



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ERKEN VE GEÇ DÖNEMDE BAŞLANAN KANGURU BAKIMININ
PREMATÜRE BEBEKLERE VE ANNELERİNE ETKİSİ**

NAZLI ÇİNDEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

1242 34

124234

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Güler CİMETE

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM
BİLİM VE TEKNOLOJİ BAKANLIĞI
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI

İSTANBUL - 2003

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
I. İÇİNDEKİLER	I
II. TABLO LİSTESİ	III
III. KANGURU BAKIMI RESİMLERİ	VI
IV. KISALTMALAR	VII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİ	6
4.1. Kanguru Bakımının Ortaya Çıkışı	6
4.2. Kanguru Bakımı Uygulamaları	8
4.2.1. Kanguru Bakımı Uygulama Kriterleri	8
4.2.2. Kanguru Bakımı Hakkında Yapılan Çeşitli Çalışmalar ve Sonuçları	9
4.3. Kanguru Bakımının, Prematüre Bebeklerin Tedavisi Hemşirelik Bakımı ve Anne – Bebek İletişimindeki Yeri ve Önemi	14
4.3.1. Kanguru Bakımının Prematüre Bebeklerin Tedavisindeki Yeri ve Önemi	14
4.3.2. Kanguru Bakımının Anne – Bebek İletişimindeki Yeri ve Önemi, Hemşirelik Bakımı	18
5. GEREÇ VE YÖNTEM	26
5.1. Araştırmanın Şekli	26
5.2. Araştırmanın Yeri	26
5.3. Araştırmanın Evreni	27
5.4. Araştırmanın Örneklemi	27
5.5. Veri Toplama Araçları	29
5.6. Ön Uygulama	30
5.7. Verilerin Toplanması	30
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
6. BULGULAR	34
7. TARTIŞMA	66

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	75
9. EKLER	79
10. KAYNAKLAR	89
11. ÖZGEÇMİŞ	97



TABLO LİSTESİ

I. BÖLÜM

SAYFA

Tablo 1: Prematüre Bebeklerin ve Annelerinin Genel Özellikleri	35
Tablo 2: Bebeklerin Doğumdan Sonra, KB'na Başlanan Günlere Göre Dağılımları	37
Tablo 3: Erken Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin I. ve V. KB Sırasındaki Yaşam Bulguları	38
Tablo 4: Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin I. ve V. KB Sırasındaki Yaşam Bulguları	40
Tablo 5: Erken ve Geç Dönemde KB Uygulanan Bebeklerin KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Ortalaması Farklarının Karşılaştırılması	41
Tablo 6: Erken ve Geç KB Uygulaması Sırasında Bebeklerdeki Apne Bardikardi Durumu	42
Tablo 7 : KB'nın Bebeklerin Kilo Almalarına Etkisi	43
Tablo 8: Erken Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin KB Sırasındaki Hareketlilik Düzeyi	44
Tablo 9: Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin KB Sırasındaki Hareketlilik Düzeyi	45
Tablo 10 : KB Sırasında Hemşirelerin Gözlemlediği Anne Davranışları	46
Tablo 11 : Annelerin KB Sırasında Durumluk Kaygı Puanı	47
Tablo 12 : Annelerin KB Deneyimine İlişkin Duygu ve Düşünceleri	49

Tablo 13: Erken ve Geç Dönem KB Uygulanan Bebeklerin Hastaneden Çıkıncaya Kadar Geçen Sürede Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	50
---	----

Tablo 14: Erken ve Geç Dönem KB Uygulanan Bebeklerin Doğum Kilosuna Ulaşma Durumu	51
--	----

Tablo 15: Erken ve Geç Dönem KB Uygulanan Bebeklerin Hastanede Kalma Süreleri	51
--	----

Tablo 16 a: KB'na Erken ve Geç Dönemde Başlanan Bebeklerin, Doğum ve Hastaneden Çıkış Kilolarının Karşılaştırılması	52
--	----

Tablo 16 b: KB'na Erken ve Geç Dönemde Başlanan Bebeklerin Doğum ile Hastaneden Çıkış Kilo Ortalaması Farklarının Karşılaştırılması	52
--	----

II. BÖLÜM

Tablo 17: Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin, KB Başlangıç ve Sonu Yaşam Bulgusu Ortalama Farkları	53
---	----

Tablo 18 a: Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin Gestasyon Haftalarının, I. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi	54
--	----

Tablo 19 a: Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin Gestasyon Haftalarının, V. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi	55
---	----

Tablo 20 a: Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin Üniteye Yatış Tanısının, I. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi	56
---	----

Tablo 21 a : Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin Üniteye Yatış Tanısının, V. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi	58
--	----

Tablo 22 a : Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklere, KB'dan Önce İnvaziv veya Noninvaziv İşlem Uygulanmasının, I. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi	60
---	----

Tablo 23 a : Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklere, KB'dan Önce İnvaziv veya Noninvaziv İşlem Uygulanmasının, V. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi	61
---	----

Tablo 24 a: I. KB Sırasında Hemşire Tarafından Gözlenen Anne Davranışlarının Bebeğin Yaşam Bulgularına Etkisi	63
--	----

Tablo 25 a: V. KB Sırasında Hemşire Tarafından Gözlenen Anne Davranışlarının Bebeğin Yaşam Bulgularına Etkisi	64
--	----



KANGURU BAKIMI RESİMLERİ

	SAYFA
Resim 1: Doğum Odasında Kanguru Bakımı Uygulaması	13
Resim 2: Kanguru Bakımı	15
Resim 3: Kanguru Bakımı	16
Resim 4: Kanguru Bakımı	16



KISALTMALAR

KB : Kanguru Bakımı

RDS: Respiratuar Distres Sendromu

SGA : Small for Gestasyonel Age

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi



1. ÖZET

Erken ve Geç Dönemde Başlanan Kanguru Bakımının Prematüre Bebeklere ve Annelerine Etkisi

Bu yarı deneysel çalışmanın amacı; doğumdan sonra 2 - 6 gün arasında KB (Kanguru Bakımı)'na başlanan bebeklerle (erken dönem); 7. gün ve sonrasında KB'na başlanan bebekler (geç dönem) arasında, fiziksel / fizyolojik fonksiyonların durumu ve annelerin KB'na yönelik duygu ve davranışları açısından fark olup olmadığını belirlemektir. Çalışma, 60 prematüre bebek ve anneleri ile gerçekleştirilmiştir. Bebeklerden 30'u erken KB grubu, 30'u geç KB grubuna yerleştirilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacının literatür bilgileri ile oluşturduğu formlar kullanılmıştır. Her iki gruptaki bebekler, 5 günde 5 kez, KB esnasında fiziksel durumları / fizyolojik fonksiyonları yönünden değerlendirilmiş, annelerin KB deneyimlerine ilişkin duygu ve davranışsal tepkileri saptanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Pearson ve Fisher, student t testi, wilcoxon z testi, çift yönlü varyans analizi F testleri kullanılmıştır.

Bulgular; her iki grup bebeklerin, 30 dakikalık KB seansı öncesinde ve sonrasında değerlendirilen vücut ısısı ve solunum sayıları arasında fark saptanmamış ($p>0.05$), ancak I. KB başlangıcındaki kalp atım değeri, KB sonundaki değerden yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (erken KB $t= 2.110$, $p= 0.044$; geç KB $t=4.35$, $p=0.00$). Her iki grup bebeklerin, I. ve V. KB başlangıcında ve sonunda ölçülen yaşam bulgusu değerleri, prematüre bebekler için belirlenen normal değerler ile uyumludur.

Bu araştırmada, doğumdan 2 gün sonra başlanan kanguru bakımının, bebeğin fiziksel / fizyolojik durumunda olumsuz etki yaratmadığı saptanmıştır.

2.SUMMARY

The Impact of Kangaroo Care on Premature Infants: early or late?

The aim of this quasi-experimental study is to determine the difference between physical / physiologic functions of babies which started Kangaroo Care (KC) at 2nd – 6th days of birth (early stage) and after 7th days (late stage) and between mothers emotion and behaviors towards KC. The study was done on 60 premature newborns and their mothers. 30 of babies were involved in experiment group (early stage KC) and 30 were involved in control group (late stage KC).

Data were collected by different forms which were developed by researcher. The babies in both groups have been evaluated first and fifth days of KC for their physical/physiological situations and the emotional and behavioural reactions of the mothers on the KC were noted. The results were evaluated by using Pearson and Fisher, Student's t-test, Wilcoxon's z-test, and F-tests.

No difference on the body temperature and on the respiration rates of the both groups babies recorded before and after of KC were observed ($p>0.05$). The initial heart rate values of the first KC were higher than values which were measured at the end of first KC; and this difference were statistically significant (early KC $p= 0.044$; late KC $p=0.00$). The vital parameters of both groups of babies, which were measured in the beginning of the first and fifth KC stages, were in normal values defined for premature newborns.

In this study, it is found that the KC treatment starting after the second day of life does not make any negative effect on the physical/physiological conditions of the babies.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Anne - bebek bağıllığının gelişmesinde, doğumu izleyen ilk günler çok önemlidir (33, 43, 58, 69). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) yatan bebek ve annesi, birbirlerini ancak uzun süre sonra görebilmektedir. Yoğun bakım ünitesine giren annelerin bebeklerine karşı olan davranışları dokunma, gülümseme ya da konuşma ile sınırlıdır. Yoğun bakım bebeklerinin anneleri ile en iyi iletişim yolu ise *Kanguru Bakımı*'dır (KB).

1979 yılında Bogota'da uygulanmaya başlanan ve hızla diğer ülkelere de yayılan KB ülkemizde ancak son 5-6 yıldır uygulanma imkanı bulabilmiştir (2, 6, 12, 19, 42, 64),. *Cild cilde temas / tensel temas* olarak da adlandırılan KB, anne – bebek bağının gelişmesi ya da güçlenmesi için son derece önemlidir (12, 19, 64).

Özellikle YYBÜ'de uzun süre tedavi gören bebeklerin, aileleri tarafından ihmal edilme ya da istismara uğrama riski dikkate alındığında, erken dönemde KB'na başlanmasının önemi daha iyi anlaşılır (16, 17, 22, 24, 44). Genellikle KB, fiziksel / fizyolojik fonksiyonları stabil olan preterm bebeklere uygulanmaktadır. Özellikle gestasyon haftası küçük ve doğum kilosu düşük olan bebeklerin stabilizeye ulaşip, KB'na başlamaları, günler hatta haftaları alabilmektedir. Ancak literatürlerde, doğum odasında ya da bebeğin yoğun bakımdaki ilk günlerinde başlanan KB'larına ilişkin çalışmalara da rastlanmakta ve KB'nın anne ve bebek açısından yararlı ve güvenli olduğundan bahsedilmektedir (48, 52, 56).

Kanguru bakımı; bebeğin yaşam bulgularının stabilleşmesine (6, 12, 35, 49, 50, 64, 65, 68), hızlı kilo almasına, bunun sonucu olarak kısa sürede doğum kilosuna ulaşmasına (19, 25, 53, 64, 65), daha az tıbbi sorun yaşamasına (19, 35, 64, 68), hastaneden erken çıkmasına katkıda bulunduğu için (6, 19, 25, 53, 64) prematüre bebeklerin tedavi ve bakımında önemli yer tutmaktadır.

KB, ülkemizde çok kısa bir süredir uygulanmaktadır. Özellikle özel hastanelerde uygulanan KB'na, yoğun bakım servislerinde solunum ve beslenme problemi kalmamış stabil bebeklere, hastaneden çıkış zamanlarına yakın bir dönemde

başlanmaktadır. Bu durumda anne bebek bağının gelişimi ve güçlenmesi risk altına girebilmektedir. Ayrıca ülkemizde KB ile ilgili araştırma sayısı sınırlıdır (38, 42) ve mevcut araştırmalar bu uygulamanın erken dönemde başlatılmasının etkilerini belirlemeye yönelik değildir. Bu gereksinimden yola çıkılarak planlanan bu çalışmada;

1. Doğumdan sonra 2 - 6 gün arasında KB'na başlanan bebeklerle, 7. gün ve sonrasında KB'na başlanan bebekler arasında, fiziksel / fizyolojik fonksiyonlar açısından,

2. Annelerin KB'na yönelik duygu ve davranışları açısından fark olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır.

Bu amaçlar ışığında oluşturulan hipotezler şunlardır:

1. Erken dönemde KB'na başlanan bebekler ile geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, KB sırasındaki yaşam bulguları (vücut ısısı, solunum sayısı, kalp atım hızı) arasında fark yoktur.

2. Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, kilo alımları arasında fark yoktur.

3. Erken ve geç dönemde KB'na başlanan annelerin, KB sırasındaki durumluk kaygı puanları arasında fark yoktur.

4. Erken ve geç dönemde KB'na başlanan annelerin, KB sırasındaki bebeğe karşı olan davranışları arasında fark yoktur.

5. Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, doğum kilolarına ulaşma süreleri arasında fark yoktur.

6. Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, beş günlük KB uygulaması sonrasında, hastanede kaldıkları süre içinde tıbbi sorunla karşılaşma durumları ya da sıklığı arasında fark yoktur.

7. Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, hastanede kaldıkları süre arasında fark yoktur.

8. Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, hastaneden çıkış kiloları arasında fark yoktur.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. KANGURU BAKIMININ ORTAYA ÇIKIŞI

Kanguru bakımı (KB), prematüre bebek ile anne ve babanın cilt cilde temasını sağlayan bir bakım yöntemidir. KB sırasında, bebek sadece bebek bezi ve şapkası ile kalmakta ve annesinin / babasının çıplak göğsüne dik pozisyonda yerleştirilerek, tensel teması sağlanmaktadır (6, 26, 40, 42, 45). KB'nın genel amacı; bebeğin gelişiminde olumlu etkiler yaratmak, ebeveyn bebek bağlılığını pekiştirmek ve ailenin bebek bakımı konusunda eğitimine yardımcı olmaktır (12, 38, 65).

KB adı, anne kanguruların bebeklerini keselerinde taşımalarından esinlenerek ortaya atılmıştır. Annelerin de, önü açık giysilerini bir kese haline getirip bebeklerini göğüslerinde bu şekilde taşımları kangurulara benzetilmiştir (2, 10).

Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler tarafından hızla benimsenen KB'na; başlama zamanı, uygulama süresi, günde kaç kez uygulanacağı, ülkelerin ve hastanelerin kendi özel şartlarına ve politikalarına göre değişiklik göstermektedir (12, 53, 45).

KB ilk olarak, 1979 yılında, Güney Amerika ülkelerinden, Kolombiya'nın Bogota şehrinde uygulanmıştır. O yıllarda, Neonatolog Neos Edgar Rey ve Hector Martinez, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde %70'e varan mortalite oranı da dahil olmak üzere, birçok problemle savaşılmaktaydı. Mortalite oranının bu derece yüksek olmasının nedenleri arasında; büyük ölçüde araç ve gereçlerin eski ve yeterli olmamasının yanında, steril girişimlerde bulunamamaları, bebeklere bakım verecek hemşire sayısının az olması ve küvöz eksikliği nedeniyle bebeklerde çapraz enfeksiyon görülmesi yer almaktaydı. Onlar, bu problemler ile mücadele etmek için, ellerindeki en değerli kaynaklardan biri olan anneleri kullanmayı düşünmüşler, gestasyon haftası veya kilosuna ne olursa olsun, fizyolojik fonksiyonları stabil olan her bebeğin annesine verilmesini kararlaştırmışlardır (2, 5, 6, 12, 20, 38, 40, 44, 45, 64, 65, 68). Anneler, yoğun bakım ünitesine alınarak, bebeklerini cilt cilde temas

kuracak şekilde, göğüslerinde taşımışlardır. Annelere, bebeklerini çıplak olarak ve göğüslerinin arasında dik olacak şekilde nasıl yerleştirecekleri, doktorlar tarafından öğretilmiş ve gözlenmiştir. Anneler klinikte, bebek bakımı ve beslenmenin sürdürülmesi konusunda eğitilmişlerdir (12). Bu uygulamayı takiben, mortalite oranı %70'ten %30'a düşmüş, bebeklerde çapraz enfeksiyon görülmemiş, bebeklerin genel durumları stabil kalmış ve hızla kilo almışlardır. Bunlara ek olarak annelerin de, bebeklerine daha rahat bağlandıkları ve nadiren bıraktıkları görülmüştür (12, 19, 64).

KB sonuçları ilk kez, Dr. Rey ve Dr. Martinez tarafından, 1983 yılında neonatoloji konferansında sunulmuştur. Bu tarihten itibaren Dünya Sağlık Örgütü'nün ve UNICEF'in dikkati KB üzerine yoğunlaşmıştır (7) (www.kangaroo.javeriana.edu.com). KB'nın prematüre bebek üzerine etkilerini belirlemek için Avrupa'da ve Amerika'da 130'dan fazla çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda KB'nın, sadece bebek değil anne, aile ve hastane yönünden de birçok yararlarının olduğu saptanmış ve KB uygulaması hızlı bir şekilde dünyanın her tarafına yayılmıştır. KB, bazı gelişmekte olan ülkelerde, hastane merkezli yoğun bakıma alternatif bir bakım olarak kabul edilmektedir (7, 12, 19, 64) (www.kangaroo.javeriana.edu.com).

UNICEF, 1985 yılından itibaren, 11 Batı Avrupa Ülkesinin, kanguru bakımı hakkında araştırmalara başladığını, sonuçların olumlu olmasından dolayı da rutinlerine aldıklarını bildirmiştir (5). Amerika'da da KB uygulamaları, 1986 yılında başlamıştır (6). Güney Afrika – Gautery Province'deki Kalafong Hastanesi 25 - 30 yataklı Kanguru Anne Bakımı (Kangaroo Mother Care) ünitesine sahip olan bir hastanedir. Kanguru bakımının, preterm bebeklere, annelerine ve hastaneye birçok yararı olduğunu ifade eden hastane yetkilileri, kendilerine uygun kanguru bakımı protokollerini oluşturup 6 Temmuz 1999 da ilk üniteyi açmıştır (26, 61, 62).

Avrupa'da kanguru bakımına ait ilk araştırma, Almanya'nın Dusseldorf kentinde Dr. Eberhard Schmidt ve Dr. Gabriele Wittreich tarafından yapılmıştır (5, 6).

Son yıllarda uluslararası düzeyde düzenlenen workshoplarda da, KB uygulaması yapan ülkelerin çalışmaları tartışılmaktadır. 1996 yılında, İtalya’da düzenlenen Birinci Uluslararası Kanguru Bakımı workshop’unu, 1998 yılında Bogota’da ikincisi, 2000 yılında Endonezya’da üçüncüsü ve 2002 yılında Güney Afrika’da dördüncüsü izlemiştir (65).

KB’nın, Avrupa ve Amerika kıtasının birçok ülkesinde uygulanma nedeni ile Bogota’daki uygulanma nedeni arasında birçok farklılık bulunmaktadır. Bogota’da yetersizlikler nedeniyle bebeğin hayatını kurtarabilmek için uygulanan KB; bu ülkelerde ebeveyn bebek iletişimini başlatabilmek amacıyla kullanılmaktadır (12, 38).

4.2. KANGURU BAKIMI UYGULAMALARI

4.2.1. Kanguru Bakımı Uygulama Kriterleri

Dünya Yenidoğan Hemşireler Birliği’nin bildirdiğine göre tıbbi yönden stabil olan her prematüre bebeğe kanguru bakımı uygulanabilir. KB, Avrupa ülkelerinde başlangıçta fizyolojik fonksiyonları stabil bebeklere uygulandığı halde zamanla yapılan çalışmalar ve araştırmalar yön değiştirmiş ve KB, ventilatör gereksinimi olan, çok düşük doğum kilolu ve gestasyonel haftası küçük olan bebeklere de uygulanmaya başlanmıştır. Fakat bu araştırmalar oldukça kısıtlıdır (25, 38, 53).

Kanguru bakımı uygulamasında, bebek ve ebeveynin bireysel gereksinimleri doğrultusunda küçük farklılıklar olmasına karşın, mutlaka uyulması gereken kuralları da vardır (12, 53). Bunlar:

- Kanguru bakımı sırasında, annelerin önden düğmeli önlük giymesi,
- Kanguru bakımı sırasında, anne ve bebeğin çevresine mahremiyetlerini korumak amacıyla paravan çekilmesi,

- Kanguru bakımı sırasında, bebekte sadece bebek bezinin bulunması, başına başlık ya da şapka giydirilmesi,
- Kanguru bakımında, bebeğin anne kucağına çıplak olarak tensel teması sağlayacak şekilde, annenin iki göğsü arasına başı yukarı pozisyonda verilmesi,
- Eğer bebeğin ihtiyacı varsa, KB sırasında nazal kanül veya nazal cpap'a bağlı olarak solunum desteği almaya devam etmesi,
- Kanguru bakımı sırasında, bebeğin uygulanması gereken ilaç tedavilerinin yapılması, gavajla ya da emzirme ile beslenmesinin sürdürülmesidir (5, 11, 18, 37, 50, 65).

4.2.2. Kanguru Bakımı Hakkında Yapılan Çeşitli Çalışmalar ve Sonuçları

• Adölesan ebeveynlik, prematüre doğum için bir risk faktörüdür. Bu durum ebeveynlerde, bebeklerinin erken doğumuna neden olduklarından dolayı suçluluk duygusu yaratabilir. Adölesan ebeveynlerin bu suçluluk duygusundan kurtulup, bebek ile bağlılıklarını başlatmak ve geliştirmek için KB yapmaları sağlanmalıdır. Dombrowski ve arkadaşları (31), iki adölesan ebeveyn ve onların ikiz bebeklerine KB uygulamış ve ebeveynlerin KB yapmalarının, bebeklerin bakım sorumluluğunu üstlenmelerine, suçluluk duygularının azalmasına, onlarla birlikteyken huzur, rahatlık ve zevk gibi olumlu duygular hissetmelerine katkıda bulunduğunu saptamışlardır.

İkiz bebeklerle çalışıldığında KB, üç şekilde gerçekleştirilebilir. Ayrık KB, ardışık KB, yapışık KB (31).

Ayrık KB; anne ve babanın her birinin bir ikizi, cilt cilde tutmasıdır. İkizler KB'nı, iki farklı bireyden de olsa, aynı anda denemiş olurlar.

Ardışık KB; annenin (ya da babanın) KB'nı, ilk önce bir bebeğe, sonra diğerine yapmasıdır.

Paylaşılmış KB ise; her iki ikizin de, bir kişi tarafından aynı anda tutulmasıdır.

Dombrowski ve arkadaşları (31), çalışmalarında ardışık ve ayırık KB'nı tercih etmiştir.

- Gloppestad (40), Norveç'te yaptığı araştırmada; anne babaların bebeklerini farklı tutma pozisyonlarının (kanguru bakımı pozisyonunda ve battaniyeye sarılarak) duygularına etkilerini incelemiştir. Çalışma sonunda, KB uygulayan ebeveynlerin bebeklerine karşı hissettikleri sevginin, battaniye ile tutan ebeveynlerin hissettiklerinden daha yoğun olduğu bulunmuştur. Ancak, bebeklerin ilk kez kucağa alındığı esnada, kanguru pozisyonunda tutan anneler ile battaniye sarılmış şekilde tutan anneler, aynı yoğunlukta duygular hissetmişlerdir. Bunun yanında primipar anne ile multipar; sezeryanla doğum yapan anne ile vajinal yoldan doğum yapan; erkek çocuğu olan anne ile kız çocuğu olan anneler arasında da hissettikleri duygular açısından önemli bir fark olmadığı görülmüştür.

- Ventilatör gereksinimi olan bebeklerde, KB uygulaması yapan Neu (53); annelerin KB deneyimi hakkındaki düşüncelerini incelemiştir. Ebeveynlerin KB hakkındaki en büyük kararsızlıklarının; bebeği tutmayı çok istemeleri ile bunu yapma cesareti bulamamaları ve endişe duymaları yönünde olduğu ortaya çıkmıştır. Bu endişe ile KB yapmaya başlanan ebeveynler, KB sonunda, bebek ile yoğun bağlılık hissettiklerini, korkularını yendiklerini belirtmiştir. Ayrıca çalışmaya alınan ana babalar; KB yapılacak ortamın da, KB yapma isteğini etkilediğini belirtmiştir. Gale ve arkadaşları da (37), entübasyonlu bebeklere KB uygulamış ve bebekler annelere verilirken uygulanmakta olan oksijen konsantrasyonu çok kısa bir süre için yükseltilmiş, bebek anne göğsünde iken tekrar eski seviyesine indirilmiştir. Cleary ve arkadaşları (25) ve Brooks (14) tarafından ayrı ayrı yapılan araştırmalarda; ventilatöre bağlanmış olan bebeklerin, KB sırasında oksijen gereksinimlerinde belirgin bir artış olmadığı görülmüştür. Ayrıca bu bebeklerin, oral yolla beslenmeye daha erken başladıkları, hızlı kilo aldıkları, hastanede daha kısa süre kaldıkları; hastanede kalma süreleri boyunca da, intraventiküler kanama, pnömotoraks ve şiddetli bronkopulmoner displazi belirtilerinin daha az olduğu belirlenmiştir (14, 25).

- KB'nın, düşük doğum tartılı bebekler üzerine etkisini araştırmak, birçok araştırmacının ilgisini çekmiştir. Düşük doğum tartılı bebeklerin KB'na cevabı, bu

bebeklere sahip annelerin KB hakkındaki düşünceleri ve anne - bebek bağının kurulmasındaki etkisi birçok araştırmaya konu olmuştur. Bütün çalışmalarda; KB sırasında, bebeklerin yaşam bulgularında olumsuz değişiklikler gözlenmemiş, bebekler daha fazla kilo alıp, hastaneden daha erken çıkmışlardır. Anneler de, aynı doğrultuda bebeklerine daha çabuk alışmış, bakım korkusunu erken dönemde yenmiş ve emzirmeyi daha fazla sürdürmüşlerdir (2, 10,18, 19, 20, 64, 73).

KB'na başlamanın en uygun zamanını tespit etmek için, çeşitli araştırmalar yapılmıştır.

- Ludington - Hoe ve arkadaşları (48), 34 - 36 gestasyonel haftasındaki bebeklere, doğum odasında ve ilk altı saatte KB uygulamaya başlamıştır. Bu çalışmada, bebeğin vital bulgularında anormallik gözlenmemiş, doğum odasında başlanan KB'nın güvenli ve yararlı olduğu belirtilmiştir .

- Moran ve arkadaşlarının (52) çalışmasında, 32 gestasyon haftasındaki bebeklere; doğumdan 4,5 saat sonra KB uygulanmaya başlanmıştır. Uygulama sonucunda; bebeklerin kilo alımlarının hızlı, hastaneden çıkış zamanlarının kısa olduğu saptanmıştır. Ayrıca bebeklerin düzeltilmiş yaşı 6 aylık olduğunda Bayley mental ve motor gelişim skorlarının normal -6 aylık- limitlerde olduğu görülmüştür.

- Papi ve arkadaşlarının (56), doğum odasında yaptığı KB çalışması sonucunda, bebeklerin % 98.5'inin uyanık kaldığı, annelerin büyük bir çoğunluğunun mutlu görüldüğü, ancak % 21'inin kendilerini yorgun hissettiği, %80'inin bir an önce emzirmeye karar verdiği belirlenmiştir.

- Sloan ve arkadaşlarının (64), 1994'te yaptığı çalışmada, en erken doğumdan 3 gün sonra KB'na başlanan bebeklerde, KB yapılmayan bebeklere oranla, şiddetli hastalıklar diye gruplandırılan, alt solunum yolu hastalıkları - pnömoni, genel enfeksiyonlar daha az görülmüştür.

- Anderson (6); KB'na başlama zamanını, doğum sonrası süreleri göz önüne alarak, dört kategoride toplamıştır.

1) Geç dönem KB; bebek yoğun bakım dönemini atlatıp, düzenli ve kendi kendine solunum yapabildiği zamanı kapsamaktadır. Bu zaman genelde doğumdan birkaç hafta sonrasına rastlamaktadır.

2) Orta dönem KB; bebek, yoğun bakımı tamamladıktan sonra, genelde doğum sonrası yedi gün içinde başlar. Bu bebekler, genelde hala oksijen gereksinimi duyabilmekte, apne veya bradikardiye girebilmektedir.

3) Erken dönem KB; kolayca stabil hale getirilen bebeklere yapılmaktadır. Bebekler, doğumdan sonra, fizyolojik olarak düzenli hale geldikleri anda KB başlar. Bu doğumdan sonraki ilk gün hatta ilk saatler olabilir.

4) Çok erken dönem KB; bebeklerin doğumdan sonraki ilk dakikalar içinde anneye verilmesidir. Bu zamanlamanın; tıbbi destek ihtiyacı olan preterm bebeklerden çok term bebeklere yapılması uygundur (6).

Anderson (6), 1990 yılında Helsingborg’da, komplikasyonsuz vaginal doğum sonrası her sağlıklı preterm yenidoğana, çok erken dönemde KB’nın verildiğini belirtmiştir. Bu uygulamadaki en küçük üç bebeğin, 27 - 28 haftalık olduğu, bebeklerin davranışlarının normal olduğu, postnatal dönemin olaysız geçtiği, bebeklerin emzirme ile tam beslenmiş olarak hastaneden çıktıkları ve gelişimlerinin normal olduğu belirtilmiştir. Danimarka’da ve Fransa’da da, çok erken dönemde KB uygulaması, sağlıklı doğan her preterm bebeğe yapılmaktadır (6).

- 3. Uluslararası Kanguru Bakımı Workshop’unda da belirtildiği üzere; bebek doğar doğmaz doğum odasında ya da YYBÜ’ndeki ilk saatlerinde yapılan kanguru bakımı, anne ve bebek için güvenli ve oldukça yararlıdır (www.kangaroo.javeriana.edu.com).

Yukarıda sözü edilen araştırmalar, bebeğin sağık durumuna göre KB'nın doğumdan hemen sonra başlanabileceğini ve erken KB'na başlamanın anne – bebek açısından yararlı olduğunu göstermektedir.



Resim 1: Doğum Odasında Kanguru Bakımı Uygulaması

Kaynak: Atlas Dergisi. Gagauzlar. Sayı: 109, s: 76, Nisan 2002

4.3. KANGURU BAKIMININ, PREMATÜRE BEBEKLERİN TEDAVİSİ, HEMŞİRELİK BAKIMI ve ANNE - BEBEK İLETİŞİMİNDEKİ YERİ VE ÖNEMİ

4.3.1. Kanguru Bakımının Prematüre Bebeklerin Tedavisindeki Yeri ve Önemi

Prematüre bebekler intrauterin gelişimlerini tamamlamadan doğdukları için tüm sistemleri immatürdür ve buna bağlı olarak da pek çok sorunları vardır. Bu sorunlar; vücut ısısının korunmasında, solunum sisteminde (RDS vb.), sindirim sisteminde (NEC), kardiyovasküler sistemde olduğu gibi anne bebek bağılılığının başlatılmasında ve gelişmesinde de ortaya çıkmaktadır (28, 41, 46).

Prematüre bebekler, vücut ısılarını koruyamamaktadırlar. Onların derisi ince, şeffaf, jelanitöz görünümlü ve ödemlidir. Verniks kazeoza gebeliğin geç döneminde olduğundan, prematüre bebeklerde çok az bulunmaktadır veya hiç oluşmamıştır. Kısacası normal yenidoğanların vücut ısılarını koruyabildikleri hiçbir fiziksel yapı oluşmamıştır ya da bebeğin doğum haftasına göre çok az oluşmuştur. Çok erken dönemde, çok daha sıcak bir ortamda (intrauterin) olmaları gerekirken, bu ortam dışında olmaları onların soğuk stresi yaşamalarına yol açmaktadır. Bu nedenle, erken doğumlardan hemen sonra prematüre bebekler, üstten ısıtılan açık ısıtıcılara ya da küvözlere konulmaktadır (28, 41, 46, 58).

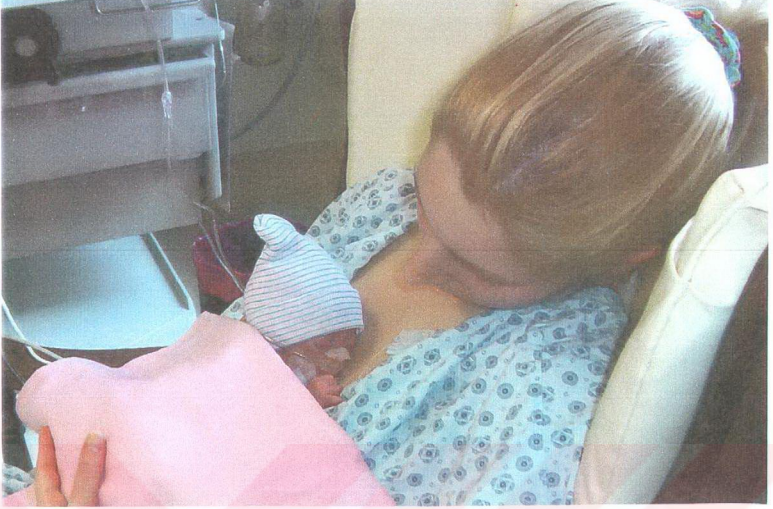
KB'nın ilk yapıldığı zamanlardan günümüze kadar gelen en önemli özelliklerinden biri; KB sırasında bebeklerin vücut ısılarını koruyabilmeleridir. Anne ya da babanın vücut ısısı, bebeğin vücut ısını da düzenlemektedir (6, 11, 37). Christensson ve arkadaşlarının (21), KB'nın, hipotermili yenidoğanlarda riskli olup olmadığını belirlemeye yönelik araştırmasında; annelerin metabolizmalarının, sadece bebeklerin ısılarını yükseltmek yönünde değil, ısıları yüksek olan bebeklerin ısılarını düşürerek stabil kalmalarını sağlamak yönünde de etki gösterdiği saptanmıştır. Uygulanan her KB'de, - birkaçı hariç - bebeklerin ısı kayıplarının olmadığı, annelerin ya da babaların birer canlı küvöz oldukları görülmüştür.

KB'ndaki tutma pozisyonunun, (baş yukarı pozisyonda, vücut dik, annenin iki memesi arasında), bebeğin solunum ve sindirim sistemi, motor aktivitesi ve amaçsız hareketleri, uyku düzeni üzerinde olumlu etkiler gösterdiği, yapılan çalışmalarda saptanmıştır (12, 37, 49).



Resim 2: Kanguru Bakımı *

*: Resim kullanımı için anneden izin alınmıştır



Resim 3: Kanguru Bakımı *

*: Resim kullanımı için anneden izin alınmıştır



Resim 4: Kanguru Bakımı *

*: Resim kullanımı için anneden izin alınmıştır

Prematüre bebekler; tam gelişmemiş solunum merkezi ve az gelişmiş alveolleri nedeniyle solunum sistemine ilişkin bir çok sorunla karşılaşılabilir (28, 41, 46). Prematüre bebeklerde toraks daha yumuşak ve solunum kasları daha zayıf olduğundan, solunum gücü yeterli değildir ve çekilmeler sık görülür. Prematüre bebeklerde öksürme ve öğürme reflekslerinin zayıf olması da, solunum yolundaki sekresyonların atılmasını güçleştirir (28, 46). Solunum sistemi yönünden, ‘*Periyodik solunum*’ prematüre bebeklerde oldukça yaygındır. Periyodik solunum; bebeğin bir kaç hızlı nefes aldıktan sonra 10-15 saniye kadar solumaması ve bu dönemin ardından tekrar hızlı nefes almaya başlamasıdır. Periyodik solunum sırasında, bebekte siyanoz ya da bradikardi gelişmez, bundan dolayı bebeğin uyarılmasına da gerek yoktur. Gestasyon haftası büyüdükçe bebekte periyodik solunum görülme sıklığı da azalmaktadır (28, 41, 46). Periyodik solunum süresinin 20 saniye üzerine çıkması ‘*Apne*’ olarak adlandırılır ve solunum sistemiyle ilgili önlemlerin alınmasını gerektirir. Çoğu zaman apneye bradikardi ve siyanoz da eşlik etmektedir. Bu nedenle prematüre yenidoğanlar; solunum, kalp atımı ve oksijen saturasyonunu gösteren monitörlerle izlenmelidir (28, 41, 45). KB esnasında, bebeğin yüzünün ebeveynin göğüs duvarına gelecek şekilde dik pozisyonda tutulması, toraksın genişlemesine ve yer çekimi etkisiyle alveollere daha fazla hava dolmasına katkıda bulunur. Bu nedenle; KB uygulanan bebeklerde apne ve bradikardi daha az görülür (6, 37, 49, 12).

Bebeğin gestasyon haftası küçüldükçe, amaçsız hareketleri artar. Amaçsız hareketler arasında; bebeğin kollarının sallanması, bacaklarının uzatılması, kafanın bir yandan öbür yana dönmesi yer almaktadır. Bu amaçsız hareketler iyileşme, onarma, büyüme ve olgunlaşma için gerekli oksijen ve kaloringin harcanmasına yol açar. Prematüre bebek tedavi ve bakımında gelişimsel bakımın hedefi; amaçsız ve enerji harcatıcı hareketleri en aza indirmek ve bebeğin çevredeki değişmelere aşırı tepkisini azaltmaktır (49). KB sırasında bebek kendini güvende hisseder. Bebeğin kendini güvende hissetmesi, vücut hareketlerinin kontrolünü artırır. Dolayısıyla KB sırasında, amaçsız hareketlerin de kontrolü sağlanmış olur (12, 49, 65).

KB, bebeğin aktif uykuda harcadığı zamanı azaltmakta ve derin / hareketsiz düzenli uykuda harcadığı zamanı arttırmaktadır. KB sırasındaki uyku, derin, sessiz, düzenli solunum yapılan bir uykudur. Bu uyku düzeninin, prematüre bebeklerde

genellikle 32. gestasyonel haftasından sonra ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ancak KB uygulanan gestasyon haftası küçük bebeklerin de, özellikle bir hafta ve üzeri KB seanslarından sonra derin ve düzenli uyudukları belirtilmektedir. Bu da; KB'na en erken dönemde başlanması ve uzun süre devam edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (6, 49).

KB esnasında bebeğin dik pozisyonda tutulması, aldığı yiyeceğin sindirim sistemi boyunca ilerlemesini de kolaylaştırmaktadır. Ayrıca anne göğüsleri arasında dik pozisyonda tutulan bebek meme uçlarındaki süt kokusunu duymakta ve memeye erişmeye hazırlanmaktadır. KB'nın anneye olan yararlarından biri de laktasyonu artırması ve emzirmeyi uzatmasıdır (6, 12, 19, 50, 73).

4.3.2. Kanguru Bakımının Anne – Bebek İletişimindeki Yeri ve Önemi, Hemşirelik Bakımı

Yoğun bakım ortamı, bebeğin doğum öncesi içinde bulunduğu intrauterin ortamdan farklıdır. Intrauterin ortamdaki sesler, annenin kalp atışlarından ve ritimlerinden oluşmaktadır. Işık yoktur ve annenin solunumu, hareket ritimleri ile bebek sürekli sarsılmaktadır (25). Miyadında doğan bebekler de bile; intrauterin ortamdaki karanlığı, sıcaklığı, ritmi terk ederek yepyeni bir ortama çıkmak, hayatın ilk ve en önemli ayrılığı olarak kabul edilir ki; bir de bebeğin prematüre olması bu işi daha da zorlaştırmaktadır (16, 17, 30, 65). Prematüre bebek; parlak ışıklı ve gürültülü yoğun bakım ortamında, genellikle sert bir şilte üstünde, ana - baba teması olmaksızın bulunmaktadır (25). Oysa ki doğum sonrası iki - üç gün içinde bebek ile ailesi arasında birbirlerine uyum sağlayarak, beraberliklerinden haz duyan bir ilişkinin oluşması beklenmektedir (58, 69). Kanguru bakımı denilen cilt cilde temas, bu sert ortamı çok narin preterm bebekler için, kısa süreli de olsa değiştirmenin ve anne - bebek iletişiminin başlatılmasının güvenli bir yolu olarak kabul edilmektedir (25).

Erken doğum sadece bebeği değil; maddi ve manevî olarak ebeveynleri de etkilemektedir. Bu nedenle, anne bebek ilişkisinin yalnızca bebek yönünden düşünülmesi ve annenin bebeği ile her koşulda aynı güçte bir bağ kuracağının

varsayılması da yanlıştır. Annenin sevgisi belli koşullara bağlıdır ve uyarılması gerekmektedir. Doğumdan sonra bebeklerinden ayrı kalan anneler, bebek sahibi olduklarına inanmakta güçlük çekebilir; kendilerini başarısız ve güvensiz hissedebilirler. Bu duygular, bebeklerin bulunduğu yoğun bakım ortamına girememe, bebeklerinden uzak kalma ve onu görememe ile daha da pekişmekte ve annelerin bebeklerini kabullenmesinde güçlük yaratmaktadır. Bebeğini kabullenemeyen annelerin onun gereksinimlerini yeterli oranda karşılaması beklenemez (2, 3, 15, 16, 24, 44). Bu nedenledir ki; uzun süre hastanede kalarak tedavi gören prematüre bebeklerin, daha sonraki yıllarda özellikle de aileleri tarafından istismar ve ihmal edilme riskleri vardır (16, 22, 24, 44).

Can'ın (17) ve Balcı'nın (9) belirttiklerine göre; O'Conner ve arkadaşlarının 1977'de, 134 olgu üzerinde yaptığı bir çalışmada, ilk iki gün 6 saat anne bebek teması sağlanıp daha sonra yavaş yavaş arttırılarak 12 saate çıkarılması sonucunda, ileride çocuğun dövülmesi, büyüme gelişmesinin geri kalması, terk edilmesi veya evlatlık verilmesi gibi istenmeyen durumların azaldığı gösterilmiştir.

Doğumda sağlıklı bebeğe sahip olamama ve bebeklerinin 'Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırılmış olması anne ve babada strese neden olmakta ve dolayısıyla aileler kriz yönünden risk altında bulunmaktadır.

Ana - baba – bebek iletişimini olumsuz şekilde etkileyen ve krize zemin hazırlayan olası stresörler şunlardır ;

- Doğum olayının erken olması, annenin ya da babanın duygusal olarak bu olaya hazır olmaması,
- Bebeğin yaşamını sürdürebilmesi için yoğun bakım ortamında anneden ayrı kalması, annenin bu gerçekle yüz yüze gelmesi,
- Annelerde bebeklerinin küçük ve narin görünümlerinden kaynaklanan ölüm veya sakat kalabileceği korkusu,

- Bebeğin başına gelen olaylardan annenin kendini sorumlu tutması, suçlaması, kendini başarısız ve yetersiz hissetmesi,
- Sağlık personelinin, aileyi yargılayıcı, suçlayıcı davranışları, bebekleri hakkında bilgi vermemesi, ziyaretlerini sınırlaması, sağlık ekibinin aile ile ve / veya kendi aralarındaki iletişim eksikliği,
- Babanın, anne ve/veya bebeğe karşı ilgisizliği ya da uzun süre hastanede kalması nedeniyle işini kaybetme riski,
- Annenin bebeği ile hastanede kaldığı günlerde, evdeki diğer çocukların bakım sorununun ortaya çıkması,
- Yenidoğan yoğun bakım ortamından kaynaklanan faktörler; solunum cihazı, monitör, ambu, maske, bebeğe uygulanan tedavi şekilleri ve bunların ailede, bebeğin durumunun söylenenden daha ağır olduğunu düşündürmesi, profesyonel olmayan kişilerden sağlıksız bilgilerin alınmasıdır (1, 2, 15, 23, 29, 53).

Bebeğe uygulanan, tanı ve tedavi işlemlerinin bilinmemesi, bebeğe bağlanan araç ve gereçlerin çokluğu, personelin heyecanlı çalışma temposu ebeveynlerin korku ve anksiyetesini artırır. Bu da bebekleri ile ilişki kurmalarını, özellikle de ona dokunmalarını güçleştirir. Ebeveynler, üniteye ilk geldiklerinde üniteyi tanıtan, malzemeleri anlatıp, bebeğe uygulanan müdahaleler hakkında bilgi veren hemşire ile, olumlu iletişime başlayabilir. Bilgili olmak, bilinmeyenin yarattığı korkuyu azalttığından; aile, ilk önceleri girmeye korktukları yoğun bakım ortamına yavaş yavaş alışmaya başlar (4, 23, 29, 40). Kendini güvende hisseden ve tanıdığı bir ortamda bulunan ebeveynler, bebekleri ile iletişime başlayabilirler.

