



MANİSA  
CELAL BAYAR  
ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA KANGURU BAKIMININ  
BEBEĞİN VİTAL BULGULARINA VE ANNE BEBEK  
İLİŞKİSİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

FATMA ANGÜN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi NESRİN ŞEN CELASİN

MANİSA-2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA KANGURU BAKIMININ  
BEBEĞİN VİTAL BULGULARINA VE ANNE BEBEK  
İLİŞKİSİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

FATMA ANGÜN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI

Dr. Öğr. Üyesi NESRİN ŞEN CELASİN

(Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Dilek ERGİN

(Jüri Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Nurdan AKÇAY DİDİŞEN

(Jüri Üyesi)

T.C  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

## TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10325332
Yazar Adı / Soyadı	FATMA ANGÜN
T.C.Kimlik No	24032023264
Telefon	5064597614
E-Posta	fatma_angun@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Vital Bulgularına ve Anne Bebek İlişisine Etkisinin İncelenmesi
Tezin Tercümesi	Reviewing Effects Of Kangaroo Care On Vital Signs And Relationship Between Mothers And Infants In Premature Newborn Infants
Konu	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları = Child Health and Diseases ; Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2020
Sayfa	81
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ NESRİN ŞEN CELASİN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Prematüre Yenidoğan=Premature Infant, Kanguru Bakımı=Kangaroo Care, Vital Bulgular=Vital Signs, Maternal Bağlanma=Maternal Bonding

06.02.2020

İmza:.....

**Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Vital Bulgularına ve  
Anne Bebek İlişkisine Etkisinin İncelenmesi**

**Öğrenci: Fatma ANGÜN**

**Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN**

**İkinci Tez Danışmanı: -**

Bu tez çalışması 28/01/2020 tarihinde jürimiz tarafından “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Danışmanı:**

**Dr.Öğr.Üyesi**

(imza)

**Nesrin ŞEN CELASİN**

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**Üye :**

**Doç.Dr. Dilek ERGİN**

(imza)

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**Üye:**

**Dr. Öğr. Üyesi**

(imza)

**Nurdan AKÇAY DİDİŞEN**

(Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi)

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

05/02/2020

Prof. Dr. Ömer TETİK  
Enstitü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen 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 davranışım olmadığını beyan ederim.

Fatma ANGÜN



## TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında, tezin bütün aşamalarına titizlikle ele alan yol gösterici, sevgiyle çalışan, çok değerli katkılarda bulunan saygıdeğer hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN'e,

Yükek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim Doç.Dr. Dilek Ergin'e,

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde görev yapan araştırmamın yapılabilmesi için yardım ve desteklerini esirgemeyen Neonatolog Prof Dr. Esra Özer, Neonatolog Doç.Dr. Sema Tanrıverdi'ye.

Veri toplama süresince yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen meslektaşlarım Nurcan Akagün ve Hülya Akgül'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli prematüre annelerine,

Desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan canım aileme,

Tüm öğrenim hayatım boyunca maddi ve manevi hiçbir desteğini esirgemeyen sevgili abim İhan Angün'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Fatma ANGÜN

Manisa, Ocak 2020

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
<b>BEYAN</b> .....	i
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	vi
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	vii
<b>KISALTMA ve SEMBOLLER DİZİNİ</b> .....	viii
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2. ABSTRACT</b> .....	3
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	4
3.1. Araştırmanın Konusu.....	4
3.2. Araştırmanın Amacı.....	5
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
3.4. Araştırmanın Sorusu.....	6
3.5. Sayıtlar.....	6
3.6. Araştırmanın Önemi.....	6
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	8
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	9
4.1. Prematürüte.....	9
4.1.1. Prematürüteliğin Tanımı.....	9
4.1.2. Prematürüteliğin Sınıflandırılması.....	9
4.1.3. Prematürüteliğin Epidemiyolojisi.....	10
4.1.4. Prematürüteliğin Etyolojisi.....	10
4.1.5. Prematüre Yenidoğanın Özellikleri.....	11
4.1.6. Kanguru Bakımı.....	12
4.1.6.1. Kanguru bakımının önemi.....	12
4.1.6.2. Kanguru bakımı çeşitleri.....	13
4.1.6.2.1. Başlama zamanına göre Kanguru Bakımı çeşitleri.....	13
4.1.6.2.2. Uygulama süresine göre Kanguru Bakımı çeşitleri.....	13

4.1.6.3. İkiz bebeklerde Kanguru Bakımı uygulama tekniği.....	13
4.1.6.4. Kanguru bakımının uygulama aşamaları.....	14
4.1.6.4.1. Kanguru bakımı öncesi ailenin hazırlanması.....	14
4.1.6.4.2. Kanguru bakımı öncesi kliniğin hazırlanması.....	14
4.1.6.4.3. Kanguru bakımı uygulamasında yenidoğanın pozisyonu.....	15
4.1.6.4.4. Kanguru bakımında hemşirelik bakım uygulamaları.....	16
4.1.6.5. Kanguru bakımı uygulama süresi.....	16
4.1.6.6. Kanguru bakımı sırasında bebeğin izlemi.....	17
4.1.6.7. Kanguru bakımının yararları .....	17
4.1.6.8. Kanguru bakımı uygulamasında karşılaşılan sorunlar.....	19
4.2. Kanguru Bakımının Maternal Bağlanmaya Etkisi.....	19
4.2.1. Belirleme Evresi.....	20
4.2.2. Sahiplenme Evresi .....	20
4.2.3. Bağlanma Evresi.....	20
4.2.3.1. Kanguru bakımının anne-bebek algısına etkisi.....	20
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>22</b>
5.1. Araştırmanın Tipi.....	22
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	22
5.3. Araştırmanın Evreni.....	22
5.4. Araştırmanın Örneklemi.....	22
5.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	23
5.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	23
5.6.1. Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	24
5.6.2. Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu.....	24
5.6.3. Kanguru Bakımı İzlem Formu I ve II.....	24
5.6.4. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ).....	24
5.6.5. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği.....	25
5.7. Veri Toplama Yöntemi.....	25
5.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	27
5.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
5.10. Süre ve Olanaklar.....	29
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>30</b>
6.1. Ebeveynlerin ve Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri .....	30

6.2. Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması .....	35
6.3.Ebeveynlerin Doğum Sonrası Ebevenlik Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	36
6.4. Bebeklerin Kanguru Bakımı Öncesi ve Sonrası Vital Bulgu Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar arası Karşılaştırması .....	36
6.5. Annelerin Sosyodemografik Özellikler ile MBÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	38
6.6. Bebeklerin Bazı Demografik Özellikleri ile Kanguru Bakımı Öncesi ve Sonrası Vital Bulgu Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	40
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>50</b>
8.1. SONUÇLAR.....	50
8.2. ÖNERİLER.....	51
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>52</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>67</b>
Ek 1: MCBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı.....	67
Ek 2: Etik Kurul Onayı.....	68
Ek 3: Kurum İzni.....	70
Ek 4: Ölçek Kullanım İzinleri.....	71
Ek 5: Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	73
Ek 6: Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu.....	75
Ek 7: Kanguru Bakımı İzlem Formu I ve II.....	76
Ek 8: Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ).....	78
Ek 9: Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ).....	79
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>80</b>
<b>12. TEZ ORJİNALLİK RAPORU.....</b>	<b>81</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kanguru Bakım Pozisyonu.....	15
---------------------------------------	----



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	30
Tablo 2. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri.....	33
Tablo 3. Bebeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	34
Tablo 4. Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	35
Tablo 5. Ebeveynlerin Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	36
Tablo 6. Bebeklerin Kanguru Bakımı Öncesi ve Sonrası Vital Bulgu Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması .....	37
Tablo 7. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile MBÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	38
Tablo 8. Bebeklerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Kalp Atım Hızı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	40
Tablo 9. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri ile Solunum Sayısı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri ile Oksijen Saturasyonu Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri ile Vücut Isısı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	44

## KISALTMA ve SEMBOLLER DİZİNİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri  
**ADDA:** Aşırı Derecede Düşük Doğum Ağırlıklı  
**ELBW:** Extremely Low Birth Weight  
**ÇDDA:** Çok Düşük Doğum Ağırlıklı  
**DDA:** Düşük Doğum Ağırlıklı  
**LBW:** Low Birth Weight  
**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü  
**WHO:** World Health Organization  
**KB:** Kanguru Bakımı  
**MBÖ:** Maternal Bağlanma Ölçeği  
**NEK:** Nekrotizan Enterokolit  
**RDS:** Respiratuar Distres Sendromu  
**SGA:** Gebelik Yaşına Göre Küçük (Small for Gestational Age)  
**UNICEF:** Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu  
**YYBÜ:** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi  
**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması  
**FİO2:** Solunum Oksijen Fraksiyonu  
**PPD:** Post Partum Depresyon  
**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences  
**SD:** Standart Sapma  
**Ort:** Ortalama  
**p:** Anlamlılık düzeyi

**Tezin Başlığı:** Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Vital Bulgularına ve Anne-Bebek İlişkisine Etkisinin İncelenmesi

**Öğrencinin Adı:** Fatma ANGÜN

**Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

## 1. ÖZET

**Amaç:** Prematüre yenidoğanlarda Kanguru Bakımı (KB)'nin anne-bebek ilişkisine ve bebeğin vital bulgularına etkisini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Deneysel tipte olan araştırma, Eylül 2018 – Kasım 2019 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi (MCBÜ HSH) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, YYBÜ'de yatan 40 prematüre yenidoğan ve ebeveyni oluşturmuştur. Veriler: “Anne ve Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bebek ve KB İzlem Formu”, “Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği” ve “Maternal Bağlanma Ölçeği” ile toplanmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Wilcoxon, Kruskal Wallis ve Ki-Kare testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada, Çalışma ve Kontrol grubu yenidoğanların sosyodemografik özellikleri açısından, iki grup arasında doğum ağırlığı ( $p < 0,05$ ) dışında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Çalışma ve Kontrol grubu annelerin gruplar arası maternal bağlanma ölçeği ön test ve son test ortanca puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Çalışma grubu yenidoğanların KB öncesi ve sonrası solunum sayısı ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p < 0,05$ ), KB öncesi ortanca puanlarının KB sonrası ortanca puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışma grubu yenidoğanların kalp atım hızı,  $SpO_2$  ve vücut ısısı gibi vital bulguları grup içi ortanca puanları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ). Çalışma ve kontrol grubu yenidoğanların gruplar arası kalp atım hızı ön test ve son test ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ( $p < 0,05$ ). Çalışma grubundaki yenidoğanların ön test ve son test kalp atım hızı ortanca puanlarının kontrol grubundaki yenidoğanların ortanca puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi.

**Sonuçlar:** Araştırmada, KB'nin prematüre yenidoğan bebeğin vital bulguları üzerine

iyileştirici etkilere sebep olduğu ancak maternal bağlanmayı etkilemediği saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Prematüre Yenidoğan, Kanguru Bakımı, Vital Bulgular, Maternal Bağlanma



**The Title of The Thesis:** Reviewing Effects Of Kangaroo Care On Vital Signs And Relationship Between Mothers And Infants In Premature Newborn Infants

**Student name:** Fatma ANGUN

**Thesis Advisor:** Dr. Faculty Member Nesrin SEN CELASİN

**Department:** Department of Nursing-Child Health and Disease Nursing Master's Program

## **2. ABSTRACT**

**Objective:** To review effects of kangaroo care (KC) on mother-infant relationship and vital signs of the infant in premature newborns.

**Materials and Methods:** The present study of experimental type was conducted in Newborn Intensive Care Unit (NICU) of Hafsa Sultan Hospital of Manisa Celal Bayar University between September 2018 and November 2019. Sample of the study consisted of 40 premature newborn infants admitted in the NICU and their mother. The data were collected using “Infant’s and Mother’s Introductory Information Form”, “Infant and KC monitoring form”, “Postnatal Parenthood Behavior Scale”, and “Maternal Bonding Scale”. Descriptive statistics, Mann-Whitney’s U test, Wilcoxon, Kruskal-Wallis and chi-square tests were used for analysis of the data.

**Findings:** In the present study, no statistically significant difference was found in sociodemographic characteristics except for birth weight ( $p < 0.05$ ) between the Study and Control groups. No significant difference was found in median scores of pretest and posttest of maternal bonding scale between the mothers in the Study and Control groups ( $p > 0.05$ ). It was found that significant difference existed in median respiratory rates before and after kangaroo care in the infants of Study group ( $p < 0.05$ ) with median rates before KC being significantly higher than those after KC. It was also found that no significant difference existed in in-group median scores for heart rate, SpO<sub>2</sub>, and body temperature in the infants of Study group ( $p > 0.05$ ). Significant difference was found in pretest and posttest heart rates between the Study and Control groups ( $p < 0.05$ ). It was found that median scores for pretest and posttest heart rate of the infants in the Study group was higher than those in the infants of Control group.

**Conclusions:** The study found that KC had positive effects on vital signs of the premature infants but didn’t affect maternal bonding.

**Keywords:** Premature Infant, Kangaroo Care, Vital Signs, Maternal Bonding

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Anne, bebeği ile fiziksel ve psikolojik olarak sürekli bir iletişim içerisindedir. Anne, bebeğin doğmasıyla birlikte gereksinimlerini karşılayan, onu koruyan ve ilk bağ kurduğu kişidir (Dizman ve Gürsoy 2005). Anne - bebek arasında oluşan, bebeğin güven duymasını sağlayan güç ise bağlanmadır. Bu bağlanmanın erken dönemde oluşturulması, bebeğin duygusal, fiziksel ve entelektüel gelişimi için çok önemlidir (İşler 2007, Soysal 2005, Peker 2015).

Anne-bebek arasında oluşan bağ doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşur, doğumdan hemen sonra en kısa sürede başlatılması önemlidir (Çalışır 2003, Kavlak ve ark. 2009, Peker 2015). Doğumu takip eden ilk günler anne-bebek bağlanmasının en yoğun yaşandığı günlerdir. Bu dönemde anneye bebek arasında oluşan bağ bebeğin ileriki yaşamını etkiler, kişiler arası ilişkilerini ve sosyo-emosyonel durumunun gelişmesini sağlayarak yaşamı boyunca etkisini sürdürür. Ayrıca bebeğin sağlıklı gelişimi için anne-bebek bağlanmasının son derece önemli olduğu vurgulanmıştır (Öztürk 2010, Akgöz 2017).

Anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyen faktörler vardır. Bunlar: annenin bebeğini istememesi, doğum sonrası dönemde ortaya çıkan ağrı ve yorgunluk, annenin bebeğe bakmak için kendini hazır hissetmemesi gibi sebepler anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Akdolun ve Balkaya 2002, Gölbası 2003, Yıldırım 2009).

Kanguru Bakımı (KB),yenidoğan prematürelde anne-bebek bağlanmasını güçlendiren faydalı bir uygulamadır (Gupta, Jora, Bhatia 2007; Yıldırım 2009; Sarıcan 2014, Peker 2015). KB, prematüre ve matür yenidoğanların annelerinin çıplak göğüsleri arasında sadece alt bezi kalacak şekilde uygulanan, ten tene temasın sağlandığı bir yöntemdir (Pattinson ve ark. 2006). KB uygulaması sonucunda; yenidoğan bebeklerin vital bulgularının stabil kaldığı, apne ataklarının azaldığı ve hastaneden erken taburculuğun sağlandığı belirtilmiştir. Ayrıca farklı yıllarda yapılan

çalışmalarda KB'nın; yenidoğan bebeğin emzirme sıklığını, sũresini ve kilo alımını arttırdığı, hastane kaynaklı enfeksiyonları ise azalttığı tespit edilmiştir (Charpak ve ark. 2005, Gupta ve ark. 2007, Yıldırım 2009, Conde-Agudelo ve ark. 2011, Peker 2015). KB, ilk olarak 1978 de Martinez ve arkadaşları tarafından Bogota Colombia'da bir merkezde uygulanmıştır (Martinez ve ark. 1992). Yeterli olmayan kũvũz sayıları, enfeksiyonlar, teknolojik imkânların sınırlılığı, yeterli anne sũtũnũn alınamaması, anne bebek bağlanmasının zayıf olması sebebiyle dũřuk doğum ağırlıklı (DDA) bebekler için geliştirilen KB'ı yũntemi uygulanmaya başlanmıştır. Bũylece KB'nın yũksek olan mortalite oranını dũřũrmesi, enfeksiyonları azaltması masrafsız oluşu anne- bebek bağlanmasını gũlendirmesi, her ortamda term ve matũr tũm bebeklere kolay uygulanması nedeniyle 1984 yılında UNICEF tarafından desteklenmeye başlanmıştır (Venancio ve Almeida 2004, Charpak ve ark. 2005, Yıldırım 2009, Peker 2015).

YYBũ'de ileri teknolojik kaynakların yetersizliğinden gelişen KB yũnteminin, gũnũmũzde ise yenidoğan bebeğin bakım kalitesini ve bireyselleştirilmiş bakımı arttırmak için kullanıldığı gũrũlmektedir. Yeterli kaynaklara sahip olan ũlkelerde anne-bebek bağını gũlendiren ve birçok faydası olan KB ũzerine birçok çalışma yapılmıştır ve halen de yapılmaya devam edilmektedir.

Farklı yıllarda ve farklı ũlkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda, KB'nın yenidoğan bebeklerin vũcut ısı dengesini sağladığı, apne nũbetlerini azalttığı, kalp-solunum yolunu desteklediği, enfeksiyonları azalttığı, hastanede kalış sũresini kısalttığı ve bũtũn bunların sonucunda da bebeğin erken taburculuğunu mũmkũn kıldığı bulunmuştur (Anderson 1991, Ludington-Hoe 1992, Fohe ve ark. 2000, Erdemir ve Geçkil 2001, Gupta ve ark. 2007, Yıldırım 2009, Mitchella ve ark. 2013, Sarıan 2014, Peker 2015). Ayrıca ok Dũřuk Doğum Ağırlıklı (ÇDDA) prematũre yenidoğanlarda KB'nın; bebeğin emmesi, kilo alımı, hastanede kalma uzunluğuna olan etkileri incelendiğinde, yenidoğanlarda kilo alımını arttırdığı ve daha erken taburculuğu sağladığı da belirlenmiştir (Ramanathan ve ark. 2001).

### **3.2. ARAşTIRMANIN AMACI**

Bu araştırmada, prematũre yenidoğanlarda Kanguru Bakımının anne-bebek ilişkisine ve bebeğin vital bulgularına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### 3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler iki başlık altında oluşturulmuştur.

**I. H<sub>0</sub>:** Prematüre yenidoğanlarda Kanguru Bakımının anne bebek bağlanması üzerine etkisi yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Prematüre yenidoğanlarda Kanguru Bakımının anne bebek bağlanması üzerine etkisi vardır.

**II. H<sub>0</sub>:** Prematüre yenidoğanlarda Kanguru Bakımının bebeğin vital bulgularına etkisi yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Prematüre yenidoğanlarda Kanguru Bakımının bebeğin vital bulgularına etkisi vardır.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN SORUSU

**I.** Prematüre yenidoğanlarda Kanguru Bakımı anne bebek bağlanmasını etkiler mi?

**II.** Prematüre yenidoğanlarda Kanguru Bakımı bebeğin vital bulgularını etkiler mi?

### 3.5. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek yeterliliktedir.

### 3.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

YYB alanındaki gelişmelerin hızla artmasıyla birlikte, prematüre yenidoğan bebeklerde mortalite oranı azalmakta, morbidite oranı ise artmaktadır. Artan morbiditenin azaltılabilmesi için bebeklerin gelişimlerini olumlu yönde destekleyecek yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır (Eras ve ark. 2013, Sarıçan 2014).

YYB’da, prematüre yenidoğanlara yönelik olarak yapılan KB uygulaması, bebeğin gelişimini destekleyen bakım yöntemleri arasında yer almaktadır (Pattinson ve ark. 2006). Dünya’da yapılan birçok çalışmada KB’nın gerek yenidoğan bebek gerek anneler için faydalı ve güvenli bir uygulama olduğu belirtilmiştir (Charpak ve

ark. 1997, Peker 2015). DSÖ, KB'nın DDA bebekler için geleneksel küvöz bakımından daha doğru bir yöntem olduğunu bildirmektedir. KB'nın her otamda hatta ileri teknolojilerinin kullanıldığı ortamlarda bile bebeğin doğum ağırlığına bakılmaksızın term, pretem tüm yenidoğanlara yapılmasının anne-bebek bağlanması, emzirmenin devamı ve anne sütünün sürekliliği için önemli olduğunu bildirmektedir (WHO 2003). KB'nın yenidoğan bebeğin fizyolojik parametreleri üzerine olan etkisini inceleyen çalışmalarda, KB'ı uygulanan yenidoğanlarda daha az oksijen gereksinimi, yüksek oksijen düzeyi, periyodik solunum varlığı, apne atakların ve bradikardi gelişmesinin azaldığı saptanmıştır (Bauer ve ark. 1996, Bauer ve ark. 1997, Messmer ve ark. 1997, Ludington-Hoe ve ark. 2003, Sarıcan 2014, Peker 2015).

Yapılan başka çalışmalarda ise, KB'nın yenidoğan bebeğin uyku periyodunu arttırıcı etkisi olduğu (Smith 2007); KB'nın termoregülasyon ve kilo alımında etkili olduğu saptanmıştır (Ndiaye ve ark. 2006, Peker 2015). Başka bir çalışmada da KB'ı alan ve almayan bebekler karşılaştırıldığında; KB'nın, pnömoni, sepsis gibi bazı enfeksiyonları azalttığı belirtilmiştir (Hall ve Kirsten 2008). YYBÜ'de yapılan invaziv girişimler sırasında uygulanan KB'nın ağrıyı azalttığı da saptanmıştır (Akcan 2009).

TNSA 2013 ve TÜİK 2018 verilerine göre, yıllara göre yenidoğan ölüm hızında azalma olduğu görülmektedir ve bu iyileşmede yenidoğan sağlığı alanındaki bilinçlenmenin ve tedavi ve bakımdaki gelişmelerin etkili olduğu düşünülmektedir. TÜİK 2018 verilerine göre, bebek ölüm sayısının 2017 yılında 12 bin 118 iken 2018 yılında 11 bin 629 olduğu; Bin canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayısını ifade eden bebek ölüm hızının, 2017 yılında binde 9,4 iken 2018 yılında ise binde 9,3 olduğu görülmektedir (TÜİK 2018).

Tüm Dünya da prematüre doğumlar hızla artmaya devam etmektedir Dünya'da prematüre doğum oranları 2000 yılında %9,8 iken 2014 yılında %10,6 olduğu belirtilmiştir (Chawanpaiboon ve ark. 2018).

KB'nın bebeğe olan olumlu etkileri yanısıra, anneler üzerinde de olumlu etkileri vardır. Yapılan araştırmalarda, KB'nın anne ile bebek arasındaki bağı güçlendirdiği, emzirmeyi arttırdığı, annenin kendisini iyi hissetmesini ve mutlu olmasını sağladığı, annenin psikolojik iyileşme gösterdiği, bebeğin bakımında yeteneklerini geliştirdiği ve özgüvenini arttırdığı saptanmıştır (Ludington Hoe ve ark. 2008, Moore ve ark. 2012). Yapılan başka çalışmalarda, KB uygulayan annelerin emzirme sıklığında,

süresinde ve süt miktarında artışa neden olduğu saptanmıştır (Rojas ve ark. 2003, Browne 2004, Peker 2015). Ayrıca KB'nın hastane kaynaklı enfeksiyonları azatlığı, hastanede yatış süresini kısalttığı da bulunmuştur (Charpak ve ark. 2005, Conde-Agudelo ve ark. 2011).

Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada, prematüre yenidoğanlara yapılan KB'nın yenidoğan bebeklerin vital bulguları üzerine etkisinin (kalp atım hızı, oksijen saturasyonu ve vücut ısısının) değerlendirilmesi ve anne-bebek ilişkisi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen sonuçların ise, YYBÜ'de çalışan hemşirelere, yenidoğan bakım uygulamalarına katkı sağlayarak, yenidoğan bebeğin konforunu artırma yönünde kanıta dayalı veri sağlayacaktır. Araştırma verilerinin ayrıca, ulusal ve uluslararası literatüre de önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Bu araştırma, Manisa ilinde bulunan ve prematüre yenidoğanların takip edildiği 3.Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım hizmeti veren tek bir hastane ile sınırlandırılmıştır. YYBÜ'de çoğunlukla; prematüre olup multipl anomalileri de olan (Kardiyak hastalar, Meningomiyolozel, Trakeo-Özefageal Fistül, Diyafragma Hernisi, Atrial Septal Defekt, Anal Atrezi, Özefagus Atrezisi vs.) yenidoğanlar takip edilmektedir. Araştırmaya, sadece neonatoloji uzmanı tarafından genel durumu stabil kabul edilen prematüre yenidoğanlar ve genel sağlık durumunun iyi olan anneler araştırmaya dahil edilmiştir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. PREMATÜRİTE

#### 4.1.1. Prematüriteliğin Tanımı

Normal gebelik süresi annenin son adet kanamasının ilk gününden bebeğin dünyaya geldiği güne kadar geçen süredir. Normal gebelik 38 ile 42 hafta arasında değişebilir. Yenidoğan dönemi yaşamın ilk 0-28 günlük süreyi kapsar, yenidoğan dönemi bütün bebekler için en önemli uyum zamanıdır (Çoban ve İnce 2012, Taşkın 2012).

#### 4.1.2. Prematüreliliğin Sınıflandırılması

Prematüre bebekler gebelik yaşlarına ve doğum kilolarına göre sınıflandırılmaktadır. Gebelik yaşlarına göre, ileri derecede prematüre, orta derecede prematüre ve geç prematüre olmak üzere üç gruba ayrılır. Doğum kilolarına göre ise; düşük doğum ağırlıklı bebek, çok düşük doğum ağırlıklı bebek ve aşırı derecede düşük doğum ağırlıklı bebek olarak gruplandırılır (Can ve İnce 2010).

**I- İleri derecede prematüre:** Gebelik haftaları 22-32 hafta arası doğan bebeklerdir.

**II- Orta derecede prematüre:** Gebelik haftaları 32 hafta +1 gün ile 36 hafta +7 gün arası doğan bebeklerdir.

**III- Geç prematüre:** Gebelik yaşları 37 +1 gün ile 37 hafta +7 gün arası doğan bebeklerdir.

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

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

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

#### **4.1.3. Prematüreliliğin Epidemiyolojisi**

Dünyada her yıl prematüre doğumlar artmaktadır. Dünyada prematüre doğum oranları %5-18 arasındayken, ülkemizde bu oran %12'dir. Tüm Dünya'da olmakla birlikte en çok düşük gelirli ülkelerde, neonatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni erken gerçekleşen doğumlardır. Düşük gelirli ülkelerde ortalama olarak %12 si erken doğmakta iken yüksek gelire sahip ülkelerde bu oran %9 dur (Blencowe ve ark. 2010 Liu ve ark. 2016). 2014 yılında yapılan diğer bir çalışmada tüm Dünya'da gerçekleşen canlı doğumların %10.6 sını normal gebelik haftasından önce doğan bebekler oluşturulurken bu oran Türkiye'de 2000 yılında %9,2 iken 2014 yılında %12,41 olduğu saptanmıştır (Chawanpaiboon ve ark. 2018). YDYB'da gelişen teknolojiler ve yapılan birçok bilimsel araştırmalar erken doğan çok düşük doğum ağırlıklı prematürelerin hayatta kalma oranlarında artış göstermiştir. DSÖ erken doğum riski olan gebelere doğum öncesi steroid kullanılması, ten-tene temasın sağlanmasını anne sütü ile beslenmenin desteklenmesini önermektedir.

#### **4.1.4. Prematüreliliğin Etiyolojisi**

Premamatüreliliğin sebeplerinin tam olarak bilinmemesine rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde doğum öncesi iyi bakım alamayan, yeterli beslenemeyen kadınlarda erken doğum yapma riskleri fazladır. Erken doğuma sebep olan anne kaynaklı nedenler; malnütrisyon, kronik hastalıklar, teratojenler, sigara içme, cinsel yolla bulaşan hastalıklardır, gebeliğe bağlı nedenler; hipertansiyon, plasenta previa, erken membran rüptürü, polihidroamnioz, çoğul gebelik, travma, prenatal bakım almama), fetal nedenler (kromozom anomalileri, intrauterin enfeksiyonlar, anatomik anomaliler) yer alır (Törüner ve Büyükgönenç 2011).

#### 4.1.5. Prematüre Yenidoğanın Özellikleri

Prematüre doğan bebekler miadında doğan bebeklerden farklı görünürler, farklı fizyolojik özelliklere sahiptirler. Prematüre beklerin derisi kırmızı-pembe renkte olup, subkutan yağ dokuları az olması sebebiyle kılcal damarları yüzeyledir, baş bedene göre daha büyüktür. Ön arka fontaneleri küçük, kafa kemikleri esnektir. Serebral damarlarının immatür olması intra kraniyal kanama riskini artırır. (Okumuş 2012). Gözleri kapalı olabilir, kulakları küçük ve yumuşaktır. Sırtı, omuz başları ve yüzü bol miktarda lanugo tüyleri ile kaplıdır. İntrauterin yaşamın 17-20. haftalarında verniks kazeoza oluşmaya başlar ve 35 ila 36. haftalarda bebeğin vücudu verniks kazeoza ile kaplanır. Erkek bebeklerde testistler skrotuma inmemiştir, kız bebeklerde labium majörler az gelişmiş olup minörleri örtmemiştir, klitoris çok belirgindir. Yakalama, emme-yutma ve moro refleksleri zayıftır ve pramatüre bebekler hipotoniktirler (Can ve İnce 2010, Törüner ve Büyükgönenç 2011). Göğüs duvarı yumuşak, solunum kasları güçsüzdür. Solunum diyafragmatik ve zayıftır (Taskın 2000, Can ve ark. 2003, Yıldırım 2009). Prematüreler immatür akciğerden yeterli miktarda surfaktan üretemediklerinden destek solunum tedavilerine ihtiyaç duyarlar (Peker ve ark. 2015).

Santral Sinir sistemi, dolaşım sisteminin gelişmemiş olması nedeniyle apne ve siyanoz atakları sık görülür (Okumuş 2012). Prematüre beklerin subkutan yağ dokuları az olması, baş bedene göre daha büyük olması nedeniyle cilt ısı kayıpları hipotermi riski oluşturur (Törüner ve Büyükgönenç 2011, Peker 2015). Prematüre bebekler gebeliğin son ayında anneden geçen immünglobin desteğini alamadıkları için daha fazla enfeksiyona yatkındırlar (Törüner ve Büyükgönenç 2011).

Retinal damarlanmanın tam olarak gelişmemesiyle ortaya çıkan yapısal bozukluklar ile oluşan retinopati pramatüre yenidoğanın kör olmasına sebep olabilir. Retinopatinin oluşmasında preterm doğum, Respiratuvar Distres Sendromu (RDS), anemi, sepsis, yüksek oranda verilen oksijen tedavisi sebep olmaktadır (Zengin ve ark. 2014). Gastrointestinal sistemin immatür olması hipoksi, asidoz ve PDA' ya (Patent Duktus Arteriyozus) bağlı olarak bağırsak kan akımının bozulması sonucu prematürelerin bağırsaklarında tam veya kısmi iskeminin görüldüğü ve NEK (Nekrotizan Enterokolit) denilen gastrointestinal hastalığın meydana gelmesine sebep olduğu bildirilmiştir (Lissauer ve Faranof 2013).

#### **4.1.6. Kanguru Bakımı**

Kanguru Bakımı (KB); prematüre ve matür yenidoğanların annelerinin çıplak göğüsleri arasında sadece alt bezi kalacak şekilde uygulanan, ten tene temasın sağlandığı bir yöntemdir (Pattinson ve ark. 2006). KB, ilk olarak, 1978 de, Martinez ve arkadaşları tarafından Bogota Colombia’da bir merkezde uygulanmıştır (Martinez ve ark. 1992). Yeterli olmayan küvöz sayıları, enfeksiyonlar, teknolojik imkânların sınırlılığı, yeterli anne sütünün alınamaması, anne-bebek bağlanmasının zayıf olması sebebiyle düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebekler için geliştirilen KB’ı yöntemi oluşturulmuştur. Böylece KB’nın yüksek olan mortalite oranını düşürmesi, enfeksiyonları azaltması, masrafsız oluşu, anne- bebek bağlanmasını güçlendirmesi, her ortamda term ve matür tüm bebeklere kolay uygulanması nedeniyle 1984 yılında UNICEF tarafından desteklenmeye başlanmıştır (Simkiss 1999, Venancio ve Almeida 2004, Charpak ve ark. 2005).

##### **4.1.6.1. Kanguru bakımının önemi**

Dünya genelinde DDA doğumlar ciddi bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilir fakat küvöz sayısının yeterli olmadığı, teknolojik imkânların sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde prematüre doğumlar daha büyük bir sorundur. Kanguru bakımına doğumdan sonra hemen başlanması anne ve bebek arasındaki bağlanmanın oluşmasına büyük katkı sağlamaktadır. Bu nedenle kanguru bakımına doğum sonrası dönemde olabilecek en erken sürede başlatılması önemlidir (Dağoglu ve Görak 2002).

Kanguru bakımının, hem aileye hem de bebeğe fizyolojik ve duygusal olarak faydalarını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Gerald et all. 2006).Kanguru bakımı ile ilgili 30 yılda yapılan çalışmalar, 3 başlık altında sınıflandırılmıştır. Bunlar;

- Bağlanma ve sevgi,
- Bebek psikolojisi,
- Emzirmeye başlama, devam etme ve sadece anne sütü vermedir (Morrison 2006).

#### 4.1.6.2. Kanguru bakımı çeşitleri

KB uygulama süresine ve başlama zamanına göre iki şekilde sınıflandırılabilir.

##### 4.1.6.2.1. Başlama zamanına göre kanguru bakımı çeşitleri

\* **Geç Kanguru Bakımı:** Yoğun bakım dönemini tamamladıktan sonra başlar (Anderson 1999).

\* **Orta Kanguru Bakımı:** Genellikle doğumdan yedi gün sonra başlar (Anderson 1999).

\* **Erken Kanguru Bakımı:** Doğumu takip eden 1. ve 24. saatler arasında yapılan kanguru bakımındır (WHO 2003, Nyqvist ve ark. 2010).

\* **Çok erken Kanguru Bakımı:** Genellikle doğum odasında doğum sonu 30.-40. dakika arasında başlar. Tamamıyla çıplak olan bebek annenin göğsüne yatırılır, üzeri bir battaniyeyle örtülür (Anderson 1999, Moore ve ark. 2012).

\* **Doğum Kanguru Bakımı:** Doğumdan hemen sonra yapılan kanguru bakımındır. Kanguru bakımıyla beraber emzirme de başlatılır (Moore ve ark. 2016).

##### 4.1.6.2.2. Uygulama süresine göre kanguru bakımı çeşitleri

\* **Sürekli Kanguru Bakımı:** 24 saat/gün 7 gün/hafta olacak şekilde uygulanan kanguru bakımındır. Ekonomik imkânların yetersiz olduğu ortamlarda büyüme ve emzirmeye etkisinden ve erken taburculuk sağlamasından dolayı sürekli kanguru bakımı yapmaları önerilir (Nyqvist ve ark. 2010, WHO 2011, Healty Newborn Network 2014).

\* **Aralıklı Kanguru Bakımı:** Bir ya da birkaç saatlik yapılan kanguru bakımlarıdır. Hergün gün yapılması şart değildir. Aralıklı yapılan kanguru bakım süresi en az 65 dk olmalıdır (Nyqvist ve ark. 2010).

##### 4.1.6.3. İkiz bebeklerde kanguru bakımı uygulama tekniği

İkiz bebeklerde KB ayrık, ardışık ve paylaşılmış olmak üzere üç farklı şekilde uygulanabilir (WHO 2003).

\* **Ayrık kanguru bakımı:** İki ebeveynin aynı anda bebeklere KB uygulamalarıdır (WHO 2003).

\* **Ardışık kanguru bakımı:** Aynı ebeveynin bebeklere sırasıyla KB uygulamasıdır (WHO 2003).

\* **Paylaşılmış kanguru bakımı:** Tek ebeveynin aynı anda her iki bebeğe kanguru bakımı uygulamasıdır (WHO 2003).

#### **4.1.6.4. Kanguru bakımının uygulama aşamaları**

Kanguru bakımının uygulanması; 1-Ailenin hazırlanması, 2-Kliniğin hazırlanması, 3-Yenidoğanın pozisyonu, 4-Hemşirelik bakım uygulamalarını içerir.

##### **4.1.6.4.1. Kanguru bakımı öncesi ailenin hazırlanması**

KB'nın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için ailenin bilgilendirilip, bilgilendirilmiş onamlarının alınması gerekir. Anneler erken doğumdan dolayı kendilerini yetersiz hissedebilirler ve KB 'nı yapmaya hazır olmaya bilirler. Bu nedenle anneye KB'nın nasıl uygulanacağı ve faydaları anlatılıp anneler hazır hale getirilmelidir (Davanzo ve ark. 2013). Kanguru Bakımına başlamadan önce bebeğin stabil kabul edilmesi ve annenin istekli olması gerekir (Ludington ve ark. 2008).

Ebeveynin duygusal olarak hazır olmaları da önemlidir. Anne ya da baba duygusal olarak hazır görünmüyorsa (ağlıyorsa, ilgisiz, bebeğe dokunmayan, ziyaretlerine gelmeyen bebekle iletişim kurulamıyorsa gibi) umutsuzluk, çaresizlik gibi duygular ifade ediyorsa Kanguru Bakımının faydaları anlatılır, KB uygulaması için desteklenir (Ludington ve ark. 2008).

Prematüre bebeğin immün sisteminin zayıf olmasından dolayı, enfeksiyonlardan korumak amacıyla eğer anne de ateş, gribal enfeksiyon ya da herhangi bir deri döküntüsü varsa kanguru bakımı uygulanmaz. KB öncesi annenin banyo yapması söylenir (WHO 2003, Ludington-Hoe 2008).

##### **4.1.6.4.2. Kanguru bakımı öncesi kliniğin hazırlanması**

KB'nın uygulanabilmesi için YYBÜ'nün ortamı uygun olmalıdır. Kliniğin fiziksel şartları, personel sayısı, eğitim olanakları değerlendirilmelidir. Annenin kendini rahat ve güvende hissedeceği bir ortam oluşturmalıdır. Ebeveynnin rahat ve

uzun süre bakıma devam etmesi için rahat koltuk ve sandalye olmalıdır (Nygqvist ve ark. 2010, Conde-Agudelo ve ark. 2011, Davanzo 2013).

Ortam ısısı 22-24 °C arasında olması sağlanmalıdır. Ortam ısısı bu sıcaklıta olursa bebeğe alt bezi ve şapka dışında herhangi bir örtü kullanması gerekmemektedir (WHO 2003, Thukral ve ark. 2008, Davanzo ve ark. 2013).

Annenin, KB sırasında özel bir kıyafet giymesi gerekmemektedir. Bebeği içine sokabilecek göğsü açık herhangi bir kıyafet giyebilir. KB sırasında annenin rahat hareket etmesi bebeğe daha iyi pozisyon vermesi için destekleyici bağlarda kullanılabilir. Bu destek bağlar anne ve bebeğin güvende olmasını sağlar (WHO 2003, Yıldırım 2009, Nygvist ve ark. 2010, Davanzo ve ark. 2013).

#### **4.1.6.4.3. Kanguru bakımı uygulamasında yenidoğanın pozisyonu**

KB uygulaması sırasında, bebek annenin çıplak göğsü üzerinde, her iki meme arasında yüz üstü dik pozisyonda yerleştirilir. Bebeğin başı tek bir yöne doğru, yüzü anneye dönük ve hava yolu açıklığını sağlayacak şekilde ekstansiyonda olmalıdır. Başın bu pozisyonu bebeğin hava yolunu açık tutar ve anne ile göz temasını sağlar. Kolları ve bacakları fleksiyonda yerleştirilir (Şekil 1). Bebeğin annenin iki memesi arasında dik bir şekilde durması daha rahat nefes almasını sağlar (WHO 2003, Smith 2007, Thukral ve ark. 2008, Yıldırım 2009).



**Şekil 1: Kanguru Bakımında Pozisyon**

(Kaynak: WHO 2003)

#### **4.1.6.4. Kanguru bakımında hemşirelik bakım uygulamaları**

YYBÜ’de çalışan hemşireler, yenidoğan bebeğin bakımından primer olarak sorumludurlar. Yenidoğan hemşireleri, yenidoğan bebeğin sağlığının korunması, gelişmesi ve iyileştirilmesinden sorumludurlar. Ebeveyn–bebek ilişkisinin başlatılmasında, devam ettirilmesinde, ailenin kaygılarını, bebeğin stresini azaltmada ve bebeğe konfor sağlamada hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler bilimsel kanıtlara dayalı şekilde yenidoğanın dış ortama uyumunu sağlayacak her bebeğe özgü bakım teknikleri uygular (Davy, Berg ve Van Rooyen 2011, Namnabati ve ark. 2016). 2011 yılında Resmi Gazetede yayınlanan Yeni Hemşirelik Yönetmeliğinde, görev tanımları yapılmış olan Yenidoğan Hemşirelerinin, bakımından sorumlu oldukları yenidoğan bebeklerin sağlığını en üst düzeye çıkarılmasında önemli rolleri bulunmaktadır. KB uygulamaları da yasal olarak hemşirenin sorumlu olduğu hemşirelik bakımları arasında yer almaktadır (T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, sayı: 27910).

#### **4.1.6.5. Kanguru bakımı uygulama süresi**

KB’ye aşamalı olarak başlanmalıdır. Küvöz bakımından KB’na geçerken bebeğin konforu korunmalıdır. Sık yapılan değişiklikler bebekte strese sebep olacağından oturumların süresi 60 dakikadan kısa olmamalıdır. Uyku döngüsünün tam olarak sağlanması için KB’nın kesintisiz 60 dakika olarak sürdürülmesi gerekmektedir. KB süresi ortalama 30 dakikadan 24 saate kadar, birkaç günden birkaç haftaya kadar değişiklik gösterebilir. Oturum süresi boyunca annenin mutlu bir deneyim yaşaması ve bebeğin stabil kalması önemlidir (WHO 2003, Ludington-Hoe 2010, Davanzo ve ark 2013). Aralıklı KB araştıran birçok çalışma olmasına rağmen sürekli yapılan KB daha etkili olduğu, bebeğin stabilitesinin korunduğu ve erken taburculuğu sağladığı gösterilmiştir (Ludington-Hoe 2011).

#### **4.1.6.6. Kanguru bakımı sırasında bebeğin izlemi**

Bebeğin vital bulgularının stabil olması KB için hazır olduğunu gösterir. Bebeğin genel durumunda bir bozulma olduğunda KB hemen kesilmelidir (Davanzo ve ark. 2013).

Uygun ortam ısısının mevcut olduğu koşullarda sürekli yapılan KB bebek te normal vücut sıcaklığının stabilitesini sağlar. KB sırasında bebeğin vücut ısısı aralıklı kontrol edilmelidir. Uygulama sırasında az da olsa hipotermi riski vardır. (Yıldırım 2009, Davanzo ve ark. 2013).

KB, prematüre bebeklerin yaşamın ilk haftasında iyi tolere edebildiği bir yöntemdir. 33–35 haftalık sağlıklı prematürelere 3 saatlik kanguru bakımı apne, bradikardi gibi durumların görülmesini engellerken, vücut sıcaklığının stabil kalmasını sağlamıştır. 1800 g'dan daha düşük ağırlıktaki prematüre bebeklerin kan gazı değerlerini iyileştirmiştir. KB alan çok düşük doğum tartılı bebekler (<1000gr) kanguru bakımı almayan ve 1000 g'dan daha ağır olan bebeklerle karşılaştırıldığında klinik yönden (kalp atım hızı, solunum oranı, oksijen saturasyonu) daha stabil oldukları görülmüştür (Gerald ve ark. 2006).

DDA ve prematüre bebeklerin solunum sayısı 30–60 /dk arasında değişiklik gösterir. KB'nın apne ataklarını azalttığı ve daha düzenli solunum periyotları sağladığını gösteren birçok çalışma vardır (İnal 2006).

#### **4.1.6.7. Kanguru bakımının yararları**

DSÖ, KB'nın uygulanmasını önermektedir. KB'nın anne –bebek bağlanmasını güçlendirdiği, emzirme, anne sütünün korunması için etkili olduğu bildirilmektedir (WHO 2003). KB'nın faydalarını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır.

Term, prematüre ve DDA bebekler de yapılan kanguru bakımının, bebeği hipotermiden koruduğu emzirmeyi artırdığı, anne–bebek bağına güçlendirdiği görülmüştür (McCall ve ark. 2010, Nyqvist ve ark. 2010).

Bebeğin vital bulgularının incelendiği bir çalışmada pramtaüre bebeklere yapılan KB'nın bebeğin solunum sayısı, kalp atım hızı, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığının normal klinik aralıklarda yer aldığı apne, ve bradikardi ataklarının azaldığı görülmüştür (Ludington-Hoe ve ark. 2004).

KB'nın büyüme üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda, sürekli uygulanan KB'nın; büyüme, gelişmede, tartı alımında, boy uzamasında ve baş çevresinde artış sağladığı görülmüştür (Shrivastava ve ark. 2013)

KB'nın nörogelişimsel açıdan etkilerini araştıran çalışmalarda; KB alan ve almayan bebeklerin karşılaştırılmasında KB uygulanan bebeklerin uygulanmayanlara göre daha gelişmiş nörogelişimsel davranışlar ortaya koydukları görülmüştür; (Feldman ve ark. 2002).

Prematüre bebeklere uygulanan kanguru bakımının, invaziv işlemler sırasında ağrı düzeyine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, invaziv işlemler sırasında yapılan KB'nın ağrıyı azalttığı ortaya çıkarılmıştır (Akcan 2009).

Moore ve arkadaşlarının bebek ve anneler üzerinde yaptığı bir çalışmada erken dönemde yapılan KB 'nın emzirme süresini artırdığını, bebeğin kalp ve solunum değerlerinin stabil kaldığı, yenidoğanın ağlama sürelerinin azaldığı tespit edilmiştir (Moore ve ark. 2012).

KB uygulanan DDA bebeklerde uygulanmayanlara göre daha az oksijen gereksinimi, yüksek saturasyon değerleri, periodik solunum ve apne ataklarında gerileme olduğu saptanmıştır (Bauer ve ark. 1996, Bauer ve ark. 1997, Messmer ve ark. 1997).

KB uygulanan bebeklerde hastane kaynaklı enfeksiyonların daha za görüldüğü ortaya çıkarılmıştır. KB alan bebeklerde daha hızlı kilo alımı, daha erken taburculuk sürelerinin nazokomiyal enfeksiyonları azatlığı belirtilmiştir (Ali ve ark. 2009).

Kanguru Bakımı anneler üzerinde de olumlu etkiler sağlamaktadır. Yapılan araştırmalarda, KB uygulayan annelerin yenidoğanla bağlanmayı geliştirdikleri ve bakıma katılmalarıyla öz güvenlerinin geliştiği saptanmıştır (Ludington Hoe ve ark. 2008, Moore ve ark. 2012).

Kanguru bakımı sırasında anne, bebeğinin bakımında yer aldığı için ve anne ile bebek arasında ten teması sağlanarak anne-bebek bağlanması daha güçlü şekilde gerçekleşmektedir. Yapılan çalışmalar kanguru bakımı uygulayan annelerin uygulamayan annelere göre maternal bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Jang 2009, Ahn ve ark. 2010).

#### **4.1.6.8. Kanguru bakımı uygulamasında karşılaşılan sorunlar**

Kanguru bakımının bebek ve ebeveynler üzerine birçok olumlu etkisi olmasına rağmen uygulama sırasında bazı sakıncaların gelişebileceği göz ardı edilmemelidir. Kanguru bakımı uygulanmadan önce ve uygulama sırasında yenidoğanın vital bulguları ve genel durumu değerlendirilmelidir (Sarıcan 2014). Genel durumda kötüleşme ve vital bulgularda bozulmalar gerçekleştiğinde KB'na son verilmelidir (Ludington-Hoe ve ark. 2003, Nyqvist ve ark. 2010). Kanguru bakımının faydaları bilinmesine rağmen uygulamada bazı zorluklar yaşanmaktadır. Yapılan bir çalışmada KB uygulaması sırasında hemşirelerin birçok zorluk yaşadıkları belirtilmiştir. Hemşireler, fiziki koşulların yetersizliği, yoğun iş temposu ve hemşire sayısının yetersizliğini göstermişlerdir (Çalık ve ark. 2015). YYBÜ'de bebeği yatan annelerin KB uygulaması sırasında en çok destek aldıkları sağlık çalışanlarının hemşireler olduğunu belirtmişlerdir (Çakmak 2015).

#### **4.2. KANGURU BAKIMININ MATERNAL BAĞLANMAYA ETKİSİ**

Maternal bağlanma süreci gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sırayla gelişir.

Maternal bağlanma, anne-bebek arasında gerçekleşen ve her iki tarafa da mutluluk ve haz veren süreklilik gösteren bir sevgi ilişkisidir (Mercer 2006). Doğumdan sonrası ilk dakikalar maternal bağlanmanın sağlanması için oldukça önemlidir. Doğum sonrası ilk 60- 90 dakikalık süreler de anne ve bebeğin birbirinden ayrı kalması bebeğin gelişimini ve annenin davranışları üzerinde olumsuz etkiler yaratacağı bildirilmektedir (Can 2010). Yenidoğan bebekte bağlanmayı gösteren, olması gereken davranış biçimleri; dokunma, ağlama, gülme ve emmedir. Annede görülen bağlanma davranışları; bebekle göz göze iletişim kurması, bebeği okşaması, sarılması, bebeği sakinleştirilmesi ve sevecen konuşması olarak belirtilmiştir (Kavlak ve ark. 2007).

Anne ile bebek arasında gelişen güçlü ve sağlıklı bir bağlanma yenidoğanın ileriki yaşamında davranışları üzerinde olumlu katkılar sağladığı bulunmuştur (Kavlak ve ark. 2009).

Doğum sonrası dönemde yenidoğan bebek-ebeveyn ilişkisi; belirleme, sahiplenme, bağlanma evrelerinden oluşur (Çoban ve ark. 2005, Çakır ve Alparslan 2018).

#### **4.2.1. Belirleme Evresi**

Doğumdan sonra ilk 48 saatlik süreyi kapsar. Bu evreyi anne, bebeğini tanıyarak geçirir. Bebeğinin anneden ayrı kalması ya da hastalık durumu bu evreyi geciktirir (Çoban ve ark. 2005, Çakır 2009).

#### **4.2.2. Sahiplenme Evresi**

Doğum sonrası üçüncü günde başlar ve altı hafta sürer. Bu evrede, anne -bebek ilişki başlamıştır. Anne bebeğin gereksinimlerini belirler, bebeği rahatlatır (Çakır 2009).

#### **4.2.3. Bağlanma Evresi**

Doğum sonrası altı-sekizinci haftalarda oluşur. Bu evrede bebek ile aile arasında bağ oluşmuştur. Ailenin yenidoğan bebeğe bakma konusunda becerileri artmıştır (Çakır 2009).

##### **4.2.3.1. Kanguru bakımının anne-bebek algısına etkisi**

Anne bebek arasındaki bağlanma doğumdan sonra ilk dakikalarda başlar ve en yoğun şekilde yaşanır. Erken dönemde başlatılan bağlanma fiziksel, psikolojik ve sosyal yönüyle anne – bebek ilişkisinin tüm yaşamını etkileyecek davranışlarının temelini oluşturur.

Annene bebeğini algılamasına sebep olan faktörler, annenin gebeliğinin planlı olması, annenin yaşı, ailenin sosyo-kültürel durumu, ekonomik refahı, aile içi ilişkileri olarak belirtilmiştir (Şeker 2006). Doğum şeklininde anne bebek bağlanmasını etkilediğini gösteren çalışmalarda normal doğum yapan annelerin sezeryan doğum yapan annelere göre bebeklerine daha olumlu yaklaştıkları belirtilmiştir (Güngör ve ark. 2004; Lewallen ve ark. 2006; Öztop ve ark. 2007;

PCOG 2011; Koçak ve ark. 2016; Postpartum Nursing Care Pathway Revision Committee 2011).

