T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZİ

AİLE MERKEZLİ BAKIM PROGRAMININ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN PRETERM BEBEKLER VE ANNELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

MELİHA EKEN KEYSAN

DANIŞMAN
DOÇ. DR. SEDA ÇAĞLAR

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2021

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 15.09.2021 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Serap BALCI
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

MELİHA EKEN KEYSAN

İTHAF

“Aileme ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, eğitimim süresince desteğini her zaman hissettiğim tez danışman hocam Doç. Dr. Seda Çağlar'a,

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Suzan Yıldız başta olmak üzere, anabilim dalımızın değerli hocaları Prof. Dr. Duygu Gözen'e, Doç. Dr. Serap Balcı'ya, Doç Dr. Birsen Mutlu'ya,

Veri toplama sürecimde yardım ve katkılarını esirgemeyen Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Neonatoloji kliniği hemşirelerine,

Yüksek lisans eğitimim süresince başaramayacağımı hissettiğim, vazgeçmeyi düşündüğüm her anda sabırla beni teşvik eden motivasyon kaynağım canım eşim Mehmet Keysan'a,

Sevgi ve desteklerini her zaman hissettiren sevgili anneme, babama, abime ve yengeme içtenlikle teşekkürlerimi sunuyorum.

MELİHA EKEN KEYSAN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Yenidoğan Döneminin Tanımı ve Sınıflandırılması 4
2.2. Neonatal Ölüm Hızları ve Nedenleri 5
2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımı ve Sınıflandırılması 7
2.3.1. 1. Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 8
2.3.2. 2. Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 9
2.3.3. 3. Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 10
2.3.4. 4. Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 11
2.4. Yenidoğan Döneminde Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım 12
2.5. Yenidoğan Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım 13
2.5.1. Aile Merkezli Bakımın Tarihçesi 15
2.5.2. Aile Merkezli Bakımın İlkeleri 16
2.5.3.Aile Merkezli Bakım Yaklaşımında Hemşirenin Rolü 17
2.5.4. Aile Merkezli Bakım Yaklaşımında Yenidoğan Hemşiresinin Rolü 18
2.6. Anne - Bebek Bağlanma Süreci 19
2.7. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri 21
2.8. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelere Yönelik Eğitimin Önemi 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM 23

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 23
3.2. Araştırma Hipotezleri.....23
3.3. Araştırmanın Değişkenleri 24
3.4. Araştırma Yeri ve Zamanı 24
3.5. Araştırma Evren ve Örneklemi 25
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....25
3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....26
3.7. Veri Toplama Süreci 26
3.7.1. Standart Bakım Programı (Kontrol Grubu) 26
3.7.2. Aile Merkezli Bakım Programı (Deney Grubu) 27
3.8. Veri Toplama Araçları 29
3.8.1. Veri Toplama Formu (Ek 1).....29
3.8.2. Anne Bebek Bağlanma Ölçeği-ABBÖ (Mother to Infant Bonding Scale-MIBS) (Ek 2).....29
3.8.3. Aile Merkezli Bakım Ölçeği-AMBÖ (Family Centered Care Scale-FCCS) (Ek 3) 30
3.8.4. Anne-Baba Stres Ölçeği: YYBÜ-ABSÖ (Parental Stress Scale: NICU- PSS: NICU) (Ek 4) 31
3.8.5. Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory-STAI) (Ek 5).....31
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 32
3.10. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....33
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri 33
3.12. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler ve Sınırlılıklar 33
4. BULGULAR.....35
5. TARTIŞMA 46
KAYNAKLAR 60
HAM VERİLER 72
FORMLAR 73
PATENT HAKKI İZNİ 112
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....113
ÖZGEÇMİŞ 114

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Gestasyon Haftasına Göre Preterm Bebeklerin Sınıflandırılması..... 4
Tablo 2-2: Doğum Ağırlıklarına Göre Preterm Bebeklerin Sınıflandırılması..... 5
Tablo 4-1: Annelerin ve Pretermlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)..... 36
Tablo 4-2: Pretermlerin Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=40)..... 37
Tablo 4-3: Gruplar Arası Kilo Alımı ve Hastanede Kalış Süresi Arasındaki İlişki Analizi.....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Tablo 4-4: Annelerin Stres Düzeylerinin Zamana Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)..... 39
Tablo 4-5: Anne- Bebek Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)..... 40
Tablo 4-6: Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)..... 42
Tablo 4-7: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)..... 44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Yenidoğanda Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakımın Temel Bileşenleri Modeli (Coughlin ve ark. 2009). 12
Şekil 2-2: LEARN Modeli (Berlin ve Fowkes 1983) 18
Şekil 3-1. LEARN Modeli doğrultusunda yapılandırılan Aile Merkezli Bakım Programı 28
Şekil 3-2-2: Araştırma Deseni 34

Grafik 2-1: 5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Nedenleri ve Oranları (WHO 2018) 5
Grafik 2-2: 1000 Canlı Doğumda Neonatal Ölüm Hızlarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2019. (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019)..... 6
Grafik 4-1: Gruplar arası pretermlerin klinik özelliklerinin karşılaştırılması..... 38
Grafik 4-2: Gruplar arası anne-bebek bağlanmasındaki değişim 41
Grafik 4-3. Gruplar arası durumluk kaygı faktörü arasındaki değişim..... 42
Grafik 4-4. Gruplar arası süreklilik kaygı faktörü arasındaki değişim 43
Grafik 4-5: Gruplar arası önemlilik faktöründeki değişim 44
Grafik 4-6: Gruplar arası tutarlılık faktöründeki değişim..... 45

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AAP: Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics)

AMB: Aile Merkezli Bakım

DSÖ**:** Dünya Sağlık Örgütü

IPFCC: Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü (Instute for Patient and Family Centered Care)

NIDCAP: Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakımı (Newborn Individualized Developmental Care and Assesment Program)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

Eken Keysan, M. (2021). Aile Merkezli Bakım Programının Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Preterm Bebekler ve Anneleri Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde Mayıs 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında 37 gestasyon haftasından küçük ve doğum kilosu 2500 gramın altında olan toplam 40 preterm ve annelerinin dahil edildiği araştırma (Aile merkezli bakım programı grubu=20, standart bakım grubu=20), Aile merkezli bakım (AMB) programının bebeklerin kilo alımı, hastanede kalış süresi, tam enteral beslenmeye geçiş süresi, mekanik ventilatörde kalış süresi; annelerin stres, kaygı, bağlanma ve aile merkezli bakım memnuniyeti üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel tasarım tipinde gerçekleştirildi. Veri toplama aracı olarak; Veri Toplama Formu, Anne-Baba Stres Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve , Aile Merkezli Bakım Ölçeği kullanıldı.

Sonuç olarak; pretermlerin ve annelerin tanıtıcı özellikleri gruplar arasında benzerdi ($p>0,05$). AMB programı uygulanan pretermlerin hastanede kalış ve mekanik ventilatörde kalış süresinin daha kısa olduğu ($p<0,05$), kilo alımı ve tam enteral beslenmeye geçiş süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$). AMB programı uygulanan annelerin stres ve kaygı düzeylerinin daha düşük ($p<0,05$) bağlanma ve aile merkezli bakım memnuniyeti puanlarının ise daha yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hasta ve aile merkezli bakım, preterm, çocuk hemşireliği, stres, bağlanma

ABSTRACT

Eken Keysan, M. (2021). The Effect of Family-Centered Care Program on Preterm Infants and Mothers in Newborn Intensive Care Unit. Istanbul University-Cerrahpasa Institute of Graduate Studies, Department of Pediatric Nursing. Master's Thesis. Istanbul.

The study that included a total of 40 preterm mothers with less than 37 weeks of gestation and a birth weight of less than 2500 grams between May 2019 and May 2020 in the neonatal intensive care unit of a training and research hospital in Istanbul (Family-centered care program group=20, standard care group= 20), weight gain of infants, length of hospital stay, transition time to full enteral feeding, duration of stay on mechanical ventilator of family-centered care (AMB) program; The study was conducted in a randomized controlled experimental design type to determine the effect of mothers on stress, anxiety, attachment and family-centered care satisfaction. As a data collection tool; Data Collection Form, Parental Stress Scale (PSS: NICU), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Mother-Infant Attachment Scale (MIBS), Family-Centered Care Scale (FCCS) were used.

As a result; Descriptive characteristics of preterms and mothers were similar between groups ($p>0.05$). The hospital stay and the duration of mechanical ventilation were shorter in preterms who underwent FCC program ($p<0.05$), and there was no significant difference between the groups in terms of weight gain and transition to full enteral nutrition ($p>0.05$). It was determined that the stress and anxiety levels of the mothers who had the FCC program were lower ($p<0.05$), and the bonding and family-centered care satisfaction scores were higher ($p<0.05$).

Keywords: Patient and family-centered care, preterm, pediatric nursing, stress, bonding

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 15 milyon bebek 37. gestasyonel haftasını doldurmadan erken doğmaktadır. Erken doğum ile ilişkili nedenler beş yaş altı ölüm nedenleri arasında en üst sırada yer almaktadır. Her yıl yaklaşık 1 milyon bebek, prematürite ve prematüriteliğin sebep olduğu komplikasyonlar nedeni ile ölmektedir (WHO 2018).

Preterm bebeklerin büyük çoğunluğu tedavi ve bakım amacıyla yenidoğan yoğun bakım ünitelerine (YYBÜ) kabul edilmektedir. YYBÜ çevre koşulları nedeni ile yenidoğanlar için fazla gürültülü, ışıklı ve rahatsız edici bir ortamdır. Bu süreçte bebek ve ailenin ayrı kalması da diğer bir stres kaynağıdır (Matmaan 2020). Preterm ve hasta bir yenidoğanın doğumu ebeveynler üzerinde korku, stres, çaresizlik, travma sonrası stres bozukluğu da dahil olmak üzere birçok yıkıcı etkiye yol açabilmektedir (Maree ve Downes 2016). Yaşanan stres, ebeveynlerin bebekleriyle etkili iletişime geçmelerine engel olmanın yanında, özellikle annenin duygusal zorluklar yaşamasına yol açmakta ve bu durum uzun dönemde anne ve bebeğin sağlığına olumsuz yansımaktadır (Voos ve ark 2011; Ioino ve ark 2016).

YYBÜ ortamında bebek ve ailenin ayrı kalması, hastalık stresi, ölüm kaygısı, yüksek teknoloji ortamı ve bebeğe birincil bakım verenlerin sağlık çalışanları olması bağlanmayı engelleyen faktörlerdendir (Maree ve ark. 2017). Bağlanma teorilerinin yenidoğanların büyümesi üzerindeki etkisi, sağlık otoriteleri tarafından yeni politikaların geliştirilmesine yol açmış ve bu da sağlık profesyonellerinin yenidoğanların bakım planlarına aileleri dahil etme konusundaki tutumunu değiştirmiştir (Ramezani ve ark 2014). Bu doğrultuda "aile merkezli bakım (AMB), sağlık hizmeti sağlayıcısı-hasta-ebeveyn ilişkisini güçlendirmeyi, hastaların/ebeveynlerin sağlık bakımı deneyimini geliştirmeyi, hastaların/ebeveynlerin streslerini azaltmayı ve tıbbi karar verme sürecini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır" (Voos ve ark 2011). Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü (Instute of Parent and Family Centered Care -IPFCC), AMB'yi "sağlık profesyonelleri, hastalar ve aileler arasındaki ortaklıklara dayalı olarak sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve değerlendirilmesine yönelik bir yaklaşım" olarak tanımlamaktadır (IPFCC 2018).

YYBÜ'nde bebeği yatan aileler; bu süreçte sağlık profesyonellerinden açık, eksiksiz bilgi almak, bebeğin yatışından taburculuğuna kadar olan süreçte evde bakıma uyum sağlamak amacıyla duygusal ve sosyal olarak desteklenmek, ebeveynlik rollerini ve sorumluluklarını hissetmek bunun yanında bebeğin bakımında karar verici ve katılımcı pozisyonda olmak istemektedirler (Balcı ve Yıldırım Balkan 2019). Ailelerin gereksinimleri ile birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım yaklaşımının uygulanması aile, bebek ve sağlık profesyoneli açısından bu zorlu sürece uyumu arttırmakta, bebeğin sağlık durumu ve yatış süresi üzerine de olumlu etkiler göstermektedir (Yu ve ark. 2017). AMB uygulamalarının preterm bebeklerin hastanede kalış süresini azalttığı, anne-bebek bağlanmasını arttırdığı, annenin doyumunu arttırdığı ve stresini azalttığı bildirilmektedir (Sarin ve Maria 2019). AMB uygulamalarının bebeğin beslenme ve kilo alımı üzerinde de olumlu etkileri olduğu bildirmektedir (Yu ve ark. 2017).

Literatürde hastane ortamında bebeklerin bakımına aktif katılan ebeveyn tutumunun hastane sürecinde ve taburculuk sonrasında neonatal gelişimi desteklediği ve erken taburculuğun hastane enfeksiyonları gelişme riskini de en aza indirdiği bildirilmektedir (Johnson ve ark 2004; Bastani ve ark. 2015). Çakmak (2015)'ın çalışmasında YYBÜ'nde bebeği yatan annelerin, bebeklerinin bakımına katılmalarının annelerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini azalttığı, bebek bakım becerilerini ve bebek bakımına ilişkin problem çözme becerilerini artırdığı ve annelerin çoğunlukla bakım uygulamalarına katıldıkları bildirilmiştir. Russel ve ark. (2014)'nın çalışmasında YYBÜ'nde annelerin bebeklerinin bakımına katılmalarının ve sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim kurabilmelerinin annelerin memnuniyetlerini arttırdığı belirlenmiştir.

Anne-bebek arasındaki ten tene teması devam ettirmek (kanguru bakımı), bebeğin beslenmesinde ve diğer uygulamalarda anne katılımını teşvik etmek ile bebeğin verdiği yanıtları ve tepkileri anlamanın kolaylaşacağı, annelerin güvenlerinin artacağı, hastaneye tekrar yatış oranları ve buna bağlı olarak da yenidoğan ölümlerinin azalacağı düşünülmektedir (Çağlar ve ark. 2019). YYBÜ'ndeki aile merkezli bakım uygulamalarının yararına dair artan kanıtlara rağmen, henüz dünya çapında YYBÜ'de yaygın olarak uygulanmamaktadır (Lv ve ark. 2019). YYBÜ'lerin geleneksel tasarımı, görev merkezli personel tutumları AMB'nin günlük bakım uygulamalarında uygulanmasının önündeki engellerdir. Sağlık profesyonellerinin AMB ilkelerinin

eyleme nasıl çevirileceği konusunda kararsız olabildikleri, işbirlikçi ortaklıkta ebeveynleri nasıl destekleyeceklerini veya ortaklık beklentilerinin ne olduğunu bilmiyor olabilecekleri bildirilmektedir. Çünkü YYBÜ'ler geleneksel olarak ebeveynlere kapalı ortamlardır. Birçok YYBÜ hemşiresi hemşirelik uygulamalarında hala deneyime ve geleneğe güvenmekte, görev odaklı sorumluluktan aile odaklı sorumluluğa geçişte zorlanmaktadır (Toivonen ve ark. 2019).

AMB uygulamalarının olumlu sonuçlarını gösteren kanıtların, sağlık profesyonellerini AMB uygulamalarına yönelik değişime daha fazla teşvik edeceği ve AMB uygulamalarını yaygınlaştıracağı düşünülmektedir. Tüm bu bilgiler doğrultusunda araştırmanın amacı; aile merkezli bakım programının preterm bebeklerin hastanede kalış süresi, kilo alımı, tam enteral beslenmeye geçiş süresi, mekanik ventilatörde kalış süresi, anne-bebek bağlanma düzeyi, anne memnuniyeti ve annelerin kaygı/ anksiyete düzeyleri üzerine etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yenidoğan Döneminin Tanımı ve Sınıflandırılması

Yenidoğan dönemi/neonatal dönem; 40 hafta süren gebelik döneminin ardından doğumdan sonraki ilk 28 günü kapsayan döneme denilmektedir. Erken **neonatal dönem** doğumdan sonraki ilk 7 günü, geç **neonatal dönem ise** doğumdan sonraki 8-28. günleri kapsar (WHO 2018). Neonatal dönem yaşamın en hassas ve en dinamik dönemidir. Sağlık açısından riskli olan bu dönemde, bebek fizyolojik ve psikolojik olarak dış ortama adapte olmaya çalışmaktadır (Balcı ve Yıldırım Balkan 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 37. gestasyon haftasını doldurmadan canlı doğan bebekleri "preterm" olarak tanımlamaktadır. Preterm bebekler gebelik yaşına (gestasyon haftası) ve doğum ağırlıklarına göre sınıflandırılmaktadır (Tablo 2-1) (Tablo 2-2) (WHO 2018);

Tablo 2-1: Gestasyon Haftasına Göre Preterm Bebeklerin Sınıflandırılması

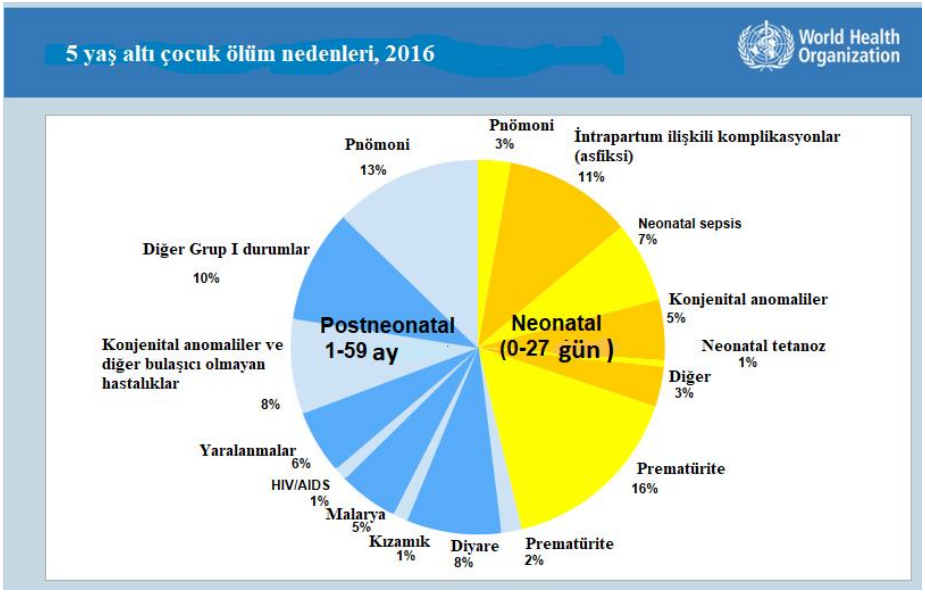
Gestaston Haftasına Göre Preterm Bebeklerin Sınıflandırılması	
İleri Derecede Preterm (Extremely preterm)	28. haftadan önce doğan bebekler
Orta Dereceli Preterm (Very preterm)	28-32. haftalar arasında doğan bebekler
Geç Preterm (Moderate to late preterm)	32-37. haftalar arasında doğan bebekler

Tablo 2-2: Doğum Ağırlıklarına Göre Preterm Bebeklerin Sınıflandırılması

Doğum Ağırlıklarına Göre Preterm Bebeklerin Sınıflandırılması	
Düşük Doğum Ağırlığı (DDA) (Low Birth Weight)	<2500 gram
Çok Düşük Doğum Ağırlığı (ÇDDA) (Very Low Birth Weight)	<1500 gram
Aşırı Düşük Doğum Ağırlığı (ADDA) (Extremely Low Birth Weight)	<1000 gram

2.2. Neonatal Ölüm Hızları ve Nedenleri

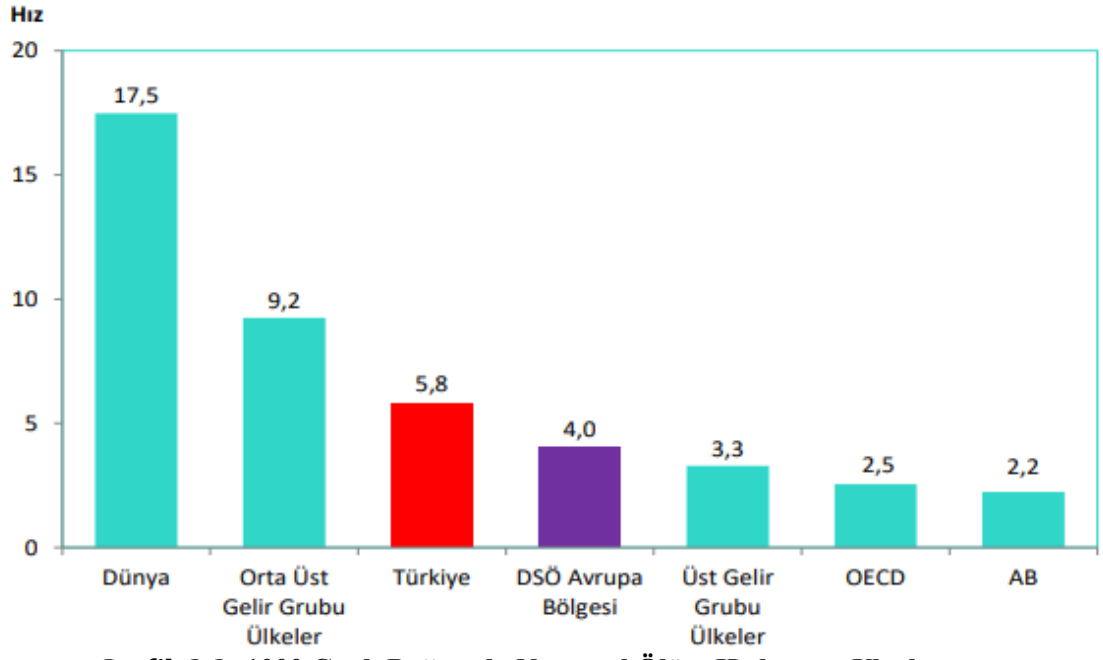
DSÖ verilerine göre, her yıl yaklaşık 15 milyon bebek erken doğmakta ve bu sayı her geçen yıl artmaktadır. Preterm doğum komplikasyonları sebebi ile her yıl yaklaşık 1 milyon bebek ölmektedir. Küresel olarak, preterm doğum 5 yaş altı çocuk ölüm nedenleri arasında önde gelmektedir. Dünyada erken doğum, 5 yaş altı çocuk ölüm nedenlerinin %16'sını oluşturarak ilk sırayı almaktadır, Türkiye'de ise bu oran %25'dir (WHO 2018) (Grafik 2-1).



Grafik 2-1: 5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Nedenleri ve Oranları (WHO 2018)

Düşük gelirli ülkelerde preterm bebekler sıcaklık, emzirme desteği, temel bakım uygulamalarının eksikliği ve enfeksiyon gibi nedenlerle ölmektedir. Düşük gelirli ülkelerde erken doğum oranı %12 iken, bu oran yüksek gelirli ülkelerde %9'dur. Ülkeler içinde yoksul aileler erken doğum açısından daha fazla risk altındadır (WHO 2018).

Erken doğum küresel bir problem olmasına karşın, erken doğumların %60'ı Afrika ve Güney Asya'da gerçekleşmektedir. Preterm doğum oranı en yüksek olan ülkeler arasında Hindistan, Çin, Nijerya, Pakistan ve Amerika Birleşik Devletleri yer almakta ve bu da erken doğumun tüm ortamlarda bir sorun olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, en yüksek erken doğum oranları daha az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmekte ve bu ülkelerde daha yoksul aileler daha yüksek risk altındadır (Lincetto ve Banerjee 2020).



Grafik 2-2: 1000 Canlı Doğumda Neonatal Ölüm Hızlarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2019. (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019).

Neonatal ölüm hızı bir ülkenin gelişmişlik seviyesini, sağlık sistemi seviyesini belirleyen göstergelerden biridir. Dünyada neonatal ölüm hızı 1000 canlı doğumda 17,5 iken ülkemizde bu oran 1000 canlı doğumda 5,8'dir (Grafik 2-2) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 ölüm istatistikleri verilerine göre; Türkiye'de ölen bebeklerin içinde bir ayını tamamlayamadan ölenlerin oranı 2018'de %65,1 iken 2019'da bu oran %63,3 olmuştur. Ölen bebeklerin %12, 3'ü yaşamının ilk gününde, %29, 6'sı 1-6. günlerde, %21,7'si ise 7-29. günlerde hayatını kaybetmektedir (TÜİK 2019).

Tüm bu veriler doğrultusunda ülkelerin gelişmişlik seviyesini belirleyen göstergelerden biri olan neonatal ölüm hızının azaltılması, yaşam kalitesinin arttırılabilmesi için öncelikli olarak doğum öncesi bakımın sağlanarak erken doğumların önüne geçilmesi hedeflenmeli, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin organizasyonu, yenidoğanın transportu, yenidoğan kliniği alt yapı standartlarının bir sistem doğrultusunda yapılandırılması gerekmektedir.

2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımı ve Sınıflandırılması

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri, yüksek teknolojik donanımların kullanıldığı, sürekli hemşirelik bakımına ihtiyaç duyulan, komplike, cerrahi ya da ani müdahalelere, mekanik solutmaya gereksinim duyan bebeklerin tedavi ve bakım aldığı özellikli birimlerdir (Merey ve Şentepe Lokmanoğlu 2019). YYBÜ'nün sesli, ışıklı, dinamik, stabil olmayan, teknolojik yapısı ailelerde kaygı ve stres kaynağı olmaktadır (Yayan, Özdemir, Düken, Suna Dağ 2019).

