

Sağlık Profesyonellerinin Doğumdan Sonra Ten Tene Temas Uygulamasındaki Engelleri: Nitel Bir Çalışma

Health Professionals' Barriers Skin to Skin Contact After Birth: A Qualitative Study

 Nurcan KIRCA^a,  Şadiye ÖZCAN^b

^aAkdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Antalya, Türkiye

^bYalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yalova, Türkiye

^{*}Bu çalışma, 5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi'nde (10-12 Mart 2022, Burdur), sözlü olarak sunulmuştur.

ÖZET Amaç: Araştırmanın amacı, sağlık profesyonellerinin doğumdan sonra ten tene temas (TTT) uygulamasındaki engellerini açıklamaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı fenomenolojik tasarımdaki araştırmanın örneklemini, sağlık profesyonellerinden 12 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmada, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın verileri Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında bireysel derinlemesine görüşmelerle, kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan 12 katılımcının yaşları 26 ile 52 arasında değişmektedir. Katılımcıların 2'si ön lisans, 3'ü lisans, 7'si lisansüstü seviyesinde eğitime sahiptir. Yapılan görüşmelerin analizinden 7 tema ve 12 alt tema elde edilmiştir. Annelere ilişkin engeller ana temasının annelerin isteksiz olması, istenmeyen gebelik olması, annede genel sağlık durumu ve kronik hastalık olması ve yenidoğanda verniks kazeozanın olması alt temaları bulunmaktadır. Yenidoğana ilişkin engeller temasının, acil müdahale gerektiren durumlar ve yenidoğanın cinsiyeti alt temaları bulunmaktadır. Sisteme ait engeller temasının zaman kısıtlaması ve personel sayısının yetersizliği alt temaları bulunmaktadır. Prosedürlere ilişkin engeller temasının güvenliğin sağlanması ve karar vermede ikilem alt temaları bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bilgi/tutum/davranışları bilgi eksikliği ve tutum/davranışlar alt temaları bulunmaktadır. Fiziki ortama ilişkin engeller teması ve son tema olan öneriler teması belirlenmiştir. **Sonuç:** Bu çalışmada, sağlık profesyonelleri TTT uygulamasında birçok engelle karşılaştığı saptanmıştır. Annelerin isteksiz olması, personel sayısının yetersiz olması, iş yükünün fazla olması ve katılımcıların bilgi eksikliğinin olması bu uygulamanın yapılmasını engellediğini göstermiştir.

ABSTRACT Objective: The aim of the research is to explain the barriers in the practice of skin contact by health professionals after birth. **Material and Methods:** Twelve participants from health professionals constitute the sample of the research in descriptive phenomenological design. February-March 2020 data of the study was collected with individual in-depth interviews, using a semi-structured interview form and form personal information. The content analysis method was used in the analysis of the data. **Results:** The ages of the 12 participants who participated in the study ranged from 26 to 52. Education level of the participants have associate 2 degree, 3 undergraduate and 7 graduate. Seven themes and 12 sub-themes were obtained from the analysis of the interviews. Barriers for mothers the main theme is unwilling mothers, unwanted pregnancy, general health status and chronic disease in the mother and vernix caseosa in the newborn sub-themes are. The theme of obstacles for the newborn has sub-themes of situations requiring emergency intervention and gender of the newborn. Time limitation and lack of staff sub-themes were found in the theme of obstacles belonging to the system. Ensuring safety and dilemma in decision making sub-themes have been found in the theme of obstacles to procedures information/attitude/behavior of health professionals there are sub-themes of lack of knowledge and attitude/behavior. The theme of obstacles related to the physical environment and the theme of suggestions, which is the final theme, were determined. **Conclusion:** In this study, it was found that health professionals face many obstacles in skin contact application. The fact that mothers are reluctant, the number of staff is insufficient, the workload is excessive, and the lack of knowledge of participants has shown that this practice prevents them from doing so.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu; fenomenolojik araştırma; sağlık profesyonelleri; ten tene temas

Keywords: Postpartum; phenomenological research; health professionals; skin-to-skin contact

Ten tene temas (TTT), anne-yeni doğan bebek bağına güçlendirmek için oldukça etkili bir yöntemdir.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bebeğin doğumdan sonra

en az 60 dk boyunca annenin çıplak göğsüne veya karnına çıplak olarak yerleştirilmesini içeren TTT'nin desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir.²

Correspondence: Nurcan KIRCA

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Antalya, Türkiye

E-mail: nurcan1224@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.

Received: 22 May 2021

Received in revised form: 15 Sep 2021

Accepted: 22 Sep 2021

Available online: 27 Sep 2021

2146-8893 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

DSÖ, anne bebek için hemen, kesintisiz ve sürekli TTT'nin doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede başlatılmasını ve teşvik edilmesini önermektedir.² Yapılan araştırmalarda, TTT'nin hem anne hem de bebek için kısa ve uzun süreli yararları olduğu bulunmuştur.³⁻⁵ Bu yararların arasında; anne ve bebek arasında bağlanmayı artırdığı, plasentanın daha hızlı atılmasını sağladığı, postpartum kanama insidansını azalttığı, emzirmeye yönelik maternal öz yeterliliği artırdığı, emzirmeye başlamayı kolaylaştırdığı, emzirme süresini artırdığı, kadınların emzirme isteklerini artırdığı ve maternal travma sonrası stres ve depresyon riskini azalttığı da belirtilmektedir.³⁻¹³ TTT, aynı zamanda anne bebek bağlanmasında etkili olduğu için anneler tarafından da beğenilmekte ve kadınlar bebeklerinden ayrılmak istememektedir.^{14,15} Yeni doğan bebek açısından TTT uygulaması, termoregülasyonu stabilize ettiği, yenidoğanın kan şekeri seviyesinin korunmasına yardımcı olduğu, kardiyopulmoner dinamiklerin stabilitesini artırdığı, doğumdan sonraki erken dönemde yeni doğan bebek stresini ve ağlamasını azalttığı ve kas içi enjeksiyon sırasında ağrıyı azalttığı saptanmıştır.^{4,3,16-20} DSÖ'nün önerilerine, anne ve bebek için çok yararlı olmasına rağmen Türkiye'de vajinal doğumdan sonra TTT rutin olarak uygulanmamaktadır. TTT uygulaması, sağlık profesyonellerinin destek ve çabaları ile gerçekleşebilir. Antenatal dönemde, sağlık profesyonelleri kadınların TTT uygulayıp uygulamadıklarını, uygulamayanların engellerini bilme gereksinimleri vardır. TTT'yi uygulamayanları, TTT uygulamasının anne ve bebeğe ilişkin yararları konusunda bilgilendirmeleri gerekir. Kadınları doğumdan sonra TTT'yi talep etmeleri konusunda cesaretlendirmeli ve sağlık profesyonellerine, TTT uygulanabilmesi için hizmet içi eğitimler verilmelidir. Sağlık profesyonelleri böylece TTT uygulamasının başlatılmasına ve artmasına destek verebilirler. Ayrıca anne bebek bağlanmasının başlamasına katkı sağlayabilirler.

Bu çalışmanın amacı, sağlık profesyonellerinin doğumdan sonra TTT uygulamasındaki engellerini ortaya çıkarmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırmada, tanımlayıcı fenomenolojik tasarım ve içerik analiz yaklaşımı benimsenmiştir.

Tanımlayıcı fenomenolojik desen, araştırmacının bir fenomen ile ilgili bireylerin yaşadıkları deneyimleri betimlediği bir araştırma desendir. Bu desende, deneyimlerin özüne ulaşmakla birlikte konuya dair yeniden düşünmeyi, sorgulamayı da beraberinde getirir.²¹ Tanımlayıcı fenomenolojik desen, duruma özgü faktörleri araştırmak ve bu faktörlerin katılımcılar üzerindeki etkisini kapsamlı bir şekilde değerlendirmek isteyen araştırmacılar için önerilen bir yöntemdir.²¹

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmada, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Sağlık Bakanlığına bağlı bir devlet hastanesinin kadın doğum kliniğinde çalışan 11 doktor ve 7 ebe oluşturmaktadır. Araştırma, 12 katılımcı ile yürütülmüştür. Bunlardan 7'si doktor ve 5'i ebedir. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında 1 doktor ve ebe izinli olduğu için araştırmaya alınmamıştır. Üç doktor ve 1 ebe araştırmaya katılmak istemediğini belirtmiştir.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Türkiye'nin doğusunda bir ilde bulunan tek devlet hastanesinin kadın doğum kliniğinde, kurum yetkililerinden sözlü ve yazılı izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Araştırma verileri, kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin toplanmasında kullanılan kişisel bilgi formu, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır.^{3,15,22} Kişisel bilgi formu katılımcıların; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleği, gelir durumu, çalışma süresi ve kadın doğum kliniğinde çalışma süresini değerlendiren 7 sorudan oluşmaktadır.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu, incelenen fenomen ya da durum hakkında kapsamlı bilgi edinmeye ve yeni fikirlerin ortaya çıkmasına izin verdiği için görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.²¹ Yarı yapılandırılmış görüşme formu, literatür incelenerek hazırlanmıştır.^{3,15,22} Yarı

yapılandırılmış görüşme formu, TTT'nin uygulanmasındaki engelleri açıklamaya yönelik 6 sorudan oluşmaktadır. Sorular mantıksal bir dizge içerisinde düzenlenmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan soruların oluşturulmasında "triangular yapı"ya dikkat edilmiştir. Buna göre yarı yapılandırılmış görüşme formu, bir genel açılış sorusu, sondaj soruları ve kapanış sorularından oluşmaktadır.

VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Hastaneye haftada 3 gün gidilerek, katılımcılar ile iletişime geçilmiştir. Klinikte bulunan katılımcılara, araştırma hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılarla, görüşme günü ve saati belirlendikten sonra hastanede bireysel görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sessiz sakin bir odada gerçekleştirilmiştir. Görüşmelere başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı ve nasıl yapılacağı açıklanarak, yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Ardından yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Verilerin ses kayıt cihazına kaydedilmesi için tüm katılımcılardan yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Görüşmeler, sağlık profesyonellerinin verdikleri cevaplara bağlı olarak 35-55 dk arasında sürmüştür. Veri toplama formları (kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu) kullanılarak, sorular sorulmuş ve görüşme ses kayıt cihazına kayıt edilmiştir.

VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRMESİ

Görüşmelerden sonra ses kayıtları, araştırmacı tarafından yazılı hâle getirilmiştir. Görüşmelerin analizinden 7 tema ve 12 alt tema elde edilmiştir. Görüşme yolu ile elde edilen araştırma verileri, içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir. İçerik analizi verilerin dökümü, verilerin kodlanması, verilerin sınıflandırması ve verilerin ilişkilendirilmesinden oluşmaktadır.²¹ Ses kaydından elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılıp; raporlanarak kodlanmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından kategoriler oluşturularak, çözümlenmeler yapılmıştır. Aynı anlama gelen sözcükler sınıflandırılmıştır.

Araştırmanın iç geçerliğini artırmak için görüşme formu geliştirilirken, ilgili literatür doğrultu-

sunda kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur. İçerik analizinde, temalar ve temaları oluşturan alt temaların, kendi aralarındaki her bir tema ile ilişkisi kontrol edilerek bütünlük sağlanmıştır. İç geçerlik için bulguların tamamı yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından ayrı ayrı kodlanmıştır. Kodlayıcılar arası uyumu değerlendirmek için 2 kodlayıcı tarafından kodlar karşılaştırılmış ve tartışılarak görüş birliğine varılmıştır. Ardından temalandırmalar ayrı ayrı yapılmış ve birlikte son şekli verilmiştir. Araştırma verileri, hemşirelik alanında nitel araştırma konusunda yeterli 2 araştırmacı (araştırmada yer almayan) tarafından farklı zamanlarda değerlendirilmiştir. Araştırmacılar arası tutarlılık oranı değerlendirmek için Cohen'in kappa analizi yapılmıştır ve kappa değeri 1 olarak bulunmuştur. Kappa değerinin k=1 olması, mükemmel uyum şeklinde yorumlanabilir. Araştırmanın dış güvenirliğini artırmak için veri toplama araçları, ham veriler, analiz aşamasında yapılan kodlamalar ve rapora temel oluşturan algılar dışarıdan bir uzmanın incelemesine sunarak görüş alınmıştır.

Araştırmacıların bu araştırmada katkıları incelendiğinde, 2. araştırmacı araştırmanın uygulanması aşamasında rol almıştır. Araştırmacı tarafından görüşmeler yapılmış olup, görüşmeler ses kayıt cihazına kayıt edilmiştir. Kayıt edilen görüşmelerin, bilgisayara aktarılması sağlanmıştır. Birinci araştırmacı, araştırma verilerinin değerlendirilmesi, analiz edilmesi, yorumlanması ve makalenin yazımı aşamasında görev almıştır.

ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın etik izni Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı (tarih: 30.01.2020, karar no: 2020/01-10) tarafından verilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yürütüldüğü hastaneden sözlü izin alınmıştır. Araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgilendirilen katılımcıların, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır. Katılımcılara araştırmaya katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları, toplanan verilerin tamamen gizli tutulacağı konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcılar (Katılımcı 1=K1) şeklinde kodlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI

Bu araştırmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmada sağlık profesyonelleri ile bir kez görüşme yapılmış, tekrarlı görüşmeler yapılmamıştır. Araştırmanın verileri şehir merkezinde bulunan tek bir devlet hastanesinden toplanmıştır. Araştırma üniversite ya da eğitim araştırma hastanelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin deneyimlerini yansıtmamaktadır.

BULGULAR

Sağlık profesyonellerinin doğumdan sonra TTT uygulamasındaki engelleri açıklamak amacıyla bu araştırmaya 5 ebe ve 7 doktor katılmıştır. Araştırmaya katılan 12 katılımcının yaşları 26 ile 52 arasında değişmektedir. Katılımcıların 2'si ön lisans, 3'ü lisans, 7'si lisansüstü seviyesinde eğitime sahiptir. **Tablo 1**'de katılımcıların demografik detaylarının bir özeti yer almaktadır. Katılımcıların deneyimlerinden 7 tema ve 12 alt tema ortaya çıkarılmıştır (**Tablo 2**).

TEMA 1: ANNELERE İLİŞKİN ENGELLER

“Annelere ilişkin engeller” ana temasına ilişkin *annelerin isteksiz olması, istenmeyen gebelik olması, genel sağlık durumu ve kronik hastalık olması ve yenidoğanda verniks kazeozanın (ıslak ve kanlı) olması* alt temaları bulunmuştur.

Alt tema 1: *Annelerin isteksiz olması*

Katılımcılara göre annelerin TTT'yi kabul veya reddini belirleyen ana etkenler; annelerin bilgi, tutum ve deneyimleri idi. Sağlık profesyonelleri, annelerin göğsünü açıp bebeği oraya yerleştirmesinin yaygın olmadığını ifade ettiler. Katılımcılar, annelerin isteksiz olması nedeniyle TTT yapmak istemediklerini belirtmişlerdir: “*Bazen anne istemiyor. Nefret ediyor. Çektiği ağrıdan dolayı genelde götür diyor; bebeği istemiyorum diyor.*” (K4). “*Anneye sorduğumuzda hayır istemiyorum diyenler de oldu. Çocuğu anneye bile vermedik, göstermedik.*” (K11). “*İstemeyen anneler de var. Kendi tercihi diye düşünüyorum ikna etmek için de uğraşmıyorum açıkçası.*” (K7).

Alt tema 2: *İstenmeyen gebelik olması*

Katılımcılar, annelerin istenmeyen gebelik olması nedeniyle TTT yapmak istemediklerini ifade etmişlerdir: “*Bazen gerçekten gebeler, özellikle de 4. doğum ve istenmeyen gebelik de olunca bebeği görmek istemiyor bile. Gösteriyorsun annesi bebeğine bak diye hayır görmek istemiyorum diyor.*” (K1).

Alt tema 3: *Annede genel sağlık durumu ve kronik hastalık olması*

Katılımcılar annelerin kronik hastalık, genel durumu ve kanama nedeniyle TTT yapmak istemediğini belirtmişlerdir: “*Annede kanama olduysa, genel durum bozukluğu varsa, hipotansif ya da hipertan-*

TABLO 1: Katılımcıların demografik özellikleri (n=12).

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Eğitim durumu	Gelir durumu	Kadın doğum kliniğinde	
						Çalışma süresi (yıl)	çalışma süresi (yıl)
K1	32	Kadın	Ebe	Ön lisans	Gelir gidere denk	14	4
K2	38	Erkek	Doktor	Lisansüstü	Gelir giderden fazla	10	2
K3	26	Kadın	Ebe	Lisans	Gelir gidere denk	3	3 ay
K4	52	Kadın	Ebe	Ön lisans	Gelir giderden az	31	8
K5	45	Kadın	Ebe	Lisans	Gelir gidere denk	27	9
K6	37	Kadın	Doktor	Lisansüstü	Gelir giderden fazla	12	6
K7	31	Kadın	Doktor	Lisansüstü	Gelir giderden fazla	8	2
K8	27	Kadın	Doktor	Lisansüstü	Gelir giderden az	2	2 ay
K9	36	Erkek	Doktor	Lisansüstü	Gelir giderden fazla	12	2
K10	29	Kadın	Doktor	Lisansüstü	Gelir gidere denk	4	6 ay
K11	35	Erkek	Doktor	Lisansüstü	Gelir giderden fazla	10	18 ay
K12	40	Kadın	Ebe	Lisans	Gelir gidere denk	21	10

TABLO 2: Sağlık profesyonellerinin doğumdan sonra ten tene temas uygulamasındaki engellere ilişkin görüşleri.

Temalar	Alt temalar
1. Annelere ilişkin engeller	Annelerin isteksiz olması İstenmeyen gebelik olması Annede genel sağlık durumu ve kronik hastalık olması Yenidoğanda verniks kazeozanın olması
2. Yenidoğana ilişkin engeller	Acil müdahale gerektiren durumlar Yenidoğanın cinsiyeti
3. Sisteme ait engeller temasının	Zaman kısıtlaması Personel sayısının yetersizliği
4. Prosedürlere ilişkin engeller	Güvenliğin sağlanması Karar vermede ikilem
5. Sağlık profesyonellerinin bilgi/tutum/davranışları	Bilgi eksikliği Tutum ve davranışlar
6. Fiziki ortama ilişkin engeller	
7. Öneriler	

sifse yapamıyoruz.” (K8). “Kadın çok uyumsuzsa masada çok uyumsuz davranıyorsa ten tene temas yapmıyoruz.” (K7). “Zor doğum olursa, annede sıkıntı varsa yine yapamıyoruz...” (K12).

Alt tema 4: *Yenidoğanda verniks kazeozanın olması*

Katılımcılar, annelerin verniks kazeozasından dolayı bebeği tutmayı reddettiklerini de belirttiler: *“Anneler üstüm kirleniyor. Kanlı kanlı üstüm başım her yerim kirlendi diyen kadın gördüm ben. Buna takılıyor. Kadınlar titizlik hastalığından dolayı yapıyor.” (K7).*

“Anneye sarıl bebeğine, sakın korkma salyalarından bebeğin diyoruz. Bazen tiksiniyorlar, bebek pis kanlı salyalı üzerim kirleniyor koymayın diyen de oluyor... Hatta kanlı, ıslak bebeği görmek istemeyen anneler bile oluyor.” (K12).

TEMA 2: YENİDOĞANA İLİŞKİN ENGELLER

“Yenidoğana ilişkin engeller” ana temasına ilişkin *acil müdahale gerektiren durumlar ve bebeğin cinsiyeti* alt temaları bulunmuştur.

Alt tema 1: *Acil müdahale gerektiren durumlar*

Katılımcılardan bazıları bebeğin ağlamaması, asfiksi, mekonyumlu doğması gibi bebekte oluşan sorunlar nedeniyle de acil müdahale yapılması gerektiğinden dolayı TTT yapamadıklarını ifade etmişlerdir:

“Şuan biz ten tene teması yapmaya çalışıyoruz ama bazen bebekler çok kötü çıkıyor, morarıyor, ağlamıyor. Mekonyumlu bebek oluyor. Böyle olunca anneye ten tene teması yaptırılmazsın.” (K3). “Bebek de bir sıkıntı varsa asfiksili doğduysa TTT yapamam.” (K5). “Bebek kötü çıkarsa mekonyumlu, asfiksi gibi durumları varsa... Ona göre yapmıyorsun bebeği götürüyorsun hemen acil müdahale için.” (K12).

Alt tema 2: *Yenidoğanın cinsiyeti*

Katılımcılardan bazıları, bebeğin cinsiyetinin TTT yapılmasında engel olabildiği saptanmıştır. Katılımcılar, daha önceki doğumlarında kız bebek sahibi olan annelerin yine kız bebek doğduğunda TTT yapmak istemediklerini belirtmişlerdir: *“Bazen bakıyoruz bu kadına versen de bir anlamı olmayacak vermiyoruz. Gerçekten öngörebiliyoruz artık. Mesela bak şuan servisteki 4. doğum emin ol istemez. Ya da 3 kızı olan anne bu da kız olursa istemiyor ten tene teması.” (K3).*

TEMA 3: SİSTEME AİT ENGELLER

“Sisteme ait engeller” ana temasına ilişkin *zaman kısıtlaması ve personel sayısının yetersizliği* alt temaları bulunmuştur.

Alt tema 1: *Zaman kısıtlaması*

Katılımcıların çoğunluğu TTT uygulamasının basit, kolay ve uygun maliyetli olduğunu düşünürken, birkaçı TTT'nin zaman kaybı olduğunu ve bu

nedence hemen veya doğumdan sonraki ilk saat içinde uygulama yapmanın mümkün olmadığını belirtmişlerdir: *“Bebeğin bakımı yapıldıktan sonra hemen giydiriyoruz. Bizde doğumdan sonra ten tene teması uzun sürdüremiyoruz. Çünkü hemen doğumlar oluyor; doğum yapacak gebeler falan da kalıyor zaten. Biz 2 kişi nöbet tutuyoruz, ten tene teması uzun sürdüremiyoruz.”* (K12).

Alt tema 2: Personel sayısının yetersizliği

Katılımcılar iş yükünün fazla olması yeterli personelin olmaması da (özellikle nöbetlerde) TTT için önerilen sürenin bir saat olduğunda önemli bir engel olarak ifade edilmiştir: *“Çoğu zaman hayır yapıyoruz. Çok işimiz var, acelemiz var, işlerimiz yetişmiyor...”* (K2).

“... Aslında gerçekten yapmamız çok zor. Ara ara yapıyoruz ...” (K8).

TEMA 4: PROSEDÜRLERE İLİŞKİN ENGELLER

“Prosedürlere ilişkin engeller” ana temasına ilişkin güvenliğinin sağlanması ve karar vermede ikilem alt temaları bulunmuştur. Katılımcılar, TTT yapılırken güvenliğinin önemli olduğunu belirttiler. Bebeğin annesinin göğsünden kayması ve düşmesi gibi endişeleri olduğunu ifade etmişlerdir: *“Epizyotomi dikilirken bebeğin annenin kucagında olması bebeğin tehlikede olduğunu gösteriyor. Şimdiye kadar hiçbir kadında plasenta çıkarkenki o süreçte kadınların bebeğe de sahip çıkabileceğini pek düşünmüyorum. Bebeği kucagından atabilir bile ben o riski alamam...”* (K7).

Alt tema 2: Karar vermede ikilem

Katılımcılardan bazıları yeni doğmuş bir bebeğin TTT’yi yapmada annenin genel durumu ve epizyo onarımı sırasında, uygunluğuna ilişkin karar vermede bazen ikilem yaşayabildiklerini belirtmişlerdir: *“Ten tene temas konusunda karar vermek o kadar kolay değildir.”* (K7). *“Anne yorgun, ağrı veya sedasyon altındaysa bebeği tutamaz, bebek kayabilir böyle bir durumda karar vermek zorlaşıyor.”* (K11).

TEMA 5: SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN BİLGİ/ TUTUM/DAVRANIŞLARI

“Uygulama hakkında bilgi/tutum/davranışlar” ana temasına ilişkin bilgi eksikliği ve tutum/davranışlar alt temaları saptanmıştır.

Alt tema 1: Bilgi eksikliği

Katılımcılar, TTT uygulamasında inanç, farkındalık ve bilgi eksikliği olduğunu belirttiler. Katılımcılar, bebeği annenin göğsüne yerleştirdiklerinde, amacın TTT’nin faydalarından yararlanmak yerine bebeği kordon kesilinceye kadar geçici olarak dinlendirmek olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bazıları TTT uygulamasını çok kısa süre (5 sn-3 dk arasında) yaptıklarını belirtmişlerdir: *“Kordon kesilinceye kadar kısa bir süre annenin göğsünde yani bebeği dinlendirmiş oluyorsun.”* (K10). *“Doğar doğmaz bebeğin kordonunu kestikten sonra annenin kucagında 20-30 sn temas etmesidir. Bu süreyi çok da artırmak gerekmiyor. Çünkü bebek hipotermiye girer. Üstten örtsek de olmaz. Bence emzirmeye gerek yok bu süreçte.”* (K11).

“Genelde bebek doğar doğmaz annenin kucagina koymuyorum. Onu yapmıyorum hayır. Önce bakımını yapıyoruz bebeğin sonra annenin kucaklamasına izin veriyorum.” (K9).

“Bebek ilk doğduğunda mutlaka üzerini örtterek, bebeği kurularak ten tene teması yapıyoruz. Kuru oluyorsun ıslanınca yeniden kuru bezle örtüyorsun. Göğsüne koymuyoruz genelde, emzirmesine de izin veremeyiz o kadar bekletemeyiz bebeği orada. Çok fazla olur bu. En fazla 2-3 dk bekletiyoruz. Çok fazla bekletirsek de bebek üşür yani.” (K4).

“Sezaryende ten tene temas yok. Steriliteye uygun değil.” (K10).

Alt tema 2: Tutum ve davranışlar

Katılımcılardan bazıları TTT’nin gereksiz olduğunu ifade etmiştir. Bu uygulamaya karşı olan ilgisizlik, yaygın görünen bir davranış olduğu belirtilmiştir: *“İlk doğduğunda bebeğin kordonunu kestikten sonra annenin karnına koyuyoruz. Önemli ve öncelikli olan bebeğin sağlık durumu. Sonra ten tene temas. Çok da gerekli bir şey değil. Olsa da olur olmasa da olur ten tene temas.”* (K10). *“Bizim daha önceliklerimiz var, çok önceliğimiz var. Ten tene temas bizim için 101. sırada gelir. Yani 100 tane her şeyi doğru yapacağız o en son yani.”* (K2). *“Bence ten tene temas uygulaması standart olmamalı. Olacak bir durum değil çünkü. Faydalı olduğunu çok öyle söyleyen bir çalışma da yok. Benden hiç talep eden olmadı ...”* (K11).

TEMA 6: FİZİKİ ORTAMA İLİŞKİN ENGELLER

Katılımcılardan bazıları, fiziki koşulların TTT yapılmasına uygun olmadığını belirtmiştir. Ortamın ısısının, havalandırma sistemlerinin, travay salonlarının TTT yapmak için uygun olmadığı ifade edilmiştir: *“Şuan buranın havalandırmasını ameliyathaneye bağlamışlar o yüzden soğuk. Normalde bu kadar soğuk olmaması lazım.”* (K3). *“... Doğumhane fiziki şartlarının uygun olması lazım. Bizim hastanemizin şuan şartları hiç uygun değil.”* (K9). *“Doğumhanede hepafiltre olduğu için ve havalandırması ameliyathaneye bağlı olduğu için oldukça soğuk bir ortam. Normalde doğumhaneler bu kadar soğuk olmamalı. Normal oda ısısında olmalı. Bizimki buz gibi. Bu ten tene temas uygulamasını olumsuz etkiliyor.”* (K11). *“Travaylar da 2'ye ayrılmalı. Bence pasif travay olmalı. Pasif travay şudur; hasta en azından 4-5 cm olana kadar hasta yakını/refakatçisinin olduğu alanda kalmalı. Açılma 5 cm geçtikten sonra doğuma yaklaştıkça aktif travay denilen bir bölüm olmalı. Aktif travaya alındığı zaman hastanın yakını olması lazım. Orada ebe ve hemşirelerin desteğinin, bizim gözetimimizde olması lazım. Bir bayan refakatçilerin eşlik edeceği bölüm bir de kadının eşinin eşlik edeceği bölüm. Kadın hangi bölümü isterse orada travayını geçirmeli. Şuan bizim burada hepsi aynı yerde. Herkes aynı yerde. Bu durum ten tene teması yapmamızı engelliyor.”* (K9).

TEMA 7: ÖNERİLER

Araştırmanın 7. teması “öneriler” idi. Katılımcıların tamamına yakını, gebelik döneminde kadınlara ve eşlerine TTT ile ilgili eğitimler verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir: *“Eğitimle annelere anlatılsa bunun böyle böyle yararları var diye. Sütünün gelmesini sağlıyor. Doğumda kadın idrak edemeyebilir, gebeliğin başında anlatılsa kadın bunu daha çok isteyebilir.”* (K3). *“Anneler ten tene temasla ilgili bilgilendirme yapılabilir.”* (K10). *“Babalara da ten tene temas ile ilgili eğitim vermeliyiz.”* (K4).

Katılımcılardan bazıları, sağlık profesyonellerine de eğitim verilmesini ifade etmişlerdir: *“Sağlık personeline de ten tene temas eğitimi verilmeli.”* (K3). *“Sağlık personeline de bu uygulama ile ilgili bilgilendirme yapılabilir.”* (K10). *“İstemeyen sağlık personeli olursa onun eğitilmesi lazım.”* (K4).

TARTIŞMA

Bu araştırma ile sağlık profesyonellerinin doğumdan sonra TTT uygulamasındaki engelleri açıklanmıştır. Araştırmanın tartışması, temalar doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

ANNELERE İLİŞKİN ENGELLER

Bu çalışmada, annelerin isteksiz olması, istenmeyen gebeliğin olması ve annedeki kronik hastalıkların TTT'yi uygulamaya engel olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonelleri, gebelik sırasında kadınların TTT hakkında doğum öncesi eğitim almalarını önermiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, doğumdan hemen sonra kesintisiz, TTT uygulamasındaki engellerin ortadan kaldırılmasında bireysel, kurumsal düzeyde uygulama stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Bireysel, kurumsal ve sağlık profesyonelleri TTT uygulamasına öncelik verdiğinde, TTT uygulaması büyük olasılıkla başarılı bir şekilde uygulanabilir.²³

Bu çalışma, sağlık profesyonellerinin annelerin doğumdan hemen sonra temizlik ihtiyacı nedeniyle TTT yapmaya ilgi duymadığını göstermiştir. Byaruhanga ve ark.nın çalışmasında, anneler verniks kazeoza ve kanla karışık amniyon sıvısını kirli olarak algılanmaktadır.²⁴ Abdulghani ve ark.nın çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur.²⁵ Ancak literatürde, çalışma sonuçlarını desteklemeyen çalışmalarda bulunmaktadır.^{14,15} Annelerin TTT yaptırmak için doğumdan itibaren bebeğin salgıları ve vücut sıvılarını kabul ettiklerini öne süren çalışmalarda bulunmaktadır.^{14,15} Bu farklılık kültürel farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada, katılımcıların neredeyse tamamı gebelik döneminde TTT'nin anne ve bebek açısından yararlarına ilişkin eğitimler verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada da annelere TTT ile ilgili eğitim verilmesi gerektiği belirtilmektedir.²² Verilen eğitimlerle birlikte TTT uygulanma düzeyi artabilir.

YENİDOĞANA İLİŞKİN ENGELLER

Amerikan Pediatri Akademisi, sağlıklı bebeklerin doğar doğmaz direkt anneleri ile ten temasının sağlanmasını ve ilk emzirme gerçekleşene kadar orada kalmasını tavsiye etmektedir.²⁶ Emzirme Tıp Akade-

misini Protokolü revizyonunda, sağlıklı bebeklerin doğumdan hemen sonra ilk emzirmesini gerçekleştirmeye kadar anneleri ile ten temasının sağlanması, bebeğin kurulanması Apgar ve diğer fiziksel değerlendirmenin annenin göğsünde yapılmasını önermektedir. Bu sayede bebeğin optimal fizyolojik stabilizasyonu, sıcaklığı ve ilk emzirmenin sağlanmasına fırsat verildiğini ifade etmektedir. Ayrıca erken anne bebek etkileşimini artırmak için doğumdan sonra yapılan rutin uygulamaların 1 saat sonraya ertelenmesini tavsiye etmektedir.²⁷ Yenidoğan Canlandırma Programı [Neonatal Resuscitation Program (NRP)], bütün normal yenidoğanların rutin resüsitasyonu sağlamak için TTT'nin uygulanmasını önermektedir. 2011 yılında NRP'de yapılan değişikliklerde, mekonyumlu doğan bebeklerde dahi havayolunda ciddi tıkanıklık olmayan bebeklerin aspire edilmemesi normal bebekler gibi ten teması sağlanarak, spontan solunumun desteklenmesini tavsiye etmektedir.²⁸

Bu çalışmada, yenidoğanın cinsiyeti TTT uygulamasındaki engeller arasında yer almaktadır. Alenchery ve ark.nın çalışmasında, TTT uygulamasında engel olarak, ailelerin erkek çocuk doğumu tercihine atıfta bulunan cinsiyet tercihi nedeniyle annenin TTT'yi reddetmesi olarak belirtilmektedir.²² Erkek bebek doğumunu kültürel normlar etkilemiş olabilir.

SİSTEME AİT ENGELLER

Bu çalışmada, katılımcıların öne sürdükleri engeller personel eksikliği ve ağır iş yükü olarak bulunmuştur. Zaman kısıtlamasının, TTT uygulamasını engellediği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.^{29,30} Bu nedenle personelin, TTT uygulamasına yardımcı olması ve personel arasında tükenmişlik riskini azaltması için iş fırsatları yaratmaya ihtiyaç vardır.^{29,30} Türkiye'de TTT uygulaması yaygın olarak kullanılmamaktadır. Çalık ve ark.nın çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin az sayıda personel ile çalışıyor olmaları, fiziki ortamlarının uygun olmaması ve fazla iş yükü nedeniyle kanguru bakımı yapamadıkları ancak kanguru bakımını olumlu bulup, destekledikleri ifade edilmektedir.³¹ Ayrıca aynı çalışmada, kanguru bakımının uygulanabilmesi için hastanenin fiziki şartlarının düzeltilmesi ve hemşire sayısının artırılması ile kanguru bakımını artıracığı belirtilmektedir. Perso-

nel sorunu, sağlık sistemi ve özellikle doğum hizmetleri için bir sorundur.³² Kurumların personel istihdamı, çalışma ortamı ve koşullarının düzeltilmesi TTT uygulamasının yapılmasına yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

PROSEDÜRLERE İLİŞKİN ENGELLER

Bu çalışma, TTT'yi uygulayabilmek için önemli engellerden birinin güvenliğin sağlanamaması ve karar vermede ikilem olduğunu gösterdi. Yenidoğanın güvenliği çok önemlidir ve TTT'yi takiben apne ve hipoksik beyin hasarı raporları bilinmektedir.³³ Tek bir olumsuz olay, personeli tamamen inancsız hâle getirebilir ve TTT'nin uygulanmasına yönelik bir tehdit oluşturabilir. Güvenlikle ilgili 2 konu vardır;

Birincisi TTT için uygun yenidoğanın doğumda doğru belirlenmesidir. İkincisi ise TTT sırasında, bebeğin sürekli izlenmesidir. Yapılan çalışmalarda, güvenliğin sağlanması ve karar verme sürecinde zorluklar yaşandığı belirtilmektedir.^{22,29} Bebeğin izlenmesini ve güvenliğini sağlamak için bu alanda tecrübeli eğitilmiş, sağlık profesyonellerine ihtiyaç vardır. Ayrıca sağlık profesyonellerine gerekli eğitimlerin verilmesi, onların bu konudaki endişelerini/engellerini azaltabilir.

SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN BİLGİ/TUTUM/DAVRANIŞLARI

Bu çalışmada, TTT'nin uygulanmasında katılımcıların bilgi, tutum ve davranışları engeller arasında yer aldığı görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları, TTT'nin uygulanmasında önemli engeller olan prosedürel bilgi ve beceriler dâhil olmak üzere sağlık hizmeti sağlayıcılarının yeteneklerinin eksikliğini belirleyen diğer çalışmalarla uyumludur.^{25,34,35}

Bu çalışmada, ortaya çıkan temalardan biri de "öneriler" idi. Önerilerden birisi de sağlık profesyonellerine TTT ile ilgili eğitimlerin verilmesiydi. Sağlık profesyonellerine TTT uygulaması ile ilgili teorik bilgi, uygulama zamanı ve süresi, uygularken nelere dikkat edileceği gibi konularda eğitimler verilmelidir. Anne ve bebek için yararlarının da teorik bilgiyle birlikte verilmesi önemlidir. Bir kurumda, bu alanda çalışan tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının, TTT'nin benimsenmesini sağlamak için doğumdan hemen sonra TTT uygulamasını desteklemek için eğitilmesi

önerilmektedir.²⁹ Yapılan çalışmalarda, sağlık profesyonellerinin TTT'nin uygulanmasında önemli engellerinin prosedürel bilgi ve beceriler olduğu belirtilmiştir.^{22,25,29} Bu eğitimlerin; hemşirelik, ebelik ve tıp fakültesi eğitim müfredatlarına da eklenmesi, uygulamanın benimsenmesinde etkili olabilir. Bu da doğumdan sonra TTT uygulamasını kolaylaştırabilir.

SONUÇ

Sağlık profesyonellerinin, TTT'ye yönelik algıları olumlu ancak uygulamaya yönelik bilgi eksikliği ve motivasyon eksikliği olması, annelerin isteksiz olması sürekli ve kesintisiz TTT'nin uygulanmasına engel olmaktadır. Ayrıca personel sayısının eksikliği ve iş yükü, zaman kısıtlaması diğer engeller olarak saptanmıştır.

ÖNERİLER

Katılımcıların rutin bakıma daha çok öncelik vermesi, TTT'nin istendik düzeyde yapılamadığını göstermektedir. Bu engeller ortadan kaldırıldığında, sağlık profesyonellerinin uygulamaya öncelik ver-

mesi hâlinde TTT büyük olasılıkla başarılı bir şekilde uygulanabilir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Nurcan Kırca, Şadiye Özcan; **Tasarım:** Nurcan Kırca, Şadiye Özcan; **Denetleme/Danışmanlık:** Nurcan Kırca, Şadiye Özcan; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Nurcan Kırca, Şadiye Özcan; **Analiz ve/veya Yorum:** Nurcan Kırca; **Kaynak Tarayması:** Nurcan Kırca; **Makalenin Yazımı:** Nurcan Kırca; **Eleştirel İnceleme:** Nurcan Kırca, Şadiye Özcan; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Nurcan Kırca, Şadiye Özcan.

KAYNAKLAR

1. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr.* 2018;14(2):e12571. [Crossref] [PubMed] [PMC]
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Gene va; 2018. Report No: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Erişim tarihi: 15.05.2021]. Erişim linki: [Link]
3. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11(11): CD003519. [Crossref] [PubMed] [PMC]
4. Marín Gabriel MA, Llana Martín I, López Escobar A, Fernández Villalba E, Romero Blanco I, Touza Pol P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr.* 2010;99(11):1630-4. [Crossref] [PubMed]
5. Saxton A, Fahy K, Hastie C. Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the incidence of PPH: A physiologically based theory. *Women Birth.* 2014;27(4):250-3. [Crossref] [PubMed]
6. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth.* 2014;27(1):37-40. [Crossref] [PubMed]
7. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2011;21(10):601-5. [PubMed]
8. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact.* 2010;26(2):130-7. [Crossref] [PubMed] [PMC]
9. Agudelo S, Gamboa O, Rodríguez F, Cala S, Gualdrón N, Obando E, et al. The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clínica Universidad de La Sabana: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials.* 2016;17(1):521. [Crossref] [PubMed] [PMC]
10. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(3): 369-82. Erratum in: *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(4):580. [Crossref] [PubMed]
11. Mörelius E, Örténstrand A, Theodorsson E, Frostell A. A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Hum Dev.* 2015;91(1):63-70. [Crossref] [PubMed]
12. Abdollahpour S, Khosravi A, Bolbolhaghigian N. The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: A clinical trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 2016;34(4):403-12. [Crossref]
13. Kirca N, Adibelli D. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on postpartum depression: A systematic review. *Perspect Psychiatr Care.* 2021. [Crossref] [PubMed]

14. Finigan V, Long T. Skin-to-skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth 'dirt'. *Int Nurs Rev.* 2014;61(2):270-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
15. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen HG. Skin-to-skin contact and what women want in the first hours after a caesarean section. *Midwifery.* 2019;74:140-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
16. Beiranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R, Pournia Y. The effects of skin-to-skin contact on temperature and breastfeeding successfulness in full-term newborns after cesarean delivery. *Int J Pediatr.* 2014;2014:846486. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
17. Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns--a phenomenology study. *Sex Reprod Healthc.* 2011;2(3):107-11. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
18. Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Hum Dev.* 2011;87(3):151-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
19. Beijers R, Cillessen L, Zijlmans MA. An experimental study on mother-infant skin-to-skin contact in full-terms. *Infant Behav Dev.* 2016;43:58-65. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
20. Abeling BA, Thacker AD. The impact of kangaroo care on pain in term newborns receiving intramuscular injections. *JOGNN.* 2013;42 (Supplement 1):S89. [[Crossref](#)]
21. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):9-18. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
22. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, de Onis JV, Fernandez L, Suman Rao PN. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates-a qualitative study. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):48. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
23. Mukherjee D, Shaw SC, Venkatnarayan K, Dudeja P. Skin-to-skin contact at birth for vaginally delivered neonates in a tertiary care hospital: a cross-sectional study. *Med J Armed Forces India.* 2020;76(2):180-4. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
24. Byaruhanga RN, Bergström A, Tibemanya J, Nakitto C, Okong P. Perceptions among post-delivery mothers of skin-to-skin contact and newborn baby care in a periurban hospital in Uganda. *Midwifery.* 2008;24(2):183-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
25. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Health care providers' perception of facilitators and barriers for the practice of skin-to-skin contact in Saudi Arabia: A qualitative study. *Midwifery.* 2020;81:102577. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
26. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012; 129(3):e827-41. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
27. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med.* 2013;8(6):469-73. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
28. Zaichkin J, Weiner GM. Neonatal Resuscitation Program (NRP) 2011: New science, new strategies. *Neonatal Netw.* 2011;30(1):5-13. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
29. Koopman I, Callaghan-Koru JA, Alaofin O, Argani CH, Farzin A. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: A qualitative study on clinician perspectives. *J Clin Nurs.* 2016;25(9-10):1367-76. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
30. Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T, Wall S. Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32(10):1466-75. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
31. Çalık C, Esenay IF, Sezer TA. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanguru bakımı uygulama durumları ve engeller [Kangaroo care practices and barriers of neonatal intensive care nurses]. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derg.* 2015;17(1):1-9. [[Link](#)]
32. Almalki M, Fitzgerald G, Clark M. Health care system in Saudi Arabia: An overview. *East Mediterr Health J.* 2011;17(10):784-93. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
33. Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics.* 2011;127(4): e1073-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
34. Almutairi WM, Ludington-Hoe SM. Kangaroo care education effects on nurses' knowledge and skills confidence. *J Contin Educ Nurs.* 2016;47(11):518-24. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
35. Vittner D, Cong X, Ludington-Hoe SM, McGrath JM. A survey of skin-to-skin contact with perinatal nurses. *Appl Nurs Res.* 2017;33:19-23. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]