



**T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK  
LİSANS  
TEZİ**

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA KANGURU BAKIMI  
UYGULANAN PREMATÜR BEBEK ANNELERİNDE  
MATERNAL BAĞLANMA VE POSTPARTUM DEPRESYON**

**BURCU HEREK**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**TEMMUZ 2018**



**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA KANGURU BAKIMI UYGULANAN  
PREMATÜR BEBEK ANNELERİNDE MATERNAL BAĞLANMA VE  
POSTPARTUM DEPRESYON**

**Burcu HEREK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TEMMUZ 2018**

Burcu HEREK tarafından hazırlanan “Yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeklere uygulanan kanguru bakımının maternal bağlanma ve postpartum depresyon üzerine etkisinin değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından ~~OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

**Danışman:** Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

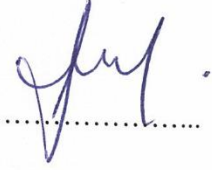
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....



**Başkan :** Dr. Öğr. Üyesi İlknur Münevver GÖNENÇ

Ebelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....



**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN

Ebelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Selçuk Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....



Tez Savunma Tarihi: 09/07/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Burcu HEREK

09/07/2018

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA KANGURU BAKIMI UYGULANAN PREMATÜR  
BEBEK ANNELERİNDE MATERNAL BAĞLANMA VE POSTPARTUM

DEPRESYON

(Yüksek Lisans Tezi)

Burcu HEREK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2018

ÖZET

Bu araştırma yenidoğan yoğun bakımda kanguru bakımı uygulanan prematür bebek annelerinde maternal bağlanma ve postpartum depresyonun belirlenmesi amacıyla yarı-deneysel türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde 2017 yılı şubat-temmuz ayları aralığında bebeği yatan anneler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini; bebeği prematüre doğmuş (37. gestasyonel hafta + 6 günden daha erken doğan), ilk 10 günlük postpartum süreç içerisinde olan, en az ilkokul mezunu, tanı konmuş psikiyatrik bir rahatsızlığı bulunmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 60 anne (30 deney, 30 kontrol) oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Anneleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” (EDSDÖ) ve “Maternal Bağlanma Ölçeği” (MBÖ) kullanılmıştır. Örneklemi oluşturan anneler kura yöntemi ile deney ve kontrol grubuna eş zamanlı olarak alınmıştır. Deney grubundaki annelere günde 1 defa 30 dakika boyunca olacak şekilde 10 gün boyunca kanguru bakımı uygulanmıştır. Tüm annelere postpartum 30-40. günler arasında postpartum depresyon ve maternal bağlanma ölçekleri uygulanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzdeler, ortanca, aritmetik ortalama, standart sapma, ki-kare testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmada deney grubundaki annelerin EDSBÖ puan ortancası 7, kontrol grubundaki annelerin puan ortancası 9, bulunmuş; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Deney grubundaki annelerin MBÖ puan ortancası 99, kontrol grubundaki annelerin puan ortancası 97 bulunmuş; gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Doğum sonu dönemde uygulanan kanguru bakımının maternal bağlanma üzerine olumlu etkisi olduğu, postpartum depresyon gelişimi üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda, maternal bağlanmayı başlatmak ve sürdürmek için YYBÜ’de bebeği yatan annelerde emzirme saatleri ile eş zamanlı olarak kanguru bakımının desteklenmesi önerilmiştir.

Bilim Kodu : 1032.3

Anahtar Kelimeler : Prematüre yenidoğan, Kanguru bakımı, Maternal Bağlanma, Postpartum Depresyon

Sayfa Adedi : 67

Danışman : Doç.Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR

MATERNAL ATTACHMENT AND POSTPARTUM DEPRESSION IN KANGAROO  
CARED MOTHERS OF PREMATURE INFANTS TREATED IN NEWBORN  
INTENSIVE CARE UNIT

(M. Sc. Thesis)

Burcu HEREK

GAZİ UNIVERSITY  
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

July 2018

ABSTRACT

This study was conducted in a semi-experimental type in order to determine the maternal attachment and postpartum depression in premature infant mothers who underwent kangaroo care in neonatal intensive care (NICU). The universe of the research was formed by the mothers hospitalized at the Başkent University Hospital NICU between February and July 2017. The sample of the research was formed by 60 mothers (30 tests, 30 controls) who gave born prematurely (born at 37th gestational week + earlier than 6 days), in the first 10 days of postpartum period, at least primary school graduate, without a diagnosed psychiatric condition and volunteering to participate in the study. "Mothers and Babies Introductory Information Form", "Edinburg Postpartum Depression Scale" and "Maternal Attachment Scale" were used to collect the data. Mothers who have formed the sample were taken simultaneously in the experimental and control groups by random method. Kangaroo care was applied to mothers in the experimental group for 10 days, which would last for 30 minutes once a day. All mothers have been filled postpartum depression and maternal attachment scales in between days of postpartum 30th and 40th. In the analysis of the data; number, percentage, median, arithmetic mean, standard deviation, chi-square test and Mann-Whitney U test were used. In the study, the median scores of the EPDS of the mothers in the experimental group were 7 and the scores of the control groups were found 9; the difference between the groups was not statistically significant ( $p>0,05$ ). The median scores of the MAS of the mothers in the experimental group were 99, and the scores of the mothers in the control group were 97, the difference between the groups was found to be statistically significant ( $p<0,05$ ). It was determined that kangaroo care applied during postnatal period had a positive effect on maternal attachment and had no effect on the development of postpartum depression. As a result of the study, it was suggested that kangaroo care should be supported at the same time with breastfeeding hours in the NICU to begin and maintain maternal attachment.

Science Code : 1032.3

Key Words : Premature Newborn, Kangaroo Care, Maternal Attachment,  
Postpartum Depression

Page Number : 67

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR

## TEŐEKKÖR

Tez konunun belirlenmesinde, çalışma yÖnteminin planlanmasında yardımcı olan, tez çalıŐmamın oluşmasında, içeriğin dŐzenlenmesinde, sonuçların yorumlanmasında akademik bilgi ve tecrŐbelerini benimle paylaŐan, bu sŐrete her zaman yanımda olan, değerli fikirleri ile bana yol gÖsteren sevgili danışman hocam Sayın Doç. Dr. Őengöl YAMAN SÖZBİR'e,

Tez çalıŐmamın uygulanması sŐrecinde bana destek olan Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesi sorumlu doktorlarından değerli Doç. Dr. AyŐe ECEVİT'e,

EĞitim hayatım boyunca benden destek ve katkılarını esirgemeyen sevgili aileme,

Sonsuz teŐekkŐrlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Prematüritenin Tanımı .....	5
2.1.1. Prematüritenin görülme sıklığı .....	5
2.1.2. Prematüritenin sınıflandırılması.....	5
2.1.3. Prematüreliliğin nedenleri .....	6
2.1.4. Prematüre yenidoğanın özellikleri .....	8
2.2. Postpartum Depresyon .....	9
2.2.1. Postpartum depresyonun etyolojisi .....	10
2.2.2. Postpartum depresyonun risk faktörleri .....	10
2.2.3. Postpartum Depresyonun Belirti ve Bulguları .....	11
2.2.4. Postpartum depresyonu tanımlayabilme ve hemşirelik yaklaşımları.....	11
2.3. Maternal Bağlanma .....	13
2.3.1. Maternal bağlanma evreleri .....	15
2.3.2. Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler .....	15
2.3.3. Maternal bağlanmaya yönelik hemşirelik yaklaşımları .....	16
2.4. Kanguru Bakımı .....	18
2.4.1. Kanguru bakımı uygulama türleri .....	19

	<b>Sayfa</b>
2.4.2. Kanguru bakımının uygulanma kriterleri.....	20
2.4.3. Kanguru bakımına hazırlama ve uygulanması.....	21
2.4.4. Kanguru bakımı sırasında bebeğin izlemi.....	23
2.4.5. Kanguru bakımının yararları.....	23
2.4.6. Kanguru bakımının maternal bağlanmaya etkisi .....	26
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	27
3.2. Araştırma Hipotezleri.....	27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.4. Araştırmanın Zamanı .....	28
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	28
3.5.1. Örneklem seçim kriterleri .....	29
3.6. Verilerin Toplanması .....	29
3.6.1. Veri toplama araçları.....	29
3.6.2. Veri toplama araçlarının uygulanması .....	30
3.6.3. Verilerin değerlendirilmesi .....	32
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	32
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>33</b>
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	33
4.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri .....	34
4.3. Katılımcıların Doğum ve Doğum Sonrasına İlişkin Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	34
4.4. EDSÖ ve MBÖ’i Toplam Puanlarının Ortanca Değerlerine İlişkin Bulgular.....	35
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>37</b>
5.1. Çalışmaya Katılan Annelerin Doğum ve Doğum Sonrasına İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması .....	37

5.2. Çalışmaya Katılan Annelerin Edinburg Doğum Sonrası Depresyon ve Maternal Bağlanma Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortancalarına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	41
6.1. Sonuçlar.....	41
6.2. Öneriler .....	41
KAYNAKLAR .....	43
EKLER.....	51
EK-1. Anneleri ve bebeği tanıtıcı bilgi formu .....	52
EK-2. Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ) .....	55
EK-3. Maternal bağlanma ölçeği (MBÖ) .....	57
EK-4. Başkent üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu bilimsel araştırmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu .....	58
EK-5. Başkent üniversitesi etik komisyon izin yazısı .....	65
ÖZGEÇMİŞ .....	67

## ÇİZELGELERİN LİSTESİ

<b>Çizelge</b>	<b>Sayfa</b>
Çizelge 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=60) .....	33
Çizelge 4.2. Katılımcıların obstetrik özelliklerinin ortanca değerleri (n=60).....	34
Çizelge 4.3. Katılımcıların doğum ve doğum sonrasına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=60) .....	35
Çizelge 4.4. EDSÖ ve MBÖ'ü toplam puanlarının ortanca değerleri .....	36
Çizelge 4.5. EDSÖ toplam puanı için risk değerleri.....	36



## SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

### Kısaltmalar

### Açıklamalar

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ADDA</b>	Aşırı Derecede Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
<b>ÇDDA</b>	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
<b>DDA</b>	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EDSDÖ</b>	Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
<b>ELBW</b>	Extremely Low Birth Weight
<b>KB</b>	Kanguru Bakımı
<b>LBW</b>	Low Birth Weight
<b>MBÖ</b>	Maternal Bağlanma Ölçeği
<b>NEK</b>	Nekrotizan Enterekolit
<b>PDA</b>	Patent Duktus Arteriozus
<b>RDS</b>	Respiratuar Distres Sendromu
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
<b>VLBW</b>	Very Low Birth Weight
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>YYBÜ</b>	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

# 1. GİRİŞ

## Problem Tanımı ve Önemi

Normal gebelik (gestasyon) süresi annenin son adet tarihinin ilk gününden doğuma kadar geçen 38- 40 hafta arasında değişebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, son adet tarihinin ilk gününden itibaren 37. gestasyonel haftasını tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak kabul edilmektedir (WHO, 2013). Gelişmiş ülkelerde prematüre bebeklerin % 90'ı, gelişmekte olan ülkelerde ise sadece % 10'u hayatta kalabilmektedir (WHO, 2012; Batman, 2014 ).

Prematüre yenidoğanların yaşam oranlarını etkileyen bazı iyileşmeler hayatta kalma oranlarını arttırırken, hayatta kalan bu bebeklere ne yazık ki birçok sağlık sorunu eşlik etmektedir (Kesler, 2008; Batman, 2014). Prematüre bebekte görülen bu sorunlar genellikle yenidoğan yoğun bakım koşullarında tedavi ve bakımı gerektirmektedir. Bu nedenle bebekler yaşamlarının ilk günlerini ebeveynlerinden uzakta geçirebilmektedir.

Prematüre bebeğe sahip olma, kaygı ve stres verici bir durumdur. Prematüre ya da yüksek riskli bir bebeğin doğması anne tarafından sıklıkla akut emosyonel kriz ile karşılanmaktadır. Bebeğin hastanede yatması ve bebekten ayrılma annelerde stres, anksiyete, depresyon, güçsüzlük ve umutsuzluk, kayıp, keder, hüznün, suçluluk, kaygı, kendini ebeveyn olarak yeterli hissedememe, ebeveynlik rolünü gerçekleştiremememe, aile içi iletişimde azalma, bilgi ve bakım verme konusunda duyulan eksiklik gibi emosyonel semptomlar yaşanmasına sebep olmaktadır (Silverstein ve diğerleri, 2010; Holditch ve diğerleri, 2011; Arslan ve Turgut, 2013). Prematüre bebeği olan annelerin kendilerini sürekli sorguladıkları ve kendilerine sıklıkla “Kötü giden neydi? Nerede yanlış yaptım? Bebeğe bakabilecek miyim?” sorularını sordukları bildirilmektedir. Bu endişe duyguları ve yakınmalar; kızgınlık, kendini ve sağlık personelini suçlama, sürekli ağlama, aşırı sessizlik ve hareketsizlik şeklinde semptomların varlığıyla ortaya çıkan postpartum depresyonu oluşturmaktadır (Batman, 2014). Postpartum dönemde karşılaşılan önemli psikolojik sorunlardan birisi postpartum depresyondur (Manav ve Yıldırım, 2010).

Bebek sahibi oldukları ilk bir yıl içinde annelerde depresyon görülme sıklığı, %12-47 olarak bildirilmektedir. Türkiye'deki yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun

görülme sıklığının %15-40 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Bergström ve diğerleri, 2011; Karaaslan ve diğerleri, 2011). Postpartum depresyon prevalansının term ve sağlıklı bebeklerin annelerine kıyasla, preterm bebeklerin annelerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bergström ve diğerleri, 2011). Prematüre bebeğe sahip olma sürecinde yaşanan doğum komplikasyonları, doğumdan sonra bebeği emzirememe, bebeğin hastaneye yatışı, bebekle aktif zaman geçirememesi ve bebeği kaybetme korkusu depresyon riskini artırmaktadır. Bebeğin gelişimini zorlayıcı etmenlerden olan annede depresyon gibi ruhsal sorunların varlığı anne ile bebek arasındaki bağlanma sürecinin zedelenmesine ve güvensiz bağlanmaya yol açabilmektedir (Karaaslan ve diğerleri, 2011).

Doğum sonrası dönemde annelerin bebeklerini algılama durumları daha sonraki gün, ay ve yıllarda anne-bebek ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Anne ile bebek arasında doyurucu ve zevk verici etkileşim sonucunda annenin bebeğine geliştirdiği sevgi bağının oluşum süreci “maternal bağlanma” olarak tanımlanmaktadır (İşler, 2007; Beydağ, 2007). Maternal bağlanma doğumdan hemen önce başlamakta ve doğumdan sonraki aylarda gelişerek devam etmektedir. Anne çocuğun yaşamındaki ilk saat ve günlerden başlayarak çocuğun ilk bakıcısı, ilk koruyucusu, ilk ilişki kurduğu, ilk güvendiği ve sevgi aldığı kişi olmaktadır. Bir annenin bebeğine sevgiyle bağlanması, bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlayan ve tüm yaşamını olumlu yönde etkileyen önemli öğelerden biri olmaktadır (Çalışır ve diğerleri, 2009).

Anne ile çocuk arasında kurulan sağlıklı iletişim, çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesini sağlamak ve başkaları ile olumlu ilişkiler kurması için temel oluşturmaktadır. Bu yüzden insanın doğduğu andan itibaren ilk yakınlık hissettiği kişinin anne (veya temel bakım veren kişi) olması ve bütün bir yaşamını etkileyecek duygusal, davranışsal ve bilişsel yetilerinin gelişeceği süreç olması nedeniyle anne-bebek ilişkisi çok önemli olmaktadır (Akkoca, 2009). Doğumdan sonraki ilk karşılaşmada annenin bebeğe karşı gösterdiği davranışlar ilk annelik davranışı olarak kabul edilmektedir. Annenin gösterdiği bu davranışlar; bebeğin el ve ayaklarına dokunma, okşama, bebekle konuşma, göz temasında bulunma, bebeği inceleme gibi davranışlardan oluşmaktadır. Annenin yüz yüze pozisyondayken bebeğine bakma, bebeğin elbiselerini giydirmesi, çıkarma, ona dokunma, gülümseme, konuşma, öpme, kucaklama, pırpışılama ve sallama gibi davranışların gözlenmesi, bağlanma sürecini anlamada yardımcı olmaktadır (Alan, 2011). Annenin bebeğine ilişkin algıları pozitif yönde gelişmez ise anne perinatal bakımdan yeterince yararlanamayarak hem kendisinin

hem de bebeğinin sağlığını riske atabilmektedir. Normal bebek bakımı ve beslenmesi yavaşlayacağı veya gecikebileceğinden bebeğin büyümesi yavaşlayarak gecikmektedir. Anne ile bebeğin ilişkileri zayıflamakta ve bebeği sakinleştirmek de güçleşmektedir. Anne-bebek arasında dengeli ilişki kurulamazsa çocuk suistimali, yetersizlik sendromu ve çocukta gelişim sürecinde davranış sorunları olasılığının arttığı belirtilmektedir. Hayatın ilk üç yılında ortaya çıkan çoğu psikopatolojik durumun kaynağı bebek ile birincil bakıcısı arasındaki ilişkiden kaynaklanabilmektedir. Bu ilişkideki herhangi bir aksaklık patolojik bir yapının oluşmasında etkili olabilmektedir (Nakash-Eisikovits ve diğerleri, 2000).

