



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
YL-2015-004

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ
YATAN ANNELERİN BAKIMA KATILMALARININ KAYGI
DÜZEYLERİ VE BAKIM SORUNLARINI ÇÖZME
BECERİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Emine ÇAKMAK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM**

AYDIN-2015

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
YL-2015-004**

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ
YATAN ANNELERİN BAKIMA KATILMALARININ KAYGI
DÜZEYLERİ VE BAKIM SORUNLARINI ÇÖZME
BECERİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Emine ÇAKMAK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM**

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AYDIN

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine ÇAKMAK tarafından hazırlanan “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri İle İlişkisi” başlıklı tez,/15 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı Soyadı:

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

Doç. Dr. Oya KAVLAK

Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR

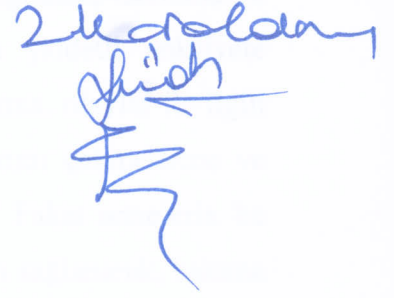
Üniversitesi:

Adnan Menderes Üniversitesi

Ege Üniversitesi

Adnan Menderes Üniversitesi

İmzası:



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu yüksek lisans tezi, enstitü yönetim kurulunun sayılı kararıyla tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

09100-AYDIN

Tel: (256) 214 47 45

Fax: (256) 213 36 57

ÖNSÖZ

Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek solunum sıkıntısı, beslenememe ve cerrahi müdahale gibi nedenlerden dolayı yüksek riskli olarak kabul edilmekte ve profesyonel bakımı için yenidoğan yoğun bakım ünitelerine alınmaktadır. Yoğun bakım ünitesine yatış, anne ile bebek arasındaki ilişkiyi kesintiye uğratarak annenin yaşadığı olumsuz duyguların devamına yol açar ve bu olumsuz duyguları kuvvetlendirebilir. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin sıklıkla yaşadıkları olumsuz duygulardan birisi de kaygıdır. Kaygı düzeyi yükseldikçe bireyin algılama, kavrama ve karar verme yeteneğini de azalmaktadır. Bu nedenle annelerin şiddetli anksiyete yaşamaları, bebekleri hakkında verilen bilgileri doğru anlayamamalarına, olaylar ile ilgili sağlıklı karar verememelerine, bebeklerinin bakımına katılmada sıkıntı çekmelerine ve uygun baş etme yöntemlerini kullanamamalarına sebep olmaktadır. Fakat annelerin bu süreçte mümkün olunan en kısa zamanda bebekleri ile birlikte olmaları sağlanarak, bakıma katılmaları desteklenirse annelerin bebekleri ile ilgili kaygı ve endişelerinin azaltılması sağlanabilir. Ayrıca anne-bebek ilişkisinin en erken dönemde başlatılması, bebeğin büyüme-gelişme ve iyileşme süreci üzerine olumlu etkiler bırakabilmektedir. Bebeğin gelecekteki ruhsal durumunun sağlıklı olabilmesi de bu ilişkinin erken dönemde sağlıklı kurulması ile gerçekleşmektedir. Tüm bu faydalar göz önüne alındığında annelerin yoğun bakım kalış süreçleri boyunca mümkün olduğunca bebeği ile birlikte olmaları ve bebeklerinin bakımına katılmaları desteklenmelidir. Bu çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan annelerin yoğun bakımda kalış süreçleri içerisinde bebeği ile birlikte olmasının ve bakıma katılmasının annelerin kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerine dolayısı ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan ailelere ve bebeklerine katkı sağlaması beklenmektedir.

Emine ÇAKMAK

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
EKLER DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları.....	5
1.4. Genel Bilgiler.....	5
1.4.1. Gelişimsel Yetersizlik Riski Altındaki Bebekler.....	5
1.4.2. Gelişimsel Yetersizlikleri Olan Bebeklerin Ebeveynlerinin Tepki ve Deneyimleri.....	7
1.4.2.1. Birinci Aşama (şok, inkâr, depresyon).....	8
1.4.2.2. İkinci Aşama (karmaşa, suçluluk, kızgınlık, utanma ve sıkıntı).....	9
1.4.2.3. Üçüncü Aşama (pazarlık, kabul ve uyum).....	10
1.4.3. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeklerin Ebeveynlerinin Kaygı Düzeyleri... ..	11
1.4.4. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeğe Sahip Ebeveynlerde Yüklenme.....	13
1.4.5. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeklerin Ebeveynlerinin Gereksinimleri.....	14
1.4.5.1. Bilgi Gereksinimi.....	14
1.4.5.2. Duygusal Destek Gereksinimleri.....	16
1.4.5.3. Sosyal Destek-Bilgilerin Paylaşımı ve Spiritüel Gereksinimler.....	17
1.4.5.4. Ekonomik Gereksinimler.....	18
1.4.6. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeklerin Tedavi ve Bakım Süreçleri.....	18
1.4.7. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeklerin Ebeveynlerin Bakıma Katılma ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri.....	19
1.4.8. Ebeveynlerin Gereksinimlerinin Karşılmasında Ebe ve Hemşirenin Sorumlulukları.....	21

2.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
2.1.	Araştırmanın Tipi.....	24
2.2.	Araştırmanın Yeri.....	24
2.3.	Araştırmanın Zamanı.....	24
2.4.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
2.5.	Araştırmanın Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	26
2.6.	Veri Toplama Araçları.....	26
2.6.1.	Anneler ve Bebekleri İle İlgili Bilgi Formu	27
2.6.2.	Bakıma Katılma Gözlem Formu	27
2.6.3.	Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	28
2.6.4.	Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu - Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum.....	29
2.7.	Ön Uygulama.....	30
2.8.	Verilerin Toplanması	30
2.9.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
2.10.	Araştırmanın Güçlükleri.....	31
2.11.	Araştırmada Etik.....	32
3.	BULGULAR.....	33
3.1.	Annelerin ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri.....	33
3.2.	Annelerin Obstetrik ve Bebeklerine İlişkin Özellikleri.....	35
3.3.	Annelerin Bebeklerine İlk Kez Dokunma Zamanı ve Bebeklerini Görme Sıklığı.....	39
3.4.	Annelerin Belirttikleri ve Gözlenen Bebek Bakımına Katılmalarına İlişkin Özellikleri.....	40
3.5.	Bebeklerin Annelerinin Bildirdiği YYBÜ'ye Alınma Nedenleri ve Dosyadan Elde Edilen Klinik Tanıları.....	42
3.6.	Annelerin Bebek Bakımına Katılma Konusunda Destek Aldıkları ve Almak İstedikleri Kişi/Kişiler.....	44
3.7.	Annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri, Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği, Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği ve Bakıma Katılma Gözlem Formu Ölçeği Puan Ortalamaları.....	45

3.8.	Durumluluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri, Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği, Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği ve Bakıma Katılma Gözlem Formu Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	46
3.9.	Annelerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Durumluluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri, Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği, Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği, Bakıma Katılma Gözlem Formu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
3.10.	Annelerin Obstetrik Özelliklere Göre Durumluluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri, Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği, Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği, Bakıma Katılma Gözlem Formu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	56
4.	TARTIŞMA.....	64
4.1.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	77
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
5.1.	Sonuçlar.....	78
5.2.	Öneriler.....	80
	ÖZET	82
	ABSTRACT	83
	KAYNAKLAR	85
	ÖZGEÇMİŞ	104
	TEŞEKKÜR	105
	EKLER.....	106

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ARM	Ano Rectal Malformasyon
BBBAÖ	Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği
BKGF	Bakıma Katılma Gözlem Formu
DDA	Düşük Doğum Ağırlığı
DKE	Durumluluk Kaygı Envanteri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICM	International Confederation of Midwives
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NEC	Nekrotizan Enterekolit
NG	Nazogastrik
OG	Oragastrik
PUV	Postreior Üretral Valve
SÇBDF	Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu
SÇSAÖ	Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği
SKE	Sürekli Kaygı Envanteri
SPSS	Statistical Package Social Science
SS	Standart Sapma
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.3.1.	Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler.....	25
Çizelge 3.1.1.	Annelerin sosyo-demografik özellikleri.....	34
Çizelge 3.1.2.	Annelerin eşlerinin sosyo-demografik özellikleri.....	35
Çizelge 3.2.1.	Annelerin obstetrik özellikleri.....	37
Çizelge 3.2.2.	Annelerin doğum ve bebeklerine ilişkin özellikleri.....	38
Çizelge 3.3.1.	Annelerin bebeklerine ilk kez dokunma zamanı ve bebeklerini görme sıklığı.....	39
Çizelge 3.4.1.	Annelerin belirttikleri ve gözlenen bebek bakımına katılmalarına ilişkin özellikleri	42
Çizelge 3.5.1.	Bebeklerin annelerin bildirdiği YYBÜ'ye alınma nedenleri ve dosyadan elde edilen klinik tanıları.....	43
Çizelge 3.6.1.	Annelerin bebek bakımına katılma konusunda destek aldıkları ve almak istedikler kişi/kişiler.....	45
Çizelge 3.7.1.	Annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri, Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği, Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği ve Bakıma Katılma Gözlem Formu puan ortalamaları.....	46
Çizelge 3.8.1.	Annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri, Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği, Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği ve Bakıma Katılma Gözlem Formu puanları arasındaki korelasyonlar.....	47
Çizelge 3.9.1.	Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Durumluluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarının dağılımı.....	48

Çizelge 3.9.2.	Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının dağılımı.....	50
Çizelge 3.9.3.	Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	51
Çizelge 3.9.4.	Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	53
Çizelge 3.9.5.	Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Bakıma Katılma Gözlem Formu puan ortalamalarının dağılımı.....	55
Çizelge 3.10.1.	Annelerin obstetrik özelliklere göre Durumluluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarının dağılımı.....	57
Çizelge 3.10.2.	Annelerin obstetrik özelliklere göre Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının dağılımı.....	58
Çizelge 3.10.3.	Annelerin obstetrik özelliklere göre Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	59
Çizelge 3.10.4.	Annelerin obstetrik özelliklere göre Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	61
Çizelge 3.10.5.	Annelerin obstetrik özelliklere göre Bakıma Katılma Gözlem Formu puan ortalamalarının dağılımı.....	63

EKLER DİZİNİ

Ek 1.	Anneler Ve Bebekleri İle İlgili Bilgi Formu.....	106
Ek 2.	Bakıma Katılma Gözlem Formu.....	109
Ek 3.	Durumluluk Kaygı Envanteri	110
Ek 3.	Sürekli Kaygı Envanteri.....	111
Ek 4.	Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu.....	112
Ek 5.	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı.....	118
Ek 6.	Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi.....	119
Ek 7.	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü İzin Belgesi.....	120
Ek 8.	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	121
Ek 9.	Prof. Dr. Necla ÖNER'in toplumumuza uyarlamış olduğu Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'ni kullanabilmek için onay	125
Ek 10.	Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU'nun toplumumuza uyarlamış olduğu Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formunu kullanabilmek için onay	126
Ek 11	Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından Araştırma Sonuç Onayı.....	127

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm anne ve baba adaylarının ortak beklentisi sağlıklı bir bebeğe sahip olmaktır. Ancak prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı gibi bazı nedenden dolayı bu hayaline ulaşamayan anne ve babaların içinde buldukları bu durum akut emosyonel bir kriz olarak algılanmaktadır (Yıldırım ve Gökyıldız 2004, Sola ve Diken 2008).

Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı olarak dünyaya gelen bebekler solunum sıkıntısı, beslenememe ve cerrahi müdahaleye bağlı nedenlerden dolayı yüksek riskli olarak kabul edilmekte ve profesyonel bakımı için yenidoğan yoğun bakım ünitelerine alınmaktadır. Bebeğin yoğun bakım ünitesine yatırılması, aile için ikinci bir stres kaynağıdır. Yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin aileleri, özellikle anneleri ile iletişimi kesintiye uğrar. Bu durum annelerin yaşadığı olumsuz duyguların devam etmesine ve kuvvetlenmesine neden olabilir (Çalışır ve ark 2008). Bu nedenle annelerin, bebekleri yoğun bakım ünitesinde bulunduğu sürece bebeği ile birlikte olması ve bakıma katılmalarının sağlanması ve desteklenmesi gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012' de yayınlanan ve 184 ülkenin yer aldığı "Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda" Dünya prematüre doğum oranının %5-18 arasında değişmekte olduğu ifade edilirken (World Health Organization 2012), ülkemizin 2014 yılı canlı doğum sayısı 1.337.504 olmakla birlikte prematüre doğum oranlarına ilişkin istatistiki bilgiye ulaşılamamıştır (TÜİK 2015). Hem ülkemizde hem de Dünyada, son yıllarda prematüre bakımında ciddi gelişmeler olmasına rağmen, prematüre doğumların azaltılması konusunda belirgin bir ilerleme kaydedilememiştir.

Prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı, gelişimsel geriliğe neden olan faktörlerden biri olarak görülmektedir. Ebeveynler böyle bir durumla karşılaşmaya hazır değildirler. Bu ebeveynler beklentilerinin dışında riskli bir bebeğe sahip oldukları için büyük bir hayal kırıklığı yaşamaktadırlar. Bebeklerinin hayati tehlikesi olduğunu öğrenen ebeveynler, bebekleri için endişe duymakta ve suçluluk duygusu hissedebilmektedirler. Ayrıca aile

bireyleri çaresizlik, kızgınlık, öfke veya tam tersine aşırı sessizlik ve hareketsizlik gibi farklı duygusal tepkiler gösterebilirler (Erdeve ve ark 2008, Konukbay ve Arslan 2011).

Ebeveynlerin doğum öncesi dönemde ebeveynlik rollerini benimsemiş olmaları gerekmektedir. Özellikle isteyerek ve planlanarak olan gebeliklerde anne ve babaların gebelik süresince çocuk sahibi olma istekleri güçlenir ve ebeveynlik rolleri gelişir. Gebelik süresince fetüs ile birlikte olma, onu hissetmeye çalışma, anne karnına dokunma, konuşma gibi aktiviteler fetüs ve ebeveyn arasındaki bağı güçlendirir. Doğumdan sonraki ilk saatler ve ilk günler anne ve bebeğin duruma uyum sağlamaları ve aralarındaki bağı gelişmesi ve güçlenmesi açısından son derece önemlidir (Sola ve Diken 2008, Lasiuk 2013).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortamı (tıbbi araçlar ve sesler) ailelerin bebeğine ulaşmasını engelleyebilir. Bebeğin kuvözde, izole bir biçimde, çeşitli kablolarla bağlı olması, ebeveynler için ürkütücü bir görüntü oluşturmaktadır. Ayrıca bebeklerin kırılğan, hasta görüntüsü, ailenin cihazları kontrol etmedeki yetersizliği ve eksikliği anne ve babaların kendilerini çaresiz ve yardıma muhtaç hissetmelerine neden olabilir (Çalışır ve ark 2008, Uludağ ve Ünlüoğlu 2012).

Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin sıklıkla yaşadıkları olumsuz duygulardan birisi de kaygıdır (Çalışır ve ark 2008). Kaygı (anksiyete), benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gelirim durumudur. Hafif düzeyde anksiyete spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı arttırırken, anksiyetenin düzeyi yükseldikçe bireyin algılama, kavrama ve karar verme yeteneği azalmaktadır (Akşit ve Cimete 2001). Bu nedenle ebeveynlerin şiddetli anksiyete yaşamaları, bebekleri hakkında verilen bilgileri doğru anlayamamalarına, olaylar ile ilgili sağlıklı karar verememelerine, bebeklerinin bakımına katılmada güçlük yaşamalarına ve uygun baş etme yöntemlerini kullanamamalarına neden olabilir (Akşit ve Cimete 2001, Dudek-Shriber 2004). Bu ailelerde ortaya çıkan bir diğer durum ise yalnızlık hissidir. Anne ve babalar kuvözdeki bebeğine dokunamadığı, kucağına alamadığı, istedikleri zaman göremediği ve bebeklerinin gereksinimlerini karşılayamadıkları için yalnızlık hissi yaşarlar ve bu duygu eve gittikten sonra da devam edebilir. Ebeveyn ve bebek arasındaki ayrılık ne kadar uzun sürerse, bebeğin aileye adaptasyonu da o derece gecikebilir (Yıldırım ve Gökyıldız 2004, Hala ve ark 2009).

Doğum sonrasında bebeğin yüksek risk altında olması, prematüre veya düşük doğum ağırlıklı doğması ya da herhangi bir cerrahi probleminin olması annede doğum sonrası

depresyon görülme riskini arttırmaktadır (Kavlak ve Şirin 2009, Marakoğlu ve ark 2009, Ballantyne ve ark 2013). Annenin bebeği ile ilgili endişeli bekleyişi, doğum sonrası dönemi kendi doğal ortamında uzak, hastane ortamında geçirmesi de doğum sonrası depresyon için risk oluşturmaktadır. Bu dönemde yaşanan depresyon da annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli zorluklar yaşamasına neden olabilmektedir. Bu zorluklar nedeni ile anne - bebek arasındaki ilişkinin oluşturulmasında gecikme, annenin bebek bakımına katılma ve ebeveynlik rolünü benimsemede güçlükler yaşanmaktadır (Durukan ve ark 2011).

Ailelerin gelişimsel yetersizlikleri olan çocuklarını kabullenme süreçlerinde verdikleri tepkiler aşama modeline göre üç grupta incelenmektedir. Birinci aşamada ailede şok, inkâr ve depresyon görülürken, ikinci aşamada suçluluk, kızgınlık, utanma ve sıkıntı gibi farklı duygular yaşanmaktadır. Son aşamada ise, pazarlık, kabul ve içinde bulunduğu duruma uyum sağlama görülmektedir (Yıldız 2008, Coşkun ve Akkaş 2009, Gökçedağ ve ark 2012).

Sağlıklı bebeğe sahip olamayan ebeveynlerin yeme-içme, uyku ve dinlenme gibi fizyolojik gereksinimlerinin yanında, bilgi edinme, duygusal ve sosyal destek ve spiritüel gereksinimleri bulunmaktadır (Konukbay ve Arslan 2011, Abdelmektader ve Abd Elhamed 2012, Guillaume ve ark 2013, Gund ve ark 2013). Ebe ve hemşireler sağlıklı olmayan bebeklerin aileleri ile hastanede, doğumhanede ve yoğun bakım ortamlarında sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM), sağlıklı yenidoğanın bakım ve izlemine gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gereken danışmanlık, bakım ve destek hizmetlerini kadınla işbirliği içinde sunan ebelerin temel sorumlulukları içerisinde göstermektedir. Ayrıca ICM, ebelerin yüksek riskli yenidoğanın bakım ve izlemi konusunda önemli sorumlulukları olduğunu da bildirmektedir. Bu bağlamda ebeler yüksek riskli bebeği olan ebeveynlerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludurlar (International Confederation of Midwives 2010).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan pek çok anne için bebeklerinin bakımına katılmak tedirgin edici ve zor olabilmektedir. Ebe ve hemşireler aileye bebeğin sağlık durumu ile ilgili açıklayıcı, yeterli ve doğru bilgiyi zamanında vermelidir. Aile ile sadece akut kriz anında değil, düzenli olarak görüşülmeli, empatik iletişim teknikleri kullanılarak bakım ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Ebe ve hemşire öncelikle anne-bebek bağlanmasının kısa zamanda güvenli bir şekilde sağlanması için, anne ile bebeğin

mümkün olan en kısa sürede bir araya getirilmesini sağlayabilecek girişimleri planlamalıdır. Ebeveynlerin, özellikle de annelerin, bebeklerinin bakımına katılmaları sağlanmalı ve desteklenmelidir. Aileye bebeği ile ilgili gözlemleri sorulmalı ve bunlara değer verilmelidir. Ebeveynler ile hastanede yatış süresi boyunca, ailenin eve geçiş sürecine nasıl hazırlanacakları tartışılmalı ve bakım becerileri geliştirilmelidir. Ayrıca aile dinamiklerinin sürdürülmesi, stres ve krizle baş etme becerilerinin etkili kullanımı desteklenmelidir. Ailelere sadece bebeğin ihtiyaçları değil, kendi ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmaları hatırlatılmalıdır (Erdeve 2009). Bu birimlerde çalışan ebelerin ve hemşirelerin anneleri destekleyerek bebeklerinin bakımına katılmalarını sağlamaları hem anne sağlığı hem de bebek sağlığı açısından yararlı olacaktır.

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bakım hizmetleri bebeğe odaklı olarak verilmektedir. Bu bebeklerin ebeveynleri de fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik boyutları olan çok sayıda problem ile karşılaşmaktadırlar. Ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anneler ile ilgili yapılan çalışmaların daha çok annelerin duygusal problemlerine ve gereksinimlerine odaklandığı görülmektedir (Kurnaz 2007, Çalışır ve ark 2008, Çelebioğlu ve Polat 2008, Hotun Şahin ve Oskay 2008, Sola ve Diken 2008, Çırlak ve Erdemir 2013, Türkoğlu ve ark 2014). Diğer yandan, bu süreçte mümkün olan en erken dönemde, annelerin bebekleri ile birlikte olma ve bakımına katılmaları, bağlanma sürecine, bebeğin büyüme gelişmesine ve ebeveynlerin bebeklerine ilişkin kaygılarının azaltılmasına ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözme becerilerinin gelişmesine katkı sağlayabilir. Ancak yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan ebeveynlerin, yoğun bakımda bulunma sürecinde, bebeğin bakımına katılmalarının kaygı düzeyleri ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözme becerilerini inceleyen bilimsel bilgiye gereksinim bulunmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözme becerileri ile ilişkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılma durumları nasıldır?
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin kaygı düzeyleri ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözmeye becerileri nasıldır?
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bebeğin bakımına katılmalarının annelerin kaygı düzeyi ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözmeye becerileri ile ilişkisi var mıdır?

1.4. Genel Bilgiler

1.4.1. Gelişimsel Yetersizlik Riski Altındaki Bebekler

Sağlıklı olmayan bebeklerin gelişim sürecinde önemli sorunlar meydana gelir ve bu bebekler gelişimsel bozukluk riski altında kalırlar. Gelişimsel bozukluk riski altında olan bebekler üç grupta incelenmektedir. Bunlar (Peterson 1998);

- ✓ Fiziksel ve gelişimsel sorunlara yol açan tıbbi bozuklukların görüldüğü kanıtlanmış risk altındaki bebekler (örn; Down Sendromu, Frajil-X Sendromu gibi),
- ✓ Doğum sırası ve sonrasında, biyolojik risk altında olan bebekler (prematürelilik, düşük doğum ağırlığı gibi)
- ✓ Çevresel koşullar nedeniyle (beslenme, tıbbi bakım, sosyal olanaklar ve eğitim fırsatları ve yetiştiği ortam gibi) risk altında olan bebek ya da çocuklardır.

Fiziksel ve gelişimsel sorunlara yol açan tıbbi bozuklukların görüldüğü kanıtlanmış risk altındaki bebeklerde işitme, görme, duyma, konuşma ve hareket engelleri gibi doğum sırasında ve sonrasında oluşan tıbbi bozukluklar görülmektedir. TÜİK 2002 verilerine göre, ülkemizdeki 0-9 yaş grubunda olan bebek ve çocukların ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olma oranları %1,54 iken aynı yaş grubunda süreğen hastalığa sahip olanların oranı %2,60'tır (TÜİK 2002). Ayrıca genetik farklılaşmalar sonucu görülen Down Sendromu, Frajil-X, yarık damak-dudak, nöral tüp defektleri gibi

kromozom anomalileri genellikle fetal hayatta oluşmakta ve bebeklerde fiziksel-gelişimsel sorunlara yol açabilmektedir. Bu bebeklerden hayati risk taşıyan anomalili ve engelli olanlarının doğumdan sonraki bakım ve tedavileri yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmektedir.

Doğum sırası ve sonrasında, biyolojik risk altında olan bebekler grubunda bulunan prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı, gelişimsel geriliğe neden olan faktörlerden biri olarak görülmektedir (Peterson 1998) ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören bebeklerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Dudek-Shriber 2004, Kurnaz 2007, Uludağ 2008, Uludağ ve Ünlüoğlu 2012, Kara ve ark 2013). Annenin son adet tarihinden doğuma kadar geçen süre normal gebelik (gestasyon) süresi olarak bilinmektedir. Bu süre normalde 38 ile 42 hafta arasında değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre; annenin son adet tarihinin ilk gününden itibaren 37. gestasyonel haftasını tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak kabul edilmektedir (World Health Organization 2014a).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) prematürelere gestasyon haftasına göre üç grupta sınıflandırmıştır. Bunlar (World Health Organization 2014a);

- ✓ Hafif derecede prematüre (32-37 hafta)
- ✓ Orta derecede prematüre (28<32 hafta)
- ✓ İleri derecede prematüre (<28 hafta)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 'de yayınlanan ve 184 ülkenin yer aldığı "Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda" Dünya prematüre doğum oranının %5-18 arasında değişmekte olduğu ifade edilirken (World Health Organization 2012), ülkemizin 2014 yılı canlı doğum sayısı 1.337.504 olmakla birlikte prematüre doğum oranlarına ilişkin istatistiki bilgiye ulaşılamamıştır (TÜİK 2015).

Prematüre doğum sadece sosyo-ekonomik durumu düşük olan ülkelerde olmamakla birlikte, en fazla prematüre doğum oranına sahip ilk 10 ülke arasında Amerika Birleşik Devletleri ve Brezilya da yer almaktadır (World Health Organization 2014a). Hem ülkemizde hem de Dünyada, son yıllarda prematüre bakımında ciddi gelişmeler sağlanmış olmasına rağmen, prematüre doğum azaltılması konusunda belirgin bir ilerleme kaydedilememiştir (Okumuş 2012).

Normal şartlarda 38 ile 42. gebelik haftaları arasında doğan bir bebeğin ağırlığı 2500 gram (g) ile 4000 g olduğu bilinmektedir. Ancak anne veya bebekle ilgili çeşitli durumlar söz konusu olduğunda gebelik erken ve/veya düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuyla sonlanabilmektedir (Bekdaş ve ark 2013). Birçok doğumda düşük doğum ağırlıklı bebekler, çoğul doğumların dışında prematüre bebeklerdir (Xu ve Filler 2005) ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi bakım desteği almak zorunda kalabilmektedirler.

Prematüre yenidoğanlar doğum ağırlığına göre üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar (Xu ve Filler 2005);

- ✓ Düşük doğum ağırlıklı bebekler (1500-2499 g)
- ✓ Çok düşük doğum ağırlıklı bebekler (1499-1000 g)
- ✓ Aşırı düşük doğum ağırlıklı bebekler (<1000 g)

Beslenme, tıbbi bakım, sosyal olanaklar, eğitim fırsatları ve yetiştirildiği ortam gibi çevresel koşullardan etkilenme riski altında bulunan pek çok bebek ve çocuk bulunmaktadır (Peterson 1998). Tüm bu olumsuz çevre koşulları bebekler için tehdit oluşturmakta ve bu çevresel faktörlerden etkilenme riski olan bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yatırılma ihtimali daha fazladır.

1.4.2. Gelişimsel Yetersizlikleri Olan Bebeklerin Ebeveynlerinin Tepki ve Deneyimleri

Ebeveynlerin gelişimsel yetersizlikleri olan bebeklerini kabulleniş süreçlerinde verdikleri tepkileri açıklayan çeşitli modeller vardır. Fakat en çok bilinen model aşama modelidir. Modelin özgün hali 1969'da Elizabeth Kübler-Ross tarafından ölümcül hastalığı olan bireyler ve yakınları için geliştirilmiştir. Bu modele göre birinci aşamada aile bireylerinde şok, inkâr ve depresyon görülürken, ikinci aşamada suçluluk, kızgınlık, utanç ve sıkıntı gibi farklı duygular yaşanmaktadır. Son aşamada ise, pazarlık, kabul ve içinde bulunduğu duruma uyum sağlama görülmektedir (Coşkun ve Akkaş 2009, Doğan 2010, Gökçedağ ve ark 2012). Ölüm fiziksel bir kayıp iken, ailede yetersizliği olan bir bebeğin doğmasının anne-babalar tarafından "ideal bebeğin yitimi" olarak algılandığı belirtilmektedir. Bu kaybı önemli kılan, gerçek anlamda bir bebeğin ölmesi değil, ailenin

bebek için var olan hayallerinin ve umutlarının ölmesidir (Karpaz ve Girli 2012). Sağlıklı bir bebeğe sahip olma beklentisi içinde olan ebeveynlerin prematüre, düşük doğum ağırlıklı veya gelişimsel bozukluk riski altında olan bir bebeğe sahip olması aile tarafından akut emosyonel kriz olarak algılanır (Antar ve ark 2001, Sivrikaya ve Çifçi Tekinarıslan 2013). Bu şekilde ani bir durumla karşı karşıya kalan ebeveynler gerekli hazırlıklarını yapamamış olurlar (Yıldırım ve Gökyıldız 2004). Bu ebeveynler beklentilerinin dışında riskli bir bebeğe sahip oldukları için büyük bir hayal kırıklığına uğralar. Prematüre bebek sahibi olmanın travmatik etkilerinin incelendiği bir çalışmada, ailelerin bebeklerinde erken doğuma bağlı sorunların çıkması aile üyelerinde psikolojik travmaya neden olduğu belirlenmiştir (Lasiuk 2013).

1.4.2.1. Birinci Aşama (şok, inkâr, depresyon)

Ebeveynlerin bebeği için hiç beklemediği ve hazır olmadığı kabul edilmesi zor olan olumsuz durum karşısında verdikleri ilk tepki şoktur (Sola 2008, Aykanat Girgin ve Balcı 2015). Aile bireyleri özellikle anne ve babalar bu evreyi ağlayarak, hissizleşerek, aşırı veya hiç konuşmayarak, sorulan sorular karşısında hiç tepki vermeyip çevreye karşı tepkisiz davranarak geçirirler. Bu dönemin uzun ya da kısa sürmesi ebeveynlerin kişilik ve aile yapılarıyla, yakın çevreden ya da uzmandan alınan psikolojik desteklere bağlıdır (Antar ve ark 2001, Ergin ve ark 2007, Genlik 2012).

