
22. Köse D., Çınar N., Altınkaynak S. Yeni doğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci. *Derleme, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2013 cilt 22 sayı 6 sayfa 239.
23. Ahn, H.Y., Lee, J., Shin, H.J. (2010). “Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachmentand post-partum depression in South Korea”. *Journal of Tropical Pediatrics*: 56(5): 342-44.
24. Çalık, C., Esenay, I.F., Sezer, T.A. (2015). Yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanguru bakımı uygulama durumları ve engeller. *Özgün Araştırma, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 17(1): 1-9.
25. Öztürk R. (2010). Prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
26. World Health Organization, Skin to skin care, Accessed November 1, 2013, at (<http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/en/>). E.T: 01.06.2018.
27. Meeks M, Hallsworth M. Yeo H. Yenidoğan Hemşireliği. Yurdakök M (ed); 2. Baskı. Ankara: Rota Tıp Kitabevi; 2012.
28. Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., de Calume, Z.F., Ruiz-Palaez, J.G., Charpak, Y and Charpak, N. (1998). “Kangaroo mother care and the bonding hypothesis”. *Pediatrics*, 102 (2): 1-8.
29. Chwo, M.J., Anderson, G.C., Good, M., Dowling, D.A., Shiau, S.H. and Chu, D.M. (2007). “A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity”. *Journal of Nursing Research*, 10(2): 129-142.
30. Conde-Agudelo, A., Belizán, J.M. and Diaz-Rossello, J. (2011). “Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No: CD002771.
31. Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. and Dowswell, T. (2012). “Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5): CD003519.

32. Koç S., Kaya N. Doğumda Kanguru Bakımının Sağlıklı Yeni Doğanların Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. Özgün Araştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2017; 19(1): 1-13.
33. Walters MW, Boggs KM, Ludington-Hoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo care at birth for full term infants: A pilot study. MCN Am J Matern Child Nurs 2007; 32(6): 375-381.
34. Yılmaz Kurt F, Aytekin A. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kanguru bakımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4(1): 5-9.
35. Nimbalkar A, Patel D, Sethi A, Nimbalkar S. Effect of skin to skin care to neonates on pulse rate, respiratory rate SPO2 and blood pressure in mothers. Indian J Physiol Pharmacol 2013; 58(2): 174-177.
36. Neonatoloji Hemşireliği Derneği. Bebeğinizin Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı El Kitabı. Ankara, Ocak 2014. ISBN: 978-605-87620-3-9. (<http://www.neonatolojihemsireligi.org.tr>). E.T: 02.06.2018.
37. Manazir Ali S, Sharma J, Sharma R, Alaml S. Kangaroo Mother Care as compared to conventional care for low birth weight babies (Düşük doğum ağırlıklı bebekler için Kanguru anne bakımının geleneksel bakımla karşılaştırılması). Dicle Tıp Dergisi 2009 Cilt/Vol 36, No 3, 155-160.
38. Derebent E., Yiğit R. Yeni doğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10(2).
39. Göl İ., Onarıcı M. Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı ve Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2015) 20–29.
40. Yıldırım Sarı H., Çiğdem Z. Gestasyon Haftalarına Göre Bebeğin Gelişimsel Bakımının Planlanması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, İzmir. DEUHYO ED 2013,6 (1), 40-48.
41. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2013). Pediatriye İlaç Uygulamaları ve Özel Durumları Olan Bebekler. Eğitim Rehberi, Ankara.
(http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Pediatric%20ila%20Uygulamaları%20ve%20Özel%20Durumu%20Olan%20Bebekler.pdf). E.T: 03.06.2018.

42. Alparslan Ö. Yenidoğan Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Algılamada Bozulma. Derleme, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Tokat. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2013;17(2).
43. Aliefendioğlu D., Güzoğlu N. Yeni doğanda ağrı. Derleme, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2015; 58: 35-42.
44. Güleşen A., Yıldız D. Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. Derleme, TAF Prev Med Bull 2013;12(2):177 -182.
45. Pekel Uludağlı N. Prenatal Dönemden Yaşlılığa Stres ve Sonuçları. Makale, Başkent Üniversitesi, Ankara. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2017;9(2):189-208.
46. Özkars B,N. (2017). Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
47. Çakşak A. (2017). Term Bebeklerde Ayak Topuğundan Kan Alma İşlemi Sırasında Dinletilen Beyaz Gürültünün, Elle Verilen Cenin Pozisyonunun ve Her İki Uygulamanın Birlikte Yapılmasının Ağrıya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
48. BERTELLE, V., MABIN, D., ADRIEN, J., SIZUN, J., (2005). Sleep of preterm neonates under developmental care or regular environmental conditions. Early Human Development, 81, 595-600.
49. BOUNDY, E.O., DASTJERDI, R., SPIEGELMAN, D., FAWZI, W.W., MISSMER, S.A., LIEBERMAN, E., et al. (2016). Kangaroo mother care and neonatal outcomes: A meta-analysis. Pediatrics, 137(1), 1-16.
50. Karadeniz G. Anne ve Bebek Bağlanma Önlüğü, Sözel Sunum. 1.Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi. (Kongre Kitabı, 2018). (www.inovatifhemsirelik2018.org). E.T: 09.06.2018
51. Topal S., Nemut T., Yalnızoğlu Çaka S., Çınar N. Bebeğin Enfeksiyon Hastalıklarından Korunmasında Anne Sütünün Etkisi. 1.Uluslararası Sağlıklı Yaşam Kongresi. (2018). (www.saglikliyasamkongresi.org). E.T: 09.06.2018.

52. Yiğit Ş., Ecevit A., Altun Köroğlu Ö. Yeni doğan Döneminde Ağrı ve Tedavisi Rehberi. (2015). (<http://www.tuseb.gov.tr>) E.T: 09.06.2018
53. FLACKING, R., EWALD, U., WALLIN, L., (2011). Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40, 190-197.
54. KING, P., ANNEN, N., MANDLECO, B.L., (2012). Growth and Development of the Newborn. In N.L. Potts., B.L. Mandleco (Ed.), *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*, Third Edition, USA, Delmar Cengage Learning, pp. 191-225.
55. Dezhdar, S., Jahanpour, F., Firouz Bakht, S., Ostovar, A. (2016). The Effects of Kangaroo Mother Care and Swaddling on Venipuncture Pain in Premature Neonates: A Randomized Clinical Trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2016 Feb 21;18(4):e29649. doi:10.5812/ircmj.29649. eCollection 2016 Apr.
56. Johnston, C.C., Stevens, B., Pinelli, J., Gibbins, S., Filion, F., Jack, A., Steele, S., Boyer, K., Veilleux, A. (2003). Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates, *Arch Pediatr Adolesc Med* 157(11): 1084-1088.
57. Johnston, C.C., Filion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., McNaughton, K., Byron, J., Aita, M., Finley, G.A., Walker, C.D. (2008). Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatr* 2008;8:13. DOI: 10.1186/1471-2431-8-13.
58. Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., Inglis, D., Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 16;2:CD008435. doi: 10.1002/14651858.CD008435.pub3.
59. Ünal Toprak F., Turan Z., Şentürk Erenel A. Doğum Sonu Erken Dönem Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar. *Derleme Makalesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. GÜSBD* 2017; 6(2): 96 – 103.

60. Graft-Jahson J, Mwebesa W, Frances S, Ganges A, Narayanan I, Moran A, Baqui A, Kerber K, Mazia G, Wall S, Standley J. (2012). Kangaroo Mother Care Implementation Guide.
(http://www.mchip.net/sites/default/files/MCHIP%20KMC%20Guide_English.pdf). E.T: 10.06.2018.
61. Onat G. Doğal Doğumdan Sonra Doğal Emzirmenin Üç Bileşeni: Memeye Emekleme, Kanguru Bakımı, Biyolojik Beslenme. Özgün Yazı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12 (2): 78-84.
62. Ceylantekin Y. (2006). Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
63. Lilford RJ., Groot H.A., Moore P.J., et al (1990). The Relative Risks of Caesarean Section and Vaginal Delivery 97, 883.
64. U. S. Public Health Service Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives . Washington , D.C : U.S . Department of Health and Human Services 1991 . Healthy People 2010 16.
65. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt 1, 2015, 12. Baskı. Cilt 2, 2008, 9. Baskı Sistem Ofset Basımevi, Ankara.
66. Toker, H. (2006). Gebelik, Doğum ve Bebek Bakımı (1.bs.). İstanbul: Dharma Yayınları.
67. Şirin, A., Kavlak O. (2008). Doğum Eylemi. B.K.Saydam (Haz.). Kadın Sağlığı (s.646-662). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
68. Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, L.S., Yaralı, H., Yüce, K. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi (2.bs.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
69. Mutlu Çubuk M. (2014). Kadınların Doğum Tercihleri Üzerine Sağlık Eğitiminin Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
70. Çekmez F., Yeşilkaya S., Babacan O. Yeni doğan muayenesi.
(<http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1549.pdf>) E.T: 30.07.2018.

71. Şafak Ç., Ata Tutkun N. Anne sütü ile beslenme sürelerinin yaşam çözümlemesi ile incelenmesi: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti örneği. Klinik Araştırma. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2015; 5(3):167-176 doi:10.5222/buchd.2015.167.
72. Gökdoğan M., Akdolun, Balkaya N. 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütünü Artırmaya Yönelik Geleneksel Uygulamaları. Araştırma. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 14(1): 31-41.
73. Bakiler A, L., Esira S, Ö., Arun Özer E. Anne Sütü İle Beslenmeyi Etkileyen Faktörler. Klinik Araştırma. İzmir Tepecik Hast Derg 2005; 15(2): 111-115.
74. Şentürk Erenel A, Pelit Aksu S. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Neden ve Hangi Koşullarda? Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi GÜSBD 2017; 6(3): 235-242 Derleme GUSBD 2017; 6(3): 235-242.
75. Kolas, T., Saugstad, O.D., Daltveit, A.K., Nilsen, S.T., Øian, P. (2006). “Planned Cesarean Versus Planned Vaginal Delivery at Term: Comparison of Newborn Infant Outcomes”. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 195(6):1538–43.
76. Gerten, K.A., Coonrod, D.V., Bay, R.C., Chambliss, L.R. (2005). “Cesarean Delivery and Respiratory Distress Syndrome: Does Labor Make a Difference?” American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193(3):1061–1064.
77. Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A., Örs, R. (2014). Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi. Araştırma, Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 27(1):15-20.
78. Eyowas, F.A., Negasi, A.K., Aynalem, G.E., Worku, A.K. (2016). “Adverse Birth Outcome: A Comparative Analysis Between Cesarean Section and Vaginal Delivery at Felegehiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia: A Retrospective Record Review”. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, 7: 65-70.
79. Phillips R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. Newborn & Infant Nursing Reviews 13: 67–72, 2013.
80. Gouchon S, Gregori D, Picotto A. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. Nursing Research 59: 78–84, 2010.

81. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 21: 601-605, 2011.
82. de Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P. Postcesarean section skin-to-skin contact of mother and child. *J Hum Lact* 30: 283-286, 2014.
83. Ludington-Hoe SM, Lewis T, Morgan K. Breast and infant temperatures with twins during shared kangaroo care. *JOGNN* 35: 223-23, 2006.
84. Hung KJ, Berg O. Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *MCN* 2011; 36: 318-324.
85. Dabrowski GA. Skin-to-skin contact; giving birth back to mothers and babies. *Nursing for Women's Health* 11: 64-71, 2007.
86. Orr SS. Breastfeeding. Core curriculum for maternal-newborn nursing, (Mattson S, Smith JE ed.). fourth edition, USA. 315,334, 2010.
87. Günay İ. Sezaryen Sonrası Emzirme. Kapak Konusu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2011; 8(1): 28-30.
88. Akkuzu G. (2007). Laktasyon. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, Taşkın L, (ed). 8'inci baskı. Ankara, Sistem Ofset (s. 467-497).
89. World Health Organization (WHO). Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition, Geneva, Switzerland, 2013. E.T: 30.07.2018.
90. AAP. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129:827-841, 2012.
91. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #5: peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term revision. *Breastfeed Med*, 30:129-132, 2008. 76.
92. Zaichkin J, Weiner GM. Neonatal Resuscitation Program (NRP): new science, new strategies. *Neonatal Network*, 30:5-13, 2011.
93. Karadağ Ö. E. (2016). Preterm Yenidoğanlarda Kullanılan Kuvöz Örtüsünün Stres Belirtilerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

94. Çelik V. (2015). Preterm Bebeklerde Emzik Verme Yönteminin Tam Anne Memesine Geçiş ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
95. Turan Z. (2016). Doğumun Üçüncü Evresinde Uygulanan Tensel Temasın, Plasentanın Ayrılma Süresi, Annenin Oksitosin ve Ağrı Düzeyine Olan Etkisi. Turkish Journal of Biochemistry (2018).
96. Çağlayan S. (2016). Preterm Bebeklerde Yatış Pozisyonunun Kalp Tepe Atımı, Oksijen Saturasyonu ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
97. Başgöl Ş., Kızılkaya Beji, N. (2015). Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 5(3): 66-71.
98. 60 Tips for Healthy Birth: Part 6 - Keep Mother and Baby Together - It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding.
(<http://www.lamaze.org/p/bl/et/blogid=16&blogaid=1075>). E.T: 08.12.2018.
99. Anne Sütüyle İlgili Temel Gerçekler.
(http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html). E.T: 08.12.2018.
100. (<http://www.dicle.edu.tr/Contents/ebfe7385-9a82-4461-adfd-b131be04bf9f.pdf>). E.T: 20.12.2018
101. Güven G., Özden H. (2008). Meme Lenfatiklerinin Anatomik Yapısı ve Klinik Önemi. Dirim- Tıp Gazetesi 2008; sayı:82 (7- 12).
102. Ateşgaoğlu P., Mete M., Gökçay G., Tamay Z., Yetim A. (2013). Anne Sütü İle Beslenmenin Çocuk Ruh Sağlığına Etkileri. Derleme, Çocuk Dergisi 13(3): 101- 108.
103. Topal S., Çınar N., Altınkaynak S. Emzirmenin Anne Sağlığına Yararları. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Derleme, J hum rhythm- Mart 2017; 3(1): 25- 31.
104. Balcı E. Anne Sütünün Çocuk Büyüme ve Gelişmesine Etkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 15: 135- 138, 2011.
105. Karaçam Z., Sağlık M. Emzirme Sorunları ve Sorunlara İlişkin Yapılan Girişimler: Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Dayalı Bir Sistematik Derleme. Türk Pediatri Arşivi 2018; 53(3): 134- 48.

106. Karaçam Z., Gezer N. Vajinal Doğumda Epidural Analjezi Kullanımı ve Anne- Bebek Sağlığına Etkisi. Derleme, Lokman Hekim Dergisi, 2017;7(3): 137-147.
107. Aytekin Aydın, T. (2016). Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum Uygunluğunun Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Malatya.
108. Yavuz D., Alpar Ş. (2018). Yeni doğan ve Süt Çocuklarında Girişimsel Ağrı ve Non- Farmakolojik Yönetimi. Derleme, Zeynep Kamil Tıp Bülteni; 2018; 49 (1- Ek Sayı): 169- 178.
109. Vinall J, Miller SP, Synnes AR, Grunau RE. Parent behaviors moderate the relationship between neonatal pain and internalizing behaviors at 18 months corrected age in children born very prematurely. Pain. 2013 Sep;154(9):1831-39. 56.
110. Hall RW, Anand KJ. Pain management in newborns. Clin Perinatol. 2014 Dec;41(4):895-924.
111. Akcan E., Polat S. (2017). Yeni doğanlarda Ağrı ve Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Derleme, ACU Sağlık Bil Deg 2017(2): 64- 69.
112. Gao H, Xu G, Gao H, Dong R, Fu H, Wang D, Zhang H, Zhang H. Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2015;52:1157-65.
113. Ünal Toprak F., Şentürk Erenel Ayten. (2018). Sezaryen Doğumlarda Baba İle Bebek Arasında Kanguru Bakımı Alternatif Bir Uygulama Olabilir Mi? Derleme, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2018; Volume: 15, Sayı: 2, Sayfa: 75-79.
114. Augustin AL, Donovan K, Lozano EA, Massucci DJ, Wohlgemuth F. Still nursing at 6 months: A survey of breastfeeding mothers. MCN Am J Matern Child Nurs 2014; 39(1): 50-55.
115. Ludington-Hoe SM. Thirty years of kangaroo care science and practice. Neonatal Netw 2011; 30(5): 357-362.
116. World Health Organization (WHO). Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition, Geneva, Switzerland, 2013. E.T: 30.12.18.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789241505550_eng.pdf.

117. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbul A, Arslan S, Çelik M, Cömert S, Nuhoglu A. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. Çocuk Dergisi, 11:5- 13, 2011.
118. Nolan A, Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 2009;38(4):430–42.
119. Heird WC. Süt çocukları ve çocukların beslenmesi (Çeviri: T Güran.) Behrman R, Kliegman R, Jenson H. (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. s.157–61. 30.
120. Yağcı RV. Sağlıklı süt çocuğu beslenmesi. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2007,3(7):116–9. 31.
121. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, BerchotEAU M. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. Pediatrics 2005;115(2):139–46. 32.
122. Örün E, Yalçın SS, Madendağ Y. Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital. The Turkish Journal of Pediatrics 52: 10-16, 2010.
123. Kashaninia Z., Dehghan M. (2015). The Effect of Kangaroo Care on Weight Gain of Premature Neonates in Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. BIOSCIENCES BIOTECHNOLOGY RESEARCH ASIA, August 2015. Vol. 12(2), 1405-1410.
124. Turan T., Erdoğan Ç. Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Prematüre Bebeğin Gelişiminin Desteklenmesi. Derleme, G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2018;4(2):127-132.
125. Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicity, arousal modulation, sustained exploration. Developmental Psychology. 2002; 38(2):194-207.

126. Yılmaz G, Gürakan B, Saatçi Ü (2002) Topuk kanı alınma sonrası bebeklerin ağlama sürelerine etki eden faktörler, Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2002, 45: 233–236.
127. Kömürcü N. Doğum Ağrısı ve Yönetimi, 2'nci baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti, 2013.
128. Miligan K. R. Recent advances in local anaesthetics for spinal anaesthesia, European Journal of Anaesthesiology, 21: 837-847, 2004.
129. Ferber G, Makhoul I. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controled trial. Pediatr 2004; 113(4): 858-65.
130. Dağoğlu T, Görak G. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri, 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi 2008: 13-4.
131. Raylene P. The Sacred Hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. Newborn&Infant Nursing Reviews. 2013; 13(2):67–72. doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001.
132. Reija L. Preterm Birth and Hospitalization: Experiences of Mother and Child. Finland: University of Tampere; 2009.
133. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcome sand preterm infant development. Pediatrics. 2002; 110:16–26. (<http://pediatrics.aappublications.org/content/110/1/16.long>).
134. McCain G, Ludington-Hoe SM, Swinth JY, Hadeed AJ. Heart rate variability responses of a preterm infant to kangaroo care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 34(6): 689-694.
135. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Erişim tarihi: 30.07.2018. (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap23.pdf>).
136. Okumuş H, Mete S. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık/ Sağlık Profesyonelleri için Rehber, 2'inci baskı, İstanbul, Deomed Yayıncılık, 2014.
137. Çalık, K. Y., Çetin, F. Ç., Erkaya, R., (2017). Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi; 6(3): 80-91.

8. EKLER

EK 1. Sosyo –Demografik Veri Toplama Formu

() Deney Grubu

() Kontrol Grubu

İletişim için cep telefonu:
Eşin cep tel:

1. Annenin adı – soyadı:

2. Annenin yaşı:

3. Annenin eğitim durumu:

- a) Okuryazar değil
- b) Okuryazar
- c) İlköğretim
- d) Ortaöğretim
- e) Lise
- f) Lisans
- g) Lisansüstü ve Doktora

4. Algılanan ekonomik düzey:

- a) Gelir giderden az
- b) Gelir giderden fazla
- c) Gelir gidere eşit

5. Çalışıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

6. Yaşadığınız yer:

- a) Lefkoşa
- b) Diğer(Açıklayınız)

7. Gebelik sayınız:

8. Yaşayan çocuk sayınız:

9. Bu gebelik planlı mı gelişti?

- a) Evet
- b) Hayır

10. Doğum şekliniz?

- a) Sezaryen
- b) Normal doğum

11. Daha önce doğan bebeklerinizi emzirdiniz mi?

- a) Evet (13.soruya geçiniz)
- b) Hayır (12.soruya geçiniz)

12. Neden emzirmediğiniz?(Açık uçlu soru)

-

13. Bebeklerinizi ne kadar emzirdiniz? (Açık uçlu soru)

-

14. Alınan anestezi tipi?

- a) Anestezi almadım
- b) Epidural
- c) Spinal

15. Annenin diğer annelere KB'nı tavsiye etme durumu?

- a) Tavsiye ediyor
- b) Tavsiye etmiyor

EK 2. Bebeğin KB Sırasında Emme Davranışları İzlem Formu

() Deney Grubu

	YAPTI	YAPMADI
Memeyi arama		
Meme ucunu bulma		
Meme ucunu ağızla kavrama		
Emme davranışını gerçekleştirme		
Yutma hareketini gerçekleştirme		

KB'nın başlama süresi	
KB'nın sonlanma süresi	
KB'nın sonlandırılma nedeni	

EK 3. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bebeklerin İlk Emme Davranışları İzlem Formu

DENEY GRUBU

KONTROL GRUBU

Bebeğin adı- soyadı:

Bebeğin adı- soyadı:

İlk emme süresi:	İlk emme süresi:
İlk emmenin gerçekleştiği yer: a) Doğum salonu b) Ameliyathane c) Doğum sonu klinik	İlk emmenin gerçekleştiği yer a) Doğum salonu b) Ameliyathane c) Doğum sonu klinik
Doğum sonu 2.saatteki emme süresi:	Doğum sonu 2.saatteki emme süresi:
İlk emmenin gerçekleşme şekli: a) Bebek kendiliğinden arayarak meme ucunu buldu ve emmeye başladı. b) Yardımla emdi.	İlk emmenin gerçekleşme şekli: a) Bebek kendiliğinden arayarak meme ucunu buldu ve emmeye başladı. b) Yardımla emdi.

EK 4. Bebeğin Doğum Sonu İzlem Formu

() Deney Grubu

() Kontrol Grubu

Bebeğin adı- soyadı:

1. Bebeğin cinsiyeti?

a) Kız

b) Erkek

2. Bebeğin APGAR puanı:

1.dk:

5.dk:

3. Bebeğin doğum kilosu:

4. İlk 24 saatte bebeğe mama verildi mi?

a) Evet

b) Hayır (8.soruya geçiniz)

5. İlk 24 saatte bebeğe verilen mamanın sayısı?

6. İlk 24 saatte bebeğe verilen mamanın miktarı?

7. İlk 24 saatte bebeğe mamanın verilme nedeni?

a) Sütün miktarı yetersiz olduğu için

b) Bebek emmediği için

c) Sağlık personeli uygun gördüğü için

d) Diğer (Lütfen açıklayınız)

8. Bebek ilk 24 saat içinde beslendikten sonra hemen uyuyabildi mi?

a) Evet

b) Hayır

9. İlk 24 saatte bebek kustu mu?

a) Evet

b) Hayır (15.soruya geçiniz)

10. Bebek kaç kez kustu?

-. kez kustu

11. Bebeğin ilk 24 saatte kan şeketine bakılma sayısı?

-Bakılmadı

- kez bakıldı

12. Bebeğin kan şekeri değerleri?

-

-

EK 5. Yaşam Bulguları İzlem Formu

() Deney Grubu

Bebekğin adı- soyadı:

İzlem saati	Beden Isısı	Kalp Hızı ve Solunum Sayısı	Kan Basıncı	Oksijen Saturasyonu
Bebek anne göğsüne yatırılmadan önc (0. dakika):				
KB uygulaması sırasında 30. dakika:				
Bebek anne göğsünden alınmadan önce (1. saat):				
Doğum sonrası 4. saat:				
Doğum sonrası 8. saat:				
Doğum sonrası 12. saat:				
Doğum sonrası 16. saat:				
Doğum sonrası 20. saat:				
Doğum sonrası 24. saat:				

NOT: Deney grubunda yaşam bulguları, KB uygulaması öncesi (0. dakika), KB uygulaması sırasında (30. dakika) ve KB uygulaması sonrası (1. saat) araştırmacıya göre izlenmiştir. Doğum sonrası yaşam bulguları kliniğin rutin uygulamalarına göre her 4 saatte bir izlenmiştir.

() Kontrol Grubu

Bebegin adı- soyadı:

İzlem saati	Beden ısısı	Kalp Hızı ve Solunum Sayısı	Kan basıncı	Oksijen Saturasyonu
Doğum sonrası 1. saat:				
Doğum sonrası 4. saat:				
Doğum sonrası 8. saat:				
Doğum sonrası 12. saat:				
Doğum sonrası 16. saat:				
Doğum sonrası 20. saat:				
Doğum sonrası 24. saat:				

NOT: Kontrol grubunda yaşam bulguları, kliniğin rutin uygulamalarına göre her 4 saatte bir izlenmiştir.

EK 6. Bilimsel Araştırma (KB) Onam Formu

KB'nın, annenin ağrı, bebeklerin emme ve yaşam bulgularına etkisinin belirlenmesi amacıyla bir çalışma planlamaktayız. Bu çalışmaya sizi de davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmadan önce çalışmanın amacını tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırmacıdan tam olarak bilgi aldıktan sonra vermeniz gerekmektedir. Kanguru bakımı (KB), doğum sonu dönemde anne ve yenidoğanın bağlanmasını sağlayan, yenidoğanın dış ortama uyumunu kolaylaştıran ten tene temasa denilmektedir. KB annelerin bebeklerini sadece bebek bezi ve bir şapka giydirerek çıplak memeleri arasına yüzüstü dik pozisyonda yatırmasıyla gerçekleşir. Bebek annenin iki memesinin arasına yatırıldığında başı, ensesi ve omuzları desteklenmelidir. Bebeğin başı ve vücudu aynı hizada ve düz olmalıdır. Bebek sadece başından değil tüm vücudundan desteklenmelidir. Bebeğin ağzı ile meme başı aynı seviyede, ağzı açık, yanakları yuvarlak görünümlü olmalıdır. Kanguru Bakımı, bebeğinizin daha uzun süre emmesini, doğumdan sonra sizin daha az ağrı duymanızı, bebeğinizin yaşam bulgularının (beden ısısı, kalp atım hızı, solunum sayısı, kan basıncı ve oksijen saturasyonu) daha kısa sürede dış ortama uyumlu hale gelmesini sağlar.

Bu bilgilendirme formu yapılacak araştırmayı tanıtmak amacıyla araştırmacı tarafından size özel olarak hazırlanmıştır. Bu formu dikkatlice okumanız gerekmektedir. Araştırma ile ilgili tüm sorularınızı aşağıda yer alan iletişim bilgileri aracılığı ile araştırmacıya sorabilirsiniz. Bu çalışmaya katılıp katılmamak sizin şahsi kararınızdır. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmanız beklenmektedir. Çalışmaya katılma ya da katılmama kararınız hastaneden aldığınız bakımı olumsuz etkilemeyecektir. Bu araştırmadan herhangi bir zarar görmeniz beklenmemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar KB uygulanan anne ve bebeklerin olumlu etkilendiğini ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu formu imzalayınız.

Bilimsel Araştırma Katılımcısı İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

1. Araştırmanın adı:

Yeni Doğanlarda Kanguru Bakımının; Annenin Ağrı, Yeni Doğanın Emme ve Yaşam Bulgularına Etkisi

2. Katılımcı sayısı:

Deney grubuna 30 (15 vajinal, 15 sezaryen), kontrol grubuna 30 (15 vajinal, 15 sezaryen) sağlıklı yeni doğan ve anne alınacaktır.

3. Araştırmanın uygulanması için gereken süre:

Doğum öncesi kontrol için polikliniğe geldiğinizde araştırmacı size çalışma hakkında bilgi verdikten sonra onamınızı alacaktır. Bu süre yaklaşık 30 dakikadır. Doğum salonu ve ameliyathanede kanguru bakımı en az 30 dakika, en fazla bir saat uygulanacaktır. Sizin ve bebeğinizin durumu uygun olduğunda bu süre daha uzun olabilir. Bu uygulamanın size ve bebeğize olumlu etkileri (duygusal bağlanma daha çabuk gerçekleşecek, bebek ve anne kendilerini daha güvenli hissedecek, bebeğin yaşam bulguları daha hızlı düzenlenecek, bebek daha erken emmeye başlayacak, anne daha az ağrı duyacak) olacaktır. İlk 24 saat doğum sonu serviste bebeğiniz emme ve yaşam bulguları, siz ağrı açısından izleneceksiniz.