Sevginin bir göstergesi olan dokunma; aynı zamanda iletişimin de başlangıcıdır. Prematüre bebek annelerinin tipik dokunma hareketleri; ilk önce parmak uçları ile bebeğin yüzünü, başını, kol ve bacaklarını nazikçe okşamak; daha sonra el ayası ile bebeğin vücuduna dokunmak ve onları incelemeye başlamak

şeklinde. Dokunma duyusu yenidoğan ve bebeklik döneminde çocuğun çevresini algılamasında çok önemlidir. Bebeği ile tanışmak için tensel teması kullanan anne, daha sonra bunu, sevgisini ifade etmekte kullanmaktadır. Bebek de kucağa alındığında, okşandığında bu duyu aracıyla çevresi ile ilişki kurmakta, çevresini tanımakta ve psikososyal gelişimi olumlu yönde etkilenmektedir (49, 16, 17, 22, 29, 40, 69). Bingham'ın (12) belirttiğine göre, Ludington-Hoe, bebeklerin kanguru pozisyonunda tutulması ve dokunulmasıyla intrauterin ortamda duymuş oldukları anne kalp atışını duyduklarını, kendilerini intrauterin ortamdaki gibi güvenli ve destekli bir pozisyonda hissettiklerini belirtmiştir. Ludington-Hoe'nun (50) bir başka çalışmasında, anneler, özellikle emzirme sırasında bebeklerinin ellerinin memeleri üstünde durmasından büyük haz aldıklarını belirtmişlerdir. KB, emziremeyen prematüre bebek annelerinin bu duygudan yoksun kalmamaları için, en ideal tutuş biçimidir. Çünkü KB sırasında bebek, memeden gelen süt kokusunu duymakta ve başını o tarafa çevirmekte, memeyi emmeye yönelmektedir. Bebeğin bu hareketi annede de özellikle laktasyonu artırma yönünde olumlu etki yapmaktadır (50). Bebeklerini kendilerine yakın tutmaktan ötürü rahatlayan ve zevk yaşayan annelerin, kendilerine güvenleri artmaktadır. KB boyunca anneler, bebeklerinin davranışları hakkında bilgi sahibi olmaktadır (12, 49)

İletişimin ana unsurlarından biri de, göz - göze temastır. Anne bebek arasındaki göz göze temasın, aralarında bağılılık gelişmesinde önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır. Yenidoğan bebek de göz göze gelmek isteyen ebeveynin yüz ifadelerini görerek, sesini duyarak, onunla olumlu duyguları paylaşabilmektedir (3, 16, 17, 29). Normal tutuş metodunda bebek battaniyeye sarılmakta ve anne ya da babanın kollarında yatay olarak yatmaktadır. Bu tutuş biçimi bebeğin yüzü ve ifadelerinin tam olarak, iyi bir şekilde görülmesini sağlamaktadır. KB esnasında ise; bebeğin başı anne çenesi altında fleksiyonda durduğu için, anne bebeğinin yalnızca saçlarını ve kafasını görebilmektedir. Bu nedenle literatürde, KB sırasında, bebeklerinin yüzlerini görememekten yakınan annelerin olduğu da belirtilmektedir (37, 53).

Beslenme için harcanan zaman, anne ve bebeğin birbirlerini benimseyip kabul etmesinde oldukça önemlidir. Bebeğin acıkarak heyecanlanması, anneye yansımakta,

annenin bundan duyduğu coşku da, onu süt vermeye hazırlamaktadır. Beslenme sırasında bebeğin kucakta tutulması, okşanması, sevilmesi, onunla oynanması da bebek için olumlu uyaranlardır. Bu karşılıklı iletişim ve uyaranlar sonucunda, annesini emen bebek şanslıdır, kendini mutlu ve güvende hissetmektedir (9, 69). İlk modern Perinatolog Fransız Pierre Budin'in 1907'de basılan kitabında; bebeklerinden çok erken ayrılan annelerin, onları besleyemedikleri için kısa zamanda ilgilerini kaybettikleri belirtilmektedir (17).

Anne bebek iletişimi sırasında, anneden bebeğine; dokunma, göz teması, ses, zaman, koku ve ısı transferi olurken, bebekten de anneye; göz teması, ses / ağlama, ve koku transferi olur (29, 43). Yoğun bakım ortamında küvöz içinde bulunan bebek, bütün bu davranış alışverişinden yoksun kalmaktadır. O nedenle, belirli aralıklarla anne ile tensel temasta bulunan prematüre bebek ve annesi, bu alışverişten mahrum kalmayıp, davranış etkileşiminde bulunmaktadırlar.

KB başlamadan önce ebeveynde görülen korku ve kaygı, KB başladıktan birkaç gün sonra kendinden emin olma, bebeği tutma ve ona bakma konusunda beceriye dönüşür (12). Yine yoğun bakım ortamında bebeklerini tutma fırsatına sahip olan ana - babalar bebeklerinin durumu, davranışsal ipuçları, pozisyonları ve gelişiminin yanı sıra ona uygun bakımı nasıl sağlayacaklarını da öğrenirler (31, 49).

Anne - bebek bağı; sadece doğum sonrası günlerin mutlu ve huzurlu geçirilmesi için önemli değildir. Yaşamın ilk günlerindeki bu yakınlaşma bebeğin birinci yılında da etkili olmakta, kişilik ve benlik gelişiminin temelini oluşturmaktadır. Bebeğin dünyadaki ilk sevgi nesnesi annesidir. ocuk sevgiyi anne ile öğrenir. Özellikle ilk 18 ay içinde eğitim biçimi, çocuğu yetiştirme şekli ve onunla kurulan duygusal etkileşim, çocuğun daha sonraki kişilik gelişiminde oldukça etkilidir. Hayatın ilk yılında bebeğin psiko-sosyal görevi güvenmeyi öğrenmektir. Olumlu anne ocuk ilişkisinin; temel güven duygusunun gelişmesinde etkin olduğu gözlenmiştir. Bebekle annesinden doğan güven duygusu, insanın ileride kuracağı kişiler arası ilişkilerin temelini oluşturmaktadır. Bebeğin ihtiyaçlarına, annenin yerinde ve zamanında yönelebilmesi, onun sıkıntılarını giderebilmesi, sözsüz dilini anlayabilmesi, anneye bebek arasında kurulan karşılıklı anlayış ve güvenin temelini

oluşturmaktadır. Ayrıca bu dönemin başarı ile tamamlanması sonucunda çocukta aşırı bağımlılık olmadan, kıskançlık duyguları yaşanmadan diğer insanlara bir şeyler verebilme, karşılık beklememe alışkanlığı gelişmektedir. Doğumdan sonra erken dönemde, ebeveynleri ile iletişime başlayan ve bunu sürdürerek büyüyen bebekler; kendilerine ve başkalarına rahatlıkla güvenebilmektedirler (22, 33, 34, 39, 55, 66, 67, 69).

KB'nın, bebek ve aile için belirtilen olumlu sonuçları şöyle özetlenebilir.

- KB sırasında bebeğin vücut ısısı stabil kalmakta ya da artmaktadır(6, 10, 11, 18, 21, 35, 36, 37, 45, 48, 51, 62, 65, 70).
- KB sırasında bebeğin kalp atımı, dakikadaki solunum sayısı ve oksijen saturasyonunda anormallik gözlenmemekte, apne ve bradikardide azalma kaydedilmektedir(6, 12, 35, 36, 45, 48, 51, 56, 65, 70).
- KB, bebeklerin kilo almasını engellememekte, aksine bebeklerin düzenli ve hızlı kilo alımına katkıda bulunmaktadır (19, 25, 36, 53, 56, 57, 60, 65) (www.kangaroo.javeriana.edu.com) .
- KB uygulamalarında, özellikle çapraz enfeksiyonların engellenmesiyle morbidite azalmaktadır (19, 35, 45, 47, 62) (www.kangaroo.javeriana.edu.com).
- KB uygulanan, bebekler hastaneden daha erken sürede çıkmaktadır(2, 6, 19, 25, 45, 47, 53, 56, 57, 60) (www.kangaroo.javeriana.edu.com) .
- KB yapan annelerin, kendine olan güveni artmakta, suçluluk duygusu, bakım vermede yetersizlik korkusu azalmakta, bebek bakımı becerileri artmaktadır. KB uygulamaları annelere hamileliği tamamlama duygusu vermektedir (1, 2, 12, 18, 37, 42, 45, 56, 65, 70).

- KB, annede laktasyonu ve erken emzirme isteğini arttırmaktadır (5, 10, 18, 32, 35, 36, 42, 45, 56, 65) (www.kangaroo.javeriana.edu.com) .

- KB, ebeveyn bebek bağının kurulmasını ve sürdürülmesini, aile içi iletişimin başlatılmasını desteklemektedir (1, 2, 6, 10, 18, 35, 36, 37, 40, 42, 53, 56, 72) (www.kangaroo.javeriana.edu.com) .

Bütün bu bilgilere karşın hastanelerimizin yoğun bakım servislerindeki uygulamalar çocuk ve annenin ilk dakikalarını birlikte geçirmelerine, KB'ye başlamaya ya da en yakın zamanda ilişkiye girmelerine izin vermemektedir. Bakım işlevlerinin hemen hepsinin hemşire tarafından üstlenilmesi, annenin genellikle bakıma katılamaması, anneyi bebekten uzaklaştıran önemli faktörlerdir (3, 17). Bu sadece bizim ülkemizde değil, diğer ülkelerde de geçerli olan bir durumdur. Bingham (12) da, KB uygulamasındaki engellerden bazılarının, sağlık elemanlarının değişimlere karşı direnç göstermesi, KB için uygun oda ve mahremiyet olanaklarının yaratılmaması olduğunu belirtmiştir (3, 17). YYBÜ'de görevli sağlık elemanları, bebeğin fiziksel, duygusal, sosyal ve zihinsel gelişimini içeren bütüncül bir bakım felsefesine sahip olmalıdır. Aile, bakım ekibinin en önemli unsurları olarak görülmeli ve ebeveyn – bebek bağılılığını geliştirici müdahalelere önem verilmelidir (56, 65). Bu bağlamda YYBÜ'de çalışan sağlık elemanları ve özellikle hemşireler, aşağıda sözü edilen müdahaleleri mutlaka gerçekleştirmelidir.

- Doğum sonrası anne ile bebek arasındaki yakın teması en kısa zamanda ve yeterli ölçüde sağlamalı, bebeği gereksiz yere annesinden uzaklaştırmamalı, anneyi iletişim - etkileşim için desteklemelidir (9, 22, 65),

- Doğum sonrasında anneye yakın olan kişileri anneye nasıl destek verebilecekleri konusunda bilgilendirmelidir (9),

- Ailenin bebeğe ilgisini ve aile – bebek arasındaki ilişkiyi gözleyip değerlendirmelidir. Annenin bebeğine düşmanca ve sevgiden uzak, ilgisiz ve kırgın

davranması, bebeğinden memnun olmaması, bebeği ile göz temasından kaçınması ve babanın hastaneye gelmemesi gibi durumların olup olmadığını gözlemelidir (9, 65),

- Bebeğe, annesi ile teması kolaylaştırıcı pozisyonlar vermelidir. Mümkün olduğu kadar ailelerin bebeklerine dokunma ve bakmalarına izin vermeli, bu konuda anne ve babaları teşvik etmeli, bebek bakımını öğretmelidir (9, 23).

- Anneleri, bebeklerini emzirmeleri konusunda desteklemeli (9, 23).

Yukarıda belirtilenlerden çoğunluğu kanguru bakımı uygulaması ile kolayca gerçekleştirilebilir.



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli:

Erken ve geç dönemde uygulanmaya başlanan kanguru bakımının, anne ve bebeğe etkilerini belirleyici bu araştırma yarı deneysel bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri:

Araştırma Vehbi Koç Vakfı (VKV) Amerikan Hastanesi ve Alman Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde gerçekleştirilmiştir. Her iki hastane yönetiminden araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli izin alınmıştır (Ek: 6, 7).

VKV Amerikan Hastanesi'nde ünite 10 yataklı olup, biri başhemşire olmak üzere 14 hemşire, 3 doktor, 3 hastabakıcı ve 1 sekreter; Alman Hastanesi'nin YYBÜ'si 12 yataklı olup, biri başhemşire 12 yoğun bakım hemşiresi, 2 doktor, 4 hastabakıcı ve 1 sekreter görev yapmaktadır. Her iki hastanenin de yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde 25 ile 40 haftalık özel bakım gereksinimi olan bebekler tedavi görmektedir.

Bebeklerin doğum kiloları ve gestasyon haftaları küçüldükçe hastanede kaldıkları süre o oranda uzamaktadır. Gestasyonel haftası 34 haftadan büyük bebeklerin dış dünyaya uyumları daha kısa zamanda gerçekleştiğinden, anneler tarafından doğum sonrası emzirilmeye başlanmakta, bu nedenle kısa sürede hastaneden taburcu olabilmektedirler. 34 gestasyon haftasından küçük doğan bebeklerin, solunum güçlükleri, kalp dolaşım fonksiyonları, enfeksiyon riski ve beslenme problemleri yönünden yeni yaşamlarına uyum sağlamaları zaman aldığından, hastanede kalış süreleri, sorunlarının ciddiyeti ile doğru orantılı olarak artmaktadır.

VKV Amerikan Hastanesi'nde 1998 yılının Ekim ayından itibaren, Alman Hastanesi'nde 2000 yılının Eylül ayından itibaren kanguru bakımı uygulanmaktadır.

Doğumdan yaklaşık 7-10 gün sonra solunumu ve genel durumu stabil olan her bebeğe beslenmelerden önce 30-45 dakika kanguru bakımı yapılmaktadır. Dolayısıyla yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin tümü kanguru bakımı konusunda yeterli deneyime sahiptir.

KB anında anne göğsünün ve bebeğin çıplak olması nedeniyle ortamın ısıısının 24- 26 °C olmasına dikkat edilmektedir. Literatürde de, yoğun bakım ortamının KB uygulaması sırasında bu ısıda olması önerilmektedir (45, 71).

5. 3. Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini üniteye gelen tüm bebekler ve anneleri oluşturmaktadır.

VKV Amerikan Hastanesi YYBÜ'ne, araştırmanın yapıldığı 2002 yılında toplam 93 bebek yatmıştır. Bebeklerin 12 'si 28. gestasyon haftasında küçük, 40'ı 28 - 34 gestasyon haftası arasında, 41'i de 34. gestasyon haftasından büyüktür.

Alman Hastanesi YYBÜ'ne, araştırmanın yapıldığı 2002 yılında toplam 85 bebek yatmıştır. Bebeklerin 8'i 28. gestasyon haftasından küçük; 51'i 28 - 34 gestasyon haftası arasında, 26'sı da 34. gestasyon haftasından büyüktür.

5. 4. Araştırmanın Örneklemi:

Örneklem grubuna alınan bebekler ve annelerin özellikleri:

○ Gestasyonel haftası 28 - 34 arasında olan preterm bebekler (Gestasyonel haftası 34'ten büyük bebeklerin, dış dünyaya uyumları daha kısa zamanda gerçekleştiğinden, anneler tarafından, doğum sonrası emzirilmeye hemen başlanmakta, bu nedenle kısa sürede hastaneden çıkmaktadırlar (13). 34 haftalıktan büyük bebekler çalışma kapsamına alındıkları taktirde, bunların araştırma verileri toplanmadan taburcu edilme riskleri olduğundan, bu bebeklerin örneklem grubuna alınmamaları uygun bulunmuştur),

- Mekanik Ventilasyon desteği olmayan bebekler. (Bebeğe nazal kanül veya nazal cpap ile solunum desteği sağlanıyor olabilir.)

- Minimal handling protokolü uygulanmayan bebekler (minimal handling protokolü: preterm yenidoğana minimal dış uyaran vermeyi amaçlayan, girişimlerin ve bakımın en az dokunuşta ve en kısa zamanda uygulanmasıdır.)

- Doğum kilosu 2000 gr. altında olan bebekler (34 gestasyon haftasından önce doğan bebeklerin ortalama doğum kiloları 2000 gr. altındadır. 2000 gr. üstündeki bebekler daha kısa sürede hastaneden çıkmaktadırlar (13). Gestasyon haftası 34, doğum kilosu 2000 gr. üstündeki bebekler çalışma kapsamına alındıkları takdirde yalnızca erken dönem KB uygulanan gruba katılmaları mümkündür. Ancak, gestasyon haftası ve doğum kilosu KB'ni etkileyecek önemli bağımsız değişkenlerden olduğu için geç dönem KB grubuna da aynı özelliklere sahip bebeklerin yerleştirilmesi gerekir. Bu durumda geç dönem KB grubuna bu özelliklere uygun bebek bulunması güçleşeceği için doğum kilosu 2000 gr. üstü olan bebeklerin çalışma kapsamına alınması uygun bulunmamıştır),

- Umbilikal Arter Kateteri olmayan bebekler,

- Enfeksiyon sorunu olmayan anneler (özellikle, yakın temasla bulaşabilecek türden enfeksiyonlar, bebekte morbidite riski yaratacağından, annenin enfeksiyonu geçene kadar KB kısıtlanmalı)

- Sepsis şüphesi veya sepsisi olmayan bebekler

Bu özelliklere sahip bebeklerin gestasyon haftaları, doğum kiloları, çoğul gebelik olup olmadıkları dikkate alınarak, 30'u erken dönem kanguru bakımı uygulanacak deney grubuna (KB'na doğum sonrası 2 - 6. günde başlananlar), 30'u geç dönem kanguru bakımı uygulanacak kontrol grubuna (KB'na doğum sonrası 7. gün ve sonrasında başlananlar) yerleştirilmiştir.

Her iki hastanenin yoğun bakım servislerinde, bu kriterlere uyan fakat örneklem grubuna alınamayan 31 bebek olmuştur. Bebeklerin örneklem grubuna alınamama nedenleri; başka hastaneye transport olmaları, prematürelilik haricinde yatış tanılarının bulunması (özafagus atrezisi, rectal atrezi vs..), uzun süren sepsis dönemi geçirmeleri ve genel durumlarının stabil olmaması, ikiz bebek sahibi bir annenin carpal sendromu geçirmesi nedeniyle bebeklerini uzun süre tutamamasıdır.

Evreni oluşturan bebekler, erken dönemde KB'na başlanıp başlanamayacağını belirlemek üzere, bir başka deyişle evrenin ne kadarına erken dönemde KB başlanabileceğini genel olarak belirlemek amacıyla incelenmiş ve aşağıdaki bilgiler ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda, geç dönem KB grubunda bulunan 20 bebek, erken dönemde de KB'na başlanabilecek özelliklere sahiptir. Fakat araştırmamızda kontrol grubunu oluşturmak amacıyla, bu bebeklere doğumdan 7 gün veya daha sonrasında KB başlanmıştır. Her iki hastanenin YYBÜ'lerine yatan 34. gestasyon haftasından büyük bebekler de (67 bebek) erken dönemde KB'na başlanabilecek özelliklere sahiptir. Evrendeki tüm bebekler incelendiğinde; 11 aylık veri toplama süresi içinde, kliniğe yatan bebeklerin % 66'sı erken dönemde KB'na başlanabilecek durumdadır

5. 5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veri toplama araçları olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş; Kanguru Bakımı Rehberi, Anne ve Bebeği Tanıtıcı Özellikler Formu, Kanguru Bakımı Günlük İzlem Formu, Beş Günlük Kanguru Bakımı Sonrası Bebek İzlem Formu ve annenin KB sırasında durumluk kaygı düzeyini ölçen 'Sürekli - Durumluk Kaygı Envanteri' kullanılmıştır.

○ Kanguru Bakımı Rehberi; kanguru bakımının ne olduğunu ve nasıl uygulandığını ebeveynlere açıklamak amacıyla kullanılan rehberdir (6, 50) (Ek -1).

○ Anne ve Bebeği Tanıtıcı Özellikler Formu; annenin ve bebeğin genel durumunu ve özelliklerini (anne yaşı, gebeliği oluşma şekli, bebeğin doğum haftası, bebeğin yatış tanısı vb...) içeren formdur (14, 21, 37) (Ek – 2).

○ Kanguru Bakımı Günlük İzlem Formu; Her kanguru bakımı sırasında, bebeğin o günkü hemşiresi veya araştırmacı tarafından her bebek ve anne için doldurulması amacıyla oluşturulan formdur. Formda bebeğin o günkü genel durumu, KB sırasındaki vital bulguları ve KB'ye tepkisi, annenin bebeği ile olan etkileşimi, annenin kanguru bakımı sonrası kendisi ve bebeği hakkındaki duygu ve düşüncelerini içeren bilgiler bulunur (14, 21, 29, 37) (Ek - 3).

○ Beş Günlük Kanguru Bakımı Sonrası Bebek İzlem Formu; Beş günlük kanguru bakımı uygulaması sonrası, bebeğin hastanede kaldığı diğer günlerde, genel durumunu belirlemek amacıyla hazırlanan formdur (Ek – 4).

○ Durumluk Kaygı Envanteri / Kendini Değerlendirme Formu: Bu form, 1970 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş; Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından Türkçe'ye çevrilerek uyarlanmıştır. Asıl adı 'Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri' olan bu formun, bireylerin çekinmeden ve içtenlikle soruları yanıtlamalarını kolaylaştırmak amacı ile “ Kendini Değerlendirme Formu ” adı altında kullanılması, yazarlar tarafından önerilmektedir. Formda bireylerin kendi duygularını anlatmada kullanabilecekleri 40 ifade bulunmaktadır. Bunlardan ilk 20'si bireylerin duruma bağlı anksiyete düzeylerini ölçmektedir ki; bu çalışmada bu ilk bölüm ifadeleri kullanılmıştır. Diğer 20 ifade ise sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için kullanılmaktadır (54) (Ek – 5).

5. 6. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının ön uygulaması, VKV Amerikan Hastanesi'nde 10 prematüre bebek ve annesi ile yapılmış ve son şekilleri verilmiştir.