Amerikan Pediatri Akademisi-APA (American Academy of Pediatrics-AAP) ve T.C. Sağlık Bakanlığı önerileri doğrultusunda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin organizasyonu aşağıda sıralanmıştır;

- Bebeklerin, ailelerin ve çalışanların tıbbi, gelişimsel, eğitimsel, duygusal ihtiyaçlarını kapsayan stratejilerle biçimlendirilmeli,
- Giriş çıkışların kolay sağlanabildiği, doğum odası ve perinatal bakımın verildiği servislerin yakınına ve geniş bir alana konumlandırılmalı,
- Aile-bebek ilişkisi, cihazların geçişi, çalışanların hareket alanı göz önünde bulundurularak tasarlanmalı ve kuvözler yönetmeliğe uygun ölçülerde ünite içinde konumlandırılmalı,
- Kuvöz aralarında birinci düzeyde 60 cm, ikinci düzeyde 90 cm, üçüncü ve dördüncü düzeyde 120 cm mesafe olmalı ve ısı kaybını engellemek amacıyla kuvözler pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta olmalı,

- Her kuvöz başında kesintisiz güç kaynağına bağlı elektrik, gaz, mekanik donanım bulunmalı,
- Ailenin üniteye kabülü ve danışman alanı bulunmalı,
- El yıkama alanları bulunmalı,
- Depolama odası, çamaşır odası, kirli malzeme odası, aile-bebek odası, personel odası vb. gibi genel destek alanları oluşturulmalı,
- Anne sütü ve emzirmenin desteklenmesi amacıyla uygun koltukları ve el yıkama alanı olan, sağlık çalışanı ile kolaylıkla iletişim kurma imkanı sağlayan, içinde süt sağmak ve saklamak için uygun ekipmanın bulunduğu bir oda düzenlenmeli,
- Ünitede prosedürlere uygun düzeyde ışıklandırma sağlanmalı (her hasta başı maksimum 600 lux),
- Ses ve gürültü kontrolü sağlanmalı ve takip edilmeli (saatte 50-55 dB, maksimum 70 dB aşmamalı),
- Isı, sıcaklık, havalandırma prosedüre uygun aralıkta olmalı ve takip edilmelidir (22-26^{o}C, nem %30-%60)" (AAP 2017; Sağlık Bakanlığı 2017).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin düzenlenmesi ülkeden ülkeye değişiklik göstermekte ve her ülkenin kendi standartlarına göre oluşturulmaktadır. Yenidoğan servislerinin düzenlenmesi, toplumdaki doğurganlık hızı, yıllık nüfus artışı, hasta yenidoğanın özellikleri ve neonatal perinatal mortalite oranlarına göre; I, II, III ve IV düzey veya I, II, IIIA, IIIB, IIIC olarak yapılmaktadır (Yıldız 2008). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından bu düzeyler 1. Seviye, 2. Seviye, 3. Seviye, 4. Seviye (4A Seviye, 4B Seviye) olarak sınıflandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2020).

2.3.1. 1. Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

1. Seviye yenidoğan yoğun bakım üniteleri, vücut ağırlığı 2500 gramın üzerinde olan, yenidoğan sağlığı açısından risk grubundaki yenidoğanların takip ve tedavilerinin sağlandığı, en az dört adet kuvöz veya radyant ısıtıcılı servo kontrollü açık yatakların bulunduğu birimlerdir" (Sağlık Bakanlığı 2020).

1. Seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde;

- Vücut ısısını koruyamayan,
- Geç pretermlik, yarık damak/dudak, maternal ilaç etkisi veya doğum sonrası annede tıbbi sorun nedeni ile emerek beslenmede güçlük yaşayan,
- Hipoglisemisi enteral beslenme ile düzelmeyen,
- 24 saatten daha kısa süreli parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan,
- Fototerapi gereksinimi öngörülen,
- 24 saate kadar serbest akış oksijen desteği verilmesi ve solunum sıkıntısının monitör veya pulseoksimetre ile takip edilmesi gereken,
- Üst seviyedeki yenidoğan yoğun bakım ünitesine nakli yapılana kadar takip ve tedavi gerektiren yenidoğanlara hizmet vermektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1. Seviye yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hemşire/hasta oranı günün her saatinde her altı bebek için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru şeklinde önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2020).

2.3.2. 2. Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

2. seviye yenidoğan yoğun bakım üniteleri, 1. Seviyeye ek olarak vücut ağırlığı 1500-2500 gram arasındaki yenidoğanlara tıbbi tedavi verilen, en az dört kuvöz veya radyant ısıtıcılı servo açık yatakların bulunduğu, en az bir adet temas izolasyonu odasına sahip birimlerdir.

2. seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde 1. seviyeye ek olarak,

- Devamlı solunum veya kalp hızı takibi gerektiren,
- 24 saatten fazla oksijen tedavisi alan (noninvaziv ventilasyon, oksijen blender, hood vb.),
- Vücut ağırlığı 2500 gramın üzerinde olup santral venöz katater vb. minör girişim uygulanan,
- Vücut ağırlığı 1500 gramın üzerinde olup tam veya parsiyel kan değişimi uygulanan,
- Medikal veya girişimsel aritmi tedavisi alan,

- İki veya daha fazla organ yetmezliği bulunmayan,
- Sepsis, menenjit, TORCH enfeksiyonları, idrar yolu, cilt vb. enfeksiyonları, metabolik, hematolojik, kardiyak, renal, gastrointestinal (Evre III-IV Nekrotizan Enterokolit hariç), endokrin vb. diğer sistem hastalıkları veya konjenital anomalisi olan,
- Üst seviye yenidoğan yoğun bakım ünitesine nakli yapılana kadar takip tedavi gerektiren yenidoğanlara hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı 2020). II. düzey bakım solunum desteği tedavisi verebilme kapasitesine göre IIA, IIB şeklinde de sınıflandırılabilmektedir (Altundağ ve ark. 2011). Fakat ülkemizde böyle bir sınıflandırma mevcut değildir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2. Seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde hasta/hemşire oranı günün her saatinde her beş bebeğe en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru olacak şekilde önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2020).

2.3.3. 3. Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

3. seviye yenidoğan yoğun bakım ünitesi 2. seviyeye ek olarak daha ileri yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin verildiği, sürekli yaşam desteğinin sağlandığı, en az dört adet kuvöz veya radyant ısıtıcılı servo kontrollü yatakların bulunduğu, her yirmi yatağa kadar bir izolasyon odasına ve her dört yatak için bir invaziv mekanik ventilatöre sahip birimlerdir (Sağlık Bakanlığı 2020). 3. seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin uluslararası düzenlemelerde eşdeğeri olan 3. düzey yoğun bakımlar, 28. gebelik haftasından önce doğan, doğumda 1000 gramın altında olan veya gebelik yaşı ne olursa olsun tıbbi veya cerrahi koşulları olan bebeklerin bakım aldığı üniteler olarak planlanmaktadır (AAP 2012).

3. seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde 2. seviyeye ek olarak;

- İnvaziv veya non-invaziv mekanik ventilasyona ihtiyacı olsun veya olmasın 1500 gramın altında olan,
- İki veya daha fazla organ yetmezliği olan,
- 1500-2500 gram arasında olup santral venöz katater vb. minör girişim uygulanan,
- Periton diyalizi veya hemofiltrasyon uygulanan,

- Hipotermi tedavisi uygulanan,
- Toraks tüpü takılan,
- Üst seviye yoğun bakım ünitesine nakli yapılana kadar takip ve tedavi gerektiren yenidoğanlara hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı 2020).

Sağlık Bakanlığı tarafından 3. Seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde hasta/hemşire oranı günün her saatinde her dört bebeğe en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru olacak şekilde önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2020).

2.3.4. 4. Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

4. Seviye yenidoğan yoğun bakım üniteleri 3. Seviyeye ek olarak daha ileri yoğun bakım hizmetlerinin verildiği, majör cerrahi tedavi gerektiren yenidoğanların tedavilerinin yapıldığı, en az on adet kuvöz veya radyant ısıtıcılı servo açık yatakların bulunduğu, her onbeş yatağa kadar bir izolasyon odasına sahip birimlerdir. IV. Seviye yenidoğan yoğun bakım üniteleri 4A ve 4B olarak iki düzeyde yapılandırılmaktadır" (Sağlık Bakanlığı 2020).

4A Seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde 3. Seviyeye ek olarak;

- Gebelik haftası veyaz vücut ağırlığı ne olursa olsun major cerrahi uygulanan, (bu grup hasta entübe ise 4. seviye entübe değil ise 3. seviye kabul edilir)
- İnhale nitrik oksit tedavisi alan,
- EEG izlemi yapılan yenidoğanlara hizmet vermektedir.

4B seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde 4A seviyeye ek olarak;

- ECMO tedavisi yapılan,
- Vitrektomi tedavisi yapılan,
- Kompleks doğumsal kalp hastalıkları, girişimsel ve cerrahi işlem yapılan yenidoğanlara hizmet vermektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından "4A ve 4B seviye yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde hasta/hemşire oranı günün her saatinde her üç bebeğe en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru olacak şekilde önerilmektedir" (Sağlık Bakanlığı 2020).

2.4. Yenidoğanda Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım

YYBÜ'lerinde uygulanan Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Yaklaşımı (Newborn Individualized Developmental Care and Assesment Program-NIDCAP), preterm bebeğin davranış ipuçlarını okumaya yardımcı olan, bebeğin güçlü yönlerini artıran, geliştiren, bebeği duyarlılık ve kırılganlık alanlarında destekleyen bir bakım planının formüle edilmesine dayanan destek ve bakım için bireyselleştirilmiş bir gelişimsel yaklaşımdır. Yenidoğan yoğun bakım ortamının ve bu ortamda verilecek bakımın bireysel gereksinimlere göre planlanmasının, bebeğin stresini azaltarak fizyolojik dengesini güçlendireceği ve beyin gelişimini olumlu yönde etkileyeceği savunulmaktadır. NIDCAP ilişkisine dayalı yaklaşımın amacı, en uygun sağlık ve gelişimin ortak olarak gerçekleştirilmesini desteklemek amacıyla, erken doğmuş her bebeğe ve aileye bireyselleştirilmiş, gelişimsel olarak destekleyici, aile merkezli bakım sağlamaktır (Als ve McAnulty 2011; Tutar Güven ve İşler Dalgıç 2017).

Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımın, beş temel bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; iyileştirici çevre, uykunun korunması, ağrı/stresin değerlendirilmesi ve yönetimi, günlük yaşam aktiviteleri ve aile merkezli bakım olarak sıralanmaktadır (Coughlin ve ark. 2009) (Şekil 2-1).



Şekil 2-1: Yenidoğanda Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakımın Temel Bileşenleri Modeli (Coughlin ve ark. 2009).

2.5. Yenidoğan Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım

Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü (Institute for Patient and Family Centered Care-IPFCC) aile merkezli bakımı; "Hasta, aile ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki karşılıklı yarara dayanan bir işbirliği ve ortaklık ile sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesine yönelik bir yaklaşım" olarak tanımlamaktadır (IPFCC 2021). Başka bir tanıma göre Aile Merkezli Bakım (AMB); aile ve hastanın fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal, kültürel ve dini yönlerden ele alındığı bütünleyici bir bakım yaklaşımıdır (Geçkil ve Aldem 2019).

Çocuk, doğumundan itibaren ailenin inançları, tutumları, gelenekleri, değerleri ve uygulamalarından etkilenir (Çövener Özçelik Aktaş 2015). Çocuğun psikolojik, fizyolojik, spritüel, sosyokültürel açıdan sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde birincil ve devamlı bakım verici olan ailenin rolü çok önemlidir. Çeşitli sağlık sorunları sebebiyle aile ve çocuk arasındaki ilişki ve iletişimin kesintiye uğraması çocuğun büyüme ve gelişimini olumsuz şekilde etkilemektedir (Yılmaz ve Gözen 2019). Aile Merkezli Bakım anlayışı; ailenin bu önemli rolünü kabul eden, ebeveyn-çocuk- sağlık profesyoneli arasındaki iletişimi güçlendirme hedefiyle ailenin de bakıma katılımını sağlayan, bunun sonucunda çocuğun hastalık ve hastaneye yatma sürecinde stresini azaltan, hastaneye uyumunu artıran bir bakım felsefesidir (Öztürk ve Ayar 2019).

Aile merkezli bakımda amaç, aile ile çocuğu bir bütün olarak ele almak, çocuk ile aile arasındaki bağın devamlılığını sağlamak, bakımın kalitesini artırmak, aile ile işbirliği yapmak, çocuk ve ailenin genel özellikleri hakkında bilgi almak, çocuk ve ailenin hastalığa ve hastane yatışına yönelik olumsuz tepkilerini en aza indirmek, çocuğun fiziksel, zihinsel, psikolojik potansiyelini en üst düzeye çıkarmaktır (Çövener Özçelik ve Aktaş 2015; Aldem ve Geçkil 2019).

Çocuğu ailesinden ayrı düşünmek mümkün değildir ve çocuğu anlayabilmek için öncelikle aile ile güçlü bir iletişim kurmak gerekmektedir. Çocuğun bakımını planlamada aileyi bu sürece dahil etmek ve sorumluklarını artırmak verilen bakımın kalitesini de artırmaktadır. Ailenin çocuğa bu süreçte sağladığı destek; çocuğun hastalığa, hastaneye, hemşirelik bakımına tepkilerini etkileyen en önemli faktörlerdendir (Çövener Özçelik ve Aktaş 2015).

Literatür incelendiğinde; YYBÜ'de aile merkezli bakım yaklaşımı doğrultusunda bakım ve tedavi alan bebeklerin almayan bebeklere göre yatış sürelerinin

daha kısa olduğu, kilo alımlarının daha fazla olduğu, nörodavranışsal tepkilerinin daha iyi olduğu (Yu ve ark 2017), ailenin bebeğin bakımına katılımı ile yatış sürecinde ve taburculuk sonrasında neonatal gelişimin kolaylaştığı, taburculuk süresinin kısaldığı ve hastane enfeksiyonlarının gelişme riskinin azaldığı bildirilmektedir (Johnson ve ark. 2004; Bastani ve ark. 2015).

YYBÜ'de anne-bebek arasındaki ten tene temasını sürdürmek, bebeğin beslenmesine ve diğer bakımlarına ebeveynleri dahil etmek, ebeveynlerle etkili iletişimi sürdürmek ile bebeklerin verdiği yanıtların ve tepkilerin anlaşılmasının kolaylaştığı, ebeveynlerin güvenlerinin arttığı, hastaneye tekrar başvurma oranlarının ve dolayısıyla yenidoğan ölümlerinin azaldığı bilinmektedir (Bastani ve ark. 2015). Aileye yeni bir bebeğin katılması mutluluk verici bir olay olsa da, aynı zamanda getirdiği sorumluluklar ve gereksinimler ailede kaygı oluşturabilmektedir. Bunun yanında doğum sonrası yoğun bakım ihtiyacının oluşması ailede bu kaygı ve stresi arttırmaktadır (Balcı ve Yıldırım Balkan 2019).

YYBÜ'de bebeği yatan aileler; bu süreçte sağlık profesyonellerinden açık, eksiksiz bilgi almak, bebeğin yatışından taburculuğuna kadar olan süreçte evde bakıma uyum sağlamak amacıyla duygusal ve sosyal olarak desteklenmek, ebeveynlik rollerini ve sorumluluklarını hissetmek bunun yanında bebeğin bakımında karar verici ve katılımcı statüde olmak istemektedirler (Balcı ve Yıldırım Balkan 2019).

Çağlar ve ark. (2019)'nın çalışmasında; YYBÜ'de bebeği yatan annelerin bebeklerinin rutin bakımlarına daha fazla katılmak istedikleri, bazı ağrılı ve komplike tedaviler dışında bebeklerine tedavi verilme esnasında yanlarında olmak istedikleri bildirilmiştir. Konukbay ve Aslan (2011)'ın çalışmasında ailelerin; bebeğinin durumunun belirsizliği, sağlık personelinden yeterli bilgi alamama, bebeklerini istediklerinde görememe, anne-baba rollerini yerine getirememe gibi güçlüklerle karşılaştıklarını bildirmektedir. Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun çalışmasında, bebeği yenidoğan yoğun bakımda yatan annelerin kendi kişisel gereksinimlerini de (dinlenme, uyku, banyo, yemek yeme vb.) karşılayamadıklarını bildirmektedirler.

Ailelerin bu gereksinimleri ile birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakımın uygulanması aile, bebek, sağlık profesyoneli açısından bu zorlu yenidoğan yoğun bakım sürecine uyumu arttırmakta, bebeğin sağlık durumu ve yatış süresi üzerine de olumlu etkiler göstermektedir (Yu ve ark. 2017).

2.5.1. Aile Merkezli Bakımın Tarihçesi

Aile merkezli bakımın temelleri onsekizinci ve ondokuzuncu yüzyıllara kadar dayanmaktadır. Hasta çocukların yetişkinlerden farklı olarak özel bir bakım gereksinimlerinin bilinmesi üzerine, ondokuzuncu yüzyılda dünyanın birçok yerinde çocuk hastaneleri kurulmaya başlanmıştır. İlk başlarda annelerin hasta çocukları ile beraber hastanede kalmalarına izin verilirken, II. Dünya Savaşı ile beraber enfeksiyon hastalıklarının artması, hastanelerde salgınlara karşı önlemler alınmasını zorunlu kılmış ve bunun sonucunda da enfeksiyonun yayılmasını önlemek için ailelerin kalması ve ziyareti yasaklanmıştır. (Joelly ve Shields 2009). Ziyaret edilmesine izin verilen hasta çocuklar için ise süre haftada 30 ile 60 dakika olarak sınırlandırılmıştır (Yılmaz ve Gözen 2019). Bu durum zaman içinde kronik hastalığı sebebiyle uzun süre hastanede kalan çocuklarda psikososyal travma ile sonuçlanmıştır (Harrison 2010).

Yıllarca uygulanan bu geleneksel bakımın çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerini araştıran ve "aile merkezli bakımın babası" olarak anılan Dr. John Bowlby, çocukların ailelerinden uzak kalmalarının sonucunda çocuklarda şiddet davranışlarına eğilim olduğunu bildirmiştir. Yaptığı çalışmalar sonucunda araştırmacı ve film yapımcısı olan James Robertson ile birlikte kapsamlı bir kuram geliştirmişler ve anneden ayrı kalan çocuğun iyileşme sürecinin uzadığını, çocukta stres ve acı yarattığını savunmuşlardır. (Joelly ve Shields 2009; Yılmaz ve Gözen 2019).

Bu gelişmeler ile birlikte 1959 yılında İngiltere'de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Platt Raporu'nda ebeveynlerin ziyaretinin sınırlandırılmaması, annelerin çocukları ile birlikte hastanede kalması, hastane ortamında çocuğun yaşına uygun aktivitelerin sağlanması, çocukların bakım ve tedavisinde rol alacak sağlık personelinin çocuğun duygusal ihtiyaçlarını anlayabilecek yeterlilikte olması ve eğitimlerinin bu doğrultuda planlanması gerektiği vurgulanmıştır (Aykanat ve Gözen 2014).

Çocuğun hastanede yalnız kalmasının olumsuz sonuçlarını ilk kez ortaya koyan araştırmacı pediatri hemşiresi Florence Blake, 1954 yılında yayınladığı kitabında ailelerin çocuğun bakımı ile ilgili karar verme süreçlerine dahil olması gerektiğinden bahsetmiştir (Yılmaz ve Gözen 2019).

Ailelerin çocuklarının bakımına aktif katılımı fikri; 1970 ve 1980'li yıllarda hastanede yatan çocukların duygusal ve gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamayı sağlamış,

1990'lı yıllarda aile merkezli bakım felsefesinin benimsenmesine katkıda bulunmuştur (Joelly ve Shields 2009).

Aile Merkezli Bakım Enstitüsü (Instute for Patient and Family Centered Care) 1992 yılında kurulmuş ve kurulduğu günden itibaren halen sağlık profesyonellerine ve ailelere aile merkezli bakım konusunda bilgi paylaşımına devam etmektedir (Yılmaz ve Gözen 2019).

2.5.2. Aile Merkezli Bakımın İlkeleri

Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü'nün yayınladığı aile merkezli bakımın genel ilkeleri (IPFCC 2021);

"Saygı ve onur (Dignity and Recpect): Sağlık profesyonelleri hasta ve ailesini dinlemeli, düşüncelerine farklılıklarına saygı duymalıdır".

"Bilgi paylaşımı (Information Sharing): Hasta ve ailesi doğru, tarafsız, açık, anlaşılır bilgi almalıdır".

"Bakıma katılım: Hastalar ve aileler, seçtikleri düzeyde bakım ve karar alma süreçlerine katılmaya teşvik edilmeli ve desteklenmelidir".

"İşbirliği (Collaboration): Hasta, ailesi ve sağlık profesyonelleri bakımın planlanmasında, sunulmasında, değerlendirilmesinde işbirliği içinde olmalıdır" şeklindedir.

Amerikan Pediatri Akademisi'nin (American Academy of Pediatrics-AAP) aile merkezli bakımın standardizasyonu için yayınladığı ilkeler (AAP 2012);

1. Çocuk ve ailesine, ailelerin etnik, kültürel, sosyoekonomik ve ırksal özelliklerine, baş etme yöntemlerine saygı duymak,

2. Hizmetlerin her çocuğun ve ailenin gereksinimlerine, inançlarına ve kültürel değerlerine göre uyarlanabilmesi için örgütsel politikalarda, prosedürlerde ve sağlayıcı uygulamalarında esnekliği sağlamak ve bakım yaklaşımları konusunda çocuk ve aile için seçimini kolaylaştırmak,

3. Çocuklarının durumu ile ilgili aileye sürekli ve eksiksiz bilgi vermek, böylece bakım ve karar verme sürecine istedikleri düzeyde etkin şekilde katılmalarını sağlamak,

4. Çocuğun yaşamının her aşamasında çocuk ve aileye resmi ve gayri resmi destek sağlamak,

5. Çocuğun bireysel bakımı, sağlık çalışanlarının eğitimi, politikaların ve programların geliştirilmesi gibi sağlık hizmetinin tüm aşamalarında aileler ile işbirliği yapmak,

6. Çocukların ve ailelerin güçlü yanlarını tanımak ve bunları desteklemek, onları kendi güçlü yanlarını keşfetmeleri, güven kazanmaları ve sağlık hizmetleriyle ilgili seçimler ve kararlar almalarına katılmaları için cesaretlendirmektir.

2.5.3.Aile Merkezli Bakım Yaklaşımında Hemşirenin Rolü

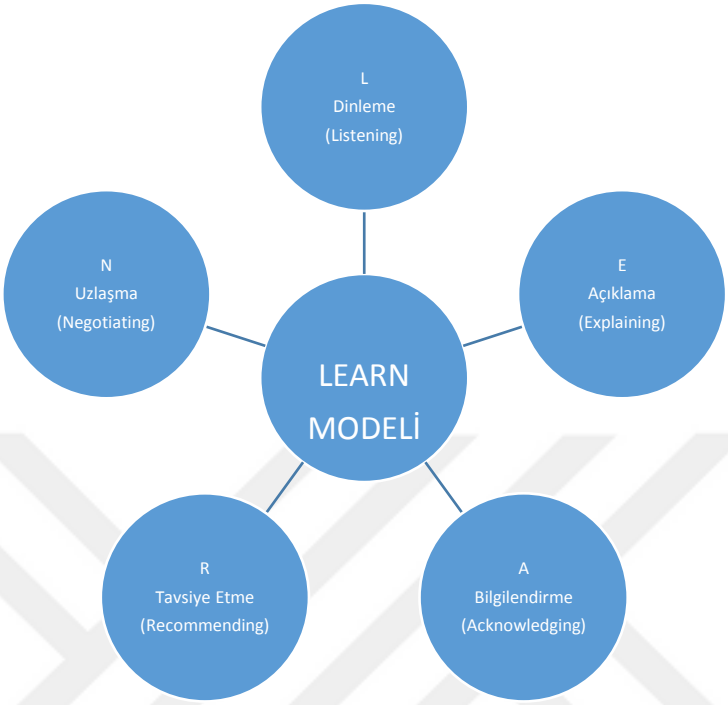
Sağlık profesyonelleri arasında hasta ile daha fazla vakit geçiren ve bakımından birebir sorumlu olan hemşireler, aile merkezli bakım yaklaşımının hem çocuk hem de aile açısından başarılı ve yararlı olabilmesi için kilit roldedirler. Aile merkezli bakım hasta, aile ve hemşire için önemli bir deneyimdir. Hemşireler, bilinen duruma yönelik objektif bir bakış açısıyla bir danışmanlık yaparlar ve ailenin ihtiyaçlarını, önceliklerini belirlemede dikkatle düşünerek kaynaklarla bağlantı kurar, bilgi ve destek sağlarlar (Tobacco 2010). Bu süreçte hemşire, çocuğa verdiği bakım ve desteğin yanında; ailenin de hastalık sürecini algılamasını sağlamalı, hastalıkla baş etmeleri konusunda onlara destek olmalı, ailelerin yaşadıkları olumlu-olumsuz duyguları ifade etmelerine yardımcı olmalı ve fırsat tanımalıdır (Çövener Özçelik ve Aktaş 2015; Yılmaz ve Gözen 2019).

Çocuk için aile, en önemli sosyal destek parçasıdır. Aile merkezli bakım, aileyi odak noktası olarak ele aldığından, hemşire sadece çocuğun değil ailenin ihtiyaçlarını da gözetmelidir. Hemşire, bakımın sürekliliğinin aileye bağlı olduğunu göz önünde bulundurarak ailenin güçlü ve zayıf yönlerini bilmeli, böylece bakımda ailenin etkinliğini geliştirmelidir (Aktaş, Teksöz, Ocakçı 2012).

Aile merkezli bakım yaklaşımı kapsamında hemşirelerin eğitici rolü de bulunmaktadır ve eğitim çocuğun hastaneye yatışından taburculuğuna kadar devam etmelidir. Hemşire, aileye bakım konusunda bilgi ve beceri kazandırdıktan sonra bakımın her aşamasında aileyi izlemeli, bakımın uygunluğunu ve doğruluğunu takip etmelidir (Aktaş, Teksöz, Ocakçı 2012; Aykanat ve Gözen 2014).

Hemşireler, sürekli temas halinde bulundukları aile ve çocuk ile etkili bir iletişim kurabilmek için iletişim tekniklerini bilmeli ve uygulamalıdırlar. Berlin ve Fowkes (1983) tarafından sunulan LEARN modelinin başarılı bir iletişim için

hemşireler-aileler arasında kullanılması gerektiği savunulmaktadır (Berlin ve Fowkes 1983; Öztürk ve Ayar 2014). (Şekil 2-2);



Şekil 2-2: LEARN Modeli (Berlin ve Fowkes 1983)

L dinleme (listening): Dinleme ve ailenin problemi nasıl algıladığını anlamaya çalışma

E açıklama (explaning): Sağlık profesyonellerinin problemi nasıl algıladığını açıklaması

A Bilgilendirme (acknowledging): Ailelerle farklılıkları ve benzerlikleri tartışma ve uyum sağlanılan konuların/olası çatışma konularının belirlenmesi

R tavsiye etme (recommending): Aileye tedavi planı/ bakım planı hakkında öneride bulunma

N uzlaşma (negotiating): Önerilen tedavi planı/bakım planına ilişkin hastanın kültürel değerlerini ve yaşam şeklini düşünerek birlikte uzlaşmaya varma

2.5.4. Aile Merkezli Bakım Yaklaşımında Yenidoğan Hemşiresinin Rolü

Hemşire, aile ve bebeğin tüm durumlarını göz önünde bulundurarak bütüncül bir yaklaşım sergilemelidir. Hemşire, ailenin bebeğin bakımına katılımını teşvik etmeli, eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak aileye yol göstermeli ve desteklemelidir. Savunucu rolü doğrultusunda uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerinin karmaşıklığı

karşısında yalın bir dil kullanmalı, ailenin soru sormasına fırsat vermeli ve dürüst şekilde bilgi vermelidir (Yavaş Çelik 2018).

Bu doğrultuda yenidoğan hemşiresinin rolleri (Davidson ve ark. 2017; Balcı ve Yıldırım Balkan 2019);

- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesi ve bu doğrultuda hastane yönetimi tarafından protokoller oluşturulması,
- Bebeğini ilk ziyareti sırasında aileye daha özenli ve hassas davranılması,
- Ailenin ünite ve işleyişi hakkında bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesi,
- Bebeğinin durumu ile ilgili aileye sürekli olarak açık, anlaşılır, eksiksiz bilgilendirme yapılması ve ailenin soru sormaya teşvik edilmesi,
- Ailenin ziyaretçi konumundan bakıma katılan ve süreçte karar veren konumuna geçirilmesi,
- Aileye psikososyal destek sağlanması ve sürekli görüşülmesi,
- Kötü prognozu olan bebeklerin aileleri ile doğru ve başarılı bir iletişim sağlanabilmesi için uygun iletişim tekniklerinin uygulanması,
- İnvaziv girişimler esnasında isteği doğrultusunda ailenin bebeğinin yanında bulunmasına izin verilmesi,
- Ailenin bebeğin bakımına katılmaları konusunda cesaretlendirilmesi, gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılması ve ailenin bakımı uygulamasına fırsat verilmesi,
- Taburculuk sonrası evde bakımın devamlılığı konusunda ailenin eğitimi,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin bebek ve aileye uygun olarak tasarlanması,
- Ailelerin kültürel, dini, sosyoekonomik farklılıklarına saygı duyup farkında olunması ve tüm bu farklılıklara göre bakım verilmesi şeklinde sıralanabilir.

2.6. Anne - Bebek Bağlanma Süreci

"Bağlanma" insan yaşamı için önemli terimlerden biridir. Anne - bebek ilişkisi üzerinde duran Bowlby bağlanmayı, "iki birey arasındaki güçlü bir bağ" olarak tanımlamıştır. Bowlby ve Ainsworth'un çalışmaları sonucunda geliştirilen bağlanma kuramı, insanların kendileri için önemli olan bireylerle güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin nedenlerini açıklayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım annenin bebeğe bağlanması, bebeğe karşı gösterdiği tepki ve davranışların bebek tarafından nasıl

algılanıp yorumlandığı üzerine odaklanmaktadır. Bebeğin dış dünyaya uyum sağlaması ve ilişkilerinin gelişmesinde bağlanmanın önemi büyüktür. Bebek ve ebeveyn arasında yeterli ve güvenli bir bağlanma sağlanamaması durumunda bebek büyüdükçe fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal ve dil gelişimi açısından yetersizlik yaşayabilmektedir (Çınar ve Köse 2015).

Bağlanma iki taraflı bir ilişkidir. Yenidoğan bebek yaşamını sürdürebilmek için temel gereksimlerinin karşılanmasını sağlayan bir yetişkine ihtiyaç duyar. Kişi bu gereksinimleri karşılarken bir doyum ve mutluluk duyar. Bebeğin ağlaması, gülmesi, emmesi, temasa geçmesi bağlanma göstergeleridir. Karşılıklı bu etkileşimin devam etmesi aradaki bağı güçlendirir, sevgi, güven memnuniyet duygularını arttırır (Köse ve ark. 2013).

Ebeveyn- bebek arasındaki bağlanmayı etkileyen faktörler; anne-baba yaşı, anne-baba eğitimi, doğum sayısı, sosyal destek, postpartum süreçte yaşanan anksiyete ve depresyon, gestasyon yaşı, prenatal eğitim, ultrason ile bebeğin görüntülenmesi, planlı gebelik, doğum şekli, erken ten tene temas, emzirme, bebek masajı ve pretermliktir (Çınar ve Köse 2015).

Anne - bebek etkileşimini olumsuz etkileyen faktörlerden biri olan pretermlik, aile için uzun dönem etkileri olan stresli bir deneyimdir. Bebeğin beklenen doğum tarihinden daha erken doğması, sağlık sorunlarının olması, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı, bebeğin kaybedilme korkusu, bebekle etkileşime girememe ya da bebeği görememe, yeterli bilgilendirme yapılmaması gibi nedenler anne bebek etkileşimini ve bağlanmasını olumsuz etkilemektedir (Öztürk ve Saruhan 2010; Wolke ve ark. 2013; Çınar ve Köse 2015).

Hasta bebek ve annesi arasındaki bu bağlanma hastaneye yatış sebebiyle kesintiye uğrayabilmektedir. Bu bağlanmanın devamlılığını sağlamak, geliştirmek ve kolaylaştırmak aile merkezli bakım felsefesi ile sağlanabilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde anne bebek bağlanmasının gerçekleştirilmesi için; annenin bebeği ile konuşması, bebeğine dokunması, ten tene temasın (kanguru bakımı) sağlanması, mümkün olduğunca annelerin bebekleri ile birlikte olmaları, sağlık profesyonellerinin anneyi cesaretlendirmesi ve bakıma katılımlarının artırılması ile sağlanmalıdır (Öztürk ve Saruhan 2010).

2.7. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri

YYBÜ'de bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin yüksek olması ebeveynlik rolünde zorluklar yaşanmasına yol açmaktadır (Küçükoğlu ve ark. 2014). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin, ışıklı, hareketli, teknolojik, gürültülü, kalabalık olması, ailenin sağlık profesyonelleri arasındaki tıbbi dili anlayamaması ve kendileri için oldukça yabancı bir ortama aniden adapte olmaya çalışmaları bu kaygı ve stresi artırmaktadır. Preterm bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalış süresinin genellikle uzun olması, ailenin özellikle annenin bebeğinin bakımına katılamaması ve kendini izole hissetmesine neden olmaktadır (Gülçek 2015). Bebeğin erken doğması, bebeğinin küçük ve narin görünmesi sebebiyle annenin bebeğinin ölümü ya da sakat kalabileceği korkusu, doğum sonrasında bebeği ile beraber eve gitme hayalinin gerçekleşememesi ve bebeğinden ayrı kalması, kendini suçlaması, ziyaretlerin sınırlandırılması, aile içinde destek sistemlerinin olmaması gibi nedenler de annede krize yol açabilecek stresörlerdir (Kurnaz 2007).

Tüm bu sorunların anne bebek ilişkisinin etkinliğinin yanında annenin psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine de neden olmaktadır. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin kaygı, depresyon, travma belirtileri gösterdikleri ve bebeği YYBÜ'de olan annelerin pospartum depresyon oranının %28-70 olduğu bildirilmektedir (Gülçek 2015; Cherry ve ark. 2016).

2.8. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelere Yönelik Eğitimin Önemi

Preterm bebek beslenme ve solunum problemleri, enfeksiyon duyarlılığı, vücut sıcaklığı değişimleri açısından özel bir ilgi ve bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu sebeple bebeğin YYBÜ'ye yattığı ilk günden taburculuğuna kadar olan süreçte annelerin bakıma yönelik bilgilendirilmesi ve beceri kazandırılması, hem yoğun bakım sürecinde anne-bebek ilişkisinin artmasına hem de taburculuk sonrası annenin özgüven kazanarak bebeğinin bakımını daha etkin ve bilinçli bir şekilde sürdürmesini sağlamaktadır (Balaban 2016).

YYBÜ'de bebeği yatan ailelerin bebeklerinin sağlık durumlarının yarattığı endişe ve korkunun yanında yabancı bir ortamın getirdiği stres ve kaygı; duygusal dalgalanma, baş etmede güçlük, bebeklerini ve yaşanılan bu olumsuzlukları kabul etmede zorluk, hayata uyum sağlayamama gibi çeşitli sorunlara neden olabilmektedir.

Sağlık profesyonelleri tarafından verilen planlı eğitim ve sosyal destek, aileleri bu konularda rahatlatmakta ve bu dönemin daha kolay üstesinden gelinmesine yardımcı olmaktadır (Merey ve Şentepe Lokmanoğlu 2019).

Bu doğrultuda aile merkezli bakım kapsamında YYBÜ'de bebeği yatan annelere doğumun ardından hastanede yatış süreci boyunca yenidoğan hemşireleri tarafından; ünitenin ve ünitede kullanılan cihazların tanıtımı, preterm bebeğin özellikleri, anne sütünün önemi, sütün sağılması ve saklanması, bebeğin beslenmesi, genel hijyenik bakımları, uygulanan tedaviler, ten-tene temas ve masajın önemi konularında sürekli olarak eğitimler verilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu tez çalışması yenidoğan yoğun bakım ünitesinde preterm bebeği yatan annelere uygulanan "Aile Merkezli Bakım Programı" nın preterm bebeklerin kilo alımı, hastanede kalış süresi, tam enteral beslenmeye geçiş süresi, mekanik ventilatörde kalış süresi; annelerin stres, bağlanma, kaygı ve aile merkezli bakım memnuniyeti üzerine etkisini belirlemek amacıyla "randomize kontrollü deneysel" tasarım tipinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Hipotezleri

Hipotez 0 (H0): Aile merkezli bakım programı ve standart bakım uygulanan grupların kilo alımı, hastanede kalış süresi, tam enteral beslenmeye geçiş süresi, mekanik ventilatörde kalış süresi, annelerin stres, bağlanma düzeyi, kaygı ve aile merkezli bakım memnuniyeti düzeyleri arasında fark yoktur.

Hipotez 1 (H1): Aile merkezli bakım programı uygulanan preterm bebeklerin *kilo alımı* standart bakım uygulanan preterm bebeklere göre daha yüksektir.

Hipotez 2 (H2): Aile Merkezli Bakım programı uygulanan preterm bebeklerin *hastanede kalış süresi* standart bakım uygulanan preterm bebeklere göre daha kısadır.

Hipotez 3 (H3): Aile Merkezli Bakım programı uygulanan preterm bebeklerin *tam enteral beslenmeye geçiş süresi* standart bakım uygulanan preterm bebeklere göre daha kısadır.

Hipotez 4 (4): Aile Merkezli Bakım programı uygulanan preterm bebeklerin *mekanik ventilatörde kalış süresi* standart bakım uygulanan preterm bebeklere göre daha kısadır.

Hipotez 5 (H5): Aile merkezli bakım programı uygulanan preterm bebek annelerinin *stres düzeyi* standart bakım alan preterm bebek annelerinden daha düşüktür.

Hipotez 6 (H6): Aile merkezli bakım programı uygulanan preterm bebek annelerinin *bağlanma düzeyi* standart bakım uygulanan preterm bebek annelerine göre daha yüksektir.

Hipotez 7 (H7): Aile merkezli bakım programı uygulanan preterm bebek annelerinin *kaygı düzeyi* standart bakım alan preterm bebek annelerine göre daha düşüktür.

Hipotez 8 (H8): Aile merkezli bakım programı uygulanan preterm bebek annelerinin *aile merkezli bakım memnuniyeti* standart bakım alan preterm bebek annelerinden daha yüksektir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Aile Merkezli Bakım Programı, **bağımlı değişkenleri ise;** annelerin Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği, Aile Merkezli Bakım Ölçeği, Anne-Baba Stres Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalamaları; bebeklerin kilo alımı, hastanede kalış süresi, tam enteral beslenmeye geçiş süresi ve mekanik ventilatörde kalış süresi idi.

3.4. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Mayıs 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında toplandı.

Hastanenin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Sağlık Bakanlığı sınıflandırmasına göre 4A Seviyesinde 63 kuvöz ve 1 adet radyant ısıtıcılı servo kontrollü açık yatağa sahip bir birimdir. Klinikte dört adet izolasyon odası mevcuttur. İzolasyon odaları da dahil olmak üzere toplamda 12 odaya sahiptir. Sağlık Bakanlığı düzeylendirme yönetmeliğine göre aynı düzeydeki bebekler aynı odada olacak şekilde odalara ayrılmıştır. Hemşire/hasta oranı (her üç bebeğe bir hemşire) yine Sağlık Bakanlığı hizmet standartlarına uygun olarak planlanmaktadır. Klinikte ayrıca emzirme odası, mama/anne sütü hazırlama - saklama odası, ilaç hazırlama odası ve fizik tedavi odası bulunmaktadır.

Kliniğin ziyaret prosedürüne göre kliniğe yalnızca anne ve babalar kabul edilmektedir. Prosedür gereği 3. ve 4. seviye ünitelerdeki bebeklerin anneleri Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri 14.00'te, 1. ve 2. seviye ünitelerdeki bebeklerin anneleri günde bir kez (emzirme için), babalar ise yalnızca Çarşamba günleri 14.00'te bebeklerini ziyaret edebilmektedir. Ziyaretleri esnasında aileler bebeklerinin durumu hakkında doktorundan bilgi almakta ve 15 dakikayı geçmeyecek şekilde bebeklerini

görmektedirler. Emzirme yapacak anneler için bu süre 30 dakikadır. Ailelere bebekleri ile ilk karşılaşmada; kliniğin ziyaret saatleri, süt sağımı ve sağılan sütün saklanması hakkında hemşire tarafından bilgi verilmektedir. Kliniğin rutin prosedüründe Aile Merkezli Bakım yaklaşımına yönelik bir program uygulanmamakta ancak ailelere ziyaretleri esnasında primer hemşiresi tarafından bebeğin bakımına yönelik temel bilgiler verilmekte, kliniğin işleyişine göre annelere kanguru bakımı yapılmaktadır.

3.5. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan preterm bebekler, örneklemini ise seçim kriterleri kapsamındaki preterm bebekler ve anneleri oluşturdu (N=40). Örneklem hesabı için Aile Merkezli Bakım Programının Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Preterm Bebekler ve Anneleri Üzerine Etkisinin araştırıldığı daha önce yapılmış çalışma sonuçları incelendi. Çalışma tasarımı ve kullanılan ölçme araçları aynı olan ve programın annelerin üzerine etkisini araştıran Gülçek'in (2015) elde ettiği değerlere göre G*Power programında yapılan hesaplamada iki ölçüm arasındaki farkın .37 etki büyüklüğünde (küçük etki) olduğu, %5 alfa hata payı (iki yönlü) ve %80 güçle yapılan örneklem sayısı hesabında girişim ve kontrol gruplarına 20'şer kişi olmak üzere en az 40 kişi alınması gerektiği belirlendi.

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Anneler için;

- Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olması,
- Türkçe konuşabiliyor olması,
- Okur-yazar olması,
- Bebeğinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatıyor olması,
- İlk defa doğum yapacak (primipar) olması,
- Bebeğinin doğumunun ilk gününden itibaren çalışmaya alınmış olmasıdır.

Pretermler için;

- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatıyor olması,
- 37 gestasyon haftasından küçük olması,

- Doğum kilosunun 2500 gramın altında olmasıdır.

3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Bebeğin başka hastanede doğup nakil edilmesi,
- Konjenital anomalisinin olması,
- Çoğul gebeliğin olması,
- Annenin doğum sonrası erişkin yoğun bakım ünitesinde yatmasıdır.

3.7. Veri Toplama Süreci

Randomize kontrollü deneysel tasarım tipinde planlanan araştırmanın başlangıç aşamasında ailelere araştırmanın amacı ve içeriği anlatıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden yazılı izinler alındıktan sonra "bilgisayarlı randomizasyon yöntemi" kullanılarak gönüllüler, deney ve kontrol gruplarına ayrıldı (www.randomizer.org). Deney grubuna "Aile Merkezli Bakım Programı", kontrol grubuna ise kliniğin standart bakım programı uygulandı.

3.7.1. Standart Bakım Programı (Kontrol Grubu)

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan standart bakım grubundaki annelere kliniğin servis rutininde sadece haftanın üç günü (Pazartesi, Çarşamba, Cuma) saat 14.00'te ilgili doktoru tarafından bebeğinin tıbbi durumu, medikal tedavisi, prognozu hakkında bilgilendirme yapıldı. Standart bakım programı kapsamında bu rutin devam ettirildi. Belirtilen doktor bilgilendirme günleri dışında annenin ziyaretleri esnasında bebeği ile ilgili sorduğu sorular (güncel kilosu, beslenme şekli ve miktarı vb.) yenidoğan hemşiresi tarafından yanıtlandı.

Standart bakım grubundaki annelere ziyaretleri esnasında istediklerinde bebeği ile konuşma, bebeğine dokunma, kanguru bakımı gibi uygulamalar yaptırıldı.

Annelerin ziyaret esnasında ünitede kalma süresi; oral beslenemeyen (OGS ya da NGS ile beslenen) bebekler için maksimum 10-15 dakika, oral beslenebilen bebeklerde ise annenin emzirmesi ya da biberonla besleme yapabilmesi için maksimum 30 dakikadır.

3.7.2. Aile Merkezli Bakım Programı (Deney Grubu)

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve gönülllü olan annelere aile merkezli bakım programı uygulandı. LEARN modeli doğrultusunda yapılandırılan (Şekil 3-1). Program kapsamında; annenin bebeğini gün içinde istediği zaman ziyaret etmesi, gün içerisinde 8 bakım saatinin en az 4'üne katılması sağlandı. Anne her ihtiyaç duyduğunda bebeğinin doktorundan ve hemşiresinden bilgi alabildi. Annenin bebeğinin bakım ve tedavi uygulamalarına primer hemşiresi ile birlikte katılımı sağlandı. Sorumlu araştırmacı tarafından literatüre uygun şekilde oluşturulan "Hoşgeldin Bebeğim" isimli eğitim kitapçığı hazırlandı (Ek 6). Annelerin üniteye ilk kabulünde ünite gezdirilerek eğitim kitapçığının içeriği doğrultusunda yaklaşık 30 dakika süren birebir bilgilendirme yapıldı. Eğitim kitapçığı; ünitenin tanıtımı, kuvözün ve bebeğe bağlı cihaz ve ekipmanların tanıtımı ve işlevi, anne sütü ve emzirme başlıklarını içermekteydi. Anneye bebeği ile ilk karşılaşmasında bebeğe dokunma, bebekle konuşma uygulamaları yaptırıldı ve ortama adaptasyonu sağlandı. Eğitim kitapçığı anneye verildi ve ziyaret sonrası kitapçığı incelemesi, her ziyaretinde kitapçığı yanında getirmesi istendi. Bebeğin YYBÜ yatışının ilk 1 haftasında eğitim kitapçığı doğrultusunda anneye bebeğinin kuvözü başında bakım uygulamaları (besleme, masaj, bez değişimi, kanguru bakımı) hemşire tarafından uygulanarak anlatıldı. Bu 1 hafta boyunca anne, hemşireyi bakım uygulamaları esnasında gözlemledi. Annenin soruları cevaplandı. 2. haftada anne; besleme, masaj, bez değişimi, kanguru bakımı gibi bakım uygulamalarını hemşire gözetiminde uyguladı. Bakım esnasında hemşire tarafından desteklendi. 3. haftadan bebeğin taburculuğuna kadar olan süreçte anne bakım uygulamalarını (emzirme, bebek masajı, bez değişimi, kanguru bakımı, banyo) hemşire gözetiminde uygulamaya devam etti, bakım ile ilgili soruları cevaplandı, eğitim kitapçığı ile eğitimler her ziyarette sürdürüldü.

Aile merkezli bakım programı grubundaki anneler için oluşturulan eğitim kitapçığı, çalışma sonunda standart bakım grubundaki annelere de verildi.

Aile merkezli bakım programı ve standart bakım grubundaki annelere uygulanan ölçekler ve zamanları;

İlk karşılaşmadan sonraki 24-48 saat içinde: Veri Toplama Formu, Anne-Baba Stres Ölçeği, Durumluk- Süreklilik Kaygı Ölçeği uygulandı.

4-8. günde; Anne- Baba Stres Ölçeği uygulandı.

2. haftada; Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği, Aile Merkezli Bakım Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği uygulandı.

Taburculukta; Anne-Baba Stres Ölçeği, Aile Merkezli Bakım Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği uygulandı.

AİLE MERKEZLİ BAKIM PROGRAMI		
L (Listening)	İletişim	Annenin duygu ve düşünceleri, endişeleri, korkuları hakkında konuşuldu. Etkili iletişim sağlandı.
E (Explaining)	Açıklama	Anneye yenidoğan yoğun bakım ünitesinin işleyişi anlatıldı. Ünitenin, kullanılan cihazların ve bebeğine bağlı olan ekipmanların tanıtımı yapıldı.
A (Acknowledging)	Bilgilendirme	Anneye istediği her zaman bebeğinin durumu ve merak ettiği konularla ile ilgili doktoru ve hemşiresi tarafından bilgi verildi.
R (Recommending)	Eğitim	Anneye sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı (Hoşgeldin Bebeğim) ile bebeğine uygulayacağı bakımlar hakkında eğitim verildi. Anneye hemşirenin bebeğin bakımını yaparken gözlem yaptırıldı ve bağımsız bir şekilde bakım yapma becerisi kazandırıldı.
N (Negotiating)	Ailenin Katılımı	Annenin bakıma aktif şekilde katılması ve bebeğinin bakımlarını hemşiresi gözetiminde yapması sağlandı.

Şekil 3-1. LEARN Modeli doğrultusunda yapılandırılan Aile Merkezli Bakım Programı

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırma süresince aile merkezli bakım programı ve standart bakım grubundaki preterm bebeklerin; kilo alımı, hastanede kalış süresi, tam enteral beslenmeye geçiş süresi, mekanik ventilatörde kalış süresi ile annelerin stres, bağlanma ve kaygı düzeyleri ile aile merkezli bakım memnuniyetleri karşılaştırıldı. Bu doğrultuda veri toplama formuna ek olarak annelere dört adet ölçek (Anne Bebek Bağlanma Ölçeği, Aile Merkezli Bakım Ölçeği, YYBÜ Anne Baba Stres Ölçeği ve Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri) uygulandı.

3.8.1. Veri Toplama Formu (Ek 1)

Sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu "Anneye Ait Tanıtıcı Bilgiler" ve "Bebeğe Ait Tanıtıcı Bilgiler" olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; annenin yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi durumu, sigara kullanımı, eşinin eğitim ve çalışma durumu, akraba evliliği durumu, kronik hastalık durumu, gebelik öyküsü, doğum şekli, planlı bir gebelik olup olmadığı, eşinin ve kendisinin istediği cinsiyet, doğum olayını nasıl tanımladığı, doğum sonrası bebeğini görme durumu, doğum sonrası bebek hakkında bilgi alma durumu, doğum sonrası süreçte destek alma durumu, YYBÜ yatışı sırasında bebeğine vereceği psikolojik, fiziksel, maddi ve diğer desteklerin önemlilik sıralaması, YYBÜ ziyaretlerinin bebeğinin sağlık durumunu olumlu yönde etkileyip etkilemeyeceği konusundaki düşüncesi bilgilerini sorgulayan 26 madde yer almaktaydı. İkinci bölümde; bebeğin doğum kilosu, cinsiyeti, gestasyon yaşı, tıbbi tanısı, solunum, ağızdan beslenme, parenteral beslenme ve fototerapi alma durumu bilgilerini sorgulayan 8 madde olmak üzere toplam 34 madde yer almaktaydı.

3.8.2. Anne Bebek Bağlanma Ölçeği-ABBÖ (Mother to Infant Bonding Scale-MIBS) (Ek 2)

Anne Bebek Bağlanma Ölçeği-ABBÖ (Mother to Infant Bonding Scale-MIBS) doğumdan sonra ilk günden itibaren kullanılabilen, annenin bebeğine karşı hissettiklerini tek kelime ile ifade ettiği bir ölçektir. Ölçeğin orijinali Taylor, Atkins, Kumar ve Glover tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Karakulak Aydemir ve Alparslan tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçek 8 maddeden oluşmakta ve 4'lü likert biçimindedir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3

arasında puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek puan 0-24'tür. Ölçekten elde edilen puan arttıkça bağlanma düzeyi artmaktadır.

Ölçeğin anneye ait Cronbach alfa katsayısı doğumdan sonra bir gün içindeki 0,695 ve doğumdan sonra 8-12 hafta içindeki cronbach alfa katsayısı 0,683 bulunmuştur. (Karakulak Aydemir ve Alparslan 2016).

Çalışmamızda ölçeğin 2. haftadaki Cronbach alfa katsayısı 0,597 ve taburculuktaki Cronbach alfa katsayısı 0,573 bulunmuştur.

Ölçek araştırma süresince annelere; 4 yıl yenidoğan yoğun bakım hemşireliği deneyimi olan sorumlu araştırmacı tarafından ilk karşılaşmadan sonraki 2. haftada ve bebeğin YYBÜ'nden taburculuğu esnasında olmak üzere 2 defa uygulandı.

3.8.3. Aile Merkezli Bakım Ölçeği-AMBÖ (Family Centered Care Scale-FCCS) (Ek 3)

Aile Merkezli Bakım Ölçeği-AMBÖ (Family Centered Care Scale-FCCS) 2013 yılında Marta A. Q. Curley, Mabel Hunsberger ve Sion Kim Harris tarafından geliştirilmiştir. (Curley ve Hunsberger 2013). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Altıparmak ve Arslan tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Ölçek önemlilik ve tutarlık olmak üzere iki bölümden oluşmakta ve her iki bölümde de aynı sorular yer almaktadır. Ölçek 7 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1-5 arasında puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek puan 7-35'tir. Ölçekten elde edilen puan arttıkça aile merkezli bakım memnuniyeti artmaktadır. Maddeler ebeveynlerin hastanede kaldıkları süre içerisinde aldıkları hemşirelik bakımının değerlendirmesi ile ilgili soruları içermektedir. Önemlilik bölümünde ebeveynler hemşirelerin ne kadar ilgi gösterdiğini, tutarlılık bölümünde ise hemşirenin çocuğun bakımında ne kadar ilgi gösterdikleri değerlendirilmektedir (Altıparmak 2015). Ölçeğin değerlendirilmesinde, önem ve tutarlılık puanları tek bir puanda birleştirilmektedir. Belirlenen tek puan eşleşmenin yüzdelik derecesini göstermektedir. Eşleşme yüzdesi; hemşirelerin ebeveynlere ne kadar ilgi gösterdiğini ve çocuğun bakımıyla ne kadar ilgilendiklerinin derecesini tanımlamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı önemlilik bölümü için 0,70; tutarlılık bölümü için 0,79 olarak belirlenmiştir. (Altıparmak 2015).

Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı önemlilik bölümü için 0,645; tutarlılık bölümü için 0,929 olarak bulunmuştur.

Ölçek, araştırma süresince annelere; 4 yıl yenidoğan yoğun bakım hemşireliği deneyimi olan sorumlu araştırmacı tarafından YYBÜ yatışının 2. haftasında ve bebeğin YYBÜ'den taburculuğu esnasında olmak üzere 2 defa uygulanmıştır.

3.8.4. Anne-Baba Stres Ölçeği: YYBÜ-ABSÖ (Parental Stress Scale: NICU- PSS: NICU) (Ek 4)

Anne-Baba Stres Ölçeği: YYBÜ- ABSÖ (Parental Stress Scale: NICU- PSS: NICU) 1993 yılında Miles, Funk ve Carlson tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki fiziksel ve psikososyal çevreden kaynaklanan stresörlerin anne ve babalar tarafından algılanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Turan ve Başbakkal tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçek görüntüler ve sesler, bebeğinizin görünümü ve davranışları, bebeğinizle ilişkiniz ve anne-baba rolünüz olmak üzere 3 bölüm ve toplamda 34 maddeden oluşmaktadır. Her bir stres oluşturan madde 1-5 arasında puanlanmakta ya da ilgili maddeyi bebek deneyimlememişse uygulanmaz seçeneği işaretlenmektedir. Ölçekten elde edilen puan arttıkça stres düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı; tüm ölçek için metrik 1 sonucuna göre 0,89 metrik 2 sonucuna göre 0,90 bulunmuştur (Turan ve Başbakkal 2006).

Çalışmamızda ölçeğin "Görüntüler ve Sesler" bölümü için ilk 24-48 saatteki Cronbach alfa katsayısı 0,774; 4-8 gündeki 0,830; taburculuktaki 0,665 bulunmuştur. "Bebeğinizin Görünümü ve Davranışları" bölümü için ilk 24-48 saatteki Cronbach alfa katsayısı 0,648; 4-8 gündeki 0,862; taburculuktaki 0,889 bulunmuştur. "Bebeğinizle İlişkiniz ve Anne Baba Rolünüz" bölümü için ilk 24-48 saatteki Cronach alfa katsayısı 0,442; 4-8 gündeki 0,917; taburculuktaki 0,911 bulunmuştur.

Ölçek araştırma süresince annelere; 4 yıl yenidoğan yoğun bakım hemşireliği deneyimi olan sorumlu araştırmacı tarafından doğum sonrası bebekle YYBÜ'de ilk karşılaşmadan sonraki ilk 24-48 saat içinde, 4-8 gün sonra ve bebeğin YYBÜ'den taburculuğu esnasında olmak üzere 3 defa uygulandı.

3.8.5. Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory-STAI) (Ek 5)

Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory-STAI) bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçeği orijinali Spielberger, Gorsunch ve Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir.

Türkçe geçerlik ve güvenirliği Öner ve Le Compte tarafından 1983'te yapılmıştır. Envanter o anda hissedilenleri belirlemek amacıyla oluşturulan 20 maddelik "durumluk kaygı ölçeği" ve son 7 gün içerisinde hissedilenleri belirlemek amacıyla oluşturulan 20 maddelik "sürekli kaygı ölçeği" olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Her bir madde 1-4 arasında puanlanmaktadır. Envanterden elde edilen puan arttıkça kaygı düzeyi artmaktadır (Erdem ve Erten Bucaktepe 2012).

Envanterin durumluk kaygı ölçeği annelere araştırma süresince, doğum sonrası bebekle ilk karşılaşmadan sonraki ilk 24-48 saat içinde, bebeğin YYBÜ yatışının 2. haftasında ve bebeğin YYBÜ'den taburculuğu esnasında olmak üzere 3 defa uygulanmıştır. Envanterin süreklilik kaygı ölçeği ise araştırma süresince doğum sonrası bebekle ilk karşılaşmadan sonraki ilk 24-48 saat içinde bebeğin YYBÜ yatışının 2. haftasında ve bebeğin YYBÜ'den taburculuğu esnasında olmak üzere 3 defa uygulanmıştır.

Envanterin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa katsayısı Durumluk Kaygı ölçeği için 0,83-0,92 arasında, Süreklilik Kaygı Ölçeği için 0,83-0,87 arasında belirlenmiştir (Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi 2009).

Çalışmamızda envanterin Durumluk Kaygı Ölçeği için ilk 24-48 saatteki Cronbach alfa katsayısı 0,937; 2. haftadaki 0,943; taburculuktaki 0,920 olarak bulunmuştur. Envanterin Süreklilik Kaygı Ölçeği için ilk 24-48 saatteki Cronbach alfa katsayısı 0,943; 2. haftadaki 0,934; taburculuktaki 0,928 olarak bulunmuştur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı özellikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasında; nitel özellikler gösteren veriler için Ki-Kare, nicel özellikler için Mann-Whitney U (normal dağılım göstermeyen veriler için), Student t Test (normal dağılım gösteren veriler için) kullanılmıştır. Tekrarlayan 2'den fazla ölçümler için ANOVA, 2'li ölçümler için Wilcoxon işaret testi yapılmıştır. Bazı değişkenler arasındaki ilişkinin tespiti için Korelasyon analizi yapılmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

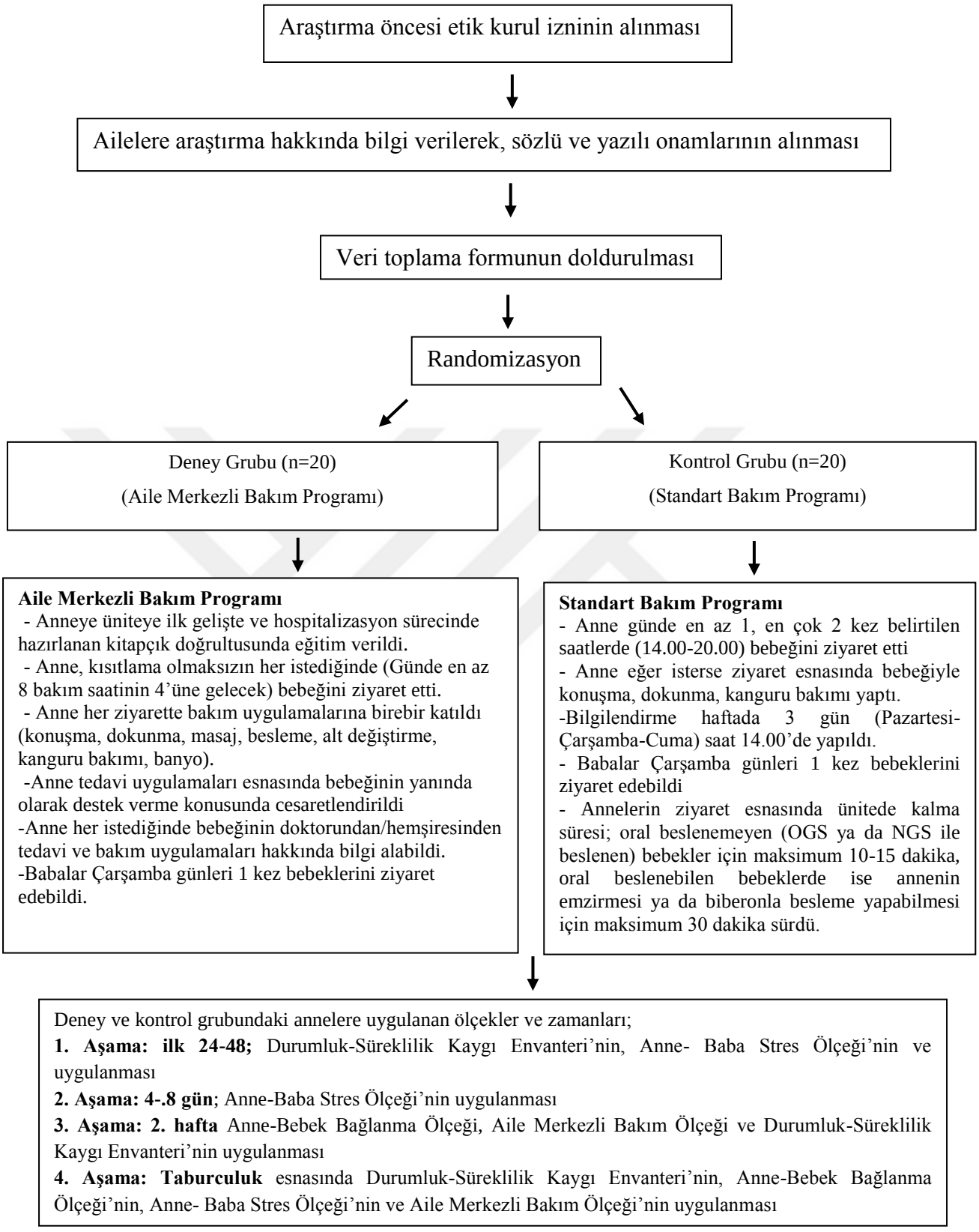
Araştırmaya başlamadan önce Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul ve kurum izni (Karar No: 51) alındı (Ek 8). Çalışmaya dahil edilen bebeklerin annelerine çalışmanın amacı, çalışmanın nasıl yürütüleceği, çalışmanın olası yararları anlatıldı. Annelere istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilecekleri ve çalışma nedeniyle hiçbir ücret talep edilmeyeceği bilgisi verildi. Annelere kendilerinden alınan bilgilerin araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı konusunda güven sağlandı. Çalışmaya dahil edilen bebeklerin annelerine araştırmacı tarafından "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 7)" imzalatıldı.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmanın Türkiye'de preterm bebekler ve anneleri üzerinde Aile Merkezli Bakım Programının uygulandığı ilk kapsamlı deneysel çalışma olması,
- Araştırmanın yapıldığı klinikte yatan bebeklerin annelerinin çalışmaya katılmaya istekli olmaları ve olumlu yönde destek vermeleri araştırmanın güçlü yönleridir.

3.12. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler ve Sınırlılıklar

- Annelerin ulaşım zorluğu mazereti ile araştırmaya katılmaya kabul etmemeleri ve COVID- 19 pandemisi nedeni ile Sağlık Bakanlığı tarafından ziyaret kısıtlaması getirilmesi araştırma sırasında karşılaşılan güçlüklerdir.
- Araştırmanın yapıldığı klinikte çalışmakta olan araştırmacının çalışma saatleri dışında ziyarete gelen anneleri gözlemleyememesi araştırmanın sınırlılığıdır.



Şekil 3-2-2: Araştırma Deseni

4. BULGULAR

Bu bölümde aile merkezli bakım programının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan preterm bebekler ve anneleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunuldu.

Çalışmanın bulguları;

BÖLÜM 1 : Annelerin ve Pretermlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

BÖLÜM 2: Pretermlerin Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

BÖLÜM 3: Anne-Baba Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

BÖLÜM 4: Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

BÖLÜM 5: Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

BÖLÜM 6: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

başlıkları altında incelenmiştir.

BÖLÜM 1. Annelerin ve Pretermlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4-1'de annelerin ve pretermlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4-1: Annelerin ve Pretermlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)

Özellikler	Aile Merkezli Bakım Programı Grubu (n=20)	Standart Bakım Grubu (n=20)	Test	Anlamlılık
Anneye ait özellikler	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**		
Yaş Ortalaması (Ort.±SS)	30,30±3,97	29,95±6,00	0,217	**0,829
Eğitim Durumu				
İlköğretim	8 (%40)	5 (%25)		
Lise	8 (%40)	9 (%45)	1,151	*0,562
Lisans ve üzeri	4 (%20)	6 (%30)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	6 (%30)	7 (%35)	0,330	*0,736
Çalışmıyor	14 (%70)	13 (%65)		
Doğum Şekli				
Sezaryen Doğum	11 (%55)	12 (%60)	0,312	*0,749
Vajinal Doğum	9 (%45)	8 (%40)		
Planlı Gebelik Durumu				
Evet	12 (%60)	13 (%65)	0,319	*0,744
Hayır	8 (%40)	7 (%35)		
Preterm bebeğe ait özellikler				
Cinsiyeti				
Kız	11 (%55)	7 (%35)	1,616	*0,204
Erkek	9 (%45)	13 (%65)		
Doğum Ağırlığı (gr)	1343,25±425,48	1366±508,38	-0,153	**0,879
Gestasyon Yaşı	29,90±2,65	29,80±2,62	0,120	**0,905

**Student t test, *Ki-Kare testi

Aile merkezli bakım programı grubundaki annelerin yaş ortalamasının 30,30±3,97, standart bakım grubundaki annelerin yaş ortalamasının 29,95±6,00; aile merkezli bakım programı grubundaki annelerin %40'ının ilköğretim, yüzde %40'ının lise mezunu, standart bakım grubunun %45'inin lise mezunu; aile merkezli bakım programı grubundaki annelerin %70'inin, standart bakım grubundaki annelerin %65'inin çalışmadığı saptandı. Aile merkezli bakım programı grubundaki annelerin %55'inin, standart bakım grubunun %60'ının sezaryen doğum yaptığı; aile merkezli

bakım programı grubundaki annelerin %60'ının, standart bakım grubunun %65'inin gebeliğinin planlı olduğu saptandı.

Aile merkezli bakım programı grubundaki bebeklerin %55'i kız, standart bakım grubundaki bebeklerin %65'inin erkek olduğu; aile merkezli bakım programı grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı ortalamasının 1343,25±425,48 gr, standart bakım grubundakilerin 1366±508,38 gr olduğu; aile merkezli bakım programı grubundaki bebeklerin gestasyon yaşı ortalamasının 29,90±2,65 hafta, standart bakım grubundakilerin 29,80±2,62 hafta olduğu saptandı. Gruplar arasında tanıtıcı özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-1).

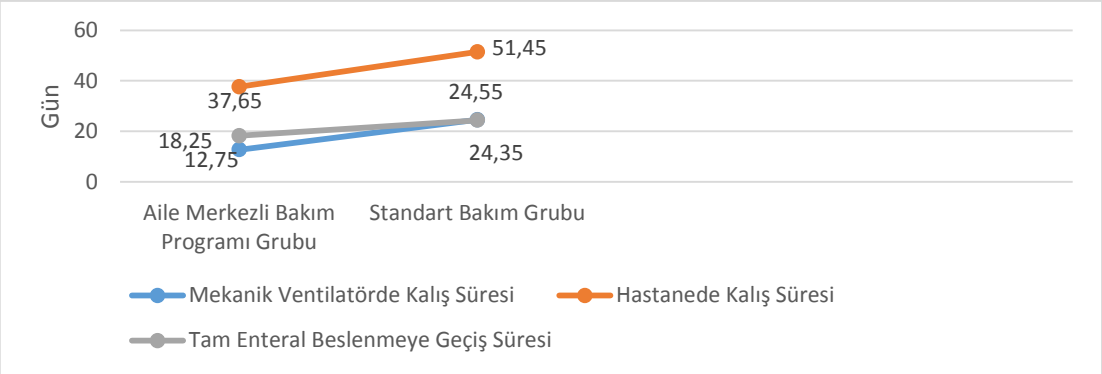
BÖLÜM 2. Pretermlerin Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4-2 ve Grafik 4-1'de pretermlerin bazı klinik özelliklerinin karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4-2: Pretermlerin Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=40)

	Aile Merkezli Bakım Programı Grubu (n=20)	**Standart Bakım Grubu (n=20)**		
Özellikler	**Ort. + SS**	**Ort. + SS**	**Test**	**Anlamlılık**
Doğum Ağırlığı (gr)	1343,25±425,485	1376±505,45	196	**0,914
Taburculuk Ağırlığı (gr)	2152,25±250,37	2278,50±346,31	165,5	**0,35
Taburculuk Ağırlığı- Doğum Ağırlığı Farkı (gr)	809±394,76	902,50±399,42	169,5	**0,409
Günlük kilo alımı (gr)	22,68±11,02	18,26±7,63	1,473	*0,150
Hastanede Kalış Süresi (Gün)	37,65±18,84	51,45±21,7	-2,147	***0,038**
Tam Enteral Beslenmeye Geçiş Süresi (Gün)	18,25±15,7	24,35±17,3	-1,168	*0,25
Mekanik Ventilatörde Kalış Süresi (Gün)	12,75±12,88	24,55±19,04	-2,295	***0,028**

*Student t test, **Mann Whitney U test



Grafik 4-1: Gruplar arası pretermlerin klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Aile merkezli bakım programı grubundaki pretermlerin hastanede kalış süresinin 37,65±18,84 gün, standart bakım grubundaki pretermlerin ise 51,45±21,7 gün olduğu, aile merkezli bakım programı grubundaki pretermlerin mekanik ventilatörde kalış süresinin 12,75±12,88 gün, standart bakım grubundakilerin ise 24,55±19,04 gün olduğu saptandı. Preterm bebeklerin gruplar arası analizinde hastanede kalış süresi (p=0,038) ve mekanik ventilatörde kalış süresinde (p=0,028) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Her iki özelliğin de aile merkezli bakım programı grubunun ortalama puanlarının standart bakım grubundan daha düşük olduğu saptandı. Aile merkezli bakım programı grubundaki pretermlerin tam enteral beslenmeye geçiş süresinin 18,25±15,7 gün, standart bakım grubundaki pretermlerin 24,35±17,3 gün olduğu, aile merkezli bakım programı grubundaki pretermlerin YYBÜ yatışları süresince 809±394,76 gram aldığı, standart bakım grubundaki pretermlerin ise 902,50±399,42 gram aldığı belirlendi. Preterm bebeklerin gruplar arası analizinde tam enteral beslenmeye geçiş süresi ve kilo alımı (doğum ağırlığı – taburculuk ağırlığı farkı, günlük kilo alımı) açısından istatistik olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). (Tablo 4-2) (Grafik 4-1).

Aile merkezli bakım programı grubunun kilo alımı ile hastanede kalış süresi arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Standart bakım grubunun kilo alımı ile hastanede kalış süresi arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05).

BÖLÜM 3. Anne-Baba Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4-4'te araştırma süresince aile merkezli bakım programı ve standart bakım grubundaki annelere 3 farklı zamanda (ilk 24-48. saat, 4-8.gün, taburculuk) uygulanan

Anne - Baba Stres Ölçeği'nden alınan puanların dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4-3: Annelerin Stres Düzeylerinin Zamana Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)

Alt Boyutlar	Aile Merkezli Bakım Programı Grubu (n=20) Ort+SS	Standart Bakım Grubu (n=20) Ort+SS	Test* Anlamlılık
Görüntü ve Sesler (ilk 24-48 saat)	3,70±0,53	3,77±0,78	
Görüntü ve Sesler (4-8. gün)	2,07±0,62	2,91±0,75	**F: 378,345 <0,001**
Görüntü ve Sesler (Taburculuk)	1,05±0,23	1,42±0,4	
Anlamlılık	**<0,001**	**<0,001**	
Bebeğin Görünümü ve Davranışları (ilk 24-48 saat)	3,92±0,33	3,56±0,53	
Bebeğin Görünümü ve Davranışları (4-8. gün)	2,67±0,66	3,46±0,69	**F: 225,499 <0,001**
Bebeğin Görünümü ve Davranışları (Taburculuk)	1,30±0,51	2,06±0,66	
Anlamlılık	**<0,001**	**<0,001**	
Anne-Baba Rolü (ilk 24-48 saat)	4,30±0,34	4,21±0,42	
Anne-Baba Rolü (4-8. gün)	2,11±0,64	3,74±0,6	**F: 245,109 <0,001**
Anne-Baba Rolü (Taburculuk)	1,05±0,55	2,20±0,81	
Anlamlılık	**<0,001**	**<0,001**	

*Tekrarlayan ölçümler için ANOVA testi

Anne-Baba Stres Ölçeği analizinde tekrarlayan ölçümler için ANOVA analizi yapılmıştır. Yapılan analizde; aile merkezli bakım programı grubunun *görüntü ve sesler faktöründe* ilk 24-48 saatte 3,70±0,53 puan, 4-8. Günde 2,07±0,62 puan, taburculukta 1,05±0,23 puan aldığı; standart bakım grubunun ilk 24-48 saatte 3,77±0,78 puan, 4-8. Günde 2,91±0,75 puan, taburculukta 1,42±0,4 puan aldığı belirlendi. Grup kendi içinde değerlendirildiğinde zamanla ortalama puanların anlamlı ($p<0,001$) şekilde düştüğü ve bu düşüşün gruplar arasında da anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$). Tablodan da görüleceği üzere aile merkezli bakım grubundaki düşüş standart bakım grubundaki düşüşten daha fazla gerçekleşmiştir (Tablo 4-4).

Bebeğin görünümü ve davranışları faktöründe aile merkezli bakım programı grubunun ilk 24-48 saatte 3,92±0,33 puan, 4-8. günde 2,67±0,66 puan, taburculukta 1,30±0,51 puan aldığı; standart bakım grubunun ilk 24-48 saatte 3,56±0,53 puan, 4-8.günde 3,46±0,69 puan, taburculukta 2,06±0,66 puan aldığı belirlendi. Grup kendi içinde değerlendirildiğinde zamanla ortalama puanların anlamlı (p<0,001) şekilde düştüğü ve bu düşüşün gruplar arasında da anlamlı olduğu saptandı (p<0,001). Tablodan da görüleceği üzere aile merkezli bakım programı grubundaki düşüş standart bakım grubundaki düşüşten daha fazla gerçekleşmiştir (Tablo 4-4).

Anne- baba rolü faktöründe aile merkezli bakım programı grubunun ilk 24-48 saatte 4,30±0,34 puan, 4-8 günde 2,11±0,64 puan, taburculukta 1,05±0,55 puan aldığı; standart bakım grubunun ilk 24-48 saatte 4,21±0,42 puan, 4-8. günde 3,74±0,6 puan, taburculukta 2,20±0,81 puan aldığı belirlendi. Grup kendi içinde değerlendirildiğinde zamanla ortalama puanların anlamlı (p<0,001) şekilde düştüğü ve bu düşüşün gruplar arasında da anlamlı olduğu saptandı (p<0,001) (Tablo 4-4).

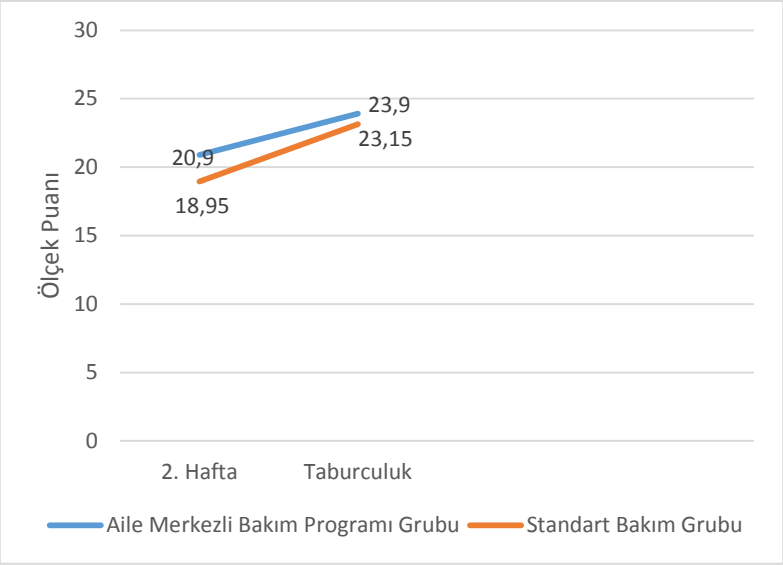
BÖLÜM 4. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4-5 ve Grafik 4-2'de araştırma süresince aile merkezli bakım programı ve standart bakım grubundaki annelere farklı zamanlarda (2.hafta ve taburculuk) uygulanan Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği'nin analizi yer almaktadır.

Tablo 4-4: Anne- Bebek Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)

	Aile Merkezli Bakım Programı Grubu (n=20) Ort+SS	**Standart Bakım Grubu (n=20) Ort+SS**	***Test**	**Anlamlılık**
2. Hafta	20,90±2,78	18,95±1,46	92,50	**0,003**
Taburculuk	23,90±0,3	23,15±1,6	127,00	**0,012**
****Test**	Z: -3,639	Z: -3,86		
Anlamlılık	****p<0,001**	****p<0,001**		

*Mann-Whitney U testi **Wilcoxon işareti



Grafik 4-2: Gruplar arası anne-bebek bağlanmasındaki değişim

Aile merkezli bakım grubu 2. haftada 20,90±2,78 puan, taburculukta 23,90±0,3 puan aldığı; standart bakım grubunun 2. haftada 18,95±1,46 puan, taburculukta 23,15±1,6 puan aldığı belirlendi. Grupların 2. hafta ölçek ortalama puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Standart bakım grubunun ölçek puan ortalamasının daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4-5) (Grafik 4-2). Grupların taburculuk ölçek ortalama puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Standart bakım grubunun ölçek puan ortalamasının aile merkezli bakım programı grubuna yakın fakat düşük olduğu saptandı (Tablo 4-5) (Grafik 4-2).

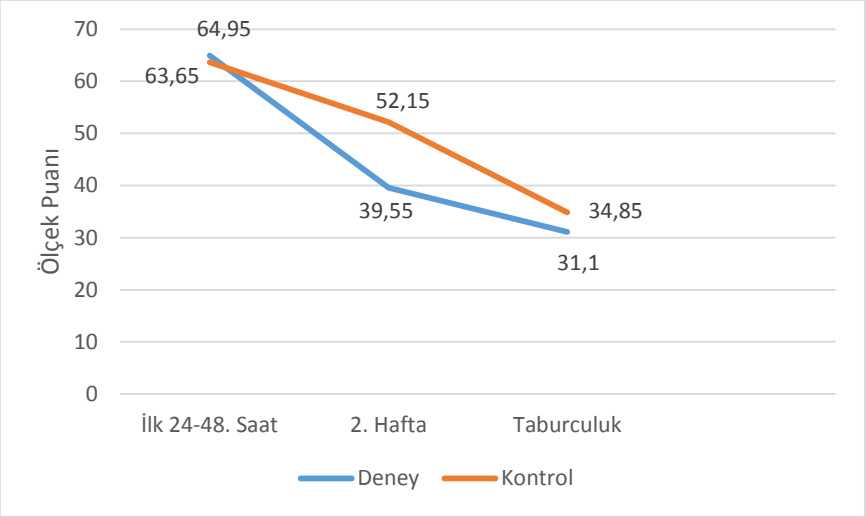
BÖLÜM 5. Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4-6 , Grafik 4-3 ve Grafik 4-4'te araştırma süresince aile merkezli bakım ve standart bakım grubundaki annelere farklı zamanlarda (ilk 24-48. saat, 2. hafta, taburculuk) uygulanan Durumluk- Süreklilik Kaygı Ölçeği'nin analizi yer almaktadır.

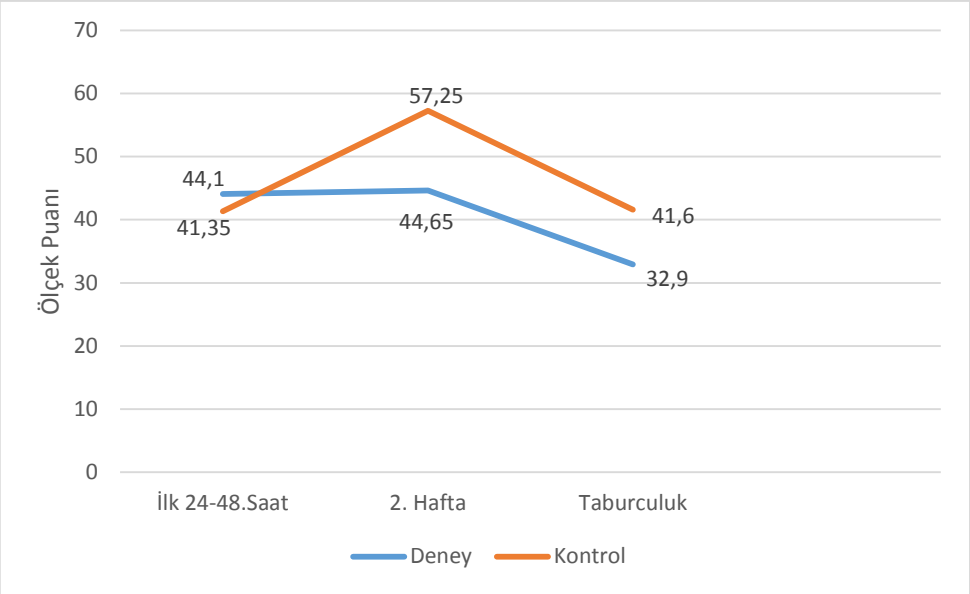
Tablo 4-5: Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)

	Aile Merkezli Bakım Programı Grubu (n=20) Ort+SS	Standart Bakım Grubu (n=20) Ort+SS	*Test Anlamlılık
Durumluk (ilk 24-48 saat)	64,95±13,46	63,65±9,05	
Durumluk (2. hafta)	39,55±8,84	52,15±7,757	**F: 110,77 0,013**
Durumluk (Taburculuk)	31,10±10,46	34,85±5,24	
Anlamlılık	**<0,001**	**<0,001**	
Süreklilik (ilk 24-48 saat)	44,10±14,16	41,35±9,91	
Süreklilik (2. hafta)	44,65±11,28	57,25±5,48	**F: 45,824 <0,001**
Süreklilik (Taburculuk)	32,90±7,4	41,60±8,87	
Anlamlılık	**<0,001**	**<0,001**	

*Tekrarlayan ölçümler için ANOVA testi



Grafik 4-3. Gruplar arası durumluk kaygı faktörü arasındaki değişim



Grafik 4-4. Gruplar arası süreklilik kaygı faktörü arasındaki değişim

Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği analizinde tekrarlayan ölçümler için ANOVA analizi yapılmıştır. Yapılan analizde; durumluk kaygı faktöründe aile merkezli bakım grubunun ilk 24-48 saatte 64,95±13,46 puan, 2. haftada 39,55±8,84 puan, taburculukta 31,10±10,46 puan aldığı, standart bakım grubunun ilk 24-48 saatte 63,65±9,05 puan, 2. haftada 52,15±7,757 puan, taburculukta 34,85±5,24 puan aldığı belirlendi. Grup kendi içinde değerlendirildiğinde zamanla ortalama puanların anlamlı ($p<0,001$) şekilde düştüğü ve bu düşüşün gruplar arasında da anlamlı olduğu saptandı ($p=0,013$). Aile merkezli bakım programı grubundaki düşüş standart bakım grubundaki düşüşten daha fazla gerçekleşmiştir (Tablo 4-6) (Grafik 4-3).

Süreklilik kaygı faktöründe aile merkezli bakım programı grubunun ilk 24-48 saatte 44,10±14,16 puan, 2. haftada 44,65±11,28 puan, taburculukta 32,90±7,4 puan aldığı; standart bakım grubunun ilk 24-48 saatte 41,35±9,91 puan, 2. haftada 57,25±5,48 puan, taburculukta 41,60±8,87 puan aldığı belirlendi. Grup kendi içinde değerlendirildiğinde zamanla ortalama puanların anlamlı ($p<0,001$) şekilde düştüğü ve bu düşüşün gruplar arasında da anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$). Tablodan da görüleceği üzere aile merkezli bakım programı grubundaki düşüş standart bakım grubundaki düşüşten daha fazla gerçekleşmiştir. Bununla birlikte standart bakım grubunun 2. hafta ortalama puanı 24-48 saat ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-6) (Grafik 4-4).

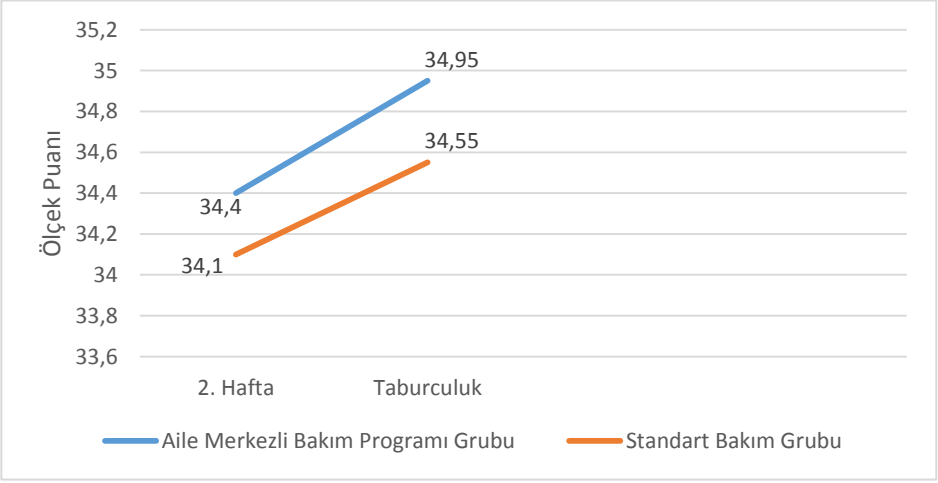
BÖLÜM 6. Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4-7, Grafik 4-5 ve Grafik 4-6'da araştırma süresince aile merkezli bakım programı ve standart bakım grubundaki annelere farklı zamanlarda (2. hafta, taburculuk) uygulanan Aile Merkezli Bakım Ölçeği analizi yer almaktadır.

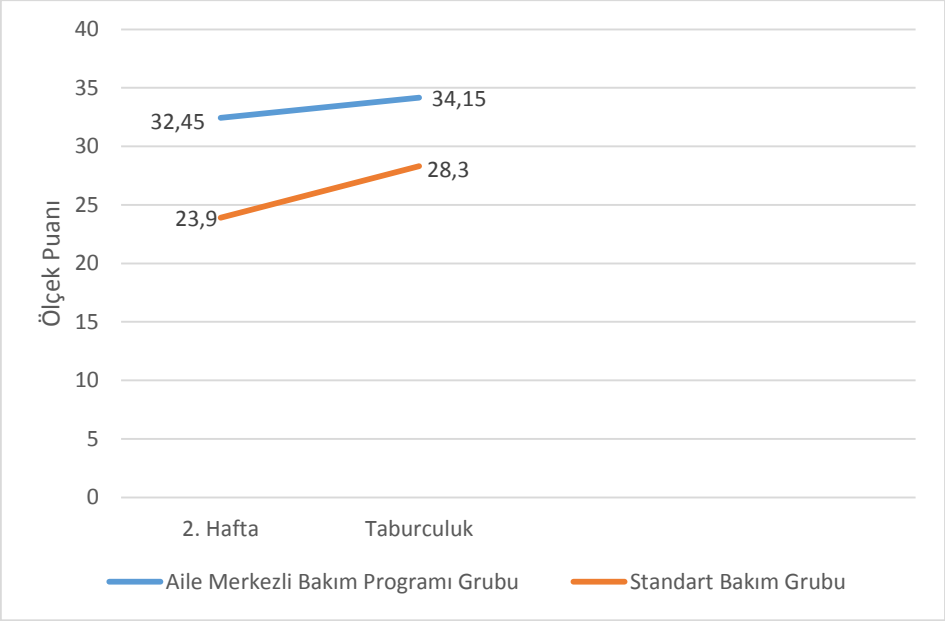
Tablo 4-6: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması (n=40)

		Aile Merkezli Bakım Programı Grubu (n=20) Ort+SS	Standart Bakım Grubu (n=20) Ort+SS	*Test	Anlamlılık
Önemlilik	2. Hafta	34,40±1,27	34,10±1,99	0,566	0,574
	Taburculuk	34,95±0,22	34,55±1,27	1,381	0,183
Test Anlamlılık		-1,868 **0,77	-1,072 **0,297		
Tutarlılık	2. Hafta	32,45±3,95	23,90±6,67	4,93	**<0,001**
	Taburculuk	34,15±2,36	28,30±5,13	4,63	**<0,001**
Test Anlamlılık		-2,482 **0,023	-4,674 **0,001		

*Student t testi **Paired Samples Test



Grafik 4-5: Gruplar arası önemlilik faktöründeki değişim



Grafik 4-6: Gruplar arası tutarlılık faktöründeki değişim

Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin *önemlilik* faktöründe aile merkezli bakım programı grubunun 2. haftada 34,40±1,27 puan, taburculukta 34,95±0,22 puan aldığı; standart bakım grubunun 2. haftada 34,10±1,99 puan, taburculukta 34,55±1,27 puan aldığı belirlendi. Ölçeğin *tutarlılık* faktöründe aile merkezli bakım prograı grubunun 2. haftada 32,45±3,95 puan, taburculukta 34,15±2,36 puan aldığı; standart bakım grubunun 2. haftada 23,90±6,67 puan, taburculukta 28,30±5,13 puan aldığı belirlendi.

Aile merkezli bakım programı grubu kendi içinde değerlendirildiğinde önemlilik faktöründe istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), tutarlılık faktöründe istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Standart bakım grubu kendi içinde değerlendirildiğinde önemlilik faktöründe istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), tutarlılık faktöründe istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

Gruplar arası analizinde 2. hafta ve taburculuk tutarlılık faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). 2. hafta ve taburculuk tutarlılık faktöründe aile merkezli bakım programı grubunun ortalama puanlarının standart bakım grubunun ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-7) (Grafik 4-6).

5. TARTIŞMA

Preterm ve hasta bir yenidoğanın doğumu ebeveynler üzerinde korku, stres, çaresizlik, travma sonrası stres bozukluğu da dahil olmak üzere birçok yıkıcı etkiye yol açabilmektedir (Maree ve Downes 2016). Yaşanan stres, ebeveynlerin bebekleriyle etkili iletişime geçmelerine engel olmanın yanında, özellikle annenin duygusal zorluklar yaşamasına yol açmakta ve bu durum uzun dönemde anne ve bebeğin sağlığına olumsuz yansımaktadır (Voos ve ark 2011; Ioino ve ark 2016). Aile merkezli bakımın, ailenin bakım verme becerilerini ve memnuniyetini yükselten, öz yeterlilik duygusunu arttıran, ailelerin çocuklarının sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olarak stresini azaltan bakım modeli olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Ayar 2014).

Ailelerin gereksinimleri ile birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım yaklaşımının uygulanması aile, bebek ve sağlık profesyoneli açısından bu zorlu sürece uyumu arttırmakta, bebeğin sağlık durumu üzerine de olumlu etkiler göstermektedir (Yu ve ark. 2017).

Bu doğrultuda aile merkezli bakım programının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan preterm bebekler ve anneleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular, kendi içinde ve diğer literatür verileri ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırma bulgularımız;

BÖLÜM 1: Annelerin ve Pretermlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

BÖLÜM 2: Pretermlerin Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

BÖLÜM 3: Anne-Baba Stres Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

BÖLÜM 4: Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

BÖLÜM 5: Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlşkin Bulguların Tartrışılması

BÖLÜM 6: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması başlıkları altında tartışılmıştır.

BÖLÜM 1: Annelerin ve Pretermlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre kadınların %29'unun eğitimin düzeyinin ilköğretim, %41'inin lise olduğu, %28'inin çalıştığı bildirilmektedir (TNSA 2018).

Araştırma kapsamında annelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde aile merkezli bakım programı grubundaki annelerin ortalama yaşının 30,30±3,97, %32,5'inin eğitim düzeyinin ilköğretim, %42,5'inin lise olduğu, %32,5'inin çalıştığı saptandı. (Tablo 4-1).

Aile merkezli bakım programı grubundaki annelerin ortalama doğum haftasının 29,75±2,61, standart bakım grubundaki annelerin ortalama doğum haftasının 29,70±2,65 olduğu, araştırmaya katılan annelerin %57,5'inin sezaryen doğum yaptığı, %67,5'inin gebeliğinin planlı olduğu saptandı (Tablo 4-1).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre doğumların %75'inin istenen zamanda (planlı) olduğu, gerçekleşen doğumların %52'sinin sezaryen olduğu bildirilmektedir (TNSA 2018).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre doğum ağırlığı bildirilmiş bebeklerin %12'sinin 2500 gramdan az (düşük doğum ağırlığı) olduğu bildirilmektedir (TNSA 2018).

Araştırma kapsamındaki bebeklerin %45'inin kız, %55'inin erkek olduğu; aile merkezli bakım programı grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı ortalamasının 1343,25±425,48 gram, standart bakım grubundakilerin 1366±508,38 gram olduğu saptanmıştır (Tablo 4-1). Gruplar arasında tanıtıcı özellikler benzerdi ($p>0,05$).

Verilemizin TNSA (2018) tarafından yapılan ülke geneli verilerle benzer olduğu görülmüştür. Örneklemimiz ülke verilerini temsil etmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine göre canlı doğan bebeklerin %51,3'ü erkek, %48,7'si kızdır (TÜİK 2020). Pretermler üzerinde yaptığımız çalışmada erkek bebek oranının kız bebek oranından daha fazla olduğu görülmektedir.

Pretermliğin cinsiyet faktörü ile ilişkisi incelendiğinde; erkek bebeklerin, kız bebeklere oranla daha fazla risk altında olduğu bildirilmektedir (Ingemarssons 2003; Brettell ve ark. 2008; Peelen ve ark.2016; O'Driscoll ve ark. 2018).

BÖLÜM 2: Pretermlerin Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Aile merkezli bakım kapsamında anne-bebek arasındaki ten tene teması devam ettirmek (kanguru bakımı), bebeğin beslenmesinde ve diğer uygulamalarda anne katılımını teşvik etmek ile bebeğin verdiği yanıtları ve tepkileri anlamanın kolaylaşacağı, annelerin güvenlerinin artacağı, hastaneye tekrar yatış oranları ve buna bağlı olarak da yenidoğan ölümlerinin azalacağı düşünülmektedir (Çağlar ve ark. 2019).

Literatüre göre AMB uygulamaları anneler üzerindeki olumlu gelişmelerin yanında pretermler üzerinde de yarar sağlamaktadır. AMB uygulamalarının pretermlerin kilo alımını arttırdığı, hastanede kalış süresini azalttığı, tam enteral beslenmeye geçişi hızlandırdığı, enfeksiyon gelişme riskini en aza indirdiği ve taburculuk sonrasında da neonatal gelişimi desteklediği bildirilmektedir (Johnson ve ark 2004; Ortenstrand ve ark. 2010; Bastani ve ark. 2015; Yu ve ark. 2017; He ve ark.'nın 2018).

Pretermlerin ***kilo alımları*** incelendiğinde; taburculuk zamanına kadar aile merkezli bakım programı grubundaki pretermlerin 809±394,76 gram (günlük: 22,68±11,02 gr) , standart bakım grubundaki pretermlerin 902,5±399,42 gram (günlük: 18,26±7,63 gr) kilo aldığı belirlenmiştir. (Tablo 4-2). Gruplar arasında kilo alımı açısından istatiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmekle birlikte grupların hastanede kalış süreleri (Aile Merkezli Bakım Grubu= 37,65±18,84 gün, Standart Bakım Grubu= 51,45±21,7 gün) göz önünde bulundurulduğunda gruplar arasında 13,8 günde yalnızca 93,5 gr fark olması klinik anlamda önem taşımaktadır.

Çalışma sonucumuza benzer şekilde; Beheshtipoor ve ark. (2013) 'nın "Aile temelli yetkinlik programının, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan preterm bebeklerin hastanede kalış süresi ve vücut ağırlığına etkisi" ni araştırdıkları çalışmada, tüm temel bakımları anneleri tarafından sağlanan bebeklerin çalışmamızla benzer olarak kilo alımını üzerinde anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir ($p>0,05$).

Lv ve ark. (2019)'nın ebeveyn bakım eğitimi ve ebeveynin günde 4 saat bakıma aktif katılımını içeren, 319 düşük doğum ağırlıklı pretermin dahil edildiği çalışmalarında da eğitim verilip bakıma katılımı sağlanan ebeveynlerin bebekleri ile

bakıma katılmayan ebeveynlerin bebekleri arasında taburculuktaki kilo alımı üzerinde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak; Yu ve ark. 'nın (2017) Tayvan'da yaptıkları aile merkezli bakım programının çok düşük doğum ağırlıklı bebekler üzerindeki nörodavranışsal, beslenme, morbidite, büyüme sonuçlarını inceledikleri çalışmalarında; bir grup anneye aile merkezli bakım diğer gruba standart bakım uygulanmış ve aile merkezli bakım programı uygulanan annelerin bebeklerinin kilo alımının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

He ve ark.'nın (2018) aile merkezli bakımın bronkopulmoner displazili preterm bebeklerde etkinliğini araştırdıkları çalışmasında, kilo alımının aile merkezli bakım uygulanan anne bebeklerinde, aile merkezli bakım uygulanmayan anne bebeklerine göre daha fazla olduğu sonucuna varmışlardır.

Araştırmamızda literatür genelinden farklı olarak aile merkezli bakım programı ve standart bakım grupları arasında kilo alımı açısından anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür. Buna göre **H1 hipotezine ulaşılamamıştır.**

Araştırma sonucumuzun literatürden farklı olarak AMB programını kilo alımını etkilememesini; evren sayımızın az olması, pretermlerin kilo alımınının birçok nedene bağlı olması ve pretermlerin prognozu nedenleri ile olduğunu düşünmekteyiz.

Pretermlerin ***hastanede kalış süresi*** incelendiğinde; aile merkezli bakım programı grubunun 37,65±18,84 gün, standart bakım grubunun 51,45±21,7 gün olduğu belirlenmiştir. Aile merkezli bakım grubu ve standart bakım grubu arasında hastanede kalış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde; Ortenstrand ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada aile merkezli bakım uygulanan pretermlerin hastanede yatış süresinde 5 günlük bir azalma bildirmişlerdir. Bhutta ve ark. (2004) Pakistan'da yaptıkları çalışmada, ailelerin taburculuk öncesi bebeklerinin bakımına aktif olarak katıldıklarında preterm bebeğin hastanede yatış süresinin kısaldığını ortaya koymuşlardır. Melnyk ve ark. (2006) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise aile merkezli bakım uygulanan bebeklerin yenidoğan yoğun bakımda yatış süresinde 3-8 günlük bir azalma görülmüştür. Beheshtipoor ve ark. (2013) da uyguladıkları aile temelli yetkinlik programının bebeklerin hastanede yatış süresini azalttığını bildirmişlerdir ($p<0,05$).

Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak; Karami ve Rostami (2009) 'nin çalışmalarında ise ebeveynlere aile merkezli bakım uygulamaları kapsamında eğitim ve destekleyici bir program uygulanmıştır. Eğitim uygulanan ve uygulanmayan ebeveynlerin bebeklerinin hastanede yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) .

Pretermlerin hastanede kalış süresi araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermekte ve AMB programının pretermlerin hastanede kalış süresini azalttığı görülmektedir. Buna göre **H2 hipotezine ulaşılmıştır.**

Pretermlerin ***tam enteral beslenmeye geçiş süresi***nin, aile merkezli bakım programı grubunda 18,25±15,7 gün olduğu, standart bakım grubunda ise 24,35±17,3 gün olduğu görülmüştür. Aile merkezli bakım programı grubundaki bebeklerin tam enteral beslenmeye geçiş süresinin daha kısa olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen pretermlerin hastanede kalış süresi göz önünde bulundurulduğunda gruplar arasında elde edilen 6 günlük fark klinik anlamda önem taşımaktadır.

Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak; Lv ve ark. (2019) çalışmalarında ebeveyn bakım eğitimi alan ve bebeklerinin bakımına aktif katılan annelerin bebekleri ile eğitim almayan ve bakıma katılmayan annelerin bebekleri arasında tam enteral beslenmeye geçiş süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bildirmişlerdir ($p<0,05$).

Yu ve ark. (2017) da AMB programı uygulanan bebeklerin tam enteral beslenmeye geçiş süresinin daha kısa olduğunu belirtmişlerdir.

He ve ark. (2018) aile merkezli bakımın bronkopulmoner displazili preterm bebeklerde etkinliğini araştırdıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan anne bebeklerinde, aile merkezli bakım uygulanmayan anne bebeklerine göre tam enteral beslenmeye geçiş süresinin daha kısa olduğu sonucuna varmışlardır.

Yapılan literatür incelemesi sonucunda AMB uygulamalarının tam enteral beslenmeye geçiş süresine etkisinin incelendiği yeterli sayıda araştırma olmadığı, ulaşılabilen araştırmaların da çalışma sonucumuza benzer olmadığı görülmüştür.

Araştırmamızın pretermlerin tam enteral beslenmeye geçiş süresi sonucu, literatürden farklı olarak AMB programı ile standart bakım programı bebeklerinin arasında tam enteral beslenmeye geçiş süresi açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Buna göre **H3 hipotezine ulaşılamamıştır.**

Araştırma sonucumuzun literatürden farklı olarak AMB programının tam enteral beslenmeye geçiş süresi açısından istatistiksel anlamda fark olmamasının; tam enteral beslenmeye geçişin birçok nedene bağlı olduğu, bebeklerin kan şekeri, kilo alımı vb. nedenlerle parenteral beslenmeye devam etme mecburiyetleri nedeni ile olduğu düşünülmektedir.

Pretermlerin ***mekanik ventilatörde kalış süresi*** incelediğimizde; aile merkezli bakım programı grubundaki bebeklerin 12,75±12,88 günde, standart bakım grubundaki bebeklerin ise 24,55±19,04 günde mekanik ventilatörden ayrıldığı görülmüştür. Aile merkezli bakım programı grubunun mekanik ventilatörden ayrılma süresinin daha kısa olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Literatür taramaları sonucunda AMB uygulamalarının mekanik ventilatörden ayrılma süresi ile ilişkisi hakkında yeterli sayıda çalışmaya ulaşılamamıştır. He ve ark.'nın (2018) bronkopulmoner displazili preterm bebeklerle yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer olarak; AMB uygulanan bebeklerin, uygulanmayan bebeklere göre daha kısa sürede mekanik ventilatörden ayrıldığı bildirilmiştir.

Çalışma sonucumuza göre AMB programının preterm bebeklerde mekanik ventilatörde kalış süresini azaltmaktadır. Bu bağlamda **H4 hipotezine ulaşılmıştır.**

BÖLÜM 3: Anne-Baba Stres Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yenidoğan yoğun bakım ortamında ebeveynlerin yaşadığı stres genellikle ihmal edilen bir konudur. Ebeveynlerin stresi hem onlar için hem de sağlık profesyonelleri için oldukça önemlidir. Strese neden olan kaynakların belirlenmesi ve bu durumlara yönelik müdahalelerin geliştirilmesi gerekmektedir. Ebeveynlerin YYBÜ'de daha fazla zaman geçirmeleri ve bebeğin bakımına katılımını sağlanarak ebeveyn stresi azaltılabilir (Yayan ve ark. 2019). Bu bağlamda AMB uygulamaları YYBÜ sürecinde ebeveynlerin stresini büyük ölçüde azaltabilir.

Yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına göre AMB programı uygulanan aile merkezli bakım programı grubundaki annelerinin stres düzeyindeki azalma, standart bakım grubundaki annelerden daha fazla olmuştur ve bu azalma gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4-3).

Keklikçi ve ark. (2020) yapmış oldukları tanımlayıcı çalışmada, bebeği YYBÜ'de yatan 81 ebeveyne Anne-Baba Stres Ölçeği uygulamış ve stres düzeyleri, stresle başetme yöntemlerini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda; ebeveynlerin ölçeklerin tüm alt boyutlarında ölçek puanlarına göre çok stresli olduğu, önceden düşük yapan annelerin, preterm bebek ailelerinin, bebeklerinin doğum kilosu 1500 gram ve altı olan ebeveynlerin, bebeği solunum cihazına bağlı olan ebeveynlerin daha stresli olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin stresle baş etme yöntemi olarak en çok bebeklerin bakımına katılmak ve daha fazla bilgi almak istedikleri görülmüştür.

Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde; Matricardi ve ark.'nın (2013) çalışmasında YYBÜ'nde preterm bebeği olan ebeveynlerin streslerini azaltmaya yönelik standart bakım (n=21) ve bebek masajını içeren müdahale grubu (n=21) oluşturulmuştur. İlk ölçüm bebeğin yatışının ilk haftasında, ikinci ölçüm ise taburculukta yapılmıştır. İlk ve ikinci ölçümler arasında standart bakım grubunun stres düzeyi artarken müdahale grubunun stres düzeyi azalmıştır.

Tandberg ve ark. (2013) erken doğmuş bebeklerin ebeveynlerinin, bebekleri YYBÜ'deyken ebeveyn stresi ve hemşirelik desteği deneyimlerinin cinsiyetlerine göre farklılıklarını incelemeyi amaçladıkları çalışmalarında; ilk ölçümde her iki anneden biri ve her beş babadan ikisinin yüksek düzeyde stresli olduğu, taburculukta ise annelerin stres düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir. İlk ölçüm temel alındığında taburculukta babaların stres düzeyinin arttığı saptanmıştır. Tandberg ve ark. annelerin stres düzeyindeki azalmanın ünitede daha sık bulunma, bebeğiyle daha uzun süre zaman geçirme ve bakımı konusunda bilgi ve becerilerini arttırmaları ile ilişkilendirmiştir.

Turan ve ark. (2008) çalışmasında müdahale grubuna bebeğinin YYBÜ'ye yatışının ilk 24-72 saat içerisinde ünite kuralları, rutinleri, cihaz ve monitörler hakkında bilgi verilen, bebeğe bakım veren sağlık profesyonellerinin tanıtıldığı yaklaşık 30 dakika süren eğitim verilmiştir. Bebeğin YYBÜ'deki yatışının onuncu gününde Anne-Baba Stres Ölçeği puan ortalaması müdahale grubunun kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Doğru ve Topan (2021), YYBÜ'de preterm bebeği olan ebeveynlerin stres düzeylerini azaltmaya yönelik verilen yatış eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmada, bir grup ebeveyne Doğru ve Topan'ın hazırladığı YYBÜ yatış eğitimi kitapçığı ile eğitim verilmiş ve sonrasında kitapçık ebeveyne teslim edilmiştir. Dört gün süren eğitim öncesinde ve sonrasında Anne-Baba Stres Ölçeği uygulanmış ve ölçek puanları incelendiğinde; ölçeğin "görünüm ve davranışlar" alt boyutunda, "bebekle ilişki anne baba rolü" alt boyutunda öntest ve sontest arasında anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), ölçeğin "görüntü ve sesler" alt boyuntunda öntest ve sontest arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sonuç olarak verilen eğitimin ebeveynlerin stresini azalttığı belirlenmiştir. AMB uygulamaları kapsamında aileye verilen eğitimin, ailenin bilgilenme gereksinimini karşılaması stres azaltıcı bir hemşirelik girişimidir.

Soğum ve Dikeç (2020) bebeği YYBÜ'de yatan 33 anne ile yaptıkları çalışmalarında, 10 gün annelere kanguru bakımı yaptırmış ve stres düzeylerini incelemişlerdir. Kanguru bakımı öncesinde ve 10 gün süren kanguru bakımı sonrası annelere 2 kez Anne-Baba Stres Ölçeği uygulanmıştır. Ölçek puanları incelendiğinde uygulama öncesi ve sonrası puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). AMB uygulamalarından biri olan kanguru bakımının annelerin stres düzeyini azalttığı görülmüştür.

Yapılan literatür incelemesi sonucunda, çalışmamızla benzer olan araştırmaların sonuçlarının çalışmamızla paralellik gösterdiği görülmüştür. Literatüre göre, AMB uygulamaları ebeveynlerin/annelerin YYBÜ sürecindeki stresini azaltmaktadır. Bu bağlamda aile merkezli bakım programı grubu annelerinin stres düzeylerinin, standart bakım grubundaki annelerden daha düşük olduğuna dayanan **H5 hipotezine ulaşılmıştır.**

BÖLÜM 4: Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

YYBÜ'de anne-bebek bağlanmasının gerçekleştirilmesi için; annenin bebeği ile konuşması, bebeğine dokunması, ten tene temasın (kanguru bakımı) sürdürülmesi, mümkün olduğunca uzun süre bebekleri ile birlikte olmaları konusunda sağlık profesyonellerinin anneyi cesaretlendirmesi ve bakıma katılımlarının artırılması sağlanmalıdır (Öztürk ve Saruhan 2010).

Çalışma verileri incelendiğinde, aile merkezli bakım programı ve standart bakım gruplarının 2. hafta ve taburculuk ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$)". (Tablo 4-5) (Grafik 4-2).

Çalışmamızda da aile merkezli bakım programı grubunun 2. hafta ve taburculuk ölçek puanlarının standart bakım grubuyla karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasının sebebi; uyguladığımız aile merkezli bakım programı kapsamında aile merkezli bakım programı grubundaki annelerin standart bakım grubundaki annelere göre bebekleri ile daha fazla vakit geçirmesi, daha uzun süre kanguru bakımı yapması, emzirmesi ve diğer bakımlarına aktif katılması olduğu düşünülmektedir.

Çalışma verilerimize benzer şekilde; Cho ve ark. (2016) kanguru bakımının preterm bebeklerin fizyolojik tepkilerini ve anne-bebek bağlamasındaki etkisini inceledikleri çalışmalarında, kanguru bakımının anne-bebek bağlanmasını arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

Eren Balcı (2018), YYBÜ'de yatan preterm bebeklerin annelerinde anne-bebek bağlanması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla 127 bebek ve annesi ile yaptığı çalışmada; mekanik ventilatöre bağlı olan bebeklerin annelerinin ventilatöre bağlı olmayıp küvöz içinde oksijen alan ve kendi solunumu sürdüren bebeklerin annelerine göre maternal bağlanma puanlarının daha düşük olduğu ($p<0,05$), bebeğini emzirmeyen, kucağına almayan, bebeğini YYBÜ'de haftada bir ya da iki kez ziyaret eden, bebeğinin bakımına katılmayan annelerin maternal bağlanma puan ortalamasının düşük olduğunu ($p<0,05$) bildirmiştir.

Zeraati ve ark. (2017), 30-36 gestasyon haftasında doğan 60 preterm bebek ve anneleri ile aile merkezli bakımın bağlanma üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında; aile merkezli bakım uygulanan annelerin bağlanmalarının, standart bakım uygulanan randomize oluşturulan 2 kontrol grubundaki annelerin bağlanmalarından daha fazla olduğunu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ($p<0,001$) bildirmiştir.

Çalışma verilerimizden farklı olarak; Peker (2015), YYBÜ'de yatan preterm bebeklerde kanguru bakımının bebeğin boy uzaması, baş çevresi büyümesi, kilo alımı, maternal bağlanma ve anne-bebek algısı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında bir gruba kanguru bakımı ile ilgili uygulama öncesi eğitim verilmiş ve annelere 1 ay boyunca günde en az 1 saat kanguru bakımı yaptırılmış, bebek bu

süreçte taburcu olur ise uygulamayı evde de sürdürmeleri konusunda bilgi verilmiştir. Çalışmanın bağlanma sonucu ise; kanguru bakımı öncesi ve sonrası annelerde bağlanma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığıdır ($p>0,05$). Peker (2015) bağlanma açısından fark olmamasını, örneklem sayısının azlığı, evde kanguru bakımının etkin şekilde sürdürülmemesi ve gruplar arasında randomizasyon yapılmaması ile ilişkilendirmiştir.

Koçyiğit (2018), preterm bebeği YYBÜ'den taburcu olan 456 anne ile yaptığı çalışmada annelerin maternal bağlanma düzeyini incelemiş ve bebeği solunum desteği alan, bebeği YYBÜ'de 3 haftadan fazla yatan, bebeği orogastrik tüp ile beslenen annelerin bağlanmalarının daha düşük olduğu sonucuna varmıştır. Fakat Koçyiğit (2018) aynı çalışmasında, kanguru bakımı ile maternal bağlanma arasında istatistiksel oalrak anlamlı fark olmadığını ($p>0,05$) bildirmiştir. Bu sonucu YYBÜ'de kanguru bakımının etkin şekilde yapılmaması ile ilişkilendirmiştir.

Literatür incelendiğinde çalışmamızdan farklı olarak çoğunlukla araştırmalarda Maternal Bağlanma Ölçeği kullanıldığı görülmüştür. Araştırmamız kapsamında annelerin bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği kullanıldı. Çalışmamızdaki aile merkezli bakım programı kapsamında yapılan uygulamaların (kanguru bakımı, emzirme, annenin bebek ile daha fazla vakit geçirmesi ve annenin bebeğinin bakımına aktif katılımı) literatür sonuçlarına paralel olarak anne bebek bağlanmasını arttırdığı, aile merkezli bakım programı grubu ve standart bakım grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda AMB uygulanan annelerin, AMB uygulanmayan annelere göre anne-bebek bağlanmasının daha fazla olacağı yönündeki **H6 hipotezine ulaşılmıştır.**

BÖLÜM 5: Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

YYBÜ ailelere en çok kaygı ve stres yaşatan birimlerdendir. Doğumun olması gereken zamandan önce gerçekleşmesi, hasta bir bebeğe sahip olma, bebeği kaybetme korkusu vb. ailelerde özellikle annelerde suçluluk, kaygı, panik gibi duygulara neden olmaktadır. YYBÜ'de bakımın aile ile birlikte planlanması ve uygulanmasının bakımın kalitesini arttırdığı ve ailenin yaşadığı olumsuz duyguları azalttığı bildirilmektedir (Akbaş ve ark. 2019).

Çalışmamızın sonuçlarında istatistiksel olarak hem durumluk hem süreklilik kaygı faktörlerinde zamanla ortalama puanların anlamlı ($p<0,05$) şekilde düştüğü ve bu düşüşün gruplar arasında da anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-6).

Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Cheng ve ark. (2019) randomize kontrollü çalışmasında 33 gebelik haftasından önce doğan preterm bebeği olan 1383 anneye AMB uygulanmış ve annelerin stres, kaygı düzeyleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda AMB uygulanan annelerin YYBÜ ilişkili kaygılarının, kontrol grubundaki annelere göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). AMB uygulamalarının annelerdeki kaygıyı azaltığı bildirilmiştir.

Zhang ve ark. (2018) yaptıkları randomize kontrollü araştırmalarında 61 preterm ve onların 110 ebeveyni ile çalışmışlardır. Çalışma kapsamında ebeveynlere bir eğitim programı uygulanmış ve bu eğitim programı sonrasında da ebeveynlerin bebeklerinin bakımına günde en az 4 saat birincil bakım verici olarak katılmaları sağlanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre bebeğinin bakımına katılan ailelerin kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Bostanabad ve ark. (2017) çalışmamızla benzer şekilde YYBÜ'de preterm bebeği olan ebeveynlere uyguladıkları AMB'nin, ebeveynlerin kaygı düzeylerine etkisini incelemişlerdir. Çalışmalarında 60 ebeveyni randomize şekilde 2 gruba ayırmışlar ve deney grubuna yenidoğan bakım eğitimini, anne desteğini, ziyaret esnekliğini içeren AMB uygulamışlardır. Kontrol grubuna ise ünitenin standart bakımı uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarında AMB uygulanan deney grubundaki ebeveynlerin kaygı puanlarında anlamlı azalma olduğu fakat kontrol grubunun kaygı puanlarında anlamlı azalma olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamız sonucuna göre literatüre benzer şekilde AMB uygulamalarının annelerin kaygı düzeyini anlamlı şekilde azalttığı ve AMB uygulanmayan anneler ile aralarında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Buna göre AMB uygulamalarının annelerin kaygı düzeyini azalttığı yönündeki **H7 hipotezine ulaşılmıştır.**

BÖLÜM 6: Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Anne-bebek ilişkisinin benzersiz ve savunmasız doğası sebebi ile YYBÜ'ler AMB uygulamaya en uygun ortamlardır. Preterm yenidoğanlar yaşamlarının ilk

gününden itibaren önemli mücadeleler verirken, aileler de fiziksel, duygusal, psikososyal zorluklar yaşamaktadırlar. AMB özellikle bu popülasyon için oldukça önemli ve yararlıdır (Brown 2020). Ailelerin gereksinimleri ile birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım yaklaşımının uygulanması aile, bebek ve sağlık profesyoneli açısından bu zorlu sürece uyumu arttırmakta, bebeğin sağlık durumu ve yatış süresi üzerine de olumlu etkiler göstermektedir (Yu ve ark. 2017).

Araştırmamızda Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin gruplar arası analizinde 2. hafta ve taburculuk tutarlılık faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). 2. hafta ve taburculuk tutarlılık faktöründe aile merkezli bakım programı grubunun ortalama puanlarının standart bakım grubunun ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı.

Literatür incelendiğinde daha çok aile merkezli bakımın sağlık profesyonelleri tarafından nasıl algılandığı konusunda araştırmalar yapıldığı görülmüştür.

Çalışma verilerimize benzer şekilde; Balbino ve ark. (2016) Brezilya'da yarı deneysel olarak tasarladıkları YYBÜ'de yatan 132 yenidoğan ve ailesi, 57 sağlık profesyoneli ile çalıştıkları araştırmalarında aile merkezli bakım uygulamasının ebeveynlerin, sağlık profesyonellerinin sağlık algıları ve ebeveynlerin stresi üzerindeki etkilerini değerlendirilmiş ve çalışmanın sonucunda ebeveynlerin algılasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p<0,05$).

Russel ve ark. (2014) 'nın 32 gebelik haftasından önce doğan bebeği olan 32 anne ve 7 baba ile yaptıkları nitel araştırmada, ailelerin bebeklerinin bakımına katılmalarının ve sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim kurabilmelerinin annelerin memnuniyetlerini arttırdığı belirlenmiştir.

Zhang ve ark. (2018)'nın çalışmasında da AMB uygulanan ebeveynlerin aile merkezli bakım memnuniyetlerinin AMB uygulanmayan ebeveynlere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

Bu doğrultuda, aile merkezli bakım programı grubundaki annelerin aile merkezli bakım memnuniyetinin, strandart bakım grubu annelerinden daha yüksek olduğu öngörülen **H8 hipotezine ulaşılmıştır**.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile merkezli bakım programının yenidoğan yoğun bakım ünitesinden yatan preterm bebekler ve anneleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla "randomize kontrollü deneysel" tasarım tipinde gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Çalışmaya katılan anneler tanıtıcı ve obstetrik özellikler bakımından benzerdi ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan preterm bebekler tanıtıcı özellikler (gestasyon yaşı, doğum kilosu vb.) açısından benzerdi ($p>0,05$).
- AMB programı uygulanan preterm bebekler ile standart bakım uygulanan preterm bebekler arasında kilo alımı açısından istatiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).
- AMB programı uygulanan preterm bebeklerin, standart bakım uygulanan preterm bebeklere göre hastanede kalış süresinin daha kısa olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- AMB programı uygulanan preterm bebekler ile standart bakım uygulanan preterm bebekler arasında tam enteral beslenmeye geçiş süresi açısından anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).
- AMB uygulanan preterm bebeklerin, strandart bakım uygulanan preterm bebeklere göre mekanik ventilatörde kalış süresinin daha kısa olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- AMB uygulanan preterm bebek annelerinin stres düzeyinin, standart bakım uygulanan preterm bebek annelerine göre daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- AMB uygulanan preterm bebekler ile anneleri arasındaki anne-bebek bağlanmasının, standart bakım uygulanan preterm bebekler ile annelerine göre daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- AMB uygulanan preterm bebek annelerinin kaygı düzeylerinin, standart bakım uygulanan preterm bebek annelerine göre daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$).

- AMB uygulanan preterm bebek annelerinin aile merkezli bakım memnuniyetinin, standart bakım uygulanan preterm bebek annelerine göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Aile merkezli bakım programının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan preterm bebeklerin hastanede kalış süresini ve mekanik ventilatörde kalış süresini azalttığı, annelerin stres ve kaygı düzeylerini azalttığı, anne-bebek bağlanmasını ve annelerin aile merkezli bakım memnuniyetini arttırdığı görülmüştür. Bu nedenle;

- YYBÜ'lerdeki sağlık profesyonellerinin aile merkezli bakım konusunda bilgilendirilmesi ve bu doğrultuda tutum ve davranışların değiştirilmesine yönelik desteklenmesi ,
- Aile merkezli bakım uygulamalarının sağlık kuruluşlarında yaygınlaştırılması ve buna yönelik politikaların sürdürülmesi,
- Ebeveynlerin bakıma katılmaları konusunda cesaretlendirilmesi ve teşvik edilmesi,
- Ebeveynlere aile merkezli bakım ile ilgili bilgilendirici eğitimlerin verilmesi,
- Türkiye'de Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin kullanıldığı daha fazla sayıda çalışma yapılması,
- Türkiye'de aile merkezli bakımın yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan preterm bebekler üzerindeki hastanede kalış süresi, mekanik ventilatörde kalış süresi, kilo alımı, tam enteral beslenmeye geçiş süresi etkilerini inceleyen daha fazla sayıda deneysel tasarım tipinde kapsamlı çalışma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdallah, B., Badr, K. L. & Hawwari M. (2013). The efficacy of massage on short and long term outcomes in preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 6(4), 662-669.

Afand, N., Keshavarz, M., Fatemi, N. S., & Montazeri, A. (2017). Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(13-14), 1887-1892

Ahn, H. Y., Lee, J., & Shin, H. J. (2010). Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *Journal of Tropical Pediatrics*, *56*(5), 342-344.

Akarsu, R. H., Tunca, B. & Alsaç, S. Y. (2017). Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(4), 275-279.

Akbaş, M., Akça, E., Şenoğlu, A., & Sürücü, Ş. G. (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *28*(2), 87-97.

Akpınar, F. & Göçmen, İ. (2014). Yenidoğanlarda deri bakımı. *Maltepe Tıp dergisi, 6*(2).

Aktaş E., Teksöz E. & Ocakçı A. (2012). Ailede kadının değişen rolünün çocuk sağlığına etkisi ve aile merkezli bakımın önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *28*(1), 73-80.

Albayrak, S. (2018) Aile merkezli bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin preterm bebek ve aile üzerine etkisi. Doktora Tezi. Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Aldem M. & Geçkil E. (2019). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım kavramı ve ilkeleri. *Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri,* 1-4

Als, H. & McAnulty, G. (2011). The newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) with kangaroo mother care (KMC): comprehensive care for preterm infants. *Current women's health reviews*, *7*(3), 288-301.

American Academy of Pediatrics (2012). Levels Of Neonatal Care. Erişim Tarihi 26.05.2021 https://pediatrics.aappublications.org/content/130/3/587

Arpacı, T. & Altay, N. (2017). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım: Güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, *9*(3).

Arshadi Bostanabad, M., NamdarArshatnab, H., Balila, M., Asghari Jafarabadi, M., & Ravanbakhsh, K. (2017). Effect of family-centered intervention in neonatal intensive care unit on anxiety of parents. *International Journal of Pediatrics*, *5*(6), 5101-5111.

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

Balaban, E. (2016). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebek annelerine verilen eğitimin anne özgüvenine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstanbul.

Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2016). Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*.

Balcı, S. & Yıldırım Balkan Z. (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım. *Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıklari Hemşireliği-Özel Konular*, *2*, 18-23.

Bastani, F., Abadi, A.T. & Haghani, H.(2015). Effect of family-centered care on improving parental satisfaction and reducing readmission among premature infants: A randomized controlled trial. *Journal Of Clinical and Diagnostic Research. 9*(1).

Beheshtipoor N., Shaker Z., Edraki M., Razavi M. & Zare N. (2013). The Effect of family-based empowerment program on the weight and length of hospital stay of preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Galen Medical Journal*, *2*(3), 114-9.

Berlin, E. A., & Fowkes Jr, W. C. (1983). A teaching framework for cross-cultural health care application in family practice. *Western Journal of Medicine*, *139*(6), 934.

Bhutta Z.A., Khan I., Salat S., Raza F. & Ara H. (2004). Reducing length of stay in hospital for very low birthweight infants by involving mothers in a stepdown unit: an experience from Karachi (Pakistan). *Bmj*, *329*(7475), 1151-5.

Blume Peytavi, U. & Kanti V. (2018). Prevention and treatment of diaper dermatitis. *Pediatrics Dermatology,* 35, 19–23.

Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., Chan, GJ., Labar,AS., Wallb,S. & Atuna,R. (2016). Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organization*, *94,* 130–141J

Boztepe, H. & Çavuşoğlu H. (2009). Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*.11-24.

Brettell, R., Yeh, P. S., & Impey, L. W. (2008). Examination of the association between male gender and preterm delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *141*(2), 123-126.

Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., & Thomas, K. A. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*, *33*(4), 52-60.

Çağlar S. (2015).Bez dermatiti ve bakımı. *Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği- Özel Konular, 1*(2), 29-33

Çağlar, S., Ar, I., Yaşa, B. & Kurt, Ş. (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım: Anne görüşleri. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *28*(2), 120-126.

Çakmak E. (2015). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisi. Doktora Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Aydın.

Çelik, M. Y. (2018). Çocuk hastalarda aile merkezli bakım ve hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*, *28*(1), 26-31.

Cheng, C., Franck, L. S., Ye, X. Y., Hutchinson, S. A., Lee, S. K., & O'Brien, K. (2021). Evaluating the effect of Family Integrated Care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *39*(2), 166-179.

Cherry, A. S., Blucker, R. T., Thornberry, T. S., Hetherington, C., McCaffree, M. A., & Gillaspy, S. R. (2016). Postpartum depression screening in the neonatal intensive care unit: program development, implementation, and lessons learned. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *9*, 59.

Cho E-S, Kim S-J, Kwon MS, Cho H, Kim EH, Jun EM, et al. (2016). The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal–infant attachment, and maternal stress. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 31*(4), 430-8.

Çınar, N., Köse, D. & Altınkaynak, S. (2013). Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *22*(6).

Coughlin M., Gibbins S. & Hoath S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, *65*, 2239-2248.

Dağoğlu T. & Ovalı F. (2018). Neonatoloji. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitap Evleri; 303- 310: 1253-1259

Davidson ve ark. (2017). Guidelines for femilt centered care in neonatal, pediatric, adult intensive care unit. *Critical Care Medicine 45*(1);104-128

Doğru, S. & Topan, A. (2021). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine prematüre bebeği yatan ebeveynlere verilen yatış eğitiminin stres düzeylerine etkisi. *Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi, 8*, 26-36

Dündar, S. A., Bayat, M. & Erdem, E. (2011). Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 20*(2), 137-142.

Dunn M.S., Reilly M.C., Johnston A.M., Hoopes R.D. & Abraham M.R. (2006). Development and dissemination of potentially better practices for the provision of family-centered care in neonatology: The family-centered care map. *Pediatrics, 118*(Suppl 2), S95-107.

Erdem, Ö. & Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi, 39*(3), 458-461.

Eren Balcı, M. (2018). Prematüre bebeği yenidoğan yoğun bakımda yatan annelerde anne bebek bağlanması ve ilişkili faktörler.Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Gözen D. (2015). Yenidoğanda verniks kazeozanın önemi ve banyo uygulaması.*Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlğı ve Hastalıkları Hemşireliği- Özel Konular, 1*(2), 11-16.

Gülçek, E. (2014). Yenidoğan yoğun bakım servisinde bebeği yatan annelere verilen planlı eğitimin annelerin anksiyete düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Malatya.

Güler, İ. & Bigzat, M. (2019). The effects of kangaroo care on the premature baby. Maltepe Üniversitesi Uluslararası Öğrenci Kongresi: "Hemşirelikte Kanıt Temelli Uygulamalar.

Günay, U. & Coşkun, D. (2019). Kanguru bakımı uygulaması başlatılan bir yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğan ekibinin gözlem, görüş ve deneyimleri: nitel bir araştırma. *Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Dergisi, 6*, 85-90.

Güven, Ş. T., Dalgıç, A. İ. (2017). Prematüre yenidoğanlar için geliştirlmiş bireyselleştirilmiş gelişimsel destekleyici gelişimsel bakım programı. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 9,* 41-61.

Harrison T.M. (2010). Family centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335-343.

He S-W, Xiong Y-E, Zhu L-H, Lv B, Gao X-R, Xiong H, et al. (2018). Impact of family integrated care on infants' clinical outcomes in two children's hospitals in China: a pre-post intervention study. *Italian Journal of Pediatrics, 44*(1):65

Ingemarsson, I. (2003). Gender aspects of preterm birth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 110,* 34-38.

Instute of Patient and Family Centered Care (2018). Patient and Family Care. Erişim Tarihi 24.05.2021 https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html

Ionio, C., Colombo C., Brazzoduro V., Mascheroni E., Confalonieri E., Castoldi F. & Lista G. (2016). Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology. 12*(4), 604.

Johnson B.H., Abraham M.R. & Parrish R.N. (2004). Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement. *Clinics in Perinatology, 31* ,353–82.

Jolley, J. & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing, 24*(2), 164-170.

Karami K., Rostami S. & Ghadirian F. (2009). The effect of educational and supportive programs on stress level of mothers with premature and length of stay. *Yafte, 11*(2), 71-77.

Keklikçi, Y., Dorum, B. A., & Vatansever, A. (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ailelerin stres düzeyleri ve baş etme yöntemleri. *Van Tıp Dergisi*, *27*(2), 160-165.

Koçyiğit, N. (2018). Prematüre bebeği olan annelerin maternal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Konukbay D. & Arslan F. (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences,*14(2):16-22.

Küçükoğlu S., Çelebioğlu A. & Coşkun D. (2014).Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*. 3(3), 921–932

Kurnaz E. (2007). Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, İstabul.

Lester, B. M., Hawes, K., Abar, B., Sullivan, M., Miller, R., Bigsby, R., ... & Padbury, J. F. (2014). Single-family room care and neurobehavioral and medical outcomes in preterm infants. *Pediatrics*, *134*(4), 754-760.

Lincetto, O., & Banerjee, A. (2020). World Prematurity Day: improving survival and quality of life for millions of babies born preterm around the world. *American Journal of Phsiology Lung Cellular and Molecular Phsiology*,*319*(5), L871-L874.

Lv, B., Gao, X. R., Sun, J., Li, T. T., Liu, Z. Y., Zhu, L. H., & Latour, J. M. (2019). Family-centered care improves clinical outcomes of very-low-birth-weight infants: a quasi-experimental study. *Frontiers in pediatrics*, *7*, 138.

Maatman, S. M. O., Bohlin, K., Lilliesköld, S., Garberg, H. T., Uitewaal-Poslawky, I., Kars, M. C. & van den Hoogen, A. (2020). Factors influencing implementation of family-centered care in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Pediatrics*, *8*.

Maree, C. & Downes, F. (2016). Trends in family-centered care in neonatal intensive care. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, *30*(3), 265-269.

Maree, C., Kekana, P., van der Walt, C., Yazbek, M., & Leech, R. (2017). Quality improvement initiative for family-centered care in the neonatal intensive care unit of a tertiary hospital in South Africa. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, *31*(3), 274-280.

Matricardi, S., Agostino, R., Fedeli, C. & Montirosso, R. (2013). Mothers are not fathers: difference between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. *Acta Paediatrica, 102,* 8-14

Medina F. I. M., Praenomina, J., Fernández Sola, C., Hernández Padilla, J. M., Camacho Ávila, M. & López Rodríguez, M.D.M. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth, 31*(4), 325–333

Melnyk B, Feinstein N, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean H, Sinkin R, et al. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the COPE NICU program: A randomized clinical trial. *Pediatrics, 118*(5), 1414-27.

Merey, Z. & Lokmanoğlu, A. Ş. (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin dini başa çıkma süreçleri. *Bilimname, 2019*(37), 1117-1153.

O'Brien K., Bracht M., Macdonell K., McBride T., Robson K., O'leary L., *et al*.(2013). A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth, 13*(Suppl 1), S12.

O'Driscoll, D. N., McGovern, M., Greene, C. M., & Molloy, E. J. (2018). Gender disparities in preterm neonatal outcomes. *Acta Paediatrica, 107*(9), 1494-1499.

Omak, D., Kahriman, İ. & Özoran, Y. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, *13*(2), 212-8.

Ortenstrand A., Westrup B., Broström E.B., Sarman I., Akerstörm S., Brune T., *et al.* (2010). The Stockholm neonatal family centered care study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics 125,* e278-85.

Örtenstrand, A., Westrup, B., Broström, E. B., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., ... & Waldenström, U. (2010). The Stockholm neonatal family centered care study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*, *125*(2), e278-e285.

Ovalı F, Gürsoy T. (2011). Neonatoloji Cep Kitabı. Akademi Yayınevi. İstanbul. s:472-476

Öztürk, C. & Ayar D. (2014). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7*(4), 315-320.

Öztürk, R. & Saruhan A. (2010). Prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir.

Özyazıcıoğlu, N. & Tüfekci, F. G. (2009). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12*(4), 66-73.

Peelen, M. J., Kazemier, B. M., Ravelli, A. C., De Groot, C. J., Van Der Post, J. A., Mol, B. W., ... & Kok, M. (2016). Impact of fetal gender on the risk of preterm birth, a national cohort study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *95*(9), 1034-1041.

Peker, N. (2015). Prematüre yenidoğanlarda kanguru bakımının bebeğin büyümesi ve anne-bebek ilişkisine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Ramezani, T., Shirazi, Z. H., Sarvestani, R. S., & Moattari, M. (2014). Family-centered care in neonatal intensive care unit: a concept analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *2*(4), 268.

Ruschel, L.M., Pedrini, D.B. & Cunha, M.L.C. (2018). Hypothermia and the newborn's bath in the first hours of life. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 39*, e20170263.

Russell G., Sawyer A., Rabe H., Abbott J., Gyte G., Duley L. & Ayers A.(2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units. *BMC Pediatrics 14*(1): 5-12.

Sarin, E. & Maria, A. (2019). Acceptability of a family-centered newborn care model among providers and receivers of care in a public health setting: a qualitative study from India. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 1-11.

Shoghi, M., Sohrabi, S., & Rasouli, M. (2018). The effects of massage by mothers on mother-infant attachment. *Alternative Therapies Health Medicine*, *24*(3), 34-39

Soğum, D. & Dikeç, G. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde uygulanan kanguru bakımının annelerin stres düzeylerine etkisi. *Sağlık ve Toplum Dergisi, 30*(2), 114-122

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2019). Mortalite. Erişim Tarihi 26.05.2021 https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tebliğ. Erişim Tarihi 25.05.2021 https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7.htm

Talipoğlu, Y. (2012) Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Tandberg, B. S., Sandtro, H. P., Vardal, M. & Ronnestad, A. (2013). Parents of preterm evalution of stress and nursing support. *Journal of Neonatal Nursing*, *19*, 317-326.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015). Temel Yenidoğan Bakımı. 61-90. Erişim Tarihi 12.03.2021 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/1.2_revizyon_19.11.2019_Temel_Yenidogan_Bakimi_Kitabi_1.pdf

Tharashree, C. D., Shravani, M. R., & Srinivasa, S. (2018). The effect of kangaroo mother care (KMC) on breast feeding at the time of NICU discharge. *Internationa Journal of Contemporary Pediatrics*, *5*(3), 1068-71.

Toivonen, M., Lehtonen, L., Ahlqvist-Björkroth, S., & Axelin, A. (2019). Key factors supporting implementation of a training program for neonatal family-centered care–a qualitative study. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 1-10.

TÜİK. (2019). Ölüm Ve Ölüm Nedenleri İstatistikleri. Erişim Tarihi 26.05.2021 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710

Turan, T. & Erdoğan, Ç. (2018). Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki prematüre bebeğin gelişiminin desteklenmesi. *JAREN, 4*(2), 127-132.

Turan, T., Başbakkal, Z. & Özbek, Ş. (2008). Effect of nursing internvation on stressors of parents of prematüre infant in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 2856-2866.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri ve Enstitüsü. Erişim Tarihi 25.05.2021 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf

Üğücü, G. (2018) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Verilen Standart Hemşirelik Bakımının Ebeveyn Stres Düzeyi ve Aile Merkezli Bakım Algısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Varışoğlu, Y. & Satılmış, İ. G. (2019). Preterm doğumlarda anne sütü ve anne sütünü artırmaya yönelik alternatif yöntemler. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal, 2*(2), 99-113.

Voos K., Ross G., Ward MJ., Yoahy A-L. & Perlman J. (2009). Factors contributing to stress in a Neonatal Intensive Care Unit. Pediatric Academic Societies Conference 2009 May 2–5; Baltimore, Maryland.

Voos, K. C., Ross, G., Ward, M. J., Yohay, A. L., Osorio, S. N., & Perlman, J. M. (2011). Effects of implementing family-centered rounds (FCRs) in a neonatal intensive care unit (NICU). *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal medicine*, *24*(11), 1403-1406.

Wolke, D., Eryigit-Madzwamuse, S., & Gutbrod, T. (2014). Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, *99*(1), F70-F75.

World Health Organization (2003). Kangaroo Mother Care A Practical Guide. Erişim Tarihi 15.03.2021 https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241590351

World Health Organization (2018). Preterm Birth. Erişim Tarihi 25.05.2021 https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

Yayan, E. H., Özdemir, M., Düken, M. E., & Dağ, S. Y. (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(1), 82-89.

Yeğen, B. & Egemen, A. (2000). Dokunmanın ve bebek masajının önemi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 9*(2).

Yılmaz, Ö. E. & Gözen, D. (2019). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakımın önemi ve bakım kalitesini geliştirmedeki değeri. *Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri*, 5-11.

Yu, Y. T., Hsieh, W. S., Hsu, C. H., Lin, Y. J., Lin, C. H., Hsieh, S., ... & Jeng, S. F. (2017). Family-centered care improved neonatal medical and neurobehavioral outcomes in preterm infants: randomized controlled trial. *Physical Therapy*, *97*(12), 1158-1168.

Zeraati, H., Nasimi, F., Shahinfar, J., Milan Delaiee, M., Momenizadeh, A., & Barfidokht, A. (2017). The effect of family-centered care program on maternal attachment in mothers of premature infants. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, *19*(6), 22-27.

Zhang, R., Huang, R. W., Gao, X. R., Peng, X. M., Zhu, L. H., Rangasamy, R., & Latour, J. M. (2018). Involvement of parents in the care of preterm infants: a pilot study evaluating a family-centered care intervention in a chinese Neonatal ICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, *19*(8), 741-747.

HAM VERİLER

FORMLAR

EK-1 .Veri Toplama Formu

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

Deney grubu ( )
Kontrol grubu ( ) **Tarih:**
No:

A. Anneye Ait Tanıtıcı Özellikler

1.Yaşınız.....
2.Eğitim durumunuz
(1) Okur-yazar (2) İlköğretim (3) Lise (4)Lisans ve üzeri

3.Mesleğiniz
(1)Çalışıyor (2) Çalışmıyor

4.Eşinizin eğitim durumu
(1) Okur-yazar (2) İlköğretim (3) Lise (4)Lisans ve üzeri

5.Eşinizin mesleği
(1)Çalışıyor (2) Çalışmıyor

6.Eşinizle aranızda akrabalık var mı?
(1) Evet (2) Hayır

7.Sağlık güvenceniz var mı?
(1)Evet (2) Hayır

8. Gelir düzeyiniz

(1)Gelir giderden az (2)Gelir gidere denk (3)Gelir giderden fazla

9. Sigara Kullanımı
(1)Var (2) Yok (3)Bırakmış
….. adet/gün

10. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
(1) Evet (2) Hayır (Yanıtınız hayır ise 12. soruya geçiniz)

11. Kronik hastalığınız nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
(1) Diyabet hastalığı (Şeker)
(2) Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)
(3) Kalp hastalığı
(4) Böbrek hastalığı
(5) Diğer (Açıklayınız……

12.Gebelik Öyküsü
(1) Gebelik sayısı .....
(2)Canlı doğum sayısı .....
(3)Ölü doğum sayısı ....
(4)Düşük .....
(5)Doğumdan sonra 0-28 gün içinde ölen bebek sayısı .....

13.Doğumunuz kaçıncı haftada gerçekleşti? .....

14. Doğum Şekli:
(1) Sezaryen (2) Vajinal doğum

15. Planlı bir gebelik miydi?
(1)Evet (2) Hayır

16. Bebeğinizin cinsiyetinin ne olmasını istiyordunuz?
(1) Kız (2) Erkek (3) Fark etmez

17. Eşiniz bebeğinizin cinsiyetinin ne olmasını istiyordu?
(1) Kız (2) Erkek (3) Fark etmez

18. Bebeğinizi doğumdan sonra gördünüz mü?
(1) Evet, doğumhanede/ameliyathanede (2) Hayır

19.Doğum olayınızı nasıl tanımlarsınız?
(1) Ağrılı (2) Mutluluk verici (3) Korku verici (4)Stresli (5) Hayal kırıklığı (6)Diğer.....

20.Bebeğinizin durumu hakkında bilgi aldınız mı?
(1)Evet (2)Hayır (Yanıtınız hayır ise 22.soruya geçiniz)

21. "Evet" ise kimden bilgi aldınız?
(1) Hekim (2) Yenidoğan Hemşiresi (3)Doğumhane hemşire/ebe (4)Eşim
(5) Diğer.....

22. Doğum sonrası süreçte ailenizden destek alıyor musunuz?
(1)Evet (2)Hayır (Yanıtınız hayır ise 25.soruya geçiniz)

24.Evet ise kimden destek aldınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)
(1) Eşimden
(2) Eşimin annesinden ve diğer aile fertlerinden
(3) Kendi annemden ve diğer aile fertlerinden
(4) Arkadaşlarımdan
(5) Diğer (Açıklayınız …….)

25. Bebeğinize bakım sürecinde en fazla hangi yönden destek olmak istersiniz? (Önem sırasına göre en önemli 1 olacak şekilde sıralayınız.)
( ) Psikolojik/duygusal destek
( ) Fiziksel bakım desteği
( ) Maddi destek (Bebeğinizin YYBÜ'de ihtiyaç duyacağı bebek bezi, ıslak mendil vs. almak)
( ) Diğerleri…….

26. Bebeğinizi YYBÜ'de ziyaret etmenizin bebeğinizin sağlık durumunu olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyor musunuz?
(1) Evet (2) Hayır

B. Bebeğe Ait Tanıtıcı Özellikler

27.Bebeğin doğum kilosu nedir? :

28.Bebeğin cinsiyeti
(1) Kız (2) Erkek

29.Bebeğin gestasyon yaşı :

30. Bebeğin tıbbi tanısı:

31. Bebeğin solunum durumu?
(1) NSIMV…..gün
(2) NIPPV…..gün
(3) NCPAP …..gün
(4) ENTÜBE-SIMV…..gün
(5) ENTÜBE- HFO…..gün

32. Bebeğin beslenme durumu
(1) Dekomprese ….gün
(2) Anne sütü bekleniyor ….gün
(3) 8x AS/mama ….gün
(4) 12x AS/ mama ….gün
(5) Diğer .....

33. Bebeğin parenteral beslenme durumu?

(1) Yok ….gün (2) TPN+Lipit ….gün (3) TPN ….gün (4) Mix mayi ….gün

34. Bebek fototerapi alıyor mu?

(1) Evet (2) Hayır ..... seviye

EK- 2. Anne Bebek Bağlanma Ölçeği

EK 2: Anne Bebek Bağlanma Ölçeği

NO:

İZLEM ZAMANI: **Tarih:**

Aşağıda listenen kelimeler annelerin bebeklerine olan duygularına ilişkindir. Son 2 haftadır bebeğinize karşı olan hissettiklerinizi en iyi tanımlayan kelimenin karşısındaki kutuya bir tik işareti (✓) koyunuz.

	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
Sevgi dolu				
Kızgın				
Nötr / hiçbir şey hissetmeme				
Sevinçli				
Hoşlanmama				
Koruyucu				
Hayal kırıklığı				
Öfke				

EK-3. Aile Merkezli Bakım Ölçeği

EK 3: Aile Merkezli Bakım Ölçeği

NO:

İZLEM ZAMANI: **Tarih:**

Aşağıda verilen ifadeler bebeğiniz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yattığı süre boyunca aldığınız hemşirelik bakımını değerlendirmektedir. Lütfen her bir ifade için size uygun olanı 1 ile 5 arasında puanlayın. (1) bakımdan memnun değilsiniz, (5) bakımdan memnunsunuz.

	Hemşireler hakkındaki ifadeler	Bölüm A Hemşirelerin bunu yapması sizin için ne kadar önemli? Hiç önemli değil – Çok önemli					Bölüm B Hemşireler sizce bunu ne kadar tutarlı yapıyorlar? Hiç tutarlı değil – Çok tutarlı				
1	Hemşireler bana iyi karşılandığımı hissettirirler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Hemşireler çocuğumun bakımında önemli bir yerim olduğunu hissettirirler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Hemşireler çocuğumun hemşirelik bakımını planlarken beni ekibin değerli bir üyesi sayarlar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Hemşireler yaptıkları hemşirelik bakımı hakkında açıklama yaparlar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Hemşireler çocuğumun durumunda olabilecek değişiklikler hakkında açıklama yaparlar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Hemşireler iyi bakım verildiğini çocuğuma hissettirirler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Hemşireler çocuğuma verdikleri bakımın iyi olduğunu bana hissettirirler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

EK -4. Anne Baba Stres Ölçeği: YYBÜ

EK 4: Anne Baba Stres Ölçeği: YYBÜ

NO:

İZLEM ZAMANI: **Tarih:**

Yenidoğan yoğun bakım süreci anne baba için oldukça stresli bir süreçtir. Bu ölçekle sizin deneyimlerinizin ne kadar stres yarattığını öğrenmek istiyoruz. Size endişe, üzüntü, gerginlik veren deneyimler stresli deneyimlerdir. Aşağıda listenen ifadeler stresli olarak tanımlanabilen değişik deneyimleri içermektedir. Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar stresli olduğunu 1 ile 5 arasında puanlayınız. Verilen ifadeyi deneyimlemediyseniz "uygulanamaz" kutusunu işaretleyiniz.

(1) hiç stresli değil, (5) çok stresli

A. Görüntü ve Sesler

		Uygulanamaz	Hiç stresli değil	Az stresli	Orta derecede stresli	Çok stresli	Aşırı derecede stresli
1.	Kalp atışını izleme cihazı ve aletlerin varlığı		1	2	3	4	5
2.	Kalp atımını izleme cihazı ve diğer cihazların çıkardığı sesler		1	2	3	4	5
3.	Kalp atımını izleme cihazından çıkan ani sesler		1	2	3	4	5
4.	Odadaki diğer hasta bebekler		1	2	3	4	5
5.	Ünitede fazla sayıda kişinin çalışması		1	2	3	4	5
6.	Bebeğimin bir solunum cihazına bağlı olması		1	2	3	4	5

B. Bebeğinizin Görünümü ve Davranışları

		Uygulanamaz	Hiç stresli değil	Az stresli	Orta derecede stresli	Çok stresli	Aşırı derecede stresli
1	Bebeğime bağlanan veya yakınında yer alan tüpler ve aletler		1	2	3	4	5
2	Bebeğimin derisinde yara-bere veya kesiklerin olması		1	2	3	4	5
3	Bebeğimin renginin her zamanki gibi olmaması (örneğin soluk gorunumu veya sarılık olması)		1	2	3	4	5
4	Bebeğimin solunumunun her zamanki gibi olmaması ya da çok hızlı veya düzensiz olması		1	2	3	4	5
5	Bebeğimin çok küçük görünmesi		1	2	3	4	5
6	Bebeğimin derisinin burusuk görünmesi		1	2	3	4	5
7	Bebeğime bir takım iğneler ve/veya tüplerin takılmıs olması		1	2	3	4	5
8	Bebeğimin tüple(boruyla) veya damardan(serumla) besleniyor olması		1	2	3	4	5
9	Bebeğim acı/ağrı çekiyor göründüğünde		1	2	3	4	5
10	Bebeğimin hosnutsuz/memnuniyetsiz görünümü		1	2	3	4	5
11	Bebeğimin güçsüz/zayıf görünüşü		1	2	3	4	5
12	Bebeğimin ani ve huzursuz hareketleri		1	2	3	4	5
13	Bebeğimin diğer bebekler gibi ağlamaması		1	2	3	4	5
14	Bebeğimin uzun süre ağlaması		1	2	3	4	5
15	Bebeğimin korkmuş görünmesi		1	2	3	4	5
16	Bebeğimin renginin aniden değiştiğini görmem (örneğin soluk görünmesi veya morarması)		1	2	3	4	5
17	Bebeğimin solunumunun durduğunu görmem		1	2	3	4	5

C.Bebeğinizle İlişkiniz ve Anne – Baba Rolünüz

		Uygulanamaz	Hiç stresli değil	Az stresli	Orta derecede stresli	Çok stresli	Aşırı derecede stresli
1	Bebeğimden ayrı olamam		1	2	3	4	5
2	Bebeğimi besleyemem		1	2	3	4	5
3	Bebeğimin bakımını Yapamam (örneğin bezini değiştirmek, banyo yaptırmak)		1	2	3	4	5
4	İstediğim zaman bebeğimi kucağıma alamam		1	2	3	4	5
5	Bebeğimi ağrı ve acı veren uygulamalardan koruyamamam ve çaresiz hissetmem		1	2	3	4	5
6	Bu zaman esnasında bebeğime nasıl yardım edeceğim konusunda çaresizlik hissetmem		1	2	3	4	5
7	Bebeğimle yalnız kalamamam		1	2	3	4	5
8	Bazen bebeğimin görünüsünü hatırlayamamam		1	2	3	4	5
9	Bebeğimi diğer aile üyelerime/yakınlarıma gösterememem		1	2	3	4	5
10	Bebeğime dokunmaktan veya kucaklamaktan korkuyor olmam		1	2	3	4	5
11	Personelin bebeğime benden daha yakın olduklarını hissetmem		1	2	3	4	5

EK -5. Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri

EK 5: Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri

STAI FORM TX-1

NO:

İZLEM ZAMANI: **Tarih:**

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım 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	TAMAMİYLE
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)

STAI FORM TX – 2

Tarih:

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da son 1 haftadır 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 genel olarak 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 kaçırırım	(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	Her şeyi 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-6. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Aileler İçin Aile Merkezli Bakım Programı Eğitim Kitapçığı

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN AİLELER İÇİN

AİLE MERKEZLİ BAKIM PROGRAMI

EĞİTİM KİTAPÇIĞI



HOŞGELDİN BEBEĞİM

Uzman Hemşire Meliha EKEN

Dr. Öğr. Üyesi Seda ÇAĞLAR

İÇERİK

1. Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı Nedir?
2. Bebeğiniz Neden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde?
3. Bebeğiniz için Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hangi Cihaz ve Ekipmanlar Kullanılıyor?
4. Bebeğinize Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hangi Bakım Uygulamaları Yapılıyor?
5. Bebeğinizi Ziyarete Geldiğinizde Yapmanız Gerekenler Nelerdir?

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN AİLELER İÇİN AİLE MERKEZLİ BAKIM PROGRAMI

Meliha EKEN, Seda ÇAĞLAR

1. Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı Nedir?

Aile Merkezli Bakım Yaklaşımında amaç, aile ile bebeği bir bütün olarak ele almak, bebek ile aile arasındaki bağın devamlılığını sağlamak, bakımın kalitesini artırmak, aile ile iş birliği yapmak, bebek ve ailenin genel özellikleri ile ilgili bilgi almak, bebek ve ailenin hastalığa ve hastaneye yatmaya yönelik olumsuz tepkilerini en aza indirmektir. Anne ve bebek arasındaki ten tene teması sürdürmek, bebeğin beslenmesine ve diğer bakımlarına ebeveynin katılımını teşvik etmek ile bebeğin verdiği yanıtları ve tepkileri anlamak kolaylaşacak, ebeveynlerin güvenleri artacak, hastaneye tekrar başvurma oranları ve dolayısıyla yenidoğan ölümleri azalacaktır.

AMACIMIZ;

ÜNİTEMİZİ SİZLERE TANITMAK, BEBEĞİNİZİN SAĞLIĞI İLE İLGİLİ KARARLARA VE UYGULAMALARA SİZLERİ DE DAHİL EDEREK UYUM SÜRECİNİZİ KOLAYLAŞTIRMAKTIR.

Meliha EKEN, Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, melihaeken@windowslive.com

Seda ÇAĞLAR, Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, sedac@iuc.edu.tr

2. Bebeğiniz Neden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde?

Doğumdan sonraki ilk 28 günü kapsayan döneme "yenidoğan dönemi" denilmektedir. Otuz yedinci gebelik haftasını tamamlamadan doğan bebeklere ise "prematüre" denilmektedir.



Bebeğiniz normal sürecinden önce doğmuş ya da doğumu takiben bazı sağlık sorunları yaşıyor olabilir. Böyle durumlarda bebeğiniz ileri hemşirelik bakımına, cerrahi ya da karmaşık müdahalelere, ilaçlara, yakın gözlem ve takibe, solunum cihazı ile solutma vb. desteklere ihtiyaç duyabilir. Bu gibi sebeplerle bebeğinizi bir süre kliniğimizde misafir ediyoruz.

Bebeğinizin ünitemizde ne kadar süre kalması gerekiyor?

Prematüre bebekler yaklaşık 32-34 haftalık olduklarında sağlıklı emme-yutma-soluk alma davranışları kazanırlar.

Bebeğiniz sizi yeterli düzeyde emmeye ve düzenli kilo almaya başladığında eğer farklı bir sağlık sorunu olmaz ise sizlerle birlikte taburculuğunu planlayabiliriz.

Ünitemizde anneler bebeklerini istedikleri zaman ziyaret edebilmektedir.

3. Bebeğiniz için Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hangi Cihaz ve Ekipmanlar Kullanılıyor?

Kuvöz

Kuvöz, bebeğinizin yattığı kapaklı cihazlardır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bebeklerin sesten, ışıktan, enfeksiyonlardan korunması, vücut ısılarının sabit ve uygun değerlerde tutulabilmesi için kuvöze ihtiyaçları vardır. Bebeğinizin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bakım ve tedavileri kuvöz içerisinde ve kıyafetsiz bir şekilde olacaktır.



Resim 1-1 Kuvöz

Prematüre bebeğinizin kendisini halen annesinin karnındaymış gibi hissetmeye ihtiyacı var.

Kuvözlerin özellikleri;

Kuvöz iki yanında bulunan kapaklardan ve pencerelerden açılabilmektedir. Kapaklar ve pencereler kilit sistemli olduğundan bebeğinizin düşme riski en aza indirilmiştir. Bebeğinizin kilosuna ve haftasına uygun şekilde ayarlanarak ısınabilmekte ve nem sağlayabilmektedir.

Bebeğiniz kuvözde kıyafetsiz olmasına rağmen üşümez!

Ayrıca bir ucu kuvöze bir ucu ise bebeğinizin tenine bağlı olan bir kablo yardımı ile de bebeğinizin vücut ısısı sürekli ölçülmekte, kuvöz ekranından takip edilmektedir.

Kuvözün tartı özelliği olması sebebi ile bebeğinizi küvoz dışına çıkarmadan tartabiliyoruz.



Resim 1-2 Ellerimizi kuvöze pencerelerden sokuyoruz

Kuvöz ayarlanabilir bir yatağa sahiptir. Bebeğiniz kuvözde düz bir şekilde değil, belli bir açıyla yatmaktadır. Bu sayede doğru pozisyon verilebilmektedir.

Ziyarete geldiğinizde kuvözlerin üstünün örtülü olduğunu göreceksiniz. Bu bebeğinizi ışıktan korumak ve ısı kaybını önlemek amacıyla yapılmaktadır.

Anne karnının karanlık bir ortam olması nedeni ile özellikle erken doğan bebeklerimizi mümkün olduğunca ışıktan koruyoruz.

Kuvöz başında ve ünite içerisinde mümkün olduğunca yüksek sesle konuşmamaya, kuvöze vurmamaya özen göstermelisiniz.

Ünitemizde ses düzeyini ölçen cihazlar kullanıyoruz. Bebeklerimizi yüksek sesten koruyoruz. Beklenmeyen ani yüksek sesler bebeğinizin irkilmesine, uyanmasına, huzursuz olmasına neden olabilir.

Anne karnında; annenin solunum sesleri, bağırsak hareketlerinin sesleri, kan dolaşımı sesleri, annenin kendi sesi vb. gibi seslerle oluşan ses düzeyi ortalama **50 desibeldir**. Yüksek ses ve gürültü yenidoğanda stres belirtilerine neden olabilmektedir. Bu sebeple anne karnındaki ortalama ses düzeyini

doğduktan sonra da korumaya çalışarak bebeklerimizin strese girmelerini önlemeye çalışıyoruz.

Solunum Cihazı

Erken doğan bebeğiniz ünitemize yattıktan sonra akciğerleri henüz yeterince gelişmediğinden solunumunun desteklenmesine ihtiyaç duyar. Bunu sağlayan solunum cihazlarına **mekanik ventilatör** denir.

Bu makineler bebeğinizin solunum ihtiyacına göre hekimlerimiz/hemşirelerimiz tarafından gerekli ayarları yapıldıktan sonra bebeğinize hortumlar yoluyla bağlanmaktadır.



Resim 2. Mekanik ventilatör (solunum cihazı)

Solunum Ekipmanları

Entübasyon Tüpü

Resimde gördüğünüz, bebeğinizin ağzından giren bu hortum bebeğinizin solunumunu, nefes almasını destekleyen solunum cihazına bağlı olan bir tüptür. Bu tüpün bebeğinize yerleştirilmesi işlemine **entübasyon** denilmektedir. Bebeğiniz bu tüp ile solunum cihazına bağlı ise, "**bebeğiniz entübe"** deriz.



Resim 3-1. Entübasyon tüpü

Fotoğrafın kullanılması için aileden izin alınmıştır.

Entübasyon tüpünü bebeğinizin yanağına bantlarla sabitliyoruz ve bebeğin yanağında tahriş oluşmaması bantları değiştiriyoruz. Bu bantlar çıkarılırken özel bant sökücü sprey kullanılmasına rağmen, bebeklerin ciltleri çok hassas olduğu için bazen bant yerleri kızarabilmektedir. Bu durumda endişelenmeyin, uygun kremlerle o kızarıklıkları iyileştiriyoruz.

Nazal Kanül



Bebeğinizin burnundaki bu ekipmana **nazal kanül** denir. Nazal kanül, solunum cihazına bağlanarak bebeğiniz nefes alırken ona yardımcı olmaktadır.

Nazal kanül ile solunumu desteklenen bebeğin, entübe bebeğe göre solunumu daha iyidir.

Resim 3-2. Nazal kanül (Fotoğrafın kullanılması için aileden izin alınmıştır).

Beslenme Sondası

Bebeğinizin ağzındaki ince hortum, beslenme sondasıdır. Bu sonda hemşireler tarafından, bebeğin midesine kadar ilerletilmektedir. Erken doğan bebeğiniz henüz sizi ememediği için beslenmesini bu şekilde yapıyoruz.



Resim 3-3. Beslenme sondası

Fotoğrafın kullanılması için aileden izin alınmıştır.

Sondanın ucuna taktığımız enjektörün içine anne sütünü/mamayı koyarak yer çekiminin etkisiyle sütü/mamayı bebeğinizin midesine gönderiyoruz.



Resim 3-4. Bebeğin enjektör yardımıyla beslenmesi

Bebeğinizi ünitemizde bizlerin de yardımıyla bu şekilde sizde besleyebilirsiniz

Pulse Oksimetre (Oksijen Ölçer)

Bebeğinizin eline ya da ayağına bağlı olarak görmüş olduğunuz bu kırmızı ışıklı ekipman **pulse oksimektre**dir.



Resim 4. Oksijen ölçer

Bu kırmızı ışıklı cihaz bebeğinizin oksijen seviyesini ve kalp atışını ölçmektedir. Bu sayede kalp atışı ve oksijen seviyesi ekrandan takip edebilmekteyiz.

Her 4 saatte bir bu kırmızı ışıklı cihazın yerini bebeğin cildine zarar vermemesi için değiştiriyoruz!

Tansiyon Aleti

Ünitemizde bebeklerin tansiyonu ölçülmektedir. Resimdeki cihaz bebeğinizin tansiyonunu ölçmektedir. Yetişkin tansiyon aletinin küçüğü olarak düşünebilirsiniz. Tansiyon aletinin boyutu bebeğinizin kol kalınlığına göre seçilmektedir.



Resim 5-1. Tansiyon aletinin kola takılışı



Resim 5-2. Farklı boyutlardaki tansiyon aletleri

Damar Yolu Kateterleri

Bebeklerimize yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yattığı süre boyunca damar yolundan ilaç ve beslenme sıvısıları veriyoruz. Bu nedenle **kateter** ismini verdiğimiz damar yolu malzemeleri takılmaktadır. Damar yollarının birkaç çeşidi vardır. Kullanım amaçları aynıdır.



Resimde görmüş olduğunuz damar yolu, yetişkin hastalara da takılan damar yolunun bebekler için uygun olanıdır. Sarı ya da mor renkli olabilir. Bebeğinizin ayağında, elinde, kolunda, bacağında bu damar yollarından görebilirsiniz.

Resim 6-1. Damaryolu kateteri

Resimde görmüş olduğunuz kateter boyut olarak daha uzundur ve incedir. Bebeğinizin elinden, kolundan, ayağından, bacağından takılıp merkezi büyük bir damara kadar ilerletilmektedir.

Genellikle damar yolu takılabilecek damar bulmakta zorlanılan ya da uzun süre damar yolundan tedavi alacak bebeklerde kullanılmaktadır.



Resim 6-2. Piccline kateter

(Periferik Yerleştirilen Santral Katater)

Bebeğinize damar yolu açılırken sizler de hemşireye yardımcı olabilir ya da işlemi gözlemleyebilirsiniz

Resimde görmüş olduğunuz kateter ise bebeğinizin göbek bağındantakılan. **göbek kateteridir.**



Anne karnında bebekle anne arasındaki kan, besin vb. geçiş göbek bağında bulunan 3 adet damar sayesinde gerçekleşmektedir. Doğum sonrası göbek bağı kesilerek bebekle anne arasında bağlantı kesilmektedir ve doğumdan sonraki 5-14. günlerde göbek bağı bilindiği üzere düşmektedir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde uzun süre tedavi alması planlanan, damar yolu takılması zor olan bebeklerde, göbek bağı düşmeden önce göbek bağındaki damarlardan bir tanesine ince bir hortum takılmaktadır. Bu yolla bebeğe ilaç, besin, sıvı gönderilmektedir.

Resim 6-3. Göbek kateteri

4. Bebeğiniz İçin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hangi Bakım Uygulamaları Yapılıyor?

Ünitemizde yapılan bakım ve tedavi uygulamalarını istediğiniz zaman birlikte yapabiliriz! ☺

Alt Bakımı / Bez Değişimi

İdrar yolu enfeksiyonunu önlemek için **kız bebeklerde** temizlik önden arkaya doğru, tüm kıvrımlar temizlenerek yapılmalıdır.

Erkek bebeklerde ise temizlik penis (pipi) ucundan başlayarak yumurtalıkların altına doğru temizlenerek yapılmalıdır.

Bebeğiniz ünitemizde kuvöz içindeyken siz de bez değişimini yapabilirsiniz

- **Bebeğinizin bezini değiştirmeden önce ve sonra mutlaka ellerinizi yıkayınız.**
- Bebeğin iki ayağını bir elinizde tutup yavaşça kaldırarak diğer elinizle kirli bezi alınız.
- Kız bebeğinizi **önden arkaya doğru** tüm kıvrımlar temizlenecek şekilde, erkek bebeğinizi p**ipi ucundan başlayarak, yumurtalıklara doğru** olmak üzere dışkı ve idrar kalmadığından emin oluncaya kadar temizleyiniz.
- Temizlik işlemi için **su ve pamuk** yeterlidir. Alkol içerikli ürünlerin kullanımından kaçının. Sadece su emdirilmiş alt temizleme mendillerini kullanmayı tercih ediniz.
- Bölge temizlenirken ovma işleminden kaçınınız, nazik davranınız.
- Göbek bağı henüz düşmemiş bebeklerde bezi, göbek bağı dışarıda kalacak şekilde bağlayınız.
- Bezin bebeğin bacaklarını, karnını sıkmamasına dikkat ediniz.
- Bez her **3-4 saatte bir** ya da bebek altını her kirlettiğinde değiştirilmelidir.

Ünitemizde bebeklerin ne kadar idrar ve dışkı yaptığını takip edebilmek amacıyla bezleri tartılmaktadır. Bu nedenle bebeğinizin bezini değiştirdikten sonra bezini bebeğinize bakım veren hemşiresine veriniz.

Bebeğinizde pişik oluşmuşsa hemşirenizin ve doktorunuzun önerdiği kremi, bölge temizliği yapıldıktan sonra nazikçe pişik alanına ince bir tabaka halinde sürebilirsiniz.



Şekil 1. Bez değişimi uygulama aşamaları.

Bebek Masajı

Yenidoğanın çevresiyle ilişki kurabilmesi için ilk iletişim aracı, en gelişmiş duyusu olan dokunmadır. Bebeğe dokunulduğunda, okşandığında çevresiyle iletişimi başlatılmış olur ve gelişimi desteklenir.

Anne bebek bağlanmasında en etkili dokunma yollarından biri masajdır. Masaj esnasında bebeğinizle konuşmak göz temasında bulunmak etkili olacaktır.



Resim 7. Bebek masajı aşamaları.

Son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalarda yoğun bakımda yatan bebeklerde bebek masajının; ağrıyı azalttığı, kilo alımını hızlandırdığı ve arttırdığı, anne bebek bağlanmasını arttırdığı, sindirim sistemi hareketliliğini arttırdığı, motor ve zihinsel gelişimi arttırdığı, stresi azalttığı, sarılığı azalttığı, kan dolaşımını hızlandırdığı, seratonin denilen mutluluk hormonunu artırarak uyku kalitesini arttırdığı bildirilmektedir.

Bebeğiniz ünitemizde kuvöz içindeyken siz de ona masaj yapabilirsiniz

Nasıl Yapacağım?

- ***Masajdan önce mutlaka ellerinizi yıkayınız.***
- Elinizin bebeğinizin vücudunda rahatça kaymasına yardımcı olması için az miktarda bebek yağı/doğal yağ kullanabilirsiniz.
- Masaj esnasında bebeğinize nazikçe dokunmalı, bebeğinizin uzuvlarını (kol, bacak vb.) çekiştirmemelisiniz. Ellerinizi yavaşça bebeğinizin vücudunda kaydırmalısınız.
- Masaj; ayak, bacak, karın/gövde, kol, el, yüz, sırt sırasıyla yapılmalıdır.
- Masaj esnasında bebeğinizle konuşmak, göz teması kurmak daha etkili olacaktır.

Kanguru Bakımı

Kanguru bakımı; diğer bir adıyla ten tene temas, erken doğan ya da zamanında doğan bebeklerin ebeveynin göğsü üzerine çıplak bir şekilde, yüzüstü, dik pozisyonda yerleştirilerek ten tene temasın sağlanması yöntemidir. Bu yöntemde yenidoğanın başında beresi ve altında yalnız bezi olacak şekilde, bebeğin karın bölgesi ebeveynin göğsü üzerine yerleştirilerek bebeğin başı sağ ya da sol yana çevrilerek pozisyon verilmektedir. *Kanguru bakımının süresi 15-30 dakika olmalıdır.*



Resim 8.Kanguru bakımı yapan anne

Fotoğraf için aileden izin alınmıştır

Bebeğinize doğumundan itibaren istediğiniz zaman ünitemizde kanguru bakımı yapabilirsiniz

Kanguru bakımına mümkün olan en erken zamanda başlanmalı, anne bebeğini kucağına alarak ten tene teması başlatmalıdır.



- Kliniğe gelmeden, kanguru bakımı yapmadan önce mutlaka banyo yapmalısınız.
- İşlem öncesinde mutlaka ellerinizi yıkamalısınız.
- Ağır esanslı parfüm, deodorant, krem, losyon kulanmamalısınız.
- Kolye, zincir gibi takılarınızı kanguru bakımını yapmadan önce çıkarmalısınız.
- Mümkünse önü düğmeli, kolay açılabilen kıyafetler tercih etmelisiniz.



Resim 9. Entübe bebeğe kanguru bakımı yapılması

Fotoğraf için aileden izin alınmıştır.

Banyo

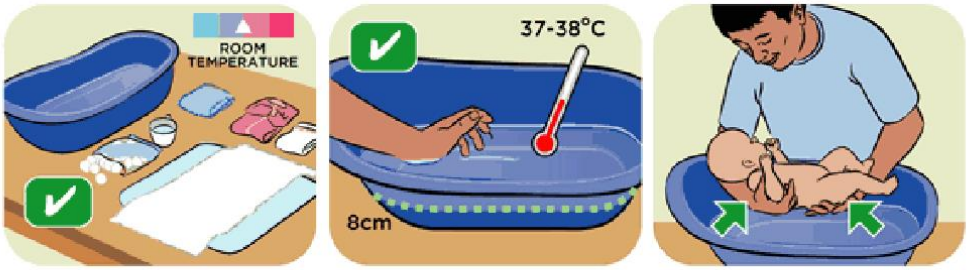
Yenidoğan bebekler doğduklarında ciltlerinde onları mikroplardan ve ısı kaybından koruyan **verniks kazeoza** dediğimiz beyaz, kremsi bir tabaka ile kaplı doğarlar. Bu koruyucu tabaka bir süre sonra cilt tarafından emilir ve hastalıklara karşı koruyucudur.

Bu nedenle bebekler doğar doğmaz yıkanmamalıdır. İlk banyo doğumdan **birkaç gün sonra** yaptırılabilir.

Banyo esnasında dikkat edilmesi noktalar;

- **Ellerinizi işlemden önce yıkayınız**.
- Banyo yaptırılacak suyun sıcaklığını kontrol etmek için dirseğinizi yada bilek içinizi kullanabilirsiniz. Dirseğinizi/bilek içinizi yakmayacak sıcaklıkta olması gerekmektedir.
- Su termometreniz varsa, **37-38°C** suyun sıcaklığı için yeterlidir.
- Banyo yaptırılacak odanın sıcaklığı da **22-24°C** olmalıdır.
- Banyo süresinin olabildiğince kısa tutulması bebeğin üşümemesi açısından önemlidir. Önerilen banyo süresi **3-5 dakikadır**.
- Bebeğinizi yıkamaya vücudundan başlamalı, yenidoğanlar en çok başlarından üşüdüğü için **başını en son yıkamalısınız.**
- Bebeğinizi yıkarken bacak araları, kol altları, boyun altı gibi kıvrımların, kulak arkalarının temizlendiğinden emin olunuz.
- Bebeğinizi **temiz bölgeden kirli bölgeye** doğru yıkamalısınız. Örneğin; boyun altı, kol altı, gövde, genital bölge ve baş olarak sıralama yapabilirsiniz.
- Bebeği yıkadıktan sonra saracağınız havlunun önceden ısıtılmış olması bebeğin ısı kaybına uğramamasını sağlar.
- Bebeğin tok karnına yıkanması, banyo sırasında pozisyon değiştirirken kusmasına sebep olabileceğinden **aç karnına** yıkanması önerilmektedir.
- Solunum cihazına bağlı bebeklerde kuvöz içinde silme banyo yaptırılabilir. Ilık suyla ıslatılmış pamukla bebeği hemşiresi ile birlikte silebilirsiniz.

Bebeğinize birlikte banyo yaptırabiliriz.



Şekil 2. Banyo aşamaları

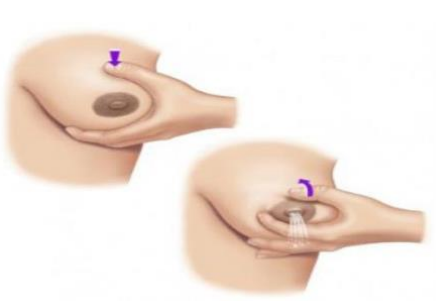
Anne sütü ve Emzirme

Anne sütü en değerli besindir.
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin anne sütüne ihtiyacı vardır.
Bebeğiniz sizi emmeye başlayana kadar sütünüzü sağıp bize getirmenizi isteyeceğiz.

Anne Sütü Nasıl Sağılır?

Süt sağılmadan önce eller yıkanmalı, meme başı temiz bir bezle silinmeli veya yıkanmalıdır. İlk günlerde sütün **elle sağılması** önerilmektedir. Süt miktarı arttıktan sonra **tek kullanımlık ya da steril edilebilir** süt sağma pompaları kullanılabilir.

Elle sağmadan önce eller iyice yıkandıktan sonra göğsü içeriye doğru bastırıp bırakılır ya da dört parmak alttan, başparmak üstten **C pozisyonunda** arkaya bastırıp bırakılarak arada sıvazlanmalıdır



Şekil 3. Elle süt sağılması



Resim 10-1. Pompa ile süt sağılması

Bebeğiniz ünitemizde yattığı sürece sizi emmeye başlayana kadar sütünüzü 3 saat arayla 15-20 dakika boyunca sağmalısınız

Anne Sütü Nasıl Saklanır?

3 Saat	• Oda ısısında
3 Gün	• Buzdolabında
3 Ay	• Derin dondurucuda

Süt sağıldıktan sonra hemen kullanılmayacaksa, süt saklama poşetlerinde temiz koşullarda saklanmalıdır.

Sağdığınız süt mutlaka anne sütü saklama poşeti içinde olmalı ve poşetin üzerine sütün sağıldığı **tarih, saat ve anne adı-soyadı** yazılmalıdır.



Resim 10-2. Süt saklama poşetine koyulmuş sağılan anne sütü.

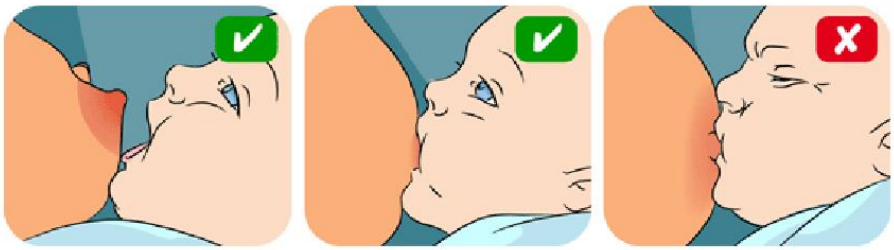
Sağılan sütlerinizi uygun şartlarda muhafaza ederek sizden istediğimiz zamanlarda ünitemize getirmelisiniz.

Erken doğan bebeklerde emme refleksi **32-34. gebelik haftasından** sonra gelişmektedir. Bu nedenle emzirme denemelerine bu dönemde başlayacağız.

Ünitemizde görev yapan emzirme danışmanı hemşiremiz ve diğer hemşirelerimiz emzirme konusunda tüm sorularınızı yanıtlayacak ve sizlere emzirme konusunda destek verecektir.



Şekil 4-1. Doğru emzirme tekniği.



Şekil 4-2. Bebeğin memeyi doğru kavraması.

5. Bebeğinizi Ziyarete Geldiğinizde Yapmanız Gerekenler Neler?

Erken doğan bebeğinizin bağışıklık sistemi henüz tam gelişmediğinden, onu enfeksiyonlardan korumak için yapılması gereken en etkili yöntem; her işlemden önce ve sonra **EL YIKAMAK** tır.

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon kontrolünün sağlanması ve bebeklerimizin enfeksiyonlardan korunması için size birkaç öneride bulanacağız.

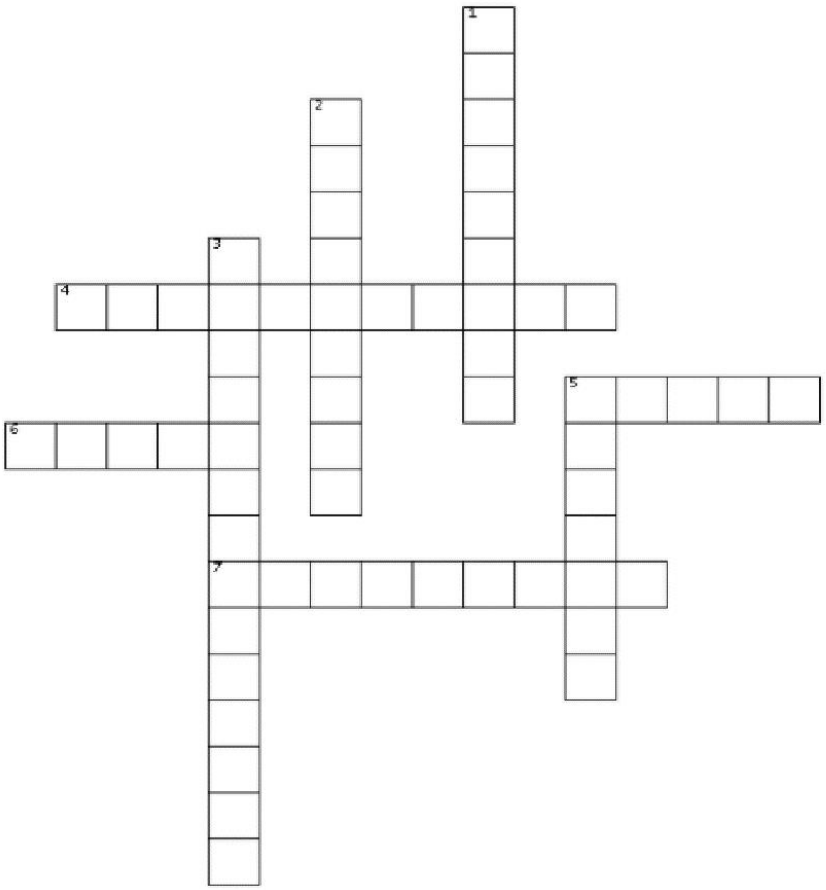
Öncelikle kliniğe gelmeden önce rahat, sade, emzirme yapacak iseniz önü açılabilen kıyafetler tercih etmelisiniz. Kliniğe girmeden önce **saat, yüzük, bileklik** vb. gibi takılarınızı çıkarmalısınız. Kanguru bakımı yapacak iseniz kolyenizi de çıkarmalısınız.

Ellerinizi **20 saniye** boyunca doğru ve etkin bir şekilde yıkadıktan sonra size tek kullanımlık önlüklerden giydireceğiz.

Ünitemize girdiğinizde bebeğinizin bulunduğu kuvözde sizin ve bebeğinizin bilekliğinden **kimlik kontrolü** teyidi yapacağız. (Örneğin "Ayşe Yılmaz Hanım, bebeğiniz Bebek Ayşe Yılmaz erkek bebek bilekliğini okuyunuz lütfen").

İlk ziyaretinizde hemşirenizin yönlendirmesiyle bebeğinize dokunabilir, onunla konuşabilir, şarkı-ninni söyleyebilirsiniz. İlk ziyaretlerde önceliğimiz annelerimizin endişelerini ve korkularını yatıştırmak, farklı bir ortam olan yenidoğan yoğun bakım ünitesini tanıtmak olmaktadır. Sonraki ziyaretlerinizde siz kliniğe adapte oldukça, tüm bakım ve tedavi uygulamalarını birlikte yapabiliriz.

BULMACA



1. Sağılan anne sütü .....nda 3 gün saklanabilir.
2. 37. Gebelik haftasını tamamlamadan doğan bebeklere ……denir.
3. Yenidoğan bebeklerin ciltleri ..... denilen kremsi bir tabaka ile kaplıdır.
4. Kız bebeklerde alt bakımı yaparken silme işlemi ..... doğru yapılır
5. Bebeğinizin içinde yattığı kapaklı cihaza…….denir.
6. Ellerinizi ..... saniye boyunca etkin ve doğru şekilde yıkmalısınız.
7. İlk sarı süte…….denir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

1. Abdallah, B., Badr, L. K., Hawwari, M. (2013). The efficacy of massage on short and long term outcomes in preterm infants. Infant behavior and development. Elsevier36(4): 662-669.
2. Afand, N., Keshavarz, M., Fatemi, N. S., Montazeri, A. (2017). Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge. Journal of Clinical Nursing, 26(13-14):1887-1892
3. Ahn, H. Y., Lee, J., Shin, H. J. (2010). Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. Journal of Tropical Pediatrics, 56(5): 342-344.
4. Akarsu, R. H., Tunca, B., Alsaç, S. Y. (2017). Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4):275-279.
5. Akpınar, F., Göçmen, İ. (2014). Yenidoğanlarda deri bakımı. Maltepe Tıp Dergisi, 6(2):1-3.
6. Aldem M, Geçkil E. (2019). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım kavramı ve ilkeleri. Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri:.1-4.
7. Aras Doğan, Ş., Çelebioğlu, A., Aytekin Özdemir, A., Tekgündüz, K. Ş. (2018). Preterm Bebeklere Uygulanan Oral Motor Stimülasyonun Beslenme ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi.TÜBİTAK SBAG Proje. 1-59.
8. Balcı, S., Balkan, Z. Y. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım. Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular, 5(2), 18-23.
9. Bastani, F., Abadi, A.T., Haghani, H.(2015). Effect of Family-centered Care on Improving Parental Satisfaction and Reducing Readmission among Premature Infants: A Randomized Controlled Trial. Journal Of Clinical and Diagnostic Research. 9(1).
10. Becker, G. E., Smith, H. A., Cooney, F. (2016). Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database of Systematic Reviews, (9).Doi:10.1002/14651858.CD006170.pub5
11. Bertino, E., Di Nicola, P., Giuliani, F., Peila, C., Cester, E., Vassia, C., ... Coscia, A. (2012). Benefits of human milk in preterm infant

feeding. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM), 1(1): 19-24.
12. Chan, G. J., Labar, A. S., Wall, S., Atun, R. (2016). Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. Bulletin of the World Health Organization, 94(2):130.
13. Eglash A., Simon Li and The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. Breastfeed Med.12: 390-95
14. Field, T. (2018). Infant massage therapy research review. Clinical Research in Pediatrics, 1(2): 1-9.
15. Gözen D. Yenidoğanda verniks kazeozanın önemi ve banyo uygulaması.Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics 2015;1(2):11-16.
16. Güler, İ., Bigzat, M. (2019). The effects of kangaroo care on the premature baby.Maltepe Üniversitesi Uluslararası Öğrenci Kongresi: "Hemşirelikte Kanıt Temelli Uygulamalar.
17. Günay, U., Coşkun, D. (2019). Kanguru Bakımı Uygulaması Başlatılan Bir Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yenidoğan Ekibinin Gözlem, Görüş ve Deneyimleri: Nitel Bir Araştırma. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Dergisi. 6:85-90.
18. İncekar, M. Ç.,Balcı, S. (2017). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde gürültü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(2):150-154.
19. Köpüklü, F. (2017). Anne sütü ile bebeğin beslenmesi nasıl olmalıdır?. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi, 2(2): 328-341.
20. Merey, Z., Lokmanoğlu, A. Ş. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Dini Başa Çıkma Süreçleri. Bilimname, 2019(37): 1117-1153.
21. Ovalı F, Gürsoy T. Neonatoloji Cep Kitabı.Akademi Yayınevi. İstanbul: 2011.s:472-476.
22. Salimi, T., Khodayarian, M., Bokaie, M., Antikchi, M., & Javadi, S. (2014). Mothers' experiences with premature neonates about Kangaroo care: Qualitative approaches. International Journal of Pediatrics, 2(1): 75-82.
23. Shoghi, M., Sohrabi, S., Rasouli, M. (2018). The effects of massage by mothers on mother-infant attachment. Altern Ther Health Med, 24(3): 34-39

24. TC Sağlık Bakanlığı (2015). Emzirme Danışmanlığı Kitabı El Kitabı. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/315
25. Tharashree, C. D., M. R. Shravani, and S. Srinivasa. "The effect of kangaroo mother care (KMC) on breast feeding at the time of NICU discharge." Int J Contemp Pediatr 5.3 (2018): 1068-71.

İNDEKS

A

Aile Merkezli Bakım

Anne sütü

B

Bakım

Banyo

Bez Değişimi

E

El yıkama

Emzirme

K

Kanguru bakımı

M

Masaj

P

Prematüre

Y

Yenidoğan

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Z

Ziyaret

EK-7: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Aile Merkezli Bakım Programının Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Preterm Bebekler ve Anneleri Üzerine Etkisi"dir.

Araştırma, İstanbul ilinde Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Aile Merkezli Bakım Programının erken doğmuş bebekler ve anneleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla planlandı.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; bireysel özellikleriniz, hemşirelik bakım memnuniyetiniz, kaygı, stres ve bebeğinize bağlanma düzeyinizi sorgulayan toplamda 4 ölçek ve 1 veri toplama formuna yanıt vermeniz istenecektir. Araştırma süresince sizin ve bebeğinizin üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacılar tarafından da araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Çalışmaya katılımız ile ilgili olarak isminiz saklı tutulacak, tedavi ve bakım planınız aksatılmayacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılamayacaktır.

Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı
Hemşire Meliha EKEN
Danışman
Dr. Öğr. Üy. Seda ÇAĞLAR
İdari Sorumlu
Prof. Dr. Güner KARATEKİN

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya 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 gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon:

Tarih ve İmza:

Araştırmacılar;

Sorumlu Araştırmacı:

Hemşire Meliha EKEN

Görev yeri: Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

E-posta adresi: melihaeken@windowslive.com

Telefon: 0535 448 91 49

EK 8: Etik Kurul Kararı

PATENT HAKKI İZNİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

AİLE MERKEZLİ BAKIM PROGRAMININ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN PRETERM BEBEKLER VE ANNELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%13	%4	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
5	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
6	www.cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	%1
7	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
8	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	MELİHA	**Soyadı**	EKEN KEYSAN
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu	2016
Lise	KKTC Girne 19 Mayıs Türk Maarif Koleji	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	İstanbul Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	05.2017-Halen
2.	Hemşire	Özel Antalya Memorial Hastanesi	08.2016-05.2017

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**YDS Puanı**	**YÖKDİL Puanı**
İngilizce	Çok iyi	İyi	İyi	73.75	78.75

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	72,10864	72,20955	72,47077
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	Çok İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

- 09 – 11 Ağustos 2017 Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası (Belge No: 1978_56161)
- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı- İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü Diğer Sağlık Personeli Belgesi (Sertifika No: DSP- E-12002)

İşyeri Sağlığı Ve Güvenliği Diğer Sağlık Personeli Sertifikası

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Müzik dinlemek, film izlemek, yürüyüş yapmak