4.Araştırmanın amacı:

Araştırma; KB uygulanan, vajinal ya da spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonu ilk 24 saatte ağrı durumlarına, yeni doğanların emme ve yaşam bulgularına etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

5. Araştırmaya alınma kriterleri:

Anne için;

- Çalışmaya alınan annelerin meme ucunda emzirmeyi engelleyen bir sorun (meme ucunun çökük ve düz olması, büyük olması vb) olmamasına dikkat edilecektir. Annelerin meme ucu araştırmacı tarafından doğum öncesi bakım polikliniğinde kontrol edilecektir.
- Annenin vajinal ya da spinal anestezi ile sezaryen doğum yapmış olması,

- Annenin tek gebeliği olması,
- Annenin 18-35 yaş arasında olması,
- Annenin kronik bir hastalığa sahip olmaması (Diyabet, hipertansiyon, tiroid, kalp hastalığı vb.),
- Annenin 38-42. haftalar arasında doğum yapmış olması.

Bebek için;

- Bebeğin vajinal ya da spinal anestezi uygulanan sezaryen doğumla dünyaya gelmesi,
- Bebeğin doğum kilosunun 2500-4000 gr arasında olması,
- Bebeğin sağlıklı olması(yarık damak, yarık dudak gibi bebeğin emmesini engelleyecek sorunun olmaması) ve pediatri uzmanının KB uygulamasına onay vermiş olması,
- Bebeğin APGAR puanının doğum sonu 1. ve 5. dakikalarda 7-10 arasında olması.

6. Araştırmanın yöntemi:

Araştırmanın, deney ya da kontrol grubunda yer alabilirsiniz. Deney grubuna kanguru bakımı uygulanacak, kontrol grubuna KB uygulanmadan hastanenin standart uygulama ve izlemleri yapılacaktır. Deney grubunda yer almamak sizin aldığınız bakımı olumsuz etkilemeyecektir. Katılımcıların deney ya da kontrol grubunda yer almasına araştırmacı karar verecektir. Çalışmanın deney grubunda yer aldığınızda, ameliyathane ve doğum salonunda KB uygulandıktan sonra, bebeğinizin hareketleri, emme davranışları ve emzirmeniz araştırmacı tarafından gözlenecektir. Bebeğin yaşam bulguları takip edilecektir. Bebeğin emme durumu ve yaşam bulgularının izlemi ilk 24 saat doğum sonu serviste izlenecek ve kayıt edilecektir. Kontrol grubunda yer aldığınızda, bebeğinizin ilk 24 saatteki emme durumu ve yaşam bulguları araştırmacı tarafından kaydedilecektir.

7. Katılımcıdan beklentilerimiz:

Araştırmacı tarafından size sorulan sorulara samimiyetle cevap vermeniz beklenmektedir.

Eğer deney grubunda iseniz araştırmacının uygulamalarına ve talimatlarına (KB uygulaması için bebek bezi ve şapkasının temin edilmesi) uyum göstermeniz beklenmektedir.

8. Araştırmanın yararları:

Araştırmamız bilimsel amaçlı bir çalışmadır. Sizin takip ve tedavinizi değiştirmek amaçlanmamaktadır. Kanguru Bakımı, bebeğinizin daha uzun süre emmesini, doğumdan sonra sizin daha az ağrı duymanızı, bebeğinizin yaşam bulgularının daha kısa sürede dış ortama uyumlu hale gelmesini sağlar. KB, Dünya'nın pek çok ülkesinde hastanelerde uygulanmasına karşın KKTC'de uygulanmamaktadır. Bu çalışmanın sonucunda KB'nin KKTC'de yer alan hastanelerde yaygın olarak uygulanması amaçlanmaktadır.

9. Araştırmanın olası riskleri:

Çalışmanın anne ve bebeğe olumsuz bir etkisi bulunmamaktadır.

10. Araştırma süresince bilgilendirilmek için herhangi bir saatte adı, soyadı ve telefonu aşağıda belirtilen araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Büşra ATAMAN

Telefon: 0533 867 59 70

11. Araştırmanın sizin için maliyeti:

Çalışmaya katılımınız için size para ödenmeyecek ve sizden para talep edilmeyecektir.

12. Araştırmanın yapılacağı kurum:

Araştırma, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin Kadın Doğum Polikliniği, doğum salonu, ameliyathane ve doğum sonu kliniğinde yapılacaktır.

13. Araştırmaya ait bilgilerin gizliliği:

Araştırma süresince elde edilen tıbbi bilgiler yalnızca size özeldir ve gizli tutulacaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bilimsel (gelecekte gerçekleşecek

olan doğumlarda anne ve bebeğin yararı) amaçla kullanılacaktır. Araştırma bilimsel dergilerde yayımlandığında kimlik bilgileriniz gizli kalacaktır. Ancak, gerektiğinde araştırma için destek veren hastane ve etik kurullar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Aynı zamanda sizin de bu bilgilere gerektiğinde ulaşmanız sağlanacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcı olarak bana verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sorabildim. Araştırmacı tüm sorularıma içtenlikle cevap verdi. Yazılı ve sözlü olarak bana verilen tüm bilgileri ayrıntılı olarak anlamış bulunmaktayım. Bu koşullar altında, sadece bilimsel araştırma amacıyla bilgilerimin kullanılmasına izin veriyor ve yapılacak klinik çalışmaya hiçbir baskı altında bulunmadan içtenlikle katılmayı kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yapılacak uygulamanın, benim ve bebeğim için risk teşkil etmediğini, takip ve tedavimin seyrinde bir değişiklik oluşturmadığını biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası araştırmacı tarafından bana verildi.

KATILIMCI

AD:

SOYAD:

DOĞUM TARİHİ:

TELEFON:

TARİH:

İMZA:

ARAŞTIRMACI:

AD:

SOYAD:

TELEFON:

TARİH:

İMZA:

GÖRÜŞME TANIĞI:

AD:

SOYAD:

TELEFON:

TARİH:

İMZA:

EK 7. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

Yeni doğanlarda Kanguru Bakımı ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Yeni doğanlarda Kanguru Bakımının; Annenin Ağrı, Yeni doğanın Emme ve Yaşam Bulgularına Etkisi”

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Kanguru bakımı (KB), doğum sonu dönemde anne ve yenidoğanın bağlanmasını sağlayan, yenidoğanın dış ortama uyumunu kolaylaştıran ten tene temasa denilmektedir. KB annelerin bebeklerini sadece bebek bezi ve bir şapka giydirerek çıplak memeleri arasına yüzüstü dik pozisyonda yatırmasıyla gerçekleşir. Bebek annenin iki memesinin arasına yatırıldığında başı, ensesi ve omuzları desteklenmelidir. Bebeğin başı ve vücudu aynı hizada ve düz olmalıdır. Bebek sadece başından değil tüm vücudundan desteklenmelidir. Bebeğin ağzı ile meme başı aynı seviyede, ağzı açık, yanakları yuvarlak görünümlü olmalıdır. Kanguru Bakımı, bebeğinizin daha uzun süre emmesini, doğumdan sonra sizin daha az ağrı duymanızı, bebeğinizin yaşam bulgularının(ateş, nabız, tansiyon, oksijen seviyesi) daha kısa sürede dış ortama uyumlu hale gelmesini sağlar.Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi’nde gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmanın, deney ya da kontrol grubunda yer alabilirsiniz. Deney grubuna kanguru bakımı uygulanacak, kontrol grubuna KB uygulanmadan hastanenin standart uygulama ve izlemleri yapılacaktır. Deney grubunda yer almamak sizin aldığınız bakımı olumsuz etkilemeyecektir. Katılımcıların deney ya da kontrol grubunda yer almasına araştırmacı karar verecektir. Çalışmanın deney grubunda yer aldığınızda, ameliyathane ve doğum salonunda KB uygulandıktan sonra, bebeğinizin hareketleri, emme davranışları ve emzirmeniz araştırmacı tarafından gözlenecektir. Bebeğin yaşam bulguları takip edilecektir. Bebeğin emme durumu ve yaşam bulgularının izlemi ilk 24 saat doğum sonu serviste izlenecek ve kayıt edilecektir. Kontrol grubunda yer aldığınızda, bebeğinizin ilk 24 saatteki emme durumu ve yaşam bulguları araştırmacı tarafından kaydedilecektir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz doğum öncesi araştırmacı size çalışma hakkında bilgi verdikten sonra onamınızı alacaktır. Bu süre yaklaşık 30 dakikadır. Doğum salonu ve ameliyathanede kanguru bakımı en az 30 dk, en fazla 1 saat uygulanacaktır. Sizin ve bebeğinizin durumu uygun olduğunda bu süre daha uzun olabilir. Bu uygulamanın size ve bebeğinize olumlu etkileri(duygusal bağlanma daha çabuk gerçekleşecek, bebek ve anne kendilerini daha güvenli hissedecek, bebeğin yaşam bulguları daha hızlı düzenlenecek, bebek daha erken emmeye başlayacak, anne daha az ağrı duyacak) olacaktır. İlk 24 saat doğum sonu serviste bebeğiniz emme ve yaşam bulguları, siz ağrı açısından izleneceksiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza:

Araştırmacı

Adı soyadı: Büşra ATAMAN
Adres: Yakın Doğu Üniversitesi
Hastanesi
Tel.05338675970
İmza 

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Katılımcının / Hastanın Beyanı)

Sayın Büşra ATAMAN tarafından Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde ve amacı Yeni doğanlarda Kanguru Bakımının; Annenin Ağrı, Yeni doğanın Emme ve Yaşam Bulgularına Etkisi konusunda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güvence verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Büşra ATAMAN'ı 05338675970 (cep) no'lu telefonlardan ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi adresinden arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza:

Araştırmacı

Adı soyadı: Büşra ATAMAN
Adres: Yakın Doğu Üniversitesi
Hastanesi
Tel. 05338675970
İmza 





EK 8. Visual Analogue Scale (VAS)

VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



Hiç ağrı olmaması

En dayanılmaz ağrı

EK 9. İlk 24 Saatte Ölçülen Yaşam Bulguları ve Oksijen Sürasyonu Düzeyi
Tabloları

