

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**PREMATÜRE BEBEKLERE UYGULANAN
KANGURU BAKIMI İLE ANNE BEBEK
BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Ruken YAVUZASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

ŞANLIURFA

2019

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**PREMATÜRE BEBEKLERE UYGULANAN
KANGURU BAKIMI İLE ANNE BEBEK
BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Ruken YAVUZASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

Herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA

2019

T. C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Ruken Yavuzaslan'nın hazırladığı "Prematüre Bebeklere Uygulanan Kanguru Bakımı İle Anne Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışması 05/07/2019 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.


BAŞKAN

Dr.Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM

Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



ÜYE

Doç.Dr. Hülya KARATAŞ

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



ÜYE

Doç.Dr. Fatma KORUK

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 05/07/2019 tarih ve 2019/12/01 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fuat DİLMEÇ
Enstitü Müdürü



TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitiminim ve tez çalışmalarım süresince bilgi ve desteğini gördüğüm başta danışman hocam Doç. Dr. Hülya KARATAŞ'a, Doç. Dr. Fatma KORUK'a Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM'e maddi manevi desteğini benden esirgemeyen annem Bessı YAVUZASLAN'A kardeşlerim Ali İhsan YAVUZASLANA'a İbrahim YAVUZASLAN'a, Şükran YAVUZASLAN'a aileme ve Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ruken YAVUZASLAN

2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ii
KISALTMALAR.....	ii
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Prematüre Bebek	3
2.1.1. Prematüre Doğumlar	4
2.1.2. Prematüre Bebeğin Özellikleri	5
2.2. Kanguru Bakımı	6
2.2.1. Kanguru Bakımının Tarihçesi	7
2.2.2. Kanguru Bakımının Yararları	8
2.2.3. Kanguru Bakımının Çeşitleri	11
2.2.4. Kanguru Bakımının Uygulanması.....	12
2.2.5. Kanguru Bakımı Sırasında Bebeğin İzlemi.....	13
2.2.6. Kanguru Bakımında Taburculuk ve Evde Bakım	13
2.3. Bağlanma Kuramı	13
2.3.1. Anne-Bebek Bağlanması.....	14
2.3.2. Anne –Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler	16
2.3.3. Anne-Bebek Bağlanmasında Hemşirenin Rolü	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20

3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	20
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	21
3.6. Veri Toplama Araçları.....	22
3.6.1. Ebeveyn ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu.....	22
3.6.2. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ).....	22
3.7. Ön Uygulama	23
3.8. Araştırmanın Uygulanması	23
3.8.1. Araştırma Planı	25
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.11. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.11.1. Bağımlı Değişkenler	26
3.11.2. Bağımsız Değişkenler	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
7. KAYNAKLAR	39
8. EKLER	50
EK 1. Ebeveyn ve Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu	50
EK.2. Maternal Bağlanma Ölçeği	51
EK 3. MBÖ İzin Formu	53
EK 4. Etik Kurul Kararı	54

EK 5. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi.....	55
EK 6. Turnitin Raporu.....	56
EK 7. Tez Veri Giriş Formu.....	57



TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1. Kanguru Bakımı Çeşitleri.....	11
Tablo 4.1. Ebeveynlere İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı	27
Tablo 4.2. Annelere İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı	28
Tablo 4.3. Bebeğe İlişkin Bazı Bulguların Dağılımı	29
Tablo 4.4. Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 4.5. Anne ve Bebeğe İlişkin Özellikler ile MBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması....	30

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2 1. Kanguru Bakımı Pozisyonu.....	6
--	---



KISALTMALAR

ADDA: Aşırı Derecede Düşük Doğum Ağırlıklı

CPAP: Continues Positive Airway Pressure (Devamlı Pozitif Havayolu Basıncı)

ÇDDA: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı

DDA: Düşük Doğum Ağırlıklı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KB: Kanguru Bakımı

MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği

MWU: Mann Whitney-U testi

NEK: Nekrotizan Enterokolit

NRP: Neonatal Resusitasyon Programı

PDA: Patent Duktus Arteriozus

RDS: Respiratuar Distres Sendromu

SGA: Small for Gestational Age (Gebelik Yaşına Göre Küçük)

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

PREMATÜRE BEBEKLERE UYGULANAN KANGURU BAKIMI İLE ANNE BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ruken YAVUZASLAN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Bu araştırma Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Kanguru Bakımı uygulanan prematüre bebeklerde anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini; 28-36 gestasyon haftasında olan, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, cerrahi müdahale yapılmamış, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde en az 24 saat yatmış olan 50 preterm bebek oluşturmuştur. Veriler, “Ebeveyn ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Maternal Bağlanma Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Bebeklere 30 gün süre ile günde 5 kez 45 dakikalık seanslar halinde kanguru bakımı yapılmış, kanguru bakımı uygulanmadan önce ve kanguru bakımının 30. gününde Maternal Bağlanma Ölçeği uygulanarak veriler elde edilmiştir. Veriler SPSS programında bağımlı gruplarda t testi, ANOVA test MannWhitney-U kullanılarak değerlendirilmiştir.

Kanguru bakımı uygulanan annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-6,158;p<0,001$).

Maternal bağlanmayı başlatmak ve sürdürmek için Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeği yatan annelerde kanguru bakımının desteklenmesi ve çalışan hemşirelerin Kanguru Bakımı ile ilgili bilgi ve donanıma sahip olmaları, kurumların Kanguru Bakımını desteklemesi için uygun koşulları sağlamaları ile ilgili desteği sağlamaları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre bebek, kanguru bakımı, maternal bağlanma, hemşirelik

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN KANGAROO CARE APPLIED TO PREMATURE BABIES AND MOTHER BABY CONNECTION

Ruken YAVUZASLAN

Department of Nursing, Master Thesis

This study was conducted to investigate the relationship between mother-infant attachment in premature infants undergoing Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit. The sample of the research; It consisted of 50 preterm infants who were at 28-36 weeks of gestation, had no chronic disease, had no surgical intervention and had been hospitalized in the neonatal intensive care unit for at least 24 hours. Data were obtained by using the Parent and Infant Identification Information Form ”and“ Maternal Attachment Scale.” Babies were treated with kangaroo in 45-minute sessions 5 times a day for 30 days. Data were obtained by applying the Maternal Attachment Scale before kangaroo care and on the 30th day of kangaroo care. Data were evaluated by using t test and ANOVA test Mann Whitney-U in dependent groups in SPSS program.

A statistically significant difference was found between the pre-test and post-test scores of the Maternal Attachment Scale of mothers receiving kangaroo care. ($Z=-6,158;p<0,001$).

Supporting kangaroo care in mothers with infants in the Neonatal Intensive Care Unit to initiate and maintain maternal attachment and this is suggested that working nurses should have the knowledge and equipment related to Kangaroo Care and provide support for institutions to provide appropriate conditions to support Kangaroo Care.

Keywords: Premature baby, kangaroo care, maternal attachment, nurse

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Prematüre bebek gestasyon haftasını tamamlamadan 37. hafta öncesinde doğan bebektir. İntrauterin ortamdan birçok uyaranların olduğu dış ortamla karşılaşan prematüre bebek yaşadıkları sağlık sorunları nedeniyle (entübasyon, solunum desteği, göbek kateteri, intravenöz girişimler, nazogastrik orogastrik kateter girişimi, göz muayeneleri, gastrostomi ve periton diyalizi gibi vs.) birçok ağırlı işlemlere maruz kalmaktadır. Prematüre bebek bu süreçte temel ihtiyacı olan emme, kucaklanma, temas gibi bakımlardan yoksun kalmaktadır (1,2,3).

Prematüre bebeğin karşılaştığı sağlık sorunları nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kalması anne-bebek ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Ailenin beklemediği bir zamanda dünyaya gelen prematüre bebek, aile fertlerinin tutumlarını oldukça etkilemektedir. Gebelik sürecini tamamlamadan doğum yapmış anne her an bebeğini kaybetme korkusu yaşayabilir. Bebeğini erken doğurduğu için suçluluk duygusuna kapılan anne kendini yetersiz görüp özgüven eksikliği duygusuna kapılır ve bebeğine yeterli ilgiyi gösterememektedir. Bu durum anne-bebek bağlanması olumsuz etkilemekte hatta bağlanmanın gerçekleşmemesine neden olabilmektedir. Anne bebeğine zarar vereceğini düşünerek ona dokunmayabilir veya bu süreci geciktirip bebeğin bakımına katılma sürecini zorlaştırabilir (2,4-6).

Yenidoğanın hayatını fiziksel ve duygusal olarak sağlıklı sürdürebilmesi ve anne-babalık kimliğinin kazanılması için ebeveyn –bebek arasındaki bakım ve bağlılık önemlidir. Gebelikle başlayan anne-bebek bağlılığı doğum ve sonrası dönemle ilerler, mümkün olduğunca bu bağlılık en erken dönemde başlatılıp desteklenmelidir (7,8).

Prematüre bebeklerin bakım ve tedavi için alındığı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) çalışan ebe ve hemşirelerin anne-bebek etkileşiminde katkıları çoktur. Hemşire ve ebeler annenin bebeğiyle ilgili ihtiyaçlarını belirleyip, bu ihtiyaçlarını yerine getirmede anneye yardımcı olarak annenin özgüvenini sağlamalıdır. Annenin bebek bakımına aktif katılımı sağlanarak bebeğin kucaklanması, anne-bebek göz temasının sağlanması anne-bebeğin aynı odada kalması ve Kanguru Bakımının uygulanması sağlamalıdır (1,8,9).

Kanguru Bakımı (KB) ebeveynin çıplak göğsüne yalnız bezi bulunan bebeğin yüzünü ebeveyne dönük, dik pozisyonda olacak şekilde yerleştirilmesi ile ebeveyn-bebek arasında tene tene temasın sağlanarak ebeveyn-bebek etkileşiminin sağlanmasıdır (1). Ebeveyni tarafından kucaklanan bebek ebeveynin vücut sıcaklığıyla ısınır, kalp sesleriyle rahatlar, sakinleşir ve uykuya dalar. KB esnasında annenin gıysisi tarafından sarmalanan bebek vücut sıcaklığını

korurken bu durum anne için de eksik kalan gebelik duygusunun tamamlama hissi yaratır. KB annede annelik rolünün tamamlanmasını sağlar iken öte yandan bebek için yaşam bulgularının stabilleşmesini solunum sisteminin rahatlamasını apne periyotlarının azalması, sinir sisteminin düzenlenmesini sağlayarak bebeği erken taburculuğa hazır hale getirir. Anne-bebeğin ten-tene teması anne sütünü artırarak bebeğin kilo alımını hızlandırıp emzirme problemini azaltan, hastane enfeksiyonlarını önleyen bir uygulamadır (1,10-12).

Erken neonatal dönemde görülen yüksek mortalitenin görüldüğü zorlukların önlenmesinde KB uygulamaları amaçlanmıştır. Teknoloji kaynakların yetersiz olması, küvöz eksikliği, enfeksiyonun yaygın olması neonatal mortalitenin yüksek olması gibi sebepler KB yöntemine başvurmayı sağlamıştır. Uygulanabilirliği kolay ve ekonomik olan bu yöntem fizyolojik iyileşmeyi sağlayarak mortalite oranını düşürdüğü yapılan çalışmalarda görülmüş ve böylece 1984 yılında Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından da desteklenmeye başlanmıştır (1,10,13).

Kanguru Bakımı özellikle prematüre ve düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebeklerde sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve korunmasını sağlamaktadır. Türkiye’de KB üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde; Çindemir (2003) erken ve geç dönemde başlanan kanguru bakımının prematüre bebeklere ve annelerine etkisini, Dönmez (2005) yenidoğan ünitelerinde yatan bebeklerde ve annelerinde oluşan stres etkilerinin azaltılmasında kanguru bakım modelinin etkisini, Derebent (2007) KB’nin prematüre bebeklere yapılan invaziv girişimler sırasında ağrıyı azaltmada etkisini, Yıldırım (2009) KB’nin düşük doğum tartılı preterm yenidoğanların beslenme ve gelişimine etkisini, Sarıcan (2014) KB’nin prematüre bebeklerde annenin emzirme durumuna ve bebeğin büyüme-gelişmesi üzerine etkisini incelemişlerdir. Yapılan bu çalışmalar KB’nin bebeğin gelişimi ve anne-bebek ilişkisi üzerindeki etkilerini ortaya çıkararak YYBÜ’nde çalışanların KB uygulamaya yönelik farkındalıklarını ortaya çıkarabilir (14-17).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; prematüre bebeklere uygulanan Kanguru Bakımının maternal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Prematüre Bebek

Gebelik süresi annenin son adet tarihinden itibaren geçen 40 hafta olmakla beraber 38-42 hafta arasında da değişebilmektedir. Bu süre içerisinde dünyaya gelen bebekler ‘‘term’’ ya da ‘‘miadında bebek’’ olarak adlandırılmaktadır (2). Bu süreçten farklı olarak, 37 hafta altı günden önce doğan bebekler ise prematüre olarak dünyaya gelmektedir (2,18,19).

Dünyada prematüre doğum oranı %5-18 arasında değişmekte iken ülkemizde bu oran daha %12’dir (20). Gelişmekte olan ülkelerde prematüre doğumlar neonatal mortalite ve morbiditenin en başta gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2013 yılı verilerine göre dünyada beş yaş altı ölüm oranı %19,2 ve neonatal ölüm oranı bin canlı doğumda 20’dir. Bu ölümlerin %45’i yenidoğan döneminde gerçekleşmektedir (20).

Çil’e göre neonatolojideki hızlı gelişmelere rağmen prematüre bebekler ölüm ve hastalıklar açısından term bebeklere göre çok daha risklidir. Tüm perinatal mortalite ve morbiditelerin %85’i prematüre yenidoğanlarda gelişir (21). Aydın (2006)’ın bildirdiğine göre prematüre doğumlar neonatal mortalitenin %70’ini, neonatal morbiditenin ise %75’ini oluşturmaktadır (22).

Prematüre bebeklerin sınıflandırılmasında gestasyon yaşlarına ve doğum ağırlıklarına başvurulmaktadır. Bu sınıflandırma yenidoğan mortalite riskinin ve olası hastalık riskinin belirlenmesi açısından önemlidir (23). Gestasyon yaşına göre ileri derecede prematüre, orta derecede prematüre ve geç prematüre olarak üç gruba ayrılır. Doğum ağırlığına göre; düşük doğum ağırlıklı bebek, çok düşük doğum ağırlıklı bebek ve aşırı derecede düşük doğum ağırlıklı bebek olarak sınıflandırılır (2,24).

İleri derecede prematüre: 22-29 haftalık olarak doğan bebeklerdir (2).

Orta derecede prematüre: Gestasyon yaşları 30-34 hafta olarak doğan bebeklerdir (2).

Sınır prematüre: Gestasyon yaşları 35-37 hafta olarak doğan bebeklerdir (2).

Düşük doğum ağırlıklı bebek (DDA):Gestasyon yaşına bakılmaksızın 2500 gr’ın altında doğan bebeklerdir (2).

Çok düşük doğum ağırlıklı bebek (ÇDDA): Gestasyon hafyasına bakılmaksızın 1500 gr’ın altında doğan olan bebeklerdir (2).

Aşırı derecede düşük doğum ağırlıklı bebek (ADDA): Doğum ağırlığı 1000 gr'ın altında olan bebeklerdir (2,24).

Prematüre yenidoğanın immatürlük derecesi, nörogelişimsel komplikasyonlar, hasar ve ölüm riski ile doğru orantılıdır. Doğum ağırlıkları aynı olmasına rağmen gestasyon yaşı küçük olan yenidoğanlar daha fazla sorun yaşamaktadır (13). DDA bebeklerin %70 i gibi büyük bir kısmını prematürelere oluşturmaktadır. Prematüre bebek ölümleri bebek mortalitesinin % 80-90'nını oluşturmaktadır.

Türkiye Neonatoloji Derneği verilerine göre, ÇDDA bebeklerde mortalite %25,7, gestasyon yaşı 32 hafta ve altındaki prematüre bebeklerde ise %21,8 olarak bildirilmiştir (25). Temel ölüm nedenleri prematürite %45 oranında ilk sırada iken Respiratuar Distres Sendromu (RDS) % 42,8 oranında ikinci sırada yer almaktadır. Ara ölüm nedenlerinde ise RDS (%17,3) ilk sırada prematürite ise %12 ikinci sırada yer almaktadır. Son ölüm nedenlerinde RDS %24,8 prematüre doğum ise %27,2 oranla yerini almaktadır (26). Prematürelilik hem bebek hem de neonatal ölümlerin temel nedenlerindedir. Ülkemizde bu sonuçlar bebek ve neonatal ölüm hızını düşürmek için prematüre doğum sayısını azaltmak ve prematüre bebeklerin sağlıklı kalabilmesi için gerekli bakım ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir (25,26).

2.1.1. Prematüre Doğumlar

Prematüre doğumlar, annenin kötü beslenmesi, sigara içmesi, kronik hastalıkların bulunması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tetratojenler ve hamileliğe bağlı olarak çoğul gebelik, hipertansiyon, travma, erken membran rüptürü, plesanta previa, fetal nedenler olarak kromozom ve anatomi anomalileri, intrauterin enfeksiyonlar, ailenin sosyo-ekonomik durumunun kötü olması gibi sebeplerle beraber tam olarak etken faktör bilinmemektedir (27,28).

Amerika'da prenatal beslenme ve bakım desteği sağlanmasına rağmen prematüre doğum sayısı 1980'de %9,5, 1998'de %11, 2008'de %12-13 oranına ulaşarak gittikçe artmaktadır (29). Avrupada bu oran % 5-9 arasında değişirken Türkiye'de Korkmaz ve ark (2010) yaptıkları çalışmaya göre % 19-25 oranına ulaşabilmektedir (26).

2.1.2. Prematüre Bebeğin Özellikleri

Matür bebeklerden çok farklı olan prematüre bebek fiziksel olarak küçük, derisi buruşuk ve pembe, arka ve ön fontaneli küçük, damarlar yüzeyde görünür, başları vücutlarına oranla büyük, tırnaklar yumuşak ve kısadır. Gestasyon yaşı 25.haftadan küçük olan prematürelere verniks kazeoza bulunmaz. Sırt omuz boyun ve yüzlerinde lanugo tüyleri bulunmaktadır. Erkek bebeklerde testisler skrotuma inmemiş olabilir, labia majörler minörleri örtmeyip klitoris belirgindir. Refleks bakımından zayıf olan prematürelere emme ve ağlama zayıftır (24,27). Prematürelere gestasyon haftasına bağlı olarak fiziksel ve fizyolojik sorunlar belirginleşir. Gestasyon hafatsı ne kadar küçük olursa sağlık sorunları o kadar artar. En fazla görülen sağlık sorunları hipokalsemi hipoglisemi hiperbilirubinemi intraventriküler hemoraji soğuk stres Respiratuar Distres Sendromu (RDS) Nekrotizan Enterekolit (NEK) Patent Duktus Arteriozus (PDA) ve apnedir (27).

Fiziksel olarak preterm bebekte baş büyüktür. Başın gövdeye oranının normal yenidoğana kıyasla büyük olması prematüre megasefalisi olarak adlandırılmaktadır. Burun kökü basık kulak kıkırdağı yumuşak ve kıvrım sayısı az fontanel geniş deri ince ve kırmızımsı renktedir. Vücut yüzeyi ağırlığa göre geniş bu nedenle ısı kayıpları daha fazladır. Meme başında sertlik ve pigmentasyon yoktur. Göğüs duvarı yumuşak ve karnı gergindir. Peristaltizm ince olan karın ön duvarından görülebilmektedir. Ayak tabanında enine çizgiler ve bunlar arasındaki çukurluklar gelişmemiştir (1,24,29-31).

Fizyolojik olarak matür bebeğe göre oldukça farklılık gösteren prematürelere moro, emme ve yutma refleksleri çok zayıftır veya hiç yoktur. Gebeliğin 34-36 haftasından önce emme yutma ve nefes alma koordine olazrak gelişmediğinden enteral beslenme 34. Haftaya kadar gavajla yapılır. Mide kapasitesi, çok küçük olması sebebiyle kilo alımı düşük seyredir. Fizyolojik İntrauterin immünoglobulinlerinin geçişinin az olması nedeniyle matür bebeklere oranla enfeksiyonlara daha yatkındırlar. Gestasyon haftası 32 den küçük olan bebeklerde böbrekteki glomerülotubuler yetersizlik/dengesizlik olması sebebiyle sıvı-elektrolit bozuklukları görülür. Depolarının yetersizliği nedeniyle hipokalsemi hipoglisemi ve fizyolojik anemi görülür. Germinal matrikste intraventriküler kanama serebral damar immatürlüğünden gelişir. Pulmoner immatürüte surfaktan eksikliği solunum sıkıntılarının oldukça fazla görülmesine sebep olur. Ayrıca apne ve bradikardi de sık yaşanan sorunlardır. Hiperbilirubinemi ve kernikterusa eğilim daha fazladır. Normal yenidoğana oranla bilirubin düzeyleri çok daha düşük değerlerde kernikterusa neden olabilmektedir (1,24,29-31).

Normal doğum haftalarından erken bir zamanda dünyaya gelen prematüre bebekler hamilleliğin son aylarından anneden geçen, immün sistem için gerekli faktörlerden mahrum kalmaları, onları enfeksiyona yatkın hale getirmektedir. Deri ve müköz membranlarının koruyuculuğunun yetersiz olması, invaziv girişimler, gereksiz ve fazla temas, enfeksiyon riskini oldukça artırır ki; bu durum prematüre bebekleri enfeksiyon riski yüksek yenidoğan olarak nitelendirilmektedir (27).

2.2. Kanguru Bakımı

Kanguru bakımı (KB), ebeveyn ile bebek arasında etkileşimi sağlayan ve yalnız bezi ve beresi bulunan bebeğin ebeveynin çıplak göğsü arasına yüzüstü, dik pozisyonda yerleştirilmesi ile ten tene temasın sağlanması yöntemidir. Özellikle yeterli donanıma sahip olamayan ülkelerde DDA'lı bebeklerin rutin bakımında yer alması önerilen, etkili ve güvenli ek bir yöntem olduğu belirtilmektedir (32-35).



Şekil 2.1. Kanguru Bakımı Pozisyonu (3)

Doğumun gerçekleşmesi, bebeğin karanlık sıcak ve ritmik olan anne rahmini terk ederek yeni bir ortama adaptasyon sağlamasını gerektiren bir durum olması sebebiyle yenidoğan için bir travma olarak değerlendirilebilir. İntrauterin dönemde gelişmekte olan yenidoğan sistemleri doğum sonrasında da devam etmektedir. Bu sebeple doğumun gerçekleştiği ilk saatler yenidoğanın fizyolojik ve davranışsal olarak dış ortama adaptasyonu açısından kritik zamanlardır (33-35). Bu kritik dönem ebeveyn bebek bağlanması ve etkileşimin en yoğun yaşandığı dönem olması sebebiyle ebeveyn-bebek ilişkisinin başlatılması; yenidoğanın rahim dışı ortama adaptasyonunu ve ebeveynlerin yeni rollerine alışmalarını kolaylaştırmak açısından önemli olduğunu

göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, KB alan bebeklerin ağlama sürelerinin daha kısaldığı, daha uykuya geçiş sürelerinin hızlandığı ve daha fazla uyudukları, huzursuzluklarının azalıp daha çok sakin kaldıkları görülmüştür. Ayrıca KB alan bebek ve ebeveynlerin kaygı korku ve stres düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır (32).

2.2.1. Kanguru Bakımının Tarihçesi

Ten-tene temas olarak bilinen KB uygulanması ilk kez Colombia Bogoto Anne ve Çocuk Enstitüsü'nden Edgar Rey Sanabria ve Hector Martinez tarafından uygulanmıştır (36). Kanguruların yavrularını keselerinde taşıyarak büyütmesinden esinlenerek bu yönteme KB adı verilmiştir. İlk olarak yeterli donanım olmayan gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerde prematüre bebeklerin ihtiyacını gidermek enfeksiyon oranını azaltmak için uygulanmıştır. KB uygulaması neonatal dönemin ilk evrelerinde yüksek olan mortalite sebebiyle yenidoğana destek olması hedeflenmiştir (37-40).

KB uygulamasının bebekler için yapılabilir ve güvenilir bir yöntem olduğu ilk kez 1983'de Güney Amerika Kolombiya'da rapor edilmiştir. 1984 yılında UNICEF, Güney Amerika ve Avrupa'da daha sonra Amerika Birleşmiş Devletleri'nde (ABD) kabul edilerek uygulanmaya başlanmıştır (40,41). ABD'de prematüre yenidoğanlar için KB uygulamasının ebe ve hemşireler aracılığıyla bulunması 1988 yılında sunum ve 1990'da yayın yoluyla olmuştur. Prematüre yenidoğanların bakımında uygulanabilirliği kolay olan bu yöntem daha sonra İskandinav ülkelerinde günlük bakımın bir parçası haline gelmiş; Asya, Afrika ve Güney Amerika'nın birçok ülkesinde rutin bakıma eklenmiş; Fransa, İsveç, İngiltere, Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerde de ilgi görmüştür (42,43).

Kanguru bakımı 1993'lü yılların başında yenidoğanın vücut sıcaklığını korumada ideal bir yöntem olarak DSÖ tarafından önerildi (44). Yapılan randomize kontrollü meta-analiz bir çalışmada, orta ve düşük gelirli ülkelerde KB uygulamasının yenidoğanların ölüm oranında %51 oranında azalttığı bildirilmektedir (45).

2.2.2. Kanguru Bakımının Yararları

Yapılan çalışmalarda KB'nın anne ve yeni doğan için birçok faydası olduğu görülmüştür. Yeterli kaynakların olmadığı ülkelerde erken taburculuk için uygulanan KB'nın yeni doğanlarda, solunum sistemini rahatlattığı, kalp ritmini düzenlediği, apne sıklığını azalttığını, emzirme süresini artırıp kilo alımının yükseldiği görülmüştür. KB uygulaması sırasında ağlamanın azaldığı yeni doğanın sakinleştiği ve hastaneden erken taburcu olmasını sağlamıştır (46-64). KB uygulaması yapan annenin stres düzeyinde azalma süt miktarında artma emzirme sürecine geçmede hızlanma bebeğine bağlanmada kolaylık sağlanıp annelik rolünün oluştuğu görülmüştür (50-53).

Kanguru Bakımı ile ilgili yapılan ilk çalışmalar prematüre yenidoğanların vücut ısılarını muhafaza etmek için annelerin bebeği kucakta tutmayı sağlamak amacıyla yapılmıştır. KB sırasında ten-tene temas ile anne bebek arasında oluşan ısı akışıyla bebeğin vücut ısısı, annenin vücut ısısı tarafından düzenlenir ve KB süresince vücut ısısının korunmasına yardımcı olur. Anne-bebek arasındaki bu ısı akışı vücut ısısının korunmasını sağlayarak hipotermi oluşmasını engellenir (65-66).

Walters ve ark (2007) farklı bir çalışmada miadında doğan bebeklere doğumda başlatılan Kanguru Bakımının bebeğin vücut ısısına, kandaki glikoz değerine ve bebeğin emme aktivitesine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada 15 dakika aralıklarla kontrol edilen bebeğin vücut ısısı KB sırasında dokuz bebekten sekizinde normal değerlerde olduğu görülmüştür (58). Moore ve ark (2012)'nin yaptıkları çalışmada yenidoğanlarda erken dönemde başlattıkları Kanguru Bakımının bebeğin doğumundan sonraki ilk 24 saat içinde başladığında bebeğin vücut ısısının korunduğu saptanmıştır (47).

Vücut ısısının doğum haftasıyla ilişkisini inceleyen bir araştırmada 26-27 haftalık bebeklerin doğum sonrası vücut ısıları doğum haftaları büyük olan bebeklere göre daha geç stabilize olduğu görülmüştür (67). Doğumdan sonraki ilk hafta boyunca Bohnhorst ve arkadaşları (2001), Kanguru Bakımı sırasında bebeklerin vücut ısılarının arttığı, buna bağlı olarak bebekte apne ve bradikardi sorununun artan vücut ısısına bağlı olarak gelişebileceği düşünülmüştür. Bunun yanı sıra artan ısının oluşturduğu strese bağlı olarak hipoksemi, düzensiz solunum ve bradikardi ataklarında artma izlenmiştir (68). Bu araştırma sonucunda KB süresince prematüre bebeklerde vücut ısısının takibinin gerektiği görülmüştür. Yapılan bu araştırmalar neticesinde KB uygulandığı sürede annenin bebek ile ten-tene temasıyla yeterli ısı dengesinin korunabileceği, uygulamaya vücut sıcaklıklarının izlenmesi şartıyla fizyolojik açıdan stabil olmayan bebeklerin alınabileceğini göstermiştir (68). Kanguru Bakımı öncesi sonrası ve uygulama süresince bebeğin satabilizasyonu

sağlamak amacıyla vücut ısısının takibinin önemli olduğu görülmüştür (65-67). Düşük doğum ağırlıklı prematürelde yağ dokusunun az olması sebebiyle hipotermi ile sık karşılaşılmaktadır. Bu anlamda yapılan çalışmalar Kanguru Bakımının DDA bebeklerde hipotermiyi azalttığı görülmüştür (21,50,65,69).

Yenidoğanlarda yapılan çalışmalar Kanguru Bakımının anne-bebek bağlanmasını kolaylaştırdığı, etkili emzirmeyi sağladığı ve ısı kontrolü sağlayarak hipotermiyi önlediği saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde Kanguru Bakımından fayda sağlanması açısından özellikle teknoloji bakımından iyi donanıma sahip YYBÜ'lerde tavsiye edilmektedir (52,69).

Kanguru Bakımı uygulanan YYBÜ'lerinde prematüre bebeklerin fizyolojik olarak stabilize olduğu, ebeveynlere bağlanmanın olumlu geliştiği, davranışsal olarak daha sağlıklı olduğu görülmüştür. Uygun koşullar sağlanması dâhilinde entübe bebeklere de Kanguru Bakımı uygulanabilir. YYBÜ'de Kanguru Bakımı bebeklerde hem iyilik halini koruma hemde sürdürmeyi sağlamaktadır. Bu nedenle ebeveynlerin çıplak göğüsleri, henüz dış ortama alışmamış bebekler için en uygun ortam olabilmektedir. YYBÜ'nde Kanguru Bakımı uygulanması annelerin bebek bakımında aktif rol almalarını desteklemektedir (62).

DSÖ, düşük kiloda doğan prematüre bebeklerde KB'nın, küvöz bakımına kıyasla daha iyi bir alternatif olduğunu söylemektedir. KB bebeğin kilosu, doğum haftası ve sağlık durumuna bakılmaksızın bütün yenidoğan bebeklerde, ısı kontrolünü sağlamak ve devam ettirmek etkili emzirmeyi sağlamak ve anne-bebek bağlanmasını devam ettirmek için uygulanabileceğini bildirmektedir (21).

Kanguru Bakımının faydalarına baktığımızda bebeğin beslenmesini iyileştirmek vücut ısısını korumak hastaneden taburuculuğunu hızlandırmak gibi birçok katkısının olduğu görülmektedir. Ludington-Hoe ve ark (2008)'nin yaptıkları çalışmada, ABD Ulusal Yenidoğan Hemşireler Birliği tarafından sağlanan KB'nda A düzeyi kanıtlar; yenidoğan kalp tepe atımını, solunum sistemini, uyku düzenini sağladığını, ağrının giderildiğini nörodavranışsal gelişimi sağladığını göstermektedir (65).

Shrivastava ve ark (2013)'nin Kanguru Bakımının büyümeye etkisini inceledikleri araştırmada sürekli Kanguru Bakımının yenidoğanlarda boy uzaması, vücut ağırlığında artma, baş çevresi büyüklüğündeki artışı sağladığı ve yenidoğanın iki yaşına kadar olan süreçte gelişimini olumlu etkilediği görülmüştür (64). Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde vücut ağırlıklarının 2500 gr'a ulaşması, prematüre doğan bebeklerde postmenstrüel 40 haftaya ulaştığı sürede günlük kilo alımı ve boy artışını olumlu etkilediği gözlemlenmiştir (70). YYBÜ'de gün içerisinde en az 1 saat Kanguru Bakımı alan bebeklerin Kanguru Bakımı almayan bebeklere göre

büyüme ve gelişmelerinde olumlu gelişmeler olduğu bulunmuştur (71).

Kanguru Bakımının yenidoğanlarda büyüme gelişme üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada Kanguru Bakımı alan yenidoğanlarda almayanlara göre vücut ağırlıklarında artışın daha fazla olduğu görülmüştür (72). Ramanathan ve ark (2001), çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, Kanguru Bakımının kilo artışı sağladığı saptanmıştır (57). Venancio ve ark (2004) Kanguru Bakımının büyüme gelişmeye olan etkisini inceledikleri araştırmada düşük doğum ağırlıklı bebeklerde Kanguru Bakımının kilo alımını artırdığı saptanmıştır (13). Benzer olarak Kanguru Bakımının geleneksel bakım ile kıyaslandığı araştırmalarda Kanguru Bakımının düşük doğum ağırlıklı bebeklerde vücut ağırlığında artış sağladığı ve büyüme gelişme üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür (73).

Türkiyede Kanguru Bakımının büyüme gelişme üzerine etkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında Sarıcan (2014)'ın yaptığı çalışma Kanguru Bakımının prematüre bebeklerde boy uzunluğunda artış sağladığı, vücut ağırlığı ve baş çevresi ölçümlerinde ise farklılığın olmadığı görülmüştür (17).

Moore ve ark (2012)'nin 1925 anne ve bebeklerinden oluşan 30 çalışmada ele aldıkları araştırmada, bebeğe erken sürede uygulanan Kanguru Bakımının bebeğin annesiyle iletişim kurmanın daha hızlandığı, anne kucağında vücut ısısının daha iyi olduğu ve daha az ağladığı görülmüştür (47). Kanguru Bakımı süresince bebeklerin stabil olup hiç ağlamadıkları sakin kalma sürelerinin arttığı uyku nöbetlerinin daha fazla uzadığı saptanmıştır (62). Annenin bebeği ile ten- tene teması bebeğin memeyi emme süresini ve memedeki süt miktarını artırmaktadır. Term bebeklere oranla prematüre bebeklerin memeyi emmeye geçmede zorluklar yaşanmaktadır. Yenidoğan Yoğun Bakımda Kanguru Bakımı uygulayan annelerde Kanguru Bakımı uygulamayanlara göre süt ve laktat miktarında artış olduğu saptanmıştır. Kanguru Bakımı esnasında anne ile bebek arasında ten- tene temasın sağlanması parasempatik sinirlerin uyarımını sağlayarak süt salınımını artırır (62,74). Walters ve ark (2007)'nin, yaptıkları çalışmada term bebeklerde uygulanan Kanguru Bakımının emzirme üzerine etkisini incelediklerinde bebeğin doğum sonrası 74.dakikada kendiliğinden memeyi yakalayıp emdiği saptanmıştır (58).

Affonso ve ark (1993)'nin ABD'de III. düzey YYBÜ'de yaptıkları çalışmada, KB uygulanmasının anne-bebek bağlanmasını kolaylaştırdığı ve annelik rol kimliğini belirleme yeteneğini artırdığı bulunmuştur. Çeşitli çalışmalar, annelerin prematüre bebekleri terme yaklaştığı zaman KB deneyiminden sonra daha iyi bir yeterlilik duygusuna ve anne-bebek bağlanma sürecine kısa sürede sahip olduklarını göstermiştir (48,75,76).

Prematüre bebeklerinden uzun süre ayrı kalan annelerin deneyimlerini inceleyen Klaus ve ark (1970) bebeklerin yaşamını sürdürmede endişelendikleri ayrıca annenin bebeğe bağlanmasında engellerin olduğunu saptamışlardır (76). Doğum sonrası annenin bebeğine dokunması, kucaklaması, bakımına katılması ne kadar erken başlatılırsa anne-bebek bağlanması o kadar erken oluşmaya başlar (77). Anne ile bebek arasında temas, sıcaklık akışı ve koku gibi uyaranlar bağlanma için gerekli olan oksitosinin salgılanmasını sağlamaktadır. Bu hormon sayesinde annede meme sıcaklığı yükselirken anksiyete düzeyinde ise azalma olup annenin sakin kalması sağlanmaktadır. Doğum sonrası oksitosinin salınımı annelik rol uyumunu kolaylaştırarak bağlanmayı daha güçlü kılabilir (48).

2.2.3. Kanguru Bakımının Çeşitleri

Kanguru bakımı uygulaması, başlatılma zamanı ve uygulanma süresi ve uygulayan kişi bakımından sınıflandırılır. Tablo 2.2.1’de kanguru bakımı çeşitleri verilmiştir (50-52).

Tablo 2.1.Kanguru Bakımı Çeşitleri

Doğumda Kanguru Bakımı	Doğumdan sonra 5 dk. İçerisinde annenin bebeğine kanguru bakımı yapması
Erken Kanguru Bakımı	Doğumdan sonra 10-30 dk. İçerisinde annenin bebeğine kanguru bakımı yapması
Orta Kanguru bakımı	Ventilatöre bağlı olan ve doğumdan sonra yedi gün içinde bebeğe kanguru bakımı yapılması
Geç Kanguru Bakımı	Taburcu olduktan sonra annenin bebeğine kanguru bakımı yapması
Kanguru Anne Bakımı	Annenin bebeğine kanguru bakımı yapması
Paternal Kanguru Bakımı	Babanın bebeğine kanguru bakımı yapması
Vekil Kanguru Bakımı	Ebeveyn olmayan birinin bebeğe kanguru bakımı yapması
Aralıklı Kanguru Bakımı	Kanguru bakımının sürekli yapılmasının mümkün olmadığı durumlarda günde bir ya da iki kez uygulanması
Sürekli Kanguru Bakımı	Yenidoğanların kuvöz bakımına alternatif olarak 24 saat boyunca ailesiyle ten tene temasın yapıldığı kanguru bakımı
Ayrık Kanguru Bakımı	Annenin bir bebeğe babanın aynı anda diğer bebeğe kanguru bakımı uygulaması
Ardışık Kanguru Bakımı	Aynı anne-babanın bebeklerine art arda kanguru bakımı yapması
Paylaşılmış Kanguru Bakımı	Anne ya da babanın aynı zamanda iki bebeğine kanguru bakımı yapması

2.2.4.Kanguru Bakımının Uygulanması

Anneye KB 'nın ne olduğu ve nasıl yapıldığı ile ilgili görsel teknik ve videolar izletilerek bilgi verilir. Uygulama için sandalye önlük ve monitör hazırlanır. Annenin günlük banyosu yapılmış temiz kıyafetler giymesi ve herhangi bir koku kullanmaması sağlanır. Sessiz sakin oda sıcaklığı 22-24 derece olması sağlanır. Yenidoğana bere giydirilir alt bezi bağlanır ve monitörize edilir. KB uygulaması öncesi yenidoğan vücut ısısı ve solunum açısından değerlendirilir. Kanguru bakımı sırasında yenidoğan annenin iki göğsü arasına dikey veya yatay 30-40 derece eğimle yerleştirilir. Karın bölgesi annenin epigastrik seviyesinde olması sağlanır. Anne KB uygularken bebeğin yüzünü görebilecek pozisyonu sağlamalı bebeğin başı aşırı ekstansiyon veya aşırı fleksiyonda olmamalıdır. Yenidoğanın baş ve boyunu hava yolunu tıkanıklığını önlemek amacıyla koklama pozisyonunda olmalıdır (44,78,79).

Anne ve yenidoğan rutin sağlık kontrollerinden geçtikten sonra Sağlıklı doğan bütün yenidoğanlara ilk 24 saat KB 'na başlanabilir.Özel takip ve tedavi gerektiren sağlık problemi olan yenidoğanlar sürekli KB almaları için iyileşmesi beklenmelidir.Yutma ve emme becerisi henüz gelişmemiş olan veya sonda ile beslenen sağlıklı yenidoğanlara kanguru KB başlanabilir (44,47,80).

Doğum kilosu 1800 ve üzerinde olup gestasyon haftası 30-34 olan prematürelere RDS görülmesine rağmen stabillerdir ve KB alabilirler. Doğum kilosu 1200-1799 olup gestasyon haftası 28-32 olan prematürelere RDS ve prematüreliliğin getirdiği bakım ve tedavi gerektiren komplikasyonlar oldukça fazladır. Bu nedenle bu gruptaki prematürelere KB için biraz beklenmelidir. doğum kilosu 1200 ve daha az olan gestasyon haftası 28 haftadan küçük olan prematürelere ciddi sağlık problemleri olup ölüm oranları yüksektir. Bu gruptaki prematürelere KB uygulamak için haftalarca beklenir (44,47,80).

Ventile olup stabil olmayan bebeklere kanguru bakımı uygulamak için iyi bir donanıma sahip hemşire desteği gereklidir. 24 saatten fazla ventilasyonda kalan bebeğin kilosunun 600 gr dan fazla olması göğüs tüpünün olmaması umbilical kateterlerin sağlam tespit edilmiş olması ve neonatolog tarafından stabil kabul edilmesi gereklidir (1).

2.2.5. Kanguru Bakımı Sırasında Bebeğin İzlemi

Kanguru bakımı uygulaması süresince yenidoğanın sağlık durumunda değişimler olabilir. Gelişebilecek sağlık sorunlarına karşı aile bilgilendirilmelidir. Bebek monitörize edilerek solunumu ve kalp tepe atımı takip edilmeli vücut ısısı kontrol edilmelidir. Bebeğin sağlık rutininin bozulması durumunda KB uygulamasına son verilmelidir (50).

Kanguru Bakımı uygulanan ortamın ısısı, uygun ortam ısısı aralığında ise bebeğin anne ile ten-tene teması bebeğin vücut ısısının korunmasını ve sürdürülmesini sağlamaktadır. Seyrek olarak görülen hipotermi izlenmeli ve önlenmelidir (1,50).

2.2.6. Kanguru Bakımında Taburculuk ve Evde Bakım

Bebeğin durumu stabilleşip beslenmesi düzeldiğinde ve kilo alımı yeterli seviyeye geldiğinde bebek ve anne taburculuk için hazırlanır. Taburculuk sonrasında KB uygulaması için anne desteklenmelidir. Taburculuk sonrasında da prematüreliliği devam eden bebeğe KB uygulamasını reddedene kadar uygulanmalıdır. Sağlık personelleri tarafından prematüreliliği devam eden bebek günlük haftalık sonrasında ise aylık periyotlarla takibi yapılmalıdır. Taburcu olan anne ve bebek en az birkez evde ziyaret edilerek takip sağlanmalıdır (1,44,80).

2.3. Bağlanma Kuramı

İnsan hayatının bebeklik ve yetişkinlik dönemindeki yakın ilişki bağlantılarını açıklayan ‘‘Bowlby ve Ainsworth’ın Bağlanma Kuramı’’dır (81). Psikoanalitik gelenek ile eğitim almış olan Bowlby, bağlanma teorisini, bebeklere birinci dereceden bakım veren kişilerle duygusal bağın nasıl oluştuğunu ve bebeklerin bakım veren bu kişilerden ayrılık durumu yaşadıklarının neden acı çektikleri üzerine oluşturmuştur (82). Bowlby’e göre bebek kendisine bakım veren kişiye bağlanır ve bu bağlılığında, yaşamı sürdürmek için gerekliliğine inanıyordu. Bowlby gözlemlerinde, çocukların annelelerinden ayrı olması çocuklarda yaşamın ilerleyen zamanlarında psikopatolojik sorunların gelişebileceğinden endişelenmekteydi (83,84). 1950 yılında Bowlby’nin, anneleri ile yaşamın erken döneminde ayrı kalan erkeklerin, suç işleme oranının yükseldiğinin saptandığı çalışmada; ebeveynlerin çocuklarıyla olan iletişimin önemi vurgulanmıştır (85). Bowlby’nin ‘‘Maternal Care & Mental Health’’ kitabın da annenin eksikliği, çocuklarda geliştirdiği sorunların; ekonomik, yeme içme alışkanlıkları, tıbbi eksiklikten ziyade, psikolojik eksiklik geliştirdiğini anlatmaktaydı (84). Bağlanma teorisi; annenin bebeğin tepkilerini yorumlayarak ihtiyaçlarını karşılaması, bebeğin anneye ulaşmasının kolaylığı anne-bebek arasındaki bu iletişim ile yaşamın

ilk sürecinde oluşan bağlanmayı hedeflemektedir (86). Doğum ile beraber bebek anne ile bağlantı içerisine girer. Bağlanma teorisine göre insan hayatının ilk günlerinde yaşadığı ayrılık, kayıp, travma gibi deneyimler yaşamın ilerleyen dönemlerinde kişilerde anksiyete, öfke, duygularını kontrol etmekte zorluk yaşama gibi sıkıntılara yol açmaktadır (87,88). Kişinin bebek, çocuk ve ergenlik döneminde kendisinde ve diğer kişilerde, geliştirdiği “zihinsel modeller”, yetişkinlik döneminde başkaların desteğini görme ve onlarla yakın bağlar kurma ihtiyacını etkiler (89,90). Bu nedenle, çocuk ile onu yetiştiren kişi arasında gelişen ilişki, denge ve kalite yönünden yüksek bir değer taşıması gerekmektedir. Aksi takdirde çocuğun hayatını sürdürmesi için farklı seçeneklere başvurarak çoğunlukla güvenli olmayan bağımlı duygu ve davranışlar geliştireceği ilişkiler geliştirir (89). Ebeveynlerin çocukları ile ilişkisi, yaşamın ilerleyen dönemlerinde, çocuklarda, ebeveynlik davranışlarına etkisini incelemek için, annenin ebeveyni ile olan bağlanma ilişkisi incelenmiştir. Rodriquez ve Tucker tarafından yapılan bu çalışmada, çocukluk döneminde, ebeveynine zayıf bağlanan annelerin, gelecekte, çocuğunu istismar etme riskinin, yüksek olduğu görülmüştür (91).

2.3.1. Anne-Bebek Bağlanması

Anne-bebek bağlanması, annenin bebeği ile sürekli bir sevgi akışı içerisinde olup bu durumdan anne ve bebeğin haz duyduğu güçlü bir bağlılık ilişkisidir. Bowlby tanımına göre maternal bağlanma anne ve bebek arasında sürekli ve sıcak bir ilişkinin olması ve anne ile bebeğin bu durumdan memnun olup haz duymasıdır. Anne bebek bağlanması gebelik ile başlayıp gebelik sürecinde de devam eden yenidoğanın doğumu ile aylar içerisinde giderek güçlenen bir bağıdır. Bu dönemde anne bebeğine karşı eşsiz bir sevgi ile bağlanır. Sağlıklı olarak doğan yenidoğanlarda doğumdan hemen sonra anne-bebek etkileşimi bu bağı güçlendirecek etkiye sahiptir. Doğumdan hemen sonraki bu etkileşim dönemine “Kritik bir perioda” olarak inanılır. Klaus ve ark (1970) doğumdan hemen sonra ki ilk 45-60 dakikalık dönemin anne- bebek bağlanması için kritik bir öneme sahip olduğunu savunmuşlardır (7,76,92-94).

Anne ve bebek arasında gelişen bu etkileşim bebeğin zihinsel ve mental olarak gelişimini önemli ölçüde etkiler. Sağlıklı bir bağlanma bebeğin psikolojik entelektüel ve fiziksel gelişimini tamamlanmasının ilk basamağıdır. Anne-bebek bağlanma süreci gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde gelişir ve postpartum periyod süresince anne-bebek etkileşiminin desteklenmesi ile devam eder (7).

Yenidoğan bebeklerde doğumun gerçekleşmesiyle bağlanma üç evertede gerçekleşir (95).

Belirleme evresi: Doğum sonrası ilk 48 saat içinde yenidoğanın görülmesiyle başlar.

Annede sahiplik duygusu oluşur ve bundan mutluluk duyar. Bu dönemde anne-baba yenidoğan ile bakışma içerisindedir.

Sahiplenme Evresi: Doğum sonrası üçüncü günde başlayıp altıncı haftaya kadar devam eder. Annelik rolünün oluştuğu bu dönemde anne baba bebeğin bakımında rol almaya başlar. Karşılıklı temas ile bağ oluşur.

Bağlanma Evresi: Doğum sonrası altı-sekizinci haftalarda gelişir. Bu dönemde anne-baba bebek bakımında beceri kazanmıştır. Karşılıklı uyumun artmasıyla bağ güçlenir. Anne-baba bu dönemde bebeklerinden ayrılamaz.

Doğum sonrası bebeğin hemen hastaneye yatırılması ailede endişe korku stres ve suçluluk yaratmaktadır. Bebeğin yoğun bakıma alınması ve ailenin bebeğin bakımına katılmaması aile için oldukça zordur. Bu durum karşısında hemşireler aile ile bebek arasında bir köprü gibi etkileşim sağlamalıdır (96,97).

Prematüre bebekler term bebeklere göre daha uykulu olup uyaranlara daha az cevap vermektedir. Bu durum anne ile bebeğin etkileşime geçmesini daha da zorlaştırmaktadır. Etkileşimin gecikmesi annenin annelik rolünü kazanmasına ve anne bebek bağlanmasının gecikmesine neden olmaktadır. Annenin prematüre bebeğiyle etkileşimi ne kadar erken başlatılırsa bebeğin ilerdeki yaşamı o kadar iyi etkilenmektedir (98,99).

KB uygulaması anne-babanın hastaneye yatan bebekleri ile yakın zamanda temas kurması için önemli bir alternatiftir. KB ile anne ve baba bebeklerinin bakımına katılır, annede annelik rolü gelişir ve bağlanmanın kolaylaşması sağlanmaktadır (2,52,61). Annenin bebeğiyle teması oksitosin salınımını artırarak annede anksiyeti azaltıp bebeğe duyarlılığını artırır. Doğum sonrası oksitosindeki artış annede annelik rolünün oluşmasına yardımcı olup bağlanmayı kolaylaştırır. KB ile annede yeterlilik duygusunun oluşması maternal bağlanmayı hızlandırır (48,75).

2.3.2. Anne –Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler

Annenin gebe kalmasıyla başlayan anne-bebek bağlanma süreci birçok faktörden etkilenmektedir. Gebeliği isteyerek planlaması annede sağlıklı bağlanmanın temel basamağıdır. Annenin fetal etkileşimi ile başlayan maternal bağlanma; doğum sonu anne-bebeğin bir arada bulunması, bebeğin erken KB alması, annenin bebeğini emzirmesi ve bebeğin bakımında rol alması ve bunları yapabilecek bilgi beceriye sahip olması, sosyoekonomik durumunun iyi olması, eşinden destek alması, mutlu bir evliliğinin olması, maternal bağlanmayı olumlu etkileyen faktörlerdir (100,101). Doğum sonrası annenin hastanede kalması, yorgun hissetmesi uykusuz ve ağrısının olması, bebeğin yoğun bakımda kalması, maternal bağlanmayı olumsuz etkilemektedir(8).

Doğum sonrası dönemde lohusa sendromu olarak bilinen annelik hüznü annenin ruh halinde meydana gelen bozulmalar annenin hem kendi bakım ve ihtiyaçlarını yerine getirmede hemde bebeğin bakımını karşılamada zorluk çekmesine neden olabilmektedir. Doğum sonunda oluşan bu duygu durum bozuklukları aile bireylerini ve bebeği kötü etkilemektedir. Bu süreçte bebeğin bakımında etkin katılamayan annede annelik rolü gecikebilmektedir (102,103).

Ebeveyn ile bebek arasında oluşan bağın sevgi içermesi hem annede hem de bebekte duygusal iyilik hali oluşturur (104). Sevgi temelli olmayan, red edilen gebeliklerde özellikle bağlanma olumsuz etkilenerek bebeğin ileri yaş dönemlerinde hem bilişsel hem de duygusal etkilenmesine neden olur. Anne bebek etkileşimi açısından kritik bir zaman olan ilk iki saatte tensel temas yaşamın ilk dönemi süresince bebeğin ihtiyaçlarının zamanında karşılanması, çocuğun bilişsel ve duygusal gelişimi ile iletişimi için önemli olduğunu belirtmektedir. Bu süreçte anne ve bebeğin ayrı kalması bu süreci olumsuz etkilemektedir (105). Kritik süreç olan bu ilk iki saat sonrasında da, annenin bebeği ile geçirdiği süre ve bu sürenin nasıl değerlendirildiği önemlidir (80). Anne-bebek bağlanmasının gerçekleştiği bu dönem; annenin bebeğin ihtiyaçlarını karşıladığı, davranışlarını tanıyarak öğrendiği, karşılıklı bir iletişim ağı olarak nitelendirilmektedir (106). Bu süreçte annenin ruh halinde bozulmalar oluşması bebeğine karşı sevgi gösterme konusunda problem yaşamasına ve annenin kendisini umutsuz, yalnız hissedip, bebeğine ve diğer aile fertlerine karşı düşmanca duygular geliştirmesine sebep olabilmektedir (107).

Anneler doğum sonrası birçok sağlık sorunu yaşayabilmektedir. Epizyotomi ile başlayan sağlık sorunu memelerde dolgunluk oluşması, konstipasyona bağlı hemoroid gelişimi lohusalıkta kan kaybının beraberinde getirdiği yorgunluk gibi fiziksel sıkıntılar anneyi kötü etkilemektedir (108). Özellikle sezaryen doğum yapan annelerin bebeklerinin bakımını daha geç katılabildikleri

görülmüştür (109). Ebeveynin kendi tercihiyle sezaryen doğumu istemesi doğumun daha erken gerçekleşmesine ve bu durum bebekte vajinal doğum ile zamanında doğan bebeklere göre komplikasyonlar oluşup yoğun bakımda kalmasına neden olabilmektedir. Böyle bir durumda bebeğin anneden ayrı kalması anne-bebek bağlanmasını zorlaştırır ve geciktirir (110). Doğum şekli ile ilgili yapılan araştırmalar sezaryen ile doğan bebeklerin normal doğumla doğan bebeklere göre ilk emzirmeye geç başladığı, doğum sonrası ilk dönemlerinde daha çok mama ile beslendikleri, gece emzirmelerinin daha az olduğu ve sezaryen doğum yapan annelerin süt miktarlarının azaldığını göstermektedir (110).

Gebelikle başlayan doğum sonu ilk altı ayda güçlenen bağlanma üzerinde etkili faktörlerden biri ise ebeveynin bebeğinden ayrı kalma durumudur. Doğum sonrası bakım ve tedavi amaçlı hastanede uzun süre kalan bebeklerde bağlanma olumsuz etkilenmektedir (111). Prematüre bebeği olan anneler doğumun gerçekleşmesi nedeniyle kendini suçlu hisseder, özgüven yetersizliği oluşur ve bebeğin ihtiyaçlarını karşılamada zorluklar yaşamaktadır. Prematüre bebeğin hastanede kalması ile yaşanan ayrılık süreci bağlanmanın gecikmesine neden olur. Yapılan çalışmaya göre prematüre bebek annelerinin %90.2'si bebeklerini negatif olarak algılar iken, term doğan bebek annelerinin %94'ü bebeğini pozitif algılamaktadır (99). Farklı bir çalışmada da prematüre bebeklerin %77'sinin güvensiz bağlandığı saptanmıştır. Emzirmenin erken başlatılması anne-bebek ilişkisini ve bebeğin gelişimini olumlu etkiler (110).

Doğumdan sonra anne, bebekten gelen bütün uyarılara karşı oldukça uyanıktır. Özellikle annenin bebeği ile göz teması kurması, dokunması annenin bebeği ile bağını güçlü olmasını sağlayacaktır. Annenin bebeğini emzirmesi lohusa döneminde yaşadığı ruhsal sıkıntıların iyileşmesine yardımcı olur (112). Bebeğin annesini emmesi ile annede yükselen oksitosin düzeyi annenin fiziksel ve duygusal olarak rahatlamasını sağlamaktadır. Bağlanmanın sağlanmasında önemli bir rolü olan oksitosin hormonu; anne ve bebek arasındaki sevgi dolu güvenli bağlanmanın oluşmasını sağlar (111).

Adölesan gebelik sonucu doğan bebekler, annelerinden daha az destek görmeleri sebebiyle yetişkin gebelik sonucu doğan bebeklere göre bağlanmaları zorlaşabilir(113).Yapılan çalışmada adölesan annelerin yetişkin annelere göre bebekleriyle daha fazla olumsuz duygular geliştirip annelik rolüne daha geç ulaştıkları saptanmaktadır. Anne kimliğinin geç oluştuğu adölesan annelerde güvensiz bağlanma modellerin oluşma olasılığı yüksektir (114). Lewin yaptığı çalışmada, adölesan annelerin çocuklarına daha az olumlu ebeveynlik davranışları sergilediklerini tespit etmiştir (115). Adölesan annelerin maternal role uyumlarının değerlendirildiği çalışmada doğum öncesi ve sonrası yoğun stres yaşayanların annelik rolüne uyumlarının daha düşük olduğu

belirlenmiştir. Henüz kendi gelişmesini tamamlamamış adolesanların anne olması annelik kimliğinin oluşmasında gecikmeye sebep olarak bebeği reddetme, bebeğe karşı olumsuz duygular besleme, yeterli ilgiyi göstermeme gibi bağlanmayı güçleştirecek durumlar görülmektedir (116).

2.3.3. Anne-Bebek Bağlanmasında Hemşirenin Rolü

Doğum sonrası aileye katılacak üye için aile, merak ve heyecan içerisindedir. Doğum öncesi bakım ile aile, aralarına yeni katılacak üye için hazırlanmalıdır (117). Annelerin doğum öncesinde gerekli bakımı alması annelik rolüne rahatlıkla uyum sağlamasını kolaylaştıracaktır(94). Hemşire, annenin bebeğiyle iletişime geçmesini sağlayarak maternal bağlanmanın sağlıklı bir şekilde oluşmasını sağlamalıdır. Özellikle hemşire, anne ve bebeğe en yakın kişi olarak doğum öncesi ve doğum sonrası süreçlerde bir köprü görevi görerek anne bebek arasında sevgi bağının oluşmasında önemli rol üstlenmelidir (118).

Ülkemizde anneler doğum sonrası 24 saat içinde taburcu edilmektedir. Çok kısa olan bu zaman dilimi anneler için yeni kimlik ve sorumluluklarına uyum sağlaması için yeterli bir süre değildir. Hastaneden kısa süre içerisinde taburcu olan anneler kendilerinin yetersiz görüp endişeye kapılabilmektedir (108). Bebek bakımında kendini yetersiz gören anneler, lohusalıkla beraber yorgun hissetmeleri stres ve kaygı düzeylerinin yükselmesi annelik rolünden uzaklaşmasına sebep olabilmekte, bu durum annenin bebeğine bağlanmasını olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar doğum sonrası annenin, bebeğin bakımına katılarak onu tanıması ile annelik kimliğinin oluşması arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (119).

Doğum sonrası dönemde en önemli konu anne- bebek etkileşimidir. Anne bebek arasındaki bu etkileşimin sağlıklı biçimde başlaması ve bu şekilde sürmesi için annenin bu süreçte yaşadığı sıkıntılarla baş etmesi için alacağı yardım önemlidir (108). Hemşire; bu dönemde ebeveynlere bebekleriyle etkileşime geçmesi için fırsat vermeli güzel deneyimler yaşatmalı ve bu kriz döneminde ebeveynlere destekte bulunmalıdır. İlk gebelik yaşayan annelerde doğum şekli ile ilgili bilgilendirilip doğum sonrası komplikasyonları hakkında gerekli açıklama sağlanmalıdır(120). Anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebilecek sezaryen doğumlar ebeveynlerin bilgilendirilmesi ile beraber azaltılabilir (121). Ten tene temasın sayısızca faydalarından yararlanmak için doğum sonrası dönemde en kısa süre içerisinde ortam KB için uygun hale getirilmeli ve anne bebeği ile etkileşimi sağlanmalı, hemşire bu konuda gerekli tüm desteği aileye sunmalıdır (110).

Sancılı bir süreç olan doğum, annede yorgunluğun yanı sıra kaygı düzeyini de

artırmaktadır. Bu süreçte hemşire anne ve bebeği gözlemleyerek ihtiyaçlarını karşılamalı ve annede yeterlilik duygusunu oluşturarak rahatlamasını sağlamalıdır (122). Maternal bağlanmanın yetersiz olduğunu; annenin bebeğine ismiyle hitap etmemesi, bebek bakımı ile ilgili yetersizliklerin olması bebeğin özensizce görünmesinden hemşire anlayabilmelidir. Bu durumda hemşire annenin bebeği ile ilgili duygularını öğrenmeli ve bebek bakımında anneye destek olmalıdır (98). Doğum sırasında ve sonrasında bebeğin bir yaşına kadar anneye düzenli ve sürekli olarak verilen profesyonel tavsiyeler ve destekleyici bakım, annelik rol memnuniyetinde artışa neden olmakta anneliğe uyumu kolaylaştırmaktadır (123).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, ön test-son test tek gruplu düzende, yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih

Araştırma 2015 yılında 1 Mart-15 Haziran tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanenin YYBÜ'nde yatan 150 prematüre bebek oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve aşağıdaki kriterlerine uyan 50 prematüre yenidoğan oluşturmaktadır.

Prematüre bebeğin araştırmaya alınma kriterleri;

- Herhangi bir kronik hastalığı olmaması
- Göğüs tüpünün bulunmaması
- Ventilasyon desteği ve nazal devamlı pozitif havayolu basıncı (CPAP) almaması
- Cerrahi işlem görmemiş olmaması
- Postnatal yaşı 0-28 günlük olması
- Sepsis şüphesi ya da sepsisi olmaması
- Bütün örnekleme oluşturan prematürelerin doğum sonrası aynı günde KB uygulamasını almaları için Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine kabulünden 24 saat sonra almaya elverişli olması

Araştırma kapsamına alınan yenidoğan bebeklerin annelerinin dâhil edilme kriterleri;

- En az okuryazar olması
- KB uygulamak istemesi
- KB uygulamasına engel oluşturacak bir hastalık ve durumun olmaması
- Hergün hastaneye gelme imkânının olması

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde YYBÜ'de yürütülmüştür. TÜİK 2018 raporuna göre binde 31.3 kaba doğum hızıyla Şanlıurfa ili en yüksek doğum oranına sahiptir. 1 milyon 762 bin olan nüfusuyla Türkiye'nin en kalabalık 9. kenti ve 4,13'lük doğurganlık hızına sahiptir. Şanlıurfa çocuk hastalıkları hastanesinin istatistik biriminden elde edilen verilere göre 2015 yılı içinde yenidoğan yoğun bakımda 1955 hasta yatış yapmıştır. Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin YYBÜ'de III. düzey yoğun bakım hizmeti verilmekte ve diğer illerden hasta sevki kabul edilmektedir.

Çalışmanın yapıldığı tarihte kapasite olarak Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 355 hasta yatağı mevcuttur. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi 50 küvöz kapasiteli olup bunun 30 küvözü 3. basamak, 20 si 2.basamak ve 4 adet müdahale yatağından oluşmaktadır. Bölümde 2 yenidoğan uzmanı ve 40 yenidoğan yoğun bakım hemşiresi çalışmaktadır. Üniteye çalışan hemşirelerden sekizinin Sağlık Bakanlığı onaylı yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikası bulunmaktadır. Hemşirelerden dokuzu da Neonatal Resusitasyon Programı (NRP) sertifikasına sahiptir. Üniteye en sık olarak yenidoğanlar RDS, konjenital anomaliler, yenidoğan fizyolojik sarılığı (İHB), enfeksiyonlar ve solunum problemleri nedeniyle izlenmektedirler. Ebeveynlerin üniteye girişleri enfeksiyon riski nedeniyle sınırlandırılmaktadır. Anne ve babalar bebeklerini üniteye ilk yattığında ve daha sonra anne her gün baba ise haftanın sadece Çarşamba günü görebilmektedir. Haftaiçi günleri saat 11.30-13.00 saatleri arasında neonatolog üniteye alınan ebeveynlere bebekleri hakkında bilgi vermektedir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (Ek 1), çalışmanın yapıldığı hastaneden ve ölçek kullanımı için (Ek 2) yazılı izin alınmıştır. Veri toplamadan önce annelere araştırmanın konusu, amacı, süresi ve uygulanması ile ilgili veri toplama araçları anlatılarak sözel onam alınmıştır. Gerekli yazılı ve sözlü onamlar alındıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden veriler elde edilmiştir

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler Ebeveyn ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu ve Maternal Bağlanma Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

3.6.1. Ebeveyn ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 3)

Ebeveyn ve bebeği tanıtıcı form, uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Form; ebeveynin yaşı, eğitim durumu, mesleği, aile tipi, sosyal güvence durumu, aylık geliri, evlilik süresi, aile planlaması yöntemi kullanma durumları, çocuk sayısı, doğum şekli, doğum sırasında ve sonrasında problem yaşama durumu, düşük yapma ve küretaj olma durumu, gebeliği isteme durumu, bebek bakımında destek görme durumu, bebeğe ilişkin olarak; cinsiyeti, doğum haftası, beslenme şekli, anne tarafından kaçınıcı günde görüldüğüne ilişkin bilgileri içeren 30 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) (Ek 4)

Maternal bağlanma ölçeği (MBÖ) anne bebek arasındaki sevgi bağına ölçme gayesiyle Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Muller, MBÖ sorularını maternal uyum ve maternal bağlanmayı inceleyen kaynaklar rehberliğinde oluşturmuştur. Ölçeğin geçerliliği dil uzmanları, teorisyenler, kadın doğum ve pediatri hemşireleri ve yeni doğum yapmış kadınlardan oluşan 12 kişi tarafından değerlendirilmiştir. Annenin sevgisini duygu ve davranışları ölçen MBÖ annenin kendisinin uyguladığı bir ölçek olduğu için okur-yazar olan ve okuduklarını kavrayabilen annelere uygulanabilen bir ölçektir. Her bir madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4’lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve her zaman (a)=4 puan, sık sık (b)=3 puan, bazen (c)= 2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. Ülkemizde Kavlak (2009) tarafından Türk toplumuna uyarlanan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.77 olarak ölçülmüştür (7). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur.

3.7. Ön Uygulama

YYBÜ’de yatan 10 prematüre bebeğin annesine ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada soruların anlaşılır olduğu tespit edilmiş ve herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın örneklem kriterlerine uygun olan prematüre bebek annelerine KB uygulamasına başlamadan önce uygulama ile ilgili bilgi verip araştırmaya katılmayı istediklerine dair kendilerinden sözlü onam alınmıştır. Annelerden onam alındıktan sonra ebeveyn -bebek tanıtıcı bilgileri içeren form ve MBÖ formu anneler tarafından doldurulmuştur. Bebeğe ilişkin bilgiler hasta dosyasından alınmıştır. Anneye KB uygulaması, araştırmacı tarafından bebeğe uygulanarak anneye gösterilmiştir. Hastane yönetimi ile görüşülüp anne otelinde annelerin günlük duş almaları için sıcak su teminatı sağlanmıştır. Daha sonra annesinde uygulamayı yapması sağlanmıştır.

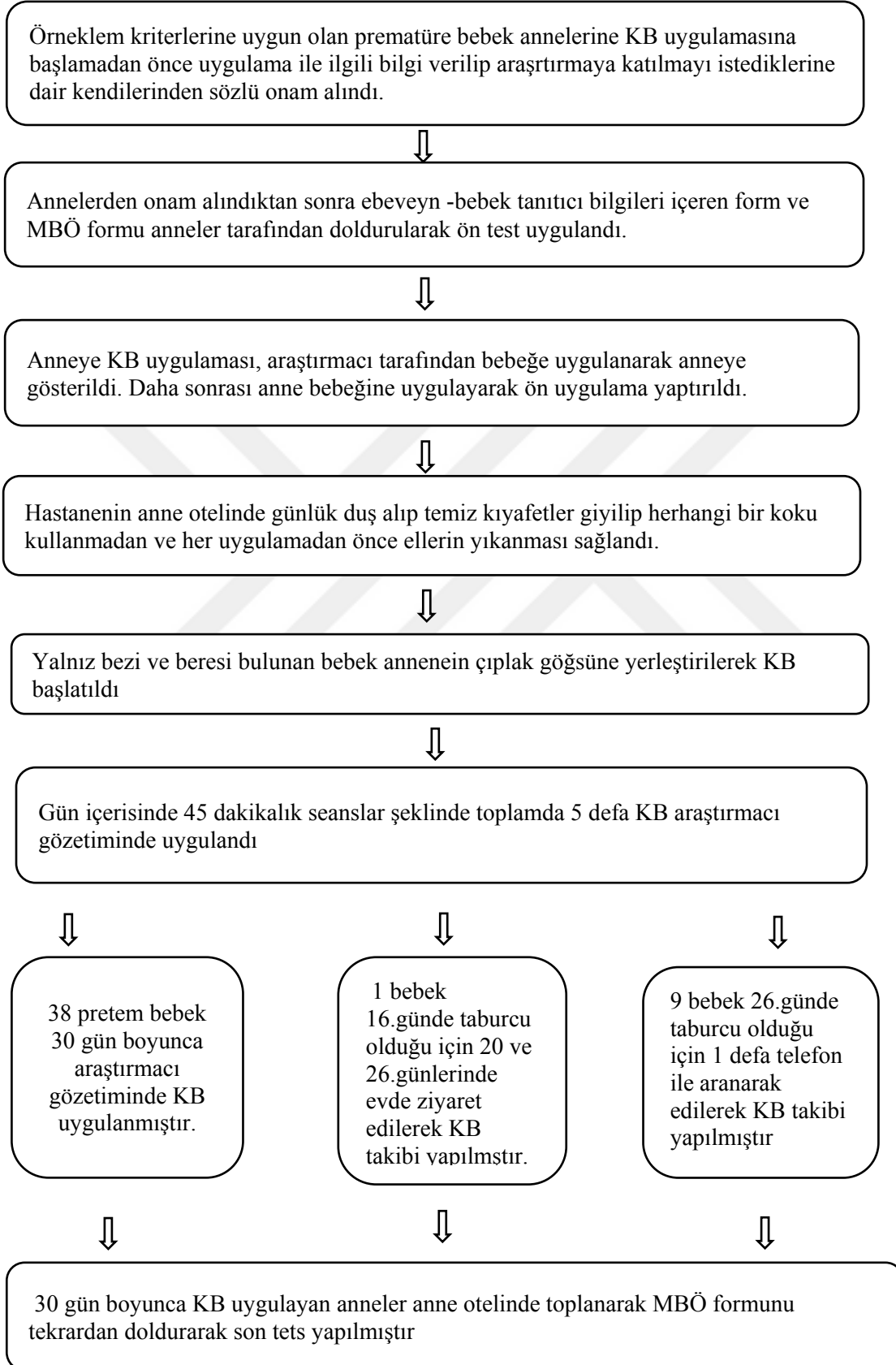
Anneye KB uygulamasına başlamadan önce hastanenin anne otelinde günlük duş almalarını temiz kıyafetler giyilmesini herhangi bir koku kullanmamaları ve her uygulamadan önce ellerin yıkanması kriterlerine uyması istenmiştir. Üniteye anne için bebeğini kucağına alabilecek koltuk ve steril önlük, bebek için de ısı kaybetmemesi için şapka temin edilmiştir. Üniteye 2 saat aralıklarla bebeği beslemek için alınan anneler önlük giydirilerek bebeğin beslenmesi sağladıktan sonra KB uygulaması için bebeklerini çıplak göğsüne yerleştirip 45 dakika boyunca kucağında kalması sağlanmıştır. KB uygulaması esnasında bebek monitörize edilmiş ve bir defa vücut sıcaklığı ölçülmüştür. KB uygulaması annenin uyku problemi yaşamayacağı 09-22 saatleri arasında uygulanmıştır. Uygulama sırasında anne ve bebek araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Gün içerisinde prematüre bebek, annenin uyanık olduğu 09-22 saatleri arasında 45 dakikalık seanslar şeklinde toplamda 5 defa KB almıştır. Prematüre bebek üniteye yattığı sürece araştırmacı gözetiminde uygulamayı gerçekleştirirken taburcu olduktan sonra anneleri tarafından evde devam ettirilmiştir.

Araştırmaya dâhil olan 50 prematüre bebeğe anneleri tarafından 30 gün boyunca günde beş defa 45 dakikalık seanslar halinde araştırmacı gözetiminde KB uygulanmıştır. 12 prematüre bebek üniteye yatışının 30 günü tamamlanmadan taburcu olurken 38’i 30 gününü tamamlayarak araştırmacı gözetiminde gün içerisinde 5 defa 45 dakikalık seanslar olmak üzere 30 gün boyunca KB almışlardır. Taburcu olanlar arasında yatışının 16.gününde taburcu olan bebek sayısı 1, 26. gününde taburcu olan bebek sayısı 9, 27. gününde taburcu olan bebek sayısı ise 1’dir. 16.günde

taburcu olan bebeğin 20. ve 27.günlerinde ev ziyareti yapılarak KB takibi yapılmıştır. 26.ve 27.günlerinde taburcu olan bebeklerin aileleri bir defa aranarak KB takibi yapılmıştır. Taburcu olan bebeklerin aileleriyle görüşülerek 30.günlerinde hastaneye gelmeleri söylenmiştir. Anne otelinde toplanan annelere MBÖ doldurmaları sağlanmıştır. Tüm bebeklerin annelerine son test kanguru bakımının uygulandığı 30. günde uygulanmıştır.



3.8.1. Araştırma Planı



3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS programı kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik yöntemlerin gösteriminde “Ortalama \pm standart sapma” değeri kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. İki bağımlı grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlerin gösteriminde “Medyan [Min.-Max.]” değeri kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada kullanılan Maternal Bağlanma Ölçeği verilerinin anneler tarafından doldurulması nedeniyle YYBÜ’de yatan preterm bebeklerin okuryazar olmayan anneleri çalışmaya alınamamıştır.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

3.11.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni; annelerin MBÖ puanlarıdır.

3.11.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; ebeveyn ve bebeğin tanıtıcı özellikleri, annelerin obstetrik öyküleri, bebeklerin doğum bilgileri, sağlık durumuna yönelik verileri, beslenme şekilleri ve KB uygulama durumudur.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Ebeveynlere İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı

Değişken	n	%
Anne eğitim düzeyi		
İlkokul mezunu	36	72
Okur –yazar	14	28
Baba eğitim düzeyi		
İlkokul	47	94
Ortaokul	1	2
Diğer	2	4
Anne yaşı		
19 Yaş ve altı	10	20
20-23Yaş	16	32
24-27 Yaş	11	22
28 Yaş ve üzeri	13	26
Baba yaşı		
19 Yaş ve altı	7	14
20-23Yaş	13	26
24-27 Yaş	16	32
28 Yaş ve üzeri	14	28
Anne çalışma durumu		
Hayır	50	100
Anne mesleği		
Ev hanımı	50	100
Baba mesleği		
İşçi	44	88
Serbest meslek	6	12
Sosyal güvence		
Evet	36	72
Hayır	14	28
Güvence türü		
SSK	35	97,2
Bağ-Kur	1	2,8
Ortalama aylık gelir		
Gelir giderden düşük	14	28
Gelir gidere eşit	36	72
Aile tipi		
Çekirdek aile	43	86
Geniş aile	7	14
Evlilik süresi		
1 yıl	20	40
2-4 yıl	15	30
5 yıl ve üzeri	15	30
Toplam	50	100

Ebeveynlere ilişkin demografik veriler Tablo 4.1’de verilmiştir. Annelerin yaş ortalamasının $24,00 \pm 5,02$ yıl, babaların $25,48 \pm 5,57$ yıl olduğu saptanmıştır. Annelerin %32’sinin 20-23 yaş grubunda, %72’sinin ilköğretim düzeyinde, tamamının ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Babaların %32’sinin 24-27 yaş grubunda, %94’ü ilköğretim mezunu, %88’i işçi olarak çalışmaktadır. Evlilik süresi ortalama $4,00 \pm 3,94$ (yıl) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Annelere İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı

Değişken	n	%
Yaşanan gebelik sayısı		
1 gebelik	28	56
2-4 gebelik	15	30
5 ve üzeri gebelik	7	14
Başka çocuğa sahip olma		
Evet	20	40
Hayır	30	60
İstemli gebelik durumu		
İsteyerek	49	98
İstemeden	1	2
Aile planlama yöntemi		
Hayır	50	100
Kürtaj olma durumu		
Evet	1	2
Hayır	49	98
Düşük yapma durumu		
Evet	15	30
Hayır	35	70
Son gebelikte problem yaşama		
Evet	3	6
Hayır	47	94
Son doğumda problem yaşama		
Evet	4	8
Hayır	46	92
Toplam	50	100

Annelerin %56’sının bir gebelik yaşadığı, %98’inin kürtaj olmadığı ve %70’inin düşük yapmadığı belirlenmiştir. Annelerin tamamının aile planlama yöntemi kullanmadığı belirlenmiştir. Annelerin %98’inin isteyerek gebe kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Bebeğe İlişkin Bazı Bulguların Dağılımı

Değişken	n	%
Doğum haftası		
30-31 hafta	10	20
32-33 hafta	12	24
34-35 hafta	28	56
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	34	68
Erkek	16	32
Bebeğin doğum şekli		
Sezaryen	21	42
Normal doğum	29	58
Bebek istenilen cinsiyet		
Evet	44	88
Hayır	6	12
Son doğumdan sonra problem yaşama		
Evet	3	6
Hayır	47	94
Bebeğin beslenmesi		
Hazır mama	3	6
Anne sütü ve hazır mama	47	94
Bebeğin doğumdan sonra görülme günü		
1.gün	15	30
2.gün	30	60
3 veya üzeri	5	10
Toplam	50	100

Çalışmaya alınan preterm bebeklerin %56'sının 34-35 gestasyon haftasında olduğu, %68'inin cinsiyetinin kız olduğu, %58'inin normal yolla doğduğu, %88'inin aileler tarafından istenilen cinsiyette olduğu belirlenmiştir. Bebeklerin beslenme şekilleri incelendiğinde %94'ü anne sütü ve hazır mama ile beslendiği, sadece anne sütü alan bebeğin olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamaları

MBÖ	n	Ortalama±SS	Min-Max	Z	p
Ön test	50	83,10±9,33	40-96	Z=-6,158	0.000
Son test	50	100,76±1,97	96-104		

Tablo 4.4’de annelerin maternal bağlanma ölçeği ön ve son test puan ortalamaları verilmiştir. Ön test puan ortalamasının 83,10±9,33, son test puan ortalamasının 100,76±1,97 olduğu belirlenmiştir. Kanguru bakımı uygulanan annelerin ön test ve son test maternal bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-6,158;p=0,000, Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Anne ve Bebeğe İlişkin Özellikler ile MBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken (n=50)	n	Maternal Bağlanma Ölçeği	
		İlk Ölçüm	Son Ölçüm
Doğum haftası			
31 hafta ve altı	10	84,0 [79,0-88,0]	99,50±2,01
32-33 hafta	12	86,5 [71,0-91,0]	101,42±1,73
34-35 hafta	28	86,5 [40,0-96,0]	100,93±1,92
		$\chi^2=1,011$ p=0,603	F=3,033 p=0,058
Anne yaşı			
19 Yaş ve altı	10	83,0 [68,0-90,0]	99,5 [98,0-102,0]
20-23 Yaş	16	87,5 [71,0-96,0]	101,5 [97,0-104,0]
24-27 Yaş	11	86,0 [40,0-94,0]	102,0 [99,0-104,0]
28 Yaş ve üzeri	13	80,0 [66,0-92,0]	101,0 [96,0-103,0]
		$\chi^2=2,859$ p=0,414	$\chi^2=6,076$ p=0,108
Anne eğitim düzeyi			
İlkokul	36	86,5 [68,0-96,0]	101,0 [98,0-104,0]
Okuryazar	14	81,0 [40,0-94,0]	100,5 [96,0-103,0]
		Z=-1,811 p=0,070	Z=-1,504 p=0,133
Baba yaşı			
19 Yaş ve altı	7	82,0 [72,0-88,0]	99,0 [98,0-102,0]
20-23 Yaş	13	88,0 [68,0-91,0]	100,0 [98,0-103,0]
24-27 Yaş	16	86,0 [40,0-96,0]	102,0 [97,0-104,0]
28 Yaş ve üzeri	14	82,0 [66,0-94,0]	101,5 [96,0-103,0]
		$\chi^2=1,402$ p=0,705	$\chi^2=6,682$ p=0,083
Sosyal güvence			
Evet	36	86,0 [40,0-94,0]	100,81±1,83
Hayır	14	82,0 [66,0-96,0]	100,64±2,37
		Z=-0,380 p=0,704	t=0,259 p=0,797
Ortalama aylık gelir			
1000 lira altı	14	84,0 [71,0-96,0]	100,0 [96,0-104,0]
1000 lira ve üzeri	36	86,0 [40,0-94,0]	102,0 [96,0-104,0]
		Z=-0,325 p=0,745	Z=-1,339 p=0,180

Aile tipi			
Çekirdek aile	43	84,0 [40,0-94,0]	101,0 [96,0-104,0]
Geniş aile	7	87,0 [79,0-96,0]	100,0 [97,0-104,0]
		Z=-1,081 p=0,280	Z=-0,867 p=0,386
Evlilik süresi			
1 yıl	20	86,0 [68,0-92,0]	100,0 [98,0-103,0]
2-4 yıl	15	82,0 [40,0-96,0]	102,0 [97,0-104,0]
5 yıl ve üzeri	15	88,0 [66,0-94,0]	101,0 [96,0-103,0]
		$\chi^2=2,102$ p=0,350	$\chi^2=4,269$ p=0,118

Yaşanan gebelik sayısı			
1 gebelik	28	86,0 [68,0-92,0]	100,64±1,79
2-4 gebelik	15	86,0 [40,0-96,0]	101,33±2,13
5 ve üzeri gebelik	7	80,0 [70,0-90,0]	100,0±2,31
		$\chi^2=0,715$ p=0,699	F=1,210 p=0,307
Düşük yapma durumu			
Evet	15	87,0 [40,0-96,0]	101,13±2,06
Hayır	35	86,0 [68,0-92,0]	100,60±1,94
		Z=-0,074 p=0,941	t=0,873 p=0,387
Başka çocuğa sahip olma			
Evet	20	85,0 [66,0-94,0]	100,72±2,24
Hayır	30	85,0 [40,0-96,0]	100,77±1,83
		Z=-0,364 p=0,716	t=-0,075 p=0,941
Son doğum şekli			
Sezaryen	21	86,0 [71,0-92,0]	101,00±1,64
Normal doğum	29	84,0 [40,0-96,0]	100,59±2,19
		Z=-0,779 p=0,436	t=0,728 p=0,470
Bebeğin cinsiyeti			
Kız	34	86,5 [40,0-96,0]	101,06±1,91
Erkek	16	84,0 [66,0-92,0]	100,13±2,03
		Z=-0,752 p=0,452	t=1,583 p=0,120
Bebek istenilen cinsiyet			
Evet	44	84,0 [40,0-96,0]	100,61±2,03
Hayır	6	90,0 [75,0-92,0]	101,83±1,17
		Z=-2,248 p=0,025	t=-2,153 p=0,058
Doğumdan sonra bebeği görme			
1. gün	15	87,0 [70,0-90,0]	100,00±2,24
2-3 gün	35	84,0 [40,0-96,0]	101,09±1,78
		Z=-0,361 p=0,718	t=-1,823 p=0,075

Tablo 4.5'te annelerin ve bebeklerin bazı özelliklerine göre maternal bağlanma ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunma durumu incelenmiştir.

Annelerin maternal bağlanma ölçeği puan ortalamaları ile bebeğin gestasyon haftası, anne yaşı, anne eğitim düzeyi, babanın yaşı, sosyal güvence durumu, gelir durumu ve aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.5).

Annelerin evlilik süresi, yaşanan gebelik sayısı, düşük yapma durumu ve başka çocuğa sahip olma durumu açısından maternal bağlanma ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bebeğin istenilen cinsiyette olması durumuna göre ilk ölçüm açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,248$; $p=0,025$). Bebeği istenilen cinsiyet olmayanların maternal bağlanmaları, istenilen cinsiyet olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.5).



5.TARTIŞMA

Erken doğum ile beraber dünyaya gelen prematüre bebek birçok sağlık sorunu yaşamakta, YYBÜ'nde uzun süre tedavi ve bakım görmek için anneden ayrı kalabilmektedir. Yaşanan bu ayrılık süreci annede yetersizlik, stres kaygı suçluluk duyguları oluşturup anne kimliğinin oluşmasına engel olabilmektedir. Yaşamın ilk saatlerinde anne bebek etkileşimi ile başlayan maternal bağlanma yaşanan bu ayrılık sürecinden dolayı etkilenip gecikebilmektedir. Anne-bebek etkileşiminin olabildiğince erken başlatılması annede annelik rolünün oluşmasıyla beraber bağlanmayı güçlendirmektedir (46,124,125).

Ten tene temas olan KB annenin bebeği ile etkileşime geçmesini kolaylaştıracak alternatif bir uygulamadır. KB uygulaması sayesinde anneler YYBÜ'lerine alınarak bebeğini kucaklayıp onların bakımında etkin rol alabilmektedir. Anne bebek etkileşiminin sağlanması, bebeğin durumunun stabil olması ve annede olumlu duygular oluşması ile beraber sağlıklı bir bağlanmanın gerçekleşmesi sağlayabilmektedir. Bu anlamda KB uygulaması bebeği YYBÜ lerinde yatan annelerin bebekleriyle vakit geçirmesi için bir alternatif yöntemdir (55,61,126,127).

Bu çalışmada kanguru bakımı uygulanan annelerin maternal bağlanma ölçeği ön test puan ortalamasının $83,10 \pm 9,33$ olduğu, son testte ise $100,76 \pm 1,97$ olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($Z=-6,158; p=0,000$, Tablo 4.4). Bu sonuç literatürde yapılan bazı çalışma bulguları ile benzer (48,128,130), bazı çalışma (55,129) bulguları ile farklılık göstermektedir.

KB'nın bebek ve anne için birçok yararının olduğu belirtilmektedir (98). Ahn ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, kanguru bakımı uygulanan annelerin maternal bağlanma puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Maternal bağlanma puanları çalışma grubunda KB öncesi $85,9 \pm 4,45$, KB sonrası $89,9 \pm 2,68$ iken kontrol grubunda KB öncesi $83,2 \pm 4,44$, KB sonrası $78,2 \pm 18,40$ 'dır. KB uygulayan grupta maternal bağlanma puanları yüksek bulunmuştur (128). Feldman ve ark (2002) tarafından KB ve standart küvöz bakımı uygulanan prematüre bebeklerde her iki bakımı alan bebeklerin postpartum sonrası altıncı aya kadar olan süreçte, maternal bağlanma özelliklerinin arttığı fakat istatistiksel açıdan fark olmadığı görülmüştür (55). Peker (2015) prematüre bebeklere KB uyguladığı çalışmasında kontrol grubundaki annelerin KB öncesi maternal bağlanma puan ortalamalarının benzer olduğu ($p>0,05$), KB sonrası ise her iki gruptaki annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (129). Conde-Agudelo ve arkadaşlarının yaptıkları sistematik derlemede, prematüre bebeğe kanguru bakımı uygulayan

annelerin kontrol grubuna göre bebekleriyle daha erken dönemde bağ kurduklarını ve süt miktarlarının arttığını belirtmiştir (48). Baley ve arkadaşları çalışmalarında; kanguru bakımının anne sütü miktarını arttırdığını, anne- bebek bağının erken kurulmasını ve annenin özgüvenini artırdığını saptamıştır (130).

Kanguru bakımının maternal bağlanmayı etkilemediği çalışmalarda kanguru bakımı süresinin bu çalışmadan daha kısa olduğu, uygulanma süresinin 30 günden az yapıldığı ve araştırmacı gözetiminde yapılmadığı belirlenmiştir. Bu çalışma bulgusunun literatürdeki çalışmalardan farklılığının bebelere kanguru bakımının günde 5 kez, 45 dakika, 30 gün süreyle ve araştırmacı gözetiminde uygulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde annelere kanguru bakımının etkin yapılabilmesi için fiziki koşullarda düzenlemeler yapılmıştır. Anneler kanguru bakımı uygulama sırasında desteklenmiş ve araştırmacı tarafından yakından gözlenmiştir. Annenin kanguru bakımı süresince günde 5 kez ve en az 45 dakika süresince bebeğinin yanında olmasının maternal bağlanma puanlarının artmasını etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerine bağlanmalarını etkileyen bazı özellikler incelendiğinde; bebeklerin doğum haftaları ile maternal bağlanma puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.5; $p=0,603$). Annelerin yaş gruplarıyla maternal bağlanma puanları arasında farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.5; $p=0,414$). Literatürde Bilgin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2018) anne yaşı ve maternal bağlanma puanları arasında farklılık bulunmamıştır (131). Öztürk'ün (2010) yaptığı çalışma sonucunda 18-22 yaş ve 38 yaş ve üzerindeki annelerin maternal bağlanma puanları ortalamalarının, diğer yaş gruplarında olan annelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (132). Maternal bağlanma düzeyi ileri yaş gebeliklerde bazı çalışmalarda daha düşük bulunurken bazı çalışmalarda ileri yaş annelerin daha esnek kişiliğe sahip olduğu; Ragozin ve ark. (1982)'i maternal yaşın artmasının ebeveynlik rolünde memnuniyetin, role katılımın ve annelik kimliğinin yerleşmesi ile doğru orantılı olduğunu belirtmişlerdir (133,134).

Çalışmaya katılan annelerin %72'si ilkokul mezunu, %28'i okuryazar ve eğitim düzeyleri ile maternal bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.5; $p=0,070$). Literatür incelediğinde anne eğitim düzeyinin MBÖ puanlarını etkilemediğini gösteren çalışmaların yanısıra (135-137), eğitim durumu arttıkça bağlanmanın arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (134). Keskin (2018) yaptığı çalışmada

annelerin eğitim düzeyinin MBÖ puanını etkilemediğini belirtmiştir (135). Bu çalışmada anne eğitiminin etkilememesinin nedeninin örnekleme alınan annelerin eğitim düzeylerinin ilköğretim mezunu ve okuryazar olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin bağlanmada etkili bulunduğunu gösteren çalışmalarda örnekleme alınan annelerin değişik eğitim düzeyinde (ilköğretim, lise, üniversite) olduğu belirlenmiştir (134).

Bu çalışmada annelerin %72'sinin sosyal güvencesinin olduğu %28'inin olmadığı ve sosyal güvence durumunun annede MBÖ puanını etkilemediği görülmüştür (Tablo 4.5). Araştırmamızla benzer şekilde Keskin (2018) çalışmalarında sosyal güvence ile MBÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (135). Benzer şekilde Kavlak'ın çalışmasında, annelerin sosyal güvence durumları ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Şen araştırma sonucumuzdan farklı olarak sosyal güvencesi olan annelerin maternal bağlanma puanlarının, sosyal güvencesi olmayan annelerin maternal bağlanma puanlarından daha yüksek olduğunu saptamıştır (136, 137).

Bu çalışmaya alınan annelerin %72'sinin gelirleri giderine eşit, %28'inin ise geliri giderlerinin altındadır. Gelir durumu giderinden yüksek anne bulunmamaktadır. Annelerin gelir durumları ile MBÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Durualp ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada geliri giderinden daha fazla olan annelerin maternal bağlanma puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (100). Gelir düzeyi yüksek olan annelerin ekonomik kaygılarının daha az olmasının, bebekleri için gerekli olan malzemeleri daha kolay sağlayabilmelerinin bağlanmayı etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmaya dâhil olan annelerin aile tipi ile MBÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.5). Bunun aksine Durualp ve ark.(2017) çekirdek tipli ailelerde annede MBÖ puanlarını daha yüksek bulmuştur (100).

Çalışmaya alınan annelerin evlilik sürelerine baktığımızda annelerin %40'nın henüz bir yıllık evli olduğu %30'unun 2-4 yıllık evli olduğu, % 30' unun ise 5 yıl ve üzeri evli olduğu görülmüştür. Çalışmamızda annelerin evlilik süreleri ile MBÖ puanları arasında bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.5). Literatüre baktığımızda Mutlu ve arkadaşları (2015) ile Akkoca (2009) çalışmalarında evlilik süresi ile MBÖ puanı arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (138,139). Bu durumda bağlanmanın annenin fetal hareketleri hissetmesiyle başlayıp giderek güçlenen bir ilişki olduğu, bu nedenle evlilik süresinin etkisinde kalmadan gebe olan annelerde bu bağın geliştiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada annelerin %56'sının ilk gebeliği olduğu ve annelerin yaşadıkları gebelik sayısı ile MBÖ puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5; p=0,699). Mutlu ve arkadaşları (2015) ile Şen ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada ilk çocuğa sahip olan annelerin MBÖ puanını daha yüksek bulmuşlardır (137,138). Bu durumun evlilik sonrası hemen çocuk sahibi olma isteğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında annelerin %30'nun düşük yaptığı %70'inin ise düşük yapma öyküsünün olmadığı görülmüştür. Annelerin düşük yapma durumları ile MBÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.5; p=0,941). Benzer şekilde Mutlu ve arkadaşları (2015) çalışmalarında annelerin düşük yapma durumu ile MBÖ puanı arasında bir ilişki bulunamamışlardır (138). Literatürlere baktığımızda benzer sonuçlar görülmektedir (132,133).

Çalışmamızda annelerin başka çocuğa sahip olma durumları ile MBÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5; p=0,716). Benzer olarak İzmir'de 19 sağlık ocağı ve üç AÇSAP merkezine kayıtlı 165 anne üzerinde yapılan bir çalışmada da, annelerin başka çocuklarının olma durumu ile annenin bağlanması arasında bir ilişki bulunmamıştır (134).

Bu çalışmada annelerin % 42 sinin sezaryen doğum % 58 inin ise normal doğum yaptığı görülmüştür. annelerin doğum şekli ile MBÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5; p=0,436). Keskin (2018) doğum şekli ile MBÖ arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ilgili yaptığı çalışmada; doğum şekli ile MBÖ puanı arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir(135). Benzer bir çalışma olarak Hergüner ve arkadaşları da çalışmalarında sezaryen doğum yapan annelerin MBÖ puanı ile normal doğum yapanların MBÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamış fakat normal doğum yapan annelerin MBÖ puanları daha yüksek bulunmuştur (140,141). Bu durum bebeklerini normal doğuran annelerin bebekleriyle daha erken ten tene temas kurduğunu bu nedenle maternal bağlanmanın daha erken başladığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda annelerin %68'inin kız %32'sinin erkek bebeğe sahip olduğu görülmüştür. Bebeklerin cinsiyeti ile MBÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda; bebeğin cinsiyeti ile MBÖ puanı arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür (141-146). Bu bulgular çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan annelerin %88'inin bebeklerini istedikleri cinsiyette %12'sinin ise istemedikleri cinsiyette olduğunu belirtmişlerdir. Annelerin istediği cinsiyette bebek sahibi olma durumu ile MBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (Tablo 4.5; p=0,025). Bebeği istenilen cinsiyette olmayanların MBÖ ön test

puanları, bebeği istenilen cinsiyette olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgumuzun aksine, Durualp ve arkadaşaları (2017) yaptıkları araştırmada bebeğini istediği cinsiyette doğuran annelerin MBÖ puanlarının daha yüksek bulmuşlardır (100). Farklı olarak Mutlu (2015) çalışmalarında annelerin çoğu bebeklerin cinsiyetinin kız olmasını isterken bebeklerin çoğu erkek doğmuş ve bu durum MBÖ puanını etkilememiştir (138). Bu çalışmada istenilen cinsiyette çocuk sahibi olma durumuna göre maternal bağlanma puanı kanguru bakımı uygulandıktan sonra artmıştır (Tablo 4.5). Cinsiyet isteminde toplum ve aile baskısı olabileceği, annenin bebeğin cinsiyeti ile düşüncelerini ifade edememesinin sonuçları etkilediği düşünölmektedir.

Çalışmamızda annelerin %30'u bebeklerini doğumdan sonra ilk günde gördüklerini %70'i ise doğumun ikinci ve üçüncü gününde görebildiklerini söylemişlerdir. Annelerinin bebeklerini görme zamanı ile MBÖ puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5). Literatüre baktığımızda Alan'ın çalışmasında annelerin bebeklerini ilk kucaklarına alma zamanı ile MBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (143). Şen'in çalışmasında da doğum sonrasında bebeklerini ilk 30 dakika içinde görenler ile 30 dakika sonrasında görenler arasında fark bulunmamıştır (142). Öztürk ve Saruhan'ın çalışmasında bebeklerini ilk gün gören annelerin maternal bağlanma puanları daha yüksek ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (132). Bu çalışmada annenin bebeği görme zamanının etkili olmamasının nedeni olarak bebeğin üniteye kabulünden 24 saat sonra annelerin üniteye alınmasının etkili olduğu düşünölmektedir.

Bu çalışma sırasında annelerin tamamı kanguru bakımına ilişkin pozitif geri bildirimler vermiştir. Bebeğini erken doğurması sebebiyle suçluluk hissettiklerini ancak KB uygulayarak bebekleriyle yarım kalan gebelik süreçlerini tamamladıklarını, bebeklerine özlem duyduklarını, onunla vakit geçirmenin keyifli olduğunu, bebeklerinin gün geçtikçe büyümesine tanık olduklarını, bebeğin uyku süresinde artış olduğunu, bebeğe dokunma, kucaklama, bakım yapma sırasında endişelerinin azaldığını ifade etmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

- Kanguru Bakımının maternal bağlanma düzeyini önemli ölçüde artırmaktadır
- Bebeğin istenen cinsiyetten farklı olması maternal bağlanmayı olumsuz etkilememektedir.
- Annenin eğitim düzeyi maternal bağlanma düzeyini etkilememektedir.
- Babanın eğitim düzeyi maternal bağlanma düzeyini etkilememektedir.
- Annenin yaşı maternal bağlanma düzeyini etkilememektedir.
- Babanın yaşı maternal bağlanma düzeyini etkilememektedir.
- Sosyal güvencenin varlığı maternal bağlanma düzeyini etkilememektedir.
- Gelir durumu maternal bağlanma düzeyini etkilememektedir.
- Aile tipi maternal bağlanma düzeyini etkilememektedir.
- Evlilik süreleri maternal bağlanma düzeylerini etkilememektedir.

Öneriler;

- Yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin KB konusunda bilgilerini artıracak eğitim programları düzenlenmeli
- Ünitelerde kanguru bakımı yapılmaya uygun şekilde fiziki koşullar sağlanmalı
- Doğumhanede ve ameliyathanede KB uygulayacak hemşire bulundurulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Yıldırım G. Kanguru Bakımının Düşük Doğum Tartılı Preterm Yenidoğanların Beslenme ve Gelişimine Etkisi. Marmara Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği/Yenidoğan Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2009.
2. Hockenberry MJ, Wilson D. Wongs Nursing Care of Infants and Children 9th Ed. St. Louis: Elsevier-Mosby, 2013.
3. World Health Organization Preterm birth 2015. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> February 03,2016
4. Özbek A, Miral S. Çocuk Ruh Sağlığı Açısından Prematürite. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003;46:317-27.
5. Sung MH, Kim MK. A Study of The Effects of Behavior Contact in Early Mother-İnfant Attachment. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2005;35(5):842-9.
6. İşler A. Prematüre Bebeklerde Anne Bebek İlişkinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü. Perinatoloji Dergisi 2007;15(1):1-6.
7. Çalışır H. İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2003.
8. Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6(1):188-202.
9. Öztürk R, Saruhan A. 1-4 Aylık Premature Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013;1:32-47.
10. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de CZ, Charpak Y. Kangaroo Mother Versus Traditional Care For Newborn İnfants $\leq 2000\text{grams}$:A Randomized, Controlled Trial. Pediatrics 1997;100(4):682-688.
11. Gupta M, Jora R, Bhatia R. Kangaroo Mother Care (KMC) in LBW Infants a Western Rajasthan Experience. Indian J Pediatrics 2007;74(8):747-9.
12. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo Mother Care To Reduce Morbidity And Mortality İn Low Birthweight İnfants. Cochrane Database Syst Rev 2011;16 (3):188-206.
13. Venancio SI, Almeida H. Kangaroo Mother Care: Scientific Evidences and Impact on Breastfeeding. Jornal de Pediatria 2004;80(5):173-9.
14. Çindemir N. Erken V. Geç Dönemde Başlanan Kanguru Bakımının Prematüre Bebeklere ve Annelerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye 2003.

15. Dönmez K. Yenidoğan Ünitelerinde Yatan Bebeklerde ve Annelerinde Oluşan Stres Etkilerinin Azaltılmasında Kanguru Bakım Modelinin Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2005.
16. Derebent E. Prematüre Bebeklere Yapılan İnvaziv Girişimler Sırasındaki Ağrıyı Azaltmada Kanguru Bakımının Etkisi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin. 2007.
17. Sarıcan ES. Prematür Bebeklerde Kanguru Bakımının Annenin Emzirme Durumuna ve Bebeğin Büyüme-Gelişmesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. 2014.
18. Çoban A, İnce Z. Tedavi, Girişimler, Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Neonatoloji 6. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. P.23-30.
19. Taşkın L. Özel bakım Gerektiren Yenidoğan. In: Eroğlu K, Koç GI (Eds), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 11. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. p. 427-451.
20. WHO <http://www.who.int/en/>, (Erişim tarihi: 12 Haziran 2014).
21. Çil MA. Yenidoğan Ünitesi'nde Prematürite Tanısı İle Yatan Bebeklerin Retrospektif Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye. 2010.
22. Aydın D. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Pretermlere Dinletilen Klasik Müziğin Bebeklerin Stres Belirtileri, Büyümesi, Oksijen Saturasyon Düzeyi ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, İstanbul, Türkiye. 2006.
23. Dağoğlu T, Görak G. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. In: Dağoğlu T, Görak G.(Eds). Yenidoğanın Değerlendirilmesi. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. p. 127-152.
24. Can G, İnce Z. Preterm Yenidoğanlar, İntrauterin Büyüme Geriliği, Makrozomi, Çoğul Gebelikler. In: Neyzi O, Ertuğrul T. (Eds), Pediatri 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. P.367-385.
25. Ülkemizdeki Yenidoğan Bakım Merkezlerinde 2009 Mortalitesi. Türk Neonatoloji Derneği (TND) Bülteni 2011;23:50-51.
26. Korkmaz A, Akçören Z, Alanay Y, Özyüncü Ö, Yiğit Ş, Deren Ö, ve ark. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi 2001-2006 Dönemi Perinatal Mortalite Analizi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010;53:175-188.
27. Törüner EK, Büyükgönenç L. Riskli Yenidoğan. In: Törüner EK, Büyükgönenç L.(Eds). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2011. P. 393398.
28. Özden İE. Prematürelilik ve Düşük Doğum Ağırlığının Orta-Uzun Dönemde Kan Basıncı ve Böbrek Fonksiyonları Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, Türkiye. 2009.

29. Stoll BJ, Kligman RM. The High Risk Infant. İçinde R.E. Behrman, R.M. Kligman ve H.B. Jenson (Eds). Nelson Text Book of Pediatrics. 17nd. USA, Elsevier Science, 2004;553
30. Canbak, Y. Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğanlarda Mortalite ve Morbidite Oranları. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği. İstanbul, 2009.
31. Çavuşoğlu, H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği (Cilt 2). Ankara: Sistem Ofset Yayınevi, 2013; 57-110.
32. Ünal F, Şentürk A. Sezaryen Doğumlarda Baba İle Bebek Arasında Kanguru Bakımı Alternatif Bir Uygulama Olabilir Mi? Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2018;15,(2):75-79.
33. Kurt FY, AYTEKİN A. Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kanguru Bakımı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bil Dergi 2015; 4(1):97-81.
34. Flynn A, Leahy-Warren P. Neonatal Nurses' Knowledge and Beliefs Regarding Kangaroo Care with Preterm Infants in an Irish Neonatal Unit. J Neonatal Nurs 2010; 16(5): 221-8.
35. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early Skin-Toskin Contact for Mothers and Their Healthy Newborn Infants. Cochrane Database Syst Rev 2012; 16(1): 5.
36. Sarparast L, Farhadi R, Sarparast M, Shafai S. The Effect of Kangaroo Mother Care on Neonatal Outcomes In Iranian Hospitals: A Review. J Pediatr Rev 2015; 3(1): 1-9.
37. Venancio SI, Almeida H. Kangaroo Mother Care: Scientific Evidences and Impact on Breastfeeding. J Pediatr (Rio J) 2004; 80(5): 173-179.
38. Charpak N, Ruiz GJ, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, et al. Kangaroo Mother Care: 25 Years After. Acta Paediatr 2005; 94: 514-522.
39. Bhandari N, Mazumder S, Taneja S, Sommerfelt H, Strand TA. Effects of Implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI) Programme on Neonatal and Infant Mortality: Clustered Randomized Controlled Trial. BMJ 2012; 344: 1-13.
40. Charpak N, Ruiz GJ, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, Cristo M, et al. Kangaroo Mother Care: 25 Years After. Acta Paediatr 2005; 94(5): 511-519.
41. Roos N, Roos T. The Miracle of Kangaroo Mother Care. Online Book, Queensland, Australia, 2011.
42. Ludington-Hoe SM. Chapter 18: Kangaroo Care is Developmental Care. In: Verklan T, McGrath J. (eds.). Developmental Care of Newborns and Infants. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby and National Association of Neonatal Nurses, 2010: 245-288.
43. Hardy W. Integration of Kangaroo Care Into Routine Care Giving in The NICU. What is Stopping You? Adv Neonatal Care 2011; 11(2):119-121.
44. World Health Organization. Kangaroo Mother Care: A Practical Guide. Department of Reproductive Health and Research, Geneva 2003.

45. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. Kangaroo Mother Care' to Prevent Neonatal Deaths Due to Preterm Birth Complications. *Int J Epidemiol* 2010; 39(1): 144-54.
46. Genç RE, Özkan H. Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Baskı. Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri 2016: 665-75.
47. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early Skin-Toskin Contact for Mothers and Their Healthy Newborn Infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 16(1): 5.
48. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo Mother Care to Reduce Morbidity and Mortality in Low Birthweight Infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 8.
49. Ludington-Hoe SM. Thirty Years of Kangaroo Care Science and Practice. *J Neonatal Nurs* 2011; 30(5): 357-62.
50. Davanzo R, Brovedani P, Travan L, Kennedy J, Crocetta C, and Strajn T. Intermittent Kangaroo Mother Care: a Nicu Protocol. *J Hum Lact* 2013; 29(3): 332-8.
51. Jefferies AL. Kangaroo Care For The Preterm Infant and Family. *Paediatr Child Health* 2012; 17(3): 141-43.
52. Nygvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. State Of The Art and Recommendations Kangaroo Mother Care: Application in a High-Tech Environment. *Acta Paediatr* 2010; 99(6): 812-950.
53. Nolan A, Lawrence C. a Pilot Study of a Nursing Intervention Protocol to Minimize Maternal-Infant Separation After Cesarean Birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(4): 430-42.
54. Byaruhanga R, Bergstrom A, Okong P. Neonatal Hypothermia in Uganda: Prevalence and Risk Factors. *J Trop Pediatr* 2005; 51(4): 212-5.
55. Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Promotes Self-Regulation in Premature Infants: Sleep-Wake Cyclicity, Arousal Modulation, Sustained Exploration. *Dev Sci* 2002; 38(2): 194-207.
56. Doyle LW. Kangaroo Mother Care. *Lancet* 1997; 350(9093): 1721-2.
57. Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja U, George G. Kangaroo Mother Care in Very Low Birth Weight Infants. *Indian J Pediatr* 2001; 68(11): 1019-23.
58. Walters MW, Boggs KM, Ludington-Hoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo Care at Birth for Full Term Infants: a Pilot Study. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007; 32(6): 375-81.
59. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-Infant Skin-to-Skin Contact After Delivery Results in Early Recognition of Own Mother's Milk Odor. *Acta Paediatr* 2004; 93(12): 1640-5.
60. Suman RP, Udani R, Nanavati R. Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Infants: A Randomized Controlled Trial. *Indian Pediatr* 2008; 45(1): 17-23.

61. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. Towards Universal Kangaroo Mother Care: Recommendations and Report From The First European Conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatr* 2010; 99(6): 820-6.
62. Browne JV. Early Relationship Environments: Physiology Of Skin-To-Skin Contact for Parents and Their Preterm Infants. *Clin Perinatol* 2004; 31(2): 287-98.
63. Hunt F. The Importance of Kangaroo Care on Infant Oxygen Saturation Levels and Bonding. *J Neonatal Nurs* 2008; 14(2): 47-51.
64. Shrivastava PS, Ramasamy J. Utility Of Kangaroo Mother Care in Preterm and Low Birthweight Infants. *S Afr Fam Pract* 2013; 55(4): 340-4.
65. Ludington-Hoe SM, Hashemi MS, Argote LA, Medellin G, Rey H. Selected Physiologic Measures and Behavior During Paternal Skin Contact with Colombian Preterm Infants. *J Dev Physiol* 1992;18:223-232.
66. Fohe K, Skropf S, Avenarius S. Skin to Skin Contact Improves Gas Exchange in Premature Infants. *J Perinatol* 2000;5:311-315.
67. Bauer K, Uhrig C, Sperling P, Pasel K, Wieland C, Versmold HT. Body Temperatures and Oxygen Consumption During Skin-to-Skin (Kangaroo) Care in Stable Preterm Infants Weighing Less Than 1500 Grams. *J Pediatr* 1997;130(2):240-244.
68. Bohnhorst B, Heyne T, Peter CS, Poets CF. Skin-to-Skin (Kangaroo) Care, Respiratory Control, and Thermoregulation. *J Pediatr* 2001;138(2):193-197.
69. Mccall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to Prevent Hypothermia at Birth in Preterm and/or Low Birth Weight Infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (3).
70. Rao S, Udani R, Nanavati R. Kangaroo Mother Care for Low Weight Infants: A Randomized Controlled Trial. *Indian Pediatrics* 2006;45:17-23.
71. Boo NY, Jamli FM. Short Duration of Skin-to-Skin Contact: Effects on Growth and Breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2007;43(12):831-836.
72. Cattaneo A, Davanzo R, Bergman N, Charpak N. Kangaroo Mother Care in Low-Income Countries. International Network in Kangaroo Mother Care. *J Trop Pediatr* 1998;44(5):279-82.
73. Ali SM, Sharma J, Sharma R, Alam S. Kangaroo Mother Care as Compared to Conventional Care for Low Birth Weight Babies. *Dicle Med J* 2009; 36(3): 155-160.
74. Rojas MA, Kaplan M, Quevedo M, Sherwonit E, Foster LB, Ehrenkranz RA, et al. Somatic Growth of Preterm Infants During Skin-to-Skin Care Versus Traditional Holding: A Randomized, Controlled Trial. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24(3):163-168.
75. Affonso D, Bosque E, Wahlberg V, Brady J. Reconciliation And Healing For Mothers Through Skin-To-Skin Contact Provided in an American Tertiary Level Intensive Care Nursery. *Neonatal Network* 1993; 12(3): 25-32.

76. Klaus MH, Kennell JH, Plumb N, Zuehlke S. Human Maternal Behavior at First Contact with Her Young. *Pediatrics* 1970;46(2):187-192.
77. Mercer RT. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 2004;36(3):226-232.
78. Feeney JA. Adult Attachment, Emotional Control, and Marital Satisfaction. *Pers Relatsh* 1999, 6: 169-185.
79. Müller ME. Prenatal and Postnatal Attachment: A Modest Correlation. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996, 25: 161-6.
80. Hazan C, Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *J Pers Soc Psychol* 1987, 52: 511.
81. Coates S, Bowlby J, and Margaret S. Their Lives and Theories 1. In *Relational Psychoanalysis* 2014, 4: 131-157.
82. Soysal SA, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 88-99.
83. Yılmaz SD. Prenatal Anne-Bebek Bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10: 28-33.
84. Sümer N, Oruçular Y, Çapar T. Bağlanma ve Bağımlılık: Kuramsal Çerçeve ve Derleme Çalışması. *Bağımlılık Dergisi* 2015, 14: 192-209.
85. Morsünbül Ü. Çok F. Bağlanma ve İlişkili Değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3: 553-570.
86. Kozan HİÖ, Hamarta E. Beliren Yetişkinlikte Beden İmgesi: Bağlanma ve Sosyal Görünüş Kaygısının Rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2017, 7: 63-81.
87. Bowlby JA. *Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory (Collected Papers)*. London: Tavistock, 1988.
88. Rodriguez CM, Tucker MC. Behind The Cycle Of Violence, Beyond Abuse History: A Brief Report on The Association of Parental Attachment to Physical Child Abuse Potential. *Violence Vict* 2011, 26: 246-256.
89. Smith KM. Sleep and Kangaroo Care: Clinical Practice in The Newborn Intensive Care Unit: Where The Baby Sleeps. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007;21(2):151-157.
90. Thukral A, Chawla D, Agarwal R, Deorari AK, Vinod KP. Kangaroo Mother Care-an Alternative to Conventional Care. *Indian Journal Of Pediatrics* 2008;75:497-503.
91. Hall D, Kirsten G. Kangaroo Mother Care. *Transfusion Medicine* 2008;18:77-82.
92. Mercer RT. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal Of Nursing Scholarship* 2004;36(3):226-232.

93. Mercer RT. Nursing Support of The Process of Becoming a Mother. JOGNN 2006; 35(5):649-651.
94. Çakır DS. Doğum Tipi Değişkeninin Anne-Bebek Etkileşimi ve Annenin Bebeğini Algılaması Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye. 2009.
95. Çelebioğlu A. Bebeğin Hastaneye Kabulünde Ebeveynlerin Duyguları ve Hemşirelik Yaklaşımı. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004;1(1), 1-4.
96. Fowlie PW, Mchaffie H. Supporting Parents in The Neonatal Unit. BMJ. 2004; 329, 1336-1338.
97. Roller CG. Getting to Know You: Mothers' Experiences of Kangaroo Care. JOGNN 2005; 34(2):210-217.
98. Manav G, Yıldırım F. Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2010;32:149-157.
99. Durualp E, Kaytez N, Girgin BA. Evlilik Doyumu ve Maternal Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergi 2017, 18: 129-138.
100. Evcili F, Abak G, Ali B, Yurtsal ZB. Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusalarmın Anne-Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri. STED 2014, 23: 138.
101. Güleşen A, Yıldız D. Erken Postpartum Dönemde Anne-Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013, 12: 177-182.
102. Arslan F, Uzun Ş. Hemşirenin Postnatal Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28: 736-742.
103. Bell L, St-Cyr Tribble D, Paul D, Lang A. A Concept Analysis of Parent-Infant Attachment. J Adv Nurs 1998, 28: 1071-1081.
104. Johnson K. Maternal-Infant Bonding: A Review Of Literature. Int J Childbirth Educ 2013, 28: 17-22.
105. Soysal AŞ, Ergenekon E, Aksoy E. Yenidoğan Döneminde Hastanede Uzun Süreli Tedavi Görmeyenlerin Bağlanma Örüntüsü Üzerindeki Etkileri: Bir Olgu Sunumu. Klinik Psikiyatri Dergisi 1999, 2: 266-270.
106. Johnson AN. Promoting Maternal Confidence in The NICU. J Pediatr Health Care 2008, 22: 254-7.
107. Karakulak HA, Alparıslan Ö. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Aydın Örneği. J Contemp Med 2016, 6: 188-199.
108. Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007, 6: 479-484.
109. Şanlı Y, Öncel S. Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Turk J Obstet Gynecol 2014, 11: 105-114.
110. Lang C. Bağlanma. Üzel N, Özbalcı S (Çeviri Editörleri). 1. Baskı, Ankara: Modern Tıp Kitabevi 2009: 1-112.

111. Soysal AŞ, Öktem F, Ergenekon E, Erdoğan E. Doğum Türü Değişkeninin Bağlanma Örüntüsü Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2000, 3: 75-85.
112. Öztürk H, Demir Ü. Erken Devrede Emzirmenin Anne-Bebek Sağlığı Açısından Yararları. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences* 2001, 4: 1-5.
113. Wilson D, Gross D, Hodgkinson S, Deater-Deckard K. Association Of Teen Mothers' and Grandmothers' Parenting Capacities with Child Development: A Study Protocol. *Res Nurs Health* 2017, 40: 512-8.
114. Crugnola CR, Ierardi E, Gazzotti S, Albizzati A. Motherhood in Adolescent Mothers: Maternal Attachment, Mother–Infant Styles of Interaction and Emotion Regulation at Three Months. *Infant Behav Dev* 2014. 37: 44-56.
115. Lewin A, Mitchell SJ, Ronzio CR. Developmental Differences in Parenting Behavior: Comparing Adolescent, Emerging Adult, and Adult Mothers. *Merrill Palmer Q* 2013, 59: 23-49.
116. Holub CK, Kershaw TS, Ethier KA, Lewis JB, Milan S, Ickovics JR. Prenatal and Parenting Stress on Adolescent Maternal Adjustment: Identifying A High-Risk Subgroup. *Matern Child Health J* 2007, 11: 153-9.
117. Dönmez A, Er M, Karaçam Z. Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaşadığı Gebeliğe Bağlı Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Life Sciences* 2018, 13: 110.
118. Kavlak O, Şirin A. Anne ve Babaya Ait Bağlanma ve Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007, 23: 183-94.
119. Pridham KF, Lytton D, Chang AS, Rutledge D. Early Postpartum Transition: Progress in Maternal Identity And Role Attainment. *Res Nurs Health* 1991; 14: 2131.
120. Şahin NH. Seksiyo-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. *Marmara Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009. 2: 93-8.
121. Bal MD. Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013, 21: 39-146.
122. Pickler RH. Understanding, Promoting, and Measuring The Effects of Motherinfant Attachment During Infant Feeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009, 38: 468-469.
123. Deliktaş A, Körükcü Ö, Kukulcu K. Farklı Gruplarda Annelik Deneyimi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015. 5: 274-283.
124. Çelebioğlu A, Polat S. Hiperbilirubinemi Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Yenidoğanların Annelerinin Kaygı Düzeyi, Etkileyen Faktörler ve Bilgilendirmenin Kaygıyı Azaltmadaki Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11: 2.
125. Tolunay O. Türk Tıp Tarihinde Emzirme. *Lokman Hekim Dergisi* 2014; 4(3): 6-10.
126. Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di Giulio P. Skin-Toskin Contact After Cesarean Delivery: An Experimental Study. *J Nurs Res* 2010; 59(2): 78-84

127. De Alencar AE, Arraes LC, De Albuquerque EC, Alves JG. Effect Of Kangaroo Mother Care on Postpartum Depression. *J Trop Pediatr* 2009; 55(1): 36-8.
128. Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo Care On Premature Infant Growth and Maternal Attachment and Post-Partum Depression in South Korea. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2010; 56: 5.
129. Peker N. Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi ve Anne-Bebek İlişkinine Etkisi, 2015.
130. Baley J. Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in The Neonatal Icu. *Newsl Am Acad Pediatr* 2015; 136(3): 156-9.
131. Bilgin Z, Ecevit Ş. Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri *HSP* 2018;5(1):6-15.
132. Öztürk R, Saruhan A. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*. İzmir: 2010.
133. Ragozin A, Basham R, Crnic K, Greenberg M, Robinson N. Effects on Maternal Age on Parenting Role. *Dev Psychol*. 1982, 18:627634.
134. Yılmaz S, Beji N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Derg*. 2010 20(3):99-108.
135. Keskin F. Doğum Şekli Ve Maternal Bağlanmaya Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi *Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*, 2018.
136. Kavlak O. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.
137. Şen S. Anneanne-Anne-Bebek Bağlılığının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.
138. Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İ, Çelikel F, Sezer G. Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Doğum Sonrası Etkenlerin Annenin Bağlanması ile İlişkisi *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16:442-450.
139. Akkoca Y. Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009.
140. Kinsey CB, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff KH. Effect Of Miscarriage History on Maternal-Infant Bonding During The First Year Postpartum in The First Baby Study: A Longitudinal Cohort Study. *BMC Womens Health* 2014; 14:83.
141. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R.. Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma İle İlişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2004; 27,15-20.

142. Şen, S. ve Kavlak, O. Büyükanne-Anne-Bebek Bağlanması'nın İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2009.
143. Alan H, Ege E. Influence Of Social Support on Maternal-Infant Attachment In Turkish Society. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 16, 4.
144. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The Effects of Pre-Term Birth on Motherinfant Interaction And Attachment During The Infant's First Two Years. Acta Obstetric Gynecology Scand 2012; 91(2), 164-173.
145. Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(1), 188-202.
146. Tilokskulchai F, Phattanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment Behaviors in Mother of Premature Infants: A Descriptive Study in Thai Mothers. Journal Perinatal



8. EKLER

EK.1 Ebeveyn ve Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu

Anne-Bebek Tanıtım Formu:

Anket No: Tarih: Telf. No.

Bebeğin doğum haftası nedir?.....

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise ve dengi okul mezunu

d) Fakülte/Yüksekokul mezunu e)okur-yazar.....

3. Şu anda çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

4. Mesleğiniz nedir?

a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest meslek e)

Diğer.....

5. Eşiniz kaç yaşında?.....

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise ve dengi okul mezunu

d) Fakülte/Yüksekokul mezunu e) okur-yazar.....

7. Eşinizin mesleği nedir?

a) Memur b) İşçi c) Serbest meslek d) Emekli e) Diğer.....

8. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

9. Evet ise sosyal güvenceniz nedir?

a) Emekli Sandığı b) SSK c) Bağ-Kur d) Özel Sağlık Sigortası e) Diğer...

10. Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?

11. Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Parçalanmış Aile d) Diğer.....

12. Kaç yıllık evlisiniz?.....

13. Kaç gebelik yaşadınız?.....

14. Hiç küretaj oldunuz mu?

a) Evet (.....) b) Hayır

15. Hiç düşük yaptınız mı?
a) Evet (.....) b) Hayır
16. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
a) Evet (.....) b) Hayır
17. Başka çocuğunuz var mı?
a) Evet (.....) b) Hayır
18. Diğer çocuklarınızın cinsiyetleri nedir?
19. Bir önceki çocuğunuz kaç yaşında?
20. Bu bebeğinize isteyerek mi gebe kaldınız?
a) İsteyerek gebe kaldım
b) İstemeden gebe kaldım
c) İlk önce istemedim daha sonra istedim
21. Son gebeliğiniz süresince herhangi bir problem yaşadınız mı?
a) Evet b) Hayır
22. Son doğumunuzda herhangi bir problem yaşadınız mı?
a) Evet b) Hayır
23. Son doğum şekliniz nedir?
a) Sezaryen b) Normal doğum c) Epidural Sezaryen
d) Epidural Normal Doğum e) Müdahaleli Doğum
24. Son doğumunuzdan sonra herhangi bir problem yaşadınız mı?
a) Evet (.....) b) Hayır
25. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?
a) Kız b) Erkek
26. Bebeğiniz istediğiniz cinsiyette mi doğdu? (Kız/Erkek)
a) Evet b) Hayır
27. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi gördünüz?.....
28. Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?
a) Anne sütü b) Hazır mama c) Anne sütü ve hazır mama c) Diğer.....
29. Bebeğinize bakım verirken destek alıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır (32. soruya geçin)
30. Evet ise bebeğinizi kimlerle birlikte bakıyorsunuz?
a) Eşim ve ben b) Ebeveyn (anneanne\babaanne) ve ben c) Diğer

EK 2. Maternal Baglanma Ölçegi

MATERNAL BAGLANMA ÖLÇEĞİ				
Asağıdaki yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duygularını tanımlamaktadır. Lütfen her ifadeye tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.				
	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir zaman
1-Bebegimi sevdiğimi hissediyorum				
2- Bebegimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum				
3- Bebegimle özel zaman geçirmek istiyorum				
4- Bebegimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum				
5-Sadece bebegimi görme bile beni mutlu ediyor				
6- Bebegimin bana ihtiyacı olduğunu düşünüyorum				
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum				
9- Bebegim güldüğünde kendimi özel hissediyorum				
10-Bebegimin gözlerinin içine bakmaktan hoslanıyorum				
11- Bebegimi kucagımda tutmaktan hoslanıyorum				
12-Bebegimi uyurken seyrediyorum				
13-Bebegimin yanımda olmasını istiyorum				
14-Baskalarına bebegimi anlatıyorum				
15-Bebegimin gönlünü almak zevklidir				
16-Bebegimle kucaklasmaktan hoslanıyorum				
17-Bebegimle gurur duyuyorum				
18-Bebegimin yeni şeyler yapmasını görmekten Hoşlanıyorum				
19-Düşüncelerim tamamen bebegimle dolu				
20-Bebegimin karakterini biliyorum				
21-Bebegimin bana güven duymasını istiyorum				

22-Bebegim için önemli olduğumu biliyorum				
23-Bebegimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum				
24-Bebegime özel ilgi gösteriyorum				
25-Bebegim ağladığında onu rahatlatıyorum				
26-Bebegimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum				



EK 3. MBÖ Kullanım İzni

> From: oya.kavлак@ege.edu.tr

> To: ru_ken_yaslan@hotmail.com

>

> Çalışmanız da başarılar dilerim olcegimi

▶ kulanmanız beni sevindirir

> sevgiler Oya



EK.4 Etik Kurul Kararı

13/10/03

Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hülya KARATAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Prematüre Bebeklere Uygulanan Kanguru Bakımı ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine,

Oybirliğiyle karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkan Vekili



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin

Numarası :125322008
Adı, Soyadı :Ruken YAVUZASLAN
Anabilim Dalı :HEMŞİRELİK
Programı : **Yüksek Lisans**
Tezin Adı : **“Prematüre Bebeklere Uygulanan Kanguru Bakımı İle Anne Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”**

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen yüksek lisans tez çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 40 sayfalık kısmına ilişkin, 31/07/2019 tarihinde danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %19'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntılarım bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağımı gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 31/07/2019

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı-Soyadı: Ruken YAVUZASLAN

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 31/07/2019

Danışmanın

Unvanı-Adı-Soyadı: Doç.Dr.Hülya KARATAŞ

İmzası:

EK-6 Turnitin Raporu

PREMATÜRE BEBEKLERE UYGULANAN KANGURU BAKIMI İLE ANNE BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% **19**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **15**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **12**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

adudspace.adu.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

% **8**

2

adumilas.adu.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

3

Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

4

Submitted to Gaziantep Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

5

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

% **1**

6

Submitted to Üsküdar Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

7

Submitted to Hacettepe University

Öğrenci Ödevi

% **1**

8

www.ejmanager.com

İnternet Kaynağı

% **1**

01.08.2019

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10278496
Yazar Adı / Soyadı	RUKEN YAVUZASLAN
T.C.Kimlik No	44773932908
Telefon	5424002838
E-Posta	ru_ken_yaslan@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	PREMATÜRE BEBEKLERE UYGULANAN KANGURU BAKIMI İLE ANNE BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ
Tezin Tercümesi	INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN KANGAROO CARE APPLIED TO PREMATURE BABIES AND MOTHER BABY CONNECTION
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	0
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ ZERRİN ÇİĞDEM DOÇ. DR. HÜLYA KARATAŞ DOÇ. DR. FATMA KORUK
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

01.08.2019

İmza: 