



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ GEÇİREN BEBEKLERDE ANNENİN
UYGULADIĞI MASAJ ve GÜVENLİ SARMALAMANIN BAĞLANMA, ÖZ
ETKİLİLİK ve YAŞAM BULGULARINA ETKİSİ**

Şirin ÇELİK

DANIŞMAN

Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Programı

Eylül, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Şirin ÇELİK tarafından, **Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ** danışmanlığında hazırlanan " **KARDİYOYASKÜLER CERRAHİ GEÇİREN BEBEKLERDE ANNENİN UYGULADIĞI MASAJ ve GÜVENLİ SARMALAMANIN BAĞLANMA, ÖZ ETKİLİLİK ve YAŞAM BULGULARINA ETKİSİ** " başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **01/09/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ		☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Nevin ŞAHİN		☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Suzan YILDIZ		☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ		☒
	Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL		☒
	Marmara Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı		Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Şirin ÇELİK

(İmza)

Annem Emine ÇELİK, babam Halit ÇELİK, sevgili anneler ve çocuklara ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ GEÇİREN BEBEKLERDE ANNENİN UYGULADIĞI MASAJ ve GÜVENLİ SARMALAMANIN BAĞLANMA, ÖZ ETKİLİLİK ve YAŞAM BULGULARINA ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince araştırmamın her aşamasında, gösterdiği sabır, anlayış ve bilimsel katkıları ile tez hazırlığım ve doktora eğitim sürecim boyunca bana destek olan ve devam etmek için güç aldığım, beni daha iyi ve ileriye yönlendiren değerli danışman hocam Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR SATILMIŞ’a,

Bilgi ve tecrübeleri ile tüm eğitim sürecim boyunca hep yanımda olduklarını hissettiğim, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, varlıklarından hep güç aldığım tüm bölüm hocalarım Prof. Dr. Nevin ŞAHİN, Prof. Dr. Ümran OSKAY ve Prof. Dr. Ergül ASLAN’a

Araştırmamı gerçekleştirebilmem için onay ve desteklerini eksik etmeyen Prof. Dr. Nurgül YURTSEVEN, Prof. Dr. Numan Ali AYDEMİR ve uygulamamı yürüttüğüm Pediatrik Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım hekim, hemşire ve diğer tüm çalışma arkadaşlarıma,

Verdikleri destek ve gösterdikleri sonsuz anlayışla bana olan inançlarını hiç kaybetmeyen annem Emine ÇELİK, tüm aile bireylerim ve tüm dostlarıma, çok teşekkür ediyorum.

Eylül 2023

Şirin ÇELİK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	xiv
ÖZET	xv
ABSTRACT	xvii
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARI VE TEDAVİ SÜRECİ.....	4
2.1.1. Doğuştan Kalp Hastası Olan Bebeklerde Sık Görülen Yapısal Anomaliler	5
2.1.2. Pediatrik Kardiovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakım Sürecinin Anne-Bebek Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Bakımı	6
2.2. MATERNAL BAĞLANMA	10
2.3. EBEVEYN ÖZYETERLİK	12
2.4. DOKUNMA VE BEBEK MASAJI.....	13
2.4.1. Dokunma	13
2.4.2. Bebek Masajı.....	13
2.5. GÜVENLİ SARMALAMA.....	17
3. YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	19
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	19
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	20
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	21
3.5. ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ.....	23

3.6. ÖRNEKLEM DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	24
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	26
3.7.1. Anne-Bebek Ön Değerlendirme Formu	26
3.7.2. Bebek İzlem Formu.....	26
3.7.3. Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği	28
3.7.4. Maternal Bağlanma Ölçeği	28
3.7.5. Neonatal Postoperatif Ağrı Ölçüm Skorlaması - CRIES Ağrı Ölçeği	29
3.8. UYGULAMA PLANI	30
3.8.1. Ön Değerlendirme ve Ön Testlerin Uygulanması.....	30
3.8.2. Bebek Masajı Grubunun Uygulanması	30
3.8.3. Güvenli Sarmalama Grubunun Uygulanması	35
3.8.4. Kontrol Grubunun Uygulanması.....	36
3.8.5. Son Testlerin Uygulanması	37
3.9. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	37
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	39
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ.....	40
3.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI.....	41
3.12.1. Güçlü Yönleri.....	41
3.12.2. Sınırlılıkları	41
3.13. ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ SIRASINDA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR	41
4. BULGULAR	42
4.1. Anne ve Bebeğin Tanıtıcı Özelliklerine ilişkin Bulgular	42
4.2. Bebeğin Fizyolojik İzlemine İlişkin Bulgular.....	48
4.3. Ebeveyn Öz Yeterliğe İlişkin Bulgular.....	65
4.4. Maternal Bağlanma İlişkili Bulgular	71
4.5. Ebeveyn Öz Yeterlik ve Maternal Bağlanma ile İlişkili Değişkenler Arasındaki İlişkiler	72
5. TARTIŞMA.....	81
5.1. Anne ve Bebeğin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması	81
5.2. Bebeğin Fizyolojik İzlemine İlişkin Bulguların Tartışması.....	82
5.3. Ebeveyn Öz Yeterliğe İlişkin Bulguların Tartışması.....	87
5.4. Maternal Bağlanmaya İlişkin Bulguların Tartışması	89
5.5. Ebeveyn Öz Yeterlik ve Maternal Bağlanma ile İlişkili Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Tartışması	90

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	94
6.1. Sonuçlar	94
6.2. Öneriler	96
KAYNAKLAR.....	98
EKLER	110
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	118
ETİK KURUL İZİN YAZISI	119
KURUM İZNİ YAZILARI.....	122
PATENT HAKKI İZNİ	127
ÖZGEÇMİŞ	128



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için kullanılan program ekran görüntüsü.....	22
Şekil 2: CONSORT Akış Diyagramı	25
Şekil 3: Eğitim materyali oyuncak bebek.....	31
Şekil 4: Bebek masajı uzmanları için rehber	35
Şekil 5: Ebeveynler için el kitabı.....	35
Şekil 6: Güvenli sarmalama için kullanılan penye örtü.....	36
Şekil 7: Araştırma akış şeması.....	38

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2. 1: Doğumsal kalp hastalıkları sınıflaması	6
Tablo 2. 2: Yoğun bakım sürecinde psikososyal stresörler	8
Tablo 2. 3: Masajın beklenen etki mekanizması	14
Tablo 2. 4: Bebek masajının, anne/baba ve toplum için avantajları.....	16
Tablo 3. 1: Bilgisayarlı randomizasyon ile belirlenen gruplar	23
Tablo 3. 2: Ebeveyn özyeterlik ölçeği iç tutarlık katsayıları.....	28
Tablo 3. 3: Maternal bağlanma ölçeği iç tutarlık katsayıları.....	29
Tablo 3. 4: Bebek masajı eğitim planı.....	32
Tablo 4. 1: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının ebeveynlerin demografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	43
Tablo 4. 2: Annelerin obstetrik öykülerine ilişkin bulgular	44
Tablo 4. 3: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının annelerin gebelik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	45
Tablo 4. 4: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının bebeklerin özelliklerine göre karşılaştırılması	46
Tablo 4. 5: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının annelerin emzirme özelliklerine göre karşılaştırılması.....	47
Tablo 4. 6: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen ağrı değerlerinin karşılaştırılması	49
Tablo 4. 7: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen sistolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması	51
Tablo 4. 8: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen diastolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması.....	53
Tablo 4. 9: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen kalp tepe atımı değerlerinin karşılaştırılması.....	55

Tablo 4. 10: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen oksijen saturasyonu (SpO2) değerlerinin karşılaştırılması	57
Tablo 4. 11: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen solunum sayısı değerlerinin karşılaştırılması	59
Tablo 4. 12: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen vücut sıcaklığı değerlerinin karşılaştırılması	61
Tablo 4. 13: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama sayısı, postoperatif extübasyon günü, extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika değerlerinin karşılaştırılması	63
Tablo 4. 14: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama sonrası uyku sürelerinin karşılaştırılması.....	64
Tablo 4. 15: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması	65
Tablo 4. 16: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ihtiyaçların karşılanması alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 4. 17: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ebeveyn yetkinliği alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 4. 18: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, rahatsızlığı giderme alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması	68
Tablo 4. 19: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, hastalıkla başa çıkabilme alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması	69
Tablo 4. 20: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, sosyal etkileşim alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması.....	70
Tablo 4. 21: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması	71
Tablo 4. 22: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında, annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile uygulama sayısı, uygulama ortalama süresi, uygulama sonrası uyku süresi arasındaki ilişki	73
Tablo 4. 23: Bebek masajı grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişki.....	75
Tablo 4. 24: Güvenli sarmalama grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişki.....	77

Tablo 4. 25: Kontrol grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişki.....	79
--	----



SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kisaltmalar	Açıklama
AK	: Aort Koartkasyonu
ASD	: Atrial Septal Defekt
AS	: Aort Stenozu
BAT	: Büyük Arter Transpozisyonu
DKH	: Doğumsal Kalp Hastalığı
EKO	: Ekokardiyografi
HSKS	: Hipoplastik Sol Kalp Sendromu
KVC	: Kardiyovasküler Cerrahi
KKH	: Konjenital Kalp Hastalıkları
NANDA	: Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneği (North American Diagnosis Association)
PA	: Pulmoner Atrezi
PDA	: Patent Ductus Arteriozus
PAPVD	: Parsiyel Anormal Pulmoner Venöz Dönüş
PS	:Pulmoner Stenoz
TA	: Trunkus Arteriyozus
TPVDA	: Total Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi
TOF	: Fallot Tetralojisi
VSD	: Ventriküler Septal Defekt
KVCYBÜ	: Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
IQR	: Interquartile Range
MBÖ	: Maternal Bağlanma Ölçeği
EÖYÖ	: Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği

ÖZET

DOKTORA TEZİ

KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ GEÇİREN BEBEKLERDE ANNENİN UYGULADIĞI MASAJ ve GÜVENLİ SARMALAMANIN BAĞLANMA, ÖZ ETKİLİLİK ve YAŞAM BULGULARINA ETKİSİ

Şirin ÇELİK

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Programı

Danışman : Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR SATILMIŞ

Bu araştırmada kardiyovasküler cerrahi (KVC) geçiren bebeklerde annenin uyguladığı masaj ve güvenli sarmalamanın bağlanma, öz etkililik ve bebeğin yaşam bulgularına etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Ön-test-son test kontrol gruplu deneysel tasarımda yürütülen araştırmanın örneklemini Aralık 2020 - Ocak 2022 tarihleri arasında KVC geçiren ve yoğun bakımda yatan, 36 bebek ve anneleri oluşturmuştur. Bilgisayarlı randomizasyon ile bebek masajı (n:12), güvenli sarmalama (n:12) ve kontrol grubu (n:12) anneler belirlenmiştir. Annelere anne-bebek ön değerlendirme anketi, Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (EÖYÖ) Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ön testleri uygulandıktan sonrası bebek masajı ve güvenli sarmalama eğitimleri verilmiş ve annelere uygulatılmıştır. Uygulamalar öncesi, sonrası ve sonrası bebeğin hemodinamik bulguları kayıt altına alınmıştır. Taburculuktan önce son testler uygulanmıştır.

Gruplarda demografik özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir. Güvenli sarmalanan bebeklerde ağrı düzeyinin daha düşük, kontrol grubundaki bebeklerde solunum sayısının daha yüksek, bebek masajı grubunda vücut sıcaklığının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Güvenli sarmalama grubunda olan bebeklerin uygulama sonrası uyku süreleri gruplara göre daha yüksektir ($p < 0.05$).

Ön-test ve son-test MBÖ toplam puanları karşılaştırıldığında, bebek masajı grubunda [ön-test 101.50 (IQR:98.50-104.00), son-test 103.50 (IQR:102.50-104.00)], ve güvenli sarmalama gruplarında [ön-test 101.00 (IQR: 99.75-102.00), son-test 103.00 (IQR: 101.75-104.00)] annelerin MBÖ son test puanlarının anlamlı düzeyde yükseldiği bulunmuştur ($p<0.05$).

Bebek masajı grubunda, annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutlarından “rahatsızlığı giderme” ve “hastalıkla başa çıkabilme” alt boyutlarından aldığı son-test puanlarının ön-teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ayrıca, bebek masajı grubunda MBÖ ve EÖYÖ arasında, ($r=0.713^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki tanımlanmıştır.

Sonuç olarak, bebek masajı ve güvenli sarmalamanın annelerin bağlanmalarını arttığı ve ebeveyn öz yeterlik ile pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Güvenli sarmalama ve bebek masajı yöntemlerinin yoğun bakımlarda kullanılması önerilir. |

Eylül 2023 , |147|sayfa.

Anahtar kelimeler: |Anne, bebek masajı, güvenli sarmalama, dokunma, konjenital kalp hastalıkları |

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE EFFECT OF MOTHER'S MASSAGE AND SAFE SWADDLING ON BONDING, SELF-EFFICACY AND VITAL SIGNS IN INFANTS UNDERGOING CARDIOVASCULAR SURGERY

Şirin ÇELİK

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Women's Health and Disease Nursing

Women's Health and Disease Nursing Programme

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ

In this study, it was aimed to evaluate the effects of maternal massage and safe swaddling on attachment, self-efficacy, and vital signs of the infant in infants undergoing cardiovascular surgery (CVC).

The sample of the study, which was conducted in an experimental design with a pre-test-post-test control group, consisted of 36 infants and their mothers who had CVC between December 2020 and January 2022 and were hospitalized in the intensive care unit. Infant massage (n:12), safe swaddling (n:12) and control group (n:12) mothers were determined by computerized randomization. After the mother-infant pre-assessment questionnaire, Parental Self-Efficacy Scale (PSES) Scale, and Maternal Attachment Inventory (MAI) pre-tests were applied to the mothers, infant massage and safe swaddling instruction were given to the mothers. The hemodynamic findings of the infant were recorded before, during and after the practices. Post-tests were applied before hospital discharge.

It was determined that the demographic characteristics of the groups were similar. It was determined that the level of pain was lower in infants who were swaddled safe, the respiratory rate was higher in infants in the control group, and the body temperature was significantly higher in the infant massage group ($p < 0.05$). The infants in the safe swaddling group had higher sleep times after the application than the groups ($p < 0.05$).

When the pre-test and post-test MDI total scores were compared, in the infant massage group [pre-test 101.50 (IQR: 98.50-104.00), post-test 103.50 (IQR: 102.50-104.00)], and in the safe swaddling groups [pre-test 101.00. (IQR: 99.75-102.00), post-test 103.00 (IQR: 101.75-104.00)] mothers' MAI post-test scores were found to increase significantly ($p < 0.05$).

In the infant massage group, it was determined that the post-test scores of the mothers in the sub-dimensions of the parental self-efficacy scale "relieving discomfort" and "to handle with the disease" were significantly higher than the pre-test ($p < 0.05$). In addition, a high level of positive correlation ($r = 0.713^{**}$, $p < 0.05$) was defined between MAI and PSES in the infant massage group.

In conclusion, infant massage and safe swaddling increased mothers' attachment and were highly correlated with parental self-efficacy. Safe swaddling and infant massage methods are recommended to be used in intensive care units. |

September 2023, |147| pages.

Keywords: | Mother, infant massage, safe swaddling, touching, congenital heart disease|

1. GİRİŞ

Dünyada her yıl doğan ortalama 130 milyon çocuktan dört milyonu yenidoğan aşamasında ölmektedir. Konjenital kalp hastalıkları (KKH) her 1000 canlı doğumda 5-8 oranında görülebilen ve tüm yenidoğan ölümlerinin %7'si ile ilişkili ciddi bir doğumsal anomalidir (Aykan ve diğ., 2022; Ertürk, 2016). Pediatrik kardiyoloji ve pediatrik kardiyovasküler cerrahi gelişmiş olmasına rağmen güncel veriler konjenital kalp hastalığı olan bebeklerin hala %21'nin ilk ayında ve %40'nın konjenital malformasyonlar nedeniyle öldüğünü göstermektedir (Beider ve diğ.,2010). Hemodinamik farklılık nedeniyle tanınması zor olan KKH tanısının erken konularak tedavinin planlanması, çocukların morbidite ve mortalitesini azaltabilme açısından önemlidir (Bulut ve diğ., 2012). Ciddi kalp rahatsızlığı olan bebeklerin çoğu hayatlarının ilk haftalarında ölürken, %25'i hayatlarının ilk haftasında cerrahi girişime gereksinim duymaktadır (Özkan ve diğ., 2010).

Yaşamının ilk haftasını yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde geçirmek zorunda kalan preterm ve term yenidoğanlar birçok invaziv girişime maruz kalarak (günde 2-3 veya 8-10 kez) farklı nedenlerle ağrı ve stres yaşarlar. Bebeğin yaşadığı ağrı, davranışlarını, aile bebek etkileşimini, bebeğin dış dünyaya uyumunu engelleyebileceği gibi beyin ve duyuların gelişiminde de değişikliklere neden olmakta ve büyüme olumsuz etkilenmektedir (Derebent, 2006). Tıbbi girişimler ile iyi primer bakım arasındaki dengeyi koruyarak bebeklerin stres, ağrı ve endişe belirtilerinin azaltılması sağlanmalıdır. Kolay uygulanabilir, düşük maliyetli nonfarmakolojik yöntemler, küçük invaziv girişimlerin sebep olduğu ağrıda tek başına etkili olabildiği gibi; farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında ilaçların etkinliğini arttırdıkları bildirilmiştir (Şaduman, 2011).

Bebeği yoğun bakım ünitesinde olan anne çocuğu ile yakın ilişki kurmada zorluklar yaşar, annenin endişesi bağlanma sürecini daha güç hale getirir. Ebeveynlerin ihtiyaçlarının karşılanması için etkili hemşirelik girişimleri; bebeğin tepkilerini anlamada ebeveynlere yardım etmek, korku ve beklentilerini ifade etmelerini sağlamak, onları aktif bir şekilde dinlemek, sorulara dürüstçe cevap vermek, tedavi planı ve programı hakkında ebeveyni bilgilendirmektir. Annenin çocuğun bakımına daha çok katılmasını sağlayarak anne-çocuk etkileşimini sağlamak da hemşirenin sorumluluklarındandır (Özyazıcıoğlu, 2009). Annelik

deneyimlerini arttırmak anne-bebek etkileşiminde önemlidir. Yoğun bakım hemşirelerinin annenin bebeğin bakımını üstlenmede kendine güvenini arttırmaları ve bebeği ile daha iyi ilişki kurmasını güçlendirmek için onun davranışlarını değerlendirmede iyi bir gözlemci olmasına yardımcı olması bu girişimlerin en önemli bileşenidir. Hedef öncelikle annenin bebeğini olumlu algılamasının sağlanmasıdır. Daha sonra annenin bebeğine dokunması, tutması, bakım vermesi ve gözlemlemesi konusunda fırsat vermek ve onun çevresel uyaranlara tepkilerine duyarlı ve olumlu tepkiler vermesini desteklemektir. Böylelikle annenin özgüveni, bebeğin tepkilerini okumadaki yeteneği ve bebeğin gereksinimlerini karşılama becerisi arttırılmaktadır (Aras ve diğ., 2013). Bu bebeklerin bakımında en çok kullanılan nonfarmakolojik teknikler çevresel uyaranları azaltma, yenidoğanın bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım ve değerlendirme programı, müzik terapisi, emzirme, besleyici olmayan emmenin desteklenmesi, tatlı solüsyon verme, ten tene temas, pozisyon değiştirme, kucaklama, kanguru bakımı, masaj terapisi ve sarmalama gibi çeşitli teknik ve terapilerdir. Bu teknik ve terapilerin kardiyovasküler ve iskelet kas fonksiyonları üzerinde geliştirici etkisi vardır (Beider ve diğ., 2010; Yıldız, 2017).

Dokunma duyusu özellikle yenidoğan ve bebeklik döneminde çocuğun çevresini algılamasında çok önemlidir. Bebek dokunma duyusu aracılığıyla çevresiyle iletişim kurar ve tanır. Dokunma duyusunun uygun biçimde uyarılması psikososyal gelişimini destekler. Bebek masajı, bebek gelişimine yararlı basit, ucuz, etkili bir tekniktir. Gerek bu nedenle gerek anne-babaların bunu bebeklerine özgürce uygulayabilmelerine olanak vermesi nedeniyle birçok ailenin ilgilenmeye başladığı bebek masajı ülkemizde yeni olan bir uygulamadır. Dokunma, sevgi göstergesinin kanıtıdır. Anne-baba-bebek etkileşiminin oluşturulması ve sağlıklı bağlanmanın geliştirilmesi, bebeğin gelişimini ve tüm hayatını etkilemektedir. Ailenin bebeğe sevgiyle bağlanması, onun sağlıklı büyüme ve gelişimini hızlandıran en önemli unsurdur. Masaj; deri, derialtı yağ dokusu, kaslar, iç organlar, metabolizma, dolaşım ve lenf sisteminin mekanik ve sinirsel yolla tedavi amaçlı ve/veya koruyucu olarak uyarılmasıdır. Gevşemeyi sağlamak, ağrılı kas gerginliklerinin azaltılması, uyku problemlerini, ağrıyı hafifletmek, fiziksel bozukluklar ve terminal hastalığı olan bireylerde benlik saygısı geliştirmek, mental sağlık problemlerini yönetmek gibi pek çok olumlu etki masaj uygulaması ile elde edilebilmektedir (Gürol, 2010). Ayrıca bebek masajı anne- bebek arasındaki bağlanmanın kolaylaştırılması ve arttırılması için önemli bir stratejik yaklaşımdır. Masaj anne bebek arasındaki yakınlaşmayı arttırır, karşılıklı olarak sağlıklı, dengeli ve güçlü bağlar kurulmasını

sağlar. Bebek masajı preterm ve term bebeklerde sıklıkla kullanılan etkili yeni pek çok çalışmada büyüme ve gelişime yararları, ağrıyı azaltması, gevşemeyi sağlaması, uyanıklık ve öğrenmeyi arttırdığı, stres seviyesi, depresyon ve anksiyeteyi azalttığı, huzurlu bir uyku sağladığı ve bağışıklık sistemi üzerine yararları olduğu belirtilmiştir (Vincente, 2017). Türkiye de yapılan bir çalışmada geleneksel olarak, en çok kolik, abdominal ve ayak masajları uygulandığı, daha az oranda ekstremitelerin genişlemesi ve uzaması gibi hareketlerin, anneler tarafından bakımın bir bileşeni olarak kullanıldığı ve çocuk gelişiminde yararlı bir etki yarattığı bildirilmiş ve bebek masajının bebek bakımında yeni bir alan olduğu ve yeterince çalışma bulunmadığını ifade edilmiştir (Bal Yılmaz ve Conk, 2009).

Güvenli sarmalama ise yeni doğanın doğal, anatomik pozisyonuna uygundur. Bacaklarının fleksiyon ve abdüksiyon pozisyonunda, hareket kısıtlılığına neden olmayacak şekilde, tüm vücudunu gevşek olarak sararak yapılmaktadır. Sarmalama bebeğin kendini güvende hissetmesini sağlar, yaşadığı fizyolojik ve davranışsal stresi azaltır, uykuya dalma süresini kısaltır, uykusunu kesintisiz olarak sürdürmesini sağlar, uyku aralarında kendiliğinden uyanmayı engeller, ağlama süresini kısaltır, banyo sırasında daha az stres yaşamasını sağlayarak bu süreçte daha az enerji harcamasına yardım eder, termoregülasyonuna katkı sağlayarak hipotermiyi önler, nöromüsküler ve motor gelişimlerini olumlu yönde etkiler, ekstrauterin ortama uyumunu kolaylaştırır, sırtüstü pozisyon ile birlikte uygulandığında ani bebek ölüm sendromu riskini azaltır, invaziv girişimlere bağlı gelişen ağrıyı azaltarak kalp tepe atımı ve oksijen saturasyonunu düzenlemeye yardım eder (Erkut ve Yıldız, 2017).

Bu araştırmada kardiyovasküler cerrahi (KVC) geçiren bebeklerde annenin uyguladığı bebek masajı ve güvenli sarmalamanın maternal bağlanma, ebeveyn öz etkililik ve bebeğin yaşam bulgularına etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARI VE TEDAVİ SÜRECİ

Konjenital anomaliler (doğumsal hastalıklar), doğumda var olan ve prenatal kökenli oluşan, vücut yapısının ya da işlevinin anormalliklerini tanımlamakta ve tüm canlı doğumların yaklaşık %3'ünü etkilemektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre (2018); doğumsal malformasyonlar ve kromozomal hastalıklar tüm ölüm nedenlerinin %1,23'ünü oluşturmaktadır ve bebeklerde ölüm nedenlerinden ikinci sıradadır. En sık görülen majör konjenital anomalilerin sırası ile doğumsal kalp hastalıkları, Down sendromu ve meningomiyelosel olduğu bildirilmiştir (Türkbay ve diğ., 2020).

Doğumsal Kalp Hastalığı (DKH); anne karnında kalbin anormal gelişimi sonucunda açığa çıkan yapısal veya fonksiyonel kalp hastalıklarıdır. Yılda 1,35 milyon DKH olan bebek doğmaktadır. En sık yenidoğan döneminde görülür ve canlı doğumların %0,8'ini, tüm majör doğumsal anomalilerin %28'ini oluşturur. Tedavide 1.000 doğumda 2-3 yenidoğanda kateterizasyon ve cerrahi gereksinimi olmaktadır. Türkbay ve diğ., (2020) çalışmalarında ağır konjenital kalp anomalilerinin toplam görülme sıklığını 10000 canlı doğumda 21,1 olarak bildirmişlerdir. Çoğu vakada etyoloji genellikle bilinmemekte, genetik ve çevresel etkenlere bağlı multifaktöriyel olduğu bildirilmektedir (Karapınarlı ve diğ.,2022; Çilsal, 2022).

Yenidoğan döneminde tanılanması diğer dönemlerine göre daha zordur. Klinikte solunum sıkıntısı, siyanoz, şok gibi ağır belirtiler olabileceği gibi, asemptomatik üfürüm de olabilir. Yenidoğanlarda DKH saptamada tanı gereksinime göre klinik belirtilerin takibi ve hemodinamik değerlendirme, fizik muayene, laboratuvar ve kan gazı değerlendirmeleri, Elektrokardiyografi (EKG), Tele kardiyografi, Ekokardiyografi (EKO), Doppler ekokardiyografi, diagnostik kalp kateterizasyonu ve anjiyo kardiyografi kullanılarak konulur. Patolojiye uygun tedavi medikal, Balon Valvüloplasti, Balon Anjiyoplasti, cerrahi olarak planlanır (Bulut ve diğ., 2012; Çilsal, 2022).

DKH siyanozun bulunması veya bulunmamasına göre siyanotik/asiyanotik ve kalpte akımın yönüne göre sınıflandırılabilir (Tablo 2.1) (Çilsal, 2022; Hayvacı Canbeyli, 2022; Özlü ve diğ., 2020).

2.1.1. Doğuştan Kalp Hastası Olan Bebeklerde Sık Görülen Yapısal Anomaliler

Septal Defektler: Kalbin iki odası arasındaki bir kusur (sol ve sağ ventriküller veya sol ve sağ atriyum arasında olabilir), yaygın olarak 'kalpte delik' olarak bilinmektedir.

Aort Koarktasyonu: Vücudun en büyük arteri olan aortun daralması olarak tanımlanır.

Pulmoner Kapak Darlığı: Sağ alt karıncıktan akciğerlere kan akışını kontrol eden pulmoner kapağın daralması olarak tanımlanır.

Fallot Tetralojisi (TOF): Dört kusurun birleşimi: pulmoner kapak darlığı, ventriküler septal defekt (sağ ve sol ventrikül arasında bir delik); baskın aort (burada aort ventriküler septal defekti geçersiz kılar); ve sağ karıncık hipertrofisi (kalınlaşma) olarak tanımlanır.

Büyük Arterlerin Transpozisyonu (BAT): Pulmoner ve aort kapakçıkları ve bunlara bağlı arterler tersine çevrilir (transpoze edilir).

Az Gelişmiş Kalp: Atriyum veya ventriküller az gelişmiştir, tüm vücuda ve akciğerlere kan pompalanmasında yetersizliğe yol açar. Örneğin hipoplastik sol kalp sendromunda görülür (Gaskin ve Kennedy, 2019).

Pediyatrik kalp cerrahisi, palyatif ve düzeltici prosedürlerden oluşan geniş tabanlı bir disiplindir; her ikisi de doğuştan kalp hastalığı olan çocukların iyileşmesini hedeflemektedir. Palyatif işlemler ve ardından onarıma bağlı bağımlı kalma veya ölümü önlemek için daha düzeltici operasyonlar yapılmaktadır. Bu yaklaşımlar gereği yenidoğan bebeklerde hatta prematüre bebeklerde kardiyak uygulama sayısı gittikçe arttığından nitelikli bakım ve yoğun bakım gereksinimi artmaktadır (Çiçek ve diğ., 2020; Özlü ve diğ., 2020).

Pediyatrik kardiyovasküler cerrahi, geçmişte olan zor bir cerrahi olması, anestezi yönetiminde, cerrahi ve postoperatif takip ve bakımında güçlükler mevcuttur. Bu sebeplerle günümüzde de yalnızca belli ve büyük merkezlerde yapılan bir cerrahidir. DKH cerrahisi ile ilgilenen sağlık çalışanları (servis hemşiresi, perfüzyonist, ameliyathane hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi) de özellikli ve yetişmesi uzun zaman alan sağlık profesyonelleridir. Pediyatrik kardiyovasküler cerrahi geçirmiş hastaların ameliyat sonrası bakımı daha yakın ilgi ve takip gerektirmektedir (Yüzkat ve diğ., 2015).

Tablo 2. 1: Doğumsal kalp hastalıkları sınıflaması (Edwards, 2001)

Asiyantotik Doğumsal Kalp Hastalıkları	Siyanotik Doğumsal Kalp Hastalıkları
1. Artmış volüm yüküne yol açanlar; • Soldan sağa şant lezyonları Ventriküler Septal Defekt (VSD) Atrial Septal Defekt (ASD) Atrioventriküler Septal Defekt (AVSD) Patent Duktus Arteriyosus (PDA) Aortapulmoner Pencere • Regürjitan lezyonlar Doğumsal Mitral Yetersizlik (MY) Doğumsal Triküspit Yetersizliği (TY)	1. Pulmoner kan akımı azalmış • Fallot Tetralojisi • Triküspit Atrezisi • Pulmoner Atrezi • Pulmoner darlıklı BAT, tek ventrikül, truncus arteriozus • Çift çıkışlı sağ ventrikül (ÇÇSV) • Ebstein anomalisi • Kritik pulmoner darlık
2. Artmış basınç yüküne yol açanlar (Obstrüktif lezyonlar) • Pulmoner Darlık (PD) • Aort Darlığı (AD) • Aort Koarktasyonu (AK) • Mitral Darlık	2. Pulmoner kan akımı artmış, • Büyük Arter Transpozisyonu (BAT) • Hipoplastik sol kalp sendromu • Truncus Arteriozus • Tek ventrikül • Total anormal pulmoner venöz dönüş • Çift çıkışlı sağ ventrikül

2.1.2. Pediatrik Kardiovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakım Sürecinin Anne-Bebek Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Bakımı

Cerrahi gerektiren doğumsal kalp hastalığı olan bebekler yoğun bakıma kabul edilirler. Yoğun bakım yatışını önlemek veya en az süreye indirmek için kanıta dayalı stratejiler sunma fırsatını temsil eder. Yüksek kaliteli medikal hizmetin yanında, tedavi süreci aile ile bir bütün olarak ele alınır (Kasparian ve diğ., 2019).

Bebekleri için yaşamı tehdit edici kalp ameliyatı gerektiğinde anneler ve bebekler birden fazla strese maruz kalırlar. Doğumdan hemen sonra bebeğin operasyon sonrası yoğun

bakımda olması ebeveyn ve bebek arasındaki bağlanma sürecini bozmakla birlikte ailenin kaygı düzeyini arttırarak ebeveyn görevlerini yerine getirmede endişeler yaşamasına sebep olmaktadır. Doğum sonrası depresyon anksiyete ve ebeveynlik stresi potansiyel olarak anne-bebek ilişkisini olumsuz etkilemekte, anne-bebek etkileşim güçlükleri ve çocuk gelişim sorunları bildirilmektedir. Re ve diğerleri çalışmalarında (2018) annenin yaşadığı yüksek düzeyde anksiyete ve stresin bebek üzerinde sosyal geri çekilme gibi negatif etkilerini bildirmişlerdir.

Pediyatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin bütüncül ve aile merkezli bakım anlayışına sahip olması önemlidir. Hemşireler kardiyak bakım süreci boyunca hasta iyileşme sürecinde, ailelerinin eğitiminde, uygun beklentilerin belirlenmesinde önemli rol alırlar (Cruz ve diğ., 2014). Ferentzi ve diğ., (2021) yayınladıkları meta-analizde aile merkezli bakım müdahalelerinin (eğitim desteği, kişiselleştirilmiş bakım, ebeveyn ile ilgili destek, bilgi/iletişim gibi) klinik durumu iyileştirdiğini göstermektedir.

Yoğun bakım sürecinde psikososyal stresörler ebeveynler (anne ve baba), bebek ve aile açısından incelenerek Tablo2.2’de verilmiştir (Kasparian ve diğ., 2019).

Tablo 2. 2: Yoğun bakım sürecinde psikososyal stresörler (Kasparian ve diğ., 2019)

Anne/Baba	Bebek	Aile
1.Zor, hızlı verilmesi gereken kararlar. 2. Yoğun üzüntü, öfke, suçluluk ve utanç duyguları. 3.Bebğin acı çekmesinden veya ölmesinden korkma. 4.Anne-bebek güvenli bağlanmanın bozulması. 5. Ebeveynlik rolünü yerine getirememe. 6.Bebğin görünümü ve tıbbi bakımla ilgili korkular. 7.Tıbbi prosedürler sırasında bebğin yaşadıklarına tanık olmak. 8. Ebeveyn rolündeki değişiklikler. 9. Bebekleri ile ayrılık süreleri. 10. Klinisyenler ile açık iletişimle ilgili zorluklar. 11. Bebgın prognozu ve gelecekle ilgili belirsizlikler. 12. Psikolojik stres ve sıkıntı. 13.Keder ve kayıp duyguları. 14.Psikiyatrik rahatsızlık. Yüksek oranlarda perinatal anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozuklukları. 15.Fiziksel sağlıkta kötüleşme(sirkadiyen düzensizlik, kötü beslenme, yorgunluk).	1.Bakım verenler ile gelişimsel olarak sınırlı etkileşimde bulunma. 2.Bebek-ebeveyn güvenli bağlanmanın kesintiye uğraması. 3. Işığa, sese, kokuya ve dokunmaya karşı artan yüksek duyarlılık. 4. Beslenmek, uyumak, yatışmak Ve güçlükleri halletmekteki zorluklar. 5.Ağrılı klinik müdahaleler veya korkutucuya maruz kalma. 6. Duygusal, davranışsal ve Nörobiyolojik düzensizlik. 7. Nörogelişimsel ve kaba motor becerilerde gecikme. 8.Güvenli bağlanma gereksiniminden daha yüksek güvensizlik oranı. 9. Deliryum. 10. Opioid çekilmesi.	1.Aile rutininin kesintiye uğraması. 2.Aile üyelerinin ayrı kalması, özellikle hastanede tedavi gören veya uzaklarda yaşayan ailelerin maddi ulaşım zorlukları. 3. Bebeklerini aile ve arkadaşlarla tanıştırma ve ebeveynlik deneyimleri paylaşmada zorluklar. 4. Sosyal çekilme. 5.Aile çatışması ve iletişim zorlukları. 6. Aile üyeleri arasındaki tepkiler ve başa çıkmadaki uyumsuzluklar. 7. İkili ilişki gerilimi. 8.Kardeşlerde yaşanan duygusal ve davranışsal zorluklar. 9. Endişe belirtileri, öfke, suçluluk, kıskançlık ve reddetme veya terk etme. 10. Tıbbi bilgileri anlamada zorluklar. 11. Finansal zorluklar.

Aileye ait düşük sosyo ekonomik düzey, alkol-sigara bağımlılığı, beslenme bozuklukları, kronik hastalıklar, çoğul gebelik, doğum sonu enfeksiyonlar gibi nedenler bakımı etkiyeceğinden araştırılmalıdır. Bakım verici rolü kapsamında hemşirelerin ayrıntılı anemnez almaları ve baştan ayağı fiziksel tanılama yapmaları ve sonuçları yorumlamaları gerekmektedir.

Bebeğin ameliyat sonrası güvenli bir şekilde yoğun bakıma transferi sağlanır. Yoğun bakımda önceden hazırlanmış olan solunum cihazına bağlanır ve anestezi doktoru tarafından bebeğin patolojisine özel ventilatör ayarları yapılarak yoğun bakım ekibine teslimi gerçekleştirilir. Cerrahi sırasında beklenmeyen olaylar veya postop beklenen aritmi, kanama (sternum açık olabilir) gibi olası riskler bildirilir. Yoğun bakımda bebeğin primer hemşiresi olmak üzere en az 2 hemşire tarafından monitörizasyonu gerçekleştirilir. Tüm ekipmanları ve invaziv girişimleri (drenleri, santral venöz basınç(CVP) kateteri, arter kateteri, foley sondası varsa Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO) vb.) kontrol edilerek kayıt altına alınır. Medikal tedavi planı belirlenir. Laboratuvar kan örnekleri alınır ve yaşam bulguları sık izlenmeye başlanır (Cruz ve diğ., 2014).

Ameliyat sonrası yoğun bakımda geçen her gün bebeğin ayrıntılı değerlendirilmesi yapılarak hedef takip ve tedavi planı oluşturulur. Konjenital kalp patolojisine göre yoğun bakım prosedürleri çerçevesinde beklenen klinik değerler (örneğin santral venöz basınç (CVP) 8-12 cm su , PCO₂<40, HTC>40 gibi) ekip tarafından belirlenerek hemodinamik hedef değerlerde stabilize edilir. Solunum fonksiyonu, kardiyovasküler fonksiyon, nörolojik fonksiyonlar, hematolojik fonksiyonlar, böbrek fonksiyonları, vücut sıcaklığını koruma, yeterli besin sağlama, enfeksiyonlara karşı koruma, cilt bakımı ve deri bütünlüğünün korunması, acil bakım gereksinimlerini saptama ve vaka yönetimi, güvenli transfer ve taburculuk konularında mevcut ve olası riskler belirlenerek NANDA International (NANDA-I) rehberliğinde hemşirelik tanıları ile takip, tedavi ve bakım süreci planlanarak sürdürülür (Cruz ve diğ., 2014; Herdman ve Kamitsuru, 2020).

Yoğun bakım takibinde bebeğin hemodinamik stabilizasyonundan sonra aile gelişmeler hakkında ekip tarafından bilgilendirilmelidir. Ebeveynler doğumsal defekti olan bebeğin gereksinimlerini anlamaları, bakımı ile baş etmeyi öğrenmeleri için sürekli desteklenmelidir. Hemşirelerin bu desteği sağlayabilmeleri için, ailenin duygularını ifade etmelerine fırsat tanımaları, yoğun bakımda bebeğin bakımına katılmalarının sağlanması ve sorunların birlikte çözülmesi, bebeğin olumlu yönlerini ve olumlu gelişmelere anne/babanın dikkatini çekmesi önemlidir (Ladewig ve diğ., 2002).

2.2. MATERNAL BAĞLANMA

Bağlanma temel olarak bireyin diğer bireylere hissettiği duygusal bağ anlamındadır. Bebeklik döneminde başlayıp geliştirilen ve hayat boyunca sosyal ilişkiler üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Nacar ve Gökkaya, 2019).

Bağlanma kuramının geliştirici olan Bowlby'e (1982) göre bağlanma, güvenliği, rahatlığı, desteği içeren duygusal bir bağlıdır. Birey korku yaşadığında, yorgunluk hissettiğinde veya hasta olduğunda ilişki kurmak ya da yakınlık aramak için duyduğu güçlü bir istek olarak tanımlanır. Bağlanma kuramı bu güçlü isteğin nedenlerini araştıran ve açıklayan bir yaklaşımdır. Duygusal bağ kurma isteği bir gereksinim olan bebeğe bakım veren (genellikle anne) ile yakınlığın korunması bebelere güven içinde gelişebilecekleri bir alan sağlar (Kavlak ve Şirin, 2009).

Ainsworth (1979) annelerin bireysel bağlanma özelliklerinin bağlanmayı etkilediğini belirterek bağlanmayı 3 temel grupta sınıflamıştır (Nacar ve Gökkaya, 2019):

1. Güvenli Bağlanma: Bebekler meraklarını gidermeye çalışırken sıkıntı duyduklarında bağlandıkları kişiyi güvenli alan olarak görür ve bu kişilere güven duyguları gelişmiştir. Bebeklerde yokluklarında sıkıntılı, varlıklarında memnuniyet ifadeleri gözlemlenir ve diğer bağlanma türlerine göre daha kolay sakinleştikleri bilinmektedir.
2. Kaygılı Bağlanma: Aynı ortamda iken bağlandıkları kişilerden yakın ilgi beklerlerken, yokluklarında bu kişileri güvenli yer olarak kullanmazlar. Bu bağlanma türü kararsız bağlanma olarak da tanımlanabilmektedir.
3. Kaçınan Bağlanma: Temel bakım veren kişi ile aynı ortamdayken etrafı keşfetme eğitiminde olan bebekler bu kişilerle etkileşimde bulunmazlar. Aynı ortamdayken temel bakım verici ile etkileşimden kaçınır ve memnuniyet veya rahatsızlık tepkileri vermezler.

Annenin bebeğe - bebeğin anneye bağlanması için İngilizce literatürde farklı terimler mevcuttur. Annenin bebek ile olan bağlanmasında "bonding", bebeğin anne ile olan bağlanmasında ise "attachment" terimleri kullanılmaktadır. Bebeklerdeki bağlanma tipi (attachment), annede ruhsal gerilim yaratan durumlardan etkilenir. Annenin ruhsal gerilimi, bununla ilgili metabolik değişikliklere yanıt vermede zorlanması ve annenin sağlığını

etkileyecek fizyolojik durumlar bebekte depresyonuna neden olabilir. Anne-bebek iletişim ve etkileşiminde kısa süreli kesintilerde bebekte anaklitik depresyon, uzun süreli kesintilerinde psişik hospitalizasyon gelişebildiği bildirilmiştir (Karakaş ve Şahin Dağlı, 2019).

Maternal bağlanma (bonding), anne ile bebek arasındaki gebelik ile başlayan “sıcak, sevgi dolu, sürekli ve yakın ilişki” olarak tanımlanan, anne ve bebek arasındaki sevginin olgunlaştığı benzersiz duygusal bir süreçtir. Anne bebek ilişkisinde en derin ve yakın ilişki olarak tanımlanır ve annelik rolü üzerinde etkilidir. Zevk güdüsünü uyarıcı bir etkileşim ve sevgi, ilgi ve şefkat ile ortaya çıkan, sürdürülebilirliğe sahip eşsiz bir bağ olarak da tanımlanmıştır. Bağlanma, yakınlık (tanışma evresi), karşılıklı ilişki (sahiplenme evresi) ve bağlanma evrelerinden oluşur. Annenin dokunuşu ve yakınlık, anne-bebeğin yaşadığı fiziksel ve psikolojik bir deneyimdir. Bebeğin davranışlarına annenin verdiği cevap karşılıklı ilişki olarak tanımlanır. Bağlanma gerçekleştiğinde anne, bebeği hakkında genel duygular ve düşünceler geliştirmiş ve bebeğin bakımında yeterli hale gelmiştir (Nacar ve Gökçaya, 2019).

Anne ve bebeği arasındaki maternal bağlanma düzeyinin ölçülmesi bebeklerin bakımlarına yönelik kayıtsız davranan annelerin motive edilmeleri için önemlidir. Cranley maternal bağlanmanın boyutlarını; fetüsten kendiliğinden ayırma, fetüs ile olan etkileşim, fetüse özellikler yükleme, kendini adama (kendinden verme), rol, yuva yapma olarak tanımlamış ve maternal bağlanmanın ölçülmesine yönelik ölçeklerde etkili olmuştur. Annede zayıf bağlanma düzeyinin anksiyete ve depresyona sebep olduğu bildirilmiştir. Gebelik planı, gebeliğin ilk kez yaşanması, riskli gebelik, anne ve bebeğin sağlık sorunlarının olması, doğum tecrübesi, doğum sonu depresyon, annenin sağlık profesyonellerinden destek alma durumu ve bakım tutumu, sosyokültürel ve ekonomik durum bağlanmayı etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Doğum sonrası erken dönemde bağlanmayı etkileyen ve anne-bebek bağlanmasını kolaylaştıracak uygulamalar; doğum sonrası erken dönemde erken ten tene temas, annenin bebeğe sık dokuması, kanguru bakımı, odanın paylaşılması, tutma, sallama, sarılma, şarkı söyleme, bakma ve öpme gibi besleyici davranışlardır. Bebeğin yatırılması, gülümseme ve koklama, kucağa alınması, cinsiyeti ile seslenilmesi, konuşulması, göz göze temas kurulması ve emzirilmesi ya da emzirilemiyorsa uygun beslenmenin sağlanması bağlanmayı destekler ve geliştirir. Anne doğumdan sonra yakın gözlemlenmeli ve gösterdiği uygun bağlanma davranışları pekiştirilmelidir (Durmaz ve diğ., 2021; Höbek Akarsu ve diğ., 2017; Karakaş ve Şahin Dağlı, 2019).

2.3. EBEVEYN ÖZYETERLİK

Bandura (1977) “Öz-yeterlik” terimini, bir bireyin belirli bir görevi başarıyla yerine getirmede kendine olan inancı olarak tanımlamıştır. Öz yeterlik bir bireyin bir görevde ne kadar çaba gösterip göstermeyecekleri hakkında bilgi verebilir. Bandura ve Adams'a (1977) göre; bireyler öz yeterlikleri dört kaynaktan etkilenir; geçmiş performans, dolaylı deneyim, sözel ikna ve duygusal ipuçlarıdır. Öz yeterlik beklentileri belirli bir alanda (örn. ebeveynlik) kişinin algılanan becerisi ile ilişkilidir. Öz yeterlik kişinin nasıl hissettiği ve düşündüğü, nasıl motive olduğu ve nasıl davrandığı ile ilgili karar vermesidir. Bu karar süreci bilişsel, motivasyonel, duygusal ve seçim yapma basamaklarından oluşmaktadır (Kaya ve Şahin 2020; Wittkowski ve diğ., 2017).

Ebeveynlik öz yeterliği ise bir ebeveynin ebeveynlik rolünü başarıyla yerine getirmede yeteneklerine olan inançlarını tanımlar. Bakıcının veya ebeveynin kendi yeteneklerine olan güveni çocukları başarıyla yetiştirir. Burada önemli nokta ebeveyn “benlik saygısı ”nı ifade etmesidir. Bebeğin doğumunda itibaren ebeveynin öz yeterliğine olan inancı artarak güçlenir. Yüksek ebeveyn öz yeterliği, sağlıklı olmak, mutluluk, biyo-psiko-sosyal ve duygusal anlamda alaka ve bakımın karşılandığı büyüme ortamını destekleyecek ebeveynlik becerisiyle ilgilidir (Kılıçaslan 2007, Wittkowski ve ark.,2017).

Ebeveyn öz yeterlik sosyal destekten etkilenir. Eşlerin olumsuz tecrübeleri (boşanma, bebekte sağlık sorunu gibi durumlar) ailede durumsal krizlere sebep olabilir. Bebek sahibi olmanın mutluluğunu yaşamadan nasıl başa çıkacaklarını bilemedikleri bir karmaşanın içinde bulabilirler. Böyle durumlarda ebeveynlerin olumsuz tutumlarının olumluya dönüştürülmesi için bu tutumların tanımlanması önem kazanır. Literatürde ebeveyn öz yeterliğini genel düzeyde ölçen çeşitli araçlar mevcuttur. Bandura'nın görev odaklı yaklaşımını içeren ebeveyn öz-yeterlik ölçümleri bunlardan biridir (Kaya ve Şahin 2020; Coleman ve Karraker, 2003). Müdahaleleri planlayan araştırmacıların çalışmaları ebeveynler tarafından doldurulan ölçekleri mevcut durumu sistematik gözden geçirip, güncelleyip tanımlamaktadır. Bu çalışmalar ne kadar kısıtlı olsalar da ebeveyn özyeterlikteki değişiklikleri değerlendirmede klinisyenlere rehber olmaktadır (Wittkowski ve diğ., 2017).

2.4. DOKUNMA VE BEBEK MASAJI

2.4.1. Dokunma

Dokunma; doğumdan önce en erken gelişen duyudur ve bebeğin yaşamının ilk yılında anne-bebek için birincil iletişim şeklidir. Diğer duyuların gelişimlerinin öncülüğünü yapan dokunma doğum sonu dönemde önemli çevresel bir uyardır. Doğumla bebek en güvenli bölge olan anne rahminden ayrılarak anne teması ve yakınlığından mahrum kalır. Yenidoğanların fizyolojik, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimleri için tensel temas ve dokunma gereksinimleri vardır. Ebeveynlerin evrensel işlevler olan ten tene temasın sağlanması, temel ihtiyaçlarının karşılanması, taktıl uyaran verebilmeleri ve birlikte uyumanın sağlanması gibi görevlerini gerçekleştirmeleri gereklidir (Barry, 2019; Bernard ve diğ., 2022). Crucianelli ve diğ. (2018) çalışmalarında dokunmanın bebeğin duygu ve düşüncelerin in gelişimine, fiziksel olarak anne ile yakınlığı ve duygusal dokunsal temasa tepkilerin olduğu benzersiz rolünü ortaya koymuşlardır.

Dokunmaya olan ihtiyacımız doğumdan önce başlar ve yaşam süresince devam etmektedir. Yoğun bakımda yatma veya cerrahi tedavi süreci gibi stresli durumlar dokunmaya gereksinimi artırır. Yabancı yerler ve invaziv uygulamalar dokunmanın azalmasına sebep olabilmektedir. Hemşireler yoğun bakım ünitelerinde primer bakım verirken ailenin sevgi dolu dokunuşlarını teşvik ederek yaşadıkları anksiyete, korku ve kontrol kaybı duygularının azaltılmasında rol alabilirler (Mollaoğlu 2001).

2.4.2. Bebek Masajı

Masaj terapisi, dünyadaki en eski tedavi biçimlerinden biridir. Masaj; deri, deri altı yağ dokusunun, iç organların, metabolizmaların, kasların, dolaşım ve lenf sisteminin sinirsel ve mekanik yolla terapötik veya koruma amacıyla uyarılmasıdır. Uyarılmanın gerçekleşmesi ile gevşemeyi sağlamak, ağrılı kas spazmlarının tedavisi, uyku sorunlarını ve ağrıyı azaltmak, fiziksel engeller ve terminal dönem hastalığa sahip kişilerde benlik saygısını arttırmak, psikolojik problemleri yönetebilmek ve benzeri birçok olumlu etki tanımlanmaktadır (Gürol ve Polat, 2012).

4000 yıllık geçmişe sahip olan bebek masajı ilk kez Çin tıp literatüründe ve kısa süre sonra Hindistan ve Mısır'da uygulandığı belgelenen tedavi edici bir tekniktir. İran, Hindistan, Çin, Yunan, Roma ve Mısır tarihlerinde yer almaktadır. Orta Çağda ve Roma İmparatorluğu'nda tedavi yöntemi olarak kullanılmasına rağmen Roma İmparatorluğu'nun

son dönemlerinde uygulandığına dair kanıtlar azalmaktadır. 1960 sonrasında masaj tedavilerinin kronik hastalıklar, cerrahiye ve ilaç tedavisine direnç gösteren durumlarda tamamlayıcı tedavi olarak kullanıldığı bildirilmektedir. Dokunmanın sistematik uygulaması olan masaj pek çok teknik uygulanarak vücudumuzdaki duyu reseptörlerinin uyarılmasıyla etkileşen cilt, kas ve kemikler, eklem ve bağ dokuların dokunma, kavrama, sıvazlama, germe, eklemlere çeşitli açılar verilerek sıkıştırılması ve pasif fiziksel hareketlerden oluşmaktadır (Pados ve McGlothen-Bell 2019; Bozkul ve Arslan, 2023).

Tablo 2. 3: Masajın beklenen etki mekanizması (Weerapong ve diğ., 2005)

Biyomekanik etki	Fizyolojik etkiler	Nörolojik etkiler	Psikolojik etkiler
Dokular üzerine mekanik bası	Doku veya organdaki değişimler	Reflekslerin uyarılması	Beden ve zihin arasında artan ilişki
Doku adhezyonunda ↓ Kas uyumu ↑ Eklem hareket aralığında ↑ Pasif sertlikte ↓ Aktif sertlikte ↓	Kas kan akışında ↑ Ciltteki kan dolaşımında ↑ Parasempatik aktivitede ↑ Relaksasyon hormonlarında ↑ Stres hormonlarında ↓	Nöromüsküler uyarılabilirlikte ↓ Ağrı ↓ Kas gerginliği ve spazmında ↓	Gevşeme ↑ Anksiyete ↓

Beklenen masaj mekanizmalarının teorik modeli: ↓ azalmayı, ↑ artışı göstermektedir.

Masajın isveç masajı, spor masajı, aromaterapi masajı, bebek masajı ve bölgesel masajlar(bacak ve ayaklar, mide, göğüs, eller ve kollar, yüz, sırt, kolik/gaz ağrıları için masaj, ayak vb.), lenf drenajı masajı, thai masajı ve derin doku masajı gibi kaynağını çeşitli ülkelerin kültürlerinden almış türleri bulunmaktadır (Bozkul ve Arslan, 2023; McClure 2017).

Bebek masajı bebeğin gelişimi destekleyen tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biridir. Bebek masajı bebeğin hazır oluşluğu değerlendirildikten ve beslenmeden yaklaşık 1-1,5 saat sonra yumuşak dokunuşlarla başlanarak anne ve bebek tercihinin uygun bölgelere uygulanır. Günümüzde dünyanın dört bir yanındaki anneler ebeveynliğin önemli bir parçası olarak sağlıklı gelişimi ve bağlanmayı kolaylaştırmak için bebeklerine çeşitli tür, süre (15 dakika- 1 saat) ve koşullarda masaj yapmaktadır. Bebek masajı eğitimi veren dernek ve kuruluşlar bulunmaktadır. Aileler kendileri ve bebekleri için en uygun eğitimi alıp uygulama yapabilmektedir. Masaj sırasında anne göz iletişimini sağlayarak bebeğiyle göz temasını sürdürmeli ve iletişimi kesintiye uğratmamalıdır. Doğal bebek yağları veya yağlar kullanılan yağ içeriği göz önünde bulundurularak kullanılabilir (Bozkul ve Arslan, 2023; Gultom ve diğ., 2017; McClure 2017).

Anne bebek bağlanması iki önemli faktöre bağlıdır; (1) anne ve bebeği arasındaki etkileşim ve (2) anne ve bebeği arasındaki duygusal temas. Bebek masajı iletişim kurmanın en basit ve kolay yoludur, anne ile bebeği arasında iletişim kuran organdır. Anne-bebek bağlanmasının sağlanması ve güçlendirilmesi için bebek masajı oldukça değerli bir yaklaşımdır. Masaj anne bebek arasındaki iletişimi ve samimiyeti artırır, çift taraflı sağlıklı, stabil ve güçlü bağlanmayı sağlar. Bebek masajı literatürdeki pek çok çalışmada prematüre ve miadında doğmuş yenidoğanlarda çoğunlukla kullanılan pozitif etkileri ortaya konmuş bir tekniktir. Büyüme ve gelişime olumlu etkileri, ağrıyı hafifletmesi, relaksasyonu sağlaması, huzurlu uyanıklık süresini arttırdığı ve öğrenmeyi pozitif yönde etkilediği, kaliteli uyku sağladığı, stres, depresyon, anksiyeteyi azalttığı ve immün sistem üzerine faydaları belirtilmiştir (Vicentea ve diğ., 2017; Gürol ve Polat, 2012).

Bebek masajının yaşamın ilk aylarında annesinden hastanede yatma gibi sebeplerle erken ayrılma durumlarda ayrılık anksiyetesini azalttığı ve bebeğin kendini yatıştırma ve diğerleriyle sosyal ilişkiler kurabilme becerisi geliştirdiği düşünülmektedir. Masaj tedavi edici olarak kompleks tıbbi tanılar almış bebeklerde de uygulanabilmekte ve ebeveynlerin bebeklerinin bakımına katılımlarına olanak sağlanabilmektedir. Randomize kontrollü kanıt düzeyi yüksek çalışmalarda masaj tedavisinin hafif dokunuşların stresi azalttığı, bebeğin büyüme ve gelişimine pozitif katkı sağladığını, bebeğin uyku rutininin oluşmasına katkı sağladığı, hastane yatış gününü azalttığını, postpartum depresyonu azalttığı, preterm bebeklerin ebeveynlerinin çekimser bakım tutumlarında azalma sağladığını, kas ve iskelet sistemi için yararları ortaya konmuştur (Eras ve diğ., 2013; Beider ve diğ., 2010).

Dokunma ve masajın emzirme başarısını arttırdığına yönelik çalışmalar mevcuttur. Araştırmacılar bebek masajının ebeveyn bebek ilişkisini güçlendirdiğini, bebekte serotonin düzeyini artırarak, stres hormonlarının düzeyinde azalmaya neden olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bebekte motor gelişim ve koordinasyonu artırması nedeniyle hemşirelerin annenin bebeğine dokunması konusunda aktif rol oynamalarının önemini belirtmişlerdir. Bebeklerine masaj uygulayan annelerin emzirme durumlarına yönelik çalışmalar sınırlıdır ancak Campos ve diğ. (2010) çalışmalarında masaj yapan annelerin bebeklerinin erken kilo alımı üzerinde olumlu etkisini bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada 5 günde, günde 3 kez olmak üzere 15 dakikalık masaj yapılan bebeklerde, masaj yapılmayan bebeklere göre daha fazla kilo alımı ve artmış büyüme faktörü seviyelerinin olduğu bildirilmiştir (Akarsu ve diğ., 2017; Field, 2019).

2.4.2.1. Bebek Masajının Avantajları

Bebek masajı, uygulaması oldukça kolay, düşük maliyetli, etkili ve bebek gelişiminde tamamlayıcı bir tekniktir. Ebeveynlerin rahatlıkla uygulayabilmelerine olanak sağladığı için çoğu ailenin giderek ilgisinin arttığı bir uygulamadır. Masaj uygulayan annelerin, daha rahat ve daha uzun süre emzirdikleri görülmüştür. Bebeğe dokunuşların artması anne gevşemesinin artmasına ve “prolaktin” hormon yapımını stimüle ederek, süt yapımını artırmaktadır (Gürol ve Polat, 2012).

Tablo 2. 4: Bebek masajının, anne/baba ve toplum için avantajları (Campos ve diğ., 2010; McClure 2017, Gultom ve diğ., 2017; Field, 2019)

Bebek için	Anne ve babalar için	Toplum için
Stres hormonlarının seviyesini ↓ Serotonini ↑ Ağrı ile konjesyonu ↓ Gaz ve kolik ↓ Anksiyeteyi ↓ Solunum ve dolaşımı ↔ Bebek ebeveyn bağı ↑ Sosyalleşme ↑ Kilo alımı ↑ Hastalığa dirençte ↑ Uyku süresi ve derinliğinde ↑	Bebeği daha iyi anlamak ↑ Davranışlarını tanımlama ↑ Bebeğe saygı göstermede ↑ Güvenli bağlanmanın ↑ Ebeveyn özgüveninin ↑ İleri ebeveynlik becerileri ↑ Pozitif aktivitelerde ↑ Babanın bakımda ↑ Bebeği tanımada ↑ Oksitosin ve prolaktin ↑ Süt üretiminde ↑ Uyku kalitesinde ↑ Diğer ebeveynlerle sosyalleşme ↑ Stres hormonlarında ↓ Doğum sonrası depresyonda ↓	Pozitif temasın ↑ Saygı ve empatide ↑ Kötü davranış, şiddet ve suçun azalması ↓ Optimum sağlık ile sağlık masraflarının ↓

Bebek masajının, anne/baba ve toplum için avantajları: ↓ azalmayı, ↑ artışı, ↔ stabilizasyonu göstermektedir.

2.4.2.2. Bebek Masajının Dezavantajları

Bebek masajı ile ilgili akademik çalışmalar sınırlıdır ve hastanelerde eğitim ve uygulama standarttı bulunmamaktadır. Özel ücretli bir hizmet olarak sınırlı ulaşılabilir. Kültürel çeşitlilik sebebiyle daha çok ulusal çalışma gereksinimi bulunmaktadır. Bilimsel çalışmalarda düşük, orta ve yüksek basınçlarla uygulanan farklı tip masajlarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Kanıt düzeyi yüksek benzer çalışmalar sınırlıdır. Etki mekanizmaları anlamak ve aileye özel teknik ve yöntemleri belirlemek için donanımlı insan gücü sınırlıdır. Pek çok teknik ve uygulama şekli bulunmaktadır. Bu durum tercih sorunlarına neden olabilmektedir (Field, 2019; McClure, 2017).

2.5. GÜVENLİ SARMALAMA

Kundaklamanın antik çağlardan beri uygulandığı bilinmektedir. Ancak, güvenliği hakkındaki tartışmalar günümüze kadar süregelmiştir. Sıkıca uygulanan geleneksel kundak kullanımı, bebekleri hareketsiz hale getirme eğiliminde olan uygulamalar ve mumya benzeri bir konfigürasyonda yaygınlaştıktan sonra tıp camiası tarafından kınanmış, bu sebeple 18. yüzyıldan sonra batı dünyası önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir. Bununla birlikte ABD bazı yerli halklarında, Rusya, Çekoslovakya, Türkiye, Arabistan, Japonya, Hindistan ve Asya da geleneksel uygulama olarak devam ettiği çalışmalarla bildirilmiştir. Kundaklama zamanla kültür seviyelerine göre yenilenmiş, bebekleri sakinleştirdiği ve daha uzun uykuya sebep olduğu gerekçesiyle çağdaş sağlık profesyonellerinin güvenilirliği tartışmalı ifadeleri olmasına rağmen dünya çapında bebek bakımına dahil edilmiştir (Nelson 2017).

Gelişmiş toplumlarda yaşayan ebeveynlerin uyku süresini uzatma ve gece uyanmalarını azaltmak için bebeklerini kundakladıkları bilinmektedir. Konu ile ilgili sistematik derlemeler incelendiğinde kundaklamanın bebeklerde sessiz uyku süresini artırdığı ve sık uyanan bebekler arasındaki uyku durumu değişikliklerinin sayısını azalttığı bildirilmiştir. Ancak ebeveynlerin uygulama koşulları konusunda bilgilendirilmelerinin önemi vurgulanmıştır. Daha önce kundaklanmamış ve gözlem sınırı olan bebeklerde ani bebek ölüm riskini artırabileceği bildirilmiştir. Kundaklanmış bebeklerde yüz üstü ve yan pozisyon önerilmemekte ve 1 yaştan üzerinde kundaklama davranışından vazgeçilmesi önerilmektedir (Pease ve diğ., 2016; Dixley ve Ball 2022).

Güvenli sarmalama kundaklamadan farklıdır. Yenidoğanın doğal, anatomik pozisyonuna uygundur. Bacaklarının fleksiyon ve abdüksiyon pozisyonunda, hareket kısıtlılığına neden olmayacak şekilde, tüm vücudunu gevşek olarak sararak yapılmaktadır. Sarmalama bebeğin kendini güvende hissetmesini sağlar. Yaşadığı fizyolojik ve davranışsal stresi azaltır, uykuya dalma süresini kısaltır, uykusunu kesintisiz olarak sürdürmesini sağlar. Uyku aralarında spontane uyanmayı engeller, ağlama süresini kısaltır, banyo sırasında daha az stres yaşamasını sağlayarak bu süreçte daha az enerji harcamasına yardım eder. Termoregülasyonuna katkı sağlayarak hipotermiyi önler, nöromüsküler ve motor gelişimlerini olumlu yönde etkiler, ekstrauterin ortama uyumunu kolaylaştırır. Sırtüstü pozisyon ile birlikte uygulandığında ani bebek ölüm sendromu riskini azaltır, invaziv girişimlere bağlı gelişen ağrıyı azaltarak kalp tepe atımı ve oksijen saturasyonunu düzenlemeye yardım eder. (Erkut ve Yıldız, 2017; Nelson 2017).

Güvenli sarmala yöntemi ilk kez Türkiye de Yıldız ve diğ. (2017) tarafından Türkiye literatüründe kullanılmış, çalışmalarında doğru teknik ve yararlarından bahsedilmiştir. Ülkemizde aileler tarafından sıklıkla kullanılan halk dilinde “kundaklama” olarak ifade edilen uygulamanın yaygın kullanımına rağmen yarar ve zararları hakkında yeterli kanıt bulunmamaktadır. Sınırlı kanıt, kundaklama riskinin bebek yaşı ile arttığını ve ilişkili olduğunu ileri sürmekte 6 aydan büyük bebekler için iki kat risk teşkil ettiği bildirilmektedir. Bu konuda araştırma gereksiniminin öne çıkaracağı ve yenidoğan da etkilerinin yaşam bulgu değişimleri açısından takip edilebilmesinin literatüre katkı sağlaması beklenmektedir (Erkut ve Yıldız, 2017; Pease ve diğ., 2016).

Güvenli sarmalama ve bebek masajı her anne babanın rahatlıkla öğrenebileceği, ucuz, pratik, aileye ve bebeğe pek çok yararı olan uygulamalardır. Bu uygulamaların doğru kullanımlarının ve etkilerinin bilinmesi toplumsal olarak biyo-psiko-sosyal açılardan yararlı olacaktır (Erkut ve Yıldız, 2017; Erkut ve Yıldız, 2017).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma, kardiyovasküler cerrahi geçiren bebeklerde annenin uyguladığı masaj ve güvenli sarmalamanın bağlanma, öz etkililik ve yaşam bulgularına etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu randomize deneysel tasarımda gerçekleştirildi.

Bebek masajı ve güvenli sarmalama girişimleri ile,

- yoğun bakımda yatan bebeği olan annenin anne-bebek bağlanmasının artırılması,
- bebek bakımında annenin aktif rol alarak öz etkililiğinin artırılması,
- bebeğin rahatlatılarak ağrısının azaltılması ve yaşam bulgularının stabilizasyonu ile
- bebeğin ve annenin yoğun bakım sürecine uyumu artırılarak yatış gününün azaltılması amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1 (H₁): Anneleri tarafından güvenli sarmalama yöntemi uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin ağrı puanı kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 2 (H₂): Anneleri tarafından bebek masajı uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin ağrı puanı kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 3 (H₃): Anneleri tarafından güvenli sarmalama uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin yaşam bulguları kontrol grubuna göre daha stabildir.

Hipotez 4 (H₄): Anneleri tarafından bebek masajı uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin yaşam bulguları kontrol grubuna göre daha stabildir.

Hipotez 5 (H₅): Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine güvenli sarmalama yöntemi uygulayan annelerin anne bebek bağlanmaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 6 (H₆): Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine bebek masajı uygulayan annelerin anne bebek bağlanmaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 7 (H₇): Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine güvenli sarmalama yöntemi uygulayan annelerin öz etkililikleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 8 (H₈): Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine bebek masajı uygulayan annelerin öz etkililikleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 9 (H₉): Güvenli sarmalama yöntemi uygulanan bebeklerde yoğun bakım yatış süresi kontrol grubuna göre azdır.

Hipotez 10 (H₁₀): Bebek masajı uygulanan bebeklerde yoğun bakım yatış süresi kontrol grubuna göre azdır.

Hipotez 11 (H₁₁): Güvenli sarmalama yöntemi uygulanan bebeklerde uyku süresi kontrol grubuna göre daha uzundur.

Hipotez 12 (H₁₂): Bebek masajı uygulanan bebeklerde uyku süresi kontrol grubuna göre daha uzundur.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma verileri İstanbul S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri ile Süt Çocuğu Kliniğinde Aralık 2020 - Ocak 2022 tarihleri arasında toplandı. Araştırmacının belirtilen tarihlerde yoğun bakım sorumlu hemşiresi olarak görev yapması sebebiyle hafta içi her gün veri takibi ve kaydı yapılmıştır. 14 ve 8 yataklı 2 ayrı birimden oluşan toplam 22 yatağı olan 3. düzey pediatrik kvcybü'sinde 50 hemşire görev yapmaktadır. Her iki birim de Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)'na göre 3. düzey yoğun bakım kriterlerine uygundur. Birim içinde eğitim salonu mevcuttur. Birimde her 2 hastaya bir adet olmak üzere toplam 11 adet bilgisayar mevcuttur. Her birimin kendi yoğun bakım kayıt defteri bulunmaktadır. %98 doluluk oranı ile yılda ortalama 500- 650 bebek ve çocuğa açık kalp cerrahisi uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra girişimsel kalp kateterizasyonu uygulanan hastalar da yoğun bakımlarda izlenmektedir. 14 yataktan oluşan yoğun bakım 12 açık yatak ve 2 izolasyon odasından oluşurken, 8 yataklı diğer yoğun bakım 2 izolasyon adası ile duvarla

bölünmüş alanlardan oluşmaktadır. Açık yataklı kısımlarda daha çok yeni opere edilmiş entübe ve sedatize hastalar izlenirken, izole ve separe olan yataklarda extübe, annesini emen, noninvaziv ventilasyon gereksinimi olan bebek ve çocuklar izlenmektedir. Araştırmacı annelerle tanışma ve ilk eğitimlerini eğitim salonunda, sonraki eğitim ve uygulamalarını bir eğitim bir hasta başı uygulama şeklinde tamamlamıştır. Anket ve ölçeklerin ön testleri eğitim salonunda annelerle yüz yüze doldurulmuştur. Durumu uygun görülen bebekler Süt Çocuğu Kliniğine(servis) çıkarılmış ve taburculuk öncesinde anneler tekrar yoğun bakım eğitim salonuna davet edilerek son testler de burada araştırmacı gözleminde tamamlanmıştır. Eğitim salonunda eğitimler yalnızca eğitimi alan anne ve araştırmacı olacak şekilde uygulanmıştır. Hasta başı eğitim ve uygulamalar yoğun bakım içinde, hasta başında, openbad yataklarda paravan kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Yaşam bulguları istenilen sıklıklarda veri hafızası olan hasta monitörlerine kaydedilmiştir. Her hastanın hemşire izlem kağıtları (balans), ağrı ve ödem gibi skorlama sistem girişleri yapılabilmektedir. Bebeklerde cerrahi sonrası yoğun bakım yatış günü patolojiye göre değişmekle birlikte ortalama 4 gün ile 3 hafta arasındadır. Tedavi sonrası durumu uygun görülen bebekler süt çocuğu servisine transfer edilmektedir. Taburculuk sırasında yoğun bakıma tekrar gelemeyeceğini ifade eden annelerin son testleri ise Süt Çocuğu Kliniğine gidilerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Süt çocuğu servisi 1. düzey 32 yataklı, 16 hasta odasından oluşmaktadır. Burada uygulanan son testler hastanın odasında uygulanmıştır. Her odada masa sandalye, TV, buzdolabı, tuvalet ve dolap bulunmaktadır. Bu birimde son testler dışında herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini Aralık 2020 - Ocak 2022 tarihleri arasında, İstanbul S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri ile Süt Çocuğu Kliniğinde takip, tedavi ve bakım alan ve kardiyovasküler cerrahi geçiren bebekler ve bu bebeklerin anneleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini; araştırmanın tanımlanan tarih aralığında açık kalp ameliyatı sonrası yoğun bakıma alınan, araştırmaya katılması ebeveynleri tarafından onaylanan ve dâhil etme kriterlerine uyan toplam 36 bebek oluşturdu. Örneklemi oluşturan 36 bebek güvenli sarmalama, bebek masajı ve kontrol gruplarına randomize olarak atandı.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için Sample Size Calculator programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda $\alpha = 0,05$ düzeyinde, standardize etki büyüklüğü için daha önce yapılmış Heo ve arkadaşlarının randomize kontrollü yoğun bakım ünitesinde geliştirdikleri ebeveyn katımlı program etkililiğinin yenidoğan büyümesi ve maternal bağlanma üzerine etkisi konulu çalışmalarından Grup 1 3.65 ± 0.2 Grup 2 3.88 (mean), Alfa 0.05, Power %80 Enrollmentratio 1 alınarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü α ile 0,65 tahmini etki büyüklüğü için 0,80 teorik güç ile minimum örneklem hacmi 12 bebek masajı, 12 güvenli sarmalama ve 12 kontrol grubu olmak üzere toplamda 36 kişi olarak belirlenmiştir (Heo ve diğ., 2019).

Şekil 1: Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için kullanılan program ekran görüntüsü

Study Group Design

Two independent study groups (vs. One study group vs. population)

Two study groups will each receive different treatments.

Primary Endpoint

Continuous (means) (vs. Dichotomous (yes/no))

The primary endpoint is binomial - only two possible outcomes. Eg. mortality (dead/not dead), pregnant (pregnant/not)

Statistical Parameters

Anticipated Means

Group 1: 3.65 ± 0.2
Group 2: 3.88
Mean

Type I/II Error Rate

Alpha: 0.05
Power: 80%

Enrollment ratio: 1

Reset Calculate

RESULTS

Continuous Endpoint, Two Independent Sample Study

Sample Size	
Group 1	12
Group 2	12
Total	24

Study Parameters	
Mean_group 1	3.65
Mean_group 2	3.88
Alpha	0.05
Beta	0.2
Power	0.8

(<https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>, Erişim tarihi: Aralık 2020)

Araştırmada bilgisayar destekli randomizasyon kullanılmıştır. Gruplar (1.Grup Güvenli Sarmalama, 2.Grup Bebek Masajı ve 3. Grup Kontrol Grubu olacak şekilde), her grup bilgisayarlı randomizasyon yapılarak belirlenmiştir.

Çalışmayı kabul eden tüm annelere araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgi verilmekte, kabul edenlerin tümünden anne- bebek ön değerlendirme formu bilgileri ve ön

testler; Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (EÖYÖ) Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği kardiyovasküler cerrahi sonrası ilk yoğun bakım yatış gününde annelere uygulanmıştır. Bebekler dahil etme kriterlerine uyduğunda gruplarına göre uygulamalar yapılmış, verileri kayıt altına alınmıştır.

Tablo 3. 1: Bilgisayarlı randomizasyon ile belirlenen gruplar

Gruplar	Randomizasyon
Güvenli sarmalama grubu (1-12. bebek ve annesi):	33, 35, 17, 1, 23, 5, 18, 25, 13, 22, 15, 14
Bebek masajı grubu (13-24. bebek ve annesi):	11, 36, 10, 2, 21, 16, 30, 32, 29, 12, 3, 28
Kontrol grubu (25-36. bebek ve annesi):	24, 8, 7, 34, 20, 26, 27, 19, 31, 9, 6, 4

(<https://www.randomizer.org/> Erişim Tarihi 14.01.2021).

3.5. ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ

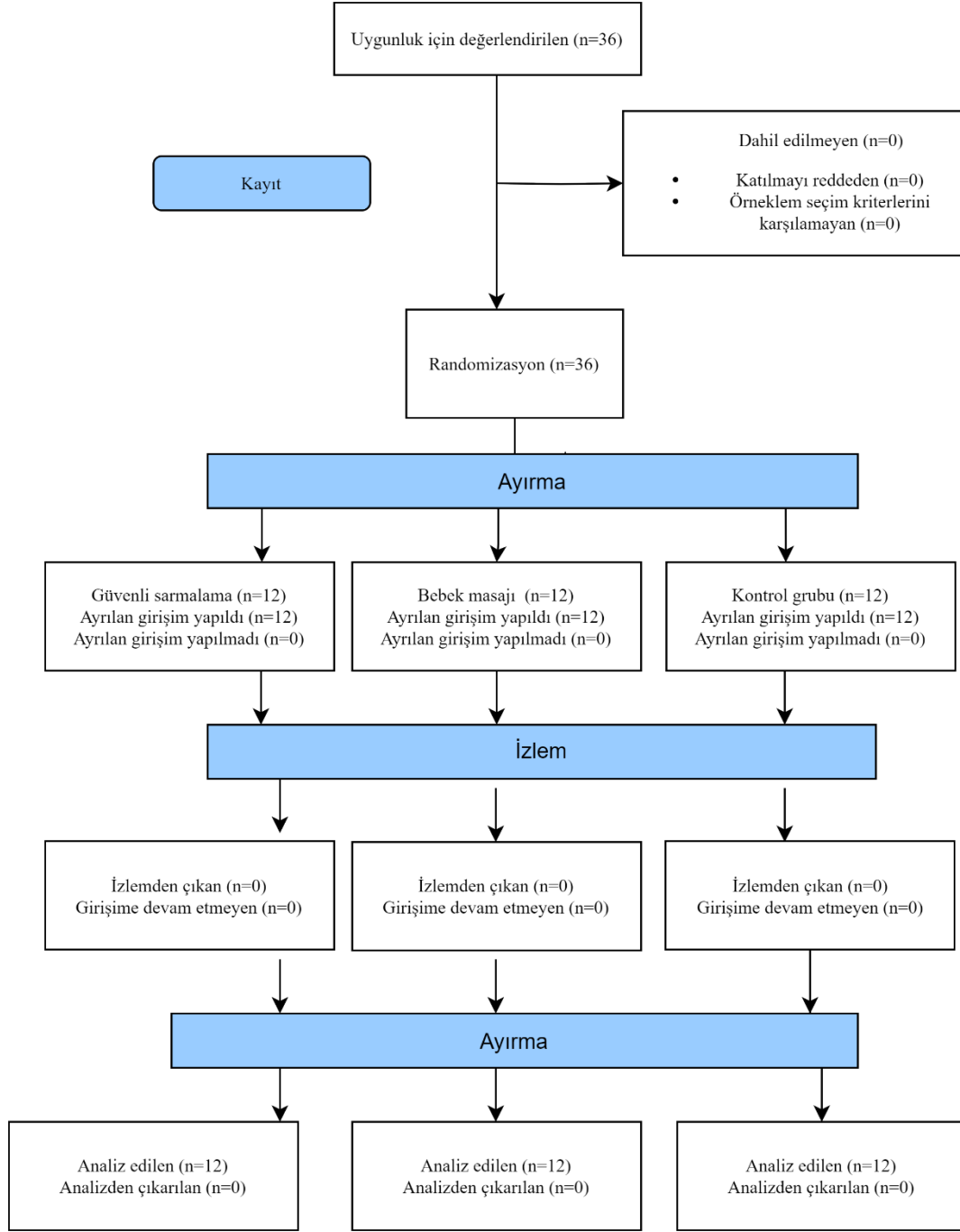
- Term doğan
- KVC operasyonu geçirmiş ve sternatomili olan
- Pediatrik KVC yoğun bakımda yatan
- Extübe olan
- Annesi refakatinde izlenen
- Annesi tarafından emzirilebilen
- Enteral beslenebilen
- Aritmi izlenmeyen
- Pıhtılaşma faktörleri normal sınırlarda izlenen
- HES kodu ‘Riskli Değil’ veya PCR sonucu ‘Negatif’ bebek ve annesi olan
- Annesi araştırma kapsamındaki eğitim ve uygulamayı kabul eden bebekler.

3.6. ÖRNEKLEM DIŞLAMA KRİTERLERİ

- HES kodu ‘Riskli’ veya PCR sonucu takip sırasında“Pozitif” bebek ve annesi olan
- Ani kilo kaybı olan veya akut gastrointestinal sistem problemi gelişen
- Kanama riski gelişen ve beslenemeyen (şilothorax vb. olan) bebekler
- Reentübasyon riskli, solunum sıkıntısına giren extübe olan bebekler
- Annesi çeşitli sebeplerle yanından ayrılan bebekler.

Araştırmanın CONSORT Akış Diagramı **Şekil 2**’de verilmiştir.





Şekil 2: CONSORT Akış Diyagramı

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri elde edilirken; “Anne-Bebek Ön Değerlendirme Formu (Ek 1)”, “Bebek İzlem Formu (Ek 2)”, “Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (Ek 3)”, “Maternal Bağlanma Ölçeği (Ek 4)”, Neonatal Postoperatif Ağrı Ölçüm Skorlaması - CRIES Ağrı Ölçeği, bebeklerin yaşam bulguları takiplerinde hasta başı monitörler, uyku ve uygulama sürelerini saptamak için dijital saat, vücut sıcaklığı ölçümünde dijital temassız vücut sıcaklığı ölçer kullanıldı.

3.7.1. Anne-Bebek Ön Değerlendirme Formu

Araştırmada anne-bebek ön değerlendirme formu araştırmacı ve danışman tarafından literatür çerçevesinde geliştirilmiştir (Ek 1). Formda aile tanıtıcı bilgiler, ön tıbbi tanı ve öyküsü, alışkanlıklar, anne ve gebeliğe ait bilgiler, gebeliğin şekli, gebeliğin süresi, doğum ağırlığı, bu gebelik için fetüs sayısı, annenin önceki gebelikleri, annenin gebelikteki izlem sayısı, doğum şekli, bebekte belirlenen sorunlar, beslenme ve emzirme ile ilgili özelliklerle ilgili sorular yer almaktadır.

3.7.2. Bebek İzlem Formu

Bebek izlem formu araştırmacı ve danışman tarafından literatür çerçevesinde geliştirilmiş bir takip tablosudur (Ek 2). Tabloda bebeğin adı soyadı, grubu, extübasyon günü, ağrı düzeyi, kan basıncı, kalp atım hızı, satürasyon, solunum sayısı, vücut sıcaklığı ve ödem varlığı, uygulama sayısı, uyku süresi ve ek notlar bölümleri yer almaktadır. Tüm veriler aşağıda belirtilen sıklıkla değerlendirilmiş ve ortalama değerler araştırmacı tarafından Excel formatında hesaplanmıştır.

"Uygulama Öncesi 1-2 dakika"

"Uygulama Öncesi 5 dakika ortalama"

"Uygulamanın ilk 1-2.Dakikası"

"Uygulama Sırası 45 Dakika ortalama"

"Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce"

"Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama"

"Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika" aralıklar ile veriler kaydedilmiştir.

Bebeğin adı soyadı; formda sol üst köşede belirtilmiş olup, bebeğin kimliği henüz alınmamış veya kurum kayıtlarına ulaştırılmamış ise örneğin “Bebek Göksu” anne soyadı ile ismi tanımlanmıştır.

Bebek izlem formunda bebeğin hangi grupta olduğu bilgisayarlı randomizasyon ile belirlenmiştir. Ait olduğu bebek masajı, güvenli sarmalama veya kontrol grupları ile kaçınıcı bebek olduğu formun sol üst köşesinde belirtilmiştir.

Extübasyon günü bebeğin post op kaçınıcı günde extübe edildiğini tanımlamaktadır. Yoğun bakım yatış gününün akciğer ödemi, sternum açık olma, bebeğin ECMO (Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu) da izlenmesi gibi cerrahi nedenlere bağlı uzayabilmektedir. Yoğun bakım yatışı bebek masajı ve diğer uygulamaların yapılabileceği extübasyon gününden itibaren değerlendirilmiştir.

Ağrı düzeyi bebeklerin tamamının cerrahi geçirmesi ve çoğunluğunun yenidoğan olması, çalışmanın yürütüldüğü klinikte de tercih edilen ağrı skalalarından biri olması sebepleriyle Neonatal Postoperatif Ağrı Ölçüm Skorlaması - CRIES Ağrı Ölçeği tercih edilmiştir. Ölçek ayrı bir başlıkta ele alınmıştır.

Kan basıncı, kalp atım hızı, satürasyon, solunum sayısı bulguları planlanan sıklıklarda bebeklerin izlendiği yoğun bakımlarda hasta başı demirbaş Nihon Kohden BSM-2354A ve Nihon Kohden Life Scope VS BSM-3000 serisi mevcut iki çeşit invaziv ve noninvaziv 7 parametre izlenebilen monitörlerle takip ve kaydedilmiştir. Tüm cihazların kalibrasyonunun eksiksiz olmasına özen gösterilmiştir.

Vücut sıcaklığı ölçüm özelliği hasta başı monitörlerde olmasına karşın bebeklere daha az yabancı madde ile müdahale etmek hedeflendiğinden klinikte de kullanılan İnfrared Temassız Alından Dijital Ölçer Thermometer kullanılarak ölçümler gerçekleştirilmiştir.

Ödem varlığı bebeğin tüm vücutta özellikle göz kapaklarında, yüz, el-ayak sırtında ve tibiada değerlendirilmiş olup, gode bırakan ödem gözlenmemiştir.

Uygulama sayısı, bebeğe extübasyon gününden itibaren uygulanan bebek masajı ve güvenli sarmalama girişimlerini ifade etmektedir. Her uygulamanın adeti ve süresi kaydedilmiştir. Kontrol grubunda uygulama sayısı ise; extübasyondan sonra annenin yoğun bakımda bebeğin toplam yanına giriş sayısını ifade etmektedir. Bu grupta annelere rutin yoğun bakım takip tedavi, bakımları eğitim ve uygulamaları dışında herhangi bir eğitim verilmemiştir.

Uyku süresi her uygulamadan sonra bebeğin kesintisiz uyuduğu süreyi ifade etmektedir. Toplam uyku süreleri uygulama sayısına bölünerek uygulama sonrası ortalama uyku süreleri belirlenmiştir.

3.7.3. Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği

Yaşamın ilk aylarında bebeklerine ebeveyn rollerindeki yetkinlikleriyle anne-babaların ebeveyn öz yeterlik algılarını belirlemek amacıyla Kılıçaslan (2007) tarafından geliştirilmiş 18 maddeden oluşan, 5’li likert tipinde bir ölçektir (Ek 3). Uygun ebeveynlik davranışlarıyla ilgili bilgiye sahip olmanın yanında, söz konusu davranışları etkin bir şekilde yerine getirme konusunda kişinin kendi becerilerine olan güveni de kastedilmektedir. Maddelerin içeriği Bandura’nın öz yeterlik ile ilgili görüşlerinden yola çıkılarak Kılıçaslan tarafından Bandura (1977) ve alana ait literatür gözden geçirilerek oluşturulmuş ve son hali verilmiştir. 5 boyuttan oluşmaktadır. Boyut 1 (5 madde: 11,12,13,16,18): ihtiyaçların karşılanması, boyut 2 (4 madde: 1,5,6,9): ebeveyn yetkinliği, boyut 3 (4 madde: 2,4,10,17): rahatsızlığı giderme, boyut 4 (3 madde: 7,8,15): hastalıkla başa çıkabilme, boyut 5 (2 madde: 3, 14) sosyal etkileşimdir. En düşük puan 18, en yüksek puan 90 arasında değişmektedir. “Tamamen Katılıyorum=5”, “Katılıyorum=4”, “Kararsızım=3”, “Katılmıyorum=2” ve “Kesinlikle Katılmıyorum=1” şeklinde puanlanmaktadır. Alt boyut 2 madde 9 ters puanlanmaktadır. Yüksek puan öz yeterliliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Tablo 3.2’de ölçekte ve çalışmamızda ve EÖYÖ Cronbach Alpha değerleri verilmiştir.

Tablo 3. 2: Ebeveyn özyeterlik ölçeği iç tutarlık katsayıları

Cronbach Alpha (r)	Ebeveyn Özyeterlik Ölçeği
Kılıçaslan (2007)	0.85
Çelik Ön test (2023)	0.76
Son test	0.78

3.7.4. Maternal Bağlanma Ölçeği

Maternal Bağlanma Ölçeği-MBÖ (Maternal Attachment Inventory, MAI) 1994 yılında Muller tarafından literatür doğrultusunda doğum sonu anne bebek adaptasyonu ve bağlanmasını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek sevgiyi ifade eden anne duygu ve davranışlarını ölçmektedir (Ek 4). Müller ölçeği ilk kez doğum sonu bebeği 30-40 günlük olan daha sonra bebeği 4. ayda ve 8. ayda olan annelerle uygulamıştır. Sonuçta ölçek 26 madde olarak son halini almıştır. Ölçek 4’lü likert tiptedir. Her zaman (a)= 4 puan, sık sık

(b)=3 puan, bazen(c)=2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek olan en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. Ölçek Kavlak ve Ahsen (2004)'in çalışmalarında Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak uyarlanmış, Cronbach Alpha değerleri 1. Ayda 0,77; 4. Ayda 0,82 olarak bildirilmiştir.

Tablo 3. 3: Maternal bağlanma ölçeği iç tutarlık katsayıları

Cronbach Alpha (r)	Uygulama Zamanı	Maternal Bağlanma Ölçeği
Muller (1994)	30-40 gün	0.85
	4. ay	0.76
Çelik (2023)	Ön test	0.75
	Son test	0.81

3.7.5. Neonatal Postoperatif Ağrı Ölçüm Skorlaması - CRIES Ağrı Ölçeği

Neonatal Postoperatif Ağrı Ölçüm Skorlaması - CRIES Ağrı Ölçeği (Neonatal Postoperative Pain Measurement): Krechel ve Bildner (1995) tarafından geliştirilmiş olup, 32. haftanın üzerindeki bebeklerde ameliyat sonrası dönemde fizyolojik ağrı yanıtlarını ölçmede kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 10'dur. Değerlendirilen puan 4 ve üzerinde ise ağrıyı azaltmak için girişim gerekmektedir (Eroğlu ve Arslan, 2018).

- Ağlama (Crying): Yok=0, Yüksek sesle=1, Durdurulamaz ağlama= 2
- Oksijen Gereksinimi (Requires Oxygen Saturation): Yok=0; < %30=1; >%30=2
- Yaşam Bulgularında Artış (Increased Vital Signs): Artış %10'a kadar=0; Artış %11-20'ye kadar=1; Artış %21'den fazla=2
- Görünüm (Expression): İyi=0, Yüz buruşturma=1, Yüz buruşturma, inleme=2
- Uykusuzluk (Sleeplessness): Yok=0, Sık uyanır=1, Sürekli uyanık=2 olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında her uygulamada "uygulama öncesi 1-2. dakika", "uygulama öncesi 5. dakika ortalama", "uygulamanın ilk 1-2. dakikası", "uygulama sırası 45. dakika ortalama", "uygulama sonlanmadan 1-2 dakika önce", "uygulama sonrası 5. dakika ortalama", "uygulamadan hemen sonra 1-2. dakika" aralıklar ile veriler bebek izlem formuna kaydedilmiştir.

3.8. UYGULAMA PLANI

Araştırma örneklem seçim kriterlerine uyan bebeklerin ebeveynlerine Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu aracılığıyla araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındı. Veriler araştırmacı tarafından toplandı. Tüm gruplarda için benzer uygulamalar yapıldı. Çalışmamızda uygulanan yöntem 5 başlıkta incelendi.

3.8.1. Ön Değerlendirme ve Ön Testlerin Uygulanması

Bilgisayarlı randomizasyon yapılarak belirlenen 36 bebeğin annelerine (12 Kontrol Grubu, 12 Bebek Masajı ve 12 Güvenli Sarmalama grubu olacak şekilde) çalışma içeriği anlatıldı. Annelere yoğun bakım bilgilendirmesi sonrasında veya telefon edilerek yoğun bakıma çağırılarak ulaşıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerin tümünden anne-bebek ön değerlendirme formu bilgileri yüz yüze görüşme tekniği ile alındı. Ön testler (Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (EÖYÖ) Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği) kardiyovasküler cerrahi sonrası ilk yoğun bakım yatış gününde annelere yoğun bakım eğitim salonunda uygulandı. Her iki ölçek de aynı gün uygulanmıştır. Ön testlerin uygulandığı gün bebek yaşlarının ortalama $12\pm4,14$ gün olduğu görülmüştür. Bebeklerin tamamı solunum cihazından ayrıldıktan sonra dahil etme kriterlerine uygun stabil izlediklerinde gruplarına göre eğitim ve uygulamalar yapıldı, veriler kaydedildi.

3.8.2. Bebek Masajı Grubunun Uygulanması

Anne-bebek ön değerlendirme ve ön testleri tamamlandıktan sonra bebek masajı grubunda olan anneler ile eğitim ve uygulama planı oluşturuldu. Bebeği entübe olan anneler eğitim uygulamalarını sağlık eğitimleri için uygun gerçeğe yakın görünümlü oyuncak bebek üzerinde uyguladılar (Şekil 3). Bebek masajı Uluslararası Bebek Masajı Derneği “IAIM (International Association of Infant Massage) Bebek Masajı Ebeveyn Programı” çerçevesinde ebeveynler için el kitabı ve eğitmenler için rehber çerçevesinde düzenlenmiştir (McLure 2017). Bebek masajı uygulamaları için öncelikle 5 ayrı 45 dakikalık eğitim ve uygulama programı ile annelere eğitim verilmiştir. Eğitim planı Tablo 3.4’ te gösterilmektedir.



Şekil 3: Eğitim materyali oyuncak bebek

Annelere öncelikle yoğun bakım eğitim salonunda bebek masajının ilgili bölümünün eğitimi ebeveyn rehberi eşliğinde oyuncak bebek ile demonstre edilerek anlatıldı. Bebeği 5 günden erken extübe ve bebek masajı için uygun olan bebeklerle eğitim programını sürdürürken anne ve bebeğinin isteği doğrultusunda bebek masajı anneler tarafından başlatıldı ve bebekleri servise çıkıncaya kadar uyguladı. Her uygulama verisi kaydedildi. Bebeği 5 günlük eğitim programı ve sonrasında entübe olan anneler, bebekleri extübe olduktan sonra bebek masajı uygulaması yaptılar. Yapılan uygulama verileri kaydedildi. Eğitim sonrası tüm bebek masajı uygulamaları yoğun bakımda bebeklerin kendi Panda marka yoğun bakım yenidoğan ısıtıcılı açık yatağında uygulandı. Mahremiyet için uygulamalar sırasında paravan kullanımına özen gösterildi. Anne her yoğun bakıma alındığında bebeğinin davranışlarını değerlendirdi ve kendi karar verdiği süre ve teknik ile araştırmacı eşliğinde bebeğine bebek masajı uyguladı. Bebeği servise çıkıncaya kadar uygulama sürdürüldü. Veriler araştırmacı tarafından Excel formatında kaydedildi.

Tablo 3. 4: Bebek masajı eğitim planı

Bebek masajı tekniği	1.Gün	2. Gün	3. Gün	4.Gün	5.gün
Bebğin davranışlarını değerlendirme	+				
Bacaklar ve ayaklar	+	+			
Mide ve göğüs		+	+		
Sırt ve yüz			+	+	
Eller ve kollar				+	+
Gaz için masaj ve esneme					+

*Her eğitim 45 dakikadır. Her eğitim 20 dakika teorik 30 dakika pratik uygulamayı içerir.

Bu grupta %100 doğal içeriğe sahip, doğal hammaddeler kullanmış, yenidoğan bebek ciltlerinde kullanılabilir özellikte, ürünün içeriğinde ailenin tercih ettiği; doğal zeytin yağı veya tatlı badem yağı kullanılmış olan, paraben, ftalat ve petrokimyasal, SLS, SLES gibi kimyasallar içermeyen, cildin derinlemesine nemlenmesini sağlayan ve kuruluştan dolayı oluşan pul pul dökülmelere karşı etkili olan, 50 veya 100 ml şişeler halinde bulunan, yapay koku veya boya içermeyen organik sertifikalı ürünler kullanılmıştır (Reis ve Sipahi, 2021). Masaj için kullanılan yağlar belirlenen özelliklerde olmak koşulu ile anne isteği doğrultusunda annenin tedarik ettiği veya araştırmacının bütçesinden karşılanarak tedarik edilmiştir.

3.8.2.1. Uygulanan Bebek Masajı Teknikleri

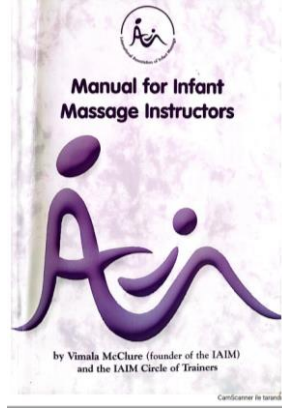
1. Bebeğin davranışlarını değerlendirme: Burada bebeğin uyanık olduğu dönemde masaj için anne bebek iletişiminin başlatılması ve masaj eylemine geçişi sağlamak amaçlanmıştır. Anneler ve babalar bebeklerinin uyku ve uyanıklık durumlarını değerlendirme ve süreci yönetmede önemli role sahiptirler. Her bebeğin uyku ve uyanık durumuna geçişi farklılık gösterebilmektedir. Ailelerin bu geçişleri anlayıp bakım ve uygulamalarda bebeklerini desteklemeleri önemlidir. Süt çocuklarında tanımlanan beş ayrı uyku ve uyanıklık durumu; derin uyku dönemi, aktif uyku dönemi, uyanık ve sessiz durma dönemi, aktif uyanıklık dönemi ve ağlama dönemlerinden oluşur. Bu durumlardan uyanık ve sessiz durma dönemi bebek masajı için en ideal durumdur. Bu aşama bebeğin tamamen uyanık, gözlerinin açık, dikkatini odaklayabildiği, çevresine karşı alıcı, solunumu düzenli, stabil ve huzurlu durumunu koruyabildiği aşamadır (Yılmaz ve Gürakan, 2002; McLure 2017). Annelerin bebeklerini gözlemleyip uyanıklık ve sessiz durma döneminde bebeklerinden sözel olarak bebek masajı uygulamak için izin istemeleri sağlandı. Anneler bebekleri ile göz iletişimi kurarak ayak ucu, ellerin ucu gibi vücuduna

merkezden uzak kısımlardan başlayarak dokundular. Bebeğin durumunu korumasına göre durgun dokunuştan bebek masajı dokunuşlarına geçtiler. Masaj için bebeğin bacaklar, kollar, karın gibi çeşitli bölgelerine küçük dokunuşlar yaptılar. Bebeğin durumunun değişmemesine göre masaj bölgesini ve süreyi bebekle birlikte kendileri belirlediler. Tüm veriler araştırmacı tarafından bebek izlem formuna kaydedildi.

2. Bacaklar ve ayaklar için bebek masajı: Annelerin bebeğinden izin aldıktan sonra ellerini yan yana kitap sayfası şeklinde bebeğin göğüs kafesine koyarak dokunarak iletişimi başlatmaları sağlandı. Anneler hint sağma, sıkı tutma ve kaydırma, başparmaklar ile gidip gelme, ayak parmaklarının yuvarlanması, ayak topuğuna bastırma, başparmaklar ile bastırma, ayağın üstü, ayak bileğindeki yuvarlak kemik, isveç süt sağma, yuvarlama, kalçanın rahatlatılması ve bütünselleşme hareketlerini sıra ile bebeğin izin verdiği kadar uyguladılar. International Association of Infant Massage telif hakları sebebiyle fotoğraf verilmemiştir (Mclure 2017).
3. Mide ve göğüs için bebek masajı: Annelerin bebeğinden izin aldıktan sonra ellerini yan yana kitap sayfası şeklinde bebeğin göğüs kafesine koyarak dokunarak iletişimi başlatmaları sağlandı. Su çarkı a, su çarkı b, başparmaklar yanlara doğru, güneş ve ay, seni seviyorum ve yürüme hareketlerini mide bölgesinin rahatlatılması için sıra ile bebeğin izin verdiği kadar uyguladılar. Göğüs bölgesinin masajı için ellerin konulmasından sonra, açık kitap, kelebek ve bütünselleşme hareketlerini sıra ile bebeğin izin verdiği kadar uyguladılar (Mclure 2017).
4. Sırt ve yüz için bebek masajı: Annelerin bebeğinden izin aldıktan sonra ellerini yan yana kitap sayfası şeklinde bebeğin göğüs kafesine koyarak dokunarak iletişimi başlatmaları sağlandı. Geri ve ileri, boyundan kalçaya doğru süpürme, boyundan ayaklara doğru süpürme, sırtta daireler, tarak hareketleri sırt bölgesini rahatlatmak için sıra ile bebeğin izin verdiği kadar anneler tarafından uygulandı. Açık kitap, gözlerini rahatlatma, burun köprüsüne doğru yüz kemiklerinin altı, üst dudak ile gülümseme, alt dudak ile gülümseme, çeneyi rahatlatma, kulakların arkası ve çenenin altına masaj hareketleri yüz bölgesini rahatlatmak için sıra ile bebeğin izin verdiği kadar anneler tarafından uygulandı (Mclure 2017).

5. Eller ve kollar için bebek masajı: Annelerin bebeğinden izin aldıktan sonra ellerini yan yana kitap sayfası şeklinde bebeğin göğüs kafesine koyarak dokunarak iletişimi başlatmaları sağlandı. Koltukaltı çukuru, hint sağma, sıkma ve kaydırma, avuç içi ve kaydırma, el üstü, el bileğinin yanındaki yuvarlak kemik, isveç süt sağma, yuvarlama ve bütünselleşme hareketleri eller ve kolların rahatlatılması için sıra ile bebeğin izin verdiği kadar anneler tarafından uygulandı (Mclure 2017).
6. Gaz için masaj ve esneme: Annelerin bebeğinden izin aldıktan sonra ellerini yan yana kitap sayfası şeklinde bebeğin göğüs kafesine koyarak dokunarak iletişimi başlatmaları sağlandı. Su çarkı, dizler yukarı, rahatlatan dokunuş, güneş ve ay, düzler yukarı, rahatlatan dokunuş hareketleri kolik/gaz ağrıları için rahatlatma amaçlı sıra ile bebeğin izin verdiği kadar anneler tarafından uygulandı. Bu masajın karın ağrısı, gaz, kabızlık ya da kolik durumunda günde 2-3 kez 5-10 dakika uygulanmasının önerildiği annelere anlatıldı. Kolları çapraz yapma, çapraz kollar ve bacaklar, çapraz bacaklar, yukarı ve aşağı, bisiklet hareketleri esnetme amaçlı sıra ile bebeğin izin verdiği kadar anneler tarafından uygulandı (Mclure 2017).

Bebek masajı grubundaki annelere Uluslararası Bebek Masajı Derneği “IAIM (International Association of Infant Massage) Manual for Infant Massage Instructors – bebek masajı uzmanları için rehber (Şekil 4) çerçevesinde eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası annelere masaj sırasında faydalanmak üzere rehber içeriğinde bulunan Ebeveynler için el kitabı (Şekil 5) verilmiştir. Uygulanacak masaj bölgelerinin seçiminin annenin ve bebeğin istekleri doğrultusunda şekillenmesi sağlanmıştır. Masajın bir defada(45 dakika) tercih edilen iki bölgeye (örneğin kollar ve bacaklar gibi) yapılması önerilmiştir. Rehber içeriği telif hakları sebebiyle verilmemiştir.



Şekil 4: Bebek masajı uzmanları için rehber



Şekil 5: Ebeveynler için el kitabı

3.8.3. Güvenli Sarmalama Grubunun Uygulaması

Anne-bebek ön değerlendirme ve ön testleri tamamlandıktan sonra güvenli sarmalama grubunda olan anneler ile eğitim ve uygulama planı oluşturuldu. Güvenli sarmalama eğitimleri yoğun bakım eğitim salonunda araştırmacı tarafından yüz yüze verildi. Bebeği entübe olan anneler eğitim uygulamalarını sağlık eğitimleri için uygun, gerçeğe yakın görünümlü oyuncak bebek üzerinde uyguladılar (Şekil 3). Bebekleri extübe olduktan sonra ve her yoğun bakıma girişlerinde, bebeklerinin gereksinimleri karşıladıktan sonra annelerin güvenli sarmalama yöntemi uygulamaları araştırmacı tarafından sağlandı. Yöntem anneler tarafından ortalama 3-5 dakikada uygulandı. Yöntem için araştırmacı tarafından tedarik edilen Babyjem penye kundak 0-3 ay hazır bebek uyku tulumları veya bebeğe uygun boyutta penye bebek örtüleri kullanıldı (Şekil 6). Sarmalanan bebeklerin kolları göğüs hizasında çapraz pozisyonda hareket edebilecek gevşeklikte sabitlendi. Bebeklerin ayakları ve dizlerinin rahatça fleksiyon yapabilmesi sağlandı. Kirlenen malzemeler yoğun bakım çamaşır yıkama ve kurutma makinesi kullanılarak temizlendi. Güvenli sarmalama uygulama sıklığı kararını

anneler her yoğun bakıma girdiklerinde değerlendirdiler. Annelerin güvenli sarmalama uygulama sıklığı ve süresi araştırmacı tarafından bebek izlem formuna veri toplama araçlarında belirtildiği aralıklarla kaydedildi. Tüm uygulamalar yoğun bakımda bebeklerin temel gereksinimleri ve bakımları karşılandıktan sonra yapıldı (emzirme, gaz çıkarma ve bez değişimi, postüral drenaj, nazotrakeal aspirasyon vb. işlemlerinden sonra) (Erkut ve Yıldız, 2017).



Şekil 6: Güvenli sarmalama için kullanılan penye örtü

Bu grupta %100 penye kumaştan üretilen, cırtlari sayesinde bebeğin bedenine göre ayarlanabilir ve tam uyum sağlayan, renk çeşitleri bulunan, kolay kullanım özelliği olan, term yenidoğan bebeklere uygun olan, tek parça bebek cildine zarar vermeyen nitelikli bebek uyku tulumu/penye kundak kullanılmıştır. Kullanılan her uyku tulumu yoğun bakımda belirtilen koşullarda bebeğe özel olarak kullanılmıştır. Yıkanmasında parfümsüz, enzim ve beyazlatıcı içermeyen, boyasız, çevre dostu (biyodegradable; bakterilerle ayrışabilen) ve sıvı olmasına dikkat edilmiştir. Yumuşatıcılar kullanılmamıştır (Erkut ve Yıldız, 2017; Örün, 2015; Ünal, 2009).

3.8.4. Kontrol Grubunun Uygulaması

Kontrol grubu annelerine standart yoğun bakım eğitimi dışında herhangi bir eğitim verilmemiştir. Bu gruptaki anneler bebekleri extübe ve stabil olduktan sonra bebek her ağladığında diğer gruplarda olduğu gibi telefon ile davet edilmiş ve yoğun bakıma alınmıştır.

Anneler bebekleri ile iletişim kurma, emzirme veya besleme, gaz çıkarma, bez kontrolü ve değişimi, postüral drenaj, pozisyon değiştirme gibi bebeğin ihtiyaçları karşıladıktan sonraki ilk 45 dakika verileri bebek izlem formunda belirtilen sıklıkta araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Bu grupta annelere ve bakım veren hemşirelerine herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Standart bakım prosedürleri ve anne bakımı izlendi. Annelerin bebeklerini rahatlatmak için çevresel uyaranları azaltmak (ışık söndürmek, perde çekmek, kendine ait bir nesne bırakmak (tülbentle gözlerini örtmek, mendil gibi), ninni söylemek veya telefonda müzik dinletmek ve kucağına almak gibi yöntemleri kullandıkları gözlemlendi.

3.8.5. Son Testlerin Uygulanması

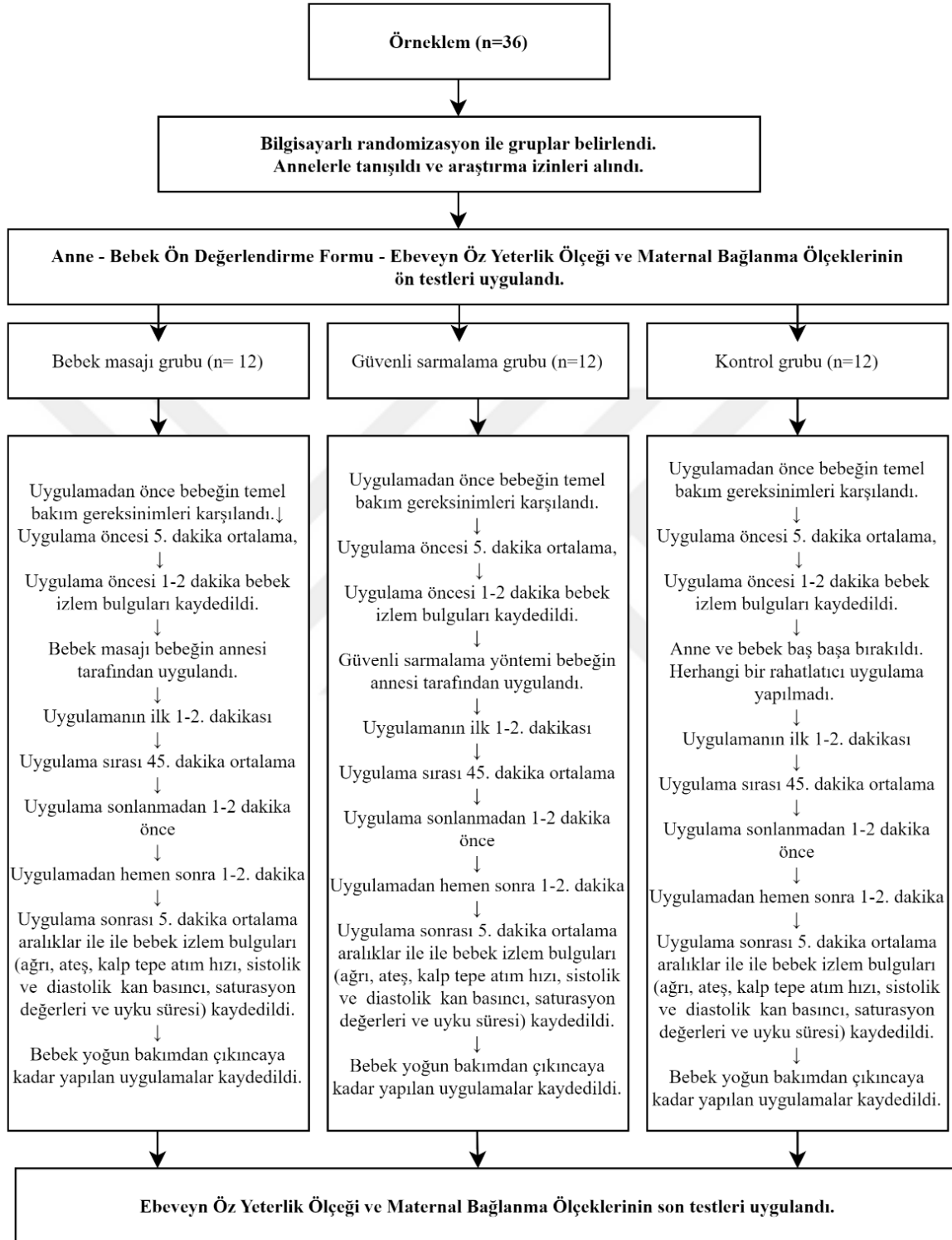
Son testler; Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (EÖYÖ) Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği anne bebek bağlanmasının yeni doğanlar da fizyolojik olarak ilk 1 ay içinde gerçekleşmesinin beklenmesi sebebiyle her bebek için 1. aya planlanmıştır. Serviste yatmakta olan bebeklerin anneleri dahili hattan yoğun bakıma davet edilmiştir. Yoğun bakım eğitim salonuna gelen annelerin son testleri burada tamamlanmıştır. Bebeğini başka refakatçisi olmadığından bırakamayacağını ifade eden annelere araştırmacı tarafından servise çıkılarak hasta odasında uygulanmıştır. Taburculukları gerçekleşmiş bebeklerde ise ilk 1. hafta kontrollerine geldiklerinde yoğun bakım eğitim salonuna davet edilmiş ve burada uygulanmıştır. Bu planlama ile son testler bebekler en az 32 günlükken uygulanmıştır (Kılıçaslan, 2007; Müller, 1994). Her iki ölçek de aynı gün uygulanmıştır. Son testlerin uygulandığı gün bebek yaşları kaydedilerek ortalama $41 \pm 8,07519$ gün olduğu görülmüştür.

Araştırmanın akış şeması **Şekil 7**'te yer almaktadır.

3.9. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; güvenli sarmalama yöntemi, bebek masajı ve anne eğitimi,

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; yaşam bulguları (kan basıncı, kalp atım hızı, saturasyon düzeyleri, solunum sayısı), Cries neonatal postoperatif ağrı ölçüm skorlamasından elde edilen puan ortalamaları, ebeveyn öz yeterlik ve maternal bağlanma ölçeklerinden elde edilen puan ortalamaları, yoğun bakım yatış süresi ve uygulama sonrası uyku süresidir.



Şekil 7: Araştırma akış şeması

3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analiz aşamasında frekans analizleri, tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizi, ki-kare ilişki testleri, ortalama karşılaştırma testleri ve korelasyon testleri uygulanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen bulgular 4 başlık altında sunulmuştur.

1. Analizin ilk aşamasında araştırma kapsamında kullanılan kategorik değişkenlerin frekans analizleri sunulmuştur. Frekans analiz bulgularından gruplara ait yüzde (%) ve frekans (f) değerleri birlikte verilmiştir. Daha sonra araştırma kapsamında kullanılan ölçüm puanların tanımlayıcı istatistik bulguları gösterilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerden ortalama (Ort), standart sapma (SS), minimum (Min), maksimum (Max), çarpıklık (Çarp) ve basıklık (Bas) değerleri hesaplanmıştır.
2. İkinci aşamada ön test ve son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ve maternal bağlanma ölçekleri için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis (çarpıklık ve basıklık) değerleri, uç değerlerin kontrolü ve Shapiro-Wilk (n=36) testi ile değerlendirildi. Örneklemenin normal dağılım göstermediği ve önemlilik düzeyi $p < .05$ olarak kabul edildi.
3. Üçüncü aşamada sayımla elde edilen ölçümlerin bir değişken yönünden karşılaştırmak için ki-kare ilişki testleri uygun istatistiksel yöntem olarak belirlenmiştir. Çapraz tablo hücrelerinin beklenen değerleri göz önünde bulundurulmuş ve Pearson ki-kare testi ve Fisher testi uygulanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, Mann-Whitney U testi, grup içi karşılaştırmalar Wilcoxon İşaret Sıra testi yaklaşımıyla elde edilmiştir.
4. Dördüncü aşamada ise elde edilen puanların grup içi ve gruplar arası karşılaştırmak için ortalama karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Gruplar arasındaki ilişkilerin yönünü ve şiddetini incelemek için spearman korelasyon testi kullanılmış, hipotez testleri, gruplara ait tanımlayıcı istatistiklerden ortalama ve standart sapma (ortalama $\pm$ standart sapma) değerleri birlikte verilmiştir. Çalışmada hata payı %5 olarak alınmış ve analizler SPSS 26 paket programı ve R-Project (R Core Team, 2022) programı kullanılarak yapılmıştır.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

Araştırmaya başlamadan önce Kurum İş birliği İzin Yazısı 280019228-508.01 Sayılı İzin İstanbul S.B.Ü Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 25.01.2021 tarihinde gerçekleştirilen Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu'ndan tez kurum izni alınmıştır.

Etik Kurul Kararı 06.06.2018 Tarih Karar no:100 tarihli karar İstanbul S.B.Ü Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 23.12.2020 tarihli izni ve İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu'nun 09.03.2021 tarih ve 2021/08 sayılı kararınca uygunluğu alınmıştır. Tez uygulamasına belirtilen tarih itibari ile başlanmıştır.

Araştırma uygulama ve kayıtlarına başlamadan önce ebeveynlere çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı onamları alındı. Bebeklere güvenli sarmalama ve bebek masajı uygulandı. Araştırmacı Uluslararası Bebek Masajı Derneği'nin 5 gün 40 saatlik bebek masajı sertifika eğitimine katılmıştır. Katılım sertifikası eklerde mevcuttur. Sertifikası bulunmayan kişiler tarafından yapılan bebek masajı uygulamasının zarar verme olasılığını göz önünde bulundurularak uygulama teknikleri, sıklık, süre ve şiddetine ilişkin detaylı açıklamalara araştırmada yer verilmedi.

Araştırmada kullanılan Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeğini geliştiren araştırmacı Ayşegül Kılıçaslan Çelikkol (2007)'dan e-posta yoluyla ölçek izin belgesi alınmış çalışmamız eklerinde tarafınıza sunulmuştur.

Araştırmada kullanılan Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanmasını literatüre kazandıran Kavlak ve Şirin (2009)'e e-posta yoluyla ölçek izin belgesi alınmış çalışmamız eklerinde tarafınıza sunulmuştur.

3.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

3.12.1. Güçlü Yönleri

- Literatür incelendiğinde, bebek masajı ve güvenli sarmalama yöntemlerinin ayrı ayrı çalışmalarda prematür veya matür herhangi bir hastalığı olmayan sağlıklı bebeklerde çalışıldığı görülmektedir. Konjenital malformasyonların en sık görülen tipleri içinde yer alan konjenital kalp hastalığı olan bebeklerde uygulanmış olan çalışmamızın yalnızca gelişim değil iyileşme süreçlerine de yeni tekniklerin eklenmesi açısından katkı sağladığı,
- Çalışmamızda eylemsel/pratik deneyimlerini literatür aksine sağlık çalışanı yerine bebeğin kendi annesinin uyguladığı bebek masajı ve güvenli sarmalamanın etkililiğini (effectiveness) değerlendirmeye sunmuş olması,
- Araştırmacının bebek masajı uygulaması konusunda sertifikalı ve 17 yıl neonatal, pediatrik ve yetişkin kalp hastalıklarında tecrübeli bir kardiyak yoğun bakım çalışanı ve sorumlusu olması,
- Çalışmamızda yanlılık riskini azaltmaya yönelik bilgisayarlı randomizasyonun kullanılmış olması, yoğun bakımdaki diğer hemşirelerin bebeklerin hangi grupta olduklarını bilmemeleri,
- Diğer nonfarmakolojik rahatlatıcı tekniklere kıyasla hasta bebeklerine annelerin dokunma yolu ile vücudun kendi kendini iyileştirme mekanizmalarını etkinleştirmeye, anne ve bebekte endorfin ve serotonin salgılatılması yoluyla çift taraflı iyi hissetmeyi arttırması,
- Annelerde bağlanma ve öz yeterlik düzeylerini arttırırken, bebeklerde yaşam bulguları, ağrı düzeyleri, yoğun bakım yatış gününü azaltmaya çalışarak, uyku kalitesini ve süresini arttırmaya çalışarak çoklu kazanım sağlıyor olması,
- Konu ile ilgili pek çok çalışma için literatür çeşitliliği sağlamasıdır.

3.12.2. Sınırlılıkları

- Çalışma bulgularının örneklem grubu ile sınırlı olmasıdır.

3.13. ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ SIRASINDA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

Araştırmanın uygulama tarihlerinde DSÖ tarafından küresel salgın olarak tanımlanan COVID-19 Pandemisinin olumsuz etkileri sebebiyle veri toplama ve kurum izin süreçleri uzamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları beş bölümden oluşmaktadır.

1. Anne ve bebeğin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Bebeğin fizyolojik izlemine ilişkin bulgular,
3. Ebeveyn öz yeterliğe ilişkin bulgular,
4. Maternal bağlanma ilişkin bulgular,
5. Ebeveyn öz yeterlik ve maternal bağlanma ile ilişkili değişkenler arasındaki ilişkilerden oluşmaktadır.

4.1. Anne ve Bebeğin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde anne/baba yaş, eğitim durumu, ekonomik gelir, gebelik planı, bebekteki sorunun doğum öncesi tanılanma durumu, doğum öncesi sigara kullanımı, gebelikte belirlenen sorunlar, doğum şekli, doğum öncesi ve sonrası emzirme eğitimi alma, emzirme problemi varlığı, memede sorun varlığı ve nedeni, yoğun bakımda anne sütü alma durumları değerlendirildi.

Tablo 4. 1: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının ebeveynlerin demografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişken	Bebek masajı (n=12)	Güvenli sarmalama (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	p
Anne yaşı				
17-24	50.00% (6)	16.67% (2)	25.00% (3)	0.229 ^F
25-29	25.00% (3)	58.33% (7)	25.00% (3)	
30 ve üzeri	25.00% (3)	25.00% (3)	50.00% (6)	
Baba yaşı				
17-24	16.67% (2)	8.33% (1)	0.00% (0)	0.749 ^F
25-29	33.33% (4)	25.00% (3)	41.67% (5)	
30 ve üzeri	50.00% (6)	66.67% (8)	58.33% (7)	
Anne eğitim durumu				
Okur yazar değil	8.33% (1)	0.00% (0)	8.33% (1)	0.258 ^F
İlkokul	50.00% (6)	25.00% (3)	16.67% (2)	
Ortaokul	25.00% (3)	16.67% (2)	16.67% (2)	
Lise	0.00% (0)	25.00% (3)	41.67% (5)	
Üniversite	16.67% (2)	33.33% (4)	16.67% (2)	
Baba eğitim durumu				
İlkokul	25.00% (3)	8.33% (1)	8.33% (1)	0.056 ^F
Ortaokul	41.67% (5)	0.00% (0)	41.67% (5)	
Lise	25.00% (3)	66.67% (8)	41.67% (5)	
Üniversite	8.33% (1)	25.00% (3)	8.33% (1)	
Ekonomik durum				
İyi- gelir giderden fazla	16.67% (2)	25.00% (3)	16.67% (2)	0.242 ^F
Orta- gelir gidere denk	33.33% (4)	66.67% (8)	41.67% (5)	
Kötü- gelir giderden az	50.00% (6)	8.33% (1)	41.67% (5)	

F: Fisher testi, P: Pearson ki-kare testi

Tablo 4. 1' de araştırmaya katılan bireylerin demografik bulguları ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson ki-kare testi ve Fisher testi sonuçları gösterilmektedir. Test bulguları incelendiğinde, bireylerin demografik bulguları ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu bulgular ışığında, bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında olan bireylerin demografik bulgularının dağılımı birbirine benzer olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 2: Annelerin obstetrik öykülerine ilişkin bulgular

Değişken % (n)	Bebek Masajı (n=12)	Güvenli Sarmalama (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	p
Gebelik haftası				
38 hafta ve altı	41.70% (5)	66.7% (8)	75.00% (9)	0.219 p
39 hafta ve üzeri	58.30% (7)	33.3% (4)	25.00% (3)	
Gebelik sayısı				
İlk gebelik	50.00% (6)	83.30% (10)	66.70% (8)	0.223 p
İki ve üzeri gebelik	50.00% (6)	16.70% (2)	33.30% (4)	
Canlı doğum sayısı				
Bir doğum	58.30% (7)	75.00% (9)	83.30% (10)	0.379 p
İki ve üzeri doğum	41.70% (5)	25.00% (3)	16.70% (2)	
Düşük sayısı				
Düşük yapmayan	75.00% (9)	91.70% (11)	75.00% (9)	0.492 p
Bir ve üzerinde düşük	25.00% (3)	8.30% (1)	25.00% (3)	
Ölü doğum sayısı				
Ölü doğum öyküsü yok	83.30% (10)	100.00% (12)	91.70% (11)	0.336 p
Bir ölü doğum	16.70% (2)	0.00% (0)	8.30% (1)	
Gebe izlem sayısı				
10 izlem ve altı	66.70% (8)	50.00% (6)	58.30% (7)	0.710 p
11 izlem ve üzeri	33.30% (4)	50.00% (6)	41.70% (5)	

P: Pearson ki-kare testi

Tablo 4.2'de annelerin gebelik özellikleri ve gebelikte belirlenen sorunların dağılımlarına ilişkin frekans analizi bulguları gösterilmektedir. Pearson ki-kare testi sonuçları gösterilmektedir. Test bulguları incelendiğinde, bireylerin obstetrik öyküleri ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ayrıca gebelik haftası ortalamasının 38.42 ± 1.23 , ortalama gebelik sayısının 1.86 ± 1.69 , ortalama canlı doğum sayısının 1.50 ± 1.00 , ortalama düşük sayısının

0.31 ± 0.71, ortalama ölü doğum sayısının 0.08 ± 0.28, ortalama gebe izleme sayısının 10.00 ± 4.07 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 3: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının annelerin gebelik özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişken % (n)	Bebek Masajı (n=12)	Güvenli Sarmalama (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	p
Gebelik planı				
Planlı gebelik	41.67% (5)	41.67% (5)	50.00% (6)	0.893 ^F
Plansız gebelik	58.33% (7)	58.33% (7)	50.00% (6)	
Gebelikte KAH* riski belirlenen				
Hayır	58.33% (7)	58.33% (7)	58.33% (7)	1.000 ^P
Evet	41.67% (5)	41.67% (5)	41.67% (5)	
Konjenital hastalık tanısı konan				
Doğum öncesi dönemde tanı alan	25.00% (3)	8.33% (1)	25.00% (3)	0.118 ^P
Doğumdan hemen sonra tanı alan	66.67% (8)	33.33% (4)	50.00% (6)	
Evde morarma, takipne sonrası tanı alan	8.33% (1)	58.33% (7)	25.00% (3)	
Tanılanan konjenital kalp hastalıkları				
Büyük arter transpozisyonu	66.67% (8)	33.33% (4)	16.67% (2)	0.295 ^F
Ventriküler septal defekt	0.00% (0)	16.67% (2)	16.67% (2)	
Aort koarktasyonu	8.33% (1)	16.67% (2)	8.33% (1)	
Çift çıkımlı sağ ventrikül (DORV) ve Pulmoner stenoz (PS)	8.33% (1)	8.33% (1)	0.00% (0)	
Fallot tetralojisi	0.00% (0)	0.00% (0)	16.67% (2)	
Hipoplastik Sol Kalp Sendromu (HLHS)	8.33% (1)	16.67% (2)	16.67% (2)	
Interrupted arkus aorta	0.00% (0)	0.00% (0)	8.33% (1)	
Hipoplastik arkus aorta	8.33% (1)	0.00% (0)	16.67% (2)	
Truncus arteriozus	0.00% (0)	8.33% (1)	0.00% (0)	
Doğum öncesi sigara kullanımı				
Hayır	83.33% (10)	91.67% (11)	91.67% (11)	1.000 ^F
Evet	16.67% (2)	8.33% (1)	8.33% (1)	
Gebelikte belirlenen sorunlar**				
Hiperglisemi	8.33% (1)	8.33% (1)	0.00% (0)	0.052 ^F
Anemi	0.00% (0)	0.00% (0)	25.00% (3)	
Proteinüri	0.00% (0)	8.33% (1)	16.67% (2)	
Konjenital anomali	25.00% (3)	0.00% (0)	25.00% (3)	
Sorun yok	66.67% (8)	75.00% (9)	33.33% (4)	
Hiperglisemi, hipertansiyon ve konjenital anomali	0.00% (0)	8.33% (1)	0.00% (0)	

F: Fisher testi, P: Pearson ki-kare testi. **Birden fazla yanıt verilmiştir. Double Outlet Right Ventricle (DORV), Hypoplastic left heart syndrome (HLHS), *Konjenital Kalp Hastalığı (KAH).

Bireylerin gebelik özellikleri ve gebelikte belirlenen sorunları ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular ışığında, bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında olan bireylerin gebelik özellikleri ve gebelikte belirlenen sorunlarının dağılımı birbirine benzer olduğu görülmüştür.

Tablo 4. 4: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının bebeklerin özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişken % (n)	Bebek masajı (n=12)	Güvenli sarmalama (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	p
<i>Bebeğin cinsiyeti</i>				
Kız	33.33% (4)	58.33% (7)	41.67% (5)	0.455 ^P
Erkek	66.67% (8)	41.67% (5)	58.33% (7)	
<i>Doğum şekli</i>				
Normal doğum	58.33% (7)	33.33% (4)	33.33% (4)	0.358 ^F
Sezaryen	41.67% (5)	66.67% (8)	66.67% (8)	
<i>Doğum kilosu</i>				
2500-2999	41.67% (5)	33.33% (4)	50.00% (6)	0.716 ^F
3000-3499	41.67% (5)	25.00% (3)	25.00% (3)	
3500 ve üzeri	16.67% (2)	41.67% (5)	25.00% (3)	
<i>Bebeğin entübe kaldığı gün sayısı</i>				
1-7 gün - 1 hafta	41.67% (5)	41.67% (5)	25.00% (3)	0.851 ^F
8-14 gün - 2 hafta	25.00% (3)	16.67% (2)	33.33% (4)	
15 gün ve üzeri - 3 hafta ve üzeri	33.33% (4)	41.67% (5)	41.67% (5)	
<i>Yoğun bakım yatış günü</i>				
1-7 gün - 1 hafta	8.33% (1)	41.67% (5)	8.33% (1)	0.131 ^F
8-14 gün - 2 hafta	41.67% (5)	8.33% (1)	41.67% (5)	
15 gün ve üzeri - 3 hafta ve üzeri	50.00% (6)	50.00% (6)	50.00% (6)	

F: Fisher testi, P: Pearson ki-kare testi.

Bireylerin gebelik özellikleri ve gebelikte belirlenen sorunları ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular ışığında, bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında olan bebeklerin özelliklerinin dağılımı birbirine benzer olduğu görülmüştür. Bu bulgular çerçevesinde H_0 hipotezi “ Güvenli sarmalama yöntemi uygulanan bebeklerde yoğun

bakım yatış süresi kontrol grubuna göre azdır.” ve H_{10} hipotezi “Bebek masajı uygulanan bebeklerde yoğun bakım yatış süresi kontrol grubuna göre azdır.” doğrulanmamıştır.

Tablo 4. 5: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının annelerin emzirme özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişken % (n)	Bebek Masajı (n=12)	Güvenli Sarmalama (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	p
Doğum öncesi ve sonrası emzirme eğitimi alma				
Hiç eğitim almadı	58.33% (7)	33.33% (4)	50.00% (6)	0.186 ^f
Doğum öncesi eğitim	25.00% (3)	16.67% (2)	0.00% (0)	
Doğum sonu eğitim	16.67% (2)	50.00% (6)	50.00% (6)	
İlk 30 dakikada emzirme				
Hayır	75.00% (9)	75.00% (9)	83.33% (10)	1,000 ^F
Evet	25.00% (3)	25.00% (3)	16.67% (2)	
Doğum sonrası ilk 30 dakikadan sonra emzirme				
Hayır	75.00% (9)	75.00% (9)	83.33% (10)	1,000 ^F
Evet	25.00% (3)	25.00% (3)	16.67% (2)	
Annenin emzirme problemi				
Yok	83.33% (10)	83.33% (10)	75.00% (9)	1,000 ^F
Var	16.67% (2)	16.67% (2)	25.00% (3)	
Bebğin emme problemi				
Sorun yok	75.00% (9)	83.33% (10)	66.67% (8)	0.557 ^F
Meme reddi	16.67% (2)	16.67% (2)	8.33% (1)	
Memede süt retansiyonu nedeniyle emmeme	8.33% (1)	0.00% (0)	0.00% (0)	
Takipneye bağlı emme güçlüğü	0.00% (0)	0.00% (0)	16.67% (2)	
Emzirme pozisyon hatası nedeniyle emmeme	0.00% (0)	0.00% (0)	8.33% (1)	
Memede sorun varlığı				
Yok	91.67% (11)	83.33% (10)	75.00% (9)	0.852 ^F
Var	8.33% (1)	16.67% (2)	25.00% (3)	
Memedeki sorun nedeni				
Yok	91.67% (11)	83.33% (10)	75.00% (9)	0.775 ^F
Mastit	8.33% (1)	0.00% (0)	0.00% (0)	
Memede engorjman	0.00% (0)	8.33% (1)	16.67% (2)	
Hassasiyet-ağrılı/çatlak meme başı	0.00% (0)	8.33% (1)	8.33% (1)	
Yoğun bakımda anne sütü alma				
Hayır	8.33% (1)	0.00% (0)	0.00% (0)	1.000 ^F
Evet	91.67% (11)	100.00% (12)	100.00% (12)	

F: Fisher testi, P: Pearson ki-kare testi.

Annelerin doğum sonu sorunları ve emzirme ilişkin özellikleri ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgular ışığında, bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında olan bireylerin diğer doğum sonu sorunları ve emzirme ilişkin özelliklerinin dağılımı birbirine benzer olduğu görülmüştür.

4.2. Bebeğin Fizyolojik İzlemine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde bebeklerin uygulama zamanına göre ölçülen ağrı, kan basıncı sistol, kan basıncı diastol, kalp tepe atım hızı, oksijen satürasyonu, solunum sayısı ve vücut sıcaklığı ölçümlerinin gruplara göre karşılaştırılarak değerlendirildi. Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon İşaret Sıra testi kullanılmıştır. Ayrıca gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, grup içi karşılaştırmalar Wilcoxon İşaret Sıra testi yaklaşımıyla elde edilmiştir.



Tablo 4. 6: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen ağrı değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		Uygulama Öncesi 1-2 Dakika	Uygulama Öncesi 5 Dakika Ortalama	Uygulamanın İlk 1-2.Dakikası	Uygulama Sırası 45 Dakika Ortalama	Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce	Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama	Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika
Bebek masajı	Min.Max.	0.00-2.00	0.00-2.00	0.00-2.00	0.00-2.00	0.00-2.00	0.00-2.00	0.00-2.00
	Medyan	1.00	1.00	1.00	0.00	0.50	0.00	10
	(Q1-Q3)	(0.00-2.00)	(0.75-1.25)	(0.00-1.00)	(0.00-1.00)	(0.00-1.00)	(0.00-1.00)	(0.00-1.00)
Güvenli sarmalama	Min.Max.	0.00-1.00	0.00-0.00	0.00-0.00	0.00-0.00	0.00-0.00	0.00-0.00	0.00-0.00
	Medyan	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	(Q1-Q3)	(0.00-0.00)	(0.00-0.00)	(0.00-0.00)	(0.00-0.00)	(0.00-0.00)	(0.00-0.00)	(0.00-0.00)
Kontrol grubu	Min.Max.	0.00-2.00	0.00-2.00	0.00-2.00	0.00-2.00	0.00-3.00	0.00-2.00	0.00-2.00
	Medyan	1.00	0.50	0.00	0.00	0.00	0.50	0.50
	(Q1-Q3)	(0.00-1.00)	(0.00-1.25)	(0.00-1.25)	(0.00-0.25)	(0.00-1.00)	(0.00-1.25)	(0.00-1.00)
	KW _x ²	9.649	4.793	10.263	5.526	7.100	7.884	9.788
	p	0.008	0.091	0.006	0.063	0.029	0.019	0.007
	T0-T1*	0.61		0.67		0.50		0.58
	T0-T2*							
	T1-T2*	0.51					0.50	0.50

T0: Bebek masajı, T1: Güvenli sarmalama, T2: Kontrol grubu, *Gruplar arası fark Wilcoxon İşaret Sıra testi. Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range). KW_x²: Kruskal-Wallis H ki-kare.

Tablo 4. 6’da bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen ağrı değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerin uygulama zamanına göre ölçülen ağrı, ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bebeklerin uygulama öncesi 1-2 dakika, uygulamanın ilk 1-2. dakikası, uygulama sonrası 5 dakika ortalama ve uygulamadan hemen sonra 1-2 dakikada ölçülen ağrı ölçüm puanlarının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($p<0.05$). Bu bulgulara göre, güvenli sarmalama olan bebeklerin uygulama öncesi 1-2 dakika ($d=0.61$), uygulamanın ilk 1-2. Dakikası ($d=0.67$), uygulama sonlanmadan 1-2 dakika önce ($d=0.50$) ve uygulamadan hemen sonra 1-2 dakikada ($d=0.58$) ölçülen ağrı ölçümleri bebek masajı ve kontrol grubunda olan bebeklere göre daha düşük ve etki büyüklükleri yüksek düzeydedir. Bu bulgular ışığında **H₁** hipotezi olan “Anneleri tarafından güvenli sarmalama yöntemi uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin ağrı puanı kontrol grubuna göre daha düşüktür.” desteklenmiş, **H₂** hipotezi olan “Anneleri tarafından bebek masajı uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin ağrı puanı kontrol grubuna göre daha düşüktür.” desteklenmemiştir

Tablo 4. 7: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen sistolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		Uygulama Öncesi 1-2 dakika	Uygulama Öncesi 5 Dakika Ortalama	Uygulamanın İlk 1-2.Dakikası	Uygulama Sırası 45 Dakika Ortalama	Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce	Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama	Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika
Bebek masajı	Min-max	76.00-110.00	74.00-114.00	72.00-123.00	65.00-114.00	68.00-115.00	67.00-100.00	67.00-106.00
	Medyan	92.00	91.50	93.50	84.00	87.00	86.50	85.00
	(Q1-Q3)	(89.00-105.25)	(89.50-95.25)	(89.00-102.25)	(75.25-91.25)	(82.00-90.00)	(74.00-95.00)	(76.75-95.00)
Güvenli sarmalama	Min-max	76.00-117.00	74.00-113.00	61.00-101.00	68.00-108.00	67.00-112.00	65.00-97.00	71.00-108.00
	Medyan	98.50	95.00	89.50	82.50	83.50	85.50	79.50
	(Q1-Q3)	(91.25-112.00)	(89.25-100.00)	(80.75-99.25)	(77.50-88.25)	(74.50-87.00)	(72.25-89.75)	(73.00-86.50)
Kontrol grubu	Min-max	76.00-116.00	77.00-128.00	76.00-118.00	72.00-115.00	77.00-121.00	70.00-116.00	75.00-114.00
	Medyan	94.00	90.00	92.50	90.50	85.00	93.00	84.00
	(Q1-Q3)	(87.50-99.50)	(87.75-97.25)	(87.50-98.50)	(82.50-97.50)	(81.00-98.00)	(85.50-98.25)	(79.50-97.25)
KW _x ²		1.604	0.421	1.775	3.060	1.717	4.236	2.077
p		0.448	0.810	0.412	0.217	0.424	0.120	0.354

Kruskal-Wallis H testi (χ^2), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range).

Tablo 4. 7’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen sistolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerin uygulama zamanına göre ölçülen sistolik kan basıncı ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bebeklerin uygulama zamanına göre sistolik kan basıncı ölçümlerinin bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).



Tablo 4. 8: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen diastolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		Uygulama Öncesi 1-2 Dakika	Uygulama Öncesi 5 Dakika ortalama	Uygulamanın İlk 1-2.Dakikası	Uygulama Sırası 45 Dakika Ortalama	Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce	Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama	Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika
Bebek masajı	Min-max	42.00-71.00	40.00-70.00	41.00-73.00	34.00-71.00	36.00-65.00	32.00-79.00	31.00-74.00
	Medyan	54.50	56.50	57.00	52.50	50.50	51.00	49.00
	(Q1-Q3)	(50.50-59.00)	(52.50-58.75)	(49.25-62.25)	(48.00-63.50)	(45.00-58.50)	(49.50-57.75)	(45.75-57.25)
Güvenli sarmalama	Min-max	33.00-74.00	27.00-61.00	33.00-61.00	37.00-72.00	29.00-67.00	32.00-65.00	25.00-52.00
	Medyan	55.50	54.00	53.50	47.50	46.50	47.00	45.50
	(Q1-Q3)	(43.75-62.25)	(43.75-57.25)	(43.25-55.50)	(39.75-54.00)	(37.25-50.25)	(37.25-52.25)	(42.75-47.25)
Kontrol grubu	Min-max	41.00-71.00	27.00-93.00	38.00-68.00	34.00-80.00	38.00-79.00	38.00-88.00	34.00-71.00
	Medyan	53.50	52.50	54.00	53.00	47.00	54.50	54.50
	(Q1-Q3)	(50.00-63.25)	(42.75.00-60.25)	(47.75-61.50)	(45.50-60.5.00)	(42.00-60.75)	(46.50-59.25)	(42.50-61.25)
KW χ^2		0.093	1.161	2.619	1.810	2.298	3.298	4.870
p		0.955	0.559	0.270	0.404	0.317	0.192	0.088

Kruskal-Wallis H testi (χ^2), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range).

Tablo 4. 8’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen diastolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerin uygulama zamanına göre ölçülen sistolik kan basıncı ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bebeklerin uygulama zamanına göre sistolik kan basıncı ölçümlerinin bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).



Tablo 4. 9: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen kalp tepe atımı değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		Uygulama Öncesi 1-2 Dakika	Uygulama Öncesi 5 Dakika Ortalama	Uygulamanın ilk 1-2.Dakikası	Uygulama Sırası 45 Dakika Ortalama	Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce	Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama	Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika
Bebek masajı	Min-max	116.00-165.00	118.00-157.00	112.00-164.00	116.00-165.00	93.00-155.00	85.00-152.00	114.00-152.00
	Medyan	140.00	136.50	145.00	143.00	141.50	135.00	136.50
	(Q1-Q3)	(133.75-153.25)	(124.75-146.00)	(133.00-151.75)	(133.00-152.75)	(124.75-148.50)	(123.75-143.75)	(125.00-144.75)
Güvenli sarmalama	Min-max	108.00-159.00	116.00-154.00	109.00-164.00	110.00-151.00	106.00-166.00	107.00-168.00	106.00-156.00
	Medyan	137.50	146.00	136.00	135.50	139.50	143.00	137.00
	(Q1-Q3)	(132.75-149.75)	(130.75-149.75)	(123.50-147.00)	(129.00-146.25)	(131.00-153.25)	(131.25-151.25)	(129.50-149.00)
Kontrol grubu	Min-max	122.00-163.00	111.00-166.00	112.00-162.00	113.00-162.00	115.00-173.00	110.00-156.00	109.00-179.00
	Medyan	140.00	145.00	149.00	144.00	140.50	149.00	142.50
	(Q1-Q3)	(130.75-158.50)	(127.50-155.50)	(127.25-155.75)	(132.00-147.00)	(130.50-147.50)	(133.75-150.25)	(134.25-153.25)
	KW _x ²	0.485	1.189	1.810	1.977	0.292	2.633	1.891
	p	0.785	0.552	0.405	0.372	0.864	0.268	0.389

Kruskal-Wallis H testi (χ^2), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range).

Tablo 4.9’da bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen kalp tepe atımı değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerin uygulama zamanına göre ölçülen kalp tepe atımı ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bebeklerin uygulama zamanına göre kalp tepe atımı ölçümlerinin bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).



Tablo 4. 10: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen oksijen satürasyonu (SpO₂) değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		Uygulama Öncesi 1-2 dakika	Uygulama Öncesi 5 Dakika Ortalama	Uygulamanın İlk 1-2.Dakikası	Uygulama Sırası 45 Dakika Ortalama	Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce	Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama	Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika
Bebek masajı	Min-max	78.00-100.00	78.00-100.00	76.00-100.00	79.00-100.00	80.00-100.00	78.00-100.00	78.00-100.00
	Medyan	98.50	98.50	98.00	98.50	99.00	97.50	98.50
	(Q1-Q3)	(97.00-100.00)	(96.75-99.25)	(96.50-100.00)	(96.75-100.00)	(96.50-100.00)	(95.75-100.00)	(97.00-100.00)
Güvenli sarmalama	Min-max	78.00-100.00	77.00-100.00	77.00-99.00	76.00-100.00	77.00-99.00	78.00-99.00	77.00-99.00
	Medyan	98.00	97.00	96.00	97.00	96.50	97.00	96.00
	(Q1-Q3)	(95.50-99.00)	(96.25-98.25)	(94.75-99.00)	(95.00-98.25)	(95.50-98.00)	(95.00-98.25)	(94.00-98.00)
Kontrol grubu	Min-max	74.00-100.00	79.00-100.00	79.00-100.00	80.00-100.00	79.00-99.00	77.00-100.00	76.00-100.00
	Medyan	96.50	96.50	96.50	96.50	96.50	97.00	96.50
	(Q1-Q3)	(93.50-98.50)	(95.00-99.25)	(94.00-98.00)	(94.75-99.00)	(95.00-98.00)	(96.00-99.00)	(95.75-98.50)
KW _x ²		2.622	1.714	2.583	2.384	5.672	0.917	4.456
p		0.269	0.424	0.275	0.304	0.059	0.632	0.108

Kruskal-Wallis H testi (KW_x²), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range).

Tablo 4.10’da bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen oksijen satürasyonu (SpO2) değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerin uygulama zamanına göre ölçülen oksijen satürasyonu (SpO2) ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bebeklerin uygulama zamanına göre oksijen satürasyonu (SpO2) değerlerinin bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).



Tablo 4. 11: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen solunum sayısı değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		Uygulama Öncesi 1-2 dakika	Uygulama Öncesi 5 Dakika Ortalama	Uygulamanın İlk 1-2.Dakikası	Uygulama Sırası 45 Dakika Ortalama	Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce	Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama	Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika
Bebek masajı	Min-max	26.00-36.00	27.00-38.00	30.00-36.00	27.00-38.00	28.00-36.00	30.00-39.00	28.00-34.00
	Medyan	34.50	34.00	34.50	32.50	32.00	32.00	31.00
	(Q1-Q3)	(32.75.00-36.00)	(32.75-35.25)	(32.00-36.00)	(30.00-34.00)	(30.00-34.00)	(31.50-32.5.00)	(29.50-33.00)
Güvenli sarmalama	Min-max	28.00-38.00	31.00-36.00	30.00-38.00	27.00-36.00	28.00-34.00	30.00-36.00	28.00-34.00
	Medyan	34.50	34.00	34.00	31.00	31.50	32.00	31.50
	(Q1-Q3)	(32.00-36.50)	(32.75-36.00)	(32.00-35.25)	(30.00-32.50)	(30.00-32.00)	(31.50-34.00)	(30.00-32.00)
Kontrol grubu	Min-max	30.00-44.00	30.00-44.00	30.00-46.00	28.00-44.00	24.00-42.00	24.00-40.00	24.00-44.00
	Medyan	34.00	34.00	33.00	35.00	34.00	33.50	34.00
	(Q1-Q3)	(33.50-36.50)	(34.00-36.00)	(32.00-36.00)	(32.25-37.25)	(29.75-35.00)	(32.00-34.00)	(32.75-35.25)
	KW χ^2	0.161	0.710	0.110	4.865	2.101	1.246	9.575
	p	0.922	0.701	0.946	0.088	0.350	0.536	0.008
	T0-T1*							
	T0-T2*							0.61
	T1-T2*							0.65

Kruskal-Wallis H testi (KW χ^2), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

T0: Bebek masajı, T1: Güvenli sarmalama, T2: Kontrol grubu, * Wilcoxon İşaret Sıra testi.

Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range).

Tablo 4.11’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen solunum sayısı değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerin uygulama zamanına göre solunum sayısı ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bebeklerin uygulamadan hemen sonra 1-2 dakikada ölçülen solunum sayılarının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0.05$). Post hoc sonuçları incelendiğinde, kontrol grubunda olan bebeklerin uygulamadan hemen sonra 1-2 dakikada ölçülen solunum sayılarının bebek masajı ve güvenli sarmalama grubunda olan bebeklere göre daha yüksek olduğu ve etki büyüklüklerinin sırasıyla ($d=0.61$), ($d=0.65$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında H_3 ve H_4 hipotezleri sırasıyla “Anneleri tarafından güvenli sarmalama uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin yaşam bulguları kontrol grubuna göre daha stabildir.”, “Anneleri tarafından bebek masajı uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin yaşam bulguları kontrol grubuna göre daha stabildir.” desteklenmektedir.

Tablo 4. 12: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen vücut sıcaklığı değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		Uygulama Öncesi 1-2 dakika	Uygulama Öncesi 5 Dakika Ortalama	Uygulamanın İlk 1-2.Dakikası	Uygulama Sırası 45 Dakika Ortalama	Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce	Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama	Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika
Bebek masajı	Min-max	37.00-37.00	37.00-37.00	37.00-37.00	36.60-37.40	37.00-37.00	37.00-37.00	37.00-37.00
	Medyan	37.00	37.00	37.00	36.90	37.00	37.00	37.00
	(Q1-Q3)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(36.90-37.1.00)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)
Güvenli sarmalama	Min-max	37.00-40.00	37.00-37.00	37.00-37.00	36.7.00-37.1.00	37.00-37.00	37.00-37.00	37.00-37.00
	Medyan	37.00	37.00	37.00	36.80	37.00	37.00	37.00
	(Q1-Q3)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(36.70-36.90)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)
Kontrol grubu	Min-max	37.00-37.00	37.00-37.00	37.00-37.00	36.60-37.10	37.00-37.00	37.00-37.00	37.00-37.00
	Medyan	37.00	37.00	37.00	36.70	37.00	37.00	37.00
	(Q1-Q3)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(36.70-36.80)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)	(37.00-37.00)
	KW _x ²	1.703	1.381	0.944	9.474	2.246	1.873	3.049
	p	0.427	0.501	0.624	0.009	0.325	0.392	0.218
	T0-T1*							
	T0-T2*				0.65			
	T1-T2*							

Kruskal-Wallis H testi (KW_x²), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

T0: Bebek masajı, T1: Güvenli sarmalama, T2: Kontrol grubu, * Wilcoxon İşaret Sıra testi.

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortaanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range).

Tablo 4.12’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama zamanına göre ölçülen vücut sıcaklığı değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerin uygulama zamanına göre vücut sıcaklığı ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bebeklerin uygulama sırası 45 dakikada ölçülen vücut sıcaklığı ölçüm ortalamalarının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgulara göre, bebek masajı grubunda olan bebeklerin uygulama sırası 45 dakikada ölçülen vücut sıcaklığı ölçüm ortalamalarının kontrol grubunda olan bebeklere göre daha yüksek olduğu ve etki büyüklüğünün ($d=0.65$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.



Tablo 4. 13: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama sayısı, postoperatif extübasyon günü, extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		Uygulama Ortalama Dakika	Postoperatif Extübasyon Günü	Extübe İzlenen Gün Sayısı	Uygulama Sayısı
Bebek masajı	Ortalama Min-max Medyan (Q1-Q3)	22.75±4.81 16-32 21 (20-25.25)	21.17±21.80 2-64 10 (6-36.75)	4.33±1.72 2-8 4 (3-5.25)	7.83±3.93 3-16 6.5 (5-10.25)
Güvenli sarmalama	Ortalama Min-max Medyan (Q1-Q3)	64.58±38.82 20-120 57.5 (30-92.5)	13.42±15.33 1-55 10 (2.75-17.25)	4.25±0.97 3-6 4 (3.75-5)	23.17±5.13 16-32 23 (19.5-26)
Kontrol grubu	Ortalama Min-max Medyan (Q1-Q3)	22.67±10.57 10-40 22.5 (14.25-31.25)	23.58±23.45 1-79 11 (7.75-39.25)	4.58±1.24 3-7 4 (4-5.25)	27.67±10.58 12-48 26 (21.5-32)
	KW χ^2 p	13,153 0.001	1,189 0.552	0.503 0.778	23,003 <0.001
	T0-T1*	0.81	-	-	0.99
	T0-T2*	-	-	-	0.97
	T1-T2*	0.69	-	-	-

T0: Bebek masajı, T1: Güvenli sarmalama, T2: Kontrol grubu, * Wilcoxon İşaret Sıra testi. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik(interquartile range). Kruskal-Wallis H testi (KW χ^2).

Tablo 4.13'te gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Test sonuçları incelendiğinde, bebeklerin uygulama sayısı ve uygulama ortalama dakika değerlerinin bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($p<0.05$). Bu bulgu ışığında, bebek masajı grubunda olan bebeklerin uygulama sayılarının güvenli sarmalama ve kontrol grubunda olan bebeklere göre daha düşük olduğu ve etki büyüklüğünün sırasıyla ($d=0.99$) ve ($d=0.97$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Güvenli sarmalama grubunda olan bebeklerin uygulama ortalama dakika süresi bebek masajı ve kontrol grubunda olan bebeklere göre daha yüksek olduğu ve etki büyüklüklerinin sırasıyla ($d=0.81$) ve ($d=0.69$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 14: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarının uygulama sonrası uyku sürelerinin karşılaştırılması

Gruplar	Uygulama Sonrası Uyku Süreleri (Dakika)	
Bebek masajı	Ortalama	41.67±14.03
	Min-max	20-65
	Medyan	40
	(Q1-Q3)	(33.75-48.75)
Güvenli sarmalama	Ortalama	90.42±20.94
	Min-max	40-120
	Medyan	90
	(Q1-Q3)	(83.75-106.25)
Kontrol grubu	Ortalama	30.83±23.53
	Min-max	10-80
	Medyan	20
	(Q1-Q3)	(15-45)
	KW _x ²	21,622
	p	<0.001
	T0-T1*	0.92
	T0-T2*	0.93
	T1-T2*	-

T0: Bebek masajı, T1: Güvenli sarmalama, T2: Kontrol grubu, * Wilcoxon İşaret Sıra testi. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range). Kruskal-Wallis H testi (KW_x²).

Tablo 4.14'te gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Test sonuçları incelendiğinde, uygulama sonrası uyku sürelerinin bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($p<0.05$). Güvenli sarmalama grubunda olan bebeklerin uygulama sonrası uyku sürelerinin bebek masajı ve kontrol grubunda olan bebeklere göre daha uzun olduğu ve etki büyüklüklerinin sırasıyla ($d=0.92$) ve ($d=0.93$) yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu bulgular ışığında **H₁₁** hipotezi “Güvenli sarmalama yöntemi uygulanan bebeklerde uyku süresi kontrol grubuna göre daha uzundur.” desteklenmektedir. **H₁₂** hipotezi “Bebek masajı uygulanan bebeklerde uyku süresi kontrol grubuna göre daha uzundur.” desteklenmemiştir.

4.3. Ebeveyn Öz Yeterliğe İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve alt boyutları; ihtiyaçların karşılanması, ebeveyn yetkinliği, rahatsızlığı giderme, hastalıkla başa çıkabilme ve sosyal etkileşimden aldıkları puanlar ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Değerlendirmede Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, grup içi karşılaştırmalar Wilcoxon İşaret Sıra testi yaklaşımıyla elde edilmiştir.

Tablo 4. 15: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması

Ebeveyn öz yeterlik ölçeği					
Gruplar	Ön test		Son test		Z p Etki
	Min-max		Min-max		
	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	
	70.00-88.00		73.00-88.00		
Bebek masajı	80.17±5.69	81.50(78.00-85.00)	82.17±4.86	83.50(78.50-86.25)	11,000 0,098 -
	68.00-90.00		72.00-90.00		
Güvenli sarmalama	81.17±7.38	83.50(77.25-86.00)	83.17±6.21	84.50(80.75-88.00)	9,500 0,073 -
	74.00-90.00		74.00-90.00		
Kontrol grubu	81.83±4.71	81.00 (79.00-85.00)	82.08±4.42	82.00 (80.75-84.00)	20,500 0,498 -
KWx2	0.564		0.786		
P	0.754		0.675		

Kruskal-Wallis H testi (KWx^2) kullanılmıştır. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range).

Tablo 4.15'te annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları ve grup içi karşılaştırma sonuçları gösterilmektedir. Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, ön test ve son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği puanlarının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgular ışığında **H₇** ve **H₈** sırasıyla “Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine güvenli sarmalama yöntemi uygulayan annelerin öz etkililikleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.” ve

“Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine bebek masajı uygulayan annelerin öz etkililikleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.” desteklenmemiştir.

Tablo 4. 16: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ihtiyaçların karşılanması alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması

Ebeveyn öz yeterlik ölçeği; ihtiyaçların karşılanması alt boyutu						
Gruplar	Ön test	Son test		Z	p	
		Min-max	Min-max			
	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)		
Bebek masajı	24.42±1.00	22.00-25.00 25.00(24.00-25.00)	24.33±1.07	22.00-25.00 25.00(23.75-25.00)	5,500	1,000
Güvenli sarmalama	24.33±1.07	22.00-25.00 25.00(23.75-25.00)	24.50±0.80	23.00-25.00 25.00(24.00-25.00)	0,000	0,346
Kontrol grubu	24.42±0.67	23.00-25.00 24.50(24.00-25.00)	24.17±1.47	20.00-25.00 25.00(24.00-25.00)	2,000	1,000
KWx ²	0.231		0.176			
P	0.891		0.916			

Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır (KWx²). Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik (interquartile range).

Tablo 4. 16’ da Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ihtiyaçların karşılanması alt boyutu toplam puanları karşılaştırılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, ön test ve son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ihtiyaçların karşılanması alt boyutu puanlarının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 4. 17: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ebeveyn yetkinliği alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması

Ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ebeveyn yetkinliği alt boyutu						
Gruplar	Ön test		Son test		Z	p
	Min-max		Min-max			
	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)		
Bebek masajı	16.92±2.15	12.00-19.00 17.50(16.00-18.25)	16.58±1.44	14.00-18.00 17.00 (16.00-18.00)	32,500	0,245
Güvenli sarmalama	16.92±2.19	14.00-20.00 16.00 (15.75-19.25)	16.83±1.95	14.00-20.00 16.00 (15.75-18.00)	8,000	1,000
Kontrol grubu	17.08±1.98	14.00-20.00 17.00 (15.75-19.00)	16.92±1.62	15.00-20.00 16.5(16.00-17.50)	13,500	0,589
KWx ²	0.044		0.036			
P	0.978		0.982			

Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır (KWx²). Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik(interquartile range).

Tablo 4.17’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ebeveyn yetkinliği alt boyutu puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, ön test ve son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği, ebeveyn yetkinliği alt boyutu puanlarının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 18: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, rahatsızlığı giderme alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması

Ebeveyn öz yeterlik ölçeği, rahatsızlığı giderme alt boyutu						
Gruplar	Ön test		Son test		Z	p
	Min-max		Min-max			
	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)		
Bebek masajı	17.67±2.31	14.00-20.00 17.50 (15.75-20.00)	18.67±1.83	16.00-20.00 20.00 (16.75-20.00)	0,000	0,020
Güvenli sarmalama	17.58±2.11	14.00-20.00 17.50 (16.00-20.00)	18.58±1.56	16.00-20.00 19.00 (17.00-20.00)	2,000	0,050
Kontrol grubu	18.00±2.00	14.00-20.00 18.50 (16.75-20.00)	18.58±1.31	16.00-20.00 19.00 (17.75-19.25)	3,000	0,279
KWx ²	0.175		0.354			
P	0.916		0.838			

Kruskal-Wallis H testi (KWx²), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik(interquartile range).

Tablo 4.18’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, rahatsızlığı giderme alt boyutu toplam puanları karşılaştırılmıştır. Grup içi karşılaştırma sonuçları değerlendirildiğinde, bebek masajı grubunda olan annelerin rahatsızlığı giderme alt boyut puanları ön teste göre son testte daha olumlu artış gösterdiği görülmüştür ($p<0.05$). Bu bulguya göre, bebek masajı grubunda olan annelerin son testte ölçülen rahatsızlığı giderme alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ve etki büyüklüğünün ($d=0.480$) orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Ayrıca güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında olan annelerin rahatsızlığı giderme alt boyut puanları ön test ve son teste göre değişimleri istatistiksel olarak aralarında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 19: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, hastalıkla başa çıkabilme alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması

Ebeveyn öz yeterlik ölçeği, hastalıkla başa çıkabilme alt boyutu						
Gruplar	Ön test		Son test		Z	p
	Min-max		Min-max			
	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)		
Bebek masajı	11.67±1.50	9.00-15.00 12.00 (11.00-12.00)	12.92±1.44	11.00-15.00 13.00 (11.75-14.00)	3,000	0,022
Güvenli sarmalama	13.17±2.48	8.00-15.00 14.50(12.25-15.00)	13.83±1.80	11.00-15.00 15.00 (12.50-15.00)	0,000	0,054
Kontrol grubu	12.83±1.80	10.00-15.00 13.00 (11.00-14.25)	12.83±1.40	11.00-15.00 12.50(12.00-14.00)	9,000	0,824
KWx ²	4,164		3,309			
P	0.125		0.191			

Kruskal-Wallis H testi (KWx²), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik(interquartile range).

Tablo 4.19’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, hastalıkla başa çıkabilme alt boyutu toplam puanları karşılaştırılmıştır. Grup içi karşılaştırma sonuçları değerlendirildiğinde, bebek masajı grubunda olan annelerin hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanlarının ön teste göre son testte daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulguya göre, bebek masajı grubunda olan annelerin ön testte ölçülen hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları son testte ölçülen puanlara göre daha düşük olduğu ve etki büyüklüklerinin sırasıyla ($d=0.850$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca güvenli sarmalama grubunda olan annelerin hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları ön test ve son teste göre değişimleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 20: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, sosyal etkileşim alt boyutu toplam puanlarının karşılaştırılması

Ebeveyn öz yeterlik ölçeği, sosyal etkileşim alt boyutu						
Gruplar	Ön test		Son test		Z	p
	Min-max		Min-max			
	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)		
Bebek masajı	9.50±0.80	8.00-10.00 10.00 (9.00-10.00)	9.67±0.65	8.00-10.00 10.00 (9.75-10.00)	0,000	0,346
Güvenli sarmalama	9.17±1.11	7.00-10.00 9.50(9.00-10.00)	9.42±1.00	7.00-10.00 10.00 (9.00-10.00)	0,000	0,149
Kontrol grubu	9.50±0.80	8.00-10.00 10.00 (9.00-10.00)	9.58±0.67	8.00-10.00 10.00 (9.00-10.00)	0,000	1,000
KWx ²	0.854		0.317			
P	0.653		0.853			

Kruskal-Wallis H testi (KWx²) kullanılmıştır. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik(interquartile range).

Tablo 4.20’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği, sosyal etkileşim alt boyutu puanları grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmıştır. Tabloda gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, grup içi karşılaştırmalar Wilcoxon İşaret Sıra testi yaklaşımıyla elde edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, ön test ve son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği, sosyal etkileşim alt boyutu puanlarının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

4.4. Maternal Bağlanma İlişkili Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde annelerin maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puanlar ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Değerlendirmede Kruskal-Wallis H testi, anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis H testi, grup içi karşılaştırmalar Wilcoxon İşaret Sıra testi yaklaşımıyla elde edilmiştir.

Tablo 4. 21: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması

Maternal bağlanma ölçeği					
Gruplar	Ön test		Son test		p
		Min-max		Min-max	
	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	Ortalama	Medyan (Q1-Q3)	
Bebek masajı	99.58±6.16	84.00-104.00 101.50(98.50-104.00)	102.75±1.76	99.00-104.00 103.50(102.50-104.00)	0,000 0,022
Güvenli sarmalama	100.25±3.14	93.00-104.00 101.00 (99.75-102.00)	102.25±2.01	98.00-104.00 103.00 (101.75-104.00)	0,000 0,009
Kontrol grubu	99.58±4.14	90.00-104.00 100.00 (97.50-103.00)	100.92±5.02	86.00-104.00 102.50(100.00-104.00)	6,500 0,122
KW χ^2	0.498		1,257		
P	0.780		0.533		

Kruskal-Wallis H testi (KW χ^2), anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, Ortanca değer (Medyan), medyan (Q1-Q3): çeyreklik(interquartile range).

Tablo 4.21’de bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Grup içi karşılaştırma sonuçları değerlendirildiğinde, bebek masajı ve güvenli sarmalama grubunda olan annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puanlarının ön test ve son teste göre değişimlerinin olumlu artış gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Ayrıca bebek masajı grubunda olan annelerin ön testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları son testte ölçülen toplam puanlardan daha düşük olduğu ve etki büyüklüklerinin sırasıyla ($d=0.778$) ve ($d=0.699$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca güvenli sarmalama grubunda olan annelerin ön testte ölçülen maternal bağlanma ölçeği toplam puanları son testte ölçülen toplam puanlardan daha düşük olduğu ve etki büyüklüğünün ($d=0.760$) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular ışığında **H₅** ve **H₆** hipotezleri sırasıyla “Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine güvenli sarmalama yöntemi uygulayan annelerin anne bebek bağlanmaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.” ve “Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine bebek masajı uygulayan annelerin anne bebek bağlanmaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.” desteklenmiştir.

4.5. Ebeveyn Öz Yeterlik ve Maternal Bağlanma ile İlişkili Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Araştırmanın bu bölümünde annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ihtiyaçların karşılanması, ebeveyn yetkinlik, rahatsızlığı giderme, hastalıkla başa çıkabilme, sosyal etkileşim ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile uygulama sayısı uygulama ortalama dakika uygulama sonrası uyku süresi extübe izlenen gün sayısı postoperatif extübasyon günü ve arasındaki ilişkilerin yönünü ve şiddetini incelemek için yapılan spearman's rho korelasyon testi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4. 22: Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında, annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile uygulama sayısı, uygulama ortalama süresi, uygulama sonrası uyku süresi arasındaki ilişki

Gruplar		Uygulama Sayısı	Uygulama Ortalama Süresi (Dakika)	Uygulama Sonrası Uyku Süresi Ortalama (Dakika)	Maternal Bağlanma Ölçeği	Öz Yeterlik Ölçeği
Bebek Masajı (n=12)	Uygulama Sayısı	1.000	-0.072	0.273	-0.328	-0.281
	Uygulama Ortalama Süresi (Dakika)	-0.072	1.000	-0.074	-0.475	0.044
	Uygulama Sonrası Uyku Süresi Ortalama (Dakika)	0.273	-0.074	1.000	0.130	0.077
	Maternal Bağlanma Ölçeği	-0.328	-0.475	0.130	1.000	0.713**
	Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği	-0.281	0.044	0.077	0.713**	1.000
Güvenli Sarmalama (n=12)	Uygulama Sayısı	1.000	0.296	-0.090	0.173	-0.429
	Uygulama Ortalama Süresi (Dakika)	0.296	1.000	0.616*	0.154	-0.382
	Uygulama Sonrası Uyku Süresi Ortalama (Dakika)	-0.090	0.616*	1.000	0.204	0.106
	Maternal Bağlanma Ölçeği	0.173	0.154	0.204	1.000	0.446
	Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği	-0.429	-0.382	0.106	0.446	1.000
Kontrol Grubu (n=12)	Uygulama Sayısı	1.000	-0.095	-0.474	0.237	0.198
	Uygulama Ortalama Süresi (Dakika)	-0.095	1.000	0.337	-0.524	-0.228
	Uygulama Sonrası Uyku Süresi Ortalama (Dakika)	-0.474	0.337	1.000	-0.092	-0.311
	Maternal Bağlanma Ölçeği	0.237	-0.524	-0.092	1.000	0.373
	Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği	0.198	-0.228	-0.311	0.373	1.000

Spearman's rho kullanılmıştır. **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 4. 22’te Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında, annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile uygulama sayısı, uygulama ortalama süresi, uygulama sonrası uyku süresi arasındaki ilişkilerin yönünü ve şiddetini incelemek için yapılan Spearman's rho testi sonuçları gösterilmektedir.

Test sonuçları incelendiğinde bebek masajı grubunda öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları arasında ($r=0.713^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Güvenli sarmalama grubunda ise uygulama ortalama süresi ile uygulama sonrası uyku süresi arasında ($r=0.616^*$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4. 23: Bebek masajı grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişki (n=12)

Spearman's rho	İK	EY	RG	HBÇ	SE	EÖYÖ	MBÖ	US	UOS	USUS	EİGS	PEG
İK: İhtiyaçların karşılanması	1.000	0.117	0.408	0.753**	0.313	0.630*	0.390	0.107	0.204	-0.083	-0.128	0.207
EY: Ebeveyn yetkinlik	0.117	1.000	0.631*	0.456	0.403	0.604*	0.818**	-0.250	-0.319	0.456	-0.237	0.140
RG: Rahatsızlığı giderme	0.408	0.631*	1.000	0.579*	0.440	.800**	0.546	0.079	-0.124	0.148	0.072	0.654*
HBÇ: Hastalıkla başa çıkabilme	0.753**	0.456	.579*	1.000	-0.026	.824**	0.652*	-0.165	0.071	0.007	-0.210	0.168
SE: Sosyal etkileşim	0.313	0.403	0.440	-0.026	1.000	0.272	0.131	0.223	0.173	0.465	-0.108	0.371
EÖYÖ: Ebeveyn öz yeterlik Ölçeği	0.630*	0.604*	0.800**	0.824**	0.272	1.000	0.713**	-0.281	0.044	0.077	-0.349	0.212
MBÖ: Maternal bağlanma ölçeği	0.390	0.818**	0.546	0.652*	0.131	0.713**	1.000	-0.328	-0.475	0.130	-0.202	-0.038
US: Uygulama sayısı	0.107	-0.250	0.079	-0.165	0.223	-0.281	-0.328	1.000	-0.072	0.273	0.776**	0.756**
UOS: Uygulama ortalama süresi (dakika)	0.204	-0.319	-0.124	0.071	0.173	0.044	-0.475	-0.072	1.000	-0.074	-0.319	-0.109
USUS: Uygulama sonrası uyku süresi ortalama (dakika)	-0.083	0.456	0.148	0.007	0.465	0.077	0.130	0.273	-0.074	1.000	0.016	0.266
EİGS: Extübe izlenen gün sayısı	-0.128	-0.237	0.072	-0.210	-0.108	-0.349	-0.202	0.776**	-0.319	0.016	1.000	0.609*
PEG: Postoperatif extübasyon günü	0.207	0.140	0.654*	0.168	0.371	0.212	-0.038	0.756**	-0.109	0.266	0.609*	1.000

Spearman's rho kullanılmıştır. **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 4.23' te bebek masajı grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişkilerin yönü ve şiddetinin incelenmiştir. Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır.

Bebek masajı uygulanan grubun test sonuçları incelendiğinde; ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutu ihtiyaçların karşılanması ile hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları ve ebeveyn öz yeterlik ölçeği arasında sırasıyla ($r=0.753^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde, ($r=0.630^*$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn yetkinlik alt boyutu ile rahatsızlığı giderme alt boyut puanları ile ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları arasında sırasıyla ($r=0.631^*$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde, ($r=0.604^*$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde, ($r=0.818^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. Rahatsızlığı giderme alt boyutu ile hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları ile ve postoperatif extübasyon günü sayısı ile arasında sırasıyla ($r=0.579^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde, ($r=0.654^*$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları ile maternal bağlanma ölçeği toplam puanları arasında ($r=0.652^*$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Annelerin bebek masajı uygulama sayısı ile bebek masajı uygulayabildikleri extübe izlenen gün sayısı ve postoperatif extübasyon günü arasında sırasıyla ($r=0.776^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde, ($r=0.756^{***}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca extübe izlenen gün sayısı ile postoperatif extübasyon günü sayıları arasında ($r=0.609^*$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 24: Güvenli sarmalama grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişki (n= 12)

	İK	EY	RG	HBÇ	SE	EÖYÖ	MBÖ	US	UOS	USUS	EİGS	PEG
Spearman's rho												
İK: İhtiyaçların karşılanması	1.000	0.788**	0.658*	0.759**	0.998**	0.841**	0.563	-0.227	-0.226	0.172	-0.127	-0.303
EY: Ebeveyn yetkinlik	0.788**	1.000	0.797**	0.662*	0.792**	0.506	0.466	-0.317	-0.232	0.222	-0.203	-0.067
RG: Rahatsızlığı giderme	0.658*	0.797**	1.000	0.467	0.648*	0.561	0.376	-0.563	-0.137	0.457	-0.301	-0.104
HBÇ: Hastalıkla başa çıkabilme	0.759**	0.662*	0.467	1.000	0.757**	0.798**	0.378	-0.281	-0.556	-0.097	-0.347	-0.539
SE: Sosyal etkileşim	0.998**	0.792**	0.648*	0.757**	1.000	0.834**	0.583*	-0.231	-0.249	0.130	-0.137	-0.306
EÖYÖ: Ebeveyn öz yeterlik Ölçeği	0.841**	0.506	0.561	0.798**	0.834**	1.000	0.446	-0.429	-0.382	0.106	-0.193	-0.468
MBÖ: Maternal bağlanma ölçeği	0.563	0.466	0.376	0.378	0.583*	0.446	1.000	0.173	0.154	0.204	-0.083	0.152
US: Uygulama sayısı	-0.227	-0.317	-0.563	-0.281	-0.231	-0.429	0.173	1.000	0.296	-0.090	0.553	0.276
UOS: Uygulama ortalama süresi (dakika)	-0.226	-0.232	-0.137	-0.556	-0.249	-0.382	0.154	0.296	1.000	0.616*	0.058	0.736**
USUS: Uygulama sonrası uyku süresi ortalama (dakika)	0.172	0.222	0.457	-0.097	0.130	0.106	0.204	-0.090	0.616*	1.000	0.066	0.440
EİGS: Extübe izlenen gün sayısı	-0.127	-0.203	-0.301	-0.347	-0.137	-0.193	-0.083	0.553	0.058	0.066	1.000	0.369
PEG: Postoperatif extübasyon günü	-0.303	-0.067	-0.104	-0.539	-0.306	-0.468	0.152	0.276	0.736**	0.440	0.369	1.000

Spearman's rho kullanılmıştır. **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 4. 24'te güvenli sarmalama grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişkilerin yönü ve şiddeti incelenmiştir. Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır.

Güvenli sarmalama uygulanan grubun test sonuçları incelendiğinde; ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutu ihtiyaçların karşılanması alt boyu puanları ile ebeveyn yetkinlik, rahatsızlığı giderme, hastalıkla başa çıkabilme, sosyal etkileşim alt boyut puanları ve ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanları arasında sırayla ($r=0.788^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde, ($r=0.658^{*}$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde, ($r=0.759^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde, ($r=0.998^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde çok yüksek düzeyde, ($r=0.841^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn yetkinlik alt boyutu puanları ile rahatsızlığı giderme, hastalıkla başa çıkabilme, sosyal etkileşim alt boyutları puanlarıyla arasında sırayla ($r=0.797^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde, ($r=0.662^{*}$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde, ($r=0.792^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca rahatsızlığı giderme alt boyut puanları ile sosyal etkileşim alt boyut puanları arasında ($r=0.648^{*}$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hastalıkla başa çıkabilme alt boyutu puanlarına bakıldığında yapılan testte sosyal etkileşim ve ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanları ile aralarında sırayla ($r=0.757^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde, ($r=0.798^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Sosyal etkileşim alt boyutuna bakıldığında ise, güvenli sarmalama grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile aralarında sırayla ($r=0.834^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde, ($r=0.583^{*}$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca uygulama ortalama süresi (dakika) ile uygulama sonrası uyku süresi ortalama (dakika) ve postoperatif extübasyon günü aralarında sırasıyla ($r=0.616^{*}$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde, ($r=0.736^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 25: Kontrol grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişki (n= 12)

	İK	EY	RG	HBÇ	SE	EÖYÖ	MBÖ	US	UOS	USUS	EİGS	PEG
Spearman's rho												
İK: İhtiyaçların karşılanması	1.000	0.130	0.506	0.331	0.345	0.804**	0.161	0.284	-0.333	-0.108	0.197	0.331
EY: Ebeveyn yetkinlik	0.130	1.000	0.388	0.506	0.753**	0.379	0.589*	0.014	-0.364	-0.213	-0.071	0.092
RG: Rahatsızlığı giderme	0.506	0.388	1.000	-0.150	0.409	0.598*	-0.045	0.257	0.171	-0.365	0.008	0.517
HBÇ: Hastalıkla başa çıkabilme	0.331	0.506	-0.150	1.000	0.371	0.339	0.466	0.342	-0.509	-0.174	0.408	-0.334
SE: Sosyal etkileşim	0.345	0.753**	0.409	0.371	1.000	0.689*	0.548	0.023	-0.324	-0.187	0.112	0.177
EÖYÖ: Ebeveyn öz yeterlik Ölçeği	0.804**	0.379	0.598*	0.339	0.689*	1.000	0.373	0.198	-0.228	-0.311	0.257	0.399
MBÖ: Maternal bağlanma ölçeği	0.161	0.589*	-0.045	0.466	0.548	0.373	1.000	0.237	-0.524	-0.092	0.315	0.337
US: Uygulama sayısı	0.284	0.014	0.257	0.342	0.023	0.198	0.237	1.000	-0.095	-0.474	0.823**	0.146
UOS: Uygulama ortalama süresi (dakika)	-0.333	-0.364	0.171	-0.509	-0.324	-0.228	-0.524	-0.095	1.000	0.337	0.110	-0.185
USUS: Uygulama sonrası uyku süresi ortalama (dakika)	-0.108	-0.213	-0.365	-0.174	-0.187	-0.311	-0.092	-0.474	0.337	1.000	-0.199	-0.243
EİGS: Extübe izlenen gün sayısı	0.197	-0.071	0.008	0.408	0.112	0.257	0.315	0.823**	0.110	-0.199	1.000	-0.057
PEG: Postoperatif extübasyon günü	0.331	0.092	0.517	-0.334	0.177	0.399	0.337	0.146	-0.185	-0.243	-0.057	1.000

Spearman's rho kullanılmıştır. **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 4. 25'te kontrol grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişkilerin yönü ve şiddeti incelenmiştir. Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır.

Kontrol grubunun test sonuçları incelendiğinde; ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutu olan ihtiyaçların karşılanması alt boyut puanları ile ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanı arasında ($r=0.804^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Ebeveyn yetkinlik alt boyut puanları ile sosyal etkileşim ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile arasında sırasıyla ($r=0.753^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde, ($r=0.589^{*}$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sosyal etkileşim alt boyut puanları ile ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanları aralarında ($r=0.689^{*}$, $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir.

Uygulama sayısı ve extübe izlenen gün sayısı aralarında ($r=0.823^{**}$, $p<0.05$) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kardiyovasküler cerrahi geçiren bebeklerde annenin uyguladığı bebek masajı ve güvenli sarmalamanın kontrol grubuna göre anne bebek bağlanması, ebeveyn öz etkililik ve yaşam bulgularına etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü ön test-son test deneysel tasarımda gerçekleştirilen araştırmanın bulguları veriliş sırasına göre ve araştırma hipotezleri göz önünde bulundurularak literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmanın tartışması; anne ve bebeğin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışması, bebeğin fizyolojik izlemine ilişkin bulguların tartışması, ebeveyn öz yeterliğe ilişkin bulguların tartışması, maternal bağlanmaya ilişkin bulguların tartışması, ebeveyn öz yeterlik ve maternal bağlanma ile ilişkili değişkenler arasındaki ilişkilerin tartışması bölümlerinden oluşmaktadır.

5.1. Anne ve Bebeğin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Sağlıklı bir anne bebek bağlanmasında bebeğin karşılaştığı negatif tecrübeler, doğum kilosu, bebek yaşı (ay), gestasyon haftası, düzenli dokunma duyusunun uyarılması, erken temas, anne sütü alımı gibi pek çok faktörün büyük önemi vardır. Anne yaşı, eğitim durumu, ekonomik durumu, bebekte belirlenen herhangi bir sorun da bağlanmayı etkilemektedir (Gürol ve Polat, 2012; McClung ve diğ., 2018; Elgersma ve diğ., 2022). Çalışmamızda anne ve bebek sosyodemografik özelliklileri incelendiğinde bias oluşturacak herhangi bir veriye rastlanmamış bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grubundaki anne ve bebek tanıtıcı özelliklerinin benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4.1; Tablo 4.2).

Golfenshtein ve diğ. (2019) erken tanılanan ve müdahale edilen KKH'lı bebeklerin ebeveynlerinin uyumlu başa çıkma ve etkin ebeveynlik uygulamalarını arttırdığını bildirmişlerdir. Jin ve diğ. (2021) çalışmalarında ikiz gebelik, eğitim düzeyi, yaşam yeri, doğurganlık öyküsü, önceki gebelik sayısı, hamileliğin ilk üç ayı hastalık öyküsü, kusurlu doğan bir çocuğa sahip olma öyküsü, ailede doğum kusurları öyküsü ve konjenital kalp hastalığı öyküsünün önemli ölçüde KKH ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda annelerin gebelik özelliklerine bakıldığında ailelerde KKH geçmişine rastlanmamış, gebelikleri sırasında tamamının sağlık kuruluşlarına ulaştığı ve izlemlerini yaptırdıkları

görülmüştür. Ancak gebeliklerin çoğunluğunun plansız olduğu ve bebeklerin çoğunluğunda konjenital kalp hastalığı doğumdan sonra tanındığı görülmüştür. Literatür taramalarında VSD %25-30 oranıyla ilk sırada yer almakta olup, siyanotik KKH'ler içinde en sık BAT karşımıza çıkmaktadır. Ertürk ve ark.(2016) çalışmalarında %15,3 ile VSD en sık görülen ve siyanotik kalp hastalıklarında %10 ile BAT ilk sırada bildirmişlerdir. Çalışmamızda tanılanan patolojilerin literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür (Tablo 4.3). Bebeklerin demografik bilgileri incelendiğinde, çalışmaya dahil etme kriterlerine uygun aileler ile çalışıldığından gruplar benzerdir. Örneğin bebeklerin tamamı normal doğum ağırlıklıdır. Gruplar arası bebeğin entübe kaldığı gün sayısı, yoğun bakım yatış günü, büyüme ve gelişme geriliği varlığı farkı görülmemiştir. Bulut ve ark. (2012) çalışmalarında KKH tanısının doğum sonrası ilk günlerde konulabildiğini, erkek cinsiyete sahip bebeklerin Siyanotik KKH'lerinin erkeklerde daha fazla görüldüğünü ifade etmişlerdir. Aydoğdu ve ark. çalışmalarında cinsiyet farkı bulunmadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda bebeklerin çoğunluğunun erkek cinsiyete sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo4.4). Bulut ve ark. (2012) klinikte izlenen KAH'lı bebeklerin çoğunluğunun çalışmamızla uyumlu olarak solunum güçlükleri sebebiyle yoğun bakımda daha uzun süre yattığını bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmamızda annelerin doğum sonu meme sorunları ve emzirmeye ilişkin özelliklerinin dağılımlarının birbirine benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4.5).

5.2. Bebeğin Fizyolojik İzlemine İlişkin Bulguların Tartışması

KKH yenidoğan döneminde sık görülen ve önemli bir mortalite nedenidir. Hemodinamik değişimlerin doğru ve eksiksiz takibi ve kaydı hayati önem taşır. Yenidoğan takip tedavi ve bakımında kliniğine yatırılan her bebeğin kardiyak muayenesinin eksiksiz yapılması ve patolojilerin erken tespiti bebek ölümlerinin azaltılmasında önemli bir basamaktır. Bu takibin hatasız olabilmesi için multidisipliner ekip iş birliği ve aile merkezli bakımın önemi büyüktür. Doğumsal kardiyak anomalilerde fetal cerrahi girişimler üzerinde pek çok ilerlemeler kaydedilirken, fetal dönemde tanılanmamış ve cerrahi merkezlere farklı nedenlerle geç başvuruların olması yenidoğanların mortal veya morbit izlemelerine neden olmamalıdır. Tüm bu gelişmeler cerrahinin risklerini, yoğun bakım takip tedavi ve bakım sürecini etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerdeki düşük mortalite oranlarının pek çoğu, erken tanılama ve hızlı sevk planlamaları ile açıklanmaktadır. Ülkemizde özellikle büyük merkezlere periferden uçak ambulans ile acil koşullarda gelen bebeklerin klinik kritik izlemelerine çok sık rastlanmaktadır.

Çalışmamızda bebeklerin uygulama zamanına göre ağrı, sistolik ve diastolik kan basıncı, kalp tepe atımı, oksijen saturasyonu (SpO2), solunum sayısı ve vücut sıcaklığı ölçümlerim değerleri bebek masajı ve güvenli sarmalama ve kontrol grupları arasında karşılaştırılmıştır. Ayrıca bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında uygulama sayısı, postoperatif extübasyon günü, extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, uyku süreleri karşılaştırılmıştır. Bulut ve ark. (2012) Yenidoğanların KKH yönünden nabız oksimetrisi ile taranmasının da etkin ve güvenilir olduğunun tanımlanması nedeni ile her yenidoğanda dört ekstremiteden nabız oksimetrisi ile satüre oksijen değerlerinin ölçülmesini önermişlerdir. Noninvaziv uygulamalar pek çok yabancı cisim (kablolar) içerdiğinden bebeklerin konforunu sıklıkla bozduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda cilde temas eden her türlü cisime reaksiyon gösteren yenidoğanlar için minimum uyaranlarla hemodinamik izlem uygulanmıştır. Bu bölümde gruplara göre belirtilen karşılaştırılmış fizyolojik bulgular tartışılmıştır.

Pados ve Bell (2019) yenidoğan yoğun bakımda uygulanan bebek masajının kilo alımı, kalış süresi, hemodinamik bulgular, beslenme, nörogelişim ve ağrı dahil olmak üzere çok çeşitli olumlu sonuçlarını bildirilmişlerdir. Ancak Peterson (2018) bebek masajının etkilerine ilişkin birçok çalışma olmasına rağmen konjenital kalp cerrahisi sonrası randomize çalışmaların bulunmadığını ve var olan çalışmaların küçük örneklemli, tek merkezli ve kısa süreli takip içerdiğini belirterek bu alandaki çalışmaların daha ayrıntılı yapılması gerektiğini bildirmiştir.

İlgili araştırmaların uzun süreli takiplerini gerçekleştirebilmek için ailelerin bebekleri ile iletişimleri kesilmemeli sıklıkla anne-bebek iletişimi sağlanmalı, mümkünse tek kişilik izole odalarda standartlara uygun şekilde bebekler takip edilmeli ve anne de bebekle gerektiğinde aynı yatakta kalmamak koşulu ile kalabilmelidir. Tedavi prosedürlerinin her aşaması hakkında aileye bilgi verilmeli, yoğun bakım eğitimlerine eklenmeli aile bakıma dahil edilmelidir. Annenin yapabileceği bakım uygulamaları teşvik edilmelidir. Annenin emzirme, bakım gibi aktiviteleri doğrudan hemşiresi tarafından gözlemlenmelidir. Bebek ve annenin durumundaki değişimler yakından takip edilmeli, bakım planı gerektikçe yenilenmelidir. Özellikle merkezler sınırlı sayıda olduğundan aileler genellikle il dışından veya hastanenin bulunduğu yere uzak yerlerden gelmektedirler. Annenin gereksinimleri (hijyen, barınma, beslenme vb.), yorgunluk düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır.

Harrison ve ark. (2020) kompleks konjenital kalp hastalığı olan bebeklerde ameliyat sonrası masajın ağrıya etkisi başlıklı çalışmalarında post op masajın ağrıyı azaltabileceğini ve hemodinamik bulguları iyileştirebileceğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte 4.,5. ve 6. günlerde uygulanan masajın diğer gruplarla benzer hemodinamik bulgularla izlediğini bildirmişlerdir. Mosiman & Pile (2013) çalışmalarında invaziv girişimler sırasında uygulanan sarmalamanın ağrıyı azalttığını bildirmişlerdir. Nelson (2017) kundaklamanın risk ve yararlarını ortaya koyduğu kanıt temelli çalışmada; kundaklamanın preterm yenidoğanlarda ağrıyı azalttığına dair yeterince kanıt olduğunu, term yenidoğanlar ise yeterince veya yeterinden az ağrıyı azalttığına dair kanıtlar olduğunu bildirmiştir. Ayrıca kundaklamanın her zaman bebeğin kalçasının gevşek ve bacaklarını açabilecek serbestlikte olması gerekliliğini vurgulamıştır. Erdoğan ve Turan (2018) çalışmalarında sağlıklı bebeklerin annelerinin bebeklerini ani bebek sendromuna neden olabilecek şekilde uyutabildiklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda bebeklere kundaklama değil bebeklerin bacaklarının rahatça hareket ettiği ve kalçanın rahat olduğu güvenli sarmalama tekniği uygulanmıştır. Güvenli sarmalama uygulanan bebeklerde ağrının uygulama öncesi 1-2 dakika ve uygulamanın ilk 1-2 dakikasında bebek masajı ve kontrol gruplarına göre daha az olduğu görülmüştür. Aynı şekilde uygulama sonlanmadan 1-2 dk önce, uygulama sonrası 5. dk ve uygulamadan hemen sonra 1-2 dk içinde bebeklerin ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Erkut ve Yıldız (2017) çalışmalarında güvenli sarmalama uygulanan ve uygulanmayan bebeklerde hemodinamik bulgular arasında fark bulamadıklarını bildirmişlerdir. Bu bulgular araştırmanın **H₁** hipotezi olan “Anneleri tarafından güvenli sarmalama yöntemi uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin ağrı puanı kontrol grubuna göre daha düşüktür.” hipotezini doğrular niteliktedir. Araştırmanın **H₂** “Anneleri tarafından bebek masajı uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin ağrı puanı kontrol grubuna göre daha düşüktür.” hipotezini doğrulamamaktadır.

Rudnicki ve diğ. (2012) prematüre bebeklerde yapılan masaj çalışmalarında 4 bebekte oksijen saturasyonunun önemli ölçüde düşmesi sebebiyle uygulamanın durdurulduğunu, masaj sırasında kalp tepe atımının normal değerler içinde anlamlı şekilde azaldığını bildirmişlerdir. Smith ve diğ. (2012) preterm bebeklerde uyguladıkları bebek masajı esnasındaki kalp tepe atımı değişkenliği üzerine olan çalışmalarında bebek masajı yapılan bebeklerde kalp tepe atımı değişkenliğinin düzeldiğini bildirmişlerdir. Rana ve diğ. (2022) opioid kullanım öyküsü olan yenidoğanlarda 30 dakika uyguladıkları tüm vücut masajından

sonra bebeklerin kalp tepe atımında, sistolik ve diastolik kan basıncı ve solunum sayısında anlamlı düzeyde düşüş olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda güvenli sarmalama, bebek masajı ve kontrol grupları arasında uygulama zamanına göre sistolik ve diastolik kan basıncı, kalp tepe atımı, oksijen satürasyonu (SpO2) değerleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.7, 4.8, 4.9, 4.10). Valizadeh ve diğ. (2012) çalışmalarında nazal sürekli pozitif hava yolu basıncı ile tedavi edilen solunum sıkıntısı sendromlu prematüre bebeklerin oksijen satürasyonu üzerine hindistancevizi ve ayçiçeği yağları ile yapılan masajın etkilerini incelemişler, ayçiçek yağı ile uygulanan masajın oksijen satürasyonu arttırdığını, solunum sayısı üzerinde etkili olduğunu bildirmişler ve ay çiçek yağını bebek masajında önermişlerdir. Çalışmamızda masaj için kullanılan yağlar zeytinyağı ve tatlı badem yağı ile sınırlı tutulmuştur. Gruplar arasında solunum sayıları incelendiğinde uygulama yapılmayan kontrol grubunda solunum sayısının anne bakımından hemen sonra 1-2 dk içinde anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.11). Bu bulgular araştırmanın **H₃** hipotezi olan “Anneleri tarafından güvenli sarmalama uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin yaşam bulguları kontrol grubuna göre daha stabildir.” desteklenmektedir.

Nyaga ve diğ. (2021) masaj tedavisinin preterm yenidoğanlarda vücut sıcaklığına etkisini çalışmışlar ve masaj öncesi/sırası, sırası/sonrası, öncesi/sonrası bulgularının tedavi öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Gruplar arasında vücut sıcaklığı değerleri incelendiğinde uygulama sırası 45. dakikada bebek masajı grubunun vücut sıcaklığı ölçümlerinin kontrol grubundaki bebeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.12). Bu bulgular araştırmanın **H₄** hipotezi olan “Anneleri tarafından bebek masajı uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin yaşam bulguları kontrol grubuna göre daha stabildir.” Hipotezini desteklememektedir.

Chanvorachote ve diğ. (2022) yenidoğanların vücut sıcaklığının kontrolü için alternatif kundak etkinliğini ortaya koydukları randomize kontrollü çalışmalarında pamuk kundakların alüminyum kaplı pamuk kundak ve alüminyum kaplı kumaşlara göre hipotermiyi engellediğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda güvenli sarmalama için %100 pamuk penye örtüler kullanılmıştır. Fratellone ve arkadaşları (1994) konjenital kalp hastalarında hastalığın ve cerrahinin tipi dikkate alınarak fonksiyonel durumun değerlendirilmesi ve hastanın yapmak istediği egzersizin yoğunluğuna kendisinin karar vermesini önermişlerdir. Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak orta basınç düzeyinde dokunuşlarla masaj uygulamaları anneler

tarafından gerçekleştirilmiştir. Masajın süresi ve tipine anneler bebeklerinin reaksiyonlarına göre karar vermişlerdir.

Pados ve Bell (2019) yoğun bakımlarda uygulanan bebek masajlarının özellikleri hakkında yeterli kanıta dayalı çalışma olmadığını, en çok Field'in 1986 yılında geliştirdiği 15 dakikalık orta basınçlı masaj tekniğinin tercih edildiğini ancak alternatif tekniklerin de kullanıldığını bildirmişlerdir. Badr ve diğ. (2015) preterm bebeklerde uygulanan bebek masajının kısa ve uzun vadeli sonuçlarını inceledikleri meta analizi çalışmalarında masajın hastanede kalış süresi, kalori alımı, uygulama sıklığı ve süresi, vagal aktivite, kalp tepe atımı değişiklikleri, sıcaklık değişimleri, nörogelişimsel durumlar ve anne sonuçları hakkında etkili ve etkisiz 34 çalışma bildirmişlerdir. Bu çalışmaların sonucunda yoğun bakımdaki bebekler için masajın kilo alımı ve bebeğin zihinsel gelişimini arttırmak için etkili olabileceğini ancak mevcut çalışmaların kesin önerilerde bulunabilecek kanıt seviyesinde olmadığını ve daha çok randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda bebeklerin uygulama sayısı ve uygulama ortalama dakika sürelerinin bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Bebek masajı grubunda olan bebeklerin uygulama sayılarının güvenli sarmalama ve kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Uygulama ortalama dakikalarına bakıldığında ise güvenli sarmalama grubundaki bebeklerin bebek masajındaki bebeklere göre ve kontrol grubundaki uygulamaların ise güvenli sarmalama grubuna göre ortalama uygulama dakikalarının daha uzun olduğu görülmektedir (Tablo 4.13).

Rızai ve diğ. (2023) sağlıklı yenidoğan ve anne uykusu durumunu iyileştirmek için yatmadan önce masaj konulu randomize kontrollü çalışmalarında masaj grubunun uykusu bölünme sayısı ile uykuya geçiş ve uykusu süresinde kontrol grubuna göre anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir. Kalvas ve Harrison(2020) çalışmalarında konjenital kalp cerrahisi geçirmiş yenidoğanların yoğun bakım takiplerinde çokça sese ve ışığa maruz kalabildiklerini, sık uyarana maruz kalma sebebiyle uykularının düzensiz olduğunu ve sıklıkla bölündüğünü bildirerek, çevresel stresörlerin bebeklerde gelişimsel sorunlara yol açabildiğini ve azaltılarak kontrol altına alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Genel anne bakımı ve bebek masajı bebeğin aktif tutulduğu, çeşitli uyaranların verildiği uygulamalardır. Güvenli sarmalama ise sarmalamadan sonra bebeğe başka uyaran verilmemiştir. Güvenli ortamda olan bebeklerin daha sakin ve uykuya eğilimli oldukları gözlemlenmiştir. Van Sleuwen ve ark. (2007) sistematik çalışmalarında genel olarak sarmalanan bebeklerin daha az uyandıklarını ve daha

fazla uyuduklarını bildirmişlerdir. Mindell ve diğ. (2018) sağlıklı 3-18 ay yenidoğanlarda uyku öncesi rutin bebek masajı uygulamasının bebeğin uyku düzeninde bir değişiklik yaratmadığını ancak annelerin algıları ve uykularında iyileşme kaydedildiğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda güvenli sarmalama grubunda olan bebeklerin uygulama sonrası uyku sürelerinin bebek masajı ve kontrol grubunda olan bebeklere göre daha yüksek olduğu ve etki büyüklüklerinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.14). Bu bulgular H_{11} hipotezini “Güvenli sarmalama yöntemi uygulanan bebeklerde uyku süresi kontrol grubuna göre daha uzundur.” destekler niteliktedir. Araştırmanın H_{12} hipotezi ise “Bebek masajı uygulanan bebeklerde uyku süresi kontrol grubuna göre daha uzundur.” desteklenmemiştir.

Kelly ve ark.(2016) çalışmalarında sarmalama ile ilgili eğitim alan annelerin daha az endişeleri olduğunu, sarmalamaya daha eğilimli olduklarını, daha çok bebeklerini sırt üstü ve bebeğin kendi yatağında yatırdıklarını bildirmişlerdir. Literatür incelendiğinde bebek masajı uygulanan miad ve prematür yenidoğanlara ait pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çalışmalarda bebek masajının yoğun bakım yatış gününe olumlu yönde etkisi olduğu bildirilmiştir. Ancak çalışmamızda gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo4.4). Güvenli sarmalama yöntemi veya bebek masajı uygulanan bebeklerde yoğun bakım yatış süresinde herhangi bir değişim görülmemiştir (Tablo 4.2). Bu bulgular çerçevesinde H_9 hipotezi “ Güvenli sarmalama yöntemi uygulanan bebeklerde yoğun bakım yatış süresi kontrol grubuna göre azdır.” ve H_{10} hipotezi “ Bebek masajı uygulanan bebeklerde yoğun bakım yatış süresi kontrol grubuna göre azdır. ”doğrulanmamıştır. Bu sonucun pediatrik kardiovasküler cerrahi yoğun bakım işleyiş protokolleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim çalışmanın gerçekleştirildiği yoğun bakımda ilk 48 saat tekrarlı yoğun bakım yatış oranı %1’in altındadır. Postoperatif extübasyon sonrası yenidoğanların takibi ortalama 3-5 gün farklı sebepler nedeniyle(aritmi, solunum sıkıntısı, ailenin şehir dışında olması, emme ve yutma sorunları, trakeal atrezi, diyafragma paralizi, metabolik hastalıklar teşhis ve tedavisi vb.) sürdürülmektedir.

5.3. Ebeveyn Öz Yeterliğe İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmanın bu bölümü annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve alt boyutları; ihtiyaçların karşılanması, ebeveyn yetkinliği, rahatsızlığı giderme, hastalıkla başa çıkabilme ve sosyal etkileşimden aldıkları puanlar ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arası karşılaştırmalar tartışılmıştır.

Fang ve ark.(2021) sistematik derleme çalışmalarında ebeveyn öz yeterliğin bebeğin mizacı, annenin ebeveynlik memnuniyeti, ebeveynlik stresi, hane halkı geliri, algılanan sosyal destek arasında ilişkiler olduğunu ortaya koyarken eğitim düzeyi, doğum sayısı, evdeki çocuk sayısı, çocuğun cinsiyeti, babanın yaşı, anne yaşı, etnik köken, çalışma durumu, eğitim düzeyi, hane halkı geliri arasındaki kanıtların tutarsız olduğunu veya ilişki bulunamadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda da tanıtıcı özellikler ile ebeveyn öz yeterlik arasında ilişki bulunamamıştır.

Gyllén ve diğ. (2019) nicel çalışmalarında öz yeterliği, belirsizlik ve kabullenme arasında denge kurma yeteneği olarak yorumlanmıştır. Çocuğun ve ebeveynin performans başarısı, belirsizliği azaltarak belirsizliği ve kabullenme arasındaki boşluğu doldurduğunu, böylece öz-yeterlik düzeyini oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Olumsuz olayların ve komplikasyonların belirsizliği arttırdığını ve öz yeterliliği azalttığını, bu nedenle performans başarısının öz yeterliğin bir aracı olduğunu ve belirsizliğin üstesinden gelme yeteneğinin öz yeterliliğin seviyesini belirlediğini bildirmişlerdir. Leahy-Warren ve McCarthy (2011) çalışmalarında doğum sonrası dönemde anne ebeveyn öz yeterliğini değerlendirmiş, öz yeterliğin zaman içinde artış gösterdiğini, çocuk sayısı, sosyal destek, anne ebeveynlik doyumunu ve evlilik doyumunu arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve anne stresi, kaygısı ve doğum sonrası depresyon arasında negatif bir ilişki tanımlayarak sonuçların Bandura'nın sosyal bağlanma kuramı ile uyumlu olduğunu bildirmişlerdir. Vance ve ark.(2020) yüksek riskli bebeklerin annelerinde ebeveynlik öz yeterliliğinin gelişimi başlıklı çalışmalarında ebeveyn öz yeterliliğinin bebek gelişimi ve sağlığına katkıda bulunduğunu, daha yaşlı ve birden fazla çocuk sahibi olan annelerin yüksek düzeyde ebeveyn öz yeterliği olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda ebeveyn öz yeterliği ölçeği ön test ve son test toplam puan ortalamaları ve grup içi karşılaştırmaları incelendiğinde bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.15). Bu bulgular çerçevesinde **H₇** hipotezi “Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine güvenli sarmalama yöntemi uygulayan annelerin öz etkililikleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.” ve **H₈** hipotezi “Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine bebek masajı uygulayan annelerin öz etkililikleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.” doğrulanmamıştır. Bebek masajı grubunda olan annelerin rahatsızlığı giderme ve hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanlarının ön teste göre ve son testte yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.18 ve Tablo 4.19).

5.4. Maternal Bağlanmaya İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmanın bu bölümünde annelerin maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puanlar ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arası karşılaştırmalar tartışılmıştır.

Jordan ve ark.(2014) çalışmalarında çoğu annenin kalp ameliyatından sonra bebekleriyle olumlu ilişkiler geliştirdiklerini, ancak dörtte birinin güçlü bağlar kurma konusunda zorluk yaşadıklarını ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Shoghi ve ark. (2018) annelerin uyguladığı bebek masajının anne-bebek bağlanmasına etkisi konulu çalışmalarında uygulama sonrası masaj grubunda anne bağlanmasında anlamlı fark olduğunu ifade etmişlerdir. Midtsund ve diğ. (2018) annelerin bebek masajını öğrenme ve uygulama deneyimleri başlıklı nitel çalışmalarında “bebekle duygusal ve fiziksel bağ kurma fırsatı olan bir rahatlama” ana teması ortaya çıkmış ve annelerin (a) yapıyı takdir etme, (b) benlik saygısı ve özgüven sağlama, (c) bebekle bağ kurma ve (d) bebeğin varlığını keşfetme deneyimlerini ön plana çıkaran dört kategori belirlediklerini bildirmişlerdir. Literatürde pek çok çalışma bebek masajının anne bağlanması üzerine olumlu etkilerini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Maternal bağlanma ölçeği grup içi karşılaştırma sonuçları değerlendirildiğinde, bebek masajı toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ön teste göre ve son testte daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (4.21).

Bystrova ve diğ. (2009) çalışmalarında bebeği kundaklamanın annenin bebeğe karşı duyarlılığını, bebekle olumlu duygusal ilişki kurma yeteneğini ve anne ile bebeğin birlikte geçirdiği zamanı azalttığını bildirmişlerdir. Pinto ve diğ. (2020) çalışmalarında bebeklerin geleneksel olarak kundaklanması Hindistan'da kök salan, yanlış inançlardan doğan ve tarafından yayılan bir uygulama olduğunu ve farkındalık eksikliği olduğunu bildirmişlerdir. Çocuk hemşire ve doktorlarını hedef alan güvenli kalça sarmalama eğitimini önererek öncelikle sağlık çalışanlarından başlamak üzere anneler arasında farkındalık yaratmak ve zararlı uygulamalarını değiştirmek gerekliliğini vurgulamışlardır. Karp (2008) çalışmasında tehlikeli geleneksel kundaklama ile güvenli kalça pozisyonu arasındaki farkı ortaya koyarak, doğru şekilde yapılan sarmalamanın ağrıyı azalttığı, uykuyu iyileştirdiği ve sıkıntılı dönemleri kısalttığı için küçük bebekler için önerdiğini bildirmiştir. Literatürde maternal bağlanma ve güvenli sarmalamanın bir arada çalışıldığı kanıt temelli çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda maternal bağlanma ölçeği grup içi karşılaştırma sonuçları değerlendirildiğinde güvenli sarmalama ön test ve son test toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ve son testte olumlu artış gösterdiği bulunmuştur. Ancak bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol

gruplarında annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puanlarının gruplar arası karşılaştırma sonuçları değerlendirildiğinde, bebek masajı ve güvenli sarmalama grubunda olan annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puanlarının ön test ve son teste göre değişimleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (4.21). Bu bulgular ışığında **H₅** “Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine güvenli sarmalama yöntemi uygulayan annelerin anne bebek bağlanmaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.” ve **H₆** “Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş olan bebeklerine bebek masajı uygulayan annelerin anne bebek bağlanmaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.” hipotezleri doğrulanmamıştır.

5.5. Ebeveyn Öz Yeterlik ve Maternal Bağlanma ile İlişkili Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Tartışması

Araştırmanın bu bölümünde annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ihtiyaçların karşılanması, ebeveyn yetkinlik, rahatsızlığı giderme, hastalıkla başa çıkabilme, sosyal etkileşim ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile uygulama sayısı uygulama ortalama dakika uygulama sonrası uyku süresi extübe izlenen gün sayısı postoperatif extübasyon günü ve arasındaki ilişkilerin yönü ve şiddeti inceleme sonuçları tartışılmıştır.

Kohlhoff & Barnett (2013) çalışmalarında annenin psikopatolojisi, çocukluk ve ebeveynlik deneyimleri ile doğum sonrası özyeterlik arasında ilişki olduğunu ve bebekle bağlanma türünü etkilediğini ortaya koymuşlardır. Özyeterlik ile anne depresyonu, anne kaygısı ve güvensiz bağlanmanın negatif ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında, annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile uygulama sayısı, uygulama ortalama süresi, uygulama sonrası uyku süresi arasındaki ilişkilerin yönü ve şiddeti test sonuçları incelendiğinde bebek masajı grubunda öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Güvenli sarmalama grubunda ise uygulama ortalama süresi ile uygulama sonrası uyku süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.22).

Çalışmamızda bebek masajı grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı

arasındaki ilişkilerin yönü ve şiddeti test sonuçları incelendiğinde; ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutu ihtiyaçların karşılanması ile hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları ve ebeveyn öz yeterlik ölçeği arasında sırasıyla pozitif yönde yüksek düzeyde,) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Dokunma yolu ile bebekleri ile daha çok iletişim kurma fırsatı bulduğunu gözlemlediğimiz annelerin uygulama sayısı arttıkça daha çok yoğun bakıma girmek istedikleri ve daha çok geri bildirim vererek soru sordukları gözlemlenmiştir. Ebeveyn yetkinlik alt boyutu ile rahatsızlığı giderme alt boyut puanları ile ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları arasında sırasıyla pozitif yönde orta düzeyde, pozitif yönde orta düzeyde, pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. Rahatsızlığı giderme alt boyutu ile hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları ile ve postoperatif extübasyon günü sayısı ile arasında sırasıyla pozitif yönde orta düzeyde, pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları ile maternal bağlanma ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Annelerin bebek masajı uygulama sayısı ile bebek masajı uygulayabildikleri extübe izlenen gün sayısı ve postoperatif extübasyon günü arasında sırasıyla pozitif yönde yüksek düzeyde, pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca extübe izlenen gün sayısı ile postoperatif extübasyon günü sayıları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.23).

Wittkowski ve ark.(2017) sistematik derlemelerinde 1970'ten günümüze 34 ayrı ebeveyn özyeterlik ölçeği geliştirildiğini, ebeveynlik işlevinin güçlü bir belirleyicisi olduğunu ancak spesifik alanlarda sınırlı çalışmalar olduğunu bildirmişlerdir. Ebeveyn öz yeterliğin gelişmesiyle yaşam kalitesinde artma, ebeveynlik becerilerinde gelişme, hazırlıksız hisseden ebeveynlerin kendi yeteneklerine ve kendilerine inançlarında artma bildirmişlerdir. Çalışmamızda postoperatif extübasyon günü uzayan ve güvenli sarmalama uygulaması yapan annelerin bebekleri uyurken kendilerinin de dinlenme fırsatı buldukları ve uygulama için daha istekli oldukları gözlemlenmiştir. Annelerin bebeklerinin iyileşmeleri yönünde uzun süre uyumalarını olumlu karşıladıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda güvenli sarmalama grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü,

uygulama sayısı arasındaki ilişkilerin yönü ve şiddeti test sonuçları incelendiğinde; ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutu ihtiyaçların karşılanması alt boyu puanları ile ebeveyn yetkinlik, rahatsızlığı giderme, hastalıkla başa çıkabilme, sosyal etkileşim alt boyut puanları ve ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanları arasında sırayla pozitif yönde yüksek düzeyde, pozitif yönde orta düzeyde, pozitif yönde yüksek düzeyde, pozitif yönde çok yüksek düzeyde, pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn yetkinlik alt boyutu puanları ile rahatsızlığı giderme, hastalıkla başa çıkabilme, sosyal etkileşim alt boyutları puanlarıyla arasında sırayla pozitif yönde yüksek düzeyde, pozitif yönde orta düzeyde, pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca rahatsızlığı giderme alt boyut puanları ile sosyal etkileşim alt boyut puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hastalıkla başa çıkabilme alt boyutu puanlarına bakıldığında yapılan testte sosyal etkileşim ve ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanları ile aralarında sırayla pozitif yönde yüksek düzeyde, pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Sosyal etkileşim alt boyutuna bakıldığında ise, güvenli sarmalama grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile aralarında sırayla pozitif yönde yüksek düzeyde, pozitif yönde orta düzeyde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca uygulama ortalama süresi (dakika) ile uygulama sonrası uyku süresi ortalama (dakika) ve postoperatif extübasyon günü aralarında sırasıyla pozitif yönde orta düzeyde, pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.24).

Araştırmamızda kontrol grubunda annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile extübe izlenen gün sayısı, uygulama ortalama dakika, postoperatif extübasyon günü, uygulama sayısı arasındaki ilişkilerin yönü ve şiddeti test sonuçları incelendiğinde; ebeveyn öz yeterlik ölçeği alt boyutu olan ihtiyaçların karşılanması alt boyu puanları ile ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kontrol grubunda olan annelerin extübasyon sonrası bebeklerinin yanlarına daha sık girmek istedikleri, bebeklerinin sık uyandıkları, annelerin uykusuz ve bitkin oldukları gözlemlenmiştir. Yoğun bakımda bebeği izlenen annelerin anksiyete ve stres düzeyinin yüksek olduğuna dair pek çok çalışma bulunmaktadır. Bebeklerinin rahatladığını ve uzun süre uyumadığını gören annelerin daha endişeli oldukları ve daha sık bebeklerinin yanlarına

gelmek istedikleri düşünülmektedir. Bebekleri ile yoğun bakımda daha çok zaman geçiren annelerin bebeğin ihtiyaçlarını daha çok anlayabildikleri ve yeterliklerinin arttığı düşünülmektedir. Ebeveyn yetkinlik alt boyut puanları ile sosyal etkileşim ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile arasında sırasıyla pozitif yönde yüksek düzeyde, pozitif yönde orta düzeyde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sosyal etkileşim alt boyut puanları ile ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puanları aralarında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Uygulama sayısı ve extübe izlenen gün sayısı aralarında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.25). Bu bulgular araştırmacının gözlemlerini destekler niteliktedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bebek masajı, güvenli sarmalama yöntemleri uygulanan ve kontrol gruplarında anne ve bebek bağlanması artırılması, bebek bakımında annenin aktif rol alarak öz etkililiğinin artırılması, bebeğin ağrısının azaltılması ve yaşam bulgularının stabilizasyonu ile bebeğin ve annenin sürece uyumu artırılarak yatış gününün azaltılması amaçlanmış ön test- son test kontrol gruplu (klasik/ tam deneysel) tasarım olan araştırmamızın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde bireylerin ve bebeklerin demografik bulguları ile bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında bebeğin entübe kaldığı gün sayısı ve yoğun bakım yatış günleri ve annelerin emzirme özellikleri arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

Bebek masajı ve güvenli sarmalama yöntemi uygulanan kardiyovasküler cerrahi geçirmiş bebeklerin ağrı düzeyleri arasında fark olduğu sonucuna varılmıştır. Güvenli sarmalama olan bebeklerin uygulama öncesi 1-2 dakika, uygulamanın ilk 1-2. dakikası, uygulama sonlanmadan 1-2 dakika önce ve uygulamadan hemen sonra 1-2 dakikada ölçülen ağrı ölçümlerinin bebek masajı ve kontrol grubunda olan bebeklere göre daha düşük olduğu ve etki büyüklüklerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda bebeklerin uygulama zamanına göre ölçülen sistolik ve diastolik kan basınçları, kalp tepe atım hızı ve oksijen satürasyonu bulgularının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gruplara göre solunum sayıları incelendiğinde kontrol grubunda olan bebeklerin uygulamadan hemen sonra 1-2 dakikada ölçülen solunum sayılarının bebek masajı ve güvenli sarmalama grubunda olan bebeklere göre daha yüksek olduğu ve etki büyüklüklerinin yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca gruplara göre bebek masajı grubunda olan bebeklerin uygulama sırası 45 dakikada ölçülen vücut sıcaklığı ölçüm ortalamalarının kontrol grubunda olan bebeklere göre daha yüksek olduğu ve etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bebeklerin uygulama sayısı ve uygulama ortalama dakika değerleri incelendiğinde bebek masajı grubunda olan bebeklerin uygulama sayılarının güvenli sarmalama ve kontrol

grubunda olan bebeklere göre daha düşük olduğu ve etki büyüklüklerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Güvenli sarmalama grubunda olan bebeklerin uygulama ortalama dakika süresi bebek masajı ve kontrol grubunda olan bebeklere göre daha yüksek olduğu ve etki büyüklüklerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Gruplara göre uygulama sonrası uyku süreleri incelendiğinde güvenli sarmalama grubunda olan bebeklerin uygulama sonrası uyku sürelerinin bebek masajı ve kontrol grubunda olan bebeklere göre daha yüksek olduğu ve etki büyüklüklerinin yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

Annelerin ebeveyn öz yeterlik ölçeği toplam puan gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, ön test ve son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği puanlarının bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Annelerin ebeveyn ölçeği alt boyutlarından gruplara göre aldıkları puanlar incelendiğinde ise; bebek masajı grubunda olan annelerin rahatsızlığı giderme ve hastalıkla başa çıkabilme alt boyut puanları son testte yüksektir. Annelerin ebeveyn maternal bağlanma ölçeği toplam puanlarının grup içi karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, son testte ölçülen maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ön teste göre bebek masajı ve güvenli sarmalama gruplarında kendi içlerinde olumlu artış gösterdiği bulunmuştur.

Bebek masajı, güvenli sarmalama ve kontrol gruplarında, annelerin son testte ölçülen ebeveyn öz yeterlik ölçeği ve maternal bağlanma ölçeği toplam puanları ile uygulama sayısı, uygulama ortalama süresi, uygulama sonrası uyku süresi arasındaki ilişki incelendiğinde; bebek masajı grubunda ebeveyn öz yeterlik ve maternal bağlanmanın, güvenli sarmalama grubunda ise ortalama uygulama süresi ile uygulama sonrası uyku süresi arasında birlikte olumlu artış gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Bebek masajı grubundaki annelerin bebeklerin postoperatif extübe edildiği gün ile bebeklerin rahatsızlıklarını gidermeleri ile hastalıkları ile başa çıkabilmeleri ve maternal bağlanma arasında olumlu ilişki bulunmuştur. Extübasyon günü uzayan bebeklerin annelerinin daha farklı hissettikleri görülmektedir. Ayrıca uzun süre entübe izlenen bebeklerin extübe olduktan sonra yoğun bakımda extübe kaldıkları gün sayısı arasında da ilişki tanımlanmıştır.

Güvenli sarmalama grubundaki annelerin EÖYÖ alt boyutu olan sosyal etkileşim puanları arttıkça öz yeterlik ve anne bağlanması da olumlu artış göstermiştir. Bebeklerin sarmalama süreleri arttıkça uyku süreleri de artmıştır. Bebeğin yoğun bakımda entübe kaldığı günlerde anneler daha çok güvenli sarmalama uygulamışlardır.

Kontrol grubundaki anneler EÖYÖ alt boyutu olan ebeveyn yetkinlik ve sosyal etkileşim puanları ile anne bebek bağlanmasının artış gösterdiği belirlenmiştir. Bebeklerinin yoğun bakım yatışı uzadıkça annelerin daha çok uygulama yaptıkları tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Doğuştan Kalp Hastalığı (KKH) olan bebekler nöro gelişimsel gecikmeler, duygusal, sosyal ve davranışsal zorluklar sebebiyle risk altındadır. Yaşamın erken dönemlerinde hastaneye yatış ve ilişkili stresörler bu zorluklara katkıda bulunabilir. Aile merkezli bakım, ihtiyaçlara saygılı ve duyarlı olan bir sağlık hizmeti yaklaşımı esas olmalıdır. Yoğun bakım tedavi protokolleri yatış günü, entübe izlenen gün sayısı ve taburculuk sürelerinde etkili olduğundan kanıta dayalı olarak güncellenmesi önerilir.

Dokunmanın önemi ve etkileri üzerine hemşirelik lisans düzeyinde eğitimlerin artırılması, gebe okullarında ve doğum sonu dönemde ailelere eğitimler düzenlenmesi önerilir. Klinisyen hemşirelerin katılabileceği ve toplum sağlığında anne bebek teması/dokunması konulu online/yüzyüze bilimsel programlar düzenlenmelidir. Yoğun bakımlarda bebek masajı üzerine yapılan araştırmalar hem bebekler hem de ebeveynleri için olumlu etkiler kanıt sağlamıştır. Araştırma bazı yönlerden sınırlı olsa da neredeyse hiçbir çalışmada masajın olumsuz etkileri bildirilmemiştir veya yan etkiler önemsizdir (hafif bir kızarıklık gibi). Konjenital hastalıkları olan yenidoğanlarda çalışmalar sınırlıdır. Derinlemesine ayrıntılı araştırmalar daha etkin bakım ve hizmet sağlayacaktır.

Bireyselleştirilmiş kişisel bakım hakkında hizmet vericiler ve ebeveynlerin eğitim gereksinimleri mevcuttur. Bebek masajı için ideal teknik, zamanlama, sıklık ve bebekler için faydaları optimize etmek için masaj süresi ve uygulamaları ebeveynler ile bebeğe özel geliştirilmelidir. Ebeveynlerin hastanede yatan bebeklerine masaj yapmaları için yenidoğan ve diğer yoğun bakım hemşireleri, uygulayarak öğretmek için benzersiz bir konumdur. Bebek masajı uygulaması ve eğitimi konusunda gelişmek isteyen hemşireler için çeşitli fırsatlar ve eğitim kaynakları mevcuttur.

Güvenli sarmalama ile ilgili çalışmalar sınırlıdır ve kundaklama ile karıştırılmamalıdır. Öncelikle sağlık çalışanlarına güvenli sarmalama eğitimleri verilmeli, gelişimsel kalça displazisinin önemi üzerinde mutlaka durulmalıdır. Ailelere kundaklamanın risklerinden mutlaka bahsedilmeli ve güvenli kalça pozisyonu farkı anlatılmalıdır (bebek yaşıyla risklerin arttığını ve 6 aydan büyük bebekler için iki kat risk oluşturduğunu, ani bebek ölüm sendromu riski eğitimlere dahil edilmelidir).

Anne bebek bağlanması, öz etkililik ve uyku sürelerinde olumlu etkileri olan güvenli sarmalama yöntemi anne ve babaların kolaylıkla 3-5 dakika içinde evlerinde uygulayabileceği pratik bir yöntemdir. Konjenital kalp cerrahi geçirmiş bebekler için taburculuk sonrası evlerinde ebeveynleri tarafından uygulanması önerilir.

Bebeklerde en çok ölüm sebebi olan konjenital hastalıklarda hemşirelik özellikli eğitim ve tecrübe gerektiren bir alandır. Üniversitelerin lisans eğitimlerinde seçmeli ders olarak hemşirelik öğrencileri için müfredat programından daha ayrıntılı olarak planlanabilir.

Bebek masajının ABD'nin ve Avrupa'nın pek çok eyaletinde ve kentindeki gibi devlet politikası olarak 1. düzey sağlık hizmetlerinde standart hizmet haline getirilmesi ile toplum sağlığına pek çok katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz. Çalışmamızda bebek masajı ve güvenli sarmalama yöntemleri uygun koşullarda 3. düzey yoğun bakımlarda önerilmektedir.

Güvenli sarmalamanın doğru uygulandığında bebeğe ve aileye sağlayacağı yararlar hakkında araştırmaların artırılması ve kanıt düzeyinin artırılması gerekmektedir. Benzer çalışmaların birden çok merkezde ve sağlıklı bebeklerle karşılaştırmalı olarak planlanması önerilir.

Anne-bebek dokunma araştırmaları tipik olarak anne dokunmasına odaklanırken, bebek dokunma araştırmaları sınırlıdır. Bununla birlikte, araştırmalar, bebeklerin bazen annelerin bebeklerine tepki vermesi ve uyum sağlamasıyla etkileşimli davranışlara öncülük ettiğini göstermektedir. Çalışmamızda bebek masajı eğitim ve uygulamalarında annelerin bebeklerin iletişim sinyallerini ve davranışlarını yorumlayarak kendi dokunsal masaj uygulamalarını oluşturmaları desteklenmiştir. Benzer aileye özel çalışmaların planlanması ve iletişimde bebeğin davranışlarına annelerin tepkilerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Afand N., Keshavarz M., Fatemi N. S. (2017) Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge, Advisor in Methodology, *Ali Montazeri Advisor in statistics and Methodology Journal of Clinical Nursing*, Volume 26, Issue 13-14, pages 1887–1892, July 2017, DOI: 10.1111/jocn.13498.

Beider S., Boulanger K. T., Joshi M., Pan Y.P., Chang R. (2010), Measuring the Effects of Massage on Exercise Performance and Cardiopulmonary Response in Children With and Without Heart Disease: A Pilot Study, *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, Volume 3, Number 3.

Bulut G., Ballı Ş. , Atlıhan F. , Meşe T. , Çalkavur Ş. , Olukman Ö. (2012) Yenidoğan servisinde izlenen doğumsal kalp hastalığı olanların retrospektif değerlendirilmesi Retrospective evaluation of patients with congenital heart disease monitored in the neonatology department, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2012; 2(3):141-147 doi:10.5222/buchd.2012.141.

Bal Yılmaz, H., Conk Z. (2009) The effect of massage by mothers on growth in healthy full term infants, *International Journal of Human Sciences* [Online]. 6:1. Available: <http://www.insanbilimleri.com/en>.

Parlak G. A. (2010) Yenidoğan Sağlığında Masajın Yeri [Massage in NewbornHealth], Derleme/RewievArticle *TAF PrevMedBull* 2010; 9(5): 547-550.

Derebent E.Yiğit R. (2006) Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2).

Dinçer Ş., Yurtçu M., Günel E. (2011) Yenidoğanlarda Ağrı ve Nonfarmakolojik Tedavi, Pain in Newborns and Nonpharmacologic Treatment Procedures, *Selçuk Üniv Tıp Derg*; 27(1):46-51, DerlemeYazısı.

Eras Z., Atay G., Durgut Şakrucu E., Bahar Bingöler E., Dilmen U. (2013) Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek DOI: 10.5350/SEMB2013470301 *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, Cilt: 47, Sayı: 3.

Erkut Z., Yıldız S. (2017), Bebek Bakımında: Geleneksel Kundaklama Mı? Güvenli Sarmalama Mı? 1 In Baby Care: Is Traditional Swaddling? Is Safe Swaddling? Orcid Id: 0000-0002-7299-787x1, 0000-0002-2528-21852, Doi: 10.17371/Uhd2017.2.13, *International Refereed Journal Of Nursing Researches* May / June / July / August Spring Summer Issue:10, İstanbul, Türkiye.

Erkut Z., Yıldız S. (2017) The Effect of Swaddling on Pain, Vital Signs, and Crying Duration during Heel Lance in Newborns, *American Society for Pain Management Nursing*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2017.05.007>, Erişim Tarihi: 21.10.2020.

Yurdakul Ertürk E., Küçüköyük Ş., Baysal K., Ayyıldız P., Yılmaz A., Oğur G. (2016) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Konjenital Kalp Hastalığı Tanısı Alan Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi A Retrospective Evaluation of the Patients with Congenital Heart Disease in Neonatal Intensive Care Unit, *J Curr Pediatr* 2016; 14:67-73, DOI:10.4274/jcp.02486.

Fielda T. ,Gonzalez G., Diegoa M., Mindell J. (2016) Mothers massaging the newborns with lotion versus no lotionen hances mothers' and newborns' sleep, *Infant Behavior& Development*, 45 (2016) 31–37.

Özkan M., Özkan S., Tatar T., Sarıtaş B., Özçobanoğlu S., Tankut Akay H., Aşlamacı S. (2010) Açık kalp cerrahisi yapılan düşük ağırlıklı hastalarda risk sınıflandırmaları-Risk stratification in low weight patients undergoing open heart surgery, *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg*; 18(3):157-161.

Özyazıcıoğlu N., Güdücü Tüfekçi F. (2009), Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 12: 4 66.

Vicentea S., Veríssimob M., Diniz E. (2017) Infant massage improves attitudes toward childbearing, maternal satisfaction and pleasure in parenting, *Infant Behavior and Development*, 49, 114–119, <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.006>.

Türkbay D., Canpolat FE., Derme T., Altuğ N., Yılmaz Y. (2020) The birth prevalence of selected major congenital anomalies: Six-year's experience in a tertiary care maternity

hospital, *Türk Pediatri Ars.* 2020; 55(4): 393–400. DOI: 10.14744/TurkPediatriArs.2020.36097.

Karapınarlı A, Kibar Gül AE, Ünal S, Siyah Bilgin B, Azak E, Kavurt V.(2022) Yenidoğan Servis ve Yoğun Bakım Ünitesinde Tanı Alan Doğumsal Kalp Hastalığı Olgularının Geriye Dönük Değerlendirilmesi, *Türkiye Çocuk Hast Derg.* 2022;16:191-199. DOI: 10.12956/tchd.902641.

Çilsal E. (2022) Yenidoğanın obstrüktif kalp hastalıkları. Oğuz AD, editör. Yenidoğan Kardiyolojik Sorunlarına Yaklaşım.1.Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*; 2022.p.32-9.

Bulut G., Ballı Ş., Atlıhan F., Meşe T., Çalkavur Ş., Olukman Ö. (2012) Yenidoğan servisinde izlenen doğumsal kalp hastalığı olanların retrospektif değerlendirilmesi Retrospective evaluation of patients with congenital heart disease monitored in the neonatology department, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 2012; 2(3):141-147 doi:10.5222/buchd.2012.141.

Çiçek M, Yurdakök O, Şaşmazel A. (2020) Konjenital Kalp Cerrahisinde Palyatif Prosedürler. Türkoğlu H, editör. Konjenital Kalp Hastalıklarında Palyatif Yaklaşımlar. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*; 2020. p.1-5.

Yüzkat N., Çeğin MB., Polat V., Soyoral L., Göktaş AS. (2015) Pediyatrik Konjenital Kalp Cerrahisinde Anestezi Deneyimlerimiz: İlk Sonuçlar, *GKDA Derg.*, 21(4):168-173, 2015 doi:10.5222/GKDAD.2015.168.

Hayvacı Canbeyli F. (2022) Yenidoğanın soldan sağa şantlı kalp hastalıkları, Oğuz AD, editör. Yenidoğan Kardiyolojik Sorunlarına Yaklaşım, 1.Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*; 2022.p.22.

Özlü F., Eşsizoglu P., Şimşek H., Erdem S. (2020) Konjenital Kalp Hastalığı ve Nörolojik Etkileri Congenital Heart Defects and Neurological Effects , *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* . Archives Medical Review Journal 2020; 29(3):163-172, doi:10.17827/aktd.624603.

Cruz E.M., Ivy D., Jagersda J. (eds.), (2014) Pediatric and Congenital Cardiology, Cardiac Surgery and Intensive Care, Pediatric Cardiac Intensive Care – Postoperative

Management: Nursing Considerations, 75-76. P. DOI 10.1007/978-1-4471-4619-3_161, Springer-Verlag London, 2014.

Ferentzi H., Rippe R.C.A., Latour J.M., Schubert S., Girch A., Jönebratt Stocker M., Pfitzer C., Photiadis J., Sandica E., Berger F., & Schmitt K.R.L. (2021) Family-centered care at pediatric cardiac intensive care units in Germany and the relationship with parent and infant well-being: a study protocol, *Frontiers in Pediatrics*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.666904>.

Re, J. M., Dean, S., Mullaert, J., Guedeney, A., & Menahem, S. (2018). Maternal Distress and Infant Social Withdrawal (ADBB) Following Infant Cardiac Surgery for Congenital Heart Disease. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*, 9(6), 624–637. doi:10.1177/2150135118788788.

Kasparian, N. A., Kan, J. M., Sood, E., Wray, J., Pincus, H. A., & Newburger, J. W. (2019) Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care unit admission: Systematic review and statement of best practice. *Early Human Development*, 104837. doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104837.

Herdman H., Kamitsuru S., Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2018-2020, 11.Baskı, *Nobel Tıp Kitapevi*, 2020.

Ladewig PW., London MN., Moberly SM., Olds SB., (2002) Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care, Pearson Education, *Upper Saddle River*, New Jersey, p.672-675.

Aykan HH, Karagöz T., Deren Ö. Deren Ö, Editör. (2022) Fetal Kardiyak Girişimler, Doğumsal Anomalilerde Fetal Cerrahi İşlemler ve İntrauterin Tedavi Seçenekleri, 1.Baskı, Ankara: *Türkiye Klinikleri*; 2022.p.7-13.

Gaskin K, Kennedy F (2019) Care Of Infants, Children And Adults With Congenital Heart Disease. Cardiorespiratory , Peer-Reviewed, *Evidence & Practice Nursing Standard*, volume 34 number 8. doi: 10.7748/ns.2019.e11405.

Durmaz A., Kakaşçı Gün Ç., Başar F. (2021) Doğum Sonrası Maternal Bağlanma ve Annelerin Mutluluk Düzeylerinin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikler ile İlişkisi:

Kesitsel Bir Araştırma, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.*, 2021;13(4):795-804, DOI: 10.5336/nurses.2020-7925.

Nacar, E., Gökkaya F. (2019) Bağlanma ve Maternal Bağlanma Konusunda Bir Derleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1 (1): 49-55 doi:10.35365/ctjpp.19.1.06.

Kavlak, O., Şirin, A. (2009) Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*[Bağlantıda], 6:1, Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>. Erişim Tarihi:25.02.2023.

Bowlby, J. (1982) Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Karakaş NM., Şahin Dağlı F. (2019) The importance of attachment in infant and influencing factors. *Türk Pediatri Ars.*, 2019; 54(2):76–81.

Höbek Akarsu R., Yüzer Alsaç S. (2017) Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar, Evidence-Based Applications in Mother-Infant Attachment, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, GÜSBD 2017; 6(4): 275-279.

Kılıçaslan A. (2007) Ebeveynliğe Geçiş Döneminin Çeşitli Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Etkenler Açısından İncelenmesi. *T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı*, Doktora Tezi, İstanbul.

Wittkowski A., Garrett C., Calam R., Weisberg D. (2017) Self-Report Measures of Parental Self-Efficacy: A Systematic Review of the Current Literature, *J Child Fam Stud.*, (2017) 26:2960–2978, DOI 10.1007/s10826-017-0830-5

Ersanlı Kaya C, Hotun Şahin N. (2020) Ebeveyn uyum desteği programı ile ebeveyn öz yeterlik algısının geliştirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 319-328. DOI: 10.38108/ouhcd.790755.

Coleman, P.K., Karraker, K. H. (2003) Maternal Self-Efficacy Beliefs, Competence In Parenting, And Toddlers' Behavior and Developmental Status, *Infant Mental Health Journal*, Vol. 24(2), 126-148.

Pados, B. F., & McGlothen-Bell, K. (2019) Benefits of Infant Massage for Infants and Parents in the NICU. *Nursing for Women's Health*. doi:10.1016/j.nwh.2019.03.004.

Akarsu R. H., Tuncay B., Alsa S. Y. (2017) Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar Evidence-Based Applications in Mother-Infant Attachment, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, GÜSBD 2017; 6(4): 275-279.

Vicentea S., Verissimob M., Diniz E. (2017) Infant Massage Improves Attitudes Toward Childbearing, *Maternal Satisfaction and Pleasure in Parenting Infant Behavior and Development*, 49,2017, 114–119, <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.006>.

Campos S.M.S., Márquez D. F., Lynda W. (2010) Teaching Chilean Mothers to Massage Their Full-Term Infants Effects on Maternal Breast-Feeding and Infant Weight Gain at Age 2 and 4 Months, *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*: April 2010 - Volume 24 - Issue 2 - p 172-181. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181db5377.

McClure V. (2017) *Infant Massage: A Handbook for Loving Parents*. CPI Group (UK) Ltd, Croydon, CR04YY, ISBN 9780285636170, 2017, ss. 69-130.

Gultom L., Sinaga R., Sianipar K., Kebidanan J., Kemenkes P. (2019) The Effects of Infant Massage on the Physical Development of Baby in Indonesian Rural Areas, *Global Journal of Health Science*; Vol. 11, No. 10; 2019, ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744.

Field T. (2014) Massage Therapy Research Review, *Complement Ther Clin Pract*. 2014 November ; 20(4): 224–229. doi:10.1016/j.ctcp.2014.07.002.

Gürol, A., Polat, S. (2012) The Effects of Baby Massage on Attachment between Mother and their Infants, *Asian Nursing Research*, 6(1), 35–41. doi:10.1016/j.anr.2012.02.006.

Pease A.S, Fleming F. J., Hauck F. R., Moon R. Y., Horne R.S.C., L'Hoir M. P., Ponsonby A. L., Blair P. S. (2016) Swaddling and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis, *PEDIATRICS*, Volume 137, number 6, June 2016: e2 0153275.

Barry, E. S. (2019) Co-sleeping as a proximal context for infant development: The importance of physical touch, *Infant Behavior and Development*, 57, 101385. doi:10.1016/j.infbeh.2019.101385.

Mollaoğlu M. (2001) Yoğun Bakım Ünitelerinde Dokunmanın Önemi, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2001;5(1):34-40.

Dixley A. and Ball HL. (2022) The effect of swaddling on infant sleep and arousal: A systematic review and narrative synthesis, *Front. Pediatr.*, 10:1000180. doi: 10.3389/fped.2022.1000180.

Reis R., Sipahi H. (2021) Bebek ve Çocuklara Yönelik Kozmetik Ürünlerin Güvenliliği The Safety of Cosmetic Products for Babies and Children Hacettepe University *Journal of the Faculty of Pharmacy*, Volume 41 / Number 2 / July 2021 / pp. 117-132.

Örün E. (2015) Giysiler ve çocuk sağlığı: Ne giysin? Nasıl yıkansın?, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, Ocak-Mart Cilt 58 , Sayı 1; 58: 43-49.

Ünal B. Z., Öndoğan Z. (2009) Bebek Giyimleri: Genel Bir Bakış ISSN:1306-3111e- *Journal of New World Sciences Academy*, Article Number: E0003, 4, (1), 24-33.

<https://www.randomizer.org/> Erişim Tarihi 14.04.2021

Heo, Y. J., & Oh, W.-O. (2019) The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 19–27. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.01.

Aydoğdu SA, Türkmen M, Özkan P. (2008) Adnan Menderes Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde izlenen bebeklerde doğumsal kalp hastalığı sıklığı. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008;9:5-8.

Golfenshtein, N., Hanlon, A. L., Deatrck, J. A., & Medoff-Cooper, B. (2019) Parenting stress trajectories during infancy in infants with congenital heart disease: Comparison of single-ventricle and biventricular heart physiology. *Congenital Heart Disease*. doi:10.1111/chd.12858

McClung, N., Glidewell, J., & Farr, S. L. (2018) Financial burdens and mental health needs in families of children with congenital heart disease. *Congenital Heart Disease*, 13(4), 554–562. doi:10.1111/chd.12605.

Elgersma K. M., Chevalier McKechnie A., Schorr E. N., Shah K. M., Trebilcock A. L., Ramel S. E., Ambrose M. B., Munn Swanson N., Sommerness S. A., and. Spatz D. L. (2022) The Impact of Human Milk on Outcomes for Infants with Congenital Heart Disease: A Systematic Review., *Breastfeeding Medicine*, May 2022.393-411.

Jin, X., Ni, W., Wang, G., Wu, Q., Zhang, J., Li, G., Xing, Q. (2021) Incidence and risk factors of congenital heart disease in Qingdao: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 21(1). doi:10.1186/s12889-021-11034-x

Mosiman, W., & Pile, D. (2013) Emerging Therapies in Pediatric Pain Management. *Journal of Infusion Nursing*, 36(2), 98–106. doi:10.1097/nan.0b013e318282a8a5.

Fratellone, P. M., Steinfeld, L., & Coplan, N. L. (1994) Exercise and congenital heart disease. *American Heart Journal*, 127(6), 1676–1680. doi:10.1016/0002-8703(94)90425-1.

Kalvas, L. B., & Harrison, T. M. (2020) Feasibility Case Series of Environment and Sleep in Infants With Congenital Heart Disease. *Nursing Research*, 69(5S), S79–S84. doi:10.1097/nnr.0000000000000457.

Peterson, J. K. (2018) Supporting Optimal Neurodevelopmental Outcomes in Infants and Children With Congenital Heart Disease. *Critical Care Nurse*, 38(3), 68–74. doi:10.4037/ccn2018514.

Erdoğan Ç.,Turan T. (2018) Yenidoğanlarda Güvenli Uyku Açısından Annelerin Tercihleri Mothers' Preferences for Safe Sleep in Newborns September 2018, *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 5(3):58-61 DOI:10.4274/jtsm.25743.

Kelly, B. A., Irigoyen, M. M., Pomerantz, S. C., Mondesir, M., & Isaza-Brando, N. (2016) Swaddling and Infant Sleeping Practices. *Journal of Community Health*, 42(1), 10–14. doi:10.1007/s10900-016-0219-1.

Van Sleuwen, B. E., Engelberts, A. C., Boere-Boonekamp, M. M., Kuis, W., Schulpen, T. W. J., & L'Hoir, M. P. (2007) Swaddling: A Systematic Review. *PEDIATRICS*, 120(4), e1097–e1106. doi:10.1542/peds.2006-2083.

Fang, Y., Boelens, M., Windhorst, D. A., Raat, H., & Grieken, A. (2021) Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2641–2661. doi:10.1111/jan.14767.

Vance, A. J., Pan, W., Malcolm, W. H., & Brandon, D. H. (2020) Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. *Early Human Development*, 141, 104946. doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104946.

Harrison, T. M., Brown, R., Duffey, T., Frey, C., Bailey, J., Nist, M. D., Fitch, J. (2020) Effects of Massage on Post-Operative Pain in Infants with Complex Congenital Heart Disease. *Nursing Research*, Publish Ahead of Print. doi:10.1097/nnr.0000000000000459.

Jordan, B., Franich-Ray, C., Albert, N., Anderson, V., Northam, E., Cochrane, A., & Menahem, S. (2014) Early mother-infant relationships after cardiac surgery in infancy. *Archives of Disease in Childhood*, 99(7), 641–645. doi:10.1136/archdischild-2012-303488.

Shoghi M., Sohrabi S., Rasouli M. (2018) The Effects of Massage by Mothers on Mother-Infant Attachment., Randomized Controlled Trial, *Altern Ther Health Med.*, 2018 May;24(3):34-39, PMID: 29101776.

Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013) Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Human Development*, 89(4), 249–256. doi:10.1016/j.earlhumdev.2013.01.

Edwards WD. (2001) Classification and terminology of cardiovascular anomalies. In: Allen HD, Gutgesell HP, Clark EB, Driscoll DJ eds. *Moss & Adams Heart Disease in Infants, Children, and Adolescent including the Fetus and Young Adult*. 6th ed. *Lippincott Williams and Wilkins*, Philadelphia 2001: 118 -137.

Bernard K.N., Bogat G. A. , Kashy D.A., Lonstein J.S. , Levendosky A.A. (2022) Prenatal and postnatal intimate partner violence, depression, and infant-mother touch, *Infant Behav Dev.* 2022 May;67:101703. doi: 10.1016/j.infbeh.2022.101703. Epub 2022 Feb 25, PMID: 35220177.

Crucianelli, L., Wheatley, L., Filippetti, M. L., Jenkinson, P. M., Kirk, E., & Fotopoulou, Katerina A. (2018) The mindedness of maternal touch: An investigation of

maternal mind-mindedness and mother-infant touch interactions. *Developmental Cognitive Neuroscience*. doi:10.1016/j.dcn.2018.01.010.

Weerapong, P., Hume, P. A., & Kolt, G. S. (2005) The Mechanisms of Massage and Effects on Performance, Muscle Recovery and Injury Prevention. *Sports Medicine*, 35(3), 235–256. doi:10.2165/00007256-200535030-00004.

Bozkul G., Arslan S. (2023) Cerrahi Hastalarında Masajın Kullanımı, Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar XIV, Editör, Eren F., *İstanbul Eğitim Yayınevi*, 1. Baskı: 47-55, ISBN: 978-625-6408-69-2.

Nelson, A. M. (2017) Risks and Benefits of Swaddling Healthy Infants. MCN, *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(4), 216–225. doi:10.1097/nmc.0000000000000344.

Eroğlu A., Arslan S. (2018) Yenidoğanda Ağrının Algılanması, Değerlendirilmesi ve Yönetimi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / DÜ Sağlık Bil Enst Derg* Journal of Duzce University Health Sciences Institute / J DU Health Sci Inst ISSN: 2146-443X sbedergi@duzce.edu.tr; 8(1): 52-60.

Muller ME (1994) A questionnaire to measure mother- to- infant attachment, *J Nurs Meas*, 2(2):129-41.

Yılmaz G., Gürakan B. (2002) Çocuklukta Uyku Düzeni Sorunları ,*sted*, 2002 • cilt 11, sayı 8 , 289.

Rudnicki, J., Boberski, M., Butrymowicz, E., Niedbalski, P., Ogniewski, P., Niedbalski, M., Podraza, H. (2012) Recording of Amplitude-Integrated Electroencephalography, Oxygen Saturation, Pulse Rate, and Cerebral Blood Flow during Massage of Premature Infants, *American Journal of Perinatology*, doi:10.1055/s-0032-1310529.

Smith, S. L., Lux, R., Haley, S., Slater, H., Beechy, J., & Moyer-Mileur, L. J. (2012) The effect of massage on heart rate variability in preterm infants. *Journal of Perinatology*, 33(1), 59–64. doi:10.1038/jp.2012.47.

Rana D., Garde K., Elabiad T.M., Pourcyrus M. (2022) Whole body massage for newborns: A report on non-invasive methodology for neonatal opioid withdrawal syndrome, *Observational Study J Neonatal Perinatal Med.*, 2022;15(3):559-565. doi: 10.3233/NPM-220989.

Nyaga E., Esamai F., Kyololo O. (2021) Effect of massage therapy on preterm neonate's body temperature, *Afr Health Sci*, 2021 Sep;21(3):1334-1339. doi: 10.4314/ahs.v21i3.44.

Chanvorachote P., Jirachotdech K., Suksumek (2022) A Randomized Controlled Trial of Evaluating the Efficacy of Alternative Swaddles for Body Temperature Control of Newborns, *Randomized Controlled Trial In Vivo.*, 2022 Jul-Aug;36(4):1966-1970. doi: 10.21873/invivo.12919.

Rızai R., Şerifniya H., Nazari R., Saatsaz S. (2023) Bedtime massage intervention for improving infant and mother sleep condition: A randomized controlled trial, *Randomized Controlled Trial J Neonatal Perinatal Med.* 2023;16(2):271-278. doi: 10.3233/NPM-210964.

Mindell, J. A., Lee, C. I., Leichman, E. S., & Rotella, K. N. (2018) Massage-based bedtime routine: impact on sleep and mood in infants and mothers. *Sleep Medicine*, 41, 51–57. doi:10.1016/j.sleep.2017.09.010.

Badr, L. K., Abdallah, B., & Kahale, L. (2015). A Meta-Analysis of Preterm Infant Massage. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(6), 344–358. doi:10.1097/nmc.0000000000000177.

Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011) Maternal parental self-efficacy in the postpartum period, *Midwifery*, 27(6), 802–810. doi:10.1016/j.midw.2010.07.008.

Gyllén, J., Magnusson, G., & Forsberg, A. (2019) Uncertainty and self-efficacy in parents of a child with congenital cataract—New implications for clinical practice. *Nursing Open*, doi:10.1002/nop2.256.

Midtsund, A., Litland, A., & Hjälmhult, E. (2018) Mothers' experiences learning and performing infant massage-A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, doi:10.1111/jocn.14634.

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Mukhamedrakhimov, R., Widström, A.M. (2009) Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. *Birth*, 36(2), 97–109. doi:10.1111/j.1523-536x.2009.00307.x.

Pinto A. D., Aroojis A., Mehta R. (2020) Swaddling Practices in an Indian Institution: Are they Hip-Safe? A Survey of Paediatricians, Nurses and Caregivers, *Indian Journal of Orthopaedics*, <https://doi.org/10.1007/s43465-020-00188-2>.

Karp, H. N. (2008) Safe Swaddling and Healthy Hips: Don't Toss the Baby out With the Bathwater, *PEDIATRICS*, 121(5), 1075–1076, doi:10.1542/peds.2008-0299.



EKLER

1. **Ek 1.** Anne Bebek Ön Değerlendirme Formu
2. **Ek 2.** Bebek İzlem Formu
3. **Ek 3.** Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (EÖYÖ)
4. **Ek 4.** Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)



EK 1.**ANNE ve BEBEK ÖN DEĞERLENDİRME FORMU**

Dosya No :

Tarih:/...../.....

Hastanın Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Anne Adı Soyadı:

Yaşı:

Eğitim Durumu:

Baba Adı Soyadı:

Yaşı:

Eğitim Durumu:

Anne/Baba : () Birarada () Ayrı yaşıyor () Boşanmış () Ölmüş

() Akraba (Yakınlık Derecesi) :

Anne -Baba arasında kan uyumsuzluğu: () Var () Yok

Ailesel Hastalıklar: () Yok () Var (belirtiniz)

.....

Ön Tıbbi Tanı:**ÖYKÜSÜ:**.....

.....

.....

Alışkanlıklar: () Yok () Var

Varsa Belirtiniz Sigara.....adet/ paket/ gün yıl

Alkol..... sıklığı/ miktar yıl

Madde.....sıklığı/ miktar.....yıl

Diğer:.....

Anne ve Gebeliğe Ait Bilgiler

Gebeliğin Şekli: () Normal () Üremeye Yardımcı Yöntemlerle

Gebeliğin Süresi: Hafta

Doğum Ağırlığı:.....gram

Bu gebelik için fetüs sayısı: () Tek () İkiz () Üçüz Diğer.....

Annenin Önceki Gebelikleri: () İlk Gebelik () Canlı Doğum () Kendiliğinden Düşük

() İsteyerek Düşük

() Ölü Doğum

Annenin Gebelikteki İzlem Sayısı:

Belirlenen Sorunlar: () Kan Şekerinin Yüksek Olması

() Hipertansiyon

() Anemi

() Proteinüri

() Konjenital Anomali

() Sorun Yok

Doğum Şekli: () Normal

() Sezaryen

Bebğin canlandırma ihtiyacı oldu mu?

Amniyon sıvısında mekonyum var mıydı?

Bebekte sarılık oldu mu?

Bebekte belirlenen sorunlar: () Büyüme Geriliği

() Gelişme Geriliği

() Kronik Hastalıklar

() Konjenital Anomali

() Yarı Damak Dudak

() Beslenme Bozuklukları.....

() Diğer.....

Beslenme ve Emzirme ile İlgili Özellikler:

Soru	Evet/ Hayır	Süresi/ Açıklama
Emzirirken sigara kullanıyor musunuz? Adeti?		
Emzirmeye doğumdan sonra ne zaman başladınız?		
Emzirme sırasında problem yaşadınız mı? Belirtiniz		
Anne sütü dışında ürün kullandınız mı? Sıklığını belirtiniz.		
Emzirme Eğitimi aldınız mı? Doğum öncesi ve Sonrası olarak belirtiniz. Eğitimi kimden aldınız? Ebe/Hemşire?		
Memelerde problem yaşadınız mı? (Kızarıklık/ Ağrı/Yara / Tıkanıklık/ Akıntı gibi belirtiniz)		
Bebğiniz Yoğun Bakıma Yattı mı? Gün belirtiniz? Bu sürede anne sütü verildi mi?		
Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?		

Ek 2.

Bebek İzlem Formu

Adı Soyadı / Grubu	Extübasyon Günü:						
Uygulama(Ortama Değer)							
Yaşam Bulguları	Uygulama Öncesi 1-2 dakika	Uygulama Öncesi 5 dakika ortalama	Uygulamanın ilk 1-2.Dakikası	Uygulama Sırası 45 Dakika ortalama	Uygulama Sonlanmadan 1-2 Dakika Önce	Uygulama Sonrası 5 Dakika Ortalama	Uygulamadan Hemen Sonra 1-2 Dakika
Ağrı							
Kan Basıncı mm Hg							
Kalp Atım Hızı/dk							
Saturasyon SPO2							
Solunum Sayısı/dk							
Vücut Sıcaklığı							
Ödem							
Uygulama Sayısı							
Uyku Süresi							
Notlar							

Ek 3 .

EBEVEYN ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ (EÖYÖ)						
Aşağıda belirli konularla ilgili fikirlerinizi yansıtabilecek bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyarak size ne ölçüde uyduğunu ifadelerin yanında yeralan kutulardan birini işaretleyerek (x) belirtiniz.		Tamamen Katı	Katılıyorum	Kararsızım	katılmıyorum	Kesinlikle Katı
1	Yeni anne/baba olmuş kişiler için ebeveyn olarak iyi bir model olduğumu düşünüyorum.					
2	Bebeğime neyin rahatsızlık verdiğini anlayabilirim.					
3	Bebeğimin dikkatini çekmek konusunda başarılıyım.					
4	Bebeğimin huzursuzluğunun nedenini belirleyip onu kolaylıkla yatıştırabilirim.					
5	İyi bir ebeveyn olarak gereken beceriye sahibim.					
6	Yeterince iyi bir anne/baba olduğuma inanıyorum.					
7	Bebeğimde olası hastalık belirtilerini fark edebilirim.					
8	Bebeğime rahatsızlık veren şeyle ilgili sorunu çözebilirim.					
9	Ebeveynlik görevlerimi iyi yapıp yapmadığımı değerlendirmek konusunda güçlüğüm çekiyorum.					
10	Bebeğimin ne zaman acıktığını anlayabilirim.					
11	zamanında karşılayarak kendisini rahat hissetmesine yardımcı olabilirim.					
12	Bebeğim ihtiyaç duyduğunda yanında olurum.					
13	Bebeğimin ihtiyaç duyduğu güven ve bakım ortamını yeterli derecede sağladığımı inanıyorum.					
14	Bebeğimi eğlendirip güldürebilirim					
15	Bebeğim ateşlendiğinde ne yapılacağını bilirim.					
16	Bebeğimin davranışlarından ona verdiğim bakımdan hoşnut olduğum izlenimini ediniyorum.					
17	Bebeğimin banyosunu yaptırabilirim					
18	Bebeğimin ihtiyacı olan hijyenik ortamı sağlıyorum					

Ek 4.

MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

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

BİLGİLENDİRİLMİŞ GONULLU OLUR FORMU (BGOF)

“Kardiyovasküler cerrahi geçiren bebeklerde annenin uyguladığı masaj ve güvenli sarmalamanın bağlanma, öz etkililik ve yaşam bulgularına etkisi” başlıklı tam deneysel türdeki çalışma

- ☐ Yoğun bakımda yatan bebeği olan annenin anne -bebek bağlanmasının artırılması, bebek bakımında annenin aktif rol alarak öz etkililiğinin artırılması,
- ☐ Bebeğin rahatlaması sağlanarak ağrının azaltılması ve yaşam bulgularının normal izlemesi ve
- ☐ Bebeğin ve annenin yoğun bakım sürecine uyumu artırılarak yatış gününün azaltılması amacı ile planlanmış olup görüş ve uygulamalarınızın sizde ve bebeğinizdeki etkileri belirlenmek istenmektedir.

Araştırmaya katılan yaklaşık 36 anneye araştırmacı tarafından bebek masajı, güvenli sarmalama yöntemleri eğitimleri verilecek “Anne- Bebek Bağlanması” ve “Öz Etkililik”e ilişkin soruların yer aldığı ölçekler uygulanacak ve bebeğin yaşam bulguları konularında veri toplanacaktır. Araştırmaya katılanların kimlikleri açıklanmayacak, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve onay verenler araştırmaya dâhil edilecektir. Bebeğinize bu araştırma hakkında anlayacağı şekilde bilgilendirme yapılacak ve araştırmaya katılımı için rızası alınacaktır. Toplanan veriler sadece bu araştırma için kullanılacaktır.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Uzm. Hemşire Şirin ÇELİK ve danışmanı Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR tarafından planlanan bu araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada bebeğimle beraber “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

ONAM FORMU

Yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen “Kardiyovasküler cerrahi geçiren bebeklerde annenin uyguladığı masaj ve güvenli sarmalamanın bağlanma, öz etkililik ve yaşam bulgularına etkisi” adlı çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

Gönüllü Yakınının Adı Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Adresi:

Adresi:

Telefon Numarası:

Telefon Numarası:

Tarih:

Tarih:

Uzm.Hemş. Şirin ÇELİK

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

KARDİYOYASKÜLER CERRAHİ GEÇİREN BEBEKLERDE ANNENİN UYGULADIĞI MASAJ ve GÜVENLİ SARMALAMANIN BAĞLANMA, ÖZ ETKİLİLİK ve YAŞAM BULGULARINA ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

%**20**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**19**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**5**

YAYINLAR

%**10**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**4**

2

Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

%**3**

3

earsiv.odu.edu.tr

İnternet Kaynağı

%**2**

4

www.j-humansciences.com

İnternet Kaynağı

%**1**

5

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

6

www.istmer.com

İnternet Kaynağı

%**1**

7

acikerisim.erbakan.edu.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

8

acikerisim.medipol.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.
- ☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

şirin ÇELİK
(İmza)









Sayın araştırmacı;

Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MAI kişinin kendisinin uyguladığı bir ölçek olduğu için, **okuma- yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen**

kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. Her bir madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4'lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Her Zaman (a)= 4 puan, Sık Sık (b)=3 puan, Bazen(c)=2 puan ve Hiçbir Zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır.

Maternal Bağlanma Ölçeği **en az postpartum bir aylık bebeği** olan annelere uygulanır. Gebelere ve postpartum bir aydan önce uygulanmaz. Lütfen çalışmanızda belirtilen koşullara dikkat ederek uygulayınız.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Oya Kavlak



KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☒ Kurum izni gerekmektedir.
- ☐ Kurum izni gerekmemektedir.

Şirin ÇELİK
(İmza)







ÖZGEÇMİŞ