Diğer bir çalışmaya göre, doğum sonrası gelişen ağrılar, yorgunluk, yapılan girişimler anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Evcili ve ark. 2014).

Yapılan bir çalışmada anne – bebek algısını etkileyen bebeğe ait faktörler ise, bebeğin prematüre doğması, hastanede yatma sürecinin uzaması, fiziksel görüntüsünün farklı olması, anomalili bebek olması olarak belirtilmiş ve anne bebek algılamasını olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir(Bienfait ve ark. 2011).

Annenin prematüre bir bebeğe sahip olması algılamayı olumsuz etkileyen bir durumdur. Anne prematüre bebek sahibi olduğu için kendisini başarısız görebilmekte yenidoğanla iletişime geçmeyi erteleyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda prematüre bebeği olan annelerin term bebek annelerine göre kendilerini güvensiz hissettikleri, bebeği görmeyi erteledikleri, dokunmak istemedikleri, kucağa daha geç aldıkları kendilerine ait olduğunu algılamakta güçlük yaşadıkları ve bebeği olumsuz algıladığı belirtilmektedir (Balcı 1997, McCartney ve ark. 2004, Amankwaa ve ark. 2007).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Prematüre yenidoğanlarda Kanguru Bakımının anne-bebek ilişkisine ve bebeğin vital bulgularına etkisini incelemek amacıyla planlanan bu çalışma, deneysel tipte bir araştırmadır.

### 5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Bu araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi (MCBÜ HSH) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) Eylül 2018 - Kasım 2019 tarihleri arasında yatışı olan prematüre yenidoğanlar ve anneleri ile yürütülmüştür.

### 5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi (MCBÜ HSH) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) yatarak tedavi gören yenidoğan bebekler ve anneleri oluşturulmuştur (N=327).

### 5.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, araştırma verilerinin toplandığı süre içinde YYBÜ'de yatarak tedavi gören ve araştırmaya dahil olma kriterlerine sahip olan prematüre yenidoğanlar ile anneleri oluşturulmuştur (n=40 [Çalışma Grubu=20, Kontrol Grubu=20]).

#### **Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri;**

- 1- 38. gestasyonel haftasından (< 37 hafta+6 gün) önce doğmuş olması,
- 2- Prematüre yenidoğanın Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatıyor olması,

- 3- Prematüre yenidoğanın göğüs tüpünün olmaması,
- 4- Varsa göbek kateterinin emniyetli olması,
- 5- Neonatolog tarafından bebeğin stabil kabul edilmesi,
- 6- Annenin kanguru bakımı için istekli olması ve annenin ulaşımının kolay olması,
- 7- Annenin genel sağlık durumunun iyi olması,
- 8- Yeterli hijyen, beslenme ve aile desteğinin olması gerekmektedir.

#### **Araştırmada Dışlanma Kriterleri:**

- 1- Neonatolog tarafından bebeğin genel durumunun stabil kabul edilmemesi,
- 2- Prematüre yenidoğanın göğüs tüpünün olması,
- 3- Annenin kanguru bakımı için istekli olmaması ve annenin ulaşımının kolay olmaması,
- 4- Annenin genel sağlık durumunun iyi olmaması,
- 5- Yeterli hijyen, beslenme ve aile desteğinin olmaması.

#### **5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

**Bağımlı Değişkenler:** Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalaması, Doğum Sonu Ebeveynlik Davranış Ölçeği puan ortalaması, bebeğin vital bulguları.

**Bağımsız Değişkenler:** Prematüre bebeğin gestasyon yaşı, cinsiyeti, doğum şekli, doğum ağırlığı, doğum boyu, doğum başçevresi, hastaneye yatış tanışı, ikiz/üçüz eşi olma durumu, beslenme şekli, annenin ve babanın yaşı, annenin ve babanın eğitim durumu, annenin ve babanın çalışma durumu, medeni durumu, ailenin gelir düzeyi, sosyal güvencesi, aile tipi, anne ve babada sağlık sorunu varlığı.

#### **5.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından güncel literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanan “Anne Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-5)”, “Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-6)”, “Kanguru Bakımı İzlem Formu (Ek-7)”, annelerin maternal bağlanmalarını belirlemek amacıyla “Maternal Bağlanma Ölçeği (Ek-8)” ve annelerin doğum sonrası ebeveynlik davranışlarını belirlemek amacıyla “Doğum

Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (Ek-9)” olmak üzere toplam 5 soru formu kullanılmıştır.

#### **5.6.1. Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-5)**

Araştırmacı tarafından güncel literatür incelenerek hazırlanmış olan aileyi tanıtım formu, anne ve babanın sosyo-demografik verilerini sorgulayan toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

#### **5.6.2. Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-6)**

Prematüre bebeğin; cinsiyeti, doğum şekli, gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, yatış tanısı, yatış süresi, ikiz/üçüz eşi olma durumu ve beslenme durumunu sorgulayan toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

#### **5.6.3. Kanguru Bakımı İzlem Formu I ve II (Ek-7)**

Kanguru Bakımı alan çalışma grubunda, bebeğin hastanede kaldığı süre boyunca KB uygulanmasına yönelik özelliklerinin kaydedildiği formdur. KB'na başlama zamanı, KB süresi, hastanede kalma süresi, KB'ı Öncesi ve Sonrası: vital bulguları (kalp atım hızı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu ve vücut ısısı) izlemek ve kaydetmek amacıyla kullanılacak formdur (Form I).

Kanguru Bakımı almayan kontrol grubunda ise, bebeğin hastanede kaldığı süre boyunca rutin uygulamalarda olan vital bulguların (kalp atım hızı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu ve vücut ısısı) kaydedilmesine yönelik kullanılacak formdur (Form II).

#### **5.6.4. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) (Ek-8)**

MBÖ, maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla, Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiş olup, Kavlak ve ark. (2009) tarafından da Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir. Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MBÖ kişinin kendinin uyguladığı bir ölçek olduğu için okuma-yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. Her bir

madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4’lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve her zaman (a)=4 puan, sık sık (b)=3 puan, bazen (c)= 2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir (Kavlak ve ark. 2009).

#### **5.6.5. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (Ek-9)**

Doğum sonrası anne-babanın bebeğiyle ilk karşılaşması sırasında bebeğe karşı gösterdikleri ebeveynlik davranışını değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek, yalnızca anne-babalara doğumdan sonraki ilk dk.’larda uygulanabilmektedir. Ölçek, Britton ve ark. (2001) tarafından geliştirilmiş ve Çalışır ve ark. (2009) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Yakın temas, sevgiyle dokunma, bebeği inceleme, sevgiyle konuşma, olumlu yorumlar ve mutluluk maddelerinden oluşan ölçek bu maddelerin “Var/Yok” şeklinde işaretlenmesiyle ikili puanlama şeklinde değerlendirilir. Her bir madde, davranış gözlenmişse bir (1) puan, gözlenmemişse sıfır (0) puan olarak değerlendirilir. Toplam ölçek puanı her maddeden elde edilen sayıların toplamından oluşur. Ölçeğin toplam puanı 0-6 puan arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması ebeveynin bebeğine karşı daha olumlu ebeveynlik davranışına sahip olduğunu göstermektedir (Çalışır ve ark. 2009).

### **5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırma, MCBÜ HSH YYBÜ yürütülmüştür. MCBÜ HSH YYBÜ 3. Basamak hizmet vermektedir. Ünite de 9 adet küvöz,7 adet mekanik ventilatör cihazı bulunmaktadır. İki izole oda, bir süt/ mama hazırlama odası ve YYBÜ’nin dışında, bebeğini emzirmeye başlayan annelerin kalabileceği 4 yataklı 2 adet Anne-Bebek Uyum odaları mevcuttur. YYBÜ’de çoğunlukla; prematüre ve multipl anomalileri olan ( kardiyak hastalar, Meningomiyolozel, Trakeo-Özefageal Fistül, Diyafragma Hernisi, Atrial Septal Defekt, Anal Atrezi, Özefagus Atrezisi vs.) yenidoğanlar takip edilmektedir. YYBÜ’de 16 hemşire (biri sorumlu hemşire) 2 neonatolog, 2 asistan doktor, 6 yardımcı personel ve 1 sekreter hizmet vermektedir. Hemşireler Yüksek Lisans, Lisans ve Ön Lisans mezunu olup, 3’nün Yenidoğan Yoğun Bakım

sertifikası bulunmaktadır. Hemşireler 16 saatlik nöbet sistemiyle, asistn doktorlar 32 saatlik nöbet sistemiyle, neonatologlar ise 08.00-16.00 saatleri arasında çalışmaktadır.

YYBÜ’de ebeveynlerin üniteye girişleri enfeksiyon riski nedeniyle sınırlandırılmaktadır. Anne ve babalar bebeklerini üniteye ilk yattığında ve daha sonra haftada iki kez görebilmektedir. Salı ve perşembe günleri saat 13.30-14.00 saatleri arasında Neonatolog üniteye alınan ebeveynlere bebekleri hakkında bilgi vermekte ve bebeklerini görmelerine izin verilmektedir. Emme ve yutma refleksleri koordineli olan ve küvöz dışında vücut ısını koruyabilen prematüre yenidoğanlar YYBÜ’den taburcu edilip Yenidoğan servisinde bulunan Anne-Bebek Uyum odasına alınmakta ve anne ve bebekler taburculuğa hazırlanmaktadır. YYBÜ’deki hekim ve hemşireler, anne sütüyle beslenme danışmanlığı konusunda duyarlı olup, prematüre yenidoğanların anne memesini emerek üniteden taburcu edilmelerini amaçlamaktadırlar.

Deneysel tipte olan çalışma, ön test-son test çalışma ve kontrol gruplu düzende, Gelişigüzel Örnekleme Yöntemi ile yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak: Anne Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-5), Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-6), Kanguru Bakımı İzlem Formu (EK-7), Maternal Bağlanma Ölçeği (EK-8) ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (EK-9) kullanılmıştır. “Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği” doğumdan sonra anne ve bebeğinin ilk karşılaşması sırasında, annenin bebeğine karşı gösterdiği ebeveynlik davranışını değerlendirmek, “Maternal Bağlanma Ölçeği” ise annelerin maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

Veriler mesai saatleri içerisinde (08.00-16.00) toplanmıştır. Örneklem seçiminde, araştırma kriterlerine uygun olan prematüre yenidoğanlar “Gelişigüzel Örnekleme Yöntemi” ile doğum haftasına göre randomizasyon yapılarak Çalışma ve Kontrol grupları oluşturulmuştur.

Çalışma grubuna alınan yenidoğanlara mesai saatleri içerisinde günde bir sefer olacak ve bir ay sürecek şekilde Kanguru Bakımı yapılmıştır. Kanguru Bakımına başlamadan önce Kanguru Bakımı konusunda anneye eğitim verilmiştir. Verilen Kanguru bakımı eğitiminin standart olması açısından Emine Serap SARICAN’ın geliştirmiş olduğu “Kanguru Bakımı ve Emzirme Eğitimi Rehberi” kullanılmıştır. Ayrıca, Çalışma grubu kapsamına alınan anne ile ilk karşılaşmada annenin bebeğine karşı gösterdiği ebeveynlik davranışını değerlendirmek amacıyla “Doğum Sonrası

Ebeveynlik Davranışı Ölçeği” uygulanmıştır. Yine anneye Kanguru Bakımına başlamadan önce ve Kanguru Bakımı bittikten bir ay sonra iki kez olacak şekilde Maternal Bağlanma Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma grubuna dâhil edilen prematüre yenidoğanların her gün Kanguru Bakımı öncesi ve sonrası 2 kez olacak şekilde vital bulguları (solunum sayısı, kardiyak nabız, ateş ve oksijen saturasyonu) değerlendirilmiş ve kaydedilmiştir. Kanguru Bakımının ilk uygulamasında bebek anne göğsüne konulduktan 3 dakika sonra bebeğin vital bulguları değerlendirilmiştir. Eğer 3 dk. sonunda prematüre bebeğin vital bulguları stabil değil ise Kanguru Bakımına son verilmiş, vital bulguları stabil ise Kanguru Bakımına 15 dakika sürecek şekilde devam edilmiştir.

Kontrol grubuna alınan prematüre yenidoğanlara ise rutin klinik uygulamalar yapılmış ve Kanguru bakımı verilmemiştir. Anne ve prematüre bebek ile ilk karşılaşmada Kanguru Bakımı yapılmadan, prematüre bebeğin 15 dakikada bir olacak şekilde iki kez vital bulguları (solunum sayısı, kardiyak nabız, ateş ve oksijen saturasyonu) değerlendirilmiş ve kaydedilmiştir. Ayrıca, ilk karşılaşmada anneye Kanguru Bakımı yapılmadan, annenin bebeğine karşı gösterdiği ebeveynlik davranışını değerlendirmek amacıyla “Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği” ve ilk karşılaşmada ve ilk karşılaşmadan bir ay sonra olacak şekilde iki kez Maternal Bağlanma Ölçeği uygulanmıştır. Etik açıdan araştırma bitiminde Kontrol Grubundaki annelere de Kanguru Bakımı konusunda bilgi verilmiştir.

## **5.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmada elde edilen veriler, araştırmacı tarafından bilgisayara aktarılarak verilerin denetimi, yönetimi ve analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde, demografik özellikleri tanımlamak için sayı yüzde dağılımı, demografik özelliklerle ölçek ortalama puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için örneklem sayısı 30’un altında olduğu için Mann Whitney U testi, Wilcoxon Signed Ranks, Kruskal Wallis testi kullanıldı. Maternal bağlanma ölçeği ön test Cronbach Alfa Katsayısı: 0,77. Maternal bağlanma ölçeği son test Cronbach Alfa Katsayısı: Ölçek ortalama puanları birbiriyle aynı olduğundan hesaplanamadı. Doğum sonrası ebeveynlik davranışları ölçeği Cronbach Alfa Katsayısı: Ölçek ortalama puanları birbiriyle aynı olduğundan

hesaplanamadı (Tezcan 2009). Sonuçlar, %95' lik güven aralığında,  $p<0,05$  düzeyi anlamlı kabul edilerek değerlendirildi.

## 5.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'dan yazılı onay alınmıştır (01.08.2018 tarihli 20.478.486 - E.67653 sayılı) (Ek 2). Araştırmanın yapıldığı kurumdan; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği'nden resmi yazılı kurum izni alınmıştır (Ek 4).

“Maternal Bağlanma Ölçeği” ve “Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği” nin kullanılabilmesi için, ölçeklerin türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmalarını yapan yazarlardan e-mail yolu ile yazılı izin alınmıştır (Ek 3).

Gerekli yasal izinler (Etik Kurul onayı, araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin, prematüre yenidoğanların annelerinin bilgilendirilmiş onamları) alındıktan sonra araştırmaya kabul edilme ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan prematüre yenidoğanların anneleri, çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalınmıştır.

## 5.10. SÜRE VE OLANAKLAR

Yapılan Çalışmalar	TARİH							
	Mart 2018 - Nisan 2018	Nisan 2018	Temmuz 2018	Mayıs 2018 - Eylül 2018	Eylül 2018	Eylül 2018 - Kasım 2019	Kasım 2019 - Aralık 2019	Aralık 2019
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi	X							
Araştırma Deseninin Seçimi		X						
Tez Önerisi			X					
Düzeltilmelerin Yapılması ve İzinlerin Alınması				X				
Örneklem Grubunun Belirlenmesi					X			
Veri Toplama Aşaması						X		
Veri Girişi							X	
Verilerin Analizi							X	
Literatür İnceleme							X	X
Tez Yazımı							X	X
Tez Savunma Sınavı: 28 Ocak 2020								

## 6. BULGULAR

### 6.1 EBEVEYNLERİN VE BEBEĞİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 1. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Çalışma (n=20)		Kontrol (n=20)		Toplam (n=40)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Annenin Yaşı</b>								
<b>Ort.:</b> 29,47±6,23 (min-max: 18,00-42,00)	8	40,0	11	55,0	19	47,5	0,902	0,342
29 yaş altı	12	60,0	9	45,0	21	52,5		
29 yaş ve üzeri								
<b>Annenin Öğrenim durumu</b>								
İlkokul	6	30,0	7	35,0	13	32,5	0,477	0,788
Ortaokul	7	35,0	8	40,0	15	37,5		
Lise ve üzeri	7	35,0	5	25,0	12	30,0		
<b>Annenin Medeni durum</b>								
Resmi nikâhlı	18	90,0	18	90,0	36	90,0	0,000	1,000 <sup>#</sup>
Resmi nikâhsız	2	10,0	2	10,0	4	10,0		
<b>Annenin Çalışma durumu</b>								
Çalışmıyor	16	80,0	16	80,0	32	80,0	0,000	1,000 <sup>#</sup>
Aktif çalışıyor	4	20,0	4	20,0	8	20,0		
<b>Annenin Sosyal güvence durumu</b>								
Var	18	90,0	19	95,0	37	92,5	0,360	1,000 <sup>#</sup>
Yok	2	10,0	1	5,0	3	7,5		
<b>Ailenin Gelir durumu</b>								
Gelir giderden az	5	25,0	6	30,0	11	27,5	0,125	0,723
Gelir gidere eşit	15	75,0	14	70,0	29	72,5		
<b>Aile tipi</b>								
Çekirdek aile	17	85,0	16	80,0	33	82,5	0,173	1,000 <sup>#</sup>
Geniş aile	3	15,0	4	20,0	7	17,5		
<b>Annenin Sağlık sorunu varlığı</b>								
Evet	4	20,0	3	15,0	7	17,5	0,173	1,000 <sup>#</sup>
Hayır	16	80,0	17	85,0	33	82,5		

\*Ortalama±standart sapma, x<sup>2</sup>: Ki Kare testi, #Fisher's Exact testi, p<0,05

**Tablo 1. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri (devamı)**

Değişkenler	Çalışma		Kontrol		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	(n=20)		(n=20)		(n=40)			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Annenin Evlenme yaşı</b>								
<b>Ort.:</b> 22,77±4,21 (min-max: 14,00-35,00)							1,667	0,197
22 yaş altı	6	30,0	10	50,0	16	40,0		
22 yaş ve üzeri	14	70,0	10	50,0	24	60,0		
<b>Annenin İlk gebelik yaşı</b>								
<b>Ort.:</b> 23,67±4,73 (min-max: 15,00-36,00)							<b>5,013</b>	<b>0,025**</b>
23 yaş altı	5	25,0	12	60,0	17	42,5		
23 yaş ve üzeri	15	75,0	8	40,0	23	57,5		
<b>Annenin Gebe kalma yaşı</b>								
<b>Ort.:</b> 27,70±6,34 (min-max: 16,00-42,00)							0,100	0,752
27 yaş altı	10	50,0	11	55,0	21	52,5		
27 yaş ve üzeri	10	50,0	9	45,0	19	47,5		
<b>Annenin Canlı doğum sayısı</b>								
<b>Ort.:</b> 2,30±1,22 (min-max: 1,00-6,00)							0,000	1,000
2 ve altı	12	60,0	12	60,0	24	60,0		
2 üzeri	8	40,0	8	40,0	16	40,0		
<b>Annenin Son bebeğin planlı olma durumu</b>								
<b>Ort.:</b> 2,30±1,22 (min-max: 1,00-6,00)							3,750	0,053
Planlı	11	55,0	5	25,0	16	40,0		
Plansız	9	45,0	15	75,0	24	60,0		
<b>Babanın Yaşı</b>								
<b>Ort.:</b> 32,72±6,71 (min-max:22,00-49,00)							0,100	0,752
32 yaş altı	10	50,0	9	45,0	19	47,5		
32 yaş ve üzeri	10	50,0	11	55,0	21	52,5		
<b>Babanın Öğrenim durumu</b>								
İlkokul	4	20,0	7	35,0	11	27,5	1,409	0,703
Ortaokul	5	25,0	5	25,0	10	25,0		
Lise	6	30,0	5	25,0	11	27,5		
Üniversite ve üzeri	5	25,0	3	15,0	8	20,0		
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	0	0	2	10,0	2	5,0	2,105	0,487#
Aktif çalışıyor	20	100	18	90,0	38	95,0		
<b>Babanın Sağlık sorunu varlığı</b>								
Evet	1	5,0	1	5,0	2	5,0	0,000	1,000#
Hayır	19	95,0	19	95,0	38	95,0		

\*Ortalama±standart sapma, \*\*p<0,05, x<sup>2</sup>: Ki Kare testi, #Fisher's Exact testi, p<0,05

Annelerin demografik özellikleri incelendiğinde; annelerin yaş ortalamasının  $29,47\pm 6,23$ , %52,5'inin 29 yaş ve üzerinde, %37,5'inin ortaokul mezunu, %90'nının resmi nikahı olduğu, %80'inin çalışmadığı, %92,5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %72,5'inin gelirinin gidere eşit olduğu, %82,5'inin aile tipinin çekirdek aile olduğu ve sağlık sorununun olmadığı, %60'ının evlenme yaşının 22 yaş ve üzerinde, %57,5'inin ilk gebelik yaşının 23 yaş ve üzerinde, %47,5'inin gebe kalma yaşının 27 yaş ve üzerinde olduğu, %60'ının canlı doğum sayısının 2 ve altında olduğu ve %60'ının son bebeğinin planlı olduğu belirlenmiştir. Çalışma ve Kontrol grubu anneler sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, iki grup arasında ilk gebelik yaşı ( $p<0,05$ ) dışında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 1).

Çalışma grubu annelerin %60'ının 29 yaş ve üzerinde, %35'inin ortaokul mezunu ya da lise ve üzeri mezunu, %90'nının resmi nikâhı olduğu, %80'inin çalışmadığı, %90'ının sosyal güvencesinin olduğu, %75'inin gelirinin gidere eşit olduğu, %85'inin aile tipinin çekirdek aile olduğu, %80'inin sağlık sorununun olmadığı, %70'inin evlenme yaşının 22 yaş ve üzerinde, %75'inin ilk gebelik yaşının 23 yaş ve üzerinde, %50'sinin gebe kalma yaşının 27 yaş ve üzerinde olduğu, %60'ının canlı doğum sayısının 2 ve altında olduğu ve %55'inin son bebeğinin plansız olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Kontrol grubu annelerin %5'inin 29 yaş altında, %40'ının ortaokul mezunu, %90'nının resmi nikahı olduğu, %80'inin çalışmadığı, %95'inin sosyal güvencesinin olduğu, %70'inin gelirinin gidere eşit olduğu, %80'inin aile tipinin çekirdek aile olduğu, %85'inin sağlık sorununun olmadığı, %50'inin evlenme yaşının 22 yaş ve üzerinde, %60'ının ilk gebelik yaşının 23 yaş altında, %55'inin gebe kalma yaşının 27 yaş altında olduğu, %60'ının canlı doğum sayısının 2 ve altında olduğu ve %75'inin son bebeğinin planlı olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Babaların yaş ortalamasının  $32,72\pm 6,71$  ve %52,5'inin 32 yaş altında, %27,5'inin lise mezunu olduğu, %95'inin aktif çalıştığı ve sağlık sorununun olmadığı saptanmıştır. Çalışma ve Kontrol grubu babalar sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 1).

Çalışma grubu babaların %50'sinin 32 yaş altında, %30'unun lise mezunu olduğu, %100'ünün aktif çalıştığı, %95'inin ise sağlık sorununun olmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubu babaların %55'sinin 32 yaş altında, %35'inin ilkokul

mezunu olduğu, %90'ının aktif çalıştığı ve %95'inin sağlık sorununun olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 2. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri**

Değişkenler	Çalışma		Kontrol		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	(n=20)		(n=20)		(n=40)			
	N	%	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>								
Kız	10	50,0	12	60,0	22	55,0	0,404	0,525
Erkek	10	50,0	8	40,0	18	45,0		
<b>Gestasyon yaşı</b>								
24-31 hafta arası (ileri derecede prematüre)	8	40,0	9	45,0	17	42,5	3,859	0,145
32-36 hafta arası (orta derecede prematüre)	12	60,0	8	40,0	20	50,0		
37-38 hafta arası (sınırdaki prematüre)	0	0	3	15,0	3	7,5		
<b>Doğum şekli</b>								
Vajinal doğum	1	5,0	4	20,0	5	12,5	2,057	0,342#
Sezaryen doğum	19	95,0	16	80,0	35	87,5		
<b>Doğum ağırlığı</b>								
2500 gr altı	20	100	15	75,0	35	87,5	5,714	0,047#*
2500 gr ve üzeri üstü	0	0	5	25,0	5	12,5		
<b>Hastaneye yatış tanısı</b>								
Prematürite + solunum problemi (RDS, Yenidoğanın Geçici Taşipnesi)	18	90,0	19	95,0	37	92,5	0,360	1,000#
Prematürite + cerrahi problemi (Duodenal atrezi, İntestinal atrezi, Beslenme bozukluğu)	2	10,0	1	5,0	3	7,5		
<b>İkiz/Üçüz eşi olma durumu</b>								
Evet	6	30,0	1	5,0	7	17,5	4,329	0,091#
Hayır	14	70,0	19	95,0	33	82,5		
<b>Beslenme şekli</b>								
Anne sütü	15	75,0	15	75,0	30	75,0	0,000	1,000
Diğer (formül mama vb.)	5	25,0	5	25,0	10	25,0		

x<sup>2</sup>: Ki Kare testi, #Fisher's Exact testi, \*p<0,05

Bebeklerin sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde; %55'inin cinsiyetinin kız, %50'sinin gestasyon yaşının 32-36 hafta arasında, %87,5'inin doğum şeklinin sezaryen ve doğum ağırlığının 2500 gr altında olduğu, %92,5'inin hastaneye yatış tanısının Prematürite + solunum problemi olduğu, %82,5'inin

ikiz/üçüz eşi olmadığı, %75'inin anne sütü ile beslendiği saptanmıştır. Çalışma ve Kontrol grubu bebekler sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, iki grup arasında doğum ağırlığı ( $p<0,05$ ) dışında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

Çalışma grubu bebeklerin ise %50'sinin cinsiyetinin kız, %60'ının gestasyon yaşının 32-36 hafta arasında, %95'inin doğum şeklinin sezaryen olduğu, %100'ünün doğum ağırlığının 2500 gr altında olduğu, %90'ının hastaneye yatış tanısının Prematürite + solunum problemi olduğu, %70'inin ikiz/üçüz eşi olmadığı, %75'inin anne sütü ile beslendiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Kontrol grubu bebeklerin %60'ının cinsiyetinin kız, %45'inin gestasyon yaşının 24-31 hafta arasında, %80'inin doğum şeklinin sezaryen olduğu, %75'inin doğum ağırlığının 2500 gr altında, %95'inin hastaneye yatış tanısının Prematürite + solunum problemi olduğu, %95'inin ikiz/üçüz eşi olmadığı, %75'inin anne sütü ile beslendiği bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 3. Bebeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri**

Değişkenler	Çalışma (n=20)	Kontrol (n=20)	Toplam (n=40)	z	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Gestasyon yaşı	31,70±3,06	32,65±3,78	37,12±3,43	-1,020	0,308
Doğum ağırlığı	1754,00±417,02	1977,45±840,26	1865,72±664,45	-0,555	0,579
Doğum boyu	41,52±3,96	43,40±4,40	42,46±4,24	-1,276	0,202
Baş çevresi	29,75±2,03	30,67±3,01	30,21±2,58	-1,330	0,184
Hastanede yatış süresi	23,65±19,45	17,60±15,18	20,62±17,49	-0,948	0,343

z: Mann Whitney U testi,  $p<0,05$

Tablo 3'te bebeklerin bazı sosyodemografik özelliklerinin tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Bebeklerin gestasyon yaşı ortalamasının 37,12±3,43, doğum ağırlığı ortalamasının 1865,72±664,45, doğum boyu ortalamasının 42,46±4,24, baş çevresi ortalamasının 30,21±2,58, hastanede yatış süresi ortalamasının ise 20,62±17,49 olduğu saptanmıştır. Gruplar arası karşılaştırma yapıldığında, iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

Çalışma grubu bebeklerin gestasyon yaşı ortalamasının  $31,70\pm 3,06$ , doğum ağırlığı ortalamasının  $1754,00\pm 417,02$ , doğum boyu ortalamasının  $41,52\pm 3,96$ , baş çevresi ortalamasının  $29,75\pm 2,03$ , hastanede yatış süresi ortalamasının ise  $23,65\pm 19,45$  olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Kontrol grubu bebeklerin ise, gestasyon yaşı ortalamasının  $32,65\pm 3,78$ , doğum ağırlığı ortalamasının  $1977,45\pm 840,26$ , doğum boyu ortalamasının  $43,40\pm 4,40$ , baş çevresi ortalamasının  $30,67\pm 3,01$ , hastanede yatış süresi ortalamasının  $17,60\pm 15,18$  olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

## 6.2 ANNELERİN MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ (MBÖ) PUAN ORTALAMALARININ GRUP İÇİ VE GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 4. Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=40)**

Değişkenler	Çalışma (n=20) Ort±SS	Kontrol (n=20) Ort±SS	Z	p
MBÖ-Ön test	100,30±4,62	102,10±2,98	-1,592	0,111
MBÖ-Son test	104,00±0,00	104,00±0,00	0,000	1,000
Z* / p	-3,314 / 0,001*	-2,527 / 0,012*		

z: Mann Whitney U testi, z\*: Wilcoxon Signed Ranks testi \*p<0,05

Çalışma grubu annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği grup içi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Kontrol grubu annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği grup içi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve son test puan ortalamaları ile ön test puan ortalamaları benzer olmakla birlikte, yapılan istatistiksel analiz sonucunda aradaki farkın son test puanlarındaki artıştan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4).

Çalışma ve Kontrol grubu annelerin gruplar arası Maternal Bağlanma Ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

### 6.3 EBEVEYNLERİN DOĞUM SONRASI EBEVEYNLİK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 5. Ebeveynlerin Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=40)**

Değişken	Çalışma (n=20) Ort±SS	Kontrol (n=20) Ort±SS	Z	p
DSEDÖ	6,00±0,00	6,00±0,00	0,000	1,000

z: Mann Whitney U testi. \*p<0,05

Tablo 5'te ebeveynlerin Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışları Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Çalışma ve Kontrol grubu ebeveynlerin gruplar arası Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışları Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 5).

### 6.4 BEBEKLERİN KANGURU BAKIMI ÖNCESİ VE SONRASI VİTAL BULGU PUAN ORTALAMALARININ GRUP İÇİ VE GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışma grubu bebeklerin KB öncesi solunum sayısı ile KB sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), KB öncesi puan ortalamaları KB sonrası puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubu bebeklerin kalp atım hızı, SpO<sup>2</sup> ve vücut ısısı vital bulguları ise grup içi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 6).

Kontrol grubu bebeklerin ise kalp atım hızı, solunum sayısı, SpO<sup>2</sup> ve vücut ısısı vital bulguları grup içi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 6).

Çalışma ve Kontrol grubu bebeklerin gruplar arası kalp atım hızı ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0,05). Çalışma grubundaki bebeklerin ön test ve son test kalp atım hızı puan ortalamalarının Kontrol

grubundaki bebeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Çalışma ve Kontrol grubu bebeklerin gruplar arası solunum sayısı, SpO<sup>2</sup> ve vücut ısısı vital bulguları ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 6).

**Tablo 6. Bebeklerin Kanguru Bakımı Öncesi ve Sonrası Vital Bulgu Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=20)**

Değişkenler	Çalışma (n=20) Ort±SS	Kontrol (n=20) Ort±SS	Z	p
<b>Kalp atım hızı</b>				
Bakım öncesi	150,20±13,14	136,00±12,59	<b>-3,114</b>	<b>0,002*</b>
Bakım sonrası	146,95±19,40	133,50±15,09	<b>-2,381</b>	<b>0,017*</b>
<b>Z* / p</b>	<b>-1,133 / 0,257</b>	<b>-1,152 / 0,131</b>		
<b>Solunum sayısı</b>				
Bakım öncesi	61,60±13,94	54,80±7,90	-1,549	0,121
Bakım sonrası	53,70±7,84	55,30±9,73	-0,498	0,618
<b>Z* / p</b>	<b>-2,734 / 0,006*</b>	<b>-0,248 / 0,804</b>		
<b>SpO<sup>2</sup></b>				
Bakım öncesi	98,90±2,02	98,30±1,92	-1,545	0,122
Bakım sonrası	99,05±1,23	98,55±1,79	-0,587	0,557
<b>Z* / p</b>	<b>-0,203 / 0,839</b>	<b>-1,667 / 0,096</b>		
<b>Vücut ısısı</b>				
Bakım öncesi	36,67±0,22	36,66±0,34	-0,412	0,680
Bakım sonrası	36,64±0,21	36,64±0,33	-0,793	0,428
<b>Z* / p</b>	<b>-1,128 / 0,259</b>	<b>-0,540 / 0,589</b>		

z: Mann Whitney U testi, z\*: Wilcoxon Signed Ranks testi. \*p<0,05

**6.5. ANNELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE MBÖ  
PUAN ORTALAMALARININ GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI**

**Tablo 7. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile MBÖ Puan Ortalamalarının  
Gruplar Arası Karşılaştırılması**

Değişkenler	Çalışma (n=20)		Kontrol (n=20)		Z	p
	n	Ort±SS	n	Ort±SS		
<b>Yaş</b>						
29 yaş altı	8	98,87±4,32	11	101,72±2,76	-1,527	0,127
29 yaş ve üzeri	12	101,25±4,75	9	102,55±3,35	-1,548	0,122
<b>Z / p</b>		-1,301 / 0,193		-1,159 / 0,247		
<b>Öğrenim durumu</b>						
İlkokul	6	98,66±6,02	7	101,71±3,68	-1,255	0,210
Ortaokul	7	101,42±2,99	8	101,75±3,10	-0,420	0,675
Lise ve üzeri	7	100,57±4,92	5	103,20±1,78	-1,177	0,239
<b>X<sup>2</sup> / p</b>		0,869 / 0,648		0,886 / 0,642		
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	16	99,62±7,50	16	101,81±3,22	-1,543	0,123
Aktif çalışıyor	4	103,00±1,43	4	103,25±1,50	-0,500	0,617
<b>Z / p</b>		-1,304 / 0,192		-0,747 / 0,455		
<b>Gelir durumu</b>						
Gelir giderden az	5	100,40±5,68	6	101,66±3,14	-0,100	0,920
Gelir gidere eşit	15	100,26±4,44	14	102,28±3,02	-1,862	0,063
<b>Z / p</b>		-0,758 / 0,448		-0,606 / 0,545		
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek aile	17	99,94±4,84	16	102,37±2,91	<b>-2,144</b>	<b>0,032*</b>
Geniş aile	3	102,33±2,88	4	101,00±3,46	-0,741	0,459
<b>Z / p</b>		-1,082 / 0,279		-1,121 / 0,262		
<b>Sağlık sorunu varlığı</b>						
Evet	4	98,00±5,71	3	103,00±1,73	-1,297	0,195
Hayır	16	100,87±4,33	17	101,94±3,17	-1,062	0,288
<b>Z / p</b>		-0,966 / 0,334		-0,359 / 0,720		
<b>Evlenme yaşı</b>						
22 yaş altı	6	103,83±3,31	10	101,60±3,74	-0,754	0,451
22 yaş ve üzeri	14	100,07±5,18	10	102,60±2,06	-1,343	0,179
<b>Z / p</b>		-0,084 / 0,933		-0,299 / 0,765		
<b>İlk gebelik yaşı</b>						
23 yaş altı	5	101,60±2,40	12	102,00±3,51	-1,143	0,253
23 yaş ve üzeri	15	99,86±5,15	8	102,25±2,18	-0,935	0,350
<b>Z / p</b>		-0,178 / 0,858		-0,392 / 0,695		
<b>Gebe kalma yaşı</b>						
27 yaş altı	10	99,70±4,19	11	100,81±3,48	-0,642	0,521
27 yaş ve üzeri	10	100,90±5,17	9	103,66±1,00	<b>-2,034</b>	<b>0,042*</b>
<b>Z / p</b>		-1,043 / 0,297		<b>-2,317 / 0,020*</b>		
<b>Canlı doğum sayısı</b>						
2 ve altı	12	100,91±4,29	12	101,08±3,44	-0,182	0,855
2 üzeri	8	99,37±5,23	8	103,62±1,06	<b>-3,042</b>	<b>0,002*</b>
<b>Z / p</b>		-1,341 / 0,180		<b>-2,005 / 0,045*</b>		
<b>Son bebeğin planlı olma durumu</b>						
Planlı	9	101,44±3,04	15	102,33±2,55	-0,989	0,322
Plansız	11	99,36±5,57	5	101,40±4,33	-0,993	0,321
<b>Z / p</b>		-0,621 / 0,534		-0,247 / 0,805		

z: Mann Whitney U testi, x2: Kruskal Wallis testi. \*p<0,05

Tablo 7’de Çalışma ve Kontrol grubu annelerin sosyodemografik özellikleri ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışma grubu annelerin sosyodemografik özellikleri ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Kontrol grubu annelerin sosyodemografik özelliklerinden gebe kalma yaşı ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), 27 yaş ve üzerindeki annelerin puan ortalamalarının 27 yaş altındaki annelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Kontrol grubu annelerin canlı doğum sayısı ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Canlı doğum sayısı iki ve altında olan annelerin puan ortalamalarının canlı doğum sayısı ikinin üzerinde olan annelerin puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Kontrol grubu annelerin sosyodemografik özelliklerinden yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, sağlık sorunu varlığı, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, son bebeğin planlı olma durumu değişkenleri ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Çalışma ve Kontrol grubu annelerin gruplar arası karşılaştırılmasında her iki grubun sosyodemografik özelliklerinden yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, geniş aile tipi, sağlık sorunu varlığı, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, gebe kalma yaşı 27 yaş altında olma, canlı doğum sayısı 2 ve altında olma, son bebeğin planlı olma durumu değişkenleri ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Aile tipi çekirdek aile olan annelerin gruplar arası karşılaştırılmasında, Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve Kontrol grubundaki annelerin puan ortalamalarının Çalışma grubundaki annelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Gebe kalma yaşı 27 yaş ve üzerinde olan ve canlı doğum sayısı iki üzerinde olan annelerin gruplar arası karşılaştırılmasında, Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki annelerin puan ortalamalarının Çalışma grubundaki annelerin puan ortalamalarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

**6.6. BEBEKLERİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KANGURU BAKIMI ÖNCESİ VE SONRASI VİTAL BULGU PUAN ORTALAMALARININ GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI**

**Tablo 8. Bebeklerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Kalp Atım Hızı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması**

Değişkenler	Çalışma (n=20)		Kontrol (n=20)		Z	p
	n	Ort±SS	n	Ort±SS		
<b>Kanguru Bakımı Öncesi</b>						
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	10	155,10±15,02	12	133,08±12,48	<b>-3,005</b>	<b>0,003*</b>
Erkek	10	145,30±9,25	8	140,37±12,21	-0,846	0,397
<b>Z / p</b>		-1,740 / 0,082		-0,967 / 0,334		
<b>Beslenme şekli</b>						
Anne sütü	15	152,33±14,20	15	139,06±11,47	<b>-2,553</b>	<b>0,011*</b>
Diğer	5	143,80±6,79	5	126,80±12,31	-2,220	0,026*
<b>Z / p</b>		-1,398 / 0,162		-1,619 / 0,105		
<b>Kanguru Bakımı Sonrası</b>						
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	10	150,30±21,77	12	130,50±14,04	<b>-2,341</b>	<b>0,019*</b>
Erkek	10	143,60±17,19	8	138,00±16,42	-0,889	0,374
<b>Z / p</b>		-1,059 / 0,290		-0,772 / 0,440		
<b>Beslenme şekli</b>						
Anne sütü	15	150,33±21,08	15	133,26±13,96	<b>-2,510</b>	<b>0,012*</b>
Diğer	5	136,80±7,75	5	134,20±19,96	-0,104	0,917
<b>Z / p</b>		-1,572 / 0,116		-0,437 / 0,662		

z: Mann Whitney U testi. \*p<0,05

Çalışma ve Kontrol grubu bebeklerin cinsiyeti ve beslenme şekli ile KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 8).

Kız bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), Çalışma grubundaki bebeklerin bakım öncesi ve bakım sonrası puan ortalamalarının Kontrol grubundaki bebeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erkek bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 8).

Beslenme şekli anne sütü ve diğer (formül mama/karışık beslenme) olan bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi kalp atım hızı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hem anne sütü hem de formül mama/karışık beslenme ile beslenen Çalışma grubundaki bebeklerin puan ortalamalarının Kontrol grubundaki bebeklerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Beslenme şekli anne sütü olan bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), anne sütü beslenen Çalışma grubundaki bebeklerin puan ortalamalarının Kontrol grubundaki bebeklerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Formül mama/ karışık beslenme ile beslenen bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB sonrası kalp atım hızı arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri ile Solunum Sayısı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması**

Değişkenler	Çalışma (n=20)		Kontrol (n=20)		Z	p
	n	Ort±SS	n	Ort±SS		
<b>Kanguru Bakımı Öncesi</b>						
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	10	59,00±13,40	12	52,00±2,95	-1,357	0,175
Erkek	10	64,20±14,68	8	59,00±11,05	-0,593	0,553
<b>Z / p</b>		<b>-1,727/0,084</b>		<b>-2,523/0,012*</b>		
<b>Beslenme şekli</b>						
Anne sütü	15	64,40±15,04	15	55,86±8,66	-1,431	0,152
Diğer	5	53,20±3,63	5	51,60±4,09	-0,862	0,389
<b>Z / p</b>		<b>-1,418/0,156</b>		<b>-1,405/0,160</b>		
<b>Kanguru Bakımı Sonrası</b>						
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	10	51,20±2,69	12	54,33±9,60	-0,732	0,464
Erkek	10	56,20±10,43	8	56,75±10,41	-0,094	0,926
<b>Z / p</b>		<b>-1,441/0,150</b>		<b>-1,141/0,254</b>		
<b>Beslenme şekli</b>						
Anne sütü	15	55,46±8,36	15	56,26±11,00	-0,668	0,504
Diğer	5	48,40±0,89	5	52,40±3,57	<b>-2,147</b>	<b>0,032*</b>
<b>Z / p</b>		<b>-3,327 / 0,001*</b>		<b>-0,574 / 0,566</b>		

z: Mann Whitney U testi. \* $p<0,05$

Çalışma grubu bebeklerin cinsiyeti ile KB öncesi ve sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Çalışma grubu bebeklerin beslenme şekli ile KB öncesi puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), KB sonrası puan ortalamaları arasında

anlamli fark olduğu ( $p<0,05$ ), anne sũtũ ile beslenen bebeklerin puan ortalamalarının formũl mama/karışık beslenme ile beslenen bebeklerin puan ortalamalarından daha yũksek olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

Kontrol grubu bebeklerin cinsiyeti ile KB ȓncesi solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Erkek bebeklerin puan ortalamalarının kız bebeklerin puan ortalamalarına gȓre daha yũksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Kontrol grubu bebeklerin cinsiyeti ile KB sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde, Kontrol grubu bebeklerin beslenme şekli ile KB ȓncesi ve sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Kız ve erkek bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB ȓncesi ve sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Beslenme şekli anne sũtũ olan bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB ȓncesi ve sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Beslenme şekli diğer (formũl mama/karışık beslenme) olan bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB ȓncesi solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), KB sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu bebeklerin puan ortalamalarının çalışma grubu bebeklerin puan ortalamalarına gȓre daha yũksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 10. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri ile Oksijen Saturasyonu Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması**

Değişkenler	Çalışma (n=20)		Kontrol (n=20)		Z	p
	n	Ort±ss	n	Ort±ss		
<b>Kanguru Bakımı Öncesi</b>						
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	10	98,60±2,22	12	98,16±2,24	-0,523	0,601
Erkek	10	99,20±1,87	8	98,50±1,41	-1,729	0,084
<b>Z / p</b>		-0,862 / 0,389		-0,080 / 0,937		
<b>Beslenme şekli</b>						
Anne sütü	15	99,33±1,54	15	98,13±2,16	-1,747	0,081
Diğer	5	97,60±2,88	5	98,80±0,83	-0,107	0,914
<b>Z / p</b>		-1,294 / 0,196		-0,135 / 0,892		
<b>Kanguru Bakımı Sonrası</b>						
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	10	98,40±1,42	12	98,33±1,96	-0,271	0,786
Erkek	10	99,70±0,48	8	98,87±1,55	-1,127	0,260
<b>Z / p</b>		<b>-2,625 / 0,009*</b>		-0,529 / 0,597		
<b>Beslenme şekli</b>						
Anne sütü	15	99,06±1,38	15	98,46±1,95	-0,668	0,504
Diğer	5	99,00±0,70	5	98,80±1,30	-0,110	0,913
<b>Z / p</b>		-0,699 / 0,484		-0,092 / 0,927		

z: Mann Whitney U testi. \*p<0,05

Çalışma grubu bebeklerin cinsiyeti ile KB öncesi oksijen saturasyonu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Çalışma grubu bebeklerin cinsiyeti ile KB sonrası oksijen saturasyonu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), erkek bebeklerin puan ortalamalarının kız bebeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Çalışma grubu bebeklerin beslenme şekli ile KB öncesi ve sonrası oksijen saturasyonu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 10).

Kontrol grubu bebeklerin cinsiyeti ve beslenme şekli ile KB öncesi ve sonrası oksijen saturasyonu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 10).

Kız ve erkek bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi ve sonrası oksijen saturasyonu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Beslenme şekli anne sütü ve diğer (formül mama/karışık beslenme) olan bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi ve sonrası oksijen

saturasyonu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 11. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri ile Vücut Isısı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması**

Değişkenler	Çalışma (n=20)		Kontrol (n=20)		Z	p
	n	Ort±ss	n	Ort±ss		
<b>Kanguru Bakımı Öncesi</b>						
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	10	36,65±0,27	12	36,63±0,36	0,000	1,000
Erkek	10	36,70±0,15	8	36,70±0,32	-0,859	0,390
<b>Z / p</b>		-0,155 / 0,877		-0,587 / 0,557		
<b>Beslenme şekli</b>						
Anne sütü	15	36,70±0,20	15	36,65±0,34	-0,211	0,833
Diğer	5	36,58±0,25	5	36,68±0,37	-0,949	0,343
<b>Z / p</b>		-1,165 / 0,244		-0,487 / 0,626		
<b>Kanguru Bakımı Sonrası</b>						
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	10	36,69±0,25	12	36,62±0,36	-0,067	0,947
Erkek	10	36,59±0,16	8	36,67±0,31	-1,350	0,177
<b>Z / p</b>		-0,883 / 0,377		-0,078 / 0,938		
<b>Beslenme şekli</b>						
Anne sütü	15	36,66±0,24	15	36,63±0,34	-0,314	0,753
Diğer	5	36,58±0,10	5	36,68±0,32	-0,865	0,387
<b>Z / p</b>		-0,843 / 0,399		-0,396 / 0,692		

z: Mann Whitney U testi. \* $p<0,05$

Çalışma ve Kontrol grubu bebeklerin cinsiyeti ve beslenme şekli ile KB öncesi ve sonrası vücut ısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

Kız ve erkek bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi ve sonrası vücut ısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ve beslenme şekli anne sütü ve diğer (formül mama/karışık beslenme) olan bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi ve sonrası vücut ısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

## 7. TARTIŞMA

Bu bölümde, prematüre yenidoğanlarda KB'nın anne-bebek ilişkisine ve bebeğin vital bulgularına etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak yapılmış olan çalışmadan elde edilen sonuçlar mevcut literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

Çalışmamızda annelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; annelerin yaş ortalamasının  $29,47 \pm 6,23$  olduğu bulunmuştur. Çalışma grubu annelerin %60'ının 29 yaş ve üzerinde, Kontrol grubu annelerin %5'inin 29 yaş altında olduğu saptanmıştır. Sarıcan'ın (2014) çalışmasında da Çalışma grubundaki annelerin yaş ortalaması  $X=31,6 \pm 4,7$ , Kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması  $X=31,9 \pm 5,7$  olarak saptanmıştır. Yıldırım'ın (2009) KB'nın yenidoğanların beslenme ve gelişmesini etkisini incelediği çalışmasında, KB yapan annelerin annelerin yaş ortalaması  $X=25,6 \pm 6,15$ , KB yapmayan annelerin yaş ortalamasının ise  $X=27,1 \pm 5,77$  olarak tespit edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu 2016 verilerine göre kadınların doğurganlık yaş ortalaması 28.1 yaş olarak açıklanmıştır. Çalışmamız bulgusu, diğer çalışma bulguları ve literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, Çalışma grubu annelerin %35'inin ortaokul mezunu ya da lise ve üzeri mezunu olduğu, Kontrol grubu annelerin ise %40'ının ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Evcili ve ark.'nın (2014) KB ile ilgili yaptığı çalışmada, çalışmaya dahil ettikleri annelerin %70'inin ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir. Ferber ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında Deney grubunun %52'sinin, Kontrol grubunun ise %68.2'sinin lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda da, Çalışma ve Kontrol grubuna alınan annelerin eğitim durumları açısından benzerlik olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuz, diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Annelerin sağlık durumu incelendiğinde; Çalışma grubundaki annelerin %80'inin, Kontrol grubu annelerin %85'inin sağlık sorununun olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Annelerin sosyodemografik özellikleri açısından; ilk gebelik yaşı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 1) dışında, gebelik sayısı, bebek sayısı ve planlı gebelik durumları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 1).

Çalışmada, bebeklerin sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde; %55'inin cinsiyetinin kız, %45 nin erkek olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 2). Gupta ve ark. (2007)'nin düşük doğum tartırlı bebeklerde KB'nın faydalarını araştırdıkları çalışmada, bebeklerin %66'sının erkek, %34'ünün kız olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız sonucu, Gupta'nın (2007) çalışmasıyla bu yönüyle benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya alınan prematüre yenidoğanların YYBÜ'de aldıkları yatış tanılara bakıldığında; prematüre olmaları dışında en fazla RDS ve solunum sıkıntısı tanılarının fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2). Çalışmamızda aynı zamanda KB alan Çalışma grubu bebeklerinin %60'ının gestasyon yaşının 32-36 hafta arasında %90'ının hastaneye yatış tanısının Prematürite + RDS ve solunum problemi olduğu, %70'inin ikiz/üçüz eşi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Kontrol grubu bebeklerin %45'inin gestasyon yaşının 24-31 hafta arasında, %95'inin hastaneye yatış tanısının Prematürite+RDS ve solunum problemi olduğu, %95'inin ikiz/üçüz eşi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Türk Nematoloji Derneği Bülteninde (2017) 32 haftanın altındaki prematüre bebeklerde RDS görülme sıklığının %61-%63, 32-34 hafta arasında doğan prematüre bebeklerde ise %45 olduğu belirtilmiştir. Literatüre baktığımızda, prematüre bebeklerle yapılan çalışmalarda da prematüre yenidoğanların birçok sorunla karşılaşmalarına rağmen, en fazla RDS ve solunum sıkıntısı gibi sağlık problemi ile hastaneye yatış tanısı aldıkları saptanmıştır (Helvacı ve ark. 2014, Çakır ve ark. 2018, Say 2019). Literatür bilgisi çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Çalışmada, bebeklerin gestasyon yaşı ortalamasının  $37,12\pm3,43$ , doğum ağırlığı ortalamasının  $1865,72\pm664,45$ , doğum boyu ortalamasının  $42,46\pm4,24$ , baş çevresi ortalamasının  $30,21\pm2,58$ , hastanede yatış süresi ortalamasının ise  $20,62\pm17,49$  olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırma yapıldığında, iki grup arasında benzerlik görüldüğü ve bu özellikler açısından grupların homojen olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). Ahn ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da, KB alan bebeklerin doğum haftasının  $32.1\pm1.76$ , KB almayan bebeklerin doğum haftasının ise  $31.9\pm1.97$  olduğu ve doğum kilosu, doğum boyu ve doğum baş çevresi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamız bu yönüyle diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerine bağlanmalarını etkileyen bazı özellikler incelendiğinde; Çalışmada, Çalışma grubu annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği grup içi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Ahn ve arkadaşları (2010)'nın yaptıkları çalışmada da, KB uygulayan annelerin maternal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak Peker'in (2015) prematüre bebeklere KB uyguladığı çalışmasında ise, annelerin KB öncesi ve sonrası maternal bağlanma puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Yapılan bazı araştırma sonuçları, çalışma sonuçlarına benzer iken, bazıları ile farklıdır.

Çalışmada, KB alan Çalışma grubu bebeklerin KB öncesi solunum sayısı ile KB sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), KB öncesi puan ortalamalarının KB sonrası puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubu bebeklerin kalp atım hızı, oksijen saturasyonu ve vücut ısısı vital bulguları açısından ise grup içi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda da, anne ve baba tarafından uygulanan KB'nın, bebeğin kalp atım hızını ve solunum hızını etkilemediği bulunmuştur (Bauer ve ark., 1996; Srinath ve ark., 2015). Ancak Nimbalkar ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, KB sırasında bebeklerin kalp atım hızının anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir. Yine Bauer ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında, anne ve baba tarafından uygulanan KB sırasında bebeklerin oksijen saturasyonlarının değişmediği saptanmıştır. Yapılan araştırmaların bazılarında araştırma bulgularımıza benzer sonuçlar bulunmuş iken, bazılarında ise farklı sonuçlar bulunmuştur.

Çalışma ve Kontrol grubu annelerin gruplar arası karşılaştırılmasında her iki grubun sosyodemografik özellikler ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında aile tipi, gebe kalma yaşı ve canlı doğum sayısı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var iken; anne yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık sorunu varlığı, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve son bebeğin planlı olma durumu açısından ise anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Çalışmamıza benzer olarak Akgöz'ün (2017) yaptığı çalışmada, annelerin maternal bağlanma düzeylerinin doğum sayısı değişkenine göre ortalamalarına bakıldığı istatistiksel çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bilgin ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada ise, annelerin maternal bağlanma

puanları ve anne yaşı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Keskin'in (2018) yaptığı çalışmada da, annelerin eğitim düzeyinin maternal bağlanmalarını etkilemediği belirtilmiştir. Durualp ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise, geliri giderinden daha fazla olan annelerin maternal bağlanma puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Evcili ve ark. 2014).

Çalışmada, Çalışma ve Kontrol grubu bebeklerin cinsiyeti ile KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları açısından, gruplar arası kalp atım hızı ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışma grubundaki bebeklerin ön test ve son test kalp atım hızı puan ortalamalarının Kontrol grubundaki bebeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Çalışmada, kız bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), Çalışma grubundaki bebeklerin bakım öncesi ve bakım sonrası puan ortalamalarının Kontrol grubundaki bebeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erkek bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise, KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Çalışmada, Çalışma ve Kontrol grubu bebeklerin beslenme şekli ile KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları açısından, gruplar arası kalp atım hızı ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Beslenme şekli "anne sütü" olan bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Anne sütü ile beslenen Çalışma grubundaki prematüre bebeklerin kalp atım hızı puan ortalamalarının Kontrol grubundaki prematüre bebeklerin kalp atım hızı puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Beslenme şekli "diğer (formül mama/ karışık beslenme)" olan prematüre bebeklerin KB öncesi ve sonrası kalp atım hızı puan ortalamaları açısından gruplar arası karşılaştırılmasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Çalışmada, Kontrol grubu bebeklerin cinsiyeti ile KB öncesi solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Erkek bebeklerin puan ortalamalarının, kız bebeklerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Beslenme şekli diğer (formül mama/karışık beslenme) olan bebeklerin gruplar arası karşılaştırılmasında, KB öncesi solunum sayısı puan ortalamaları arasında

anlamli fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), KB sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamli fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu bebeklerin puan ortalamalarının Çalışma grubu bebeklerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Kadam ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada, KB ile standart küvöz bakımı alan bebekler solunum hızı açısından değerlendirildiğinde, KB alan bebeklerin solunum hızlarının anlamli derecede azaldığı bildirilmiştir.

Çalışmada, Çalışma grubu bebeklerin cinsiyeti ile kanguru bakımı sonrası oksijen saturasyonu puan ortalamaları arasında anlamli fark olduğu ( $p<0,05$ ), erkek bebeklerin puan ortalamalarının kız bebeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Çalışma ve Kontrol grubu bebeklerin cinsiyeti ve beslenme şekli ile KB öncesi ve sonrası vücut ısısı puan ortalamaları arasında anlamli fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 11). Diğer çalışmalarda da anne ve baba tarafından uygulanan KB sırasında bebeklerin vücut sıcaklıkları arasında fark olmadığı bildirilmiştir (Van Zanten ve ark., 2007; Bauer ve ark., 1996). Çalışma bulgumuz, diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, KB'nın prematüre yenidoğan bebeğin vital bulguları üzerine iyileştirici etkilere sebep olduğu ancak maternal bağlanmayı etkilemediği saptanmıştır.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, prematüre yenidoğanlarda KB' nın bebeğin vital bulgularına ve anne bebek ilişkisine etkisinin incelendiği araştırmamızın sonuçları ve önerileri yer almaktadır.

### 8.1. SONUÇLAR

Prematüre yenidoğanlarda KB'nın anne-bebek ilişkisine ve bebeğin vital bulgularına etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak yapılmış araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

Çalışmada, KB uygulanan annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği grup içi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

KB'nın bebeğin vital bulgular üzerine etkisini incelediğimiz çalışmada;

KB alan Çalışma grubu bebeklerin KB öncesi solunum sayısı ile KB sonrası solunum sayısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), KB öncesi puan ortalamalarının KB sonrası puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma grubu bebeklerin kalp atım hızı, oksijen satürasyonu ve vücut ısısı vital bulguları grup içi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

Çalışma ve Kontrol grubu bebeklerin gruplar arası solunum sayısı, oksijen satürasyon ve vücut ısısı vital bulguları ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

Çalışma grubu annelerin sosyodemografik özellikleri ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Çalışma ve Kontrol grubu annelerin gruplar arası karşılaştırılmasında her iki grubun sosyodemografik özelliklerinden yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir

durumu, geniş aile tipi, sağlık sorunu varlığı, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, gebe kalma yaşı 27 yaş altında olma, canlı doğum sayısı 2 ve altında olma, son bebeğin planlı olma durumu değişkenleri ile Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Aile tipi çekirdek aile olan annelerin gruplar arası karşılaştırılmasında, Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve Kontrol grubundaki annelerin puan ortalamalarının Çalışma grubundaki annelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Çalışmada, canlı doğum sayısı iki üzerinde olan annelerin gruplar arası karşılaştırılmasında, Maternal Bağlanma Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 7).

## 8.2. ÖNERİLER

Prematüre yenidoğanlarda KB'nın anne-bebek ilişkisine ve bebeğin vital bulgularına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış olan deneysel tipteki çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KB'nın prematüre yenidoğan bebeğin vital bulguları üzerine iyileştirici ve tedavi edici etkilere neden olduğundan Yenidoğan hemşireleri YYBÜ'de ebeveynleri KB vermeleri konusunda destekleyip, eğitim vermeleri,
- KB'nın prematüre yenidoğanlarda anne-bebek arasında oluşan bağı güçlendirdiğinden dolayı taburculuktan sonra da annenin KB'na devam etmesinin sağlanması,
- KB'nın, YYBÜ'de yatmanın hem bebek hem de anne üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmada etkili bir yöntem olduğu ve tüm YYBÜ'de KB uygulanması ile ilgili yazılı protokollerin oluşturulması ve uygulamaya konulması önerilmektedir.

## 9. KAYNAKLAR

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

Ahn HY, Lee J, Shin H. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *Journal of Tropical Pediatrics* 2010; 56(5): 342-344.

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

Akdolun Balkaya N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemsirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002, 6(2): 42–49.

Akgöz Y. Doğum Yapan Kadınların Maternal Bağlanma ve Emzirme-Öz Yeterliliği İlişkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ).

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

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

Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *J Perinatol* 1991; 11(3): 216-226.

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

Bahçecik N, Kavaklı A. Çocuk İstismarı ve İhmalini Hazırlayan Nedenler. *Hemşirelik Bülteni*, 1993; 7(28): 33.

Balcı SA. İlk kez doğum yapan annelerin bebeklerini algılama durumları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1997, İstanbul. (Danışman: Doç.Dr. Sevim Savaşer).

Balcı S. ve Savaşer S. Annelerin Bebeklerini Algılama Durumu, VI. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, 1998, Ankara. ss. 215-221.

Barradas J, Fonseca A, Guimaraes CL, Lima GM. Relationship between positioning of premature infants in kangaroo mother care and early neuromotor development. *J Pediatr (Rio J)*, 2006; 82(6): 475–80.

Bauer J, Sontheimer D, Fischer, Linderkamp O. Metabolic Rate And Energy Balance In Very Low Birth Weight Infants During Kangaroo Holding By Their Mothers And Fathers. *The Journal of Pediatrics*, 1996; 129(4): 608-611.

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

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

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

Bienfait M, Maury M, Haquet A, Faillie J, Franc N, Combes C, Cambonie G: Pertinence of the selfreport mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. *Early Human Development*, 2011; 87(4): 281-287.

Bilgin Z, Ecevit Ş. Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri. *HSP*, 2018; 5(1): 6- 15.

Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller Ab, Narwal R, Adler A, Garcia Cv, Rohde S, Say L, Lawn Je. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. *The Lancet*, 2012; 379(9832): 2162-2172.

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

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

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

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

Can G, Çoban A, İnce Z. Yenidogan, içinde: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Ed: Cantez T, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, 2003, İstanbul, ss.261-318.

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

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

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

Cattaneo A, Davanzo R, Bergman N, Charpak N. Kangaroo mother care in low-income countries. *International Network in Kangaroo Mother Care. J Trop Pediatr*, 1998; 44(5): 279-282.

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

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

Chawanpaiboon S, Vogel Jp, Moller Ab, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, Landoulsi S, Jampathon N, Kongwattanakul K, Lewis C, Laopaiboon M, Lewis C, Rattanakanokchai S, Teng Dn, Thinkhamrop J, Watananirun K, Zhang J, Zhou W, Gulmezoglu Am. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in: A Systematic Review and Modelling Analysis. *The Lancet Global Health*, 2014; 7(1): e37-e46.

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

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

Çakır DS, Alparslan Ö. Doğum tipi değişkeninin anne bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *J Contemp Med*, 2018; 8(2):139-147.

Çakır SÇ, Dorum BA, Köksal N, Özkan H, Coşkun M, Özcan N. Geç Pretermilerin Erken Dönem Sorunları. *JCP*, 2018; 16(1): 2-18.

Çakmak E. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileriile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Aydın. (Danışman: Prof.Dr. Zekiye Karaçam)

Çalık C, Esenay FI, Sezer TA. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Kanguru Bakımı Uygulama Durumları ve Engeller. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2015; 17(1): 1-9.

Çalışır H. İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003, İzmir. (Danışman: Doç.Dr. Zümrüt Başbakkal)

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

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

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

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

Dagoglu T, *Neonatoloji*, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, 2000, İstanbul.

Dagoglu T, Görak. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri.1.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, 2002, İstanbul.

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

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

Davy Kb, Bergh A-M, Van Rooyen E. The neonatal nurse's role in kangaroo mother care. Prof Nurs Today, 2011, 15: 32-37.

De Alencar A.E, Arraes L.C., de Albuquerque E.C., Alves J.G. Effect of Kangaroo Mother Care on Postpartum Depression. J Trop Pediatr, 2009; 55(1): 36-8.

Derebent E. Prematüre Bebeklere Yapılan İnvaziv Girişimler Sırasındaki Ağrıyı Azaltmada Kanguru Bakımının Etkisi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Mersin. (Danışman: Prof.Dr. Aytuğ Atıcı, Yrd.Dç.Dr. Rana Yiğit).

Di Menna L. Considerations for implementation of a neonatal kangaroo care. Protocol. Neonatal Netw, 2006; 25(6):405–412.

Dizman H, Gürsoy F. İlköğretim dördüncü ve besinci sınıfa devam eden anne yoksunu olan ve olmayan çocukların saldırganlık eğilimleri. Kastamonu Eğitim Dergisi, 2005; 13(2):437–446.

Dombrowski MA, Anderson GC, Santori C, Roller CG, Pagliotti F, Dowling DA. Kangaroo skin-to-skin care for premature twins and their adolescent parents. MCN Am J Matern Child Nurs, 2000; 25(2):92–94.

Dönmez K. Yenidoğan ünitelerinde yatan bebeklerde ve annelerinde oluşan stres etkilerinin azaltılmasında kanguru bakım modelinin etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005 İzmir. (Danışman: Yrd.Dç.Dr. Bahire Bolışık)

Dönmez K, Bolışık B. Yenidogan ünitelerinde yatan bebeklerde ve annelerinde oluşan stres etkilerinin azaltılmasında kanguru bakım modelinin etkisi. 14. Ulusal Neonatoloji Kongresi, Özet Kitabı, 2006, Antalya, ss: 234.

Durualp E, Kaytez N, Girgin BA. Evlilik Doyumu ve Maternal Bağlanma Arasındaki İlişkininİncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergi, 2017, 18: 129-138.

Eichel P. Kangaroo Care: Expanding Our Practice to Critically Ill Neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2001; 1(4): 224-228.

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

Eras Z, Atay G, Şakrucu E.D, Bingöler E.B, Dilmen U. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2013; 47(3): 97-102.

Erdemir F, Geçkil, E.Kanguru bakımının klinik kullanımı ve kullanılabilirliği üzerine çalışmalar. XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı, 2001, Samsun, ss. 116.

Evcili F, Abak G, Tali B ve Yurtsal ZB: Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusaların Anne-Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2014; 23(4): 138-143.

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

Feldman R, Eidelman AI. Skin-to-skin contact (kangaroo care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. *Dev Med Child Neurol*, 2003; 45(4): 274-28.

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

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

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

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

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

Fraser DM, Cooper MA. (Eds), *Myles Textbook for Midwives*. 14th ed, Elsevier Limited, 2004, China.

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

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

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

Gerald B, Lee Gardner S, Lee Gardner M. (Eds), *Neonatal Intensive Care*. 2006, Kanada.

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

Gölbası Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemsirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003; 7(2): 15-22.

Gülcan H, Aslan S, Yologlu S. İnönü Üniversitesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen çok düşük doğum ağırlıklı preterm olgularımızın değerlendirilmesi. *İNönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004; 11(1):19–23.

Güleşen A, Yıldız D, Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi, *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 2013; 12(2): 177-182.

Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcıvan N. Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 2004; 13: 53–56.

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

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

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

Heidarzadeh M. Hosseini M.B., Ershadmanesh M., Tabari M.G., Khazae S. The Effect of Kangaroo Mother Care (KMC) on Breast Feeding at the Time of NICU Discharge. *Iran Red Crescent Med J.* 2013; 15(4): 302–306.

Helvacı H, Bozgöl A, Helvacı Onursal Y, Güneş Tatlı B, Orbatu D, Güneş S. Gec preterm bebeklerde Yenidogan Yogun Bakım Ünitesi'ne yatış gerektiren erken neonatal sorunlar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi*, 2014; 4: 44–50.

Henderson-Smart DJ, Cools F, Bhuta T, Offringa M. Elective high frequency oscillatory ventilation for acute pulmonary dysfunction in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* July, 2003; 18(3): CD000104.

Horbar JD, Wright EC, Onstad L. Decreasing mortality associated with the introduction of surfactant therapy: an observational study of neonates weighing 601 to 1300 grams at birth. *Pediatrics*, March, 1993; 95(3): 456.

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

İnal S. Yenidoganlarda kanguru bakımı. 6. Milli Çocuk Hemsirelik Kongresi, 2006, Antalya, ss. 145–147.

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

Jang M. Effects of Kangaroo Care on Growth in Premature Infants and on Maternal Attachment. *J Korean Acad Child Health Nurs*, 2009; 15(4): 335-342.

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

Johnston PG, Flood K, Spinks K. *The Newborn Child*, 9th ed, Elsevier, 2002 Australia.

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

Kangaroo Mother Care. Healty Newborn Network. 2014 <http://www.healtynewbornnetwork.org/topik/kangaroo-mother-care-kmc> (Erişim tarihi: 20.10.2019).

Kavlak O, Şen S. Anneanne-Anne-Bebek Bağlanması'nın İncelenmesi, Ege Üniversitesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Açık Erişim Sistemi 2007. S Şen - 2007 - acikerisim.ege.edu.tr (Erişim Tarihi 20.10.2019)

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

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

Keskin F. Doğum Şekli ve Maternal Bağlanmaya Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2018. (Daişman: Doç Dr.Yurdağül Yağmur)

Koçak DY, Büyükkayacı DN. Postpartum depresyon ve hemşirelik yaklaşımı. Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi Sempozyum 2016; 9: 21–26.

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

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

Lewallen PL, Dick MJ, Flowers J, Powell W, Zickefoose KT, Wall YG, et al. Breastfeeding Support and Early Cessation. JOGNN 2006; 35: 166–172.

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

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

Lissauer T, Fanaroff AA (2013). Bir Bakışta Neonatoloji. ed. Okumuş N, Zenciroğlu A, 2013. Akademisyen Kitapevi.

Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, Lawn Je, Cousen S, Mathers J, Black RE. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. The Lancet, 2016; 388(10063): 3027-3035.

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

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

Ludington-Hoe SM, anderson GC, Swinth JY, Thompson C, Hadeed AJ. Randomized controlled trial of kangaroo care: cardiorespiratory and thermal effects on healthy preterm infants. *Neonatal Network*, 2004; 23(3): 39-48.

Ludington-Hoe SM, Lewis T, Cong X, Anderson L, Morgan K, Reese S. Breast-infant temperature with twins during shared kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2006; 35(2): 223–231.

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

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

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

Macedo EC, Cruvinel F, Lukasova K, Fama D'Antino ME. The mood variation in mothers of preterm infants in kangaroo mother care and conventional incubator care. *Journal of Tropical Pediatrics*, September, 2007; 19: 1-3.

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

Martinez G.H., Rey S.E., Marquette C.M. The mother kangaroo programme. *Int Child Health*, 1992; 3: 55–67.

McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004210.pub3>

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

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

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

Messmer R P, Rodriguez S ve ark. Effect of Kangaroo Care on Sleep Time for Neonate Pediatric Nursing, 1997; 23(4): 408- 413.

Mitchella A.J, Yatesb C, Williamsd K., Halle R.W. Effects of daily kangaroo care on cardiorespiratory parameters in preterm infants. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2013; 6; 243–249.

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

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; (3)16. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016; 11: 1-158.

Morrison B. Kangaroo car efor fullterm infants: State of the Science. *International Network of Kangaroo Mother Care Biennial Workshop*, 2006.

Namnabatı M, Zamanzadeh V, Valızadeh LV, Nyqvıst KH. Theory of infants' transition management from the neonatal intensive care unit to home: a qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 2017; 5(1): 4151-4162.

National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance (NICE) Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies, The National Collaborating Centre for Primary Care, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834192](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834192) 2006 (Erişim Tarihi: 15.10.2019)

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

Ndiaye O, Diouf A, Diouf S, Diouf NN, Cisse Bathily A, Cisse CT, Sylla A, Gueye M, Sall MG, Moreau JC, Kuakuvi N. Efficiency of kangaroo care on

thermoregulation and weight gain of a preterm newborn cohort in Dakar. *Dakar Med* 2006; 51(3): 155–160.

Nimbalkar SM, Tandon R, Chaudhary NS. Reduced duration of cpap in preterm babies receiving kangaroo care within an hour of birth randomized trial. *BMJ* 2013, 97(2): 1-539.

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

Okumuş N. Hayata Prematüre başlayanlar. Aysun Yayıncılık, 2012, Ankara. ss.13-15.

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

Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç M, Ağapınar S, Yağmur E, Özorhan Yağmur E, Annelerin Doğum Sonu Dönemde Ebeveynlik Davranışlarının Değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2013; 47(3): 117-121.

Öztop BD, Özcan ÖÖ, Uslu R, Erol N. Bebeklik ve erken çocukluk döneminin ruhsal-gelişimsel değerlendirilmesi: bebek ruh sağlığı ünitesi işleyişi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2007; 14: 167– 176.

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

Pattinson R. C., A.-M. BerghA. F. Malan, and R. Prinsloo. Does Kangaroo Mother Care Save Lives *Journal of Tropical Pediatrics*, 2006; 56(2): 438-441.

Peker N. Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne-Bebek İlişkisine Etkisi, 2015. (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Sibel Şeker)

Postpartum Nursing Care Pathway Revision Committee. Perinatal Services BC. Obstetrics Guideline 20: Postpartum Nursing Care Pathway, March 2011, Canada. <http://www.perinatalservicesbc.ca>. (Erişim tarihi: 28.12.2019)

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

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

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

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

Ruiz-Pelaez JG, Charpak N, Cuervo LG. Kangaroo mother care, an example to follow from developing countries. *BMJ*, 2004; 329(13): 1179–1181.

Sarıca ES, Prematür Bebeklerde Kanguru Bakımının Annenin Emzirme Durumuna Ve Bebeğin Büyüme-Gelişmesi Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir 2014. (Danışman: Doç.Dr. Nazan Tuna Oran)

Say B. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatırılan Orta ve Geç Prematüre Bebeklerin Değerlendirilmesi. *F.Ü.Sağ. Bil. Tıp. Derg.*, 2019; 33 (1): 21 – 26.

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

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

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

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

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

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

Soysal SA, Bodur S, \_seri E, Senol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 2005; 8: 88–89.

Srinath BK, Shah J, Kumar P, Shah PS. Kangaroo care by fathers and mothers: comparison of physiological and stress responses in preterm infants. *Journal of Perinatology*, 2016; 36(5): 401.

Swinth JY, Nelson LE, Hadeed A, Anderson GC. Shared kangaroo care for triplets. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2000; 25(4):214–216.

Şeker S. Doğuma hazırlık sınıflarının annenin fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılama etkisi. Doktora tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, 2006, İzmir. (Danışman: Doç.Dr. Ümran Sevil)

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

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

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012.

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). T.C. Resmi Gazete (27910, 19 Nisan 2011). Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.

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

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

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

Türk Neonatoloji Derneği, Türkiye’deki yenidoğan merkezlerinde yıllara göre mortalite. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*, 2017; 29: 32–34.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, 2013, Ankara, Türkiye.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018.

Van Zanten HA, Havenaar AJ, Stigt HJ, Ligthar PA, Walther FJ. The kangaroo method is safe for premature infants under 30 weeks of gestation during ventilatory support. *Journal of Neonatal Nursing*, 2007; 13(5): 186-190.

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

Yalınkaya A, Önen A, Özçelik SM, Degertekin B, Ecer S, Yayla M. Dicle Üniversitesinde bir yıllık mortalite. *Perinatoloji Dergisi*, 2002; 10(4): 1-4.

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

Yılmaz Kurt F, Aytekin A, Hemşirelik Ve Ebelik Öğrencilerinin Kanguru Bakımı İle İlgili Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bil Dergisi*, 2015; 4(1): 6.

Zengin N, Özer EA, Mehmet Özgür Zengin MÖ, Türe G, Sütçüoğlu S, Talay E. Prematüre retinopatisi sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2014; 57: 87-96.

Walters MW, Boggs KM, Ludington-Hoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo care at birth of full term infants. *MCN*, 2007; 32(6): 375-381.

Wieland Ladewig PA, Landon ML, Davidson MR. *Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care*, 6th ed, Prentice Hall Health, 2005.

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

## 10. EKLER

### EK-1: Yönetim Kurulu Kararı



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
06.07.2018	25	29

**Karar 7-** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 14165017 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Cevahir ANGÜN'ün tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Vital Bulgularına ve Anne Bebek İlişisine Etkisinin İncelenmesi" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

<b>Katılmadı</b> Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı	<b>e-imzalıdır</b> Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü	<b>e-imzalıdır</b> Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
<b>Katılmadı</b> Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye	<b>e-imzalıdır</b> Aynur PALAMUTÇUOĞLU Enstitü Sekreteri	<b>e-imzalıdır</b> Doç. Dr. Murat TAŞ Üye

Aslı Gibidir  
20/01/2020  
  
Aynur PALAMUTÇUOĞLU  
Enstitü Sekreteri

## EK-2: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/08/2018-E.67653



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-  
Konu : Etik Kurul Kararı -Nesrin Şencelasin -  
perematüre

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN

"Prematüre yenidoğanlarda kanguru bakımının bebeğin vital bulgularına ve anne bebek ilişkisine etkisinin incelenmesi"başlıklı dosyanız görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Zeki ARI  
Kurul Başkanı

Ek: Nesrin Şencelasin - perematüre 01.08.2018 karar tutanağı (1 sayfa)

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa  
Telefon:(0 236) 2338586 Faks(0 236) 2331466  
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin:İsa Köse  
Unvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	01 / 08 / 2018 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Prematüre yenidoğanlarda kanguru bakımının bebeğin vital bulgularına ve anne bebek ilişkisine etkisinin incelenmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASIN - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi Cevahir ANGÜN				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	27 / 07 / 2018 / Tarih ve 35139 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

## EK-3: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/09/2018-E.76705



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 61804347-302.08.01-  
Konu : Cevahir ANGÜN'ün Tez Çalışma İzin  
Formu (Düzeltilme)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12/09/2018 tarihli ve 28233352-302.08.01 -E.76535 sayılı yazı.

İlgi yazıda belirtilen Cevahir (Fatma) ANGÜN'ün "*Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Vital Bulgularına ve Anne Bebek İlişisine Etkisinin İncelenmesi*" konulu tez çalışmasını hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Eylül 2018 - Ocak 2019 ayları arasında yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Emin KURT  
Başhekim

Dağıtım:  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Hasta  
Hizmetleri Koordinatörlüğüne

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Sağlık Kampüsü  
Telefon:(0 236) 4444228 Faks:(0 236) 2338040  
E-Posta:bashekimlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://hastane.cbu.edu.tr

Bilgi İçin:Gizem Çevik Atılğan  
Unvanı: Büro Personeli



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

## EK-4: Ölçek Kullanım İzinleri

### "Maternal Bağlanma Ölçeği" Kullanım İzni

**Gönderen:** oya kavlak <oya.kavlak@ege.edu.tr>  
**Gönderildi:** 11 Mayıs 2018 Cuma 13:56  
**Kime:** cevahir angü?n <fatma\_angun@hotmail.com>  
**Konu:** Re:

Merhaba Cevahir  
ölçeği tez çalışmada kullanman beni onurlandırır. gerekli belgeleri ekte gönderiyorum  
Sevgiler  
Prof.Dr. Oya KAVLAK

---

**Kimden:** "cevahir angü?n" <fatma\_angun@hotmail.com>  
**Kime:** "oya kavlak" <oya.kavlak@ege.edu.tr>  
**Gönderilenler:** 10 Mayıs Perşembe 2018 21:07:19

Merhaba Oya hocam,  
Ben Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalın dan Yrd. Doç. Dr Nesrin Şen Celasin nin yüksek lisans öğrencisiyim.Geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Maternal Bağlanma Ölçeği" ni izniniz olursa yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum.  
Saygılarımla

Yüksek Lisans Öğrencisi : Cevahir Angün

## “Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranış Ölçeği” Kullanım İzni

**Kimden:** husniye calisir <[calisirh@hotmail.com](mailto:calisirh@hotmail.com)>

**Tarih:** 14 Ocak 2017 14:31:23 GMT+3

**Kime:** cevahir angü?n <[fatma\\_angun@hotmail.com](mailto:fatma_angun@hotmail.com)>

**Konu:** Ynt: □ Doğum sonu ebeveynlik ölçeği kullanımı izni hakkında. □

Sevgili Cevahir Angün,

Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranış Ölçeği'ni yüksek lisans tez çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Doç. Dr. Hüsniye ÇALIŞIR

Adnan Menderes Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

Aydın

telf: 905056807219

*Assoc. Prof. Hüsniye Çalışır*

*Adnan Menderes University*

*Nursing Faculty*

*Pediatric Nursing Department*

*Aydın.*

---

**From:** cevahir angü?n <[fatma\\_angun@hotmail.com](mailto:fatma_angun@hotmail.com)>

**Sent:** 11 January 2017 10:55

**To:** [calisirh@hotmail.com](mailto:calisirh@hotmail.com)

**Subject:** Doğum sonu ebeveynlik ölçeği kullanımı izni hakkında.

Merhaba Hüsniye hocam, ben Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı'nda Yrd.Doç.Dr Nesrin Şen Celasin 'in yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlilik güvenilirliğini yaptığınız "Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranış Ölçeği'ni izniniz olursa yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

Yüksek Lisans Öğrencisi:

Cevahir Angün

## EK-5: AİLEYİ TANITICI BİLGİ FORMU

Annenin Adı ve Soyadı: .....

### Anneye Ait Bilgiler:

1. Annenin yaşı nedir? .....
  2. Annenin öğrenim durumu nedir?
    - a) İlköğretim birinci kademe/İlkokul mezunu
    - b) İlköğretim ikinci kademe mezunu/Ortaokul mezunu
    - c) Lise mezunu
    - d) Üniversite ve üstü mezunu
  3. Annenin evlilik durumu nedir?
    - a) Resmi nikâhlı
    - b) Resmi nikâh yok
    - c) Diğer
  4. Annenin mesleği nedir?
    - a) Ev hanımı
    - b) Memur
    - c) İşçi
    - d) Serbest meslek
    - e) Emekli
  5. Annenin sosyal güvenceniz var mıdır?
    - a) Evet
    - b) Hayır
  6. Ailenizin toplam aylık gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?
    - a) Düşük (gelir giderden az)
    - b) Orta (gelir gidere eşit)
    - c) Yüksek (gelir giderden fazla)
  7. Aile tipiniz nedir?
    - a) Çekirdek aile
    - b) Geniş aile
    - c) Parçalanmış/Tek ebeveynli aile
  8. Annenin herhangi bir sağlık sorunu ya da kronik hastalığı olma durumu?
    - a) Evet (Sağlık sorununu yazınız).....
    - b) Hayır
  9. Annenin evlenme yaşı? .....
  10. Annenin ilk gebelik yaşı? .....
  11. Annenin gebe kalma yaşı? .....
  12. Annenin canlı doğum sayısı? .....
  13. Annenin son gebeliğinin planlı olma durumu ?
    - a) Planlı
    - b) Plansız
- Babaya Ait Bilgiler:
14. Babanın yaşı nedir? .....

15. Babanın öğrenim durumu nedir?

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

16. Babanın mesleği nedir?

- a) İşsiz
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Serbest meslek
- d) Emekli

17. Babanın herhangi bir sağlık sorunu ya da kronik hastalığı olma durumu?

- a) Evet (Sağlık sorununu yazınız).....
- b) Hayır



## EK-6: BEBEĞİ TANITICI BİLGİ FORMU

Bebeğin Adı, Soyadı: .....

1. Bebeğin cinsiyeti: a) Kız b) Erkek

2. Bebeğin doğum tarihi: .....

3. Bebeğin gestasyon yaşı: .....

4. Bebeğin doğum şekli: a) Vajinal doğum b) Sezaryen doğum

5. Bebeğin doğum ağırlığı: .....

6. Bebeğin doğum boyu: .....

7. Bebeğin doğumdaki baş çevresi: .....

8. Bebeğin hastaneye yatış tanısı: .....

9. Bebeğin hastanede yatış süresi: .....

10. Bebeğin İkiz /Üçüz eşi olma durumu? a) Evet b) Hayır

11. Bebeğin beslenme şekli nedir?

a) Anne sütü

b) Formül mama

c) Karışık beslenme (Açıklayın):.....





## EK-8: MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ (MBÖ)

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadeye tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

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

**EK-9: DOĞUM SONRASI EBEVEYNLİK DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ (DSEDÖ)**

Madde No. Öğeler	Açıklama	+/-
1. Yakın Temas	Bebeği giysili ya da çıplak olarak mümkün olduğu kadar bedenine temas edecek şekilde yakın tutma ve koluyla sarma (ya da kucaklama)	
2. Sevgiyle Dokunma	Bakım ya da inceleme amaçları dışında nazikçe okşama, öpme, öpücük gönderme, el çırpma, yanağını okşama gibi davranışlarla bebeğe sevgiyle dokunma	
3. Bebeği İnceleme	Bebeğin üzerini açarak ellerini, parmaklarını ve ayaklarını kontrol etme gibi araştırmacı davranışlarda bulunma	
4 . Sevgiyle Konuşma	Bebekle sevgi sözcükleri kullanarak ve sevecen bir tonda konuşma	
5. Olumlu Yorumlar	Bebek hakkında olumsuz ya da hiç bir anlam içermeyen sözler yerine olumlu sözler söyleme (Örneğin: Tatlı , iyi, güzel ..... gibi) ya da gelecekle ilgili olumlu ifadeler kullanma (Örneğin: Büyüdüğünde baban gibi çok güçlü olacaksın).	
6. Mutluluk	Zamanın %75'inden fazlasında gülümseme ve/veya mutlu görünme	
<b>Toplam Puan</b>		

**Puanlama zamanı:** Değerlendirme, bebek anneye verildikten sonraki ilk 10 dakikada yapılır.

**Puanlama:** Gözlenen her davranışa artı ( + ) işareti konur. Davranışın sıklığı dikkate alınmaz. (+) işaretlerinin toplam sayısı, toplam ölçek puanını oluşturur.

Tarih:

Soyadı

Gözlem Saati:

Ölçeği Dolduranın Adı-

**Dipnot:** Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve Türkçe formunun bilimsel çalışma ve uygulamada kullanımına ilişkin Journal of Pediatrics'in editöründen izin alınmıştır.

## 11. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	<b>Fatma</b>	<b>Soyadı</b>	<b>ANGÜN</b>
<b>Doğum Yeri</b>	Van	<b>Doğum Tarihi</b>	28.06.1981
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Tel</b>	05064597614
<b>E-mail</b>	Fatma_angun@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Van Sağlık Yüksek Okulu	2005
<b>Lise</b>	İzmir Vali Nezzat Ayaz Lisesi	1999

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
<b>Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi</b>	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2007-2019
<b>Nöroloji Servis Hemşiresi</b>	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2019 - halen

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
<b>İngilizce</b>	İyi	Orta	Orta

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
<b>Office</b>	İyi
<b>SPSS</b>	Orta

## 12.TEZ ORJİNALLİK RAPORU

T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı: "PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA KANGURU BAKIMININ BEBEĞİN VİTAL BULGULARINA VE ANNE BEBEK İLİŞKİSİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ"

Tezime ilişkin 13/01/2020 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 21'dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

13.01.2020

Adı Soyadı : Fatma ANGÜN  
Öğrenci No : 141365017  
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı  
Programı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Dr.Öğr.Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN

### Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-*Isteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir*; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- *Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.*

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>