5. 7. Verilerin Toplanması

Örnekleme alınacak kriterlere uygun prematüre bebek üniteye kabul edildiğinde; anne bebeğini en az bir kez gördükten sonra, araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Annenin onayı alındıktan sonra anneye KB hakkında bilgi verilmiş (Ek 1), bebek ve anneyi tanıttıcı özellikler formu (Ek 2)

doldurulmuştur. Bebekler, gestasyon haftası, yatış tanısı, çoğul gebelik olup olmadığı gibi özellikler yönünden eşleştirilerek deney ya da kontrol grubuna yerleştirilmişlerdir. Deney grubu bebeklere, doğumdan sonra 2 – 6 gün arası (erken dönem), kontrol grubu bebeklere, 7 gün ve sonrasında (geç dönem) KB uygulanmaya başlanmıştır. Geç dönem KB uygulanmaya başlanan annelere; KB'nın normalde, doğumdan 7 gün veya daha sonraki günlerde başladığı; yaptığımız araştırma nedeniyle bazı bebeklerin doğumdan 2 - 6 gün sonra KB'na başladığı anlatılmış, anneler tarafından bu zaman ayrımı sorun haline getirilmemiştir.

Araştırmaya alınan bebeklere, beş gün süreyle kesintisiz her gün, günde bir kez, 30 - 45 dakika KB uygulanmıştır. Beslenen bebeklerde özellikle beslenmelerden önce KB yapılmıştır. '*KB Günlük İzlem Formu*' (Ek 3) her bebeğe, araştırmacı ya da bebeğin o günkü hemşiresi tarafından doldurulmuştur. Beş gün sonrasında da KB klinik içinde devam etmesine karşın araştırma için veri toplama işlemi sürdürülmemiştir.

Kanguru bakımının günde bir kez yapılmasının nedenleri; ilk günlerde annelerin sezeryan ağrılarının olması ve anneler hastaneden çıktıktan sonra evden bebeklerini ziyarete günde bir kez gelebilmeleridir.

Çoğul bebeklerde ardışık KB uygulaması yapılmıştır. Anne ilk olarak hangi bebeğine kanguru bakımı yapmaya başlamışsa, beş gün boyunca aynı bebek ile devam etmiş ve bu bebek erken dönem KB grubuna alınmıştır. İkinci bebeğe yedinci günden sonra kanguru bakımı yapmış ve bu bebek de geç dönem KB uygulanan gruba alınmıştır. Çoğul gebeliklerde bir gün içinde, birden fazla KB uygulaması, annede yorgunluk ve isteksizliğe neden olup annenin bebeği ile ilişkisini, dolayısıyla bebeğin tepkilerini de olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle çoğul gebeliklerde, KB'na önce bir bebekle başlanmış, beş günlük KB uygulaması sonrası diğer bebeğe KB başlanmıştır. Bu gerekçe annelere açıklandığında olumsuz tepki gelmemiştir.

Beş günlük KB uygulamalarını takiben, bebekler araştırma grubundan çıkarılmış, ancak, hastaneden taburcu edilmeleri ilerleyen günlerde olduğu için bu aradaki durumları, taburculuk öncesi araştırmacı tarafından “ Beş Günlük KB Sonrası Bebek İzlem Formu”na (Ek 4) kaydedilmiştir.

Annenin durumluk kaygı düzeyini belirleyen ‘Kendini Değerlendirme Formu’ (Ek 5) birinci ve beşinci kanguru bakımından sonra araştırmacı tarafından annelerle birebir görüşülerek doldurulmuştur.

Veri toplama işlemi, Ekim 2001 – Eylül 2002 tarihlerini kapsayan 11 aylık sürede tamamlanmıştır.

5. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Ek 2’deki Soru 5; 30. ve daha küçük gestasyon haftası ile 31. ve daha büyük gestasyon haftası olacak şekilde, iki grup halinde değerlendirmeye alınmıştır. Ek 3’teki 12. sorunun seçenekleri gruplandırılarak değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Ek – 5’te verilen ‘Kendini Değerlendirme Formu’ndaki ifadelerin, dört seçeneği bulunmakta olup, 1 – 4 arası puan verilmektedir. “ Hiç” seçeneği 1, “Biraz” seçeneği 2, “ Çok” seçeneği 3, “ Tamamiyle” seçeneği 4 puandır. Formdaki ifadeler, doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler şeklindedir. Tersine dönmüş ifadeler “1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.” maddelerdir. Doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılmış, elde edilen değere durumluk kaygı ölçeğinin değişmez değeri olan 50 sayısı eklenerek, annelerin KB sırasında durumluk kaygı puanı elde edilmiştir. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri’ni geliştirmiş olan Spielberger ve arkadaşları, durumluk kaygı puanı 60’ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğunu belirtmektedir (54).

Araştırmada, 5 günlük süre içinde 5 kez uygulanan KB esnasında anne ve bebeğe ait veriler (Ek 3) toplanmasına karşın; aradaki değerlendirmeler karmaşıklığa yol açtığı ve I. ile V. değerlendirmeler de, yeterli bilgi sağladığı için bulgular bölümünde I. ve V. değerlendirme sonuçları verilmiştir.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS for Windows paket programından yararlanılmış; yüzdelik dağılımlar, ki-kare (Pearson ve Fisher), student t testi, wilcoxon z testi, çift yönlü varyans analizi F testleri kullanılmıştır.



6. BULGULAR

Elde edilen bulgular iki bölümde ele alınmıştır. Araştırmanın sonucuna direkt hizmet eden bulgular birinci bölümde, diğer ilgili bulgular ikinci bölümde verilmiştir.

Birinci bölümde anne ve bebeğin genel özellikleri ile erken veya geç KB uygulamanın bebeklerin fiziksel ve gelişimsel özellikleri, annelerin bebekleri ile olan iletişimleri ve durumluk kaygı düzeyleri üzerine etkisine yönelik bulgular yer almaktadır (Tablo 1 – 17).

İkinci bölüm de ise; KB sırasında bebeği ve anneyi etkileyebilecek değişkenler olarak düşünülen; gestasyon haftası, yatış tanısı, KB öncesi bebeğe invaziv veya noninvaziv işlem uygulanması, annenin davranışları ve durumluk kaygı düzeylerini içeren bulgular yer almaktadır (Tablo 18 – 25).

I. BÖLÜM

Tablo 1: Prematüre Bebeklerin ve Annelerinin Genel Özellikleri

Bebeğin ve Annenin Özellikleri	KB'na Başlama Zamanı				TOPLAM		x ²	
	Erken		Geç					
<u>Gestasyon Haftası</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>		
28-29 GH	4	13.3	7	23.3	11	18.3		
30-31 GH	12	40.0	14	46.7	26	43.3	2.059	p>0.05
32 GH ... +	14	46.7	9	30.0	23	38.3		
<u>Doğum Kilosu</u>								
999 gr. ve altında	1	3.3	3	10.0	4	6.7		
1000 - 1499 gr.	10	33.3	8	26.7	18	30.0	1.222	p>0.05
1500 - 2000 gr.	19	63.3	19	63.3	38	63.3		
<u>Yatış Tanısı</u>								
Prematüre	18	60.0	18	60.0	36	60.0		
Prematüre ve SGA	9	30.0	8	26.7	17	28.3	0.202	p>0.05
Prematüre ve RDS	3	10.0	4	13.3	7	11.7		
<u>Çoğul Gebelik mi?</u>								
Hayır	13	43.3	13	43.3	26	43.3	0.000	p>0.05
Evet	17	56.7	17	56.7	34	56.7		
<u>Anne Yaşı</u>								
20 – 29 yaş	13	43.3	10	33.3	23	38.3	0.635	p>0.05
30 yaş ve üstü	17	56.7	20	66.7	37	61.7		
<u>Anne Eğitimi</u>								
İlköğretim	3	10.0	7	23.3	10	16.7		
Lise	5	16.7	5	16.7	10	16.7	2.000	p>0.05
Üniversite	22	73.3	18	60.0	40	66.7		
<u>Paravida Sayısı</u>								
1	27	90.0	24	80.0	51	85.0	* 0.472	p>0.05
2 ve üstü	3	10.0	6	20.0	9	15.0		
<u>Gebeliğin Oluşma Şekli</u>								
Normal gebelik	9	30.0	11	36.7	20	33.3	0.300	p>0.05
Müdahaleli gebelik	21	70.0	19	63.3	40	66.7		
<u>Doğum şekli</u>								
NSD	1	3.3	0	0.00	1	3.3		
CIS	29	97.7	30	100.0	59	97.7		
<u>Toplam</u>								
	30	100.0	30	100.0	60	100.0		

* Fisher Exact Test uygulanmıştır.

Erken ve geç dönem KB uygulanacak bebek ve anne grubu, önemli bağımsız değişkenler yönünden eşleştirilmeye çalışılmış olmasına rağmen, bu değişkenler yönünden gruplar arası farklılık tekrar test edilmiş ve Tablo 1’de verilmiştir.

Prematüre bebeklerin gestasyon haftalarına göre dağılımları incelendiğinde; erken dönem KB uygulanmaya başlanan bebeklerin %46,7’si 32 ve daha büyük gestasyon haftasında iken, geç dönem KB uygulanmaya başlanan bebeklerin %46,7’si 30-31 gestasyon haftasındadır. Ancak aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$)

Erken ve geç dönem KB uygulanan prematüre bebeklerin; %63,3’ünün doğum kilosu 1500-1999gr arasındadır. Çalışmadaki diğer bebekler 1500 gramdan daha düşük kilolu doğmuşlardır.

Bebekler üniteye yatış tanıları açısından incelendiğinde; hem erken hem geç dönemde KB’na başlanan bebeklerde, prematürite nedeniyle kliniğe yatırılma oranı %60’tır. Diğer bebeklerde prematürite ile birlikte SGA (Small for Gestasyonel Age), RDS (Respiratuar Distres Sendromu) ve diğer solunum sistemi hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. RDS’li bebekler, ventilatör desteğinden ayrıldıktan sonra araştırma örneklemine alınmışlardır.

Her iki grubun da ikiz bebek oranı % 56,7’dir.

Erken veya geç dönemde KB uygulanmaya başlanan gruplar arasında bebeğin, doğum kilosu, yatış tanısı ve çoğul gebelik ürünü olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$).

Annelerin yaşlara göre dağılımları incelendiğinde; erken KB grubundaki annelerin %43,3’ü, geç KB grubundaki annelerin %33,3’ü 20-29 yaş grubundadır. 30 yaş ve üstü anneler erken grupta %56,7, geç grupta %66,7’dir. Erken (%73,3) ve geç (%60,0) gruptaki annelerin büyük çoğunluğu üniversite mezunudur. Her iki grupta

da annelerin büyük çoğunluğunun sahip oldukları ilk bebek bu çalışmadaki bebekleridir.

Çalışmaya alınan annelerin müdahaleli gebelik (IVF, ICSI) sonucu hamile kalma oranları oldukça yüksek olup, bu oran erken KB grubunda % 70, geç KB grubunda % 63.3'dür.

Erken veya geç KB gruplarına alınan anneler, yaş, eğitim düzeyi, sahip oldukları bebek sayısı ve gebeliğin oluşma şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedirler ($p>0.05$).

Tablo 2: Bebeklerin Doğumdan Sonra KB'na Başlanan Günlere Göre Dağılımları

Doğumdan sonra KB'na başlama zamanı	<u>Erken KB grubu</u>	
	n	%
2. - 3. gün	19	63
4. 5. 6. gün	11	37
<u>Toplam</u>	30	100.0
Doğumdan sonra KB'na başlama zamanı	<u>Geç KB grubu</u>	
	n	%
7. ve 8. gün	11	37
9. ve 10. gün	9	30
11. ve 17. gün	10	33
<u>Toplam</u>	30	100.0

Erken dönemde KB'na başlanan bebeklerin % 63'ü doğumdan sonra 2. ve 3. günlerde; geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin % 37'si doğumdan sonra 7. ve 8. günlerde KB'na başlamışlardır.

Tablo 3: Erken Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin I. ve V. KB Sırasındaki Yaşam Bulguları (N=30)

<u>I. KB Sırasında</u>	<u>KB Başlangıcı</u>		<u>KB Sonu</u>			
<u>Bebeğin</u>	$\bar{X}$	$\pm SD$	$\bar{X}$	$\pm SD$	t	
Vücut Isısı	36.67	0.18	36.71	0.23	1.083	p>0.05
Kalp Atım Sayısı	151.5	15.99	146.06	12.12	2.110	p=0.044
Solunum Sayısı	45.46	13.39	47.36	9.7	0.667	p>0.05
<u>V. KB Sırasında</u>						
<u>Bebeğin</u>						
Vücut Isısı	36.69	0.25	36.69	0.26	0.165	p>0.05
Kalp Atım Sayısı	152.1	11.83	150.6	11.05	0.709	p>0.05
Solunum Sayısı	49.53	11.14	49.10	9.07	0.205	p>0.05

Çalışmamızda, KB'na başlamadan önce bebeklerin vücut ısıları axiller yoldan ölçülmüş, dakikadaki solunum sayıları ve kalp atım hızları bebeklerin bağlı oldukları monitörlerden (Kanguru Bakımı Günlük İzlem Formu'na; Ek – 3) kaydedilmiştir. KB sonunda da aynı veriler tekrar kaydedilmiş ve KB öncesi ile KB sonunda yaşam bulguları açısından bebekler karşılaştırılmıştır.

KB'nin ilk gününde bebeğin, KB başlangıcında vücut ısısı ortalaması 36.67°C, KB sonunda vücut ısısı ortalaması 36.71°C ölçülmüş ve aradaki farklılığın anlamsız olduğu belirlenmiştir (p > 0.05). KB'nin V. gününde KB başlangıcındaki (36.69 °C) ve sonundaki (36.69 °C) ısı ortalamalarında değişiklik yoktur (p>0.05).

KB'nin ilk gününde bebeğin, KB başlangıcında ortalama kalp atım sayısı 151.5 / dakika, KB sonunda ortalama 146.06 / dakikadır. KB başlangıcı ve sonundaki kalp atım sayılarının ortalamasında dakikada 5 sayılık azalma istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur ($p=0.044$). V. KB’da başlangıç ortalama kalp atım sayısı ile KB sonundaki ortalama kalp atım sayısı arasında bir azalma söz konusu olmasına rağmen, bunun istatistiksel olarak bir anlamı yoktur ($p>0.05$).

KB’nin ilk gününde bebeğin solunum sayısında, KB başlangıcı ve sonu ortalamasında, dakikada 2 sayılık bir artış olmuş ancak bu istatistiksel yönden anlamli bulunmamıştır ($p>0.05$). KB’nın 5. gününde solunum sayılarında değişiklik olmamıştır. Her iki değerlendirmede solunum sayısı ortalamaları istatistiksel olarak anlamli değildir ($p>0.05$).



Tablo 4: Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin I. ve V. KB Sırasındaki Yaşam Bulguları (N=30)

<u>I. KB Sırasında</u>	<u>KB Başlangıcı</u>		<u>KB Sonu</u>			
<u>Bebeğin</u>	$\bar{X}$	$\pm SD$	$\bar{X}$	$\pm SD$	t	
Vücut Isısı	36.67	0.20	36.69	0.23	0.427	p>0.05
Kalp Atım Sayısı	151.4	10.58	143.4	11.90	4.35	p=0.00
Solunum Sayısı	49.16	12.25	46.56	12.57	1.07	p>0.05
<u>V. KB Sırasında</u>						
<u>Bebeğin</u>						
Vücut Isısı	36.65	0.15	36.73	0.12	2.20	p=0.035
Kalp Atım Sayısı	154.16	13.10	154.56	12.59	0.116	p>0.05
Solunum Sayısı	44.46	13.59	46.66	14.05	1.27	p>0.05

KB'nin I. gününde KB başlangıcı (36.67 °C) ve sonundaki (36.69 °C) vücut ısısı ortalama değerlerinde anlamlı bir farklılık olmamasına karşın, KB'nın 5. gününde KB sonunda ölçülen vücut ısısı ortalaması 0.035 yanılma payı ile anlamlı yükselme göstermiştir. Ancak KB sonrasında ölçülen vücut ısısı yükselmesi, klinik olarak önemli derecede değildir.

KB'nin ilk gününde ortalama kalp atımı ve solunum sayılarında, KB sonunda başlangıcına oranla azalma görülmektedir. Ortalama kalp atım sayısı dakikada 151.4'den 143.4'e düşmüştür. Bu düşüş istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0.00).

KB'nin I. gününde ortalama solunum sayısı dakikada 49.16'dan 46.56'ya düşerken, KB'nin 5.gününde ortama solunum sayısı dakikada 44.46'dan 46.66'ya yükselmiştir. Her iki gündeki bu farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 5: KB’na Erken ve Geç Dönemde Başlanan Bebeklerin, KB Başlangıcı ve Sonundaki Yaşam Bulgusu Ortalaması Farklarının Karşılaştırılması (N:60)

<u>I. KB</u> <u>Yaşam Bulguları</u>	Erken Dönem KB (n:30) Yaşam bulgusu ortalama farkı ±SD		Geç Dönem KB (n:30) Yaşam bulgusu ortalama farkı ±SD		t	
Vücut ısısı	0.04	0.23	0.02	0.25	0.419	p>0.05
Kalp atım sayısı	5.4	14.1	8.0	10.0	0.811	p>0.05
Solunum sayısı	1.9	15.6	2.6	13.28	1.203	p>0.05
<u>V. KB</u> <u>Yaşam bulguları</u>						
Vücut ısısı	0.0067	0.22	0.08	0.18	1.53	p>0.05
Kalp atım sayısı	1.5	11.3	0.4	18.95	0.463	p>0.05
Solunum sayısı	0.4	11.6	2.2	9.42	0.965	p>0.05

Tablo 5’te bebeklerin I. ve V. KB sırasında yaşam bulgularının, KB başlangıç ve sonu arasındaki ortalama farkları yer almaktadır.

KB’nin I. gününde kalp atım sayısı, erken KB’na başlanan grupta dakikada 5.43 sayı düşerken, geç başlanan grupta dakikada 8 sayı düşmüştür. KB’nın V. gününde erken KB grubunda kalp atım sayısı ortalama farkı 1.5 iken, geç KB grubunda 0.4’tür. Bunun karşıtı olarak geç KB grubunun solunum sayısı ortalamaları farkı 2.2 iken erken grupta 0.43’tür. KB’nin I.ve V. gününde gruplar arasında vücut ısısı, kalp atım sayısı ve solunum sayısı ortalama farklarının, anlamlı değışiklik göstermediğı istatistik analizle de desteklenmiştir (p>0.05).

Tablo 6: Erken ve Geç KB Uygulaması Sırasında Bebeklerdeki Apne Bradikardi Durumu

KB Sırasında Apne Bradikardi	<u>KB'na Başlama Zamanı</u>							
	Erken				Geç			
	<u>I. KB</u>		<u>V. KB</u>		<u>I. KB</u>		<u>V. KB</u>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiç olmadı	29	96,7	30	100.0	28	93,3	28	93,3
Bir kez oldu	-	-	-	-	1	3,3	2	6,7
İki kez oldu	1	3,3	-	-	1	3,3	-	-
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	30	100.0

Erken dönemde KB başlanan bebeklerde, tüm KB seansları sırasında sadece bir bebekte (% 3.3) iki kez apne bradikardi olurken, geç dönemde KB'na başlanan bebeklerde, I. ve V. günlerde ikişer bebekte (% 6.7) apne bradikardi olmuştur. Apne bradikardi oluşan bebekler incelendiğinde; erken dönem KB grubundaki bebeğin 33 gestasyon haftasında doğduğu, geç dönem KB grubundaki bebeklerin 29 ve 32. gestasyon haftalarında doğdukları görülmüştür. Erken dönem KB grubundaki bebeğin apne bradikardisi doğumdan iki gün sonra, ilk KB sırasında olmuştur. Geç dönem KB grubundaki bebekler de ise, apne bradikardi doğumdan sonra 7. ve 8. günlerde kaydedildiği gibi 19. ve 21. günlerde de kaydedilmiştir. Genel olarak her iki gruptaki bebeklerin çoğunluğu, KB'na hareketli ve uyanık başlamışlar, KB sonunda da benzer tepkileri sergilemişlerdir (Tablo 8). Apne bradikardi geçiren bebeklerde, vücut ısısında belirgin bir artma ya da azalmaya rastlanmamıştır. KB sırasında bebekte apne bradikardi görülmesi, her iki gruptaki annelerin bebekleriyle iletişimlerini olumsuz yönde etkilememiştir.