Bebeğin yenidoğan yoğun bakıma alınması sonucu anne ile etkileşim sürecinin engellenmesi, bebeğin anneden erken ayrılması ve bebeğin güvenliği için korku duyulması, anne ile bebek arasında doyum sağlayıcı ilişkinin gelişmesine engel olabilmekte ve anne-bebek bağlanma sürecini zorlaştırabilmektedir (Öztürk ve Saruhan, 2013). Prematüre bebek annelerinin, zamanında doğmuş bebek annelerine göre bebekleri ile daha az ilgilendikleri görülmektedir. Bebeklerini kendilerinden uzakta kucakladıkları, bebekleri ile daha az konuştukları ve yüz yüze iletişim için daha az girişimde buldukları belirtilmektedir. Anne bebeğin yaşama tutunup tutunamayacağı konusunda ümit ve ümitsizlik arasında gidip geldikçe yeni doğmuş bebeğine bağlanmaktan korkabilmektedir (Aagaard ve Hall, 2008). Bu nedenle prematüre doğum, doğum sonrası erken dönem anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında önemli bir risktir. Erken doğan bebeklerin anneleri ile olan iletişimleri, bir takım gelişimsel özellikleri nedeniyle olumsuz etkilenmektedir. Örneğin, termde doğanlara göre prematüre bebekler hipotoniktir ve annesinin sesli uyarılarına daha az cevap vermekte, duygusal yanıtlarını yeterince gösterememektedir. Preterm bebek annelerinin de, bebeklerine daha az uyarı verdikleri ve gülümsedikleri belirtilmiştir (Öztürk ve Saruhan, 2013). Bu nedenle prematür bebeğe sahip annelerin bebekleriyle iletişimlerini artırmak, maternal bağlanmayı sağlamak ve sürdürmek için yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ) koşullarında hemşireler tarafından geliştirilen bazı uygulamalar kullanılmaktadır. Bu uygulamalardan birisi “kanguru bakımı”dır (Öztürk ve Saruhan, 2013).

Kanguru bakımında bebekler, kanguru pozisyonu denilen, annenin göğüsleri arasında ve giysilerinin altında, vertikal pozisyonda yatırılarak bebek ve annenin cilt cilde teması sağlanmaktadır. Kanguru bakımı ilk kez Bogota (Colombia)’da 1978 yılında Dr. Edgar Rey Sanabria tarafından çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde yüksek mortalite ve

morbiditeye rağmen yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin çok kalabalık olması ve kaynakların yetersiz olmasıyla başlatılmıştır (Johnston ve diğerleri, 2009). Kanguru bakımı, erken dönemde aileyi bebeklerinin bakımına katarak özellikle anne bebek ilişkisini güçlendirebildiği, emzirmeyi olumlu etkilediği ve mortalite-morbiditeyi azalttığı için düşük doğum ağırlıklı bebeklerin bakımında önerilmektedir (Eras ve diğerleri, 2013). Kanguru bakımı uygulanan bebeklerin doğum sonrasında vücut ısıları hızla yükselmekte ve yoğun bakım sürecinde uygun ısıda kalabilmektedirler. Bebeklerin ayrıca sakinleşip rahatladıkları, kolay uykuya daldıkları, uyanırken sakin oldukları bildirilmektedir. Kanguru bakımı sonucunda bebeklerin kilo alımının olumlu etkilendiği, emzirme süresinin uzadığı ve anne sütü alım miktarının arttığı gözlenmektedir. Kanguru bakımı bebeği olumlu etkilemekle birlikte ebeveynleri de olumlu etkilemekte; ebeveynler prematüre doğumla birlikte ortaya çıkan şokun ve stresin daha kolay ve hızlı üstesinden gelmektedirler. Böylece kanguru bakımı uygulanan annelerde daha az sıklıkta postpartum depresyon gelişeceği düşünülmektedir (Eras ve diğerleri, 2013). Bununla birlikte, kanguru bakımı ile annelerin yeterlilik duygusu ve annelik rolüne adaptasyonu artmakta ve bebeklerine bağlanmaları güçlenmekte ve bebeklerinin ihtiyaçlarına daha duyarlı olmaktadır (Eras ve diğerleri, 2013). Kanguru bakımının annenin bebeği ile ten-tene temas etmesini, onu mümkün olduğunca erken emzirmesini ve göz-göze temas kurmasını sağlayarak bağlanma sürecini hızlandırdığı bildirilmektedir (Alan, 2011).

Bu araştırmada, kanguru bakımının ebeveynler üzerindeki olumlu etkilerinden yola çıkılarak, prematüre doğum sonrası görülme olasılığı artmış olan maternal depresyonun kanguru bakımı ile azaltılabileceği ve maternal bağlanmanın artırılacağı varsayımından yola çıkılmıştır. Dünyada ve ülkemizde bu konuya ilişkin yapılmış bazı araştırmalar ve çalışmalar yapıldıysa da kanguru bakımının maternal bağlanma ve depresyona olan etkisini inceleyen araştırmalar yetersiz kalmaktadır. Dolayısı ile bu araştırmadan elde edilecek bulgular ışığında yenidoğan yoğun bakımda kanguru bakımı uygulanan prematür bebek annelerinde maternal bağlanma ve postpartum depresyonun belirlenmesi amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Prematüritenin Tanımı

Gebelik ve doğum, yenidoğan bebek ve ailesi için yeni bir başlangıç ve uyum sürecidir. Normal gebelik süresi annenin son adet kanamasının ilk gününden doğuma kadar geçen süredir. Bu süre normalde 40 haftadır ve 38 ile 42 hafta arasında değişebilir. Bu süreyi tamamlayarak dünyaya gelmiş bebekler term ya da miadında doğan yenidoğanlardır. Otuz yedi hafta altı günden önce doğan bebekler ise prematüre olarak adlandırılmaktadır. Yaşamın ilk 0-28 günlük yenidoğan dönemi bütün bebekler için en önemli uyum zamanıdır ve özellikle prematüre bebekler için hayati önem taşımaktadır (Çoban ve İnce, 2012; Taşkın, 2012; Peker, 2015).

#### 2.1.1. Prematüritenin görülme sıklığı

Dünyada prematüre doğum oranı bölgelere göre %5-18 arasında değişmekteyken, ülkemizde bu oran %12'dir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde prematürelilik, neonatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Perinatal ve neonatal mortalite, bir ülkenin anne ve çocuk sağlığı durumunun, dolayısı ile gelişmişlik düzeyinin iyi bir göstergesidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2013 verilerine göre dünyada beş yaş altı ölüm oranı %19, 2'dir. Bu ölümlerin %45'i yenidoğan döneminde gerçekleşmektedir. DSÖ'nün son verilerine göre dünyada neonatal ölüm oranı bin canlı doğumda 20'dir (DSÖ, 2013)

#### 2.1.2. Prematüritenin sınıflandırılması

Prematüre bebeğin yenidoğan sınıflaması içerisindeki yerini belirlemek için gestasyon yaşının değerlendirilmesi, yenidoğan mortalite riskinin tayin edilmesi ve olası hastalık risklerinin belirlenebilmesi gerekmektedir. Özel bakım gereksinimlerinin belirlenebilmesi ve bu gereksinimlerin karşılanmasına yol göstermesi açısından hem gestasyon yaşına göre hem de doğum ağırlığına göre yapılan sınıflama yöntemleri kullanılır (Can ve İnce, 2010; Peker, 2015).

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

derecede prematüre ve geç prematüre olmak üzere üç gruba ayrılır. Doğum ağırlığı temel alınarak yapılan sınıflamaya göre; düşük doğum ağırlıklı bebek, çok düşük doğum ağırlıklı bebek ve aşırı derecede düşük doğum ağırlıklı bebek olarak isimlendirilir (Can ve İnce, 2010; Peker, 2015).

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

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

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

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

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

Aşırı derecede düşük doğum ağırlıklı bebek (ADDA-Extremely Low Birth Weight-ELBW): Doğum ağırlığı 1000 gr'ın altında olan bebeklerdir (Can ve İnce, 2010; Peker, 2015).

Prematüre yenidoğan ne kadar immatür ise prematürelilik komplikasyonları, nörogelişimsel hasar ve ölüm riski o kadar yüksektir. Aynı ağırlıkta olmasına rağmen gestasyon yaşı küçük olan prematüreler daha fazla sorun yaşarlar. DDA bebeklerin %70'ini prematüre bebekler oluşturur (Venancio, 2004; Can ve İnce, 2010).

### **2.1.3. Prematüreliliğin nedenleri**

Prematüreliliğin gerçek nedeni tam olarak bilinmemekle beraber iyi prenatal bakım alan ve iyi beslenen kadınlarda prematüre doğum yapma riski daha az görülmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyde olan kadınlarda prematüre doğum riski daha fazladır. Preterm doğumların nedenleri kesin olarak bilinmemekle birlikte, preterm doğumda etiyoloji multifaktöriyeldir. Prematüreliliğe neden olan faktörler incelendiğinde fetüs ile ilgili

nedenler, uterus ve plasenta ile ilgili nedenler, maternal nedenler ve diğer nedenler olarak sınıflandırılmaktadır (Canbak ve diğerleri, 2011).

Fetüs ile ilgili nedenler arasında fetal distres, multifetal gebelik, nonimmün hidrops, eritroblastosis ve konjenital fetal anomaliler bulunmaktadır. Uterus ve plasenta ile ilgili nedenler arasında uterus problemleri/anomalileri, plasental yetmezlik, plasenta previa, abruptio plasenta, ve plasenta patolojileri bulunmaktadır. Servikal yetmezlik, preeklampsi, kronik hastalık (siyanotik kalp hastalığı, böbrek hastalıkları, diabetes mellitus, hipertansiyon, genitoüriner enfeksiyonlar, hipertiroidi, astım, şiddetli anemi vb), enfeksiyon (listeriamonositogenez, grup B streptokoklar, üriner sistem enfeksiyonları, bakteriyel vajinosiz, korioamnionit vb), stres, şiddete maruz kalma, yanık veya travma, önceki gebeliklerde abortus anamnezi, sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi kötü sosyal alışkanlıklar, daha önce preterm doğum öyküsü, prenatal bakım ve takip eksikliği, anne yaşının 16'dan küçük, 35'ten büyük olması, sık doğum (2 yıldan kısa aralıklarla), hepatit, düşük sosyoekonomik-kültür ve eğitim düzeyi, cerrahi girişimler, malnütrisyon veya obezite maternal nedenler arasında yer almaktadır. Diğer nedenler arasında ise erken membran rüptürü, polihidramnios, oligohidramnios, iatrojenik ve genetik faktörler bulunmaktadır (Canbak ve diğerleri, 2011; Batman, 2014).

Özden (2009)'in belirttiğine göre, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde son yirmi yılda prenatal bakım kalitesinin, gebe beslenme destek programlarının ve preterm kontraksiyonlarını durdurmaya yönelik ilaçların artmasına rağmen prematüre doğum oranları 1980'de %9.5, 1998'de %11, 2008'de %12-13'tür. Goldenberg ve diğerleri (2008)'nin bildirdiğine göre Avrupa'da bu oran %5-9 arasında değişmektedir. Ülkemizde Korkmaz ve diğerleri (2010)'nin yaptıkları çalışmada özellikle yüksek riskli gebeliklerin izlendiği bir üniversite hastanesinde prematüre bebek doğum oranının %19-25 düzeyine çıkabildiği saptanmıştır. Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık ve sosyal sistemlerdeki gelişmeye karşın, prematüre doğum hızı giderek artmaktadır. Bu artış endikasyonlu prematüre doğumların ve yardımcı üreme teknolojisi sonucu ortaya çıkan çoğul gebeliklerin sıklığının artmasına bağlı olabilmektedir (Goldenberg ve diğerleri, 2008; Simmons ve diğerleri, 2010).

#### 2.1.4. Prematüre yenidoğanın özellikleri

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

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

Fizyolojik olarak; solunumları hızlı, düzensiz ve diyafragmatiktir, apne ve siyanoz olabilir, öksürük ve öğürme refleksleri az veya yoktur. Sürfaktan yapımı 34. gestasyon haftasından sonra başladığından RDS olabilir. Sinir sistemi ve refleksleri tam olarak gelişmemiş, uyarılara tepkileri azdır. Emme, yutma ve öğürme refleksleri gelişmediğinden beslenmede güçlük ve aspirasyon riski vardır. Hipotalamusta termoregülasyon merkezinin tam gelişmemiş olması, vücut yüzeyinin geniş olması, kahverengi ve cilt altı yağ dokularının az olması nedeniyle hipotermi riski vardır. K vitamini sentezi olmadığı için hemoraji riski yüksektir. Glikoz depolanması ve salınımı yeterli olmadığı için hipoglisemi gelişebilir (Törüner ve Büyükgöneç, 2011; Peker, 2015).

Gebeliğin son ayında anneden geçen immünolojik faktörlerden yoksun kalmaları, deri ve müköz membranlarının koruyuculuğunun az olması nedeniyle daha fazla enfeksiyona yatkındırlar. Bu nedenle invaziv girişimler, resüsitasyon ve çok fazla temas enfeksiyon riskini artırır (Törüner ve Büyükgönerç, 2011; Peker, 2015).

Çesitli sağlık sorunları ile doğan ve yoğun bakım ünitesine gereksinimi olan DDA ve prematüre bebekler uzun süre küvözde bakım alma ihtiyacı gösterirler. Dünyanın çeşitli ülkelerinde sınırlı teknolojik olanaklar ve küvöz yetersizliği nedenleriyle prematüre bebeklerin hayatta kalma oranları azalabilmektedir. Kanguru bakımı (KB), küvözde bakıma alternatif bir metot olarak kullanılmaktadır. Günümüzde KB, gelişmekte olan ülkelerde küvöz eksikliğini telafi etmek için kullanılmasının yanında, özellikle gelişmiş ülkelerde teknolojinin yan etkilerini önlemek için kullanılmaktadır. KB ile anneler bebeklerinin sıcaklığını korumak için cilt-cilde tutmaları için teşvik edilir, erken anne-bebek ilişkisi kurulamayan term ya da prematüre yenidoğanların uzun süreli izlemlerinde görülen ve bağıllık kökenli olduğu düşünülen psikososyal ve gelişimsel problemler için de önemli bir araçtır. Özellikle ebeveyn-bebek ilişkisini destekleme, gelişimsel bakımı sağlama amacıyla yenidoğan ünitelerinde bu yöntem uygulanmaktadır (Yıldırım, 2009; Ludington-Hoe, 2010; Hardy, 2011; Peker, 2015 ).

## **2.2. Postpartum Depresyon**

Gebelik bir kadının anne olarak adlandırılıp duygusal olarak bu sorumluluğu üstlendiği gelişimsel bir periyottur. Bu dönemin sona ermesiyle postpartum olarak adlandırılan yeni bir dönem başlar. Postpartum dönem, doğum eylemi sona erdikten sonra başlayıp bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına döndükleri 6 haftayı kapsayan bir dönemdir (Turjanski, 2011; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

Doğum sonrası dönemde kadında kendini sınırlayıcı ruhsal durum değişiklikleri olabilir. Bu durum postpartum hüzn olarak adlandırılır ve kadınların çoğunda doğum sonu yaklaşık ilk 10 günde görülür. Bu durum öfke ağlama, sinirlilik, duygulanımda hızlı değişme, bitkinlik, uykusuzluk, iştahsızlık, hayal kırıklığı, baş ağrısı gibi durumlara sebep olan bir depresyon periyodu olup, ilk üç- beş günde çok yoğun olarak yaşanır (Erdem ve Bez, 2009; Şirin ve Kavlak, 2008; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

Hastaneden erken taburculuk nedeni ile bu durum genellikle evde yaşanır. Postpartum hüzün yaşanmasına sebep olarak uyum süreci, hormonal değişiklikler, yorgunluk, aşırı uyarılma gösterilebilir. Bu süreç anlayış, aile desteği ve kaliteli bir bakım ile kendiliğinden düzelebilir. Eğer semptomlar geçmezse yaşanan bu durum postpartum depresyon gelişmesine de neden olabilir. Bu sebeple hemşire/ ebe doğum sonu erken dönemde kadını postpartum hüzün belirtileri yönünden değerlendirebilmelidir. Ayrıca postpartum depresyonu hem maternal hem de paternal yönden değerlendirmek gereklidir. Çünkü babada oluşabilecek depresyon aileyi etkiyeceğinden maternal depresyona neden olabilir (Erdem ve Bez, 2009; Şirin ve Kavlak, 2008; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

### **2.2.1. Postpartum depresyonun etyolojisi**

Özellikle biyolojik yatkınlığı/ psikososyal duyarlılığı olan kadınlarda gebelik ve doğum süreci postpartum depresyon oluşumuna neden olabilmektedir. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir fakat hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olduğu, hormonlardaki hızlı değişimin nörobiyolojiyi etkilediği düşünülmektedir. Genellikle doğumdan sonraki 2–8. haftalar içinde başlar ve en az 2 hafta en çok 1 yıl kadar sürer. Tedavi edilmezse kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hastalık olabilmekte, kadının yaşam kalitesini düşürmekte, kendine ve bebeğine zarar verme risklerini artırmaktadır (Hergüner ve diğerleri, 2014; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

### **2.2.2. Postpartum depresyonun risk faktörleri**

Postpartum dönemde kadınlar, depresyon yönünden değerlendirilmelidir. Bunun için ilk adım risk faktörlerinin bilinmesidir. İşsizlik, sosyal destek yetersizliği, evlilikle ilgili sorunlar, beklenmedik yaşamsal olaylar (ölüm, ayrılık vb.), multiparite, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirme, kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimleri, erken anne-bebek ayrılığı, prenatal depresyon/anksiyete, kendine değer vermeme, annelik hüznü yaşama, planlanmamış gebelikler, sık aralıklarla gebe kalma öyküsü olan kadınlar postpartum depresyon riski yönünden dikkatle izlenmelidir. Bunların dışında şimdiki doğumuna dair; ilk kez anne olma, hasta bebeğe sahip olma, bebek bakımı ile ilgili kaygı duyma, anne sütü ile besleyememe gibi sorunlar yaşayan annelerde de postpartum depresyon gelişebileceği unutulmamalıdır. Ayrıca paternal açıdan; doğum öncesi dönemde psikiyatrik tedavi öyküsü bulunan ve depresyon semptomları taşıyan babalar da postpartum

depresyon risk faktörleri açısından dikkatle izlenmelidir. Çünkü bu durum anneyi de olumsuz etkileyebilir (Türkoğlu ve diğerleri, 2014; Dennis and Dowswell, 2013; Chaput ve diğerleri, 2016).

### 2.2.3. Postpartum Depresyonun Belirti ve Bulguları

Doğum öncesi dönemde kadının gebeliği kabul edememe durumu da postpartum depresyon açısından değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Annenin gebeliği kabullendiğini gösteren belirtiler ise şunlardır:

- Gebelikten hoşlanma ve mutluluk duyma
- Fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme
- Kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği, özgüven ve umut duygusu

Gebeliğin kabullenilmediğini ya da bu konuda bir zorluğun olduğunu gösteren belirtiler ise şunlardır;

- Üzüntü ve mutsuzluk
- Gebeliğe bağlı oluşan değişimler tarafından bunaltılmış olma duygusu
- Gebelikten dolayı dünyasının daha kötüleşeceği düşüncesi
- Sürekli hasta olma düşüncesi
- Gebe olma ile ilgili sürekli bir pişmanlıktır (Özorhan ve diğerleri, 2014; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016 ).

### 2.2.4. Postpartum depresyonu tanımlayabilme ve hemşirelik yaklaşımları

Postpartum dönemde oluşan depresyonu tanımlayabilmek için hemşireler risk faktörlerini bilerek belirti ve bulguların daha kolay farkına varabilmeli ve uygun bakımı sağlayabilmelidirler. Bunun için gebelik ve erken postpartum dönemde hemşire tarafından kadının psikolojik değerlendirmesi yapılmalıdır. Gebelikte yaşanan anksiyete bozukluğu ve depresyonun doğum sonu depresyonun öncüsü olabileceği, bu nedenle de gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların doğum sonu depresyonu öngörmede ve önlemede en güçlü belirleyiciler olduğu unutulmamalıdır (Seven ve Akyüz, 2013; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016 ).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde görevli hemşireler lohusa izlemlerinde kilit rol oynayarak risk grubundaki anneleri ve aileleri değerlendirmelidir. Gebe ve lohusa izlemleri sırasında postpartum depresyon göz önüne alınması gereken önemli bir konudur. Bu nedenle gebe eğitim sınıfları, doğuma hazırlık sınıfları gibi gebe kadın veya aile üyelerine ulaşma fırsatı yaratan tüm eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinde, postpartum depresyon konusu dâhil edilmelidir. Ayrıca postpartum depresyon riskinin yüksek olduğu bölgelerde sağlık personelinin hastalığın risk faktörleri ve belirtileri konusunda duyarlı olması sağlanmalıdır (Seven ve Akyüz, 2013; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016). Anneyi etkileyen fiziksel ve psikolojik faktörler iyi bilinmeli ve uygun bakım planlanmalıdır. Bakımın tüm yönleri ve sonuçları hakkında kadın bilgilendirilmeli, duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade etmeye cesaretlendirilmeli ve kendi bakımına dâhil edilmelidir (Seven ve Akyüz, 2013).

Postpartum depresyon gelişimini hem maternal hem paternal yönden önlemek için; doğum öncesi süreçten başlayarak sosyal desteğe olan ihtiyaçlar belirlenmeli ve karşılanmalıdır. Kadınların sosyal desteğe olan ihtiyaçları erkeklere göre daha fazla olduğu için aynı doğrultuda takip edilmemeli, kadınların daha fazla sosyal desteğe ihtiyaçlarının olduğu göz önünde bulundurularak bakım planlanmalıdır (Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

Postpartum dönemde yapılan birçok çalışmada hemşirelerin postpartum dönemde mevcut problemlere yönelik verdikleri bakımın depresyon oranlarını azalttığı saptanmıştır. Bu nedenle annelerin postpartum dönemdeki bakım gereksinimleri değerlendirilmeli, anne ve bebek için uygun ortamlar yaratılmalı, bu konuda gerekli bakım ve destek sağlanarak annelik rolüne uyumları kolaylaştırılmalı ve postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olunarak postpartum depresyon gelişimi önlenmelidir (zorhan ve diğerleri, 2014; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

Bazı çalışmalarda emzirmemenin doğum sonrası depresyon riskini artırdığı, sadece anne sütü ile besleyenlerin biberonla besleyen annelere göre daha az depresif belirti gösterdiği, biberonla besleyen annelerin bebeğin beslenmesi sonrasında olumsuz duygularında artış olduğu saptanmıştır. Hemşireler anne sütü almayan bebeklerin annelerini de, postpartum depresyon yönünden değerlendirilmeli, uygun takip ve izlemini yapmalıdırlar. Besin gesi yetersizliği, sinir hücrelerindeki iletişimi olumsuz etkileyerek beyindeki duygu ve ruh durumu regülasyonunu olumsuz yönde etkileyebilir. Bu sebeple riskli gruptaki annenin

beslenmesi de çok önemlidir, bu konuda kadına ve ailesine uygun eğitim verilmelidir (Kirpınar ve diğerleri, 2010; Kaner ve Samur, 2012; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

Stresörleri azaltarak baş etme mekanizmalarını artırmak da hemşirelerin görevlerindedir. Bu kapsamda iyi bir izlem yapılmalı ve uygun danışmanlık vermelidir. Kişiye uygun savunma mekanizması desteklenmelidir, anneyi rahatlatıcı teknikler önerilmelidir (derin nefes egzersizleri gibi), sosyal destek almaya teşvik edilmelidir, bebek bakımı ile ilgili eksiklerini giderebilmek ya da zamanı etkili kullanabilmek için kurslara katılma, rahatlamasına yardımcı olacak arkadaşları ile görüşme önerilebilir. Fakat bu uygulamalarda annenin yaşam biçimi, kişilik özellikleri mutlaka dikkate alınmalıdır. Her bireye özgü yöntemler kullanılması gerektiği unutulmamalıdır (Townsend, 2011; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

Doğum sonu kliniklerde çalışan hemşireler özellikle primipar annelere bebek bakımını öğretebilirler. Böylece annenin çocuk bakımı ile ilgili endişeleri azalabilir. Ayrıca annelere postpartum depresyonun utanılacak bir durum olmadığı da anlatılmalıdır. Klinikten ayrılırken de annelere postpartum depresyon hakkında yazılı eğitim materyali ve yardım ihtiyacı olduğunda arayabileceği telefon numaraları verilmelidir (Kirpınar ve diğerleri, 2010; Durmazoğlu ve diğerleri, 2016).

### **2.3. Maternal Bağlanma**

Maternal bağlanma, anne-bebek arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşim sonucunda gelişen, eşsiz ve süreklilik gösteren bir sevgi ilişkisidir. Bowlby, maternal bağlanmayı, anne ve bebek arasında, sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması ve bu durumdan her iki tarafın da memnun olması ve haz alması olarak tanımlamıştır (Bowlby, 1988). Anne-bebek bağlanması gebelik ile başlayan ve yenidoğanın doğumunu izleyen aylar içinde devam eden gelişimsel bir süreç, annenin güçlü bir bağlılık duygusu geliştirdiği ve bebeği için kalıcı sevgi duyduğu bir zamandır. Bir bebek sağlıklı olduğu zaman, doğumun hemen ardından bu sürecin kalitesini yükselten ve arttıran karşılıklı anne-yenidoğan etkileşimi vardır. Doğumdan sonra kısa bir süre içinde, annelerin bebekleri ile bağ kurması için emsalsiz bir yeteneğe sahip olduğu “kritik bir perioda” inanılır (Kavlak ve Şirin, 2009; Peker, 2015).

Doğum öncesi dönemde fetüs, annenin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir. Yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir. Bu durumda, doğum öncesi dönemde, annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. Gebelik döneminde annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğin kabulü bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir. Bu noktada annenin fetüse ilişkin oluşturduğu tasarımın içeriği ön plana çıkmaktadır. Annenin bebeği ile olan ilişkisi gerçekte doğumdan önce başlamakta ise de, anne-bebek ilişkisinin gelişimi için en hassas dönemler doğum ve doğumdan sonraki ilk günlerdir. Bu dönem bağlanmanın en yoğun yaşandığı dönem olması nedeniyle olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılması için de en elverişli zamandır. Bu dönemde yenidoğan bebek uyanık, gözleri açık, çevreye yanıt verebilecek durumdadır (Çalışır ve diğerleri, 2009; Alan, 2011).

Prematüre bebekler term bebeklerle kıyaslandığında aşırı duyarlılık yaşadıkları ve uyanıklılık halini sürdürmekte güçlük çektikleri için daha az ilişkiye geçip, daha az yanıt verdiklerinden anneleri tarafından verilen sinyallerin algılanması zordur. Anne ve prematüre yenidoğanın doğum sonu hemen ayrılması ile annelik rol kimliği ve anne-bebek bağlanması gecikir. Prematüre bebek ve anneleri arasındaki ilişkinin mümkün olduğunca erken dönemde başlatılması ve sürdürülmesi bebeğin ileriki dönemlerindeki yaşantısını önemli ölçüde etkilemektedir (Manav ve Yıldırım, 2010; Peker, 2015 ).

Prematüre bebeklerde bazı hastalıkların gelişme riski daha fazladır ve bu durum bağlanmayı olumsuz etkiler. Prematüre bebeğin YYBÜ’de yatması genellikle ebeveynleri korkutur. KB, annelere ve babalara bebeklerini anlamaları ve bakımında aktif rol almaları için şans verir, bağlanma ve algılamayı kolaylaştırır (Nygvist ve diğerleri, 2010; Ludington-Hoe, 2010; Peker, 2015).

Doğumdan sonra anne bebeğini daha erken tutar ve tanışma sürecini başlatırsa, erken anne-bebek bağlanması başlar. Dokunma, sıcaklık ve koku gibi duyuşsal uyarılar aracılığıyla maternal oksitosin salınımı destekleyen güçlü bir vagal stimülandır. Oksitosin, annenin meme sıcaklığının yükselmesine sebep olarak annenin anksiyetesini azaltır, sakinliğini ve sosyal duyarlılığını artırır. Aynı zamanda annede uyanık ve istekli ise bebeğiyle tanışması

ve emzirmenin başlatılması uygun olacaktır. Bebekle ebeveyn arasındaki her türlü olumlu etkileşim bağlanmayı güçlendirmektedir (Moore ve diğerleri, 2012; Peker, 2015).

### 2.3.1. Maternal bağlanma evreleri

Bağlanma, tanışma evresiyle başlayan ve bağlanmanın gelişimiyle sonuçlanan etkileşimsel bir süreçtir (Kavlak ve Şirin, 2007; Alan, 2011).

*Tanışma Evresi:* Tanışma tüm insan ilişkilerinin temelidir ve bağlanma sürecinin ilk adımındır. Bu evre doğumdan sonraki ilk 48 saati kapsar. Bu evrede zamanın büyük çoğunluğu karşılıklı bakışma ile geçer. Anne/baba bebeğiyle, bebek de anne/babasıyla göz göze temas kurmaya çalışır. Anne/babalar bebeklerine sistematik olarak dokunarak bebeklerini keşfetmeye çalışırlar. Bu evrede anne/babalar bebekleri hakkında genel duygu ve düşünceler geliştirirler (Kavlak ve Şirin, 2007; Alan, 2011).

*Sahiplenme Evresi:* Doğum sonrası üçüncü günde başlayan ve altı haftaya kadar süren ve anne/babalık rolünün benimsendiği bu evrede, bebeğe ismiyle ya da cinsiyetiyle (oğlum, kızım gibi) hitap edilir. Aileler bebekleri ile yakınlık kurarlar ve sözel ve sözel olmayan, genel pozitif duygular karşılıklı olarak yansıtılır. Anne/babalar bu evrede bebeğin temel gereksinimlerine verdiği yanıtları öğrenir ve zaman içinde doğru olarak yorumlarlar. Karşılıklı ilişki ve uyumun başarılması ile dayanıklı bağların gelişimine doğru ilerlenmiş olur (Kavlak ve Şirin, 2007; Alan, 2011).

*Bağlanma Evresi:* Doğumdan sonraki altı-sekiz haftayı kapsayan evre bağlanma evresidir. Anne/baba ve bebek arasında karşılıklı ilişki ve uyum belirgindir. Anne/baba, bebeklerinin bakımında yeterli hale gelmiştir. Anne/baba ve bebek arasındaki sevgi ve derin bağlanma duygusu tamamen oluşmuştur (Kavlak ve Şirin, 2007; Alan, 2011).

### 2.3.2. Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler

Doğum sonrası dönem, yenidoğanın aile sistemiyle bütünleştiği, kadının emosyonel, fiziksel ve sosyal adaptasyonunun olduğu, dördüncü trimestir olarak da adlandırılan bir dönemdir. Aynı zamanda kadının bebeğinin doğmasıyla annelik rolünü takındığı, yeni role uyumun sağlandığı ve aile üyeleriyle ilişkilerin yeniden tanımlandığı özel bir dönem olup, birçok kadın tarafından pozitif olarak yaşanan gelişimsel bir kriz dönemidir. Bu dönemde

anne fiziksel durumunun eski haline dönmesi, bebeğin bakımıyla ilgili beceri ve güven geliştirme, bebeği ile iletişim kurmayı başarma, yeni bir birey olan bebeğin aileye katılımı sonucu değişen aile yapısı ve yaşam tarzına uyum sağlama gibi gelişimsel ve fiziksel sorumlulukları başarmak durumundadır (Yıldız, 2008; Alan, 2011).

Annelik, sosyal rollerle, gelişimsel bileşenlerin, davranış ve tavırların bileşimidir. Bir kadının annelik davranışlarını öğrenme süreci olarak tanımlanan “annelik rolünün” kazanılması doğumu takip eden 3-10 ay arasında gerçekleşmektedir. Zaman ve deneyim, annenin sahip olduğu yetenekleri ve elde etmek istediği annelik rolünü tanımlamasında, düşüncelerini şekillendirebilmesinde etkili olabilmektedir. Doğum sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve sosyal destek postpartum dönemde annelik rolünü kabul sürecini etkilemektedir (Alan, 2011).

### **2.3.3. Maternal bağlanmaya yönelik hemşirelik yaklaşımları**

Anne bebek ilişkisinin gelişiminde en önemli konumda olan yenidoğan ve kadın doğum ünite hemşireleri anne ve bebeklere vakit ayırarak bebeğin davranışları, bu davranışları annelerin nasıl yorumlayacağı nasıl tepki vereceği konusunda destekleyici, danışmanlık verici ve eğitici rolde olmalıdırlar. Hemşireler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde aile ve bebekle bilinçli hemşirelik yaklaşımı ile etkileşim sürecinde sevgi oluşumunu başlatma ve sürdürmede yardımcı olmalıdırlar. Bu anlamda hemşirelerin erken dönem anne-bebek ilişkisini değerlendirmesi, danışmanlık ve destek vermesi önemlidir. Bunun için hemşireler, bebekle göz göze temasta bulunma, bebeğe dokunma, sarılma, bakım verme, bebeği inceleme ve bebek hakkında konuşmaları konusunda ebeveynleri cesaretlendirmelidirler (Çoban ve Saruhan, 2005; Çalışır ve diğerleri, 2009; Alan, 2011).

Doğum sonu dönemdeki sağlık bakımı annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını kapsar. Annelerin ilk günlerden itibaren kendilerini rahat hissetmeleri, kendi ve bebek bakımlarına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etki yaratır. Bu nedenle hemşireler doğum sonu erken dönemde anne ve bebeği değerlendirerek, bakım gereksinimlerini karşılamalıdır (Güleşen ve Yıldız, 2013).

Hemşire, bağlanmanın multifaktöriyel bir süreç olduğu gerçeğini göz önüne alarak, aile-bebek etkileşimi ve kalitesini arttırmaya yönelik aileyi desteklemeli ve cesaretlendirmelidir. Hemşireler; annelerin bebeklerine karşı gösterdikleri yaklaşımı sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmeleri için, anne-bebek arasındaki normal bağlanma sürecini ve doğum sonrası olumlu anne-bebek ilişkisinin geliştirilmesinden kendilerinin sorumlu olduklarını bilmelidirler (Eriş, 2007; Güleşen ve Yıldız, 2013).

Doğum sonrası hemşire olumlu ebeveyn-bebek ilişkisini sağlamak ve sürdürmek için; ebeveyn bebek bağlılığını etkileyen faktörleri belirlemeli ve ebeveyn-bebek iletişimini sağlamaya yönelik eğitim ve danışmanlık yapmalıdır. Bağlılık ebeveynlerin ve bebeğin sürekli olarak birbirlerini etkiledikleri iki taraflı bir süreçtir. Ebeveynlerin bebeğin davranışlarına karşı ilgili olması, dokunma, göz kontağı kurma ve konuşma yoluyla yakın fiziksel kontak sağlamaları bağlılığın gelişimi artırmaktadır. Bebeğin mizacı, uyku ve aktivite şekli, ağlama davranışları, ebeveynlere yanıt verme durumu, bebeğin gereksinimlerini gösterme ipuçlarının açıklığı bağlılığı etkileyen bebeğe özgü faktörlerdir. Bu nedenle bebeğin davranışlarını ve bireysel özelliklerini belirlemede geliştirilen bir takım ölçekler kullanılarak ve bebek bakımı ve gelişimi hakkında bilgi verilerek ebeveynlere yardım edilebilir (Yıldız, 2008; Güleşen ve Yıldız, 2013).

Doğum sonrası dönemde, anne bebek ilişkisini değerlendirmek için hemşire düzenli olarak gözlem yapmalı ve annenin bebeğine bağlanma süreci ile ilgili notlar almalıdır. Annenin bebeğini sakinleştirmesi, okşaması, kucaklaması, onunla konuşması, uygun besleme tekniklerini kullanması, göz göze temas kurması ve adı ya da cinsiyeti ile bebeğe seslenmesi, annenin gösterdiği uygun bağlanma davranışlarıdır (Şen, 2007; Güleşen ve Yıldız, 2013).

Sağlık izlemlerinde güvenli bağlanmanın gelişmesi için ailelere rehberlik yapılmalıdır. Bu bağlanmanın ilk basamağı anne ile bebeğin aynı odada kalması ve bebeğin ipuçlarının tutarlı olarak değerlendirilmesidir. Ayrıca annenin bebeğini emzirmesi (göz teması, bebeği sık sık kucağına alma) ve emzirirken kendini güvenli ve rahat hissetmesi de (doğru emzirme teknikleri) bu bağlanmanın gerçekleşmesinde rol oynar. Bebekler sesleri tanır ve en çok insan yüzünden hoşlanırlar. Özellikle fiziksel temas; bebeğe dokunmak, oyun oynamak, bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak konusunda tutarlı olmak bağlanmayı artırır (Güleşen ve Yıldız, 2013).

## 2.4. Kanguru Bakımı

Kanguru bakımı, kanguruların küçük yavrularına keselerinde bakım verme yoluna benzer bir yöntemdir. Annelerin bebeklerini sadece bebek bezi ve bazen bir başlık ile giysilerinin altında çıplak göğüsleri arasında cilt-cilde, yüzükoyun dik pozisyonda giysilerinin içinde ve/veya battaniye ile sarılı tutmaları ile uygulanır (Davanzo ve diğerleri, 2013; Peker, 2015).

İlk kez 1978'de Colombiya Bogoto Anne ve Çocuk Enstitüsü'nden Edgar Rey Sanabria ve Hector Martinez tarafından uygulanmıştır. Prematüre bebeklerin bakımına ilişkin yeterli donanım ve deneyim ihtiyacını karşılamak, enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla başlatılmıştır. Küvözlerde bakılması gereken prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler için umut olan bu yöntem, bugün İskandinav ülkelerinde standart bakımın bir parçası haline gelmiş; Asya, Afrika ve Güney Amerika'nın birçok ülkesinde başarı ile uygulanmış, Fransa, İsveç, İngiltere, Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerde de ilgi görmüştür (Ludington-Hoe, 2010; Hardy, 2011; Peker, 2015).

Anne ve yenidoğanın kanguru bakımı deneyimi ilk kez term bebeklerle, doğumdan sonra ilk iki saatte test edilmiş, bebeklere yönelik annelik davranışları geliştiği ve bağlanmanın arttığı doğrulanmıştır. Fakat yenidoğanın bakımında meydana gelen değişiklik bağlanmanın teşviki için bebeğin annenin yanına konmasının benimsenmesi olmuş; KB göz ardı edilmiştir. Daha sonra 1983'de anne ve bebek arasında cilt-cilde temasın ilk raporu Güney Amerika Kolombiya'dan çıkmış ve KB prematüre bebekler için kullanılmaya başlanmıştır (Ludington-Hoe, 2011; Peker, 2015).

ABD'de prematüre bebekler için KB kullanımının ebe ve hemşireler tarafından keşfedilmesi, 1988 yılında sunum ve 1990'da yayın yoluyla olmuştur. ABD'de KB kullanımını yaygınlaştırmak ve kolaylaştırmak için ebeveynlere yönelik bir kitap hazırlanmıştır. Ludington-Hoe (2011)'nin belirttiğine göre; term bebeklerle KB, Amerikan Pediatri Akademisi tarafından bakımın bir standardı olarak tavsiye edilmiştir. Amerikan Kalp Derneği, Amerikan Jinekoloji ve Obstetrisyenler Derneği, Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği, ABD Ulusal Yenidoğan Hemşireler Birliği ve ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi faydaları ve emzirmenin devamını sağlamasından dolayı term bebeklerde doğumun ilk dakikasında başlayan ve memede ilk beslenme

tamamlanana kadar devam eden KB'yi desteklemektedirler. KB, 1993 yılında İskandinavya ve çeşitli Avrupa ülkelerinde de yenidoğan uzmanları tarafından benimsenmiştir (Ludington-Hoe, 2011; Peker, 2015).

KB'nin, DDA stabil prematüre yenidoğanlarda emniyetli bir yöntem olduğu ve tüm dünyada birçok hastanede DDA prematüre yenidoğanların bakımında kullanıldığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Zengin ülkelerde kullanılan teknolojilerin sağlanamadığı düşük gelirli ülkelerde KB'nin yenidoğan ölümlerini azaltacağı ifade edilmektedir. KB, zengin ekipmanlara ihtiyaç duyulmadığı, masraflı olmadığı ve kolay uygulanabildiği için çok düşük gelirli ülkelerin periferdeki bakım birimlerinde ve hemen hemen her yerde uygulanabildiğinden, hem zengin hem fakir ülkelerde anne ve bebek arasındaki bağın daha iyi olmasına ve yenidoğan bakımının insancillaştırılmasına katkıda bulunabildiğinden tavsiye edilmektedir (Peker, 2015).

#### **2.4.1. Kanguru bakımı uygulama türleri**

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

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

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

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

#### **2.4.2. Kanguru bakımının uygulanma kriterleri**

Bütün sağlıklı yenidoğanlara KB uygulanabilir. Anneler ve onların sağlıklı term veya prematüre yenidoğan bebekleri standart bakım ve kontroller yapıldıktan sonra, doğumdan sonraki ilk 24 saatte erken KB’ye başlayabilir. Ciddi hastalığı olan ya da özel tedavi gerektiren yenidoğanların sürekli KB almadan önce iyileşmesi beklenmelidir. Beslenme için gerekli olan emme ve yutma becerisi KB için temel bir gereklilik değildir. KB’ye tüple beslenme döneminde başlanabilir (Thukral ve diğerleri, 2008; Moore ve diğerleri, 2012; Peker, 2015).

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

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

- Bebeğin ağırlığının 600 gr’dan fazla olması,
- 24 saatten fazla ventilasyonda kalması,

- Solunum oksijen fraksiyonu (FİO<sub>2</sub>) değerinin %50'den fazla olması,
- Yaşam belirtilerinin stabil olması,
- Göğüs tüpünün olmaması,
- Göbek kateterinin emniyetli olması ve neonatolog tarafından bebeğin stabil kabul edilmesidir (Yıldırım, 2009; Peker, 2015).

Yaşı, eğitimi, dini ve kültürü ne olursa olsun bütün anneler KB verebilir. Ancak, annenin KB uygulaması için istekli, genel sağlık durumunun iyi olması, yeterli hijyen, beslenme ve aile desteğinin sağlanması gerekmektedir. Anne özellikle; günlük banyonun, temiz giysilerin, el temizliğinin, kısa ve temiz tırnakların sağlandığı iyi bir hijyene sahip olmalıdır. Sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesini sağlayan uygun diyet ile beslenmelidir. Annenin KB vermesini engelleyecek herhangi bir ciddi hastalığı bulunmamalıdır. Eğer gebeliği döneminde ya da doğum sırasında bir komplikasyonla karşılaşmışsa ya da herhangi bir hastalığı varsa KB başlatılmamalıdır. Anne iyileştikten sonra bebeğin de genel durumu iyiye KB'ye başlanmalıdır. Eğer anne sigara içiyorsa sigarayı bırakmasının önemli olduğu anlatılmalı ve KB sırasında kesinlikle sigara içmemesi gerektiği belirtilmelidir. Sağlık ekibi ve aile üyeleri, anneyi KB uygulaması için desteklemelidir. Anne, bu bakımın bebeğine sağladığı faydaları anlayarak KB'nin devamlılığını sağlamalıdır (Thukral ve diğerleri, 2008; Peker, 2015).

#### **2.4.3. Kanguru bakımına hazırlama ve uygulanması**

KB'de ideal olan, ailenin gece gündüz bebekle kalmasıdır. YYBÜ'nün ortamı KB için uygun olmalıdır. Bu nedenle ebeveynlerin konforu ve mahremiyeti sağlanmalı, ebeveyn yatağı bulunan mümkünse tek kişilik banyolu bir oda hazırlanmalıdır. Uygulamayı yapacak ebeveyn için hem ayakları destekleyen hem de yatmaya izin veren türde sandalyeler veya yatak hazırlanmalı, yatağın başında acil durumlar için çağırma butonu olmalıdır. Eğer sandalye, uygun destekleyici ise anneler uyuklarken bile KB boyunca bebeği güvenle tutabilirler (Conde-Agudelo ve diğerleri, 2011; Davanzo, 2013; Peker, 2015).

KB'ye başlamadan önce bebek ile annenin uyum ve rahatının sağlanması için uygun çevre ve fiziksel koşullarının hazırlanması önemlidir. Bu sayede sessiz, sakin bir atmosfer, düşük ışıklı bir ortam, anne ve bebek merkezli bakım planlaması ile anne-bebek bağlanma

süresinin minimal bozulması sağlanmış olur. KB uygulanacak ortam ışığının 200 lux'ü geçmemesine dikkat edilmeli, aydınlatma sınırlanmalı, ritmik olarak günlük ışık verilmelidir. Mümkün olduğu kadar personel trafiği sınırlanmalı ve düşük ses seviyesi ile sakinleştirici bir ortam sağlanmalıdır. Gürültüyü engellemek için tüm monitör alarmları merkezi istasyonlara yönlendirilmeli, eğer bu mümkün değilse düşük seviyede ve önemli tepki alarmları tetikleyici seviyede tutmalıdır. Oda ve çevre sıcaklığı daima kontrol altında tutulmalı ve ani sıcaklık değişimlerine izin verilmemelidir (Nygvist ve diğerleri, 2010; Conde-Agudelo ve diğerleri, 2011; Davanzo ve diğerleri, 2013; Peker, 2015).

Ortam ısı 22–24 °C arasında ise bebek kanguru pozisyonunda alt bezi ve şapkası ile çıplak olarak taşınabilir. Ortam ısı 22 °C'nin altında ise bebeğe; yüzünü, göğsünü, karnını, kollarını ve bacaklarını cilt cilde teması sağlayacak şekilde açıkta bırakan, pamuklu, kolsuz, önü açık bir giysi ve çorap giydirilebilir. Termal koruma için bebek, eldiven veya çorap kullanılmadan bebek bezi ve şapka giydirilerek sıcak bir battaniye ile baş ve sırtı örtülerek uygulama yapılabilir (Thukral ve diğerleri, 2008; Davanzo ve diğerleri, 2013; Peker, 2015).

Anne, KB sırasında kendisi ile bebeğini sıcak tutacak ve rahat bir şekilde bebekle güvenli cilt cilde teması sağlayabileceği her şeyi giyebilir. Günlük giysileri aşırı sıkı olmadığı sürece KB için herhangi bir özel giysiye ihtiyaç yoktur. Göğsü açık elbise, KB bluzu veya gömleği uygulamayı kolaylaştırabilir. KB sırasında annenin rahatça hareket etmesini ve her iki elini de serbestçe kullanabilmesini sağlamak için destekleyici bağ kullanılabilir (Davanzo ve diğerleri, 2013; Peker, 2015).

KB'nin etkinliğinde bebeğin pozisyonu önemlidir. KB verilirken anne bebeğini iki memesi arasında dik pozisyonda tutmalıdır. Bebeğin göğsü annenin göğsünün üstüne yerleştirilmeli, bebeğin başı tek bir yöne doğru dönük ve ekstansiyonda olmalıdır. Başın bu pozisyonu bebeğin hava yolunu açık tutar ve anne ile göz temasını sağlar. Bebeğin abdomeni annenin epigastrik seviyesinde olmalıdır. Böylece annenin solunum hareketleri bebeği uyarır ve bebekte apne oluşumu engellenir. Bebeğin annenin göğsü üzerindeki dik pozisyonu daha rahat nefes almasını sağlar. Bebek, kol ve bacaklarını amaçsızca hareket ettirmedikinden oksijen ve kalori kullanımı azalır (Thukral ve diğerleri, 2008; Yıldırım, 2009; Peker, 2015).

#### 2.4.4. Kanguru bakımı sırasında bebeğin izlemi

KB uygulaması süresince yeterli koşullar sağlansa bile bebeğin sağlık durumunda bozulmalar olabilir. Bu nedenle bebeğin stabilitesinin bozulduğunu gösteren belirtileri tanımak amacıyla ailelere rehberlik edilmeli; uygulama süresince bebeğin genel durumu, vücut ısısı ve solunumu izlenmelidir. Bebeğin stabilitesinin bozulması durumunda KB kesilmelidir (Davanzo ve diğerleri, 2013; Peker, 2015).

Ortam ısısı eğer önerilenin altında değilse, sürekli cilt cilde temasta iyi beslenmiş bir bebek kolaylıkla 36, 5–37 °C arası olan normal vücut ısısını sürdürebilir. KB sırasında hipotermi nadir de olsa meydana gelebilir. Bu nedenle bebeğin vücut ısısının ölçülmesi gereklidir. Ancak bu gereklilik KB almadığı durumdaki kadar sık değildir. Özellikle hipotermisi olan bebeklerin anneden alınıp küvöze konması sırasında vücut ısısının takip edilmesi önemlidir (Yıldırım, 2009; Davanzo ve diğerleri, 2013; Peker, 2015).

#### 2.4.5. Kanguru bakımının yararları

Term, prematüre ve DDA bebekler üzerine yapılan klinik uygulamalar ve araştırmalarla KB'nin; ısı kontrolünü, emzirmeyi ve anne-bebek ilişkisini sağlamada etkili ve faydalı olduğu ortaya çıkarılmıştır. Yüksek gelirli ülkelerde faydalarının daha iyi anlaşılmasıyla, özellikle ileri teknoloji YYBÜ'lerde kesinlikle tavsiye edilmektedir (Nyqvist ve diğerleri, 2010; Peker, 2015).

YYBÜ'de KB uygulamaları prematüre bebeklerde fizyolojik stabilite, olumlu bağlanma ilişkileri ve davranışsal organizasyon için önemli destek sağlar. En küçük entübe bebekler bile KB uygulamasından yararlanabilir. KB, hem YYBÜ'nün fiziksel ortamında bir koruma, hem de çevresel bozulmadan sonra düzenlemeyle yardım sağlar. Böylece, ebeveynlerin gövdeleri, hassas bebekler için en uygun ortamı sağlamış olur. Destekleyici YYBÜ ortamları sağlanması ebeveynlerin bebeğin bakımına aktif katılmalarını kolaylaştırabilir (Nyqvist ve diğerleri, 2010; Peker, 2015).

KB'nin faydaları sıcaklık, beslenme ve hastaneden erken taburculuğu sağlamayı hedeflemenin ötesine uzanır. Ludington-Hoe ve diğerleri (2008)'nin belirttiğine göre, ABD Ulusal Yenidoğan Hemşireler Birliği tarafından sağlanan KB uygulaması için A düzeyi

kanıtlar; yenidoğan kalp hızı, solunum hızı, oksijen saturasyonu, uyku, ağrının giderilmesi, nörodavranışsal gelişim ve mental/motor skorları iyileştirdiğini göstermektedir (Ludington-Hoe ve diğerleri, 2008; Peker, 2015).

Shrivastava ve diğerleri (2013)'nin bildirdiğine göre KB'nin büyüme üstüne etkisini inceleyen çalışmalarda, rutin kullanıldığında büyüme ve gelişmede, ağırlık alımı, boy uzaması, baş çevresindeki artışı olumlu etkilediği, yaşamın ilk iki yılı boyunca tüm gelişiminde olumlu etkiler sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. YYBÜ'de DDA bebeklerde uygulanan KB'nin term gebelik yaşına göre küçük bebekler 2500 gr'a ve prematüre bebekler postmenstrüel 40 haftaya ulaştığında ortalama günlük ağırlık alımını ve haftalık baş çevresindeki artışı olumlu etkilediği bulunmuştur (Shrivastava ve diğerleri, 2013; Peker, 2015).

Ülkemizde ise Sarıcan (2014)'ın KB'nin YYBÜ'deki prematüre bebeklerin büyüme ve gelişmesine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, KB uygulanan bebeklerin uygulanmayanlara göre boy uzunluğunun daha fazla, vücut ağırlığı ve baş çevresi ölçümlerinin benzer olduğu saptanmıştır (Sarıcan, 2014; Peker, 2015 ).

KB'nin bebeklerde fizyolojik stabilite üzerine etkisi ele alındığında; uygulama süresince kalp hızı, solunum hızı ve oksijen düzeylerinin daha stabil kaldığı, apne ataklarının azaldığı belirlenmiştir. Ali ve diğerleri (2009)'nın KB uygulanan DDA bebeklerde fizyolojik ölçütlerde tutarlı düzenlilik bulmuştur. KB'ye yönelik çeşitli çalışmalarda, KB uygulanan grupta uygulanmayanlara göre, daha yüksek oksijen düzeyi, daha az oksijen desaturasyonu saptanırken oksijen tüketiminde artış olmadığı periyodik solunum ve apnede azalma olduğu bildirilmiştir (Ali ve diğerleri, 2009; Peker, 2015).

İlk KB çalışmaları, prematüre bebeklerin vücut ısılarını korumak için anneleri tarafından tutulmasını sağlamaya odaklanmıştır. KB boyunca cilt-cilde tutulduğunda, annenin vücut ısısı bebeğin vücut ısısını düzenlemeye yardımcı olur. Böylece anneden bebeğe ısı transferiyle hipotermi önlenir. Moore ve diğerleri (2012)'nin sağlıklı bebeklerde erken dönemde KB uygulamasının incelendiği çalışmada da bebeğin doğumunu izleyen ilk 24 saat içinde başladığında termal stabilitenin korunmasına yardımcı olduğu bulunmuştur (Moore ve diğerleri, 2012; Peker, 2015).

Ağrılı uyarılara maruz kalan bebekler KB boyunca ağrıya verdikleri tepkiyi daha iyi düzenleyebilirler ve ağlama yanıtında bir azalma gösterirler. KB boyunca bebek tarafından salınan kimyasallar ağrı eşiğini yükseltmek için hareket eder. Yenidoğan bebeklerde ağrı veren uygulamalarda KB'nin endorfin salınımını arttırarak analjezik etki yaptığı, ağrılı işlemler sırasında prematüre bebeklerde ağrı yanıtını azalttığı, ağrıya cevapta ağlamayı azalttığı görülmüştür. Ayrıca, bebek derin uyku durumunu elde edebildiği için, KB sırasında ağrıya körelmiş bir yanıt verirler ve bebeği uyandırmak daha zordur (Kostandy ve diğerleri, 2008; Peker, 2015).

Anne ile bebeğin cilt-cilde teması emzirme insidansını, süresini ve süt miktarını arttırmaktadır. Prematüre doğan bebeklerin anneleri emzirmeyi başlatma ve sürdürmede zorlanmaktadır. KB'ye başlayan ve sürdüren anneler, YYBÜ'de KB uygulamayan annelere göre daha uzun süre, daha fazla miktarlarda anne sütü ve laktat üretebilmektedirler. KB temasıyla parasempatik sinir sistemi uyarılması sağlanır, bu durum süt üretimini artırır (Peker, 2015).

KB, nazokomiyal enfeksiyon riskini azaltması, bebeklerin hastanede kalış sürelerini kısaltması ve YYBÜ kaynaklarının iyi kullanımını sağlaması nedenleriyle geleneksel bakıma karşı üstünlük sağlamaktadır. Bazı çalışmalarda nazokomiyal enfeksiyon insidansı KB'ye katılan bebeklerde daha düşüktür. Bu durum cilt mikroplarından bebeği korumak için annenin cilt antikorlarını bebeğine aktardığını düşündürmektedir. Başka bir teori ise annenin bebeğin cildinden su kaybını önlemeye yardım ederek, cilt bütünlüğünü korumak için de yardımcı olmasıdır (Conde-Agudelo ve diğerleri, 2011; Ludington-Hoe, 2010; Peker, 2015).

KB, yenidoğan bebeklere olduğu kadar ebeveynlere özellikle annelere farklı yararlar sağlamaktadır. KB'nin anne için yararları; doğumdan sonra erken dönemde plasentayı atmak için artan postpartum kanamayı azaltması, oksitosin seviyelerini artırması, kortizol seviyelerini azaltması, daha mutlu doğum deneyimleri sağlaması, yenidoğanla bağlanmayı geliştirmesi ve yenidoğanlarının bakımında annelerin kendi yeteneğine güvenini artırması olarak sıralanabilir (Moore ve diğerleri, 2012; Peker, 2015).

KB, hastanede verilen bakımı tamamlama, anne-babalık rolüne erken geçme, ebeveynlerin bebeklerine bakım vermede güven duygusunda gelişme, ebeveynlik rolünü daha iyi

algılama, bebeklerini daha az anormal algılama, bebek işaretlerine karşı artan ebeveyn duyarlılığı, bebeklerin ihtiyaçlarını karşılamada daha fazla bileşene sahip olma, bebeklerle pozitif sosyal etkileşim sağlama ve süt yapımındaki artışta etkilidir (Shrivastava ve diğerleri, 2013; Peker, 2015)

#### **2.4.6. Kanguru bakımının maternal bağlanmaya etkisi**

Anne ile bebek arasındaki ilişki, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini derin bir şekilde etkiler. Anne-bebek bağlanma süreci gebelik, doğum ve postpartum periyod süresince gelişir ve postpartum periyod süresince anne-bebek etkileşimi olduğunda desteklenir (Peker, 2015).

Tensel temasın, bağlanma sürecini güçlendirici etkisinin olduğu unutulmamalıdır. Doğumdan sonraki ilk karşılaşmada anne veya babanın bebeğe karşı gösterdiği davranışlar ilk ebeveynlik davranışı olarak kabul edilmektedir. Ebeveynin gösterdiği bu davranışlar; bebeğin el ve ayaklarına dokunma, okşama, bebekle konuşma, göz temasında bulunma, bebeği inceleme gibi davranışlardır. Annenin yüz yüze pozisyondayken bebeğine bakma, bebeğin elbiselerini giydirmeye, çıkarma, ona dokunma, gülümseme, konuşma, öpme, kucaklama, pırpırlama ve sallama gibi davranışların gözlenmesi, bağlanma sürecini anlamada yardımcı olacaktır. (Kavlak ve Şirin, 2009) Yaşamın ilk yılında, özellikle ilk günlerinde annenin bebeğine vereceği güven ve sevgi anne bebek ilişkisinin, bebeğin duygusal gelişiminin ve sosyal uyumunun sağlıklı olmasında önemli rol oynar. Yaşamın ilk yılı bebeğin psikolojisi ve sonrasındaki ruhsal gelişimi açısından önemlidir. Temel güvenin olduğu bu dönemde bakım veren kişi ile bebek arasındaki ilişki en çok üzerinde durulan alanlardan birisidir. Yapılan çalışmalarda doğum sonu erken dönemde anne ile yenidoğan bebeği arasındaki iletişimi başlatmak için annenin bebeği ile en erken sürede ve olabildiğince birlikte vakit geçirmelerinin sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Anne ile bebeğin 24 saat bir arada kalmaları, anne bebek iletişimini erken dönemde başlatmada yararlı olmaktadır. Bu amaçla, bu dönemde anne ile bebeğin aynı odayı paylaşması, kanguru bakımı olarak da isimlendirilen ten-tene temas, annenin bebeğini kucaklaması, onu mümkün olduğunca erken emzirmesi, annenin bebeği ile göz- göze temas kurması bağlanma sürecini hızlandıran olumlu davranışlardır (Çalışır ve diğerleri, 2009; Alan, 2011).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma yenidoğan yoğun bakımda kanguru bakımı uygulanan prematür bebek annelerinde maternal bağlanma ve postpartum depresyonun belirlenmesi amacıyla yarı-deneysel türde yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırma Hipotezleri**

H1. Kanguru bakımı uygulanan ve uygulanmayan prematür bebek annelerinde postpartum depresyon gelişme riski açısından fark vardır.

H2. Kanguru bakımı uygulanan ve uygulanmayan prematür bebek annelerinde maternal bağlanma düzeyi açısından fark vardır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Ankara ili merkezinde bulunan Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır.

Ünitenin arena kısmında 11 küvöz bulunmakta; bununla birlikte 2 adet küvözlü anne-bebek bir arada bulunan oda, bir adet küvözlü izolasyon odası, bir adet süt ve mama hazırlama odası ve bir adet emzirme odası bulunmaktadır.

Hemşireler/ebeler lisans, ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunudur. Hemşireler/ebeler, bebeklerin genel hijyeninin sağlanması, annelere emzirme tekniğinin öğretilmesi, emziremeyen annelere süt sağma ve saklama koşullarının öğretilmesi, bebeklere bakım verilmesi, bebeklerin izlenmesi ve bebeklere ilaç uygulanması işlemlerini yapmaktadır. Ayrıca taburculuğu planlanmış yenidoğanların ebeveynlerine taburculuk eğitimi verilmektedir.

Ebeveynler bebeklerini ziyaret saatleri olan 14.00-15.00 saatleri arasında görmekte; bunun dışında bir-iki kereye mahsus annelerin bebeklerini kısa süre (10-15 dakika) görmelerine izin verilmektedir. Ziyaret saatleri esnasında ebeveynlere hemşireler tarafından bebeklerin

genel durumlarını açıklayıcı (bebeğin günlük ne kadar kilo aldığı, nasıl ve ne kadar beslendiği, aldığı mayi ve total parenteral nütisyon takviyesi, verilen solunum desteği gibi..) bilgiler verilmektedir. Daha detaylı açıklayıcı bilgiler ise ebeveynlere uzman hekim tarafından sağlanmaktadır. Bunlara ek olarak hemşireler, eğer bebek uygun durumda ise (örneğin ventilatör ile solunum desteği almıyorsa) anne- bebek etkileşimi için ten temasını sağlamak, süt yapımının uyarılması ve annelerin bebeklerin beslenmesine katılımını sağlamak amacıyla anne kucağına bebeğin verilmesini sağlamaktadırlar. Bebeğin anne kucağına verilmesi esnasında emzirme işleminin nasıl yapılacağı hakkında annelere eğitim verilmektedir. Emzirme eğitimi kapsamında süt sağma şekli, sıklığı, saklama koşulları ve annenin süt yapımı için izleyeceği beslenme şekli hakkında gerekli bilginin sağlanmasını yine hemşireler yapmaktadır. Bütün bu uygulamaları kapsayan sürecin tamamlanması ise yaklaşık olarak 30-45 dakika sürmekte ve 45 dakikayı geçmemektedir.

Emme yeteneği kazanan bebekler emzirme odasında anneleri tarafından emzirilmekte, diğer bebekler hemşire/ebeler tarafından biberonla ya da orogastrik sonda yardımıyla beslenmektedir. Üniteden taburculuğu planlanmış bebekler anneleriyle birlikte yenidoğan yoğun bakım içerisinde bulunan anne-bebek odasına alınarak bir hemşire gözetiminde takip edildikten sonra taburculukları gerçekleşmektedir.

### **3.4. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma, 2017 yılı şubat-temmuz ayları aralığında yapılmıştır.

### **3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ankara il merkezinde bulunan Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören, 2017 yılı şubat-temmuz ayları aralığında doğum yapmış, gebelik süresi 37 hafta ve daha az olan yenidoğanların anneleri oluşturmuştur. Örneklem sayısını belirlemek için power analizi yapılmıştır. Bunun için daha önce yapılmış olan benzer çalışmalardaki (Bigelow ve diğerleri, 2012; Dumas ve diğerleri, 2012) bilgiler referans olarak kullanılmıştır. Maternal Bağlanma Ölçeğinin puan ortalaması literatürden 99, 16=5.5 olarak bulunmuştur (Öztürk ve Saruhan, 2013). Bu ölçek puanının 3,5 birimlik artışının istatistiksel olarak anlamlı bulunması için  $\alpha=0.05$ , büyük etki büyüklüğü(d) = 0.08 olarak alındığında güç = 0.92 olarak bulunmuş ve her

grupta en az 30 anne olmak üzere toplam 60 anne olması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma örnekleminin randomizasyonu yapılırken yanlılığı önlemek amacıyla anneler kura yöntemiyle deney ve kontrol grubuna rasgele seçilmiştir.

### 3.5.1. Örneklem seçim kriterleri

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri şunlardır;

- Bebeğin ağırlığının 600 gr'dan fazla olması
- Bebeğin 24 saatten fazla ventilasyonda kalması
- Bebeğin solunum oksijen fraksiyonu (FIO<sub>2</sub>) değerinin %50'den fazla olması
- Bebeğin yaşam belirtilerinin stabil olması
- Bebeğin göğüs tüpünün olmaması
- Bebeğin göbek kateterinin emniyetli olması ve neonatolog tarafından bebeğin stabil kabul edilmesi
- Bebeği prematüre doğmuş olmak (37. Gestasyonel hafta + 6 günden daha erken doğan)
- İlk 10 günlük postnatal süreç içerisinde olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Türkçe konuşup anlayabiliyor olmak
- Tanı konmuş psikiyatrik bir rahatsızlığı bulunmamak
- Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmak
- Vücut ve el hijyeni iyi olmak
- Eğer kullanılıyorsa yeni sigara içmiş olmamak
- İsteksiz, korkulu ve hasta olmamak

## 3.6. Verilerin Toplanması

### 3.6.1. Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri Anneleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ile toplanmıştır.

*Anneleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu:* Form, annelerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik öyküleri, maternal bağlanma ve postnatal depresyonu etkileyebileceği düşünülen

değişkenler ve bebeğe ait özellikleri tanılamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış 19 soruluk bir formdur (Akkoca, 2009; Çalışır ve diğerleri, 2009). (EK-1).

*Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ):* Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek ve düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Küçüköğlü ve diğerleri, 2014). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Engindeniz ve diğerleri, 1997). Toplam 10 sorudan oluşan ölçek, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeleri giderek azalan şiddet gösterir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak bildirilmiştir. Ölçekten alınan puan 12/13 üzerine çıktığında postpartum depresyonun arttığı anlamını taşımaktadır (Küçüköğlü ve diğerleri, 2014). EDSDÖ Cronbach Alfa katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur (EK-2).

*Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ):* Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla, Mary E. Muller tarafından geliştirilmiştir (Muller, 1994). MBÖ Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 165 sağlıklı bebeği olan anne üzerinde yapılmış ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur (Kavlak, 2009).

Ölçek 26 maddeden meydana gelen ve “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen ifadelerden oluşan 4’lü likert tipi bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Her zaman (a)= 4 puan, Sık sık (b)= 3 puan, Bazen (c)= 2 puan ve Hiçbir zaman (d)= 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104’dür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması maternal bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Kavlak, 2009). (EK-3).

### **3.6.2. Veri toplama araçlarının uygulanması**

Araştırmanın uygulaması örneklem seçimi ile başlamıştır. Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeği tedavi gören annelerle yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı ve uygulama süreci hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı

kabul eden annelerden uygun kriterlere sahip olanlar örneklem kapsamına alınmıştır. Örnekleme oluşturan anneler kura yöntemi ile deney ve kontrol grubuna eş zamanlı olarak alınmıştır.

### Deney grubu

Deney grubundaki annelere kanguru bakımı uygulaması yapılmadan önce Anneleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu doldurtulmuştur. Kanguru bakımı öncesinde anneler yoğun bakıma alınırken enfeksiyon önleme kuralları dahilinde, el hijyenleri sağlanmıştır. Anneler, önden açılır, mavi renkte ziyaretçi önlükleri ile yoğun bakıma alınmıştır. Kanguru bakımı annenin çıplak göğsüne, sadece bezi ve şapkası olan bebeğin yüzükoyun, başı yukarıda olacak şekilde yatırılması ve bir battaniye ile bebeğin üzerinin örtülmesi şeklinde uygulanmıştır. Ortam ısısının uygun olmasına, annenin rahat oturmuş pozisyonda olmasına dikkat edilmiştir. Bu koşullar sağlandıktan sonra annenin tek olacağı yoğun bakım dahilinde bulunan emzirme odasında “*aralıklı kanguru bakımı*” uygulanmıştır. Bu kapsamda kanguru bakımı günde 1 defa 30 dakika boyunca olacak şekilde 10 gün boyunca uygulanmış ve bu süreç boyunca anne ve bebek dikkatli bir şekilde gözlemlenmiştir. Oksijen ihtiyacı bulunan bebeklerde ise küvözlerin bulunduğu alanda bebek anne kucağındaiken oksijen tedavisi devam ettirilerek, monitörize bir şekilde ve annenin mahremiyeti sağlanarak kanguru uygulanmıştır.

Kanguru bakımı uygulanan bebeklerin annelerine postpartum 30-40. günler arasında postpartum depresyon ve maternal bağlanma ölçekleri uygulanmıştır. Taburcu edilmiş annelere ölçeklerin doldurulması hakkında telefonla bilgilendirme yapıldıktan sonra online anket şeklinde ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Online anket dolduramayacak durumda olan annelere ev ziyareti yapılarak ölçekler araştırmacı tarafından doldurtulmuştur.

### Kontrol grubu

Kontrol grubundaki annelere araştırmaya dahil edildikleri anda Anneleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu, postpartum 30-40. günler arasında postpartum depresyon ve maternal bağlanma ölçekleri uygulanmıştır. Kanguru bakımı uygulanmamış annelere bebekleri sadece emzirmeleri anında temas ettirilmiştir.

### 3.6.3. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi, SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; annelerin tanıtıcı özelliklerinin sunulmasında sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma; Tanımlayıcı istatistikler ortanca, en küçük ve en büyük değer, frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik veriler karşılaştırılırken “Ki-Kare Testi”, ikili grup karşılaştırmalarında ise parametrik varsayımların sağlandığı durumda “Student’in t testi” , parametrik varsayımların sağlanmadığı durumlarda ise “Mann Whitney U testi” istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi “ $p < 0,05$ ” olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkeni kanguru bakımı, bağımlı değişkenleri maternal bağlanma ve postpartum depresyondur.

### 3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Başkent Üniversitesi Hastanesi’nden ve Başkent Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan yazılı izin (15/02/2017 tarih ve 17/10 sayılı kararı ile) alınmıştır. Ayrıca örneklem kapsamındaki tüm annelerden yazılı onam alınmıştır. Postpartum depresyon açısından riskli çıkan anneler hastanenin psikiyatri bölümüne yönlendirilmiştir. Maternal bağlanmayı artırmak için önerilerde bulunulmuştur.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Çizelge 4.1’de çalışmaya katılan annelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Deney grubundaki annelerin %50,0’si 30-34 yaş aralığında; %73,3’ü üniversite ve üzeri mezunu ve %60,0’i herhangi bir işte çalışmaktadır. Deney grubundaki annelerin %66,7’si orta ve kötü gelir durum algısına, tamamı çekirdek aile yapısına sahip olduğunu %56,7’si en uzun süre büyükşehirde yaşadığını belirtmiştir. Kontrol grubundaki annelerin %46,7’si 30-34 yaş aralığında; %76,7’si üniversite ve üzeri mezunu ve %70,0’i herhangi bir işte çalışmaktadır. Kontrol grubundaki annelerin %70,0’i orta ve kötü gelir durum algısına, tamamı çekirdek aile yapısına sahip olduğunu; %70,0’i en uzun süre büyükşehirde yaşadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan deney ve kontrol gruplarındaki bulunan annelerin tanıtıcı özellikleri bakımından anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir ( $p>0,05$ ; Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=60)

Özellik	Deney		Kontrol		İstatistiki değer
	Sayı	%	Sayı	%	
Anne yaşı					$\chi^2 = 0,379$ $p = 0,827$
22-29	6	20,0	8	26,7	
30-34	15	50,0	14	46,7	
35 ve üzeri	9	30,0	8	26,7	
<b>Anne öğrenim durumu</b>					
İlkokul-Ortaokul-Lise	18	60,0	21	70,0	$\chi^2 = 0,089$ $p = 0,766$
Üniversite ve üzeri	22	73,3	23	76,7	
<b>Anne çalışma durumu</b>					
Çalışmıyor	12	40,0	9	30,0	$\chi^2 = 0,659$ $p = 0,417$
Çalışıyor	18	60,0	21	70,0	
<b>Algılanan ekonomik durum</b>					
İyi	10	33,3	9	30,0	$\chi^2 = 0,077$ $p = 0,781$
Orta-Kötü	20	66,7	21	70,0	
<b>En uzun süre yaşanan yerleşim birimi</b>					
Köy-Kasaba-Şehir	13	43,3	9	30,0	$\chi^2 = 1,148$ $p = 0,284$
Büyükşehir	17	56,7	21	70,0	

## 4.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Çizelge 4.2’de çalışmaya alınan annelerin obstetrik özellikleri yer almaktadır. Deney grubundaki katılımcıların gebelik sayısı ortancası 1, düşük sayısı ortancası 1, kürtaj sayısı ortancası 0, yaşayan çocuk sayısı ortancası 1,5, doğum sayısı ortancası 1’dir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise gebelik sayısı ortancası 1, düşük sayısı ortancası 1, kürtaj sayısı ortancası 0, yaşayan çocuk sayısı ortancası 2, doğum sayısı ortancası 1’dir. Çalışmaya katılan deney ve kontrol gruplarında bulunan annelerin obstetrik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır ( $p>0,05$ ; Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Katılımcıların obstetrik özelliklerinin ortanca değerleri (n=60)

	Deney				Kontrol				İstatistikî değer
	X <sub>Mod</sub>	X <sub>Tepe</sub>	25. Çeyreklik	75. Çeyreklik	X <sub>Mod</sub>	X <sub>Tepe</sub>	25. Çeyreklik	75. Çeyreklik	
Gebelik sayısı	1	1	1	2	1	1	1	2	Z = 444 p = 0, 918
Düşük sayısı	1	1	1	1,25	1	1	1	2	Z= 435 p = 0, 769
Kürtaj sayısı	0	0	0	0	0	0	0	0	Z= 448, 5 p = 0, 966
Yaşayan çocuk sayısı	1,5	1	1	2	2	1	1	2	Z= 400, 5 p = 0, 421
Doğum sayısı	1	1	1	1,25	1	1	1	2	Z= 435 p = 0, 769

## 4.3. Katılımcıların Doğum ve Doğum Sonrasına İlişkin Özelliklerine Yönelik Bulgular

Çizelge 4.3’te çalışmaya alınan annelerin doğum ve doğum sonrasına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya alınan tüm katılımcıların %96,7’sinin sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Deney grubundaki katılımcıların %66,7’si; kontrol grubundaki katılımcıların ise %50,0’ı gebelik sürecinde enfeksiyon, ağrı, kanama ve diğer sorunlardan en az birini yaşadığını; ifade etmiştir. Her iki gruptaki katılımcıların %93,3’ü doğum esnasında bir sorun gelişmediğini belirtmiştir. Deney grubundaki katılımcıların %63,3’ü; kontrol grubundaki katılımcıların ise %56,7’si postpartum dönemde kanama, ağrı, enfeksiyon, psikososyal ve diğer sorunlardan en az birini yaşadığını ifade etmiştir. Deney grubundaki katılımcıların %86,7’si bebeğini ilk günden sonra kucağına aldığını; kontrol grubundaki katılımcıların %43,3’ü ise bebeğini ilk gün içerisinde kucağına aldığını

belirtmiştir. Deney grubundaki katılımcıların %93,3'ü, kontrol grubundaki katılımcıların %70,0'ı bebeğini ilk günden sonra olan süre zarfında emzirdiğini ifade etmiştir.

Çizelge 4.3. Katılımcıların doğum ve doğum sonrasında ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=60)

Özellik	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Doğum şekli</b>				
Vajinal doğum	1	3,3	1	3,3
Sezaryen	29	96,7	29	96,7
<b>Gebelikte sorun yaşama durumu</b>				
Var <sup>a</sup>	20	66,7	15	50,0
Yok	10	33,3	15	50,0
<b>Doğumda sorun yaşama durumu</b>				
Var <sup>b</sup>	2	6,7	2	6,7
Yok	28	93,3	28	93,3
<b>Doğum sonu dönemde sorun yaşama durumu</b>				
Var <sup>d</sup>	19	63,3	17	56,7
Yok	11	36,7	13	43,3
<b>Doğumdan sonra ilk kucağa alma zamanı</b>				
İlk 30 dakikada	0	0,0	3	10,0
İlk 2 saat içinde	0	0,0	2	6,7
İlk gün	4	13,3	13	43,3
İlk günden sonra	26	86,7	12	40,0
<b>Doğumdan sonra ilk emzirme zamanı</b>				
İlk 30 dakikada	0	0,0	1	3,3
İlk 2 saat içinde	0	0,0	3	10,0
İlk gün	2	6,7	5	16,7
İlk günden sonra	28	93,3	21	70,0

<sup>a</sup> Enfeksiyon, ağrı, kanama, diğer.

<sup>b</sup> Ağrılı doğum, kanamalı doğum, HT, diğer.

<sup>d</sup> Kanama, ağrı, enfeksiyon, psikososyal, diğer.

#### 4.4. EDSÖ ve MBÖ'ü Toplam Puanlarının Ortanca Değerlerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.4'te çalışmaya katılan annelerin Edinburg Doğum Sonrası Depresyon ve Maternal Bağlanma ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortanca değerleri yer almaktadır. Deney grubundaki annelerin EDSÖ toplam puan ortancası 7, kontrol grubundaki annelerin toplam puan ortancası 9, bulunmuş; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ; Çizelge 4.4). Deney grubundaki annelerin MBÖ toplam puan ortancası 99, kontrol grubundaki annelerin toplam puan ortancası 97 bulunmuş; gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ; Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. EDSÖ ve MBÖ'ü toplam puanlarının ortanca değerleri

	Deney				Kontrol				İstatistiki değer
	X <sub>Mod</sub>	X <sub>Tepe</sub>	25. Çeyreklik	75. Çeyreklik	X <sub>Mod</sub>	X <sub>Tepe</sub>	25. Çeyreklik	75. Çeyreklik	
<b>EDSDÖ Toplam Puanı</b>	7	14	4.75	13.25	9	11	5	11	Z= 431, 0 p = 0, 778
<b>MBÖ Toplam Puanı</b>	99	100	96.75	100.25	97	95	95	99	Z= 309, 5 p = 0, 037

Çizelge 4.5'te çalışmaya katılan annelerin Edinburg Doğum Sonrası Depresyon ölçeği kesme değer puanı 13 olarak alındığında postnatal depresyon açısından risk değerleri yer almaktadır. Buna göre deney grubundaki katılımcıların %73,3'ünde, kontrol grubundaki katılımcıların %90,0'ında risk olmadığı ve postnatal depresyon riski açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Çizelge 4.5. EDSÖ toplam puanı için risk değerleri

		Deney		Kontrol		İstatistiki değer
		Sayı	%	Sayı	%	
<b>EDSDÖ Toplam Puanı</b>	<b>yok</b>	22	73, 3	27	90, 0	$\chi^2 = 2, 783$ p = 0, 098
	<b>var</b>	8	26, 7	3	10, 0	

(p=0,098>0,05)

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Çalışmaya Katılan Annelerin Doğum ve Doğum Sonrasına İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması

Gebelikten doğuma kadar olan süreç ve postpartum 6 haftalık dönem, anneler için önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (Şirin ve Kavlak, 2015). Bu süreçler normal fizyolojik süreçler olarak kabul edilmekle birlikte, bazen normalden sapan durumlar yaşanmakta, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen komplikasyonlar yaşanabilmektedir (Taşkın, 2015). Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısının (deney %66,7; kontrol %50,0) gebelik sürecinde enfeksiyon, ağrı, kanama ve diğer sorunlardan en az birini yaşadığı yarısından fazlasının ise (deney %63,3; kontrol %56,7) postpartum dönemde kanama, ağrı, enfeksiyon, psikososyal ve diğer sorunlardan en az birini yaşadığı tespit edilmiştir. Kavlak'ın 2004 yılında vajinal doğum yapan kadınlarla yaptığı çalışmada, gebelerin %78,2'sinin gebeliğinde, %91,5'inin doğumda ve %91,5'inin doğum sonrası dönemde herhangi bir sorun yaşamadığı saptanmıştır (Kavlak, 2004). Pınar ve diğerleri (2009) çalışmalarında, sezaryen ile doğum yapanların annelerin sıklıkla ayağa kalkmada gecikme (%44), emzirememe (%36), ve kişisel hijyen eksikliği (%30) sorunlarını, vajinal doğum yapanların ise sıklıkla bebek bakımında eksiklik (%24) ve perine bakımını yapamama (%20) sorunlarını yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olup gebelik ve doğum sonu dönemde yüksek oranlarda sorun yaşanmasının çalışma grubumuzun riskli gebelik ya da riskli doğum eylemi nedeniyle sezaryen olan kadınlardan oluşmasından kaynaklanmaktadır. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde yüksek oranlarda sorun yaşamamanın bebeği YYBÜ'de yatan annelerin postpartum depresyon yaşama olasılığını artırabileceği düşünülmektedir.

Doğumun ardından ilk tensel temasın sağlanmasıyla birlikte bağlanma ilişkisinde ilk ciddi adımın atıldığı belirtilmektedir. Annenin bebeğini çıplak olarak kucaklaması ile bağlanma arasında olumlu yönde bir ilişkinin olabileceği ileri sürülmüştür (Manav ve Yıldırım, 2010). Bu nedenle, doğumu izleyen ilk 45-60 dakikalık dönemde bebek uyanık ve alıcı durumdayken anne ile olan teması oldukça önemlidir (Alan, 2011). Çalışmamızın deney grubundaki katılımcıların %86,7'si, kontrol grubundaki katılımcıların ise %40'ı bebeğini ilk günden sonra kucağına aldığı; deney grubundaki katılımcıların %93,3'ü, kontrol grubundaki katılımcıların %70,0'ı bebeğini ilk günden sonra emzirdiğini ifade etmiştir.

Term ve preterm bebek anneleriyle yapılan çalışmalarda term bebek annelerinin bebeklerini ilk 30 dakikada kucaklarına aldıkları ve emzirdikleri, preterm bebek annelerinin ise 30 dakikadan sonra bebeklerini kucaklarına aldıkları ve emzirdikleri belirtilmiştir (Manav ve Yıldırım, 2010; Öztürk ve Saruhan, 2013; Aagaard ve Hall, 2008). Alan (2011), yaptığı çalışmada annelerin %59,2'sinin bebeklerini doğumdan sonra ilk olarak 31. dakikadan sonra kucaklarına aldıklarını, %61,5'inin ise 31. dakikadan sonra emzirdiklerini belirtmiştir. Kavlak (2004) ise; annelerin %65,5'i bebeklerini doğumdan hemen sonra ya da ayıldıktan sonra kucağına aldığını bildirmiştir. Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun bebeğini doğumdan hemen sonra kucağına alamama ya da emzirememesi bebeğin prematüre özelliğe sahip olup yoğun bakım ünitesine alınması ile ilişkilendirilmiştir. Bu durumun anne-bebek bağlanma süreci gelişimini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

## **5.2. Çalışmaya Katılan Annelerin Edinburg Doğum Sonrası Depresyon ve Maternal Bağlanma Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortancalarına Yönelik Bulguların Tartışılması**

Maternal bağlanma, anne ve bebek arasında, sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması ve bu durumdan her iki tarafın da memnun olması, haz alması olarak tanımlanmıştır (Alan, 2011). Anne ve bebek bağlanma süreci; gebelik, doğum ve postpartum dönemde gelişmekte ve bu ilişki çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini etkilemektedir. Kanguru bakımı ile anne-bebek bağlanma sürecinin olumlu etkilediğine dair çalışmalar bulunmaktadır (Eras ve diğerleri, 2013). Kanguru bakımının bebeği fizyolojik ve psikolojik olarak olumlu etkilediği; ebeveynlerde sorunlu doğumlarda yaşanan şokun ve stresin daha kolay ve hızlı üstesinden gelinmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir (Eras ve diğerleri, 2013).

Kanguru bakımı alan annelerin bebeklerinin sağlık durumları konusunda daha erken sorumluluk hissetmeye başladıkları; yeterlilik duygusu ve annelik rolüne adaptasyonlarının arttığı, bebeklerine bağlanmalarının güçlendiği ve bebeklerinin ihtiyaçlarına daha duyarlı oldukları bildirilmektedir (Eras ve diğerleri, 2013). Çalışmamızda kanguru bakımı uygulanan annelerin maternal bağlanmalarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu (deney 99, kontrol 97) bulunmuş; gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bulgumuz sonucunda "H1 : YYBÜ'de kanguru bakımı uygulanan ve uygulanmayan prematür bebek annelerinde postpartum depresyon gelişme riski

açısından fark vardır.” hipotezi kabul edilmiştir. Dünyada ve Türkiye’de doğum sonrası sağlıklı anne-bebek popülasyonları ile yapılan çeşitli çalışmalarda kanguru bakımının maternal bağlanmayı olumlu etkilediği saptanmıştır (Eras ve diğerleri, 2013; Manav ve diğerleri, 2010; Ahn ve diğerleri, 2010). Çalışma bulgumuz literatürle uyumludur. Çalışmamızda daha önce yapılan çalışmalardan farklı olarak sağlık sorunu yaşayan bebeklerin annelerinin maternal bağlanması değerlendirilmiştir. Bulgumuz kanguru bakımının; doğum sonrası anne ve bebeğin birlikte zaman geçirmesinin ve emzirmenin kısıtlanması, annelerin duygusal olarak sıkıntı yaşaması gibi nedenlerle anne-bebek bağlanmasının olumsuz etkilendiği YYBÜ süreçlerinde maternal bağlanmayı olumlu etkilediğini ortaya koymuştur.

Postpartum depresyon; doğumdan sonraki ilk yıl içinde herhangi bir zamanda başlayabilen bir duygu durum bozukluğu olup postpartum kadınların %10-15’inde görülür (Beck ve Gable, 2001). Postpartum depresyonun morbidite hatta mortalite riski yüksek olup anneyi, bebeği, anne bebek ilişkisini ve tüm aileyi olumsuz yönde etkileyebilir (Gülseren, 1999). Prematüre bebeğin doğumu ve hastanede yatması, sağlık durumu, kırılgan görünümü, bebekten ayrılma ve beklenen annelik rolünün kaybı anneler için oldukça stresli bir durumdur (Şirin ve Kavlak, 2008). Literatürde, bebeğin prematüre olması durumunda annede postpartum depresyon düzeyinin arttığı belirtilmektedir (Milgrom ve diğerleri, 2008). Annelerde depresyon, sadece endişe verici değildir. Aynı zamanda annede var olan depresyonun, bebeğin bilişsel, duygusal ve gelişimsel gecikme ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Tüm bebekler annedeki depresyon etkilerine karşı savunmasız olabilmelerine karşın, prematüre bebekler uyarılma ihtiyacının artması nedeniyle daha büyük bir risk altındadır. (Öztürk ve Saruhan, 2013) Bu nedenlerle YYBÜ’de bebeği olan annelerin çeşitli girişimlerle depresyon yaşama olasılıklarının azaltılması gerekmektedir ve bu girişimlerden birisi ise kanguru bakımı olduğu düşünülmektedir. Erken anne-bebek etkileşimi ve kanguru bakımının, annenin depresyonu üzerinde erken doğumun olumsuz etkisini azalttığı belirtilmiştir. (Badr ve Zauszniewski, 2017). Çalışmamızda deney grubundaki ve kontrol grubundaki annelerin EDSBÖ toplam puan ortancası açısından (deney 7, kontrol 9) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuçlar doğrultusunda “H2: YYBÜ’de kanguru bakımı uygulanan ve uygulanmayan prematür bebek annelerinde maternal bağlanma düzeyi açısından fark vardır.” hipotezi reddedilmiştir. Kanguru bakımı sırasında sağlanan ten tene temasın annede oksitosin düzeyini yükselterek stresi azalttığı ve postpartum depresyon olasılığını azalttığı

bildirilmektedir (Badr ve Zauszniewski, 2017). Preterm ya da YYBÜ'de bebeği olan annelere uygulanan kanguru bakımının postnatal depresyon açısından diğer annelere gore riskin azaldığını gosteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Badr ve Zauszniewski, 2017; de Alencar ve diğerleri, 2009; Badiee ve diğerleri, 2014; Dombrowski ve diğerleri, 2001; Herizchi ve diğerleri, 2017). Çalışmamızın bulgularıyla örnek araştırma bulgularının benzer olmamasının kanguru bakımı uygulama surecinde bebeklerin klinik durumları nedeniyle yoğun bakım kapsamında kuvozde izlenmesi ya da postnatal depresyona sebep olan pek çok farklı faktörün (ilk 40 gun annelere verilen sosyal desteğin fazla olması, çalışma grubunu sosyo-kültürel ve ekonomik açıdan yüksek düzeyde olması gibi..) bulunmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Ankara il merkezinde bulunan Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakımda kanguru bakımı uygulanan prematür bebek annelerinde maternal bağlanma ve postpartum depresyonun değerlendirildiği çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- ❖ Katılımcıların çoğunluğunun (Deney: %93,3; kontrol: %70,0) bebeğini postpartum ilk günden sonra emzirdiği,
- ❖ Deney grubundaki katılımcıların %86,7'sinin bebeğini ilk günden sonra kucağına aldığı; kontrol grubundaki katılımcıların %43,3'ünün ise bebeğini ilk gün içerisinde kucağına aldığı,
- ❖ Deney ve kontrol grubundaki annelerin maternal bağlanma yaşama durumları açısından aralarında istatistiksel olarak fark olduğu ( $p < 0,05$ ); kanguru bakımı verilen annelerin daha yüksek maternal bağlanma oluşturdıkları (MBÖ puan ortalamaları: Deney  $98,1 \pm 4,08$ , kontrol  $97,23 \pm 2,66$ ),
- ❖ Deney ve kontrol grubundaki annelerin postpartum depresyon yaşama durumu açısından aralarında istatistiksel olarak bir fark olmadığı (EDSBÖ puan ortalamaları: Deney  $8,4 \pm 5,03$ , kontrol  $8,33 \pm 4,43$ ) ( $p > 0,05$ ) tespit edilmiştir.

### 6.2. Öneriler

Erken dönemde anne ile bebek arasında kurulan sağlıklı iletişimin, ileriki yıllarda çocuk için sağlıklı bir kişilik oluşturma ve başkaları ile ilişki kurma açısından olumlu bir temel oluşturduğu bilinmektedir. Pek çok sorunla baş etmek zorunda olunan YYBÜ sürecinde bu iletişimin oluşması zorlaşmakta, maternal bağlanma süreci olumsuz etkilenebilmekte ve postpartum depresyon gelişebilmektedir. YYBÜ hemşirelerinin bu açıdan risk faktörlerini belirleyerek önleyici uygulamalar yapmaları gerekmektedir. Bu doğrultuda uygulanan kanguru bakımının maternal bağlanma ve postpartum depresyon gelişimi üzerine etkisini araştırdığımız çalışmanın sonuçlarına yönelik aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- ❖ Yoğun bakımda uzun süreli bakım ve tedavileri yapılan bebekler için anne-bebek bağlanmasının başlatılmasında özellikle doğumdan sonra ilk gün içerisinde uygun koşullar oluşturularak anne bebek temasının başlatılması ve emzirmenin sağlanması.
- ❖ Maternal bağlanmayı başlatmak ve sürdürmek için emzirme saatleri ile eş zamanlı olarak kanguru bakımının desteklenmesi.
- ❖ Yenidoğan biriminde çalışan hemşirelerin kanguru bakımı konusunda eğitilmesi.
- ❖ Ebeveynlerin kanguru bakımının faydalarını bilmesi ve talep etmelerini sağlamak amacıyla bilgilendirilmesi/teşvik edilmesi.
- ❖ Kanguru bakımı farkındalığının artırılması için hemşire araştırmacılar tarafından daha çok çalışma yapılması.
- ❖ Çalışmamızda literatürün aksine kanguru bakımının postpartum depresyon üzerinde etkisi bulunmadığı için araştırmanın farklı örneklem grupları ve daha yüksek örneklem sayısı ile yapılan çalışmalarla tekrarlanması.

## KAYNAKLAR

- Aagaard, H., Hall, E.O. (2008). Mothers' experiences of having a preterm. Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 26-36.
- Akkoca, Y. (2009). *Doğum sonrasında anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 49-63.
- Alan, H. (2011). *Doğum sonrası dönemde sosyal desteğin anne- bebek bağlılığına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Ali, S.M., Sharma, J., Sharma, R. and Alam, S. (2009). Kangaroo mother care as compared to conventional care for low birth weight babies. *Dicle Medical Journal*, 36(3), 155-160.
- Arslan, F.T., Turgut, R. (2013). Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(3), 119-124.
- Badiee, Z., Faramarzi, S., MiriZadeh, T. (2014). The effect of kangaroo mother care on mental health of mothers with low birth weight infants. *Advanced Biomedical Research*, 3, 214-233.
- Badr, H.A., Zauszniewskic, J.A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 179-183.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Barennes, H., Simmala, C., Odermatt, P., Thaybouavone, T., Vallee, J., Martinez-Aussel, B., Newton, P.N. and Strobel, M. (2009). Postpartum traditions and nutrition practices among urban lao women and their infants in vientiane, Lao PDR. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(3), 323-31.
- Batman, D. (2014). *Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeylerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Beck, C.T., Gable, R.K. (2001). Comparative analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments. *Nursing Research*, 50, 242-50.
- Bergström, B.E., Wallin, L., Thomson, G. and Flacking, R. (2011). Postpartum depression in mothers of infants cared for in a neonatal intensive care. Unit Incidence and Associated Factors. *Journal of Neonatal Nursing*, 8(4), 143-151.
- Beydağ, K. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.

- Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M. and McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptom sand maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41, 369-382.
- Bowlby, A. (1988). *Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London. *Routledge*, 145:1-15.
- Can, G., İnce, Z. (2010). Preterm yenidoğanlar, intrauterin büyüme geriliği, makrozomi, çoğul gebelikler. *Pediatric*. (4. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 367-385.
- Canbak, Y. Şilfeler, İ., Dorum, B.İ., Kurnaz, H. ve Dorum, S. (2011). Bir devlet hastanesinde çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda hastalık ve ölüm oranları. *Türk Pediatric Arşivi*, 46, 144-50.
- Chaput, K.H., Nettel-Aguirre, A., Musto, R., Adair, C.E. and Tough, S.C. (2016). Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: A prospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal Open*, 4(1), 103–109.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J.M. and Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(3), 1-153.
- Çakmak, E. (2015). *Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Çalışır, H., Karaçam, Z., Akgül, A.F. ve Kurnaz, D.A. (2009). Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği'nin türkçe formunun geçerliği ve güvenirliliği. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 2-4.
- Çoban, A., İnce, Z. (2012). *Tedavi, girişimler, sık karşılaşılan sorunlar, hastalıklar ve ilaçlar*. *Neonatoloji* .(6. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 23-30.
- Çoban, A., Saruhan, A. (2005). Anne bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2), 89-96.
- Davanzo, R., Brovedani, P., Travan, L., Kennedy, J., Crocetta-Sanesi, C., Strajn, T. and De Cunto, A. (2013). Intermittent kangaroo mother care: A NICU protocol, *Journal of Human Lactation*, 29(3), 332– 338.
- de Alencar, A.E., Arraes, L.C., de Albuquerque, E.C., Alves, J.G. (2009). Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *Journal of Tropical Pediatrics*, 55(1), 36-38.
- Dennis, C.L. (2003). The breast feeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.

- Dennis, C.L., Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database System Review*.
- Dennis, C.L., Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breast feeding self-efficacy scale. *Research in Nursing & Health*, 22(5), 399-409.
- Dombrowski, M.A., Anderson, G.C., Santori, C., Burkhammer, M. (2001). Kangaroo (skin-to-skin) care with a postpartum woman who felt depressed. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26(4), 214-216.
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A.S., Welles-Nyström, B. and Widström, A.M. (2012). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 310-336.
- Durmazoğlu, G., Serttaş, M., Kuru Oktay, A., Tatarlar, A., Göçmen, F., Bezirgan, S. ve Toksoy, S. (2016). Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 33-37.
- Engindeniz, A.N., Kuzey, L. ve Kültür, S. (1997). *Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları*. (1.Baskı). Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 51-52.
- Eras, Z., Atay, G., Durgut Şakrucu, E., Bahar Bingöler, E. ve Dilmen, U. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 97-103.
- Erdem, Ö., Bez, Y. (2009). Doğum sonrası hüznün ve doğum sonrası depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi*, 1(1), 32- 37.
- Eriş, B.A. (2007). *Ergen annelerde ebeveynlik yeterliliğinin artırılmasında ilişkisel - gelişimsel yaklaşım modelinin uygulanması*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Ertem, İ.Ö. Atay, G., Gümüş, D., Bayhan, A., Bingöler, B., Gök, C., Özbaş, S., Haznedaroğlu, D. ve Işıklı, S. (2007) Mothers' knowledge of young child development in a devetoping country. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 728-737.
- Goldenberg, R.L., Culhane, J.F. and Iams, J.D. (2008). Epidemiology and causes of preterm Birth. *The Lancet*, 371, 75-84.
- Güleşen, A., Yıldız, A. D. (2013). Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2) www.korhek.org, 12(2), 177 -182.
- Gülseren, L. (1999). Doğum sonu depresyon bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10, 58-67.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması...* Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık, 150-1.

- Hardy, W. (2011). Integration of kangaroo care into routine caregiving in the NICU. What is stopping you? *Advance in Neonatal Care*, 11(2), 119–121.
- Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A. ve Örs, R.(2014). Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi. *Düşünen Adam. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 15- 20.
- Herizchi, S., Hosseini, M.B., Ghoreishizadeh, M. (2017). The impact of kangaroo-mother care on postpartum depression in mothers of premature infants. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 5(4), 312–317.
- Holditch-Davis, D., Miles, M.S., Burchinal, M.R. and Goldman, B.D. (2011). Maternal role attainment with medically fragile infants: Part 2: relationship to the quality of parenting. *Research in Nursing and Health*, 34(1), 35-48.
- İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FPreHaberBultenleri.do%3Fid%3D15848&date=2018-06-26>, Son Erişim Tarihi: 06.06.2018
- İnternet: World Health Organization. (2012). URL: [http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fpmnch%2Fmedia%2Fnews%2F2012%2F201204\\_borntoosoonreport.pdf+&date=2018-06-26](http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fpmnch%2Fmedia%2Fnews%2F2012%2F201204_borntoosoonreport.pdf+&date=2018-06-26) Son Erişim Tarihi: 06.06.2018.
- İnternet: World Health Organization. (2012). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmediacentre%2Ffactsheets%2Ffs363%2Fen%2F&date=2018-06-26>, Son Erişim Tarihi: 06.06.2018.
- İnternet: World Health Organization. (2013). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmediacentre%2Ffactsheets%2Ffs363%2Fen%2F&date=2018-06-26>, Son Erişim Tarihi: 06.06.2018.
- İşler, A. (2007). Prematüre bebeklerde anne- bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi*, 15(1), 1-6.
- Johnston, C.C., Fillion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C. and Bell, L. (2009). Enhanced kangaroo mother-care for heellance in preterm neonates: a cross overtrial. *Journal of Perinatology*, 29(1), 51-6.
- Kaner, G., Samur, G. (2012). Postpartum depresyonda beslenmenin rolü. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(1), 51- 8.
- Karaaslan, T., Eras, Z., Atay, G. (2011). Psikososyal risklerin prematüre yenidoğan ve ailesi üzerine etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gelişimsel Pediatri Ünitesi*, 42(2), 81-85.
- Kavlak, O. (2009). Maternal bağlanma ölçeğinin türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 190-202.

- Kavlak, O., Şirin, A. (2009). Maternal bağlanma ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 188-202.
- Kesler, E.T. (2008). *Prematüre yenidoğanlarda prematüre retinopatisi gelişme insidansı ve retinopati gelişmesi ile ilgili risk faktörleri*. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
- Kirpinar, I., Gozum, S. ve Pasinlioglu, T. (2010). Prospective study of postpartum depression in Eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal Clinical Nursing*, 19(3), 422- 31.
- Kostandy, R.R., Ludington-Hoe, S.M., Cong, X., Abouelfetoh, A., Bronson, C., Stankus, A. and Jarrell, J.R. (2008). Kangaroo care (skin contact) reduces crying response to pain in preterm neonates: pilot results. *Pain Management Nursing*, 9, 55-65.
- Küçüköğlü, S., Çelebioğlu, A. ve Coşkun, A. (2014). Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 921-932.
- Ludington-Hoe, S., Morgan, K. and Abouelfetoh, A. A. (2008). Clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Advances in Neonatal Care*, 8(3) 3-23.
- Ludington-Hoe, S.M. (2010). *Kangaroo care is developmental care. Developmental care of newborns and infants*, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby and National Association of Neonatal Nurses, 245–288.
- Ludington-Hoe, S.M. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. *The Journal of Neonatal Nursing*, 30(5), 357.
- Manav, G., Yıldırım, F. (2010). Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 149-157.
- Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilstza, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-57.
- Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. and Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 16.
- Muller, M.E. (1994). A questionnaire to measure mother- to- infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2(2), 129-141.
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., Westen, D. (2000). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1111-1123.

- Nygvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J.G., Sizun, J. and Widström, A.M. (2010). State of the art and recommendations kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Pædiatr*, 99(6), 812-819.
- Özorhan, E. Y., Ejder Apay, S. ve Şahin Altun, Ö. (2014). Gebelikte ruh sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik E-Dergisi*, 3(2), 33- 42.
- Öztürk, R., Saruhan, A. (2013). 1-4 aylık prematüre bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, İzmir, 32-47.
- Peker, N. (2015). *Prematüre yenidoğanlarda kanguru bakımının bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Peker, N. (2015). *Prematüre yenidoğanlarda kanguru bakımının bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N. ve Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 184-90.
- Sarıcan, E.S. (2014). *Prematür bebeklerde kanguru bakımının annenin emzirme durumuna ve bebeğin büyüme-gelişmesi üzerine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Shrivastava, S.R., Shrivastava, P.S. and Ramasamy, J. (2013). Utility of kangaroo mother care in preterm and low birthweight infants. *South African Family Practice*, 55(4), 340-344.
- Silverstein, M., Feinberg, E., Young, R. And Sauder, S. (2010). Maternal depression, perceptions of children's social aptitude and reported activity restriction among former very low birth weigh tinfants. *Archives of Disease Childhood*, 95(7), 521-525.
- Simmons, L.E., Rubens, C.E., Darmstadt, G.L. and Gravett, M.G. (2010). Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, *Causes, and Interventions*, 34, 408-415.
- Şen, S. (2007). *Anneanne–anne–bebek bağlanmasının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitü, İzmir. 14-43.
- Şirin, A., Kavlak, O. (2008). *Kadın sağlığı*. (1. Baskı). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık, 806-7.
- Taşkın, L. (2012). *Özel bakım gerektiren yenidoğan. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (11. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 427-451.

- Thukral, A. Chawla, D., Agarwal, R., Deorari, A.K. and Vinod, K.P. (2008). Kangaroo mother care-an alternative to conventional care. *Indian Journal of Pediatrics*, 75, 497–503.
- Tokat, M.A. (2009). *Antenatal dönemde verilen eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Townsend, M.C. (2011). *Nursing diagnoses in psychiatric nursing: care planes and psychotropic medications*. (8th.Edition). Philadelphia: FA Davis Company, p.125-145.
- Törüner, E.K., Büyükgöneç, L. (2011). *Riskli Yenidoğan. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 393-398.
- Turjanski, N. (2011). *Postnatal Depression*. Kohen D. Editör, *Oxford Textbook of Women and Mental Health*, 13th. Edition, Oxford: Oxford University Press, 169- 171.
- Türkoğlu, N., Baysal, H. Y. ve Küçüköğlü, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-8.
- Vigod, S.N., Villegas, L., Dennis, C.L. and Ross, L.E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: A systematic review. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(5), 540–50.
- World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. Geneva: World Health Organization, 1–48.
- World Health Organization. (2006). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organization, 19-22.
- Yıldırım, G. (2009). *Kanguru bakımının düşük doğum tartılı preterm yenidoğanların beslenme ve gelişimine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldız, D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(4), 294-298.
- Yıldız, H, Küçükşahin, N. (2011). Kırsal bölgede annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(4), 159-66.





**EKLER**

EK-1. Anneleri ve bebeği tanıtıcı bilgi formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, yüksek lisans programı tez çalışması kapsamında yapılmaktadır. Çalışmanın amacı, yenidoğan yoğun bakımda tedavi gören prematüre bebeklerde uygulanan kanguru bakımının annelerde oluşan postpartum depresyon ve maternal bağlanma düzeyi üzerine etkisini belirlemektir. Araştırmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır. Tüm soruları içtenlikle yanıtlamanız, araştırmamızın doğru sonuçlara ulaşması açısından oldukça önemlidir. Zaman ayırdığınız için teşekkür eder, iyi günler dileriz.

**1. Yaşınız?**

**2. Öğrenim durumunuz nedir?**

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite ve üzeri

**3. Çalışıyor musunuz?**

1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor

**4. Eşiniz kaç yaşında?**

**5. Eşinizin öğrenim durumu nedir?**

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite ve üzeri

**6. Eşiniz çalışıyor mu?**

1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor

**7. Ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?**

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

**8. Aile tipinizi belirtiniz?**

1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Diğer (Belirtiniz.....)

**9. Şimdiye kadar en uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi nedir?**

1. Köy-kasaba 2. Şehir 3. Büyükşehir

EK-1. (devam) Anneleri ve bebeği tanıtıcı bilgi formu

**10. Kaç yıllık evlisiniz?**

**11. Aşağıda yer alan gebelik-doğum öykünüze ait bilgileri doldurunuz.**

1. Gebelik sayısı..... 2. Kendiliğinden düşük sayısı....

3. Kürtaj sayısı..... 4. Doğum sayısı..... 5. Yaşayan çocuk sayısı.....

**12. En son doğumunuzu nasıl yaptınız?**

1. Vajinal doğum 2. Sezaryen

**13. Son gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?**

1. Evet (Belirtiniz.....) 2. Hayır

**14. En son bebeğe isteyerek mi gebe kaldınız?**

1. Evet 2. Hayır

**15. Doğum sırasında herhangi bir sorun yaşadınız mı?**

1. Evet (Belirtiniz.....) 2. Hayır

**16. Doğum sonu dönemde sorun yaşadınız mı?**

1. Evet (Belirtiniz.....) 2. Hayır

**17. Doğumdan sonra bebeğinizi ilk ne zaman kucağınıza aldınız?**

1. İlk 30 dakikada 2. İlk 2 saat içinde 3. İlk gün 4. İlk günden sonra

**18. Doğumdan sonra bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?**

1. İlk 30 dakikada 2. İlk 2 saat içinde 3. İlk gün 4. İlk günden sonra

EK-1. (devam) Anneleri ve bebeği tanıtıcı bilgi formu

**19. Bebeğe ait bilgiler**

1. Tanı..... 2. Kaç günlük..... 3. Beslenme  
şekli.....
4. ( ) Entübasyon ( ) NG ( ) İntraket ( ).....



## EK-2. Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ)

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

### Son 7 gündür;

#### 1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

1. Her zaman olduğu kadar 2. Artık pek o kadar değil  
3. Artık kesinlikle o kadar değil 4. Artık hiç değil

#### 2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

1. Her zaman olduğu kadar 2. Artık pek o kadar değil  
3. Artık kesinlikle o kadar değil 4. Artık hiç değil

#### 3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

1. Evet, çoğu zaman 2. Evet, bazen  
3. Çok sık değil 4. Hayır, hiçbir zaman

#### 4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

1. Hayır, hiçbir zaman 2. Çok seyrek  
3. Evet, bazen 4. Evet, çoğu zaman

EK-1. (devam) Anneleri ve bebeği tanıtıcı bilgi formu

#### 5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

1. Evet, çoğu zaman 2. Evet, bazen  
3. Çok sık değil 4. Hayır, hiçbir zaman

EK-2. (devam) Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ)

**6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.**

- 1.Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
- 2.Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
- 3.Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- 4.Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

**7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.**

- 1.Evet, çoğu zaman
- 2.Evet, bazen
- 3.Çok sık değil
- 4.Hayır, hiç bir zaman

**8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.**

- 1.Evet, çoğu zaman
- 2.Evet, bazen
- 3.Çok sık değil
- 4.Hayır, hiçbir zaman

**9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.**

- 1.Evet, çoğu zaman
- 2.Evet, oldukça sık
- 3.Çok seyrek
- 4.Hayır, asla

**10.Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.**

- 1.Evet, oldukça sık
- 2.Bazen.
- 3.Hemen hemen hiç
- 4.Asla

## EK-3. Maternal bağlanma ölçeği (MBÖ)

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

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

EK-4. Başkent üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu bilimsel araştırmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR**  
**FORMU**

**LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, araştırmacı sizin tam sağlık halinizin sağlanması ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde formu imzalayınız.

**1. ARAŞTIRMANIN ADI**

Yenidoğan Yoğun Bakımda Yatan Bebeklere Uygulanan Kanguru Bakımının Maternal Bağlanma ve Postpartum Depresyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

(Yenidoğan Yoğun Bakımda Yatan Bebeklere Uygulanan Kanguru (Ten- Tene Temas) Bakımının Anne-Bebek Bağlanması ve Doğum Sonrası Depresyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi)

**2. KATILIMCI SAYISI**

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 80'dir.

**3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre günde bir defa 30 dakika olacak şekilde 10 gündür.

**4. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Araştırmanın amacı, yenidoğan yoğun bakımda tedavi gören prematüre bebeklerde uygulanan kanguru (ten-tene temas) bakımının annelerde oluşan doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanması düzeyi üzerine etkisini belirlemek amaçlanmaktadır.

**5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI**

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar řu şekildedir; bebeğinizin Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi görüyor olması, 2016-2017 yılları içerisinde doğum yapmış, gebelik süresi 37 hafta ve daha az olan yenidoğan bir bebeğin annesi olmanız şartı aranmaktadır. İlk 10 günlük doğum sonrası süreç içerisinde ve en az ilkokul

**İMZALAR:** Gönüllü (varsa) Vasi Araştırmacı Tanık 1

#### EK-4. (devam) Başkent üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu bilimsel araştırmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

mezunu olmanız gerekmektedir. Türkçe konuşup anlayabilmeniz, psikiyatrik bir rahatsızlığınızın bulunmaması ve araştırmayı kabul etmeniz gerekmektedir.

#### 6. ARAşTIRMANIN YÖNTEMİ

Kanguru (ten-tene temas) bakımı uygulaması yapılmadan önce size Anneleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu doldurtulacaktır. Kanguru (ten-tene temas) bakımı öncesinde sizi yoğun bakıma alınırken enfeksiyon önleme kuralları dahilinde, el hijyeniniz sağlanacaktır. Önden açılır, mavi renkte ziyaretçi önlükleri ile yoğun bakıma alınacaksınız. Kanguru (ten-tene temas) bakımı çıplak göğsünüze, sadece bezi ve şapkası olan bebeğinizin yüzükoyun, başı yukarıda olacak şekilde yatırılması ve bir battaniye ile bebeğinizin üzerinin örtülmesi şeklinde uygulanacaktır. Ortam ısısının uygun olmasına, rahat oturmuş pozisyonda olmanıza dikkat edilecektir. Bu koşullar sağlandıktan sonra tek olacağımız yoğun bakım dahilinde bulunan emzirme odasında kanguru (ten-tene temas) bakımı uygulanacaktır. Oksijen ihtiyacı bulunan bebeklerde ise küvözlerin bulunduğu alanda bebek sizin kucağınızdayken oksijen tedavisi devam ettirilerek, monitörize bir şekilde ve mahremiyetiniz sağlanarak kanguru (ten-tene temas) bakımı uygulanacaktır. Kanguru (ten-tene temas) bakımı günde 1 defa 30 dakika boyunca olacak şekilde 10 gün boyunca uygulanacaktır ve bu süreç boyunca siz ve bebeğiniz dikkatli bir şekilde gözlemlenecektir. Kanguru (ten-tene temas) bakımı uygulandıktan sonra doğum sonu 30-40. günler arasında doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanmasını değerlendirebileceğimiz ölçekler uygulanacaktır. Eğer taburcu edildiyseiz ölçeklerin doldurulması hakkında telefonla bilgilendirme yapıldıktan sonra online anket şeklinde ölçekleri doldurmanız istenecektir. Online anket dolduramayacak durumda iseniz ev ziyareti yapılarak ölçekler araştırma tarafından doldurulacaktır.

Kanguru (ten-tene temas) bakımı uygulanmayan bebek annesiyseniz ise araştırmaya dahil edildiğiniz anda Anneleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu, doğum sonrası 30-40. günler arasında doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanma ölçekleri uygulanacaktır.

#### 7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Araştırmamız sürecinde herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.

#### 8. ARAşTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Araştırmamız yalnızca bilimsel araştırma olup gönüllünün doğrudan yarar görmesi beklenmemektedir. Bu araştırmada, kanguru (ten-tene temas) bakımının ebeveynler üzerindeki olumlu etkilerinden yola çıkılarak, prematüre doğum sonrası görölme olasılığı artmış olan maternal (anneye ait) depresyonun kanguru (ten-tene temas) bakımı ile azaltılabileceği varsayımından yola çıkılmıştır. Dünyada ve ülkemizde bu konuya ilişkin yapılmış bazı araştırmalar ve çalışmalar yapıldıysa da kanguru (ten-tene temas) bakımının anne-bebek bağlanması ve depresyona olan etkisini inceleyen çalışmalar yetersiz kalmaktadır. Dolayısı ile bu araştırmadan elde edilecek bulgular ışığında yenidoğan yoğun bakımda

**İMZALAR:** Gönüllü (varsa) Vasi Araştırmaçı Tanık 2

**EK-4. (devam) Başkent üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu bilimsel araştırmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu**

tedavi gören prematüre bebeklerde uygulanan kanguru (ten-tene temas) bakımının annelerde oluşan doğum sonrası depresyon ve anne- bebek bağlanma düzeyi üzerine etkisini belirlemek amaçlanmaktadır.

**9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER**

Ventilasyon (solunum) desteği alan mekanik ventilatöre (solunum cihazı) bağlı ya da oksijen ihtiyacı olan bebeklerde anne kucağındayken beklenmeyen bir durum; örneğin oksijenlenmenin azalması, apne atağı (solunum durması) görülebilir. Bu ve benzer olası bir sorunda gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

**10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU**

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar araştırmacının kendisi tarafından karşılanacaktır.

**11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ**

Uygulama süresince, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili proje yürütücüsüne ulaşabilirsiniz.

**İstediğinizde Günün 24 Saati Ulaşılabilecek Proje Yürütücüsünün Adres ve Telefonları:**

Burcu Erduran

Fevzi Çakmak Cad. 10. Sok. No:45 Bahçelievler/ANKARA

İř: 0312 203 68 68 Cep: 0555 564 45 16

**12. GİDERLERİN KARŐILANMASI VE ÖDEMELER**

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyeceği gibi araştırma giderleri size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

**13. ARAŐTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM**

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesidir.

**14. KATILIMCIYA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAğI**

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

**15. BİLGİLERİN GİZLİLİğİ**

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

**İMZALAR: Gönüllü**

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

3

#### EK-4. (devam) Başkent üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu bilimsel araştırmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

#### 16. ARAŞTIRMA DIŐI BIRAKILMA KOŞULLARI

Uygulanan tedavi Őemasının gereklerini yerine getirmemeniz, araştırma programını aksatmanız, gebe kalmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız geliŐebilecekle istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Ancak araştırma dıŐı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

#### 17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŐINDAKİ DİŐER TEDAVİLER

Araştırmamız süresince kanguru (ten-tene temas) bakımı dışında başka bir uygulama yapılmayacak olup herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır

#### 18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aŐamada araştırmadan ayrılabilirsiniz ve bu konuda herhangi bir neden göstermeniz gerekmemektedir; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde ise kararınız bebeğinizin klinik sürecini etkilemeyecek olup size yaklaŐımızda hiçbir değişiklik olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

#### 19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŐILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

*İMZALAR: Gönüllü*

*(varsa) Vasi*

*Araştırmacı*

*Tanık*

4

EK-4. (devam) Başkent üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu bilimsel araştırmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

*(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)*

Sayın Hemşire Burcu Erduran tarafından Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniklerinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

**İMZALAR:** Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

5

EK-4. (devam) Başkent üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu bilimsel araştırmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

<b>ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI</b>	
<p>Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 5 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürüttücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.</p>	

<b>GÖNÜLLÜ</b>		<b>İMZASI</b>
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

<b>VASİ (Varsa)</b>		<b>İMZASI</b>
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

<b>ARAŞTIRMACI</b>		<b>İMZASI</b>
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>	Burcu Erduran/ Hemşire	
<i>ADRES</i>	Köşk mah. Köşebaşı sok. 14/18 Keçiören/ Ankara	
<i>TELEFON</i>	0555 564 45 16	
<i>TARİH</i>		

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

6

EK-4. (devam) Başkent üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu bilimsel araştırmalar için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

<b>ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI</b>	
<p>Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 5 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürüttücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.</p>	

<b>GÖNÜLLÜ</b>		<b>İMZASI</b>
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

<b>VASİ (Varsa)</b>		<b>İMZASI</b>
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

<b>ARAŞTIRMACI</b>		<b>İMZASI</b>
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>	Burcu Erduran/ Hemşire	
<i>ADRES</i>	Köşk mah. Köşebaşı sok. 14/18 Keçiören/ Ankara	
<i>TELEFON</i>	0555 564 45 16	
<i>TARİH</i>		

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

## EK-5. Başkent Üniversitesi etik komisyon izin yazısı



1993

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 6116  
Konu : Proje Onayı

15/02/2017

## HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Müdürlüğünüzde görev yapmakta olan Burcu Erduran tarafından yürütülecek olan KA17/18 nolu "Yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeklere uygulanan kanguru bakımının maternal bağlanma ve postpartum depresyon üzerine etkisinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15/02/2017 tarih ve 17/10 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ  
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

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

Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara  
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 246 66 05  
E-Posta: rektorlik@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Lilifer TAŞBİLEK  
Unvan: Sekreter  
Telefon No: 2129065-2228



## EK-5. (dvam) Başkent üniversitesi etik komisyon izin yazısı



1993

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 6116  
Konu : Proje Onayı

15/02/2017

## HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Müdürlüğünüzde görev yapmakta olan Burcu Erduran tarafından yürütülecek olan KA17/18 nolu "Yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeklere uygulanan kanguru bakımının maternal bağlanma ve postpartum depresyon üzerine etkisinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15/02/2017 tarih ve 17/10 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ  
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

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

Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara  
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 246 66 05  
E-Posta: rektorlik@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Lilifer TAŞBİLEK  
Unvan: Sekreter  
Telefon No: 2129065-2228



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : HEREK, Burcu  
Uyruğu : T.C.  
Doğumtarhiveyeri : 1987/ANKARA  
Medenihali : Evli  
Telefon : 05555644516  
e-mail : burcuerduran87@gmail.com



### Eğitim

Derece	EğitimBirimi	Mezuniyettarihi
Yüksek Lisans	GÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Devam ediyor
Lisans	BÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2012
Lise	Y.D.A. Keçiören Lisesi	2005

### İşDeneyimi

Yıl	Yer	Görev
2018-Devam ediyor	Özel Keçiören Hastanesi	Başhemşire
2012-2018	Başkent Üniversitesi Hastanesi	Hemşire

### YabancıDil

İngilizce



*GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..*