Beden Isısı (° C)			Önemlilik testi	
			Student t	
Ölçülen zaman	Deney Grubu	Kontrol Grubu	t	p
Doğum sonrası 4. saat	36,76 ± 0,22	36,69 ± 0,26	1,186	0,240
Doğum sonrası 8. saat	36,73 ± 0,26	36,7 ± 0,32	0,310	0,758
Doğum sonrası 12. Saat	36,76 ± 0,22	36,73 ± 0,3	0,440	0,661
Doğum sonrası 16. Saat	36,78 ± 0,23	36,71 ± 0,25	1,175	0,245
Doğum sonrası 20. Saat	36,79 ± 0,25	36,73 ± 0,39	0,670	0,505
Doğum sonrası 24. Saat	36,8 ± 0,23	36,78 ± 0,3	0,237	0,814
Ölçülen zaman	Kalp Atım Hızı		t	p
Doğum sonrası 4. Saat	136,27 ± 8,62	138,67 ± 8,7	-1,073	0,287
Doğum sonrası 8. Saat	135,6 ± 7,46	136 ± 10,81	-0,167	0,868
Doğum sonrası 12. Saat	136 ± 8,15	133,1 ± 8,29	1,367	0,177
Doğum sonrası 16. Saat	134,73 ± 6,96	134,5 ± 7,47	0,125	0,901
Doğum sonrası 20. Saat	135,28 ± 9,55	134,8 ± 9,88	0,188	0,852
Doğum sonrası 24. Saat	133,96 ± 6,44	136,2 ± 14,08	-0,768	0,445
Ölçülen zaman	Solunum Sayısı		t	p
Doğum sonrası 4. Saat	39,57 ± 5,01	39,1 ± 4,33	0,386	0,701
Doğum sonrası 8. Saat	38,57 ± 3,01	39,97 ± 4,48	-1,419	0,161
Doğum sonrası 12. Saat	39,33 ± 2,6	38,5 ± 3,9	0,973	0,335
Doğum sonrası 16. Saat	38,87 ± 2,15	37,7 ± 3,31	1,619	0,111
Doğum sonrası 20. Saat	39,14 ± 2,1	38,07 ± 2,6	1,738	0,088
Doğum sonrası 24. Saat	38,57 ± 1,87	38,13 ± 2,29	0,795	0,430

Sistolik Kan Basıncı			Önemlilik testi	
			Student t	
Ölçülen zaman	Deney Grubu	Kontrol Grubu	t	p
Doğum sonrası 4. Saat	72 ± 6,62	72,47 ± 8,5	-2,237	0,813
Doğum sonrası 8. Saat	74,27 ± 7,12	73,2 ± 8,02	0,545	0,588
Doğum sonrası 12. saat	74,3 ± 6,37	72,8 ± 6,58	0,897	0,373
Doğum sonrası 16. saat	74,37 ± 8,05	72,43 ± 6,75	1,009	0,317
Doğum sonrası 20. saat	74,62 ± 8,05	72,17 ± 6,99	1,252	0,216
Doğum sonrası 24. saat	73,39 ± 6,57	72,8 ± 7,83	0311	0,757
Ölçülen zaman	Diastolik Kan Basıncı		t	p
Doğum sonrası 4. saat	36,83 ± 5,43	36,5 ± 6,34	0,219	0,828
Doğum sonrası 8. saat	38,93 ± 5,89	37,63 ± 6,65	0,802	0,426
Doğum sonrası 12. Saat	38,37 ± 5,14	37,9 ± 5,51	0,339	0,736
Doğum sonrası 16. Saat	37,73 ± 5,39	37,1 ± 6,14	0,425	0,673
Doğum sonrası 20. Saat	39,79 ± 5,86	39,2 ± 6,04	0,382	0,704
Doğum sonrası 24. Saat	38,82 ± 6,86	38,87 ± 6,17	-0,026	0,979
Ölçülen zaman	Oksijen Saturasyonu		t	p
Doğum sonrası 4. saat	98,13 ± 1,01	97,7 ± 1,29	1,449	0,153
Doğum sonrası 8. saat	98 ± 0,87	97,97 ± 0,93	0,143	0,886
Doğum sonrası 12. Saat	97,9 ± 1,18	97,4 ± 1,19	1,630	0,109
Doğum sonrası 16. Saat	97,77 ± 1,14	97,33 ± 0,8	1,707	0,093
Doğum sonrası 20. Saat	97,66 ± 1,08	97,63 ± 0,89	0,085	0,933
Doğum sonrası 24. Saat	97,75 ± 1,08	97,55 ± 1,09	0,691	0,492

EK 10. Etik Kurul İzni

EK-594-2017


YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 21.12.2017
Toplantı No : 2017/53
Proje No : 501

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gülşen Vural'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2017/53-501 proje numaralı ve **"Yeni Doğanlarda Kanguru Bakımının; Annenin Ağrı, Yeni Doğanın Emme ve Yaşam Bulgularının Etkisi"** başlıklı proje önerisi kurumumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur	(BAŞKAN)
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder	(ÜYE)
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz	(ÜYE)
4. Prof. Dr. Şahan Saygı	(ÜYE)
5. Prof. Dr. Şanda Çalı	(ÜYE)
6. Prof. Dr. Nedim Çakır	(ÜYE) KATILMADI
7. Prof. Dr. Kaan Erler	(ÜYE)
8. Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz	(ÜYE)
9. Doç. Dr. Eyüp Yayı	(ÜYE) KATILMADI
10. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik	(ÜYE)
11. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov	(ÜYE)

EK 11. Kurum İzni



13/12/2017

YDH-865/2017

Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz
SBF Dekanı Yrd./ Hem. Bl. Bşk

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans öğrencisi Büşra Ataman, Prof. Dr. Gülşen Vural danışmanlığı'nda "Yeni Doğanlarda Kanguru Bakımının; Annenin Ağrı Bebeğin Emme ve Yaşam Bulgularına Etkisi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünün Doğumhanesi, Ameliyathanesi ve Doğum Sonu Servisinde 05/01/2018 - 05/01/2019 tarihleri arasında uygulaması programlanmıştır. Saygı ile bilginize getirilir.

Dr. Sevim Erkmən
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Başhekim

EK 12. KB Sırasında Çekilen Fotoğraflar





EK 13. Özgeçmiş

1. Kişisel bilgiler

ADI, SOYADI:	Büşra ATAMAN
DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	21.06.1994 Konak / İZMİR
HALEN GÖREVİ: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşiresi YAZIŞMA ADRESİ: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Lefkoşa, KKTC TELEFON: 05338675970 E-MAIL: busraataman35@gmail.com	

2. Eğitim

Derece	Üniversite	Mezuniyet
Lisans	Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016
Yüksek lisans	Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019

3. İş deneyimleri

Yıl	Kurum	Görev
2016- Halen	Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi	Hemşire
2016	Etik Hastanesi	Hemşire

.....