Tablo 7 : KB'nın Bebeklerin Kilo Almalarına Etkisi (N=60)

KB'na başlama zamanı	<u>I. KB</u>		<u>V. KB</u>		t
	Kilo $\bar{X}$	$\pm SD$	Kilo $\bar{X}$	$\pm SD$	
Erken (n: 30)	1450,87	253,94	1483,23	242,12	2,49 p = 0,018
Geç (n: 30)	1456,83	300,51	1540,77	308,43	12,64 p = 0,000

Erken KB başlanan bebeklerin I. KB gününde kilo ortalamaları 1450.87 gr'dan, KB'nın V. gününde 1483.23 gr.'a çıkmış olup, bu kilo artışı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.018). Geç KB'na başlanan grupta da I. ve V. KB günleri arasındaki kilo farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.000). Erken KB grubundaki bebeklerin, KB uygulanan beş günün sonunda ortalama 32.36gr. aldıkları görülürken; geç KB grubundaki bebeklerin bu günler içinde ortalama 83.93 gr. aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 8: Erken Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin, KB Sırasındaki Hareketlilik Durumu (N: 60)

<u>I. KB, Bebek</u>	<u>KB Başlangıcı</u>		<u>KB Sonu</u>		<u>*z</u>	
	n	%	n	%		
Sakin, davranış değişikliği yok, uyuyor	22	73.3	25	83.3	1.44	p>0.05
Gözleri açık hareketsiz	2	6.6	3	10.0		
Hareketli, meme arıyor, emmek istiyor	6	20.0	2	6.67		
Toplam	30	100.0	30	100.0		
<u>V. KB, Bebek</u>						
Sakin, davranış değişikliği yok, uyuyor	22	73.3	23	76.7	0,000	p>0.05
Gözleri açık hareketsiz	5	16.7	3	10.0		
Hareketli, meme arıyor, emmek istiyor	3	10.0	4	13.3		
Toplam	30	100.0	30	100.0		

* wilcoxon z testi uygulanmıştır

Tablo 8'de de görüldüğü gibi I. KB esnasında bebeklerin %73.3'ü KB başlangıcında sakın ve uyuyorken, KB sonunda bu oran % 83.3'e yükselmiştir. V. KB'da, KB'nin başlangıcına (%73.3) göre KB'nin sonunda (%76.7), ilk günkü kadar olmasa da sakın ve uyuyan bebeklerin oranında bir artış söz konusudur. I. KB esnasında bebeklerin % 20.0'si aranma ve emme hareketleri gösterirken, KB sonunda bu oran % 6.7'ye düşmüştür. Ancak bebek hareketlerindeki değişiklikler istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 9: Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin, KB Sırasındaki Hareketlilik Durumu (N: 60)

<u>I. KB, Bebek</u>	<u>KB Başlangıcı</u>		<u>KB Sonu</u>		<u>*Z</u>
	n	%	n	%	
Sakin, davranış değişikliği yok, uyuyor	27	90.0	23	76.7	1.278 p>0.05
Gözleri açık hareketsiz	1	3.3	3	10.0	
Hareketli, meme arıyor, emmek istiyor	2	6.7	4	13.3	
Toplam	30	100.0	30	100.0	
<u>V. KB, Bebek</u>					
Sakin, davranış değişikliği yok, uyuyor	23	76.7	22	73.3	0.491 p>0.05
Gözleri açık hareketsiz	3	10.0	7	23.3	
Hareketli, meme arıyor, emmek istiyor	4	13.3	1	3.3	
Toplam	30	100.0	30	100.0	

* wilcoxon z testi uygulanmıştır

Tablo 9'da da görüldüğü gibi geç dönemin I. KB'da bebeklerin büyük bir çoğunluğu (% 90.0) KB başlangıcında sakin ve uyuyorken, KB sonunda bu oran %76.7'ye düşmüştür. KB'nin V. gününde de, KB'nin başlangıcında (% 76.7) ve sonunda (% 73.3), hemen hemen aynı oranda bebeklerin uyuyor ve sakin oldukları tespit edilmiştir. KB.nin V. gününde, bebeklerin % 10.0'u KB başlangıcında gözleri açık ve hareketsiz iken, bu oran KB sonunda % 23.3'e yükselmiştir. Ancak bu hareket değişikliklerinin istatistiksel olarak bir anlamı bulunamamıştır (p>0.05)

Tablo 10 : KB Sırasında Hemşirelerin Gözlemlediği Anne Davranışları

<u>I. KB Sırasında</u> <u>Anne Davranışları</u>	<u>Erken KB</u>		<u>Geç KB</u>		<u>Toplam</u>		χ^2 *	
	<u>Grubu</u>		<u>Grubu</u>					
	n	%	n	%	n	%		
Olumlu davranışlar	27	90	29	96.7	56	93.3	0.612	p>0.05
Olumsuz davranışlar	3	10.0	1	3.3	4	6.7		
<u>V. KB sırasında</u> <u>Anne Davranışları</u>								
Olumlu davranışlar	28	93.3	24	80.0	52	86.7	0.254	p>0.05
Olumsuz davranışlar	2	6.7	6	20.0	8	13.3		
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0		

* Fisher Exact Test uygulanmıştır.

Tablo 10'da bebeğin hemşiresi tarafından KB sırasında gözlenen anne davranışları yer almaktadır. Erken dönemde KB'na başlayan annelerin % 10.0'nu olumsuz davranışlar gösterirken, KB'na geç başlayan annelerin sadece %3.3'ü bu davranışları sergilemiştir. KB'nin 5. gününde, erken dönemde KB'na başlayan annelerin olumsuz davranış oranı (%6.7) ilk güne göre düşerken, geç KB'na başlayan anneler de olumsuz davranışlar artış (%20.0) göstermiştir. Fakat aradaki davranış değişikliklerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Annelerin gösterdikleri olumlu davranışlar (Ek 3 - Soru 11); bebeğiyle konuşma, ona dokunma, gülümseme ve onu aile bireylerine benzetme ile bebeğin şimdiki durumu, beslenmesi, hayati tehlikesi, gelecekteki durumunun ne olabileceği, bakımları, tedavileri ile ilgili sorular sorma, hastaneden çıkışıyla ilgili bilgi isteme, bir an önce hastaneden çıkmasını istemedir.

Annelerin gösterdikleri olumsuz davranışlar ise (Ek 3 – Soru 11); bebeğin yüzüne bakmama, onunla konuşmama veya gülümsememe, bebeği ile ilgili soru sormaktan çok eşiyile ya da hemşiresiyle alakasız konularda sohbet etmektir.

Tablo 11 : Annelerin KB Sırasında Durumluk Kaygı Puanları (N: 60)

Kanguru Bakımı	Erken KB grubu (n:30)		Geç KB grubu (n:30)		t
	Durumluk kaygı puanı	$\bar{X}$ $\pm$ SD	Durumluk kaygı puanı	$\bar{X}$ $\pm$ SD	
I.	69.20	7.41	70.33	5.11	0.689 p>0.05
V.	71.06	5.90	71.40	5.26	0.231 p>0.05
t	1.798	p>0.05	1.37	p>0.05	

Annelerin kaygı düzeylerinin yüksek olması, davranışlarında gerginliğe, bu gerginlikte bebekte huzursuzluğa ve yaşam bulgularında yükselmeye neden olabileceği için bir bağımsız değişken olarak annelerin kaygı düzeyleri incelenmiştir. Erken grupta, birinci KB’de annelerin kaygı puan ortalamaları 69.20 iken, beşinci KB’de 71.06’ya yükselmiştir. Geç grupta ise, birinci KB’de annelerin puan ortalamaları 70.33’ten, beşinci KB’de 71.40’a yükselmiştir. Hem erken hem geç KB grubunun bu puan artışları istatistiksel olarak anlamlı değildir (Erken dönem KB grubu t:1.798, geç dönem KB grubu t: 1.37 p> 0.05). Erken ve geç KB grubundaki annelerin I. ve V. KB esnasındaki durumluk kaygı puanları karşılaştırılmış ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (I. KB t: 0.689, V. KB t: 0.231 p>0.05)

Durumluk kaygı envanterinden 60 ve üstü puan alan annelerin profesyonel desteğe gereksinim duyduğu belirtilmektedir (54). Araştırmamızda, durumluk kaygı puanı 60 ve altında olan annelerin karşılaştırılması planlanmış, ancak tüm annelerden yalnızca 4’ünün 60’ın altında puan aldığı, dolayısıyla gruplara düşen denek sayısının istatistik analiz için yeterli olmadığı görülmüştür. Bu nedenle, tüm annelerin durumluk kaygı puan ortalaması belirlenmiş ve gruplar bu ortalama göre oluşturulmuştur. I. KB sırasında tüm annelerin kaygı puan ortalaması 69, V. KB sırasında 71’dir. Anneler aldıkları kaygı puanlarına göre bu ortalamaların üstü

ya da altındaki gruba yerleştirilmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, erken ve geç KB başlanan annelerin, kaygı puanlarının, bebeğin KB başlangıç ve sonu yaşam bulgularında anlamlı bir farklılık yaratmadığı belirlenmiştir (I. KB, Kalp atım sayısı $F=6.303$ $p>0.05$, Solunum sayısı $F=0.011$ $p>0.05$; V. KB, Kalp atım sayısı $F=1.976$ $p>0.05$, Solunum sayısı $F=0.196$ $p>0.05$).



Tablo 12 : Annelerin KB Deneyimine İlişkin Duygu ve Düşünceleri (N: 60)

Anne duygu ve düşünceleri	<u>I. KB</u>				<u>V. KB</u>			
	<u>Erken KB grubu</u>		<u>Geç KB grubu</u>		<u>Erken KB grubu</u>		<u>Geç KB grubu</u>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Heyecanlı, korkuyor, bebeğe zarar vereceğini düşünüyor,	2	6.7	0	0	1	3.3	0	0
Çok mutlu ve heyecanlı, KB'nin bitmesini istemiyor, bebeğinden ayrılmak zor geliyor,	1	3.3	0	0	0	0	0	0
Mutlu, huzurlu, bebeğin onlara ait olduğunu hissediyor,	8	26.7	9	30.0	23	76.7	24	80.0
Hem heyecanlı, korkuyor, bebeğine zarar vereceğini düşünüyor hem de mutlu ve bebeğin onlara ait olduğunu hissediyor,	17	56.7	20	66.7	6	20.0	6	20.0
Heyecanlı, mutlu fakat bebeğinin yüzünü göremediği için üzgün.	2	6.7	1	3.3	0	0	0	0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	30	100.0

Tablo 12’de annelerin KB sırasında yaşadıkları duygu ve düşünceler yer almaktadır. KB’nin yapıldığı ilk gün, erken gruptaki annelerin %56.7’si, geç gruptaki annelerin %66.7’si; hem heyecanlı olduklarını, bebeklerine zarar vereceklerinden korktuklarını hem de kendilerini mutlu ve huzurlu hissettiklerini, bebeğinin kendilerine ait olduğunu hissettiklerini belirtmişlerdir. V. KB’da her iki grup annelerin % 20’sinde bu duygu ve düşünce karmaşıklığı devam etmektedir.

Tablo 13: KB'na Erken ve Geç Dönem Başlanan Bebeklerin, Hastaneden Çıkıncaya Kadar Geçen Sürede Sağlık Sorunu Yaşama Durumu (N: 60)

Sağlık Sorunu	<u>KB Başlama Zamanı</u>				χ^2
	<u>Erken</u>		<u>Geç</u>		
	n	%	n	%	
Yaşamayanlar	24	80.0	23	76.7	0.098 p>0.05
Yaşayanlar*	6	20.0	7	23.3	
Toplam	30	100.0	30	100.0	

* : Yaşanan sorunlar arasında sepsis, batın distansiyonu ve solunum problemleri yer almaktadır

Tablo 13'de, bebeklerin beşinci KB uygulaması bittikten sonra hastaneden çıkıncaya kadar herhangi bir sorun yaşama durumları yer almaktadır. Erken dönemde KB başlanan bebeklerin %80'inde sorun yaşanmazken, geç dönemde KB başlanan bebeklerin %76.7'sinde sorun yaşanmamıştır. İstatistiksel açıdan bu farklar arasında bir anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 14: KB'na Erken ve Geç Dönemde Başlanan Bebeklerin, Doğum Kilosuna Ulaşma Durumu

Doğum kilosuna	KB Başlama Zamanı				x ²
	Erken		Geç		
	n	%	n	%	
8-10 günde ulaşanlar	10	34.5	4	13.8	4.185 p>0.05
11-13 günde ulaşanlar	10	34.5	10	34.5	
14-16 günde ulaşanlar	6	20.7	11	37.9	
17 günden sonra ulaşanlar	3	10.3	4	13.8	
Toplam*	29	100.0	29	100.0	

* : Hem erken KB grubunda hem de geç KB grubunda doğum kilosuna ulaşmadan hastaneden çıkan birer bebek bulunmaktadır. Bu bebekler istatistiksel değerlendirmeye katılmamıştır.

Bebeklerin doğum kilosuna ulaşma süreleri incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamasına karşın ($p>0.05$); erken KB başlanan gruptaki bebeklerin % 34.5'i 8-10 günde, %34.5'i 11-13 günde doğum kilolarına ulaşırken; geç dönemde KB başlanan bebeklerin % 13.8'i 8 – 10 günde, % 34.5'i 11- 13 günde, daha büyük bir oranı ise (% 37.9) 14- 16 günde doğum kilolarına ulaşmışlardır.

Tablo 15: KB'na Erken ve Geç Dönemde Başlanan Bebeklerin, Hastanede Kalma Süreleri (N:60)

Bebeklerin	<u>KB Başlama Zamanı</u>					
	<u>Erken (n: 30)</u>		<u>Geç (n:30)</u>			
	$\bar{X}$	$\pm SD$	$\bar{X}$	$\pm SD$		
Hastanede kalma süresi (gün)	26	10	30	17	1.274	p>0.05

Tablo 15'de prematüre bebeklerin hastanede kaldıkları ortalama gün sayıları görülmektedir. Erken KB grubundaki bebekler ortalama 26 gün hastanede kalırken, geç KB grubundaki bebekler ortalama 30 gün hastanede kalmıştır. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 16 a: KB'na Erken ve Geç Dönemde Başlanan Bebeklerin, Doğum ve Hastaneden Çıkış Kilolarının Karşılaştırılması (N: 60)

Vücut ağırlığını	Erken KB grubu (n: 30)		Geç KB grubu (n: 30)	
değerlendirme zamanı	kilo $\bar{X}$	$\pm SD$	kilo $\bar{X}$	$\pm SD$
Doğumda (gr.)	1573.03	247.58	1512.8	330.97
Hastaneden çıkışta (gr.)	1909.53	232.43	1929.1	209.60
t	7.166	p=0.000	6.563	p=0.000

Tablo 16 a'ya bakıldığında; hem erken hem geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin doğumda sonra hastaneden çıkış zamanına kadar yeterli kilo aldıkları ve bu kilo artışının istatistiksel analizle de desteklendiği görülmektedir (Erken grup t: 7.166 p=0.000; Geç grup t: 6.563 p=0.000).

Tablo 16 b: KB'na Erken ve Geç Dönemde Başlanan Bebeklerin, Doğum ile Hastaneden Çıkış Kilo Ortalaması Farklarının Karşılaştırılması (N : 60)

KB'na Başlama Zamanı	Doğum ile hastaneden çıkış kilo ortalaması farkı	$\pm SD$	t
Erken (gr.) (n: 30)	336.5	257.19	1.012 p> 0.05
Geç (gr.) (n: 30)	416.3	347.46	

Erken dönem KB'na başlanan bebekler hastanede kaldıkları süre içinde ortalama 336.5 gr. alırken, geç dönem KB'na başlanan bebekler ortalama 416.36 gr. almışlardır. Bu iki grubun kilo alımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t: 1.012 p>0.05).

II. BÖLÜM

Tablo 17: Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin, KB Başlangıç ve Sonu Yaşam Bulgusu Ortalama Farkları (N : 60)

Erken Dönemde KB Uygulanan Bebğin (n:30)	I.KB		V.KB		t
	Ortalama Farkı	±SD	Ortalama Farkı	±SD	
Vücut Isısı	0.04	0.23	0.0067	0.22	0.28 p>0.05
Kalp Atım Sayısı	5.4	14.1	1.5	11.32	0.28 p>0.05
Solunum Sayısı	1.9	15.6	0.4	11.59	0.007 p>0.05
Geç Dönemde KB Uygulanan Bebğin (n:30)					
Vücut Isısı	0.02	0.25	0.08	0.18	0.233 p>0.05
Kalp Atım Sayısı	8.0	10.0	0.4	18.95	0.177 p>0.05
Solunum Sayısı	2.6	13.28	2.2	9.42	0.254 p>0.05

Tablo 17’da bebeklerin I. ve V. KB uygulaması esnasında, KB başlangıcı ve sonunda ölçülen yaşam bulgusu ortalamaları farkının istatistiksel analizle desteklenmediği görülmektedir ($p > 0.05$).

Tablo 18 a: Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin Gestasyon Haftalarının, I. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi (N : 60).

KB'na Başlama Zamanı	<u>Gestasyon Haftası</u>				F
	28 - 30 (n: 25)		31 - 34 (n: 35)		
Erken Geç	<u>Vücut ısısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Vücut ısısı farkı</u>	<u>±SD</u>	3.725 p>0.05
	0.11 0.21	0.03 0.24			
Erken Geç	0.08 0.18	0.10 0.28	1.240 p>0.05		
	<u>Kalp atım sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>		<u>Kalp atım sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>
Erken Geç	8.83 17.40	4.58 13.46	1.537 p>0.05		
	5.84 9.83	9.64 10.19			
Erken Geç	<u>Solunum Sayısı Farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Solunum Sayısı Farkı</u>	<u>±SD</u>	1.537 p>0.05
	10.16 14.33	0.16 15.49			
Erken Geç	2.69 13.01	2.52 13.88			

Tablo 18 b:

Vücut ısısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	0,076	1	0,008	1,308	0,258
Erken ve geç grup	0,050	1	0,049	0,856	0,359
Doğum haftası	0,027	1	0,027	0,471	0,494
Erken ve geç grup* doğum haftası	0,215	1	0,215	3,725	0,059
Kalp atım hızı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	2429,032	1	2429,032	15,984	0,000
Erken ve geç grup	12,532	1	12,532	0,082	0,775
Doğum haftası	0,586	1	0,586	0,004	0,951
Erken ve geç grup * doğum haftası	188,378	1	188,378	1,240	0,270
Solunum sayısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	66,357	1	66,357	0,319	0,575
Erken ve geç grup	673,392	1	673,392	3,233	0,078
Doğum haftası	300,621	1	300,621	1,443	0,235
Erken ve geç grup * doğum haftası	320,190	1	320,190	1,537	0,220

Tablo 19: Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin Gestasyon Haftalarının, V. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi (N : 60).

KB'na Başlama Zamanı	<u>Gestasyon Haftası</u>				F	
	28 - 30 (n: 25)		31 - 34 (n: 35)			
Erken	<u>Vücut ısısı farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Vücut ısısı farkı</u> <u>±SD</u>		0.091	p>0.05
	0.11	0.21	0.02	0.21		
Geç	0.02 0.22		0.11 0.13		0.202	p>0.05
	<u>Kalp atım sayısı farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Kalp atım sayısı farkı</u> <u>±SD</u>			
Erken	3.16	14.13	1.04	10.83	0.029	p>0.05
Geç	3.15	19.54	3.11	18.62		
Erken	<u>Solunum Sayısı Farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Solunum Sayısı Farkı</u> <u>±SD</u>		0.029	p>0.05
	3.16	8.56	1.33	12.22		
Geç	4.15	10.16	0.70	8.83		

Tablo 19 b:

Vücut ısısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	0,004	1	0,004	0,102	0,751
Erken ve geç grup	0,152	1	0,152	3,858	0,054
Doğum haftası	0,167	1	0,167	4,234	0,044
Erken ve geç grup * doğum haftası	0,004	1	0,004	0,091	0,763
Kalp atım hızı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	52,360	1	52,360	0,212	0,647
Erken ve geç grup	50,589	1	50,589	0,205	0,653
Doğum haftası	204,897	1	204,897	0,830	0,366
Erken ve geç grup * doğum haftası	49,969	1	49,969	0,202	0,655
Solunum sayısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	130,194	1	130,194	1,158	0,286
Erken ve geç grup	26,619	1	26,619	0,237	0,628
Doğum haftası	183,591	1	183,591	1,634	0,206
Erken ve geç grup * doğum haftası	3,217	1	3,217	0,029	0,866

Bebekler gestasyon haftaları dikkate alınarak, iki gruba ayrılmışlardır. İlk grup 28 – 30. gestasyon haftası; ikinci grup 31 – 34. gestasyon haftası arasındadır. 30. gestasyon haftasından önce doğan bebeklerin solunum dolaşım, beslenme ve dış dünyaya uyum problemleri 30. gestasyon haftasından sonra doğan bebeklere oranla daha fazla olmakta ve ciddi seyretmektedir. Bu nedenle 30. gestasyon haftası sınır alınarak, bebekler gestasyon haftaları bakımından iki gruba ayrılmışlardır.

Erken ve geç KB başlanan bebeklerde, gestasyon haftasının, bebeğin KB sırasındaki yaşam bulguları açısından anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo18, 19). Gestasyon haftası ne olursa olsun, erken veya geç dönemde KB'na başlanması, bebeğin vücut ısısı, kalp atım sayısı ve solunum sayısı üzerinde etkili olmamıştır.

Bebeklerin Tablo 18, 19'da yer alan KB başlangıcı ve sonu yaşam bulgusu ortalama farkları, Tablo 5'te yer alan değerlerden farklıdır. Bunun nedeni; KB başlangıcı ve sonunda belirlenen yaşam bulgusu farklarının, bebeklerin gestasyon haftalarına göre iki gruba ayrılarak değerlendirilmiş olmasıdır.

Tablo 20 a : Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin Üniteye Yatış Tanısının, I. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi (N : 60).

KB'na Başlama Zamanı	Yatış Tanısı							
	Preterm		Preterm/SGA		Preterm / RDS*		F	
	<u>Vücut ısı</u> <u>farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Vücut ısı</u> <u>farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Vücut ısı</u> <u>farkı</u> <u>±SD</u>		0.79 p>0.05	
	Erken	0.04 0.24	0.08 0.26	2.8E18 0.10				
	Geç	0.03 0.31	0.01 0.15	0.025 0.009				
	<u>Kalp atım</u> <u>sayısı farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Kalp atım</u> <u>sayısı farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Kalp atım</u> <u>sayısı farkı</u> <u>±SD</u>		1.248 p>0.05	
	Erken	9.61 15.35	0.66 10.48	5.33 3.05				
	Geç	8.72 11.60	6.12 7.25	8.50 8.88				
	<u>Solunum</u> <u>sayısı farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Solunum</u> <u>sayısı farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Solunum</u> <u>sayısı farkı</u> <u>±SD</u>		1,566 p>0.05	
	Erken	7.61 12.47	6.22 18.01	8.00 13.11				
	Geç	1.72 15.38	6.50 9.19	1.25 10.07				

Tablo 20 b:

Vücut ısısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	0,003	1	0,003	0,314	0,578
Erken ve geç grup	0,010	1	0,010	0,153	0,698
Yatış tanısı	0,017	2	0,009	0,132	0,877
Erken ve geç grup * yatış tanısı	0,010	2	0,005	0,079	0,924
Kalp atım hızı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	860,151	1	860,151	5,956	0,018
Erken ve geç grup	363,936	1	363,936	2,520	0,118
Yatış tanısı	583,432	2	291,716	2,020	0,143
Erken ve geç grup * yatış tanısı	360,476	2	180,238	1,248	0,295
Solunum sayısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	198,276	1	198,276	1,019	0,317
Erken ve geç grup	0,140	1	0,140	0,001	0,979
Yatış tanısı	1065,347	2	532,673	2,737	0,074
Erken ve geç grup * yatış tanısı	609,580	2	304,790	1,566	0,218

*:RDS: respiratuar distres sendromu

Tablo 21 a : Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklerin Üniteye Yatış Tanısının, V. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi (N : 60).

KB'na Başlama Zamanı	Yatış Tanısı						
	Preterm		Preterm/SGA		Preterm / RDS		F
	<u>Vücut ısı</u> <u>farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Vücut ısı</u> <u>farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Vücut ısı</u> <u>farkı</u>	<u>±SD</u>	
Erken	0.028	0.22	0.02	0.23	0.03	0.23	2.044 p>0.05
Geç	0.13	0.13	0.05	0.22	0.07	0.18	
	<u>Kalp atım</u> <u>sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Kalp atım</u> <u>sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Kalp atım</u> <u>sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	
Erken	0.22	12.69	4.22	9.92	3.33	5.50	0.192 p>0.05
Geç	2.72	20.62	0.50	19.42	8.25	7.04	
	<u>Solunum</u> <u>sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Solunum</u> <u>sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Solunum</u> <u>sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	
Erken	2.27	10.26	3.77	13.52	6.66	12.22	0.524 p>0.05
Geç	3.11	9.22	3.37	10.46	4.25	7.58	

Tablo 21 b:

Vücut ısısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	0,028	1	0,028	0,695	0,408
Erken ve geç grup	0,012	1	0,012	0,298	0,587
Yatış tanısı	0,052	2	0,259	0,645	0,528
Erken ve geç grup * yatış tanısı	0,164	2	0,082	2,044	0,139
Kalp atım hızı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	191,842	1	191,842	0,761	0,387
Erken ve geç grup	1,832	1	1,832	0,007	0,932
Yatış tanısı	390,550	2	195,275	0,775	0,466
Erken ve geç grup * yatış tanısı	96,824	2	48,412	0,192	0,826
Solunum sayısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	37,796	1	37,796	0,344	0,560
Erken ve geç grup	116,294	1	116,294	1,058	0,308
Yatış tanısı	413,603	2	206,802	1,881	0,162
Erken ve geç grup * yatış tanısı	115,306	2	57,653	0,524	0,595

Erken ve geç dönemde KB başlanan bebeklerin, kliniğe yatış tanısının, bebeğin KB sırasındaki yaşam bulguları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı belirlenmiş ($p>0.05$) (Tablo 20, 21). Diğer bir deyişle, erken ve geç KB grubundaki bebeklerin KB başlangıcı ve sonunda değerlendirilen yaşam bulguları, üniteye yatış tanılarından etkilenmemiştir.

Bebeklerin Tablo 20 ve 21’de yer alan KB başlangıcı ve sonu yaşam bulgusu ortalama farkları, Tablo 5’te yer alan değerlerden farklıdır. Bunun nedeni; KB başlangıcı ve sonunda belirlenen yaşam bulgusu farklarının, bebeklerin yatış tanısına göre üç gruba ayrılarak değerlendirilmiş olmasıdır.



Tablo 22 a : Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklere, KB'dan Önce İnvaziv veya Noninvaziv İşlem Uygulanmasının, I. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi (N : 60).

KB'na Başlama Zamanı	<u>İnvaziv veya noninvaziv işlem</u>				F	
	uygulanmayan		uygulanana			
Erken	<u>Vücut</u> <u>ısısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Vücut</u> <u>ısısı farkı</u>	<u>±SD</u>	0.12	p>0.05
	0.06	0.26	0.02	0.18		
Geç	0.01	0.26	0.05	0.07		
Erken	<u>Kalp atım</u> <u>sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Kalp atım</u> <u>sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	0.058	p>0.05
	8.55	14.62	0.80	11.18		
Geç	8.46	10.25	1.50	0.70		
Erken	<u>Solunum</u> <u>Sayısı Farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Solunum</u> <u>Sayısı Farkı</u>	<u>±SD</u>	0.064	p>0.05
	0.51	11.71	0.33	12.85		
Geç	1.29	9.03	10.33	10.78		

Tablo 22 b:

Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	0,032	1	0,032	0,509	0,479
Erken ve geç grup	0,000	1	0,000	0,003	0,954
işlem uygulama	0,000	1	0,000	0,001	0,970
Erken ve geç grup *					
işlem uygulama	0,008	1	0,008	0,121	0,729
Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	457,619	1	457,619	3,191	0,079
Erken ve geç grup	7,150	1	7,150	0,050	0,824
işlem uygulama	388,144	1	388,144	2,707	0,106
Erken ve geç grup *					
işlem uygulama	8,300	1	8,300	0,058	0,811
Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	55,030	1	55,030	0,259	0,613
Erken ve geç grup	135,603	1	135,603	0,638	0,428
işlem uygulama	124,971	1	124,971	0,588	0,447
Erken ve geç grup *					
işlem uygulama	13,503	1	13,503	0,064	0,802

Tablo 23 a : Erken ve Geç Dönemde KB'na Başlanan Bebeklere, KB'dan Önce İnvaziv veya Noninvaziv İşlem Uygulanmasının, V. KB Başlangıcı ve Sonu Yaşam Bulgusu Farklarına Etkisi (N : 60).

KB'na Başlama Zamanı	<u>İnvaziv veya noninvaziv işlem</u>				F	
	uygulanmayan		uygulanan			
	<u>Vücut ısısı farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Vücut ısısı farkı</u> <u>±SD</u>			
Erken	0.003	0.21	0.03	0.32	0.007	p>0.05
Geç	0.07	0.19	0.03	0.05		
	<u>Kalp atım sayısı farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Kalp atım sayısı farkı</u> <u>±SD</u>			
Erken	2.14	11.04	4.66	14.57	0.486	p>0.05
Geç	0.66	19.86	2.00	8.54		
	<u>Solunum Sayısı Farkı</u> <u>±SD</u>		<u>Solunum Sayısı Farkı</u> <u>±SD</u>			
Erken	3.95	16.04	2.20	14.59	0.810	p>0.05
Geç	2.39	13.70	5.50	4.94		

Tablo 23 b:

Vücut ısısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	0,007	1	0,007	0,175	0,677
Erken ve geç grup	0,030	1	0,030	0,700	0,406
işlem uygulama	0,007	1	0,007	0,175	0,677
Erken ve geç grup *					
işlem uygulama	0,000	1	0,000	0,007	0,934
Kalp atım hızı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	1,896	1	1,896	0,008	0,931
Erken ve geç grup	20,030	1	20,030	0,080	0,778
işlem uygulama	23,230	1	23,230	0,093	0,762
Erken ve geç grup *					
işlem uygulama	121,363	1	121,363	0,486	0,489
Solunum sayısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	176,817	1	176,817	1,583	0,214
Erken ve geç grup	188,446	1	188,446	1,687	0,199
işlem uygulama	132,017	1	132,017	1,182	0,282
Erken ve geç grup *					
işlem uygulama	90,446	1	90,446	0,810	0,372

Not: KB'den en az 3 saat öncesine kadar yapılan işlemler arasında; kan alma, damar yolu açma, banyo, kranial USG ve ROP muayenesi yer almaktadır.

Erken ve geç KB grubunda yer alan bebeklere KB başlamadan önce invaziv/noninvaziv işlem uygulanması ya da uygulanmaması, bebeğin KB başlangıcında ve sonunda ölçülen vücut ısısı, kalp atım sayısı ve solunum sayısına istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilememiştir ($p>0.05$).

Bebeklerin Tablo 22 ve 23'te yer alan KB başlangıcı ve sonu yaşam bulgusu ortalama farkları, Tablo 5'te yer alan değerlerden farklıdır. Bunun nedeni; KB başlangıcı ve sonunda belirlenen yaşam bulgusu farklarının, bebeklerin invaziv veya noninvaziv işlem yapılmasına göre iki gruba ayrılarak değerlendirilmiş olmasıdır.



Tablo 24 a: I. KB Esnasında Hemşire Tarafından Gözlenen Anne Davranışlarının Bebeğin Yaşam Bulgularına Etkisi (N: 60)

<u>KB'na Başlama Zamanı</u>	<u>Hemşire Tarafından Gözlenen Anne Davranışları</u>				F	
	Olumlu Davranışlar		Olumsuz Davranışlar			
Erken Geç	<u>Vücut ısısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Vücut ısısı farkı</u>	<u>±SD</u>	1.008	p>0.05
	0.03	0.23	0.20	0.26		
Erken Geç	0.02	0.26	0.10	-	0.827	p>0.05
	<u>Kalp atım sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Kalp atım sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>		
Erken Geç	6.44	14.34	3.66	8.50	0.827	p>0.05
	7.89	10.51	11.00	-		
Erken Geç	<u>Solunum Sayısı Farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Solunum Sayısı Farkı</u>	<u>±SD</u>	1.219	p>0.05
	3.40	15.29	11.66	13.50		
Erken Geç	2.72	13.50	1.0	-	1.219	p>0.05

Tablo 24 b:

Vücut ısısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	0,016	1	0,152	3,733	0,580
Erken ve geç grup	0,066	1	0,006	0,171	0,681
Anne davranışı	0,001	1	0,093	2,295	0,135
Erken ve geç grup * Anne davranışı	0,069	1	0,006	0,171	0,681
Kalp atım hızı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	334,395	1	334,395	2,225	0,141
Erken ve geç grup	184,941	1	184,941	1,230	0,272
Anne davranışı	34,955	1	34,955	0,233	0,632
Erken ve geç grup * Anne davranışı	124,301	1	124,301	0,827	0,367
Solunum sayısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	70,946	1	70,946	0,344	0,560
Erken ve geç grup	30,400	1	30,400	0,147	0,703
Anne davranışı	91,697	1	91,697	0,445	0,508
Erken ve geç grup * Anne davranışı	251,537	1	251,537	1,219	0,274

Tablo 25 a : V. KB Esnasında Hemşire Tarafından Gözlenen Anne Davranışlarının Bebeğin Yaşam Bulgularına Etkisi (N: 60)

KB'na Başlama Zamanı	<u>Hemşire Tarafından Gözlenen Anne Davranışları</u>				F	
	Olumlu Davranışlar		Olumsuz Davranışlar			
Erken Geç	<u>Vücut ısısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Vücut ısısı farkı</u>	<u>±SD</u>	0.171	p>0.05
	0.018	0.22	0.15	0.07		
Erken Geç	0.05	0.19	0.015	0.12	1.753	p>0.05
	<u>Kalp atım sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Kalp atım sayısı farkı</u>	<u>±SD</u>		
Erken Geç	0.92	11.54	9.00	0.00	0.304	p>0.05
	1.54	13.82	8.16	33.39		
Erken Geç	<u>Solunum Sayısı Farkı</u>	<u>±SD</u>	<u>Solunum Sayısı Farkı</u>	<u>±SD</u>	0.304	p>0.05
	0.0036	11.88	6.00	4.24		
Erken Geç	2.37	9.77	1.50	8.68	0.304	p>0.05

Tablo 25 b:

Vücut ısısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	0,152	1	0,152	3,733	0,058
Erken ve geç grup Anne davranışı	0,007	1	0,007	0,171	0,681
Erken ve geç grup * Anne davranışı	0,094	1	0,093	2,295	0,135
	0,007	1	0,007	0,171	0,681
Kalp atım hızı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	14,668	1	14,668	0,061	0,807
Erken ve geç grup Anne davranışı	368,284	1	368,284	1,520	0,223
Erken ve geç grup * Anne davranışı	3,601	1	3,601	0,015	0,903
	424,865	1	424,865	1,753	0,191
Solunum sayısı Grup değişkenleri	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	p
Intercept	6,275	1	6,275	0,055	0,816
Erken ve geç grup Anne davranışı	132,011	1	132,011	1,154	0,287
Erken ve geç grup * Anne davranışı	62,867	1	62,867	0,549	0,462
	34,811	1	34,811	0,304	0,583

KB sırasında hemşire tarafından gözlenen olumlu ya da olumsuz anne davranışlarının (Ek 3), erken ve geç KB grubundaki bebeklerin, KB sırasındaki yaşam bulgularında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yaratmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bebeklerin, Tablo 24 ve 25'te yer alan KB başlangıcı ve sonu yaşam bulgusu ortalama farkları, Tablo 5'te yer alan değerlerden farklıdır. Bunun nedeni; KB başlangıcı ve sonunda belirlenen yaşam bulgusu farklarının, hemşireler tarafından gözlenen anne davranışlarına göre iki gruba ayrılarak değerlendirilmiş olmasıdır.



7. TARTIŞMA

Çalışma, doğumdan sonra 2 - 6 gün arasında KB'na başlanan bebeklerle (erken dönem); 7. gün ve sonrasında KB'na başlanan bebekler (geç dönem) arasında, fiziksel / fizyolojik fonksiyonların durumu ve annelerin KB'na yönelik duygu ve davranışları açısından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre; erken dönemde KB'na başlanan bebeklerin (deney grubu) %13.3'ü 30. gestasyon haftasından küçükken, geç dönem KB'na başlanan bebeklerin (kontrol grubu) % 23.3'ü bu haftadan küçüktür (Tablo 1). 30. gestasyon haftasından önce doğan bebeklerin solunum yönünden daha fazla tedavi, bakım ve mekanik ventilasyon gereksinimi bulunmaktadır. Çalışmamızda mekanik ventilasyondaki bebekler KB'na alınmamıştır. Bu bebeklere ventilasyondan çıktıktan sonra KB uygulanmaya başlandığından ve bu süre ilk altı günden sonrasına rastladığından, bu bebekler “ geç dönem KB” grubuna alınmıştır. Bu nedenle geç dönem KB grubundaki bebeklerin doğum haftaları biraz daha küçüktür. Ancak gestasyon haftasına göre erken ve geç dönem KB uygulanan bebekler arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Doğum kilosu 1000 gramın altındaki bebeklerin oranı; erken KB grubunda %3.3, geç KB grubunda %10.0'dur (Tablo 1). Gestasyon haftası küçük olan bebeklerin fazla oranda bulunduğu geç dönem KB grubunda, doğum kilolarının da düşük olması beklenen bir bulgudur.

Çalışmadaki annelerin büyük çoğunluğunun 30 yaş üstünde olduğu görülmektedir(erken KB %56.7; geç KB %66.7) (Tablo 1). Annelerin çoğunluğunun 30 yaş üstünde olmasına rağmen; erken grubun %90.0'ı, geç grubun % 80'inin ilk bebekleri bu çalışmadaki bebeklerdir. Müdahaleli gebelik oranı da her iki grupta yüksektir (erken KB'de % 70, geç KB'de % 63.3'tür) (Tablo 1). Prematüre doğum nedenleri arasında düşük ve yüksek anne yaşı (27, 28, 46, 41, 59) ile infertilite ve bunun sonucunda IVF, mikroenjeksiyon gibi müdahaleli gebelik (27, 28) ve çoğul gebelikler (28, 41, 46, 59) önemli yer tutmaktadır .

Bebeğin KB'na tepkisini gösteren en iyi göstergelerden biri KB sırasındaki yaşam bulgularıdır. Erken dönemde KB uygulanan bebeklerin, KB başlangıcı ve sonunda vücut ısı ve solunum sayıları ortalamaları açısından önemli derecede değişiklik kaydedilmediği, her iki değerin de normal sınırlar arasında kaldığı Tablo 3'de gösterilmektedir. Literatürde, annelerin vücut ısısının bebeğin vücut ısısını dengeleyici rol oynadığı, bebeğin vücut ısı arttığında annenin vücut ısısının azalarak bebeğin ısısını da düşürmeye yöneldiği ya da bunun tersi etki gösterdiği ve bebeği soğuk stresinden koruduğu belirtilmektedir(6, 12, 21, 20). Çalışmamızda da, erken dönemde KB'na başlansa dahi, annelerin bebeklerin ısılarını düzenlemede, dengeleyici faktör olarak rol oynadıkları, bebeklerinin vücut ısılarını stabil tuttukları görülmüştür.

Tablo 4'te geç dönemde KB uygulanan bebeklerin, I. ve V. gününde, KB başlangıcı ve sonunda vücut ısı ve solunum sayısı ortalamaları açısından önemli derecede değişiklik saptanmadığı görülmekle birlikte; V. KB'daki vücut ısısında 0.1 °C'lik artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak vücut ısısındaki bu artış, klinik açıdan önem taşımayacak derecede azdır. Geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin vücut ısıları ve solunum sayıları da erken dönemdekiler gibi normal değerler arasındadır.

Yukarıdaki bulgularımız, doğumdan sonra erken dönemde başlanan KB'nın, bebeğin vücut ısısını düşürmediğini ve soğuk stresi yaşamasına neden olmadığını göstermiştir. İlk uygulanan kanguru bakımlarından beri bilinen en önemli özellik, bebeklerin KB sırasında soğuk stresörüne maruz kalmadıklarıdır. Ludington-Hoe da (49) doğumdan 6 saat sonra KB uyguladığı bebeklerde vücut ısısının hızla arttığını ve dengeye geldiğini göstermiştir. Bauer'in (11), 1500gr.dan düşük kilolu ve bir haftasını tamamlamış bebeklerle yaptığı KB çalışmasında, bebeklerin soğuk stresi yaşamadıkları saptanmıştır.

Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebekler kendi içlerinde değerlendirildiğinde, birinci gün KB sonunda ölçülen kalp atım hızı ortalamalarında başlangıçta ölçülen değerlere göre 5 ve 8 sayılı bir düşüş saptanmış ve bu düşüşler istatistiksel analizle de desteklenmiştir ($p= 0.044$) ($p=0.00$). Ancak, her iki grup

bebeklerin I. KB başlangıcı ve sonunda ölçülen kalp atım sayıları normal sınırlar içindedir (Tablo 3, 4). Hem erken ve hem geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin V. KB başlangıcı ve sonundaki yaşam bulgusu değerleri de istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 3, 4). Elde edilen bu bulgular; KB sırasında anne göğsünde olan bebeğin, annesinin kalp atışlarını duyup, kendisini intrauterinde gibi hissedip rahatladığı yönündeki görüşleri de destekler niteliktedir (6, 49).

Erken ve geç dönem KB'na başlanan bebeklerin, KB başlangıcı ve sonunda ölçülen yaşam bulgularının ortalama farkları, gruplar arasında karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 5). Bu bulgu da, 1. hipotezimizi desteklemiş olup, KB'nın yararları dikkate alınarak doğum sonrası erken dönemde KB'na başlanmasını önermemizi sağlayabilir.

Hem erken hem geç dönem KB grubundaki bebeklerin, I. ile V. KB başlangıç ve sonunda ölçülen yaşam bulgusu ortalamalarının farkı belirlenmiş ve kendi içlerinde karşılaştırılmıştır (Tablo 17). Beklendiği üzere, bu karşılaştırmada da bebeklerin yaşam bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Erken ve geç dönem KB grubundaki bebeklerin KB başlangıç ve sonu yaşam bulguları ortalama farkları karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olsa bile, bebeğin gestasyon haftası, yatış tanısı, invaziv veya noninvaziv işlem uygulanma durumu, annenin KB sırasındaki davranışları ve durumluk kaygı düzeyinin, bebeğin yaşam bulgularını etkileyebileceği düşünülmüş, ancak bu faktörlerin etkili olmadığı yapılan istatistiksel analizlerle belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 18 – 25).

Literatürde KB sırasında bebeklerde periyodik solunum, apne, bradikardinin daha az görüldüğü bildirilmektedir (6, 12, 49, 50, 64). Çalışmamızda; erken KB grubundan bir, geç KB grubundan dört bebekte KB esnasında apne bradikardi olmuş, müdahaleye gerek kalmadan düzelmiştir (Tablo 6) .

Hem erken hem geç dönemde KB'na başlanan bebekler, KB yapıldığı günler boyunca kilo almışlardır (Tablo 7). Yapılan diğer çalışmalarda da, erken dönemde KB uygulanan bebeklerin düzenli kilo aldıkları belirlenmiştir (19, 25). Erken KB grubundaki bebekler beş gün içinde ortalama 32.36 gr. alırken, geç gruptaki bebekler 83.93 gr. almışlardır. Preterm bebeklerin doğumdan sonraki ilk 5- 7 gün içerisinde osmatik basıncı sağlayan plazma proteinleri arttığı için, doğum öncesi dönemde oluşan ödemleri azalmakta, bu nedenle de kilo kaybetmektedirler (28, 63). Erken dönem KB bebeklerinin daha az kilo alım nedeni de; yaşamlarının ilk günlerindeki bu fizyolojik tartı kaybının gerçekleşmesidir. Oysa geç dönem KB bebekleri, doğumdan 7 gün sonra KB'na başlamıştır. Bu nedenle bu gruptaki bebeklerin, erken KB grubu bebeklerinden daha fazla kilo alması, beklenen bir bulgudur. Charpak ve arkadaşlarının (20), daha az kilolu ve sağlık sorunu olan bebekler ile yaptıkları KB çalışmasında, bebeklerin daha az kilo aldıkları belirlenmiştir.

Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, KB sırasındaki hareket durumları Tablo 8 ve 9'da yer almıştır. I. ve V. KB'da, KB başlangıcında sakin ve uyuyan bebek oranı, KB sonunda artarken; hareketli ve emmek isteyen bebek oranında azalma görülmüştür (I. KB $z=1.44$, $p>0.05$; V. KB $z: 0.000$, $p>0.05$). Oysa geç dönemde KB başlanan bebeklerden, sakin ve uyuyor olanlarının oranı, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ($p>0.05$), I. ve V. KB sonunda bir düşüş göstermiştir. Bauer ve arkadaşlarının (10) çalışmasında da, geç dönemde (8- 48 günlük) KB'na başlanan bebeklerin, anne ve babalarıyla yaptıkları KB'ları esnasında, sakin oldukları, ajitasyonlarının olmadığı ve uyudukları gözlenmiştir. KB sırasında bebeklerin çoğunluğunun sakin, stabil ve gevşemiş oldukları, uyku zamanlarının arttığı literatürde de belirtilmiştir (12, 49). Çalışmamızda, erken dönemde KB'na başlanan bebeklerin, geç dönem KB bebeklerinden daha büyük bir oranının (% 83.3) KB sonlarında sakin oldukları ve uyudukları belirlenmiştir. Bu bağlamda, erken dönem KB uygulamasının, bebeğin davranışsal tepkilerini olumlu yönde etkilemesi, KB'nın mümkün olduğunca erken başlaması gerekliliğini destekleyen bir bulgudur.

KB sırasında, bebeğin tepkisi kadar annenin tepkisi de önemlidir. Annenin KB'na ilişkin davranışları, duygu ve düşünceleri ile durumluk kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir

I. KB sırasında, erken dönem KB annelerinin % 90.0; geç dönem KB annelerinin %96.7'si bebeğe dokunma, gülümseme, onunla konuşma, onun hakkında sorular sorma ve bilgi alma gibi olumlu davranışlar göstermişlerdir (Tablo 10). Erken dönem KB annelerinin (% 93.3), olumlu davranışları V. KB sırasında da devam ederken; geç dönemde olumlu davranışlarını devam ettiren anne oranında bir azalma söz konusu olmuştur (% 80.0). Ancak her iki değerlendirmede de gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olup, bulgular 4. hipotezimizi desteklemektedir (I. KB $\chi^2 = 0.612$ $p > 0.05$; V. KB $\chi^2 = 0.254$ $p > 0.05$). Doğum sonrası iki-üç gün içinde bebek ile annesi arasında birbirlerine uyum sağlayan, beraberliklerinden haz duyan bir ilişkinin oluşması beklenir (58, 69). Annenin bebeğe karşı olan sevgisi de belli koşullara bağlıdır ve uyarılması gerekir. Bu bebek - aile arasındaki uyumun sağlanması, ilişkinin oluşması ve annenin uyarılması amacıyla başlanan erken KB'nın, ilişkinin devam ettirilmesinde de önemli bir yer tuttuğu araştırma bulgularımızla da desteklenmiştir. Geç dönem anne ve bebeklerinde de bu ilişki başlamıştır. Fakat bu ilgi ilerleyen günlerde azalan bir oranla devam etmiştir. Bu bağlamda, KB'na erken dönemde başlanmasının geç dönemde başlanmasına göre, anne bebek iletişiminin başlatılması ve sürdürülmesinde daha önemli bir role sahip olduğu söylenebilir. Erken dönemde KB uygulanması anne - bebek iletişiminin başlatılması ve sürdürülmesi açısından desteklenmelidir. Yapılan çalışmalarda da, KB sırasında annelerin bebeğine dokunması, onunla konuşması, onu sevmesi, onun tedavileri ve bakımı hakkında bilgi alması gibi olumlu davranışlar gösterdiklerinden bahsedilmiş, KB'nın, anne bebek bağı açısından önemi dile getirilmiştir (1, 2, 12, 18, 51, 53).

Çalışmamıza alınan bütün annelerin, durumluk kaygı düzeyleri her iki ölçümde de yüksek bulunmuş olup, erken ve geç KB grubu annelerin, durumluk kaygı düzeyleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu bulgu da, 3. hipotezimizi doğrular niteliktedir. Literatürde yoğun bakım ortamının ailelerde orta derecede anksiyete yarattığı bildirilmektedir (15). Annede anksiyete düzeyindeki yükseklik

nedenleri; yoğun bakımdaki araç gereçlerin çok fazla olması, sağlık personelinin hızlı ve heyecanlı çalışma temposudur. Ayrıca, bebeğin prematüre olması ve yaşam riskinin devam etmesi, annelerin bebeklerinden ayrı olmaları, hastane masraflarının ortaya çıkaracağı ekonomik sıkıntılar da, annede anksiyete yaratacak diğer faktörlerdendir (15, 23). Bu koşullar altında araştırmamızda bütün annelerin durumluk kaygı düzeylerinin yüksek çıkması beklenen bir bulgudur. Ancak geç dönem KB annelerinin, KB uygulamaya başlayıncaya kadar geçen en az 7 günlük süre içerisinde, bebeklerini ve yoğun bakım ortamını daha fazla görmüş olmaları, sağlık personeli ile de daha fazla iletişim içinde bulunmuş olmaları nedeniyle, durumluk kaygı düzeylerinin daha düşük olması beklenirdi. Oysa bulgularımız bu beklentiyi karşılamamıştır. Benzer beklenti V. KB içinde söz konusu iken, hem erken hem geç KB grubundaki annelerin, bu KB esnasındaki durumluk kaygı düzeyleri düşme göstermeyip, hafif bir yükselme göstermiştir. Annelerin KB hakkındaki duygu ve düşünceleri incelendiğinde ise, bu beklentimizi karşılayan bulgular elde edilmiştir. I.KB esnasında, erken KB grubundaki annelerden %26.7'si, geç KB grubundaki annelerden %30'u mutlu ve huzurlu olduğunu belirtirken, V. KB sırasında bu oranlar büyük bir artış göstermiştir (erken KB grubu %76.7, geç KB grubu %80) (Tablo 12). 14 anneye 5 günlük KB uygulanan bir araştırmada, annelerin rol değişim stresi ve genel stres seviyelerinin azaldığı belirlenmiştir (49). Araştırmamızda annelerin durumluk kaygı düzeylerinin V.KB'da bile yüksek bulunması, kapsamlı olarak incelenmeye değer bir konudur. Cimete'nin (23) sorunlu yenidoğan ebeveynleri ile yaptığı bir çalışmada; annelere doğumdan sonra 6 gün içinde, bebekleri hakkında bilgi verme, onları görme fırsatı verme, duygularını açığa çıkarmasını ve aile üyelerinin destek olmalarını sağlama, uygulayabilecekleri stresle baş etme yöntemlerini öğretme gibi stratejiler uygulanmış ve uygulanan bu yaklaşımların annelerin anksiyete düzeylerini düşürdüğü saptanmıştır.

Araştırmamızda, her iki gruptaki annelerin yarısından fazlası (erken KB %56.7; geç KB %66.7) ilk KB'da; heyecanlı olduklarını, bebeğe zarar vermekten korktuklarını belirtirlerken; aynı zamanda da mutluluğu ve huzuru yaşadıklarını, ilk kez bebeğin onlara ait olduğunu hissedip, onunla bütünleştiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 12). Beşinci KB'da ise bu duyguları yaşayan annelerin oranı her iki grupta da %20'ye inmiştir. Annelerin ifade ettikleri korkuları, heyecanları KB günleri

ilerledikçe yerini mutluluğa, huzura ve bebekleriyle bütünleşmeye bırakmıştır. Ludington - Hoe ve arkadaşlarının (49, 50), Affonso ve arkadaşlarının (1, 2) yaptıkları çalışmalarda anneler başlangıçta oldukça kaygılı olduklarını ve bebeğe dokunmaktan korktuklarını ifade ederken; KB uygulamaları sonunda mutluluktan, bebek ile bütünleşmekten, sevgiden, güvenden söz etmeye başlamışlardır ki; bu bulgular, çalışmamızdaki sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Anneler KB sonunda, bebeklerinin nasıl uyuduğu, hangi pozisyonu sevdiği, nasıl tutulmaktan hoşlandığı gibi konularda bilgi sahibi olurlar (49). KB annelere, bebekleriyle birlikte olabilecekleri ve onun için bir şeyler yapabilecekleri kısa süreli bir fırsat sağlar (50). Ayrıca KB, yüksek riskli bir bebeğe sahip olmanın annelerde yarattığı suçluluk duygusunu, acıyı ve duygusal boşluğu da azaltır (1, 2).

Çalışmamızda, çok az anne tarafından ifade edilen (erken KB grubu %6.7, geç KB grubu % 3.3) şikayet ise; KB sırasında bebeğin yüzünü görememektir (Tablo 12). Gale ve arkadaşları (37) ile Neu'nun (53) çalışmalarında da annelerin, bebeklerinin yüzlerini göremedikleri için KB yapmak istemedikleri saptanmıştır. Araştırmamızda bebeklerinin yüzünü görememeleri, annelerin KB'nı bırakmaları için bir neden olmamıştır. İletişimde, göz göze kontakın öneminin büyük olması ve KB sırasında annelerin, bebeklerinin yüzlerini görememeleri bir dezavantaj gibi görünse de, KB sırasındaki tensel dokunuş, bebek ile annenin iletişiminin başlatılmasında ve sürdürülmesinde, sevgi alışverişinin devam etmesinde bu dezavantajı fazlasıyla telafi edecektir.

Bu bulgular ışığında, erken dönem KB uygulanan annelerin duygu ve düşüncelerinin geç dönem KB uygulanan annelerden farklı olmadığı, hatta daha da olumlu olduğu için, erken dönem KB uygulamasının desteklenmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmamızda, beş günlük KB uygulama süresi bittikten sonra erken ve geç dönem KB grubu bebekleri, hastaneden çıkıncaya kadar; tıbbi sorun yaşamaları, hastanede kalma günleri, doğum kilosuna ulaşma zamanları ve hastaneden çıkış kiloları açısından izlenmiştir.

Beş günlük KB uygulamasından sonra, hastaneden çıkıncaya kadar geçen sürede; erken KB grubundaki bebeklerin % 20.0'sinde batin distansiyonu, sepsis veya solunum problemlerinden biri görülmüştür (Tablo 13). Geç dönemde KB'na başlananlarda ise bu oran biraz daha fazla (% 23.3) olmasına karşın; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2 : 0.098$ $p > 0.05$). Bu sonuç da, 6. hipotezimizi doğrular niteliktedir. Çalışmamızda KB uygulanan ve uygulanmayan bebekler arasında bir karşılaştırma yapılmamış olmasına rağmen, literatürde, KB uygulanan bebeklerin daha az tıbbi sorun yaşadıkları belirtilmektedir (2, 18, 25, 64). Sloan ve arkadaşlarının (64) yaptığı çalışmada da, doğumdan 3 gün sonra KB'na başlanan bebeklerde, KB yapılmayanlara oranla pnömoni ve diğer genel enfeksiyonların daha az görüldüğü saptanmıştır.

Erken dönemde KB'na başlanan bebeklerin %70.0'e yakın bir bölümü doğumdan sonra 13 gün içinde doğum kilolarına ulaşmışlardır (Tablo 14). Fakat geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, ancak % 48.0'i bu günler içinde doğum kilolarına ulaşmışlardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da ($t=4.185$ $p>0.05$); erken dönemde KB'na başlanan bebeklerin kilo alımı ve doğum kilosuna ulaşması, geç dönem KB grubundan daha iyi olduğu için, KB'nın erken dönemde başlatılması desteklenebilir. Moran ve arkadaşlarının (52); KB'ye doğumdan 4,5 saat sonra başladığı çalışmasında bebekler doğum kilolarına 12 günde ulaşmışlardır. Bu bulgu, çalışmamızdaki erken dönem KB bebeklerinin doğum kilolarına ulaşma günleri ile benzerlik göstermektedir.

Erken dönem KB grubundaki bebeklerin, doğumdan itibaren hastaneden çıkıncaya kadar aldıkları kilo ortalaması 336.5 gr, geç dönem KB grubundakilerin ise 416.3 gr.dır (Tablo 16 b). Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, doğumdan sonra - hastaneden çıkış zamanına kadar geçen sürede aldıkları kilo açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup bu sonuç 7. hipotezimizi destekler niteliktedir. Geç dönem KB grubu bebeklerin erken dönem KB grubuna oranla daha fazla kilo almış olmaları; bu bebeklerin erken gruptakilerden daha uzun süre hastanede kalmalarından kaynaklanmış olabilir.

Erken dönemde KB'na başlanan bebekler ortalama 26 gün, geç dönemde başlananlar ortalama 30 gün hastanede kalmışlardır (Tablo 15). Erken grupta, erken hastaneden çıkış gözlenirse de, bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=1.274$ $p>0.05$). Bu bulgu, erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, hastanede kaldıkları süre arasında fark yoktur hipotezimizi desteklemektedir. Moran ve arkadaşlarının (52) doğumdan 4.5 saat sonra KB uygulamaya başladığı bebekler de 21 günde hastaneden çıkmışlardır. Moran ve arkadaşlarının (52) çalışmasındaki bebeklerin gestasyon haftalarının 32 olması, araştırmamızdaki bebeklerden daha erken dönemde hastaneden çıkmalarına katkıda bulunmuş olabilir. Ancak, KB ister erken ister geç dönemde başlasın; KB uygulanan bebeklerin hastaneden daha erken çıktıkları literatürde yer almaktadır (2, 5, 18, 19, 25, 62, 64). Bu bağlamda erken dönemde KB'na başlanmasının hastaneden çıkış süresini olumlu etkilediği araştırma bulgularımızla da desteklenmiştir.

Sonuç olarak;

1. Erken ve geç dönem KB grubundaki bebeklerin; KB öncesi ve sonrasında ölçülen vücut ısı ve solunum sayıları arasında fark olmadığı, kalp atım sayısında da olumlu yönde farklılık olduğu,
2. Bebeklerin, KB başlangıcı ve sonunda ölçülen yaşam bulgusu ortalama farkının belirlenip, erken ve geç grubun değerleri karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı,
3. Erken dönem KB uygulanan annelerin davranışlarının, durumluk kaygı düzeylerinin, KB'na ilişkin duygu ve düşüncelerinin, geç dönem KB grubundakilerden farklılık göstermediği bulunmuştur.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma; doğumdan sonra 2 - 6 gün arasında KB'na başlanan bebeklerle (erken dönem); 7. gün ve sonrasında KB'na başlanan bebeklerin (geç dönem); fiziksel / fizyolojik durumu ve annelerin KB'na yönelik duygu ve davranışları açısından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla; VKV Amerikan Hastanesi ile Alman Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde 28 - 34 gestasyon haftasındaki 60 prematüre bebek ve anneleri ile gerçekleştirilmiştir. Bebekler gestasyon haftası, doğum kilosuna, çoğul gebelik olma durumu yönünden eşleştirilerek 30'u erken, 30'u geç KB grubuna yerleştirilmiştir (Tablo 1).

Bebeklere 5 gün süreyle 30 dakika KB uygulanmıştır. Çalışmada bebeklerin yaşam bulguları, davranışsal tepkileri, annelerin davranışları ve durumluk kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre; hem erken hem geç dönem KB uygulanan bebeklerin, her iki KB uygulaması öncesi ile sonrasında kaydedilen vücut ısı ve solunum sayısı ortalamaları farkının, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, buna karşılık; I. KB sırasında hem erken hem geç dönemdeki bebeklerin KB sonunda ölçülen kalp atım sayısındaki düşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3 erken KB grubu t: 2.110 p:0.044; Tablo 4 geç KB grubu t: 4.35 p:0.00). Bebeklerin, KB başlangıcı ve sonunda ölçülen yaşam bulgusu ortalama farkı belirlenmiş, erken ve geç grubun değerleri karşılaştırılmış ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 5). Bu bağlamda, erken dönemde KB uygulanmaya başlanmasının bebeklerin, yaşam bulgularını olumsuz yönde etkilemediği, kalp atımı üzerinde olumlu etki gösterdiği, ayrıca KB'nın anne bebek bağlılığına olumlu etkisi dikkate alındığında, erken dönemde bu uygulamanın başlatılmasının yararlı olacağı sonucuna varılmıştır.

Erken ve geç dönemde KB'na başlanan bebeklerin, KB sırasındaki hareket durumları Tablo 8 ve 9'da yer almıştır. Erken grupta, I. ve V. KB'da, KB başlangıcında sakin ve uyuyan bebek oranı, KB sonunda artarken; hareketli ve emmek isteyen bebek oranında azalma görülmüştür (I. KB $z=1.44$, $p>0.05$; V. KB

z: 0.000, $p>0.05$). Oysa geç dönemde KB başlanan bebeklerden, sakin ve uyuyor olanlarının oranı, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ($p>0.05$), I. ve V. KB sonunda başlangıca göre düşüş göstermiştir. Çalışmamızda, erken dönemde KB'na başlanan bebeklerin, geç dönem KB bebeklerinden daha büyük bir oranının (% 83.3) KB sonlarında sakin oldukları ve uyudukları belirlenmiştir. Bu bağlamda, erken dönem KB uygulamasının, bebeğin davranışsal tepkilerini olumlu yönde etkilemesi, KB'nın mümkün olduğunca erken başlaması gerekliliğini destekleyen bir bulgudur.

KB sırasında hemşirelerin gözlemlediği anne davranışları arasında; anneler tarafından I. KB'da, erken dönemde %90.0, geç dönemde %93.3 oranında olumlu davranışlar sergilendiği; V. KB sırasında ise erken dönem KB'da bu oranın %93.3'e yükseldiği, geç dönem KB grubunda ise %86.7'ye düştüğü bulunmuştur (Tablo 10). Bu da KB'nın erken dönemde başlanmasının sakıncasından çok yararının olduğunu gösteren bir bulgudur.

KB sırasında annelerin durumluk kaygı puanları incelendiğinde, annelerin yüksek derecede anksiyete yaşadıkları, erken dönem KB annelerinin I. KB sırasındaki kaygı puan ortalamasının 69.20 iken V. KB sırasında 71.06'e yükseldiği, geç dönem KB annelerinde de benzer durumun söz konusu olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Annede anksiyete düzeyindeki yükseklik nedenleri; yoğun bakımdaki araç gereçlerin çok fazla olması, sağlık personelinin hızlı ve heyecanlı çalışma temposu gibi çevresel faktörler olabildiği gibi; bebeğin prematüre olması ve yaşam riskinin devam etmesi, annelerin bebeklerinden ayrı olmaları da anksiyete yaratacak diğer faktörler olabilir. Bu koşullar altında araştırmamızda bütün annelerin durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olması beklenen bir bulgudur. Ancak anne kaygı düzeyinin yüksek olması bebekte gerginlik yaratıp solunum ve kalp atım sayısında artışa zemin hazırlamamıştır. Tüm bebeklerde I. ve V. KB başlangıç ve sonu solunum ile kalp atım sayıları normal sınırlarda bulunmuştur.

Her iki gruptaki annelerin yarısından fazlası (erken KB % 56.7; geç KB % 66.7) ilk KB'da heyecanlı olduklarını, bebeğine zarar vermekten korktuklarını belirtirlerken; aynı zamanda da mutluluğu ve huzuru yaşadıklarını, bebeklerini ilk kez onların olduğunu hissedip, onunla bütünleştiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 12).

Beşinci KB’da ise bu çelişkili duyguları yaşayan anne oranı her iki grupta da % 20’ye inmiştir. Annelerin ifade ettikleri korkuları, heyecanları KB günleri ilerledikçe yerini mutluluğa, huzura ve bebekleriyle bütünleşmeye bırakmıştır. Erken dönem KB uygulaması; annelerin duygu ve düşünceleri yönünden, geç dönem KB uygulanan annelere göre farklı olmadığından dolayı desteklenebilir.

KB sırasında bebeklerin hızlı kilo aldıkları görüşünden yola çıkarak, doğum kilolarına da erken ulaşacakları düşünülmüş ve erken KB başlanan bebeklerin % 34.5’inin 8-10 günde, %34.5’inin 11-13 günde, geç dönem KB bebeklerin ise % 13.8’inin 8 – 10 günde, % 34.5’inin 11- 13 günde ve daha büyük bir oranının ise (% 37.9) 14- 16 günde doğum kilolarına ulaştıkları bulunmuştur (Tablo 14). Doğum kilosuna ulaşma yönünden erken dönemde KB başlanan bebeklerin daha avantajlı oldukları sonucuna varılmıştır.

Erken ve geç dönemde KB’na başlanan bebeklerin; beş günlük KB uygulamasından sonra hastaneden çıkıncaya kadar geçen süre içinde tıbbi sorunla karşılaşma durumu, hastaneden çıkış süresi ve çıkış kiloları yönünden aralarında bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 13, 15, 16). Bu bulgular da, durumu uygun olan her bebeğe erken dönemde KB uygulanabilir görüşünü destekler.

Sonuç olarak araştırmamızda;

1. Hem erken hem geç dönemde KB başlanan bebeklerin; KB öncesi ile sonrasında ölçülen vücut ısı ve solunum sayılarının ortalamaları karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Buna karşılık her iki grupta, kalp atım sayısında belirlenen istatistiksel farklılığın olumlu yönde olduğu görülmüştür.

2. Bebeklerin, KB başlangıcı ve sonunda ölçülen yaşam bulgusu ortalama farkı belirlenmiş, erken ve geç grubun değerleri karşılaştırılmış ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

3. Erken dönem KB uygulanan annelerin davranışları, durumluk kaygı düzeyleri, KB'na ilişkin duygu ve düşünceleri, geç dönem KB grubundakilerden farklılık göstermemiştir.

Bu bulgular doğrultusunda;

1. Fiziksel ve fizyolojik engeli bulunmayan her bebeğe doğumu takip eden 2. günden itibaren KB uygulanması önerilmiştir.

2. İster erken ister geç dönemde başlansın KB'nın, bebek ve anneler üzerine olumlu etkisi dikkate alınarak, YYBÜ bulunan bütün hastanelerde KB uygulamasının başlatılması; bunun için sağlık personellerinin KB'nın yararları konusunda bilgilendirilmesi önerilebilir.



9. EKLER

EK 1

Kanguru Bakım Rehberi

Bebeğiniz yaşamak için var gücüyle çalışıyor. Ona, bizler tıbbi bilgi ve deneyimlerimiz ile; sizler de sevginiz, inancınız ve desteğiniz ile yardımcı olacaksınız. Ünitemizde sağlık ekibinin tek başına yaptığı tedavi ve bakımın yanında siz ana ve babalarla birlikte ‘Kanguru Bakımı’ nı da uygulamaktayız.

Kanguru bakımı, anne / baba ve bebeğin cilt cilde temasta bulunduğu bir bakım türüdür. Bebeğinizde sadece bebek bezi ve şapkası bulunur. Size de servise girişte önden düğmeli önlük giydirilir. Bebek anne veya babanın göğsüne direkt temas edecek şekilde, başı yukarıda dik pozisyonda yerleştirilir. Tensel temas ve dokunuş sağlanır. Uygulama boyunca paravan çekilerek mahremiyetinize dikkat edilir. Bu uygulama ortalama 30 - 45 dakika sürer ve beslenmelerden önce yapılır. Kanguru bakımı yapacağınız gün gelmeden önce duş almanız ya da silme banyosu yapmanız, sezeryan bölgenizde herhangi bir akıntının olmaması önemlidir.

Bebeğinizin solunum desteği olmadığı her zaman için, doğumdan birkaç gün sonra kanguru bakımını uygulayabilirsiniz. Önemli olan sizin yorgun olmayıp, bebeğinizi tutmaya istekli olmanızdır. Bebeğinizle ilk karşılaştığınızda monitör kablolarının, serum setlerinin görüntüsünden korkmuş olabilirsiniz. Şimdi onlarla birlikte bebeğinizi kucağınıza alacağınızı söylüyoruz. Bu, sizi daha da korkutabilir. Kanguru bakımı sırasında onların hepsi kaymayacak, çıkmayacak şekilde sabitlenecek ve bunun için hemşireler size yardımcı olacaktır.

KB’nın, bebeğin vücut ısını, solunumunu ve kalp atımlarını düzenlediği, düzenli kilo almasına yardımcı olduğu, anne bebek bağına güçlendirdiği, anneye hamileliğini tamamlama duygusu yaşattığı ve emzirmede daha başarılı olmasını sağladığı araştırmalarla saptanmıştır.

Sizin ve bebeğinizin KB deneyiminden mutlu olmanızı diliyor ve bu deneyim anında size gerekli desteği sağlayacağımızı vurgulamak istiyoruz

EK - 2

Anne ve Bebeği Tanıtıcı Özellikler Formu

Anne İsmi:

Doğum yaptığı tarih:

Kolon no.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. Anne Yaşı..... | 1 |
| 1. 20- 29 | |
| 2. 30 ve + | |
| 2. Anne eğitimi..... | 2 |
| 1. İlköğretim | |
| 2. Lise | |
| 3. Üniversite ↑ | |
| 3. Paravida sayısı | 3 |
| 1. 1 | |
| 2. 2 ve ↑ | |
| 4.Gebeliğin oluşma şekli? | 4 |
| 1. Normal | |
| 2. Müdahaleli gebelik (IVF, ICSI vb.) | |
| 5. Bebeğin doğum haftası:..... | 5 |
| 1. 28 – 29 GH | |
| 2. 30 - 31 GH | |
| 3. 32 GH ve ↑ | |
| 6. Bebeğin doğum kilosı:..... | 6 |
| 1. 999 gr. ve ↓ | |
| 2. 1000 - 1499 gr. | |
| 3. 1500 - 2000 gr. | |

7. Yatış tanısı:.....

7

- 1. prematüre
- 2. prematüre / SGA
- 3. prematüre / RDS / TTN / pnömotoraks / pulmoner hipertansiyon



EK – 3

Kanguru Bakımı Günlük İzlem Formu

A – Bebeğe Yönelik İzlemler

Bebek adı:

Tarih:

Kolon no.

1. Kanguru bakım seansı:..... 8
 1. 1
 2. 2
 3. 3
 4. 4
 5. 5
2. Kanguru bakımı öncesinde bebeğe ait hemşire gözlem bulguları..... 9
 1. Gözler kapalı, solunumu düzenli, hareketsiz ya da az hareketli
 2. Gözler açık hareketsiz
 3. Hareketli, aranıyor ve emmek istiyor
3. Günlük kilo durumu:..... 10
4. Kanguru bakımı boyunca oksijen ihtiyacı arttı mı?..... 11
(oksijen saturasyonun 90'nın altına inmesi, per-oral siyanozunun olması vb gibi)
 1. Evet
 2. Hayır
5. Kanguru bakımı sırasında apne bradikardi oldu mu?..... 12
 1. Olmadı
 2. 1 kez oldu
 3. 2 kez oldu
6. Kanguru bakımından 3 saat öncesine kadar bebeğe herhangi bir işlem uygulandı mı? 13
 1. Hayır
 2. Evet (Noninvaziv ya da invaziv işlem uygulandı)

7. KB başlangıcında vücut ısısı değeri ?.....	14
8. KB sonunda vücut ısısı değeri ?.....	15
9. KB başlangıcında dakikada kalp atım sayısı ?	16
10. KB sonunda dakikada kalp atım sayısı ?	17
11. KB başlangıcında dakikada solunum sayısı ?.....	18
12. KB sonunda dakikada solunum sayısı ?.....	19

KB	Vücut Isısı / °C	Kalp Atım Sayısı / dk	Solunum Sayısı / dk
Başlangıcında			
Sonunda			

13. Kanguru bakımı sırasında bebeğe ait hemşire gözlemleri	20
--	----

1. Gözler kapalı, solunumu düzenli, hareketsiz ya da az hareketli
2. Gözler açık hareketsiz
3. Hareketli, aranıyor ve emmek istiyor

14. Kanguru bakımı sırasında anneye ait hemşire gözlemleri	21
--	----

1. Olumlu davranışlar sergiliyor:

- Bebeğiyle konuşuyor, ona dokunuyor ve gülümsüyor,
- Bebeğini aile bireylerine benzetiyor,
- Bebeğinin şimdiki durumu, beslenmesi, hayati tehlikesi, gelecekteki durumunun ne olabileceği, bakımları, tedavileri hakkında bilgi istiyor,
- Hastaneden çıkış zamanı ile ilgili sorular soruyor,
- Bebeğinin bir an önce bebeğinin hastaneden çıkmasını istiyor.

2. Olumsuz davranışlar sergiliyor:

- Bebeğine bakmıyor (yüzüne, vücuduna),
- Bebeğiyle konuşmuyor, gülümsemiyor,
- Eşi ya da hemşiresiyle bebekle ilgisiz konularda konuşuyor.

B - Kanguru Bakımı Sonrası Annenin Duygu ve Düşünceleri

Kolon no.

15. Kanguru bakımı sırasında kendinizi nasıl hissettiniz? 22

1. Heyecanlıydım,
2. Korkuyordum, bebeğe zarar vereceğimi düşünüyordum,
3. Mutluydum,
4. Üzgündüm,
5. Kanguru bakımı hiç bitmesin istedim, bebeğimden ayrılmak zor geldi,
6. Bebeğimin ilk kez benim olduğunu hissettim, onunla bütünleştim,
7. Rahatsız oldum, yoruldum,
8. Hiçbir şey hissetmedim,
9. Diğer...



EK – 4

Kanguru Bakımı Sonrası Bebek İzlem Formu

	Kolon No.
1. Taburcu kilosuna.....	23
2. Hastanede kalış süresi.....	24
1. 13 – 17 gün	
2. 18 – 22 gün	
3. 23 – 27 gün	
4. 28 – 32 gün	
5. 33 gün ve ↑	
3. Çıkış tarihine kadar sorun yaşama durumu?.....	25
1. Sorun yaşamayanlar	
2. Sorun yaşayanlar (sepsis, batın distansiyonu, solunum problemleri vs..)	
4. Doğum kilosuna ulaşma zamanı?	26
1. Doğum kilosuna ulaşmadan taburcu olanlar	
2. Doğumdan 8 - 10 gün sonra	
3. Doğumdan 11 - 13 gün sonra	
4. Doğumdan 14 - 16 gün sonra	
5. Doğumdan 17 gün ve ↑	

Kendini Değerlendirme Formu

Adı Soyadı:

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir akım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun ve **şu anda** kendinizi nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamaksızın anında neler hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	<u>Hiç</u>	<u>Biraz</u>	<u>Çok</u>	<u>Tamamiyle</u>
1. Şu anda sakınım	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum ..	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

ALMAN HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nazlı Çindemir'in "Erken ve Geç Zamanda Başlanan Kanguru Bakımının Prematüre Bebeklere ve Annelerine Etkisi" konulu araştırmasını, hastaneniz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirebilmesi için gereği ve izinleri arz ederim.

16. 10. 2001

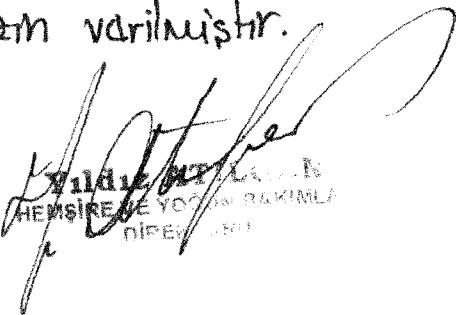
Doç. Dr. Hatice Pek

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Ana Bilim Dalı Başkanı



İzin verilmiştir.



Yıldız KAYA
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
DİREKTÖRÜ

Marmara Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Haydarpaşa / İstanbul

KONU : Sn. Nazlı Çindemir'in tez çalışması için yapılan başvuru hakk.

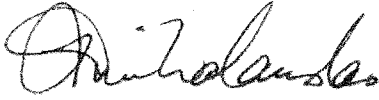
İLGİ : İlgili başvuru yazınız

Sn. Doç. Dr. Hatice Pek,

Yüksek Lisans öğrenciniz Sayın Nazlı Çindemir'in "Erken ve geç zamanda başlanan kanguru bakımının prematüre bebeklere ve annelerine etkisi" konulu tez çalışmasını Hastanemizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde gerçekleştirmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunar , çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Saygılarımla,



Lynda E. Mikalauska
Hasta Bakım Grup Müdürü

CC : Sn. Dr. Teoman Dal
Sn. Dr. Gülnihal Şarman
Sn. Neslihan Altan Sezer
Sn. Ayşe Pişkin
Sn. Marziye Üstündağ
Eğitim Ofisi

10. KAYNAKLAR

1. Affonso D., Bosque E., Wahlberg V., Brady J.: Reconciliation and healing for mother through skin to skin contact provided in an American tertiary level intensive care nurse. Neonatal Network, 12 (3): 25- 32, 1993.
2. Affonso D., Wahlberg V., Persson B.: Exploration of mothers' reactions to the kangaroo method of prematurity care. Neonatal Network, 7 (6): 43 – 51, 1989.
3. Akansel N.K.: Prematüre Doğum Yapmış Ailelerin, Özellikle Annelerin Bebeğe Fiziksel ve Duygusal Yaklaşımlarında Hemşirenin Destekleyici ve Eğitici Rolünün Önemi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1993 (Danışman: Doç. Dr. A. Kavaklı).
4. Akşit S., Cimete G.: Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5 (2): 25 - 36, 2001.
5. Anderson C. G.: Skin to skin kangaroo care in Western Europe. American Journal of Nursing, 662 – 666, 1989.
6. Anderson G. C.: Current knowledge about skin to skin (kangaroo) care for preterm infants. Journal of Perinatology, 9 (3): 216 - 225, 1991.
7. Anderson C.G., Dombrowski M.A.S., Swinth J.Y.: Kangaroo (skin to skin) care in the new millennium: variations on the theme. 3rd international workshop on kangaroo mother care (KMC) reports. Yogyakarta – Indonesia. 22-25, 2000.
8. Atlas Dergisi. Gagauzlar. Sayı: 109, s: 76, Nisan 2002.
9. Balcı S.A.: İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997 (Danışman: Doç. Dr. Sevim Savaşer)

10. 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. *Journal of Pediatrics*, 129 (4): 608 – 611, 1996.
11. Bauer K., Uhrig C., Sperling P., Pasel K., Wieland C., Versmold H.T.: Body temperatures and oxygen consumption during skin to skin (kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500 gr. *The Journal of Pediatrics*, 130 (2): 240 – 244, 1997.
12. Bingham R.J.: Reviewing the “recommendations” of kangaroo care. *Mother Baby Journal*, 3 (4): 19 - 23, 1998.
13. Bolışık B.: Prematüre bebeklerde yaşam şansını etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, s: 208 – 215, İzmir, 1990.
14. Brooks D.F.: Kangaroo care: skin to skin contact in the NICU. *MCN.*, 18 : 250 - 253, 1993.
15. Bulamacı G.: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Riskli Yenidoğanların Anne ve Babalarındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi ve Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Prof. Dr. G. Görak).
16. Can G.: Yenidoğanda Anne – Çocuk İlişkisi. Ed: Neyzi O., *Pediatrici*. 2. Basım, Cilt:1, s: 205 – 207, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1993.
17. Can G.: Anne – Yenidoğan Bağının Önemi. Ed: Ekşi A., *Ben Hasta Değilim*. s: 17 – 21, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999.

18. Cattaneo A., Davanzo R., Uxa F., Tamburlini G. Recommendations for the impementation of kangaroo mother car efor low birth weight infants. *Acta Paediatrica*, 87: 440 – 445, 1998.
19. Catlaneo A., Davanzo R., Worku B., Surjono A., Echeverria M., Bedri A., Haksari E., Osorno L., Gudetta B., Setyowireni D., Quintero S., Tamburlini G.: Kangaroo mother care for low birht weight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatrica*, 87: 976 – 985, 1998.
20. Charpak N., Ruiz – Pelaez G.J., Charpak Y.: Rey – Martinez kangaroo mother program: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. *Pediatrics*, 94 (6): 804 – 810, 1994.
21. Christensson K., Bhat J.G., Amadi B., Eriksson B., Hojer B.: Randomised study of skin to skin versus incubator car efor rewarming low risk hypothermic neonates. *The Lancet*, 352: 1115, 1998.
22. Cimete G.: Doğum sonrası erken dönemde anne – bebek yakınlaşması. *T.H.D.*, 42 (1): 7 – 8, 1992.
23. Cimete G.: Sorunlu yenidoğan ebeveynlerinin stresle başetmelerini destekleyici bir hemşirelik yaklaşımı modeli. *T.H.D.*, 46 (6): 2 – 8, 1996.
24. Cimete G., Erdem Y.: Yüksek riskli çocuk ve ebeveynlik. I. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu, s: 117 - 181, İstanbul, 1992.
25. Cleary M.G., Spinner S., Gibson E., Greenspan J.S.: Skin to skin parental contact with fargile preterm infants. *JAOA.*, 97 (8): 457 – 460, 1997.
26. Conk Z., Bal Y.H.: Prematüre bebeklerde kanguru bakım metodu uygulaması ve hemşirelik bakımındaki yeri. IX. Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı, s: 48, 1998.

27. oşkun, A.: Yüksek Riskli Gebeliklerin Fetus / Yenidoğana Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ed: Dağoğlu T., Grak G.: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. s: 57, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002.
28. avuşoğlu H.: ocuk Sağlığı Hemşireliği. 5.Basım, 2.Cilt, s: 79-90,Ankara,2001.
29. Grak G.: Psikososyal Bakım. Ed: Dağoğlu T., Grak G.: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. s: 775 – 791, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002.
30. Dal G., Demir .: Anne – Bebek İlişkisi. IX. Ulusal Neonatoloji Kongresi zet Kitabı, s: 152, Samsun, 2001.
31. Dombrowski M.A., Anderson C.G., Santori C., Roller C., Pagliotti F., Dowling D.: Kangaroo – skin to skin – care for premature twins and adolescent parents. MCN., 25 (2): 92 – 94, 2000.
32. Doyle W.L.: Kangaroo mother care. The Lancet, 350 : 1721 – 1722, 1997.
33. Ecevit A. ř., Baheik N.: Aile – Bebek Bağı. I. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Sempozyumu Bildiri zetleri, s: 35, İstanbul, 1996.
34. Erden M., Akman Y.: Eğitim Psikolojisi. 4. Basım, s: 76 – 88, Arkadaş Yayınevi, Ankara, 1997.
35. Feldman R., Eidelman A.: How and do they affect development. Clinics in Perinatology, 25 (3): 621 – 623, 1998.
36. Feldman R., Eidelman A., Sirota L., Wellewe A.: Comparison of skin to skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. Pediatrics, 110 (1): 16 – 26, 2002.

37. Gale G., Franck L., Lund C.: Skin to skin (kangaroo) holding of the intubated premature infant. Neonatal Network, 12 (6): 49 – 57, 1993.
38. Geçkil E., Erdemir F.: Kanguru bakımının klinik kullanımı ve kullanışlılığı üzerine çalışmalar. XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı, s: 116, Samsun, 2001.
39. Gençtan E.: Pikoanaliz ve Sonrası. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1990.
40. Glopessad K.: Experiences of maternal love and parental love when preterm infants were held skin to skin and wrapped in blankets: differences between two types of holding. Vard I Norden, 18, Publ. No: 47, No:1:23 – 30,1998.
41. Görak G., Erdoğan S., Savaşer S., Çakıroğlu S.: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Ed.: Seçim H., s: 62 – 67, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 265, Eskişehir, 1992.
42. İçöz D., Altınay M., Soysal A., Mamur G., Dayanıklı P., Şarman G.: Prematüre bebeklere uygulanan kanguru bakımının taburcu olduktan sonraki erken / geç dönem etkileri. X. Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı, s: 85, 2000.
43. İnce N.G.: İstanbul Kentinde Bebek Dostu Hastanelerde Emzirme Tekniği ve Emzirme Danışmanlığının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1996.
44. İşler A.: Prematüre Bebeği Olan Annelerde Olumlu Anne – Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001 (Danışman: Prof. Dr. G. Görak).
45. Kangaroo Mother Care: A practive guide. Department of reproductive health and research, Geneva, World Health Organization, 2003.

46. Kavaklı A., Pek H., Bahçecik N.: Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. 1. Basım, s: 123 – 148, Alemdar Ofset, İstanbul, 1995.
47. Laura Y., Martinez R.: Kangaroo mother program in the civil hospital of Gadalajara. 3rd International Workshop on KMC Report. 22 – 25, 2000.
48. Ludington – Hoe S. M., Anderson G. C., Simpson S., Hollingsead A., Argote L.A., Rey H.: Birth – related fatigue in 34 – 36 week pretem neonates: rapid recovery with very early kangaroo (skin to skin) care. Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nursing. 28 (1), s: 94 – 103, Abst., 1999.
49. Ludington – Hoe S. M., Swinth Y.J.: Developmental aspects of kangaroo care. JOGNN., 25 (8): 691 – 703, 1996.
50. Ludington – Hoe S. M., Thompson C., Swinth J., Hadeed J.A., Anderson C.G.: Kangaroo care: research, result and practice implications and guidelines. Neonatal Network, 13 (1): 19 – 27, 1994.
51. Monasterolo C.R., Moralejo B.J., Raves O.M., Martinez M.M., Papi G.A.: “Kangaroo method” in the care of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. An Esp. Pediatr., 49 (5), s: 495 – 498, Abst., 1998.
52. Moran M., Radzysinski S.G., Higgins K.R., Dowling D.A., Miller M.J., Anderson C.G.: Maternal kangaroo (skin to skin) care in the NICU beginning 4 hours postbirth. Journal Maternal Child Nursing, 24 (2), s: 74 – 79, Abst., 1999.
53. Neu M.: Parent’s perception of skin to skin care with their preterm infants requiring assisted ventilation. JOGNN., 28 (2): 157 – 164, 1999.
54. Öner N., Le Compte A.: Durumluk – Sürekli Kaygı Envanter El Kitabı. 1. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No: 333, İstanbul, 1985.
55. Öztürk M.O.: Psikoanaliz ve Psikoterapi. Sevinç Matbaası, Ankara, 1985.

56. Papi G.A., Nogues B.M., Fernandez B.M., Gutierrez M.M., Jurado N.A., Monasterolo C.R.: Kangaroo method in delivery room full – term babies. *An Esp Pediatr.*, 48 (6): 631 – 633, 1998.
57. Paul V.K., Ramanathan K., Deorari A.K.: Physiological and clinical benefits of kangaroo mother care: impressions from atertiary care newborn nurse in Delhi. 3rd International Workshop on KMC Report. 22 – 25, 2000.
58. Pek H.: Sezeryan doğumda yaşamın ilk üç gününde aile bebek etkileşiminin değerlendirilmesi. I. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Özetleri, s: 37, İstanbul, 1996.
59. Pek H.: Prematüre Yenidoğan. Ed: Conk Z., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. s: 156 – 164, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:12, İstanbul, 1997.
60. Rate A.: Parents experiences of providing kangaroo care to their preterm infants. 3rd International Workshop on KMC Report. 22 – 25, 2000.
61. Rooyen E.V., Pullen A.E.: Audit of a kangaroo mother care unit. First International Nursing Management Conference Abstract Book, s: 71, Denizli, 2001.
62. Rooyen E.V., Pullen A.E., Pattinson R.C., Delport S.D.: The value of the KMC unit at Kalafong Hospital. *The Medicine Journal*, 44 (3), 2002.
63. Savaşer S.: Sıvı – Elektrolit Dengesi. Ed.: Dağoğlu T., Görak G., Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. s: 187 – 190, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002.

64. Sloan L.N., Camacho L.W., Rojas E.P., Stern C.: Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low birth weight infants. *The Lancet*, s: 334, 1994.
65. Tarı A.: Prematüre Bebeklerde Biberonla Beslenmeye Geçiş Sırasında Uygulanan Geleneksel ve Gelişimsel Bakım Yönteminin Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,, 2003 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Z. Yıldırım).
66. Terakye G.: Hasta Hemşire İlişkileri. 5. Basım, s: 94, Zirve Ofset, Ankara, 1998.
67. Tuncel N.: Süt çocuğu beslenmesinde anne bebek etkileşimi. *Hemşirelik Bülteni*, 9 (2): 52 - 55, 1987.
68. Vaivre D.L., Papiernik E., Relier J.P.: Kangaroo method and care. *Arch Pediatr.*, 3 (12) : 1262 – 1269, Abst., 1996.
69. Yavuzer H.: Ana Baba Çocuk. 12. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1999.
70. Yıldırım Z.: Prematürelerde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım. XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi, Kongre Kitabı, s: 236 – 242, Samsun, 2001.
71. Yıldız S.: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu. Ed.: Dağoğlu T., Görak G., Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. s: 23, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002.
72. Weller A., Feldman R.: Emotion regulation and touch in infants: the role of cholecystokinin and opioids. *Peptides.*, 24 : 779 – 788, Abst., 2003.
73. Whitelaw A., Heisterkamp G., Sleath K., Acolet D., Richards M.: Skin to skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Archives of Disease in Childhood*, 63: 1377 – 1381, 1998.

11. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacının;

Adı ve Soyadı : Nazlı Çindemir

Doğum Yeri ve Tarihi : Kastamonu / 1977

Öğrenim Durumu : 1994 Çorlu Lisesi

1998 İ. Ü. Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksek Okulu

Mesleki Deneyim : 07. 1998 - 11. 2002

V.K.V. Amerikan Hastanesi

Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği

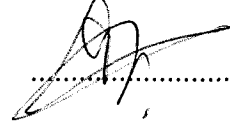
: 2003 - Evde Bakım Hizmetleri Hemşireliği

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

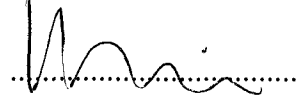
Yüksek Lisans öğrencisi Nazlı ÇİNDEMİR'in, çalışması jürimiz tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

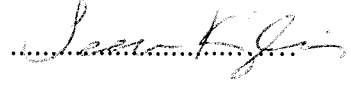
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Güler CİMETE
Üniversitesi : Marmara



Üye : Doç.Dr.Hülya BİLGEN
Üniversitesi : Marmara



Üye : Doç.Dr.Sema KUĞUOĞLU
Üniversitesi : Marmara



ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 19 / 11 / 2003 tarih ve 02. sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür