

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ANNELERİN YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
PREMATÜRE BEBEKLERİNİN BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE KABASAKAL

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülşen VURAL

ANKARA

Temmuz 2012

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ANNELERİN YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
PREMATÜRE BEBEKLERİNİN BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE KABASAKAL

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülşen VURAL

ANKARA

Temmuz 2012

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde
yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/07/2012

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Gazi Üniversitesi

Jüri Başkanı

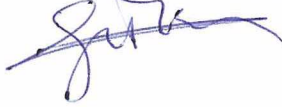
Prof. Dr. Gülşen VURAL

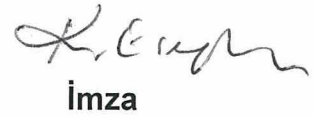

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Gazi Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER




İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar	vi
Kısaltmalar	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Prematürite	6
2. 2. Prematüre Doğumun Tanımlanabilen Nedenleri	7
2. 3. Prematüre Yenidoğanların Fiziksel ve Fizyolojik Özellikleri	9
2.4. Prematüre Bebeklerde Görülen Sistemlerle İlgili Sorunlar	10
2.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri	11
2. 6. Prematüre Yenidoğan Bakımı ve Hemşirelik	13
2. 7. Prematüre Bebeklerde Düzeltilmiş Yaş	15
2. 8. Prematüre Bebeğin Taburculuk Kriterleri	15
2. 9. Prematüre Bebeklerde Nörogelişimsel Takiple İlgili Çalışmalar	17
2. 10. Prematüre Bebeğin Temel Bakım İlkeleri ve Hemşirelik Girişimleri	18
2. 10.1.Vücut Isısının Korunması	18
2. 10. 2.Solunumun Desteklenmesi	19
2. 10. 3. Sıvı ve Elektrolit Dengesinin Sağlanması	20
2. 10. 4. Enfeksiyonlardan Koruma	20
2. 10. 5. Beslenmenin Sağlanması	20

2. 10. 6. Büyümenin İzlenmesi	23
2.10.7. Anne-Bebek Yakınlaşmasının Sağlanması	24
2.10.8. Taburculuğun Planlanması ve Ailenin Eğitimi	27
2.10.9. Taburculuk Sonrası Ev Ziyaretinin Yapılması	28
2. 11. Prematüre Bebek Bakım Konuları	29
2. 11. 1.Banyo Yaptırma	29
2. 11. 2. Pişik Bakımı	29
2. 11. 3. Konak Bakımı	30
2. 11. 4. Ağız Bakımı	30
2. 11. 5. Burun/ Kulak/ Göz Bakımı	30
2. 11. 6. Göbek Bakımı	31
2.11.7. Alt Açma/Temizleme/Bağlama	31
2. 11. 8. Tırnakların Kesilmesi	32
2. 11. 9. Vücut Isısının Açıklanması	32
2. 11. 10. Oda Sıcaklığı	32
2.11.11. Bebeğin Giydirilmesi	32
2. 11. 12. Sarılık Yönünden İzlenmesi	33
2. 11.13. Bebeğin Beslenmesinin Değerlendirilmesi	33
2. 11. 14. Bebeğin Dışkılaması	33
2. 11. 15. Bebeğin İdrar Çıkımı	34
2. 11. 16. Bebeğin Uyku Düzeni	34
2. 11. 17. Ziyaretçilerin Kabulü	34
2. 11. 18. Taramalar	35
2. 11. 19. Aşılar	35

2. 11. 20. Bebeğin İlaçlarının Verilmesi	36
2. 11. 21. Bebeğin Uygun Pozisyonda Tutulması Ve Yatırılması	37
2. 11. 22. Kolik	37
2. 11. 23. Gastroözofageal Reflü (GÖR)	37
2. 11. 24. Gaz Çıkarma	38
2. 11. 25. Kusma	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Şekli	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
3.3. Araştırmanın Evreni	40
3.4. Araştırmanın Örneklemi	40
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	40
3.6. Verilerin Toplanması	40
3.6.1. Veri Toplama Aracı	40
3.7. Veri Toplama Aracının Uygulanması	41
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.9. Araştırmanın Güçlükleri	42
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	42
4. BULGULAR	43
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	72
6.1. Sonuç	72
6. 2. Öneriler	76

7. ÖZET	79
8. SUMMARY	80
9. KAYNAKLAR	81
10. EKLER	102
11. TEŞEKKÜR	113
12. ÖZGEÇMİŞ	114

TABLolar

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Prematüre Doğumun Nedenleri	8
Tablo 2.2. Prematüre Bebeklerde Görülen Sistemlerle İlgili Sorunlar	11
Tablo 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	43
Tablo 4.2. Annelerin Gebelik ve Doğum İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı	44
Tablo 4.3. Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	45
Tablo 4.4. Annelerin Bebeklerinin Tanılarını Bilme Durumlarının Ve Prematüre Bebeğe Sahip Diğer Ebeveynlerle Konuşma Gereksinimlerinin Dağılımı	46
Tablo 4.5. Annelerin Daha Önce Prematüre Bir Bebeğe Bakım Verme Durumlarının/Erken Doğum Yapma ve Bebeğin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatmasına Yönelik Duygularının Dağılımı	46
Tablo 4.6. Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları Ve Yetersiz Hissetme Nedenlerinin Dağılımı	47
Tablo 4.7. Annelerin Evde Bebeğin Bakımı İle İlgili Güçlük Yaşama Düşüncelerine ve Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	48
Tablo 4.8. Annelerin Hemşire Ve Doktordan Günlük Bilgi Alma Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı	48
Tablo 4.9. Annelerin Aldıkları Hizmetlere Göre Memnuniyet Düzeylerinin Dağılımı	49
Tablo 4.10. Annelerin Prematüre Bebeğin Bakımına İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Dağılımı	51
Tablo 4.11. Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Sahip Oldukları Bilgilerin Kaynaklarına Göre Dağılımı	52

Tablo 4.12. Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Bilgi Gereksinimlerinin Dağılımı	53
Tablo 4.13. Annelerin Hastanede Kaldıkları Süre İçinde Bebeklerine ve Kendilerine İlişkin Yaşadıkları Sorunlar	54
Tablo 4.14. Annelerin Daha İyi Hizmet Alabilmek İçin Önerileri	55

Kısaltmalar

ÇDDA	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı
DDA	Düşük Doğum Ağırlıklı
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GH	Gestasyon Haftası
GÖR	Gastroesophageal Reflux (Gastroözofageal Reflü)
NEK	Necrotizing Enterocolitis (Nekrotizan Enterokolit)
RDS	Respiratory Distress Syndrome (Respiratuar Distres Sendromu)
ROP	Retinopathy of Prematurity (Prematüre Retinopatisi)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Bir ülkenin perinatal ve neonatal mortalitesi, ana ve çocuk sağlığının, dolayısıyla ülkelerin gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergesidir.¹ Özellikle bebeklik ve çocukluk dönemlerinde gerçekleşen ölümler ülkelerin sosyoekonomik durumunu ve ülke nüfusunun yaşam kalitesini ortaya koyan önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Türkiye 2010 yılı bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 10.1; neonatal ölüm hızı 1000 canlı doğumda 8.5; beş yaş altı ölüm hızı 1000 canlı doğumda 13 olarak belirlenmiştir.²

Yenidoğan döneminde görülen hastalık ve problemlerin büyük bir kısmını prematüre bebekler oluşturmaktadır.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyadaki yenidoğan ölümlerinin nedenleri sıralandığında ilk üç sırada enfeksiyonlar (%32), doğum asfiksisi ve travması (%29), prematürelilik ile ilgili problemler (%24) yer almaktadır.³ Dünya Sağlık Örgütü vücut ağırlığına bakılmaksızın 37. gestasyon haftasını (GH) tamamlamadan doğan canlı bebekleri prematür olarak tanımlamaktadır.⁴⁻⁷ Günümüzde 500 gr'ın altında doğan bebeklerin yaşatılmasıyla; "mikroprematüre" (micropremie), "mikrodoğan" (micronate), "fetal bebek" (fetal infant) tanımlamaları neonatoloji literatüründe yer almaya başlamıştır.⁸

Son yıllarda anne ve bebek sağlığına verilen önemin sonucunda ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) bilimsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte prematürelerin ve yüksek riskli bebeklerin sağkalım oranı artmıştır. Ancak bu gelişmeyle birlikte yaşam şansı artan bebeklerde erken ve geç dönem morbiditenin de arttığı görülmektedir. Prematüre ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde büyük oranda ağır nörolojik sekeller de görülmektedir.⁹⁻¹⁴

Sağ kalmayı başaran prematüre bebekler; hastalıklarının ya da deformitelerinin ciddiyeti veya gestasyon yaşının küçük olması nedeniyle, genellikle uzun süre hastanede yatmaktadır.¹⁵ Prematüre bebekler, term bebeklerle karşılaştırıldığında hastanede yatış sürecinde ve taburcu edildikten sonra daha fazla tıbbi problem yaşamaktadırlar.¹⁶

Postpartum dönem aileye yeni bir üyenin katılmasıyla birlikte yeni bir düzenin kurulduğu özel bir durumdur.¹⁷ Bebeğine, doğum sonu sorunlara, ailedeki yeni düzene ve vücut imajındaki değişikliklere uyum sağlamak zorunda olan anne için bu dönem oldukça stresli yaşanabilmektedir.^{17,18} Ayrıca doğum sonu dönem anne ve babaların bebek bakımı vermesini, bebek için güvenli çevre oluşturmalarını, bebekle iletişim kurmasını, yeni rolleri öğrenmesini ve benimsemesini, aile duyarlılığını geliştirmesini ve bebekle ilgili bir takım problemlerle baş etmesini gerektiren bir süreçtir.¹⁹ Prematüre bebeği olan annelerin doğum sonrası ilk zamanlarda bebeklerinin sağlığı ile ilgili kaygıları da bulunmaktadır. Ayrıca prematüre bebeğin doğması ailenin diğer üyelerini de etkileyebilmektedir.²⁰ Bu dönem, aile bağlarının güçlendiği olumlu bir dönem olarak yaşanabileceği gibi yenidoğanın sorunları ile baş edilemeyen bir kriz süreci olarak da yaşanabilmektedir.¹⁹

Krizdeki ailelere, krizin çözümü için etkili bir hemşirelik hizmeti verilmelidir. Kriz yaşayan ailelere yardım ederken hemşirenin öncelikle aileleri değerlendirmesi, destek programını planlanması, uygun hemşirelik girişimlerinde bulunması ve krizin gelişimi yönünden sonuçları değerlendirmesi gerekmektedir.²¹

Prematüre bebeği olan anneler postpartum dönemin ilk günlerinde doğumun fiziksel etkileri nedeniyle öz bakımları ve bebeklerin gereksinimlerini karşılama konusunda yeterli olmayabilirler.²² Doğum sonu

dönem annenin; bebeğin bakımıyla ilgili beceri ve güven geliştirmesi, bebeği ile iletişim kurmayı başarması ve beslemesi, öz-bakım, hijyen, cinsel yaşam ve aile planlaması hakkında bilgi ve danışmanlığa ihtiyaç duyduğu bir dönemdir. Annenin bebeğine bakmak için zamana, olası ya da var olan komplikasyonlar için sağlık bakımına, yakınları tarafından desteğe ve dinlenmeye ihtiyaı vardır. Bu dönemde anne, bebeğine nasıl bakılacağıyla ilgili bilgiye ve öz güvene sahip olmadığında sorunlar yaşanabilir. Annenin bebek bakımıyla ilgili özgüveninin olması anneliğe uyumda” itici güç” oluşturur. Öz güvenin oluşmasında ise verilen bilginin, fiziksel ve psikososyal desteğin önemi oldukça büyüktür.²³ Annenin bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir. Bu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir.¹⁸ Annenin ihtiyaç duyduğu konularda bilgilendirme ve danışmanlık benzeri sosyal desteklerin, annelerin bebek bakımı ve annelik becerilerinin farkında olmasını artırmada payı büyüktür.²³

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde herhangi bir nedenle yatış ailelerde stres oluşturmaktadır. Annenin bebekten ayrı kalması, bebeğin görünümü ve sağlığı ile ilgili belirsizlik, bilgisizlik, bebeklerde kalıcı bir hasarın olacağı korkusu ya da fiziksel bir engelin kalabileceği düşüncesi nedeni ile kaygı yaşayabilmektedirler. Annelik rolünün yerine getirilememesi, hastane masraflarının oluşturduğu ekonomik zorluklar, yoğun bakım ünitesinin karmaşık görüntüsü annelerde olumsuz duyguların gelişmesine neden olmaktadır. Hemşireler her annenin benzersizliğini kabul etmeli ve annelerin bireyselliğini dikkate alarak bütüncül bir yaklaşım izlemelidir. Prematüre bebeğe sahip annelerin profesyonel yardım ve bakıma ihtiyaçları vardır. Annelerin ihtiyaçlarının karşılanması için korku ve beklentilerini ifade etmelerini sağlamak, aktif bir şekilde dinlemek,

tedavi planı ve programı hakkında bilgilendirmek, sorularına doğru cevap vermek önemlidir. Annede kaygı yaratmamak için tıbbi tedavi ve uygulamalar tıbbi terimlerle değil annenin anlayacağı dilde yapılmalıdır.²⁴⁻

26

Prematüre bebeği olan anne ve babaların en önemli gereksinimleri bebeğin evdeki bakımına yönelik bilgilendirilmesidir. Bu yüzden taburculuk öncesinde ailenin ev ortamına hazırlığı, eğitilmesi, desteklenmesi ve daha sonra bu bebeklerin evde izlenmesi oldukça önemlidir. Prematüre bir bebeğin hastaneden ev ortamına geçiş hazırlığı, taburcu olmadan önce başlamalıdır. Bu geçiş sürecinde aile; bakım verenleri gözleyerek, bebeğin günlük bakımına aktif olarak katılmalıdır.¹ Bebeğin durumu stabil olduğunda ve anne de bebeğin bakımına katılmaya istekli olduğunda hemşireler anneyi bakımda yer alabileceği oranda bilgilendirilerek bakım sürecine dahil edebilirler.²⁷ Temel bakım uygulamalarından (beslenme, temizlik vb.) başlayarak bebeğin bakımında giderek daha çok yer almaları anneleri rahatlatacak ve bebeğin bakımında kendilerine güvenen anneler daha az kaygı yaşayacaktır.¹⁷

Annelerin doğum sonrası dönemde prematüre bebeklerin bakım ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yurtdışında ve ülkemizde yapılmış çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda prematüre bebeğe sahip annelerin bebek bakımı konusunda bilgi gereksinimleri olduğu, bakım konusunda endişelendikleri ve güçlük yaşadıkları saptanmıştır.^{1,28-35} Annelerin prematüre bebeğin bakımına bilgi eksikliğinin olması uzun süre hastanede yatışa, prematüre bebeğe ait fiziksel ve gelişimsel sorunların gözden kaçmasına neden olabilmektedir. Prematüre bebeklerin fiziksel bakımlarının sağlanması ve riskli durumların önlenmesi önemli olduğundan; tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın, annelerin doğum sonrasında prematüre bebek bakım ihtiyaçlarını

belirleyerek hemşirelerin bu konudaki rollerine yol göstereceği düşünölmektedir. Hemşireler annelerin prematöre bebek bakımı ile ilgili eğitim ve danışmanlık rollerini tam anlamıyla yerine getirdiklerinde, annelerin prematöre bebek bakımına yönelik bilgi gereksinimleri karşılanacak ve dolayısıyla sağlıklı toplumlar oluşabilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan prematöre bebeklerin annelerinin bebeklerinin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Annelerin taburculuk öncesinde prematöre bebek bakımı konusunda bilgi sahibi oldukları konular nelerdir?
- Annelerin prematöre bebeklerinin bakımı konusundaki bilgi gereksinimleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prematürite

Prematüre doğum insidansı toplumdan topluma değişiklik gösterebilmektedir.³⁶ Dünyada her yıl tahmini olarak 13 milyon bebek 37.gebelik haftasını tamamlamadan dünyaya gelmektedir. Prematüre doğum, yarattığı sorunlar nedeni ile yenidoğan ölümlerinin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır.³⁷ Neonatal mortalitenin %83'ü 37. gebelik haftasını tamamlamadan doğan prematürelerde görülmektedir.³⁶

Prematüre Bebeklerin Sınıflandırılması

Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olması açısından prematüre bebekler gestasyon haftasına (GH) göre 3'e ayrılmaktadır.³⁸

1. İleri derecede prematüre (GH 24-31 haftalık)
2. Orta derece prematüre (GH 32-36 haftalık)
3. Sınırdaki prematüre (GH 37 haftalık)

Doğum ağırlığına göre;⁷

- 1.Düşük doğum ağırlıklı preterm (DDA): 2500 gramdan düşük doğan bebekleri kapsar.
- 2.Çok düşük doğum ağırlıklı preterm (ÇDDA): 1500 gramdan düşük doğan bebekleri kapsar.
- 3.Aşırı düşük doğum ağırlıklı preterm: 1000 gram ve altında doğan bebekler kapsar.

Ayrıca yenidoğanlar intauterin büyümelerine göre de sınıflandırılmaktadırlar. Bunun için intrauterin büyüme eğrilerinden yararlanılmaktadır.³⁹

1. Gebelik haftasına göre doğum ağırlığı küçük bebekler (SGA, Small for gestational age): Gebelik haftasına göre doğum ağırlığı 10. persantilin altında olan bebeklerdir.

2. Gebelik haftasına uygun doğum ağırlıklı bebekler (AGA, Appropriate for gestational age): Gebelik haftasına göre doğum ağırlığı 10-90. persantiller arasındadır.
3. Gebelik haftasına göre doğum ağırlığı büyük bebekler (LGA, Large for gestational age): Doğum ağırlığı 90. persantilin üzerindedir.

Son 20 yılda ve özellikle de son 10 yıl içinde neonatoloji alanındaki hızlı gelişmelerle birlikte, teknik imkânların artması, bilgi ve tecrübe birikimi ile önceleri 28 hafta olan dış ortamda yaşayabilme sınırı 24 haftaya, hatta son yıllarda 21 haftaya kadar inmiştir. Bugün ise 450 g olarak bilinen dış ortamda yaşayabilme yeteneği için en düşük ağırlık sınırının düşürülmesi olasıdır.³⁸ Bugün yaşatılabilen en küçük bebek 280 gram ağırlığındadır.³⁶

2. 2. Prematüre Doğumun Tanımlanabilen Nedenleri

Prematüre doğumlar tümüyle önlenememektedir. Ancak annenin sağlığının yükseltilmesi, daha iyi beslenmesi, sık doğumların önlenmesi, gebelik sürecinin iyi takip edilmesi, sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyin iyileştirilmesi erken doğum oranı azaltılabilmektedir. Prematüre doğumların büyük kısmının nedeni bilinmemekle birlikte bazı risk faktörleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Aşağıdaki tabloda prematüre bebeğin tanımlanabilen nedenleri yer almaktadır.^{4,7,38,40-47}

Tablo 2.1. Prematüre Doğumun Nedenleri

Problemin Kaynağı	Nedenler
Fetüs İle İlgili	Fetal distres Çoğul gebelik Eritroblastozis fetalis Hidrops fetalis Konjenital anomali
Anne İle İlgili	Preeklampsi Kronik hastalık (siyanotik kalp hastalığı, böbrek hastalığı vb.) Enfeksiyonlar (grup B streptokok, herpes simpleks, sifilis vb.) Spontan erken doğum öyküsü Anne yaşı (18'den küçük 40'tan büyük olma) Düşük sosyoekonomik düzey Antenatal bakım almamış olma Düşük eğitim düzeyi Kilonun aşırı azlığı ya da fazlalığı Siyah ırk Psikolojik stres İlaç kullanma (sigara, alkol, kokain vb.)
Plesanta ile ilgili	Plesanta previa Ablasyo plesenta
Uterus İle İlgili	Uterus anomalisi Serviks yetersizliği (erken dilatasyon)
Diğer	Erken membran rüptürü Polihidroamniyos Travma/Cerrahi

2. 3. Prematüre Yenidoğanların Fiziksel ve Fizyolojik Özellikleri

Prematüre bebeklerde fizyolojik bir hipotoni mevcuttur. Kollar başa doğru, bacaklar ise karına doğru kıvrılmış durumdadır. Baş gövdeye oranla miadındaki bir yenidoğana göre daha büyüktür. Fontanel geniş, burun kökü basık, karın gergin, göğüs duvarı ve kulak kıkırdağı yumuşaktır. Kulak kepçesinde kıkırdağın oluşumu 35-36 haftadan sonra hızlanır. Bu nedenle daha erken doğan prematürelerde kulak kepçesi deri kıvrımı gibidir ve kıvrım sayısı azdır. Prematürelerin vücut yüzeyleri ağırlıklarına kıyasla geniştir, bundan dolayı bu bebeklerde ısı kaybı ve gizli su kayıpları fazladır. Çok küçük prematürelerde alt ekstremitelerde, el sırtı ve göz kapaklarında da ödem gelişebilir. Term yenidoğanlarda meme başında görülen sertlik ve pigmentasyon prematürelerde yoktur ve meme başı palpe edilemez. Term bebeklerin ayak tabanında görülen enine çizgiler ve arasındaki çukurluklar prematürelerde gelişmemiştir. Genital organlar az gelişmiştir. Erkek bebeklerde testisler skrotuma inmemiştir, kız bebeklerde ise labium majörler labium minörleri örtmemiştir.³⁸ Genellikle sırtta, omuz başlarında ve yüzde bol lanugo tüyleri vardır. Derinin rengi pembedir. Cilt ince, jelatinöz görünümde ve bol miktarda verniks kazeoza ile kaplıdır. Derialtı yağ dokusu azdır. Tırnaklar kısadır.^{38,48,49} Emme refleksi gelişmemiştir ve 34-36 gebelik haftasına kadar emmenin solunumla koordinasyonu yoktur. Enteral beslenme gavajla sağlanabilir. Prematürelerde gastroözefajial reflü ve zayıf yutma refleksi nedeniyle aspirasyon riski yüksektir. Bebeğin ağırlığına göre deri yüzey alanı daha geniş ve deri altı yağ dokusu azdır. Bunun için vücut ısılarını korumaları zordur. Yirmi altıncı haftadan önce doğan bebeklerde sürfaktan eksikliği vardır. Bu nedenle akciğerler gelişmemiştir. Solunum sistemi immatür olduğundan apne ve bradikardi görülebilir. Duktus arteriosusun açık olması akciğerlerin normalin üstünde perfüzyonuna neden olur. Bununla birlikte akciğerlerdeki gaz değişimi zorlaşır. Serebral damarlanmanın immatür

olması intraventriküler kanamaya yol açabilir. Renal fonksiyonların immatür olması sıvı elektrolit dengesizliğine neden olabilir. Gastrointestinal sistemde besin emilimi bozulduğundan beslenmede sorunlar yaşanır. İmmün sistemin yetersizliği enfeksiyonlara yatkınlığı arttırmıştır. Metabolik olaylar gelişmediğinden hipoglisemi ve hipokalsemi görülebilir. Demir depolarının düşük olması, hematolojik analizlerin tekrarlanması ve hızlı büyüme nedeniyle prematürelde anemi sık görülür. Retinal vaskülarizasyon tamamlanmadığından prematüre retinopatisi (ROP) sık görülür. Özellikle 24-26 haftalık prematürelde ROP oranı %80'lere varmaktadır. Prematürelde eritrosit ömrünün kısalığı, karaciğer enzim yetersizlikleri nedeniyle serum bilirubin düzeyi sıklıkla yüksektir. Fizyolojik sarılık 2-4 hafta sürebilir.^{50,51}

2.4. Prematüre Bebeklerde Görülen Sistemlerle İlgili Sorunlar

Prematüre bebekler doğum haftasına göre değişmekle birlikte birçok sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Aşağıdaki tabloda prematüre bebeklerde görülen sorunlar yer almaktadır.^{38,40,47,52}

Tablo 2.2. Prematüre Bebeklerde Görülen Sistemlerle İlgili Sorunlar

Sistemler	Sorunlar
Solunum	Respiratuar distres sendromu(RDS) Bronkopulmoner Displazi Pnömotoraks Konjenital pnömoni Pulmoner hipoplazi Pulmoner kanama Apne
Kardiyovasküler	Patent duktus arteriyozus Hipotansiyon Hipertansiyon Bradikardi (apne ile birlikte)
Hematolojik	Anemi (erken veya geç başlangıçlı) Hiperbilirubinemi-indirekt K vitamini eksikliği
Gastrointestinal	Zayıf gastrointestinal motilite Nekrotizan enterokolit(NEK)
Metabolik-Endokrin	Hipokalsemi Hipoglisemi Hiperglisemi Hipotermi Ötiroidi
Merkezi Sinir Sistemi	İntraventriküler kanama Hipoksik iskemik ensefalopati Konvülziyonlar Prematüre retinopatisi (ROP) Hipotoni İlaç bağımlılığı
Renal	Hiponatremi Hipernatremi Hiperkalemi Ödem
Diğer	Enfeksiyonlar (nazokomiyal, bakteriyel, viral, fungal)

2.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri

Prematüre bebekler için ilk büyük teknolojik atılım 1878 yılında Fransa'da küvözün bulunmasıyla olmuştur.⁵³ Doğumlar, 1940'lı

yıllarda evden hastaneye doğru kaymaya başlayınca yenidoğan bebekler için bakım merkezlerine ihtiyaç doğmuştur. Prematüre doğan bebekleri yaşatabilmek için yapılabilecekler 1960'lı yıllara kadar oldukça sınırlı olan YYBÜ'nün 1970'li yılların başından itibaren kurulmasıyla birlikte prematüre bebeklere sunulan sağlık hizmetleri gelişmiş ve bu bebeklerin bakımını servis hemşireleri üstlenmeye başlamıştır.⁵⁴

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri durumu stabil olmayan, sürekli hemşirelik bakımına, komplike cerrahiye, invaziv girişime ya da mekanik ventilasyona gereksinim duyan yenidoğanların bakımının verildiği yerlerdir.⁵⁵ Önlenebilir yenidoğan ölümlerini azaltabilmek için yenidoğan yoğun bakım ünitelerine ihtiyaç duyulmaktadır.³ Günümüzde tıbbi ve teknolojik gelişmeler, yoğun bakım ünitelerinde izlenen, özellikle prematüre olan bebeklerin hayatta kalma olasılıklarını artırmıştır.^{3,56}

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin tasarımı yapılırken, toplumdaki doğurganlık hızı, yıllık nüfus artışı, hasta yenidoğanın özellikleri ve neonatal-perinatal mortalite oranları göz önüne alınarak; birinci, ikinci ve üçüncü düzey olarak yapılmaktadır. Birinci düzey yenidoğan üniteleri; yıllık doğum sayısı 1000'in altında olan, komplikasyonsuz gebelik takibi ve sağlıklı yenidoğan bakımının yapıldığı ünitelerdir. İkinci düzey yenidoğan üniteleri; orta derece riskli gebelikler ile bu gebeliklerden doğan ve sorunları olan yenidoğanların bakımının yapıldığı ünitelerdir. Üçüncü düzey yenidoğan üniteleri; birinci ve ikinci düzey bakımın da yapıldığı, çok küçük prematüre bebeklerin, cerrahi tedavi gerektiren yenidoğanların tedavilerinin sağlandığı, yaşam desteği ve yoğun bakım hizmetlerinin verildiği ünitelerdir.³ Yatak sayısına göre de hemşire, yardımcı personel ve doktor sayısı belirlenmelidir.⁵⁵ Genellikle üçüncü düzey yenidoğan bakımında, her hemşirenin 1-2, ikinci düzey

bakımda her hemşirenin 4-5, birinci düzey bakımda her hemşirenin 6-8 bebeğe bakım vermesi önerilmektedir.⁵⁷

2. 6. Prematüre Yenidoğan Bakımı ve Hemşirelik

Neonatoloji alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeyle birlikte YYBÜ hemşirelerinin rollerinde de değişiklikler olmuştur. YYBÜ verilen hemşirelik bakımı ve kalitesi artmış, hemşire yenidoğanın en üst düzeyde tedavi ve bakım almasında YYBÜ ekibinin vazgeçilmez üyesi olma özelliğini kazanmıştır.⁵⁸ Ailenin duruma adaptasyonu, postpartum dönemin yönetimi, yenidoğanın bakımı annenin kendi bakımı ile ilgili beceri ve bilgileri yenidoğan hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturmaktadır.¹⁸

Yenidoğan hemşireleri pratik uygulamalarında bütün hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan hemşirelik sürecinden yararlanırlar. Hemşirelik süreci sağlıklı ya da hasta bireyin bakım gereksinimlerini tanımlanmasında ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan sistematik bir yöntemdir. Hemşirelik sürecine göre yenidoğan ve ailesinin bakımını sağlamada, öncelikle yenidoğanın ve ailesinin bakımına temel oluşturacak veriler toplanır. Toplanan verilerin analizi ve yorumu yapılarak hemşirelik tanısı belirlenir. Yenidoğan ve ailesinin gereksinimlerine yönelik uygulanacak hemşirelik girişimleri planlanır.⁵⁸

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin tıbbi cihazla kaplı olması, alışılmadık ses ve ışıklar anne için ürkütücü olabilmektedir. Anneler bebeğin sorunlarına yönelik bilgilerinin yetersiz olması, bebeklerini hastanede bırakarak taburcu olmaları, bebek bakımında farklı becerilerin gerekliliği nedeni ile stres yaşayabilmektedirler.³⁴

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler çoğunlukla; annelerin bebeklerine zarar verecekleri endişesi ile dokunmaktan, kucaklamaktan, bakım vermekten korkmaları ve başarılı emzirme gerçekleştirememeleri benzeri problemlerle karşılaşmaktadırlar. Yenidoğan hemşirelerine anne bebek etkileşiminde önemli görevler düşmektedir. Hemşire annenin bebek bakımına yönelik bilgi gereksinimlerini belirleyerek, annenin kendine yeter duruma gelineye kadar danışman ve eğitici rolde olmalıdır.⁵⁹

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler; annelerin verilen bilgileri öğrenmelerini kolaylaştırmak amacıyla bebeğin üniteye kabulünden itibaren bakımında ve tedavisinde kullanılan araç ve gereçler, kullanım nedenleri, ünitenin işleyişi ile ilgili bilgi vermeli ve açıklama yapmalıdır.³⁰ Anneler için hastane ziyaretlerinde esneklik sağlanmalı ve ilk fırsatta annenin bebeğini görmesine ve ona dokunmasına izin verilmelidir. Yanlış anlamaları önlemek için verilen bilgiler açık ve kısa olmalıdır. Annenin bilgi alışverişini sürekli aynı hemşire ile yapması iletişimi güçlendirecektir. Bebeği ile birlikte olamayan veya bebeğini ziyaret edemeyen annelere bebeğin resimleri çekilerek gönderilmelidir.²¹

Yenidoğan hemşiresi bakımın neden gerekli olduğunu anneye anlatmalıdır. Hemşire annenin bebeğin bakımı ile ilgili hatırlaması için önemli konuları tekrarlamalı ve taburcu olurken anneye yazılı bilgi vermelidir. Hemşire güven ve yeterlik sağlamak için anneye bebek bakımı ile ilgili yeteneklerini gösterebilecekleri fırsatlar sağlamalıdır. Ayrıca hemşire anneye performansı ve yetenekleri için geri bildirim vermeli ve değerlendirme yapmalı, annenin yeteneklerini bağımsızca uygulamada yeterli duruma gelmesini sağlamalıdır.²⁷

Bebekle diğer ekip üyelerine kıyasla daha fazla zaman geçiren hemşireler, terapötik iletişim kurabilen, bilgili, beceri sahibi, bireysel hemşirelik kararlarını verebilen ve uygulayan, sorunları pratik ve akılcı yöntemlerle çözebilecek yeterlilikte, girişimci ve araştırmacı özelliği olan gözlem yapabilme özelliklerine sahip olan kişiler olmalıdır.⁵⁸

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hemşirelik bakımının kalitesi kliniğe özgü hemşirelik bakım standartları ile değerlendirilmektedir. Bakım standartları kişisel algılama farklılıklarını ortadan kaldırarak bakımın verimliliğini arttırmaktadır. Bu nedenle bakım standartları yazılı bir kitapçık haline getirilmelidir. Ayrıca iş tanımlamalarının yapılması, kliniğin prosedürleri ve hasta sorunlarına yönelik protokollerin oluşturulması da hemşirelik bakım kalitesini artırmada etkili olmaktadır.⁵⁸

2. 7. Prematüre Bebeklerde Düzeltilmiş Yaş

Prematüre bebeklerin büyümesi ve gelişmesi izlenirken “düzeltilmiş yaş” kullanılmalıdır. Düzeltilmiş yaş, bebeğin kronolojik yaşından, erken doğduğu hafta sayısının çıkartılması ile bulunur. Örneğin; Kronolojik yaşı 18 hafta olan bir bebek 32 haftalık doğmuşsa 2 ay yani 8 hafta erken doğmuştur. Düzeltilmiş yaşı; $18-8=10$ hafta olarak bulunur.^{60,61} Düzeltilmiş yaş büyüme eğrilerine işaretlenir ve 2,5-3 yaşa kadar gelişim durumunu değerlendirmede kullanılır.⁴²

2. 8. Prematüre Bebeğin Taburculuk Kriterleri

Prematüre bebeklerin YYBÜ'den taburcu edilmelerinin zamanlaması önemlidir. Hastaneden erken taburculuk, anne bebek arasındaki bağı güçlendirir, hastane enfeksiyonlarını önler ve hastane masraflarını azaltır. Ancak erken çıkma, bebeğin genel durumunun bozulmasına ve tekrar hastaneye yatırılmasına neden olabilir. Bu durum ailede ve bebekte stres oluşturur. Ayrıca ebeveynlerin bebeği kabule hazır

olmaları, bebeğin bakımını üstlenebilmeleri, yaşam tarzlarında oluşabilecek değişikliklere hazırlıklı olmaları gerekir. Bebeğin yoğun bakımdan taburcu olabilmesi için;^{5,51,61,62}

- Aile, önerilen beslenme yöntemlerini sorunsuz uygulayabilmeli
- Ailenin ilaçlarının verilmesi konusunda eğitilmiş olması
- Bakım teknikleri konusunda ailenin eğitilmiş olması
- Ailenin stresinin en aza indirilmiş olması
- Bebeğin vücut ağırlığının 1800gr-2300gr'a ulaşmış olması
- Postkonsepsiyonel yaştan 34-37 haftaya ulaşmış olması
- Bebeğin açık yatakta vücut ısını koruyabiliyor olması
- Bebek günde 20-30 gr kilo artışı sağlayabilecek kadar oral beslenebilmeli
- Taburculuk öncesi yakın zamanda önemli tıbbi değişikliklerin yapılmamış olması (oksijen tedavisinin kesilmesi, beslenmede önemli değişiklikler, ilaç vb.)
- Hastanede yatmayı gerektirecek tıbbi bir sorununun olmaması
- Taburculuk sonrasında bebeğin yaşayacağı ortamın uygunluğunun değerlendirilmesi
- Gerekirse bebeğin aşılarının yapılmış olması
- Metabolik tarama testlerinin yapılmış olması
- Bebeğin anemisi değerlendirilmeli ve gerekli takip planı yapılmalı
- İşitme taraması yapılmış olmalı
- Göz muayenesi yapılmış olmalı
- Evde kullanılması gereken tıbbi cihazlar, aletler varsa bunların çalışır durumda olması
- Takip randevuları alınmış olmalı
- Aile-çevresel risk faktörleri değerlendirilmeli (mental durum, sosyal destek yetersizliği, yalnız yaşama, ilk bebek, adölesan anne, uyuşturucu ve alkol kullanımı vb.)
- Bebeği takip edecek kişinin belirlenmiş olması gerekir.

2. 9. Prematüre Bebeklerde Nörogelişimsel Takiple İlgili Çalışmalar

Erken bebeklik döneminde majör nörolojik sorunlar kolaylıkla saptanabilirken, minör sorunlar okul döneminde belirgin hale gelmektedir. Bu nedenle çok düşük doğum ağırlığı ile doğan prematüre bebeklerin okul çağına kadar sürekli izlenmeleri önemlidir.⁶³

Çalışmalarda prematüre ya da DDA doğan bebeklerin çoğunda okul çağı değerlendirmelerinde düşük IQ puanları ve bilişsel işlev bozuklukları saptanmıştır.⁶⁴ Bu bebeklerde beş yaşlarında el hareketlerinde belirgin derecede istemsiz titremeler, güç ve yetenek isteyen hareketlerde başarısızlık, pozisyon ve denge bozuklukları saptanmıştır.⁴⁹

Dil gelişimi ile ilgili prematüre ve zamanında doğan bebeklerde yapılan bir araştırmada, yaşamın ilk beş yılında dil gelişiminin prematüre bebeklerde daha yavaş olduğu bulunmuştur.⁴⁹ Patton ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada; prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğan bebeklerin term doğanlara göre adölesan dönemlerinde depresyon gelişme riskinin 11 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.⁶⁵

Doğum ve neonatolojideki gelişmelere rağmen prematürelerin çoğunda nörolojik bozukluklar (serebral palsy), öğrenme güçlüğü, kaba ya da ince motor hareketlerde gecikmeler, işitme ve görme kaybı, dikkat eksikliği, akademik başarısızlık, davranışsal ve sosyal sorunlar görülmektedir. Gestasyon yaşı küçüldükçe riskler artmaktadır.⁶⁶⁻⁶⁹ Gestasyon yaşı 28 haftadan küçük olarak doğan bebeklerde okul öncesinde yapılan bir araştırmada %6'sının orta-ağır düzeyde görme bozukluğu, %4'ünde ise orta-ağır işitme bozukluğu saptanmıştır.⁷⁰ Bangladeş'te yapılan bir çalışmada gebelik yaşı 33 hafta ve altında olan

159 prematüre bebekte doğum sonrası 31. haftada hayatta kalım oranının %65, hafif nörolojik anormallik oranının %45 ve ağır nörolojik etkilenme oranının ise %23 olduğu bildirilmektedir.⁷¹ Bir başka çalışmada prematüre bebeklerle zamanında doğmuş sağlıklı bebekler karşılaştırılmış ve prematüre bebeklerin daha yaygaracı olduğu ve daha çok ağladığı bulunmuştur. Ayrıca bu bebeklerin daha zor sakinleştirildiği saptanmıştır.⁴⁹

Prematüre bebek ve ailesine yaklaşım sadece yoğun bakım süreci ile sınırlı kalmamalı ve psikososyal desteğin sürekliliğinin olması gerekmektedir. 1990'da ABD'de prematüre bebekler ve ailelerine yönelik 8 merkezli bir eğitim programı başlatılmıştır. Değerlendirme sonucunda eğitsel program uygulanan bebeklerin ortalama IQ puanları bu eğitimi almayan bebeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda prematüre doğan çocuğa tıbbi hizmet vermek kadar, kısa ve uzun dönem ruhsal sağlığını tedavi etme ve koruma amaçlı hizmet vermek de önemlidir.⁷²

2. 10. Prematüre Bebeğin Temel Bakım İlkeleri ve Hemşirelik Girişimleri

2. 10.1.Vücut Isısının Korunması

Prematüreler vücut ağırlıklarına oranla vücut yüzeylerinin geniş olması, ince sübkütan dokuları, deri altı yağ dokularının ve glikojen depolarının azlığı nedeniyle çok fazla ve hızlı bir şekilde ısı kaybederler. Ayrıca prematürelerin hipotonik pozisyonu (kurbağa) daha fazla yüzeyin düşük ortam ısısına maruz kalmasına neden olarak ısı kaybını arttırabilir. Vücut ısısının istenilen düzeyde tutulabilmesi için inkübatör (kuvöz) ya da radyant ısıtıcı gibi ekipmanlar kullanılır. Isı kaybının 1/5'i bebeğin başından olan kayıplardır. Isı kaybını önlemek için prematüre bebeklerin başına kuvöz içinde ve dışında başlık giydirilmelidir. Kuvöz içinde üstüne bir örtü örtülmesi de ısı kaybını önlemeye yardımcı olur. Bebeğin kilosu ve

postnatal yaşa göre belirlenmiş ısı değerleri göz önüne alınarak bebeğin ve küvözün ısısı sık aralıklarla izlenmeli ve kontrol edilmelidir.^{1,15,73}

2. 10. 2.Solunumun Desteklenmesi

Solunum merkezinin immatür olması, akciğerlerde alveolarizasyonun tamamlanmamış olması, sürfaktan yetersizliği solunum problemlerine yatkınlığı arttırır.⁷⁴ Bu nenle prematüreler, solunum sıkıntısı açısından riskli bir gruptur.⁷⁵ Hiyalen membran hastalığı olarak ta adlandırılan RDS prematüre bebeklerde sık görülen en önemli morbidite ve mortalite nedenidir.⁷⁵⁻⁷⁸ Respiratuar Distres Sendromu akciğerlerde sürfaktan eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan pulmoner matürasyon problemidir. Respiratuar Distres Sendromu görülme sıklığı gebelik yaşı ile ters orantılı olarak artar.⁷⁹ Respiratuar Distres Sendromu sıklığı 23-25 haftalık prematürelerde %91, 26-27 haftalıklarda %88, 28-29 haftalıklarda %74, 30-31 haftalıklarda %52'dir.⁸⁰ Sürfaktan eksikliği atelektazilere, buna bağlı olarak ventilasyon-perfüzyon dengesizliğine ve hipoksemiye neden olur. Hipoksemi doğumdan hemen sonra başlayan ve giderek artan solunum sıkıntısı olarak ortaya çıkar. Solunum sıkıntısı arttıkça, interkostal çekilmeler, burun kanadı solunumu ve artan hipoksemi sonucu siyanoz görülür.⁸¹

Solunum sıkıntısı yaşayan bebeklerin solunumuna yardımcı olabilmek için; mekanik ventilatör, oksijen başlığı (hood), nazal kanül, oksijen maskesi, küvöz içi oksijen verme yöntemlerine başvurulur.⁸² Oksijen tedavisi alan veya mekanik ventilatörde olan bebekler monitorize edilerek kalp hızı, solunum sayısı dikkatli bir şekilde izlenmelidir. Bebeğe verilen oksijen sürekli kontrol edilmeli ve değerler kaydedilmelidir.⁸³

-Apne

Apne solunumun 20 saniyeden daha uzun durması veya süreden bağımsız olarak solukluk, siyanoz ve bradikardinin tabloya eşlik etmesidir. Özellikle doğum ağırlığı 1500 gr dan daha az olan prematürelerde görülür.⁸⁴⁻⁸⁶ Prematüre bebeklerde enfeksiyonlar, intraventriküler kanama, anemi, RDS, NEK, apne nedeni olabilir. Beslenmenin dik pozisyonunda yapılması apne sıklığını azaltır.^{51,86}

2. 10. 3. Sıvı ve Elektrolit Dengesinin Sağlanması

Prematüre bebeğin tedavisinde yeterli sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü bu bebeklerde dehidratasyon ve hipernatremiye eğilim fazladır. İdrar çıkışı ve idrar dansitesine bakılarak böbrek fonksiyonları ve hidrasyon izlenmelidir. Küvözün neminin %75-80 oranlarında tutulması gerekir. Bebeğin kilosu 8 saat arayla tartılarak verilecek sıvı hızı ayarlanmalıdır.⁵¹

2. 10. 4. Enfeksiyonlardan Koruma

Prematüreler bakteriyel ve viral enfeksiyonlara oldukça duyarlıdır. İmmün sistem yetersizliği, ventilatör tedavisi, intravenöz girişimler bu bebeklerde nozokomiyal enfeksiyon sıklığını arttırmaktadır. El yıkamanın uygun şekilde yapılması nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesinde önemli bir ilkedir.⁵¹ Yoğun bakım personelinin takı ve yüzük takmaması, takma tırnak kullanmaması da ellerde patojenik mikropların kolonize olmasını engelleyerek enfeksiyon riskini azaltmaktadır.⁸⁷

2. 10. 5. Beslenmenin Sağlanması

Prematüre bebeklerde emme ve yutma koordinasyonu zayıftır. Beslenme güçlüğü oranı yüksektir. Bu bebeklerdeki beslenme problemi hastanede kalış süresini uzatmaktadır.⁸⁸ Beslerken dikkatli ve yavaş olunmalıdır. Beslenme sırasında bebekleri yormaktan ve

regürjitasyonla besinlerin aspire edilmesinden kaçınılmalıdır.⁸⁹ Prematüre bebeklerin büyümeleriyle yakın ilişkili olarak taburcu olduktan sonraki beslenmelerinin yönetimi ve takibi de çok önemlidir. Yaşamın ilk yıllarında büyümenin geri kalması gelişimin olumsuz etkilenmesine yol açtığından beslenme bozuklukları önlenmelidir.⁹⁰ Erken dönemde büyüme özellikle baş çevresindeki büyüme nörolojik gelişimle ilgili olduğundan beslenme prematüre bebekler için oldukça önemlidir.⁹¹ Araştırmacılar; prematüre bebeğin beyin gelişiminde hassas ve kritik olan bu dönemde beslenme yetersizliğinin ileriki dönemde bilişsel işlevlerinde istenmeyen sonuçlara yol açabileceğini göstermiştir.⁹² Ancak, prematüre bebeklerin hızlı kilo alımı erişkinlik döneminde obezite, hipertansiyon, insülin rezistansı ve kardiovasküler hastalıkların gelişmesine neden olmaktadır. Prematüre bebeklerin beslenmesi düzenlenirken büyüme hızı takip edilerek, bebeğin normal sınırlar içinde yavaş bir büyüme yakalaması sağlanmalıdır.^{93,94}

-Prematüre Bebeklerde Anne Sütü İle Beslenme

Anne sütü tüm bebekler için özellikle prematüre bebekler için ideal bir besindir. Anne sütünün içeriği bebeğin yaşına ve fizyolojik özelliklerine göre değişir. Prematüre bebeklerde beslenmenin özellikle anne sütü ile yapılması önerilmektedir. Prematüre bebeklerde anne sütünün enfeksiyonlardan ve NEK'ten koruyucu etkisi vardır. Bağırsak matürasyonunu destekler, mide boşalımına yardımcı olur, probiotik etkileri vardır, mamalara göre daha iyi tolere edilir.⁹⁵⁻⁹⁸ Anne sütü almayan bebeklerde alanlara göre yılda iki veya daha fazla solunum yolu enfeksiyonu geçirme riski iki kat daha fazla bulunmuştur.⁹⁵ Bağırsakların kısmi veya tam iskemisi ile karakterize bir gastrointestinal hastalık olan NEK, prematüre bebeklerin önemli bir morbidite ve mortalite sorunu olarak devam etmektedir.^{99,100} Prematüre bebeklerde, mama ile beslenenler anne sütü alanlar ile karşılaştırıldığında, NEK insidansının 20 kat arttığı

belirlenmektedir. Ayrıca anne sütü ile beslenen bebeklerde peroral ve parenteral aşılarla yanıtların daha iyi olduğu gösterilmiştir.⁹⁵

-Prematüre Bebeklerin Anne Sütü Güçlendirici Besinler İle Beslenmesi

Doğum tartısı 1500 gr altındaki prematüreler hastanede kaldıkları süre içinde çoğunlukla anne sütüne güçlendirici mamalar (enerji, protein, mineraller) eklenerek beslenmektedirler.⁹⁰ Taburculuk sonrasında bebek anne sütü, güçlendirici mama katılmış anne sütü ya da prematüre mamaları ile beslenmesine devam edebilir.¹⁰¹ Prematüre bebekler taburcu olurken kilosu gestasyon yaşına uygun olduğunda sadece anne sütüyle beslenme, kilosu düşük olanlarda ise anne sütü ile beslenenlerde bir anne sütü güçlendirici mama ile desteklenmesi önerilmektedir.⁹⁴ Anne sütü güçlendirici mamalar ile prematüre bebeğin büyümesi için gereken protein, kalsiyum, fosfor gibi önemli besin ve minerallerin daha yüksek dozda verilmesi amaçlanmaktadır. Eoprotin ülkemizde bulunan tek anne sütü güçlendiricisidir.⁹¹ Yapılan bir çalışmada tek başına anne sütü alan bir grup prematüre bebek ile anne sütüne güçlendirici katılan bir grup karşılaştırılmıştır. Anne sütü ile birlikte güçlendirici alan grupta tek başına anne sütüyle beslenen gruba göre daha uzun boy daha büyük baş çevresi ve daha fazla kilo alımı gözlenmiştir. Ayrıca bu bebeklerde ortalama protein, çinko, kalsiyum, fosfor, A ve D vitaminlerinin alımı daha yüksek bulunmuştur.¹⁰²

-Prematüre Bebeklerde Ek Besinlere Başlama

Ek besinlere başlamada düzeltilmiş yaş kullanılmalıdır. Prematüre bebeklerde düzeltilmiş yaş 4-6 aylık olduğunda (baş kontrolünün iyi olduğu, dik pozisyonda durabildiği, dilde itme refleksinin azaldığı ve kaşıkla yiyebilir duruma geldiği zaman) ek besinlere başlanabilir.⁹⁰

-Vitamin ve Mineral Takviyesi

Prematüre bebeklerde demir eksikliği gelişme riskine karşı 1. aydan sonra demir takviyesi başlanmalı ve 12 ay a kadar devam edilmelidir. İlk aylarda bağırsaktan D vitamini emilimi yetersiz olduğundan bu bebeklere D vitamini takviyesi yapılmalıdır.⁶¹

2. 10. 6. Büyümenin İzlenmesi

Tıbbi bilginin artması ve gelişen teknolojiyle birlikte çok sayıda prematüre bebek yaşamakta ancak bu durumun bebeğe, aileye ve içinde bulunduğu topluma etkileri ağır olmaktadır.⁵² Prematüre ve ÇDDA ile doğan yüksek riskli bebekler tüm gelişim alanlarındaki gecikmeden dolayı gelişmesi açısından oldukça riskli bir gruptur.⁷⁰ Bu nedenle preterm bebekler term bebeklere göre daha uzun süre ve daha sık aralıklarla takip edilmeye başlanmıştır. Erken doğumların yarattığı komplikasyonların tedavisi ve ortaya çıkabilecek kalıcı hasarların engellenmesi sonucunda bu bebeklere normal bir yaşam sağlanacaktır.¹⁰

Prematüre bebeğin büyüme hızı, sağlık ve beslenme durumlarını değerlendirmede önemli bir göstergedir. Bu nedenle prematüre bebeğin her kontrolünde de boy, kilo, baş çevresi ölçümleri büyüme eğrilerine işaretlenerek, büyümesinin uygun hızda olup olmadığına bakılmalıdır.⁹⁰ Prematüre bebeklerin büyüme ve gelişmelerinin izlenmesinde düzeltilmiş yaşına göre 36 haftadan sonra büyüme eğrileri ya da prematüre bebekler için geliştirilmiş büyüme eğrileri kullanılmaktadır.¹⁵ Prematüre bebeğin büyüme izlemindeki önemli noktalardan biri büyüme hızı, diğeri ise kilo ve boyun simetrik olarak artmasıdır. Erken dönemde prematüre bebeğin kilo artışının <20 g/gün, boy uzamasının <0.5 cm/hf, baş çevresi artışının ise <0.5 cm/hf olması, sonraki dönemde büyüme hızının uygun sınırlarda olmaması, boya göre

tartının çok düşük olması bebekte bir sorun olduğunu düşündürür. Düzeltilmiş yaş kullanılsa da prematüre bebekler term bebeklere göre, özellikle yaşamın ilk yıllarında farklı büyüme özellikleri gösterebilirler. Prematüre bebeğin tüm ölçümleri alt persantillerde ya da 5. persantilin altında olabilir.⁹⁰ Prematüre bebeklerin ilk olarak baş çevresi (ilk 6 ayda), sonra kilosu (2-3 yaşta), daha sonra boyu (3-7 yaşta) büyümeyi yakalar. Prematüre bebekler 2-3 yılda büyümeyi yakalasalar da erişkin dönemde boyları term yaşlılarına göre hafifçe daha kısa olmaktadır.¹⁰¹ Aile, prematüre olan bebekleri ile aynı yaştaki diğer bebekleri karşılaştırılmamaları konusunda bilgilendirilmelidir.¹⁵

2.10.7. Anne-Bebek Yakınlaşmasının Sağlanması

Postpartum dönemde başlayan anne-bebek etkileşimi daha sonraki zamanlarda oluşacak anne-bebek ilişkisinin temelini oluşturmaktadır.¹⁰³ Doğum sonrası dönemde annenin bebeği ile etkileşimini hem anneye hem de bebeğe ait pek çok faktör etkileyebilir. Annenin duygusal durumu, benlik saygısı, sosyal desteklerinin olup olmaması, postpartum depresyon, ağrı ve sosyoekonomik durumu, bebeğin prematüre olması annenin bebeğini algılamasını ve anne bebek ilişkisini etkileyebilmektedir.¹⁰⁴ Prematüre doğum gerek bebek gerek ailenin hazır olmadığı bir olaydır. Erken doğum ailede değişik duyguların ve tepkilerin yaşanmasına yol açar. Ebeveynler, sağlıklı doğmasını hayal ettikleri bebeklerinin erken doğması, hasta olması durumunda korku, hayal kırıklığı, depresyon, şok, üzüntü, endişe, keder, suçluluk veya utanç gibi pek çok negatif duyguyu bir arada yaşayabilirler. Bu duygular anne bebek bağlanmasında gecikmeye ve bebeğin negatif algılanmasına neden olabilir.¹⁰⁵⁻¹¹⁰ Annenin bebeğini görmesi, ona dokunması ve onunla etkileşimi başlatması annelik rolünü olumlu algılamasını sağlar.¹⁰³

Prematüre bebek term bebeğe göre daha az hareketlidir, sesli uyaranlara daha az yanıt verir. Bu davranışları gösteren prematüre bebek annelerinin, bebeklerine gülümsemeleri ve onlara verdikleri uyaran da daha az olabilmektedir.¹¹¹⁻¹¹³ Prematüre bir bebeğe sahip olan anne, diğer anneler gibi bebeğini göremez, tutamaz ve bakım ihtiyaçlarını karşılayamaz.¹¹⁴ Yapılan çalışmalarda prematüre bebeğe sahip olan annelerin bebeklerini görmeyi ve kucaklarına almayı geciktirdikleri, bebeklerine daha geç dokundukları bebeklerinin kendilerine ait olduklarını algılamakta güçlük çektikleri ve annenin bebeğini term bebeğe göre negatif algıladığı belirtilmektedir. Annenin bebeğine karşı olumlu duygular geliştirmesinin, anne-bebek arasındaki iletişimin niteliğine ve bebeğin gelişimine katkısı oldukça önemlidir.¹⁰³

Yenidoğan hemşirelerinin anne-bebek ilişkisini erken dönemde geliştirmede önemli rolü bulunmaktadır. Hemşirenin anne ile iletişim içinde olması annenin bebeğine verilen bakım ile ilgili hemşireye güven duymasına yardım eder. Hemşirelerin annelerin bireysel ihtiyaçlarını da dikkate almaları anneler için oldukça önemlidir.¹¹⁵

Anne-Bebek Yakınlaşmasını Sağlayan Uygulamalar -Odanın paylaşımı (Rooming-in)

Anne ve bebeğin aynı odada kalmasına olanak sağlayan bu uygulamanın anne-bebek etkileşimine birçok olumlu katkısı vardır.¹¹⁶ Prematüre bebeklerin anne ile aynı odada yatışı, annenin bilgilerini ve tecrübelerini artırmayı sağlar. Annenin bebeğe adaptasyonunu hızlandırır. Böylece aynı odada kalma annenin bebeğine karşı sorumluluğunu da başlatmış olur. Annenin bakıma ortak olması, yenidoğan ünitesi çalışanlarına duyduğu güvenin gelişmesine, kaygı ve stresinin azalmasına, öz güvenin artmasına neden olur. Bunlar bebeğe verilen

bakımın kalitesini artırarak, uzun dönem gelişimsel alanlarındaki sonuçlara olumlu etkileri olur.⁵⁴

-Kanguru Bakımı (skin to skin)

Anne-bebek arasındaki ten temasına dayanan bir uygulamadır. Kanguru bakımında bebek annenin göğüsleri arasına, sadece bez bağlı ve başlıklı şekilde dik ya da yarı dik olarak yerleştirilir.¹¹⁶ Babalara da uygulanabilen kanguru bakımı anne-babalık rolüne daha erken geçmeye olanak sağlar. Bununla birlikte prematüre bebeklerde daha fazla kilo artışı, enfeksiyon, hipotermi, hipoglisemi riskinde azalma, uzun süre yalnızca anne sütü ile beslenme, apne ataklarında azalma, hastanede yatış süresinin kısalması gibi bir çok olumlu etkisi vardır.^{59,117,118}

-Emzirme

Emzirme anne-bebek bağının oluşmasını kolaylaştırmaktadır. Emzirmeyle birlikte bebeklerde güven duygusu gelişmekte, anneler bebeğin bakımı ve beslenmesi konusunda daha az kaygı yaşamaktadırlar.⁵⁹

-Göz Teması

Anne bebeğini kucağına aldığı anda bebeği ile yüz yüze pozisyonda kaldıklarında bebeği ile sesli iletişim kurduğu görülmüştür. Bebek anneye baktığında anne kendini bebeğine daha yakın hissetmektedir. Term bebeklerin anneleri ile kurduğu göz teması, prematüre bebeklerle anneleri arasında da gözlenmiş ve annelik duygusunun başlangıcı olarak nitelendirilmiştir.⁵⁹

2.10.8. Taburculuğun Planlanması ve Ailenin Eğitimi

Taburculuk planının oluşturulması ve bebek taburcu edilmeden önce annenin evdeki bakıma hazırlanması çok önemlidir.¹¹⁹ Taburculuğu planlanan bebeğin annesinin eğitiminin yapılmış olması ve annenin prematüre bebeğin evde bakımını yapabilecek yeterliliğe ulaşmış olmasının izlenmesi gerekir. Çözülmemiş tıbbi bir sorun olduğunda, bunun için yapılacakların planlanması ve gerekli evde bakım planı gerçekleştirilmelidir. Evde bebeğin ihtiyacı olacak takip ve destek sistemleri belirlenmeli, gerekli bağlantılar yapılmalıdır. Annelerin eğitimi her bebeğin ihtiyacına göre değişebilir. Anne bebeğin ihtiyaçlarını karşılama konusunda kendisini yeterli hissetmeli ve annenin kendine güveni olmalıdır. Eğitim anne dışında ailenin bir başka üyesine de verilmelidir. Acil durumlarda yapılacaklar ve transport şekli belirlenmelidir.⁶¹ Taburculuk sonrası ilk kontrol 7-10 gün sonra yapılmalıdır. Bebeğin ev ortamına uyumu, büyümesi, beslenmesi, annenin bakım konusundaki performansı değerlendirilmelidir.⁶³ Taburculuğa hazırlık kapsamında verilecek eğitim içeriğinde; temel bebek bakımı (banyo, deri bakımı, vücut ısı ölçümü, giysi seçimi), beslenme (emzirme, biberonla besleme, alternatif teknikler, mama hazırlığı), tartı ölçümü, vücut ısının korunması, aşılar, büyüme ve gelişmesinin takibi, uyku, ilaçların verilmesi ve dozları, sağlık kontrolleri (göz, işitme, fiziksel ve nörolojik izlem), hastalıkların erken belirti ve bulgularını anlama vb. konular yer almalıdır.^{15,62}

Bakım konularının yanında anneye, bebeğin güvenliği ile ilgili olarak yaşına uygun bilgiler verilmeli ve kazalardan korunma anlatılmalıdır. Bebekleri ani bebek ölüm sendromundan korumak için uyku pozisyonu tarif edilmeli ve bebeklerin sırt üstü yatırılması önerilmelidir.⁶¹ Bebeğin içine gömülmesini önlemek için yatağın orta sertlikte olması, yumuşak yastık kullanılmaması gerektiği anlatılmalıdır.¹¹⁶ Pasif sigara içiciliğine

karşı bebeklerin korunması için aileler uyarılmalıdır.⁶¹ Bebeğin bulunduğu ortamda sigara içilmesi solunum yolları, kulak enfeksiyonları ve kalp hastalıklarına zemin hazırlar. Aspirasyonu önlemek için toz veya tüy çıkaran eşyalar bebeğin yanına konmamalıdır. Evde okul öncesi dönemde başka çocuk varsa bebeğe zarar verebileceği unutulmamalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.¹¹⁶ Bebeğin arabada yolculuk yaparken mutlaka araba koltuğuna oturtulması ve yanına arka koltuğa bebeğe bakacak bir kişi olması gerektiği söylenmelidir.⁶⁰ Eğer bebeğin sosyal güvencesi yoksa sosyal güvenceye kavuşturulması da ileride ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının tedavisinde kolaylık sağlayacaktır. Eğitim anne dışında ailenin bir başka üyesine de verilmelidir.⁶¹ Eğitimlerde sözel eğitimi desteklemek için görsel araçlara da (televizyon, video, slayt, broşür, kitapçık vb) yer verilmelidir. Anlatımları görsel ve işitsel tekniklerle destekleme, ailenin ünitelerde bebeğin bakımına yönelik uygulamaları yapmalarına olanak sağlama, soru sormasına fırsatlar yaratma, aile öğretimini kolaylaştırmaktadır. Bebek bakımı ve gelişimi konusunda bilgiler içeren yayınların, broşürlerin, annelerin öğrendiklerini hatırlamaları konusunda yardımcı ve yönlendirici bir rehber nitelikte olduğu belirtilmektedir. Ayrıca annelerin sorun çözme becerilerini de olumlu yönde etkilemektedir.⁶² Ev ziyaretleri ve telefon izlemi de eğitimin etkinliğini artırabilmektedir.¹⁸

2.10.9. Taburculuk Sonrası Ev Ziyaretinin Yapılması

Bebeğin küçük doğması ve sağlık sorunu nedeniyle hastanede başlayan kriz genellikle taburcu olduktan sonra evde de devam etmektedir.¹¹⁹ Çünkü bebeği ile evde baş başa kalan anne bebeğinin bakımında yeterli olamayacağını düşünerek stres yaşayabilir.¹⁵ Yapılan bir çalışmada, annelerin eğitim gereksinimlerinin içinde bulundukları döneme göre değiştiğini göstermektedir. Anneler ile birlikte yapılan değerlendirmelerden sonra, bakım gereksinimleri için birlikte planlama yapılması ve değişen gereksinimlerin farklı dönemlerde yeniden

belirlenerek uygun eğitimin verilmesi gerekmektedir.¹⁸ Bu yüzden prematüre bebek anneleri sadece hastanede kaldıkları süre içinde değil taburcu olduktan sonra da evde hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri tarafından sürekli desteklenmelidir. Halk sağlığı hemşireleri ve diğer ekip üyeleri tarafından ev ziyaretleri yapılarak annelerin yaşadıkları güçlükler, endişeler ve ihtiyaçları sorgulanmalıdır.¹

2. 11. Prematüre Bebek Bakım Konuları

2. 11. 1. Banyo Yaptırma

Prematüre bebeklerin banyo suyunun ısısı vücut sıcaklığına yakın bir sıcaklıkta (37-37,5°C) olmalıdır.¹²⁰ Suyun ısısı kontrol edilmeli ve bebekte yanık oluşması önlenmelidir.¹²¹ Şampuan kullanılacaksa pH'sı gözyaşına yakın, deriyi ve gözleri irrite etmeyecek hafif ürünlerin kullanılması önerilmektedir.¹²⁰ Banyo süresi 5 dakikadan uzun sürmemelidir. Bebek ılık odada yıkanmalı ve hızlıca kurulanmalıdır. Ardından ılık kuru havlu ile sarılmalıdır.¹²²

2. 11. 2. Pişik Bakımı

Pişik oluşumunu önlemek için bebeğin bezinin sık değiştirilmesi gerekir. Altının havalandırılması, emme gücü daha fazla olan bezlerin kullanılması, bezin sıkı bağlanmaması önemlidir. Alkol içeren temizleyici mendillerin kullanılmaması, bunun yerine her dışkılama sonrasında bölgenin ılık su ile yıkanması, her alt değiştirmede koruyucu kremlerin ince bir tabaka halinde sürülmesi gerekir. Ayrıca solunum yollarına zarar verebileceği için pudra kullanımından kaçınılmalıdır. Pişik oluştuğunda bebeğin altı daha sık değiştirilerek havalandırılmalı, gerekiyorsa bezin markası değiştirilmeli, cilt temizlendikten sonra çinko oksit içeren kremler ince bir tabaka halinde sürülmelidir. Candida albicans enfeksiyonu oluştuğunda kortikosteroid içermeyen antifungal pomadlar kullanılabilir.¹²³

2. 11. 3. Konak Bakımı

Doğum sonrası yağ bezlerinin fonksiyona geçmesinin sonucunda saçlı deride ilk aylarda görülen kahverengimsi, sarımsı kabuklaşmış tabakaya konak denir. Konak kaşlara, kulak arkasına ve vücuda yayılabilir. Konak bebeğe acı vermez. İyi bir saçlı deri bakımı ile konak sorunu çözülebilir. Bunun için banyodan önce konaklar zeytinyağı ile yumuşatılmalıdır. Banyodan sonra küçük bir tarakla hafifçe taranarak temizlenir. Bu işlem birkaç kez tekrarlanmalıdır.⁴⁹

2. 11. 4. Ağız Bakımı

Pamukçukta erken tanı şansını yakalayabilmek için anne ve bebeğin yakından takibi (özellikle meme ucunun travmaya açık olduğu ilk haftalarda) ve anneden dikkatli bir öykü alınması önemlidir. Bebeklerde pamukçuğun en tipik belirtisi ağızda dilin üzerinde, dudak ve yanağın iç kısmında, bazen boğazda görülen beyaz renkte bir tabakadır.¹²⁴ Pamukçuğu önlemek için her emzirme sonrasında anne memesi kuru ve temiz tutulmalıdır. Beslenme sonrası bebeğin ağız içinde gıda artıklarının olmamasına dikkat edilmelidir. Pamukçuk oluştuğunda kaynatılmış soğutulmuş 1 kahve fincanı su içine 1silme çay kaşığı karbonat eklenerek karıştırılmalıdır. Temiz bir tülbent serçe parmağa sarılıp bu karışımla ıslatılıp ve bebeğin ağız içi temizlenmelidir. Bebeğin kusmasını engellemek için bu işlemin beslenme öncesinde yapılması daha uygundur. Eğer pamukçuk birkaç gün içinde geçmezse sağlık kurumuna başvurulmalıdır.⁴⁹

2. 11. 5. Burun/ Kulak/ Göz Bakımı

Kıvrılmış temiz bir tülbent ucu ile kulak arkası ve kulak kepçesinin kıvrımları temizlenmeli, sadece dışarı gelen pislikler alınmalıdır. Kulak asla pamuklu çubuklarla temizlenmemelidir. Burun temizliği için özel burun aspiratörleri kullanılabilir. Bebeğin burnuna süt

veya yağlı damlalar kesinlikle damlatılmamalıdır.¹²⁵ Bebeğin gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakıma gerek yoktur. Çapaklanma olduğunda gözler, kaynamış suda ıslatılmış pamuklu bezlerle nazikçe temizlenmelidir. Temizleme işlemi içten dışa doğru yapılmalı ve her göz için ayrı bez kullanılmalıdır.^{125,126}

2. 11. 6. Göbek Bakımı

Göbek kordonu 8-10 gün içinde kurur ve kendiliğinden düşer. Göbek düşmeden önce göbeğe herhangi bir şey sürmeye gerek yoktur. Göbek enfeksiyon girişi için önemli bir yerdir. Göbek bakımında amaç göbeğin kuruması enfeksiyona zemin oluşturmayacak şekilde kuru tutulmasıdır. Göbek bağının bezin içinde kalması önlenmelidir. Göbek düştükten sonra kanama ya da akıntı olduğunda doktora başvurulması gerektiği aileye anlatılmalıdır.^{49,127,128} Göbek düşmemişse bebeğin temizliği silme banyo olarak yaptırılabilir. Küçük temiz pamuklu bezler ılık su ile ıslatılarak yanaklar, kulaklar (kulak kepçesi, kulak arkası), burun ve boyun silinmelidir. Bebeğin baş kısmı için saçlı kısım ıslatılmalıdır. Sonra göz yakmayan bir şampuan başa sürülüp ılık su ile bebeğin başı durulanmalıdır. Vücut alkali olmayan ve yumuşak bir sabun kullanılarak ılık su ile ıslatılmış küçük bir havlu ile silinmelidir. Ilık su ile ıslatılmış bir havlu ile durulandıktan sonra kurulanmalıdır.⁴⁹

2.11.7. Alt Açma/Temizleme/Bağlama

Yenidoğan döneminde bebeğin alt bezi 3-4 saatte bir değiştirilmelidir. İdrar ya da dışkılama sonrasında bezin hemen değiştirilmesi dermatit riskini azaltır. Bezin deriye sıkıca yapışması önlenmeli, bezin bebeğin bedenine uygun olmasına dikkat edilmelidir.¹²⁹ Yaygın olarak kullanılmakta olan temizleme mendilleri pratik ve güzel kokulu olmasına rağmen, derideki lipid tabakayı çıkardıkları ve tahrişe neden oldukları için kullanımları genellikle önerilmemektedir.¹²⁰ Bebeğin alt

temizliği eğer mümkünse suyla yıkayarak veya ıslak pamuk ile nden arkaya olacak şekilde silinmelidir. Bebeklerin altı temizlendikten sonra hemen bez takılmayıp biraz havalandırılması önerilebilir.^{130,131}

2. 11. 8. Tırnakların Kesilmesi

Bebeğin tırnakları deri yaralanmalarını önlemek için kısa kesilmeli ve temiz tutulmalıdır.¹²⁰ Bebeğin tırnakları bebeğe özel küçük tırnak makası ile kesilmelidir. Tırnağın keskin olan kısımları trp ile yumuşatılmalıdır. Tırnak kesme işlemi için özellikle bebeğin uyuduğu vakitler seçilmelidir.³¹

2. 11. 9. Vücut Isısının Açıklanması

Prematüre bebekler ortam ısısının değişiminden çok çabuk etkilenirler. Anneye bebeğin vücut ısısının yükseldiğini ve düştüğünü gösteren belirti ve bulgular anlatılmalıdır. Örneğin bebeğin soluk ya da morumsu olması vücut ısısının düştüğünü gösterirken, bebeğin yüzünün kızarması vücut ısısının yükseldiğini gösterir.¹⁵

2. 11. 10. Oda Sıcaklığı

Oda sıcaklığı 21-24 derece arasında olmalıdır.¹³⁰ Bebeğin odası güneş gören, nemsiz, hava akımı olmayan, ancak her gün havalandırılan bir oda olmalıdır. Bebeğin yatağı soba ya da radyatör benzeri ısıtıcıların çok yakınında olmamalıdır.¹³¹

2.11.11. Bebeğin Giydirilmesi

Prematüre bebek için seçilecek kıyafetler çok dar veya çok bol olmamalıdır. Bebek kollarını ve bacaklarını rahat hareket ettirebilmelidir. Kıyafet karnını sıkmamalı bebek rahat nefes alabilmelidir. Bol kıyafetler bebeği tutmayı zorlaştırır ve uygun boyutta bir kıyafet gibi bebeği sıcak tutmaz. Kıyafetteki etiketin bebeğin derisini tahriş

etmemesine, varsa düğmeler, fermuarlar ve çıtçıtların sağlam olmasına bebeğe batmamasına dikkat edilmelidir. Giysilerde kullanılan kumaşlar pamuklu olmalı, örgülerde yumuşak bebek yünü kullanılmalıdır.¹³²

2. 11. 12. Sarılık Yönünden İzlenmesi

Yaşamın ilk haftasında term bebeklerin %60-70'inde prematüre bebeklerin ise %80'inde sarılık görülmektedir.¹³³ Prematürelerde eritrosit ömrünün kısalığı, karaciğer enzim yetersizlikleri ve kan grubu uyumsuzlukları nedeniyle serum bilirubin düzeyi genellikle yüksektir. Bu bebeklerde serum albümin düzeyinin düşük olması ve buna bağlı olarak bilirubin bağlama kapasitesinin azlığı bilirubin toksik etkisini artırır.⁵¹ Vücutta bilirubin birikmesiyle cilt sarı renge dönüşür. Normalin üzerindeki sarılık değerinde fototerapi başlanır.⁶⁰ Fizyolojik sarılık prematüre bebeklerde 2-4 hafta sürebilir.⁵¹ Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde oluşan sarılıklar tehlikelidir. Bu durumda hemen sağlık kurumuna başvurulmalıdır.⁴⁹

2. 11.13. Bebeğin Beslenmesinin Değerlendirilmesi

Emzirme sırasında bebeğin yutkunma sesini duyulması, bebeğin şakaklarında ve kulaklarında kımıldama görülmesi yeterli beslenme açısından önemlidir. Emzirme sonrası annenin memesinin yumuşak olması, meme ucunun dikleşmiş görünmesi gerekir. Bebeğin dışkısının renginin doğumdan sonraki 4-5 gün içinde daha açık hale gelmesi ya da sarı olması bebeğin etkili bir şekilde emdiğini ve yeterli beslendiğini gösteren belirtilerdir. Bebeğin yeterli beslendiğini anlamanın bir diğer yolu da bebeğin idrar ve dışkı miktarını takip etmektir.¹³⁴

2. 11. 14. Bebeğin Dışkılaması

Bebeklerin sık emmesi emzirmenin devamlılığının sürdürülmesi açısından çok önemlidir. Emzirme ile birlikte barsak

hareketleri artar. Anne sütü ile beslenen bebekler doğumdan sonraki 1-2 gün siyah yeşil renkli mekonyumdan sonra günde 8-10 kez yumuşak, ekşi kokulu altın sarısı renginde kaka yaparlar. Anne sütü alan bebeklerde konstipasyon görülmez. Ancak dışkılama bazen 3-4 günde bir gerçekleşebilir. Dışkının rengi değiştiğinde, kanlı ya da mukuslu olduğunda sağlık kurumuna başvurulması gerektiği aileye anlatılmalıdır. Diyaresi olan bebeğin dehidratasyonu yoksa anneye emzirmesi söylenmelidir.^{130,131}

2. 11. 15. Bebeğin İdrar Çıkımı

Yaşamın ilk ve ikinci günlerinde idrar sıklığı 2-6 arasında değişir. Daha sonraki 24 saat içinde günde 5-25 arasındadır. Bu sayı ileriki günlerde giderek azalır. Bebeğin idrarını geciktirdiği veya idrar çıkarırken ağladığı gözlemlendiğinde sağlık kurumuna başvurulmalıdır.^{49,129}

2. 11. 16. Bebeğin Uyku Düzeni

Her bebeğin uyku alışkanlığı ve süresi farklıdır. Karnı doyan, altı temiz olan yenidoğanlar günün büyük bir bölümünü uykuda geçirirler. Yenidoğanlar 12-18 saat uyuyabilirler.^{125,131} Bebeği akşam saatlerinde yıkama banyonun sakinleştirici etkisi ile uykuya dalmayı kolaylaştırır.¹²⁰ Uyku süresince bebeğin pozisyonunun değiştirilmesi bebeğin başının yassılaşmasını önler. Bebek uyurken kontrol edilerek, nefes almasını engelleyecek bir şeyin olup olmadığına bakılmalıdır.¹²⁵ Yenidoğan bebeklerin sırt üstü yatırılması önerilmektedir. Yüzükoyun yatış pozisyonu ani bebek ölümlerine neden olmaktadır. Prematüre bebekler ani bebek ölüm sendromu açısından risk altındadır.¹³⁵

2. 11. 17. Ziyaretçilerin Kabulü

Prematüre bebeğin ziyaretçi sayısı olabildiğince az ve ziyaretler çok kısa süreli olmalıdır. Bebeği ziyaret edenlerin hasta

olmamaları konusunda anne bilgilendirilmelidir.¹²⁵ Ziyaretçilerin bebeğe dokunmadan önce ellerinin yıkanması sağlanmalıdır.¹²⁷

2. 11. 18. Taramalar

Taramalar, klinik semptomlar geliştiğinde geriye dönüşümsüz sekel bırakan, ancak erken tanı ve tedavi ile önlenabilen hastalıkların belirlenmesini amaçlar.¹³⁶ Tarama testleri için kan örneği bebek beslenmeye başladıktan sonra ilk 5 güne kadar alınmalı ve ilk hafta içinde laboratuara gönderilmelidir.¹²⁷

-Prematüre Retinopatisi (ROP)

Prematüre Retinopatisi düşük doğum ağırlıklı ve prematüre bebeklerde görülen, retina damarlarının anormal proliferasyonu sonucu retina dekolmanı ve körlüğe kadar ilerleyebilen bir hastalıktır. ROP çocukluk çağı körlük nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır.^{137,138} Gestasyon haftası 32 haftadan küçük ve 1500 gr dan az olan prematüre bebeklerin ROP muayenesi yapılmalıdır.¹³⁹ Bu bebeklerin ilk muayenesi düzeltilmiş yaş 31-32 hafta olduğunda yapılmalı, ROP'a ilerleme riski olanlar haftada bir, riski daha az olanlar 2 haftada bir kontrol edilmelidir.¹⁴⁰

-İşitme Testi

Prematüre bebekler işitme kaybı açısından risk altındadırlar. Bu bebeklere işitme testleri; 12-36. aylarda, 4-5 yaşlarında ve adölesan dönemde yapılmalıdır.¹⁴⁰

2. 11. 19. Aşılar

Prematüre ve düşük doğum tartılı bebekler aşıyla önlenabilen hastalıklar açısından risklidirler.¹⁴¹ Prematüreler zamanında aşılanmayan ve aşıları en çok ertelenen gruptur. Prematüre bebeklerde aşının geciktirilmesinin başlıca nedenleri; zayıf immüniteleri nedeni ile

koruyucu antikor yanıtlarının oluşamayacağı düşüncesi, aşının yan etkilerinin daha fazla ve ciddi olabileceği kaygısıdır.¹⁴² Prematüre bebeklerin, Hepatit B ve BCG aşısı dışındaki tüm aşıları kronolojik yaşları esas alınarak yapılmalıdır.¹⁴¹

-Hepatit B Aşısı

Doğum tartısı 2000 gr altında ve annesi HBsAg negatif olan bebekler 30. gün veya 30 günden önce taburcu olduklarında ilk doz hastaneden taburcu olmadan önce, sonraki iki doz 2-4 ve 6-18 aylarda toplam 3 doz olarak yapılır. Doğum tartısı 2000 gr altında ve annesi HBsAg pozitif olan bebekler- doğum sonrası ilk 12 saat içinde hepatit B aşısı ve hepatit B immunglobulin yapılır, daha sonraki aşılama 1. aydan başlayarak yukarıdaki gibi 3 doz olarak, toplam 4 doz olacak şekilde uygulanır. Prematüre ve düşük doğum tartılı bebekler için doz azaltılması gerekmez; term bebekler için önerilen tam dozlarla aşılama yapılır.⁹⁰

-Bacillus Calmette-Guerin (BCG) Aşısı

Gebelik yaşı 34-35 haftadan küçük olan bebeklerde BCG aşısına bağlı skar dokusu ve PPD reaksiyonu daha azdır. BCG aşısı bebeğin kilosu 2000 gr'ın üzerine çıkınca yapılmalıdır.¹⁴³ Aşının deri içine uygulanması ve prematüre bebeklerin derilerinin ince, derialtı yağ dokusunun az olması nedeni ile aşının deneyimli kişilerce uygulanması gerekmektedir.¹⁴²

2. 11. 20. Bebeğin İlaçlarının Verilmesi

Bebek hastaneden taburcu olmadan önce varsa bebeğin ilaçları hakkında anneye bilgi verilmelidir. İlaçların sulandırılması, sulandırıldıktan sonra uygulama süresi, hangi saatlerde vereceği, saklama koşulları, yan etkileri, ilaç etkileşimleri mutlaka anlatılmalıdır. Annenin ilacı doğru bir şekilde verip vermediği taburculuk öncesi mutlaka

denetlenmelidir. Ayrıca anlatılanların yazılı olarak verilmesi de olası hataları önleme açısından önemlidir.¹⁴⁴

2. 11. 21. Bebeğin Uygun Pozisyonda Tutulması Ve Yatırılması

Prematüre bebeğin boyun kasları oldukça zayıftır. Bu nedenle bebek kucağa alındığında vücudundan tutarken bir elle bebeğin başının arkasından desteklenmesi gerekmektedir. Böylece bebeğin sırtı ve başı desteklenmiş olur. Bebeğe bakımları sırasında farklı pozisyonlar verilebilir. Football pozisyonu ile bebeğin başı avuç içi ile desteklenirken, vücudu da aynı elin kolu ile desteklenebilir. Bu pozisyonda diğer el serbest kalır. Bu pozisyondan yararlanılarak bebek emzirilebilir ya da banyo yaptırılabilir.¹²⁵

2. 11. 22. Kolik

İlk aylarda özellikle akşamüzeri başlayan ve geceleri devam eden gaz sancısı önemli bir sorundur. Üç haftadan uzun süren ve günde üç saatten daha fazla ağlaması olan bebeğe infantil kolik tanısı konur. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Infantil kolik 1-2 ay sürüp geçebilir. Bazen dokuz ay kadar sürebileceğini söylemek gerekir.¹³⁰ Bebeğin kucağa alınarak sırtının okşanması veya ütü ile ısıtılmış yumuşak bir havlunun karına sarılması bebeği rahatlatır.⁴⁹

2. 11. 23. Gastroözofageal Reflü (GÖR)

Prematürelerde görülen sorunlardan biri de GÖR'dür. Gastroözofageal reflüde besini reddetme, beslenme sırasında yay gibi arkaya gerilme, kusma, kilo alımında yavaşlama görülür. Bu bebeklerin pozisyonunun ayarlanması önemlidir. Bebeğin başı yataktan 30° yüksekte olacak şekilde yatak altına yükseltici konularak desteklenmelidir. Gerekirse antireflü ilaçları ve H₂ blokerleri kullanılabilir.¹²⁵

2. 11. 24. Gaz Çıkarma

Beslendikten sonra bebeğin gazı çıkarılmalıdır. Bu amaçla 10-15 dakika sırtına hafifçe avuç içi ile vurulması önerilebilir.¹³⁰ Bebek baş ve omuz hizasında dik tutularak sırt sıvazlanabilir ya da hafifçe vurulabilir. Bebek dizlerin üzerine yüzükoyun yatırılıp sırt sıvazlanabilir. Bebeğin gazı çıkartıldıktan sonra bir süre sağ yan yatırılmalıdır.^{49,125}

2. 11. 25. Kusma

Prematüre bebeklerin sindirim sistemi geç geliştiği için ilk aylarda sık sık kusabilirler. Kusmaları bazen su gibi bazen peynirimsi olabilir. Kusması kilo alımını ve gelişimini engellemediği sürece önemli değildir. Bazen aşırı beslenmeye bağlı kusmalar da görülebilir. Bebek yeterli kilo alamıyorsa kusmaları önemlidir.¹³⁰

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Annelerin YYBÜ'de yatan prematüre bebeklerin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İli sınırları içerisinde yer alan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YYBÜ'de gerçekleştirilmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 20 kuvöz 10 kot, 3 müdahale yatağı, 7 fototerapi cihazı bulunmaktadır. Üniteye 13 hemşire, 5 öğretim üyesi doktor, 1 uzman doktor, 5 yan dal asistanı, 3 asistan doktor, 7 yardımcı personel görev yapmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi üçüncü düzey hizmet veren bir ünite. Üniteye taburculuğa hazırlanma sürecinde annelerin bebekleriyle birlikte kaldıkları 4 özel oda, 2 izolasyon odası, 1 emzirme odası bulunmaktadır. Üniteye preterm, term ve postterm yenidoğanlar solunum problemleri, enfeksiyonlar, konjenital anomali tanılarıyla kabul edilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hemşireler 2 vardiya şeklinde çalışmaktadır. Gündüz vardiyasında 4-5, gece vardiyasında ise 2-3 hemşire çalışmakta ve üniteye yenidoğanların bakım ve tedavilerini yapmaktadır. Anneler ünitenin uygun olduğu her saatte bebeklerini görmeye gelebilmektedir. Babalar ise 11.30-13.30 ve 19.30-20.30 saatleri arasında bebeklerini ziyaret edebilmektedir. Anneler üniteye bebeklerinin durumu stabil olduğunda hemşirelerin gözetiminde bebeğin beslenmesine ve fiziksel bakımına dahil edilmektedir. Taburculuk öncesi anne ve babaya; bebeğin evde bakımında dikkat edilmesi gereken konularda eğitim verilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bebeklerin aileleri her gün saat 11.00-12.00 arasında doktor tarafından bebekle ilgili bilgilendirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi YYBÜ'de 2010 yılında yatan prematüre bebeklerin anneleri oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme için yanılma düzeyi $\alpha = 0.05$, gücü %81 düzeylerinde örnekleme alınması gereken anne sayısı 77 olarak bulunmuştur. Araştırmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi YYBÜ'de bebeği yatırılan, bebeği ile birlikte hastanede kalan, evden hastaneye gidip gelen ya da doğumu takiben kadın-doğum servisinde yatmakta olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 80 anne örnekleme oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya 37. gestasyonel haftasından önce doğum yapmış prematüre bebeği olan anneler alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış anket formu (EK I) kullanılmıştır. Anket formunun ön uygulaması için araştırmaya dâhil edilmemiş 10 anneye anket soruları uygulanmış ve anlaşılmayan veya yanlış anlaşılan sorular ve seçenekler yeniden düzenlenerek soru formuna son şekli verilmiştir.

3.6.1.a. Anket Formu (EK I)

Anket formu; bebeklerin tanımlayıcı özelliklerini içeren bir soru, annelerin tanımlayıcı özelliklerini içeren yedi soru, doğumla ilgili özelliklerini içeren dokuz soru, daha önceki yenidoğan deneyimlerini ve bebeklerine ilişkin düşüncelerini içeren yedi soru, doktor ve hemşireden bilgi almaya yönelik iki soru, prematüre bebek bakımına yönelik konularda bilgi sahibi olma durumlarını, bilgi edindikleri kaynakları ve bilgi gereksinimi duydukları konuları içeren bir soru, kendilerine ve bebeklerine ilişkin sorunların sorgulandığı iki soru, hastane hizmetlerini değerlendirdikleri bir soru ve annelerin önerilerinden oluşan bir soru olmak üzere toplam 31 sorudan oluşmuştur.

3.7. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın verileri 01.05.2011- 1.03.2012 tarihleri arasında 10 aylık bir sürede toplanmıştır. Araştırma kriterlerine uygun özellikte olan annelere araştırmanın amacı ve kapsamı açıklanmış ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Veri toplama formu annelere araştırmacı tarafından bebeklerin taburcu oldukları gün yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Veril toplama formu annelere emzirme odasında uygulanmıştır. Anket formunun uygulanması 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından kodlanıp istatistikleri bilgisayar yardımı ile yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package Social Science (SPSS) for Windows version 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Veriler sayı ve yüzdelerle değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

3.9.Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın yapıldığı ünitenin Ağustos 2010 - Mayıs 2011 tarihleri arasında tadilatta olması nedeniyle ünite 10 yataklı küçük bir bölümde hizmet vermiştir. Bu dönemde sınırlı sayıda hasta kabul edilebilmiştir. Prematüre bebeklerin bu bölümde izlenmeleri güç olduğundan özellikle prematüre bebekler başka hastanelere sevk edilmiştir. Bu durum, çalışmanın başlatılmasında gecikmeye neden olmuştur. Araştırmaya tadilattan sonra 30 hasta kapasiteli yeni üniteye başlanmış ancak hemşire ve asistan sayısının yetersizliğinden dolayı yine üniteye sınırlı sayıda hasta kabul edilebilmiştir.

Konjenital anomalili prematüre bebeğe sahip olan annelerin durumdan etkilenmelerinin farklı olacağı ve bu bebeklerin bakımlarının miadında doğan bebeklerle aynı olmayacağı düşünülmüş, herhangi bir konjenital anomali tanısı bulunan prematüre bebek anneleri araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

•Uygulamanın yapılabilmesi için Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin (21.03.2011, B.30.2.GÜN 0.HI.02.00/773 sayılı izin, EK II) alınmıştır.

• Araştırmaya başlanmadan önce araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'na sunularak araştırma için etik kurul onayı (27.04.2011 tarihli, 120 sayılı etik kurul kararı, EK III) alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

n=80

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
20-29	36	45.0
30-39	39	48.8
≥40	5	6.2
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve altı	25	31.2
Lise	24	30.0
Yüksekokul ve üzeri	31	38.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	31	38.8
Çalışmıyor	49	61.2
Yaşadığı Yer		
İl	54	67.5
İlçe	21	26.2
Köy	5	6.3
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	74	92.5
Geniş Aile	6	7.5
Birlikte Yaşadıkları Kişiler		
Eşim ve ben	43	53.7
Eşim ben ve çocuklarım	31	38.8
Eşim ben çocuklarım, anne, baba	6	7.5

Çalışmaya katılan annelerin %48.8'i 30-39 yaş grubunda yer almaktadır. Kadınların eğitim durumuna bakıldığında, %38.8'inin yüksekokul ve üzeri düzeyde eğitime sahip oldukları belirlenmiştir. Annelerin %61.2'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Annelerin %67.5'inin il merkezinde yaşadığı, %92.5'inin çekirdek aileye sahip olduğu, %53.7'sinin eşiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Annelerin %98.8'i sosyal güvenceye sahiptir

Tablo 4. 2. Annelerin Gebelik ve Doğum İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

n=80

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
Bir	43	53.7
İki	19	23.8
Üç	11	13.7
Dört ve Üzeri	7	8.8
Son Gebelik İle Bir Önceki Gebelik Aralığı		
≤24	13	35
>24	24	65
Erken Doğum Öyküsü		
Var	13	16.2
Yok	67	83.8
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Bir	48	60.0
İki	22	27.5
Üç	10	12.5
Son Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	73	91.3
Hayır	7	8.7
En Son Doğum Şekli		
Sezaryen	66	82.5
Normal	14	17.5
Doğum Öncesi Bakım Alma		
Evet	74	92.5
Hayır	6	7.5
Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bilgi Alma		
Evet	45	56.3
Hayır	35	43.7
Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Verilen Bilgiler*		
Gebelik Riskleri	21	46.7
Beslenme	13	28.9
Doğum Şekli	10	22.2
Aile Planlaması	1	2.2

***n=45**

Annelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında %53.7'sinin primipar olduğu saptanmıştır. Son gebelik ile bir önceki gebelik aralığı 24 aydan daha uzun olan kadınların oranı %65.0 bulunmuştur. Erken doğum öyküsü olan anneler %16.2 olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamına

alınan annelerin %60.0'ı bir çocuğa sahiptir. Son gebeliği isteyerek gerçekleştiren annelerin oranı %91.3 iken, %8.7'sinin gebeliğinin plansız olduğu bulunmuştur. Annelerin %82.5'i sezaryen, %17.5'i vajinal yol ile doğumunu gerçekleştirmiştir. Annelerin %92.5'inin doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır. Annelerin %56.3'ü doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi almıştır. Bilgi alan annelerin, %46.7'si gebelik riskleri, %28.9'u beslenme, %22.2'si doğum şekli, %2.2'si aile planlaması ile ilgili bilgi almıştır.

Tablo 4. 3. Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

n=80

Gestasyon Haftası	Sayı	%
24-28	16	20.0
29-32	15	18.8
33-36	49	61.2
Doğum Ağırlığı		
<1000	16	20.0
1001-1500	13	16.3
>1500	51	63.7
Cinsiyet		
Erkek	36	45.0
Kız	44	55.0

Araştırmaya alınan bebeklerin %20'sinin gestasyon yaşı 24-28 hafta arasında yer almaktadır. Bebeklerin doğum ağırlıklarının en az 590gr, en fazla 3490 gr olduğu belirlenmiştir. Bebeklerin %63.7'sinin doğum ağırlığının 1500 gr üzerinde, %55'inin cinsiyetinin kız olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 4. Annelerin Bebeklerinin Tanılarını Bilme Durumlarının ve Prematüre Bebeğe Sahip Diğer Ebeveynler ile Konuşma Gereksinimlerinin Dağılımı

n=80

Bebeklerin Tanılarını Bilme Durumları	Sayı	%
Bilenler	67	83.8
Bilmeyenler	13	16.2
Gereksinim duyma		
Duyuyorum	65	81.3
Duymuyorum	15	18.7

Annelerin %83.8'inin bebeklerinin tanılarını bildiği belirlenmiştir. Tanılarını bildiğini söyleyen annelerin sadece %7.4'ü tanıyı söyleyememiştir.

Annelerin prematüre bebeğe sahip diğer ebeveynlerle ile konuşma gereksinimleri sorulduğunda annelerin %81.3'ü evet yanıtını vermiştir.

Tablo 4. 5. Annelerin Daha Önce Prematüre Bir Bebeğe Bakım Verme Durumlarının/Erken Doğum Yapma ve Bebeğin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatmasına Yönelik Duygularının Dağılımı

n=80

Bakım verme durumu	Sayı	%
Evet	8	10.0
Hayır	72	90.0
Duygular		
Ümit ve Güven İçindeyim	26	32.5
Merak ve Üzüntü Duyuyorum	26	32.5
Suçluluk Hissediyorum	8	10.0
Büyüme-Gelişmesi İle İlgili	13	16.3
Endişeliyim	7	8.7
Kaybetme Korkusu Yaşıyorum		

Annelerin %90'ı daha önce prematüre bir bebeğe bakım vermediğini, sadece %10'u prematüre bir bebeğe bakım verdiğini belirtmiştir.

Annelerin erken doğum yapma ve bebeğin yoğun bakım ünitesinde yatmasına yönelik duygularının dağılımına bakıldığında ümit, güven ve üzüntü duyduğunu söyleyen anne oranı aynı olup %32.5 olarak bulunmuştur. Annelerin %10'u suçluluk hissettiğini, %16.3'ünün bebeğin büyüme ve gelişmesi ile ilgili endişeleri olduğunu, %8.7'si bebeğini kaybetme korkusu yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo 4. 6. Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları ve Yetersiz Hissetme Nedenlerinin Dağılımı

n=80

Yeterlilik Durumları	Sayı	%
Yetersiz Hissediyorum	40	50.0
Yeterli Hissediyorum	40	50.0
Yetersiz Hissetme Nedenleri*		
Bakım Konusunda Bilgi Eksikliği	12	37.5
Bakım Vermekten Korkma	13	40.5
Prematüre Bir Bebeğe Bakım Vermemiş Olma	7	22.0

***n=32**

Annelerin %50.0'si bebek bakımı konusunda kendini yeterli hissettiğini, %50.0'si yetersiz hissettiğini yetersiz hissettiğini söylemiştir. Bakım konusunda kendini yetersiz hisseden 40 anneden 32'si yetersiz hissetme nedenlerini açıklamıştır. Annelerin, %37.5'i bakım konusunda bilgi eksikliği, %40.5'i bakım vermekten korktuğunu ifade etmiştir.

Tablo 4. 7. Annelerin Evde Bebeğin Bakımı İle İlgili Güçlük Yaşama Düşüncelerine ve Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

n=80

Güçlük Yaşama Düşüncesi	Sayı	%
Yaşayan	45	56.2
Yaşamayan	35	43.8
Güçlük Yaşama Nedenleri*		
Evde Bebek Bakımında Yeterli Olamama	17	37.8
Besleme ve Emzirme Konusunda Başarısızlık Korkusu	15	33.3
Bebek Bakımı Konusunda Yardımcı Bulamama	3	6.7
Bebeğimle İlgili Sorunlarda Bilgi Alabileceğim Bir Sağlık Personeline Ulaşamama	10	22.2

*n=45

Annelerin %56.2'si evde bebek bakımı ile ilgili güçlük yaşayacağını belirtmiştir. Annelerin %37.8'i bebek bakımında yeterli olamama, %33,3'ü bebeğin beslenmesi ve emzirilmesi konusunda başarısızlık korkusunu güçlük yaşamayı düşünme nedenleri arasında göstermiştir.

Tablo 4. 8. Annelerin Hemşire ve Doktordan Günlük Bilgi Alma Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı

n=80

Hemşireden Günlük Bilgi Alma	Sayı	%
Çok Önemli	61	76.3
Önemli	14	17.5
Fark Etmez	5	6.2
Doktordan Günlük Bilgi Alma		
Çok Önemli	70	87.5
Önemli	10	12.5

Annelerin %76.3'ü hemşireden günlük bilgi almayı, %87.5'i doktordan günlük bilgi almayı çok önemli bulduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4. 9. Annelerin Aldıkları Hizmetlere Göre Memnuniyet Düzeylerinin Dağılımı

Hizmetler	Memnuniyet Düzeyi									
	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemşirelik Hizmetleri	48	60.0	28	35.0	4	5.0	0	0.0	80	100.0
Hekim Hizmetleri	51	63.8	29	36.3	0	0.0	0	0.0	80	100.0
Hastanenin Fiziksel Ortamı	30	37.5	39	48.8	11	13.8	0	0.0	80	100.0
Yemek	11	13.8	50	62.5	17	21.3	2	2.5	80	100.0

Anneler hastanede kaldıkları süre içinde aldıkları hizmetlere ilişkin memnuniyetleri sorulduğunda; annelerin %60.0'ı hemşirelik hizmetlerini, %63.8'i hekim hizmetlerini çok iyi olarak değerlendirmiştir. Annelerin %48.8'i hastanenin fiziksel ortamını iyi bulurken, yemekleri %62.5'i iyi olarak ifade etmiştir.

Tablo 4. 10. Annelerin Prematüre Bebeğin Bakımına İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Dağılımı

n=80

Bebek Bakımına İlişkin Konular	Sayı	%
Genel Vücut Bakımı*	63	78.8
Beslenme**	62	77.5
Sağlık Bakımı***	58	72.5
Sağlık Problemleri****	36	45.0
Vücut Isısının Ölçülmesi/Değerlendirilmesi	21	26.3
Oda Sıcaklığı	22	27.5
Giydirilmesi	30	37.5
Uyku Düzeni	33	41.2
Ziyaretçilerin Kabulü	36	45.0
Uygun Pozisyonda Tutma ve Yatırma	50	62.5

*Genel vücut bakımı; Banyo, pişik, konak, ağız, burun, kulak, göz, göbek, altını açma, tırnakların kesilmesi bakım konularından en az birini ifade edenler.

**Beslenme; Yeterli beslendiğinin değerlendirilmesi, vücut ağırlığının değerlendirilmesi, emzirme aralıkları ve emzirme teknikleri, besleme yöntemleri konularından en az birini ifade edenler

***Sağlık bakımı; Tarama testleri, kontrol muayeneleri, aşıları takvimi, ilaçlarının verilmesi, büyüme ve gelişmesinin takibi konularından en az birini ifade edenler

****Sağlık problemleri; Gaz, kolik, regürjitasyon, ateş, ishal, kusma, sarılık yönünden izlenmesi, idrar çıkımı ve dışkılamaının değerlendirilmesi konularından en az birini ifade edenler

Annelerin %78.8'inin bebeklerinin genel vücut bakımı ile ilgili bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Annelerin %77.5'inin bebek beslenmesi ile ilgili bilgi sahibi oldukları, %72.5'inin bebeklerinin sağlık bakımına yönelik konularda bilgi sahibi oldukları bulunmuştur. Annelerin sağlık problemlerine yönelik bilgi sahibi oldukları konular %45.0 olarak bulunmuştur.

Annelerin vücut ısısının ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda %26.3'ünün, oda sıcaklığı konusunda %27.5'inin, giydirilmesi konusunda %37.5'inin bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Annelerin %45.0'inin ise ziyaretçilerin kabulü konusunda bilgi sahibi oldukları

belirlenmiştir. Anneler %41.3'ü bebeklerinin uyku düzenini, %62.5'i bebeği uygun pozisyonda tutma ve yatırmayı bildiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.11. Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Sahip Oldukları Bilgilerin Kaynaklarına Göre Dağılımı

Bebek Bakımına İlişkin Konular	Bilgi Kaynakları							
	Sağlık Personeli		Kitap/ İnternet/Cd		Aile		Arkadaş	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Vücut Bakımı*	32	51.6	2	3.2	25	40.3	3	4.8
Beslenme**	59	95.2	1	1.6	1	1.6	1	1.6
Sağlık Bakımı***	57	95.0	2	3.3	0	0.0	1	1.7
Sağlık Problemleri****	27	77.1	6	17.1	1	2.9	1	2.9
Vücut Isısının Ölçülmesi/Değerlendirilmesi	14	66.7	3	14.3	0	0.0	4	19.0
Oda Sıcaklığı	9	41.0	11	50.0	1	4.5	1	4.5
Giydirilmesi	6	20.0	7	23.3	16	53.4	1	3.3
Uyku Düzeni	1	3.0	11	33.3	11	33.3	10	30.4
Ziyaretçilerin Kabulü	19	52.8	16	44.4	1	2.8	0	0.0
Uygun Pozisyonda Tutma ve Yatırma	40	80.0	0	0.0	10	20.0	0	0.0

*Genel vücut bakımı; Banyo, pişik, konak, ağız, burun, kulak, göz, göbek, altını açma, tırnakların kesilmesi bakım konularından en az birini ifade edenler.

**Beslenme; Yeterli beslendiğinin değerlendirilmesi, vücut ağırlığının değerlendirilmesi, emzirme aralıkları ve emzirme teknikleri, besleme yöntemleri konularından en az birini ifade edenler

***Sağlık bakımı; Tarama testleri, kontrol muayeneleri, aşıları takvimi, ilaçlarının verilmesi, büyüme ve gelişmesinin takibi konularından en az birini ifade edenler

****Sağlık problemleri; İdrar çıkımı/dışkılamasının değerlendirilmesi, gaz, kolik, regürjitasyon, ateş, ishal, kusma, sarılık yönünden izlenmesi konularından en az birini ifade edenler

Annelerin bebek bakımına ilişkin bilgi sahibi oldukları konuların kaynaklarına göre dağılımı incelendiğinde; %51.6'sı genel vücut bakımını, %95.2'si bebek beslenmesine yönelik bilgilerini sağlık personelinden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Annelerin %95'i bebeklerinin sağlık bakımına ilişkin bilgileri, %77.1'i sağlık problemlerine ilişkin bilgileri sağlık personelinden öğrenmişlerdir.

Annelerin %66.7'si vücut ısısının ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda bilgiyi sağlık personelinden; oda sıcaklığı konusunda bilgiyi

%50.0 kitap/ internet/ cd'den; giydirilmesi konusunda bilgiyi %53.3 aileden aldıkları belirlenmiştir.

Annelerin %33.3'ü uyku düzenini aile ve kitap/ internet/ cd'den; ziyaretçilerin kabulünü %52.8'i sağlık personelinde öğrendiklerini belirtmişlerdir. Annelerin %80.0'i bebeğin uygun pozisyonda tutulması ve yatırılması konusundaki bilgilerini sağlık personelinde öğrenmişlerdir.

Tablo 4.12. Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Bilgi Gereksinimlerinin Dağılımı

n=80

Bebek Bakımına İlişkin Konular	Sayı	%
Genel Vücut Bakımı*	66	82.5
Beslenme**	48	60.0
Sağlık Bakımı***	67	83.8
Sağlık Problemleri****	69	86.3
Vücut Isısının Ölçülmesi/Değerlendirilmesi	52	65.0
Oda Sıcaklığı	50	62.5
Giydirilmesi	36	45.0
Uyku Düzeni	37	46.3
Ziyaretçilerin Kabulü	34	42.5
Uygun Pozisyonda Tutma ve Yatırma	28	35.0

*Genel vücut bakımı; Banyo, pişik, konak, ağız, burun, kulak, göz, göbek, altını açma, tırnakların kesilmesi bakım konularından en az birini ifade edenler.

**Beslenme; Yeterli beslendiğinin değerlendirilmesi, vücut ağırlığının değerlendirilmesi, emzirme aralıkları ve emzirme teknikleri, besleme yöntemleri konularından en az birini ifade edenler

***Sağlık bakımı; Tarama testleri, kontrol muayeneleri, aşıları takvimi, ilaçlarının verilmesi, büyüme ve gelişmesinin takibi konularından en az birini ifade edenler

****Sağlık problemleri; Sarılık yönünden izlenmesi, boşaltımının değerlendirilmesi, gaz, kolik, regürjitasyon, ateş, ishal, kusma, konularından en az birini ifade edenler

Annelerin bebeklerin genel vücut bakımı konusunda %82.5, bebeklerin beslenmesine yönelik %60.0, bebeklerinin sağlık bakımına ilişkin %83.8 oranında bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Annelerin %86.3'ünün sağlık problemleri konusunda, 65.0'inin vücut ısısının

ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda; %62.5'inin oda sıcaklığı konusunda, %45.0'inin giydirilmesi konusunda bilgiye ihtiyaçları vardır. Annelerin %46.3'i uyku düzeni konusunda; %42.5'i ziyaretçilerin kabulü konusunda bilgiye gereksinim duymaktadır.

Tablo 4. 13. Annelerin Hastanede Kaldıkları Süre İçinde Bebeklerine ve Kendilerine İlişkin Yaşadıkları Sorunlar

n=80

Bebekle İlgili Sorunlar	Sayı	%
Bebek Bakımı İle İlgili Yeterli Bilgi Alamama	6	7.5
Dokunmak ve Bakım Vermekten Korkma	44	55.0
Sık Görememek	16	20.0
Durumu ve Hastalığı İle İlgili Yeterli Bilgi Alamama	14	17.5
Kendisi İle İlgili Sorunlar		
Ağrı	25	31.3
Uykusuzluk ve Dinlenememe	20	25.0
Emzirememe	20	25.0
Kaygılarını ve Duygularını Konuşamama	11	13.7
Ulaşım Sorunu	3	3.7
Tansiyon Yüksekliği	1	1.3

Annelerin hastanede kaldıkları süre içinde bebeklerine ilişkin yaşadıkları en büyük sorunu %55.0'i dokunmaktan ve bakım vermekten korkma, %20.0'si bebeği sık görememek olarak ifade etmişlerdir.

Annelerin hastanede kaldıkları süre içinde kendileri ile ilgili yaşadıkları en büyük sorunu %31.3'ü ağrı, %25.0'i uykusuzluk ve dinlenememe, %25.0'i emzirememe, %13.7'si kaygılarını ve duygularını konuşamama olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4. 14. Annelerin Daha İyi Hizmet Alabilmek İçin Önerileri

Öneriler*	Sayı	%
Acil Durumlarda Telefonla Sağlık Personeline Ulaşabilmek	5	12.2
Bilgilendirmenin Daha Fazla Olması ve Danışmanlık	11	27.0
Ulaşım Probleminin Çözümü İçin Kalacak Yer Sağlanması	7	17.0
Annelerin Bebek Bakımına Dâhil Edilmelerinin Sağlanması	2	5.0
Hastane İşlemlerinin Kolaylaştırılması	2	4.8
Primer Hemşirelik Bakımı Verilmesi	5	12.1
Bebekle Birlikte Özel Odada Kalmak	7	17.0
Kliniğin Daha Temiz ve Düzenli Olması	2	4.9

*n=41 (80 anneden 41'i öneride bulunmuştur)

Annelerin 41'i daha iyi hizmet alabilmek için öneride bulunmuştur. Annelerin %12.2'si acil durumlarda telefonla sağlık personeline ulaşabilmek, %27.0'si bilgilendirmenin daha fazla olması ve danışmanlık hizmetlerini önermişlerdir. Annelerin %17.0'si ulaşım probleminin çözümü için kalacak yer sağlanması, %5.0'i bebek bakımına dâhil edilmelerinin sağlanması, %4.8'i hastane işlemlerinin kolaylaştırılmasını istemişlerdir. Annelerin %12.1'si primer hemşirelik bakımının verilmesi, %17.0'si bebekle birlikte özel odada kalmak, %4.9'u kliniğin daha temiz ve düzenli olması şeklinde görüşlerini bildirmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde annelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebeklerin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Erken doğum öyküsü prematüre doğum olasılığını arttırmaktadır.¹⁴⁵ Araştırmamızda erken doğum öyküsü olan annelerin oranı %16.2 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Çay'ın (1989) araştırmasında önce erken doğum öyküsü olana kadınların oranı %14 olarak bulunmuştur.¹⁴⁶ Kurnaz'ın (2007) araştırmasında annelerin %3.9'unun daha önce erken doğum yaptığı belirlenmiştir.²⁸ Çetin'in (2011) çalışmasında önceki doğumlarda prematürelilik öyküsü deney grubunda %8.6; kontrol grubunda %14.3 olarak bulunmuştur.³³ Ülkemizde antenatal bakımın ve bilgilendirilmenin yetersiz olduğu ve önceki olumsuz deneyimlerin de varlığı düşünüldüğünde, prematüre doğan bebeklerin annelerinin doğum sonu döneme ve bebek bakımına ilişkin daha çok desteklenmeye ihtiyaçları olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ilk kez bebek sahibi olan anneler %60.0 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). Kurnaz'ın (2007) araştırmasında bu oran %56.6 olarak bulunmuştur.²⁸ Çetin'in (2011) çalışmasında ilk kez bebek sahibi olan anneler deney grubunda %37.1, kontrol grubunda %45.7'dir.³³ Annelerin deneyimsiz olmaları ve ilk kez bir bebeğin bakım sorumluluğunu almaları prematüre yenidoğan bakımında daha fazla güçlük yaşamalarına neden olmaktadır.¹⁴⁵ Çalışmamızda annelerin %91.3'ünün gebeliğinin planlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Çalışkan'ın (2006) araştırmasında annelerin %75.9'unun gebeliklerinin planlı olduğunu saptamıştır.¹⁴⁷ Doğan'ın (2007) yaptığı çalışmada ise annelerin %95.0'i

planlayarak gebe kalmıştır.¹⁴⁸ Manav'ın (2008) çalışmasında da prematüre bebek annelerinin %63.4'ünün gebeliklerini planladıkları bulunmuştur.¹⁴⁹ Annelerin bebeklerine isteyerek sahip olmaları, kendilerinin ve bebeklerinin bakımında daha fazla özenli olacaklarını düşündüren olumlu bir bulgudur.

Tüm dünyada sezaryen ile doğuma yönelik giderek artan bir eğilim görülmektedir. Türkiye'de de sezaryen ile doğum oldukça yaygındır. DSÖ tarafından en yüksek sezaryen hızı olarak %15.0 önerilmekte ve bu seviyenin altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin yükseleceği belirtilmektedir. Ayrıca sezaryenle doğumlar, emzirme ve anne-bebek ilişkisinin başlamasında gecikmeye neden olmaktadır.¹⁵⁰ Çalışmamızda annelerin %82.5'inin doğumu sezaryen ile gerçekleşmiştir (Tablo 4.2). Sağlık Bakanlığı 2010 verilerinde sezaryen oranı %46.0'dır.² Manav'ın (2008) çalışmasında prematüre bebek annelerinin %58.5'i sezaryenle doğum yapmıştır.¹⁴⁹ Çetin'in (2011) çalışmasında annelerin %65.7'si sezaryen olduğunu ifade etmiştir.³³ Çalışmamızdaki sezaryen oranının Türkiye ortalamasından yüksek çıkması, bölgeler arası farklılıklara ve bu çalışmanın bir il merkezinde yapılmasına bağlı olabilir.

Doğum Öncesi Bakım (DÖB) ilk trimesterden başlanılarak düzenli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar sürdürülmesi, gebelik boyunca annenin ve fetüsün sağlık durumlarının değerlendirilmesi, oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanması, maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesi için önemlidir.^{151,152} DSÖ tarafından geliştirilen güvenli annelik paketinde DÖB, anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır.^{153,154} Çalışmamızda annelerin %92.5'inin DÖB aldığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Manav (2008) çalışmasında prematüre bebek

annelerinin %87.8'inin düzenli kontrole gittiğini belirtmiştir.¹⁴⁹ Doğan'ın araştırmasında annelerin %93.1'i DÖB almıştır.¹⁴⁸ Sağlık Bakanlığı 2010 verilerine göre de ülkemizde antenatal bakım alma oranı %82.0'dir.² Çalışmamızın sonucu diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

DÖB hizmetlerinin amacına ulaşması için bu kapsamda doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilmeli, anneler beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konularında eğitilmelidirler.¹⁵⁵ Çalışmamızda annelerin doğum öncesi dönemde kontrollere gitme oranı (%92.5) yüksektir. Bu sevindirici bir bulgudur. Ancak DÖB hizmetleri daha çok tanı işlemlerini ve hekim muayenesini içermektedir. Doğum öncesi izlemlerde annelerin doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgilendirilme durumlarına bakıldığında bilgi alan anneler %56.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Çalışmamızda bilgi alan annelerin, %46.7'si gebelik riskleri, %28.9'u beslenme ile ilgili bilgi almıştır (Tablo 4.2). Çalışmamızda dikkat çekici bir nokta ise annelerin tamamı yenidoğan bakımına yönelik bilgi almamıştır. Bunun yanında çalışmamızda annelerin %43.7'sinin izlemler sırasında doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi almaması önemli bir sorundur. Çalışkan'ın (2006) araştırmasında gebelik kontrolleri sırasında annelerin % 20.3'ü gebelik riskleri, %51.6'sı beslenme ile ilgili bilgi almıştır.¹⁴⁷ Yapılan çalışmalarda annelerin önemli oranının DÖB almalarına karşın doğum, doğum sonu dönem ve bebek bakımına ilişkin yeterli bilgi almadıkları saptanmıştır.^{22,149,156} Bu bulgular DÖB nitelik yönünden istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Bu durum doğum öncesi dönemdeki izlemler sırasında annelerin doğum ve doğum sonu döneme hazırlanması ile ilgili bilgilendirmelerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Annelerin doğum öncesi dönemde yeterli bilgi almaması doğum, doğum sonrası bakım ve

yenidoğana ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamasına, prematüre bebek bakımında daha fazla güçlük yaşamalarına neden olabilmektedir.

Araştırmaya alınan bebeklerin %20.0'sinin gestasyon yaşı 24-28 hafta arasında yer almaktadır. Bebeklerin doğum ağırlıklarının en az 590gr, en fazla 3490 gr olduğu belirlenmiştir. Bebeklerin %63.7'sinin doğum ağırlığı 1500 gr üzerinde, %55.0'inin cinsiyetinin kız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Kurnaz'ın (2007) çalışmasında ise bebeklerin %39.5'inin gestasyon yaşı 29-32 hafta arasındadır. Bebeklerin %55.3'ünün doğum ağırlığı 1800 gr üzerinde, %52.6'sının cinsiyetinin erkek olduğu saptanmıştır.²⁸

Çalışmamızda annelerin %83.8'inin bebeklerinin tanılarını bildikleri belirlenmiştir (Tablo 4. 4). Tanılarını bildiğini söyleyen annelerin %7.4'ü tanıyı söyleyememiştir. Kurnaz'ın (2007) çalışmasında annelerin %40.8'i bebeklerinin tanılarını doğru söyleyebilmiştir.²⁸ Araştırmamızda bebeklerinin tanısını bildiğini ifade eden annelerin çoğunlukta olması annelere bebeklerinin tanı ve tedavileri ile ilgili bilgilerin düzenli olarak verildiğini göstermektedir.

Annelere prematüre bebeğe sahip diğer ebeveynlerle ile konuşma gereksinimleri sorulduğunda annelerin büyük çoğunluğu (%81.3) evet yanıtını vermiştir (Tablo 4.4). Çalışır ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında çocuğunda benzer sağlık sorunu olan anne/babaların %42.9'u konuşabilme gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir.¹⁰⁵ Prematüre bebek annelerinin prematüre bebeğe sahip diğer ebeveynlerle görüştürülmesinin anneleri rahatlatacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin %90.0'ının daha önce prematüre bir bebeğe bakım vermediği saptanmıştır (Tablo 4. 5). Manav'ın (2008)

çalışmasında prematüre bebek annelerinin %31.7'sinin bebek bakımı konusunda deneyimlerinin olmadığı bulunmuştur.¹⁴⁹ Annelerin bebeklerine istenilen düzeyde bakım verebilmeleri için prematüre bebek bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Araştırmamızda annelerin bebeklerine yönelik olarak %32.5'i ümit ve güven içinde olduğunu, %32.5'i merak ve üzüntü duyduğunu ifade etmiştir. Annelerin %10.0'u suçluluk hissettiğini, %16.3'ü bebeğin büyüme ve gelişmesi ile ilgili endişeleri olduğunu, %8,7'si bebeğini kaybetme korkusu yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4.5). Kurnaz'ın (2007) çalışmasında annelerin %94.7'ü üzüntü, stres, ağlama, yalnızlık, çaresizlik, anksiyete, korku, merak, %5.3'ü suçluluk, %35.5'i büyüme ve gelişmesinin geç olacağı düşüncesi, %32.9'u kaybetme korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir.²⁸ Özyazıcıoğlu'nun (2009) yaptığı çalışmada bebek hakkında bilgilendirilen annelerin kaygı puan ortalamaları düşük, bilgilendirilmeyen annelerin umutsuzluk puanı yüksek bulunmuştur.²⁶ Çalışmamızda ümit ve güven duyduğunu söyleyen annelerin %32.5 olması olumlu bir bulgudur. Bebeğine karşı olumlu duygular besleyen annelerin bebeklerine daha çabuk uyum sağlayabilecekleri ve bebeğin bakımını üstlenmede daha aktif rol alabilecekleri düşünülmektedir. Ebeveynlerin tedavi ve prosedürler hakkında bilgilendirilme, korku ve beklentilerinin dinlenilmesine ve sorularına dürüstçe cevap almaya ihtiyacı vardır.²⁶ Annelerin hastanede kaldıkları sürede, bebek bakımının sağlık ekibi tarafından verilmesi, özel bakım gereksinimi duyan bebeğe nasıl bakılacağını bilmeme, bebekleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmama ve benzeri nedenlerle, bebeklerine karşı olumsuz duygular içinde olabilecekleri düşünülebilir. Bu durumda oluşan endişeler, bilgi ve becerileri geliştirmeye yönelik eğitimler ile azaltılabilir. Bu eğitimlerde, bebek bakımı ve olağan dışı durumunda yapılacaklar anlatılarak, annenin kendine güveni artırılabilir.

Çalışmamızda annelerin %50.0'si bebek bakımı konusunda kendilerini yetersiz hissettiğini ifade etmişlerdir. Annelerin kendilerini yetersiz hissetme nedenleri incelendiğinde, %37.5'i bakım konusunda bilgi eksikliği, %40.5'i bakım vermekten korktuğunu ifade etmiştir (Tablo 4.6). Doğaner (2005) çalışmasında, annelerin doğum sonu erken postpartum dönemde %53.5'inin yenidoğan bakımında yetersizlik hissettiklerini belirlemiştir.¹⁵⁷ Profesyonel sağlık personeli olarak hemşirelerin anneye ve yenidoğana yönelik gereksinimleri karşılamaları durumunda, annelerin kendilerini daha iyi hissedecekleri; bu riskli döneme uyumun daha kolay gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin %56.2'si evde bebek bakımı ile ilgili güçlük yaşayacağını düşündüğünü belirtirken, güçlük yaşamayı düşünme nedenleri arasında %37.8'i bebek bakımı konusunda yeterli olamama, %33.3'ü bebek beslenmesi ve emzirme konusunda endişeleneceğini ifade etmişlerdir (Tablo4. 7). Kaynak'ın (2011) çalışmasında annelerin %33.8'i evde bebek bakımında güçlük yaşayacağını düşünmektedir, güçlük yaşayacağı düşünen %33.8 oranındaki annelerin %18.9'u bebek bakımı konusunda, %6.8'i bebeğin beslenmesi ile ilgili güçlük yaşayabileceğini belirtmiştir.³¹ Kurnaz'ın (2007) çalışmasında annelerin %19.7'si beslenme ve emzirme, %36.8'i evde bakım ile ilgili endişe yaşayacağını belirtmiştir.²⁸ Annelere evdeki bakıma yönelik yapılacak taburculuk eğitimi bebeğin yenidoğan ünitesine girdiği andan itibaren başlamalıdır. Taburculuk eğitiminin; bebeğin sağlığının sürdürülmesinde, ebeveynlerin bilgi, beceri ve öz güvenlerinin artırılmasında ve eve geçişin yarattığı stresin en aza indirilmesinde etkili olduğu, dolayısıyla bebeğin tekrar hastaneye yatışını veya ölüm risklerini azalttığı belirtilmektedir.⁶²

Annelerin %76.3'ü hemşireden günlük bilgi almayı, %87.5'i doktordan günlük bilgi almayı çok önemli bulurken, %6.2'si hemşireden

günlük bilgi almanın önemli olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.8). Çalışır ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında annelerin %85.7'si istedikleri zaman bebeklerine bakan hemşire ile %67.3'ü her gün doktor ile konuşmaya gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.¹⁰⁵ Sola ve Diken'in (2008) çalışmasında prematüre bebek annelerinin %53.8'i çocuğunun doktoru veya bakımını yapan hemşiresi ile konuşabilmek için daha fazla zamana gereksinim duyduğunu ifade etmiştir.¹⁵⁸ Annelerin bebeklerinin durumu hakkında doktoru ve hemşiresinden bilgi almayı önemli bulmaları, bebeklerinin durumu ve bakımı konusunda daha fazla bilgiye sahip olmak istedikleri, kaygılarını ve korkularını azaltmak istedikleri düşünülmektedir.

Annelere hastanede kaldıkları süre içinde aldıkları hizmetlere ilişkin memnuniyetleri sorulduğunda; annelerin %60.0'ı hemşirelik hizmetlerini, hekim hizmetlerini ise %63.8'i çok iyi olarak değerlendirmişlerdir. Annelerin %48.8'i hastanenin fiziksel ortamını iyi bulurken, yemekleri %62.5'i iyi olarak ifade etmiştir (Tablo 4.9). Kurnaz'ın (2007) çalışmasında anneler hemşirelik ve hekim hizmetlerinden aynı oranda (%46.1) memnun olduklarını belirtmişlerdir. Hastane ortamından ise %10.5'i memnun olduğunu belirtmiştir.²⁸ Hemşirelik ve hekim hizmetlerinde bebeğin durumu ile ilgili yeterli bilgi alamama, bakım konularında yetersiz bilgilendirme, hastanede annelerin fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmaması durumlarının memnuniyeti azalttığı düşünülmektedir.

Annelerin %78.8'inin bebeklerinin genel vücut bakımı ile ilgili bilgi sahibi oldukları saptanmıştır (Tablo 4.10). Bilgili'nin (2009) araştırmasında annelerin genel vücut bakımı ilişkin bilgi sahibi oldukları konuların içinde; banyo yaptırma %65.2, pişik bakımı %49.3, konak bakımı %15.9, ağız bakımı %29.0, burun bakımı %20.3, kulak bakımı %18.8, göz bakımı %27.5, göbek bakımı %31.9, perine bakımı %26.1 olarak

bulunmuştur.¹⁵⁹ Çalışmamızda annelerin genel vücut bakımına yönelik konularda bilgi sahibi olma oranının yüksek olması annelere taburculuk öncesi genel vücut bakımı konusunda daha fazla bilgi verildiği düşünülmektedir.

Annelerin %77.5'inin bebek beslenmesi ile ilgili bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.10). Bilgili'nin (2009) araştırmasında annelerin %59.4'ü emzirme ve beslenme konusunda bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir.¹⁵⁹ Doğaner'in (2005) araştırmasında annelerin %42.3'ünün bebek beslenmesine yönelik bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir.¹⁵⁷ Prematüre bebeklerde beslenme problemlerine daha sık rastlanmaktadır. Bu sorunların çoğu hemen doğum sonrası dönemde görülmekle beraber emme ve yutma sorunları uzun süre devam edebilmektedir. Annelerin bebeklerinin beslenmesini tam olarak öğrenmeden taburcu olmaları evde beslenme ile ilgili problem yaşamalarına, bebeklerde kilo kaybı, tekrar hastaneye yatış gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Her annenin taburculuk öncesi beslenmeyle ilgili bütün konularda mutlaka bilgilendirilmesi ve anne verilen bilgileri tamamen yapabilir duruma geldiğinde taburculuğun gerçekleşmesi gerektiği düşünülmektedir.

Annelerin %72.5'inin bebeklerinin sağlık bakımına yönelik konularda bilgi sahibi oldukları bulunmuştur (Tablo 4.10). Bilgili'nin (2009) çalışmasında annelerin sağlık bakımına yönelik %29.0'u tarama testleri, %42.0'si aşıların izlenmesi, %24.6'sı ilaçların verilmesi konularında bilgi sahibi oldukları saptanmıştır.¹⁵⁹ Doğaner'in (2005) araştırmasında annelerin %19.2'sinin aşılarla ilişkin bilgi sahibi olduklarını belirlenmiştir.¹⁵⁷ Şahingeri (2008) çalışmasında annelerin %1.2'sinin aşılarla ilgili bilgi aldığını bildirmiştir.¹⁵⁶ Çalışmamızda yer alan annelerin sağlık bakımına yönelik bilgi alma oranlarının yüksek çıkması olumlu olarak

değerlendirilebilir. Ancak prematüre bebeğin sağlık bakımına yönelik konularda annelerin tamamının bilgi sahibi olması gerekmektedir. Taburculuk öncesi sağlık personeli annelerin bilgi eksikliklerini gidermelidir.

Annelerin %45.0'i sağlık problemlerine yönelik konularda bilgi sahibi olduklarını ifade etmiştir (Tablo 4.10). Bilgili'nin (2009) araştırmasında annelerin sağlık problemlerine yönelik bilgi sahibi olduğu konuların içinde; sarılık %26.1, ishal %30.4, gaz çıkarma %60.9 olarak bulunmuştur.¹⁵⁹ Doğaner'in (2005) araştırmasında annelerin %42.3' ünün bebeğin gazını çıkarma konusunda bilgi almışlardır.¹⁵⁷ Çalışmamızda sağlık bakımına ilişkin konularda annelerin bilgi sahibi olma oranlarının düşük olması, annelerin bu konularda daha çok eğitime ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Annelerin vücut ısısının ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda %26.3'ünün, oda sıcaklığı konusunda %27.5'inin, giydirilmesi konusunda %37.5'inin bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Annelerin %45.0'inin ise ziyaretçilerin kabulü konusunda bilgisi vardır. Annelerin %41.3'ü bebeklerinin uyku düzenini, %62.5'i bebeği uygun pozisyonda tutma ve yatırmayı bildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.10) Bilgili'nin (2009) çalışmasında derece kullanımı %34.8, giydirilmesi %60.9, ziyaretçilerin kabulü %18.8, uyku izlenmesi %42.0, bebeğin tutulması %47.8 olarak bulunmuştur.¹⁵⁹ Çalışmamızda annelerin bebeklerinin vücut ısısının ölçülmesi, oda sıcaklığı, giydirilmesi konularında bilgi sahibi olma oranlarının düşük çıkması annelerin bu konularda eğitilerek hastaneden taburcu edilmeleri gerektiğini göstermektedir.

Annelerin bebek bakımına ilişkin sahip oldukları bilgilerin kaynaklarına göre dağılımı incelendiğinde; %51.6'sı genel vücut bakımını

sağlık personelinden öğrendiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.11). Bilgili (2009) çalışmasında annelerin yenidoğanın genel vücut bakımına ilişkin genital bölge bakımını %13.0'ü, göz bakımını %11.6'sı, burun bakımını %11,6 ve kulak bakımını %8.7 sağlık personelinden öğrendiklerini belirtmiştir. Ağız bakımını %14.4'ü, banyo yaptırmayı %44,9'u, pişik bakımını %24.6'sı, konak bakımını %5,8'i akrabalar/komşulardan öğrendiklerini belirtmiştir.¹⁵⁹ Annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgi eksikliğinin sağlık profesyonelleri tarafından giderilmemesi, anneleri yanlış bilgi ve uygulama kaynaklarına yönlendirebileceği düşünülmektedir.

Annelerin bebek beslenmesine yönelik bilgilerini nereden aldıkları incelendiğinde; %95.2'si bebek beslenmesine yönelik bilgilerini sağlık personelinden öğrendiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.11). Bilgili'nin (2009) çalışmasında annelerin bebeğin emzirilme ve beslenmesine yönelik bilgileri %31.9'u akraba/ komşulardan, vücut ağırlığı konusunda bilgileri %15.9'u sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir.¹⁵⁹ Çalışmamızda beslenme konusunda bilgisi olan annelerin bu bilgileri büyük oranda sağlık personelinden almaları bilgileri daha doğru uygulamaları açısından olumlu olarak düşünülmektedir.

Annelerin %95.0'i sağlık bakımına ilişkin bilgileri sağlık personelinden öğrenmişlerdir (Tablo 4.11). Bilgili (2009) annelerin %37.7'si yenidoğanın aşılarını, %24.6'sı tarama testlerini, %20.3'ü ilaç kullanımını sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir.¹⁵⁹ Çalışmamızda annelerin önemli bir kısmının sağlık bakımına ilişkin konularda sağlık personelinden bilgi almış olması sevindiricidir. Sağlık personelinden bilgi alan annelerin bebek bakımına ilişkin uygulamalarının daha doğru olacağı düşünülmektedir.

Annelerin %77.1'i sağlık problemlerine ilişkin bilgileri sağlık personelinden öğrenmişlerdir (Tablo 4.11). Bilgili'nin (2009) çalışmasında

annelerin %15.9'u sarılık yönünden izlenmesini, %10.1'i hastalık belirtilerini değerlendirmeye yönelik bilgilerini sağlık personelinin, ishal yönünden izlenmesi konusundaki bilgilerini %14.4'ü akraba/ komşulardan öğrendiğini belirtmiştir.¹⁵⁹ Çalışmamızda annelerin sağlık problemlerine ilişkin konularda büyük oranda sağlık personelinin almış olması olumlu bir bulgudur. Ancak sağlık personeli tarafından bu oranın yükseltilmesi için bütün annelerin eğitilmesi önemlidir.

Annelerin vücut ısısının ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda bilgiyi %66.7'si sağlık personelinin; oda sıcaklığı konusunda bilgiyi %50.0'si kitap/internet/cd'den; giydirilmesi konusunda bilgiyi %53.3'ü aileden aldıkları belirlenmiştir. Anneler uyku düzenini %33.3 aile ve kitap/internet/cd'den; ziyaretçilerin kabulünü %52.8 sağlık personelinin öğrendiklerini belirtmişlerdir. Annelerin %80.0'i bebeğin uygun pozisyonda tutulması ve yatırılması konusundaki bilgilerini sağlık personelinin öğrendikleri saptanmıştır (Tablo 4.11). Bilgili'nin (2009) çalışmasında annelerin bebeğin vücut ısısını değerlendirme konusundaki bilgilerini %17.4'ü sağlık personelinin öğrendiğini belirtmiştir.¹⁵⁹ Annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgi eksikliğinin sağlık profesyonelleri tarafından giderilmemesi, anneleri yanlış bilgi ve uygulama kaynaklarına yönlendirebilir. Bu durumun önlenmesi için annelere taburculuk öncesinde bilgi eksikliklerinin belirlenerek eğitilmesi gerekmektedir.

Annelerin %82.5'i bebeklerin genel vücut bakımı konusunda bilgi gereksinimi olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.12). Bilgili'nin (2009) çalışmasında genel vücut bakımına ilişkin gereksinim duyulan konular; banyo yaptırma %62.0, pişik bakımı %60.9, konak bakımı %65.2, ağız bakımı %63.8, göz bakımı %66.7, burun bakımı %71.0, kulak bakımı %69.6, göbek bakımı %68.1, perine bakımı %59.4 olarak bulunmuştur.¹⁵⁹ Başer ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin vücut bakımına yönelik

bilgi gereksinimleri olan konular; banyo yaptırma %32.7, pişik bakımı %25.5, konak bakımı %54.5, ağız bakımı %54.5, göz bakımı %43.6, burun bakımı % 38.2, kulak bakımı %40.0, göbek bakımı %45.5, genital bölge bakımı %27.3 olarak bulunmuştur.¹⁶⁰ Doğan'ın (2007) çalışmasında annelerin tamamına yakını göz, burun ve ağız bakımı (%91.3), banyo ve cilt bakımı (%91.3), alt bakımı (%83.7) ile ilgili bilgiye gereksinim duymaktadırlar.¹⁴⁸ Bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da annelerin bebek bakımı ile ilgili önemli derecede bilgiye gereksinimleri olduğu, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Annelerin %60.0'ının bebeklerin beslenmesine yönelik bilgi gereksinimleri bulunmaktadır (Tablo 4.12). Doğan'ın (2007) çalışmasında annelerin %95.7'sinin bebek beslenmesi ile ilgili bilgiye gereksinim duyduğunu belirtmiştir.¹⁴⁸ Başer'in (2005) çalışmasında annelerin %34.5'inin emzirme ve besleme konularında bilgiye ihtiyaç duymaktadır.¹⁶⁰ Bilgili'nin (2009) araştırmasında emzirme ve besleme konularında bilgiye gereksinim duyan anne oranı % 59.4'tür.¹⁵⁹ Çalışmamızda annelerin beslenmeye yönelik bilgi gereksinimlerinin fazla olması dikkat çekicidir. Annelerin bebeklerinin beslenmesini tam olarak öğrenmeden taburcu olmaları evde beslenme ile ilgili problem yaşamalarına, bebeklerde kilo kaybı, tekrar hastaneye yatış gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Bu olumsuz durumları önlenmesi için her annenin bebek beslenmesi konusunda yeterli bilgiye sahip olarak taburcu olmaları gerekmektedir.

Çalışmamızda annelerin %83.8'inin bebeklerinin sağlık bakımına ilişkin bilgi gereksinimleri bulunmaktadır (Tablo 4.12). Balkaya'nın (2002) araştırmasında annelerin bebeğin büyüme ve gelişmesi konularında bilgi gereksinimi olduğunu belirlemiştir.²² Bilgili'nin

(2009) çalışmasında annelerin %68.1'i tarama testleri, %68.1'i aşıların izlenmesi, %69.6'sı ilaç kullanımı/vitaminler konusunda bilgiye gereksinim duymaktadır.¹⁵⁹ Erken dönemde ortaya çıkan sorunlar ileride prematüre bebeğin büyüme ve gelişmesini engelleyerek kalıcı sekellere neden olabilir. Annelere verilen doğru eğitim ve bakımlarla bu sorunların ortaya çıkması önlenabilir. Bu nedenle erken dönemde verilen bakım ve eğitimin, saptanan bu sorunlara erken müdahalede önemlidir.

Çalışmamızda annelerin %86.3'ünün sağlık problemleri ile ilgili konularda bilgi gereksinimi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Başer'in (2005) çalışmasında annelerin %54.5'ü sarılık yönünden izlenmesi, %50.9'u idrar miktarının izlenmesi,%47.3'ü dışkı miktarı izlenmesi, %12.7'si gazının çıkarılması, %21.8'i hastalık belirtilerinin izlenmesi konularında bilgi gereksinimlerinin olduğu görülmektedir.¹⁶⁰ Bilgili'nin (2009) araştırmasında annelerin %71.0'i sarılık yönünden izlenmesi, %56.5'i gazının çıkarılması, %71.0'i hastalık belirtileri konularında bilgi ihtiyaçları olduğu tespit edilmiştir.¹⁵⁹ Bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da annelerin büyük oranda bebeklerinin sağlık bakımı konusunda bilgi gereksinimleri bulunmaktadır.

Annelerin %65.0'inin vücut ısısının ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda; %62.5'inin oda sıcaklığı konusunda, %45.0'inin giydirilmesi konusunda bilgiye ihtiyaçları vardır. Anneler %46.3'i uyku düzeni konusunda, %42.5'i ziyaretçilerin kabulü, %35.0'i uygun pozisyonda tutma ve yatırma konusunda bilgiye gereksinim duymaktadır (Tablo 4.12). Başer'in (2005) çalışmasında annelerin %43.6'sı derece kullanımı ve değerlendirilmesi, %20.0'si giydirilmesi, %18.2'si uyku izlenmesi, %23.6'sı ziyaretçiler, %14.5'i bebeğin tutulması konularında bilgi gereksinimi olduğu görülmektedir.¹⁶⁰ Bilgili'nin (2009) çalışmasında ise anneler derece kullanımını %63.8'i, giydirilmesini %60.9'u, uyku

izlenmesini %59.4'ü, ziyaretçileri %56.5'i, bebeğin tutulmasını %53.6'sı bilgi gereksinimleri olarak belirtmiştir.¹⁵⁹ Balkaya (2002) çalışmasında annelerin bebeklerinin vücut ısısının korunması, giydirilmesi, uyku düzeni konularında bilgi gereksinimleri olduğunu belirlemiştir.²² Annelere verilen eğitimlerle yanlış uygulamalar önlenabilir ve bunun sonucunda bebekte oluşabilecek istenmeyen sonuçlar engellenebilir ve sağlık kuruluşlarına gereksiz başvurular azaltılabilir.

Annelerin hastanede kaldıkları süre içinde bebeklerine ilişkin yaşadıkları en büyük sorunu %55.0'i dokunmaktan ve bakım vermekten korkma, %20.0'si bebeği sık görememek olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.13). Konukbay'ın (2011) çalışmasında ailelerin %51.1'i bebeklerini istediklerinde görememe nedeniyle sorun yaşadıkları saptanmıştır.²⁴ Kurnaz'ın çalışmasında annelerin bebeklerine ilişkin yaşadıkları sorunlar %21.1 dokunup bakım vermekten korkma, %3.9 bebeklerinden ayrı olmak ve emzirememek olarak belirlenmiştir.²⁸ Annelerin bebeklerini her fırsatta ziyaret etmelerine fırsat verilerek, bebeğin bakımına aktif olarak katılmalarının sağlanması, bebeği ile konuşması ve dokunmasının desteklenmesi ile korkularının azaltılabileceği düşünülmektedir.

Annelerin hastanede kaldıkları süre içinde kendileri ile ilgili yaşadıkları en büyük sorunu %31.3'ü ağrı, %25.0'i uykusuzluk ve dinlememe, %25.0'i emziremememe, %13.7'si kaygılarını ve duygularını konuşamama olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.13). Güner'in (2007) çalışmasında normal doğum yapan annelerin %16.9'u, sezaryen ile doğum yapan annelerin ise %32.4'ü ağrı ile baş etmede sorun yaşadığını ifade etmiştir.¹⁶¹ Kurnaz'ın (2007) çalışmasında anneler %21.1 doğum sonu ağrı, %26.3 oranında yorgunluk ve uykusuzluk yaşadıklarını belirtmişlerdir.²⁸ Şahingeri'nin (2008) çalışmasında annelerin doğum sonrası yaşadıkları sorunların ağrı %31.2 ve yorgunluk, güçsüzlük %30.2,

uykusuzluk %28.0 olarak belirlenmiştir.¹⁵⁶ Çalışır'ın (2008) çalışmasında annelerin %28.6'sı herhangi bir durum hakkında duygularını ifade edebilme gereksinimi olduğunu ifade etmiştir.¹⁰⁵ Yapılan çalışmalarda annelerin karşılaştıkları sorunlar ile çalışmamızdaki yaşanan sorunlar benzerlik göstermektedir. Doğum sonrası annelerin yaşadıkları sorunların çoğunlukla ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, güçsüzlük olduğu ve özellikle bu sorunlar yönünden desteklenmeye gereksinimleri olduğunu söyleyebiliriz.

Annelerin 41'i daha iyi hizmet alabilmek için bazı önerilerde bulunmuştur. Annelerin %12.2'si acil durumlarda telefonla sağlık personeline ulaşabilmek, %27.0'si bilgilendirmenin daha fazla olması ve danışmanlık hizmetlerini önermişlerdir. Annelerin %17.0'si ulaşım probleminin çözümü için kalacak yer sağlanması, %5.0'i bebek bakımına dahil edilmelerinin sağlanmasını istemişlerdir. Annelerin %12.1'si primer hemşirelik bakımının verilmesi, %17.0'si bebekle birlikte özel odada kalmak, %4.9'u kliniğin daha temiz ve düzenli olması şeklinde görüşlerini bildirmiştir (Tablo 4.14). Kurnaz'ın çalışmasında anneler; kliniklerin daha temiz ve düzenli olmasını (%28.9), ilgi ve bilgilendirmenin daha fazla olmasını (%21.1), ulaşım problemlerinin çözümü için kalacak yer temin edilmesini (%21,1), annelerin bebek bakımına dâhil edilmelerinin sağlanmasını (%2,6) istemişlerdir.²⁸ Çalışmamızdaki öneriler Kurnaz'ın (2007) çalışmasındaki önerilerle benzerlik göstermektedir. Anne-bebek etkileşimini sağlayabilmek için annelere bebekleri ile özel odada kalmalarını sağlamak, ulaşım probleminin çözümü için kalacak yer sağlanması ile annenin yorgunluğunun ve anksiyetesinin azaltılabileceği düşünülebilir.

Araştırmada, prematüre bebek annelerinin önemli bir kısmının taburculuk öncesi evde bebek bakımına yönelik bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Annelere taburculuk öncesinde evde

prematüre bebek bakımı ile ilgili eğitim verilmesi, annelerin prematüre bebek bakımı ile ilgili bilgi ve becerilerinin gelişmesine, bebek bakımında kendilerine olan güvenin artmasına ve ortaya çıkacak problemlerin önlenmesine yardım edecektir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde annelerin YYBÜ'de yatan prematüre bebeklerinin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerine ilişkin elde edilen sonuçlar ve öneriler yer almaktadır.

6.1. Sonuç

Çalışmaya katılan annelerin %48. 8'inin 30-39 yaş grubunda yer almaktadır. Kadınların %38.8'inin yüksekokul ve üzeri mezunu oldukları belirlenmiştir. Annelerin %61.2'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Annelerin %67.5'inin il merkezinde yaşadığı, %92.5'inin çekirdek aileye sahip olduğu, % 53.7'sinin eşiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Annelerin %98. 8'i sosyal güvenceye sahiptir (Tablo 4.1).

Annelerin %53.7'sinin primipar olduğu saptanmıştır. Son gebelik ile bir önceki gebelik aralığı 24 aydan daha uzun olan kadınların oranı %65.0 bulunmuştur. Erken doğum öyküsü olan anneler %16.2 olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan annelerin %60.0'ı bir çocuğa sahiptir. Son gebeliği isteyerek gerçekleştiren annelerin oranı %91.3 iken, %8.7'sinin gebeliğinin plansız olduğu bulunmuştur. Annelerin %82.5'i sezaryen,% 17.5'i vajinal yol ile doğumunu gerçekleştirmiştir. Annelerin %92.5'inin DÖB aldığı saptanmıştır. Annelerin %56.3'ü doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi almıştır. Bilgi alan annelerin, %46.7'si gebelik riskleri, %28.9'u beslenme, %22.2'si doğum şekli, %2.2'si aile planlaması ile ilgili bilgi almıştır (Tablo 4.2).

Araştırmaya alınan bebeklerin %20'sinin gestasyon yaşı 24-28 hafta arasında yer almaktadır. Bebeklerin doğum ağırlıklarının en az 590gr, en fazla 3490 gr olduğu belirlenmiştir. Bebeklerin %63.7'sinin doğum ağırlığı 1500 gr'üzerinde, %55'inin cinsiyetinin kız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Annelerin %83.8'inin bebeklerinin tanılarını bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Annelerin %81.3'ü prematüre bebeğe sahip diğer ebeveynler ile konuşma gereksinimleri olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.4).

Annelerin %90'ı daha önce prematüre bir bebeğe bakım vermediğini, sadece %10'u prematüre bir bebeğe bakım verdiğini belirtmiştir (Tablo 4.5).

Ümit, güven ve üzüntü duyduğunu söyleyen anne oranı aynı olup %32.5 olarak bulunmuştur. Annelerin %10'u suçluluk hissettiğini, %16.3'ünün bebeğin büyüme ve gelişmesi ile ilgili endişeleri olduğunu, %8.7'si bebeğini kaybetme korkusu yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4.5).

Annelerin %50.0'si bebek bakımı konusunda kendilerini yeterli hissettiğini, %50.0'si yetersiz hissettiğini yetersiz hissettiğini söylemiştir. Bakım konusunda kendini yetersiz hisseden 40 anneden 32'si yetersiz hissetme nedenlerini açıklamıştır. Annelerin, %37.5'i bakım konusunda bilgi eksikliği, % 40.5'i bakım vermekten korktuğunu ifade etmiştir (Tablo 4.6).

Annelerin % 56.2'si evde bebek bakımı ile ilgili güçlük yaşayacağını belirtmişlerdir. Annelerin % 37.8'i bebek bakımı konusunda yeterli olamama, % 33,3'ü bebeğin beslenmesi ve emzirilmesi konusunda başarısızlık korkusunu güçlük yaşamayı düşünme nedenleri arasında göstermiştir (Tablo 4.7).

Annelerin % 76.3'ü hemşireden günlük bilgi almayı, %87.5'i doktordan günlük bilgi almayı çok önemli bulduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.8).

Annelerin %60.0'ı hemşirelik hizmetlerini, %63.8'i hekim hizmetlerini çok iyi olarak değerlendirmiştir. Annelerin %48.8'i hastanenin fiziksel ortamını iyi bulurken, yemekleri %62.5'i iyi olarak ifade etmiştir (Tablo 4.9).

Annelerin % 78.8'inin bebeklerinin genel vücut bakımı ile ilgili bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Annelerin %77.5'inin bebek beslenmesi ile ilgili bilgi sahibi oldukları, %72.5'inin bebeklerinin sağlık bakımına yönelik konularda bilgi sahibi oldukları bulunmuştur. Annelerin sağlık problemlerine yönelik bilgi sahibi oldukları konular %45.0 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10).

Annelerin vücut ısısının ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda %26.3'ünün, oda sıcaklığı konusunda %27.5'inin, giydirilmesi konusunda %37.5'inin bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Annelerin %45.0'i ise ziyaretçilerin kabulü konusunda bilgi almışlardır. Anneler % 41.3'ü bebeklerinin uyku düzenini, %62.5'i bebeği uygun pozisyonda tutma ve yatırmayı bildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.10).

Annelerin %51.6'sı genel vücut bakımını, %95.2'si bebek beslenmesine yönelik bilgilerini sağlık personelinin öğrendiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.11).

Annelerin %95'i bebeklerinin sağlık bakımına ilişkin bilgileri, %77.1'i sağlık problemlerine ilişkin bilgileri sağlık personelinin öğrenmişlerdir (Tablo 4.11) .

Annelerin %66.7'si vücut ısısının ölçülmesi/ değerlendirilmesi konusunda bilgiyi sağlık personelinin; oda sıcaklığı konusunda bilgiyi %

50.0'si kitap/internet/cd'den; giydirilmesi konusunda bilgiyi %53.3'si aileden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Annelerin %33.3'ü uyku düzenini aile ve kitap/internet/cd'den; ziyaretçilerin kabulünü %52.8'i sağlık personelinin öğrendiklerini belirtmişlerdir. Annelerin %80.0'i bebeğin uygun pozisyonda tutulması ve yatırılması konusundaki bilgilerini sağlık personelinin öğrenmişlerdir (Tablo 4.11).

Annelerin bebeklerin genel vücut bakımı konusunda %82.5, bebeklerin beslenmesine yönelik %60.0, bebeklerinin sağlık bakımına ilişkin %83.8 oranında bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Annelerin %86.3'ünün sağlık problemleri konusunda, %65.0'inin vücut ısısının ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda; %62.5'inin oda sıcaklığı konusunda, %45.0'inin giydirilmesi konusunda bilgiye ihtiyaçları vardır. Annelerin %46.3'i uyku düzeni konusunda; %42.5'i ziyaretçilerin kabulü konusunda bilgiye gereksinim duymaktadır (Tablo 4.12).

Annelerin hastanede kaldıkları süre içinde bebeklerine ilişkin yaşadıkları en büyük sorunu %45. 0'i dokunmaktan ve bakım vermekten korkma, %20.0'si bebeği sık görememek olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.13).

Annelerin hastanede kaldıkları süre içinde kendileri ile ilgili yaşadıkları en büyük sorunu %31.3'ü ağrı, %25.0'i uykusuzluk ve dinlememe, %25.0'i emzirememe, % 13.7'si kaygılarını ve duygularını konuşamama olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.13).

Annelerin 41'i daha iyi hizmet alabilmek için öneride bulunmuştur. Annelerin %12.2'si acil durumlarda telefonla sağlık

personeline ulaşabilmek, %27.0'si bilgilendirmenin daha fazla olması ve danışmanlık hizmetlerini önermişlerdir. Annelerin %17.0'si ulaşım probleminin çözümü için kalacak yer sağlanması, %5.0'i bebek bakımına dâhil edilmelerinin sağlanması, %4.8'i hastane işlemlerinin kolaylaştırılmasını istemişlerdir. Annelerin %12.1'si primer hemşirelik bakımının verilmesi, %17. 0'si bebekle birlikte özel odada kalmak, %4.9 kliniğin daha temiz ve düzenli olması şeklinde görüşlerini bildirmiştir (Tablo 4.14).

6. 2. Öneriler

Annelerin önemli bir kısmı doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi almamıştır (Tablo 4.2). Annelerin DÖB sırasında doğum, doğum sonu döneme ve prematüre yenidoğan bakımına ilişkin bilgilendirilmesi,

Annelerin büyük çoğunluğunun daha önce prematüre bir bebeğe bakım vermediğini belirlenmiştir (Tablo 4. 5). Bebek bakımı konusunda deneyime sahip olmayan bu annelerin bebek bakımı konusunda eğitimlerle daha çok desteklenmesi,

Anneler erken doğum yapma ve bebeklerinin yoğun bakım ünitesinde yatmasına yönelik olarak üzüntü, suçluluk, endişe kaybetme korkusu gibi olumsuz duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Annelerin yaşadığı olumsuz duyguları azaltmak için anneye bebeğin durumu hakkında açıklama yapılması, emosyonel destek sağlanması, annenin sorularının cevaplanması, kullanılan tıbbi tedavi ve uygulamaların tıbbi terimlerden kaçınılarak annenin anlayacağı şekilde açıklanması, evdeki bakıma yönelik bilgilerden oluşan danışmanlığın aynı hemşire tarafından verilmesi,

Annelerin yarısı bebek bakımı konusunda kendini yetersiz hissettiğini söylemiştir (Tablo 4.6). Annenin bebek bakımına yönelik kendini yetersiz hissettiği konuların belirlenerek, annenin kendine yeter duruma gelinceye kadar eğitimlerin sürdürülmesi; annelere, ellerinde kaynak olarak bulunabilecek eğitim kitapçıklarının ve eğitim cd'lerinin dağıtılması,

Annelerin önemli bir kısmı evde bebek bakımı ile ilgili güçlük yaşayacağını belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Annede oluşan endişelerin bilgi ve becerileri geliştirmeye yönelik bebek bakımı ve prematürelliğe özgü beslenme eğitimleri ile azaltılması,

Annelerin önemli çoğunluğu prematüre bebek bakımı konusunda bilgiye gereksinim duymaktadır (Tablo 4.12). Bebekleri yoğun bakım ünitesinde olan annelerin, bebeklerine ilişkin belirlenen bakım gereksinimlerine yönelik hemşirelik bakımının planlanması ve girişimlerin uygulanması,

Annelerin önemli bir kısmı hastanede kaldıkları süre içinde bebeklerine ilişkin yaşadıkları sorunları dokunmaktan ve bakım vermekten korkma, bebeği sık görememek olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.13). Annelerin bebeklerini her fırsatta ziyaret etmelerine fırsat verilerek, bebeğin bakımına aktif olarak katılmalarının sağlanması, bebeği ile konuşması ve dokunmasının desteklenmesi,

Anneler daha iyi hizmet alabilmek için önerilerde bulunmuşlardır (Tablo 4.14). Bu öneriler doğrultusunda; eğitimlerin aynı hemşire tarafından verilmesi, üniteye taburculuk sonrası acil durumlar için 24 saat bilgi verecek danışman hemşire bulunması, mümkünse anne ile bebeğin aynı odada kalmasının sağlanması, ulaşım sorunu yaşayan

anneler için hastanede kalacak yer sağlanması, annelerin hastanede kaldıkları süre içinde karşılanamayan dinlenme ve banyo ihtiyaçları dikkate alınarak, hastanede gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

7. ÖZET

Annelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Prematüre Bebeklerinin Bakımına Yönelik Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi.

Bu araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan prematüre bebeklerin annelerinin prematüre bebeklerin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini için yanılma düzeyi α 0.05, gücü % 81 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini 80 prematüre bebek annesi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Hazırlanan veri toplama formu annelere ile yüz yüze görüşme şeklinde uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler sayı ve yüzdelerle değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde ettiğimiz bulgulara göre; annelerin bebeklerin genel vücut bakımı konusunda %82.5, beslenmesine yönelik % 60.0, bebeklerinin sağlık bakımına ilişkin %83.8 oranında bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Annelerin % 86.3'ünün sağlık problemleri konusunda, %65.0'inin vücut ısısının ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda; %62.5'inin oda sıcaklığı konusunda, %45.0'inin giydirilmesi konusunda bilgiye ihtiyaçları vardır. Annelerin %46.3'i uyku düzeni konusunda; %42.5'i ziyaretçilerin kabulü konusunda bilgiye gereksinim duymaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda prematüre bebek annelerinin, taburcu olmadan önce bebeklerine ilişkin belirlenen bakım gereksinimlerine yönelik hemşirelik bakımının planlanması ve girişimlerin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, anne, bilgi gereksinimi, hemşirelik bakımı

8. SUMMARY

Determination Of Information Requirements Of Mothers With Regard To Taking Care Of Their Premature Babies Who Have Stayed In The Intensive Care Unit.

This study has been conducted in order to determine the information requirements of mothers regarding to taking care of their premature babies who have stayed in Gazi University Health Research and Implementation Centre, Newborn Intensive Care Unit. For this study, the margin of error has been estimated as α 0.05 and power has been estimated as 81%. The sample of this study was 80 mothers with premature babies. A questionnaire prepared by the researcher was used for data collection. The questionnaire was applied via face to face interviews with mothers. SPSS 15.0 software has been used for the evaluation of the data. The data has been evaluated by numbers and percentile.

In accordance with the findings of the study, the information requirement of mothers is 82.5% regarding their babies' general body care, 60.0% regarding nutrition, 83.8% regarding health care. The information requirement of mothers is 86.3% regarding health problems, 65.0% regarding taking/evaluating baby's temperature, 62.5% regarding room temperature, 45.0% baby's clothing. The information requirement of mothers is 46.3% regarding sleeping routines, and 42.5% regarding welcoming the guests. The suggestion of this study in line with these outcomes is the planning of nursing training for mothers with premature babies in accordance with the care requirements of their babies before the discharge and the implementation of such interventions.

Key Words: premature, mother, information requirement, nursing care

9. KAYNAKLAR

1. Balcı S. Preterm Bebeğin Evdeki Bakımına Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Bebeğin Büyüme–Gelişmesine ve Annelerin Bakım Sorunlarını Çözme Becerilerine Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2006.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. [İnternet] [Erişim 06.07.2012].ElektronikAdresi:http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2010.pdf
3. DüNDAR AS, Bayat M, Erdem E. Yenidoğan Ünitelerinin Düzeyleri ve Organizasyonu. Sağlık Bilimleri Derg 2011; 20(2):137-142.
4. When Wu S, Smith G, Yang Q. Walker M. Epidemiology Of Preterm Birthand Neonatal Outcome. Seminars İn Fetal And Neonatal Medicine 2004; 9(6): 429-435.
5. Dağoğlu T. Prematürite. İçinde: Yurdakök M, Erdem G, editörler. Neonatoloji. 1. Baskı. Ankara: Türk Neonatoloji Derneği; 2004. s. 123-129.
6. Nair MKC, George B, Philip E.Introduction To The High Risk Newborn. İn: Nair MKC, Jain N, Editors. 1 st. Ed. The High Risk Newborn. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2008. P. 3-9.
7. Peterec SM, Warshaw JB. The Premature Newborn. İn: Mcmillan JA, Deangelis CD, Jones MD, Editors. Oski's Pediatrics: Principles And Practice. 4 Th Edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2006.P.220-235.

8. Okan F, Nikain A, Gökalp D, Lembet A. Mikroprematürelerin Bakımı: 382 gr Doğan Bebeğin Sağkalımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 29-32.
9. Erdem G, Bakar EE, Yiğit Ş, Turanlı G. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde İzlenen Prematüre Bebeklerin Nörogelişimsel İzlemi. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Derg 2006; 49: 185-192.
10. Çiçek N, Vitrinel A, Cömert S, Erdağ G, Aksoy F, Akın Y. Prematüre Bebeklerin İzlem Sonuçları. Türk Pediatri Arşivi 2005; 40: 33-8.
11. Korkmaz A, Armangil D, Yurdakök M, Yiğit Ş, Tekinalp G. Bronkopulmoner Displazili Bebeklerde Uzun Süreli İzlem ve Yeniden Hastaneye Yatış Özellikleri. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Derg 2008; 51: 15-25.
12. Gürakan B. Çoğul Gebeliklerde Yenidoğan Sorunları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Derg 2005; 2(3): 161-163.
13. Yiğit R. Fetus - Yenidoğan Hakları ve Hemşirelik. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2002; 6 (2):50-56.
14. Wong SE, Butt ML, Symington A, Pinelli J, et al. Parental Satisfaction With Quality Of Care In Neonatal Follow-Up Programs. Journal Of Neonatal Nursing 2011; 17: 222-232.

15. Yıldız S. Yüksek Riskli Yenidoğanların Taburculuğa Hazırlanması ve Preterm Bebeklerin İzlemi. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji Ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. 789-803.
16. Atasay B, Okulu E, İM Akın, Çandır O, Arsan S, Türmen T. Geç Prematüre Yenidoğanların Erken Klinik Sonuçları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Derg 2010; 4(1): 30-35.
17. Çelebioğlu A. Yenidoğanın Hastaneye Kabulünde Ebeveynlerin Duyguları ve Hemşirelik Yaklaşımı. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN:1303-5134. 2004; 1-8.
18. Altuntuğ K, Acar A. Doğum Sonu Dönemde Primipar Anne ve Ebe/ Hemşirelerin Eğitim Önceliklerinin Karşılaştırılması. STED 2011; 20(3):124-129.
19. Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):479-484.
20. Lindberg B, Öhrling K. Experiences Of Having A Prematurely Born Infant From The Perspective Of Mothers In Northern Sweden. Int J Circumpolar Health 2008; 67(5):461-471.
21. Görak G. Yenidoğan Ailesinin Psikososyal Durum ve Sorunlarında Bakım. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s.805-823.

22. Balkaya NA. Pospartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6(2):42-49.
23. Yıldız D. Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Danışmanlık Gereksinimleri ve Yaklaşımlar. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50: 294-298.
24. Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2011; 14(2) :16-22.
25. Fowlie PW, McHaffie H. Supporting Parents İn The Neonatal Unit. Brithish Medical Journal 2004; 329(4): 1336-1338.
26. Özyazıcıoğlu N, Tüfekci FG. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı Ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2009; 12(4):66-73.
27. İşler A, Conk Z. Pediatri Aile Merkezli Bakım. Ege Pediatri Dergisi 2006; 13(3): 187-94.
28. Kurnaz E. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Olan Annelerin Endişeleri ve Bakım Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2007.
29. William A. Engle, Kay M. Tomashek and Carol Wallman and the Committee on Fetus and Newborn. Late-Preterm” Infants: A Population at Risk. Pediatrics 2007; 120 (6): 1390-1401.

30. Turan TM, Bolışık B. Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne Ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi. CÜ. Hemşirelik Yüksekokul Derg 2003;7(1):39-46.
31. Kaynak S. Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2011.
32. Verklan M.T. So, He"s a Little Premature. What"s the Big Deal? Critical Care Nursing Clinics of North America 2009; 21(2): 149–161.
33. Çetin Z. Sağlığı Geliştiren Hastane Kavramı İçinde Prematüre Yenidoğan Sağlığı: Doğum Sonrası Annelere Verilen Eğitimin Çocuk Bakımına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2011.
34. Şahin NH, Oskay Ü. Prematüre Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerde Ortaya Çıkan Stresörler. Çocuk Derg 2008; 8(2): 108-113.
35. Umur A. Prematüreler İçin Hemşirelik Bakım Standartları Oluşturulması Ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2008.
36. Şener T. Preterm Eylem ve Doğum. İçinde: Ayhan A, Durukan D, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, editörler. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2008. s. 477-489.

37. Simmons LE, Rubens CE, Darmstadt GL, Gravett MG. Preventing Preterm Birth and Neonatal Mortality: Exploring the Epidemiology, Causes, and Interventions. *Seminars in Perinatology* 2010; 34(6): 408-415.
38. Can G, Çoban A, İnce Z. Preterm Doğınlar, İntrauterin Büyüme Geriliği, Makrozomi, Çoğul Gebelik. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul T, editörler. *Pediatrici cilt 1. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s. 326-442.*
39. Gardner SL. Johnson JL. Initial Nursery Care. In: Merenstein GB, Gardner SL, editors. *Handbook of Neonatal Intensive Care. 8 th ed. USA: Mosby Elsevier; 2006. p. 79-121.*
40. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Pediatrici Cilt 1. Akçay T (Çev), 1. Basım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2008.*
41. Kliegman RM, Marcante KJ, Jenson HB, Behrman RE. *Nelson Pediatricinin Temelleri. Gürsoy T (Çev), 5. Basım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008*
42. Polin RA, Spitzer AR. *Fetal ve Neonatal Sırlar. Akçay T, Akçay A (Çev), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.*
43. Gilbert ES, Harmon JS, Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Taşkın L (Çev) 2. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2002
44. Derbent A, Turhan NÖ, Erken Doğum Riski ve Tahmini. *Yeni Tıp Dergisi* 2009;26: 139-144.

45. Göksever H, Kılıç B, Erata Y. Preterm Doğumlarda Epidemiyolojik Faktörler. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008;18(5):294-305.
46. Lepley M, Gogoi RG. Prenatal Environment: Effect on Neonatal Outcome. In: Merenstein GB, Gardner SL, editors. Handbook of Neonatal Intensive Care. 8 th ed. USA: Mosby Elsevier; 2006. p. 11-38.
47. Coşkun A.Yüksek Riskli Gebelikler Fetus/ Yenidoğana Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s. 59-101.
48. Houska-Lund C, Durand DJ. Skin and Skin Care. In: Merenstein GB, Gardner SL, editors. Handbook of Neonatal Intensive Care. 8 th ed. USA: Mosby Elsevier; 2006. p. 447-466.
49. Küçüköyük Ş. Anne ve Babanın Kitabı Çocuk Sağlığı Rehberi. 3. Baskı. Ankara: Pelin ofset; 2006.
50. Atabek ME, Pirgon Ö. Yenidoğan Takibi. İçinde: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, editörler. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. İstanbul: Güneş Kitabevi Ltd. Şti; 2006. s. 613-618.
51. Dağoğlu T. Prematürite. İçinde: Dağoğlu T, Ovalı F, editörler. Neonatoloji. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. s. 221-228.
52. Lembet A. Prematürenin Sonuçları Ve Epidemiyolojisi. Perinatoloji Derg 2002;10(2):81-87.

53. Floyd AMD. Challenging Designs Of Neonatal Intensive Care Units. Critical Care Nurse 2005; 25: 59-65
54. Erdeve Ö. Aile Merkezli Bakım Ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri Gülhane Tıp Dergisi 2009; 51: 199-203.
55. Ergenekon E. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımı. Türkiye Klinikleri Pediatri Derg 2001,10:1-5.
56. Cone S. The Impact of Communication and the Neonatal Intensive Care Unit Environment on Parent Involvement. Newborn and Infant Nursing Reviews 2007;7(1): pp 33-8.
57. Yurdakök M. Ülkemizde Yenidoğan Bebek Sağlığı Sorunu ve Öneriler. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni 2008; 18: 5-9.
58. Yıldız S. Dünyada Ve Ülkemizde Yenidoğan Hemşireliği. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. S. 3-15.
59. İşler A. Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü. Perinatoloji Dergisi 2007; 15(1):1-6.
60. Keleş ÖD, Şarman G. Kuvözden Dünyaya Erken Doğan Bebeğin El Kitabı. 1.baskı. Sarıyıldız Ofset. Ltd. Şti. 2011
61. Ovalı F. Yüksek Riskli Bebeklerin Takibi. İçinde. Neonatoloji. Dağoğlu T, Ovalı F, editörler. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. S. 203-213.

62. Balcı S. Bebek ve Annenin Taburculuğa Hazırlanması.1.Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği ve 1.Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu. 2011.

63. Eras Z. Prematüre Bebeklerdeki Gelişimsel Sorunlar. İçinde: Dilmen U, Erdeve Ö, Oğuz ŞS, Uraş N, editörler. Yenidoğan Rehberi. 1. Baskı. Ankara: O₂ Medya Bilişim Teknolojileri Yayıncılık Org. Dan. Tic. Ltd. Şti; 2010.s.367-368.

64. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive And Behavioral Outcomes of School-Aged Children Who Were Born Preterm: A Meta-Analysis. JAMA 2002; 288: 728-737.

65. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Olsson CA, Morley R. Prematurity at Birth And Adolescent Depressive Disorder. Br J Psychiatry 2004; 184: 446-447.

66. Marret S, Ancel PY, Marpeau L, Et Al. Neonatal And 5-Year Outcomes After Birth at 30-34 Weeks Of Gestation. Obstet Gynecol 2007; 110: 72-80.

67. Marlow N, Hennessy EM, Bracewell MA, Wolke D. Motor And Executive Function at 6 Years of Age After Extremely Preterm Birth. Pediatrics 2007; 120: 793-804.

68. Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D. Spontan Preterm Doğum Sıklığı ve ilişkili Faktörler. TJOD Derg 2009; 6: 197- 205.

69. Thakre R. Preterm/Low Birth Weight. In: Nair MKC, Jain N, editors. 1 st. ed. The High Risk Newborn. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2008. p. 29-37.
70. Eras Z, Pekcici EBB, Atay G. Prematüre Bebeklerin Mortalite ve Morbidite Sonuçları. Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7: 85-88.
71. Khan NZ, Muslima H, Parveen M, Bhattacharya M, Begum N, Chowdhury S, Jahan M, Darmstadt GL, Neurodevelopmental outcomes of preterm infants in Bangladesh. Pediatrics 2006; 118(1): 280-289.
72. Miral S. Çocuk Ruh Sağlığı Açısından Prematürite. İçinde: Yurdakök M, Erdem G, editörler. Neonatoloji.1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2004. s. 264-270.
73. Aksoy HT. Isı Regülasyonu. İçinde: Dilmen U, Erdeve Ö, Oğuz ŞS, Uraş N, editörler. Yenidoğan Rehberi. 1. Baskı. Ankara: O₂ Medya Bilişim Teknolojileri Yayıncılık Org. Dan. Tic. Ltd. Şti; 2010.s.25-28.
74. Özkan H. Mekanik Ventilasyon İlkeleri. İçinde:Yurdakök M, Erdem G, editörler. Türk Neonatoloji Derneği Neonatoloji. 1. Baskı. Ankara: Alp Ofset; 2004. s. 479-485.
75. Ovalı F. Solunum Sıkıntısı ve Respiratuar Distres Sendromu. İçinde: Ovalı F, Dağoğlu T, editörler. Neonatoloji. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. s: 331-346.
76. Gross I. Respiratory Distress Syndrome. In: McMillan JA, DeAngelis CD, Jones MD, editors. Oski's Pediatrics: Principles and Practice. 4 th edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2006. p. 305-310.

77. Hermansen CL, Lorah KN, Respiratory Distress in the Newborn. American Family Physician. 2007; 76(7); 987-94.

78. Caner İ, Erdeve Ö, Sarı E, Sarıcı SÜ. Çoklu Doz Surfaktan Uygulamasının Gerektiği Ağır Respiratuvar Distres Sendromu: Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2008;30(4):292-296.

79. Kul M, Saldır M, Gülgün M, Kesik V, Sarıcı SÜ, Alpay F. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Respiratuvar Distres Sendromu Tanısıyla Takip Edilen Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğanların Retrospektif Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2005; 47: 290-293.

80. Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R, Saugstad OD, Simeoni U, Speer CP, Halliday HL. European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Preterm Infants – 2010 Update. Neonatology 2010; 97: 402–417.

81. Dağoğlu T, Ovalı F. Yenidoğanın Akciğer Hastalıkları. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s. 267-293.

82. Savaşer S. Oksijen Uygulamaları. İçinde. Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s.301-307.

83. Ovalı F. Yardımcı Solunum. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s. 309-334.
84. Wazir S. Apnea . In: Nair MKC, Jain N, editors. 1 st. ed. The High Risk Newborn. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2008. p. 101-116.
85. Aydemir C. Apne, Prematüre. İçinde: Dilmen U, Erdevi Ö, Oğuz ŞS, Uraş N, editörler. Yenidoğan Rehberi. 1. Baskı. Ankara: O₂ Medya Bilişim Teknolojileri Yayıncılık Org. Dan. Tic. Ltd. Şti; 2010.s.78-79.
86. Herzlinger RA. Apea. In: McMillan JA, DeAngelis CD, Jones MD, editors. Oski's Pediatrics: Principles and Practice. 4 th edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2006. p. 318-320.
87. Canpolat FE, Yiğit Ş. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Ölüm Nedenleri, Hastane Kökenli Enfeksiyonlar Ve Korunma Yolları. Hacettepe Tıp Dergisi 2008; 39: 194-198.
88. Adamkin DH. Feeding Problems İn The Late Preterm Infant. Clin Perinatol 2006; 33: 831-837.
89. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Pediatri Cep Kitabı. Kazancı G (Çev), 1. Basım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.
90. İnce Z. Preterm Bebeğin Taburcu Olduktan Sonra Büyüme İzlemi, Beslenme ve Aşılmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar Çocuk Dergisi 2009; 9(4):167-171.

91. Yiğit Ş. Taburculuk Sonrası Beslenme ve Anne Sütünün Güçlendirilmesi. Güncel Pediatri Derg 2008;6(1):145-6.
92. Lucas A. Long-Term Programming Effects of Early Nutrition Implications for the Preterm Infant. Journal of Perinatology 2005; 25: 2–6.
93. Casey PH. Growth of Low Birth Weight Preterm Children. Seminars in Perinatology 2008; 32:20-27.
94. Espghan Committee On Nutrition- Medical Position Paper. Feeding Preterm Infants After Hospital Discharge, A Commentary By The ESPGHAN Committee On Nutrition. JPGN 2006; 42: 596-603.
95. Köksal N, Aydoğdu H, Şentürk E, Perçin K, Özkan H. Anne Sütünün İmmünolojik Özellikleri. Güncel Pediatri 2005; 3: 74-77.
96. Stout G, Lambert DK, Baer VL, Gordon PV, Henry E, Wiedmeier SE, Stoddart RA, Miner CA, Schmutz N, Burnett J, Christensen RD. Necrotizing Enterocolitis During The First Week of Life: A Multicentered Case-Control And Cohort Comparison Study. Journal of Perinatology 2008; 28: 556-60.
97. Ziegler EE. Prematüre Bebeğin Beslenmesi: Daha Çok Daha İyidir. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni 2009; 19: 15-16.
98. Aydın İ, Özgürtaş T, Turan Ö, Koç E, Hırfanoğlu İM, Açıkel CH, Gökçen G, Akyol M, Tunç T, Erbil MK. Preterm ve Term Yenidoğanların Anne Sütünün Biyokimyasal Karşılaştırması. Türk Biyokimya Derg 2009; 34 (4) ; 242–249.

99. Çetinkaya M, Köksal N. Nekrotizan Enterokolit. Güncel Pediatri 2004; 2: 146-151. Lahmiti S, Aboussad A. Neonatal Necrotizing Enterocolitis. The Scientific World Journal 2011;11: 655–656.
100. Pehlivanoglu E. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları. İçinde: Dağoglu T, Ovalı F, editörler. Neonatoloji. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. s. 499-513.
101. Köksal N. Prematüre Bebeğin Taburcu Olduktan Sonraki Büyüme Ve Beslenme Takibi. Türk Pediatri Arş 2010; 45: 80.yıl 15-9.
102. O'Connor DL, Khan S, Weishuhn K, et al. Growth and Nutrient Intakes of Human Milk–Fed Preterm Infants Provided With Extra Energy and Nutrients After Hospital Discharge Pediatrics 2008;121: 4, 766-76.
103. Manav G. Yıldırım F. Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları. Cumhuriyet Tıp Derg 2010.
104. Amankwaa L, Pickler R, Boonmee J. Maternal Responsiveness in Mothers of Preterm Infants. Newborn and Infant Nursing Reviews (2007); 7(1):25-30
105. Çalışır H. Şeker S. Güler F. Anaç TG. Türkmen M. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri. CÜ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):31-44.
106. Özbek A. Miral S. Çocuk Ruh Sağlığı Açısından Prematürite. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg 2003; 46: 317-327

107. Griffin T, Wishba C, Kavanough K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. J Pediatr Nurs 1998; 13(5): 290-4.
108. Wigert H, Johansson R, Berg M, Et Al. Mothers'experiences of Having Their Newborn Child in A Neonatal Intensive Care Unit. Nordic College Of Caring Science, Scand J Caring Sci 2006; 20: 35-41.
109. Moore J. Infant and Family Relationship. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Günleri, 20-21 Mart: 2009.s.261-264.
110. Hala M, Elaine A, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. The Journal of Perinatal Education Summer 2009, 18(3);s.23-29.
111. Bozzette M. Research on Premature Infant-Mother Interaction, Newborn and Infant Nursing Reviews 2007; 7(1):49-55.
112. Eras Z. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Günleri, 20-21 Mart; 2009: 169-176.
113. Browne JV, Talmi A. Family-Based Intervention to Enhance infant-Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. J Pediatr Psychol 2005; 30: 667-677.
114. Yıldırım G, Gökyıldız Ş. Sağlıklı Bebeğe Sahip Olamayan Ailelerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(3):74-82.

115. Lindberg B, Öhrling K. Experiences Of Having A Prematurely Born Infant From The Perspective Of Mothers In Northern Sweden. *Int J Circumpolar Health* 2008; 67(5):461-471
116. Aslan Y. Genel Bakım. İçinde: Yurdakök M, Erdem G, editörler. *Türk Neonatoloji Derneği Neonatoloji*. 1. Baskı. Ankara: Alp Ofset; 2004. s.151-165.
117. S.M. Ali, J. Sharma, R. Sharma, S. Alam. Kangaroo Mother Care As Compared To Conventional Care For Low Birth Weight Babies. *Dicle Med J* 2009; 36(3): 155-160.
118. Rao S, Udani R, Nanavati R, Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Infants: A Randomized Controlled Trial. *Indian Pediatrics* 2008; 45: 17-23.
119. Broedsgaard A, Wagner L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review* 2005; 52(3):196-203
120. Fernandes JD, Machado MC, Oliveira ZN: Children and newborn skin care and prevention. *An Bras Dermatol* 2011;86(1):102-10.
121. Tatlı MM, Gürel MS. Yenidoğanın Cilt Bakımı. *T Klin Pediatri* 2002; 11: 108-112.
122. Sarkar R, Basu S, Agrawal RK, Gupta P. Skin Care For The Newborn. *Indian Pediatr* 2010; 47: 593-8.

123. Gözen D, Çağlar S, Doğan Z. 0-24 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Pişiği Önleme ve Bakımına Yönelik Uygulamaları. İ.U.F.N. Hem. Derg 2011; 19 (1): 17-22
124. Kitiş Y, Karaçam Z. Emzirmeyi Olumsuz Etkileyen Bir Faktör Olarak Pamukçuk; Önleme, Tanı Ve Tedavide Hemşire / Ebenin Rolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004, 8(1):46-52.
125. Yıldız S. İlk Günden Sonraki Bakım. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s.769-788.
126. Utaş S. Yeni Doğanlarda Deri Bakımı. Türkderm 2011; 45: 123-6.
127. Perk Y. Yenidoğan Yoğun Bakım Enfeksiyonları; Korunma ve Kontrol. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi 2008; 60: 137-141.
128. Önal E. Yenidoğan Bebeklerin Bakımı. STED 2005;14(3): 9-11.
129. Önder M, Adışen E, Velagiç Z. Diaper Dermatit. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50: 129-135.
130. Vatandaş NŞ. Bebek Bakımında Aileye Öneriler. STED 2004;13(1):6-8.
131. Perk Y. Sağlıklı Yenidoğan ve Bakımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi 2003. 35; s. 17-19.

132. İnce Z. Prematüre Bebeğin Giydirilmesi: Tıbbi Ve Estetik Bir Konu. Neonatoloji Derneği Bülteni 2004; 10: 22-24.
133. Çetinkaya M, Özkan H, Köksal N, Akacı O. Uzamış Sarılıklı Bebeklerde Etyolojik Dağılım. Güncel Pediatri Derg 2008; 6: 99-103.
134. Tülay T, Çetinkaya Ş. Yenidoğan Beslenmesinde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(9):119-140.
135. Athanasakis E, Karavasiliadou S, Styliadis I. The Factors Contributing To The Risk of Sudden Infant Death Syndrome. Hippokratia 2011; 15(2): 127-131
136. Demirkol M, Gökdemir Y, Özer I. Yenidoğan Taramaları. İçinde: Dağoğlu T, Ovalı F, editörler. Neonatoloji. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. s. 561-565.
137. Yuvacı İ, Konuş İ, Er H. Prematüre Retinopatisi: Bir Yıllık Sonuçlarımız. Yeni Tıp Dergisi 2009;26: 168-171.
138. Kocabeyoğlu S, Kadayırcılar S, Eldem B. Prematüre Retinopatisinde Klinik Seyir, Tedavinin Değerlendirilmesi ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Turk J Ophthalmol 2011; 41: 128-32
139. O'Connor A, Fielder AR. Long Term Ophthalmic Sequelae Of Prematurity. Early Hum Dev 2008; 84: 101-6.
140. Karademir G. Prematürelerde Bronkopulmoner Displazi İşitme Ve Oftalmolojik Açından İzlem. Türk Ped Arş 2010; 45: 23-4.

141. Uslu HY. Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerde Aşılama. İçinde: Dilmen U, Erdeve Ö, Oğuz ŞS, Uraş N, editörler. Yenidoğan Rehberi. 1. Baskı. Ankara: O₂ Medya Bilişim Teknolojileri Yayıncılık Org. Dan. Tic. Ltd. Şti; 2010.s.369.

142. Mutlu M, Aslan Y, Gedik Y. Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Aşılama. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2009;18(4):313-20.

143. Tekinalp G, Yurdakök M, Yiğit Ş, Korkmaz A. Yenidoğanda Hacettepe Uygulamaları. 1. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2009.s.164-166.

144. Sağol D. Yatıştan Taburculuğa Aile Eğitimi. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi “Yenidoğan Günleri” 20-21 Mart 2009 Sunum Kitabı. Ankara:2009. s.377-386.

145. Ünal A. 24-34. Haftalar Arasında Erken Doğum Tehdidi Tanısıyla Yatırılan Gebelerde Servikal Uzunluk Ölçümü Ve Servikal Uzunluğu ≥ 15 Mm Olan Gebelere Uygulanan Tokolitik Tedavinin Etkinliğinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2008.

146. Çay G. Prematüre Bebek Sahibi Olan Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Bilgi Gereksinimleri. Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1989.

147. Çalışkan ZŞ. Annelerin Prenatal Bakım Alma Durumlarının Doğum Şekli Ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.

148. Doğan N. Annelere Doğum Öncesinde Verilen Yenidoğan Bakımı İle İlgili Eğitimin Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrasında Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2007.
149. Manav G. Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2008.
150. Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008; 32–46.
151. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik Ve Niteliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13: 4.
152. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları Ve Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(9): 157-172.
153. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi Ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(2): 93–103.
154. Omaç M. Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). Fırat Tıp Dergisi 2009;14(2): 115-119.
155. Sönmez Y. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri STED 2007;16(1):9-12.

156. Şahingeri M. Annelerin Doğum Sonrası Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluğu Ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2008.
157. Doğaner G. Vaginal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin Ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2005.
158. Sola C, Diken İH. Gelişimsel Gerilik Riski Altındaki Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2008; 9 (2): 21-36.
159. Bilgili N. Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2009.
160. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum Dönemde Anne Ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 54-58.
161. Güner T. Vajnal Yol Ve Sezaryenla Doğum Yapan Adölesan Annelerin Postpartum Dönemde Kendilerinin Ve Bebeklerinin Bakımında Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2007.

10. EKLER

EK-1

ANNELERİN YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN PREMATÜRE BEBEKLERİNİN BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME FORMU

Bu araştırma annelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebeklerin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin verecekleri bilgiler gizli kalacaktır. Gösterdiğiniz ilgi ve araştırmaya olan katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, saygılar sunarım.

AYŞE KABASAKAL

ANKET NO:

İletişim Bilgileri:

Ev Tel:

Cep Tel:

Eşinin cep tel:

Adres:

1- Bebekle İlgili Bilgiler:

Doğum tarihi –saati:

Gestasyon Haftası:

Postnatal Haftası:

Doğum Ağırlığı:

Cinsiyeti:

2- Kaç yaşındasınız?.....

3- Eğitim durumunuz nedir?

- a-Okur-yazar değil b- İlkokul c-Ortaokul d- Lise
e-Yüksekokul / Fakülte f-Yüksek lisans/ Doktora

4- Mesleğiniz nedir?

- a-Ev hanımı b- Memur c-İşçi d-Diğer

5- Nerede oturuyorsunuz?

- a-İl b- İlçe c-Köy

6- Aile tipiniz nedir?

- a- Çekirdek aile b- Geniş aile c- Diğer

7-Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- a-Eşim ve ben
b-Eşim ben ve çocuklarım
c-Eşim, ben, çocuklarım, eşimin anne ve babası
d-Eşim, ben, çocuklarım, benim anne ve babam
e-Diğer

8- Sosyal güvenceniz?

- a-Var b-Yok

9-Kaç kez gebe kaldınız?

10-Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

- a-(1) b-(2) c-(3) d-Diğer

11-Gebelikleriniz arasındaki süreleri belirtir misiniz?

- a-1. ve 2. Gebelik (.....)
- b-2.ve 3. Gebelik (.....)
- c-3. ve 4. Gebelik (.....)
- d-Diğer (.....)

12- Son gebeliğiniz isteyerek mi gerçekleşti?

- a- Evet
- b- Hayır

13-Son doğumunuz nasıl gerçekleşti?

- a- Normal Doğum
- b-Sezaryen

14-Son gebeliğinizde düzenli olarak bir sağlık merkezine gittiniz mi?

- a- Evet
- b- Hayır

15-Gebelik kontrolleri sırasında doğum sonu döneme ilişkin bilgi verildi mi?

- a- Evet
- b- Hayır ise 17. soruya geçiniz.

16-Gebelik kontrolleriniz sırasında doğum ve doğum sonu döneme ilişkin size ne tür bilgiler verildi?

- a- Doğum Şekli
- b- Gebelik Riskleri
- c- Beslenme
- d-Doğum Sonrası Bakım
- d- Aile planlaması

17- Daha önce erken doğum yaptınız mı?

- a- Evet
- b- Hayır

18-Daha önce erken doğan bir bebeğe bakım verdiniz mi?

a-Evet

b-Hayır

19-Erken doğan bebeğinizin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalma nedenini biliyor musunuz?

a-Evet (Neden?) Lütfen Belirtiniz.

b-Hayır

20-Erken doğum yapmak ve bebeğinizin yoğun bakım ünitesinde olması size ne hissettiriyor?

a- Durumu ile ilgili ümit ve güven içindeyim

b- Durumunu merak ediyorum ve üzüntü duyuyorum

c- Kendimi suçlu hissediyorum

d- Büyüme-gelişmesinin diğer bebeklere göre daha geç olacağını düşünüyorum

e- Sakat kalacağını düşünüyorum

f- Kaybetme korkusu yaşıyorum

21-Erken doğan bebeğinizin bakımı konusunda yeterli olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a- Evet

b-Hayır (Neden?) Lütfen Belirtiniz.

22-Taburcu olduktan sonra evde bebeğinizin bakımı ile ilgili güçlük yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

a-Evet

b- Hayır ise 24. soruya geçiniz.

23-Hangi konularda güçlük yaşayacağınızı düşünüyorsunuz?

- a-Bebeğimin evdeki bakımında yeterli olamayacağımı düşünüyorum
- b-Bebeğimi beslenme ve emzirme konusunda endişeleniyorum
- c-Bebek bakımı konusunda yardımcı birini bulamama
- e-Bebeğimle ilgili sorunlarda bilgi alabileceğim bir sağlık personeline ulaşamama
- f-Diğer (Lütfen Belirtiniz)

24- Sizin gibi erken doğmuş bebeğe sahip diğer ebeveynler ile konuşmaya gereksinim duyuyor musunuz?

- a-Evet
- b-Hayır

25-Bebeğinizin hemşiresi ile her gün konuşup bilgi almak sizce önemli mi?

- a-Çok önemli
- b-Önemli
- c-Önemsiz
- d-Farketmez

26-Bebeğinizin doktoru ile her gün konuşup bilgi almak sizce önemli mi?

- a-Çok önemli
- b-Önemli
- c-Önemsiz
- d-Farketmez

27- Erken doğan bebeğinizle ilgili bebek bakımına yönelik hangi konularda bilgi aldınız, bilgi kaynağı, bilgi ihtiyacınızın olduğu ve olmadığı konular nelerdir?

Bakım Konuları	Bilgi Aldım	Bilgi Almadım	Bilgi Kaynağı	İhtiyacım Var	İhtiyacım Yok
Banyo					
Pişik Bakımı					
Konak Bakımı					
Ağız/ Burun/Kulak/Göz					
Göbek Bakımı					
Alt Açma/ Temizleme/ Bağlama					
Tırnakların Kesilmesi					
Vücut Isısının Ölçülmesi/Değerlendirilmesi					
Oda Sıcaklığı					
Giydirilmesi					
Sarılık Yönünden Değerlendirilmesi					
Yeterli Beslendiğinin Değerlendirilmesi					
Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi					
Emzirme Aralıkları Ve Emzirme Teknikleri					
Biberon, Kaşık, Enjektör İle Besleme Yöntemleri					
İdrar Çıkımı Ve Dışkılamasının Değerlendirilmesi					
Uyku Düzeni					
Ziyaretçilerin Kabulü					
Tarama Testleri/ Kontrol Muayeneleri					
Aşı Takvimi					
İlaçların Verilmesi					
Bebeği Uygun Pozisyonda Tutulması Ve Yatırılması					
Büyüme Ve Gelişmesi (Motor, Dil, Psikososyal					
Görülebilecek Sorunlar (Kolik, Regürjitasyon, Gaz vb.)					
Acil Durumlar (Ateş, Diyare, Kusma vb.)					

28-Hastanede kaldığınız süre içinde bebeğinize ilişkin yaşadığınız en büyük sıkıntı neydi?

- a- Bebek bakımı ile ilgili yeterli bilgi alamama
- b- Dokunmak ve bakım vermekten korkma
- c- Kucağıma almaktan korkma
- d- Bebeğimi sık görememek
- e-Bebeğin durumu ve hastalığı ile ilgili yeterli bilgi alamama
- f-Bebeğime yapılan tetkiklerden haberdar olmama

29-Hastanede kaldığınız süre içinde kendinize ait yaşadığınız en büyük sıkıntı neydi?

- a-Ağrı
- b-Uykusuzluk ve dinlenememe
- c- Emzirememe
- d-Lohusalığımla ilgili bilgi alamama
- e-Kaygılarımı ve duygularımı konuşamama
- f- Diğer

30-Siz ve bebeğiniz hastanede bulunduğunuz sürece bilgilendirilme ve bakım alma düzeyinizi de düşünerek aldığınız hizmeti değerlendirir misiniz?

Hizmetler	Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü
Hemşirelik Hizmetleri					
Hekim Hizmetleri					
Hastanenin Fiziksel Ortamı					
Yemek					

31-Doğum sonu dönemde sizin ve bebeğinizin bakımı ile ilgili klinikte ve hastanede daha iyi hizmet almak için önerileriniz nelerdir?

EK-II



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN 0.H1.02.00 / 773
Konu :

24.03.2011

2005

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

İLGİ: 03.03.2011 tarih ve 502 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrencisi Ayşe KABASAKAL' ın ilgi kayıtlı yazınız ile konusu bildirilen tez ve anket çalışmasını Hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yapma talebi Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Gereği rica olunur.

Prof.Dr.Sacit TURANLI
Başhekim

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler / ANKARA

Gazi.Form.016.00

Tel : 0.312 202 50 90
Fax : 0.312 223 05 28



1403/00



**GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
DEĞERLENDİRME FORMU**

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
ACIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
TELEFON	0312 202 69 58
FAKS	0312 202 46 73
E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Annelerin Yenidogan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Prematüre Bebeklerin Bakımına Yönelik Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Gülşen VURAL		
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐	
		DİĞER ☐	(Yüksek Lisans Tezi)	
	İLAC DIŞI ARAŞTIRMA	☒	İLAC DIŞI GİRİŞİMSEL: ☒ İLAC DIŞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN (C.1) Anket çalışmaları ve yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon No	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİL. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	SİGORTA	☐		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 120	Toplantı tarihi: 27.04.2011
	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Prof.Dr.Gülşen Vural'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıdaki künede kayıtlı başvuru bilgileri verilen, Yüksek Lisans Tezi klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına G.Ü.T.F. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonu, İyi Klinik Uygulamaları (Uluslararası ICH-GCP.) İKU kılavuzu ve bununla ilgili 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı Avrupa Birliği direktifleri, Biyoloji ve Tıbbın uygulanması bakımından İnsan Hakları ve İnsan haysiyetinin korunması sözleşmesi ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin onaylanmasının uygun bulunduğuna dair kanun (9.12.2003 tarihli 25311 sayılı Resmi Gazete), 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu (06.11.1981 tarihli 17506 sayılı Resmi Gazete).					
	ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Canan ULUOĞLU					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Arzu BAKIRTAŞ BAŞKAN YRD.	Çocuk Sağ.ve Hast. Çocuk Alerji	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji	G.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

EK-III Devam

Prof.Dr.Fusun BOZKIRLI ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	G.Ü.T.F Anest.ve Rea. A.D	K	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Prof.Dr.Emin TÜRKÖZ ÜYE	Restoratif Diş Tedavisi ve Endodonti	G.Ü.D.F Restoratif Diş Ted. ve Endodonti A.D	E	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Prof.Dr.Seyhan ERSAN ÜYE	Farmasötik Kimya	G.Ü.E.F (Ecz.Mes.Bil.) Farmasötik Kimya	K	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı	G.Ü.T.F Halk Sağlığı A.D	E	E	☐	H	☒	E	☐	H	☒	Katılmadı
Prof.Dr.Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F Tıbbi Biyokimya A.D	E	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Prof.Dr.Öznur L.BOYUNAĞA ÜYE	Radyoloji	G.Ü.T.F Radyoloji A.D	K	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Prof.Dr.Galip GÜZ ÜYE	İç Hastalıkları Erişkin Nefroloji	G.Ü.T.F İç Hastalıkları A.D.	E	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Prof.Dr.Aylar POYRAZ ÜYE	Tıbbi Patoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Patoloji A.D	K	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Doç.Dr.Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Etiği ve Tıp Tarihi	G.Ü.T.F Tıp Etiği ve Tıp Tarihi A.D	K	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Doç.Dr.Birol DEMİREL ÜYE	Adli Tıp	G.Ü.T.F Adli Tıp A.D.	E	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	
Doç.Dr.Metin YILMAZ ÜYE	Kulak-Burun-Boğaz Hast.	Kulak-Burun-Boğaz Hast. A.D	E	E	☐	H	☒	E	☐	H	☒	Katılmadı
Huk.Müş.Adem GELİR ÜYE	Hukuk Müşavirliği	Rektörlük Hukuk Müşavirliği	E	E	☐	H	☒	E	☐	H	☒	Katılmadı
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	Sivil Temsilci	K	E	☐	H	☒	E	☒	H	☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK-IV

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ RIZA (ONAM) FORMU

Sayın katılımcı; Bu çalışma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan prematüre bebeklerin annelerinin prematüre bebeklerin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmayla prematüre bebek annelerinin bebek bakımına yönelik bilgi gereksinimlerini belirleyip, saptanan bilgi gereksinimleri doğrultusunda bilgilendirilmesi ve karşılaşılabileceği güçlüklerde anneye destek olunması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın yapılabilmesi için sizin izniniz ve katılımınız gerekmektedir. Araştırmamızda siz anneler tarafından doldurulacak bir anket formu sunulmuştur. Her soruyu okuduktan sonra kendinize uygun olan seçeneği işaretlemeniz gerekmektedir. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı yapılmıştır. Elde edilen veriler başka bir alanda kullanılmayacaktır. Bize haber vermeniz koşuluyla istediğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Araştırma hakkında herhangi bir soru için aşağıda iletişim bilgileri olan Ayşe KABASAKAL'a ulaşabilirsiniz. Değerli katkılarınız, ilginiz ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Araştırmacının Adı Soyadı:

Ayşe KABASAKAL

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ayseozata1982@mynet.com

Telefon numarası:05064086292-2026553

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası

11. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca değerli fikirleri ile çalışmayı yönlendiren, desteğini ve yardımını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gülşen Vural'a,

Araştırma anketimin düzenlenmesindeki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Ebru Ergenekon'a ve Yard. Doç. Dr. Ebru Kılıçarslan Törüner'e,

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Nihal Özkan'a ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım hemşirelerine,

Çalışmanın istatistiksel analizinde değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle destekleyici katkılardan dolayı Ar. Gör. Sevilay Karahan'a

Araştırmaya katılan tüm annelere,

Tez çalışmam boyunca sonsuz desteği ve anlayışı ile yanımda olan eşim Mehmet'e ve bu çalışma sürecinde aramıza katılan canım oğlum Nedim Kerem'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

12. ÖZGEÇMİŞ

Ayşe Kabasakal 1982 yılında İskenderun'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Safranbolu'da tamamladı. Uludağ Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan 2005 yılında mezun oldu. 2009-2010 öğretim yılında Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında yüksek lisans eğitimine hak kazandı. İngilizce bilmektedir. Halen Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde görev yapmaktadır. Neonatoloji Hemşireliği Derneği'ne üyedir.