T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNE VE BABALARIN KAYGI DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Raziye ÇELEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

KONYA-2013

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNE VE BABALARIN KAYGI DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Raziye ÇELEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 12202007 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA-2013

ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesinde zamanını, deneyimlerini, görüşlerini paylaşan, ufkumu açan, değerli danışmanım Doç. Dr. Fatma Taş Arslan'a,

Tez verilerinin analizinde desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Deniz Koçoğlu'na,

Araştırmaya katılımları ile destek veren tüm prematüre bebek ailelerine,

Tez çalışmasına katkıda bulunan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan bütün meslektaşlarıma; özellikle Beyhekim Devlet Hastanesi'ndeki hemşire arkadaşlarıma,

Araştırmanın yürütülmesinde kolaylıklar sağlayan, veri toplama aşamasında işbirliği sunan arkadaşlarım Hemşire Elanur Yeniterzi ve Hemşire Aslıhan Karakoç'a

Araştırmam boyunca ilgi, sevgi ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme,

Ve manevi desteğiyle her daim yanımda olan sevgili eşime,

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım…

Raziye ÇELEN

KONYA-2013

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i
İÇİNDEKİLER……...ii
SİMGELER VE KISALTMALAR v
1. GİRİŞ 1
1. 1. Genel Bilgiler 4
1. 1. 1. Preterm Bebeğin Tanımı ve Sınıflandırılması 4
1. 1. 2. Preterm Doğumun Etiyolojisi 4
1. 1. 3. Sıklık 5
1. 1. 4. Prematür Bebeklerin Özellikleri 5
1. 1. 5. Prematür Bebeklerde Görülen Sorunlar 7
Neonatal Dönem Sorunları 7
Nörogelişimsel Sorunlar 9
1. 1. 6. Prematüre Bebeğin Hemşirelik Bakımı 9
Solunumun Sürdürülmesi 9
Periferal Doku Perfüzyonunun Sürdürülmesi 10
Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesi 10
Beslenmenin Sağlanması 11
Sıvı- Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi 11
Enfeksiyonlardan Korunması 12
Deri Bütünlüğünün Korunması 12
1. 1. 7. Ebeveyn-Bebek İlişkisinin Başlatılması ve Sürdürülmesi 13
1. 1. 8. Preterm Bebeklerin Taburculuğa Hazırlanması 14
1. 1. 9. Prematüre Bebeği Olan Ebeveynler ve Kaygı Durumları 16
2. GEREÇ VE YÖNTEM: 19
2. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 19
2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 19

2. 3. Araştırmanın Evreni 20
2. 4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi.....20
2. 5. Örnek Seçimi 20
2. 6. Örnek Seçim Kriterleri 21
2. 7. Araştırmanın Güçlükleri 21
2. 8. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 21
2. 8. 1. Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu: 22
2. 8. 2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği:.....22
2. 9. Ön Uygulama 23
2. 10. Verilerin Toplanması.....24
2. 11. Verilerin Analizi.....24
2. 12. Değişkenler 24
2. 12. 1. Bağımsız Değişkenler:.....24
Anne ve Babalara İlişkin Özellikler.....24
Bebeğe Ait Özellikler.....25
Yeterliliğe Ait Özellikleri.....25
2. 12. 2. Bağımlı Değişkenler 25
2. 13. Araştırma Soruları 25
2. 14. Araştırmanın Etik Boyutu.....26
3. BULGULAR.....27
3. 1. Anne-Babaların ve Prematüre Bebeklerin Özelliklerine İlişkin Bulgular.....27
3. 2. Anne ve Babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları, Anne-Babaların ve Prematüre Bebeklerin Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 32
4. TARTIŞMA.....45
4. 1. Anne-Babaların ve Prematüre Bebeklerin Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 45

4. 2. Anne ve Babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları, Anne-Babaların ve Prematüre Bebeklerin Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....49

5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....55

5. 1. Sonuç.....55

5. 2. Öneriler.....57

6. ÖZET.....58

7. SUMMARY.....59

8. KAYNAKLAR.....60

9. EKLER.....64

EK A: EBEVEYN VE BEBEK BİLGİ FORMU.....64

EK B: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ.....67

EK C: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....69

EK D: ETİK KURULDAN ALINAN İZİN BELGESİ.....70

EK E: N. E. Ü. MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İZİN BELGESİ.....71

EK F: S.B. KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİN BELGESİ..72

EK G: S. B. KONYA DR. FARUK SÜKAN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ İZİN BELGESİ.....73

EK H: S. B. KONYA BEYHEKİM DEVLET HASTANESİ İZİN BELGESİ.....74

10. ÖZGEÇMİŞ.....75

SİMGELER VE KISALTMALAR

DK :Durumluk Kaygı

F :Varyans Analizi

n :Sayı

p :Anlamlılık Düzeyi

ROP :Prematüre Retinopati

SK :Sürekli Kaygı

Ss :Standart Sapma

t :Student's t testi

TNSA :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TPN :Total Parenteral Beslenme

WHO (DSÖ) :World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

$\bar{x}$:Ortalama

% :Yüzde

YYBÜ :Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ

Prematüre doğum, neden olduğu yüksek perinatal morbidite ve mortalite hızlarıyla günümüzde halen ciddiyetini koruyan önemli bir obstetrik sorundur (Şahin ve Tiryaki 2011). Prematüre olarak doğan bebeklerin 1,1 milyonunun yaşamını yitirdiğini, fakat bu ölümlerin %75'inin önlenebilir olduğu bildirilmektedir (WHO 2012).

Her yıl dünyaya, yaklaşık 15 milyon preterm bebek doğmakta (Blencowe ve ark 2012) ve bu sayı giderek artmaktadır. WHO'nun raporuna göre; her 10 doğumdan birinde prematüre bebeğin dünyaya geldiği rapor edilmektedir (WHO 2013). Preterm doğum neonatal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenidir (Goldenberg 2002) ve tüm neonatal ölümlerin %35'inin doğrudan sebebidir (WHO 2012).

Son yıllarda ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin (YYBÜ) hem sayıca artışı hem de kalitelerinin yükselmesi çok küçük doğan prematürelerin yaşama oranlarını artırmaktadır. Ülkemizdeki prematüre doğum oranının %11 olduğu saptanmıştır (WHO 2012). Günümüzde 1500 g altında doğum tartısına sahip preterm bebekler için %70, 1500-2500 g arası doğum tartısına sahip bebekler için ise %95'e varan yaşam oranlarına ulaşılmıştır. Prematüre olarak dünyaya gelen bebeklerin sağkalım oranlarının artması, uzun dönem gelişimlerinde birçok sorunun yaşanmasına (sistemik ve nörogelişimsel sorunlar) sebep olmakta ve bu durum ailede ciddi kaygılar ortaya çıkarmaktadır (Tommiska ve ark 2002, Özbek ve Miral 2003, Çelebioğlu 2004).

Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu özel bir dönemdir (Çelebioğlu 2004). Yenidoğan bebeğini kucağına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir süreçtir (Kısa 2004). Bunlara ek olarak, prematüre bir bebeğin doğumu tüm aile için önemli ve ciddi bir krizdir. Ruhsal açıdan erken doğuma hazır olmayan ebeveynler bebeğin doğumu ile birlikte yüksek oranda stres ve kaygı yaşamaktadır (Turan ve Bolışık 2003, Çalışır ve ark 2008). Kaygı yaşanmasında, bebeğin erken doğması ve aileden ayrı YYBÜ'de

bulunması, çeşitli sağlık sorunlarının olması ve ebeveynlerin bebeğin bakımında aktif rol almaması etkilidir. Yapılan çalışmalarda yenidoğanın, yoğun bakım ortamında olması annelerde hafif düzeyde (Carter ve ark 2005, Kurnaz ve Gençalp 2007), orta düzeyde (Padovani ve ark 2004, Erdem ve Kutluk 2005) ve yüksek düzeyde (Doering ve ark 2000) kaygı oluşturduğu bilinmektedir.

Kaygı kişinin bir uyaranla karşı karşıya kaldığında yaşadığı, bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren bir uyarılmışlık durumu olarak tanımlanmaktadır (Taş 2006). Sağlıklı bebek bekleyen ailenin hasta bir bebeğe sahip olması, kayıp ve yas yaşamalarına neden olmaktadır. Ailede şok, inkar, öfke, utanma, suçluluk, depresyon ve sosyal izolasyon gibi tepkiler görülebilmektedir. Suçluluk, öfke ve reddetme duyguları ebeveynlerin bebeğe bakım verme yeteneklerini engelleyebilmektedir (Çavuşoğlu 2011a). Aşırı kaygı halinde, bebekleri hasta olan ebeveynlerin algılama alanları daralır ve ebeveynlik rollerinde değişiklikler yaşanır. Literatürde ebeveynlerin şiddetli kaygı yaşamaları durumunda bebek hakkındaki açıklamaları doğru olarak anlamaları, olayları gerçekçi olarak yorumlamaları, uygun karar vermeleri, bebeğin bakımına katılmaları ve o zamana kadar kullandıkları başa çıkma yöntemlerini hatırlayıp uygulamalarının engellenebileceğine yönelik bulgular bulunmaktadır (Öztürk 1995, Griffin ve ark 1998, Akşit ve Cimete 2001, Çavuşoğlu 2011a).

Bebeğin bakımından birebir sorumlu olan anne için bebeğin hastaneye yatırılması tehlikeli görünen bir durumdur ve bu durum ebeveynlerin çeşitli stresörlerle karşılaşmasına neden olmaktadır. Eğer bebeğin durumu bilinmiyorsa kaygı düzeyi daha yüksek olmaktadır. Kaygı seviyesi yüksek ebeveynler bebeklerinin bakımına katılmakta ve sağlık ekibi ile işbirliği yapmakta güçlük yaşayabilmektedir. Bunun sonucunda yaşamın erken dönemlerinde gerçekleşmesi beklenen ebeveyn-bebek ilişkisinin gelişimi gecikmektedir (La Montagne ve ark 1995, Tiedeman 1997, Akşit ve Cimete 2001, Çavuşoğlu 2011a).

Hemşirelerin, ailede yaşanan stres ve krize karşı adaptasyonu kolaylaştırmaları; bu dönemde deneyimlenen yaşantıları bilmeleri, destek verici uygulamaları planlamaları aile merkezli bakım uygulamaları ile mümkün olmaktadır. Aile merkezli yaklaşımda ebeveynlerin, bebeklerinin hastalığı ya da hastaneye

yatması ile baş etmelerine yönelik hemşirelik aktivitelerinin en önemlileri arasında; ortamın tanıtılması, hastalık ve tedavi hakkında bilgi verilmesi, tedavide kullanılan cihazların tanıtılması, neden kullanıldıklarının açıklanması ve ebeveynlerin özellikle de annenin bakıma katılımının sağlanması şeklinde özetlenmektedir (Foster ve ark 1989, McGrath ve Torres 1996, Savaşer 2000, Çavuşoğlu 2011a, Çavuşoğlu 2011b). Literatürde, ebeveynlerin yaşadığı yüksek kaygıya bağlı, ebeveynlik rollerinin olumsuz etkilendiği (McCartney ve ark 2004, Dönmez 2005, Manav ve Yıldırım 2010) ve ebeveynlere yenidoğanın hastalığı, bulunduğu klinik, yapılan uygulamalar vb. hakkında bilgi verilmesi stres, kaygı ve korkuyu azalttığını gösteren araştırmalar mevcuttur (McKim 1993, Griffin ve ark 1998, Miles ve ark 2001, Çavuşoğlu 2011a). Yenidoğan yoğun bakım hemşireleri bütüncül yaklaşım çerçevesinde ebeveynlerin kaygı, algılama ve bakım yeterliliklerini değerlendirmelidir. Hemşire, prematüre bir bebeğe sahip olmanın kaygı düzeyini arttırdığının ve ebeveynlik rollerinin etkilediğinin farkında olmalıdır. Ancak ülkemizde prematüre bebeği olan ebeveynlerin kaygı düzeyini belirleyen sınırlı sayıda hemşirelik çalışması bulunmaktadır. Prematüre doğum sayısının fazla olması, bu grubun özel bakım gerektirmesi ebeveynler ve yenidoğan hemşirelerinin farkındalıklarının artırılmasını gerektirmektedir. Bu doğrultuda, yenidoğan yoğun bakım hemşiresi ebeveynlerin gereksinimlerini belirleyerek, hemşirelik girişimlerini etkin şekilde uygulayabilmelidir. Bunun sonucunda, ebeveyn-bebek ilişkisinin erken başlatılması ve sürdürülmesi, kaygıyla başa çıkma ve ebeveynlik rollerini yerine getirme ve morbidite ve mortalitenin azaltılmasında başarılı olunabilir.

Bu araştırma, prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörlerini belirlemek amacıyla, kesitsel ve karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1. 1. Genel Bilgiler

1. 1. 1. Preterm Bebeğin Tanımı ve Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre vücut ağırlığına bakılmaksızın 37. gestasyon haftasını tamamlamadan doğan bebeklere preterm bebek denir (WHO 2013). Tüm doğumların yaklaşık %12'sini içermektedir (WHO 2012). Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olması açısından pretermler, gestasyon haftalarına göre sınıflandırılmaktadır; ileri derecede preterm (gestasyon haftası 24-31 hafta), orta derece preterm (gestasyon haftası 32-36 hafta) ve sınırda preterm (37 haftalık) (Can 2002).

Preterm doğumun yaklaşık olarak %80'ini 32-37. gebelik haftalarındaki erken doğumlar oluşturmakta olup (WHO 2012), bunlar morbidite ve mortalite açısından hafif vakalar olarak kabul edilmektedir (Şahin ve Tiryaki 2011). Prematürelik düzeyi arttıkça, bebeğin morbidite ve mortalite riski artmaktadır. Sınırda prematüreler kısa sürede aileye adapte edilerek taburcu edilmekte iken, ileri derece prematürelerin tıbbi sorunları fazla olmakta ve aylarca hastanede izlenmeleri gerekebilmektedir (Bayram 2006).

1. 1. 2. Preterm Doğumun Etiyolojisi

Preterm eylem ve doğumla ilişkisi olan pek çok risk faktörü uzun yıllardan beri bilinmektedir. Bunlar (Coşkun 2008, Hockenberry ve Wilson 2012):

❖ Demografik riskler
- Yaş ve ırk
- Sosyoekonomik durum

❖ Davranış ve çevreye ait riskler
- Sigara içimi
- Diğer kötü alışkanlıklar
- Yetersiz beslenme
- Aşırı fiziksel aktivite
- Seksüel aktivite

- Psikolojik faktörler

❖Prenatal bakım eksikliği

❖Gebelik öncesi medikal riskler

- Kötü obstetrik öykü
- Uterusa ait konjenital ya da akkiz malformasyonlar
- Uterin leiomyomlar
- Servikal yetmezlik

❖Gebelikte olan komplikasyonlar

- Çoğul gebelikler
- Amniyotik sıvı volüm anomalileri
- Vajinal kanama
- Fetal anomaliler
- Ağır enfeksiyonlar ve sistemik hastalıklar
- Abdominal cerrahi

1. 1. 3. Prevelans (Sıklık)

WHO'nun yeni küresel preterm doğum oranları; 2010 yılında dünyada 135 milyon canlı doğum olduğunu ve bunun %11,1'inin yaklaşık 15 milyon preterm bebek doğduğu tahmin edilmektedir. WHO'nun raporuna göre; prematürelik yenidoğan ölümlerinde ilk sırada ve beş yaş altı çocuk ölümlerinde pnömoniden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Preterm doğumların %60'dan fazlası Afrika ve Güney Asya'da gerçekleşmektedir. Preterm doğum oranı, Kanada'da %7,8, İngiltere'de %7,8, Hindistan'da %13, ABD'de %12, Endonezya %15,5 olarak rapor edilmektedir. Ülkemizde ise preterm doğum oranı %11 olarak rapor edilmektedir (WHO 2013).

1. 1. 4. Prematür Bebeklerin Özellikleri

Prematüre bebeklerin gestasyon haftasının belirlenmesine yardımcı olan çeşitli karakteristik özellikleri vardır. Bunlar:

- Baş vücuda oranla büyüktür. Ön-arka fontanel geniş, süturlar aralıklı, kulak kıkırdağı yumuşak, kıvrım sayısı az, gözler kapalıdır.

- Deri ince, kırmızı ve jelatinöz görünümdedir. Deri altı yağ tabakası azdır, lanugo tüyleri boldur.

- Tırnaklar kısa ve yumuşaktır, 32. haftadan sonra parmak uçlarını geçer.

- Avuç içi ve ayak tabanı çizgileri azdır, sayı ve derinliği gebelik haftası arttıkça artar.

- Ekstremiteler uzundur.

- Göğüs duvarı yumuşak, karın gergindir.

- Meme başı palpe edilemez, pigmentasyon yoktur.

- Areola 34. gebelik haftasından sonra belirginleşir, areola çapı 0,5 cm'den küçüktür.

- Göbek kordonu geç kurur ve düşer.

- Genital organları az gelişmiştir.

- Erkeklerde testisler skrotuma inmemiş, kızlarda labia majörler minörleri örtmemiş olabilir.

- Solunum kasları zayıf ve göğüs kafesi yumuşaktır.

- Hipoventilasyon sonucu, karbondioksit retansiyonu, asidoz ve siyanoz gözlenir.

- Solunum diyafragmatik ve zayıftır.

- Apne ile birlikte periyodik solunum görülür.

- İnterkostal çekilmeler sıktır.

- Fizyolojik hipotoni vardır ve immatürite arttıkça hipotonisite artar.

- Yakalama, emme, yutma, moro refleksleri az gelişmiştir.

- Emme, yutma ve solunum koordinasyonu 32-34. haftada gelişir.

- Mide kapasiteleri küçük, mide boşalma zamanı uzundur.

- Kusma, regürjitasyon ve karında distansiyon sık görülür.

- İlk günlerde ağırlık kaybı fazla, ağırlık alımı yavaş olur.

- Karaciğerin az gelişmiş olması nedeniyle hipoglisemi, hipoproteinemi, hipoprotrombinemi ve hiperbilirübinemi sık görülür.

- Kan-beyin bariyeri az gelişmiş, kernikterusa eğilim artmıştır.

- Anemi ve intrakraniyal kanamalar sık görülür.

- Derialtı yağ dokusu az ve vücut yüzeyi geniş, dolaşım iyi değildir.

- Titreme-terleme özelliği olmadığından hipotermi ve soğuk stresine eğilim bulunmaktadır.

- İmmün sistem immatürdür, anneden geçen immünglobülinler az olduğundan enfeksiyonlara eğilim fazladır.

- Glomerüler filtrasyon hızı düşüktür, özellikle el, ayak sırtı, tibia üzerinde ödem sık görülür.

- Retinal vasküler sistem gelişmediği için ROP (Prematüre Retinopati) sık görülmektedir (Balcı 2006, Çavuşoğlu 2011b, Ovalı ve ark 2012).

1. 1. 5. Prematür Bebeklerde Görülen Sorunlar

Neonatal Dönem Sorunları

Gebelik haftası düşük olan bebeklerde, neonatal döneme ait sorunlara daha sık rastlanmaktadır. Bu sorunlar prematürelerdeki morbidite ve mortalitenin artmasına sebep olmaktadır (Behrman ve ark 2002, Karabudak ve Ergün 2013).

Solunumsal Problemler:

- Respiratuar distres sendromu
- Bronkopulmoner displazi
- Pnömoni, pnömotoraks, interstisyel amfizem
- Konjenital pnömoni
- Pulmoner hipoplazi
- Pulmoner kanama
- Apne

Kardiyovasküler:

- Patent duktus arteriozus*
- Bradikardi (apne ile birlikte)*
- Hipotansiyon
- Konjenital malformasyonlar

Hematolojik:

- Anemi
- Hiperbilirubinemi–indirekt*
- Subkutan ve iç organ kanamaları
- Yaygın damar içi pıhtılaşması
- K vitamin eksikliği

- İmmün veya non-immün hidrops

Gastrointestinal:

- Zayıf motilite*
- Nekrotizan enterokolit
- Hiperbilirubinemi
- Gastrointestinal perforasyon

Metabolik–Endokrin:

- Hipoglisemi*
- Hipokalsemi*
- Hiperglisemi*
- Hipotermi*
- Geç metabolik asidoz
- Ötiroidi (düşük tiroksin düzeyli)

Merkezi Sinir Sistemi:

- İntraventriküler kanama*
- Periventriküler lökomalazi
- Hipoksik iskemik ensefalopati
- Konvülsiyonlar
- Prematüre retinopatisi
- Sağırlık
- Hipotoni*
- Konjenital malformasyonlar
- Kernikterus

Renal Problemler:

- Hiponatremi*
- Hipernatremi*
- Hiperkalemi*
- Renal tübüler asidoz
- Renal glikozüri
- Ödem

Enfeksiyonlar:

- Konjenital, perinatal, nazokomiyal

*Sık görülenler

Nörogelişimsel Sorunlar

Beyin gelişimi özellikle 20-32. gebelik haftalarında çok hızlıdır. Preterm bebeğin beyni, özellikle bu dönemdeki olası zararlı etkenlerden en fazla zarar görmektedir (hipoksi, enfeksiyon, yüksek ses, parlak ışık gibi) (Perlman 2001).

Pretermlerin beynindeki olası zararlı etkileşimler sonucu, major ve minör nörolojik sekeller ortaya çıkmaktadır. Major nörolojik sekeller; serebral palsi, mental retardasyon, görme kaybı, işitme kaybı, posthemorajik hidrosefali, epilepsidir. Minör nörolojik sekeller ise, değişik derecelerde öğrenme güçlükleri, algı, dikkat ve davranış bozuklukları, dil gelişiminde gerilik sayılmaktadır. Ayrıca bebeğin doğum ağırlığı ne kadar düşükse beyin o kadar immatürdür ve nörogelişimsel sorunlar için daha fazla risk altındadır (Agency for Healthcare Research and Quality Publication 2002, Rudolph ve ark 2003, Keilty ve Freund 2005).

1. 1. 6. Prematüre Bebeğin Hemşirelik Bakımı

Yüksek riskli yenidoğanın bakımında temel amaçlar;

- Solunumun sürdürülmesi,
- Periferal doku perfüzyonunun sürdürülmesi,
- Vücut sıcaklığının düzenlenmesi,
- Beslenmenin sağlanması,
- Sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesi,
- Enfeksiyonlardan korunması,
- Deri bütünlüğünün korunması,
- Komplikasyonların önlenmesi ve
- Ebeveyn-bebek ilişkisinin sağlanmasıdır (Hockenberry ve Wilson 2012).

Solunumun Sürdürülmesi

Pulmoner ve nöromuskuler immatüriteye bağlı yüksek riskli bebeklerde solunum yetersizliği görülebilmektedir. Buna yönelik olarak oksijenizasyonu

artırmak için bebeğe uygun pozisyon verilmesi gerekir. Kuvöz içinde bebeğin başının yukarıda olacak şekilde yükseltilmesi iç organların diyafram üzerinde olan basısını azaltacaktır (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Bebeğin solunum sayısı, rengi ve kas tonusu değerlendirilerek kaydedilmelidir. Respiratuar distres belirtileri (burun kanatlarının solunuma katılması, takipne, apne, siyanoz, düşük oksijen satürasyonu) izlenmelidir. Nazofarenks, trakea ve endotrakeal tüpten fazla sekresyonların aspirasyonu sadece gerekli durumlarda yapılmalıdır. Rutin aspirasyon yapılması vagal sinir stimülasyonuna bağlı bradikardi ve bronkospazma neden olabilir (Çavuşoğlu 2011b).

Bebeğe ısıtılmış (31^{o}-34^{o}C) ve nemlendirilmiş oksijen (%30-40) verilmelidir. Oksijen litre akışı düzenli olarak kontrol edilmeli, bebekte oksijen toksisitesi belirtileri yönünden gözlenmelidir. Oksijen alan bebeklerde oksijen satürasyonu yakından izlenmeli ve kaydedilmelidir. Oksijen gereksinimini en aza indirmek için ortam ısısı kontrol edilmelidir. Solunum arresti için gerekli olan malzemeler kontrol edilmeli ve bebeğin yanında hazır bulundurulmalıdır. Prematüre bebekte solunum sıkıntısında artma, verilen oksijeni tolere edememe varsa, yardımcı solunum yöntemlerinin kullanılması düşünülür (Savaşer 2008).

Periferal Doku Perfüzyonunun Sürdürülmesi

Kalp hızı, periferik nabızlar, renk ve renk değişiklikleri sürekli olarak değerlendirilmelidir. Kapiller geri dolum süresi kontrol edilmelidir. Bebeğin, merkezi sinir sistemi perfüzyonu belirtileri yönünden de gözlenmesi (davranış değişiklikleri, nöbetler gibi) önemlidir (Conk ve ark 1997, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesi

Preterm bebeklerin deri altı yağ dokusu az, derisi ince ve vücut yüzeyleri geniş olduğu için ısı kayıpları fazladır. Bebekler hipotermi riski nedeniyle doğumhanede yıkanmalı, ısıtılmış bir havlu ile ısıtıcı altına alınarak gerekli işlemler burada yapılmalıdır. Oda ısısı 24-26^{o}C aralıkta tutulmalı ve küçük pretermler

kuvözde bakılmalıdır (35^{o}C). Kuvözdeki bebeklerin üstü örtülebilir ve giydirilebilir. Bebeklerin vücut ısıları yakından takip edilmelidir (Gomella 1999).

Beslenmenin Sağlanması

34 haftadan küçük pretemlerde, emme-yutma koordinasyonu iyi sağlanamadığı için aspirasyon riski yüksektir. Bu nedenle 34 haftadan küçük bebeklerde beslenmeye gavajla başlanması önerilmektedir (Ovalı ve ark 2012). Besleme sırasında solunum sıkıntısı ve yorgunluk belirtileri izlenmelidir. Oral beslenmenin komplikasyonlarının izlenmesi; beslenme öncesi ve sonrası bağırsak seslerinin değerlendirilmesi, gastrik rezidünün ölçülmesi, diyare ve abdominal distansiyonun gözlenmesi, gaitada kanın değerlendirilmesi (preterm bebekler nekrotizan enterokolit gelişimi yönünden risk altındadırlar) gerekmektedir (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Enteral beslenme tolere edilmezse TPN (Total Parenteral Nutrisyon) ile beslenmesi gerekir. Beslenmeye mümkün olduğu kadar erken dönemde, anne sütüyle başlanmalıdır. Erken enteral beslenme barsak enzimlerini uyararak besinlerin daha iyi tolere edilmesini sağlamaktadır. Erken beslenme erken mekonyum çıkışına yol açmakta, sarılık riskini azaltmaktadır (Savaşer 2008).

Sıvı- Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi

Yüksek riskli yenidoğanların sıvı-elektrolit değerleri yakından izlenmelidir. Yenidoğanın deri altı tabakasının ince olduğu, ağırlığına oranla vücut yüzeyi geniş olduğu için, görünmeyen sıvı kayıpları fazladır. Bu sıvı gereksinimini karşılamak amacıyla doğumdan sonraki saatlerde intravenöz sıvı uygulanması başlatılmalıdır. Prematüre bir bebeğin günde 180-200 ml/kg sıvı alması gerekmektedir. Tutarlı bir infüzyon hızı sağlanabilmesi için infüzyon pompası kullanılmalıdır. IV sıvı takılan bölgenin renk, sıcaklık ve ödem yönünden gözlenmesi gerekmektedir. Bebeğin vücut ağırlığı, idrar miktarı, dansitesi ve serum elektrolitleri yeterli sıvı alımını sağlamak için sürekli olarak izlenmelidir (Çavuşoğlu 2011b, Kılıç ve ark 2013).

Enfeksiyonlardan Korunması

Preterm bebeklerin immün sistemi yeterince gelişmediği için enfeksiyonlara eğilimi fazladır. Yapılan invazif girişimler (sık kan alma, serum takma, aspirasyon, entübasyon, katater uygulaması vs.) enfeksiyon riskini artırmaktadır. Enfeksiyonu önlemede dikkat edilmesi gereken en önemli şey el yıkamadır (Ovalı ve ark 2012).

Bütün yenidoğan kliniklerinin girişinde el yıkama için lavabo olmalı ve el yıkama teknikleri asılmalıdır Zemin düzenli olarak dezenfekte edilmelidir. Bebekte kullanılan aletlerin dezenfeksiyonları düzenli olarak yapılmalıdır. Uygun nemi sağlamak için kullanılan buhar makineleri ya da sıvı kapları bakterilerin üremesi için uygun ortam oluşturduklarından temizliği son derece önemlidir. Kontaminasyon riskini azaltmak için kuvözler arasındaki mesafe önemlidir. Örneğin sepsis tanısı almış olan prematüreler için bu mesafe 8-10 m^2/bebek olmalıdır (Yıldız 2008).

Bebekte enfeksiyonun lokalize ve sistemik belirti ve bulguları izlenmelidir. Bebeğin bakımında aseptik kurallar uygulanmalıdır. Enfeksiyonu olan diğer bebeklerin izolasyonu sağlanmalıdır. Bebek, deri ve muköz membranların enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenmelidir. Yaşam bulguları sık sık izlenerek kaydedilmelidir. Ebeveynlere enfeksiyonun belirti ve bulguları, ne zaman sağlık çalışanlarına bildirmeleri gerektiği öğretilmelidir. Aynı zamanda, ebeveynlere el yıkamanın önemi açıklanmalı ve etkili el yıkama yöntemleri gösterilmelidir. (Görak 2008, Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Deri Bütünlüğünün Korunması

Bebekte deri pH'ını farklılaştırabilecek alkalen maddelerle cilt bakımından kaçınılmalıdır. Mümkün olduğu kadar krem, losyon, pomat gibi maddeler kullanılmamalı ya da dikkatli kullanılmalıdır. İnce, kolay çıkarılabilir flasterler tercih edilmelidir. Bebeğin pozisyonu sık değiştirilmelidir. Kullanılan probların yerleri düzenli olarak değiştirilmeli ve deri izlenmelidir (Ovalı ve ark 2012).

1. 1. 7. Ebeveyn-Bebek İlişkisinin Başlatılması ve Sürdürülmesi

Ebeveynlerle bebek arasındaki etkileşimin en kısa sürede başlatılması çok önemlidir. Hemşireler, tüm aile üyelerinin bebekle tanıştırılması ve bağlanma sürecinin başlatılması konusunda hassas davranmalıdırlar. Hemşire anne ve babaların bebeği tutmak, kucaklamak, göz göze gelmek ve en kısa sürede annenin emzirmesi için cesaretlendirmelidir (Karabudak ve Ergün 2013). Bebek annesini emerken onun sıcak kucağında olduğunu hissetmesi, göz göze gelmeleri, birbirlerine gülücükler dağıtmaları, değişik bir dilde de olsa konuşmaları anne sütünün bebekle anne arasındaki bağı güçlendirdiğinin göstergesidir. Aynı zamanda anne bebeğinin altını değiştirirken, kıyafetlerini giydirirken bebeğin vücuduna, tenine dokunması ile bebek mutluluk duymaktadır. Bebeğin sevgi, güven duygusu, kendisini emniyette hissetmesi, ruh sağlığının temel taşlarındandır. Erikson'a göre bir bebek ilk 18 ayını annesi ile geçirmemiş ise onda "kişilik gelişmesi'nin" temeli çürük demektir. Temel bozuk olduğunda daha sonraki dönemlere geçişin zor olacağı belirtilmektedir (Çankırılı 2003).

Preterm doğumda, prematüre bebek ebeveynlerinin psikolojik, duygusal ve fiziksel hazır olma eksikliği söz konusudur (Lindberg ve ark 2007). Doğumdan sonra prematüre bebeğin hastaneye yatırılması sonucu, aile çeşitli stresörlerle karşılaşmakta, ailenin yaşam tarzında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler tüm aile üyelerinin stres ya da kriz yaşamalarına neden olan bir durumdur (Çelebioğlu 2004, Çavuşoğlu 2011b). Bu durum bireyin duygusal dengesini bozarak içsel gerginliğinin artmasına ve kaygı belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Konukbay ve Arslan 2011). Kaygı seviyesi yüksek ebeveynler bebeklerinin bakımına katılmakta ve sağlık ekibi ile işbirliği yapmakta güçlük yaşayabilmektedir. Bunun sonucunda yaşamın erken dönemlerinde gerçekleşmesi beklenen ebeveyn bebek ilişkisinin gelişimi gecikmektedir (Çelebioğlu 2004).

Ebeveyn bebek arasında bağlanma sürecinin gecikebileceğini gösteren belirtiler:

- Bebeği tanımlarken olumsuz sözcükler kullanma,

- Bebeğin durumunun teknik sözcüklerle açıklama,
- Bebeğin adını koymada ya da ona adı ile seslenmede gecikme,
- Hastanede yatan bebeği nadiren telefonla arama, seyrek olarak ziyaret etme ya da ziyaretine gelmeme,
- Kendi bebeği dışındaki diğer bebeklere ilgi gösterme,
- Bebeğe dokunmayı ya da bakımına katılmayı reddetme,
- Bebekle göz temasında bulunmama, onunla konuşmama ya da ona gülümsememedir (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Aileler bebeklerini klinikte bırakıp evlerine veya kendi yattıkları ünitelere geri döndüklerinde ciddi fiziksel ve psikolojik çöküş hissetmektedir. YYBÜ'de annelerin bebek bakımında aktif rol almalarının ebeveyn-bebek ilişkisini geliştirdiği ve psikolojik stresi azalttığı düşünülmektedir (Franck ve Spencer 2003).

Ebeveyn ile bebek arasındaki bağlanmayı kuvvetlendirmek için, doğumda bebeğin durumuna ilişkin ebeveynlere bilgi verilmesi (örneğin; solunum durumu, resüsitasyon gereksinimi, gözle görülen anomaliler gibi) gerekmektedir. Ebeveynlerin doğumdan olabildiğince kısa süre sonra YYBÜ'de yatan bebeklerini görmeleri sağlanmalıdır. Ebeveynler bebeklerini görmeden önce yoğun bakım ünitesi ve bebeğin görünümü ile ilgili bilgi verilmelidir. Bebeğe bağlı olan tüm cihazlar (örneğin monitör) açıklanmalı ve ebeveynlerin, bebeğin bakımı ile ilgili aktivitelerde yer almaları ve yardım etmeleri sağlanmalıdır. Ebeveynlerin bebek ile göz teması kurmaları, onunla konuşmaları ve dokunmaları desteklenmelidir. Anne ile birlikte bebeğin beslenmesinin planlanması önemlidir. Ebeveynlere bebeğin tepkileri açıklanmalı ve olumlu yönleri vurgulanmalıdır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Hemşire, anne ve babaların kendilerine olan güvenleri yerine gelene ve rahat olana kadar ailenin bakımla ilgili uygulamalarını ve aile-bebek arasındaki ilişkileri gözlemlemelidir.

1. 1. 8. Preterm Bebeklerin Taburculuğa Hazırlanması

Preterm bebeklerin taburcu edilme zamanı önemli bir konudur. Bebeğin taburcu edilebilmesi için gerekli optimal kriterler şöyle özetlenebilir:

- Günde 15-30 g/kg veya daha fazla tartı alması,
- Açık yatakta vücut ısısını koruyabilmesi (Ovalı 2008, Can ve ark 2003, Merritt ve ark 2003),
- Postkonsepsiyonel yaşın 34-37 haftaya ulaşması,
- Hastanede yatmayı gerektirecek tıbbi bir sorununun olmaması,
- Fizyolojik olgunlaşma ve kardiyovasküler stabilizasyonunun olması,
- Taburcu edilmeden hemen önce bakımda önemli bir değişikliğin yapılmamış olması (oksijenin kesilmesi, ilaç dozlarının veya beslenme şemalarının değiştirilmesi gibi),
- Son bir hafta içinde apne ve bradikardi olmaması,
- Bebeğin tarama testlerinin tamamlanmış olması,
- Emme ve yutma refleksleri arasındaki koordinasyon yeteneğinin olması ve anne memesini veya biberonu tam olarak alabilmesi,
- Yaşı ve kilosu uygunsa aşılamasının yapılması (Can ve ark 2003, Merritt ve ark 2003, Yıldız 2008),
- Ailenin bebeği kabul etmesi, bebek bakımında yeterli ve eğitim almış olması gerekmektedir (Ovalı 2000, Turan ve ark 2008).

Taburcu olan bebeklerin belirli aralıklarla takibi yapılmalıdır. Polikliniğe başvuruda tartı, boy ve baş çevresi takipleri, vitamin, mineral ve demir takviyeleri yapılmalıdır. İşitme problemleri açısından KBB konsültasyonları, işitme taramaları, BERA testleri, ROP açısından göz konsültasyonları, nörolojik gelişim bozuklukları için çocuk nörolojisi ve nöroşirurji takipleri, sorunları varsa kardiyoloji ve çocuk cerrahisi (inguinal, umblikal herni vs.) takipleriyle multidisipliner olarak izlenmelidirler (Ovalı ve ark 2012).

Etkili bir taburculuk planının oluşturulması ve bebek taburcu edilmeden önce ebeveynlerin evdeki bakıma hazırlanmaları çok önemlidir. Taburculuk planlaması yapılırken ebeveynlerin evdeki bakımlarına yönelik kaygı durumlarının ve yeterliliklerinin değerlendirilmesi gerekir. Bebeğin hastaneye kabul aşamasından itibaren ebeveynlerin bakıma katılmalarını sağlayarak becerilerini arttırmak, cesaretlendirmek, bireysel ihtiyaçlarına karşı hassas olmak ve eksik oldukları

konularda eğitmek gerekmektedir. Bu eğitimlerin annenin kendine olan güvenini arttırdığı belirtilmektedir (Balcı 2006).

1. 1. 9. Prematüre Bebeği Olan Ebeveynler ve Kaygı Durumları

Kaygı genellikle gelecekle ilgili insanı üzen ve sıkan bir bekleme hali olarak tanımlanmaktadır. Güvensizlik duygusu ile karışık bir heyecan durumudur (Öncül 2000). Kaygının başka bir tanımı ise, alışılmamış bir durum, nesne ya da kişi ile karşılaşma, korku veren durum veya nesnelerle karşılaşma, takıntılı düşünceler (yaptım mı yapmadım mı?), iç ve dış çatışmalar (karar verme güçlüğü) olarak ifade edilmektedir (Köknel 1982). Kaygı, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Kişi kendisini bir alarm durumunda ve sanki bir şey olacakmış gibi hisseder, tedirginlik duyar. Kaygı düzeyi yüksek olan bireyler kolay incinirler ve karamsarlığa bürünürler (Gürün 1991, Nar 2005). Yüksek düzeyde kaygıya sahip olan kişiler fizyolojik (kasların gergin olması, sinir sistemi bozuklukları) ve psikolojik (tedirgin bekleyiş hali, dikkat toplamada zorluk) belirtiler geliştirmektedir. Kaygının sürekliliği ve şiddeti arttığı zaman sorun olarak insanların karşısına çıkmaktadır (Cüceloğlu 1997).

Belirli dönemlerde herkesin geçirebileceği bir yaşantı olan kaygı, 'Durumluk Kaygı' ve 'Sürekli Kaygı' olarak iki şekilde incelenmektedir. Durumluk kaygı, tehlikeli olarak adlandırılan durumlar öncesinde veya olaylar sırasında ortaya çıkan çoğunlukla mantıki sebeplere bağlı, başkalarınca da nedeni anlaşılabilen ve genellikle her bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygı biçimidir. Bazı insanlarda da belirli bir olay ve duruma bağlı olmayan genel ve devamlı kaygı hali vardır. Buna da sürekli kaygı denilmektedir. Bulunduğu durumdan memnun olmama, genel bir hoşnutsuzluk hali taşıma, huzursuzluk, her an başına kötü bir olay gelecekmiş gibi durma, kolaylıkla incinme ve karamsarlığa bürünme sürekli kaygı düzeyi yüksek bireylerin özelliklerindendir. Bireyin içinde bulunduğu durumla doğrudan bağdaşmayan, çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan, başkaları tarafından nedeni açıkça anlaşılamayan kaygıların sürekli kaygılar olduğu belirtilmektedir (Öner ve LeCompte 1985).

Prematüre bebeği olan anne ve babalarda gözlenen kaygının nedenleri şunları içermektedir:

1. Bebeğin iyileşmesine ilişkin endişelerinin olması,
2. Hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları,
3. Bebeğin bakımında sağlık ekibi üyelerine göre kendilerini daha önemsiz hissetmeleri,
4. Bebeğin hastalığı nedeniyle suçluluk duymaları,
5. Evdeki diğer aile üyeleri için endişe etmeleri,
6. Mali endişelerdir (Çelebioğlu 2004).

Bebeğe uygulanan müdahale ve işlemlerin çokluğu ve önceliğin bebeğe yönelik müdahalelere verilerek ebeveynlerin ikinci plana atılması, ebeveynlerin kaygılarının daha da artmasına neden olmaktadır. Kaygı düzeyi yükseldikçe algılama, kavrama, karar verme, hatırlama gibi yetenekler bozulacağı için annelerin bildikleri baş etme yöntemlerini uygulama olasılıkları da azalmaktadır (Akşit ve Cimete 2001).

Ebeveynlerin tüm yaşadıkları ile nasıl ve ne ölçüde başa çıktıkları, sosyal destek mekanizmaları ile paralellik göstermektedir. Ailelerin arkadaşlığa, dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye, duygusal desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu desteği genişletilmiş aile fertlerinden, yakın çevreden aldıkları gibi sağlık personelinden, psikolojik danışma gruplarından, diğer anne ve babalardan da alabilmektedirler (Görak 2008). Bu gruplar annelerin ve babaların yalnız olmadıklarını fark etmelerine, birbirlerine duygusal ve sosyal yönden yakınlaşmalarına yardımcı olurken, bunun olumlu sonucu olarak da kaygı düzeyinde belirgin bir azalma olmaktadır ki, bu anlamda anne ve babaların yalnız kalmamalarının oldukça önemli olduğu ifade edilmektedir (Akkök 2003).

Sonuç olarak; literatürde prematüre bebeği olan babalarla ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. YYBÜ'nde hemşireler anne ve babalardan "Bebeğim iyileşecek mi?", "Bebeğimin hastalığından başkalarında da oldu mu", "Hastanede ne kadar kalacak?", "Bebeğim çok küçük büyür mü?" şeklindeki ifadeleri çok sık

duymaktadır. Hemşireler anne ve babalarla doğrudan iletişime geçtiklerinden ortaya çıkan sorunların ve kaygının farkında olmaları ve bu sürecin yönetiminde etkin rol oynamaları beklenir. Hemşireler anne ve babalara nasıl destek olacağını ve danışmanlık yapacaklarını planlamalıdır. Bebeğin büyüme ve gelişme sürecinde anneye sorumluluk verilmesinin yanı sıra özellikle babaya da sorumluluk verilmesi, sürece dahil edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, araştırma ve bulguları özellikle preterm bebeğin babalarının durumunu değerlendirmesi açısından önem taşımaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM:

2. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, kesitsel ve karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya İli kent merkezinde yer alan S.Ü. Meram Tıp Fakültesi (Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi olarak ismi değişmiştir), T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Beyhekim Devlet Hastanesi YYBÜ'de yapılmıştır.

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi YYBÜ'de iki açık yatak, 17 kuvöz, üç kot, iki fototerapi yatağı ve beş ventilatör cihazı bulunmaktır. Yoğun bakımda 22 hemşire, bir neonatolog, iki çocuk uzmanı, iki asistan doktor çalışmaktadır. YYBÜ'deki hemşireler iki vardiya şeklinde iki-üç kişilik gruplar halinde çalışmaktadır. Bu ünite üçüncü basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi YYBÜ'de bir açık yatak, 16 kuvöz, altı ventilatör bulunmaktadır. YYBÜ'de bir çocuk uzmanı, üç asistan doktor ve 28 hemşire çalışmaktadır. Ünitedeki hemşireler iki vardiya şeklinde geceleri dört, gündüzleri beş-altı kişilik gruplar halinde çalışmaktadır. Bu ünite, üçüncü basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi YYBÜ'de 32 tane kuvöz ve yedi ventilatör bulunmaktadır. YYBÜ'de 12 çocuk uzmanı, dört çocuk cerrahı ve 44 hemşire çalışmaktadır. Ünitedeki hemşireler iki vardiya şeklinde sekiz kişilik gruplar halinde çalışmaktadır. Bu ünite, üçüncü basamak yoğun bakım olarak hizmet vermekte olup, bölgenin en büyük yenidoğan yoğun bakım birimidir.

Konya Beyhekim Devlet Hastanesi YYBÜ'de bir açık yatak, beş kuvöz, iki kot, iki ventilatör bulunmaktadır. YYBÜ'nde bir çocuk uzmanı ve 10 hemşire çalışmaktadır. Ünitedeki hemşireler iki vardiya şeklinde iki kişilik gruplar halinde çalışmaktadır. Bu ünite, ikinci basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir.

Dört hastanenin de YYBÜ'ndeki bebek anneleri için anne oteli bulunmakta ve anneler bebeklerini iki-üç saat aralıklarla emzirebilmektedirler.

2. 3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, 01 Mart–30 Nisan 2012 tarihleri arasında Konya İli kent merkezinde yer alan ilgili hastanelerin YYBÜ'de yatan prematüre bebeği olan anne ve babalar oluşturmuştur.

2. 4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde, Özyazıcıoğlu ve Tüfekci'nin 2009 yılında yaptığı YYBÜ'nde bebekleri bakım alan annelerin kaygı puan ortalamalarından yararlanılmıştır. Bu çalışma için örnek büyüklüğü %95 güven seviyesi ±2 puan olan güven aralığı içinde, standart sapması 10,8 (Özyazıcıoğlu ve Tüfekci 2009) olarak kabul edilerek hesaplanmıştır. Buna göre değişkenin standart sapması: 10,8 aralığın toplam genişliği 4 puan (2 puan üstünde 2 puan altında), standartlaştırılmış aralık genişliği 4/10,8=0.37 yaklaşık 0,40 belirlenerek %95 güven aralığında 97 kişi olarak kabul edilmiş (Akgül 2005) ve araştırmaya 97 prematüre bebeğin anne ve babaları alınmıştır.

2. 5. Örnek Seçimi

Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneğine, 01 Mart–30 Nisan 2012 tarihleri arasında YYBÜ'nde yatan taburculuğu planlanan (2-3 gün öncesi) ve araştırmaya katılmayı kabul eden 32-37 haftalık 104 prematüre bebeğin ebeveynleri alınmış fakat babalara ulaşmada güçlük yaşanıldığı için yedi veri formu doldurulamamış ve araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırma 97 prematüre

bebeği olan anne ve babalarla sürdürülmüştür. Dolayısıyla araştırmaya anne ve babaların %93'ü katılmıştır. Araştırma, örneklemde belirtilen sayıya ulaşıncaya kadar devam etmiştir. Araştırmaya 32 haftalıktan küçük preterm bebekler alınmamıştır. 32. gestasyon haftasından küçük bebekler prematüreliğin en riskli grubunu oluşturduğundan, ciddi sağlık problemleri görüldüğünden ve araştırmanın kesintiye uğrayabileceği düşünüldüğünden, örnek grubuna 32-37 haftalık prematüre bebeklerin anne ve babaları alınmıştır.

2. 6. Örnek Seçim Kriterleri

Örnek seçiminde aşağıda belirtilen kriterler göz önünde bulundurulmuştur;

Anne ve babada aranan kriterler:

- 32-37 haftalık doğmuş prematüre bebeği olması,
- Taburculuğu planlanan prematüre bebek olması,
- Bebeğinde konjenital anomali olmaması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Mental rahatsızlığı bulunmaması,
- En az ilkokul mezunu olması.

2. 7. Araştırmanın Güçlükleri

Kurum ve etik izin alındıktan sonra 01 Mart–30 Nisan 2012 tarihleri arasında beş hastanede çalışma başlatılmış, ancak bir hastaneden sadece üç veri toplandıktan sonra, veri toplamada çeşitli güçlükler yaşandığından dolayı ilgili hastane araştırma kapsamından çıkarılmış ve araştırma dört hastane ile sürdürülmüştür. Ayrıca çeşitli nedenlerle (ulaşım, çalışma durumu vs.) babaların hastaneye gelmeleri zor olduğundan bu gruptan veri toplanmasında güçlük yaşanmıştır.

2. 8. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veri toplama aracı olarak "Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu" (Ek A) ve "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği" (Ek B) kullanılmıştır.

2. 8. 1. Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı (Yıldız 2003, Balcı 2006, Özçelik 2006) olarak "Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu" oluşturulmuştur. Bilgi formunun içeriğinde, anne ve babaların sosyo-demografik bilgilerine ait (yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyini algılama durumu) beş soru, anne ve bebeğe ait (annenin gebelik haftası, bebeğin şuandaki haftası, doğum şekli, kaçıncı bebeği olduğu, daha önce prematüre bebeği olma durumu, cinsiyeti, doğum kilosu, bebeğin tanısı, hastanede kalış süresi, doğum sonrası girişim uygulanma durumu, bebeğin beslenme şekli) 11 soru, anne ve babaların bebeğe ilişkin görüşlerine ait (bebeği görme durumu, annenin hastanede bebekle kalış süresi, bebek bakımında taburculuk eğitimi alma durumu, evde bebek bakımında destek alma durumu, bebek bakımına ilişkin algılanan yeterlilik durumu, kaygı durumu, taburculuğa hazır oluşluk durumu) sekiz soru, annenin prematüre bebek bakımına ilişkin yeterliliğini algılama durumunu (beslenme, gaz çıkarma, pozisyon verme, banyo, pişik bakımı, pamukçuk bakımı, vücut sıcaklığını ölçme, solunumunu değerlendirme, ebeveyn-bebek ilişkisini sürdürme, uygun kıyafet seçimi ve oda düzeni) belirleyen 12 sorudan oluşmuştur.

2. 8. 2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği:

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (State–Trait Anxiety Inventory) geliştirilmiş, 1985 yılında Necla Öner ve LeCompte tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerliliği ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayıları durumluk kaygı ölçeği için .83-.92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .83-.87 arasında saptanmıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1), bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) ise; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinde, bireylerin duygularını ifade etmede kullanabilecekleri 40 ifade bulunmaktadır. Kişi kendini nasıl hissediyorsa ve duygularının şiddetine göre, "Hiç" (1), "Biraz" (2), "Oldukça" (3), "Tamamıyla" (4)

seçeneklerinden birini işaretlemesi gerekir. Durumluk Kaygı Ölçeği doğrudan (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) ve tersine dönmüş ifadelerden (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) oluşmaktadır. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise doğrudan (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40) ve tersine dönmüş ifadelerden (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) oluşmaktadır.

Değerlendirmede, olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken, bir ağırlık değerinde olanlar dörde ve dört ağırlık değerinde olanlar ise bire dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde dört değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise; dört değerindeki yanıtlar düşük, bir değerindeki yanıtlar ise yüksek kaygıyı gösterir. Olumsuz duyguları ifade eden doğrudan ifadelerin toplam puanı ile olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler tersine çevrilerek toplanır ve her iki ölçekten ayrı ayrı toplam 20-80 arasında değişen toplam puan elde edilir. Puanları hesaplamanın ikinci bir yolu, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanını verir.

Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Toplam kaygı puanı 60'ın üzerinde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin puan aralıkları aşağıda verilmiştir.

0–40 puan: Kaygı yok
41–60 puan: Hafif kaygı
61> puan: Şiddetli kaygı (Öner ve LeCompte 1985).

2. 9. Ön Uygulama

Araştırma öncesi veri toplama formları araştırmanın yürütüldüğü hastanelerden birinde beş anne ve babaya yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulanmış ve bu veriler araştırma kapsamına alınmamıştır. Ön uygulama sonucunda soruların anlaşılırlığı kontrol edilerek anket formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

2. 10. Verilerin Toplanması

Veriler kurum izni ve etik izin alındıktan sonra 01 Mart-30 Nisan 2012 tarihleri arasında araştırmacı tarafından YYBÜ'nün dışında yer alan ayrı bir odada, ebeveynlerden yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

2. 11. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile normallik analizi yapılarak değerlendirilmiş ve normal dağılım gösterdikleri bulunmuştur. Veriler değerlendirilirken sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerde iki grup arasındaki ortalamanın karşılaştırmasında örneklem sayısı 30 ve üzerinde olan, normal dağılım gösteren parametreler için Bağımsız gruplarda t testi ve örneklem sayısı 30'un altında olan ($n<30$) parametreler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen, $n<30$ olan, üç ve daha fazla grubun kaygı puan ortalamalarının karşılaştırmasında Kruskall Wallis testi (ileri analiz olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p<0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir. Bulgularda istatistiksel anlamlılığı olan değerlerde anlamlılığın düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

2. 12. Değişkenler

2. 12. 1. Bağımsız Değişkenler:

Anne ve Babalara İlişkin Özellikler

- Yaş
- Öğrenim Durumu
- Çalışma Durumu
- Gelir Düzeyini Algılama Durumu
- Çocuk Sayısı

- Daha Önce Prematüre Bebeği Olma Durumu

Bebeğe Ait Özellikler

- Cinsiyet
- Doğum Şekli
- Gestasyon Haftası
- Şu anki Gestasyon Haftası
- Tanı
- Beslenme Şekli

Yeterliliğe Ait Özellikleri

- Annelerin Bebek Bakımı İle İlgili Taburculuk Eğitimi Alma Durumu
- Annelerin Bebek Bakımı İle İlgili Kendilerini Yeterli Hissetme Durumu
- Anne ve Babaların Bebek Bakımı İle İlgili Kaygı Hissetme Durumu
- Annelerin Bebek Bakım Alanları İle İlgili (Solunumu Sayma ve Değerlendirme, Pamukçuk Bakımı) Algıladıkları Yeterlilik Durumu

2. 12. 2. Bağımlı Değişkenler

- Anne ve Babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

2. 13. Araştırma Soruları

1. Anne ve babaların kaygı düzeyleri nedir?
2. Anne ve babaların sosyodemografik özelliklerine göre kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Prematüre bebeklerin özelliklerine göre anne ve babaların kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
4. Annelerin prematüre bebek bakımına ilişkin yeterliliklerini algılama durumuna göre kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?

2. 14. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik izni Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi etik kurulundan 2012/10 sayılı kararla alınmıştır (Ek D). Araştırmanın yürütülebilmesi için, Konya İli kent merkezinde yer alan ilgili hastanelerin Başhekimliği'nden yazılı izinler alınmıştır (Ek E, Ek F, Ek G, Ek H). Araştırma süresince, hastanede yatmakta olan 32-37 haftalık prematüre doğan bebeklerin ebeveynleriyle görüşülerek, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında yeterli açıklama yapılarak, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel olurları alınmıştır (Ek C).

3. BULGULAR

Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve kaygı düzeyleri ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada bulgular iki ayrı başlık altında sunulmuştur.

1. Anne-babaların ve prematüre bebeklerin özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları, anne-babaların ve prematüre bebeklerin özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

3. 1. Anne-Babaların ve Prematüre Bebeklerin Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, anne ve babaların sosyodemografik ve prematüre bebeklerine ait özellikler, anne ve babaların prematüre bebeklerinin bakımı konusunda kaygı ve hazır hissetme durumları ve annelerin prematüre bebek bakım yeterliliklerini algılamalarını içeren tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1.1. Anne ve Babaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=97).

	Anne		Baba	
Özellikler	**n**	**%**	**n**	**%**
Yaş				
18-24	38	39,2	14	14,5
25-31	39	40,2	46	47,4
32 ve üzeri	20	20,6	37	38,1
Öğrenim Durumu				
İlkokul	37	38,2	36	37,0
Ortaokul	33	34,0	18	18,6
Lise	14	14,4	25	25,8
Üniversite	13	13,4	18	18,6
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	13	13,4	89	91,8
Çalışmıyor	84	86,6	8	8,2
Algıladığı Gelir Durumu				
İyi	29	29,9	19	19,6
Orta	64	66,0	70	72,2
Kötü	4	4,1	8	8,2

Araştırma kapsamına alınan anne ve babaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı çizelge 3.1.1'de gösterilmiştir. Annelerin yaş ortalaması 26,77±5,31,

babaların ise 30,13±5,35 olduğu saptanmıştır. Annelerin %40,2'si, babaların ise %47,4'ü 25-31 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Annelerin %38,2'sinin ilkokul mezunu, %86,6'sının çalışmadığı, %66'sının aylık gelirini orta olarak algıladığı, babaların %37'sinin ilkokul mezunu, %91,8'nin gelir getiren bir işte çalıştığı, %72,2'sinin aylık gelirini orta olarak algıladığı saptanmıştır.

Ebeveynlerin %87,6'sının (n=85) sosyal güvencesinin olduğu ve %14,4'ünün (n=14) daha önce prematüre bebeğe sahip olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %44,2'sinin (n=43) bir çocuğa, %24,7'sinin (n=24) iki çocuğa ve %30,9'unun (n=30) üç ve üzeri çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.1.2. Prematüre Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=97).

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	48	49,5
Erkek	49	50,5
Doğum Şekli		
Normal	32	33,0
Sezaryen	65	67,0
Gestasyon Haftası		
32-34 Haftalık	46	47,4
35-37 Haftalık	51	52,6
Şu anki Gestasyon Haftası		
32-34 Haftalık	21	21,6
35-37 Haftalık	54	55,7
38 Haftalık ve Üzeri	22	22,7
Tanı		
Prematürite	43	44,3
Prematürite+Ek Sorunlar*	54	55,7
Bebeğe Doğum Sonrası Uygulanan Girişimler		
Kuvöz	79	81,5
Kot	4	4,1
Solunum Cihazı	14	14,4
Bebeğin Beslenmesi		
Anne sütü	74	76,3
Anne sütü ve Mama	23	23,7

*Ek Sorunlar (Yenidoğan Sarılığı, RDS, MAS, Beslenme Boz, İUGG)

Araştırma kapsamına alınan prematüre bebeklere ilişkin tanıtıcı bilgiler çizelge 3.1.2'de verilmiştir. Preterm bebeklerin %52,6'sının 35-37 gestasyon haftasında doğduğu ve %55,7'sinin 35-37 gestasyon haftasında taburculuklarının planlandığı tespit edilmiştir. Preterm bebeklerin %50,5'inin cinsiyeti erkek, %67'si

sezaryen doğum ve %44,3'ünün sadece prematüre tanısıyla hastanede yattığı saptanmıştır. Bebeklerin %81,5'inin kuvözde kaldığı ve %76,3'ünün sadece anne sütü ile beslendiği tespit edilmiştir.

Preterm bebeklerin gestasyon haftaları 34,51±1,68 ve şu anki haftaları 36,12±2,01'dir. Preterm bebeklerin doğum kilosu 2210,03±568,17 g ve şimdiki kiloları 2264,36±568,72 g ağırlığındadır. Prematüre bebeklerin hastanede yatış süreleri ortalama 8,49±6,66 gün (Min:2.00, Max:35.00) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.1.3. Anne ve Babaların Prematüre Bebeklerinin Bakımı Konusunda Kaygı ve Hazır Hissetme Durumlarının Dağılımı (n=97).

Kaygı ve Hazır Hissetme Durumu	Anne		Baba	
	n	%	n	%
Annelerin Bebeğin Bakımıyla İlgili Yeterli Hissetme Durumu				
Evet	78	80,4	-	-
Hayır	19	19,6	-	-
Bebek Bakımıyla İlgili Şu An Kaygı Yaşama Durumu				
Evet	47	48,5	40	41,2
Hayır	50	51,5	57	58,8
Bebek Bakımıyla İlgili Taburcu Olduktan Sonra Kaygı Yaşama Düşüncesi				
Evet	35	36,1	35	36,1
Hayır	62	63,9	62	63,9
Bebeğin Taburcu Olmasına Kendilerini Hazır Hissetme Durumu				
Evet	64	66,0	63	64,9
Hayır	33	34,0	34	35,1

Araştırma kapsamına alınan anne ve babaların prematüre bebeklerinin bakımı konusunda kaygı ve hazır hissetme durumları çizelge 3.1.3'te verilmiştir. Annelerin %80,4'ü prematüre bebek bakımıyla ilgili kendilerini yeterli hissettiklerini ifade etmiştir. Annelerin %51,5'i, babaların ise %58,8'i prematüre bebek bakımıyla ilgili şuan kaygı yaşamadıklarını ifade etmiştir. Anne ve babaların %63,9'u taburcu olduktan sonra bebek bakımıyla ilgili herhangi bir kaygı yaşama düşüncesinin olmadığını belirtmiştir. Annelerin %66'sı, babaların ise %64,9'u bebeklerinin taburcu olmasına kendilerini hazır hissettiklerini belirtmişlerdir. Annelerin hastanede kalınan süre içerisinde %54,6'sının bebek bakımıyla ilgili herhangi bir taburculuk eğitimi almadığını ve %66'sının taburculuk sonrası bebek bakımıyla ilgili destek alacağını belirtmiştir.

Araştırmada annelerin bebeklerini ilk kez görme zamanı 1,95±1,60 gün (Min:0,00, Max:10,00), ilk kez kucağına alma zamanı 3,48±4,24 gün (Min:0,00, Max:28,00) ve annelerin hastanede kalış süresi ortalama 6,12±4,77 gün (Min:1,0 Max:24,00) olduğu belirlenmiştir. Babaların ise bebeklerini ilk kez görme zamanı 1,55±2,07 gün (Min:0,00, Max:15,00) ve YYBÜ içerisinde görme sayısının 2,82±4,07 (Min:0,00, Max:25,00) olduğu saptanmıştır. Babaların %69'u bebeklerini hiç kucağına almazken, %31'inin ise 2,40±2,93. günlerde ilk kez kucağına aldığı saptanmıştır (Min:1,00, Max:13,00).

Çizelge 3.1.4. Annelerin Prematüre Bebek Bakım Yeterliliklerini Algılamalarına Göre Dağılımı (n=97).

Bakım Alanları	n	%
Bebeği Besleme Konusunda Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	85	87,6
Hayır	12	12,4
Bebeğin Gazını Çıkarmada Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	90	92,8
Hayır	7	7,2
Bebeği Beslerken Pozisyon Vermede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	89	91,8
Hayır	8	8,2
Bebeğin Banyo Yaptırılmasında Yeterli Hissetme Durumu		
Evet		
Hayır	59	60,8
	38	39,2
Bebeğe Pişik Bakımı Vermede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet		
Hayır	89	91,8
	8	8,2
Bebeğe Pamukçuk Bakımı Vermede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	43	44,3
Hayır	54	55,7
Bebeğin Ateşini Ölçmede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	81	83,5
Hayır	16	16,5
Bebeğin Solunumunu Sayma ve Değerlendirmede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	32	33,0
Hayır	65	67,0
Anne-Bebek İlişkisini Güçlendirmede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	93	95,9
Hayır	4	4,1

Çizelge 3.1.4. (Devam) Annelerin Prematüre Bebek Bakım Yeterliliklerini Algılamalarına Göre Dağılımı (n=97).

Bakım Alanları	n	%
Bebeğe Uygun Kıyafet Seçmede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	94	96,9
Hayır	3	3,1
Bebeğe Pozisyon Vermede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	90	92,8
Hayır	7	7,2
Bebeğin Odasını Uygun Şekilde Düzenlemede Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	97	100,0
Hayır	-	-

Araştırma kapsamına alınan annelerin prematüre bebek bakım yeterliliklerini algılamaları çizelge 3.1.4'te verilmiştir. Annelerin %87,6'sı bebeğini besleme konusunda, %92,8'i bebeğin gazını çıkarmada, %91,8'i bebeği beslerken pozisyon vermede, %60,8'i bebeğini banyo yaptırmada kendilerini yeterli hissettiklerini ifade etmiştir. Annelerin %91,8'i bebeğe pişik bakımı vermede, %83,5'i bebeğin ateşini ölçmede, %95,9'u anne-bebek ilişkisini güçlendirmede, %96,9'u bebeğe uygun kıyafet seçmede, %92,8'i bebeğe uygun pozisyon vermede ve %100'ü bebeğin odasını uygun şekilde düzenlemede yeterli olduklarını ifade etmiştir. Annelerin kendilerini yeterli hissetmedikleri bakım alanları ise, bebeğin solunumunu sayma ve değerlendirme (%67), bebeğe pamukçuk bakımı verme (%55,7) olduğu belirlenmiştir.

3. 2. Anne ve Babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları, Anne-Babaların ve Prematüre Bebeklerin Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, prematüre bebeği olan anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları, sosyodemografik özellikleri, prematüre bebeklerine ait özellikler ve anne ve babaların bazı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.2.1. Prematüre Bebeği Olan Anne ve Babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Kaygı Durumu	Anne $\bar{x}$±Ss	Baba $\bar{x}$±Ss	t	p
Durumluk Kaygı (DK)	40,15±11,25	37,32±10,87	*1,785*	*0,076*
Sürekli Kaygı (SK)	44,30±8,98	39,45±8,58	*3,842*	***0,000***

Anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması çizelge 3.2.1'de verilmiştir. Annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 40,15±11,25 (Min:20-Max:72), babaların ise 37,32±10,87 (Min:20-Max:67) olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t=1,785, p=0,076). Annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları 44,30±8,98 (Min:26-Max:65), babaların ise 39,45±8,58 (Min:20-Max:67) olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir (t=3,842, p=0,000).

Çizelge 3. 2. 2. Anne ve Babaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=97).

	Anne			Baba		
Özellikler	**n**	**Durumluk Kaygı $\bar{x}$±Ss**	**Sürekli Kaygı $\bar{x}$±Ss**	**n**	**Durumluk Kaygı $\bar{x}$±Ss**	**Sürekli Kaygı $\bar{x}$±Ss**
Yaş						
18-24	38	39,03±11,25	45,45±8,67	14	37,71±9,10	41,71±10,58
25-31	39	40,44±10,69	43,28±10,06	46	36,52±9,91	38,48±8,04
32 ve üzeri	20	41,75±12,59	44,10±7,34	37	38,16±12,69	39,81±8,48
KW (Sd: 2)		*0,905*	*1,600*		*0,208*	*1,245*
p		*0,636*	*0,449*		*0,901*	*0,537*
Öğrenim Durumu						
İlkokul [a]	37	41,24±11,53	45,22±10,48	36	40,14±9,73	43,33±8,48
Ortaokul	33	38,94±11,74	45,33±9,01	18	37,50±13,46	37,56±5,85
Lise [b]	14	41,36±10,75	40,57±6,47	25	33,68±11,37	36,32±7,94
Üniversite	13	38,85±10,46	43,08±5,48	18	36,56±8,51	37,94±9,59
KW (Sd: 3)		*1,392*	*3,463*		*6,542*	***11,042***
p		*0,707*	*0,326*		*0,088*	***0,012 (a>b)***
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	13	38,69±9,83	43,46±7,04	89	36,76±10,85	38,80±8,06
Çalışmıyor	84	40,38±11,49	44,43±9,27	8	43,50±9,78	46,75±11,25
U		*510,5*	*488,0*		*218,0*	***161,0***
p		*0,707*	*0,539*		*0,070*	***0,010***
Algılanan Gelir Durumu						
İyi[a]	29	36,97±9,76	43,41±7,43	19	37,00±9,79	36,68±7,49
Orta[b]	64	41,02±11,29	43,92±9,33	70	37,29±11,29	39,13±7,83
Kötü*[c]	4			8	38,38±10,88	48,88±11,74
U		*735,50*	*870,50*	***KW (Sd: 2)***	*0,119*	***8,300***
p		*0,110*	*0,633*		*0,942*	***0,016 (a<c, b<c)***

*Örneklem sayısı az olduğu için analize alınmamıştır.

Çizelge 3. 2. 2. (Devam) Anne ve Babaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=97).

Özellikler	Anne			Baba		
	n	Durumluk Kaygı $\bar{x}$±Ss	Sürekli Kaygı $\bar{x}$±Ss	n	Durumluk Kaygı $\bar{x}$±Ss	Sürekli Kaygı $\bar{x}$±Ss
Çocuk Sayısı						
Bir	43	38,14±10,42	44,07±9,23	43	37,42±8,57	39,70±9,01
İki	24	41,29±11,92	42,83±9,29	24	34,54±12,04	36,38±8,94
Üç ve üzeri	30	42,13±11,73	45,80±8,43	30	39,40±12,62	41,57±7,09
KW (Sd: 2)		*3,526*	*0,374*		*2,943*	*5,064*
p		*0,172*	*0,829*		*0,230*	*0,079*
Daha Önce Prematüre Bebeğe Sahip Olma Durumu						
Evet	14	38,57±10,04	43,29±9,79	14	36,64±10,92	39,71±9,08
Hayır	83	40,42±11,47	44,47±8,89	83	37,43±10,93	39,41±8,55
U		*532,50*	*542,00*		*573,50*	*569,00*
p		*0,618*	*0,689*		*0,939*	*0,902*

Araştırma kapsamına alınan anne ve babaların sosyodemografik özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması çizelge 3.2.2'de verilmiştir. Annelerin yaş durumu göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (DK KW=0,905 p=0,636; SK KW=1,600 p=0,449). Babaların yaş durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (DK KW=0,208 p=0,901; SK KW=1,245 p=0,537).

Annelerin öğrenim durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının ilkokul 41,24±11,53, ortaokul 38,94±11,74, lise 41,36±10,75 ve üniversite mezunlarının 38,85±10,46 olduğu ve sürekli kaygı puan ortalamalarının ise ilkokul 45,22±10,48, ortaokul 45,33±9,01, lise 40,57±6,47 ve üniversite mezunlarının 43,08±5,48 olduğu belirlenmiştir. Annelerin öğrenim durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (DK KW=1,392 p=0,707; SK KW=3,463 p=0,326). Babaların öğrenim durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının ilkokul 40,14±9,73, ortaokul 37,50±13,46, lise 33,68±11,37 ve üniversite mezunlarının 36,56±8,51 olduğu ve sürekli kaygı puan ortalamalarının ise ilkokul 43,33±8,48, ortaokul 37,56±5,85, lise 36,32±7,94 ve üniversite mezunlarının 37,94±9,59 olduğu saptanmıştır. Araştırmada babaların öğrenim durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (SK KW=11,042 p=0,012). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile yapılan ileri analizde, ilkokul mezunu babaların sürekli kaygı puan ortalamalarının lise mezunu babalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p=0,003), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Ancak öğrenim durumuna göre babaların durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (DK KW=6,542 p=0,088).

Çalışma durumuna göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, çalışan annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 38,69±9,83, çalışmayanların ise 40,38±11,49 olduğu, çalışan annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları 43,46±7,04, çalışmayanların ise 44,43±9,27 olduğu saptanmıştır.

Annelerin çalışma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK U=510,50 p=0,707; SK U=488,00 p=0,539). Çalışma durumuna göre babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, çalışan babaların durumluk kaygı puan ortalamaları 36,76±10,85, çalışmayanların ise 43,50±9,78 olduğu, çalışan babaların sürekli kaygı puan ortalamaları 38,80±8,06, çalışmayanların ise 46,75±11,25 olduğu belirlenmiştir. Babaların çalışma durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (DK U=218,00 p=0,070), sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (SK U=161,00 p=0,010).

Annelerin algılanan gelir durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamaları gelir durumunu iyi 36,97±9,76 ve orta algılayanların 41,02±11,29 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise gelir durumunu iyi 43,41±7,43 ve orta algılayanların 43,92±9,33 olduğu saptanmıştır. Annelerin algılanan gelir durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (DK U=735,50 p=0,110; SK U=870,50 p=0,633). Babaların algılanan gelir durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamaları gelir durumunu iyi 37,00±9,79, orta 37,29±11,29 ve kötü algılayanların 38,38±10,88 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise gelir durumunu iyi 36,68±7,49, orta 39,13±7,83 ve kötü algılayanların 48,88±11,74 olduğu saptanmıştır. Babaların algılanan gelir durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (SK KW=8,300 p=0,016). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile yapılan ileri analizde, gelir durumunu kötü algılayan babaların sürekli kaygı puan ortalamalarının gelir durumunu iyi ve orta algılayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p_{iyi\text{-}kötü}$=0,010, $p_{orta\text{-}kötü}$=0,014), diğer ikili grup arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Ancak algılanan gelir durumuna göre babaların durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (DK KW=0,119 p=0,942).

Çocuk sayısına göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının ilk çocuğu 38,14±10,42, ikinci çocuğu 41,29±11,92 ve üç ve üzeri çocuğu olanların 42,13±11,73 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise ilk çocuğu 44,07±9,23, ikinci çocuğu 42,83±9,29 ve üç ve üzeri çocuğu olanların 45,80±8,43 olduğu bulunmuştur. Çocuk sayısına göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK KW=3,526 p=0,172; SK KW=0,374 p=0,829). Babaların çocuk sayısına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının ilk çocuğu 37,42±8,57, ikinci çocuğu 34,54±12,04 ve üç ve üzeri çocuğu olanların 39,40±12,62 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise ilk çocuğu 39,70±9,01, ikinci çocuğu 36,38±8,94 ve üç ve üzeri çocuğu olanların 41,57±7,09 olduğu bulunmuştur. Çocuk sayısına göre babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK KW=2,943 p=0,230; SK KW=5,064 p=0,079).

Annelerin daha önce prematüre bebeğe sahip olmaları ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının daha önce prematüre bebeği olanların 38,57±10,04, olmayanların 40,42±11,47 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise daha önce prematüre bebeği olanların 43,29±9,79, olmayanların 44,47±8,89 olduğu saptanmıştır. Daha önce prematüre bebeğe sahip olma durumuna göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (DK U=532,50 p=0,618; SK U=542,00 p=0,689). Babaların daha önce prematüre bebeğe sahip olmaları ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının daha önce prematüre bebeği olanların 36,64±10,92, olmayanların 37,43±10,93 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise daha önce prematüre bebeği olanların 39,71±9,08, olmayanların 39,41±8,55 olduğu saptanmıştır. Daha önce prematüre bebeğe sahip olma durumuna göre babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK U=573,50 p=0,939; SK U=569,00 p=0,902).

Çizelge 3.2.3. Prematüre Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Anne-Babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=97).

Özellikler	n	Anne		Baba	
		Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
		$\bar{x}$±Ss	$\bar{x}$±Ss	$\bar{x}$±Ss	$\bar{x}$±Ss
Cinsiyet					
Kız	48	39,58±11,66	44,33±8,84	36,10±11,31	38,29±8,41
Erkek	49	40,71±10,92	44,27±9,20	38,51±10,40	40,59±8,68
t		*-0,493*	*0,037*	*-1,091*	*-1,325*
p		*0,623*	*0,970*	*0,278*	*0,188*
Doğum Şekli					
Normal	32	40,50±11,34	44,84±8,80	38,63±10,53	39,91±8,00
Sezaryen	65	39,98±11,28	44,03±9,12	36,68±11,06	39,23±8,91
t		*0,211*	*0,417*	*0,828*	*0,363*
p		*0,833*	*0,677*	*0,410*	*0,718*
Gestasyon Haftası					
32-34 Haftalık	46	38,48±11,02	43,00±9,09	36,72±11,39	37,98±8,36
35-37 Haftalık	51	41,67±11,34	45,47±8,80	37,86±10,47	40,78±8,64
t		*-1,401*	*-1,359*	*-0,516*	*-1,622*
p		*0,164*	*0,177*	*0,607*	*0,108*
Şu Anki Gestasyon Haftası					
32-34 Haftalık	21	41,57±11,55	43,86±8,21	39,14±11,36	39,05±9,43
35-37 Haftalık[a]	54	37,44±10,32	43,09±9,80	35,56±10,46	38,67±8,85
38 Haftalık ve Üzeri[b]	22	45,45±11,50	47,68±6,79	39,91±11,11	41,77±6,84
KW (Sd: 2)		***7,701***	*5,240*	*2,788*	*3,226*
p		***0,021(a<b)***	*0,073*	*0,248*	*0,199*
Tanı					
Prematürite	43	40,16±12,35	43,88±9,82	35,14±10,89	39,07±8,75
Prematürite+Ek Sorunlar*	54	40,15±10,40	44,63±8,33	39,06±10,65	39,76±8,52
t		*0,006*	*-0,405*	*-1,782*	*-0,391*
p		*0,995*	*0,687*	*0,078*	*0,696*
Bebeğin Beslenmesi					
Anne sütü	74	39,04±10,24	43,74±8,57	37,08±10,82	38,80±8,34
Anne sütü ve Mama	23	43,74±13,64	46,09±10,19	38,09±11,27	41,57±9,20
U		*666,00*	*740,00*	*793,50*	*674,00*
p		*0,116*	*0,346*	*0,625*	*0,133*

Araştırma kapsamına alınan prematüre bebeklerin tanıtıcı özelliklerine göre anne-babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler çizelge 3. 2. 3'te verilmiştir. Kız bebeğe sahip olan annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 39,58±11,66, erkek bebeğe sahip olanların 40,71±10,92 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamaları ise kız bebeğe sahip olanların 44,33±8,84, erkek bebeğe sahip olanların 44,27±9,20 olduğu bulunmuştur. Prematüre bebeğin cinsiyeti ile annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (DK t=-0,493 p=0,623; SK t=0,037 p=0,970). Babaların prematüre bebeğin cinsiyetine göre durumluk kaygı puan ortalamaları, kız bebeğe sahip olanların 36,10±11,31, erkek bebeğe sahip olanların 38,51±10,40 olduğu ve sürekli kaygı puan ortalamalarının kız bebeğe sahip olanların 38,29±8,41 iken, erkek bebeğe sahip olanların 40,59±8,68 olduğu saptanmıştır. Prematüre bebeğin cinsiyeti ile babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (DK t=-1,091 p=0,278; SK t=-1,325 p=0,188).

Doğum şekline göre annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları, normal doğum yapanlarda 40,50±11,34 iken, sezaryen doğumlarda 39,98±11,28 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise normal doğum yapanlarda 44,84±8,80 iken, sezaryen doğumlarda 44,03±9,12 olduğu bulunmuştur. Doğum şekline göre annelerin durumluk ve süreklik kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK t= 0,211 p=0,833; SK t=0,417 p=0,677). Prematüre bebeklerin doğum şekline göre babaların durumluk kaygı puan ortalamaları, normal doğum yapanlarda 38,63±10,53, sezaryen doğumlarda 36,68±11,06 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise normal doğum yapanlarda 39,91±8,00, sezaryen doğumlarda 39,23±8,91 olduğu tespit edilmiştir. Prematüre bebeklerin doğum şekli ile babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (DK t=0,828 p=0,410; SK t=0,363 p=0,718).

Prematüre bebeklerin gestasyon haftaları ile annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, 32-34. haftalar arasında bebeği olan annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 38,48±11,02, 32-37. haftalar arasında bebeği olanların 41,67±11,34 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise 32-34. haftalar arasında bebeği olanların 43,00±9,09, 32-37. haftalar arasında bebeği olanların 45,47±8,80 olduğu bulunmuştur. Gestasyon haftalarına göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK t=-1,401 p=0,164; SK t=-1,359 p=0,177). Prematüre bebeklerin gestasyon haftaları ile babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, 32-34. haftalar arasında bebeği olan annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 36,72±11,39, 32-37. haftalar arasında bebeği olanların 37,86±10,47 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise 32-34. haftalar arasında

bebeği olanların 37,98±8,36, 32-37. haftalar arasında bebeği olanların 40,78±8,64 olduğu bulunmuştur. Gestasyon haftalarına göre babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK t=-0,516 p=0,607; SK t=-1,622 p=0,108).

Taburculuğu planlanan prematüre bebeklerin şu anki haftaları ile annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 32-34. gestasyon haftasında bebeği olanların 41,57±11,55, 35-37. gestasyon haftasında bebeği olanların 37,44±10,32 ve 38 hafta ve üzeri gestasyon haftasında bebeği olanların 45,45±11,50 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamaları ise 32-34. gestasyon haftasında bebeği olanların 43,86±8,21, 35-37. gestasyon haftasında bebeği olanların 43,09±9,80 ve 38 hafta ve üzeri gestasyon haftasında bebeği olanların 47,68±6,79 olduğu saptanmıştır. Prematüre bebeklerin şu anki haftalarına göre annelerin durumluk kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (DK KW=7,701 p=0,021). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile yapılan ileri analizde 38 hafta ve üzeri gestasyon haftasında bebeği olanların annelerin durumluk kaygı puan ortalamalarının 35-37. gestasyon haftasında bebeği olan annelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p=0,008), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Ancak prematüre bebeklerin şu anki haftalarına göre annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (SK KW=5,240 p=0,073). Prematüre bebeklerin şu anki haftaları ile babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamaları 32-34. gestasyon haftasında bebeği olanların 39,14±11,36, 35-37. gestasyon haftasında bebeği olanların 35,56±10,46 ve 38 hafta ve üzeri gestasyon haftasında bebeği olanların 39,91±11,11 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise 32-34. gestasyon haftasında bebeği olanların 39,05±9,43, 35-37. gestasyon haftasında bebeği olanların 38,67±8,85 ve 38 hafta ve üzeri gestasyon haftasında bebeği olanların 41,77±6,84 olduğu saptanmıştır. Prematüre bebeklerin şu anki haftalarına göre babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK KW=2,788 p=0,248; SK KW=3,226 p=0,199).

Bebeklerin tanıları ile annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının prematüre tanısı olanların 40,16±12,35, prematüre ve ek sorunu olanların 40,15±10,40 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise sadece prematüre 43,88±9,82, prematüre ve ek sorunu tanısı olanların 44,63±8,33 olduğu saptanmıştır. Bebeklerin tanılarına göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK t=0,006 p=0,995; SK t=-0,405 p=0,687). Bebeklerin tanıları ile babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının prematüre tanısı olanların 35,14±10,89, prematüre ve ek sorunu olanların 39,06±10,65 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise sadece prematüre 39,07±8,75, prematüre ve ek sorunu tanısı olanların 39,76±8,52 olduğu saptanmıştır. Bebeklerin tanılarına göre babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (DK t=-1,782 p=0,078; SK t=-0,391 p=0,696).

Prematüre bebeklerin beslenme şekillerine göre annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları, anne sütü alanlarda 39,04±10,24, anne sütü ve mama alanlarda ise 43,74±13,64 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise anne sütü alanlarda 43,74±8,57, anne sütü ve mama alanlarda 46,09±10,19 olduğu saptanmıştır. Prematüre bebeklerin beslenme şekillerine göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK U=666,00 p=0,116; SK U=740,00 p=0,346). Prematüre bebeklerin beslenme şekillerine göre babaların durumluk kaygı puan ortalamaları, anne sütü alanlarda 37,08±10,82, anne sütü ve mama alanlarda ise 38,09±11,27 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise anne sütü alanlarda 38,80±8,34, anne sütü ve mama alanlarda 41,57±9,20 olduğu saptanmıştır. Prematüre bebeklerin beslenme şekilleri ile babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (DK U=793,50 p=0,625; SK t=674,00 p=0,133).

Çizelge 3.2.4. Anne ve Babaların Bazı Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=97).

	n	Durumluk Kaygı $\bar{x}$±Ss	Sürekli Kaygı $\bar{x}$±Ss
Annelerin Bebek Bakımıyla İlgili Taburculuk Eğitimi Alma Durumu			
Evet	44	38,89±11,08	45,14±8,59
Hayır	53	41,21±11,38	43,60±9,31
t		*-1,012*	*0,836*
p		*0,314*	*0,406*
Annelerin Bebeğin Bakımıyla İlgili Yeterli Hissetme Durumu			
Evet	78	38,71±11,33	42,97±8,90
Hayır	19	46,11±8,88	49,74±7,24
U		***428,50***	***405,00***
p		***0,004***	***0,002***
Annelerin Bebek Bakımıyla İlgili Şu An Kaygı Yaşama Durumu			
Evet	47	44,28±9,64	46,36±8,30
Hayır	50	36,28±11,35	42,36±9,24
t		***3,728***	***2,239***
p		***0,000***	***0,027***
Babaların Bebek Bakımıyla İlgili Şu An Kaygı Yaşama Durumu			
Evet	40	41,90±10,38	41,93±9,38
Hayır	57	34,11±10,11	37,72±7,58
t		***3,697***	***2,436***
p		***0,000***	***0,017***
Bebeğin Solunumu Sayma ve Değerlendirmede Yeterli Hissetme Durumu			
Evet			
Hayır	32	36,59±10,16	42,97±7,80
	65	41,91±11,41	44,95±9,49
t		***-2,233***	*-1,024*
p		***0,028***	*0,308*
Bebeğe Pamukçuk Bakımı Vermede Yeterli Hissetme Durumu			
Evet	43	39,88±10,79	43,05±8,03
Hayır	54	40,37±11,69	45,30±9,63
t		*-0,211*	*-1,229*
p		*0,834*	*0,222*

Araştırma kapsamına alınan anne ve babaların bazı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması çizelge 3.2.4'te gösterilmiştir. Annelerin bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi alma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının taburculuk eğitimi alanlarda 38,89±11,08, taburculuk eğitimi almayanlarda 41,21±11,38 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise taburculuk

eğitimi alanlarda 45,14±8,59, taburculuk eğitimi almayanlarda 43,60±9,3 olduğu saptanmıştır. Bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi alma durumuna göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK t=-1,012 p=0,314; SK t=0,836 p=0,406).

Bebek bakımıyla ilgili yeterli hissetme durumuna göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarının yeterli hissedenlerin 38,71±11,33, yeterli hissetmeyenlerin 46,11±8,88 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise yeterli hissedenlerin 42,97±8,90, yeterli hissetmeyenlerin 49,74±7,24 olduğu saptanmıştır. Bebek bakımıyla ilgili yeterli hissetme durumuna göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (DK U=428,50 p=0,004; U=405,00 p=0,002).

Prematüre bebek bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşama durumuna göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları prematüre bebek bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşayanların 44,28±9,64, şu an kaygı yaşamayanların 36,28±11,35 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise şu an kaygı yaşayanların 46,36±8,30, şu an kaygı yaşamayanların 42,36±9,24 olduğu saptanmıştır. Prematüre bebek bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşama durumuna göre annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı (DK t=3,728 p=0,000) iken, sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (SK t=2,239 p=0,027).

Prematüre bebek bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşama durumuna göre babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; babaların durumluk kaygı puan ortalamaları prematüre bebek bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşayanların 41,90±10,38, şu an kaygı yaşamayanların 34,11±10,11 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise şu an kaygı yaşayanların 41,93±9,38, şu an kaygı yaşamayanların 37,72±7,58 olduğu saptanmıştır. Prematüre bebek bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşama durumuna göre babaların durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı (DK t=3,697 p=0,000)

iken, sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (SK t=2,436 p=0,017).

Annelerin bebeğin solunumu sayma ve değerlendirme durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları, solunumu sayıp ve değerlendirebilenlerin 36,59±10,16, sayamayan ve değerlendiremeyenlerin 41,91±11,41 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise solunumu sayıp ve değerlendirebilenlerin 42,97±7,80, sayamayan ve değerlendiremeyenlerin 44,95±9,49 olduğu saptanmıştır. Annelerin bebeğin solunumu sayma ve değerlendirme durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (DK t=-2,233 p=0,028). Ancak annelerin bebeğin solunumu sayma ve değerlendirme durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (SK t=-1,024 p=0,308).

Annelerin bebeğe pamukçuk bakımı verme durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları, yeterli hissedenlerin 39,88±10,79, yeterli hissetmeyenlerin 40,37±11,69 olduğu, sürekli kaygı puan ortalamalarının ise yeterli hissedenlerin 43,05±8,03, yeterli hissetmeyenlerin 45,30±9,63 olduğu saptanmıştır. Annelerin bebeğe pamukçuk bakımı vermede yeterli hissetme durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (DK t=-0,211 p=0,834; SK t=-1,229 p=0,222).

4. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

1. Anne-babaların ve prematüre bebeklerin özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
2. Anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları, anne-babaların ve prematüre bebeklerin özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması.

4. 1. Anne-Babaların ve Prematüre Bebeklerin Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesini amaçlayan araştırmada, 97 prematüre bebeğin anne ve babalarının sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Literatürde, prematüre bebeği olan babaların kaygı durumlarını değerlendiren çalışmaların kısıtlı olması araştırmayı sınırlandırmıştır. Araştırmada, annelerin yaş ortalaması 26,77±5,31 ve babaların ise 30,13±5,35 olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, araştırmanın örneklem grubunun özelliğinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, araştırmaya katılan annelerin çoğunluğunun ideal doğurganlık yaşında olduğu söylenebilir. Annelerin %38,2'sinin ilkokul mezunu, %86,6'sının çalışmadığı, %66'sının aylık gelirini orta düzeyde algıladığı saptanmıştır. Babaların ise %37'sinin ilkokul mezunu, %8,2'sinin çalışmadığı, %72,2'sinin aylık gelirini orta düzeyde algıladığı tespit edilmiştir. TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye'deki Orta Anadolu bölgesindeki kadınların %37,8'i ilköğretim 1. kademeyi bitirdiği, %62,2'sinin çalışmadığı görülmüştür. Bu oranların, araştırma kapsamına alınan annelerin öğrenim düzeyleri ile uyumlu olduğu görülmüştür. Türkiye'deki 2013 işsizlik verilerine göre, %8,8 oranında kayıt altında işsiz olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2013). Buna göre babaların işsizlik oranı, Türkiye ortalamasıyla benzerlik göstermektedir. Şüphesiz ki, öğrenim düzeyi, meslek ve algılanan gelir düzeyinin yüksekliği ailenin refah içinde yaşamını sağlar. Bu özelliklerin istendik düzeyde olmaması ailenin birçok sorun yaşayabileceğini düşündürmektedir.

Prematüre bebeğe sahip ebeveynlerin %87,6'sının sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin %44,2'sinin ilk bebeği olduğu, %30,9'unun 3 ve üzeri çocuk sahibi olduğu ve %14,4'ünün daha önce prematüre bir bebeğe sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmada ailelerin yarısına yakınının ilk bebeği olduğu ve düşük oranda ailelerin daha önce prematüre bebeğe sahip oldukları görülmüştür. Daha önce bebeği (preterm/miad) olan ebeveynlerin önemli derecede bakım deneyimlerinin olması, bebek bakımı ile daha kolay baş etmelerini sağlayabilir. Bu durum çoğu ailenin prematüre bebek bakım ve yaklaşımında zorluk yaşamayacaklarını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan prematüre bebeklerin gestasyon yaşların 34,51±1,68 hafta ve şu anki gestasyon yaşlarının 36,12±2,01 hafta olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırmadaki prematürelerin orta derecede preterm olduğunu ve taburculuklarının 36 ve üzeri gestasyon haftalarında planlandığını göstermektedir. Örneklem grubumuzu 32-37 haftalık preterm bebeklerin oluşturmasından dolayı, bebeklerin taburculuk haftalarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, prematüre bebeklerin erken haftalarda taburcu olması beklenen bir durum değildir. Preterm bebeklerin doğum kiloları 2210,03±568,17 g ve şimdiki kiloları 2264,36±568,72 g ağırlığındadır. Bebeklerin doğum kilosu ve taburculuk planlama aşamasındaki kilosu arasında önemli bir fark görülmemiştir. Pretermin taburculuk planlamasında, bebeğin kilosunu belirli bir seviye getirmenin yanı sıra, bebeğin tıbbi durumunun iyi ve taburculuk kriterlerine (Can ve ark 2003, Merritt ve ark 2003, Ovalı 2008, Turan ve ark 2008, Yıldız 2008) sahip olması beklenir. Ayrıca literatürde başarılı bir taburculuk planının yapılabilmesi için, preterm bebeğin kilosunun >1500 g ve gestasyon yaşının >32 hafta olması gerektiği bildirilmektedir (Yıldız 2008). Prematüre bebeklerin hastanede yatış süreleri 8,49±6,66 gün olduğu belirlenmiştir. Okulu ve arkadaşları (2010)'nın prematüre bebeklerin hastanede ortalama yatış süresinin 9,3 gün ve 2000-2499 g ağırlığındaki pretermler de ise 7,1 gün olduğunu bildirmiştir. Prematüre bebeğin hastanede yatış süresini bebeğin gestasyon haftası, kilosu ve tıbbi durumu etkileyebilmektedir.

Preterm bebeklerin çoğu (%67) sezaryen doğum, erkek bebek (%50,5) ve sadece prematüre tanısıyla hastanede yattığı saptanmıştır (%44,3). Taş-Arslan ve

Turgut (2013)'un prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumlarını araştırdıkları çalışmada, prematüre bebeklerin %52,9'u erkek bebek, %63,7'sinin sezaryen doğum olduğu ve %55,9'unun prematüre tanısıyla hastane yattığı belirlenmiştir. Turan ve Bolışık (2003)'ın prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesini araştırdıkları çalışma ile de benzer sonuçlar göstermiştir. Araştırmada sezaryen oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, anne ve bebekten kaynaklanan sorunlara bağlı olarak preterm doğum eylemlerinin sezaryenla dünyaya getirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Taburculuğu planlanan bebeklerin büyük bir oranının (%81,5) kuvözde kaldığı ve sadece anne sütü (%76,3) ile beslendiği tespit edilmiştir. Araştırmada yüksek oranda doğum sonrası uygulanan girişimlerde preterm bebeğin kuvöze alındığı ve anne sütü verildiği görülmektedir. Bu durum, araştırma grubunun orta derecede preterm olması, taburculuk dönemindeki bebekler olması ve ciddi sağlık problemlerinin olmamasıyla ilişkili olabilir.

Annelerin hastanede kalınan süre içerisinde %54,6'sının bebek bakımıyla ilgili herhangi bir taburculuk eğitimi almadığı, %34'ü taburculuk sonrası bebeğe bakım verirken destek (aile, eş, yakın çevre, bakıcı vs.) almayacağı, %19,6'sı prematüre bebek bakımıyla ilgili kendisini yeterli görmediği ve %48,5'i prematüre bebek bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşadığı, %36,1'i taburcu olduktan sonra bebek bakımıyla ilgili kaygı yaşayabileceğini ifade etmiştir. Babaların ise %41,2'si prematüre bebek bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşadığı ve %36,1'i taburcu olduktan sonra bebeğin bakımıyla ilgili kaygı yaşayabileceğini bildirmiştir. Annelerin %66'sı, babaların ise %64,9'u bebeklerinin taburcu olmasına kendilerini hazır hissettiklerini belirtmişlerdir. Yıldız (2003)'ın çalışmasında annelerin %68,4'ü doğum sonrası taburculuk eğitimi almadıklarını, Özçelik (2006) gebelerin bebek bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi üzerine yaptığı araştırmada annelerin %85,3'ünün doğum sonrası evinde yardımcısı olduğunu ifade etmiştir. Annelerin sosyal desteğinin olması bebek bakımıyla daha kolay baş edilmesini sağlar. Yapılan çalışmalarda, prematüre doğumu çevreleyen stres ve belirsizliğin destek ihtiyacını arttırdığını ve baş etme stratejilerini geliştirmede ulaşılabilir ve algılanabilir sosyal desteğin önemli olduğu belirlenmiştir (Büyükkoca 2001, Çoban 2001). Araştırmada, anne ve babaların taburculuk öncesi ve sonrası benzer düzeyde kaygı yaşadıkları

görülmüştür. Olumlu ya da olumsuz bir durum karşısında ortaya çıkan kaygının eşler arasında benzer olması beklenebilir. Ayrıca annelerin yarıdan fazlasının taburculuk eğitimi almaması taburculuk sonrası yaşanılabilecek kaygının düzeyini artırabilir.

Araştırmada annelerin bebeklerini ilk kez görme zamanı 1,95±1,60 gün, ilk kez kucağına alma zamanı 3,48±4,24 gün ve annelerin hastanede kalış süresi 6,12±4,77 gün olduğu belirlenmiştir. Babaların ise bebeklerini ilk kez görme zamanı 1,63±2,16 gün ve YYBÜ içerisinde görme sayısı 2,81±4,07 kez olduğu saptanmıştır. Babaların yarısından fazlası (%69) taburculuğa kadar bebeklerini hiç kucağına almazken, %31'inin ise 2,40±2,93. günlerde ilk kez kucağına aldığı saptanmıştır Annenin bebeğini görmesi, ona dokunması ve onunla etkileşimi başlatması bebeğini algılamasını olumlu etkilemektedir (Korkmaz 2003). Araştırmada anne ve babaların bebeklerini birinci ya da daha sonraki günlerde görebildiği, kucağına alabildiği belirlenmiştir. Bebeğin yoğun bakımda olması, ebeveynlerin bu ünitelere girememesi, annenin sezaryen doğum yapması ve babaların bebek bakımına dahil edilmemesi bebeği görme ve kucağa alma zamanlarını uzatmıştır. Bu sonuç ebeveyn-bebek ilişkisi açısından olumsuz bir durum olarak değerlendirilebilir.

Annelerin büyük çoğunluğu, prematüre bebeğini besleme (%87,6), gazını çıkarma (%92,8), beslerken pozisyon verme (%91,8), banyo yaptırma (%60,8), pişik bakımı verme (%91,8), ateşini ölçme (%83,5), anne-bebek ilişkisini güçlendirme (%95,9), bebeğe uygun kıyafet seçme (%96,9), pozisyon verme (%92,8) ve bebeğin odasını uygun şekilde düzenlemede annelerin tamamı (%100) yeterli olduklarını ifade etmiştir. Annelerin yarısından fazlası (%55,7) ise pamukçuk bakımı verme ve bebeğin solunumunu sayma ve değerlendirmede (%67) kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Taş-Arslan ve Turgut (2013)'un yaptıkları çalışmada, annelerin %61,7'si banyo yaptırma, %53'ü pamukçuk bakımında kendilerini yetersiz algılarken, %93,1'i pişik bakımı ve %84,3'ü gaz çıkarma konularında kendilerini yeterli algıladıklarını ifade etmiştir. Bu sonuçlar, araştırma ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada, annelerin bebek bakım yeterliliklerini algılamalarının yüksek oranda olduğu ve bu sonuçlar annelerin prematüre bebek bakımı alanlarında önemli sorunlar yaşamayacaklarını düşündürmektedir. Ayrıca, annelerin bakım yeterliliklerinin, anne yaşının annelik için uygun olması, büyük çoğunluğunun 2 ve üzeri çocuğa sahip olması, preterm eyleme bağlı olarak hastanede daha uzun süre

kalması ve bebek bakımında aktif olarak rol almasıyla ilişkilidir. Ancak pamukçuk bakımı verme ve solunumu sayma ve değerlendirmede annelerin yeterlilik algılarının düşük olması, bu uygulamaların bilgi dayalı ve daha önce rutinde uygulanmıyor olmasından kaynaklanabilir. Annelerin bu bakım alanlarında daha çok bilgilendirmeye gereksinimleri olduğu görülmüştür.

4. 2. Anne ve Babaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları, Anne-Babaların ve Prematüre Bebeklerin Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 40,15±11,25 olduğu ve kaygı yaşamadığı, babaların ise 37,32±10,87 olduğu ve kaygı yaşamadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,076). Annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları 44,30±8,98 olduğu ve hafif kaygı yaşadığı, babaların ise 39,45±8,58 olduğu ve kaygı yaşamadığı belirlenmiş ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,000). Anne ve babaların durumluk kaygıları bebeklerinde oluşan anlık davranış ve tepkiler karşısında değişkenlik gösterdiği düşünülmektedir. Bebeklerin güvenilir bir ortamda ve herhangi bir sorunda 24 saat müdahale edilebiliyor olması anne ve babaların durumluk kaygılarını etkilemiş olabilir. Annelerin durumluk kaygılarının babalara göre yüksek olması, annelerin bebeklerindeki olumsuz değişikliklere babalara göre daha hassas olmasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir. Araştırmada annelerin sürekli kaygı puan ortalaması babalara göre yüksek olduğu ve annelerin hafif düzeyde kaygı yaşadığı belirlenmiştir. Annelerin sürekli kaygı düzeylerinin hafif olması; gelecekle ilgili belirsizlik, evde bebek bakımını yeterince sürdürememe, taburculuk sonrası karşılaşılabilecek problemlerle nasıl baş edilebileceği endişesi ve bebeğini kaybetme korkusundan kaynaklanabilir. Ayrıca annelerin daha yoğun kaygı yaşamaları bebeğinin ve diğer çocuklarının bakım sorunlarını karşılamada primer rol alması ve güvensiz bir çevre ortamından daha fazla etkilenmeleri ile açıklanabilir. Doering ve arkadaşları (1999)'nın yaptıkları bir çalışmada YYBÜ'nde bakım alan 165 bebeğin anne ve babaları psikososyal uyum açısından incelenmiştir. Araştırmada, annelerin babalara göre bu yeni duruma daha az uyum gösterdikleri, daha fazla anksiyeteli ve saldırgan davranışlar sergiledikleri bildirilmiştir. Çalışır ve arkadaşları (2008)'nın YYBÜ'nde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri üzerine

yaptığı çalışmada, YYBÜ'de bebeği yatan annelerin, babalara göre daha fazla kaygı yaşadığı belirtilmiştir. Bir çalışmada, YYBÜ'nde bebeği yatan annelerin, babalara göre doğum sonrası dönemde bebeklerine daha erken bağlandıkları, bebekteki olumsuz değişikliklere daha duyarlı oldukları için; daha fazla korku, depresyon, değersizlik ve huzursuzluk hissettikleri belirtilmiştir (Hall 2005). Literatür incelendiğinde, prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeylerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılarak değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmada anne ve babaların kaygı düzeyleri, başka bir araştırma bulgusu ile karşılaştırılamamaktadır.

Araştırmada annelerin yaş, öğrenim, çocuk sayısı, daha önce prematüre bebeğe sahip olma durumu, babaların yaş ve çocuk sayısı, daha önce prematüre bebeğe sahip olma durumu ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), babaların öğrenim durumları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmada öğrenim düzeyi düşük olan babaların sürekli kaygı puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, düşük öğrenim düzeyine sahip babaların, bebeğinin sağlık durumu hakkındaki açıklamaları yeterli kavrayamaması ve karşılaşacakları sorunlara çözüm geliştirmede başarısız olması ile ilişkilendirilebilir. Benzer araştırmalarda sosyodemografik özelliklerin ebeveynlerin kaygı düzeylerini olumlu ya da olumsuz etkilediği görülmektedir. Keskin ve arkadaşları (2010)'nın zihinsel engelli çocuğu olan anne ve babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirilmesi üzerine yaptıkları çalışmada, anne-babanın yaş ve cinsiyet değişkenlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerinde etkisi olmadığı ifade edilmiştir. Miles ve arkadaşları (2002), çalışmalarında eğitim seviyesi düşük annelerin, eğitim seviyesi yüksek annelere göre bebeklerinin sağlık durumu hakkında daha fazla endişe duyduklarını açıklamışlardır.

Araştırmada anneleri çalışma durumu ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulmazken, babaların çalışma durumu ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmada çalışmayan babaların sürekli kaygı puan ortalaması çalışanlara göre yüksek ve hafif kaygı yaşamaktadırlar. Babaların çalışmıyor olması, ailenin

ekonomik durumunu ve refah düzeyini doğrudan olumsuz etkilemektedir. Çalışmayan babalar, bir bebeğin bakım ve diğer sorumluluklarını yerine getirmede sorunlar yaşayabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, çalışmayan babaların sürekli kaygı durumlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Özyazıcıoğlu ve Tüfekci (2009) ve Collados ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmalarda, annelerin çalışma durumunun anksiyete düzeyine etkili olmadığını saptamıştır.

Araştırmada algılanan gelir durumu ile annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Babaların algılanan gelir durumu ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sürekli kaygı puan ortalamalarının anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir durumunu kötü algılayan babaların, iyi-orta algılayanlara göre kaygı puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir. Gelir durumu düşük grupta, babaların sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması, bebeğin yeterli düzeyde bakım ve sağlık hizmeti alamayacağı endişesi taşımasından kaynaklanabilir. Ayrıca ekonomik durum bilgiye ulaşma ve gereksinimleri karşılamada önemli bir rol almaktadır. Uludağ ve arkadaşları (2012)'nın YYBÜ'nde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi üzerine yaptıkları çalışmada gelir düzeyinin düşük ya da fazla olmasının kaygı seviyelerini ve anksiyete bozukluğu, depresyon varlığını etkilemediğini ancak prematür bebeklerin sayısının düşük gelir düzeyindeki ailelerde daha sık görüldüğü vurgulanmıştır. Turan ve arkadaşları (2008)'nın yaptığı çalışmada babaların stres puanlarının bebeklerinin yaşam kalitesi ve sağlık bakımını etkileyeceği düşülen gelir durumu, sosyal güvence gibi etkenlerden etkilenmediği saptanmıştır.

Prematüre bebeğin cinsiyeti ile anne-babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet farklılığı ile anne ve babaların kaygı düzeylerinin değişmemesi istenilen bir durumdur. Turan ve arkadaşları (2008)'nın çalışmasında anne ve babaların stres puanları üzerinde bebeklerin cinsiyetinin etkili olmadığı saptanmıştır.

Araştırmada doğum şekli, gestasyon haftası, bebeğin tanısı, bebeklerin beslenme şekilleri ile anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Nissen ve arkadaşları (1998)'nın

normal vajinal doğum ve sezaryen doğum sonrasında annelerin kaygı düzeyi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada, sezaryen ile doğum yapan annelerin kaygı düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak literatürde prematürelerde doğum şeklinin kaygı düzeyini etkilemediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Cho 1995, Çoban ve Saruhan 2005, Çelebioğlu ve Polat 2008, Uludağ 2008). Bebekleri YYBÜ'ye yatan ebeveynlerin artmış kaygı, depresyon ve travma belirtileri gösterdikleri bilinmektedir. Yeni anne olmanın duygusal fırtınasına ek olarak; hasta bir bebeğe sahip olma, ünitenin stresli ortamı, bebekten fiziksel ve duygusal olarak izolasyon gibi faktörler aileler için ek stres kaynağı oluşturmaktadır. Annelerin yaşadığı akut stres bozukluğunun; bebeklerin tıbbi durumu, YYBÜ'de yatış süresi, doğum ağırlığı, gestasyon haftası gibi faktörlerden bağımsız olduğu ve ana kaynağının annenin annelik rolünü yerine getiremeyerek bebeğine yardımda kendini eksik hissetmesi, onu kucaklayamaması ve acı çekmekten koruyamaması olduğu öne sürülmektedir (Erdeve ve ark 2008). Güra ve arkadaşları (2004)'nın postpartum maternal depresyon nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkilerine yönelik prematüre bebek anneleriyle yaptığı çalışmada, anne yaşı, doğum şekli, sosyoekonomik ve eğitim durumu gibi maternal; gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, hastanede kalma süresi, yoğun bakımda yatış süresi ve anne sütü ile beslenme gibi bebeğe ait risk faktörlerinin doğum sonu depresyonda etkili faktörler olmadığı saptanmıştır.

Araştırmada bebeklerin şu anki gestasyon haftası ile annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, durumluk kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). 38 hafta ve üzeri gestasyon haftasında bebeği olanların annelerin durumluk kaygı puan ortalamalarının 35-37. gestasyon haftasında bebeği olan annelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). Annelerin taburculuğu planlanan bebeklerinin tam olarak iyileşmediği endişesi taşıması, uzun süre hastanede kalması ve kendilerini taburculuğa hazır hissetmemelerinden dolayı hafif kaygı yaşamış olabilirler.

Anne ve babaların bazı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Annelerin bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi alma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Araştırmanın yapıldığı hastanelerde

taburculuk eğitiminin çoğunlukla anne sütü ve hijyen konularını kapsadığı görülmüştür. Bu bağlamda verilen taburculuk eğitimiyle kaygı düzeyinin ilişkilendirilmesi tek başına belirleyici bir faktör olmayabilir. Preyde ve Ardal (2003)'ın Toronto'da YYBÜ'nde ileri düzeyde prematüre bebeği olan annelerin stres düzeylerini belirledikleri çalışmada, annelere bebeklerinin bakımı konusunda eğitim vererek, telefonla her an bilgi desteğinde bulunmuş ve bu grupla toplantılar yapılmış. Dört hafta sonra çalışma grubunun kaygı seviyelerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Araştırmada annelerin prematüre bebeğin bakımıyla ilgili yeterli hissetme durumu ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bebek bakımıyla ilgili kendilerini yeterli hisseden annelerin yeterli hissetmeyenlere göre kaygı düzeyleri düşüktür. Prematüre bebeğin bakımıyla ilgili yeterli hissedilmesinde annelerin çoğunluğunun iki ve üzeri çocuğa sahip olması, bebeğin normal büyüme- gelişme süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve küçük bir kısmının daha önce prematüre bebeğe sahip olması etkili olabilir.

Şuan kaygı yaşadığını ifade eden anne ve babaların şuan kaygı yaşamayanlara göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anne ve babalar bebek hastaneden taburcu olduktan sonra evde bebeğin bakımına yetemeyeceğini, çok küçük olduğunu ve bir türlü taburcu olamadıklarını düşünerek hafif düzeyde kaygı yaşamış olabilirler. Kurnaz (2007)'ın yaptığı çalışmada bebeklerinin taburculuk öncesi endişesi olduğunu belirten ve belirtmeyen anneler arasında durumluk anksiyete puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak, durumluk kaygı puan ortalamalarına bakıldığında, annelerin bebeklerine ve kendilerine ilişkin hafif düzeyde anksiyetelerinin olduğunu belirtmiştir.

Annelerin bebeğe pamukçuk verme ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), kaygı puan ortalamalarına bakıldığında bebeklerine pamukçuk bakımı veremeyen annelerin pamukçuk bakımı verebilenlere göre durumluk ve sürekli kaygıları yüksektir. Bebeğin solunumunu sayma ve değerlendirme durumu ile annelerin durumluk kaygı

puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Solunumu sayma ve değerlendirmede yeterli olmayan annelerin yeterli olanlara göre kaygı puan ortalamaları yüksektir. Bu sonuç annelerin bakım alanları ile ilgili yeterince bilgiye sahip olmaması ve uygulamada başarısız olma endişesi taşımasından kaynaklanabilir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5. 1. Sonuç

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- ✓ Annelerin yaş ortalaması 26,77±5,31'dir. Annelerin çoğunun (%86,6) çalışmadığı, ilkokul mezunu olduğu (%38,2), gelirini orta olarak algıladığı (%66) saptanmıştır. Bebeklerini ilk kez görme zamanı ortalama 1,95±1,60 gün, ilk kez kucağına alma zamanı ortalama 3,48±4,24 gün, hastanede kalış süresi ortalama 6,12±4,77 gündür.
- ✓ Babaların yaş ortalaması 30,13±5,35'dir. Babaların çoğunun (%91,8) çalıştığı, ilkokul mezunu olduğu (%37,1), gelirini orta olarak algıladığı (%72,2) bulunmuştur. Bebeklerini ilk görme zamanı ortalama 1,55±2,07 gün ve YYBÜ içerisinde görme sayısı ortalama 2,81±4,07'dir. Babaların %69'u bebeklerini hiç kucağına almazken, %31'inin ise 2,40±2,93. günlerde ilk kez kucağına aldığı saptanmıştır.
- ✓ Ebeveynlerin çoğunluğunun (%87,6) sosyal güvencesi olduğu, küçük bir kısmının (%14,4) daha önce prematüre bebeğe sahip olduğu ve yarıya yakınının (%44,2) ilk çocuğu olduğu görülmüştür.
- ✓ Prematüre bebeklerin gestasyon haftası 34,51±1,68, şu anki haftası 36,12±2.01 olduğu, doğum kilosu ortalama 2210,03±568,17 g, şimdiki kiloları ortalama 2264,36±568,72 g ve hastanede yatış süresinin ortalama 8,49±6,66 gün olduğu saptanmıştır. Prematüre bebeklerin %52,6 35-37 gestasyon haftasında, %50,5'inin cinsiyeti erkek, %67'si sezaryen doğum, %44,3'ünün prematüre tanısıyla hastanede yattığı, %81,5'inin kuvözde kaldığı ve %76,3'ü anne sütüyle beslendiği belirlenmiştir.
- ✓ Annelerin durumluk kaygı puan ortalamalarının, babalara göre yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,076).
- ✓ Annelerin sürekli kaygı puan ortalamalarının, babalara göre çok ileri düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (p=0,000).
- ✓ Annelerin yaş, öğrenim, çalışma, algılanan gelir durumu, çocuk sayısı ve daha önce prematüre bebeğe sahip olma durumu ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

- ✓ Babaların yaş, çocuk sayısı ve daha önce prematüre bebeğe sahip olma durumu ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken (p>0,05), öğrenim, çalışma, algılanan gelir durumu ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p=0,012, p=0,010, p=0,016).
- ✓ Cinsiyet, doğum şekli, gestasyon haftası, tanı, bebeklerin beslenme şekilleri ile anne ve babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).
- ✓ Bebeklerin şu anki gestasyon haftası ile anne-babaların sürekli kaygı puan ortalamaları, babaların durumluk kaygı puan ortalamaları arasında fark bulunmazken (p>0,05), annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,021).
- ✓ Annelerin bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi alma ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken (p>0,05), annelerin bebeğin bakımıyla ilgili yeterli hissetme durumu, anne-babaların bebeğin bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşama durumu ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (sırasıyla DK p=0,004 SK p=0,002; anne DK p=0,000 SK p=0,027, baba DK p=0,000 SK p=0,017).
- ✓ Annelerin prematüre bebek bakım alanlarından bebeğe pamukçuk bakımı verme ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken (p>0,05), bebeğin solunumu sayma ve değerlendirme ile annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,028).

5. 2. Öneriler

- ✓ Anne ve babaların yaşadığı kaygıyı azaltmak için bebeğin durumu, üniteye ilişkin bilgi, emzirme/prematüreliğe özgü beslenme ve evdeki bakıma yönelik bilgileri içeren danışmanlığın YYBÜ hemşiresi tarafından verilmeli ve anne ve özellikle babaların bu sürece katılımları sağlanmalı ve aile merkezli bakım uygulanmalıdır.
- ✓ Annelerin daha az yeterli hissettikleri bakım alanlarında (solunumu sayma ve değerlendirme, pamukçuk bakımı) eğitim verilmelidir.
- ✓ YYBÜ hemşiresi, prematüreliğe ilaveten ek sorunu olan bebek ebeveynlerine daha fazla destek verilmeli ve ebeveynlere kaygılarıyla baş etmelerini sağlayacak stratejiler geliştirmelidir.
- ✓ Ebeveynlerin emosyonel durumunu güçlendirmeye yönelik belirlenen risk gruplarına psikolojik destek açısından danışmanlık yapılmalıdır.
- ✓ Yenidoğan yoğun bakım hemşiresi, anne ve babaların davranışsal tepkilerinden kaygı durumlarını değerlendirmeli ve bu alanda farkındalığı gelişmelidir**.**
- ✓ Kaygıyı düşürmeye yönelik daha büyük örneklem gruplarıyla girişimsel araştırmalar yapılmalıdır.
- ✓ Ebeveynlerin kaygılarını anlama ve azaltmaya ilişkin kalitatif çalışmalara yer verilmelidir.

6. ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Prematüre Bebeği Olan Anne ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler

"Raziye ÇELEN"

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2013

Araştırma prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörlerini belirlemek amacıyla kesitsel ve karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma Konya ili kent merkezinde yer alan ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ) bulunan dört hastanede, 1 Mart–30 Nisan 2012 tarihleri arasında yapıldı. Örneklem grubunu 97 prematüre bebeğin anne ve babası oluşturdu. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan "Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu" ve Spielberger'in "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği" kullanıldı. Veriler, bilgisayar ortamında, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, Mann Whitney U ve Kruskall Wallis testi (ileri analiz olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) ile değerlendirildi.

Annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 40,15±11,25, babaların ise 37,32±10,87 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p=0,076). Annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları 44,30±8,98, babaların ise 39,45±8,58 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulundu (p=0,000). Şu anki gestasyon haftası, bebeğin bakımıyla ilgili yeterli hissetme durumu, bebeğin bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşama durumu, bebeğin solunumunu sayma ve değerlendirmenin annelerin kaygı düzeyini anlamlı olarak etkilediği belirlendi (p<0,05). Öğrenim, çalışma, algılanan gelir durumu ve bebeğin bakımıyla ilgili şu an kaygı yaşama durumu babaların kaygı düzeyini anlamlı olarak etkilediği saptandı (p<0,05).

Sonuç olarak prematüre bebeği olan anne ve babaların hafif düzeyde kaygı yaşadıkları belirlendi. Anne ve babaların kaygı düzeylerini birçok özelliğin etkilediği bulundu. Bu bağlamda, prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyini azaltmada aile merkezli bakımın önemli olduğu düşünüldü.

Anahtar Sözcükler: Anne-Baba; Kaygı Düzeyi; Prematüre.

7. SUMMARY

The Anxiety Levels of Parents of Premature Babies and Related Factors

A descriptive and correlational study was carried out to determine the levels of anxiety and associated factors of parents with premature infants. The research was performed at five hospitals with Neonatal Intensive Care Unit (NICU) located in the city center of Konya between March 1 and April 30, 2012. The sample group was comprised of 97 parents with premature infants. The " Parent And Baby Information Form" prepared by researchers and Spielberger's " State and Permanent Anxiety Scale" was used for data collection. The data were evaluated in terms of number, percentage, mean, standard deviation, t-test, Mann Whitney U ve Kruskall Wallis-test (In advanced analysis, Mann Whitney U test with a Bonferroni correction) in the computer environment.

The mean score of state anxiety of mothers was 40,15±11,25 while that of fathers was 37,32±10,87 and this difference was not statistically significant (p=0.076). The mean permanent anxiety score of mothers was 44,30±8,98 while that of fathers was 39,45±8,58 and this difference was statistically advanced significant (p=0.000). Current gestational week, feel sufficient condition related to baby care, current living situation anxiety about the baby care, counting the baby's breathing and evaluation had a significant effect on the anxiety level of mothers ($p<0.05$). Educational status, working, perceived income status and current living situation anxiety about the baby care was observed to have a significant effect on the anxiety level of fathers ($p<0.05$).

In conclusion, it found that mothers and fathers of premature infants experienced mild level of anxiety. Further, it determineted that many features were affected anxiety levels of mothers and fathers. In this context, family-centered care was considered to be essential in reducing anxiety levels of the parents of premature infants.

Key Words: Anxiety Level; Parents; Prematüre.

8. KAYNAKLAR

1. Agency for Healthcare Research and Qualıty Publication. Criteria for determining disability in infants and children: Low birth weight. 2002; 70: 1-136.
2. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS Uygulamaları. Üçüncü Baskı, Ankara, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, 2005; 512.
3. Akkök F. Farklı özelliğe sahip olan çocuk aileleri ve ailelerle yapılan çalışmalar. İçinde: Ataman A, editör. Özel Eğitime Giriş. Ankara, Gündüz Eğitim Yayıncılık, 2003; 121-142.
4. Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. C. Ü. HYO Derg. 2001; 5 (2): 25-36.
5. Balcı S. Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Doktora Tezi, 2006; 10-34.
6. Bayram N. Riskli pretermlerde transport edilen ve edilmeyen grupların morbidite ve mortalite yönünden karşılaştırılması. İstanbul, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2006; 2.
7. Behrman RE, Kiegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Edition, U.S.A, W.B.Saunders Company, 2002; 1: 551-577.
8. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Vera Garcia C, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 2012; 379 (9832): 2162-2172.
9. Büyükkoca M. Algılanan sosyal destek ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişki. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2001; 60-61, 71-73.
10. Can G. Preterm yenidoğanlar. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul T, editörler. Pediatri. Cilt 1. Üçüncü Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002; 326-327.
11. Can G, Çoban A, İnce Z. Yenidoğan. İçinde: Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal US, Oğuz F, editörler. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları İ.Ü.İ.T.F. Temel Ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2003; 50-52.
12. Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. Infants in a neonatal intensive care ünit: Parental response, archives of disease in childhood. Fetal Neonatalal Edition, 2005; 90 (2): F109-F113.
13. Cho MY. Primiparas' perceptions of their delivery experience and their maternalinfant interaction: compared according to delivery method. Journal of The Korean Academy Of Women's Health Nursing, 1995; 1 (1): 5-22.
14. Collados TC, Guillen GV, Beltran OD. Influence of maternal anxiety on the frequency of paediatric primary care visits. Atencion Primaria, 2005; 30; 36 (2): 64-68.
15. Coşkun A. Yüksek riskli gebelikler fetüs/yenidoğana etkisi ve hemşirelik yaklaşımı. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Yenilenmiş İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008; 59-85.
16. Conk Z, Çavuşoğlu H, Savaşer S,Yıldız S, Pek H, Algıer L, Erdemir F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları El Kitabı. Birinci Baskı, İstanbul, Birlik Ofset, 1997; 156-164.
17. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Yedinci Baskı, İstanbul, Remzi Kitapevi, 1997; 250-255.
18. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç TG, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. C.Ü. HYO Derg. 2008; 12 (1): 31-44.
19. Çankırılı A. Anneliğe İlk Adım Bebeğimi Büyütüyorum. 10. Baskı, İstanbul, Timas Yayınları, 2003; 25-50.
20. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1. Genişletilmiş 10. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2011a; 51-67.
21. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 2. Genişletilmiş 10. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2011b; 57-109.
22. Çelebioğlu A. Nursery approch and emotions of the parents in accepting new born to the hospital. International Journal of Human Sciences, 2004; 149 (1): 1-8.
23. Çelebioğlu A, Polat S. Hiperbilirubinemi nedeniyle hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyi, etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11 (2): 47-54.

24. Çoban A, Saruhan A. Doğum sonrası anne-yenidoğan etkileşimini etkileyen etmenlerin incelenmesi. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi, 2005; 1 (2): 15-23.
25. Çoban A. Preterm yenidoğanın beslenmesi. 23. Pediatri Günleri Ve 3. Pediatri Hemşireliği Günleri Bilimsel Program ve Özet Kitabı: 128-131, 2001, İstanbul.
26. Dağoğlu T, Görak G. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Yenilenmiş İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008; 267-689.
27. Doering LV, Dracup K, Moser D. Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high - risk infants in the neonatal intensive care unit. J Perinatol, 1999; 19: 132-137.
28. Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression and psychosocial adjustment in parents of nicu infants. Neonatal Network, 2000; 19 (5): 15–23.
29. Dönmez K. Yenidoğan ünitelerinde yatan bebeklerde ve annelerinde oluşan stres etkilerinin azaltılmasında kanguru bakım modelinin etkisi. İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2005; 30-45.
30. Erdem Y, Kutluk Ş. Doğum sonu bebekleri yoğun bakım ünitesinde yatan annelerle, yanında olan annelerin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. UNEKO-13 ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi, Kongre Kitabı: 480-481, 13-17 Nisan 2005, Kayseri.
31. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg. 2008; 51: 104-109.
32. Foster RL, Honsberger M, Anderson JJ. Family centered nursing care of children. Philadelphia, Saunders Company, 1989.
33. Franck LS, Spencer C. Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. Birth, 2003; 30: 31-35.
34. Goldenberg R. The management of preterm labor. Obstetrics And Gynecology, 2002; 100 (5): 1020-1037.
35. Gomella TC. Neonatology. 4th ed. Stamford: Appleton and Lange, 1999: 38-42.
36. Görak G. Yenidoğan ünitelerinde hastane infeksiyonlarının kontrolü. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Yenilenmiş İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008; 251-264.
37. Griffin T, Wishba C, Kavanaugh K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. Journal of Pediatric Nursing, 1998; 13 (5): 290-295.
38. Güra A, Çığ HÖ, Ongun H, Eryılmaz M, Oygür N. Postpartum maternal depresyon nedenleri ve prematüre bebeklerde büyüme üzerine etkileri. Çocuk Dergisi, 2004; 4 (3): 168-172.
39. Gürün OA. Psikoloji Sözlüğü. İstanbul, İnkılâp Kitapevi, 1991; 75.
40. Hall EOC. Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 2005; 19 (3): 179–185.
41. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Eight Edition, Mosby, Elsevier, 2012; 230-255.
42. Karabudak SS, Ergün S. Yenidoğan hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz BH, Bolışık B, editörler. Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2013; 289-352.
43. Keilty B, Freund M. Caregiver-child interaction in infants and toddlers born extremely premature. Journal of Pediatric Nursing, 2005; 20 (3): 181-189.
44. Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler Ş. Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2010; 11: 30-37.
45. Kılıç M, Polat S, Çimen S. Çocuklarda sıvı-elektrolit dengesi ve bozuklukları. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz BH, Bolışık B, editörler. Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2013; 161-165.
46. Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. 3P Dergisi, 2004; 12 (ek 4): 3-6.
47. Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 14 (2): 16-22.
48. Korkmaz Z. Primipar annelerin bebeklerini algılama durumu. Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2003; 24-46.
49. Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. Birinci Baskı, İstanbul, Altın Kitaplar Matbaası, 1982: 159.

50. Kurnaz E. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimleri. İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 80-82.
51. Kurnaz E, Gençalp NS. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimleri. 4. Uluslar arası - 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı: 265, 5-8 Eylül 2007, Ankara.
52. La Montagne LL, Jhonson BD, Hepworth JT. Evolution of parental stres and coping process: a framework for critical care practice. Journal of Pediatric Nursing, 1995; 10 (4): 212-218.
53. Lindberg B, Axelsson K, Öhrling K. The birth of prematüre infants: experiences from the fathers' perspective. Journal of Neonatal Nursing, 2007; 13 (4): 142-149.
54. Manav G, Yıldırım F. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2010; 32: 149-157.
55. McCartney K, Owen MT, Booth CL, Clarke Stewart A, Vandell DL. Testing a maternal attachment model of behavior problems in early childhood. Journal Of Child Psychology And Psychiatry, 2004; 765-778.
56. McGrath J, Torres SC. Integrating family-centered developmental assessment and intervention into routine care in the neonatal intensive unit. Nursing Clinic of North America, 1996; 31 (2): 367-383.
57. McKim LM. The information and support needs of mothers of premature infants. Journal of Pediatric Nursing, 1993; 8 (4): 233-243.
58. Merritt TA, Pillers D, Prows SL. Early NICU discharge of very low birth weight infants: a critical review and analysis. Seminars In Neonatology, 2003; 8 (2): 95-115.
59. Miles MS, Carlson J, Brunssen S. Nurse parent support tool. Journal of Pediatric Nursing, 2001; 14 (1): 44-50.
60. Miles MS, Burchinal P, Holditch-Davis D, Brunssen S, Wilson SM. Perceptions of stres, worry, and support in Black and White mothers of hospitalized, medically fragile infants. J Pediatr Nurs. 2002; 17 (2): 82-88.
61. Nar E. Beni Anlayın. Üçüncü Baskı, İstanbul, Babıali Kültür Yayıncılığı, 2005; 83.
62. Nissen E, Gustavson P, Widström AM, Uvnäs-Moberg K. Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or cesarean section. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1998;19 (1): 49-58.
63. Okulu E, Akın Mİ, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin gebelik haftası ve doğum ağırlıklarına göre sağkalım, hastanede yatış süreleri ve rehospitalizasyon oranları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2010; 4 (2): 77-83.
64. Ovalı F. Prematüre bebeklerin takibi. İçinde: Dağoğlu T, editör. Neonatoloji. Alemdar Ofset, İstanbul, 2008; 171-177.
65. Ovalı F, Çavuşoğlu H, Danışman N, Demirel N, Erdeve Ö, Karaman A ve ark. Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Kitapçığı. Ankara, 2012; 14-24, 167.
66. Öncül R. Eğitim Ve Eğitim Bilimleri Sözlüğü. İstanbul, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, İkinci Cilt. 2000; 101.
67. Öner N, LeCompte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Birinci Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985; 1-26.
68. Özbek A, Miral S. Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003; 46: 317-327.
69. Özçelik H. Gebelerin bebek bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 4-56.
70. Öztürk O. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Altıncı Basım, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995; 44-274.
71. Özyazıcıoğlu N, Tüfekci GF. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi HYO Derg. 2009; 12 (4): 66-73.
72. Padovani FH, Linhares MB, Carvalho AE, Duarte G, Martinez FE. Anxiety and depression symptoms assessment in preterm neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004; 26 (4): 251–254.
73. Perlman JM. Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive carepotential medical and neonatal environmental risk factors. Pediatrics, 2001; 108 (6): 1339-1348.
74. Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. CMAJ, 2003; 168 (8): 969-973.

75. Rudolph AM, Kamei RK, Overby KJ. Rudolph's Fundamentals of Pediatrics (Türkçe). İçinde: Yurdakök M, editör. 3. Baskı. Ankara, Öncü Basımevi, 2003; 142.
76. Savaşer S. Oksijen uygulamaları. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Yenilenmiş İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008; 301-306.
77. Savaşer S. Prematüre ve doğumsal defekti olan yenidoğanlar ve aile güçlükleri. X. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kitabı: 220-225, 2000, Antalya.
78. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual For State-Trait Anxiety İnventory. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1970; 23-49.
79. Şahin E, Tiryaki A. Düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek annelerinde depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 2011; 21 (3): 155-163.
80. Taş Y. Kaygı nedir? Bilkent Üniversitesi Öğrenci Gelişim ve Danışma Merkezi. Ankara, 2006. Erişim adresi: http://www.pdgm.bilkent.edu.tr/sinav_kaygisi.html. Erişim tarihi: 01.11.2013.
81. Taş-Arslan F, Turgut R. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. Dokuz Eylül Ünv. Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2013; 6 (3): 119-124.
82. Tiedeman ME. Anxiety responses of parents during and after the hospitalization of their 5 to 11 years old children. Journal of Pediatric Nursing, 1997; 12 (2): 110-119.
83. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2008. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf. Erişim tarihi: 15.03.2011.
84. Tommiska V, Ostberg M, Fellman V. Parental stress in families of 2 years old extremely low birth weight infants. J Am Pharm Assoc, 2002; 86 (3): 161-164.
85. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Birinci Baskı, Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2012; 389-461.
86. Turan T, Başbakkal Z ve Özbek Ş. Effect of nursing interventions on stressors of parents of prematüre infants in neonatal intensive care unit. Journal of Clinical Nursing, 2008; 17: 2856–2866.
87. Turan MT, Bolışık B. Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. C. Ü. HYO Derg. 2003; 7 (1): 39-46.
88. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2013. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13566. Erişim tarihi: 12.11.2013.
89. Uludağ A, Ünlüoğlu İ. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2012; 4 (3): 19-26.
90. Uludağ A. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. Eskişehir, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2008; 1-27.
91. Yıldız D. Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği sağlam bebek ünitesinde hemşirenin planlı hemşirelik eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Doktora Tezi, 2003; 1-85.
92. Yıldız S. Yüksek riskli yenidoğanların taburculuğa hazırlanması ve preterm bebeklerin izlemi. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Yenilenmiş İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008; 17, 789-804.
93. World Health Organization (WHO). Born Too Soon-The global action report on preterm birth. 2012; 1-9. Erişim adresi: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf. Erişim tarihi: 01.11.2012.
94. World Health Organization (WHO) 2013. Erişim adresi: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/. Erişim tarihi: 01.02.2013.

9. EKLER

EK A: EBEVEYN VE BEBEK BİLGİ FORMU

EBEVEYN VE BEBEK BİLGİ FORMU

SEVGİLİ ANNE ve BABALAR;

Konya ilinde 32–37 haftalık prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyine yönelik bir çalışma yapılmaktadır. Bu nedenle size konu ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz prematüre bebek ile ilgili kaygılarınıza yönelik, sizlere daha iyi destek olmamızı sağlayacaktır. Katılımlarınız için teşekkür ederim.

Not: Araştırmaya katılan annelerin kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Araştırmacı: Raziye ÇELEN **Danışman:** Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

A-ANNEYE AİT BİLGİLER

1. Yaş:

2. Öğrenim Durumu: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite

3. Çalışma Durumu? 1. Evet 2. Hayır

4.Sosyal Güvence: 1. Var 2. Yok

5. Gelir düzeyi algılama durumu: 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

B-ANNE VE BEBEĞE AİT BİLGİLER

1. Kaçıncı Bebek: **2. Gebelik Haftası :**

3. Şu anki Haftası: **4. Tanı:**

5. Bebeğin hastanede kalış süresi:

6. Doğum Şekli: 1. Normal 2. Sezaryen

7. Bebeğin Cinsiyeti: 1. Kız 2. Erkek

8. Bebeğin doğum kilosu:…… Şuan ki kilosu:……

9.Daha önce prematüre bebeğe sahip olma durumu? 1. Evet 2. Hayır

10. Erken doğan bebeğe doğum sonrası ne gibi girişimler uygulandı?

1. Kuvöze alındı 2. Kota alındı 3. Solunum cihazına bağlandı 4.Bilmiyorum

11. Bebeği ne ile besliyorsunuz? 1. Anne Sütü 2. Mama 3. Anne Sütü ve Mama

C- ANNENİN BEBEĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

1.Bebeğinizi ilk ne zaman gördünüz?..... İlk ne zaman kucağınıza aldınız?.....

2. Annenin hastanede kalış süresi?.....

3.Hastanede kalınan süre içinde bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi alma durumu? 1.Evet 2. Hayır

4.Taburcu olduktan sonra evde bebek bakımı ile ilgili destek alabileceğiniz kişi var mı? 1.Evet 2. Hayır

5. Bebeğin bakımında kendinizi yeterli hissediyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

6. Bebeğinizin bakımı ile ilgili şuan kaygı yaşıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

7. Taburcu olduktan sonra evde bebeğin bakımı ile ilgili kaygı yaşayacağınızı düşünüyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır

8. Taburcu olmaya kendinizi hazır hissediyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

D-ANNELERİN PREMATÜRE BEBEK BAKIMINA İLİŞKİN ALGILANAN YETERLİLİKLERİ	**Evet**	**Hayır**
1.Bebeğinizi besleme konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
2.Bebeğinizin gazını çıkarma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
3. Bebeğinizi beslerken pozisyon vermede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
4. Bebeğinize banyo yaptırmada kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
5. Bebeğinize pişik bakımı vermede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
6. Bebeğinize pamukçuk bakımı vermede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
7. Bebeğinizin ateşini ölçmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
8. Bebeğinizin solunumunu saymada ve solunumunu değerlendirmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
9. Bebeğinizle aranızdaki ilişkiyi güçlendirmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
10. Bebeğinize uygun kıyafetleri seçmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
11. Bebeğinize pozisyon vermede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
12. Bebeğinizin odasını düzenlemede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		

E-BABAYA AİT BİLGİLER

1. Yaş:

2. Öğrenim Durumu: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite

3. Çalışma Durumu? 1. Evet 2. Hayır

4.Sosyal Güvence: 1. Var 2. Yok

5. Gelir düzeyi algılama durumu: 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

F- BEBEĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLER

1. Bebeğinizi ilk ne zaman gördünüz?.....İlk ne zaman kucağınıza aldınız?.....

2. Bebeğinizi yenidoğan ünitesinde kaç kez gördünüz?.....

3. Evde bebeğin bakımına yardım etmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

4. Bebeğinizin evde bakımı ile ilgili şuan kaygı yaşıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

5. Taburcu olduktan sonra evde bebeğin bakımı ile ilgili kaygı yaşayacağınızı düşünüyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır

6. Bebeğinizin taburcu olmasına kendinizi hazır hissediyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

EK B: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX-1
(DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada O ANDA hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerin uygun olanını karalamak 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	TAMA MİYLE
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Şu 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

(SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada O ANDA hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerin uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğuk kanlıyım	(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 C: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Prematüre Bebeği Olan Anne ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler

Bu araştırma, yüksek lisans tezi için planlanmıştır. Araştırmada sizlere araştırmacı tarafından hazırlanan "Anne ve Bebek Bilgi Formu", "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği" uygulanacaktır. Bu araştırmanın 10 ay içinde bitirilmesi planlanmaktadır. Bu çalışma, prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma; Konya ili kent merkezinde yer alan N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Beyhekim Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde yapılması planlanmıştır. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Bu araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor / yayında sizin adınız geçmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir. Bu bilgiler, Yükseköğretim Kurumu'na iletilecektir.

Yukarıdaki metni okudum. Araştırmayla ilgili bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

EK D: ETİK KURULDAN ALINAN İZİN BELGESİ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : B.30.2.SEL.0.28.00.00/130- 21 01.02.2012
KONU :

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Fatma Taş ARSLAN
(S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü AD.)

11.01.2012 tarihli "Prematüre Bebeği Olan Anne Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırma projeniz, 31.01.2012 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2012/10 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Serdar GÖKTAŞ
Dekan V.

Adres: S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad kampusü 42079 – Selçuklu / KONYA
Tel: (0332) 241 21 81 , Faks: (0332) 241 21 84 , *Elektronik Posta :* stip@selcuk.edu.tr
Web Adresi : www.stip.selcuk.edu.tr , *Bilgi için* :Dekanlık Tel : 241 00 41 / 1089

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 2012/01	**Toplantı Tarihi : 31.01.2012**

Karar Sayısı 2012/10 S.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü AD. Öğretim Üyesi Yrd. Doç.Dr.Fatma Taş ARSLAN'ın, "Prematüre Bebeği Olan Anne Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 11.01.2012 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Yrd. Doç.Dr.Fatma Taş ARSLAN'ın, "Prematüre Bebeği Olan Anne Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" araştırmanın kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
31/01/2012

Mahmut KESİK
Sekreterya

EK E: N. E. Ü. MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İZİN BELGESİ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

SAYI :B.30.2.SEL.0.H1.63.00/1192 13../01./2012
KONU : Tez çalışması

Sayın Raziye TURGUT

Hastanemize vermiş olduğunuz 03.01.2012 tarihli dilekçenize istinaden "Prematüre Bebeği Olan Anne ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" konulu yüksek lisans tez anketinizi hastanemizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hamdi ARBAĞ
Hastane Başhekimi

ASLI GİBİDİR
Cengiz ATEŞ
Enstitü Sekreteri

Adres: S.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyokuş
42080-Meram / KONYA,
Tel: (0332) 223 60 00, Faks: (0332) 223 65 22
Elektronik posta : mtiphos@selcuk.edu.tr,
Web Adresi : www.meramtip.com.tr

K-Q TSE-ISO-EN 9000 C-E TSE-ISO-EN 14000 TSE İSG-OHSAS TS 18001 TSE TS-ISO-IEC-27001 BGYS M-C TSE-ISO 10002

EK F: S. B. KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİN BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği

Sayı : B014ISM04426823/900
Konu : Anket yapmanız

000174 04.01.2012

Raziye TURGUT
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hastanemize yapmak istediğiniz Prematüre Bebeği olan Anne ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler konulu yüksek lisans tez anketinizi hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Muhammet Güzel KURTOĞLU
Baştabip a.
Baştabip Yardımcısı

ASLI GİBİDİR
Çengiz ATEŞ
Enstitü Sekreteri

Adres : Hacı Şaban Mah.Yeni Meram Cad.No:97 Meram/Konya
Telefon : (0332 323 67 01-13) 444 0 642 –dahili 1024 Fax:0332 323 67 23)
Web Adresi: www.konyaea.gov.tr.E-Posta :merameğitimaktif@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için:B.CEYLAN V.H.K.İŞL.

EK G: S. B. KONYA DR. FARUK SÜKAN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ İZİN BELGESİ

T.C.
SELÇUKLU KAYMAKAMLIĞI
Dr. Faruk SÜKAN Doğum ve Çocuk Hastanesi Baştabipliği

Sayı : B104ISM4420016/79

Konu : Tez çalışması

Sayın: Raziye TURGUT

Baştabipliğimize vermiş olduğu 03/01/2012 tarih ve 53 sayılı dilekçenize istinaden kurumumuzda "Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler" konulu araştırmayı yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr. Adnan TEKİN
Baştabip

Cengiz ATEŞ
Enstitü Sekreteri

Nalçacı Cad. Gördes Sk. 42060 Selçuklu/ KONYA
Telefon (0332) 235 42 05-1107 Faks (0332) 236 60 66
e-posta: konyadcb2@saglik.gov.tr Elektronik Ağ: www.konyadogumevi.gov.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat Mustafa SARIKAYA Şef

EK H: S. B. KONYA BEYHEKİM DEVLET HASTANESİ İZİN BELGESİ

T.C.
SELÇUKLU KAYMAKAMLIĞI
Konya Beyhekim Devlet Hastanesi Baştabipliği

Tarih:05.01.2012
No :116
Kurum:RAZiYE TURGUT (S.U. SAGLIK

Sayı : B-10-4-ISM-4-42-00-32 /929
Konu : Anket

RAZİYE TURGUT
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hastanemizde yapmak istediğiniz Prematüre Bebeği olan Anne ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler konulu yüksek lisans tez anketinizi hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Abdüsselam ULU
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

ASLI GİBİDİR
Cengiz ATEŞ
Enstitü Sekreteri

Adres :Yazır Mah. Turgut ÖZAL Cad. No: 14 Selçuklu/KONYA Telefon:(0332) 2631230/7220 Fax: (0332) 2631246
E-Posta :konya beyhekimdh@gmail.com

Haydi Konya Hareket Et,sağlıklı Beslenmeyi Davet Et.ObeziteyeVeda Et!

10. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Aksaray'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Konya'da tamamladı. 2005-2009 yılları arasında Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü tamamladı. 2009-2011 yılları arası Özel Konya Farabi Hastanesi'nde, 2011-2013 yılları arası Konya Beyhekim Devlet Hastanesi'nde yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olarak görev yaptı. 2013 yılında Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı kapsamında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'na araştırma görevlisi olarak atandı ve halen araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.