Ebeveynlerin gerçeklerden kaçması, kendilerini korumaya alması inkâr (reddetme) olarak da kabul edilir. Bazı aileler yaşadıkları şokun ardından bebeğini tümüyle red edebilir. Fakat içindeki ruhsal çatışmaların ve bunalımların sonucunda bebeğin kendisinin değil engelinin inkâr edilmesi söz konusu olabilir. Ebeveynler red etme ile olayların farkında olmamayı istemektedirler. Bu durum, anne-babanın bebeği dışında farklı şeylerle meşgul olup, bebeğin sorunlarıyla ilgilenmeye zaman bulamama olarak kendini gösterir. İnkâr duygusunu yaşayan aileler gerçekleri kabul etmeyip, bebeklerinin sağlıklı olduğunu kanıtlamak için farklı uzmanlarla görüşüp çareler ararlar (Yıldız 2008, Özgör 2015).

Gelişimsel yetersizliği olan bebeklerin aileleri beklentilerinin boşa çıkması ve beklenilmeyen acı verici durum karşısında çok yoğun üzüntü yaşayarak yas tutma haline girerler (Ergin ve ark 2007, Kaçan Softa 2012). Anne ve babalar artık her şeyin bittiğini, hayatlarının anlamını yitirdiğini düşünerek çevre ile ilişkilerini en aza indirerek depresyona

girebilirler. Kimseyle görüşmek, konuşmak istemezler. Bu aileler için sağlıklı bebek sahibi olma özlemi hiç bitmez (Kurtzer-White ve Luterman 2003, Preyde ve Ardal 2003).

1.4.2.2. İkinci Aşama (karmaşa, suçluluk, kızgınlık, utanma ve sıkıntı)

Ebeveynlerin sorumluluğu ve yükü gelişimsel yetersizliği olan bebeğin hayatlarına dâhil olmasıyla daha da artmıştır. Bu bebeklerin bakıma gereksinimleri diğer sağlıklı bebeklerden daha fazladır. Dolayısıyla ebeveynler zamanlarının çoğunu bu bebeklerinin bakımı, eğitimi ve sağlık sorunları ile harcarlar. Bu da aileyi hem maddi hem de manevi yönden yıpratır. İşte böyle tükenmişlik durumunda aile ‘keşke hiç bu şekilde bebeğim olmasaydı’ şeklinde düşüncelere girebilir. Bebeklerinin her şeyin sebebi olduğu düşünerek bebeğe karşı, nefret, öfke gibi olumsuz duygulara kapılabilirler. Fakat daha sonra ebeveynlik rolleri, vicdanları ve sevme duyguları ağır basarak bebekleri için her şeyin en iyisini yapma gayreti içerisine girebilirler. İşte tüm bu gelgitlerin yaşandığı karmaşık duygular aile içinde çatışmalara sebep olabilir (Karabekiroğlu 2015, Özgör 2015).

Gelişimsel yetersizliği olan engelli, sendromlu veya hasta bir bebeğin aileye katılmasıyla oluşan duygu suçluluktur (Whirter ve Acar 2000). Suçluluk duygusu ailede çok zor oluşan bir duygudur. Çünkü aile kendine sürekli olarak niçin böyle bir olayın başlarına geldiğini, niye kendi bebeklerinin bu acıyı yaşadığı sorularını sormaktadır (Yıldırım ve Gökyıldız 2004). Bu soruların cevabını bulamayan ebeveynler bazen de bebeğinin başına gelen bu hazin olayın sebebinin kendisinin veya eşinin olduğunu düşünürler (Balcı 2006). Geçmişte yapmış olduğu bir yanlışlıktan dolayı kendisine verilen bir ceza olarak düşünebilirler. Bir başka olasılık ise ebeveynin hayatlarını alt üst eden ve tüm bu olumsuzlukların yaşanmasına neden olduğunu düşündükleri bebeklerine duyulan kızgınlıktır. Ebeveynler bebeklerine karşı duydukları kızgınlıktan dolayı kendilerini suçlu hissetmektedirler. Suçluluk duygusu anne ve babalar için çok ağır ve altından kalkılması kolay olmayan bir durumdur. Bu gibi durumlarda ebeveynler yakın çevrelerinden veya uzman kişilerden profesyonel destek alabilirler (Hoşnuter ve ark 2002, Coşkun ve Akkaş 2009, Karabekiroğlu 2015).

Ebeveynlerin gelişimsel yetersizliği olan bebeğini kabullenmede geçirdiği diğer bir duygu şekli kızgınlıktır. Kızgınlık kabullenmeyi engelleyici duygudur (Çalışır ve ark 2008, Erdeve ve ark 2008). Kızgınlık iki şekilde ortaya çıkabilir. İlkinde, ebeveyn öncelikle kendisini sorgular. Böyle olumsuz bir durumun niçin kendi başına geldiğini, bu durumu

hak edecek ne yaptığını düşünür. Fakat daha sonra ebeveynler yaşanan bu olumsuz durumun sebebini başkalarında aramaya başlarlar. Eşler, diğer aile üyeleri, sağlık personelleri veya eğitimciler suçlanmaya başlanır. Bu evrelerde eğer kuvvetli sevgi ve aile bağları kurulmamışsa ailenin birliği ve bütünlüğü bile tehlikeye girebilir (Karabekiroğlu 2015, Savaş Sandalcı 2015).

Gelişimsel yetersizliği olan, engelli veya hasta bir bebeğe sahip olan ebeveynlerin depresyon evresinde kendilerini çevreden soyutladıkları bilinmektedir. Kendisine ve ailesine yakıştıramadığı bu olumsuz durumu bazı ebeveynler utanç verici olarak düşünmekte ve bebeğini diğer kişilerden ve çevrelerinden saklama ihtiyacı hissetmektedirler (Kurtzer-White ve Luterman 2003, Karabekiroğlu 2015).

1.4.2.3. Üçüncü Aşama (pazarlık, kabul ve uyum)

Pazarlık evresi ebeveynlerin uyum sürecindeki en son evrelerden biridir. Anne-babaların daha önceki duyguları sona ermiştir. Suçluluk ve çaresizliğin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Artık aile için önemli olan bebeğin sağlığıdır. Ebeveynler bebeğin sağlığına kavuşması için çareler aramaktadır ve bunu sağlayabilmek içinde herkesle pazarlık içine girebilirler. Pazarlığa girilen kimi zaman doktor, kimi zaman uzman eğitici, hoca ya da Allah olabilir. Pazarlık genelde bebeğin iyileşmesine karşılık verilecek bir ödül veya davranışı kapsamaktadır. Pazarlık bebeğin iyileşmesi yönünde yapılan son girişimdir. (Aydın ve ark 2012, Özgör 2015).

Ebeveynlerin gelişimsel yetersizliği olan bebeğini kabullenmede gelinen en son aşama kabul ve uyum aşamasıdır. Fakat ebeveynlerin bu aşamaya gelmesi hiç de kolay değildir. Başlangıçta yaşanan olumsuz duygular hiçbir zaman tamamen ortadan kalmaz. Ebeveynler bu evrede gelişimsel yetersizliği olan bebeğine yönelir. Bebeğini kabullenerek, onun ailenin bir bireyi olduğunu görmeye başlar. Bebeğinin sağlık problemini anlamaya ve çözüm bulmaya ve bebeğin gereksinimlerini karşılamak için uzmanlarla işbirliği yapmaya çalışır (Aydın ve ark 2012, Özgör 2015).

Gelişimsel yetersizliği olan bir bebeğe sahip olan ebeveynler bu aşamalardan sırayla geçmektedir. Fakat birçok anne-baba inkâr aşamasını geçememekte ve kabul aşamasına ulaşamamaktadır (Coşkun ve Akkaş 2009). Ebeveynlerin kabul aşamasına kolay geçmeleri

veya red aşamasında takılıp kalmaları genellikle anne babaların kişisel özellikleri, baş etme yöntemleri, sosyo-ekonomik düzeyleri ve sosyal destek mekanizmaları ile ilgilidir. Ailelerin bu özellikteki bebekleri kabul etme süreci ne kadar kısa sürerse, aile ve bebek üzerindeki olumsuz etkisi de o derece kısa sürecektir (Gökçedağ ve ark 2012).

1.4.3. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeklerin Ebeveynlerinin Kaygı Düzeyleri

Benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gelirim durumu kaygı (anksiyete) olarak tanımlanmaktadır (Akşit ve Cimete 2001, Öksüz 2008, Üzen Peköz 2009). Kaygı titreme, çarpıntı, terleme ve yüksek nabız gibi fiziksel semptomlar görüldüğü bir tablodur (Back ve Emery 2006).

Hafif düzeyde kaygı spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı artırırken, kaygının düzeyi yükseldikçe bireyin algılama, kavrama ve karar verme yeteneğini de azalmaktadır (Akşit ve Cimete 2001, Öksüz 2008, Üzen Peköz 2009). Bu nedenle ebeveynlerin şiddetli kaygı yaşamaları, bebekleri hakkında verilen bilgileri doğru anlayamamalarına, olaylar ile ilgili sağlıklı karar verememelerine, bebeklerinin bakımına katılmada sıkıntı çekmelerine ve uygun baş etme yöntemlerini kullanamamalarına sebep olmaktadır (Akşit ve Cimete 2001, Çalışır ve ark 2008, Konukbay ve Arslan 2011). Obeidat ve ark (2009)'nın yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri olan ailelerin deneyimlerinin incelendiği çalışmada, annelerin çok fazla depresyon, anksiyete, stres ve kontrol kaybı yaşadıkları belirlenmiştir. Dudek-Shriber (2004)'in yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri olan 162 ebeveynin stresini ıcediği çalışmasında ise, en fazla stresin ebeveyn bebek bağlanmasıyla ilgili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bebeğin aşırı prematüre olması, kalp damar sistemindeki bir rahatsızlıktan dolayı tanı alması ve uzun süreli hospitalizasyon nedenleri stres kaynağı olarak gösterilmiştir.

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından onaylanan fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılmış hemşirelik tanıları içinde kaygı yer almaktadır (Carpenito-Moyet 2005). Ebeveynler kaygı yönünden değerlendirilmeli ve uygun girişim ve destek sağlanmalıdır.

Prematüre, düşük doğum ağırlığı gibi gelişimsel yetersizliği olan bebekler beslenememe, solunum sıkıntısı ve cerrahi nedenlerden dolayı yüksek riskli olarak kabul

edilir ve profesyonel bakımı için yenidoğan yoğun bakım ünitelerine (YYBÜ) alınmaktadır (Altundağ Dündar ve ark 2011, Keleş 2011). Bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılması, aile için ikinci bir stres kaynağıdır (Carter ve ark 2005, Schappin ve ark 2013). Yoğun bakım ünitesine yatış, ebeveyn ile bebek arasındaki ilişkiyi kesintiye uğratarak ailenin yaşadığı olumsuz duyguların devamına yol açar ve bu olumsuz duyguları kuvvetlendirebilir (Çalışır ve ark 2008, Oflaz 2008, Boztepe ve Çavuşoğlu 2009, Gürkan 2009).

Bu ailelerde kaygı ile beraber ortaya çıkan bir diğer durum ise yalnızlık hissidir. Anne ve babalar bebeği kuvözde izole bir durumda olduğu için ona dokunamaz, tutamaz ve her zaman göremezler ve diğer aileler gibi bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılayamazlar. Bu yüzden yalnızlık hissi yaşarlar ve bu yalnızlık hissi eve gittikten sonra da devam eder. Ayrılık ne kadar uzun sürerse, yeni bireyin aileye adaptasyonu da o derece de uzun sürmektedir (Yıldırım ve Gökyıldız 2004, Hotun Şahin ve Oskay 2008).

Çoğu kadın doğum sonrası dönemde kendilerinde meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişikliklere uyum sağlayamadığı için kalıcı ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir (Küçüköğlü ve ark 2014). Doğumu takip eden 4 hafta içinde ortaya çıkan major depresyon atağı doğum sonrası depresyon olarak tanımlanmaktadır (Aydemir 2007, Durukan ve ark 2011, Ballantyne ve ark 2013) ve tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur (Erkuklu ve ark 2004, Yan ve ark 2015). Doğum sonrası yaşanan depresyonun annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli zorluklar yaşamasına sebep olabilmektedir (Klanin ve Arthur 2009, Kingston ve ark 2012, Türkoğlu 2014). Bu zorluklar nedeni ile anne ile bebek arasındaki ilişkinin kurulmasında gecikme, annenin bebek bakımında ve ebeveynlik rolünü benimsemeye güçlükler yaşanmaktadır (Özbek ve Miral 2003, İşler 2007, Durukan ve ark 2011, Öztürk ve Saruhan 2013).

Doğum sonrasında bebeğin risk altında olması, prematüre veya düşük doğum ağırlığında doğması ya da herhangi bir cerrahi probleminin olması annede doğum sonrası depresyon görülme riskini artırır (Aydemir 2007, Karaaslan 2008, Kavlak ve Şirin 2009, Evans 2012). Ballantyne ve ark (2013)'nın Kanada'da erken doğum yapmış ve yoğun bakım ünitesi deneyimi olan kadınlar ile yaptığı çalışmada kadının erken doğum yapmış olması durumunda doğum sonrası depresyon görülme riski daha fazla olduğu sonucu rapor edilmiştir. Annenin bebeği ile ilgili endişeli bekleyişi, kendi doğal ortamında uzaklaşp hastane ortamlarında doğum sonu dönemini geçirmesi doğum sonrası depresyon açısından

risk faktörüdür. Ancak erken dönemde annelerin stres ve depresyon taramaları yapılır ve tedavi başlanırsa bu tehlikeli dönem daha kolay bir şekilde atlatılabilir. Benzie ve ark (2013)'nın erken doğan bebeklerin aileleri için yapılan erken müdahale programının öğelerini sınıflamak ve bunun ailesel stres, sinir, depresyon belirtileri ve hassasiyet üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; erken müdahalenin test edilmesi ve geliştirilmesi, erken doğan bebeklerin aileleri için katkı sağladığı, ailesel sinir, stres ve depresyon belirtilerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Doğum sonu ilk bir yılda bebeklerin sosyal çevrelerini çoğunlukla anneleri oluşturmaktadır. Bu dönemi depresyonla geçiren anneler bebeklerine de bu olumsuzluğu yansıtmakta ve bebeğin de gelişimini tehlikeye atmaktadırlar (Singer ve ark 1999). Annenin beden sağlığı ve ruhsal durumu iyi olmadığı sürece bebeğine sağlıklı ve etkin bir bakım vermesi mümkün değildir (Gaynes ve ark 2005). Depresyonda olan anne bebeği ile yeterince ilgilenemez, bebeğinin bakım eksikliklerine ve bebeğinin sağlığını tehdit eden davranışlara sebep olurlar (Seimyr ve ark 2004, Dunn ve ark 2006, McLearn 2006).

1.4.4. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeğe Sahip Olan Ebeveynlerde Yüklenme

Engelli veya hasta bir bebeğe bakım vermek ve onunla birlikte yaşamak aile bireyleri açısından bir yüklenme oluşturmaktadır. Yüklenme, bakım veren kişinin/annenin bakım verirken yaşadığı özel algıları ve bireysel tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım Sarı 2007, Karataş 2011). Ekonomik gereksinimlerdeki artış, bebeğin durumu hakkında yeterli bilgiye sahip olamama, aile üyelerinin değişen rolleri, evlilik ilişkilerinin değişmesi, ebeveynlerin kendilerine vakit ayıramamaları, toplumdaki diğer kişilerin bu ailelere karşı tutumları aile üyelerinde yüklenmeye neden olmaktadır (Kaytez ve ark 2015). Aile yüklenmesinin duygusal, sosyal, ekonomik ve fiziksel boyutları bulunmaktadır (Ohaeri 2003).

Gelişimsel yetersizliği olan bebeğe sahip ebeveynlerin stres durumları, sağlıklı bebeğe sahip ebeveynlerin stres durumlarına göre daha fazladır (Aykanat ve Gözen 2014). Bu ebeveynlerde dört stres kaynağı bulunmaktadır. Bunlar; keder, bakım yükünün uzaması, sosyal etkileşimlerde etkilenme ve ebeveynlik açısında rol model eksikliğidir. Ailede duygusal yüklenmeyi etkileyen en önemli faktör, gelişimsel yetersizliği olan bebeğin doğmasıyla ortaya çıkan kayıptır. Aile beklenmedik bu durum karşısında derin

üzüntü ve keder yaşamaktadır. Engellerin ve sağlık sorunlarının geri dönüşsüz olması ve düzeltilemez olması ebeveynlerde oluşan duygusal yüklenmeyi önemli oranda etkilemektedir (Yıldırım Sarı 2007, Coşkun ve Akkaş 2009).

Gelişimsel yetersizliği bulunan bebeğe sahip ailelerin çoğunda sosyal izolasyon ve yüklenme görülmektedir. Bebeğin doğum sonu ilk bir yılda sosyal çevrelerini çoğunlukla annelerinin oluşturması ve primer bakımını annenin vermesi nedeniyle özellikle annelerin boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, zamanla ailenin diğer üyelerine ve sosyal çevrelerine karşı yabancılaşması söz konusu olabilmektedir (Altuğ Özsoy ve ark 2006, Karataş 2011).

Gelişimsel yetersizliği bulunan engelli veya hasta olan bir bebeğe sahip olmak ailede ekonomik masrafları arttırarak ekonomik yüklenmeye neden olmaktadır. Çünkü özel tıbbi bakım ve özel eğitim bebeğin gelişimi için gerekli olan ihtiyaçlardır ve bu ihtiyaçların maddi açıdan değerleri çok fazladır (Yıldırım Sarı 2007, Erdoğan 2013). Down sendromlu çocuğu olan ebeveynlerle ilgili yapılan bir çalışmada, ailelerin genel olarak çocuklarının bakımı konusunda ekonomik olarak kendilerini yeterli gördükleri ve çocuklarının geleceği hakkında endişe duydukları belirlenmiştir (Aigbovbiosa ve ark 2012).

Ebeveynler gelişimsel yetersizliği bulunan engelli veya hasta olan bebeğin bakım ve ihtiyaçlarını karşılamaktan dolayı fiziksel yüklenme yaşamaktadırlar (Köksal ve Kabasakal 2012). Özellikle; ebeveynlerin bebeklerinin beslenme, kişisel bakım, giydirme, ağız bakımı, alt değiştirme, kendine zarar verecek davranışları önleme ve sonraki zamanlarda tekerlekli sandalye kullanma/yardım gibi gereksinimlerini karşılamak için daha fazla fiziksel güç sarf etmesi ailede fiziksel yüklenmeye neden olmaktadır (Yıldırım Sarı 2007).

1.4.5. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeklerin Ebeveynlerinin Gereksinimleri

Sağlıklı bebeğe sahip olamayan ebeveynlerin fizyolojik, psikososyal, ekonomik ve spiritüel olmak üzere çok sayıda gereksinimleri bulunmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan ebe, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının bu gereksinimlerin farkında olmaları ve gidermeleri gerekmektedir (Çalışır ve ark 2008, Konukbay ve Arslan 2011).

1.4.5.1. Bilgi Gereksinimi

Risk grubu altındaki bebeğe sahip olan tüm ebeveynlerin en önemli ortak gereksinimlerinden biri bilgi gereksinimidir. Ebeveynler bebeklerinin ömrünün veya hastalığının kalıcı olup olmadığı, seyri, görülme sıklığı, nedenleri, tedavisi, sağlık kontrolleri gibi konularda doğru ve açık bir şekilde bilgilendirilmek isterler (Kurnaz 2007, Çalışır ve ark 2008) .

Fiziksel ve gelişimsel sorunlara yol açan tıbbi bozuklukların görüldüğü kanıtlanmış risk altındaki bebeğe sahip ebeveynler, bebeklerinin ömrünün etkileri, bebeğin gelişimi, bazı becerileri nasıl öğreteceği, davranışlarını nasıl kontrol edeceği hakkında bilgi almak isterler (Karataş 2011). Ebeveynlerin bilgi gereksinimlerinin doğru ve yeterli bir biçimde karşılanması suçluluk, öfke ve eşler arasındaki anlaşmazlığı önleyebilir (Konukbay ve Arslan 2011, Kaytez ve ark 2015, Özgör 2015). Ayrıca diğer kişilerin de (anneanne, babaanne, dede, teyze, amca, kardeş ve diğer üyeler gibi) bilgilendirilmesi gerekmektedir. Çünkü ebeveynler aile yaşamı gereği bu kişilerin farklı birçok sorusuna maruz kalabilmektedirler. Bebeğin sağlığına kavuşması için çoğu kez tıbbi yöntemlerin dışında yöntemler denenmek istenebilir. Tüm bu olumsuz durumların önüne geçebilmek için bu kişilerin de uzman kişiler tarafından bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Doğum sırası ve sonrasında, biyolojik risk altında olan bebekler grubu içerisinde olan prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip anne ve babanın da bilgi gereksinimi vardır. Bu ebeveynler de bebeğin durumu ile ilgili sık, doğru ve güvenilir bilgi sahibi olmak isterler (Kurnaz 2007, Çalışır ve ark 2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ile ilgili Konukbay ve Arslan (2011)'in yaptığı çalışmada çocukları yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ailelerin sağlık personelinde yeterli bilgi almama konusunda güçlükler yaşadıkları belirtilmiştir. Sola ve Diken (2008)'in yapmış olduğu çalışmada da, prematüre ve düşük doğum ağırlığına sahip ailelerin bilgi boyutunda gereksinime ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. İsviçre'de prematüre bebekleri sağlıklarını korumak amacıyla kullanılan e-sağlık iletişim teknolojisinin etkilerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada aileler e-sağlık hizmeti ile gece-gündüz hastane ile iletişim halinde olmaktan ve sorularına anında cevap almaktan dolayı memnun kaldıkları rapor edilmiştir (Gund ve ark 2013).

1.4.5.2. Duygusal Destek Gereksinimleri

Tanı dönemi ve sonrası ebeveynler için oldukça yıpratıcı bir süreçtir. Bu sürecin sağlıklı bir biçimde atlatılması için ailenin duygusal olarak desteklenmesi gerekmektedir. Engelli, hastalıklı veya gelişimsel bir yetersizliği bulunan bir bebeğe sahip olan aileler için sevgi, hoşgörü, kabul görme, anlayış, değer verilme ve korunma en temel duygusal gereksinimlerdendir. Ebeveynlerin bu süreçlerinde öncelikle birbirlerine destek olmaları gerekmektedir (Karataş 2011, Gökçedağ ve ark 2012, Bahçivancıoğlu Yazıcı ve Akçin 2014).

Fiziksel ve gelişimsel sorunu olan engelli bir bebeğin temel gereksinimleri, eğitimi, sağlık hizmetlerine götürülmesi çoğu zaman anne tarafından karşılanmakta ve anneler ağır fiziksel ve duygusal sorumluluk altına girmektedirler (Uğuz ve ark 2004, Hodge ve ark 2011). Bu şekilde tüm yükün anneye kaldığı durumlarda anneler yoğun strese maruz kalırlar. Ancak eş desteği ve iş bölümü ile annelerin üzerindeki stresin yoğunluğu azaltılabilir. Ayrıca bu anne ve babalara bir uzman tarafından psikolojik desteğin sağlanması ile sıkıntılı sürecin atlatılması mümkün olabilmektedir (Karataş 2011, Gökçedağ ve ark 2012).

Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olan anne ve babanın da duygusal gereksinimleri genelde fiziksel olarak bebeğine yakın olmakla ilgilidir. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynler, bebekleri yanlarında olmadıkları için sürekli olarak bebeklerinin yakınında olmayı istemektedirler. Kaldıkları yerin (hastanede veya evde) yoğun bakım ünitesine yakın olmasını tercih etmektedirler (Nicholas 2006). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri ile ilgili Çalışır ve ark (2008)'nin çalışmasında annelerin babalara göre daha fazla kaygı yaşadıklarını ve duygusal desteğe gereksinimi oldukları belirtilmiştir. Guillaume ve ark (2013)'nin çalışmasında ise, annelerin bebeği ile arasındaki bağı sağlayacak ve bebeğe annesini hatırlatacak bir oyuncak veya kumaş parçasını bebeğinin yanına verilmesini bekledikleri ve kuvözdeki bebeğinin fotoğrafını çekmenin onları mutlu ettiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Ayrıca ebeveynler sağlık personelinin bebeğinin ihtiyaç duyduğu bakım ve tedaviyi doğru ve eksiksiz verdiğinden emin olmayı ve onlara güvenmeyi istemektedirler. Kendilerinin de mümkün olduğunca bebeğinin bakımına katılmayı ve onun ihtiyaçlarını karşılayabilmeyi istemektedirler (Konukbay ve Arslan 2011).

1.4.5.3. Sosyal Destek-Bilgilerin Paylaşımı ve Spiritüel Gereksinimler

Bireyin diğer insanlardan aldığı yardım sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda kişinin sevildiği, değerli bulunduğu, kabul edildiği ve kişiler arası destek ağının bir parçası olduğu inancına sahip olmasını sağlayan bilgi olarak da tanımlanabilir (Köksal ve Kabasakal 2012, Sivrikaya ve Çiftçi Tekinarslan 2013). Sosyal destek iki şekilde görülmektedir. Birincisi resmi ve özel hizmet kurumları tarafından verilen sosyal destek; ikincisi yakın akrabalar, arkadaşlar, sosyal çevre tarafından verilen resmi olmayan sosyal destektir. Aileler yeni rollerine uyum sağlayabilme ve sorumluluklarının artması nedeniyle destek sistemlerine daha çok, ihtiyaç duymaktadırlar (Demirbilek 2013). Christopher ve ark (2000)'nın yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği bulunan adölesan anneler ile ilgili yaptıkları çalışmada; adölesan annelerin aldıkları sosyal desteğin stresi azaltmada etkili olduğu, sosyal destekleri yüksek olan annelerin bebekleri ile ilişkilerinin daha iyi olduğu rapor edilmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan bir diğer çalışma da da aile üyelerinden, arkadaşlardan alınan sosyal desteğin annelerin kaygılarını azalttığı bildirilmiştir (Kara ve ark 2013). Coşkun ve Akkaş (2009)'ın engelli çocuğu olan 150 anne ile yaptığı çalışmada, engelli çocuğa sahip olan annelerin sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, alınan sosyal destek düzeyiyle sürekli kaygı düzeyleri arasında ters ilişkinin olduğu belirtilmiştir.

Ailelerin kendileriyle aynı veya benzer problemi yaşayan ailelerle görüşme, konuşma, onların bilgi ve deneyimlerinden yararlanma gibi gereksinimleri vardır. Aileler aynı veya benzer özellikteki diğer aileler ile bir araya gelerek farklı bakış açıları ve deneyimleri paylaşmayı isteyebilmektedirler. Bu tür paylaşım ortamlarının bir uzmanın denetiminde olması, aileler için çözüm yolları bulmada faydalı olmasını sağlayabilir (Yıldız 2008, Konukbay ve Arslan 2011). Preyde ve Ardal (2003) çalışmasına göre, ailelerin birbirleriyle iletişim içinde olmaları, deneyim ve tecrübelerini paylaşmaları stresi azaltmada önemli bir faktör olduğu ortaya konmuştur. Kendisinin yalnız ve çaresiz olmadığını hisseden anne, kendi yaşamından doyum aldığı için diğer aile üyeleriyle de daha sağlıklı ilişkilere girebilmekte ve bu sayede stresi azalmakta olumlu başa çıkma becerileri gelişmektedir (Plant ve Sanders 2007, Guralnick ve ark 2008, Ersoy ve Çürük 2009).

Ayrıca bu ailelerin spiritüel gereksinimleri de bulunmaktadır. Spiritualite sözlük anlamında “manevi-ruhani değerlere bağlılık” olarak tanımlanan, anlaşılması zor, soyut bir

kavramdır. Spirituel gereksinimlerin tanımı holistik hemşirelik bakımının temel bileşenleri olarak kabul edilmektedir (Sülü 2006). Ebeveynler bu dönemde, dua etmeye ve başkalarının da çocuklarına dua etmesine, manevi olarak kendisini rahatlatıcak faktörlere gereksinim duymaktadırlar (Konukbay ve Arslan 2011).

1.4.5.4. Ekonomik Gereksinimler

Engelli, hasta veya gelişimsel yetersizliği olan bir bebeğin anne-babası olmak diğere anne-babalara göre daha fazla maliyet içeren bir durumdur. Bu bireylerin tıbbi tedavi, bakım, beslenme, ulaşım, özel eğitim ve fizyoterapi gibi özel gereksinimleri aileleri ekonomik açıdan güçlükler yaşamasına neden olmaktadır (Erdoğan 2013).

Prematüre, düşük doğum ağırlıklı veya cerrahi bir nedenden dolayı yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatmakta olan aileler için gerekli olan tıbbi ve maddi destek devlet tarafından karşılanmaktadır. Ancak yoğun bakım süreci kısa olabileceği gibi haftalarca hatta aylarca sürebilmektedir. Bu uzun yatışın sonucunda aile içi ilişkilerin yanı sıra ailenin yoğun bakım ünitesine ulaşımaları ve şehir dışından gelen ailelerin konaklama ihtiyaçları tüketici ve yorucu olabilmektedir (Moore ve ark 2003, Fowlie ve McHaffie 2004).

1.4.6. Gelişimsel Yetersizliği Olan Bebeklerin Tedavi ve Bakım Süreçleri

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YYBÜ) stabil olmayan, sürekli hemşirelik ve ebelik bakımı, kritik derecede medikal ve cerrahi sorunu olan ve özel bakım gerektiren term doğanlar ile preterm bebeklere bakımın verildiği yerlerdir (Altundağ Dünder ve ark 2011). Ülkemizde bebek ölümlerinin yaklaşık %47'si yenidoğan döneminde görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre ülkemizde, bebek ölüm hızı %0,13, yenidoğan ölüm hızı ise %0,7'dir (Koç ve ark 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2014 verilerine göre, dünyadaki yenidoğan bebek ölümlerinin %80'ini üç neden oluşturmaktadır. Bunlar; preterm doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar (%35), doğum sırasında oluşun nedenler (doğum asfiksisi de dâhil) (%24) ve yenidoğan enfeksiyonları (%21) (sepsis, menenjit, pnömoni ve diyare) dir (World Health Organization 2014b). Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre bebek ölümlerinde ilk 5

sıradaki ölüm nedenleri prematürite, konjenital anomali, konjenital kalp hastalıkları, sepsis ve perinatal asfiksi şeklinde sıralanmaktadır. Ayrıca bu nedenlerin bilgi, deneyim ve organizasyon eksikliğinden kaynaklandığı ve önemli bir kısmının basit önlemlerle çözümlenebildiği belirtilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013). Yenidoğan ölümlerinin önlenabilir nedenlerini azaltabilmek için etkin bir yenidoğan bakımına ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüzde tıbbi ve teknolojik gelişmeler, yoğun bakım ünitelerinde izlenen, özellikle küçük prematüre ve 2000 gr'ın altında olan bebeklerin yaşam olasılıklarını artırmıştır (Altundağ Dünder ve ark 2011, İmseytoğlu ve Yıldız 2012). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre bebek ölüm hızı, 2003-2008 ve 2008-2013 yılları arasındaki beş yıllık dönemde yüzde 24 azalması da dikkat çekicidir (Koç ve ark 2014).

1.4.7. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Bakıma Katılma ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri

Bebeklerin doğum öncesi dönemde başlayan öğrenme süreçleri doğumdan sonra da anne-babasıyla veya bakımını üstlenen kişilerle devam etmektedir. Bebeğin anne babasıyla veya bakımı ile ilgilenen kişilerle güçlü ve güvenilir bir bağ kurması, bebeği daha sonraki hayatında stres ve travmalara karşı koruyucudur (Karaaslan 2008, Yıldız ve Akbayrak 2014). Özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan, annesinden ayrı kalmış bebekler için hayatlarının kaliteli bir şekilde devam edebilmesi erken dönemde anne-bebek bağlanmasının etkili bir şekilde sağlanmasıyla yani annenin bebeğinin bakımına katılmasıyla gerçekleşebilmektedir. Yapılan çalışmalarda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin anne- bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Bialoskurski 1999, Schmücker ve ark 2005, Wigert ve ark 2006).

Doğum sonrası dönemde annenin bebeğini algılamasını ve anne bebek ilişkisinin başlamasını etkileyen anneye ve bebeğe ait pek çok faktör bulunmaktadır. Annenin duygusal durumu, benlik saygısı, sosyal desteklerin varlığı, postpartum depresyon, bitkinlik, ağrı, sosyo-ekonomik stresörler, hastalık, hastaneye yatma, planlanmamış gebelik, eşler arasındaki ilişkinin zayıf olması, fiziksel ve duygusal destek kaynakları hakkında bilgi eksikliği, sağlık personelin ebeveynlere karşı tutumları, doğumdaki ayrılık, doğum sonrası hayal kırıklığı anneye ait nedenler olarak sıralanabilir. Bebeğe ait faktörler

ise matür/prematür olma, hastaneye yatma ve hastalık gibi nedenlerdir (Manav ve Yıldırım 2010, Güleşen ve Yıldız 2013).

Doğum sonrası annenin bebeği ile yakınlık kurmaya ve bakımına katılmaya en çok istekli olduğu dönemdir. Ancak gebelik boyunca sağlıklı olması istenilen ve beklenen bebeğin, gelişimsel yetersizlik nedeni ile profesyonel bakımı için yeni doğan yoğun bakım ünitesine alınması, ailede anksiyete ve hayal kırıklığı yaratarak bakıma katılmayı engelleyebilir. Anne ve bebekten beklenen olumlu yetenek ve davranışlar görülemez. Bu durumda ebeveynler anne-baba rolünü kaybettiklerini düşünürler (Bialoskurski ve ark 2002, Spear ve ark 2002, Talmi ve Harmon 2003, Jotzo ve Poets 2005).

Çoğu aileler için yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve çalışanları daha önce deneyimlemediği yeni ve yabancı bir çevredir (Whitfield 2003). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin fiziksel çevresi (araçlar ve sesler) ve bu birimde çalışan sağlık personelinin davranışları, kendi aralarında kullandıkları dil ebeveynlerin özellikle de annenin kendisini yabancı hissetmesine neden olabilmektedir (Moore ve ark 2003, Fowlie ve McHaffie 2004). Tüm bu olumsuzluklar annelerin bebeğine ulaşmasını ve bebeği ile iletişime girmesini engelleyebilir. Bebeklerin kırılgan, hasta görüntüsü, ailenin cihazları kontrol etmede yetersizliği ve eksikliği ebeveynlerin annelik ve babalık rollerini yerine getirememelerine, kendilerini çaresiz ve yardıma muhtaç hissetmelerine neden olur (Çalışır ve ark 2008, Erdevi 2009, Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekçi 2009, Konukbay ve Arslan 2011, Uludağ ve Ünlüoğlu 2012). Ayrıca bebeğin kuvözde, izole bir biçimde, çeşitli kablolarla bağlı olarak durması, ebeveynler için ürkütücü bir görüntü oluşturmakta ve annenin bebeğine zarar verme endişe veya düşüncesi de bebeğinin bakımına katılmasına engel olabilmektedir. Bu yüzden bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan anneler, sağlıklı bebeği olan annelere göre bakım becerileri konusunda kendilerine daha az güvenirlirler, bebeklerinin bakımlarına aktif olarak katılmaktan çok seyirci olmayı tercih edebilirler (Meyer ve ark 1995, Singer ve ark 1999, Balcı 2006, Manav ve Yıldırım 2010).

Bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışının ardından annenin tüm dikkati yeni bulunduğu ünitededir. Ortamdaki aletler, sesler ve kişilere odaklanır. Fakat bu ortamı tanıyıp uyum sağlayınca annenin dikkati bebek üzerinde toplanır (Heermann ve ark 2005). Board ve Ryan-Wenger (2003)'in çalışmasında; annelerin bebeğin kalp ritim grafiğindeki düzensizlikleri gördüğünde, monitördeki ani bir uyarı ya da ses (alarm) duyduklarında ve bebeklerinin çok ağlamalarında streslerinin üst seviyede olduğu belirtilmiştir.

Bireyle bireyin amacı arasına giren engeli en uygun biçimde aşabilmesi sorun çözme olarak tanımlanmaktadır. Birey fiziksel ya da toplumsal engellerle başa çıkamadığında ilgili ve yeterli başka kişilerden yardım alarak bu engeli aşmaya çalışır (Arıkan ve Kahrıman 2002, Okanlı ve ark 2003). Sorun çözme becerisi ise; bireyleri olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilen, var olan veya olası durumlar için söylenenlere uyma veya davranışları düzeltmede kullanılan bireysel beceriler bütünüdür (Tazeyurt ve Savaşer 2003, Şenol ve ark 2006).

Yenidoğan yoğun bakımda bebeği olan annelerin duygusal çöküntülerine ek olarak bebek bakımına da dâhil olmak zorunda kalmaları, anneleri bebek bakımı konusunda tedirgin etmekte ve bakım vermesinde engel oluşturabilmektedir (Hala ve ark 2009, Hopwood 2010). Annelerin bebeklerinin içinde bulunduğu durumdan dolayı bakım sorunlarını çözme becerileri güç olmakta ve uzun zaman almaktadır. Bu yüzden yenidoğan yoğun bakımda çalışan ebe ve hemşireler bebeklerin bakımından primer olarak sorumlu olan anneleri bakım vermede cesaretlendirmeli ve sorunlarını çözme konusunda desteklemelidirler (Balcı 2006, Şenol ve ark 2006, Güdücü Tüfekçi 2010). Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisinin incelendiği bir çalışmada annelere uygulanan destekleyici/anksiyeteyi azaltıcı yaklaşımın annelerin anksiyete düzeylerini azalttığı belirlenmiştir (Akşit ve Cimete 2001).

1.4.8. Ebeveynlerin Gereksinimlerinin Karşılansında Ebe ve Hemşirenin Sorumlulukları

Türk Ebeler Derneği (2011), ebelerin çalışma alanlarını doğumevleri, temel sağlık eğitimi veren tüm kurumlar, doğumhaneler, yataklı tedavi kurumlarındaki doğum ve jinekolojiye ait servisler, yenidoğan servisleri, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezleri ve infertilite merkezleri olarak tanımlamaktadır. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM)'de, sağlıklı yenidoğanın bakım ve izlemine gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gereken danışmanlık, bakım ve destek hizmetlerini kadınla işbirliği içinde sunan ebelerin temel sorumlulukları içerisinde göstermektedir. Ayrıca ICM, ebelerin yüksek riskli yenidoğanın bakım ve izlemi konusunda önemli sorumlulukları olduğunu da bildirmektedir. Bu bağlamda ebeler yüksek riskli bebeği olan ebeveynlerin

eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludurlar (International Confederation of Midwives 2010).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan pek çok anne için bebeklerinin bakımına katılmak tedirgin edici ve zor olabilmektedir. Ebeler ve hemşireler aileye bebeğin sağlık durumu ile ilgili açıklayıcı, yeterli ve doğru bilgiyi zamanında vermelidir (Gürkan 2009, Abdelmoktader ve Abd Elhamed 2013, Benziesve ark 2013). Aile ile sadece akut kriz anında değil, düzenli olarak görüşülmeli, empatik iletişim teknikleri kullanılarak bakım ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Ebe ve hemşire öncelikle anne-bebek bağlanmasının kısa zamanda güvenli bir şekilde sağlanması için, anne ile bebeğin mümkün olan en kısa sürede bir araya getirilmesini sağlayabilecek girişimleri planlamalıdır (Güleşen ve Yıldız 2013). Öztürk ve Saruhan (2013)'ın yaptığı çalışmada bebeğini ilk gün gören ve kucağına alan annelerin maternal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ebeveynlerin, özellikle de annelerin, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerinin bakımına katılmaları sağlanmalı ve desteklenmelidir (Bialoskurski ve ark 2002, Sarajärvi 2006, Kurnaz 2007). Yapılan araştırmalarda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin en fazla destek ve güven konularında eğitime ihtiyacı oldukları belirlenmiştir (Ward 2001, Lindberg 2009). Yenidoğan yoğun bakım süresince 70 preterm bebek annelerinin aile destekleyici bakım alma durumları ve aile ilişkilerinin incelendiği Van Riper (2001)'in yaptığı çalışmada da annelerin, aile destekleyici bakım uygulamalarından memnun oldukları, sağlık çalışanlarından tavsiye almak ve destek görmek istedikleri rapor edilmiştir.

Aileye bebeği ile ilgili gözlemleri sorulmalı ve bunlara değer verilmelidir. Ebeveynler ile hastanede yatış süresi boyunca, ailenin eve geçiş sürecine nasıl hazırlanacakları tartışılmalı ve bakım becerileri geliştirilmelidir (Sarajärvi 2006). Ayrıca aile dinamiklerinin sürdürülmesi, stres ve krizle baş etme becerilerinin etkili kullanımı desteklenmelidir. Ailelere sadece bebeğin ihtiyaçları değil, kendi ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmaları hatırlatılmalıdır (Balcı 2006, Erdeve 2009, Güdücü Tüfekçi 2010).

Bu birimlerde çalışan ebe ve hemşirelerin anneleri destekleyerek bebeklerinin bakımına katılmalarını sağlamaları hem anne sağlığı hem de bebek sağlığı açısından yararlı olacaktır. Bu süreçte mümkün olan en erken dönemde, annelerin bebekleri ile birlikte olma

ve bakımına katılmaları, bağlanma sürecine, bebeğin büyüme gelişmesine ve ebeveynlerin bebeklerine ilişkin kaygılarının azaltılmasına ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözme becerilerinin gelişmesine katkı sağlayabilir (İşler 2007, Manav ve Yıldırım 2010). O' Brien ve ark (2013)'nın aile merkezli bakım modelinin kullanılabilirliğini, güvenilirliğini ve potansiyel sonuçlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucuna göre; aile merkezli bakım eğitimi alan bebeklerde kilo artışının olduğu, daha düzenli beslendiği görülmüştür. Aileler bu programa katıldıktan sonra özgüven kazandıklarını, hastaneden eve çıkınca da bebeğinin bakımına kolayca katılabileceğini ve daha az stres yaşadıklarını belirtilmiştir. Bebeğin gelecekteki ruhsal durumunun sağlıklı olabilmesi de bu ilişkinin erken dönemde sağlıklı kurulması ile gerçekleşmektedir (Glazebrook ve ark 2007, Cleveland 2008).

Bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburculuğu anne için stres yaratan bir durum olabilmektedir. Taburculuk esnasında annenin desteklenmesi, anne sütü eğitimi, bebeğin bakımında önemli noktaların tekrar hatırlatılması, uygulanması gerekmektedir (Balcı 2006). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerle ilgili yapılan bir çalışmada annelerin hastaneden çıktığında bebeklerinin bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olamadıkları belirtilmiştir (Dusing ve ark 2012). Taburculuğu gerçekleştirmiş evde bakımı yapılan prematüre, düşük doğum ağırlıklı veya gelişimsel problemi olan bebeğin ailesine, bebeğin evde bakımı ile ilgili bilgiler, anne sütü ve emzirme, aşıları ve sağlık problemi ile ilgili olası risk faktörleri ve sağlık kuruluşlarına ulaşma hakkında eğitimler düzenlenmelidir (Akdolun Balkaya 2002). Aile üyeleri ile bireysel ve toplu görüşmeler yapılmalı sosyal destek mekanizmaları değerlendirilmelidir. Aile ile sadece kriz anında değil sık ve düzenli olarak görüşülmelidir. Benzer veya aynı durumda bebeği olan diğer ailelerle iletişime geçilmesi ve ailelerin bir araya gelerek bilgi ve tecrübelerini paylaşmaları ve sosyal ortam oluşturmaları için destek verilmelidir (Preyde ve Ardal 2003).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözme becerileri ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla analitik kesitsel olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Denizli ilinde bulunan Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Denizli Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde beş adet kuvöz bulunmaktadır. Bu birimde 2 profesör doktor, 1 doçent doktor, 2 asistan doktor, üç ebe ve dokuz hemşire görev yapmaktadır. Denizli Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde 30 adet kuvöz bulunmakta ve bir uzman doktor, yedi ebe ve 22 hemşire görev yapmaktadır. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Denizli Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeğini ziyarete gelen annelere öncelikle el hijyenleri konusunda bilgi verilmekte ve anneler bebeklerine dokunmaları konusunda desteklenmektedirler. Ayrıca beslenmeye başlayan bebeklerin annelerine bebeğin durumuna göre emzirme veya biberonla besleme, alt temizliği ve hijyen gereksinimlerinin karşılanması konusunda bilgiler verilerek annelerin bu bakımları uygulamaları sağlanmaktadır.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Temmuz 2013 ve Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgiler Çizelge 2.3.1’de verilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler

Araştırma konusunun seçimi	18.07.2013-25.07.2013
Veri toplama formlarının oluşturulması	04.09.2013-22.10.2013
Adnan Menderes Üniversitesi etik kurul onayı	17.01.2014
Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınması	22.01.2014
Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'den izin alınması	05.03.2014
Soru formunun ön uygulaması	18.03.2014-20.03.2014
Araştırma verilerinin toplanması	18.03.2014-19.09.2015
Araştırma sonuç raporunun hazırlanması	25.09.2015-28.05.2015
Adnan Menderes Üniversitesi etik kurul son onayı	16.06.2015

2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Denizli Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ocak 2012- Ocak 2013 tarihleri arasında yatan toplam 33 bebek ve Denizli Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ağustos 2012 ve Ağustos 2013 tarihleri arasında yatan toplam 1158 bebek oluşturmuştur.

Bu çalışmanın örnekleme alınması gerekli en az birey sayısı, 30 kişi ile yapılan ön uygulama verilerine dayalı olarak hesaplanmıştır. Bu katılımcılara ait verilerde bakıma katılma ölçek puan ortalaması $12,87 \pm 2,78$ idi. Bu verilere dayalı olarak örnekleme alınması gereken en az kadın sayısı Minitab 16 ile $\alpha=0,05$, comparasion $P=0,50$ ve güç (power)=0,80 alınarak hesaplanmış ve 309 olduğu bulunmuştur. Araştırmaya olası vaka kayıpları dikkate alınarak, olasılıksız örnekleme (gelişigüzel örnekleme) tekniği ile 340 anne alınması planlanmıştır.

2.5. Araştırmanın Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri,

- Yoğun bakım ünitesinde 0-2 aylık bebeği bulunma,
- İlkokul ve daha fazla eğitimi olma,
- Yoğun bakımda yatan bebeğine bakım vermeye başlamasından sonra en az 24 saat geçmiş olma,
- Türkçe konuşup anlayabilme,
- Yoğun bakım ünitesindeki bebeğin bakımına (emzirme, alt değiştirme, kucaklama, duygusal destek içeren sevgi sözcükleri söyleme gibi) katılabilme,
- Bebekleri 1. ve 2. düzey yoğun bakımda yatma ve
- Ruhsal hastalık tanısı olmama idi.

Araştırmadan dışlanma kriterleri,

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme,
- Yoğun bakım ünitesine girmeye engel teşkil eden herhangi bir hastalığa (bulaşıcı enfeksiyon hastalıkları gibi) sahip olma,
- Kendi bakımına engel olacak fiziksel engeli (görme, işitme, hareket etme gibi) bulunma,
- Bebeği üçüncü düzey yoğun bakımda yatma,
- Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olma ve
- Örgün bir okul eğitimi olmamadır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri anneler ve bebekleri ile ilgili Bilgi Formu (Ek 1), Bakıma Katılma Gözlem Formu (Ek 2), Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II) (Ek 3) ve Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu (Ek 4) ile toplanmıştır.

2.6.1. Anneler ve Bebekleri İle İlgili Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, annelerin sosyo-demografik özelliklerini (16 soru), gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemleri (6 soru), bebeğe ait bilgileri (8 soru) ve annenin bakıma katılmasını (6 soru) sorgulayan toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Soru formunun geliştirilmesi, kapsam ve görünüm geçerliliğinin sağlanması için kadın doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan 5 öğretim üyesinden uzman görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca soru formunun anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini geliştirebilmek için doğum sonrası dönemdeki 10 kadın ile ön uygulama yapılmış ve anlaşılmasında güçlük olan sorular yeniden düzenlenmiştir. Bu form, araştırmacı tarafından, bebeğine bakım vermeye başladıktan sonra en az 24 saat geçen anneler ile yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

2.6.2. Bakıma Katılma Gözlem Formu (Ek 2)

Bu çalışmada annelerin yoğun bakımda yatış süreçleri boyunca bebeklerinin bakımına katılma durumlarını değerlendirmek amacı ile Balcı (2006)'nın hazırladığı ve tez çalışmasında kullandığı "Annelerin Bakım Becerileri Kontrol Listesi"nden yararlanılarak, araştırmacılar tarafından yeniden düzenlenen Bakıma Katılma Gözlem Formu kullanılmıştır. Form annelerin temel bakım becerilerini kapsayan 23 maddeden oluşmaktadır. Gözlem formunda annelerin yaptığı bakım uygulamaları "Evet" ve "Hayır" olarak işaretlenmektedir. Formun değerlendirilmesi "Evet" olarak işaretlenen maddelerin sayısı toplanarak elde edilen sayı (puan) ile yapılmıştır. Elde edilebilecek toplam puanlar 0-23 arasında değişmektedir ve puanın artması bakıma katılmanın arttığını göstermektedir. Bakıma Katılma Gözlem Formu'nun kapsam geçerliğini sağlamak için yenidoğan servislerinde çalışan ebe, hemşire ve hekimler, pediatri hemşireliği alanında çalışan akademisyenlerden uzman görüşü alınmış ve öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenerek bu çalışmada kullanılmıştır. Bu form araştırmacı ya da yoğun bakımda çalışan ebe ve hemşireler tarafından annelerin bebeklerinin bakımına katılma durumları gözlenerek doldurulmuştur.

Bu çalışmada Bakıma Katılma Gözlem Formu'nun güvenilirliğini araştırma verilerine dayalı olarak belirlenmiştir. Formun güvenilirliğini belirlemek için, bu form hem anneler ile

yüzyüze görüşme yapılarak onların bildirimine hem de ebe ve hemşirelerin gözlemlerine dayalı olarak doldurulmuş ve Kendall's Uyuşum Katsayısı hesaplanmıştır. Annelerin bildirdiği ve ebe ve hemşirelerin gözlemlendiği verilerine dayalı olarak doldurulan Bakıma Katılma Gözlem Formu sonuçlarına göre yapılan Kendall's Uyuşum Katsayısı korelasyon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Kendall's uyuşum katsayısı: 0.79; $p < 0.001$). Buna göre annelerin bildirdiği ve ebe ve hemşirelerin gözlemlendiği annelerin bakıma katılma durumları birbiriyle uyumludur ve Bakıma Katılma Gözlem Formu güvenilir olarak kabul edilmiştir.

2.6.3. Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek 3)

Spielberger ve ark (1970) tarafından geliştirilmiş olup 14 yaş üzerinelere kaygıyı araştırmak amacı ile uygulanabilen bir testtir. Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Durumluluk Kaygı Ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0,83-0,87, Sürekli Kaygı Ölçeğinin Cronbach Alfa değeri ise 0,94-0,96 arasında bulunmuştur. Durumluluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Kendi kendine doldurulabilecek bir testtir. Durumluluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Her iki ölçek için de cevap seçenekleri dörder tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişir. Ölçekler 20'şer ifadeden oluştuğu için her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir. Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz ve (2) tersine dönmüş ifadeler denir. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. Durumluluk Kaygı Ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'ncü maddeleri oluşturur. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. 36 ve altı puan kaygının olmadığını, 37- 42 hafif

kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı gösterir. Genel olarak, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. Bu ölçek ülkemizde daha önce yapılan çalışmada kullanılmıştır (Kurnaz 2007, Uludağ 2008, Başbakkal ve ark 2009, Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekçi 2009, Yıldız ve Akbayrak 2014). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri durumluluk kaygı ölçeği için 0,92 ve sürekli kaygı ölçeği için 0,89 olarak bulunmuştur.

2.6.4. Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu (SÇBDF)-Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum (Ek 4)

Bu araştırmada, annelerin bebek bakımı ile ilgili sorunları çözme becerilerini değerlendirmek amacıyla Pridham ve Chang (1982) tarafından geliştirilen SÇBDF kullanılmıştır. Formun, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı (Kuğuoğlu) (1995) tarafından yapılmıştır. Form 8 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçekte 2 - 6 arasında madde ve formun tamamında 29 madde bulunmaktadır (1. madde iki şıklıdır). Formun alt ölçekleri Çocuk (Bebek) Bakım Becerisi Alt Ölçeği (1a, 1b, 2, 3, 4. maddeler), Tarama Alt Ölçeği (5, 7, 8. maddeler), Formülasyon/Formüle Etme (Ortaya Koyma) Alt Ölçeği (6, 9, 10, 11, 12, 13. maddeler), Ön değerlendirme (Tahmin Etme) Alt Ölçeği (14,15. maddeler), Planlama Alt Ölçeği (16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeler), Uygulama Alt Ölçeği (22, 23, 25. maddeler), Değerlendirme Alt Ölçeği (24, 26, 27, 28. maddeler) ve Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeğidir (5-28. maddeler). Formdaki her bir madde bir doğru üzerinde 1'den 9'a kadar numaralandırılmıştır. Bir hiç iyi değil, dokuz çok iyiyi ifade etmektedir. Formu yanıtlama süresi yaklaşık 10-15 dakikadır. Ölçekte multipar anneler en düşük 5 - en yüksek 45 puan, primipar anneler ise en düşük 3 - en yüksek 27 puan almaktadır. Primipar ve multipar annelerde, puanlamanın eşit olabilmesi için getirilen öneriler doğrultusunda Alt Ölçek 12'den annelerin aldıkları puan, cevapladıkları soru sayısına bölünmüştür. Yani primipar annelerde sorular 3'e, multipar annelerde sorular 5'e bölünerek puan ortalamaları alınmıştır. Sorun Çözme Süreci Alt ölçeğinden ise tüm anneler için elde edilen en düşük puan 24 - en yüksek puan 216'dır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin, Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı formun alt boyutları için ayrı hesaplanmış ve her alt boyuttan elde edilen Cronbach Alfa değeri 0,64- 0,95 arasında bulunmuştur. Araştırmada ölçeğin güvenilirlik çalışması tekrar yapılmıştır. Cronbach Alpha katsayısı çocuk bakım

becerileri alt ölçeği için 0,84, bakım sorunlarını çözme becerileri alt ölçeği için 0,97, tarama alt ölçeği için 0,84, formülasyon alt ölçeği için 0,91, ön değerlendirme alt ölçeği için 0,57, planlama alt ölçeği için 0,90, uygulama alt ölçeği için 0,90 ve değerlendirme alt ölçeği için 0,90'dır. Bu ölçek ülkemizde daha önce yapılan çalışmada kullanılmıştır (Arıkan ve Kahriman 2002, Balcı 2006, Şenol ve ark 2006, Güdücü Tüfekçi ve Yıldız 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri bebek bakım becerileri alt ölçeği için 0,71 ve sorun çözme süreci alt ölçeği için 0,98 olarak bulunmuştur.

2.7. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini geliştirmek için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan 10 anne ile ön uygulama yapılmıştır. Soru formları, araştırmacı tarafından, bebeğine bakım vermeye başladıktan sonra en az 24 saat geçen anneler ile yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Ön uygulama sonucunda formlarda değişikliğe gereksinim olmamıştır. Bu nedenle ön uygulama kapsamına alınan anneler araştırma örneklemine dâhil edilmiştir.

2.8. Verilerin Toplanması

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Denizli Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeği yatan ve bebeğinin bakım uygulamalarına katılan anneler ile görüşülmüş, çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılıp katılamayacakları sorulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelere çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve yazılı onamları (onayları) alınmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak soru formları doldurulmuştur. Soru formlarının doldurulması yaklaşık 10-15 dakikada tamamlanmıştır Ardından Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II) ve Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu'nun doldurulmasına ilişkin annelere açıklama yapılmış ve doldurulmaları sağlanmıştır. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II) ve Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu'nun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Daha sonra annelerin yoğun bakım ünitesindeki ziyaretleri sırasındaki bebeklerinin bakım uygulamalarına katılma durumları gözlenmiş ve

Bakıma Katılma Gözlem Formu'na kaydedilmiştir. Araştırmacının gözlemleyemediği bakım uygulamaları için, bebeğin bakımından sorumlu ebe ve hemşirelerden Bakıma Katılma Gözlem Formu'nu incelemeleri ve daha önce gözlemledikleri bakıma katılma uygulamalarını kayıt etmeleri sağlanmıştır. Bu işleme 18.03.2014-19.09.2015 tarihleri arasında örneklem hacmi tamamlanana kadar devam edilmiştir. Ayrıca annelerin bebek bakım becerilerindeki eksikliklerine ilişkin soruları cevaplanmıştır.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Adnan Menderes Üniversitesi'nde kullanılan istatistik paket programı Statistical Package for the Social Sciences Version 18,0 (PASW Inc., Chicago. IL. USA) programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler yüzdeler, aritmetik ortalama±standart sapma ile gösterilmiştir. Tüm veriler için parametrik varsayımlar test edilmiş ve iki grubun verilerinin karşılaştırılmasında, iki ortalama arasındaki farkı incelemek için t-testi ya da Mann Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında ise, Kruskal- Wallis veya Anova varyans analizleri kullanılmıştır. Bu çalışmada kadınların DKE, SKE, SÇSAÖ, BBBAÖ, BKGF puanları arasındaki korelasyonlar Pearson Korelasyon Test (two-tailed) ile incelenmiştir. Yine çalışmada kullanılan ölçekler (DKE, SKE, SÇSAÖ ve BBBAÖ) için Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır.

2.10. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmasına rağmen, anneler postpartum dönemde olması, bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatması ve annelerin hastane ortamında bulunması gibi olumsuzluklardan dolayı verilerin toplanması sırasında isteksiz davranmışlardır. Bazı anneler ise bu çalışmanın kendilerine bir avantaj sağlamayacağı ve değişen hiçbir şey olmayacağı düşüncesiyle araştırmaya katılım konusunda isteksiz davranmışlardır. Bu nedenle, soru formu uygulanmadan önce annelerin bu konudaki sıkıntıları dinlenmiş, araştırmanın kendileri ve bebeklerinin sağlığı ile ilgili yararları tekrar anlatılarak gerekli açıklamalar yapılmış ve katılımları artırılmaya çalışılmıştır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumların birbirlerinden uzak olması ulaşımı

zorlaştırmış ve daha fazla katılımcıya ulaşmak için aynı kuruma birden fazla ziyaret yapılmasını gerektirmiştir.

2.11. Araştırmada Etik

Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 17.01.2014 tarihinde onay verilmiştir (Ek 5). Araştırmanın Denizli ili Devlet Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ve Pamukkale Üniversitesi Hastanesi çocuk cerrahi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelere uygulanabilmesi için Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden 22.01.2014 tarihinde (Ek 6) ve Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nden 05.03.2014 tarihinde (Ek 7) yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan annelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 8). Bu bilgiler ışığında annelerin araştırmaya katılıp katılmamaları konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kullanılması için Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayan Prof. Dr. Necla Öner'den (Ek 9) ve Bebeğimin Bakım Sorunları ile ilgilenme Durumum Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayan Prof. Dr. Sema Kuşuoğlu'ndan (Ek 10) elektronik posta ve fax yolu ile onay alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Annelerin ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Çizelge 3.1.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması $27,65\pm 5,64$ (aralık: 18-47) olarak bulunmuştur. Annelerin yaş grupları incelendiğinde %35,9’unun 18-24, %26,5’inin 25-29, %25,9’unun 30-34 ve %11,8’inin ise 35-47 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Çalışmadaki annelerin %35,6’sının ilkokul, %25,0’inin ortaokul, %23,2’sinin lise ve %16,2’sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %73,8’lik bir bölümünün ev hanımı olduğu ve %7,4’ünün sağlık güvencesinin olmadığı görülmüştür. Ayrıca yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin %84,1’inin çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.1.2’de annelerin eşlerinin yaşları, eğitimi ve çalışma durumlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Annelerin eşlerinin yaş ortalamasının $31,37\pm 5,72$ (aralık 20-48) olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde ise %32,1’inin 25-29 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Yine eşlerin daha çok (%32,9) ilkokul mezunu oldukları ve %97,9’unun çalıştıkları görülmüştür.

Çizelge 3.1.1. Annelerin sosyo-demografik özellikleri (N=340)

Sosyo-demografik Özellikler	
Yaş ortalaması ±SS* (min-max)	27,65 ± 5,64 (18-47)
Anne yaşı, n (%)	
18-24	122 (35,9)
25-29	90 (26,5)
30-34	88 (25,9)
35-47	40 (11,7)
Eğitim durumu, n (%)	
İlkokul	121 (35,6)
Ortaokul	85 (25,0)
Lise	79 (23,2)
Üniversite ve lisansüstü	55 (16,2)
Mesleği, n (%)	
Ev hanımı	251 (73,8)
İşçi	42 (12,4)
Memur	19 (5,6)
Diğer	28 (8,2)
Sağlık güvencesi, n (%)	
Var	315 (92,6)
Yok	25 (7,4)
Algılanan gelir durumu, n (%)	
Gelir gidere göre düşük	112 (32,9)
Gelir ile gider birbirine eşit	192 (56,5)
Gelir giderden fazla	36 (10,6)
Aile tipi, n (%)	
Çekirdek aile	286 (84,1)
Geniş aile	54 (15,9)

*Standart Sapma

Çizelge 3.1.2. Annelerin eşlerinin sosyo-demografik özellikleri (N=340)

Sosyo-demografik Özellikler	
Eşinin yaş ortalaması ±SS* (min-max)	31,37±5,72 (20-48)
Eşinin yaşı, n (%)	
20-24	31 (9,1)
25-29	109 (32,1)
30-34	105 (30,9)
35-48	95 (27,9)
Eşinin eğitim durumu, n (%)	
Okuryazar / Okuryazar değil	8 (2,4)
İlkokul	112 (32,9)
Ortaokul	77 (22,6)
Lise	87 (25,6)
Üniversite ve üzeri	56 (16,5)
Eşinin mesleği, n (%)	
Memur	27 (7,9)
Serbest Meslek	42 (12,4)
Çiftçi	20 (5,9)
İşsiz	7 (2,1)
İşçi	180 (52,9)
Esnaf	44 (12,9)
Diğer	20 (5,9)

*Standart Sapma

3.2. Annelerin Obstetrik ve Bebeklerine İlişkin Özellikleri

Çizelge 3.2.1’de verilen yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde, annelerin %37,6’sının ilk, %30,9’u ikici ve %16,2’si üçüncü doğumunu yaptıkları görülmüştür. Ayrıca annelerin %15,3’lük bir bölümünün de dört ve beş kez doğum yaptıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerin gebelik sayısı ortalaması 2,21±1,41 (aralık 1-11), canlı doğum sayısı ortalaması 1,91±0,94 (aralık 1-5), yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,91±0,95 (aralık 1-5), kürtaj sayısı ortalaması 0,19±0,52 (aralık 0-3), kendiliğinden düşük sayısı ortalaması 0,13±0,62 (aralık 0-9) ve ölü doğum sayısı ortalaması 0,05±0,23 (aralık 0-2) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan annelerin %13,8’inin planlı olmayan ve %4,4’ünün istenmeyen gebeliğe sahip olduğu, %45,3’ünün gebelik döneminde bebeğin cinsiyetine ilişkin beklentisinin olmadığı ve %11,8’inin hiç doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmadığı belirlenmiştir.

Annelerin %55,3'ünün sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Annelerin doğumdan sonra hastanede kalış süre ortalaması $2,04 \pm 1,55$ (aralık 1-18) gün olarak belirlenmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin %55,6'sının cinsiyetinin erkek olduğu saptanmıştır. Bebeklerin ortalama $36,40 \pm 3,64$ (aralık 25-41) gebelik haftasında ve %58,8'inin matür (37-42 gebelik haftası) olarak doğduğu ortaya konmuştur. Çalışmada bebeklerin doğum ağırlığı ortalamasının $2700,29 \pm 861,06$ (aralık 700-5000) g ve %58,2'sinin doğum kilosunun 2500-3999 g arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca annelerin %8,5'inin diğer çocuklarında da erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının bulunduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2.2).

Çizelge 3.2.1. Annelerin obstetrik özellikleri (N= 340)

Annelerin Obstetrik Özellikleri	
Gebelik sayı ortalaması±SS* (min-max)	2,21±1,41(1-11)
Gebelik sayısı n (%)	
1	128 (37,6)
2	105 (30,9)
3	55 (16,2)
4 ve 5	52 (15,3)
Canlı doğum sayı ortalaması ±SS* (min-max)	1,91±0,94 (1-5)
Canlı doğum sayısı n (%)	
1	137 (40,3)
2	120 (35,3)
3	63 (18,5)
4 ve 5	20 (5,9)
Yaşayan çocuk sayı ortalaması±SS* (min-max)	1,91±0,95 (1-5)
Yaşayan çocuk sayısı n (%)	
1	139 (40,9)
2	118 (34,7)
3	63 (18,5)
4 ve 5	20 (5,9)
Kürtaj sayı ortalaması±SS* (min-max)	0,19±0,52 (0-3)
Kürtaj sayısı n (%)	
0	289 (85,0)
1	40 (11,7)
2	7 (2,1)
3	4 (1,2)
Kendiliğinden düşük sayı ortalaması±SS* (min-max)	0,13±0,62 (0-9)
Kendiliğinden düşük sayısı n (%)	
0	310 (91,2)
1	26 (7,6)
2-9	4 (1,2)
Ölü doğum sayı ortalaması±SS* (min-max)	0,05±0,23 (0-2)
Ölü doğum sayısı n (%)	
0	325 (95,6)
1	14 (4,1)
2	1 (0,3)
Gebeliğin planlı olma durumu n (%)	
Evet	293 (86,2)
Hayır	47 (13,8)
Gebeliğin istenme durumu n (%)	
Evet	325 (95,6)
Hayır	15 (4,4)

Çizelge 3.2.1. Devamı Annelerin obstetrik özellikleri (N= 340)

Bebeğin istenilen cinsiyette doğması n (%)	
Evet	175 (51,5)
Hayır	11 (3,2)
Fark etmez	154 (45,3)
Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumu n (%)	
Evet	300 (88,2)
Hayır	40 (11,8)

*Standart Sapma

Çizelge 3.2.2. Annelerin doğum ve bebeklerine ilişkin özellikleri (N=340)

Annelerin doğum ve bebeklerine ilişkin özellikleri	
Doğum şekli n (%)	
Vajinal doğum	152 (44,7)
Sezaryen	188 (55,3)
Bebeğin cinsiyeti n (%)	
Kız	151 (44,4)
Erkek	189 (55,6)
Gebelik hafta ortalaması±SS* (min-max)	36,40±3,64 (25-41)
Gebelik haftası n (%)	
Prematüre (25-36 gebelik haftası)	140 (41,2)
Matür (37-42 gebelik haftası)	200 (58,8)
Bebeğin kilo ortalaması±SS* (min-max)	2700,29±861,06 (700-5000)
Bebeğin kilosu (g) n (%)	
700-999	4 (1,2)
1000- 1499	33 (9,7)
1500- 2499	88 (25,9)
2500- 3999	198 (58,2)
4000- 5000	17 (5,0)
Diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması n (%)	
Evet	29 (8,5)
Hayır	311 (91,5)

*Standart Sapma

3.3. Annelerin Bebeklerine İlk Kez Dokunma Zamanı ve Bebeklerini Görme Sıklığı

Bu çalışmada incelenen bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kalış süresi ortalaması $8,43 \pm 11,27$ (aralık 1-85) gün idi. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerin %51,8'i bebeğine ortalama $12,57 \pm 13,05$ (aralık 1-60) dk'da ilk kez doğum salonunda, annelerin %11,5'i ortalama $6,33 \pm 8,58$ (aralık 1-36) saat sonra ilk kez YYBÜ'de ve %36,8'i de ortalama $5,19 \pm 8,09$ (aralık 1-60) gün sonra ilk kez YYBÜ'de dokunduklarını bildirmişlerdir. Kuvözde bebeği olan ve çalışmaya katılan annelerin ziyaret saatleri ve bakım saatleri dahil olmak üzere bebeklerini günde ortalama $6,28 \pm 2,43$ (aralık 1-20) kez gördükleri belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Çizelge 3.3.1. Annelerin bebeklerine ilk kez dokunma zamanı ve bebeklerini görme sıklığı (N=340)

YYBÜ' de kalış süresi, ortalama\pmSS* (min-max), gün	8,43 \pm 11,27 (1-85)
Dokunduğu yer/ Dokunma zamanı, n (%)	
Doğumhane / dakika	176 (51,7)
YYBÜ / saat	39 (11,5)
YYBÜ / gün	125 (36,8)
Dokunduğu yer/ Dokunma zamanı, ortalama\pmSS* (min-max)	
Doğumhane / dakika	12,57 \pm 13,05 (1-60)
YYBÜ / saat	6,33 \pm 8,58 (1-36)
YYBÜ / gün	5,19 \pm 8,09 (1-60)
Bebeklerini bir günde görme sıklığı, ortalama\pmSS* (min-max), kez	6,28 \pm 2,43 (1-20)

*Standart Sapma

3.4. Annelerin Belirttikleri ve Gözlenen Bebek Bakımına Katılmalarına İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan annelerin belirttikleri ve gözlenen bebek bakımına katılma durumları Çizelge 3.4.1’de verilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %78,5’i bebeklerini emzirdiklerini veya biberonla beslediklerini, %70,3’ü kilo değişimlerini sorguladıklarını, %74,7’si beslemeden sonra bebeğinin gazını çıkardıklarını, %78,5’i bebeklerinin alt temizliğini yaptıklarını, %65,6’sı bebeğini kuvözde uygun pozisyonda yatırdıklarını ve %54,7’si bebeklerinin idrar ve gaita çıkışını kontrol ettiklerini bildirmişlerdir. Annelerin %33,2’si bebeklerini uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan annelerin %15,6’sı YYBÜ’de buldukları süre içinde bebeklerinin giysilerini değiştirdiklerini, %41,2’si el yüz bakımı yaptıklarını, %8,5’i banyo yaptıklarını veya banyo yaptırmaya yardım ettiklerini belirtmişlerdir. Yine annelerin %10,6’sı bebeklerine ağız bakımı yaptıklarını ve annelerin %4,4’ü yara bakımı yaptıklarını rapor etmişlerdir. Yara bakımı olarak da genelde bebeklerinin alt temizliği sırasında pişik bakımı verdiklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 3.4.1).

Annelerin %83,2’si kuvözdeki bebeklerini kucaklarına aldıklarını, %97,9’u bebeklerine dokunduklarını ve elini tutup okşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan annelerin %92,4’ü bebeklerine sevgi sözcükleri ya da ninni söylediklerini ve %27,1’i emzik verdiklerini ifade etmişlerdir. Annelerin %33,5’inin girişim öncesi, sırası ve sonrasında bebeklerini kucaklarına aldıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan annelerin %82,9’u bebeklerinin soluk alıp verdiğini kontrol ettiğini ve %83,8’i de bebeklerini pırpırlayıp sakinleştirdiğini ifade etmişlerdir. Annelerin %47,6’sının bebeklerinin genel durumundaki bozulmanın farkına vardıklarını ve %2,9’unun kanguru bakımı yapmaya katıldıklarını bildirmişlerdir (Çizelge 3.4.1). Ayrıca çalışmayı kabul eden annelerin %1,2’si yukarıda belirtilen bakımların dışında bebeğine oksijen verdiği (kuvöz içi açık olan oksijeni burnuna yaklaştırdığı), öpüp kokladığı ve göbek bakımı yaptığını bildirmişlerdir.

Bu araştırmada ayrıca araştırmacı veya çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesindeki ebe ve hemşireler tarafından annelerin bakıma katılma uygulamaları gözlemlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin gözlenen bakıma katılma uygulamaları

incelendiğinde, %78,2'sinin bebeklerini emzirme / biberonla besledikleri, %73,8'inin kilo değişimlerini sorguladıkları, %76,5'inin besledikten sonra gazını çıkardıkları ve %62,9'unun idrar ve gaita çıkışını kontrol ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca annelerin çoğunun bebeklerinin alt temizliğini yaptıkları (%79,4) ve kuvözde uygun pozisyonda yatırdıkları (%72,1) saptanmıştır (Çizelge 3.4.1).

Yenidoğan yoğun bakımda bebeği olan annelerin %82,1'inin bebeklerini kucaklarına aldıkları, %98,2'sinin bebeklerine dokundukları, elini tuttukları ve okşadıkları, %94,7'sinin bebeklerine sevgi sözcükleri ya da ninni söyledikleri ve %27,1'inin bebeklerine emzik verdikleri saptanmıştır. Ayrıca annelerin %32,9'unun bebeklerini girişim öncesi, sırası veya sonrasında kucaklarına aldıkları ve %7,6'sının bebeklerinin giysilerini değiştirdikleri gözlemlenmiştir. Yine çalışmayı kabul eden annelerin %40,9'unun bebeklerinin elini yüzünü sildikleri ortaya konmuştur. Bebeklerin yoğun bakımda bulunduğu sürede birimde çalışan ebe ve hemşireler tarafından annelerin %3,5'i bebeklerine banyo yaptırmada ebe ve hemşirelere yardım ettiği ve bu şekilde bakıma katıldıkları, %8,5'inin ise bebeklerine ağız bakımı verdikleri tespit edilmiştir. Annelerin %86,8'inin kuvözde yatan bebeklerinin soluk alışverişlerini kontrol ettikleri gözlenmiştir. Bakıma katılan annelerin %38,8'inin bebeğine uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih ettiği tespit edilmiştir. Ayrıca annelerin %53,2'sinin bebeğinin genel durumundaki bozulmanın farkına varabildiği ve sadece %1,5'inin kanguru bakımına katıldığı saptanmıştır (Çizelge 3.4.1).

Annelerin %1,8'inin bebeklerine pişik bakımı ağırlıklı olmak üzere bebeğin operasyonuna bağlı basit pansuman bakımına katıldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.4.1). İlave olarak, bu çalışmada kuvözde bebeği olan annelerden sadece ikisinin (%0,6) bu bakımlar dışında bebekten sorumlu ebe ve hemşirelerin de bilgisi dâhilinde bebeğine kuvöz içi oksijen verdiği ve göbek bakımı yaptığı gözlemlenmiştir.

Çizelge 3.4.1. Annelerin belirttikleri ve gözlenen bebek bakımına katılmalarına ilişkin özellikleri (N=340)

Bebek bakımına katılma uygulamaları	Annenin bildirdiği n (%)	Gözlenen n (%)
Emzirme/biberonla besleme	264 (78,5)	226 (78,2)
Kilo değişimlerini sorma/araştırma	239 (70,3)	251 (73,8)
Gazını çıkarma	254 (74,7)	260(76,5)
Alt temizliğini yapma	267 (78,5)	270 (79,4)
Uygun pozisyonda yatırma	223 (65,6)	245 (72,1)
İdrar ve gaita çıkışını kontrol etme	186 (54,7)	214 (62,9)
Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme	113 (33,2)	132 (38,8)
Giysilerini giydirme/çıkarma	53 (15,6)	26 (7,6)
Elini yüzünü silme	140 (41,2)	139 (40,9)
Banyo yaptırma veya yardım etme	29 (8,5)	12 (3,5)
Ağız bakımı yapma	36 (10,6)	29 (8,5)
Yara bakımı yapma (stoma, cilt travması, gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi)	15 (4,4)	6 (1,8)
Kucağına alma	283 (83,2)	279 (82,1)
Dokunma, elini tutma, okşama	333 (97,9)	334 (98,2)
Sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme	314 (92,4)	322 (94,7)
Emzik verme	92 (27,1)	92 (27,1)
Girişim öncesi, sırası veya sonrasında kucağa alma	114 (33,5)	112 (32,9)
Soluk alıp verdiğini kontrol etme	282 (82,9)	295 (86,8)
Pışpışlama, sakinleştirme	285 (83,8)	318 (93,5)
Genel durumdaki bozulmanın farkına varma	162 (47,6)	181 (53,2)
Kanguru bakımı yapmaya katılma	10 (2,9)	58 (1,5)
Diğer	4 (1,2)	2 (0,6)

3.5. Bebeklerin Annelerinin Bildirdiği YYBÜ'ye Alınma Nedenleri ve Dosyadan Elde Edilen Klinik Tanıları

YYBÜ'de yatan bebeklerin dosyalarından alınan tanılar ve annelerin bildiği nedenler Çizelge 3.5.1.'de belirtilmiştir. Bebeklerin dosyalarından alınan tanılar sırası ile sarılık (%18,5), prematürite (%15,8) ve solunum distres sendromu (%15,5) şeklindedir. Annelerin bildiği nedenler de ise, ilk sırayı prematürite (%19,2), ikinci sırayı sarılık (%18,9) ve üçüncü sırayı ise solunum distres sendromu (solunum sıkıntısı) (%15,1) almaktadır. Annelerin %0,8'i ise bebeğinin YYBÜ'ne yatırılma nedenini bilmemektedir.

Çizelge 3.5.1. Bebeklerin annelerin bildirdiği YYBÜ'ye alınma nedenleri ve dosyadan elde edilen klinik tanıları

Tanımlar	Annelerin bildirdiği nedenler N (%)	Dosyadan elde edilen klinik tanımlar N (%)
Prematürite	71 (19,2)	58 (15,8)
DDA (Düşük Doğum Ağırlığı)	20 (5,4)	30 (8,1)
Solunum Sıkıntısı (Solunum Distres Sendromu)	56 (15,1)	57 (15,5)
Pnömoni	4 (1,0)	5 (1,3)
Sarılık	70 (18,9)	68 (18,5)
Mekonyum Aspirasyonu	15 (4,0)	16 (4,3)
Bronşiolit	15 (4,0)	12 (3,2)
Enfeksiyon (Sepsis)	24 (6,5)	16 (4,3)
Gastroşizis	1 (0,2)	1 (0,2)
Monitör Takibi	1 (0,2)	1 (0,2)
Beslenme Problemi Eksikliği	10 (2,7)	13 (3,5)
Yenidoğanın Omfaliti	-	1 (0,2)
Yenidoğanın Geçici Takipnesi	-	1 (0,2)
Kusma	6 (1,6)	3 (0,8)
Ateş (Hipertermi)	19 (5,1)	22 (6,0)
Pilor Stenozu	3 (0,8)	4 (1,0)
Kordon Dolanması	2 (0,5)	1 (0,2)
Malrotasyon	1 (0,2)	1 (0,2)
Hidronefroz	5 (1,3)	4 (1,0)
Postmatürite	1 (0,2)	1 (0,2)
Beslenme Aspirasyonu	1 (0,2)	1 (0,2)
Amfizem/	-	1 (0,2)
Akciğer Büyüklüğü	1 (0,2)	1 (0,2)
Batın İçi Kitle	1 (0,2)	1 (0,2)
İntestinal Atrezi	2 (0,5)	2 (0,5)
Duodenal Atrezi	1 (0,2)	1 (0,2)
Teratom	1 (0,2)	1 (0,2)
İdrar Yolu Enfeksiyonu	1 (0,2)	2 (0,5)
Kardiyak Üfürüm	1 (0,2)	1 (0,2)
NEC (Nekrotizan Enterekolit)	1 (0,2)	3 (0,8)
İnkarsere Herni	-	1 (0,2)
Bağırsak Perforasyonu	1 (0,2)	1 (0,2)
İleostomi Açılması	-	1 (0,2)
Özofagus Atrezisi	11 (2,9)	11 (3,0)
Pierre Robin Sendromu	-	1 (0,2)
Trakeostomi Açılması	-	1 (0,2)
Yarık Damak/Dudak	1 (0,2)	-
Bağırsak Enfeksiyonu	2 (0,5)	2 (0,5)
ARM (Ano Rectal Malformasyon)	2 (0,5)	2 (0,5)
Hirschsprung	1 (0,2)	1 (0,2)

Çizelge 3.5.1. Devamı Bebeklerin annelerin bildirdiği YYBÜ'ye alınma nedenleri ve dosyadan elde edilen klinik tanıları

Tanılar	Annelerin bildiği nedenler N (%)	Dosyadan elde edilen klinik tanıları N (%)
İleus	1 (0,2)	1 (0,2)
Akciğer Kisti	-	1 (0,2)
Titreme	1 (0,2)	-
Hipoparatiroidizm	-	1 (0,2)
İleal Atrezi	1 (0,2)	2 (0,5)
Hipoglisemi	1 (0,2)	1 (0,2)
Kalp Ritim Bozukluğu	1 (0,2)	1 (0,2)
Gelişimsel Over Kisti	1 (0,2)	1 (0,2)
Süt ve Gıda Aspirasyonu	-	1 (0,2)
Oligohidroamniyozis	2 (0,5)	1 (0,2)
Omfalosel	1 (0,2)	1 (0,2)
Mekonyum İleusu	2 (0,5)	2 (0,5)
Yenidoğan Aspirasyon Sendromu	-	1 (0,2)
PUV (Posterior Üretral Valve)	-	-
Brakial Pleksus	-	1 (0,2)
Hemolitik Hastalık	1 (0,2)	1 (0,2)
Karaciğer İltihabı	1 (0,2)	-
Bilmiyorum (Annenin tanı hakkında bilgisi yok)	3 (0,8)	-
TOPLAM	368*	366*

*Bazı bebekler için birden fazla neden ve tanı bildirildiği için toplam n'de farklılık olmuştur.

3.6. Annelerin Bebek Bakımına Katılma Konusunda Destek Aldıkları ve Almak İstedikleri Kişi/Kişiler

Çizelge 3.6.1'de annelerin bebek bakımına katılma konusunda destek aldıkları ve almak istedikleri kişi/kişiler görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin %91,8'i bebeklerinin bakımına katılma konusunda yoğun bakım ünitesinde çalışan ebe ve hemşirelerden destek aldıklarını belirtirken, %43,2'si de ailelerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bakıma katılma konusunda doktordan alınan desteğin %28,5 ve hastane personelinden alınan desteğin %24,4 olduğu belirtilmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği bulunan annelerin bebek bakımına katılmaları konusunda destek

almak istedikleri kişiler incelendiğinde, ilk sırada %64,7 oran ile birimde çalışan ebe ve hemşireler yer almaktayken, %58,2 oran ile doktorlar ikinci sırada yer almaktadırlar.

Çizelge 3.6.1. Annelerin bebek bakımına katılma konusunda destek aldıkları ve almak istedikler kişi/kişiler

Destek alınan ve alınmak istenen kişi/kişiler	N (%)
Destek alınan kişi/kişiler, (n= 639)*	
Ebeler ve Hemşireler	312 (48,8)
Aile	147 (23,0)
Doktor	97 (15,2)
Personel	83 (13,0)
Destek alınmak istenen kişi/kişiler, (n=683)*	
Ebeler ve Hemşireler	220 (32,2)
Doktor	198 (29,0)
Aile	184 (26,9)
Personel	81 (11,9)

*Bazı kadınlar birden fazla yanıt verdikleri için toplam n’de katlanma olmuştur.

3.7. Annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SÇSAÖ), Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ) ve Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu araştırmada annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri Ölçeği puan ortalaması $43,60 \pm 11,06$ (aralık: 21-73), Sürekli Kaygı Envanteri Ölçeği puan ortalaması $40,01 \pm 9,20$ (aralık: 20-71), Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği puan ortalaması $173,84 \pm 32,19$ (aralık: 43-216), Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği puan ortalaması $6,85 \pm 1,25$ (aralık: 2,67-9,00), ve Bakıma Katılma Gözlem Formu Ölçeği puan ortalaması $11,15 \pm 3,66$ (aralık: 2,00-18,00) olarak bulunmuştur (Çizelge 3.7.1).

Çizelge 3.7.1. Annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SÇSAÖ), Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ) ve Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) puan ortalamaları

Özellik	N	Ortalama±SS*	Minimum	Maksimum
Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE)	340	43,60±11,06	21	73
Sürekli Kaygı Envanteri (SKE)	340	40,01±9,20	20	71
Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SÇSAÖ)	340	173,84±32,19	43	216
Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ)	340	6,85±1,25	2,67	9,00
Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF)	340	11,15±3,66	2,00	18,00

*Standart Sapma

3.8. Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SÇSAÖ), Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ) ve Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Araştırma kapsamındaki annelerin DKE, SKE, SÇSAÖ, BBBAÖ, BKGF puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon ile incelenmiştir. Yapılan incelemede DKE ile SKE arasında pozitif ilişki ($r=0,326$; $p<0,01$), DKE ile SÇSAÖ arasında negatif ilişki ($r=-0,583$; $p<0,01$), DKE ile BBBAÖ arasında negatif ilişki ($r=-0,352$; $p<0,01$) ve DKE ile BKGF arasında negatif ilişki ($r=-0,482$; $p<0,01$) olduğu saptanmıştır. Yine SKE ile SÇSAÖ arasında negatif ilişki ($r=-0,362$; $p<0,01$), SKE ile BBBAÖ arasında negatif ilişki ($r=-0,270$; $p<0,01$) ve SKE ile BKGF arasında negatif ilişki ($r=-0,124$; $p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca SÇSAÖ ile BBBAÖ arasında pozitif ilişki ($r=0,597$; $p<0,01$) SÇSAÖ ile BKGF arasında pozitif ilişki ($r=0,412$; $p<0,01$) ve BBBAÖ ile BKGF arasında pozitif ilişki ($r=0,240$; $p<0,01$) tespit edilmiştir (Çizelge 3.8.1).

Çizelge 3.8.1. Annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SÇSAÖ), Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ) ve Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) puanları arasındaki korelasyonlar,

	DKE	SKE	SÇSAÖ	BBBAÖ	BKGF
DKE	-				
SKE	0,326**	-			
SÇSAÖ	-0,583**	-0,362**	-		
BBBAÖ	-0,352**	-0,270**	0,597**	-	
BKGF	-0,482**	-0,124*	0,412**	0,240**	-

**p<0,01

*p<0,05

3.9. Annelerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ), Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SÇSAÖ), Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırma örneklemine alınan annelerin yaş, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, sağlık güvencesi, aile tipi ile eşlerinin yaşı ve eğitim durumları ile ilgili verilerin DKE toplam puanı üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t testi, Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.9.1’de verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda belirtilen sosyo-demografik özelliklerin DKE toplam puanı üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları ortaya konmuştur (p>0,05).

Çizelge 3.9.1. Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE) puan ortalamalarının dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (%)	Ortalama±SS*	F/t/Z	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Annenin yaşı						
18-24	122 (35,8)	43,31 ± 11,08	1,032	0,379	41,33	45,30
25-29	90 (26,5)	42,24 ± 10,27			40,09	44,39
30-34	88 (25,9)	44,61 ± 11,96			42,08	47,15
35-47	40 (11,8)	45,28 ± 10,60			41,89	48,67
Annenin eğitimi						
İlkokul	121 (35,6)	42,50 ± 10,85	1,486	0,218	40,55	44,46
Ortaokul	85 (25,0)	45,52 ± 12,07			42,91	48,12
Lise	79 (23,2)	44,00 ± 11,38			41,45	46,55
Lisans ve lisansüstü	55 (16,2)	42,45 ± 9,06			40,00	44,90
Annenin mesleği						
Çalışan	89 (26,2)	44,83 ± 11,06	-1,226	0,222	-4,37	1,02
Çalışmayan	251 (73,8)	43,16 ± 11,04			-4,35	1,01
Gelir durumu						
Gelir giderden az	112 (32,9)	44,89 ± 11,19	1,148	0,318	42,80	46,99
Gelir gidere denk	192 (56,5)	42,96 ± 10,76			41,43	44,49
Gelir giderden fazla	36 (10,6)	42,97 ± 12,12			38,87	47,07
Sağlık güvencesi						
Olan	315 (92,6)	43,57±10,98	-0,044	0,965		
Olmayan	25 (7,4)	43,96±12,25				
Aile tipi						
Çekirdek aile	286 (84,1)	43,47 ± 10,99	-0,479	0,632	-4,02	2,44
Geniş aile	54 (15,9)	44,26 ± 11,48			-4,16	2,59
Eşinin yaşı						
18-24	31 (9,1)	43,61 ± 10,98	0,081	0,079	39,58	47,64
25-29	109 (32,1)	43,39 ± 11,26			41,26	45,53
30-34	105 (30,9)	43,38 ± 11,37			41,18	45,58
35-48	95 (27,9)	44,06 ± 10,64			41,90	46,23
Eşinin eğitimi						
İlkokul	120 (35,3)	42,29 ± 10,73	1,054	0,369	40,35	44,23
Ortaokul	77 (22,6)	43,95 ± 12,48			41,12	46,78
Lise	87 (25,6)	45,00 ± 11,57			42,53	47,47
Lisans ve lisansüstü	56 (16,5)	43,73± 8,53			41,45	46,02

*Standart Sapma

Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin SKE üzerine etkilerini içeren veriler Çizelge 3.9.2’de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki annelerin yaş, eğitim durumu, mesleği, aile tipi, eşlerinin yaşı ve eğitim durumları ile ilgili verilerin SKE toplam puanı üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t testi, Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan annelerin gelir durumlarının SKE üzerindeki etkisini incelemek için yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(2,337)= 5,057$; $p<0,05$). Yapılan ileri analizde gruplar arasındaki farkın gelir giderden az ve gelir gidere denk olan gruplar ile gelir giderden az ve gelir giderden fazla olan gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir (ortalama fark sıra ile $3,12\pm 1,08$, $p=0,012$; $4,12\pm 1,74$, $p=0,049$). Yine sağlık güvencesi olan annelerin SKE puan ortalamalarının ($39,59\pm 9,13$), sağlık güvencesi olmayan annelerin puan ortalamalarına ($45,28\pm 8,66$) göre daha düşük olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ortaya konmuştur ($Z=-2,876$; $p=0,004$) (Çizelge 3.9.2).

Çizelge 3.9.2. Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) puan ortalamalarının dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Annenin yaşı						
18-24	122 (35,8)	40,13 ± 9,73	1,455	0,227	38,39	41,87
25-29	90 (26,5)	39,08 ± 9,95			36,99	41,16
30-34	88 (25,9)	39,60 ± 8,16			37,87	41,33
35-47	40 (11,8)	42,63 ± 7,68			40,17	45,08
Annenin eğitimi						
İlkokul	121 (35,6)	39,65 ± 9,16	0,325	0,807	38,00	41,30
Ortaokul	85 (25,0)	40,86 ± 9,22			38,87	42,85
Lise	79 (23,2)	39,77 ± 9,12			37,73	41,82
Üniversite ve lisansüstü	55 (16,2)	39,82 ± 9,56			37,23	42,40
Annenin mesleği						
Çalışan	89 (26,2)	40,10 ± 7,96	-0,110	0,912	-2,18	1,93
Çalışmayan	251 (73,8)	39,98 ± 9,62			-2,36	2,11
Gelir durumu						
Gelir giderden az	112 (32,9)	42,21 ± 9,83			40,36	44,05
Gelir gidere denk	192 (56,5)	39,09 ± 8,63	5,057	0,007	37,86	40,32
Gelir giderden fazla	36 (10,6)	38,08 ± 9,13			35,00	41,17
Sağlık güvencesi						
Olan	315 (92,6)	39,59±9,13	-2,876	0,004		
Olmayan	25 (7,4)	45,28±8,66				
Aile tipi						
Çekirdek aile	286 (84,1)	40,03 ± 9,27	0,104	0,917	-2,55	2,83
Geniş aile	54 (15,9)	39,89 ± 8,92			-2,51	2,80
Eşinin yaşı						
18-24	31 (9,1)	40,29 ± 8,63			37,12	43,46
25-29	109 (32,1)	39,36 ± 9,43	0,944	0,419	37,57	41,15
30-34	105 (30,9)	39,44 ± 9,86			37,53	41,35
35-48	95 (27,9)	41,29 ± 8,33			39,60	42,99
Eşinin eğitimi						
İlkokul	120 (35,3)	39,52 ± 9,16	0,240	0,869	37,86	41,17
Ortaokul	77 (22,6)	40,61 ± 8,71			38,63	42,59
Lise	87 (25,6)	40,22 ± 9,34			38,23	42,21
Üniversite ve lisansüstü	56 (16,5)	39,91 ± 9,91			37,26	42,56

*Standart Sapma

Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, aile tipi ile eşlerinin yaşı ve eğitimi ile ilgili verilerin BBBAÖ toplam puanı üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t testi, Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.9.3’de verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda belirtilen sosyo-demografik özelliklerin BBBAÖ üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.9.3. Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Annenin yaşı						
18-24	122 (35,9)	6,94 ± 1,23	0,454	0,715	6,72	7,16
25-29	90 (26,5)	6,77 ± 1,22			6,51	7,03
30-34	88 (25,9)	6,85 ± 1,32			6,57	7,13
35-47	40 (11,8)	6,74 ± 1,25			6,34	7,14
Annenin eğitimi						
İlkokul	121 (35,6)	6,94 ± 1,29	0,509	0,676	6,70	7,17
Ortaokul	85 (25,0)	6,74 ± 1,24			6,47	7,01
Lise	79 (23,2)	6,79 ± 1,22			6,52	7,07
Üniversite ve lisansüstü	55 (16,2)	6,91 ± 1,25			6,57	7,25
Annenin mesleği						
Çalışan	89 (26,2)	6,79 ± 1,30	0,490	0,624	-0,24	0,39
Çalışmayan	251 (73,8)	6,87 ± 1,24			-0,23	0,38
Gelir durumu						
Gelir giderden az	112 (32,9)	6,84 ± 1,41	0,138	0,871	6,58	7,10
Gelir gidere denk	192 (56,5)	6,84 ± 1,17			6,67	7,00
Gelir giderden fazla	36 (10,6)	6,95 ± 1,18			6,56	7,35
Sağlık güvencesi						
Olan	315 (92,6)	6,82±1,26	-1,323	0,186		
Olmayan	25 (7,4)	7,20±1,12				
Aile tipi						
Çekirdek aile	286 (84,1)	6,82 ± 1,29	-1,183	0,240	-0,56	0,18
Geniş aile	54 (15,9)	7,01 ± 1,04			-0,51	0,13
Eşinin yaşı						
18-24	31 (9,1)	6,91 ± 1,11	0,400	0,453	6,51	7,32
25-29	109 (32,1)	6,93 ± 1,26			6,69	7,17
30-34	105 (30,9)	6,75 ± 1,31			6,50	7,01
35-48	95 (27,9)	6,84 ± 1,22			6,59	7,09
Eşinin eğitimi						
İlkokul	120 (35,3)	6,95 ± 1,30	0,573	0,633	6,71	7,18
Ortaokul	77 (22,6)	6,88 ± 1,21			6,60	7,15
Lise	87 (25,6)	6,73 ± 1,28			6,46	7,00
Üniversite ve lisansüstü	56 (16,5)	6,79 ± 1,18			6,47	7,10

*Standart Sapma

Çalışmaya katılan annelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, aile tipi ile eşlerinin yaşı ve eğitimi ile ilgili verilen sosyo-demografik özelliklerin SÇSAÖ toplam puanı üzerindeki etkileri Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi istatistiksel olarak incelenmiş ve Çizelge 3.9.4'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, anne ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin SÇSAÖ toplam puanı üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Çizelge 3.9.4. Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SCSAÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t/Z/X ²	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Annenin yaşı						
18-24	122 (35,8)	172,66±31,74	2,161	0,540	166,97	178,34
25-29	90 (26,5)	176,66±29,98			170,38	182,93
30-34	88 (25,9)	174,56±35,19			167,10	182,01
35-47	40 (11,8)	169,55±32,03			159,31	179,79
Annenin eğitimi						
İlkokul	121 (35,6)	33,56±3,05	2,840	0,417	168,23	180,31
Ortaokul	85 (25,0)	34,76±3,77			160,98	175,98
Lise	79 (23,2)	32,96±3,71			166,92	181,69
Üniversite ve lisansüstü	55 (16,2)	21,48±2,90			174,70	186,32
Annenin mesleği						
Çalışan	89 (26,2)	174,28±32,22	-0,136	0,892		
Çalışmayan	251 (73,8)	173,69±32,24				
Gelir durumu						
Gelir giderden az	112 (32,9)	173,60±32,56	0,653	0,721	167,50	179,69
Gelir gidere denk	192 (56,5)	173,12±32,62			168,48	177,76
Gelir giderden fazla	36 (10,6)	178,44±29,06			168,61	188,28
Sağlık güvencesi						
Olan	315 (92,6)	173,78±32,29	-0,168	0,867		
Olmayan	25 (7,4)	174,56±31,55				
Aile tipi						
Çekirdek aile	286 (84,1)	173,72±32,53	-0,062	0,951		
Geniş aile	54 (15,9)	174,50±30,61				
Eşinin yaşı						
18-24	31 (9,1)	172,68±32,50	1,212	0,750	160,76	184,60
25-29	109 (32,1)	174,19±30,12			168,47	179,91
30-34	105 (30,9)	174,44±35,11			167,64	181,23
35-48	95 (27,9)	173,16±31,49			166,74	179,57
Eşinin eğitimi						
İlkokul	120 (35,3)	174,49±32,65	2,136	0,545	168,59	180,39
Ortaokul	77 (22,6)	170,05±32,66			162,64	177,46
Lise	87 (25,6)	172,45±35,24			164,94	179,96
Üniversite ve lisansüstü	56 (16,5)	179,82±24,58			173,24	186,40

*Standart Sapma

Araştırmaya dahil edilen annelerin yaş, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, aile tipi, eşlerinin yaşı ve eğitim durumları ile ilgili verilerin BKGF toplam puanı üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t testi, Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve izelge 3.9.5’de verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda belirtilen sosyo-demografik zelliklerin BKGF toplam puanı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak sağlık güvencesi olmayan annelerin BKGF toplam puan ortalamalarının ($12,48\pm4,24$), olanlarınkine ($11,04\pm3,59$) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z=-2,143$; $p=0,032$).

Çizelge 3.9.5. Annelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklere göre Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) puan ortalamalarının dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Annenin yaşı						
18-24	122 (35,8)	11,21 ± 3,92	0,558	0,643	10,51	11,92
25-29	90 (26,5)	11,48 ± 3,46			10,75	12,20
30-34	88 (25,9)	10,91 ± 3,50			10,17	11,65
35-47	40 (11,8)	10,73 ± 3,67			9,55	11,90
Annenin eğitimi						
İlkokul	121 (35,6)	11,58 ± 3,44	1,409	0,240	10,96	12,20
Ortaokul	85 (25,0)	10,54 ± 3,91			9,70	11,38
Lise	79 (23,2)	11,02 ± 3,64			10,21	11,84
Üniversite ve lisansüstü	55 (16,2)	11,31 ± 3,72			10,30	12,31
Annenin mesleği						
Çalışan	89 (26,2)	11,19 ± 3,72	-0,132	0,895	-0,96	0,84
Çalışmayan	251 (73,8)	11,13 ± 3,64			-0,95	0,83
Gelir durumu						
Gelir giderden az	112 (32,9)	11,21 ± 3,71	0,148	0,862	10,52	11,91
Gelir gidere denk	192 (56,5)	11,06 ± 3,70			10,54	11,59
Gelir giderden fazla	36 (10,6)	11,39 ± 3,31			10,27	12,51
Sağlık güvencesi						
Olan	315 (92,6)	11,04±3,59	-2,143	0,032		
Olmayan	25 (7,4)	12,48±4,24				
Aile tipi						
Çekirdek aile	286 (84,1)	11,03 ± 3,69	-1,343	0,180	-1,79	0,34
Geniş aile	54 (15,9)	11,76 ± 3,47			-1,76	0,31
Eşinin yaşı						
18-24	31 (9,1)	11,23 ± 3,49	0,263	0,852	9,95	12,51
25-29	109 (32,1)	11,13 ± 4,18			10,34	11,92
30-34	105 (30,9)	11,36 ± 3,14			10,75	11,97
35-48	95 (27,9)	10,91 ± 3,64			10,16	11,65
Eşinin eğitimi						
İlkokul	120 (35,3)	11,26 ± 3,50	0,505	0,679	10,63	11,89
Ortaokul	77 (22,6)	10,79 ± 3,94			9,90	11,69
Lise	87 (25,6)	11,06 ± 3,59			10,29	11,82
Üniversite ve lisansüstü	56 (16,5)	11,54 ± 3,74			10,53	12,54

*Standart Sapma

3.10. Annelerin Obstetrik Özelliklere Göre Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE), Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ), Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SÇSAÖ), Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Araştırmaya alınan annelerin obstetrik, doğum ve bebeklerine ilişkin özelliklerinin DKE ortalamaları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.10.1’de verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda prematüre bebek (25-36 gebelik haftası) annelerinin DKE puan ortalamasının ($45,39 \pm 11,86$) matür (37-42 gebelik haftası) olanlarınkine ($42,34 \pm 10,30$) göre daha yüksek ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2,464$; $p<0,05$).

Çizelge 3.10.1. Annelerin obstetrik özelliklere göre Durumluluk Kaygı Envanteri (DKE) puan ortalamalarının dağılımı

Obstetrik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t/Z/X ²	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaşayan çocuk sayısı						
1	139 (40,9)	43,37 ± 10,69	1,095	0,336	41,58	45,17
2	118 (34,7)	42,81 ± 10,24			40,94	44,67
3-5	83 (24,4)	45,10 ± 12,65			42,33	47,86
Gebeliğin planlı olma durumu						
Evet	293 (86,2)	43,79 ± 11,05	-0,811	0,418	-4,91	2,09
Hayır	47 (13,8)	42,38 ± 11,16			-4,83	2,01
Bebeği isteme durumu						
Evet	325 (95,6)	43,66±11,06	-0,515	0,607		
Hayır	15 (4,4)	42,27±11,36				
Doğum şekli						
Vajinal doğum	152 (44,7)	42,38 ±11,23	-1,839	0,067	-4,57	0,15
Sezaryen	188 (55,3)	44,59 ±10,84			-4,58	0,16
Gebelik haftası						
Prematüre (25-36 gebelik haftası)	140 (41,2)	45,39 ± 11,86	2,464	0,014	0,68	5,43
Matür (37-42 gebelik haftası)	200 (58,8)	42,34 ± 10,30			0,61	5,49
Bebeğin kilosu (g)						
700- 1499**	37 (10,9)	47,32±12,39	5,448	0,142	43,19	51,46
1500- 2499	88 (25,9)	44,32±12,41			41,69	46,95
2500- 3999	198 (58,2)	42,84±10,14			41,45	44,29
4000- 5000	17 (5,0)	40,24±9,35			35,43	45,04
Diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması						
Evet	29 (8,5)	42,52±8,35	-0,299	0,765		
Hayır	311 (91,5)	43,70±11,28				

*Standart Sapma

**4 bebeğin kilosu 700-999 g aralığında idi.

Annelerin obstetrik özelliklerinin SKE üzerindeki etkileri Çizelge 3.10.2'de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan annelerin yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, bebeği isteme durumu, doğum şekli, gebelik haftası, bebeğin kilosu ve diğer çocuklarda erken doğum, DDA veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalık öyküsünün bulunma durumu ile ilgili verilerinin SKE toplam puan üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t testi Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları tespit edilmiştir (p>0,05).

Çizelge 3.10.2. Annelerin obstetrik özelliklere göre Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) puan ortalamalarının dağılımı

Obstetrik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t/Z	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaşayan çocuk sayısı						
1	139 (40,9)	40,00 ± 9,29	0,732	0,482	38,44	41,56
2	118 (34,7)	39,36 ± 9,00				
3-5	83 (24,4)	40,95 ± 9,36				
Gebeliğin planlı olma durumu						
Evet	293 (86,2)	40,04 ± 9,17	-0,143	0,886	-3,17	2,76
Hayır	47 (13,8)	39,83 ± 9,48				
Bebeği isteme durumu						
Evet	325 (95,6)	40,07±9,22	-0,557	0,578		
Hayır	15 (4,4)	38,60±8,98				
Doğum şekli						
Vajinal doğum	152 (44,7)	39,73 ± 9,34	-0,501	0,616	-2,48	1,47
Sezaryen	188 (55,3)	40,23 ± 9,11				
Gebelik haftası						
Prematüre (25-36 gebelik haftası)	140 (41,2)	39,93 ± 9,34	-0,134	0,894	-2,13	1,86
Matür (37-42 gebelik haftası)	200 (58,8)	40,07 ± 9,13				
Bebeğin kilosu (g)						
700- 1499**	37 (10,9)	38,51±8,27	1,577	0,665	35,76	41,27
1500- 2499	88 (25,9)	40,03±9,69				
2500- 3999	198 (58,2)	40,43±9,12				
4000- 5000	17 (5,0)	38,24±9,79				
Diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması						
Evet	29 (8,5)	40,19±9,26	-1,221	0,222		
Hayır	311 (91,5)	38,07±8,44				

*Standart Sapma

**4 bebeğin kilosu 700-999 g aralığında idi.

Çizelge 3.10.3’de araştırmaya dâhil edilen annelerin obstetrik, doğum ve bebeklerine ilişkin özelliklerinin BBBAÖ puan ortalamaları üzerindeki etkileri görülmektedir. Annelerin yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, bebeği isteme durumu, doğum şekli, gebelik haftası, bebeğin kilosu ve diğer çocuklarında erken doğum, DDA veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalık öyküsünün bulunma durumu ile ilgili

verilerin BBBAÖ toplam puanı üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t testi, Mann Whitney U testi, Kruskall Wallis testi ile incelenmiş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.10.3. Annelerin obstetrik özelliklere göre Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği (BBBAÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Obstetrik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t/Z	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaşayan çocuk sayısı						
1	139 (40,9)	6,83 ± 1,22	0,446	0,580	6,63	7,04
2	118 (34,7)	6,94 ± 1,27			6,71	7,17
3-5	83 (24,4)	6,76 ± 1,29			6,47	7,04
Gebeliğin planlı olma durumu						
Evet	293 (86,2)	6,81 ± 1,24	1,414	0,158	-0,14	0,69
Hayır	47 (13,8)	7,09 ± 1,34			-0,11	0,66
Bebeği isteme durumu						
Evet	325 (95,6)	6,85±1,24	-0,260	0,795		
Hayır	15 (4,4)	6,95±1,52				
Doğum şekli						
Vajinal doğum	152 (44,7)	6,99 ± 1,18	1,877	0,061	-0,01	0,52
Sezaryen	188 (55,3)	6,74 ± 1,30			-0,01	0,52
Gebelik haftası						
Prematüre (25-36 gebelik haftası)	140 (41,2)	6,69 ± 1,31	-1,950	0,052	-0,54	0,00
Matür (37-42 gebelik haftası)	200 (58,8)	6,96 ± 1,20			-0,54	0,01
Bebeğin kilosu (g)						
700- 1499**	37 (10,9)	6,79±1,44	0,750	0,861	6,31	7,27
1500- 2499	88 (25,9)	6,74±1,43			6,43	7,04
2500- 3999	198 (58,2)	6,90±1,13			6,74	7,06
4000- 5000	17 (5,0)	7,00±1,33			6,31	7,68
Diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması						
Evet	29 (8,5)	7,02±1,17	-0,635	0,525		
Hayır	311 (91,5)	6,83±1,26				

*Standart Sapma

**4 bebeğin kilosu 700-999 g aralığında idi.

Araştırmayı kabul eden annelerin gebeliğin planlı olma durumu, bebeği isteme durumu, doğum şekli, gebelik haftası, bebeğin kilosu ve diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi mşdahale gerektiren bir hastalığın olma durumu ile ilgili verilerin SÇSAÖ puan ortalamaları üzerindeki etkisi Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi istatistiksel olarak incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak yapılan bu incelemeler sonucunda annelerin yaşayan çocuk sayılarının SÇSAÖ puan ortalaması üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=6,519$; $p=0,038$) (Çizelge 3.10.4).

Çizelge 3.10.4. Annelerin obstetrik özelliklere göre Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği (SÇSAÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Obstetrik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t/Z	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaşayan çocuk sayısı						
1	139 (40,9)	172,17±30,59	6,519	0,038	167,04	177,30
2	118 (34,7)	179,00±30,82				
3-5	83 (24,4)	169,31±35,91				
Gebeliğin planlı olma durumu						
Evet	293 (86,2)	173,00±32,21	-1,374	0,169		
Hayır	47 (13,8)	179,06±31,92				
Bebeği isteme durumu						
Evet	325 (95,6)	173,89±32,36	-0,374	0,709		
Hayır	15 (4,4)	172,80±29,28				
Doğum şekli						
Vajinal doğum	152 (44,7)	176,11±32,17	-1,407	0,159		
Sezaryen	188 (55,3)	172,01±32,17				
Gebelik haftası						
Prematüre (25-36 gebelik haftası)	140 (41,2)	169,34±36,46	-1,573	0,116		
Matür (37-42 gebelik haftası)	200 (58,8)	177,00±28,50				
Bebeğin kilosu (g)						
700- 1499**	37 (10,9)	170,89±40,53	0,424	0,935	157,38	184,41
1500- 2499	88 (25,9)	172,49±36,48				
2500- 3999	198 (58,2)	175,38±28,28				
4000- 5000	17 (5,0)	169,29±33,03				
Diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması						
Evet	29 (8,5)	175,66±32,46	-0,317	0,751		
Hayır	311 (91,5)	173,67±32,21				

*Standart Sapma

**4 bebeğin kilosu 700-999 g aralığında idi.

Çalışmaya katılan annelerin obsetrik özelliklerinin Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) üzerindeki etkileri incelendiğinde, annelerin yaşayan çocuk sayısı, planlı gebeliğe sahip olma durumları, bebeği isteme durumları, doğum şekilleri ve diğer çocuklarında erken doğum, DDA veya cerrahi müdahale gerektiren hastalık öyküsünün bulunma durumu ile ilgili verilerin BKGF toplam puanı üzerindeki etkileri bakımından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmada matür gebelik haftasına sahip annelerin BKGF puan ortalamalarının ($11,87\pm 3,36$) premetüre olanlarına ($10,11\pm 3,82$) göre daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ortaya konmuştur ($t=-4,377$; $p=0,000$; Çizelge 3.10.5).

Annelerin bebeklerinin kilolarının BKGF üzerindeki etkileri Kruskal Wallis testi ile incelenmiş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($KW=18,275$; $p=0,000$). BKGF toplam puan ortalamalarının hangi kilo aralığından etkilendiğini belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney testi sonuçlarına göre doğum kilosu 700-1499 g arasında olan bebekler ($9,05\pm 3,89$) ile kilosu 1500-2499 g olan bebekler ($10,51\pm 3,97$; $z=-2,965$; $p=0,003$) ve kilosu 2500-3999 g olan bebekler ($11,69\pm 3,26$; $z=-3,639$; $p=0,000$) arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür. Yine bu farkın doğum kilosu 1500-2499 g arasında olan bebekler ($10,51\pm 3,97$) ile kilosu 2500-3999 g olan bebekler ($11,69\pm 3,26$) ($z=-2,118$; $p=0,034$) ve kilosu 4000-5000 g olan bebekler ($17,65\pm 3,76$; $z=-2,175$; $p=0,030$) arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür (bu test için önemlilik değeri $p=0,05/4=0,017$) (Çizelge 3.10.5).

Çizelge 3.10.5. Annelerin obstetrik özelliklere göre Bakıma Katılma Gözlem Formu (BKGF) puan ortalamalarının dağılımı

Obstetrik özellikler	Sayı (%)	Ortalama+SS*	F/t/Z	p	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaşayan çocuk sayısı						
1						
2	139 (40,9)	11,13 ± 3,75			10,50	11,76
3-5	118 (34,7)	11,41 ± 3,60	0,656	0,520	10,75	12,06
	83 (24,4)	10,81 ± 3,59			10,02	11,59
Gebeliğin planlı olma durumu						
Evet	293 (86,2)	11,08 ± 3,64	0,863	0,389	-0,68	1,67
Hayır	47 (13,8)	11,57 ± 3,75			-0,63	1,63
Bebeği isteme durumu						
Evet	325 (95,6)	11,12±3,62	-0,939	0,348		
Hayır	15 (4,4)	11,73±4,45				
Doğum şekli						
Vajinal doğum	152 (44,7)	11,38 ± 3,68	1,033	0,302	-0,37	1,20
Sezaryen	188 (55,3)	10,96 ± 3,64			-0,37	1,20
Gebelik haftası						
Prematüre (25-36 gebelik haftası)	140 (41,2)	10,11 ± 3,82	-4,377	0,000	-2,53	-0,98
Matür (37-42 gebelik haftası)	200 (58,8)	11,87 ± 3,36			-2,55	-0,97
Bebeğin kilosu (g)						
700- 1499**	37 (10,9)	9,05±3,89			7,76	10,35
1500- 2499	88 (25,9)	10,51±3,97			9,67	11,35
2500- 3999	198 (58,2)	11,69±3,26	18,275	0,000	11,23	12,15
4000- 5000	17 (5,0)	17,65±3,76			10,72	14,58
Diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması						
Evet	29 (8,5)	11,10±3,57	-0,002	0,998		
Hayır	311 (91,5)	11,15±3,67				

*Standart Sapma

**4 bebeğin kilosu 700-999 g aralığında idi.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan 340 annenin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözme becerileri ile ilişkisini incelemek amacı ile kesitsel olarak yapılan bu araştırmanın başlıca bulguları konu ile ilgili literatüre dayalı olarak tartışılmış ve sunulmuştur.

Çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin çoğunun genç yaşta oldukları (yaş ortalaması 27,65±5,64; aralık: 18-47) görülmüştür. Yenidoğan bebeği olan annelerin gereksinim ve depresyon düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Balcı 2006, Taş Arslan ve Turgut 2013, Türkoğlu ve ark 2014). Bu sonuçlar annelerin normal doğum yapma yaşında olduklarını göstermesi bakımında önemlidir.

Bu çalışmadaki annelerin daha çok (%35,6) ilkokul eğitime sahip oldukları belirlenmiştir. Benzer olarak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013) sonuçlarında da kadınların çoğunun (%40,18) ilkokul mezunu oldukları bildirilmiştir (Çavlin ve ark 2014). Bu sonuçlar bu çalışmada yer alan annelerin eğitim durumlarının Türkiye'deki mevcut duruma benzer olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya dâhil edilen annelerin sadece ¼'i gelir getiren bir işte çalışmakta idi. Ülkemizde yenidoğan bebek ve çocuk anneleri ile yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulgular rapor edilmiştir (Hotun Şahin ve Oskay 2008, Başbakkal ve ark 2009, Çırlak ve Erdemir 2009, Güdücü Tüfekçi ve Yıldız 2010). Bu sonuçlar annelerin çalışma oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma oranlarının düşük olması, annelerin gelir düzeylerini azaltarak sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve bireysel bakımlarını olumsuz etkileyebilir.

Bu çalışmada annelerin çoğunluğunun herhangi bir sosyal güvence kapsamında olduğu saptanmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin ebeveynlerin rahatlık düzeyi ve yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları

sosyal desteğin sorun çözüme becerilerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda da benzer olarak annelerin çoğunluğunun sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir (Arıkan ve Kahriman 2002, Çırlak ve Erdemir 2013). Bu sonuçlar TNSA 2013 verileri tarafından da desteklenmektedir (Çavlin ve ark 2014). Bu sonuçlar kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kolaylaştırması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada annelerin daha çok çekirdek ailede yaşadıkları bulunmuştur. Utaş Akhan ve Batmaz (2011)'ın yaptığı çalışmada da benzer olarak annelerin çoğunluğunun çekirdek ailede yaşadıkları belirtilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2012 yılındaki yapmış olduğu araştırmada da nüfusun çoğunluğunun (%86,5) çekirdek ailede yaşadıkları rapor edilmiştir (TÜİK 2014). Çekirdek ailede yaşama anne-bebek ilişkisinin erken dönemde başlatılması ve sürdürülmesi ile anne ve babanın bebeğin bakımına aktif olarak katılmasını olumlu etkilerken, yakın akrabalarından destek alma durumunu olumsuz etkileyebilir.

Bu çalışmada annelerin eşlerinin yaş ortalamaları, postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada bildirilen ile benzer bulunmuştur (Başer ve ark 2005). Yine bu çalışmada babaların daha çok ilköğretim mezunu oldukları ve çalıştıkları saptanmıştır. Şenol ve ark (2006) da benzer sonuçlar bildirmişlerdir. Yenidoğan bebeği olan annelerin gereksinimleri, rahatlık düzeyleri ve ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözüme becerilerine etkisinin incelendiği çalışmalarda ise babaların çoğunluğunun lise mezunu olduğu ve çalıştığı sonuçları rapor edilmiştir (Arıkan ve Kahriman 2002, Başer ve ark 2005, Çırlak ve Erdemir 2013). Babaların eğitim seviyelerinin ve çalışma durumlarının artırılması, ailenin gelir düzeyleri, refah ve sağlık koşullarının iyileşmesi bakımından önemli olabilir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan annelerin gebelik sayı ortalamasının ($2,21 \pm 1,41$) TNSA 2013'da (Koç ve ark 2014) bildirilenlere benzer olduğu belirlenmiştir. Bu oran premetüre bebek anneleri ile yapılan bir diğer çalışmada daha düşük ($1,0 \pm 0,8$) olarak bildirilmiştir (Hotun Şahin ve ark 2008). Toplam gebelik sayısının fazla olması anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemesi bakımından önemlidir.

Çalışmaya dâhil edilen annelerin yaşayan çocuk sayı ortalamasının ($1,91 \pm 0,95$) TNSA 2013'te (Koç ve ark 2014) bildirilene ($1,60$) göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ayyıldız Kuzlu ve ark (2011)'nin yaptığı çalışmada ise annelerin büyük çoğunluğunun bir

yaşayan çocuğa sahip oldukları bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre yaşayan çocuk sayının çalışmanın yapıldığı gruplara göre değişiklik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmada annelerin bir kısmının (%13,8) TNSA 2013 sonuçlarına (%12,5) benzer şekilde planlı olmayan gebeliğe sahip oldukları belirlenmiştir (Eryurt ve ark 2014). Ayrıca çalışmada annelerin az bir kısmının (%4,4) istemeyerek gebe kaldıkları tespit edilmiştir. Güdücü Tüfekçi ve ark (2010)'nın çalışmasında ise daha fazla oranda (%23,9) annelerin gebeliklerini istemedikleri rapor edilmiştir. Bu sonuçlar araştırma örneklemine alınan annelerin etkin aile planlaması yöntemlerini kullandıklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Bu çalışmada annelerin yarısından fazlasının sezaryen ile doğum yaptığı belirlenmiştir. Yenidoğan bebeği olan anneler ile ilgili yapılan farklı birçok çalışmada da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Mutlu Turan ve Bolışık 2003, Başer ve ark 2005, Uludağ ve Ünlüoğlu 2012, Çırlak ve Erdemir 2013, Öztürk ve Saruhan 2013, Taş Arslan ve Turgut 2013). Ancak, Şenol ve ark (2006)'nın 0-3 aylık bebeği olan annelerin bebek bakım becerilerini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada annelerin büyük çoğunluğunun (%76) normal vajinal doğum yaptıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre sağlık sorunları olan ve kuvöze alınan bebeklerin daha çok sezaryen doğumla dünyaya geldiği, sezaryen doğumların bebeklerin doğum sonu sağlık problemlerine sebep olabileceği düşünülebilir. Diğer yandan, intrapartum dönemde tanı alan ve riskli grupta bulunan bebeklerin doğumunda özellikle sezaryen doğumun tercih edilmiş da sezaryen oranlarındaki artışa neden olduğunu akla getirmektedir. Ancak TNSA 2013'de (Akadlı Ergöçmen ve ark 2014) sezaryen ile doğum oranlarının (%48) bu çalışma sonuçları ile benzer olması doğum şeklinin bebeklerin yoğun bakım ünitesine alınması ile ilişkili olmadığını gösterebilir.

Bu araştırma da yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin yarısından fazlasının (%55,6) cinsiyetinin erkek olduğu belirlenmiştir. Prematüre bebeğe sahip olan anneler ve hastaneye yatışın etkilerinin incelendiği farklı birçok çalışmada da bebeklerin cinsiyetinin yarıdan fazlasının erkek olduğu ortaya konulmuştur (Mutlu Turan 2003, Erdim ve ark 2006, Çalışır ve ark 2008, Çelebioğlu ve Polat 2008, Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekçi 2009, Öztürk ve Saruhan 2013, Taş Arslan ve Turgut 2013). Ancak yapılan bazı çalışmalarda da araştırmaya dâhil edilen bebeklerin cinsiyetlerinin kız olduğu belirtilmiştir (Şenol ve ark 2006, Sola ve Diken 2008, Ayyıldız Kuzlu ve ark 2011). Bu sonuçlar

bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabulünde cinsiyetin önemli olmadığını göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmaya dâhil edilen bebeklerin doğumdaki gebelik hafta ortalamasının (36,40±3,64) miadından daha az olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynler üzerine yapılan çalışmalarda da benzer olduğu görülmüştür (Çalışır ve ark 2008, Tsironi ve ark 2012). Bu sonuçlar beklenen durum olarak prematüre yenidoğanların daha fazla yoğun bakıma gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmadaki bebeklerin ortalama doğum ağırlıklarının (2700,29±861,06 g) ve bebeklerin çoğunun (%58,2) doğum ağırlıklarının normal sınırlarda olduğu saptanmıştır. Benzer olarak Çalışır ve ark (2008), Wigert ve ark (2013)'nın yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği bulunan ailelerle ilgili yaptıkları çalışmada bebeklerin doğum kilolarının ortalama 2500 g üzerinde olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuçlar yenidoğan yoğun bakıma alınan bebeklerin daha çok normal kiloda olduklarını göstermektedir.

Çalışmada bebeklerin dosyalarından alınan tanıların çoğunluk sırası ile sarılık, prematürite ve solunum distres sendromu olduğu, annelerin de büyük bir bölümünün bebeklerinin tanıları bildiği ve en fazla sırası ile prematürite, sarılık ve solunum distres sendromu olarak bildirdikleri görülmüştür. Bu bulgular annelerinin bebeklerinin sağlık durumuna ilişkin bilgi sahibi olduklarını göstermesi bakımından önemlidir. Yine YYBÜ'de yatan bebeklerin dosyalarından alınan tanımlar ile annelerin bildiği nedenlerin farklı olmasında, annelerin erken doğum yapması veya bebeklerinin kilolarının annelerin beklentilerinden az olması nedeniyle, bebeklerinin prematürite nedeni ile YYBÜ'ye alındığını bildikleri düşünülmektedir. Ayrıca annelerin yenidoğum yapmış olmaları, fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmemelerinden dolayı verilen bilgileri tam ve doğru bir şekilde algılayamamaları nedeni ile annelerin az bir kısmının YYBÜ'ye alınma nedenini bilmediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki annelerin çok az bir kısmının (%8,5) diğer çocuklarında da erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Bu duruma genetik faktörlerin etki edebileceği düşünülebilir.

Bu çalışmadaki bebeklerin YYBÜ'de kalış sürelerinin yaklaşık bir hafta (8,43±11,27 gün) olarak bulunmuştur. Bu oran prematüre bebek ebeveynleri ile yapılan bir diğer çalışmada daha yüksek (10,9±8,2) olarak bildirilmiştir (Hotun Şahin ve Oskay 2008).

Çırlak ve Erdemir (2013)'in YYBÜ'de yaptığı çalışmaya göre ise bebeklerin 7-14 gün süre ile YYBÜ'de tedavi gördükleri tespit edilmiştir. Bebeklerin hastanede kalış süresinin uzaması sağlık hizmet maliyetinin artmasına, anne-bebek bağlanması ve aile fonksiyonlarının olumsuz etkilenmesine sebep olabilir.

Doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanmasının erken dönemde gerçekleşmesi bebeğin büyüme, gelişme ve iyileşme sürecini olumlu etkilemektedir (Glazebrook ve ark 2007, Cleveland 2008). Doğum sonrası erken dönemde anne-bebek bağlanmasını gösteren davranışlar ten teması, göz teması, kucaklama, aynı odanın paylaşımı ve bebeğin fiziksel bakımına katılmadır (Fegran ve ark 2008, Hotun Şahin ve Oskay 2008). Bu çalışmada annelerin yarısından fazlası (%51,8) ilk kez doğum salonunda ve %48,3'lük bir kısmı da YYBÜ'de bebeklerine dokunduklarını belirtmişlerdir. Öztürk ve Saruhan (2013)'ın prematüre bebekler ile yaptıkları çalışmada annelerin %40,7'si doğumdan sonraki 7 gün içerisinde bebeklerini gördüklerini ve büyük çoğunluğunun (%75) bebeğine hiç dokunmadığı rapor edilmiştir. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumlarını inceleyen bir çalışmada da term bebek annelerinin bebeklerini ilk 30 dakikada kucaklarına aldıkları, preterm bebek annelerinin ise 30 dakikadan sonra bebeklerini kucaklarına aldıkları belirtilmiştir (Manav ve Yıldırım 2010). Diğer çalışmalarda da prematüre bebeği olan annelerin bebeklerini daha geç gördükleri ve kucaklarına aldıkları, bebeklerin kendi bebekleri olduğunu algılamakta zorluk çektikleri ve anne bebek ilişkisinin olumsuz geliştiği belirtilmektedir (Seideman ve ark 1997, Balcı 2006, Aagaard ve Hall 2008, Karaaslan 2008, Öztürk ve Saruhan 2013,). Bu sonuçlara göre anne-bebek bağlanmasının erken dönemde ve sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi için, anne – bebek etkileşiminin mümkün olunan en kısa zamanda başlatılması ve annenin bakıma katılmasının sağlanmasının çok önemli olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada kuvözde bebeği olan ve çalışmayı kabul eden annelerin ziyaret saatleri ve bakım saatleri dâhil olmak üzere bebeklerini yaklaşık günde 6 kez gördükleri belirlenmiştir. Anne ve bebeklerin daha fazla birlikte olmalarının sağlanması, annenin öz güveninin gelişmesine, bebeğin iyileşme sürecine ve anne-bebek bağlanmasına olumlu katkılar sağlayabilir.

Araştırmaya katılan annelerin büyük bir bölümü (%78,5) bebeklerini emzirdiklerini veya biberonla beslediklerini rapor etmişlerdir. Benzer olarak üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın/uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelendiği

araştırmalarda da annelerin genellikle bebeklerin hijyen ve beslenme gereksinimlerini karşılamaya yönelik bakımlara katıldıkları bildirilmiştir (Boztepe ve avuşoğlu 2009, Ayyıldız Kuzlu ve ark 2011). Bu sonuçlar, annelerin bakıma katılmasının annelik rolünün edilmesine katkı sağlayabileceğini göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada bebek bakımına katılan annelerin çoğunluğu bebeklerinin kilo değişimlerini sorguladıklarını (%70,3), beslenmeden sonra bebeğinin gazını çıkardıklarını (74,7), bebeklerin alt temizliğini yaptıklarını (%78,5) ve kuvözde bebeklerini uygun pozisyonda yatırdıklarını (%65,6) belirtmişlerdir. Bu bulgular annelerin bebeklerine karşı ilgi ve sorumluluk hissettiklerini ve bebeklerinin sağlığını önemsediklerini göstermektedir ve bu durum da annelik rolünün gelişimine olumlu katkı sağlayabilir.

Araştırmada annelerin %66,8'i bebeklerin uyanık olduğu dönemi beklemeden bakım saati geldiğinde ve ihtiyacı olduğunda bakım vermeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum, annelerin bebekleri ile birlikte geçirdikleri zamanın daha fazla olması ve bakım becerilerini geliştirmeleri açısından önemlidir. Ayrıca araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu (%84,4) YYBÜ'de buldukları süre içerisinde bebeklerinin giysilerini değiştirmediklerini belirtmişlerdir. Bu durum YYBÜ'de bebeklerin kuvözde çıplak olarak durmaları ile ilişkili olabilir. Bebeğin kıyafetlerini değiştirdiklerini belirten annelerin ise bu bakımı taburculuk öncesi eğitimde yaptıkları veya bebeği YYBÜ'ne alınmadan önce bu bakımı yapmış olabilecekleri ile ilişkili olabilir.

Bu araştırmada annelerin yarısından fazlası bebeklerine el yüz bakımı yapmadıklarını belirtmişlerdir. Annelerin bu bakıma katılmamalarının nedeni bebeklerine bağlı olan tıbbi cihazlardan ve intravenöz tedavilerden korkmaları ve bebeklerine zarar verebileceği endişesi yaşamaları ile ilişkili olabilir. Araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu (%91,5) yoğun bakım süreçleri boyunca bebeklerine banyo yaptırmadıklarını veya banyo yaptırmaya yardım etmediklerini belirtmişlerdir. Bu durum annelerin bebeklerinin banyo zamanında YYBÜ'de bulunmamaları ve/veya bu birimde çalışan ebe ve hemşirelerin anneleri bu bakıma katılması için teşvik etmemelerinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada annelerin büyük çoğunluğu bebeğine ağız bakımı yapmadıklarını rapor etmişlerdir. Bu sonuç annelerin ağız bakımı konusunda bilgisi olmamasından, bu bakımı ebe ve hemşirelerin yapmalarından ve bu konuda annelerden yardım istememelerinden kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada annelerin tamamına yakını (%95,6) bebeklerine yara bakımı yapmadıklarını rapor etmişlerdir. Bunun nedeni annelerin bebeklerinin açık veya kapalı cerrahi yaralarının olmaması, olanlarda ise bu tür bakımın birimde çalışan ebe ve hemşireler tarafından yapılması olabilir. Yara bakımı yaptığını belirten annelerin bebeklerinin alt temizliği sırasında pişik bakımı veya cerrahi müdahalenin sonucunda yapılan basit pansuman bakımını yaptıkları gözlenmiştir.

Bu çalışmada annelerin çoğu (%83,2) kuvözdeki bebeklerini kucaklarına aldıklarını, bebeklerine dokunduklarını ve elini tutup okşadıklarını (%97,9), pırpırlayıp sakinleştirdiklerini (%83,8), bebeklerine sevgi sözcükleri ya da ninni söylediklerini (%92,4) bildirmişlerdir. Ancak yine bu çalışmada annelerin çoğu bebeklerine emzik vermediklerini (%72,9) ve girişim öncesi, sırası ve sonrasında bebeklerini kucaklarına almadıklarını (%66,5) ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar annelerin normalde bebekleri ile birlikte olmayı istemelerine rağmen, bebeklerine yapılacak/yapılan girişimler öncesi, sırası ve sonrasında kucaklarına almamalarının nedeni bebeklerinin canının yanmasına tanıklık etmek istememeleri ya da birimde çalışan ebe ve hemşirelerin bu konuda anneler ile iletişimde bulunmamaları ile ilişkili olabilir.

Araştırmada annelerin bebeklerinin soluk alıp verişini kontrol ettiklerini (%82,9) belirttikleri, ancak bebeklerinin genel durumundaki bozulmanın farkına varamadıklarını (%52,4) rapor ettikleri görülmüştür. Bu bulgular annelerin bebeklerinin yaşamsal durumunu izlediklerini, ancak bebeklerinin genel durumundaki bozulmanın farkına varamadıklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmaya katılan annelerin tamamına yakını kanguru bakımı yapmadıklarını belirtmişlerdir. Bu oranın yüksek olmasının nedeni annenin kanguru bakımı ve önemi hakkında bilgi sahibi olmaması, birimde çalışanların da bu konuda anneye teşvik edici yaklaşımda bulunmamaları olabilir. Oysa literatürde kanguru bakımının yenidoğanda morbidite ve mortalitenin azaltılması, erken dönemde aileyi özellikle anneyi bakıma katarak anne-bebek ilişkisinin güçlendirilmesi ve emzirme üzerine olumlu etkilerinin bulunduğu bildirilmektedir (Derebent ve Yiğit 2006, Uludağ 2008, Eras ve ark 2013).

Ayrıca çalışmaya katılan annelerin çok azının (%1,2) bebeğine oksijen verme (kuvöz içi açık olan oksijeni burnuna yaklaştırma), öpüp koklama ve göbek bakımı gibi bakımları yaptıklarını rapor ettikleri saptanmıştır. Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun üniversite

hastanesinde çocuğu yatan anneler ile ilgili yaptıkları çalışmada da annelerin çocuklarına oral ilaç uygulama, buhar uygulama, oksijen verme, soğuk uygulama yapma ve sürekli ayaktan periton diyaliz yapma gibi uygulamaları yaptıkları bildirilmiştir.

Bir diğer araştırmada da Ayyıldız Kuzlu ve ark (2011) annelerin %17,8'inin çocuklarının bakım ve tedavisine katılmadıkları, katılmama nedeni olarak da yanlış bir şey yapma korkusunun olduğu belirtilmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlükleri belirlemek için yapılan bir diğer çalışmada ise annelerin büyük çoğunluğunun çocuklarının bakımına katılmadıkları rapor edilmiştir (Konukbay ve Arslan 2011). Bu bulgularda belirtildiği gibi annelerin bazı uygulamalara katılmaması, bu uygulamalar hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları ve girişimsel bir işlem olduğunu düşündükleri için bebeklerine zarar verme endişesi ile ilişkili olabilir.

Bu alışmada YYBÜ'de annelerin bildirdiği bakıma katılma durumları/uygulamaları ile araştırmacı ve YYBÜ'de çalışan ebe ve hemşireler tarafından gözlemlenen annelerin bakıma katılma durumları/uygulamaları karşılaştırılmıştır. Araştırmada emzirme/biberonla beslenme, kilo değişimlerini sorma/araştırma, gazını çıkarma, alt temizliği yapma gibi uygulamaların annelerin bildirdiği ile gözlemciler tarafından gözlenen değerler arasında önemli bir fark bulunmaması bu bakımların uygulanabilirliğini göstermektedir.

Bu çalışmada annelerin belirttikleri bebeklerini uygun pozisyonla yatırma (%65,6'ye karşı %72,1), idrar çıkışını kontrol etme (%54,7'ye karşı %62,9) ve uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme (%33,2'ya karşı %38,8) uygulama oranlarının ebe ve hemşireler tarafından gözlemlenenden daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farklar annelerin farkında olmadan bu uygulamaları yapmaları ile ilişkili olabilir. Yine bu çalışmada bebeklerinin giysilerini giydirip çıkardığını (%15,6) belirten anneler ile bu uygulamanın yapılıp yapılmadığını gözlemleyen ebe ve hemşirelerin bildirdikleri oranların (%7,6) daha düşük olmasının sebebi, annelerin bebeklerini doğduktan sonra evlerine çıkarmış ve bu bakımını evde yapmış olabileceği daha sonradan sağlık sorunu sebebi ile YYBÜ'ye alınmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada annelerin bildirdiği bebeğinin elini yüzünü silme, kuşağına alma, dokunma, elini tutma okşama sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme, emzik verme, girişim öncesi, sırası veya sonrasında kuşağına alma, soluk alıp verdiğini kontrol etme ve yara bakımı yapma gibi uygulama oranları ile ebe ve hemşireler tarafından gözlemlenme

oranlarının benzer olduğu belirlenmiştir. Bu durum, bu uygulamaların annelerin bildirdiği gibi yaptıklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Bu çalışmada bebekleri YYBÜ'de bulunan annelerin bildirdiği banyo yaptırma ya da yardım etme (%8,5'ye karşı %3,5) ve ağız bakımı yapma (%10,6'ye karşı %8,5) uygulamalarının ebe ve hemşireler tarafından gözlemlenenden daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu oranların daha düşük olmasının nedeni annelerin doğumdan sonra YYBÜ'ne yatışı yapılmadan önce evlerinde bebeklerinin banyosunu yaptırmış olabileceği ve bebeklerini besledikten sonra ağız çevresini silmelerini ağız bakımı olarak algılamaları ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada annelerin büyük oranda bebeklerinin bakımına katılabildiklerini bildirmeleri aile merkezli bakım açısından ve anne-bebek bağlanmasının erken dönemde sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi açısından önemlidir ve istendik bir bulgudur.

Bu çalışmada annelerin çoğunluğu (%91,8) bebeklerinin bakımına katılma konusunda ilk sırada YYBÜ'de çalışan ebe ve hemşirelerden destek aldıkları ve destek almak istedikleri (%64,7) saptanmıştır. Diğer yandan, bu çalışmada annelerin bir bölümünün de bakıma katılma konusunda doktordan (%25,8) destek aldıklarını ve destek almak istedikleri (%58,2) bildirdikleri görülmüştür. Bu sonuçlar ebe ve hemşirelerin destekleyici bakım rolünün aileler tarafından da farkında olduğu, kabul edildiği ve beklendiğini göstermesi bakımından önemlidir. Bu araştırma bulgularının aksine Konukbay ve Arslan (2011)'nin YYBÜ'de yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada annelerin çoğunun (% 88,8) aile üyeleri ve diğer yakınlarından destek aldıkları rapor edilmiştir. Akşit ve Cimete (2001) de annelere verilen destekleyici bakımın anksiyete düzeylerini azalttığı ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin sayısını artırdığını rapor etmişlerdir. Bu sonuçlar YYBÜ'de bebeği yatan ailelere ebe ve hemşireler tarafından verilen destekleyici bakımın önemini göstermesi bakımından önemlidir.

Durumluluk ve Sürekli Kaygı ölçeğlerinin her birinden alınabilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. 36 ve altı puan kaygının olmadığını, 37-42 hafif kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı gösterir. Genel olarak durumluluk ve sürekli kaygı puanının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan

bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. Durumluluk ve Sürekli Kaygı ölçeklerinin her birinden alınabilecek toplam puanın 37-42 arasında olması hafif kaygıyı ve 43-80 arasında olması yüksek kaygıyı gösterdiği belirtilmektedir (Öner ve Le Compte 1985). Bu araştırmada YYBÜ'de bebeği yatan annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri ölçeği puan ortalamasına ($43,60 \pm 11,06$) göre yüksek düzeyde kaygılı oldukları görülmüştür. Yine Sürekli Kaygı Envanteri ölçeği puan ortalamasına ($40,01 \pm 9,20$) göre hafif düzeyde kaygılı oldukları belirlenmiştir.

YYBÜ'de bebeği yatan annelerin sosyo-demografik özelliklerinden anne yaşının, eğitim durumunun, mesleğinin aile tipinin, eşinin yaşının ve eğitiminin Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Çelebioğlu ve Polat 2008, Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekçi 2009, Çırlak ve Erdemir 2013, Yıldız ve Akbayrak 2014). Bu bulgular yaş, eğitim durumu ve mesleğinin durumluluk ve sürekli kaygı ile ilişkili olmadığını göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada YYBÜ'de bebeği yatan annelerin gelir durumu ve sağlık güvencesinin durumluluk kaygı puanı üzerine etkisi bulunmazken, sürekli kaygı puanı üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gelir durumunu kötü algılayan ve herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayan anneler için uzun süreli hastanede kalma, hastane faturaları, anne ve bebek ihtiyaçları, ulaşım ve barınma gibi ekonomik nedenlerden dolayı annelerin süreklilik kaygı puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Akşit ve Cimete 2008, Coşkun ve Akkaş 2009). YYBÜ'de yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeylerinin incelendiği bir çalışmada da, annelerin sosyal güvence durumunun rahatlık düzeyleri üzerine etkisi bulunmazken, gelir durumu yeterli olanların rahatlık durumlarının, gelir durumu yetersiz olanlara göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Çırlak ve Erdemir 2013).

Bu çalışmada annelerin yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma ve bebeği isteme durumları, doğum şekli, bebeğin kilosu ve diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması durumunun Durumluluk ve Sürekli Kaygı puanı etkilemediği belirlenmiştir. Bu sonuç annelerin çoğunluğunun obstetrik özelliklerinin benzer olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada annelerin gebelik haftası, Uludağ ve Ünlüoğlu (2012)'nin çalışmasına benzer bir şekilde, durumluluk kaygı puanını etkilediği bulunmuştur. Bu bulgulardan farklı olarak Çelebioğlu ve Polat (2008) da gebelik haftasının durumluluk kaygı puanı üzerinde etkisinin olmadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada annelerin gebelik haftasının düşük olması, annelerin bebeklerinin sağlığı ile ilgili endişelerini arttırmış olabileceğinden kaygı seviyelerinin de artmış olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada Akşit ve Cimete (2001)'nin yaptığı çalışma sonuçlarına benzer olarak annelerin daha önceki hastane ve hastalık deneyimlerinin durumluluk kaygı puanını etkilemediği görülmüştür.

Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu 8 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek 2-6 arasında madde ve formun tamamında 29 madde bulunmaktadır. Formdaki her bir madde bir doğru üzerinde 1'den 9'a kadar numaralandırılmıştır (Yazıcı 1995). Bu çalışmada annelerin bebek bakım becerileri alt ölçeği puan ortalaması $6,85 \pm 1,25$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin en düşük puanı 2,67 ve en yüksek puanı da 9,00 olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada annelerin yaşayan çocuk sayısı, gebeliğinin planlı olma durumu, bebeğini isteme durumu, doğum şekli, gebelik haftası, bebeğinin kilosu ve diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması durumunun bebek bakım becerileri alt ölçeği üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Şenol ve ark (2006)'nın çalışmasında çocuk sayısı az olan annelerin bebek bakım becerilerinin arttığı rapor edilmiştir. Başer ve ark (2013)'nin yaptığı çalışmada ebeveynler genel bebek bakımı, beslenme, bebeğin küçük olması, maddi durum ve zaman ayıramama gibi nedenlerden dolayı yenidoğan bakımında güçlük yaşayabileceklerini rapor etmişlerdir. Taş Arslan ve Turgut (2013)'un yaptığı çalışmada da 2 ve üzeri çocuğu olan annelerin bebek bakımı vermede kendilerini yeterli algıladıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar örneklem grubunun özelliklerinin farklı olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada annelerin yaşı, eğitimi, mesleği, gelir durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, eşinin yaşı ve eğitimi gibi sosyo-demografik özelliklerin bebek bakım becerileri alt ölçeği üzerine etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. Şenol ve ark (2006)'nın çalışmasında 25 yaş ve üstü annelerin bebek bakım becerileri alt ölçeği puanınının 25 yaş ve altı annelerin puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sunal ve Kaynak (2013)'in yaptığı çalışmada

ise annelerden mesleği memur olanların yenidoğan bakımına ilişkin bilgi puanlarının en yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada eğitim durumları yüksek olan annelerin yenidoğan bakımı bilgi puanlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Bu çalışmada annelerin sorun çözme süreci ölçeği puan ortalamasının ($173,84 \pm 32,19$) Arıkan ve Kahrıman (2002)'in çalışmasında bildirilenden annelerin sorun çözme becerileri puan ortalamasından ($162,76 \pm 25,19$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada anne yaşının, eğitiminin, mesleğinin, gelir durumunun ve sağlık güvencesinin sorun çözme süreci alt ölçeği üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Şenol ve ark (2006)'nın çalışmasında da ailenin gelir durumunun genel sorun çözme süreci ölçeği puanı ile ilişkisinin anlamlı olduğu (gelir durumu yüksek olan annelerin, sorun çözme süreci puanları da yüksektir) ve sağlık güvencesi olan annelerin genel sorun çözme süreci puanlarının, sağlık güvencesine sahip olamayan annelerden daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuçların farklı olması örneklem grubunun özellikleri ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada annelerin yaşadıkları aile tipinin sorun çözme süreci alt ölçeği üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır. Fakat Şenol ve ark (2006)'nın çalışmasında çekirdek aileye sahip annelerin genel sorun çözme süreci puanlarının, geniş aileye sahip annelerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Güdücü Tüfekçi ve Yıldız (2010)'ın çalışmasında ise gelir durumu ve eğitim seviyesi yüksek olan, sosyal güvencesi olan, çalışan ve 22-33 yaş arasında olan annelerin bebeklerinin bakım sorunlarına daha etkili çözüm buldukları belirtilmiştir.

Bu çalışmada annelerin eşlerinin yaşı ve eğitiminin sorun çözme süreci alt puanı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Okanlı ve ark (2003)'nın çalışmasında ise eşi ve kendisinin eğitim düzeyi düşük olan ve geniş ailede yaşayan gebelerin, ailesel sosyal destek algıları ve problem çözme becerilerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar örneklem grubunun özelliklerinin farklı olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada annelerin yaşayan çocuk sayısının sorun çözme süreci alt ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada annelerin gebeliğinin planlı olma ve bebeğini isteme durumu, doğum şekli, gebelik haftası, bebeğin kilosu ve diğer çocuklarında da benzer sorunların yaşama durumlarının sorun çözme süreci alt ölçeği üzerinde etkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. Bu konuda yapılan bir araştırmada Başer ve

ark (2005) ilk gebeliği olan annelerin bebek bakımında daha çok güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Yenidoğan bebeği olan annelerin ailelerinden aldıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisini incelediği bir diğer çalışmada, Arıkan ve Kahrıman (2002) aileden algılanan sosyal desteğin annenin bebek bakımına ilişkin sorun çözme beceri puanlarını arttırdığı rapor etmişlerdir. Bu sonuçlar annelerin çocuk sayısının, dolayısıyla bebek bakım deneyimlerinin artması ile bebek bakımında karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm üretebilme becerisinin de geliştiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada annelerin sağlık güvencelerinin olma durumunun bakıma katılma gözlem puanını etkilediği, ancak yaş, eğitim, meslek, gelir durumu, aile tipi, eşin yaşı ve eğitiminin ise etkilemediği görülmüştür.

Çalışmada annelerin gebelik haftasının, bebeğin kilosunun bakıma katılma gözlem puanını etkilediği belirlenmiştir. Bu durum annelerin erken doğan ve düşük kiloda olan bebeklerine zarar verebileceği endişesi ile bakıma katılmada zorlanmaları ile ilgili olabilir

Bu çalışmada gebeliğinin planlı olma, bebeğin istenme durumu ve doğum şeklinin annelerin bebeklerinin bakımına katılmasını etkilemediği görülmüştür. Manav ve Yıldırım (2010)'ın çalışmasında ise planlanmayan gebelikler sonucu oluşan preterm bebek annelerinin bebeklerini negatif algıladıkları ve geç kucaklarına aldıkları bildirilmiştir. Bu sonuçlar bebeklerin planlanma ve istenme durumunun önemini göstermektedir.

Çalışmada DKE ve SKE ile SÇSAÖ arasında negatif ilişki bulunmuştur. Yine bu çalışmada DKE ve SKE ile BBBAÖ ve BKGF arasında negatif ilişki görülmüştür. Bu sonuçlar bebeğinin bakımına aktif ve etkin bir şekilde katılan annelerin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin azaldığını, bebeğinin bakımı ile ilgili sorun çözme becerilerinin daha yüksek olduğunu ve bakım becerilerinde başarılı olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Ayrıca bu çalışmada SÇSAÖ ile BBBAÖ ve BKGF arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu bebeklerinin bakımına aktif olarak katılan annelerin bebek bakım becerilerinin daha iyi olduğu ve dolayısıyla bebeklerinin herhangi bir sorununa çözüm geliştirmede daha başarılı olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar;

- Kullanılan veri toplama araçları kendini bildirim ölçekleri ve formu olduğundan verilerin güvenilirliği annelerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlı kalmıştır.
- Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmasına rağmen, annelerin postpartum dönemde olması, bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatması, hastane ortamında bulunması gibi olumsuzluklardan dolayı isteksiz olmuşlardır. Bazı anneler ise bu çalışmanın kendilerine bir avantaj sağlamayacağı ve değişen hiçbir şey olmayacağı düşüncesiyle araştırma konusunda isteksiz davranmışlardır. Yine bazı anneler soru formları ve ölçeklerin doldurulması sırasından her an bebekleri için yenidoğan yoğun bakım ünitesinden çağrılacağı endişesi ile sorulara yeterince konsantre olamamışlardır. Bu nedenlerle, soru formlarında yer alan verilerin güvenilirliği annelerin verdiği cevaplar ile sınırlıdır.
- Bazı bebeklerin doğumdan sonra sağlık durumlarının iyi olması nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınmadan taburcu edilmiş ve anneler bebek bakımlarını evde yapmışlardır. Daha sonra bu bebeklerin sarılık, enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınması ve bu süre içinde annenin evde yaptığı ve soru formunda belirttiği bakım uygulamalarını araştırmacı tarafından gözlemlenememiştir.
- Bazı annelerin yoğun bakım ünitesindeki bebeğine soru formlarında belirtilen bakım uygulamalarını yapmış olması fakat gözlemlenen süre içinde bebeğinin belirttiği bakıma ihtiyacı olmamasından dolayı belirtilen bakım uygulamalarının gözlemlenememiştir.
- Araştırmaya katılan anneler gelişmiş güzel örnekleme yöntemi ile belirlendiğinden, araştırmanın sonuçları sadece örnekleme alınan bireyleri temsil etmektedir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan 340 annenin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bebek bakımına ilişkin problemleri çözme becerileri ile ilişkisini incelemek amacı ile kesitsel olarak yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması $27,65 \pm 5,64$ idi. Çalışmadaki annelerin %35,6'sının ilkokul mezunu ve %73,8'nin ev hanımı olduğu, %84,1'inin çekirdek ailede yaşadığı ve %7,4'ünün sağlık güvencesinin bulunmadığı,
- Annelerin %37,6'sının ilk doğumunu yaptığı, %13,8'inin planlı olmayan ve %4,4'ünün istenmeyen gebeliğe sahip olduğu, %55,3'ünün sezaryen doğum yaptığı ve doğumdan sonrası ortalama $2,04 \pm 1,55$ gün hastanede yattıkları,
- Bebeklerin ortalama $36,40 \pm 3,64$ gebelik haftasında ve $2700,29 \pm 861,06$ g ağırlığında doğduğu ve ortalama $8,43 \pm 11,27$ gündür yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kaldıkları,
- Annelerin %51,8'inin bebeğine ortalama $12,57 \pm 13,05$ dk'da ilk kez doğum salonunda dokunduğu ve ziyaret saatleri ve bakım saatleri dâhil olmak üzere bebeklerini günde ortalama $6,28 \pm 2,43$ kez gördükleri,
- Çalışmaya katılan annelerin çoğunun bebeklerini emzirme veya biberonla besleme (%78,2), kilo değişimlerini sorgulama (%73,8), beslemeden sonra bebeğinin gazını çıkardıklarını (%76,5), altını temizleme (%79,4), uygun pozisyonda yatırma (%72,1), idrar ve gaita çıkışını kontrol etme (%62,9), bebeklerinin uyanık olduğu dönemi beklemeden bakım saati geldiğinde ve ihtiyacı olduğunda bakım vermeyi tercih etme (%61,2), kucağa alma (%82,1), dokunma ve elini tutup okşama (%98,2), sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme (%94,7), emzik vermeme (%72,9),

soluk alıp verdiğini kontrol etme (%86,8) ve pırpırlayıp sakinleştirme (%93,5), elini yüzünü silme (%40,9) ve genel durumundaki bozulmanın farkına varma (%53,2) ile bebeklerinin bakımına katıldıklarının gözlemlendiği,

- Annelerin çoğunun YYBÜ’de buldukları süre içinde bebeklerinin giysilerini değiştirme (%92,4), girişim öncesi, sırası ve sonrasında kucağa alma (%67,1), banyo yaptırma ya da banyo yaptırmaya yardım etme (%96,5), ağız bakımı (%91,5), yara bakımı (%98,2) ve kanguru bakımı yapma (%98,5) ile bebeklerinin bakımına katılmadıklarının gözlemlendiği,
- Annelerin bebeklerinin bakımına katılma konusunda YYBÜ’de çalışan daha çok ebe ve hemşirelerden destek aldıkları (%91,8) ve destek almak istedikleri (%64,7),
- Annelerin Durumluluk Kaygı Envanteri puan ortalamasının ($43,60 \pm 11,06$) olduğu, annelerin yaş, eğitim durumu, mesleği, aile tipi, eşinin yaşı/eğitimi, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, bebeği isteme durumu, doğum şekli, bebeğin kilosu ve diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması durumunun durumluluk kaygı puanını etkilemediği, fakat gebelik haftasının durumluluk kaygı puanını etkilediği,
- Annelerin Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamasının ($40,01 \pm 9,20$) olduğu, annelerin yaşı, eğitimi, mesleği, aile tipi, eşinin yaşı/eğitimi ve obstetrik özelliklerinin sürekli kaygı puanını etkilemediği, fakat gelir durumlarının ve sağlık güvencesi olma durumlarının sürekli kaygı puanını etkilediği,
- Annelerin Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği puan ortalamasının ($6,85 \pm 1,25$) olduğu, sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin bebek bakım becerileri alt ölçeği puanını etkilemediği,
- Annelerin Sorun Çözme Süreci Ölçeği puan ortalamasının $173,84 \pm 32,19$ olduğu, annelerin gebeliğin planlı olma durumunun, bebeği isteme durumunun, doğum şeklinin, gebelik haftasının, bebeğin kilosunun ve diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığın olma durumunun ve sosyo-demografik özelliklerinin sorun çözme süreci ölçeği puanını

etkilemediği, sadece yaşayan çocuk sayılarının sorun çözme süreci ölçeği puanını etkilediği,

- Annelerin Bakıma Katılma Gözlem puan ortalamasının $11,15 \pm 3,66$ olduğu, annelerin sağlık güvencesi olma durumunun, gebelik haftasının ve bebeğin kilosunun bakıma katılma gözlem puanını etkilediği, ancak yaş, eğitim, meslek, gelir durumu, aile tipi, eşin yaşı ve eğitimi, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, bebeği isteme durumu, doğum şekli ve diğer çocuklarında erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalığının olması durumunun etkilemediği.
- Bebeğinin bakımına aktif ve etkin bir şekilde katılan annelerin durumluluk ve süreklilik kaygı düzeylerinin azaldığı, bebeğinin bakımı ile ilgili sorun çözme becerilerinin daha yüksek olduğu ve bakım becerilerinde başarılı oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır.

5.2. Öneriler

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada, başlıca annelerin bakıma katılmalarının durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini azalttığı, bebek bakımı ile ilgili sorun çözme ve bakım becerilerini artırdığı sonucuna dayalı olarak,

- Annelere sürekli ve kapsamlı eğitim, danışmanlık ve destekleyici bakım hizmetleri sağlanarak onların bebeklerinin bakımına katılımının artırılması,
- Sağlık çalışanlarının hizmet sunumu sırasında, annelerin bebeklerinin bakımına katılmalarını etkileyen sağlık güvencesi bulunma, gebelik haftası ve bebeğin doğum kilosu durumlarını göz önünde bulundurmaları,

- Örgün ebelik ve hemşirelik eğitimlerinde ve hizmet içi eğitim programlarında sağlık çalışanlarının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan annelerin bakıma katılmalarının önemi, geliştirilmesi ve nasıl geliştirilebileceği, annelerin bakıma katılmaları sağlanarak durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerinin azaltılabileceği ve bebek bakımı ile ilgili sorun çözme ve bakım becerilerini artırılabilen konularına yer verilmesi,
- Hastane ve klinik yöneticilerin annelerin bebeklerinin bakımına katılımını destekleyecek ve geliştirecek biçimde fiziksel ortamı düzenlemeleri ve personel desteği sağlamaları,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan annelerin bebeklerinin bakımına katılımı ile ilgili deneysel ve kalitatif araştırmaların yapılması, bu çalışmanın sınırlılıklarını bertaraf edebilecek ve araştırma sonuçlarını destekleyebilecek gözlemsel çalışmaların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Çakmak E. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri İle İlişkisi

Amaç: Araştırmanın amacı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisini incelemektir

Yöntem: Araştırma, Temmuz 2013 ve Haziran 2015 tarihleri arasında, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Denizli Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde bebeği yatan 340 anne ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri anneler ve bebekleri ile ilgili Bilgi Formu, Bakıma Katılma Gözlem Formu, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, t-testi, varyans, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması $27,65 \pm 5,64$ (aralık: 18-47)'dür. Annelerin %35,6'sının ilkokul mezunu, %73,8'sinin ev hanımı olduğu, %84,1'inin çekirdek ailede yaşadığı ve %7,4'ünün sağlık güvencesinin bulunmadığı görülmüştür. Annelerin ziyaret saatleri ve bakım saatleri dahil olmak üzere bebeklerini günde ortalama $6,28 \pm 2,43$ (aralık 1-20) kez gördükleri ve çok sayıda temel bakımlarına katıldıkları belirlenmiştir. Annelerin Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri Puanları ile Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği, Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği ve Bakıma Katılma Gözlem Formu puanları arasında negatif, Sorun Çözme Süreci Alt Ölçeği ile Bebek Bakım Becerileri Alt Ölçeği ve Bakıma Katılma Gözlem Formu puanları arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bebeklerinin bakımına katılmalarının annelerinin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini azalttığı, bebek bakım becerilerini ve bebek bakımına ilişkin problem çözme becerilerini arttırdığı tespit edilmiştir. Annelerin bebeklerinin bakımına katılmalarının artırılması ile anne sağlığı, bebek bakım ve sorun çözme becerileri ile bebeğin büyüme-gelişme ve iyileşme sürecine katkı sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Bebek bakımı, ebelik/hemşirelik bakımı, kaygı, problem çözme becerileri, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, yüksek riskli yenidoğan

ABSTRACT

Çakmak E. The relationship between the anxiety level of mothers of hospitalized infants in Neonatal Care Unit, their involving in the care and their skill of solving care problems

Aim: The aim of the study was to examine the relationship between the anxiety level of mothers of hospitalized infants in Neonatal Care Unit, their involving in the care and their skill of solving care problems.

Method: The study carried out with 340 mothers of hospitalized infants in Pamukkale University Child Surgery Neonatal Intensive Care Unit and Denizli State Hospital Neonatal Intensive Care Unit as identifying. Data were collected with information form of mothers and babies, observation form of involving in care and Persistence Anxiety Scale and evaluation form of problem solving skill. Data was analyzed with T-test, variance, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and correlation analysis.

Results: The average age of the mothers in the study is $27,65 \pm 5,64$ (range: 18-47). It was found out that 35,6% of the mothers are primary school graduates, that 73,8% are housewives, that 84,1% live in nucleus families, and that 7,4% lack medical insurance. It was established that the mothers met their babies $6,28 \pm 2,43$ (range 1-20) times a day on average, including visiting hours and care hours, and that they took part in a good number of basic caring activities. There was a negative correlation between the mothers' points for State-Trait Anxiety Inventory and Problem-Solving Skills Subscale, Baby Care Skills Subscale, and Observation Form for Participation in Care, and that there was a positive correlation between the mothers' points for Problem-Solving Skills Subscale and Caring Skills Subscale, and Observation Form for Participation in Care.

Conclusion: The study revealed that the mothers' participation in care of their babies hospitalized in newborn intensive care unit reduce their state-trait anxiety levels and boosted their baby caring skills and their problem-solving skills concerning their baby care skills. While encouraging the mothers to participate in caring of their babies can positively contribute to maternal health and baby care, their problem-solving skills might make a significant contribution to the baby's growth and development and recovery process.

Keywords: Infant care, midwifery/care, anxiety, problem-solving skills, neonatal intensive care unit, high-risk newborns

KAYNAKLAR

Aagaard H, Hall EOC. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing* 2008;23(3):26-35.

Abdelmuktader AM, Abd Elhamed KA. Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: A structured verbal questionnaire. *BMC Medical Ethics* 2012;13(14):1-5.

Aigbovbiosa M, Çakan MA, Ütük B. Down sendromlu çocukların ebeveynlerinde aile yükü değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 25(1):1-67.

Akadlı Ergöçmen B, Çavlin A, Abbasoğlu Özgören A. Üreme Sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

Akdolun Balkaya N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002;6(2):42-49.

Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001;5(2):25-35.

Altuğ Özsoy S, Özkahraman Ş, Çallı F. Zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Aile ve Toplum* 2006;3(9):69-77.

Altundağ Dünder S, Bayat M, Erdem E. Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;20(2):137-142.

Antar S, Özen Ş, Özbulut Ö. İşitme engelli çocukların anne-babalarında aile işlev biçimleri ve kaygı düzeyleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2001;5(1-4):22-26.

Arıkan D, Kahrıman İ. Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;5(1):60-67.

Aydemir N. BEAH sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.2007.

Aydın O, Deveci A, Esen Danacı A. Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir? Üroonkoloji Bülteni 2012;11(4):311-315.

Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(1):683-695.

Aykanat Girgin B, Balcı S. Fiziksel engelli çocuk ve ailesinin evde bakım gereksinimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(2):305-317.

Ayyıldız Kuzlu T, Kalıncı N, Köse Topan A. Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2011;6(16):1-17.

Back AT, Emery G. Semptomlar ve anlamları. In: Veysel Ö. Anksiyete bozuklukları ve fobiler bilişsel bir bakış açısı. İstanbul: Litera yayıncılık;2006.p.65-87.

Bahçivancıoğlu Yazıcı A, Akçin N. Çoklu yetersizliği olan çocukların annelerinin çocuklarının gelişimlerine ilişkin görüşlerinin betimlenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD) 2014;15(2):335-356.

Balcı S. Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2006.

Ballantyne M, Benzies KM, Trute B. Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth* 2013;13(1):1-10.

Başbakkal Z, Sönmez S, Şen N, Esenay FI. 3-6 yaş grubu çocukların hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkileri konusunda verilen eğitimin annelerin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi. *Anadolu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(4):59-65.

Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005;14:54-58.

Bekdaş M, Bilir Göksüğü S, Küçükbayrak B, Ekici A. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 2013;40(3):384-390.

Benzies KM, Magill-Evans JE, Hayden KA, Ballantyne M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013;13(1):1-15.

Bialoskurski M. The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. *JPNN* 1999;13(1):66-77.

Bialoskurski MM, Cox CL, Wiggins RD. The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *Journal of Advanced Nursing* 2002;37(1):62-69.

Board R, Ryan-Wenger N. Stressors and stres symptoms of mothers with children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing* 2003;18(3):195-202.

Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009;16(1):11-24.

Carpenito-Moyet LJ, R.N, M.S.N, CRNP. Ankiyete. In:Erdemir F. (Eds). *Hemşirelik tanıları el kitabı*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2005.p.30-36.

Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90:109-113.

Christopher SE, Bauman KE, Veness-Meehan K. Perceived stress, social support and affectionate behaviors of adolescent mothers with infants in neonatal intensive care. *Journal of Pediatric Health care* 2000;14(6):288-293.

Cleveland LM. Parenting in the neonatal intensive care unit. *JOGNN* 2008;37(6):666-691.

Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009;10(1): 213- 227.

Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç Taşcıoğlu G, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(1):31-43.

Çavlin A, Yüksel Kaptanoğlu İ, Türkyılmaz AS. Kadınların Temel Özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

Çelebioğlu A, Polat S. Hiperbilirubinemi nedeniyle hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyi, etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2008;11(2):47-54.

Çırlak A, Erdemir F. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16(2):73-81.

Demirbilek M. Zihinsel engelli bireylerin ve ailelerinin gereksinimleri. *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care* 2013;7(3):58-64.

Derebent E, Yiğit R. Yenidoğanda ağrı: değerlendirme yöntemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10(2):41-48.

Doğan M. İşitme engelli çocuğu olan ve olmayan ana-babaların stres, depresyon ve sürekli kaygıbelirtileri yönünden incelenmesi. *International Journal of Early Childhood Special Education* 2010;2(3):231-246.

Dudek-Shriber L. Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *American Journal of Occupational Therapy* 2004;58(5):509-520.

Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing* 2006;35(1):87-97.

Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J* 2011;28:385-393.

Dusing SC, Van Drew CM, Brown SE. Instituting parent education practices in the neonatal intensive care unit: an administrative case report of practice evaluation and statewide action. *Physical Therapy* 2012;92(7):967-975.

Eras Z, Atay G, Durgut Şakrucu E, Bingöler EB, Dilmen U. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2013;47(3):97-103.

Erdem Ö. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin duygu durumlarının incelenmesi. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, Türkiye.2009.

Erdeve Ö. Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. Gülhane Tıp Dergisi 2009;51(3):199-203.

Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51(2):104-109.

Erdim L, Bozkurt G, İnal S. Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarını araştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2006;9(3):36-43.

Erdoğan B. Evde bakım hizmeti alan özürlü bireye sahip ailelerin sosyo-ekonomik durumlarının incelenerek, umutsuzluk ve yaşam doyumu düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Türkiye. 2013.

Ergin D, Şen N, Eryılmaz N, Pekuslu S, Kayacı M. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(1):41-48.

Erkuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. The Journal of Reproductive Medicine 2004;49(11):908-914.

Ersoy Ö, Çürük N. Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. Aile ve Toplum 2009;5(17):104-110.

Eryurt MA, Koç İ, Abbasoğlu Özgören A. Doğurganlık tercihleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

Evans T, Whittingham K, Boyd R. What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behavior and Development* 2012;35:1-11.

Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:810-816.

Fowlie PW, McHaffie H. Supporting parents in the neonatal unit. *BMJ* 2004;329:1336-1338.

Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Reports / Technology Assessments* 2005;119:1-8.

Genlik Ö. Yas süreci ve yas sürecindeki kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2012.

Glazebrook C, Marlow N, Israel C, Croudace T, Johnson S, White LR, Whitelaw A. Randomised trial of a parenting intervention during neonatal intensive care. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007;92:438-443.

Gökçedağ A, Baydın SŞ, Lal BT, Alataş İ, Öztüregen E. Spina bifida tanısı alan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma becerileri. *Jinekolojik Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi* 2012;4(2):74-79.

Guillaume S, Michelin N, Amrani E, Benier B, Durrmeyer X, Lescure S, Bony C, Danan C, Baund O, Jerreau PH, Zana-Taieb E, Caeymaex L. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth* 2013;13(18):1-9.

Gund A, Sjöqvist A, Wigert H, Hentz E, Lindecrantz K, Bry K. A randomized controlled study about the use of e-Health in the home health care of premature infants. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2013;13(22):1-11.

Guralnick, M.J., Hammond, M.A., Neville, B. ve Connor, R.T. The relationship between sources and functions of social support and dimensions of child- and parent-related stress. *Journal of Intellectual Disability Research* 2008;52(12):1138–1154.

Güdücü Tüfekci F, Yıldız A. Kırsal alandaki annelerin sağlıklı bebeklerinin bakım sorunlarını çözme becerileri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(3):23-27.

Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(2):177-182.

Gürkan A. Bütüncül yaklaşım: yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009;13(1):1-5.

Hala M, Elaine A, Lynn C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education* 2009; 18(3) : 23-29.

Heermann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatric Nursing* 2005;31(3):176-200.

Hodge D, Hoffman CD, Sweeney D. Increased psychopathology in parents of children with autism: genetic liability or burden of caregiving? *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2011;23:227-239.

Hopwood R. The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. *Infant* 2010;6(2):54-58.

Hoşnuter M, Aktunç E, Kargı E, Ünalacak M, Babuççu O, Demircan N, Işıkdemir A. Yarık damak dudak aile rehberi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;9(1): 9-13.

Hotun Şahin N, Oskay Ü. Prematüre bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerde ortaya çıkan stresörler. *Çocuk Dergisi* 2008;8(2):108-113.

International Confederation of Midwives. International Confederation of Midwives: Essential competencies for basic midwifery practice 2010, Revised 2013, <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>. Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2015.

İmseytoğlu D, Yıldız S. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde müzik terapi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012;20(2):160-165.

İşler A. Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi* 2007;15(1):1-6.

Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005;115(4):915-925.

Kaçan Softa H. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2013;21(2):589-600.

Kara S, Tan S, Aldemir S, Yılmaz AE, Tatlı MM, Dilmen U. Investigation of perceived social support in mothers of infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *Hippokratia* 2013;17(2):130-135.

Karaaslan T. Çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin iki-üç yaş döneminde gelişimsel durumlarının ve gelişimlerini etkileyen etmenlerin araştırılması. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2008.

Karabekiroğlu K. Engelli çocuk ebeveyni olmak, <http://www.ozelegitimsitesi.com/tavsiyeler/engelli-cocuk-ebeveyni-olmak.html#more-3017>. Erişim Tarihi: 22.05.2015.

Karataş Z. Evde bakım hizmetleri sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rize, Türkiye. 2011.

Karpat D, Girli A. Yaygın gelişimsel bozukluk tanılı çocukların anne-babalarının yas tepkilerinin, evlilik uyumlarının ve sosyal destek algılarının incelenmesi. Özel Eğitim Dergisi 2012;13(2):69-85.

Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(1):188-200.

Kaytez N, Durualp E, Kadan G. Engelli çocuğu olan ailelerin gereksinimlerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2015;4(1):197-214.

Keleş ÖD. Kuvözden Dünyaya: Erken doğan bebeğin el kitapçığı, 2011. www.elbebekgulbebek.org Erişim Tarihi: 04. 05. 2015

Kingston D, Tough S, Whitfield H. Parental and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic Review. Child Psychiatry Human Development 2012;43(5):683-714.

Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian Cultures: A literature review. International Journal of Nursing Studies 2009;46(10):1355-1373.

Koç İ, Türkyılmaz AS, Adalı T. Doğurganlık. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

Koç İ, Yüksel Kaptanoğlu İ ve Eryur MA. Bebek ve çocuk ölümlülüğü. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(2):16-22.

Köksal G, Kabasakal Z. Zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerin yaşamlarında algıladıkları stresi yordayan faktörlerin incelenmesi. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 2012;32:71-91.

Kubler RE. Ölüm ve ölmek üzerine. İstanbul: Boyner Yayınları;1997.p.73-78.

Kurnaz E. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2007.

Kurtzer White E, Luterman D. Families and children with hearing loss: Grief and coping. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 2003;9: 232-235.

Küçüköğlü S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;(3)3:291-932.

Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. BMC Pregnancy and Childbirth 2013;13(1):1-10.

Lindberg B. When the baby is premature experiences of parenthood and getting support via videoconferencing. Doctoral Thesis, Luleå University of Technology Department of Health Science, Luleå, Sweden. 2009.

Manav G, Yıldırım F. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2010;32:149-157.

Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences 2009; 29(1): 206-14.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160(3):279-284.

Meyer EC, Coll CT, Seifer R, Ramos A, Killis E, Oh W. Psychological distress in mother of preterm infants. Developmental and Behavioral Pediatrics 1995;16(6):412-417.

Moore KA, Coker K, Du Bussion AB, Swett B, Edwards WH. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. Pediatrics 2003;111:450-460.

Mutlu Turan T, Bolışık B. Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2003;7(1):39-46.

Nicholas AL. An examination of the needs of mothers with infants in the neonatal intensive care unit. Ph.D. dissertation, University of Maryland, College Park. Maryland. United States. 2006.

Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The Parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. The Journal of Perinatal Education 2009;18(3):23-29.

O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, Christie K, Galarza M, Dickiy T, Levin A, Lee SK. Apilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *Biomed Central Pregnancy & Childbirth* 2013; 13(1):1-12.

Oflaz F. Hasta çocuk ve ebeveynlerinin pediatrik yoğun bakım deneyimi ve travmatik stres. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(1):53-59.

Ohaeri JU. The burden of caregiving in families with a mental illness: a rewiev of 2002. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:457-465.

Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:98-105.

Okumuş N. Prematüre ve sorunlarına genel bakış. In: Okumuş N.(Eds). *Hayata prematüre başlayanlar*. Aysun Yayıncılık 2012. p.13- 30.

Öksüz Z. Otistik ve normal çocuk sahibi anne babaların bazı psikiyatrik ve psikolojik özelliklerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2008.

Öner N, Le Compte A. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını. 1983.

Özbek A, Miral S. Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003;46(4):317-327.

Özgör İ. **Engelli çocukların aileleri.** <http://www.gonulerleri.org/?Syf=26&Syz=105359>
Erişim Tarihi: 22. 05. 2015

Öztürk R, Saruhan A. 1-4 aylık prematüre bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013;1:32-47.

Özyazıcıoğlu N, Güdücü Tüfekci F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(4):66-67.

Peterson NL. Early intervention for handicapped and at-risk children. London: Love Publishing Company.1998.

Plant, K.M., ve Sanders, M.R. Predictors of care-giver stress in families of preschoolaged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2007;51(2) 109-124.

Preyde M. Ardal F. Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infantsin a neonatal intensive care unit. *Canadian Medical Association or its licensors* 2003;168(8):969-973.

Pridham KF, Chang AS. What Being the parent of a New Baby is Like: An Instrument For Assessing Perceptions of Parenting New Infants. Unpublished Manuscript, University of Wisconsin Madison, School of Nursing. 1982.

Sarajärvi A, Haapamäki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child’s illness *International Nursing Review* 2006;53(3):205-210.

Savaş Sandalcı F. Özürlü çocuğu olan aileler ve sosyal hizmet mesleği, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ozurluaillesishm.htm>. Erişim Tarihi:22.05.2015.

Schappin R, Wijnroks L, Uniken Venema MMAT, Jongmans MJ. Rethinking stress in parents of preterm infants: A meta-analysis. *Plos One* 2013;8(2):1-16.

Schmücker G, Brisch KH, Kohntop B. The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Ment Health J* 2005;26(5):423-441.

Seidemen RY, Watson MA, Corff KE, Odle P, Haase J, Bowerman JL. Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing* 1997;12(3):169-177.

Seimry L, Edhborg M, Lundh W, Sjögren B. In the shadow of maternal depressed mood: Experiences of parenthood during the first year after childbirth. *J. Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25(1):23-34.

Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Bailey J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very-low-birth-weight infant. *JAMA* 1999;281(9):799-805.

Sivrikaya T, Çifci Tekinarslan İ. Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerde stres, sosyal destek ve aile yükü. *Özel Eğitim Dergisi* 2013;14(2):17-29.

Spear ML, Leef K, Epps S, Locke R. Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol* 2002;19(4):205-13.

Spielberger CD, Gorsuch RC, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologists Press. 1970.

Sola C. Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Türkiye. 2008.

Sola C, Diken H. Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Özel Eğitim Dergisi* 2008; 9(2): 21-36.

Sunal N, Kaynak S. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeyleri. Smyrna Tıp Dergisi 2013;7-12.

Sülü E. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2006.

Şenol S, Ergin D, Bolsoy N. 0-3 aylık bebeği olan annelerin bebek bakım becerilerini etkileyen faktörler. Ege Pediatri Bülteni 2006;13(2):97-104.

Talmi A, Harmon RJ. Relationships between preterm infants and their parents: disruption and development. Zero to Three 2003;24:13-20.

Taş Arslan F, Turgut R. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013;6(3):119-124.

Tazeyurt Y, Savaşer S. Sağlıklı bebeği olan annelerin bebeklerinin bakımı ile ilgili sorunlarında sorun çözme becerilerine sosyo-ekonomik düzeyin etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(2):25-33.

Türk Ebeler Derneği. Ebelik mesleğinin tanımı, çalışma alanları ile görev yetki ve sorumluluklarına ilişkin rapor. 2011. http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=113 Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2015.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bebek Ölümlemlerini İzleme Programı. <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/bebek-ve-cocuk-olumlerionlenmesi/749-bebek-%C3%B6l%C3%BCmlerini-izleme-programa%C4%B1.html>. Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2015.

Tsironi S, Bovaretos N, Tsoumakas K, Giannakopoulou M, Matziou V. Factors affecting parental satisfaction in the neonatal intensive care unit. Journal of Neonatal Nursing 2012;18:183-192.

Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum istatistikleri. 2015; (18621).
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18621> Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2015.

Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle aile. 2014; (16053).
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16053> Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2015.

Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye özürllüer araştırması 2002;
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1017 Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2015.

Türkoğlu N, Yalçınöz Baysal H, Küçükoğlu S. Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2014;3(1):1-8.

Uğuz Ő, Toros F, Yazgan İnanç B, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri 2004;7:42-47.

Uludağ A. Yenidoğan yoğun bakım ünivesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler: Stesle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, Türkiye.2008.

Uludağ A, Ünlüoğlu İ. Yenidoğan yoğun bakım ünivesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler: Stesle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2012; 4(3):19-26.

Utaş Akhan L, Batmaz M. 0-6 yaş grubu çocuğu olan çalışan annelerin çocuk bakımı ile ilgili karşılaştıkları sorunların ve sorun çözme yaklaşımlarının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011;19(3):161-167.

Üzen Peköz A. Edirne ili merkezinde 0-1 yaş arası bebeği olan annelerin anksiyete düzeyleri ve yardım alma davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Türkiye. 2009.

Van Riper M. Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Heart&Lung* 2001;30(1):74-84.

Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing* 2001;27:281-286.

Whirter MCJ, Acar VN. Ergen ve çocukla iletişim. Ankara: US-A yayıncılık; 2000.p. 173.

Whitfield MF. Psychological effects of intensive care on infants and families after discharge. *Semin Neonatal* 2003;8:185-193.

World Health Organization. The global action report on preterm birth, Geneva, 2012, p.1-3. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_too_soon_report.pdf. Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2015.

World Health Organization. Preterm birth. Kasım 2014a. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2015.

World Health Organization. Every newborn an action plan to end preventable deaths. Haziran 2014b. http://www.everynewborn.org/Documents/Executive-summary%20_EN.pdf Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2015.

Wigert H, Dellenmark MB, Bry K. Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BioMed Central Pediatrics* 2013;13(71):1-14.

Wigert H, Johannson R, Berg M, Hellströ AL. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian J Caring Sciences* 2006;20:35-41.

Xu Y, Filler JW. Linking assessment and intervention for developmental/functional outcomes of premature, lowbirth-weight children. *Early Childhood Education Journal* 2005;32(6):383-389.

Yan X, Lu J, Shi S, Wang X, Zhao R, Yan Y, Chen G. Development and psychometric testing of the Chinese postnatal risk factors questionnaire (CPRFQ) for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2015;18:229-237.

Yazıcı S. Annelerin öz bakım gücü, sağlıklı bebeklerinin bakım sorunlarını çözme becerileri ve bu süreçte hemşirenin eğitici rolünün etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 1995.

Yıldırım G. ve Gökyıldız Ş. Sağlıklı bebeğe sahip olamayan ailelerin yaşadığı psikososyal sorunlar. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7(3): 74-81.

Yıldırım Sarı H. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Üniversitesi* 2007 ;11(2):1-6.

Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50:294-298.

Yıldız D, Akbayrak N. Doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2014;56(1):36-41.

Yıldız G. Down sendromu çocuklarda çürük sıklığının değerlendirilmesi. Bitirme Tezi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. 2008.

ÖZGEÇMİŞ

Emine Çakmak 1986 yılında Denizli’de doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini tamamladıktan sonra, 2006 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik bölümüne başlamış, bir yıllık eğitimin ardından yatay geçiş yaparak 2010 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümünden mezun olmuştur. 2010-2011 yılında Denizli Devlet Hastanesi anestezi ve cerrahi yoğun bakım ünitesi ve kadın doğum servisinde çalışmıştır. 06.09.2011 tarihinden itibaren halen Pamukkale Üniversitesi Hastanesi çocuk cerrahi servisi ve yoğun bakım ünitesinde görev yapmaktadır. Araştırmacı 2012 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans eğitim programına başlamış ve 2015’te tamamlamıştır.

TEŞEKKÜR

Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bilgi, destek ve yardımları ile bana yol gösteren ve katkıda bulunan saygıdeğer hocam Sayın Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan, tezime yol gösterici olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM, Doç. Dr. Oya KAVLAK ve Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR'a,

İçerisinde buldukları olumsuz duruma rağmen araştırmaya katılmayı kabul edip, zaman ayıran tüm annelere,

Veri toplama aşamasında yoğun bakım ünitesindeki hasta takibi ve anne oteli kayıtlarını tutarak daha çok anneye ulaşmamı sağlayan kat sekreteri arkadaşım Pınar EKİZ'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca İngilizce bilgisiyle, desteği ve kardeşliğiyle bana yardımcı olan kuzenim Ayşegül ZEYBEKOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen ve gerekli kolaylığı sağlayan başta servis sorumlum Özden KARAHACIOĞLU olmak üzere Pamukkale Üniversitesi Hastanesi çocuk cerrahi ekip arkadaşlarıma ve gözlemleriyle tezime katkı sağlayan Denizli Devlet Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan kıymetli ebe ve hemşire arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca desteğini, güvenini ve yardımlarını esirgemeyen eniştem Mustafa ZEYBEKOĞLU'na,

Tüm hayatım boyunca fedakârlığın en büyüğünü gösteren, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen çok sevdiğim annem Keriman ÇAKMAK, babam Veli ÇAKMAK ve kıymetli kardeşlerim Huriye URKAY ve Kevser ÇAKMAK'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

EKLER

Ek 1. Anneler ve Bebekleri ile İlgili Bilgi Formu

ANNELER VE BEBEKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ FORMU

1. Anket No?.....

2. Kaç Yaşındasınız?.....

3. Eşiniz kaç yaşında?.....

4. Medeni durumunuz nedir?

- () Resmi nikahı var () Dul/Eşi ölmüş
() Resmi nikahı yok () Ayrı yaşıyor
() Dul/Boşanmış

5. Eğitim durumunuz nedir?

- () İlkokul () Lise
() Ortaokul () Üniversite ve üzeri

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- () Okur-yazar değil () İlkokul () Lise
() Okur- yazar () Ortaokul () Üniversite ve üzeri

7. Mesleğiniz nedir?

- () Ev Hanımı () Serbest Meslek
() İşçi () Çiftçi
() Esnaf () Diğer(Lütfen belirtiniz).....
() Emekli
() Memur

8. Eşinizin mesleği nedir?

- () Memur () Esnaf
() Serbest Meslek () Emekli
() Çiftçi () Diğer(Lütfen belirtiniz).....
() İşsiz
() İşçi

9. Sağlık güvenceniz var mı?

- () Hayır () Evet

10. Ailenizin aylık toplam gelirini nasıl algılıyorsunuz?

- () Gelir giderden az
() Gelir gidere denk
() Gelir giderden fazla

11. Eşiniz ve çocuklarınız dışında sizinle yaşayan birileri var mı?

- () Hayır (çekirdek aile) () Evet (geniş aile)

12. Annenin obstetrik Öyküsü:

Gebelik sayısı.....
Canlı doğum sayısı.....
Yaşayan çocuk sayısı.....
Küretaj sayısı.....
Kendiliğinden düşük sayısı.....
Ölü doğum sayısı.....

13. Bu bebeğinize planlayarak mı gebe kaldınız? () Hayır () Evet

14. Bu bebeğinizi istiyor muydunuz? () Hayır () Evet

15. Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlandınız mı? () Hayır () Evet

16. Doğum şekliniz nedir?

() Vajinal Doğum () Sezaryen

17. Doğum sonrası hastanede kalış süreniz kaç gündür? Doğum sonugün

18. Bebeğinizin Cinsiyeti Nedir? () Kız () Erkek

19. Bebeğiniz sizin istediğiniz cinsiyette mi doğdu?

() Hayır () Evet () Fark etmez

20. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu? (gebelik haftası)

21. Bebeğiniz kaç kg ağırlığında doğdu?

22. Bebeğinizin doğum tarihi? (ay ve gün olarak) .../ .../

23. Bebeğinizin yoğun bakım ünitesine kalış süresi ne kadardır?..... gün

24. Bebeğiniz hangi nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı? (Annenin bildiği neden).....

25. Bebeğinizin klinik tanısı nedir? (Bu bilgi bebek dosyasından alınacaktır.)

.....

26. Diğer çocuklarınızda erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya cerrahi müdahale gerektiren bir hastalık öyküsü var mı?

() Hayır () Evet (Yazınız).....

27. Bebeğinizle ilk ne zaman dokundunuz?

() Doğumdandakika/saat sonra doğum salonunda

() Doğumdan saat/gün sonra yenidoğan yoğun bakım ünitesinde

28. Bebeğinizi ne kadar sıklıkta yenidoğan bakım ünitesinde görüyorsunuz?

Günde.....kez

Hafada.....kez

29. Bebeğinizin bakımında hangilerini yaptınız? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- Emzirme/biberonla besleme Dokunma, elini tutma, okşama
- Kilo değişimlerini sorma/araştırma Sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme
- Gazını çıkarma Emzik verme
- Alt temizliğini yapma Girişim öncesi, sırası veya sonrasında kucağa alma
- Uygun pozisyonda yatırma Soluk alıp verdiğini kontrol etme
- İdrar ve gaita çıkışını kontrol etme Pışpışlama, sakinleştirme
- Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme
- Giysilerini giydirme/çıkarma Genel durumdaki bozulmanın farkına varma
- Elini yüzünü silme Kanguru bakımı yapmaya katılma
- Banyo yaptırma veya yardım etme
- Ağız bakımı yapma NG ve OG ile besleme
- Yara bakımı yapma (stoma, cilt travması, gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi)
- Kucağına alma Diğer(belirtiniz).....

30. Bebeğinizin bakımına katılma konusunda kimden destek aldınız? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- Hemşire/ebe Doktor
- Diğer sağlık personeli Eşim
- Annem Diğer(belirtiniz).....

31. Kimden destek almak istersiniz? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)

- Hemşire/ebe Doktor
- Diğer sağlık personeli Eşim
- Annem Diğer(belirtiniz).....

Ek 2. Bakıma Katılma Gözlem Formu

BAKIMA KATILMA GÖZLEM FORMU

Gözlem Tarihi: /.... /.....

Gözlem Saati:

UYGULAMALAR	GÖZLEM	
	EVET / HAYIR	Bebeğin bu bakıma gereksinimi yok
Emzirme/biberonla besleme		
Kilo değişimlerini sorma/araştırma		
Gazını çıkarma		
İdrar ve gaita çıkışını kontrol etme		
Uygun pozisyonda yatırma		
Alt temizliğini yapma		
Giysilerini giydirme/çıkarma		
Elini yüzünü silme		
Banyo yaptırma veya yardım etme		
Ağız bakımı yapma		
Kucağına alma		
Pışpışlama, sakinleştirme		
Dokunma, elini tutma, okşama		
Sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme		
Emzik verme		
Girişim öncesi, sırası veya sonrasında kucağa alma		
Soluk alıp verdiğini kontrol etme		
Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme		
Genel durumdaki bozulmanın farkına varma		
Kanguru bakımı yapmaya katılma		
NG ve OG ile besleme		
Yara bakımı yapma (stoma, cilt travması, gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi)		
DİĞER.....		
Toplam puan		

Gözlem formunda annelerin yaptığı bakım uygulamaları “Evet (+)” ve “Hayır (-)” olarak işaretlenmektedir. **Puanlamada** davranışın sıklığı dikkate alınmaz, (+) işaretlerinin toplam sayısı, toplam ölçek puanını oluşturur. Elde edilebilecek toplam gözlem puanı 0-22 arasında değişmekte ve puanın artması bakıma katılmanın arttığını göstermektedir.

Gözlem yapanın Adı-Soyadı:

Ek 3. Durumluluk Kaygı Envanteri (Stai Form Tx – I)

DURUMLULUK KAYGI ENVANTERİ STAI FORM TX – I

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 3. Sürekli Kaygı Envanteri

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ STAI FORM TX – 2

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

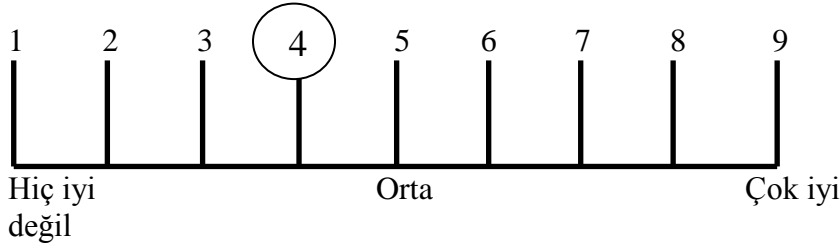
Ek 4. Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu

SORUN ÇÖZME BECERİLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bebeğimin Bakım Sorunları İle İlgilenme Durumum

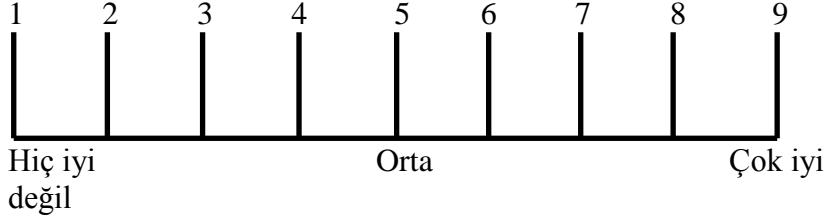
Açıklama: Sevgili anne, biz sizin yenidoğan bebeğinizin bakımıyla ilgili sorunlara nasıl değindiğinizle ilgileniyoruz. Aşağıdaki maddeleri cevaplariken lütfen, geçen hafta (son yedi gün veya daha fazla) bebeğiniz ve onun bakımıyla ilgili sorunlar karşısında kendinizi nasıl hissettiğinizi düşününüz. Aşağıdaki maddelerin her biri için sizin durumunuzu en iyi gösteren numarayı doğru üzerinde **daire** içine alınız

Örnek:

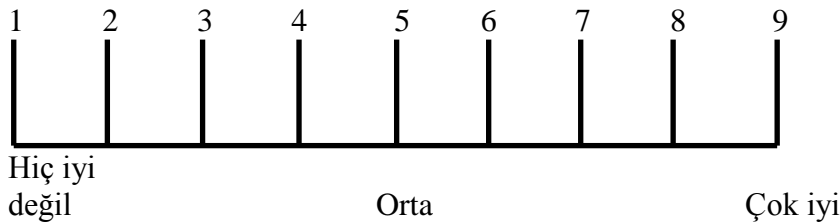


Not: Cevaplamada herhangi bir tereddüdünüz olursa boş bırakmayıp bana sorunuz.

1.a) Yeni bebeğimin bakımı ile ilgili işlerin nasıl gittiği:

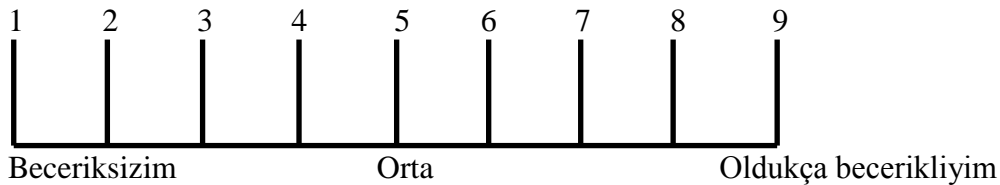


b) Yaşça daha büyük çocuklarımla ilgili işlerin nasıl gittiği:

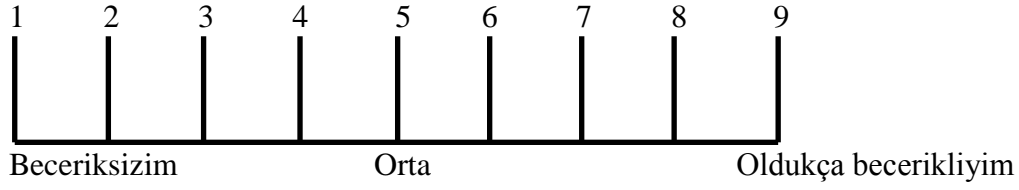


NOT: Daha büyük çocuklara sahip değilseniz cevaplamayınız.

2. Bebeğimin bakımı ile ilgili sorunları çözme becerim:

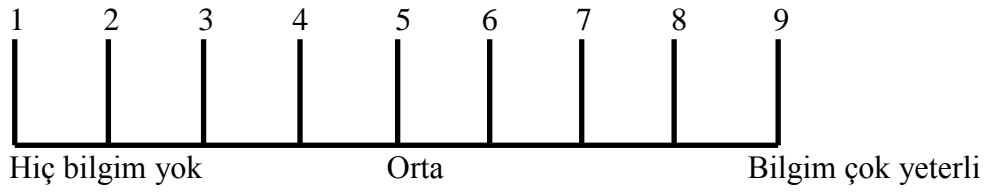


3. Yaşca daha büyük çocuklarımın bakımı ile ilgili sorunları çözme becerim:

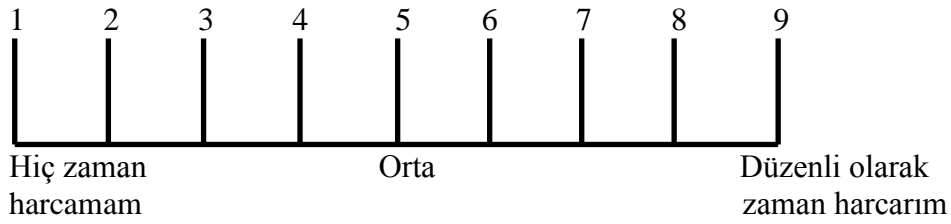


NOT: Daha büyük çocuklara sahip değilseniz cevaplamayınız.

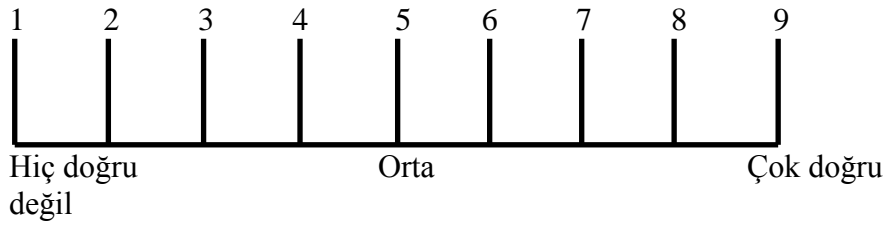
4. Bebek bakımı konusundaki bilgi düzeyim:



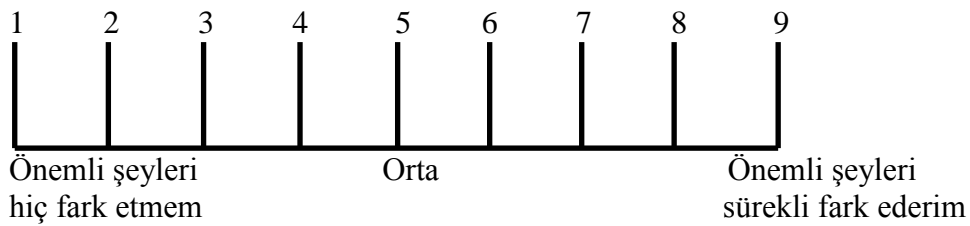
5. Bebeğimin bakımı ile ilgili işleri düşünmeye ve yapmaya harcadığım zaman:



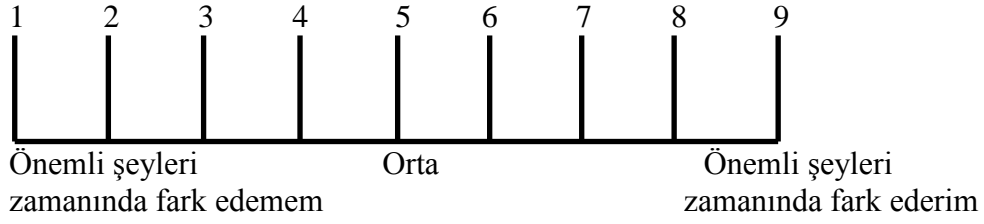
6. Bebeğimle ilgili işlerin nasıl gittiğini fark etmemin doğruluk derecesi:



7. Bebeğim için önemli olabilecek değişiklikleri fark etme sıklığım:

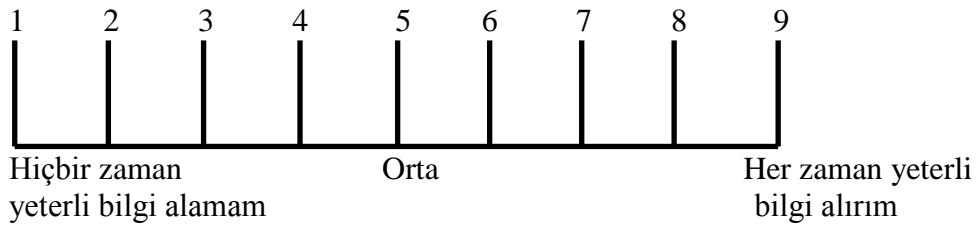


8. Bebeğim için önemli (acil) olabilecek değişikliği en kısa zamanda fark edebilme durumum:

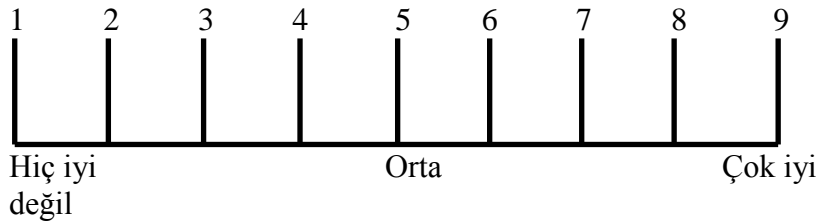


Bebeğim hakkında önemli bir şey fark ettiğimde:

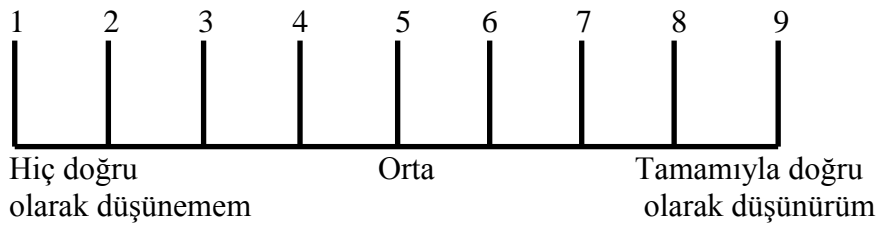
9. Bebeğimin bakımı ile ilgili gerekli bilgileri öğrenme durumum:



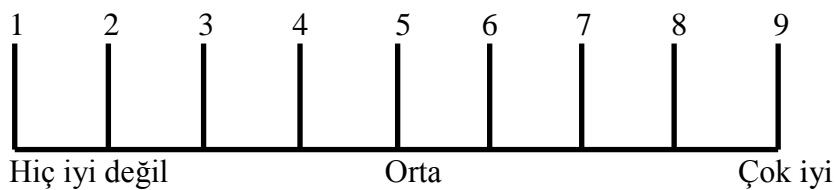
10. Bir şeyin nasıl olduğuna veya niçin geliştiğine yönelik ortaya çıkan fikirlerim:



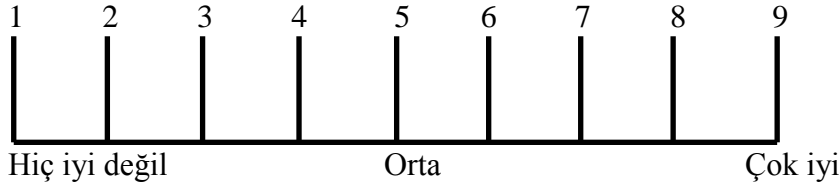
11. Bebeğimin bakımının nasıl olması gerektiğini doğru olarak düşünme derecem:



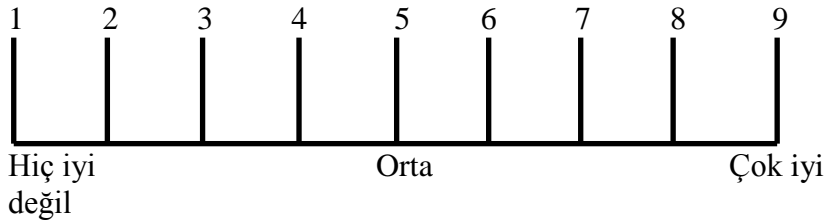
12. Bebeğimin bakımında nelerin gerekli olduğunu öğrenmek için birisinden bilgi almanın yararlı olup olmayacağına karar verme durumum:



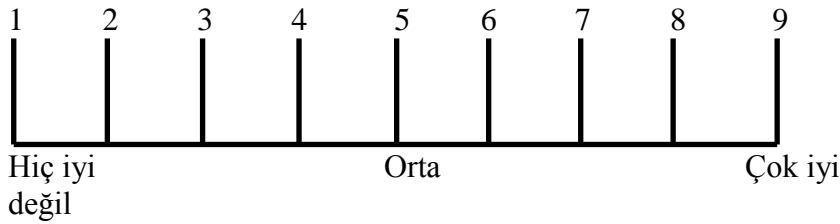
13. Bebeğimin bakımı ile ilgili başkasının verdiği güvenilir bilgilerin ne kadarını bildiğimi değerlendirebilme durumum:



14. Bebeğimin sağlığı ile ilgili önemli bir şey fark ettiğimde, bunun gerçekten ciddi olup olmadığına karar verebilme durumum:

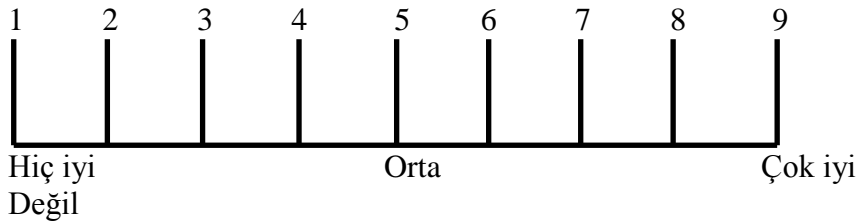


15. Bebeğim ve bakımı ile ilgili farklı bir şey yapıp yapmamaya karar verebilme durumum:

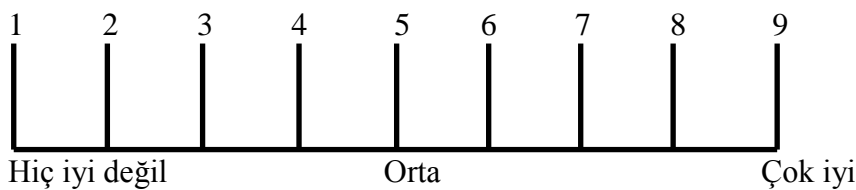


Bebeğim ve bakımı ile ilgili farklı bir şey yapmaya karar verdiğimde:

16. Bir an önce bir şey yapmaya veya yapmamaya karar verebilme durumum:



17. Bebeğimi veya bakımını ilgilendiren bir sorun ve durumla ilgilenebilme durumum:



18. Bir sorunla karşılaştığımda, sorunun çözümünün nasıl olması gerektiğine karar verebilme durumum

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi değil			Orta			Çok iyi		

Bebeğimin ve/veya onun bakımı ile ilgili bir şey yapmam gerektiğine karar verdiğimde:

19. Soruna çözüm getirmekteki başarım:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi değil			Orta			Çok iyi		

20. Sorunu çözmek için daha çok bilgiye ihtiyacım olup olmadığına karar verebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi değil			Orta			Çok iyi		

21. Birisi sorunu çözmeye yardım etmek için bilgi verdiğinde, o bilginin doğru olup olmadığına karar verebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi değil			Orta			Çok iyi		

22. Bir sorun ya da konu ile ilgilendiğimde bu konuyu planlama ve Programlama (organize edebilme) durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç iyi değil			Orta			Çok iyi		

23. Bir karar verdiğimde ya da plan yaptığımda, bu plan ya da kararı emin olarak yürütebilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

24. Bebeğimin bakım sorununu çözerken, çözümlerin uygun olup olmadığına karar verme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

25. Bebeğimin bakımı ile ilgili planlarımı uygulamadaki başarı durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç başarılı değilim Orta Çok başarılıyım

Bebeğim ve/veya onun bakımı ile ilgili bir sorun ya da konuyu çözmeye veya uğraşmaya başladığımda:

26. Gerçekten bir şey (sorun) olup olmadığını anlama derecem:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

27. Bebek ve / veya bebeğimin bakımı ile ilgili bir sorun ya da konu ile uğraşma durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Çok kötü Orta Çok iyi

28. Bir şeyler iyi gittiğinde neden iyi gittiğini iyi gitmediğinde de neden iyi gitmediğini anlayabilme durumum:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Çok kötü Orta Çok iyi

Ek 6. Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi

DENİZLİ İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Emine ÇAKMAK arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

Denizli Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma

Katılmasının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ile İlişkisi "

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Emine ÇAKMAK

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Denizli İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma hayyuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği personellerinden de yararlanılacaksa ayrıca Kamu Hastaneler Birliğinden onay alınacaktır.
- Çalışma yayımlanmaz haline getirilmeden önce Genel Sekreterliğin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplam sağlık açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitaplık halinde Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve v maddelerini yerine getirmedeği takdirde kurumumuza ait veriler yayımlanmaz vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözlü ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilemeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütülmesi kurumlarımızda..... 6 ay..... Süre ile çalışmasını yitilecektir.
- Başlangıç 15.01.2014 Bitiş 15.07.2014
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda uyulabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aylıklık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler ayrı olacaktır. Sadece çalışmaya katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olacaktır, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kurum kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle uddi merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Denizli İlimdeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve

uzunlu mülkeydelerini okudum ve kabul ettim.

09/01/2014
Emine ÇAKMAK

OLUR
22/01/2014
Op. Dr. Osman ACAR
Genel Sekreter

09/01/2014
Dr. Mustafa NALBANT
İdari Hizmetler Başkanı

Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Tel : 0258-264 49 05 /1509
Faks : 0258-264 49 03

Bilgi için: Uzm. U. TAŞ ÇİFTBAŞI
e-posta: itaiftasi@denizlikk.hsgb.gov.tr

**Ek 7. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü
İzin Belgesi**



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 55124556-663/087
Konu : Emine ÇAKMAK Araştırma İzin Belgesi

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İşgi : 54/03/2014 tarihli, 1421 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine ÇAKMAK'ın "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekte Yatım Anamnezinin Belirleme Kriterlerinin Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ile İlişkisi" konulu tez çalışmasını yapma amacı hastanemiz Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başkendiği ile uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Uğur KOLUKSUZ
Merkez Müdürü

[Handwritten signatures and notes]
12.05.2016
504
5269
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık İşleri
[Signature]

[Handwritten signatures]

Gelen Bilgi	
Tarih	18.05.2016
Sayı	5515
İzlenim	500

Esaska Sağlık İletişim İçin: iletisim@pau.edu.tr / www.pau.edu.tr

Tel: 0 (258) 3
Faks:

Tel: 0 (258) 2
Elektronik Posta: iletisim@pau.edu.tr

Yapısal Bilgi İçin: iletisim@pau.edu.tr

Yönetim Kurulu Başkanı



Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisini incelemektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için; Yoğun bakım ünitesinde yatan 0-2 aylık bebeğinizin olması, en az ilköğretim birinci kademe (ilkokul 5. sınıf) mezunu olmanız, yoğun bakımda yatan bebeğinize bakım vermeye başladıktan sonra en az 24 saat geçmiş olması, Türkçe konuşup anlayabilmeniz, yoğun bakım ünitesindeki bebeğinizin bakımına (emzirme, alt değiştirme, kucaklama, duygusal destek içeren sevgi sözcükleri söyleme vb.) katılabilmemiz, bebeğinizin 1. ve 2. düzey yoğun bakımda yatıyor olması, ruhsal hastalık tanısı almamış olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada gerekli bilgilerin toplanması için formlar kullanılacaktır. Hazırlanan formlarda, sizin ve bebeğiniz ile ilgili bilgi formu, bakıma katıldığınızı gözlemleyen ebe/hemşirenin dolduracağı gözlem formu, durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleriniz ile sorun çözme becerilerinizi sorgulayan sorular yer almaktadır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak size sorulan bütün soruları cevaplamak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 340'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre maksimum 30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar ile anne bebek ilişkisinin erken dönemde başlatılması sonucu bebeğin büyüme ve gelişme sürecine katkı sağlaması beklenmektedir.

Ayrıca bebeğiniz ile erken dönemde birlikte olmanız ve bakımına katılmanız sizin de kaygı ve endişelerinizin azalmasına katkıda bulunması düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada kişisel bilgileriniz, bebeğiniz ile ilgili bilgileriniz ve bebeğinizin bakımına katılma durumunuz ile ilgili sorular sorulacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir risk bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma kapsamında size sorulan soruları içtenlikle yanıtlamanız gerekmektedir. Sorulara yeterli cevap vermediğiniz durumda çalışmadan çıkarılabilirsiniz.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma esnasında çıkabilecek sorunlar noktasında sorumluluk Doçent Doktor Zekiye Karaçam'a aittir. Uygulama süresi boyunca, karşılaşılabileceğinizi herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05322004655 no.lu telefonda Dr. Zekiye Karaçam'a ve 05426996891 numaralı telefonda yardımcı araştırmacı Emine Çakmak iletişime geçebilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Bu çalışma, sizin 30 dakikalık bir zamanınızı alacaktır. Çalışmanın size ve sağlık sigortanıza herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		
VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI

ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 9. Prof. Dr. Necla ÖNER'in toplumumuza uyarlamış olduğu Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'ni kullanabilmek için onay

Sayın Öner,

Ben Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezim için "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Bulunan Ebeveynlerin Bakım Katılımında Kaygı Düzeyleri Ve Bakım Sorunları Üzerine Becerileri ile İlişkisi" isimli çalışmayı yapmayı planlıyorum. Bu çalışmada sizin Türkiye'ye uyarladığımız Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Formunu kullanabilmem için

gereğini arz ederim.

Eğer uygun görürseniz, lütfen aşağıdaki bilgileri izleyerek belgeyi imzalayarak geri döndürebilirsiniz.




Emine Çakmak



Telefon: 0942 699 68 91

E-posta: eminecakmak86@hotmail.com

Fax: 0258 211 58 82

Saygılarımla,
Tezinizde Durumluluk ve Sürekli
Kaygı Ölçeğini kullanabildik için,


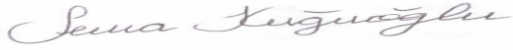
**Ek 10. Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU'nun toplumumuza uyarlamış olduğu Sorun
Çözme Becerileri Değerlendirme Formunu kullanabilmek için onay**

27/04/2014

Sayın Çakmak,

“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Bulunan Ebeveynlerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri Ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri İle İlişkisi” isimli yüksek lisans tez çalışmanızda Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formunu kullanmanız uygun görölmektedir.

Bilgilerinize rica olunur.



Prof.Dr.Sema Kuguoglu, LPN, RN, MSc.,PhD.

Staff Nurse

Boro Park Center

Rehabilitation & Healthcare

Brooklyn, NY 11219

skuguoglu@gmail.com

Ek 11. Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından Araştırma Sonuç Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-225
Konu : Çalışmanız hk.

16.06/2015
AYDIN

Sayın, Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ ASYO/Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.06.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 13 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefatı KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 13

Protokol No : 2013/308
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ ASYO/ Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 16.01.2014 tarihinde şartlı onay verilen; Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisi" konulu sonuç raporu hakkındaki 09.06.2015 tarihli dilekçesi görüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Ayrıca kurum izin belgesi ile ADÜBAP başvurusu bütçe onayının (hizmet sözleşmesinin) alınarak dosyaya konulduğu görülmüş olup, şartı kaldırılmıştır.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr