



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRETERM BEBEKLERDE ORAL STİMULASYON VE
EMZİRME DESTEK SİSTEMİNİN TAM ANNE MEMESİNE
GEÇİŞ SÜRESİ VE EMME BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

FİKRİYE ÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

I.DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SELMA ŞEN

II.DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ GONCA KARAYAĞIZ MUSLU

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRETERM BEBEKLERDE ORAL STİMULASYON VE
EMZİRME DESTEK SİSTEMİNİN TAM ANNE MEMESİNE
GEÇİŞ SÜRESİ VE EMME BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

FİKRİYE ÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI

Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN	(I. Tez Danışmanı)
Dr. Öğr. Üyesi Gonca KARAYAĞIZ MUSLU	(II. Tez Danışmanı)
Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY	(Jüri Üyesi)
Dr. Öğr. Üyesi Özcan AYGÜN	(Jüri Üyesi)
Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA	(Jüri Üyesi)

MANİSA-2019

BEYAN

“Preterm Bebeklerde Oral Stimulasyon ve Emzirme Destek Sisteminin Tam Anne Memesine Geçiş Süresi ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” isimli tez çalışmasının şahsıma ait bir çalışma, çalışmamın planlanma aşamasından yazım aşamasına kadar tüm aşamalarında etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri etik ve akademik kurallara uyarak ulaştığımı, bu tez çalışmasıyla elde edilememiş bütün bilgilere ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve tüm bu kaynaklara da kaynaklar listesinde yer verdiğimi, yine bu tezin çalışılması ve yazılması sürecinde patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Fikriye ÇELİK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans hayatımda beni yönlendiren, bu araştırmanın planlanmasından tamamlanmasına kadar bütün aşamalarda, bilgi birikimini ve deneyimlerini paylaşan; gösterdiği anlayış, güven, sabır ve tüm emekleri için değerli hocam *Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN'e*,

Yüksek lisans tezimde her aşamasında destek veren değerli hocalarım; *Dr. Öğr. Üyesi Gonca KARAYAĞIZ MUSLU*, *Dr. Öğr. Üyesi Özcan AYGÜN*, *Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA* ve *Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY'a*

Sevgi, ilgi ve özeni ile daima yanımda olan, araştırmamın tüm aşamalarında verdiği destekler için sevgili *Doç. Dr. Zelal ERDEMİR'e*, Yenidoğan Yoğun Bakım ekibindeki **tüm çalışma arkadaşlarıma** (*Melis KARATAŞ, Handan AYHAN, Funda KAYALAR, Havva ÖZTÜRK, Burcu KOÇYİĞİT, Kader MUTLU, Şilan DENİZ, Pervin MUTLU, Büşra ADAM, Dilan KIZILATEŞ, Elif KARAÇUBUK, Senanur BARUTCU, Hatice GÜNGÖR, Seda KOCATÜRK, Zeynep YÜKSEL, Berçem DEMİR, Ayşe Rabia UYUMAZ*), hastane yönetiminin hoşgörülü yaklaşımları ve destekleriyle hep yanımda olan Başhemşire *Aylin ATLI'ya*, Hastane Müdürü *Sibel ÖZKARA'ya*

Eğitim sürecim boyunca sevgisini, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Canım eşim *Musa ÇELİK* ve *ailesine*,

Her zaman her konuda varlığını, sevgisini ve desteklerini esirgemeyen canım dostlarım olan *Seda ERHAN ŞAHİN* ve *ailesine*, *Serap NOYAN* ve *ailesine*,

Araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm preterm annelerine,
Sonsuz Teşekkür Ederim...

Fikriye ÇELİK
Manisa, 2019

KISALTMALAR

BT: Bilgisayarlı tomografi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EDS: Emzirme Destekleyici Sistem

EKO: Ekokardiyografi

LATCH: Emzirme Tanılama ve Ölçüm Aracı

MR: Manyetik rezonans

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO: World Health Organization

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
BEYAN	i
TEŞEKKÜRLER	ii
KISALTMALAR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİL DİZİNİ	vii
1.ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1 Araştırmanın Konusu ve Önemi	3
3.2 Araştırmanın Amacı	6
4.GENEL BİLGİLER	7
4.1. Yenidoğan Bebeklerin Sınıflandırılması	7
4.2. Preterm Bebeğin Tanımı ve Görülme Sıklığı	7
4.2.1. Preterm Doğum Nedenleri	8
4.2.2. Preterm Bebeğin Özellikleri	9
4.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri (YYBÜ)	10
4.3.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Düzeyleri	10
4.3.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Preterm Bebeklerin Bakım Gereksinimleri	12
4.4. Preterm Bebeklerde Beslenme ve Önemi	13
4.5. Preterm Bebeklerde Emzirmeye Alternatif Beslenme Yöntemleri	14
4.5.1. Biberon İle Besleme Yöntemi	15
4.5.2. Kap İle Besleme Yöntemi	16
4.5.3. Parmak İle Besleme Yöntemi	16
4.5.4. Kaşık İle Besleme Yöntemi	17
4.5.5. Emzirme Destek Sistemleri Kullanma Yöntemi	17
4.6. Preterm Bebeklerde Emme Aktivitesi	18
4.6.1. Besinsiz Emme Yöntemi	18

4.6.2. Oral Stimulasyon Uygulaması ve Preterm Bebek Beslenmesinde Önemi	19
5. GEREÇ VE YÖNTEM	20
5.1. Araştırmanın Tipi	20
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	20
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
5.4. Araştırma Hipotezleri	21
5.5. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	22
5.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	22
5.7. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	23
5.8. Araştırma Verilerinin Analizi	25
5.9. Araştırmanın Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler	25
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	26
5.11. Araştırmanın Consort Şeması	28
6. BULGULAR	29
6.1. Preterm Bebeklerin Tanıtıcı Bulguları	29
6.2. Preterm Bebeklere Uygulanan Girişimlere Ait Bulgular	31
7. TARTIŞMA	39
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
9. KAYNAKLAR	51
10. EKLER	61
EK-1 Preterm Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu	61
EK-2 Bebek İzlem Formu	62
EK-3 LATCH Emzirme Tanılama Formu	63
EK-4 Etik Kurul İzni	64
EK-5 Kurum İzni	65
EK-6 Gönüllü Olur Formu	66
EK-7 Ölçek İzni	68
EK- 8 Tez Orijinallik Raporu	69
EK- 9 Tez Kabul Yönetim Kurulu Kararı	70
EK- 10 Araştırma Fotoğrafları	71
11. ÖZGEÇMİŞ	73

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

No

Tablo 1. Gestasyon Haftasına Göre Sınıflandırma	7
Tablo 2. Preterm Bebeklerin Doğum Haftalarına Göre Sınıflandırılması	7
Tablo 3. Preterm Doğum İçin Risk Faktörleri	9
Tablo 4. Preterm Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Deney ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması	29
Tablo 5. Deney ve Kontrol Gruplarının Oral Beslenmeye Geçiş Süresi ve Geçiş Ağırlıklarının Karşılaştırılması	31
Tablo 6. Deney ve Kontrol Gruplarının Tam Anne Memesine Geçiş Süresi ve Geçiş Ağırlıklarının Karşılaştırılması	31
Tablo 7. Deney ve Kontrol Gruplarının Taburculuk Süresi ve Ağırlıklarının Karşılaştırılması	32
Tablo 8. Deney ve Kontrol Gruplarının LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 9. Deney ve Kontrol Gruplarının Taburculuk sonrası 1. Ayda emme durumlarına Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 10. Deney ve Kontrol Gruplarının Taburculuk sonrası 1. Aydaki Vücut Ağırlıklarına Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 11. Deney ve Kontrol Gruplarının İlk Ölçüm Vital Bulgu Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 12. Deney ve Kontrol Gruplarının Son Ölçüm Vital Bulgu Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	37

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Randomizasyonu İşlemi İçin Gestasyon Haftasına ve LATCH Skoruna Göre Puanlama **27**

Şekil 2. Araştırmanın Consort Şeması **28**



1.ÖZET

Başlık: Preterm Bebeklerde Oral Stimulasyon ve Emzirme Destek Sisteminin Tam Anne Memesine Geçiş Süresi ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Öğrencinin Adı: Fikriye ÇELİK

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN

İkinci Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gonca KARAYAĞIZ MUSLU

Anabilim Dalı: Ebelik

Amaç: Çalışma preterm doğan bebeklerde oral stimulasyon ve emzirme destek sisteminin tam anne memesine geçme süresi ve emme başarıları üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, longitudinal, randomize kontrollü deneysel tasarımda gerçekleştirilmiştir. Örneklemini 70 (35 deney-35 kontrol) preterm bebek oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, “Preterm Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bebek İzleme Formu” ve “LATCH Emzirme ve Tanılama Formu” kullanılmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol gruplarında tanımlayıcı değişkenler açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol grupları arasında oral beslenmeye geçiş süresi, geçiş ağırlığı, tam anne memesine geçiş süresi, taburculuk yaşı, süresi ve ağırlığı, LACTH puan ortalamaları, taburculuk sonrası birinci ayda emmeye devam etme ve vücut ağırlık ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney ve kontrol gruplarında oral beslenmeye geçtikten sonraki ilk ve tam anne memesine geçmeden önceki son vital bulguları arasında grup ve grup*zaman etkileşim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Vital bulgularda grup etkisinden bağımsız olarak zamana göre anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Preterm bebeklerde oral stimulasyon ve emzirme destek sisteminin, oral beslenmeye geçiş süresi, geçiş ağırlığı, tam anne memesine geçiş süresi, taburculuk yaşı, süresi ve ağırlığı, LACTH puan ortalamaları, taburculuk sonrası birinci ayda emmeye devam etme ve vücut ağırlığı ortalamalarını etkilediği ve oral beslenmeye geçtikten sonraki ilk ve tam anne memesine geçmeden önceki son vital bulguları etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Preterm bebek, oral stimulasyon, emzirme destek sistemi, emme başarısı

2. ABSTRACT

Title: Effects of oral stimulation and breastfeeding support system on the Transition to Time to Full breast of Mother and Sucking Success in Preterm Infants: A randomized controlled trial

Student Name: Fikriye ÇELİK

Thesis Advisor: Selma ŞEN, Assistant Professor

Second Thesis Advisor: Gonca KARAYAĞIZ MUSLU, Assistant Professor

Department: Midwifery

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of oral stimulation and breastfeeding support system on the time to full maternal breastfeeding and sucking success in preterm infants.

Material and Method: The study was designed as a longitudinal, randomized, controlled trial. The sample consisted of 70 preterm babies (35 trial - 35 controls). The data were collected by using “Preterm Baby Introductory Information Form”, “Infant Observation Form” and “LATCH Breastfeeding Diagnosis Form”.

Findings: No significant difference was found between trial and control groups in terms of descriptive variables ($p>0.05$). Significant difference was found between two groups according to time to transition to oral feeding, transition weight, time to full maternal breast, discharge age, duration and weight, LATCH mean scores, continue to suck in the first month after discharge, and body weight averages ($p<0.05$). No statically difference was found between vital signs of the first oral feeding and the last vital signs before full maternal breast in terms of group and group-time interaction ($p>0.05$). Regardless of the effect of the group, there was a significant difference in the vital signs according to time ($p<0.05$).

Conclusion: It was concluded that, in preterm infants, oral stimulation and breastfeeding support system has effect on time to transition to oral feeding, transition weight, time to full maternal breast, discharge age, duration and weight, LATCH mean scores, continue to suck in the first month after discharge, and body weight averages. But it has no effect on vital signs of the first oral feeding and the last vital signs before full maternal breast.

Keywords: Preterm baby, oral stimulation, breastfeeding support system, sucking success

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) son menstruasyon tarihinden itibaren 37. gebelik haftasından önce doğan tüm canlı doğumları “preterm doğum” olarak tanımlamaktadır (WHO 2018). Doğum ağırlığına bakılmaksızın 37. gebelik haftasını tamamlamadan önce doğan bebekler preterm bebek, 32. haftayı tamamlamadan doğan bebekler ise aşırı preterm bebek olarak kabul edilmektedir (Dağoğlu 2007).

DSÖ'nün Kasım 2017 tarihinde güncellediği verilere göre 184 ülke arasında preterm doğum oranı %5 ile %18 arasında değişmektedir. Düşük gelirli Afrika ve Güney Asya ülkelerinde %60 oranında preterm bebek doğarken, %12'si orta gelirli, %9'u yüksek gelirli ülkelerde doğmaktadır (WHO 2018). DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde preterm doğum oranının yüksek olduğunu bildirmiştir. Neonatal mortalite ve morbiditenin büyük çoğunluğunun sebebi preterm doğumlardır.

Dünya ülkelerinde yenidoğan ölüm oranının %0,22 olduğu, pretermliğin tüm yenidoğan ölümlerinin %35'inin doğrudan sebebi olduğu bildirilmiştir. Preterm doğumlar Amerika Birleşik Devletleri'nde doğumların %10'nunu kapsarken Avrupa ülkelerinde doğumların %5-7'sini kapsamaktadır (Stoll 2010; Itabashi 2009). Ülkemizde her geçen yıl ortalama 1,3 milyon bebek doğduğu bildirilmektedir. Bu doğumlardan yaklaşık olarak 100 000 civarında bebek, preterm olarak dünyaya gelmektedir (Kemik 2018). Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması (TNSA) 2013 raporuna göre, Türkiye'de bebek ölüm hızı %0,13, neonatal ölüm hızı ise %0,7 olarak rapor edilmiştir (TNSA 2013).

Son yıllarda sağlık ve teknolojinin ilerlemesiyle tıp alanında önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak yenidoğan yoğun bakım alanında önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarla, yenidoğan ölüm oranları ciddi ölçüde azalırken, preterm bebeklerin yaşama oranları da artmıştır. Gestasyon

yaşı ve doğum ağırlıklı düşük olan pretermilerin hayatta kalabilmesi, ileri düzeydeki medikal durumlara ve bu bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ) kalış süresinin artmasına neden olmuştur. YYBÜ yatış süresinin azaltılması ve bebeğin büyüme-gelişmesinin sağlanması için pretermelerde beslenme önemli yer tutmaktadır (Çelik 2015).

Beslenme preterm bebeklerin sağlıklı yaşama ve büyümeleri için gerekli olan en önemli unsurlardan biridir. Yaşam şanslarını arttırmak ve gereken büyüme olgunluğuna ulaşabilmelerini gerçekleştirmek için yeterli beslenmenin sağlanması preterm bebeklerin beslenmesindeki en önemli hedeflerden birisidir. YYBÜ bakım ve tedavi gören preterm bebeklerde beslenme, çok sık yaşanan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tür sorunların yaşanmasının kökeninde bebeğin emme ve yutma becerisinin olgunlaşmamış olması yatmaktadır (Savaşer 2002).

Emme refleksi en erken fetal yaşamın 7-8'inci haftalarında oluşmaya başlamaktadır. Emme refleksi ve yutma arasındaki koordinasyon 28. gestasyonel haftadan itibaren bulunsa da 32-34'inci haftaya dek tam anlamıyla etkili ve düzenli bir şekilde beslenmesine yetecek emme refleksi mevcut değildir. Preterm bebeklerde emme refleksi, nörolojik ve fizyolojik davranış alanında gelişimi açısından önemlidir. Klinik alandan bakıldığında, beslenme yeteneği; emme-yutma ve solunum değerlerinin koordinasyonuna bağlıdır ve 32. gestasyon haftasının altında doğan bebeklerde bu becerinin total oral beslenmeyi sağlayacak yeterlilikte olmadığı düşünülmektedir (Eras ve ark. 2013). Preterm bebeklerde, arama ve emme reflekslerinin aktif olmaması, emme-yutma ve solunum arasında koordinasyonunun sağlanamaması, düzenli olmayan emme becerisi, oral beslenmenin başarılı olmasını engelleyen ve en sık karşılaşılan beslenme sorunları arasında yer almaktadır. Ayrıca oral motor uyarımların santral ve periferik yapıların gelişimini güçlendirdiği ve bu sayede emme yeteneğine; emme-yutma ve solunum arasındaki koordinasyonun sağlanmasına olanak sağladığı düşünülmektedir (Pimenta ve ark. 2008).

Doğum sonrası ilk günden itibaren yeterli ve dengeli beslenme, preterm bebeklerin yaşatılmasının ötesinde düşük düzeyde morbidite ile bu bebeklerin çocukluk ve erişkin dönemde sağlıklı bir yaşam sürmelerini hedefler. Pretermelerde beslenmeye başlanılmadan önce, beslenme ögesi ve beslenme şekli bebeğin ihtiyaçları doğrultusunda belirlenmektedir. Beslenme üç yolla sağlanmaktadır.

Bunlar, parenteral beslenme, enteral beslenme ve oragastrik beslenmedir. Preterm bebeklerin gastrointestinal sisteminin olgunluğu, doğum ağırlığı, bebeğin gestasyon yaşı, kas tonüsü, emme yeteneği, kalp atım hızı, saturasyon ve solunum sayısı, uyanıklık düzeyi, hastalık durumu ve beslenmeyi tolerans düzeyine göre belirlenmektedir (Savaşer 2002; Törüner 2013).

Beslenme için en uygun besin anne sütüdür. Doğumdan sonraki ilk günlerde bebeğin gestasyon haftası ve genel sağlık durumuna göre preterm bebeklerde beslenme parenteral yolla başlamaktadır. Sonrasında bebeğin emme refleksinin olgunlaşmaya başlamasıyla enteral beslenmeye geçilmektedir. Preterm bebekler ilk denemelerde anne göğsünde beslenmede yeterince başarılı olamaları bile oral beslenmeye doğrudan annelerini emzirilerek beslenmeye başlanması önerilmektedir (Efe 2005). Preterm emzirme ile beslenme ihtiyaçlarını karşılayacak düzeye gelene kadar beslenmeyi destekleyici diğer ek yöntemlerin kullanılması faydalı olur (Çelik 2015).

Preterm bebeklerin emme yeteneklerini geliştirmek için, beslenme sürecinde ve oral beslenmeye geçiş sonrası emme refleksini güçlendirici bazı yöntemler uygulanmaktadır. Bu uygulamalardan biri, emme refleksini güçlendirmek amacıyla oral uyarımı ortaya çıkaran oral stimülasyon yöntemidir. Oral uyarımlar, emmenin sağlanması amacıyla oragastrik beslenme sırasında ve oral beslenmeye geçtikte beslenme öncesinde ve beslenme aralarında uygulanmaktadır (Aytekin ve ark. 2014).

Preterm bebeklerde oral beslenmeye geçiş sürecinde uygulanan oral stimülasyon, ortalama on gün ve günde on beş dakika süreyle uygulanmaktadır. Oral uyarım girişimlerinin etkinliği değerlendirildiğinde, preterm bebeklerin emme-yutma refleksi ve soluk alıp verme arasındaki koordinasyonu geliştirdiği (Fucile ve ark. 2011), tam anne memesine geçiş sürecini hızlandırdığı (Fucile ve ark. 2002; Boiron ve ark. 2007; Fucile ve ark. 2012; Younesian ve ark. 2015) ve hastaneden daha erken taburculuğa olanak sağladığı belirtilmektedir (Younesian ve ark. 2015).

Preterm bebeklerin emme yeteneklerini desteklemek amacıyla kullanılan yöntemlerden biri de emzirme destek sistemleridir. Emzirme destek sistemleri (EDS), bebeklerin beslenmesinin devamlılığı ve anne sütünün yetersiz olduğu durumlarda emmenin devam etmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bu sistem, bebeğin besleneceği miktar kadar anne sütü koyulan bir kabın içine beslenme sondası

yerleştirerek bir ucun bebeğin ağzına, diğer ucun annenin memesine sabitlenmesi şeklinde olan mekanik bir sistemdir. EDS ile anne memesini reddetmesi önlenmiş olur ve bebeğin anne sütüne devam etmesini sağlanır. EDS kullanılırken anne sütü yeterli olmasa bile bebeğin ağzına yerleştirilen sonda ile bebek emmeye devam eder, emme refleksleri azalmaz ve anne sütü kesilmez (Bache 2013).

Preterm bebeklerin yetersiz beslenme becerileri hastaneden taburculuğunu geciktirmekte, hastanede kalış süresini uzatmakta, bu durum bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki enfeksiyon etkenlerine daha fazla maruz kalmasına sebep olmakta ve sağlık harcamalarının maliyetini arttırmaktadır. Çalışmanın, preterm bebeklerde hastanede kalış süresini azaltma, bebeğin memeyi reddetmesini önleme, emme refleksi ve sütünün devamlılığını sağlama yönünden literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

3.2 Araştırmanın Amacı

Preterm doğan bebeklerde oral stimulasyon ve emzirme destek sisteminin tam anne memesine geçiş süresi ve emme başarısı üzerine etkisini ile ilgili Türkiye’de yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışma preterm doğan bebeklerde oral stimulasyon ve emzirme destek sisteminin sisteminin tam anne memesine geçme süresi ve emme başarıları üzerine etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. YENİDOĞAN BEBEKLERİN SINIFLANDIRILMASI

Pretermlik otuz yedinci gebelik haftasını tamamlamadan doğan bebek olarak tanımlanmaktadır. Tanım aralığının geniş olmasından dolayı pretermlik sorunlarını belirlemede yetersiz kalabileceği öngörülerek preterm bebekler için alt grupların tanımlanmasına ihtiyaç duyulmuştur (Özlu ve ark. 2017). Bu nedenle tüm yenidoğan bebekler genel olarak gestasyonel haftalarına, doğumdaki ağırlıklarına ve doğumdaki vücut ölçülerine göre sınıflandırılmaktadır (Can 2010).

Tablo 1. Gestasyon Haftasına Göre Sınıflandırma

Preterm	37. gestasyonel hafta + 6 gün içinde doğan bebekler bu sınıftadır.
Term	38-42. gestasyonel hafta içinde doğan bebekler bu sınıftadır.
Postterm	43. gestasyonel haftadan sonra doğan bebekler bu sınıftadır.

Can G. Preterm doğanlar, intrauterin büyüme geriliği. Neyzi O, Ertuğrul TY, ed. Pediatri. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2002: 326-334.

Preterm bebekler de kendi aralarında üç gruba ayrılırlar:

Tablo 2. Preterm Bebeklerin Doğum Haftalarına Göre Sınıflandırılması

İleri derecede preterm (İmmatür preterm)	24-31 gestasyonel hafta içinde doğan yenidoğanlardır
Orta derecede preterm	32-36 gestasyonel hafta içinde doğan yenidoğanlardır.
Sınırdaki preterm	37 gestasyonel hafta içinde doğan yenidoğanlardır.

Görak G. Yenidoğanın değerlendirilmesi. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, eds. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Nobel Tıp Matbaacılık, İstanbul; 2002, s:119-144

4.2. PRETERM BEBEĞİN TANIMI VE GÖRÜLME SIKLIĞI

Gebelik (gestasyon) süresi, annenin son menstrüasyon kanamasının ilk gününden doğuma dek geçen süre olarak kabul edilmektedir. Gebeliğin normal süresi

40 hafta (280 gün) olup 38-42 hafta arasında değişim göstermektedir (Özvarol 2013). DSÖ'ye göre 20-37. gebelik haftaları arasında doğan bebekler preterm bebek olarak kabul edilmektedir (Kemik 2018). Preterm doğum bebeğin doğum ağırlığına bakılmaksızın 37. gestasyon haftasından önce gerçekleşen doğum olarak tanımlanmaktadır (Yıldız 2009). Son yıllarda birçok ülkede preterm doğum oranlarının arttığı bilinmektedir (Okumuş 2012).

Türkiye'de her yıl ortalama olarak 1.3 milyon civarında doğum gerçekleşmektedir. Bu doğumların yaklaşık olarak 100 bini preterm doğumdur (Kemik 2018). DSÖ 2017 yılı Kasım ayında güncellediği verilere göre 184 ülke arasında preterm doğum oranı %5 ile %18 arasında değiştiğini bildirmiştir. Preterm bebeklerin %60'ı düşük gelirli Afrika ve Güney Asya ülkelerinde doğarken, %12'si orta gelirli, %9'unun ise yüksek gelirli ülkelerde doğduğu bildirilmiştir (WHO 2017). Sağlık bilimi ve teknoloji alanında gerçekleşen gelişmeler ve Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çalışmalarla, Türkiye'de yenidoğan yoğun bakımı alanında önemli ilerlemeler sağlanmışır. Ancak preterm bebek bakımında Türkiye'de ve Dünyada önemli gelişmeler olmasına rağmen, preterm doğum oranlarında belirgin bir azaltılması olmamıştır (Akı 2015).

4.2.1. Preterm Doğum Nedenleri

Son yıllarda preterm doğum için risk faktörleri ve pretermlik mekanizmalarıyla ilgili bilginin artmasına, erken doğumları önlemeye yönelik tasarlanmış halk sağlığı uygulamalarının yapılmasına ve tıbbi müdahalelere rağmen preterm doğumların oranındaki artış devam etmektedir. Preterm doğumlardaki en önemli artış nedenlerinden birinin yardımcı üreme teknikleriyle oluşan çoğul gebeliklerin artması olduğu düşünülmektedir. Preterm doğum, yenidoğan dönemindeki bebek ölümlerinin başta gelen nedenlerindedir (Coughlin 2016). Yardımcı üreme tekniklerinin kullanımına bir sınır getirilmemesi ve çoğul gebeliklerin artması preterm doğumların oranını arttırmıştır (Requejo 2010; Mcclure 2010). Yenidoğan sağlığının korunması ve sürdürülebilmesi açısından preterm doğuma neden olan risk faktörlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. (Coughlin 2016).

Tablo 3. Preterm Doğum İçin Risk Faktörleri

Yaşam tarzı	Tıbbi nedenler	Demografik nedenler
<ul style="list-style-type: none">• Sigara kullanımı• Alkol kullanımı• Uyuşturucu kullanımı• Yüksek stres düzeyi ve uzun çalışma saatleri• Geç/hiç olmayan prenatal bakım• Sosyal desteğin yokluğu	<ul style="list-style-type: none">• Geçirilmiş enfeksiyonlar (idrar yolu enfeksiyonları, vajinal yol enfeksiyonları)• Hipertansiyon• Diyabet• Pıhtılaşma bozukluğu• Düşük kilo indeksi• Obezite• Çoğul gebelik• Geçirilmiş erken doğum tecrübesi• Uterus ya da serviks anomalileri	<ul style="list-style-type: none">• 17 yaşının altında 35 yaşının üstünde olmak• Düşük sosyoekonomik statü• Etnik kökenler

Okumuş N. Hayata Prematüre Başlayanlar. Ankara: Aysun Yayıncılık, 13-31. 2012

4.2.2. Preterm Bebeğin Özellikleri

Preterm bebeğin özellikleri bebeğin maruz kalacağı sorunların nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Preterm bebeklere en doğru bakımı vermek, bebekte gelişen olağan ve olağan dışı sağlık durumlarını fark etmek, aileyi taburculuğa hazırlarken bu bebeklerin özellikleri konusunu verilen eğitimlere dahil ederek taburculuk sonrası sürece hazırlamak açısından fiziki özelliklerini bilmek önemli yer tutmaktadır (Batman 2014).

Preterm bebekler Ballard skoruna göre 37. gestasyonel hafta ya da altında bulunan bebeklerdir. Fiziksel özellikleri gestasyon haftasına bağlı olarak değişmektedir. Deri şeffaf, ince ve kırmızı renktedir. Deri altı yağ dokusu yeterli durumda değildir. Lanugo 20.-28. gestasyon haftalar arasında mevcuttur. 28. gestasyon haftasında lanugo yüzde ve gövdenin ön yüzünde kaybolmaya başlamaktadır. Erkek preterm bebeklerde testisler genellikle inmemiştir ve inguinal kanalda bulunurlar. Ağlama zayıftır, refleksler az ya da oluşmamış durumdadır.

Emme, yutma ve solunum arasındaki koordinasyon yeterince gelişmediği için oral beslenmede sorun yaşayabilirler. Apne ve bradikardi sık olarak görülmektedir (Yılmaz 2016). Preterm bebeklerin anne karnında geçirdikleri zaman ve doğumları yaşama tutunmalarının ve sağlık durumlarının en önemli belirleyicileridir (Doğan 2018).

4.3. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ (YYBÜ)

Yenidoğan ölümlerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması ülkelerin gelişmişlik seviyesinin değerlendirilmesinde en önemli istatistiksel verilerdendir. Yenidoğan ünitelerinde son yirmi yılda uygun tedavi ve bakımlarla bebek ölümlerinde belirgin bir azalma görülmektedir (Keskin 2018). Yenidoğan ünitelerinin hasta bakım standartları son derece önemlidir ve yenidoğan bebeklerin ihtiyaçları doğrultusunda yapılandırılmıştır (Unutkan 2012).

Sağlık alanında gerçekleşen teknolojik ilerlemeler ilk olarak 1878 yılında Fransa'da küvözün bulunmasıyla başlamıştır (Floyd 2005). Doğum sonrası anne ve bebeğe bakım veren merkezlere duyulan ihtiyaç, 1940'lı yıllarda evde doğumların azalması hastane doğumlarının artmasıyla başlamıştır. YYBÜ'nün 1960'lı yıllara gelene kadar sayı bakımında yeterli olmaması üzerine, 1970'li yılların başlarından sonra preterm bebeklere sunulan sağlık hizmetleri gelişmeye başlamıştır. Bakım ihtiyacı olan bu bebeklerin bakımını servis hemşireleri üstlenmeye başlamıştır (Erdeve ve ark. 2009).

4.3.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Düzeyleri

Yaşam riski olan bebeklerin bakım ve tedavisini sağlamak amacıyla kurulan, bakım ve tedavi ihtiyacı olan yenidoğan bebeklerin sağlık durumunun düzelmesini amaçlayan teknolojik odaklı merkezlerdir (Keskin 2018). Bu üniteler, ileri düzeyde teknolojiye sahip cihazlar bulunan, yaşamsal bulguların izlenebilen, kesintisiz olarak 24 saat hasta takibi yapılabilen, bakım ve tedavinin gerçekleştirilen merkezleri tanımlamaktadır.

Bakım verilmesi durumunda yaşanan en önemli sorun preterm bebeklerin nörolojik ve fiziksel sistemlerinin yeterince olgunlaşmamış olmasıdır. Bu olgunlaşma eksikliğinin derecesi, gestasyon haftasının süresi ile yakından ilişkilidir (Girgin 2016). Bir preterm bebeğin anne karnında geçirdiği süre (gestasyon süresi) kısaldıkça bakım alması gereken YYBÜ'nün düzeyi de artmaktadır (Özvarol 2013). Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan yönetmelikte yenidoğanlar için bakım standartları oluşturulmuş ve bu standartlara göre düzeyler belirlenmiştir.

I.Düzyer YYBÜ: Normal yenidoğan odalarından oluşan ve temel yenidoğan

bakımının verildiği düzeydir. Sağlıklı yenidoğan bebeklerin doğumdan sonra değerlendirilmesi burada yapılır ve fototerapi tedavisi alan yenidoğanlar bu düzey birimlerde izlenir. Bu düzeyde bebeklerin gestasyon haftası 34 haftadan büyük,ağırlığı 1800 gramdan fazla, sağlık durumu iyileşmiş olması gerekmektedir. I düzey ünitelerde tedavi başlanması ve sürdürülebilmesi açısından intravenöz girişimler, Orogastrik ve nazogastrik beslenme, nazal yolla oksijen tedavisi ve monitörizasyon uygulanabilmektedir.

II.Düzyey YYBÜ: Bakım ihtiyacı birinci düzey YYBÜ'den daha fazla olan yenidoğanların bulunduğu düzeydir. Doğuma göre düzeltilmiş gestasyonel yaşı 32 hafta ve üzerinde veya ağırlığı 1500 gr ve üzerindedir. Daha üst düzeydeki üniteye göre iyileşme göstermiş, 24 saatten daha kısa süre solunum desteği ve ileri monitörizasyon ihtiyacı olan, kısa süreli periferik intravenöz infüzyon ve uygun paranteral beslenmenin yapıldığı, transfer ihtiyacı sırasında canlandırma desteği yapabilecek stanrtlarda olan, mekanik solunum cihazı bulunan, intravenöz infüzyon, umbilikal santral kateter, perkutan intravenöz santral yol kullanımının yapıldığı düzeydir.

III.Düzyey YYBÜ: Bakım ihtiyacı ikinci düzey YYBÜ'den daha fazla olan yenidoğanların bulunduğu düzeydir. İkinci düzey ünitelere göre daha uzun süre mekanik ventilalasyon desteği ve inhalasyon tedavisinin yapıldığı ve branş uzmanı hekim konsültasyonu ihtiyacı olan bebekler bu düzey ünitelerde izlenir. Manyetik rezonans(MR), Bilgisayarlı tomografi(BT) ve Ekokardiyografi(EKO), konjenital kardiyak ve diğer ameliyat girişimleri için yenidoğan cerrahisi ve diyaliz ünitesi bulunması gerekir.

IV.Düzyey YYBÜ: Bakım ihtiyacı üçüncü düzey YYBÜ'den daha fazla olan yenidoğanların bulunduğu düzeydir. Çok daha kompleks yenidoğan bakımının sağlandığı, ileri tanı ve tedavi yöntemlerinin bulunduğu birimlerdir. Büyük bölgeleri kapsayan üniversitelerin bulunduğu her türlü tetkik ve tedavinin sağlandığı düzey olarak tanımlanmıştır.

*T.C. Resmi Gazete, 08 Şubat 2017, sayı:28000

4.3.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Preterm Bebeklerin Bakım Gereksinimleri

Oral beslenmeye geçiş süreci preterm bebekler açısından sıklıkla zor ve zaman alıcı bir süreçtir. Preterm bebeğin yetersiz beslenme becerileri hastaneden taburculuğunu geciktirmekte, hastanede kalış süresini uzatmakta, bu durum bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki enfeksiyon etkilerine daha fazla maruz kalmasına sebep olmakta ve sağlık harcamalarının maliyetini arttırmaktadır. Beslenme becerisi yeterli olmayan preterm bebeklerin beslenme sorunlarının kronik hal alması, büyüme ve gelişmenin gecikmesine yol açmaktadır. Bu sebeple yenidoğan yoğun bakım ünitesinde geçirdiği son haftalarında preterm bebeklerin ağızdan beslenmeye hazır oluşlarının değerlendirilmesi ve total oral beslenmenin geliştirilmesi, bebeklerin ve ebeveynlerin bakımından sorumlu olan yenidoğan hemşirelerinin primer görevleri arasında yer almaktadır (Girgin 2016).

Bilimsel ve teknolojik gelişmesiyle neonatoloji alanında uygun bakım ve tedavinin verilebilmesini sağlayan uzman hekim ve ebe/hemşirelere ihtiyaç artmıştır. Bebeklerin bu uzun tedavi ve bakım sürecinde en önemli görev ebe/hemşirelere düşmektedir. Bu ihtiyaç doğrultusunda YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin/ebelerin görev tanımlarında değişiklikler olmaya başlamıştır. Bu değişiklikler sayesinde verilen nitelikli bakım ile yaşama şansları ve bakımın kalitesi artmıştır. Ailenin preterm bebeğin durumuna adaptasyonunda, doğum sonrası dönemin yönetiminde, kendi bebeğinin bakımına katılmasında ve taburculuk sürecinde en etkin rol ebe/hemşireye aittir (Özek 2018).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire/ebenin preterm bebek bakımı için görevleri aşağıdaki gibidir:

- Preterm bebeğin solunumunun desteklenmesi ve sürdürülmesi,
- Ekstrauterin dolaşımın sağlanması,
- Vücut ısısının korunması ve sürdürülmesi,
- Sıvı ve elektrolit dengesinin sürdürülmesi,
- Enfeksiyonlardan korunması,
- Beslenmenin sağlanması,
- Yeterli duyuşsal uyaran verilmesi,
- Aile- bebek ilişkisinin başlatılması ve sürdürülmesi,

- Ailenin taburculuğa hazırlanması ve eğitimidir.

4.4. PRETERM BEBEKLERDE BESLENME VE ÖNEMİ

Son yıllarda teknolojik gelişmeler ve bu teknolojinin YYBÜ'de kullanımı preterm bebeklerin yaşam şansını arttırmıştır. Preterm bebekler anatomik ve fizyolojik olarak immatür olmaları nedeni ile postnatal dönemde pek çok problem yaşamaktadır. Beslenme sorunları büyük ve bebeğin sağlığını etkileyebilecek düzeyde önemli problemlerdendir. "Preterm bebeklerin oral beslenmesi, oral motor, nörolojik, kardiyorespiratuar ve gastrointestinal sistemlerin etkileşimi sonucu sağlanabilen oldukça karmaşık ve dinamik bir süreçtir" (Girgin 2016).

Preterm bebeklerde uzun dönem sağlık sorunlarının engellenmesinde beslenmenin rolü giderek artmaktadır (Bülbül 2013). Preterm bebeklerin beslenmesindeki ana amaç, her bebeğin yeterli beslenmesini sağlamak ve bebeklerin yaşam şanslarını arttırmaktır (Özdemir 2013). Her bebeğin beslenmesi için en uygun ve ideal besin kendi annesinin sütüdür. Preterm bebeklerin anne sütü, tam gelişmemiş olan immün sistemlerine uygun ve zengin besin içeriğine sahiptir. (Çavuşoğlu 2008). İlk bir ay immün sistemi yeterli olmayan preterm bebeğin daha fazla kalori ihtiyacı mevcuttur. Preterm bebeklerin anne sütü term bebeklerin anne sütüne göre daha fazla miktarda yağ, protein ve sodyum içermektedir. Anne sütü bileşiminin en önemli özelliği yaşına ve durumuna uygun değişim göstermesidir (Yurturan 2013).

Preterm bebekler, nörolojik ve fizyolojik yönden gelişmemişlerdir ve çevresel uyaranlarla yeterli ve etkin iletişim kuramazlar. Preterm bebeklerde emme-yutma ve solunum arasında koordinasyon sağlayamamaları, beslenme sırasında fleksiyon postürü koruyamamaları, kas güçlerinin zayıf olması, kısa süreli uyanık kalabilmeleri, fizyolojik değerlerini normal değerlerde olamaması gibi nedenlerden dolayı yaşamlarının ilk günlerinde oragastrik sonda ile enteral yoldan beslenmektedirler. Oragastrik sonda ile beslenmenin normalden uzun sürmesi, oral beslenmeye geçmenin gecikmesine ve emme için gerekli olan nöro-motor becerilerin yeterli olmamasına neden olmaktadır. Preterm bebekler tüm bu negatif faktörler değerlendirildiğinde, nörolojik ve fizyolojik yönden hazır olmadan oral beslenmeye geçirilmemelidir.

Total oral beslenme ile preterm bebeğin büyümesi için gerekli olan besin miktarını alırken; emme, yutma ve solunum fonksiyonları arasında koordinasyon sağlamasını gerektiren fizyolojik olarak oldukça zor ve karmaşık bir görevdir. Akciğer fonksiyonları yeterince gelişmeden doğan preterm bebekler oral beslenme esnasında fizyolojik strese ve bu durum beslenme sorunlarının görülmesine, yetersiz besin alımına, emme aktivitesinin zayıf olmasına ve tam oral beslenmeye geçiş süresinin uzamasına neden olmaktadır (Girgin 2016). Bebeğin immatür beslenme becerileri hastaneden taburculuğunu geciktirmekte, hastanede kalış süresi uzamakta, bu durum bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki enfeksiyonlarla daha fazla karşılaşmasına neden olmakta ve sağlık harcamalarının artışına yol açmaktadır (Kirkby ve ark. 2007).

4.5. PRETERM BEBEKLERDE EMZİRMEYE ALTERNATİF BESLENME YÖNTEMLERİ

Preterm bebeklerde emzirme ile ilgili alternatif beslenme yöntemlerinin kullanımı emzirmeye geçişi kolaylaştırdığı ve bebeğin taburculuk sürecini kısaltması yönünden son yıllarda önem kazanmıştır. Preterm bebeklerde emzirme metabolik gelişmemişlik ve nörolojik gelişmemişlik iki şekilde değerlendirilir.

Metabolik Gelişmemişlik: Derialtı yağ dokusunun, kahverengi yağ ve glikojen bakımından yeterli olmaması, preterm bebekte hipotermiye artmasına ve hipoglisemi gelişme riskine neden olmaktadır. Bu aşamada ten-ten temas veya yeterli giydirmeye ve sık aralıklarla beslenme yoluyla emzirme esnasında yaşanabilecek soğuk strese bebeği korumak gerekmektedir.

Nörolojik Gelişmemişlik: İmmatür nöro-motor sistem ve düşük kas tonüsü, preterm bebeğin baş kontrolünü, kalça diz ve ayaklarla pozisyon almasını ve ellerin yüze yakın bir şekilde orta çizgide birleşerek pozisyon alınmasını ve de bu pozisyonu korumasını zorlaştırmaktadır. Yeterli destek olmadan, preterm bebek düz bir gövde ve boyun ile memede sabit duramaz. Bunun yerine kıvrılarak çökmüş bir postür alır. Kas tonüsünde azalma memeyi kavramada yetersizlik, etkili emmede azalma ve memede sabit kalmada zorluklar yaşayabilmektedirler (Gerçek 2017).

4.5.1. Biberon ile Besleme Yöntemi

Anne sütü, düşük doğum ağırlıklı ve erken doğmuş bebekler için büyüme gelişmeyi sağlayan, besin ögesi gereksinimini karşılayan ve orofasiyal yapıların normal gelişimini destekleyen eşsiz bir kaynaktır. Emzirme, özellikle bebeklerin daha sağlıklı bir şekilde büyümelerini ve gelişmelerine uygun, bir beslenme şeklidir. Dünyada ve Türkiye’de yaygın olarak kullanılan biberon, emzirmeye ek beslenme yöntemlerinden birisidir (Savaşer 2002). Emme, yutma ve solunum arasındaki koordinasyon biberon ile besleme esnasında iki aşamada gerçekleşmektedir. Birinci aşama, biberondaki sütün ağza gelmesini sağlamak amacıyla biberon ucunun damak tarafından sıkıştırılıp pozitif basıncın uygulanmasıdır. İkinci aşama ise beslenme esnasında ağız içinde oluşan negatif basınçtır. Biberon ucunu bebek ağızda konumlandırabilmek için dilini geriye doğru çeker ve biberonun ucu için küçük bir hazne oluşturur; anne memesini emmek içinse bebek, ağız içinin tamamını kullanır ve ağız içinde geniş bir hazne oluşturur (Girgin 2017).

Biberon kullanımı preterm bebeklerde bebeğin anne memesine uyum sağlamasını olumsuz yönde etkilemektedir (Savaşer 2002). Preterm bebekler, emme sırasında bir enerji harcadıkları için yorulurlar ama biberondan beslenirken süt sabit bir akışla geldiği için emmeyi bırakma riski vardır (Lopez 2012). Bu yönden biberon kullanımı preterm bebeğin emme becerilerinin gelişmesini engelleyebileceği bilinmektedir. TNSA 2013 verilerine göre 6 aydan küçük bebeklerin %39,7’si biberon kullandığı bildirilmiştir (TNSA).

Biberon kullanımı, preterm bebeklerde emzirmeyi kesintiye uğratabilir ve biberon kullanan bebeği anne memesine dönmesini sağlamanın zor bir süreç olduğu bilinmektedir. Biberon ile besleme yöntemi olumsuz fizyolojik etkilerine ek olarak, biberon ile beslemede yüz kasları emzirme esnasında kullanılan oral uyarım yöntemlerinden farklı bir şekilde aktive olduğu için emzirmeye engel teşkil edebilmektedir (Gerçek 2017). DSÖ, biberon ya da emzik kullanımından kaçınılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bebeklerin biberon ve emziğe kolay alışmaları ve sonrasında anneyi emmek istememeleri nedeniyle bunların kullanımı önerilmemektedir (Yurtturan 2013; Uraş 2013).

4.5.2. Kap ile Besleme Yöntemi

Son yıllarda kap ile besleme, biberon ile beslenmeye göre daha fazla tercih edilen bir yöntem olmuştur. Gebelik haftası 30'un üzerinde olan preterm bebeklerde kap ile besleme yöntemi denenebilir. Bebek uyanık ve emmeye istekli olduğu dönemde kap ile beslenmelidir. Beslenme esnasında kap bebeğin ağızına yaklaştırılıp, süt dudağına değdirilir. Bebek kabın içindeki süt dudağına değdirilerek dili ile alması beklendiği için ağızına akıtılmaz. (Ovalı 2000). Kapla besleme yönteminde bebeğin ağızına süt akıtılmaz. Kap ile beslemenin dezavantajı, ağıza fazla dökülmesine bağlı aspirasyon riskidir (Savaşer 2002).

Bebek Dostu Hastaneler Programı kapsamında DSÖ preterm bebeklerin kapla veya kaşıkla beslenmesi önermektedir. Kap ile beslenme süresince preterm bebeklerin psikolojik daha fazla rahatladıkları bildirilmiştir. Kapla beslenen bebeklerin hastaneden çıkma sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (Çelik 2015). Collins ve arkadaşlarının çalışmasında kapla beslenmenin diğer beslenme yöntemlerine göre daha uzun sürdüğünü, annelerin bu yöntemi kullanmak konusunda kendilerine güvenmediklerini bulmuşlardır. Taburculukta kapla beslenen bebekler biberonla beslenen bebeklere göre, anne memesini emme oranları daha yüksek olduğunu ve kapla beslenme sırasında bebeklerin daha fazla stres belirtileri gösterdiklerini ifade etmektedirler (Collins ve ark. 2004). Bebekler eve çıkmıştır.

4.5.3. Parmak ile Besleme Yöntemi

Bebeklerde beslenmeye geçme aşamasında kullanılan yöntemler amaçları bakımında ikiye ayrılmaktadır. Birincisi besleyici amaçlı emmeyi destekleme, ikincisi besleyici amaçlı olmayan emmeyi destekleme olarak literatürde geçmektedir. Preterm bebekleri oral beslenmeye geçirirken kullanılan yöntemlerde birisi de parmakla beslenme yöntemidir. Parmakla beslenme yöntemi hem besleyici amaçlı hem de besleyici amaçlı olmayan emmeyi desteklemekte kullanılmaktadır. Besleyici amaçlı olmayan emmeyi desteklerken bir besin olmadan parmak yardımıyla emmenin uyarımı ve güçlendirilmesi sağlanmaktadır (Kliethermes ve ark. 1999). Besleyici amaçlı emmeyi destekleme de içerisinde süt olan bir kabın içine sonda yerleştirilerek sondanın ucu parmağa sabitlenmektedir. Bebek parmağı emmeye

başladığında sondadan sütle hem beslenmiş hemde emme refleksi uyarılmış olur (Çelik 2015).

Preterm bebeklerde parmakla beslenme yöntemi, besleyici olan emmeye alternatif bir beslenme yöntemidir. Parmakla beslenme yöntemine bebeğe uygun ve rahat bir pozisyon vermek beslenmenin başarılı olması yönünden önemlidir. Biberon desteğiyle karşılaştırıldığında, parmakla beslenen preterm bebeklerin taburculuk esnasında emme oranları daha yüksektir. (Kliethermes ve ark. 1999).

4.5.4. Kaşık ile Besleme Yöntemi

Emme refleksi zayıf olan preterm bebeklerde oral beslenmeye geçiş de kaşık ile beslenme yöntemi önerilen yöntemlerden birisidir. Emme ve yutma refleksi yeterli olmayan bebeklerde sadece beslenmeyi öğrenmek amacıyla değil emme becerilerinin gelişmesi için ve bebeğin gelişimi açısından önemli yer tutmaktadır (Uslu 2013). Biberon kullanımından kaçınılması gerektiğini vurgulayan DSÖ, bebeklere sütün kaşık ya da kap ile verilmesini önermektedir. Kaşıkla beslenme yöntemi, kapla beslenme yöntemine mekanik açıdan benzemektedir. Kaşıkla beslenme ve kapla beslenme yöntemlerinde anne sütü kap ya da kaşık aracılığıyla bebeğin alt dudagina temas ettirilmektedir. Kaşıkla beslenme yöntemi kapla beslenme yöntemine teknik olarak benzemektedir. Bu yöntemde besin ögesi kayba uğramaz ve aspirasyon riski de daha düşük düzeydedir. Bebek emmeye başlayıncaya kadar anne sütünün sağılarak kaşıkla verilmesi önerilmektedir (Çelik 2015).

4.5.5. Emzirme Destek Sistemleri Kullanma Yöntemi

Emzirme döneminde çeşitli fizyolojik, psikolojik ve çevresel nedenlerden dolayı anne sütü yeterli gelmediği için anneler bebeklerini emziremezler. Süt yeterli gelmediği zaman bebek strese girerek anne memesini reddedebilir. Anne sütü ve emzirmenin hem bebek, hem de anne için, başta beslenme olmak üzere, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çok sayıda yararları vardır. Anne sütünün yeterli olmadığı durumlarda Bebeğin beslenmesinin kesintiye uğramaması emmeye devam edebilmesi, emzirmenin korunması, sürdürülmesi ve destekleme için Emzirme Destek Sistemleri (EDS) kullanılmaktadır (Bache ve ark. 2014).

Preterm bebeklerde oral beslenmeye geçiş aşamasında emzirmeyi kesintiye uğratacağı için biberon dışındaki yöntemler önerilmektedir (DSÖ). EDS ile emzirme kesintiye uğramamış olur ve bebeğin memeyi reddetmesinin önüne geçilerek anne sütüne devam edebilmesi sağlanmış olur. Bu yöntemle emme refleksi zayıf olan preterm bebeklerin emmesi güçlenir, anne sütü yeterli olmayan annenin bebeği emzirebildiği için rahatlaması sağlanır, anne ve bebek arasındaki bağ güçlenir ve emme yeteneği gelişir.

4.6. PRETERM BEBEKLERDE EMME AKTİVİTESİ

Matür bebeğin doğar doğmaz anne göğsünü kavrayarak emmeye başlaması doğal ve kolay bir süreçtir (Candemir 2017). Preterm bebeklerde, emme hareketleri 28. gestasyon haftasından itibaren görülmeye başlamaktadır (zek 2007). Ancak 34. gestasyon haftasından önce emme, yutma ve solunum arasındaki koordinasyon tam olarak gelişmemiş durumdadır (Dağoğlu 2002). Bu nedenle preterm bebeklerde, tam gelişmemiş olan emme becerisi, emme, yutma ve solunum koordinasyonlarının tam sağlanamaması, aktif olmayan arama ve emme refleksleri başarılı emmeyi engelleyen ve en sık karşılaşılan beslenme problemlerindedir. Bu problemler karşısında emme aktivitesini geliştirmek için çeşitli oral uyarım girişimleri bulunmaktadır (Girgin 2016). Preterm bebekler besleyici amaçlı ve besleyici amaçlı olmayan emme olmakzere iki çeşit emme girişimi uygulanmaktadır. Besleyici amaçlı emmede, bebeğin beslenme amaçlı bir sıvı alması gerekmektedir. (Dağoğlu 2002).

4.6.1. Besinsiz Emme Yöntemi

Preterm bebeklerde 32-34. gestasyon haftasına kadar emme ve yutma koordinasyonu tam olarak gelişmemiştir. Başarılı ve etkili beslenme, preterm bebeğin emme, yutma ve solunumu arasında koordinasyon olmasını gerektiren karmaşık bir süreçtir. Bütün bebekler için olduğu gibi preterm bebekler için de en ideal beslenme yöntemi emzirmedir. Bu nedenle emme becerisini geliştirmek için besinsiz emme yöntemleri kullanılmaktadır. Besinsiz emmede emmeyi uyarmak için; yanak, dudak, dil, diş eti, çene ve damağa dokunarak uyarı verilmektedir. Bu yöntemdeki uyarımların amacı preterm bebeğin oral motor fonksiyonlarını

güçlendirerek emmeyi güçlendirmektir. Bu sayede emme becerisine ve emme, yutma ve soluk alıp verme arasındaki koordinasyonun sağlanması desteklenmiş olur (Girgin 2016).

4.6.2. Oral Stimulasyon Uygulaması ve Preterm Bebek Beslenmesinde Önemi

Son elli yılda yüksek riskli gebeliklerin izleminde ve YYBÜ'nde gerçekleşen ilerlemeler, tüm gestasyonel haftalardaki neonatal mortaliteyi azaltmıştır (Ovalı 2013). YYBÜ'ye yatırılması sonrasında, bebeğin hastalık şiddetine ve yoğun bakım ihtiyacına bağlı olarak çok sayıda girişimler nedeniyle dokunsal uyarılar verilmektedir. Oral stimulasyon uygulaması YYBÜ'ndeki stresörlere maruz kalmayı azaltan ya da hafifleten girişimlerden biridir. Oral stimulasyon emme-yutma-solunum örüntüsünün koordinasyonunun ve emme becerisinin gelişmesine sağlayarak santral ya da periferik sinir yapılarının matürasyonunun geliştirebilmektedir. Oral stimulasyon, beslenme fonksiyonlarını geliştirmek için dudak, çene, yumuşak damak, farenks, larenks ve solunum kaslarının duyuşal stimulasyonu olarak tanımlanmaktadır (Arvedson 2010).

Preterm bebeğin oral beslenmeye başlama yeteneği pek çok faktörden etkilenmektedir. Araştırmalar oral beslenmeye geçiş sırasında ya da öncesinde uygulanan oral stimulasyonun beslenme davranışları ve genel klinik seyrin iyileştirilmesinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Ayrıca Oral stimulasyonun enteral beslenmeden tam oral beslenmeye geçiş süresini, hastanede kalış süresini kısalttığı, oral beslenmenin etkililiğini ve anne sütü alma oranını arttırmaktadır (Fucile ve ark. 2002; Boiron ve ark. 2007; Younesian ve ark. 2015).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, longitudinal, randomize kontrollü deneysel tasarımda gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi

Çalışma, İzmir Özel Karataş Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde Şubat- Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı İzmir Özel Karataş Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği, üçüncü düzey yoğun bakım ünitesi olarak hizmet vermektedir. Bu ünite 21 yataklı kapasitelidir. Ayrıca üniteye 16 hemşire, 2 ebe, 1 yenidoğan uzmanı doktor ve 2 çocuk uzmanı doktor görev yapmaktadır. Bu üniteye 2017 yılında ile 683 yenidoğan bakım ve tedavi almıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir Özel Karataş Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi'nde Şubat- Haziran 2018 tarihleri arasında bakım ve tedavi gören, gestasyonel yaşı 30-34 haftalar arasında olan preterm bebekler oluşturmuştur. Randomize kontrollü deneysel çalışmalarda, örneklem büyüklüğünün deney grubu için en az 30 ve kontrol grubu için en az 30 olması gerektiği bildirilmektedir (Sümbüloğlu 2000). Örneklem sayısını belirlemek için GPower 3.1 software programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Buna göre, iki grupta ve üç farklı zamanda tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizinin etkisinin ortaya konulabilmesi için etki büyüklüğü 0.30, örneklem hatası 0.05, ve %95 güven aralığında %80 örneklem gücünün yansıtılabilmesi için her grupta 32 katılımcıya gereksinim olduğu belirlenmiştir (Faul ve ark. 2009). Bu bilgiler doğrultusunda araştırmanın örneklemini Şubat- Haziran 2018 tarihleri arasında Yenidoğan Yoğun

Bakım Kliniği'nde bakım ve tedavi için yatışı yapılan ve araştırma kriterlerine uygun olan 35 deney ve 35 kontrol olmak üzere 70 preterm bebek oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Doğum ağırlığı 1000 gr ve üzerinde olan,
- Gestasyon haftası 30 hafta ve 34 hafta arasında olan
- Konjenital anamolisi olmayan,
- Ağır asfiksi, kronik akciğer hastalığı olmayan,
- Spontan solunumu olan,
- Grade III ve IV intrakranial kanaması ve periventriküler lokomozisi olmayan,
- Nekrozitan enterokolit gelişmeyen,
- Aralıklı olarak gavajla anne sütüyle beslenen,
- Annesi emzirmeye istekli olan preterm bebekler araştırma kapsamına alınmıştır.

Dışlanma Kriterleri:

- Veri toplama tarihleri arasında sevk edilen / taburcu olan bebekler,
- Bebeğin beslenmesini engelleyen sağlık sorununun gelişmesi nedeni ile parenteral beslenen preterm bebekler araştırma kapsamına alınmamıştır.

5.4. Araştırma Hipotezleri

Hipotez H1. Deney grubundaki preterm bebeklere uygulanan oral stimulyasyon ve emzirme destek sistemi oral beslenmeye geçme sürecini kısaltır.

Hipotez H2. Deney grubundaki preterm bebeklere uygulanan oral stimulyasyon ve emzirme destek sistemi tam anne memesine geçme sürecini kısaltır.

Hipotez H3. Deney grubunda bulunan preterm bebeklere uygulanan oral stimulyasyon ve emzirme destek sistemi taburcu olma süresini kısaltır.

Hipotez H4. Deney grubunda bulunan preterm bebeklere oral stimulyasyon ve emzirme destek sistemi emme başarısını artırır.

Hipotez H5. Deney grubundaki preterm bebeklere uygulanan oral stimulyasyon ve emzirme destek sistemi taburculuk sonrası birinci ayda emzirmeye devam etme oranını artırır.

5.5. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Emzirme destek sistemi ve oral stimülasyon (uyarım)

Bağımlı Değişkenler: Preterm bebeklerin oral beslenmeye ve tam anne memesine geçme ağırlıkları ve süreleri, oral beslenmeye ve tam anne memesine geçiş sırasındaki hayati bulguları (kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen saturasyonu), taburculuktaki gestasyon yaşı, ağırlığı ve süresi, taburculuktaki emme başarıları, taburculuk sonrası birinci ayda emme durumu ve ağırlıkları.

5.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması aşamasında, “Preterm Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bebek İzlem Formu” ve “LATCH Emzirme Tanılama Formu” kullanılmıştır.

Preterm Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu: Bebeğin cinsiyeti, doğum haftası, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, 1. ve 5. dk APGAR skoru değerleri, doğum şekli, gebelik sayısı, doğum sebebi ve antenatal bakım alma durumu sorularından oluşmaktadır (Ek-1).

Bebek İzlem Formu: Bebeğin beslenmesi sırasında izlenmesini sağlayan bir formdur. Bebeğe oral stimülasyon verilmeye başlama zamanından itibaren; bebeğin beslenmeye başladığındaki gestasyon haftasını, vücut ağırlığını, beslenme öncesi sırası ve sonrasındaki vital bulgularına (kalp atım hızı, solunum, oksijen saturasyonu) yönelik bilgileri içerir. Ayrıca bebeğin tam anne memesine geçme süresi, vücut ağırlığı, taburculuk zamanı ve kilosuna ilişkin bilgilerde içerir (Ek-2).

LATCH Emzirme Tanılama Formu: LATCH Emzirme Tanılama Formu 1993 yılında Jensen ve Wallace tarafından geliştirilmiş ve bu çalışmada ölçeğin Cronbah alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Türkiye’deki güvenilirlik çalışması ise Yenal ve Okumuş tarafından 2003 yılında yapılmış ve bu çalışmada ölçeğin Cronbah alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur. LATCH Emzirme Tanılama Formu baş harflerinde yer alan L, memeyi tutma (Latch on the breast); A, bebeğin yutma hareketinin görülmesi/duyulması (Audible swallowing); T, meme ucunun tipi (Type of the nipple); C, annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort breast/nipple) ve

H, bebeği tutuş pozisyonu (Hold/Help) olmak üzere beş değerlendirme kriterini içermektedir. Her madde 0-2 puan arası değerlendirilmektedir. Ölçekten alına bilecek en dşk puan sıfır en yükse puan ise 10'dur. Ölçekten ne kadar yüksek puan alınır sa emzirme başarısı o kadar yüksektir. Ölçek bir tanılama leği olduğun için araştırmacılar tarafından değerlendirilmektedir. Kullanımında anne bebeğini emzirirken gözlemlenir ve ölçeğin L, A, T, C, H kriterleri değerlendirilir (Yenal ve Okumuş 2003) (Ek-3).

Veri Toplama Gereçleri

- Steril süt sağma makinesi (anneye ait),
- Steril süt saklama poşeti,
- Dijital bebek tartısı(2 adet),
- Hasta başı monitör(21 adet) ya da Pulse oksimetre(2 adet),
- Emzirme destek sistemi (5 numaralı (gri uçlu) bir beslenme katateri, 20 mililitrelik iğnesiz bir (enjektör)/ biberon ya da süt sağma kabı.

5.7. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

n uygulama için araştırmacı tarafından beş bebek ile pilot uygulama yapılmıştır. Pilot çalışmaya alınan bebekler örnekleme dhil edilmemiştir.

Çalışma öncesinde ailelerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışma kapsamına alınan bebekler deney (D) ve kontrol (K) gruplarına ayrılmıştır. Çalışmada yanlılık olmaması için tabakalı randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kriterlerine uyan bebeklerin LATCH lek puanı hesaplanmıştır. Gestasyon haftası (30-32 ve 32-34 hafta), LATCH puanı (0-5 puan ve 5-10 puan) açısından bebekler tabakalandırılarak çalışma ve kontrol grupları arasında randomizasyon sağlanmıştır. Gruplar arasında ortaya çıkabilecek dengesizlikler bu randomizasyon yöntemi ile azaltılmış olmaktadır. Bu yöntemde ilk olarak risk faktörlerine göre tabakalara ayırıp daha sonra her bir tabaka kendi içerisinde tekrar randomize edilmektedir. Yapılan randomizasyon yöntemlerinden de dengeyi sağlayabilmek için permütasyon (sıralı) yöntemi kullanılmaktadır. Çalışmada, gestasyon haftası değişkeni 2 tabakaya ayrıldıktan sonra LATCH puanı 2 tabakaya ayrılmıştır. Bu durumda değişkenler arasında toplam $2 \times 2 = 4$ kombinasyon yapılmıştır (şekil 1). Çalışmada, ilk 30-32

gestasyon haftasında doğan, LATCH ölçeğinden 0-5 puan alan bebek yazı tura ile çalışma grubuna alınmıştır, benzer diğer bebek kontrol grubuna alınmıştır.

Girişim:

Oral stimulasyon: Bebek beslenmeden 15 dakika önce, eldiven giyilerek parmak ile bebeğin ağız ve çevresine dokunularak bebekte arama ve emme refleksinin uyarılmasıdır.

Emzirme destek sistemi: Biberonun emzik bölümünü makasla kesilerek 5 numaralı beslenme kateterinin geçebileceği kadar genişletilir. Beslenme kateterini renkli ucu biberon içinde kalacak şekilde emzik içinden geçirilir. Kateterin biberon tarafı sütün içinde duracak şekilde olmalıdır. Biberon yerine enjektör de kullanılabilir ancak en kolay ve güvenli yöntem biberonla uygulanan yöntemdir. Beslenme kateterinin renksiz olan tarafı bebeğin ağızına gelecek şekilde annenin memesine flasterle sabitlenebilir. Bebek annesini emerken kateterin uç kısmı bebeğin ağzının içine yerleştirilir. Anne emzirirken hem anneden hem de biberondan bebeğe süt gidecektir. Bebek bol sütün geldiğini hissettiği için emmeye devam edecektir. Biberondan gelen süt akışının artması için anne, biberonu emzik kısmı aşağıya doğru gelecek şekilde boynuna asabilir. Biberon veya süt kabı ne kadar yüksekte tutulursa sütün akışı da o oranda artar.

Deney Grubu: Deney grubundaki bebeklere eldiven giyilmiş parmakla günde üç defa beslenmeden 15 dakika önce oral stimulasyon uygulanmıştır. Bebeklere oral stimulasyon supine pozisyonunda yarı fleksiyondayken uygulanmıştır. Oral stimulasyon sonrası bebekler emzirme destek sistemi ile öncelikle yoğun bakımda parmakla oral beslenmeye geçirilmiş sonrasında anne göğsüne tutturulmuştur. Deney grubundaki bebeklerin oral beslenmesi emzirme destek sistemi yolu ile sağlanmıştır. Bu bebeklerde oral beslenmeye geçişte biberon/kap kullanılmamıştır. Bebek anne memesini tutarken anne sütü daha önce sağılıp biberona/kaba doldurularak EDS ile bebeğe verilmiştir. Bebeğin vital bulguları emzirme öncesi, sırası ve sonrasında takip edilmiştir. Sabah ilk beslenme öncesi bebeğin vücut ağırlığı her gün tartılmıştır. Bu girişimlere bebek anne memesine tam geçene kadar devam edilmiştir. Bebeklerin alması gereken süt miktarı klinik protokollerine göre birim sorumlu hekimim tarafından ayarlanmıştır. Genel durumu iyi olan, oksijen ihtiyacı bulunmayan

preterm bebeklerde klinik hekim protokolüne göre kiloya 120 ml olarak anne sütü miktarı hekim tarafından bildirilmektedir. İlk yatışta ve taburculuk öncesi bebeklere LATCH uygulanmıştır. Bebeklerin taburcu edildiğindeki gestasyon haftası, ağırlıkları, oral beslenmeye ve tam anne memesine geçme süresi ve vücut ağırlıkları kaydedilmiştir. Taburculuktan bir ay sonra bebeklerin ailelerine telefon ile ulaşılarak taburculuk sonrası emme durumları ve ağırlıkları takip edilmiştir.

Kontrol grubu: Kontrol grubundaki bebeklere rutin kliniğin besleme protokolü uygulanmıştır. Rutin klinik protokolüne göre oral beslenmeye geçen bebeklere klinik hekim protokolünde belirtilen miktar kadar anne sütü biberon ile verilmiştir. İlk yatışta ve taburculuk öncesi bebeklere LATCH uygulanmıştır. Bebeklerin taburcu edildiğindeki gestasyon haftası, ağırlıkları, oral beslenmeye ve tam anne memesine geçme süreleri ve vücut ağırlıkları kaydedilmiştir. Taburculuktan bir ay sonra bebeklerin ailelerine telefon ile ulaşılarak taburculuk sonrası emme durumları ve ağırlıkları takip edilmiştir.

5.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package For Social Sciences)22.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde, yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t-testi, tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi, ileri analizlerde düzeltilmiş Benforroni testi kullanılmıştır.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma yalnızca İzmir Özel Karataş Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği ile sınırlı olup, kamu hastanelerini kapsamamaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar İzmir Özel Karataş Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniğinde tedavi ve bakım alan preterm bebeklere genellenebilir. Araştırma da kullanılacak kaynaklar konunun daha önce çalışılmaması nedeniyle konuyla doğrudan alakalı kaynak bulunmamaktadır. Araştırmada yalnızca taburculuk sonrası birinci ayda izlem yapılmıştır. Süre sınırlılığı ve ekonomik sınırlılıklar nedeniyle sonraki üçüncü ve altıncı ayda emmenin devamlılığını değerlendirememiştir.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden etik kurul onayı (Ek-4) ve Özel Karataş Hastanesinden resmi izin belgesi (Ek-5) alınmıştır. Araştırmaya katılma konusunda gönüllü ve istekli olan preterm bebek aileleri çalışmaya alınmış, aydınlatılmış onam belgesi ile yazılı onamları (Ek-6) alınmıştır. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Yenal'dan LATCH Ölçeği kullanım izni alınmıştır (Ek-7).

Şekil 1: Randomizasyonu İşlemi için Gestasyon Haftasına ve LATCH Skoruna Göre Puanlama

**30-32 Gestasyon
Haftası
LATCH Skoru 0-5**

**30-32 Gestasyon
Haftası
LATCH Skoru 5-10**

**30-32 Gestasyon
Haftası
LATCH Skoru 0-5**

**30-32 gestasyon
haftası
LATCH Skoru 5-10**

**32-34 Gestasyon
Haftası
LATCH Skoru 0-5**

**32-34 Gestasyon
Haftası
LATCH Skoru 5-10**

**32-34 Gestasyon
Haftası
LATCH Skoru 0-5**

**32-34 Gestasyon
Haftası
LATCH Skoru 5-10**

Deney grubu (D)

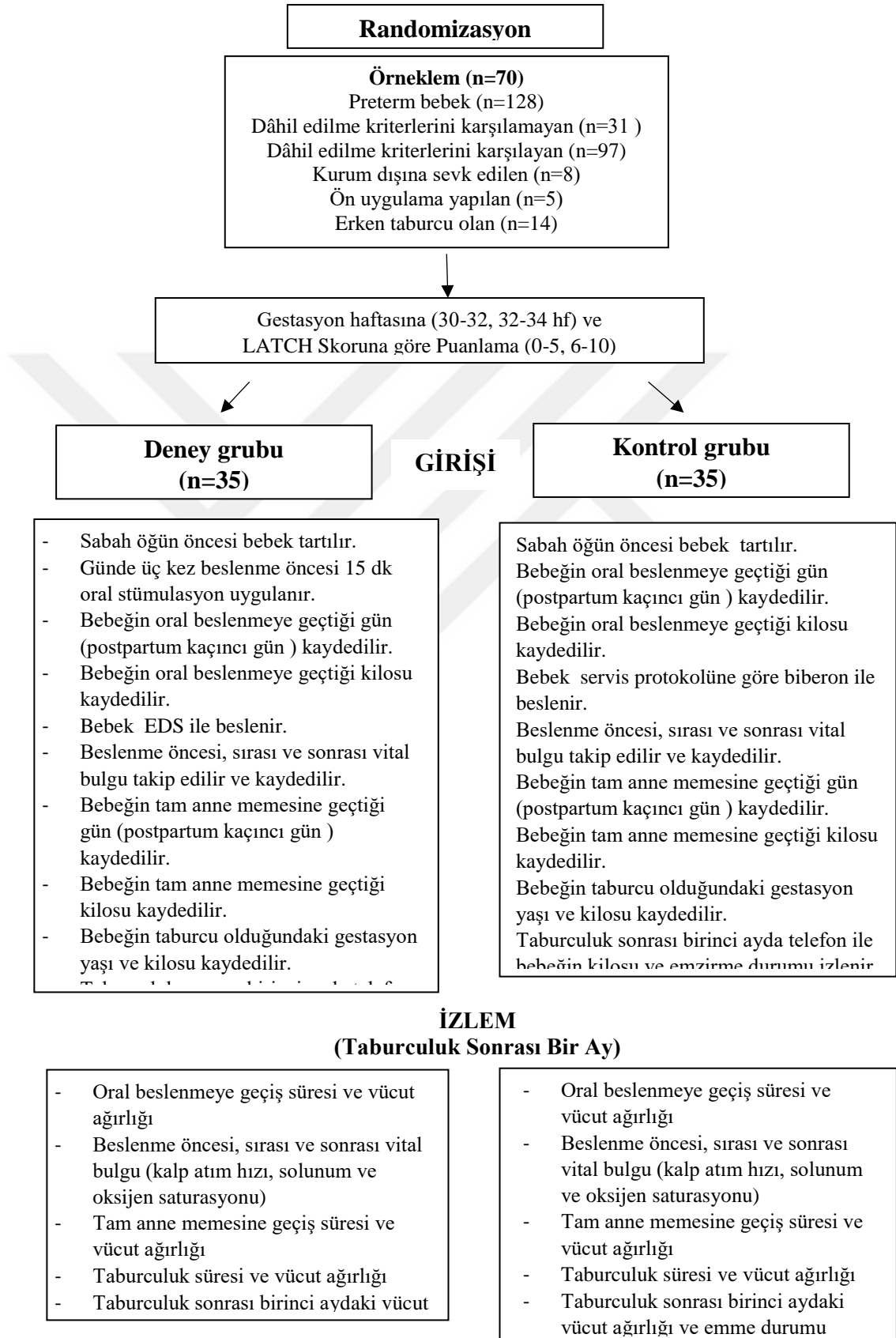
Kontrol grubu (K)

- Sabah öğün öncesi bebeği tart
- Günde üç kez beslenme öncesi 15 dk oral stümulasyon
- Bebeği EDS ile besle
- Beslenme öncesi, sırası ve sonrası vital bulgu takibi
- Taburculuk öncesi kilo ve gestasyon yaş
- Anne memesine geçiş süresi
- Taburculuk sonrası bir aylık dönemde emme durumu

- Sabah öğün öncesi bebeği tart
- Bebeği biberon ile besle
- Beslenme öncesi, sırası ve sonrası vital bulgu takibi
- Taburculuk öncesi kilo ve gestasyon yaş
- Anne memesine geçiş süresi
- Taburculuk sonrası bir aylık dönemde emme durumu

5.11. Araştırmanın Consort Şeması

Şekil 2: Araştırmanın Consort Şeması



6. BULGULAR

Preterm doğan bebeklerde oral stimulyasyon ve emzirme destek sisteminin sisteminin tam anne memesine geçme süresi ve emme başarıları üzerine etkisi değerlendirilerek elde edilen bulgular bu bölümde açıklanmıştır. Bulgular iki bölüm halinde ele alınmıştır. Birinci bölüm, çalışmaya alınan preterm bebeklerin tanıtıcı bulgularından ve ikinci bölüm ise uygulanan girişimlere ait bulgulardan oluşmuştur.

6.1. Preterm Bebeklerin Tanıtıcı Bulguları

Tablo 4: Preterm Bebeklerin Tanıtıcı zelliklerine Göre Deney ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

zellikler	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		X ² /t	p
	n	(%)	n	(%)		
Cinsiyet						
Kız	19	54,3	23	65,7	952	0,329
Erkek	16	45,7	12	34,3		
Doğum sırası						
Bir	20	48,8	21	51,7	0,05	0,808
İki ve daha fazla	15	51,2	14	48,3		
İlk emzirmede LATCH puanı						
0-5	15	42,9	9	25,7	2,28	0,208
6-10	20	57,1	26	74,3		
Gebelik Yaşı (hafta)*	32,91±1,54		33,03±1,56		-0,30	0,759
Doğum Ağırlığı (g)*	1964,14±360,73		2004,14±515,72		-0,37	0,708
Boy (cm)*	44,41±3,94		46,22±3,63		-1,85	0,072
Baş evresi (cm)*	32,24±2,49		33,20±2,26		-1,68	0,098
Birinci Dakika APGAR*	3,14±1,11		2,66±0,80		2,09	0,040
Beşinci Dakika APGAR*	4,8±1,85		4,11±1,05		1,98	0,051

n, %; Ort: ortalama; SS*: standart sapma; t*: Independent sample t test; X²*: Ki-kare testi

Bebeklerin tanıtıcı özelliklerine göre deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir. Deney grubunda yer alan 35 bebeğin 19'u kız (%54,3), 16'sı (%45,7) erkek iken kontrol grubunda yer alan 35 bebeğin 23'ü kız (%65,7), 12'si (%34,3) erkektir.

Deney grubunda yer alan 35 bebeğin 20'si (%48,8), kontrol grubundaki 35 bebeğin 21'i (%51,7) ilk bebektir. Deney grubundaki bebeklerin 15'i (%42,9), kontrol grubundaki bebeklerin 9'u (%25,7) ilk emzirmede LATCH puanında 0-5 puan almış, deney grubundaki bebeklerin 20'si (%57,1), kontrol grubundaki bebeklerin 26'sı (%74,3) 6-10 puan almıştır.

Deney grubundaki bebeklerin gebelik yaş ortalamasının $32,91 \pm 1,54$ hafta, doğum ağırlığı ortalamasının $1964,14 \pm 60,73$ gr; kontrol grubundaki bebeklerin gebelik yaş ortalamasının $33,03 \pm 1,56$ hafta, doğum ağırlığı ortalamasının $2004,14 \pm 515,72$ gr olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki bebeklerin boyları incelendiğinde, deney grubunda yer alan bebeklerin boy ortalamasının $44,41 \pm 3,94$ cm, kontrol grubundaki bebeklerin boy ortalamasının $46,22 \pm 3,63$ cm olduğu görülmektedir.

Deney grubunun baş çevresi ortalama $32,24 \pm 2,49$ cm, kontrol grubunun baş çevresi ise $33,20 \pm 2,26$ cm olarak bulunmuştur. Son olarak Tablo 4'de yer alan APGAR skorları incelendiğinde; deney grubunun birinci dakikadaki APGAR skorunun 3,14, beşinci dakikada APGAR skorunun 4,83 olduğu, kontrol grubunun ise birinci dakika APGAR skorunun 2,66 ve beşinci dakika APGAR skorunun 4,11 olduğu görülmektedir.

Grupların tanımlayıcı özellikleri açısından aralarında istatistiksel bir fark olup olmadığını belirleyebilmek amacıyla t-testi yapılmıştır. Tablo 4'de yer alan t-testi sonuçlarına göre gruplar arasında sadece birinci dakika APGAR skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Birinci dakika APGAR skoru hariç olmak üzere diğer tanımlayıcı değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4).

6.2. Preterm Bebeklere Uygulanan Girişimlere Ait Bulgular

Tablo 5: Deney ve Kontrol Gruplarının Oral Beslenmeye Geçiş Süresi ve Geçiş Ağırlıklarının Karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=35) Ort±SS	Kontrol Grubu (n=35) Ort±SS	t	p
Oral Beslenmeye Geçiş Süresi (gün)	6,71±4,78	14,20±13,76	-3,03	0,003
Oral Beslenmeye Geçiş Ağırlığı (gram)	1951,57±203,73	2096,14±308,00	-2,31	0,024

Ort: ortalama; SS: standart sapma; t: Independent sample t test

Deney ve kontrol gruplarındaki bebeklerin oral beslenmeye geçiş süresi ve geçiş ağırlıklarının karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. Deney grubunun oral beslenmeye geçiş süresinin 6,71±4,78 gün, oral beslenmeye geçiş ağırlığının 1951,57±203,73 gr olduğu; kontrol grubunun ise oral beslenmeye geçiş süresinin 14,20±13,76 gün, oral beslenmeye geçiş ağırlığının ise 2096,14±308,00 gr olduğu görülmektedir. Oral beslenmeye geçiş süreleri ve ağırlıkları açısından gruplar karşılaştırıldığında, grupların oral beslenmeye geçiş süresi ve geçiş ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6: Deney ve Kontrol Gruplarının Tam Anne Memesine Geçiş Süresi ve Geçiş Ağırlıklarının Karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=35) Ort±SS	Kontrol Grubu (n=35) Ort±SS	t	p
Tam Anne Memesine Geçiş Süresi (gün)	6,77±5,87	11,68±6,73	3,25	0,002
Tam Anne Memesine Geçiş Ağırlığı (gram)	2063,14±208,97	2159,14±280,37	-1,62	0,109

Ort: ortalama; SS: standart sapma; t: Independent sample t test

Deney ve kontrol gruplarının tam anne memesine geçiş süresi ve geçiş ağırlıklarının karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Deney grubunun tam anne

memesine geçiş süresinin $6,77\pm5,87$ gün, geçiş ağırlığının $2063,14\pm208,97$ gr olduğu, kontrol grubunun ise tam anne memesine geçiş süresinin $11,68\pm6,73$ gün, geçiş ağırlığının $2159,14\pm280,37$ gr olduğu görülmektedir. Tam anne memesine geçiş süreleri ve ağırlıkları açısından gruplar karşılaştırıldığında, gruplar arasında tam anne memesine geçiş süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), tam anne memesine geçiş ağırlığı açısından ise gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7: Deney ve Kontrol Gruplarının Taburculuk Gestasyon Yaşı, Süresi ve Ağırlıklarının Karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=35) Ort±SS	Kontrol Grubu (n=35) Ort±SS	t	p
Taburculuk Gestasyon yaşı (hafta)	35,58±0,66	35,85±0,92	-1,40	0,165
Taburculuk süresi (gün)	20,45±17,57	21,68±18,86	-0,28	0,779
Taburculuk Ağırlığı (gram)	2063,00±218,36	2174,00±277,20	-1,86	0,067

Ort: ortalama; SS: standart sapma; t: Independent sample t test

Deney ve kontrol gruplarının taburculuk gestasyon yaşı, süresi ve ağırlıklarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Deney grubundaki bebeklerin taburculuk gestasyon yaşlarının $35,58\pm,66$ hafta, kontrol grubundaki bebeklerin ise $35,85\pm0,92$ hafta olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Deney grubundaki bebeklerin ise $20,45\pm17,57$ günde, kontrol grubundaki bebeklerin $21,68\pm18,86$ günde taburcu olduğu belirlenmiştir. Taburculuk süreleri bakımından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubundaki bebeklerin taburculuk ağırlığı ortalamasının ise $2063,00\pm218,36$ gr olduğu, kontrol grubundaki bebeklerin taburculuk ağırlığı ortalamasının $2174,00\pm277,20$ gr olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). (Tablo 7).

Tablo 8: Deney ve Kontrol Gruplarının Taburculuk LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=35) Ort±SS	Kontrol Grubu (n=35) Ort±SS	t	p
LACTH Puanı	8,37±0,54	7,06±0,83	6,87	0,000

Ort: ortalama; SS: standart sapma; t: Independent sample t test

Bebeklerin emme başarıları taburcu olmadan önce anne memesini emerken uygulanan LATCH Emzirme Tanılama Formu aracılığı ile değerlendirilmiştir. Tablo 8’de deney ve kontrol grubundaki bebeklerin emme başarılarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Deney ve kontrol gruplarında yer alan bebeklerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki bebeklerin LACTH puan ortalamalarının (8,37±0,547) kontrol grubundaki bebeklere (7,06±0,838) göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 8).

Tablo 9: Deney ve Kontrol Gruplarının Taburculuk Sonrası Birinci Ayda Emme Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Taburculuk Sonrası Birinci Ayda Emme Durumu	Deney Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		X ²	P
	n	%	n	%		
Evet	19	54,3	3	8,6	21,45	0,000
Kısmen	12	34,3	13	37,1		
Hayır	4	11,4	19	54,3		
Toplam	35	100	35	100		

X²: Ki-kare testi

Deney ve kontrol gruplarının taburculuk sonrası birinci ayda emme durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Taburculuk sonrası birinci ayda bebeklerin anne memesini emme durumları telefon ile izlenmiştir. İzlemde deney grubundaki bebeklerin %54,3’ünün emmeye devam ettiği, %34,4’ünün kısmen emdiği, %11,4’ünün emmeyi bıraktığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bebeklerin ise %8,6’sının emmeye devam ettiği, %37,1’inin kısmen emdiği, %54,3’ünün emmeyi bıraktığı belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre bebeklerin taburculuk

sonrası birinci ayda emme durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 9).

Tablo 10: Deney ve Kontrol Gruplarının Taburculuk sonrası Birinci Aydaki Vücut Ağırlıklarına Göre Karşılaştırılması

	Deney Grubu (n=35) Ort±SS	Kontrol Grubu (n=35) Ort±SS	t	p
Taburculuk sonrası vücut ağırlığı (gr)	3055,71±443,19	3289,00±488,43	-2,09	0,040

Ort: ortalama; SS: standart sapma; t: Independent sample t test

Deney ve kontrol gruplarındaki bebekler taburculuk sonrası birinci aydaki vücut ağırlıklarına karşılaştırıldığında; kontrol grubundaki (3289,00±488,43 gr) bebeklerin taburculuk sonrası birinci aydaki vücut ağırlık ortalamalarının deney grubundaki bebeklere (3055,71±443,19 gr) göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Deney ve Kontrol Gruplarının İlk Ölçüm Vital Bulgu Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırması*

Vital Bulgular	Gruplar	Besleme Öncesi Ort±SS	Besleme Sırası Ort±SS	Besleme Sonrası Ort±SS	F	p	η ²
Kalp atım hızı (KAH)	Deney	129,40±8,95	143,08±18,01	130,77±6,92			
	Kontrol	130,62±8,45	139,31±9,03	131,60±7,17			
					Grup 0,15 Zaman 24,92 Grup*Zaman 1,33	0,693 0,000 0,269	0,005 0,423 0,038
Solunum sayısı	Deney	49,25±1,91	52,08±2,31	48,68±2,81			
	Kontrol	48,45±2,27	51,25±2,25	49,48±2,67			
					Grup 0,48 Zaman 32,91 Grup*Zaman 3,39	0,490 0,000 0,059	0,014 0,492 0,091
Oksijen Satürasyonu	Deney	97,82±,89	96,37±1,21	97,45±0,70			
	Kontrol	97,68±,71	96,22±1,39	97,60±1,09			
					Grup 0,14 Zaman 35,35 Grup*Zaman 0,52	0,710 0,000 0,594	0,004 0,510 0,015

F: Repeated Measures ANOVA

* İlk ölçüm: Oral beslenmeye geçtikten sonraki ilk beslenme öğününde yapılan ölçümler

Deney ve kontrol grubundaki bebeklerin oral beslenmeye geçtikten sonraki ilk beslenme öğünündeki vital bulgu ortalamalarının grup ve zamana göre karşılaştırılması Tablo 11'de verilmiştir. Deney grubunda ilk emzirme öğününden 15 dakika önce oral simulasyon uygulanmış ve bebeklerin beslenmesi EDS ile sağlanmıştır. Deney grubundaki bebeklerin ilk beslenme öğününden bir saat önce alınan KAH ortalamalarının $129,40 \pm 8,95$ /dk, solunum sayısı ortalamalarının $49,25 \pm 1,91$ /dk, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%97,82 \pm 0,89$ ise olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki bebeklerin beslenme esnasında KAH ortalamalarının $143,08 \pm 18,01$ /dk, solunum sayısı ortalamalarının $52,08 \pm 2,31$ /dk, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%96,37 \pm 1,21$ olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki bebeklerin beslenme sonrasında KAH ortalamalarının $130,77 \pm 6,92$ /dk, solunum sayısı ortalamalarının $48,68 \pm 2,81$ /dk, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%97,45 \pm 0,70$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Çalışmada biberon/kap ile oral beslenmeye geçen kontrol grubundaki bebeklerin ilk beslenme öğününden bir saat önce alınan KAH ortalamalarının $130,62 \pm 8,45$ /dk, solunum sayısı ortalamalarının $48,45 \pm 2,27$ /dk, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%97,68 \pm 0,71$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki bebeklerin beslenme esnasında KAH ortalamalarının $139,31 \pm 9,03$ /dk, solunum sayısı ortalamalarının $51,25 \pm 2,25$ /dk, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%96,22 \pm 1,39$ olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki bebeklerin beslenme sonrasında KAH ortalamalarının $131,60 \pm 7,17$ /dk, solunum sayısı ortalamalarının $49,48 \pm 2,67$ /dk, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%97,60 \pm 1,09$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunda grup ve grup*zaman etkileşim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunda grup etkisinden bağımsız olarak zamana göre anlamlı farklılık saptanmıştır. Farkın hangi zamandan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda t testi yapılmıştır. Hem deney hem de kontrol grubunda beslenme esnasında KAH ve solunum sayısı ortalamalarının beslenme öncesi ve sonrasına göre daha yüksek, oksijen satürasyonu ortalamalarının ise daha düşük olduğu ve aradaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 12: Deney ve Kontrol Gruplarının Son Ölçüm Vital Bulgu Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırması*

Vital Bulgular	Gruplar	Besleme Öncesi Ort±SS	Besleme Esnası Ort±SS	Besleme Sonrası Ort±SS	F	p	η ²
Kalp atım hızı	Deney	132,22±7,88	141,40±7,53	132,51±8,90			
	Kontrol	132,51±6,60	142,31±7,33	135,08±8,88			
			Grup		0,79	0,379	0,023
			Zaman		37,19	0,000	0,522
Solunum sayısı	Deney	47,60±1,83	51,34±1,69	47,80±1,90			
	Kontrol	47,08±1,56	50,88±1,98	47,60±1,28			
			Grup		1,97	0,170	0,055
			Zaman		113,91	0,000	0,770
Oksijen Satürasyonu	Deney	98,22±0,84	96,40±0,77	98,08±0,81			
	Kontrol	98,14±0,84	96,65±0,99	98,28±0,78			
			Grup		1,97	0,170	0,055
			Zaman		113,91	0,000	0,770
		Grup*zaman		0,02	0,817	0,006	
		Grup		1,97	0,170	0,055	
		Zaman		113,91	0,000	0,770	
		Grup*zaman		0,20	0,817	0,006	

F: Repeated Measures ANOVA

*Son ölçüm: Tam anne memesine geçmeden önceki son beslenme öğününde yapılan ölçümler

Deney ve kontrol grubundaki bebeklerin tam anne memesine geçmeden önceki son beslenme öğünündeki vital bulgu ortalamalarının grup ve zamana göre karşılaştırılması Tablo 12'de verilmiştir. Deney grubundaki bebeklerin tam anne memesine geçmeden önceki son beslenme öğününden bir saat önce alınan KAH ortalamalarının $132,22 \pm 7,88/\text{dk}$, solunum sayısı ortalamalarının $47,60 \pm 1,83/\text{dk}$, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%98,22 \pm 0,84$ olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki bebeklerin beslenme esnasında KAH ortalamalarının $141,40 \pm 7,53/\text{dk}$, solunum sayısı ortalamalarının $51,34 \pm 1,69/\text{dk}$, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%96,40 \pm 0,77$ olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki bebeklerin beslenme sonrasında KAH ortalamalarının $132,51 \pm 8,90/\text{dk}$, solunum sayısı ortalamalarının $47,80 \pm 1,90/\text{dk}$, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%98,08 \pm 0,81$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Çalışmada biberon/kap ile oral beslenmeye geçen kontrol grubundaki bebeklerin tam anne memesine geçmeden önceki son beslenme öğününden bir saat önce alınan KAH ortalamalarının $132,51 \pm 6,60/\text{dk}$, solunum sayısı ortalamalarının $47,08 \pm 1,56/\text{dk}$, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%98,14 \pm 0,84$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki bebeklerin beslenme esnasında KAH ortalamalarının $142,31 \pm 7,33/\text{dk}$, solunum sayısı ortalamalarının $50,88 \pm 1,98/\text{dk}$, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%96,65 \pm 0,99$ olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki bebeklerin beslenme sonrasında KAH ortalamalarının $132,51 \pm 8,90/\text{dk}$, solunum sayısı ortalamalarının $47,60 \pm 1,28/\text{dk}$, oksijen satürasyon ortalamalarının $\%98,28 \pm 0,78$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunda grup ve grup*zaman etkileşim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunda grup etkisinden bağımsız olarak zamana göre anlamlı farklılık saptanmıştır. Farkın hangi zamandan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltilmeli bağımlı gruplarda t testi yapılmıştır. Hem deney hem de kontrol grubunda beslenme esnasında KAH ve solunum sayısı ortalamalarının beslenme öncesi ve sonrasına göre daha yüksek, oksijen satürasyonu ortalamalarının ise daha düşük olduğu ve aradaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 12).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde preterm doğan bebeklerde oral stimulasyon ve emzirme destek sisteminin tam anne memesine geçme süresi ve emme başarısı üzerine etkisini araştırmak amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen çalışmanın bulguları literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Yapılan çalışmada preterm bebeklerin cinsiyet, gestasyon sırası (Bir, iki ve daha fazla), ilk emzirmedeki LACTH puanı (0-5, 6-10), gebelik yaşı(hafta), doğumdaki vücut ağırlığı (gr), boy uzunluğu (cm), baş çevresi (cm) ve 5. dakika APGAR puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), sadece birinci dakika APGAR skorları arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

İntrauterin 11. haftada çene hareketleri görülmeye başlamasına karşın güvenli ve verimli bir beslenme için gerekli olan emme-yutma-solunum koordinasyonunun 34. gestasyon haftasından önce yeterince gelişmediği kabul edilmektedir (Amaizu ve ark. 2008, Tarı 2008,). Bu nedenle preterm bebeklerin oral beslenmeleri sırasında, fizyolojik değerlerini ve beslenme performanslarını etkileyebilecek önemli parametrelerden biride gestasyon haftasıdır. Girgin'in preterm bebeklerde iki farklı pozisyonda besleme yönteminin bazı fizyolojik özelliklere etkisini karşılaştırmak amacı ile yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada, doğumdaki gestasyon haftası ve doğum ağırlığı değişkenleri açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Girgin 2017).

Çelik'in 2015 yılında preterm bebeklerde emzik verme yönteminin tam anne memesine geçiş ve emme başarısı üzerine etkisini incelediği çalışmasında deney ve kontrol grubundaki bebeklerin cinsiyet, gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, 1.- 5. dakika APGAR puanları ve ilk emzirmede ölçtüğü LATCH puanı gibi özellikler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını belirlenmiştir (Çelik 2015). Çelik'in çalışma bulguları yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir.

Preterm bebeklerde emme refleksi, nörolojik ve fizyolojik davranış alanında gelişimi açısından önemlidir. Klinik alandan bakıldığında, beslenme yeteneği; emme-yutma ve solunum değerlerinin koordinasyonuna bağlıdır ve 32. gestasyon haftasının altında doğan bebeklerde bu becerinin total oral beslenmeyi sağlayacak yeterlilikte olmadığı düşünülmektedir (Eras ve ark. 2013). Bu nedenle 32-34. haftalardan daha erken dönemde oral beslenmenin denenmesi preterm bebeklerin fizyolojik parametrelerin etkilemektedir. İlgili literatür incelendiğinde, yapılan çalışmaların örneklem gruplarında yer alan bebeklerin de bu çalışmada olduğu gibi doğum sonrası haftalarının benzer olduğu görülmüştür (Yıldız 2009; Çelik 2015; Girgin 2016; Doğan 2018). Bu çalışmada deney ve kontrol grupları yukarıda ifade edilen değişkenlere açısından benzer olduğunu görülmektedir. Bu durumu deney ve kontrol grupları arasında bu değişkenlerin etkisini ortadan kaldırmak açısından önemli bulgudur.

Preterm bebeklerde oral beslenmeye erken başlanmasının bebeğin gelişimi açısından önemi bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda, oral beslenmeye geçişi hızlandırmak amacıyla çeşitli uyarı girişimleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler ile preterm bebeklerin vücut ağırlığının 1500 gram üzerinde olması ve gestasyon yaşının 34'üncü haftada olması beklenmeden oral beslenmeye geçilebileceği vurgulanmaktadır. Bu oral uyarı girişimleri sayesinde; oral beslenmeye daha erken geçebileceği, günlük ağırlık artışının etkilendiği ve hastaneden taburculuk süresinin kısaldığı tespit edilmiştir (Dağoğlu 2002; Efe 2005; Bragelien 2007; Arıkan 2012). Bu çalışmada deney ve kontrol gruplarındaki bebeklerin oral beslenmeye geçiş süreleri ve ağırlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Deney grubundaki preterm bebeklerin kontrol grubundaki bebeklere göre oral beslenmeye geçiş süresinin daha kısa olmasının oral stimülasyon ve emzirme destek siteminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Deney grubundakilerin kontrol grubundakilere göre daha düşük vücut ağırlığında olmalarına rağmen oral stimülasyon uygulamasının bu bebeklerin ağızdan beslenme becerilerini geliştirerek daha kısa sürede ağızdan beslenmeye geçişi sağladığını göstermektedir.

Daley ve Kennedy 2000 yılında yaptıkları çalışmada, beslenme öncesi ve beslenme sırasında uygulanan oral uyarım yöntemlerinin bebeklerin oral beslenmeye

geçme sürecini desteklediğini belirtmişlerdir. Literatürde pretermelere uygulanan oral stimülasyonun beslenmeden total oral beslenmeye geçişini desteklediğini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Fucile et al., 2002; Fucile et al., 2005; Lau and Smith, 2012; Grenee et al., 2016). Yapılan araştırmalarda, preterm bebekler için oral stimülasyon girişiminin emme refleksini kuvvetlendirdiği, beslenme oranını yükselttiği, harcanan enerji miktarını azalttığı, oral beslenmeye geçiş sürecini kısalttığı, oral beslenme performansını arttırdığı, oral beslenme sayısını arttırdığı ve bir öğünde alınan besin miktarlarını arttırdığı bildirilmiştir (Bingham 2003; Efe 2005; Pinelli 2009; Peker 2015; Girgin 2016; Girgin 2017).

Greene ve arkadaşları (2016) preterm bebeklerde oral stimülasyonun oral beslenme üzerindeki etkisini belirlemek amacı ile 19 randomize kontrollü çalışma ile yaptıkları meta analiz sonucunda oral stimülasyonun standart bakıma göre ağızdan beslenmeye geçiş ve hospitalizasyon süresini kısalttığı sonucuna varmışlardır (Greene et al., 2016). Bu araştırmadan elde edilen sonuç; çalışmanın bir numaralı hipotezini desteklemektedir.

Tam anne memesine geçiş zamanı bebeğin parenteral beslemenin başladığı günden anne memesine geçtiği güne kadar olan süredir ve yapılan çalışmada gün olarak bu süre değerlendirilmiştir. Çalışmada deney ve kontrol gruplarındaki bebeklerin tam anne memesine geçiş süreleri ve ağırlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, tam anne memesine geçiş ağırlığı açısından ise gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 6). Çalışmada deney grubundaki bebeklerde oral stimülasyon girişiminin emme refleksini kuvvetlendirdiği ve böylece daha erken sürede tam anne memesine geçtikleri düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, beslenme sırasında oral stimülasyon uygulanan bebeklerin daha kısa sürede tam anne memesine geçtikleri saptanmıştır (Fucile ve ark. 2002; Efe 2005; Boiron ve ark. 2007; Clark ve ark. 2007; White ve Parnell 2013; Thoyre ve ark. 2013; Holloway 2014; Çelik 2015). Tam aksini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu konuda daha önce yapılmış çeşitli çalışmaların bulgularına benzer şekilde bu çalışmada da oral stimülasyon uygulamasının preterm bebeklerin tam anne memesinde beslenmeye geçiş süresini kısalttığı ortaya çıkmıştır. Çalışmanın bu sonucu; araştırmacının iki numaralı hipotezini desteklemektedir.

Deney ve kontrol grubu arasında taburculuk gestasyon yaşı, süresi ve ağırlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 7). Deney grubundaki bebeklerin taburculuk ağırlıklarının, kontrol grubundaki bebeklerden daha düşük olduğu fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Bu sonuç, çalışmanın üç numaralı hipotezini desteklememektedir. Emzirme destek sistemi ile beslenen deney grubundaki bebeklerin kilo alımının biberon ile beslenen kontrol grubu bebeklerine göre daha az olması emme aktivitesinde daha fazla enerji harcamalarından olduğu düşünülmektedir. Literatürde preterm bebeklerde oral stimülasyon uygulamalarının, beslenme öncesinde bebeğin aktivite durumunu arttıracığı, emme refleksini geliştireceği, oral beslenmeye geçme süresini kısalttığı, günlük vücut ağırlığı artışını etkilediği ve taburculuk süresini kısalttığı bildirmiştir (Efe 2005; Bragelien 2007; Arıkan 2012).

Yıldız ve Arıkan'ın 2011 yılında yaptıkları çalışmada oral stimülasyon uygulanan preterm bebeklerin uygulanmayanlara göre daha kısa sürede oral beslenmeye geçtiği, taburculuk süresinin kısaltıldığını ve taburculuk vücut ağırlığının düşük olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma bulguları, preterm bebeklere uygulanan oral stimülasyonun taburculuk süreci ile ilgili bulgular bakımından yapılmış çalışmalarla farklılık göstermektedir. Bu çalışmada oral stimülasyon ve emzirme destek sisteminin preterm bebeklerin taburculuk süresini kısaltmadığı ortaya çıkmıştır. Bu durumun emme başarısının preterm bebeklerde, bebeğin beslenmesi ve kilo alımı açısından YYBÜ'den taburculuk için gerekli olan kriterlerden sadece birini oluşturmasına bağlı olabilir.

Çalışmada deney ve kontrol gruplarında yer alan bebeklerin LATCH ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Deney grubundaki bebeklerin emme başarısının oral stimülasyon ve emzirme destek sistemi kullanımına bağlı olarak kontrol grubundan daha iyi olduğu düşünülmektedir. Çelik (2015) tarafından yapılan çalışmada emzik verme yönteminin preterm bebeklerin emme başarılarını arttırdığı bulunmuştur. Emme başarısı üzerine yapılan başka bir çalışmada, emzik verilen deney grubundaki bebeklerde emme başarısının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yıldız 2009).

Pinelli ve arkadaşlarının çalışmasında, preterm bebeklere oral beslenme öncesinde oral uyarın verilmesinin emme başarılarını artırdığını bildirmiştir (Pinelli

ve ark. 2009). Uluslararası ve ulusal literatür incelendiğinde, preterm bebeklere besleyici olan ve olmayan oral stimulasyon girişimlerin kullanıldığı birçok araştırmada, deney grubundaki bebeklerin emme başarısının, kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Boiron 2007; Pinelli 2009; Yıldız 2011; Lima 2013; Yıldız 2012; Aytekin 2014). Bu çalışmanın sonucu dört numaralı hipotezini desteklemektedir.

Preterm bebeklerin beslenmesinde anne sütü ve emzirme besinsel, immünolojik, psikolojik ve ekonomik avantajlar sağlaması nedeniyle öncelikli beslenme şeklidir. Bu nedenle ideal olan emzirmenin sağlanması çok önemlidir. (Arslan 2013). Amerikan Pediatri Akademisi anne sütü ile beslenmenin preterm bebekler için de tercih edilen bir beslenme tipi olduğunu belirtmiştir (American Academy of Pediatrics Workgroup 1997). Bu çalışmada deney grubundaki bebeklerin taburculuk sonrası birinci ayda emme oranları (%54,3) kontrol grubundakilere (%8,6) göre yüksektir ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 9). Standart bakımda biberon ile beslemede bebeğin sütü alması kolay olduğu için, biberona alışan bebeklerde emme reddi görülebilmektedir. Besleyici olmayan emme ve oral stimulasyon uygulanan preterm bebeklerde taburculuk sonrası, düzeltilmiş üç ve altıncı aylarda kontrol grubuna göre emzirme başarılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Pimenta ve ark. 2008).

Preterm doğum yapan annenin sütünün yağ, protein, sodyum, lizozim içeriği fazla, laktoz içeriği düşük olduğu için bebeğin daha hızlı büyüme ve gelişmesini sağlar. Bu nedenle preterm bebeklerde emmenin sürdürülmesi önemlidir. Çalışmadan elde edilen bu sonuç beş numaralı hipotezi desteklemektedir.

Bu çalışmada kontrol grubundaki bebeklerin taburculuk sonrası birinci aydaki vücut ağırlıklarının deney grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10). Kontrol grubundaki bebeklerin yarısından fazlasının emmemesi mama ve biberon ile beslenmelerinin ağırlık artışını etkilediği söylenebilir.

Yenidoğan bebeklerin kalp atım hızları normalde 120-160 dakika arasında seyretmektedir. Doğumdan hemen sonra 170-180 dakikalara kadar yükselse bile 24 saat içerisinde düzene girmektedir. Bu değerler yenidoğan bebeklerin uyku,

uyanıklık, beslenme ve stres durumlarına göre farklılık gösterebilmektedir (Dağoğlu 2002; Ünal 2012; Çavuşoğlu 2012; Karabudak 2013; Sarı 2013).

Çalışmada deney ve kontrol grubundaki bebeklerin oral beslenmeye geçiş sonrası KAH, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunda grup ve grup*zaman etkileşim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunda grup etkisinden bağımsız olarak zamana göre anlamlı farklılık belirlenmiştir. Hem deney hem de kontrol grubunda beslenme esnasında KAH ve solunum sayısı ortalamalarının beslenme öncesi ve sonrasına göre daha yüksek, oksijen satürasyonu ortalamalarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Yapılan çalışmalarda, oral beslenmeye geçiş sürecinde preterm bebeklerin, oksijen saturasyonunda, kalp atımında ve solunumda meydana gelen fizyolojik değişimleri korumakta zorlandıkları ve fizyolojik stres belirtileri gösterdikleri bildirilmiştir (Clark ve ark. 2007; Park ve ark. 2014, Turan 2018).

Preterm bebeklerde beslenme düzenli bir şekilde olmadığı için oral beslenmeye geçiş sırasında kalp atım hızında olabilecek yükseklikler normal karşılanmaktadır (Standley 2003). Efe ve Savaşer'in çalışmalarında oral uyarım uygulanan grupta kalp atım hızı ortalama değerlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Efe ve Savaşer 2005). Çalışmada ilk ölçümde kontrol ve deney gruplarında bebeklerin KAH ortalamalarının 139-143/dk arasında ve normal değerler içerisinde olduğu görülmektedir. Preterm bebeklerde beslenme organizasyonu olgunlaşmadığı düşünöldüğünde beslenme öncesine göre beslenme sırasında KAH ortalamalarının yükselmesi beklenen bir durumdur. Yapılmış bir çalışmada farklı olarak oral stimülasyon girişimi uygulanan bebeklerin kalp atım hızlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu belirtilmiştir (Yıldız 2012). Literatürde oral stimülasyon girişimleri uygulanarak yapılan çalışmalarda, deney grubundaki preterm bebeklerin kalp atımlarının kontrol grubuna göre daha düşük/stabil olduğu bildirilmektedir (Pickler 1996; Yıldız 2012).

Preterm bebeklerin oral beslenme esnasında solunum fonksiyonları ve saturasyon düzeylerinde meydana gelen değişikliklere uyum sağlamak için kalp atım hızlarını arttırdıkları ve bu sayede artan solunum çabasına cevap olarak dokulara yeterli oksijen gönderildiği belirtilmektedir (Blackburn 2007; Park 2012). Yıldız ve Arıkan'ın çalışmasında solunum sayısı ortalamalarının deney ile kontrol grubu

arasında benzer olduğu bulunmuştur (Yıldız ve Arıkan 2012). Efe ve Savaşer'in çalışmalarında oral uyarım uygulanan grupta solunum sayısının ortalama değerlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Efe ve Savaşer 2005). Çalışmada kontrol ve deney gruplarındaki bebeklerin solunum sayısı ortalamalarının ilk ölçümünde 51-52/dk arasında ve normal sınırlar içerisinde olduğu belirlenmiştir. Preterm bebeklerde beslenme organizasyonu olgunlaşmadığı düşünüldüğünde beslenme öncesine göre beslenme sırasında solunum sayısı ortalamalarının yükselmesi beklenen bir durumdur. Çalışma bulguları solunum sayısının benzerliği yönünden diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

Çalışmada emzirme öncesine göre ilk ölçümde her iki grupta da özellikle emzirme sırasında oksijen saturasyonu ortalamalarında düşüş olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar, oral beslenen preterm bebeklerde oral stimülasyon uygulamalarının oksijen saturasyonu değerlerinin düzenlenmesinde etkili olduğunu bildirmiştir (Dağoğlu 2002; Pinelli ve ark. 2009; Yıldız ve Arıkan 2012).

Preterm bebeklerde emme-yutma-solunum arasında yeterli koordinasyonu sağlanamamaktadır. Bu nedenle preterm bebeklerde oral beslenmeye geçiş süreci daha zordur. Literatürde 32. gestasyon haftasından küçük pretermelerin, gestasyon haftası daha büyük bebeklere göre beslenmenin desteklenmesi gerekmektedir. Beslenme bu bebeklerin vücut ağırlığını artıracak şekilde düzenlenmelidir (Clark ve ark. 2007; Thoyre ve ark. 2013; Park ve ark. 2014).

Çalışmada deney ve kontrol grubundaki bebeklerin tam anne memesine geçiş öncesi son ölçümlerinde KAH, solunum sayısı ve oksijen saturasyonunda grup ve grup*zaman etkileşim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen saturasyonunda grup etkisinden bağımsız olarak zamana göre anlamlı farklılık belirlenmiştir. Hem deney hem de kontrol grubunda beslenme esnasında KAH ve solunum sayısı ortalamalarının beslenme öncesi ve sonrasına göre daha yüksek, oksijen saturasyonu ortalamalarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 12).

Çelik çalışmasında kontrol grubundaki pretermelerin emzirme öncesine göre KAH ortalamalarının emzirme sırasında yükseldiği ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtmiştir. Pickler ve arkadaşlarının çalışmasında, bebeklerin

beslenme sırasında kalp atımı hızlarının yükseldiğini belirtmişlerdir (Pickler ve ark. 1996). Çalışmada preterm bebeklerin son ölçümde tam anne memesine geçtiği düşünüldüğünde, bebeklerin beslenmesinin arttığı emzirme öncesinde oral stimülasyon yönteminin bebekleri rahatlatıp sakinleştirdiği deney grubundakilerin KAH ortalamalarını normal sınırlar içinde ve kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu açıklamaktadır. Beslenme esnasında deney ve kontrol grupları arasındaki fark anlamlı olmasa da literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmada deney ve kontrol gruplarındaki preterm bebeklerin son ölçümde beslenme öncesi, beslenme esnası ve beslenme sonrası solunum sayısı ortalamalarına göre fark olmadığı saptanmıştır. Ayrıca deney ve kontrol gruplarındaki preterm bebeklerin solunum sayısı ortalamalarının 47-51/dk arasında ve normal değerler içinde değişkenlik göstermektedir. Benzer çalışmalar incelendiğinde, beslenme öncesi, beslenme esnası ve beslenme sonrası solunum sayısı ortalamaları arasında guruplarda benzerlik olduğu bulunmuştur (Yıldız ve Arıkan 2012; Çelik 2015). Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada deney ve kontrol gruplarındaki preterm bebeklerin son ölçümde beslenme öncesi, beslenme esnası ve beslenme sonrası oksijen saturasyonu ortalamalarının %96-98 değerleri arasında olduğu bulunmuştur. Son ölçümde her iki grupta da emzirme öncesine göre özellikle emzirme sırasında oksijen saturasyonu ortalamalarında düşme olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının oksijen saturasyonu değerlerinin benzer olduğu söylenebilir. Çalışmalar, oral beslenen preterm bebeklerde oral sitümüstasyon uygulamalarının oksijen saturasyonu değerlerinin düzenlenmesinde etkili olduğunu bildirmiştir. Oral beslenme sırasında bebeğin fizyolojik durumunu destekleyecek girişimlere gereksinim olduğu belirtilmiştir (Dağoğlu 2002; Pinelli ve ark. 2009; Yıldız ve Arıkan 2012).

Lau ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da oral beslenme sırasında oksijen saturasyonunun düşmesi, bradikardi ve taşikardi gibi fizyolojik stres hali beslenme performanslarını olumsuz etkileyip, yetersiz besin alımı ve beslenmenin süresinin uzamasına sebep olmaktadır (Lau ve ark. 2011). Dawson ve arkadaşlarının çalışmasında preterm doğan bebeklerde akciğer fonksiyonları yeterli gelişmediği için oral beslenme sırasında oksijen saturasyonunun düşmesi, solunum sayısında

değişiklik, bradikardi ve taşikardi gibi fizyolojik stres belirtileri göstermektedir (Dawson ve ark. 2013).

Çalışmamızın sonuçları, oral uyarım olarak kullanılan oral stimulasyon kullanımını ve emzirme destek sistemleri uygulamasının preterm bebeklerin tam anne memesinden beslenmeye geçme ve taburculuk süreci ile ilgili bulgular bakımından daha önce yapılmış çalışmalarla paraleldir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Preterm doğan bebeklerde oral stimulasyon ve emzirme destek sisteminin tam anne memesine geçiş süresi ve emme başarısı üzerine etkisini araştırmak amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen çalışmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

Deney grubunda yer alan 35 bebeğin 19'unun kız, 20'si ilk bebek, yaş ortalaması $32,91 \pm 1,54$ hafta, doğum ağırlığı ortalamasının $1964,14 \pm 60,73$ g, birinci dakikadaki APGAR skorunun $3,14 \pm 1,11$, beşinci dakikada APGAR skorunun $4,8 \pm 1,85$ olduğu ve 20'sinin ilk emzirmede LATCH puanında 6-10 puan olduğu bulunmuştur.

Kontrol grubunda yer alan 35 bebeğin 23'ünün kız, 21'si ilk bebek, yaş ortalaması $33,03 \pm 1,56$ hafta, doğum ağırlığı ortalamasının $2004,14 \pm 515,72$ g, birinci dakikadaki APGAR skorunun $2,66 \pm 0,80$, beşinci dakikada APGAR skorunun $4,11 \pm 1,05$ olduğu ve 26'sinin ilk emzirmede LATCH puanında 6-10 puan olduğu bulunmuştur.

Deney ve kontrol grupları arasında sadece birinci dakika APGAR skorları arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Birinci dakika APGAR skoru hariç olmak üzere diğer tanımlayıcı değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Deney ve kontrol grupları arasında oral beslenmeye geçiş süresi ve geçiş ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Deney ve kontrol grupları arasında tam anne memesine geçiş süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$), tam anne memesine geçiş ağırlığı açısından ise gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Deney ve kontrol grupları arasında taburculuk yaşı, süreleri ve ağırlığı bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grupları arasında taburculuk LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki bebeklerin LACTH puan ortalamalarının kontrol grubundaki bebeklere göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Deney grubundaki bebeklerin %54,3'ünün taburculuk sonrası birinci ayda emmeye devam ettiği, kontrol grubundaki bebeklerin ise %8,6'sının emmeye devam ettiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kontrol grubundaki bebeklerin taburculuk sonrası birinci aydaki vücut ağırlık ortalamalarının deney grubundaki bebeklere göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Deney ve kontrol gruplarında oral beslenmeye geçtikten sonraki ilk ve tam anne memesine geçmeden önceki son vital bulgular, kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunda grup ve grup*zaman etkileşim açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kalp atım hızı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunda grup etkisinden bağımsız olarak zamana göre anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Hem deney hem de kontrol grubunda beslenme esnasında KAH ve solunum sayısı ortalamalarının beslenme öncesi ve sonrasına göre daha yüksek, oksijen satürasyonu ortalamalarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada preterm bebeklerde oral stimülasyon ve emzirme destek sisteminin, oral beslenmeye ve tam anne memesine geçiş süresini kısalttığı, emzirme başarısını ve emzirmenin sürdürülebilirliğini arttırdığı, taburculuk süresini ve beslenme sırasında bebeğin vital bulgularını etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Preterm bebeklerin emme becerilerinin gelişmesini desteklemek amacıyla oral stimülasyon yönteminin kullanılması ve yaygınlaştırılması,
- Preterm bebeklerin oral beslenmeye geçişinde emzirme destek sistemlerinin kullanılması ve yaygınlaştırılması,

- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde oral stimulasyonun rutin olarak kullanılmaya başlanması,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde emzirme destek sistemlerinin rutin olarak kullanılmaya başlanması,
- Preterm bebeklerin oral beslenmeye geçişinde oral stimulasyon ve emzirme destek sistemleri ile ilgili daha fazla çalışma yapılması,
- Preterm bebeklerin tam anne memesine geçişini destekleyecek diğer alternatif beslenme yöntemlerinin kullanıldığı çalışmaların önerilmektedir.



9.KAYNAKLAR

Amaizu N, Shulman R, Schanler R, Lau C. Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *Acta Paediatrica*. 2008; 97: 61–67.

American Academy of Pediatrics Workgroup on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100:1035-59.

Arslan F, Turgut R. Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri Ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2013; 6 (3):119-124.

Arslan F, Yeniterzi E. Prematüre Bebeklerin Anne Sütü Alımı ve Ebeveylelerinin Görüşleri. *Perinatoloji Dergisi*. 2013; 21(2):77-84.

Arvedson J, Clark H, Lazarus C, Schooling T, Frymark T. Evidence-based systematic review: effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants. *AJSLP*. 2010; 19:321-40.

Aytekin A, Albayrak EB, Küçüköğlü S, Caner İ. Erken doğmuş bebeklerde kaşık ve biberonla beslenme yöntemlerinin tam anne memesine geçiş süresi ve emme başarısı üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi*. 2014, 49: 307-313.

Bache M, Pizon E, Jacobs J, Vaillant M, Lecomte A. Effects of pre-feeding oral stimulation on oral feeding in preterm infants: A randomized clinical trial. *Early Human Development* 90. 2014; 125–129.

Batman D. Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerine Uygulanan Web Tabanlı Eğitimin Bebeğin Bakımına Yönelik Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Şeker). Erzurum, 2014

Bingham PM, Abassi S, Sivieri E. A pilot study of milk odor effect on nonnutritive sucking by premature newborns. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2003; 157: 72-75.

Blackburn, ST. *Maternal, Fetal, & Neonatal Physiology: A Clinical Perspective*. 2007, s:158-172.

Boiron M, Nobrega LD, Roux S, Henrot A, Saliba E. Effects of oral stimulation and oral support on non-nutritive sucking and feeding performance in preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49: 439-444.

Bragelien R, Rokke W, Markestad T. Stimulation of sucking and swallowing to promote oral feeding in premature infants. *Acta Paediatrica*. 2007; 96:1430-1432.

Bülbül A, Nuhoglu A. Prematüre beslenmesinde enteral beslenmenin önemi. İçinde: Bülbül A, Uslu HS, Nuhoglu A, eds. *Prematüre Bebeğin Enteral Beslenmesi*. 1. basım, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2013, s:1-4.

Bülbül S, Kılınçkaya M. 0-2 Yaş Grubundaki Bebeklerin Anne Sütü İle Beslenme Durumları Ve Etkileyen Faktörler. *KÜ Tıp Fak Dergisi*. 2013; 15(1): 15-20.

Can G. Preterm doğanlar, intrauterin büyüme geriliği. Neyzi O, Ertuğrul TY, eds. *Pediyatri*. 1.baskı, Nobel Matbaacılık, İstanbul; 2002, s: 326-334.

Can G. Yenidoğanın Değerlendirilmesi. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul TY, eds. *Pediyatri*. 4. Baskı. Nobel Matbaacılık, İstanbul; 2010, 349-360.

Candemir İ. Prematüre bebeklerde beslenme. İçinde: Candemir İ, Prematüre Bebek Bakımı 1. baskı, Destek Yayınları, Ankara; 2017, s:135-148

Clark L, Kennedy G, Pring T, Hird M. Improving bottle feeding in preterm infants: investigating the elevated side-lying position. *Infant*. 2007; 3(4): 154-158.

Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effects of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomized controlled trial. *BMJ* 2004; 329(7459):193-8.

Coughlin ME, RN, MS, NNP. Transformative Nursing in The NICU:Trauma-Informed Age-Appropriate Care. Çeviren: Başbakkal Z, Yardımcı F, Didişen N. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde dönüşümsel hemşirelik travma bilgisi içeren yaşa uygun bakım.1. baskı, Nobel Yayınları, Ankara; 2016, s:21-36.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt II. Genişletilmiş 8. Baskı, Sistem Ofset Basımevi, Ankara; 2008, s: 64–68.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt II. Genişletilmiş 8. Baskı, Sistem Ofset Basımevi, Ankara; 2012, s:57-110.

Çelik V. Preterm Bebeklerde Emzik Verme Yönteminin Tam Anne Memesine Geçiş ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Aytekin). Erzurum, 2015.

Dağoğlu T. Yenidoğanın Gelişimi ve Çevresel Faktörler. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, eds. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Nobel Tıp Matbaacılık, İstanbul; 2002, s:729-738.

Daley HK, Kennedy CM. Meta analysis: effects of interventions on premature infant feeding. The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 2000; 14: 62-77.

Dawson JA, Myers LR, Moorhead A, Jacobs SE, Ong K, Salo F, Murray S, Donath S, Davis PG. MA randomized trial of two techniques for bottle feeding preterm infants. Journal of Pediatrics and Child Health. 2013; 49: 462-466.

Doğan Ş. Preterm Bebeklere Uygulanan Oral Motor Stimulasyonun Beslenme ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. A Çelebioğlu)., Erzurum, 2018.

Efe EÖ, Savaşer S. Prematüre bebeklerde yalancı emzik uygulamasının total oral beslenmeye geçiş süresine etkisi. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi. 2005; 14:57-61.

Eras Z, Atay G, Şakrucu ED, Bingöler EB, Dilmen U. Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Destek. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2013; 47(3): 97-103.

Erdeve Ö. Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. Gülhane Tıp Dergisi. 2009; 51: 199-203.

Erdevel Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde Yatış Deneyiminin Aile Ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008; 51: 104-109

Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior research. 2009; methods, 41(4), 1149-1160. <http://dx.doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>

Floyd AM. Challenging designs of neonatal intensive care units. Critical Care Nurse, 2005, s:159-165.

Fucile, S., Gisel, E.G., Mcfarland, D.H., Lau, C., (2011). Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants. Dev Med Child Neurol, 53(9): 829-835

Fucile, S., Mcfarland, D.H., Gisel, E.G., Lau, C., (2012). Oral and nonoral sensorimotor interventions facilitate suck-swallow respiration functions and their coordination in preterm infants. Early Human Development, 88(6): 345- 50

Fucile S, Gisel E, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. The Journal of Pediatrics. 2002; 141:230-236.

Genna CW, BS, IBCLB. Supporting Sucking Skills in Brestfeeding İnfants. Çeviren: Gerçek E, Didişen N, Karabudak S. Anne sütü alan bebeklerde emme becerilerini destekleme. 2 basım, Nobel yayınları, Ankara; 2017, s:171-195.

Girgin B, Gözen D. Preterm Bebeklerde Oral Beslenmeye Hazır Oluşluğun Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2017; 9(4):329-36.

Girgin B. Preterm Bebekleri İki Farklı Pozisyonda Besleme Yönteminin Bazı Fizyolojik Özelliklere Etkisinin Karşılaştırması: Randomize Kontrollü Çalışma.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, (Danışman: Doç. Dr. D Gözen). İstanbul, 2016

Görak G. Yenidoğanın değerlendirilmesi. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, ed. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri 2. baskı, Nobel Tıp Matbaacılık, İstanbul; 2002, s:119-144.

Greene, Z., O'donnell, C.P.F., Walshe, M., (2016). Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9. Art. DOI: 10.1002/14651858.CD009720.pub2).

Holloway, EM. The dynamic process of assessing infant feeding readiness. Newborn & Infant Nursing Reviews. 2014;14(3): 119-123.

Itabashi K, Horiuchi T, Kusuda S, Kabe K, Itani Y, Nakamura T, Fujimura, Matsuo M. Mortality rates for extremely low birth weight infants born in Japan in 2005. Pediatrics United States. 2009;123:445–450.

Karabudak S, Ergün S. Yenidoğan Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, eds. Pediatri Hemşireliği 1. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara; 2013, s: 289-354.

Kemik EG. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Prematüre Bebeklerde Mortalite ve Morbidite Sonuçları. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, (Danışman: Doç. Dr. C AYDEMİR). Zonguldak, 2018.

Keskin M. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. H Karataş). Şanlıurfa, 2018.

Kirkby S, Greenspan JS, Kornhauser M, Schneiderman R. Clinical outcomes and cost of moderately preterm infant. Advances in Neonatal Care. 2007; 7(2): 8087.

Lau C,Smith EO. A novel approach to assess oral feeding skills of preterm infants. Neonatology. 2011; 100(1): 64-70.

Lima AH, Hermont AP, Friche AAL. Analgesia in newborns: a case-control of the efficacy of nutritive and non-nutritive sucking stimuli. CoDAS. 2013; 25:365-368.

Lopez CP, Silva RG. Alternative feeding methods for premature newborn infants. Revista Paulista de Pediatria. 2012; 30: 278-282.

Mcclure ME. The Epidemiology of Preterm Birth. In: Berghella V (eds). Preterm Birth Prevention and Management, 1nd ed., Blackwell Publication, UK; 2010

Okumuş N. Hayata Prematüre Başlayanlar. Online kitap, Aysun Yayıncılık, Ankara; 2012, s:13-31.

Özdemir R, Karadağ A. Prematüre bebeğin beslenmesinde enteral beslenme gereksinimleri-Enteral beslenmede hedefler önemi. İçinde: Bülbül A, Uslu HS, Nuhoglu A eds. Prematüre Bebeğin Enteral Beslenmesi 1. Basım, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2013, s:19-27.

Özdoğan T, Aldemir E, Kavuncuoğlu S. Orta Derece Ve Geç Prematüre Bebekler Ve Sorunları. İKSST Dergisi. 20114; 6(2):57-64.

Özek E, Baysoy G. Yenidoğanda enteral beslenme. İçinde: Dağoğlu T, Ovalı F, eds. Neonatoloji 2. baskı, Nobel Matbaacılık, Ankara; 2007, s:245-260.

Özlü F, Tunç A, Yapıcıoğlu Yıldızdaş H. Geç Prematüre Doğan Bebeklerin Sorunları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017; 26:521–539.

Öztürk Y, Yiş U, Büyükgebiz B. Erken süt çocukluğu döneminde beslenmenin, büyüme ve dışkılama özellikleri üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 21 (1): 25-33.

Özvarol O. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Preterm Yenidoğanların Demografik Özellikleri.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, (Danışman: Doç. Dr. H Altunhan). Bolu, 2013.

Park J, Thoyre S, Knafl GJ, Hodges EA, William B. Efficacy of semielevated side-lying positioning during bottle-feeding of very preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2014; 28(1): 69-79.

Peker N. Prematüre Bebeklerde Yalancı Emzik Uygulamasının Total Oral Beslenmeye Geçiş Süresine Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Şeker). Aydın, 2015.

Pickler RH, Frankel HB, Walsh KM, Thompson NM. Effects of nonnutritive sucking on behavioral organization and feeding performance in preterm infants. *Nursing Researc*. 1996; 45: 132–135.

Pillitteri A. *Maternal& Child Nursing: Care of the Childbearing& Childrearing Family*. Fifth Edition. Lippincott Williams& Wilkins, 2006, s:372-378.

Pimenta HP, Moreira ME, Rocha AD, Gomes JSC, Pinto LW, Lucena SL. Effects of non-nutritive sucking and oral stimulation on breastfeeding rates for preterm, low birth weight infants: a randomized clinical trial. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(5):423–7.

Pinelli J, Symington AJ. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 1:1-9.

Requejo JH, Merialdi M. The global impact of preterm birth. In: Berghella *Preterm Birth Prevention and Management*. Blackwell Publication, 2010, s:18.

Rudolph's Pediatrics, Rudolph AM, Lister GE First RL in: Gershon AA. *Rudolph. Pediatri-1*. Çeviren: Ovalı F, Yurdakök M. Prematüre ve Zamanında Doğmuş Bebeklerin Sonuçları. İçinde: *Pediatri* 22. baskı, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara; 2013, s: 261.

Sarı HY, ÇiğdemS. Gestasyon Haftalarına Göre Bebeğin Gelişimsel Bakımının Planlanması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2013;6 1: 40-48.

Savaşer S. Yenidoğanın beslenmesi. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, eds. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri 1. Baskı, Nobel Tıp Matbaacılık, İstanbul; 2002, s:211-241.

Standley JM. The effect of music-reinforced nonnutritive sucking on feeding rate of premature infants. Journal of Pediatric Nursing. 2003; 18: 169-173.

Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, et al. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. Pediatrics. United States. 2010; 126:443–456.

T.C. Resmi Gazete. Yoğun Bakımlar Yönetmeliği. 08 Şubat 2017. Sayı: 28000, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Tarı A. Prematüre Bebeklerde Biberonla Beslenmeye Geçiş Sırasında Uygulanan Geleneksel Ve Gelişimsel Bakım Yönteminin Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman:Yar. Doç Dr. Z Çiğdem) İstanbul, 2003

Tarı AK, Çiğdem Z. Preterm Bebeklerde Biberonla Beslenmeye Geçiş Sırasında Uygulanan Geleneksel Ve Gelişimsel Bakım Yöntemlerinin Karşılaştırılması. 4 Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2008; 1(2): 4-12.

Thoyre S, Park J, Pados B, Hubbard C. Developing a co-regulated, cuebased feeding practice: the critical role of assessment and reflection. Journal of Neonatal Nursing, 2013; 19(4): 139-148.

Törüner EK, Altay N. Riskli Yenidoğanlarda Enteral Beslenme Ve Bakım. Journal of Contemporary Medicine. 2013;3(3): 227-233.

Turan T, Erdoğan Ç; Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Prematüre Bebeğin Gelişiminin Desteklenmesi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2018;4(2):127-132.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Ulusal Toplantı TNSA 2013 Sonuçları.

Unutkan A. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Mersin Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi 2012, Mersin (Danışman: Yard. Doç. D Vefikuluçay Yılmaz).

Uslu S. Enteral Beslenme Modelleri. İçinde: Bülbül A, Uslu HS, Nuhoğlu A eds. Prematüre bebeğin enteral beslenmesi 1. basım, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2013, s:53-63.

Ünal Ö., A. Günlemez; Erken Doğan Bebeklerin İzleminde Ortaya Çıkan Yeme-Beslenme Sorunları; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012; 55: 37-41

White A, Parnell K. The transition from tube to full oral feeding (breast or bottle): a cue-based developmental approach. Journal of Neonatal Nursing. 2013; 19(1): 189-197.

WHO Preterm Birth. Fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> Erişim Tarihi:05 Kasım 2018

Yenal K, Okumus H. LATCH emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. Hemşirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi. 2003; 5(1): 38-44.

Yıldız A, Arıkan D, Gözüm S, Taştekin A, Budancamanak İ. The effect of the odor of breast milk on the time needed for transition from gavage to total oral feeding in preterm infants. Journal of Nursing Scholarship. 2011; 43: 265-273.

Yıldız A, Arıkan D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. Journal of Clinical Nursing. 2012; 21: 644-656.

Yıldız A. Prematüre Bebeklerde Emzik Verme Ve Ninni Dinletme Yönteminin Total Oral Beslenme Ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi. Atatürk üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. D ARIKAN), Erzurum, 2009.

Yıldız S. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin organizasyonu. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, eds. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri 2. baskı, Nobel Tıp Matbaacılık İstanbul; 2008, s:17-29.

Yılmaz EA. Yüksek Riskli Yenidoğan. İçinde: Genç RE, Özkan H eds. Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları 1. baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Elazığ; 2016, s:183-201.

Yılmaz G, Caylan N, Karacan CD, Bodur İ, Gökçay G. Effect of Cup Feeding and Bottle Feeding on Breastfeeding in Late Preterm Infants: A Randomized Controlled Study. 2014; 30(2):174-179.



10. EKLER

EK-1 Preterm Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu:

PRETERM BEBEĞİ TANITICI BİLGİ FORMU

Bu araştırma preterm bebeklerde oral stimulasyon ve emzirme destek sisteminin tam anne memesine geçiş süresi ve emme başarısı üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma dışında kullanılmayacaktır ve gizli kalacaktır. Soruları içtenlikle cevaplamamız araştırmanın sonucu açısından önemlidir. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Dosya Numarası:

Hasta Adı-Soyadı:

1-) Çalışma Grubu; a) Deney Grubu b) Kontrol Grubu

2-) Cinsiyet; a) Kız b) Erkek

3-) Gestasyon Yaşı; (.....) a) 30-32 b) 32-34

4-) Doğum Ağırlığı:

Boy :

Baş Çevresi :

Apgar Skoru : 1. Dakika..... 5. Dakika

5-) Doğum Şekli:

a) Vajinal Normal Doğum b) Müdahaleli Normal Doğum
c) Sezaryen

6-) Gebelik Sayısı:

7-) Preterm doğum sebebi:

8-) Antenatal bakım alma durumu: a) Evet b) Hayır

EK-2 Bebek İzlem Formu

PRETERM BEBEK İZLEM FORMU

Dosya Numarası:

Hasta Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi-Ağırlığı:

Gestasyon Haftası:

	VÜCUT AĞIRLIĞI	EMME DURUMU	TARİH	SAAT
ORAL STİMÜLASYON BAŞLANGIÇ				
ORAL BESLENMEYE GEÇİŞ				
TABURCULUK				



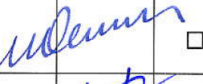
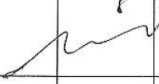


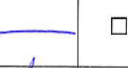


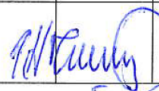

VİTAL BULGULAR		BESLENME ÖNCESİ			BESLENME SIRASINDA			BESLENME SONRASINDA			
TARİH		KA H	Solunum	O.Sa t	KA H	Solunum	O.Sa t	KA H	Solunum	O.Sa t	KİL O
	1.Beslenme										
	2.Beslenme										
	3.Beslenme										
	1.Beslenme										
	2.Beslenme										
	3.Beslenme										
	1.Beslenme										
	2.Beslenme										
	3.Beslenme										
	1.Beslenme										
	2.Beslenme										
	3.Beslenme										
	1.Beslenme										
	2.Beslenme										
	3.Beslenme										

EK-3 LATCH Emzirme Tanılama Formu**LATCH EMZİRME TANILAMA ÖLÇÜM ARACI**

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	PUANLAR		
	0	1	2
L Memeyi tutma	Uyur ya da isteksizdir; memeyi tutmaya başaramaz	Tekrar dener, sadece meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür	Areolayı da ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışa doğru dönüktür.
A Bebeğin yutma hareketinin görülmesi	YOK	Birkaç emme hareketi	Yutma sırasında kısa süreli güçlü aspirasyonlar görülür.
T Meme ucunun tipi	ÇÖKÜK	DÜZ	Uyarıyla dışarı çıkmış
C Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahathğı	Hiperemi, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
H Bebeği tutuş pozisyonu	Tamamıyla yardımla	Minimal Yardım	Yardımsız

Ek-4 Etik Kurul İzni:

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

KARAR TARİH / NO	02 / 05 / 2018 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Preterm Bebeklerde Oral Stimulasyon ve Emzirme Destek Sisteminin Tam Anne Memesine Geçiş Süresi ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fak.						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, Fikriye ÇELİK						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>			AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	27 / 03 / 2018 / Tarih ve 16269 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma İle İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı		Araştırma İle İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;"> Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>							

EK-5 Kurum İzni:

	ÖZEL KARATAŞ HASTANESİ İZİN FORMU	
---	--	---

Araştırma da kullanılan bilgi ve hasta verilerinin mahremiyet kurallarına uyum çerçevesinde;

“Preterm Bebelerde Oral Stimulasyon ve Emzirme Destek Sisteminin Tam Anne Memesine Geçiş Süresi ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” adlı araştırmanın Özel Karataş Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmasına izin verilmiştir.

ARAŞTIRMA SAHİBİ: FİKRİYE ERKUŞOĞLU



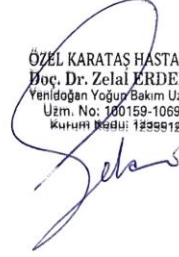
BAŞHEMŞİRE

AYLİN ATLI



ÜNİTE SORUMLUSU

ÖZEL KARATAŞ HASTANESİ
Doç. Dr. ZELAL ERDEMİR
Yenidoğan Yoğun Bakım Uzmanı
Uzm. No: 120159-106975
Kurum No: 12352127



HASTANE MÜDÜRÜ

ÖZEL KARATAŞ HASTANESİ
Mesul Müdür
Doç. Dr. ZELAL ERDEMİR
Uzm. No: 120159-106975
Kurum No: 12352127



EK-6 Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Erken Doğan bebeklerde ağız uyarımı ve emzirme destek sisteminin anne memesine geçiş süresi emme başarısına etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Erken Doğan bebeklerde ağız uyarımı ve emzirme destek sisteminin anne memesine geçiş süresi emme başarısına etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma doğrultusunda özellikle yenidoğan yoğun bakım alanında çalışan hemşire ve ebelerin, konu hakkındaki farkındalığı arttırılacaktır. Preterm bebek annelerine emzirmeyi arttırma ve emzirmenin devamlılığına uygun danışmanlık ve bakım hizmetlerini sunmaları sağlanacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmada size sadece bazı sorular sorularak bilgileriniz alınacaktır. Bebeğin cinsiyeti, doğum haftası, doğum ağırlığı, boyu, baş çavresi, doğum şekli, doğum sayısı gibi sorulardan oluşmaktadır. Bebeğiniz beslenme sırasında izlenecektir. Bebeğe ağız uyarımı verilmeye başlama zamanından itibaren; bebeğin beslenmeye başladığındaki doğum haftasını, kilosunu, beslenme öncesi sırası ve sonrasındaki yaşam bulgularına (kalp atım hızı, solunum, kan oksijen oranı) yönelik bilgileri içerir. Ayrıca bebeğin tam anne memesine geçme süresi, kilosu, taburculuk zamanı ve kilosuna ilişkin bilgiler kayıt edilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmanız preterm bebekleri emzirmeyi arttırma ve teşvik etme açısından sizlere hizmet verme konusunda yol gösterici olacaktır ve elde edilen bilgilerle ileride sizlere daha iyi hizmet sunulmasına katkıda bulunacaksınız.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmanızın bize ayıracağınız zaman dışında olası bir zararı bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız. Bununla birlikte kimlik bilgileriniz çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Doldurduğunuz anketlere verdiğiniz cevaplar ve araştırma süresince görsel/işitsel cihaz kullanılarak edinilen her türlü bilgi yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Yrd. Doç Dr. Selma ŞEN
2. Fikriye ERKUŞOĞLU

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-7 Ölçek İzni:

24.01.2019

Posta - Fikriye Erkuşoğlu - Outlook

Outlook

Ara

S

⚙️

📧

?

FE

Yeni ileti

Yanıtla

Sil

Arşivle

Gereksiz

Süpür

Taşı

Kategorilere Ayır

...

↑

Sık Kullanılanlar

Klasörler

Gelen Kutusu 3247

Gereksiz E-posta 90

Taslaklar 37

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler

Arşiv

Conversation Hist...

sel

Yeni klasör

Re: LACTH ölçeği

KY

Kerziban Yenal <kezban.yenal@gmail.com>

Per 24.01.2019, 13:01

Siz

↩️ ⏪ ⏩ ...

Sayın Fikriye Erkusoglu
LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm aracını kullanımınızda sakınca yoktur.
İyi çalışmalar dilerim.

Doç.Dr. Kerziban Yenal
Lefke Avrupa Üniversitesi
KKTC

23 Oca 2019 Çar 19:04 tarihinde Fikriye Erkuşoğlu <fikriye.erkusoglu@hotmail.com> şunu yazdı:

Merhaba Hocam,

Bugün size daha önce de mail atmıştım, açıklamalı olmadı o yüzden tekrar özür diliyorum.

1. Tez danışmanım Selma Şen2. Tez Danışmanım Gonca Karayağız Muslu, " Pretem bebeklerde oral stimülasyon ve emzirme destek sisteminin tam anne memesine geçiş ve emme başarısı üzerine etkisi:randemize kontrollü çalışma" tez konum için ölçeğinizi kullanmak için gerekli izinleri verirseniz tezimde kullanmak istiyoruz. Teşekkür ederim

EK- 8 Tez Orijinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu
Ebelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı : Preterm Bebeklerde Oral Stimulasyon ve Emzirme Destek Sisteminin Tam Anne Memesine Geçiş Süresi ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Tezime ilişkin 02/01/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 22'dir.

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

Adı Soyadı : Fikriye ÇELİK
Öğrenci No : 121314007
Anabilim Dalı : Ebelik
Programı : Ebelik

Tarih ve İmza
02.01.2019



DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Dr. Öğretim Üyesi

Selma ŞENEL

Ebelik Bölümü

Açıklamalar

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

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

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

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

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

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

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

7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.

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

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

EK- 9 Tez Kabul Yönetim Kurulu Kararı



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

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
23.02.2018	8	43

Karar 3- Ebelik Anabilim Dalı 121314007 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Fikriye ÇELİK'in tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile **“Preterm Bebeklerde Oral Stimulasyon ve Emzirme Destek Sisteminin Tam Anne Memesine Geçiş Süresi ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma”** olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

e-imzalıdır Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü.		
e-imzalıdır Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı		e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
İzinli Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye		e-imzalıdır Doç. Dr. Murat TAŞ Üye
e-imzalıdır Aynur PALAMUTCUOĞLU Enstitü Sekreteri Raportör		

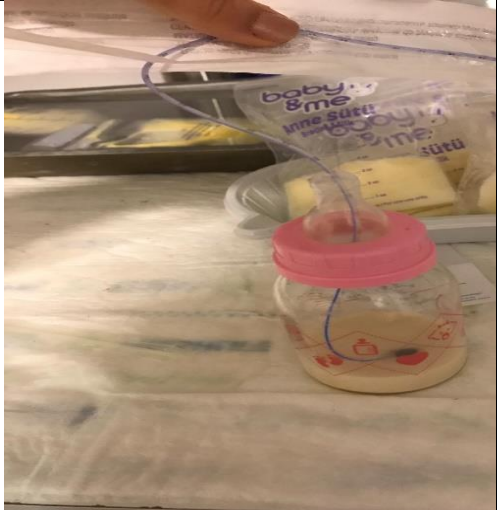
Aslı Gibidir
24/01/2019


Aynur PALAMUTCUOĞLU
Enstitü Sekreteri



EK- 10 Araştırma Fotoğrafları





11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Fikriye	Soyadı	ÇELİK
Doğum Yeri	BOĞAZKALE	Doğum Tarihi	04.01.1990
Uyruğu	T.C.	Tel	0 534 280 50 06
E-mail	fikriye.erkusoglu@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Kocaeli Üniversitesi	2012
Lise	Orhangazi Çok Programlı Lisesi	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Ebe (DOĞUMHANE)	ACIBADEM SAĞLIK GRUBU (İSTANBUL)	2012-9 AY
EBE (YENİDOĞAN)	GRANDMEDİKAL HASTANESİ (MANİSA)	2013-3 AY
EBE (YENİDOĞAN)	KENT HASTANESİ (İZMİR)	2013-10 AY
EBE	URLA 3 NOLU ASM (İZMİR)	2014-6 AY
EBE (YENİDOĞAN)	KARATAŞ HASTANESİ (İZMİR)	2014- 4 YIL
EBE	SAĞLIK BAKANLIĞI-TSM (ARTVİN)	2018- HALEN

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office (Word, Excel...)	İyi