

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN EVDE İZLEMİNİN
BEBEĞİN BAKIMINDA YAŞADIKLARI SORUNLARA, KAYGI
VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Nebahat BORA GÜNEŞ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2018

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN EVDE İZLEMİNİN
BEBEĞİN BAKIMINDA YAŞADIKLARI SORUNLARA, KAYGI
VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Nebahat BORA GÜNEŞ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU

ANKARA

2018

ONAY SAYFASI

Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşadıkları Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

Uzm. Hemş. Nebahat Bora Güneş

Danışman: Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU

Bu çalışma 17.12.2018 tarihinde, jürimiz tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Yurdagül Erdem (Kırıkkale Üniversitesi)
Üye:	Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu (Hacettepe Üniversitesi)
Üye:	Doç. Dr. Dilek Yıldız (Sağlık Bilimleri Üniversitesi)
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı Özbaş (Hacettepe Üniversitesi)
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Hatice Pars (Hacettepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

28 Aralık 2018

Prof. Dr. Dilehan ORHAN
H.Ü. Sağlık Bilimleri
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

17/12/2018

Nebahat BORA GÜNEŞ

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Nebahat BORA GÜNEŞ

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez yazımının her aşamasında benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan, hoşgörülü ve sabırlı tavırlarıyla rehberlik eden, yanında çalışmaktan onur duyduğum, değerli hocam ve tez danışmanım sayın *Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU'na*;

Tez yazımı süresince verdikleri bilimsel katkılarından dolayı değerli hocalarım *Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU* ve *Prof. Dr. Yurdagül ERDEM'e*;

Verilerin analizinde ve raporlanmasında destek veren *Arş. Gör. Osman DAĞ'a*;

Tez uygulamam süresince beni destekleyen Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki hocalarıma ve mesai arkadaşlarıma ve Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ve Yenidoğan Kliniği hekim ve hemşirelerine;

Tez uygulamama katılmayı kabul eden annelere;

Benimle birlikte süreci yaşadığı, hoşgörüsü, sabrı ve destekleri için aileme ve onun değerli vaktinden çalmak zorunda olduğum zamanlarda göstermiş olduğu olgunluk ve tezime esin kaynağı olduğu için kendisi de prematüre olan oğlum *Burak Bora GÜNEŞ'e* en içten şükran ve teşekkürlerimi sunarım.

Nebahat BORA GÜNEŞ

Ankara, 2018

ÖZET

Bora Güneş, N., Prematüre Bebeği olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşadıkları Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018. Bu çalışma, prematüre bebeğe sahip olan primipar annelere taburculuk sonrası yapılan evde izlemin, bebekte yaşanan sorunlar ile annenin depresyon ve kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla öntest-sontest kontrol gruplu yarı deneysel tipte tasarlanmıştır. Çalışmaya, bir üniversite hastanesinde 37 gebelik haftasının altında doğan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 80 prematüre yenidoğan bebek ve onların anneleri dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden anneler ve bebekleri, rasgele-sırasıyla araştırma ve kontrol grubuna dahil edilmiştir. Veriler, 01.06.2015-01.07.2016 tarihleri arasında aileye ve bebeğe ilişkin sosyo-demografik veri toplama formu, prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri kullanılarak toplanmıştır. Örneklemeye alınan araştırma grubu annelere (n=40) doğumdan sonraki 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günler arasında olmak üzere toplam 4 kez ev ziyareti yapılmış, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği Hemşirelik Tanılama Sistemi ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması kullanılarak bakım verilmiştir. Kontrol grubu annelere (n=40) ise hastanede verilen hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık dışında bir uygulama yapılmamıştır. Doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde tespit edilen hemşirelik tanıları açısından araştırma ve kontrol grupları arasında bir fark bulunmazken ($p>0,05$), 40-42. günler arasında yapılan ev izlemlerinde annelerde benlik kavramında rahatsızlık dışında tüm hemşirelik tanılarında, bebeklerde ise diaper dermatiti, oral müköz memranda bozulma, gereksinimden az beslenme, bebek davranışında dizorganizasyon, uyku örüntüsünde bozulma, umbilikal kord enfeksiyonu, aspirasyon riski ve travma riski hemşirelik tanılarında araştırma ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırma grubunda doğum sonrası ilk 24 saat içerisindeki ve 40-42. günler arasındaki depresyon puan ortalamalarında azalma gözlenirken, kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir artış ($p<0,05$) bulunmuştur. Kontrol grubu annelerin 40-42. günde yapılan izlemlerde doğum sonrası depresyon riski taşıdıkları görülmüştür. Durumluk kaygı düzeyi araştırma grubu annelerde 40-42. günde hafif iken kontrol grubu annelerde orta düzeyde bulunmuş, iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, ilk bebeği prematüre olan annelerin evde bebek bakımında yaşadıkları sorunlar, depresyon ve kaygı düzeylerinin azaltılması için en az 40-42 gün boyunca evde izlenerek hemşirelik bakımı verilmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Prematüre bebek, ev izlemi, kaygı, depresyon, bebek bakımı

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimince Desteklenmiştir. Proje Numarası: THD-2016-8472

ABSTRACT

Bora Güneş, N., The Effects of Home Follow-up on Baby Care Problems, Anxiety and Depression Levels of Mothers who have Premature Babies, Hacettepe University Graduated School of Health Sciences, Pediatric Nursing Program, Doctoral Thesis, Ankara, 2018. This study was carried out to examine the effects of home follow-up on the home care problems and anxiety and depression levels of the primiparous mothers who had a premature baby; and it was a semi-experimental study with a pretest-posttest control group design. 80 premature newborns who were delivered before 37 weeks of gestation in a university hospital and their mothers who were eligible were included in the study. Mothers who approved to participate in the study and their babies were enrolled in the experimental and control groups randomly. Data of the study were collected between 06.01.2015-07.01.2016 by sociodemographic data collection form for the family and baby, home care needs evaluation form for mothers of premature babies, Edinburgh Postpartum Depression Scale and State and Trait Anxiety Inventory. Mothers in the control group (n=40) were given forms through the visits within 24 hours following delivery in the hospital and on days 40-42 at home. Care was given to the mothers in the study group (n=40) in the hospital within 24 hours following delivery and through a total of 4 home visits on weeks 1, 2 and 3 and days 40-42 by using Nursing Diagnosis System and Classification of Nursing Interventions of North American Nursing Diagnosis Association. While no significant difference was found between study and control groups for nursing diagnosis detected within 24 hours following delivery ($p>0,05$), the differences between the groups were found to be significant in all nursing diagnoses detected on days between 40-42 except discomfort in self concept ($p<0,05$). A statistically nonsignificant decrease was observed in mean depression scores within 24 hours following delivery and 40-42 in study group whereas the increase in control group was found to be significant. The difference between study and control groups for the incidence of depression was found to be nonsignificant within 24 hours following delivery ($p<0.05$), and significant on days 40-42. ($p>0.05$). Control group mothers were found to have a risk of postpartum depression on days 40-42 days. While mean state anxiety scores decreased on days 40-42 in the study group, an increase was observed among mothers in control group ($p<0.05$). Based on these results, it was suggested to provide nursing care for the mothers whose first babies were premature for at least 40-42 days through home follow-up in order to decrease their baby care problems, depression and state anxiety.

Key words: Premature infant, home follow-up, anxiety, depression, baby care

This study was granted by Hacettepe University Scientific Research Projects Coordination Unit. Project Number: THD-2016-8472

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Prematüre Bebeğin Özellikleri	7
2.2. Prematüre Yenidoğanlarda Karşılaşılan Sorunlar	8
2.2.1. Vücut Sıcaklığındaki Dengesizlik	8
2.2.2. Solunum Sorunları	9
2.2.3. Hipoglisemi	9
2.2.4. Beslenme Güçlüğü	11
2.2.5. Uyku Sorunları	12
2.2.6. Cilt sorunları	13
2.2.7. Sarılık	13
2.2.8. Enfeksiyonlar	14
2.2.9. Uzun Süreli Sonuçlar	14
2.3. Hastanede Kalma ve Tekrar Hastaneye Yatma	15
2.4. Prematüre Bebeği Olan Ailede Görülen Psikososyal Sorunlar	16
2.4.1. Prematüre Bebeğe Sahip Annelerde Kaygı ve Depresyon	17
2.5. Prematüre Bebeğe Sahip Ailelerin Desteklenmesi ve Hemşirenin Roller	20

2.6. Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA)	22
2.7. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Interventions Classification-NIC)	24
3. YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
3.3.1. Araştırmanın Evreni	27
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	27
3.4. Veri Toplama Form ve Araçları	30
3.4.1. Aileye ve bebeğe ilişkin sosyodemografik veri toplama formu (Ek-1)	30
3.4.2. Prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formu (Ek-2)	30
3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Ek-3)	30
3.4.4. Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri (Ek-4)	32
3.4.5. Bebeğin Fiziksel Değerlendirmesi ve Kullanılan Cihazlar	33
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	34
3.6. Araştırmanın Uygulanması	34
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	39
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	39
4. BULGULAR	41
4.1. Sosyodemografik Özellikler	41
4.2. Araştırma ve Kontrol Grubu Annelerin Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular	43
4.2.1 Araştırma Grubu Annelerin Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulgular	43
4.2.2 Araştırma Grubundaki Annelere Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	44
4.2.3 Araştırma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması	47
4.3. Araştırma ve Kontrol Grubu Bebeklerin Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular	48

4.3.1 Araştırma Grubu Bebeklerin Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulgular	48
4.3.2. Araştırma Grubundaki Bebeklere Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	50
4.3.3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Bebeklerin Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması	52
4.4. Araştırma ve Kontrol Grubu Annelerin Edinburg Doğum sonrası Depresyon, Spielberg Durumluk Kaygı Envanterine İlişkin Bulgular	54
4.4.1. Doğum Sonrası Depresyona İlişkin Bulgular	54
4.4.2. Durumluk Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular	55
5. TARTIŞMA	57
5.1. Araştırma ve Kontrol Grubu Hemşirelik Tanıları ve Araştırma Grubuna Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulguların Tartışılması	57
5.1.1. Araştırma ve Kontrol Grubu Annelere İlişkin Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	57
5.2. Araştırma ve Kontrol Grubu Bebeklere İlişkin Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	62
5.3. Araştırma ve Kontrol Grubu Annelerin Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Spielberg Durumluk Kaygı Envanterine İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.3.1. Doğum Sonrası Depresyon Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.3.2. Durumluk Kaygı Envanteri Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2.Öneriler	73
7. KAYNAKLAR	75
8. EKLER	
EK-1. Sosyodemografik Özellikler Soru Formu	
EK-2. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu	
EK-3. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	

EK-4. Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri

EK-5. Bebeklerin fiziksel değerlendirmelerinde kullanılan alet ve cihazlar

EK-6. Standart Bakım Planı

EK-7. Örnek Bakım Planı

EK-8. Etik Kurul İzni

EK-9. Kurum İzni

EK-10. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

EK-11. Bilgilendirilmiş Onam Formları

EK-12. Orijinallik Ekran Çıktısı

EK-13. Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ



SİMGELER VE KISALTMALAR

DKE	: Durumluk Kaygı Envanteri
EDSDÖ	: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
GH	: Gestasyonel Hafta
NANDA	: North America Nursing Diagnosis Association
NIC	: Nursing Intervention Classification
RDS	: Respiratuvar Distres Sendromu
SpO₂	: Oksijen saturasyonu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Araştırmanın Akış Şeması.	29
3.2. Uygulama Akış Şeması.	38



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Araştırma ve kontrol grubu bebeklerin kan basıncı, oksijen saturasyonu ve vücut ısıları ortalamaları.	36
3.2. Araştırma ve kontrol grubu bebeklerin vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi ortalamaları.	36
4.1. Araştırma ve kontrol grubuna ilişkin tanıttıcı özellikler.	41
4.2. Araştırma grubu annelerde ev izlemleri sırasında belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımı.	43
4.3. Araştırma grubu annelerde belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik uygulanan NIC hemşirelik girişimlerinin izlemlere göre dağılımı.	45
4.4. Araştırma ve kontrol grubu annelerde ilk 24 saat ve 40-42. günde belirlenen hemşirelik tanılarının karşılaştırılması.	47
4.5. Ev izlemleri sırasında belirlenen bebeğe ilişkin hemşirelik tanılarının dağılımı.	49
4.6. Araştırma grubundaki bebeklerde belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin izlemlere göre dağılımı.	51
4.7. Araştırma ve kontrol grubu bebeklerin ilk 24 saat ve 40-42. günde belirlenen hemşirelik tanıları.	53
4.8. Araştırma ve kontrol grubu annelerin ilk 24 saat ve 40-42. gün izlemlerinde doğum sonrası depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması.	54
4.9. Araştırma ve kontrol grubu annelerin ilk 24 saat ve 40-42. gün izlemlerinde durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması.	55

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Otuzyedinci gestasyonel haftasını (GH) tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak kabul edilmektedir (1, 2). Sağlık Bakanlığı kayıtları 2016 yılı sonuçlarına göre, ülkemizde bebek ölüm hızı binde 7.3, neonatal ölüm hızı ise binde 4'tür (3). Erken çocukluk döneminde meydana gelen ölümlerin % 87'si yaşamın ilk yılında, bu ölümlerin de yaklaşık yarısı yenidoğan döneminde meydana gelmektedir. Prematüre bebekler ise yüksek riskli yenidoğan grubunun en önemli kısmını oluşturmasının yanı sıra beş yaş altı çocuk ölümlerinin de ikinci önemli sebebidir (4,5).

Annenin ve bebeğinin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde sağlık bakım hizmeti alması hem kendisinin hem de bebeğinin gelecekteki sağlığının önemli bir belirleyicisidir. Doğum sonrası bakım ve izlem, ortaya çıkan riskli bir durumun yönetiminde anneyi eğitmek, desteklemek ve güçlendirmek için oldukça önemli uygulamalardır (6)

Dünya Sağlık Örgütü, doğum sonrası izlemlerin 6 saat, 6 gün, 6 hafta ve 6 ay formülüne bağlı olarak düzenlenebileceğini belirtmiştir (1). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü'ne göre normal yenidoğana ilişkin izlem ve bakım protokolü doğrultusunda bebekler doğumdan sonraki ilk hafta içinde, 15 ve 41. günlerde sağlık kurumuna izleme çağırılması önerilmektedir (6). Ayrıca Halk Sağlığı Kurumu'nun "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi"nde yer alan önerilere göre doğum yapan annelerin doğum sonrası 48 saat içerisinde, 1. hafta içerisinde 2. haftanın sonunda ve 30-42. günler arasında olmak üzere en az 3 kez ev ziyareti yolu ile I. basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile sağlığı personelinin doğum sonrası bakım ve izlem hizmetleri beklenmektedir (7). Prematüre doğum yapan anne ve bebeklerinin evde izlemi için ise ayrı bir öneri bulunmamaktadır.

Doğum sonrası dönemde anne ve bebeğinin aldığı bakıma ilişkin yapılan çalışmalarda ülkemizde uzun yıllardır doğum sonrası evde bakım ve izlem sisteminin yasal dayanağının olmasına rağmen, etkili bir şekilde işlemediği görülmektedir (8, 9). Uygulamada kurumlara göre değişiklikler görülmesinin yanı sıra kurumlar arası

geçişte anne ve bebeğine ilişkin bilgilerin aktarılması yalnızca aile tarafından sağlanmakta, doğumun gerçekleştiği ve bebeğin ilk bakımının yapıldığı kurumla ailenin evde izlemine gerçekleştiren kurum arasında sistematik bir bilgi paylaşımı bulunmadığı görülmektedir. Kentte yaşayan ailelerin bebeklerinin %4'ü, kırsalda yaşayan ailelerin bebeklerinin ise %11'i doğum sonrası bakım almamakta, doğumdan sonraki dönemde annelerin ve yenidoğanların hastanede kalma süreleri, taburcu olduktan sonra ise evde ve hastanede aldıkları bakıma ilişkin ülke geneline ait veriler bulunmamaktadır (3). Bu nedenle ülkemizde yenidoğan sağlığı ve özellikle prematüre bebekler gibi yüksek riskli yenidoğanların sorunlarının, anne-çocuk sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik programlar çerçevesinde önemle ele alınması gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde yeni doğum yapan anne ve bebeği, yaşadıkları ortamda verilen psiko-sosyal, tıbbi ve kişisel bakım desteğinin yanı sıra, ev dışında gereksinim duydukları, serbest zaman etkinlikleri, gezi ve ulaşım gibi aktiviteleri yerine getirebilmeleri için yardım ve destek hizmeti alabilmektedir. Bunun için kendi seçeceği kamu ya da özel kuruma ortalama 6 hafta kadar bir süre için devlet tarafından ödeme yapılmaktadır. Hollanda'da normal bir gebelik geçiren anneler isterlerse evde sağlık personeli yardımı ile ya da hastanede doğum yapabilmekte ve ilk haftayı kapsayan evde bakım hizmetini genel sağlık sigortası kapsamında alabilmektedir. Prematüre doğum gibi özel durumlarda ise istedikleri özel bir sağlık kuruluşundan seçtikleri bir sağlık personelinin ev ortamında yardımını yine sosyal güvencesi kapsamında alabilmektedirler (10). Ev ziyaretlerinin yanı sıra doğum sonrası dönemde annelerin bebeğe ve kendine bakabilecek duruma gelebilmesi açısından hastane yatışları normal doğumlarda dahi 7 güne kadar uzatılabilmekte ya da anneler, doğum sonrası anne-bebek bakımının sürdürülebilmesi için hastanenin yakınında otel benzeri anne merkezlerinde aileleri ile kalmayı da seçebilmektedirler (11).

Anne, bebek ve ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan ve ailenin yaşamında kısa bir zamanı içeren doğum sonrası dönem; fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan hızlı bir yenilenme sürecinin yaşandığı, psikososyal ve fizyolojik dengelerin değiştiği, bu değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı bir kriz dönemidir. Anne, bebek ve aile

açısından düşünüldüğünde kritik bir geçiş dönemi olarak da ele alınabilir. Bu dönemde anne, bebek ve ailenin diğer üyeleri yaşamlarında meydana gelen değişikliklere uyum yapmaya çalışmaktadırlar. Prematüre bebeği olan anneler ise termde bebeği olanlara göre daha fazla bakım güçlükleri ve duygusal sorunlar yaşamakta (9, 12, 13) ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (14). Gebelik döneminden itibaren sağlıklı bir bebeği kucağına alma beklentisi içinde olan tüm aile için bebeğin prematüre olması önemli bir kriz nedenidir. Buna bağlı olarak aileler, prematüre bebeğin bakımında fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyokültürel ve ekonomik sorunlar yaşayabilmektedir (15).

Doğumdan sonra verilen bakımın amacı, fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere annenin ve bebeğin uyumunu kolaylaştırmak, riskli durumları önlemek, annenin kendisine ve bebeğine bakabilecek beceri geliştirmesini sağlamaktır. Annenin fiziksel problemlerinin olması, doğumun beklenmeyen bir zamanda gerçekleşmesi, ailenin tam olarak yeni aile bireyine hazırlanamamış olması, bebeğe ilişkin kaygılar, annenin annelik becerisi konusunda yetersizlik ve güvensizlik yaşamasına neden olabilir (16, 17). Annenin doğum sonrası dönemde hastanede kaldığı süre, taburculuk sonrası döneme evde karşılaşacağı kendisinin ve bebeğinin bakımına ilişkin sorunlara yönelik gerekli olan eğitimi vermek, danışmanlık yapmak ve hemşirelik bakımı için çok kısa bir süredir (18).

Prematüre bebeğe sahip anne ve babaların evdeki ebeveynlik yeterlilikleri ile term bebeğe sahip ailelerin ebeveynlik yeterliliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, prematüre bebeği olan ebeveynlerin kendilerine daha az güvendikleri, bebeğin bakımına aktif olarak katılmaktan çok seyirci olarak izlemeyi tercih ettikleri rapor edilmiştir (19). Benzer şekilde prematüre bebeğe sahip ebeveynlerin taburculuk sonrası bebeğe karşı yabancılik çektikleri, kendilerini güçsüz, yetersiz, endişeli, şaşkın, hazırlıksız hissettiklerini bildirmişlerdir (12). Aynı zamanda aile prematüre bebeğe dokunmada ve bakımını sağlamada güçlük yaşayabilmektedir (20- 22). Taş Arslan ve Turgut (12) 'un 32-37 haftalık prematüre bebeğe sahip 102 annenin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında annelerin özellikle, prematüre bebeğin evdeki bakımında banyo yaptırma, beslenme, emzirme, ağız bakımı, göz bakımı, kucağa alma-tutma gibi konularda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını

belirlemişlerdir. Diğer yandan literatüre göre, annelere bebeğin bakımı ile ilgili eğitim verildiğinde ve anneler bebeklerinin bakımını karşıladıklarında, baş etmeleri güçlenmekte ve bakım rolünde kendilerine güven duygusu artarak bebeğe daha iyi bakım vermektedirler (22-24).

Prematüre ve düşük doğum ağırlığı ile doğmanın annenin bebeğine verdiği bakıma ve bebeğe getirdiği olumsuz etkileri olduğu gibi aileye de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Ebeveynler ve özellikle de anneler için, prematüre doğum ve daha sonraki yenidoğan yoğun bakım ünitesi deneyimi genellikle travmatik olarak algılanmakta ve psikolojik distres belirtilerine yol açabilmektedir. Annenin bebeğin görüntüsü ve sağlık durumuna ilişkin duyduğu kaygılar, bakımda yaşadığı zorluklar, bebeğin erken doğuşuna ilişkin suçluluk duygusu ve bebeğin prognoza ilişkin kaygıları nedeniyle depresyon ve anksiyete yaşayabilmektedir (24, 25). Vigod ve arkadaşları (26)'nın yaptıkları sistematik derlemede prematüre bebeğe sahip annelerde term bebek annelerine göre doğum sonrası depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu belirtilmiş, bu hassas popülasyonda doğum sonrası depresyonu tanımlamak ve önlemek için müdahaleler yapılmasını önermiştir. Ülkemizde doğum sonrası değişik zamanlarda yapılan depresyon taramalarında doğum sonrası depresyon görülme sıklığı % 6,5 ile % 48,3; kaygı görülme sıklığı ise %13-68 arasında bulunmuştur (29-32). Dünyada yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (33-38). Kaygı ve depresyona neden olan faktörlerin incelendiği çalışmalarda ise annenin bebek bakımında kendine güveni ve bebek bakımına ilişkin stresinin duygu durumu üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (37, 38). Bu nedenle özellikle sağlık risklerinin çok yüksek olduğu ve özel bakım gereksinimlerinin olduğu prematüre bebeklerin annelerinin, evde bebeğin bakımında desteklenmesi annenin ve bebeğin aldığı bakımın kalitesini yükseltmesinin yanı sıra annenin psikososyal iyilik halini olumlu etkilemektedir (12).

Prematüre bebeklerin aile ortamının ve ebeveynlerin bebeğin evdeki bakımına yönelik kaygı durumlarının değerlendirilmesinde, ebeveynlerin bakıma katılmalarının sağlanmasında, bakımda eksik oldukları konularda eğitim verilmesinde, bebek ve ailenin günlük yaşama uyumlarında ve bebeğin gelişiminin izlenmesinde, doğum sonrası dönemde hemşirelerin evde izlemi oldukça değerli bir uygulamadır (12, 38, 39). Taburculuk sonrası izlemlerle prematüre bebeklerde

sorunların erken dönemde tanısı ve önleyici yaklaşımlar, hastaneden ayrıldıktan sonra yeniden hastaneye yatışlarının azaltılmasını, komplikasyon belirtilerinin erken dönemde tespit edilmesini, sekelsiz yaşam olasılığını ve annelerin bakımda yeterliliklerini arttırmaktadır (40).

Prematüre bebeklerin eve geçişi ve evdeki bakımı çok boyutlu ve karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, aile üyelerinin rol ve sorumluluklarında birçok değişim yaratacağı için aile düzenini de etkileyen ve kriz potansiyeli taşıyan bir durumdur. Bu nedenle yenidoğanın ve ailesinin bireysel gereksinimleri doğrultusunda değerlendirilerek hastaneden eve geçiş ve eve uyum sürecinin en iyi şekilde olması uygun hemşirelik girişimleri ile sağlanabilir. Ebeveynlerin ev ortamında yeterliliklerinin değerlendirilmesi, prematüre bebeğin bakımına dahil edilmesi ile bebek ve ailenin günlük hayata adaptasyonunun sağlanması, doğumdan itibaren hemşirenin sorumluluğundadır. Verilen eğitimin ve hemşirelik bakımının, bebeğin sağlığının sürdürülmesinde, ebeveynlerin bebeğin bakımına yönelik bilgi, beceri ve özgüvenlerinin artırılmasında ve eve geçiş sürecince yaşanan anksiyete ve stresin en aza indirilmesinde etkili olduğu, buna bağlı olarak bebekte görülebilecek morbidite ve mortalite risklerini azalttığı belirtilmektedir (40-43).

Bu konuda yapılan çalışmalara rağmen dünyada doğum sonrası bakımın güncel kapsama alanı ve içeriği ile ilgili araştırmaların ve kayıtların sınırlı olduğu bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde neredeyse tüm anneler ve bebeklerinin doğum sonrası bakım almasına rağmen bu bakımın doğası ve sıklığı önemli ölçüde değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise doğum sonrası bakım ve desteğe olan gereksinimin karşılanması genellikle ihmal edilmektedir. Doğum sonrası profesyonel bakımın sağlanması gebelik veya doğum sırasında olduğundan daha düşüktür. Anne ve bebeklere yönelik sağlık personeli tarafından yapılan ziyaretlerin sıklığına ilişkin kayıt tutulmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiğine göre, gelişmiş ülkelerde bile, mevcut bakım modellerinin annelerin ve bebeklerin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığını ve sağlık profesyonellerinin becerilerini ve zamanlarını en uygun şekilde kullanıp kullanmadıklarını değerlendirmeye yönelik yapılmış çalışmalar yetersizdir (44).

Anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasında bakımın sürekliliği giderek önem kazanmaktadır. Özellikle prematüre bebekler gibi yüksek riskli gruplarda bakımdaki

bu sürekliliğin doğum öncesi dönemden başlayarak doğum sonrasını da kapsayacak şekilde sağlığı koruyucu ve geliştirici izlem programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun yanı sıra hastaneden eve geçiş sürecinde de bakımın devamlılığı sağlanmalıdır. Prematüre bebeği olan ailelerin ve özellikle annelik rolüne uyum sağlamaya çalışan ilk kez anne olan kadınların, ev ziyaretleri ile kendi yaşam alanlarında görülerek değerlendirilmeleri ve desteklenmeleri önemlidir. Ancak ülkemizde prematüre bebeği olan annelerin evde bakımına ilişkin özel bir hizmet bulunmamakta ve anneler bebeğin bakımında çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Dünya genelinde ise doğum sonrası bakımın süre ve sıklığına ilişkin daha fazla kanıtı ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenlerle bu araştırmanın, prematüre bebeklerin ve annelerinin doğumdan itibaren hastanede başlatılan bakımlarının, ev izlemleri ile sürdürülmesinin, bebeğin bakımı ve annenin depresyon ve anksiyete düzeyine etkisinin değerlendirilerek rutin uygulama için örnek oluşturacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, prematüre bebeğe sahip olan primipar annelere taburculuk sonrası yapılan evde izlemin, annenin bebeğin bakımında yaşadıkları sorunlar ile annenin depresyon ve kaygı düzeylerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H0: $\mu A = \mu B$

H1: $\mu A \neq \mu B$

H0: evde izlemin, annelerin evde bebek bakımında yaşadıkları sorunları, durumluk kaygı düzeyini ve doğum sonrası depresyon düzeyini azaltmada etkisi yoktur.

H1; evde izlemin, annelerin evde bebek bakımında yaşadıkları sorunları azaltmada etkisi vardır.

H2; evde izlemin, annelerin doğum sonrası depresyon düzeyini azaltmada etkisi vardır.

H3; evde izlemin, annelerin durumluk kaygı düzeyini azaltmada etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prematüre Bebeğin Özellikleri

Prematüre bebeklerin dış görünümünde, normal doğan bebeklere göre farklılıklar görülmektedir. Baş çevreleri normal doğan bebeklere göre daha büyük, bacakları ince ve kısa, derileri ince ve buruşuktur. Derilerinin ince ve buruşuk olması deri altındaki yağ tabakasının eksikliğinden kaynaklanmaktadır (45). Prematüre bebeklerde mide kapasitesi daha azdır ve ince bağırsaklar yeterince gelişmemiştir. Ayrıca 32-34 haftadan küçük prematüre bebeklerde bağırsak hareketlerinin düzenli ve yeterli olmadığı, bebeğin beslenerek zaman içerisinde mikrobiyal kolonizasyonun oluşması ile bağırsak fonksiyonlarının arttığı belirtilmektedir (46). Kalp ve göz rahatsızlıkları da prematürelerde sık rastlanan sorunlar arasında gösterilmektedir (47).

Prematürelerde tüm sistemlerdeki gibi immün sistem de fizyolojik olarak immatürdür. Bu nedenle enfeksiyonlara daha yatkındırlar (48, 49). Bebeğin derisi ince, şeffaf ve jelatin gibidir. Deri altı yağ dokusu az olduğu için derisi buruşuktur ve yaşlı görünümü vardır. Prematüre bebeklerde yağ dokusu daha azdır, yetişkinlere ve term bebeklere göre daha az gelişmiştir. Bu yüzden yenidoğan bir bebeğin GH'sı ve epidermisin stratum korneum tabakasının maturasyonu, transepidermal sıvı kayıpları açısından son derece önemlidir. Prematüre bebeklerde daha az verniks kazeoza bulunur. Lanugo miktarı fazladır, özellikle kolların üst kısmı, sırt, alın ve yüzün yan kısımlarını kaplar. Prematüre bebeğin cildinin koruyucu fonksiyonun gelişiminin yaklaşık olarak 34. haftada tamamlanmış olduğu düşünülmektedir. Prematüre bebek derisinin yapısal ve fonksiyonel olarak immatür olması deri bütünlüğünde bozulma riskinde artış, lokal ve deri yoluyla alınan mikroorganizmaya bağlı sistemik enfeksiyonlar, transepidermal sıvı kaybı ve sonuçta sıvı-elektrolit dengesizliği ve hipotermi risklerini doğurmaktadır (50-52).

Toraks, kemiklerinin yumuşak olması nedeniyle miadında doğan bebeklerden daha esnektir. Meme dokusu 36. GH'ndan küçük bebeklerde yoktur, abdomen dışarı doğru çıkıntılı ve gergin görünümündedir. Ekstremiteler ince ve kaslar küçüktür. Gestasyon yaşının artması ile el ve ayak tabanındaki çizgilerin sayısı ve derinliği de artar (2, 53)

Erkeklerde testisler skrotuma inmemiş olabilir, kızlarda klitoris ve labialar dışarı doğru çıkıntılı görünümündedir. Normal gestasyonel hafta tamamlanana kadar labia majörler, labia minörleri örtmez (2, 53).

2.2. Prematüre Yenidoğanlarda Karşılaşılan Sorunlar

2.2.1. Vücut Sıcaklığındaki Dengesizlik

Prematüre bebeklerin vücut ağırlığına göre vücut yüzey alanı daha geniştir, sınırlı kahverengi yağ depoları vardır ve deri altı yağ dokuları azdır. Bu nedenle term yenidoğanlara göre daha fazla ısı kaybederler (53, 54). Bir çok prematüre yenidoğan olgunlaşmamış epidermal bariyer nedeniyle transepidermal su kayıpları yaşamaktadır (54).

Yenidoğanın kuru ve sıcak bir ortamda tutulması gibi önlemler alınmadıkça, bebeğin vücut ısısı hızla düşebilir. Prematüre bebeğin vücut sıcaklığını dengede tutabilmek için kuvöze alınır. Deri ve akciğerlerden sıvı kayıplarını azaltmak için ortam nemi ayarlanmalıdır. Prematürelerin ısı kaybı en çok vücuduna göre daha büyük olduğu için başlarından olmaktadır. Bunu engellemek için bebeklere başlık giydirilmesi gerekmektedir (53).

Prematüre yenidoğanlarda soğuk stres daha çok görülmektedir. Soğuk stresine ilişkin görülen belirtiler; apne, bradikardi, letarji, hipotoni, zayıf beslenme, solukluk ve ciltte renk değişiklikleridir. Metabolik asidozla birlikte metabolik hız artar ve pulmoner vazokonstriksiyon meydana gelebilir. Soğuk stresi (34,5°C ve 36,5°C) hemen müdahale gerektiren en önemli sorunlar arasında yer alır (53, 55).

Taburcu olmadan önce prematüre yenidoğanın vücut sıcaklığını devam ettirebildiği kontrol edilmelidir. Ailelere ısı dengesizliği belirti ve bulguları konusunda bilgi verilmeli, aksiller derecenin normal sınırları öğretilmeli ve normalden sapma halinde doktora başvurulması gerektiği belirtilmelidir. Soğuk stresi en sık acile başvuru nedenlerinden biridir. Bakımdan sorumlu kişilere bebeğe banyo yaptırırken ısı kaybı en aza indirilmesi konusunda eğitim verilmelidir (56).

2.2.2. Solunum Sorunları

Yenidoğan bebeklerde ilk günlerde yaşamı tehdit eden en önemli sorunlardan biri de solunum sistemine ilişkin sorunlardır. Prematüre bebeklerin, taburculuk sonrası özellikle solunum yolu hastalıkları nedeniyle tekrar hastaneye yatış riski yüksektir. Prematüre bebeklerde surfaktan eksikliği ve akciğerlerin olgunlaşmamış olması apne, retraksiyon, takipne, bronkopulmoner displazi ve respiratuvar distres sendromu gibi solunum rahatsızlıkların yol açar (57-59). Yapılan çalışmalarda prematüre doğan bebeklerde taburculuk sonrası solunum yolu enfeksiyonları ve buna bağlı olarak hastaneye tekrar yatma riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (59).

Solunum sistemi düzenli olarak solunum sesleri, solunum hızı, derinliği ve şekli açısından değerlendirilmelidir. Yenidoğandaki inatçı takipneler vücudun oksijen ihtiyacının arttığı ilk göstergesi olduğu için yakından araştırılmalıdır. Prematüre bebeklerde apneler görülebilir. Böyle bir durumda bebeğe uyarı verilmesi ya da maske ile oksijen verilmesi gerekebilir. Lenfatik sistem tarafından akciğerlerdeki sıvı absorbe edildiği için ilk bir saat içinde burun kanadı solunumu, inleme ve çekilmeler azalır. Prematüre bebeklerin akciğer gelişimi tamamlanmadığı için ilk 24 saat bebeğin solunumu 4 saat aralıklarla yakından gözlenmelidir (56, 60).

Solunum sıkıntısı olan prematürelere oksijen saturasyonu izlenmeli ve ısıtılmış nemlendirilmiş oksijen desteği sağlanmalıdır. Prematüre bebekler solunum sıkıntısı açısından risk altında oldukları için ebeveynler solunum problemlerinin yaygın nedenleri arasında olan ısı dengesizliği, hipoglisemi ve beslenme yetersizliği açısından dikkatli olmaları konusunda uyarılmalı, solunum sıkıntısı belirtilerini tanımları sağlanmalıdır (56, 60, 61).

2.2.3. Hipoglisemi

Intrauterin dönemde fetus glikoz gereksinimini plasentadan karşılar. Doğumda plasental glikoz geçişi durunca yenidoğanın glukoz düzeyi ilk 2-4 saatte düşer. Annenin kan glukoz düzeyinin %70-80 kadarı yenidoğanın kan glukoz düzeyini belirler. Kan glukozunun normal düzeyde tutulması için karaciğerde glukojenoliz ve glukoneojenez gerçekleşir. Doğumdan önce artan plazma katekolaminleri, glukagon konsantrasyonunda dalgalanmalar ve dolaşımdaki insülinde azalma görülmektedir. Hızlı bir şekilde yağ oksidasyonu artmakta ve

aminoasitler glukoza dönüşmektedir. Bütün yenidoğanlarda serum glukoz düzeyi yaşamın yaklaşık birinci ve ikinci saati arasında en düşük seviyesine ulaşır. Term yenidoğanlara göre prematürelerde glukoz üretiminde azalma ve/veya kullanımında artma nedeniyle serum glukoz konsantrasyonundaki azalma daha hızlıdır (62, 63).

Kompansasyon mekanizması yardımıyla yenidoğan doğumdan hemen sonra beslenmeye dahi ilk 2-4saat arasında glukoz düzeyi 40 mg/dl ile 100 mg/dl arasında stabilize olur. Eğer bebek beslenmeye başlamadıysa hepatik glukojen hızla tükenir. Yenidoğanın normal glukoz düzeyini devam ettirmesi glukoneojenez ve lipolize (yağların hidrolizi) bağlıdır. Yenidoğanların %8'inin yaşamların ilk 4 saatinde prematüre yenidoğanlarda ise doğumdan 2-3 saat sonra hipoglisemi geliştiği düşünülmektedir. Prematüre yenidoğanlarda hipoglisemi insidansı term yenidoğanlara göre üç kat fazladır ve neredeyse tamamı doğumdan hemen sonra intravenöz glukoz desteğine ihtiyaç duymaktadır (56, 64).

Erken doğan bebeklerde çeşitli sebeplerle hipoglisemi gelişme riski yüksektir. Yenidoğan hipoglisemisinin en sık nedeni yetersiz glukoz desteği ya da üretiminin yanı sıra artmış glikoz ihtiyacıdır. Erken doğum nedeniyle yenidoğanın glikojen ve yağ dokusu azdır. Artan metabolik faaliyet için gerekli glukoz ihtiyacını karşılamada gelişmemiş karaciğer enzim sistemi nedeniyle gerekli olan glukoneojenez tam olgunlaşmamıştır. Yağ asitlerinden keton yapımı sınırlıdır. Pankreasın gelişmemiş olması nedeniyle serum glukoz düzeyi düşük olmasına rağmen dolaşımdaki insülin miktarı fazladır. Beyin dokusunda glikoz kullanımı yüksektir. Aynı zamanda RDS, hipotermi, sepsis, perinatal stres/hipoksi ve oral alımın azalması gibi medikal problemler nedeniyle prematüre bebeklerde glukoz ihtiyacı artmaktadır (63, 64).

Hipoglisemi, erken tanı ve tedavi olmazsa, nöral nekroz ve dendrit kaybına yol açabilir. Hipogliseminin takibi doğum öncesinde başlamalıdır. Durumu stabil olan prematüre bebeklerde erken ve sık aralıklarla anne sütü alması sağlanarak hipoglisemi önlenabilir ya da tedavi edilebilir. Eğer oral beslenme sağlanamıyor ise %10 Dextroz ile intravenöz sıvı desteği sağlanması gerekebilir. Aile eğitimlerinde hipoglisemi belirtileri, beslenme sıklığı, glukoz seviyesinin normal sınırlarda tutulması için başarılı emzirme veya gerekli durumlarda mama ile besleme yöntemleri öğretilmelidir (56, 64).

2.2.4. Beslenme Güçlüğü

Prematüre bebekler intrauterin gelişimlerini tamamlamadan doğdukları ve sistemleri immatür olduğu için bazı sorunlar yaşarlar. Bu sorunlardan biri de beslenmedir. Prematürelerin gastrointestinal sistemlerinin immatüritesi, aspirasyon riski, emme refleksinin güçlü olmaması, uzun beslenme süresi gerektirmesi ve gelişmemiş beyin yapısına bağlı uyku-uyanıklık davranışının termdeki bebeklerden farklı olması ve besin depolarının oldukça fakir olması beslenmelerini güçleştiren faktörler arasındadır. Prematüre bebeklerin bakımında bebeğin durumuna en uygun şekilde beslenmesinin sağlanması çok önemlidir. Yetersiz beslenme, vücut ağırlığındaki artışın yetersiz olması ve dehidratasyon gibi durumlara sebep olabilir (65, 66).

Önemli bir sorunu saptanmayan prematüre yenidoğanlar genellikle doğumdan 4-6 saat sonra oral yolla beslenmeye başlarlar. Oral yolla beslenemeyen çok düşük doğum ağırlıklı veya sorunları olan prematüre bebekler gavajla ya da parenteral yolla beslenir (53).

Erken doğan bebeklerin bir bölümünde, oral beslenmeye geçilse de birçok nedenle bu bebeklerde zamanında doğan bebeklere göre daha sık beslenme sorunları gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda prematüre yenidoğanlar term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek oranda beslenme problemi yaşadıkları saptanmıştır. Taburculuk sonrası ailelerin de evde en sık karşılaştıkları ve zorlandıkları sorun beslenme güçlüğü olarak bildirilmiştir (67, 68). Hastaneye tekrar başvurma nedenleri arasında hastanede yatarken emzirme durumunun primer belirleyici olduğu bulunmuştur (69, 70). Prematüre bebeklerde beslenme ile ilişkili olumsuzlukların önlenmesinde ve hastalıklardan korunmada emzirmenin en etkili şekilde yapılması anahtar rol oynamaktadır (71).

Term yenidoğanlar yeterli miktarda anne sütü alamazlar da sahip oldukları yağ ve glukojen depoları ihtiyaç duyulan kaloriye dönüştürülebilir. Buna karşın prematüre bebekler yüksek metabolik hız ve sınırlı yağ ve glukojen deposuna sahiptir. Isı dengesizlikleri kısa dönemde kahverengi yağ dokusunu ve sınırlı enerji depolarını tükettiği için hipoglisemi görüldüğü düşünülmektedir (62, 63, 71).

Prematüre bebeklerde memeyi tutma ve etkin bir şekilde emmede güçlük çekilebilir ya da yutma-nefes alma koordinasyonunda uyumsuzlukla karşılaşılabilir.

Doğum sonrası dönemde anne bebek ilişkisini sağlamak ve sütün gelişini ya da emzirmeyi etkileyecek olumsuz şartları ortadan kaldırmak gerekmektedir (56).

Prematüre yenidoğanlar term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında daha fazla uykuya meyilli oldukları, emmelerinin daha zayıf olduğu ve kolay yoruldukları görülmektedir. Beslenme güçlüğüne devam etmesi durumunda hipoglisemi, soğuk stresi, dehidratasyon, hiperbilirubinemi ve vücut ağırlığı kaybı gelişebilmektedir. Aynı zamanda beslenme güçlükleri hastanede kalma süresinin uzamasına neden olmaktadır. (56, 72).

En ideal besin ilk 6 ay için anne sütüdür. Prematüre bebeklerin 24 saatte 8-12 defa uyandırılarak beslenmesi gerekebilir. Meme tamamen boşaltılamadığı için süt üretiminin devamının sağlanmasında anne desteklenmelidir. Anneye emzirme danışmanlığı yapılmalı, gerekirse yapay meme ucu kullanımı önerilerek bebeğin memeyi daha kolay kavraması, emmesi ve süt salgılanmasının uyarılması sağlanabilir. Anne sütünün sağlanamadığı durumlarda formula mamalardan yararlanılır (56, 73).

Hastaneden taburcu olmadan önce prematüre bebeğin en az 24 saat başarıyla memeyi emdiği gözlenmelidir. Anne sütünün yetersiz olduğu durumlarda ise tüm besin ihtiyacını formula mamalardan sağladığından emin olunmalıdır. Vücut ağırlığı 2000-2200 grama ulaşmış, tartı alımı 10-30 gr/gün arasında olmalıdır. Taburcu olmadan önce anneye bebeğin bakımı ve beslenmesi konusunda eğitim verilmeli, taburcu olduktan sonra beslenme sorunları, görülebilecek belirtiler anneye anlatılmalı ve gecikmeden hastaneye başvurusu konusunda bilgilendirilmelidir (53, 56).

2.2.5. Uyku Sorunları

Uyku düzeni bebekler arasında değişkenlik gösterir. Yenidoğan bebeklerde uyku, uyanıklık döngüsü henüz tam olarak olgunlaşmamıştır. Uyku zamanı ve süreleri düzensizdir ve dış etkenlerden kolaylıkla etkilenebilmektedir. İlerleyen aylarda merkezi sinir sisteminin olgunlaşmasıyla, gece-gündüz farkındalığı da oluşmaya başlar. Özellikle ani bebek ölüm sendromunun önüne geçilmesi için bebekler sırt üstü ya da yan yatar pozisyonunda uyumalıdır (60).

Prematüre bebeklerin miadında doğan bebeklere göre tüm sistemlerin daha geç olgunlaşması nedeniyle uyku düzeninin gelişmesi miadında doğan bebeklere

göre daha geç olabilir. Bebeğin uyku süresi annenin istirahatini, bu da dolaylı olarak bebeğin bakımını etkileyebileceği için en erken dönemde uyku düzeninin sağlanması annenin psikososyal iyiliği ve bebeğin bakımının optimum düzeyde sürdürülebilmesi açısından önemlidir (60, 75).

İlk haftalarda bebeklerin beslenme dışında uyumaları nedeniyle ebeveynler bebeklerinin uyumamasından çok, sık uyanmasından yakınırlar. Sıklıkla yetersiz beslenme ya da kolik nedeniyle ya da bazen başka fizyolojik bir sorun nedeniyle uyku sorunları görülebilir. Prematüre bebeklerde, emmede başarısızlık, anne sütünün yetersiz olması, mide kapasitesinin daha düşük olması gibi nedenlerle daha çok yetersiz beslenme sorunları görülmektedir. Ayrıca prematüre bebeklerin immatür gastrointestinal fonksiyonlarına bağlı olarak daha sık kolik görülmesi nedeniyle uykuları daha sık bölünebilir (74-76).

2.2.6. Cilt sorunları

Prematüre bebeklerin cildi, term bebeklerin cildinden daha az gelişmiştir ve stratum corneum tabakası işlevsel değildir. Bu nedenle ciltten sıvı kaybı olabilir ve ciltteki maddeler topikal olarak emilebilir. Subkütan yağ dokusunun ince olmasına bağlı olarak kan dolaşımının görünür olması sonucu cilt pembe görünür. İnce subkütan yağ dokusu ve ciltte titreme ve büzülme olamaması nedeniyle termoregülasyon yetersizdir. Üşüdükleri zaman özellikle ayaklarda akrosiyanoz görülebilir. Dermis ve epidermsinin ince olması ve gevşek şekilde birbirine tutunması nedeniyle cilt hassastır ve enfeksiyonlara yatkınlık görülmektedir. Prematüre bebeklerin ciltlerindeki bu özellikler nedeniyle cilt enfeksiyonları ve diaper dermatiti açısından duyarlıdır (60, 73).

2.2.7. Sarılık

Hiperbilirubinemi ya da sarılık, bilirubin üretimi ile emilimi arasındaki dengesizlik nedeniyle meydana gelebilir. Beslenme güçlükleri olan prematüre bebeklerde gastrointestinal sistem motilitesinin düşük olması konjuge bilirubin geri emilimini ve enterohepatik dolaşıma katılımını güçleştirir. Bu bebeklerde özellikle serbest indirekt bilirubin albümine bağlanmasını engelleyen hipoksi, hipoglisemi, ilaç kullanımı gibi durumlar varsa izlemin daha özenli yapılması gerekmektedir.

Yetersiz beslenme de şiddetli hiperbilirubinemiye ve geri dönüşü olmayan kernikterusa neden olabilmektedir. Özellikle geç prematüre yenidoğanların, term yenidoğan gibi düşünülerek doğumdan 48 saat sonra taburcu edilmesi şiddetli hiperbilirubinemi ile acil servise başvuruyu arttıran sebepler arasındadır (53, 66, 71).

Anne sütü ile beslenen bebekler beslenme ve enteral alımları açısından değerlendirilmelidir. Sarılık her zaman görsel olarak değerlendirilemeyebilir. Bu nedenle serum total bilirubin düzeyi ya da transkütan bilirubin düzeyi ile değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir. Ailelere taburculuktan 72 saat sonra izlem için polikliniğe gelmeleri önerilmektedir. Taburcu olurken yazılı eğitim materyali, polikliniğe gelecekleri gün ve bebeğin kilosu, kan sonuçları gibi gerekli bilgiler ailelere verilmelidir (56).

2.2.8. Enfeksiyonlar

Yenidoğan bebekler gestasyonel yaş küçüldükçe bağışıklık sisteminin immatüritesi nedeniyle enfeksiyonlara daha yatkındırlar. Enfeksiyon belirtileri prematüre yenidoğanın diğer hastalık belirtileri ile aynı özellik taşımaktadır. Bazen asemptomatik olabilmekte bazı yenidoğanlarda ise sistemik enfeksiyonlara farklı yanıtlar oluşabilmektedir. Isı dengesizliği (hipotermi ya da hipertermi), solunum güçlüğü, letarji, beslenmede değişiklikler, hipoglisemi, huzursuzluk ve enfeksiyon etkenine ve enfekte olan sisteme göre belirti ve bulgular görülebilir. Diyabet, hipertansiyon, enfeksiyon gibi maternal risk faktörleri de göz önünde bulundurularak enfeksiyon şüphesi olabilecek prematüre bebekler yakından izlenmelidir. Prematüre bebeklerde bağışıklık sisteminin immatür olması nedeniyle el yıkama, doğumdan itibaren termoregülasyonun ve cilt bakımının uygun şekilde sürdürülmesi gibi enfeksiyon kontrol önlemlerine özen gösterilmelidir (53, 56).

2.2.9. Uzun Süreli Sonuçlar

Prematüre doğan bebekler hem kısa dönem hem uzun dönemde önemli sağlık problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerdeki erken doğum oranlardaki artışın yanı sıra çok düşük doğum ağırlıklı ileri derece prematüre bebeklerin bile yaşatılıyor olması bu bebeklerde uzun dönemde önemli sekellerle yaşama oranlarının artmasına neden olmaktadır (77, 78).

Birçok bebekte serebral palsi, zeka geriliği ve duyuşsal bozukluklar (görsel ve işitsel defisitler gibi) gibi sekellerin yanı sıra önemli oranda gelişme geriliği görülebilir. Yaşamlarının ilk üç yılında prematüre doğan bebekler sıklıkla gelişme geriliği tanısı almaktadır ve onların okul öncesi özel eğitim gereksinimleri, term yenidoğanlara göre daha yüksektir (78, 79). Yakın zamanda yapılan sistematik bir derlemede, prematüre bebeklerin yaklaşık % 12'sinde serebral palsi geliştiğı bildirilmiştir. Ayrıca, bu bebeklerin % 19'unda motor ve koordinasyon problemleri olduğu bulunmuştur (80).

Okul başarısı ile ilgili yapılan bir çalışmada 32-36 GH'da doğan 2780 çocuk anaokulu 1. sınıf ve 5. sınıfta değerlendirilmiş ve zamanında doğan çocuklarla okul başarısı karşılaştırılmıştır. Gestasyon haftası 34'ün altında olan çocukların daha fazla özel eğitime ihtiyacı olduğu ve okul başarılarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Çok düşük doğum ağırlıklı prematüre yenidoğan bebekler ile ilgili yapılan birçok çalışma, bu çocukların orta çocukluk ve ergenlik döneminde bilişsel yetersizlik, akademik başarısızlık, düşük not ve daha fazla destekleyici yardıma ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (81).

İsviçre'de 6425 hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada doğum haftaları ve ağırlıkları ile iskemik kalp hastalığı ve inme oranları arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve düşük doğum ağırlıklı olan bireylerde iskemik kalp hastalığı ve inme görülme hızlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (82).

2.3. Hastanede Kalma ve Tekrar Hastaneye Yatma

Term yenidoğanlarla karşılaştırıldığında, doğumdan sonra taburcu olan geç prematüre yenidoğanların erken dönemde hastaneye yatma oranları, term yenidoğanlardan daha fazla bulunmuştur (83-85). Prematüre yenidoğanların yaşamının ilk yıllarında en çok solunum ve gastrointestinal sistem sorunları, teşhis edilen veya şüphelenilen enfeksiyon ya da sepsis, beslenme sorunları ve gelişim problemleri ile göze ilişkin sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Erken taburcu olan prematüre yenidoğanların kısa dönemde hastaneye yatma nedeni ise sarılık ve solunum sıkıntısı olarak saptanmıştır (85-86).

Term yenidoğanların genellikle taburculuk sonrası yaşamlarının ikinci haftasında, geç prematüre yenidoğanların ise doğum sonrası dördüncü haftada acil

servise başvurduğu saptanmıştır. Acil servise başvuran geç prematüre yenidoğanlar arasında 36 GH'daki bebekler %52,1 oranında bulunmuştur (35 GH'daki bebekler %21,6, 34 GH'daki bebekler %26,2). Araştırmacılar bunun nedenini 36 GH'daki geç prematüre yenidoğanların daha fazla matür görünümde olmaları nedeniyle hastaneden erken taburcu olmaları ve diğer GH'larının hastanede daha uzun süre kalmaları olarak düşünmektedir. Acil serviste aldıkları tanılar apne, hiperbilirubinemi, ateş, solunum problemi, beslenme problemleri, hipotermi olarak bulunmuştur (87, 88).

2.4. Prematüre Bebeği Olan Ailede Görülen Psikososyal Sorunlar

Prematüreliliğin ve düşük doğum ağırlığının bebeğe getirdiği olumsuz etkiler olduğu gibi anne-babaya da olumsuz etkileri bulunmaktadır. Hamilelik, ailenin yeni aile üyesi için psikolojik duygusal hazırlanma sürecidir. Hazırlıklar; bebeğin odasını hazırlama, bebek kıyafetleri alma, bebeğin bakımı konusunda bilgi edinme, aile düzenindeki değişimleri bebeğe göre ayarlama ve bebekle birlikte değişecek yeni rolleri içermektedir. Büyük aile bireyleri ve yakın arkadaşlar bile, beklenti içinde olan aileyle bu sürece katılmaktadır. Oysa prematüre doğum ile aile beklenmeyen farklı bir durumla karşı karşıya kalmaktadır (89). Anne-baba bekledikleri normal aile görevlerini kaybetmekte, aile rollerini hastanedeki sağlık uzmanları ile paylaşmaktadır. Aynı zamanda doğum sırasındaki problemler geçici olsa bile ileride, stres altında gelişen anne/baba-bebek ilişkisi, iletişimleri doğumda daha uygun başlangıçla gerçekleşen ailelere göre daha zor olabilmektedir.

Korja ve arkadaşları (17)'nin yaptığı çalışmada, prematüre bebeği olan ebeveynlerin, bebeklerini kabullenmelerinin term bebeği olan annelere göre daha geç olduğu ve en çok bebeklerinin güvenliği ile ilgili endişeleri olduğu, bebek bakımında babanın destekleyici rolünün önemli olduğu belirtilmektedir. Annede doğum sonrası depresyon belirtilerinin olması, anne ve bebek arasındaki bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde depresyonun taranması ve anneye destek olma önemlidir. Bu konuda hemşire annenin bebeğini kabullenmesine yardımcı olmalıdır. Anne, bebeğin durumu hakkında bilgilendirilmeli ve soruları cevaplanmalıdır.

2.4.1. Prematüre Bebeğe Sahip Annelerde Kaygı ve Depresyon

Prematüre bebeklerde özel bakım gereksinimleri, yenidoğan döneminde uyku düzeninin oluşturulması ve beslenme sorunları, ileri dönemlerde de gelişimsel ve bilişsel zorlukların yanı sıra dikkat eksikliği ve hiperaktif bozukluğu ve davranış bozuklukları gibi aileyi de etkileyen sağlık sorunları vardır (77, 79). Yapılan çalışmalarda, annelerde görülen kaygı ve depresyon belirtilerinin, erken doğum riski, annenin kronik hastalığı gibi prenatal dönemdeki stresli yaşam olayları ile anlamlı ilişkisinin olduğu bildirilmiştir (90, 91). Bununla birlikte, doğum sonrası dönemdeki erken doğum ve bebeğe ilişkin kaygılar gibi stresli yaşam olayları, depresif belirtilerin ortaya çıkması bakımından risk oluşturmaktadır (92).

Prematüre doğum ve daha sonraki yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ) deneyimi ebeveynler tarafından genellikle travmatik olarak algılanmakta ve psikolojik stres belirtilerine yol açabilmektedir. Özellikle doğumdan sonraki iki hafta annelerin özbakım ve bebek bakımında daha fazla yardıma ihtiyaç duyduğu dönemdir (93-94). Annelerde prematüre doğum sonrası doğum sonrası depresyon prevalansı %28 ile %70 arasında tahmin edilmektedir (34-38). Depresyon ve kaygısı olan anneler prematüre bebeklerinden gelen ihtiyaçlara yönelik ipuçlarını fark etmede, yanıtlamakta ve bebekleri ile etkileşime geçmekte sorun yaşayabilmektedirler (95). Bu anneler bebeklerinin özel ihtiyaçlarına daha az dikkat etme, yanıt verme ve daha az hassasiyet gösterme eğiliminde olan annelerdir (95, 96).

Prematüre doğan bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmaları ve buna bağlı olarak oluşan fiziksel ayrılık, bebeğin ve annenin psikolojik durumunu olumsuz etkileyebilir (77, 96, 97). Maternal depresyon ve anksiyetenin, bebeğin görüntüsü ve durumuna ilişkin kaygılar, erken doğuma ilişkin suçluluk duygusu ve prognozuna ilişkin kaygılar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (98, 99).

Annelerin bu dönemde özbakım ve bebek bakımında desteklenmesi, onların daha az psikolojik sorun yaşamasına ve bakımda kendine daha fazla güvenmesine destek sağlayabilir (12).

Kaygı

Her bireyin yaşamının belli dönemlerinde yaşadığı genellikle nedeni bilinmeyen ve anlaşılmayan yakın tehlike ya da stresli bir yaşam olayı öncesinde ortaya çıkan, fizyolojik (kan basıncı, nabız, solunum sayısı artması gibi) ve psikik belirtilerin (artmış uyarılma hali, endişe, baskı altında olma hissi gibi) eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısıdır (100).

Durumluk Kaygı

Kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durum nedeniyle hissettiği subjektif hoş olmayan bir duygudur. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı düzeyin artış görülürken, stres ortadan kalkınca azalma olur. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu geçici duygusal bir durum iken sürekli kaygı, kaygıya eğilimi ifade eden subjektif bir durumu ve bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı yansıtır (101).

Gebelik ve doğum önemli biyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı karmaşık bir süreçtir. Gerçekte ailenin yaşam döngüsündeki en stresli ve endişe üreten dönemlerden biridir. Gebelikte tıbbi zorluklar, geçmişte ruhsal bozukluk öyküsü, yetersiz eş desteği ve düşük sosyo-ekonomik düzey, sıkıntı, kaygı ve depresyon riskini arttırmaktadır (102, 103). Ebeveynlerin şiddetli kaygı yaşamaları, bebekleri hakkında verilen bilgileri yanlış anlamalarına, olaylar ile ilgili sağlıklı karar veremede güçlük yaşamalarına, bebeklerinin bakımına katılmada sıkıntı çekmelerine ve uygun olmayan baş etme yöntemlerini kullanmalarına sebep olmaktadır (104, 105).

Doğum Sonrası Depresyon

Depresyon, yaşanan üzüntü doğrultusunda artmış olan duygu durumunun bulunduğu, bedensel, ruhsal ve toplumsal belirti ve yakınmaların bütünüdür. Doğumu takip eden dört hafta içinde ortaya çıkan major depresyon atağı doğum sonrası depresyon olarak tanımlanmaktadır (100). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon görülme sıklığının %6,5-68 arasında değiştiği belirlenmiştir (29-32, 34-38).

Depresyon öncesinde genellikle tetikleyici stresörler ve stresli yaşam olayları gibi faktörler gözlenmektedir. Doğum sonrası dönem, fizyolojik değişikliklerin yanı sıra yeni rollerin kazanıldığı zor bir süreç olması nedeniyle anne ve bebek sağlığı açısından riskli bir dönemdir. Bu dönemde ebeveynler bebek bakımını sağlamanın yanı sıra ona güvenli bir çevre oluşturmak, yeni rolleri ve bu rollerin gerektirdiği bilgi ve becerileri öğrenmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadırlar. Ayrıca ebeveynlerin aile, sosyal ve iş yaşantısında da sorumlulukları devam etmektedir. Bu nedenlerle annenin pek çok yeniliğe adapte olmaya çalıştığı doğum sonrası dönem aile için kriz ortamına neden olabilmektedir (106).

Doğumdan sonra annelerin bir kısmında ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında ise hastanede bakım ve tedaviyi gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir. Doğum sonrasında, yeni bebeğin sorumluluğunu alma, çocuğu kaybetme ihtimali, erken doğum gibi durumlar da annenin duygudurumunu zorlayarak ortaya çıkan uyum bozuklukları sadece anne değil özellikle bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (107). Bu nedenle özellikle birinci basamak doğum sonrası izlemlerinde mutlaka postpartum depresyonun değerlendirilmesi ve erken tedavi girişimleri ile risk grubu olarak kabul edilen kadınların izlemleri sağlanmalıdır (108).

Doğum sonrasında bebeğin risk altında olması, prematüre veya düşük doğum ağırlıklı doğması ya da herhangi bir cerrahi probleminin olması, annede doğum sonrası depresyon görülme riskini arttırmaktadır (102). Ballantyne ve arkadaşları (105)'nın Kanada'da erken doğum yapmış ve yoğun bakım ünitesi deneyimi olan anneler ile yaptığı çalışmada, bu annelerin doğum sonrası depresyon görülme riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Annenin bebeği ile ilgili endişeli bekleyişi, kendi doğal ortamından uzaklaşarak, doğum sonrası dönemini hastane ortamında geçirmesi, doğum sonrası depresyon açısından risk faktörü olarak bildirilmiştir. Ancak erken dönemde annelerin stres ve depresyon taramaları yapılır ve tedavi başlanırsa bu tehlikeli dönem daha kolay bir şekilde atlatılabilir.

Boratav ve arkadaşları (29)'nın yaptığı bir çalışmada, gebeliğin son trimesterinde aile desteği, eşin bakıma katılması, önceki depresyon öyküsü ve planlanmamış gebelik doğum sonrası depresyon semptomları için önemli risk

faktörleri olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada, gebelikte ve pospartum dönemde depresyon puanı ile bu değişkenler üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur.

2.5. Prematüre Bebeğe Sahip Ailelerin Desteklenmesi ve Hemşirenin Roller

Prematüre bebeği olan anneler miadında doğan bebeği olan annelere göre bakımda daha fazla güçlük ve duygusal sorunlar yaşamaktadırlar (12, 17, 18, 109). Doğumdan sonraki bakımın amacı, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere annenin ve bebeğin uyumunu kolaylaştırmak, riskli durumları önlemek, annenin kendisine ve bebeğine bakabilecek beceri geliştirmesini sağlamaktır. Hastanede iken verilen eğitimler, annenin bebeğe ilişkin kaygıları nedeniyle istenilen düzeyde olmayabilir. Ayrıca prematüre bebeğin hastanede olduğu gibi, evdeki bakımı da çok özen gerektirir. Bebek hastaneden ayrılmadan yapılması gereken hazırlıkların en başında ebeveyleerin taburculuğa hazırlanması ve ev ortamının hazırlanmasıdır. Eve geçiş sürecinde, annelerin evdeki bakıma hazırlanması, kendi yaşam alanlarında izlenmesi ve uzun süre evde bakım hizmetlerinin verilmesi ile yenidoğan ve ailesinin sağlığı korunabilir ve geliştirilebilir. Dünya Sağlık Örgütü doğum sonrası izlemin 6 saat, 6 gün, 6 hafta, 6 ay formülüne bağlı düzenlenebileceğini belirtmiştir (1). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Doğumsonu Bakım yönetim Rehberi”nde ise doğum yapan kadınların ilk 48 saat içerisinde hastanede, sonrasında ilk hafta içerisinde, 2. haftanın sonunda ve 30-42. günler arasında olmak üzere en az 3 ev ziyareti ile izlenmesi önerilmektedir (7). Prematüre doğum yapan anneler ve bebeklerine yönelik ise ayrı bir öneri bulunmamaktadır.

Zamanında doğan bebeklerle karşılaştırıldığında, prematüre bebeklerde vücut sıcaklığının sürdürülmesi, respiratuvar distres, apne, hipoglisemi, nöbet, sarılık, kernikterus, beslenme ve uyku sorunları, intraventriküler kanama ve tekrar hastaneye yatma hızları daha yüksektir (66, 78, 110). Bu nedenle prematüre bebeği olan ailelerin, ev ziyaretleri ile kendi yaşam alanlarında görülerek değerlendirilmeleri ve desteklenmeleri önemlidir. Ancak ülkemizde prematüre bebeği olan annelerin evde bakımına ilişkin bir hizmet bulunmamakta ve anneler bebeğin bakımında çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır.

Prematüre bebeği olan ailelerin karşılaştıkları bakım sorunları ile baş etmelerinde ve aile-bebek arasındaki ilişkiyi sağlamada, hemşireler önemli bir role sahiptirler. Prematüre bebeklerin eve geçişi ve evdeki bakımı yalnızca tıbbi boyutlarla sınırlı olmayan, karmaşık bir süreçtir ve bu süreç, aile üyelerinin rol ve sorumluluklarında birçok değişim yaratacağı için aile düzenini de etkileyen bir kriz dönemidir. Bu nedenlerle de yenidoğan ve ailesi bireysel gereksinimleri doğrultusunda değerlendirilerek hastaneden eve geçiş sürecinin en iyi şekilde olması için uygun girişimler planlanmalıdır. Ebeveynlerin prematüre bebeğin bakımına dahil edilmesi, bunun için gerekli eğitimlerin verilmesi, ev ortamında ebeveynlerin yeterliliklerini değerlendirilmesi, bebek ve ailenin günlük hayata adaptasyonunu sağlaması doğumdan itibaren hemşirenin sorumluluğundadır. Ailelerin de taburculuktan önce bilgi ve destek kaynakları olarak, ilk sırada hemşireyi tanımladıkları bildirilmektedir (111).

Lopez ve arkadaşları (112)'nın yaptığı sistematik derlemede prematüre bebeğe sahip ailelerin hastaneden eve geçiş sürecine ilişkin farklı metodoloji ve grupla yapılmış olan çalışmalarda ortak 5 bileşenin varlığından söz edilmiştir. Bu 5 bileşen, evde aile ile iletişiminin sürdürölmesi, ev ziyareti yapılması, bebeğin sağlığının ve evin durumunun değerlendirilmesi, eğitim, eğitimsel ve destek grupları ve en önemlisi de tüm bu süreçlere hemşirenin dahil olmasıdır. Anne bebek bağlanmasında önemli bir konumda olan yenidoğan hemşireleri, annelere ve bebeklerine zaman ayırarak anne ve bebeğini değerlendirmeli ve bebeğin davranışlarını tanıma konusunda destekleyici ve eğitici rolde olmalıdırlar. Hemşire, bebeğin hastanede ve evde değerlendirilmesi ve doğrudan bakımı, ebeveynleri prematüre bebek bakımı hakkında eğitmek, ev ortamını değerlendirmesinin yanı sıra ebeveynlerin destek ve toplumsal kaynaklardan yararlanmalarını da sağlamaları gerekmektedir. Bebeğin doğumundan itibaren, öncelikli olarak anneye olmak üzere tüm aileye sunulacak yapılandırılmış standart hizmetlerin, anne ve ailede oluşabilecek olumsuz etkileri azaltabileceği düşünölmektedir (112, 113). Bu yapılandırılmış standart hizmetler, hizmeti sunanlara bir rehber oluşturarak hizmet sunumunda kolaylığın yanı sıra hizmetin ölçölabilirliğini sağlayarak görünür olmasına da katkı verebilir. Hemşirelik bakımının standart hale getirilmesi bilginin stratejik olarak kullanımı ve hemşireliğin görünür hale getirilebilmesi için önemlidir.

Bu amaçla hemşirelikte modellerinin, sınıflandırma sistemlerinin ve bakım rehberlerinin kullanımı önerilmektedir (114, 115).

2.6. Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA)

Hemşirelik tanısı, birey aile ve toplumun gerçek ya da olası sağlık problemlerine ve yaşamsal süreçlere verdiği tepkiler hakkındaki klinik karardır. Bir hemşirelik tanısı, hemşirelerin sorumluluğunda beklenen sonuçlara ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde temel oluşturur. Profesyonel bakımın temelini oluşturan hemşirelik tanıları (116), akut ve kronik bakım ortamlarında, evde bakım ve yoğun bakım gibi özel bakım ortamlarında kullanılabilmektedir (115).

Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği tarafından oluşturulan hemşirelik tanılama sisteminin, 31 tanı kategorisinden oluşan ilk taksonomisi 1973 yılında tamamlanmıştır. 2003 yılında Taksonomi 2, 2008 yılında da NANDA onaylı 206 hemşirelik tanısı yayınlanmıştır. Toplam 13 alan ve 47 sınıftan oluşmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, kendi hemşirelik tanılarının da dahil edilmesini istemiş ve önerdikleri tanı etiketleri geliştirmek üzere kabul edilmiştir (117). Hemşirelik tanıları 2017 yılında revize edilmiş ve 235 hemşirelik tanısı ile bu günkü halini almıştır.

Tanılar standart isimler, tanı etiketlerinden oluşmaktadır. Ayrıca bireyin problemi ifade etmesi, tanıyı içeren etiyoloji, hemşirelik tanısı olarak adlandırılır. (117, 118). Bireyin kültürü, karşılaştığı sağlık bakım sorunlarının türlerini etkiler. Bu nedenle, tanı seçilirken, kültürün tanıyla ilişkili faktörlere etkileri göz önüne alınmalıdır (119).

Hemşirelik tanılarının beş çeşidi vardır. Bunlar; gerçek/mevcut, risk, olası, iyilik ve sendrom tanısıdır.

Gerçek/Mevcut Hemşirelik Tanısı: Bireyde, ailede, grupta ya da toplumda var olan sağlık koşulları/yaşam süreçlerine insan tepkilerini tanımlamaktadır. Bu tanı, tanısal etiket, tanımlayıcı özellikler ve ilişkili faktörleri içerecek şekilde yazılır (117, 118).

Risk Hemşirelik Tanısı: Savunmasız bir birey, aile ya da toplumda ortaya çıkabilecek sağlık koşullarına/yaşamsal süreçlere verilen insan tepkilerini ifade etmektedir. Bu tanı savunmasızlığın artmasına neden olan risk faktörleriyle

desteklenmektedir. Risk hemşirelik tanımları iki bölümden oluşur, tanımlayıcı özelliklere yer verilmez (117, 119).

Bir hemşirelik tanısının üç bileşeni vardır: 1) problem ve tanılama (tanısal etiket), 2) etioloji, 3) tanımlayıcı özellikler (risk faktörleri, ilişkili faktörler).

Tanısal Etiket: Tanı etiketi hemşirelik tanılarının ismidir. Hemşirelik tanısının taksonomide listelendiği isimdir. Mümkün olduğunca az kelime kullanılarak problemin özünü tanımlar ve sağlık durumundaki değişimi yansıtır (116).

Tanımlayıcı Özellikler (etioloji): Bir hemşirelik tanısına ek anlam yüklemek için kullanılan kelimelerdir. Mevcut ya da sağlığı geliştirici tanının belirtileri olarak gruplanan gözlemlenebilir belirtilerdir. Tanımlayıcı özellikler tanılama kararında kriter olarak kullanılır. Tanı isimlendirilirken, sorun ile ilgili, tüm tanımlayıcı özelliklerin bulunması gerekmez (116, 117).

Risk Faktörleri: Risk hemşirelik tanılarındaki klinik ipuçlarını tanımlamak için kullanılır, ancak gerçek hemşirelik tanıları için kullanılmaz. Risk faktörleri, bir bireyin, ailenin ya da toplumun sağlığını olumsuz etkileyen bir olayda etkilenebilirliği artıran, çevresel, fizyolojik, psikolojik, genetik ya da kimyasal faktörlerdir (116). Risk faktörleri doğru risk tanısı seçmede yardımcı olur. Ek olarak önleyici hemşirelik girişimlerinin planlanmasında değerlidir (119).

İlişkili Faktörler (Etiolojik) : Hemşirelik tanısı ile ilişki gösteren faktörlerdir. Bu faktörler, öncül olarak, ilişkilendirilmiş olarak, ilişkili olarak, katkıda bulunan olarak ya da teşvik edici olarak tanımlanabilir. Yalnızca gerçek hemşirelik tanıları ve sendromlar ilişkili faktörlere sahiptir (116). Bu faktörler hastanın sağlık sorununa verdiği gerçek veya potansiyel yanıtlarla alakalıdır ve hemşirelik müdahaleleriyle değişebilir. Bu faktörler “ile ilişkili” “bağlı” “katkıda bulunan” terimleriyle kullanılır (119).

İlişkili faktörler hastanın verilerinin değerlendirilmesi ile tespit edilen koşul veya etiolojilerdir ve patofizyolojik (biyolojik veya fizyolojik), tedaviyle ilgili, durumsal (çevresel veya kişisel) ve gelişimsel olarak 4 kategoride toplanmıştır (119, 120).

2.7. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Interventions Classification-NIC)

Hemşirelik girişimleri sınıflaması, fizyolojik ve psikososyal hemşirelik girişimlerini içermektedir. Girişimler hastalık varlığında iyileştirici olduğu kadar, hastalığı önleyici ya da sağlığı geliştiren girişimleri de içerebilir (121).

Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) 1987 yılında, Iowa Üniversitesi'nden Joanne McCloskey ve Gloria Bulechek tarafından geliştirilmiştir. Sınıflama sistemini Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1990 yılında tanımıştır. ANA yanında Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) de hemşirelik girişimleri sınıflandırma çalışmaları içinde yer almaktadır. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) kapsamında, hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmek için girişimler araştırmaya dayalı ve kapsamlı bir şekilde standardize edilip sınıflandırılmıştır. Her bir NIC girişi; girişim ismi, girişim tanımı, girişi uygulamayı sağlayacak eylem ve etkinliklerden oluşmaktadır. NIC sisteminde 554 adet hemşirelik girişi bulunmaktadır. Kullanım kolaylığı için otuz sınıf ve yedi etki alanı olarak sınıflandırılmıştır. Her NIC girişi için yaklaşık 10-30 arasında etkinlik listelenmiştir (117, 121).

Hemşirelik girişimleri sınıflamasının taksonomik yapısı alanlar, sınıflar ve girişimler olmak üzere üç düzeyden oluşmaktadır. Girişimler, doğrudan ya da dolaylı aktivitelerdir; bu aktiviteler, hemşire tarafından başlatılan girişimlerdir (122).

Hemşirelik girişimleri sınıflaması, bakım planlarında bilginin organizasyonunu ve klinik karar verme süreçlerinde ortak dil kullanımının yanı sıra, hastanın bakım ihtiyaçlarına sistematik bir bakış açısı geliştirerek bakımın kalitesinin artmasını, standartların oluşmasını sağlamaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinde kaliteyi iyileştirme, verilen her türlü hizmeti belgeleme ve kayıt altına alma, standart oluşturma çalışmaları ortak dili zorunlu hale getirmektedir. Hemşirelik girişimleri sınıflaması, hemşirelik bakımında standart dil kullanımını sağlamakta, böylece bakımın yönetimine, iletilmesine, kayıt edilmesine ve belgelenmesine olanak sağlamaktadır (121).

Hemşirelik tanıları ve beklenen hasta sonuçlarında merkez hasta/sağlıklı birey ve/veya ailesi olmasına karşı hemşirelik girişimlerinin merkezini hemşire oluşturur. NIC dili, hemşirenin gerçekleştirdiği, doğrudan ve dolaylı bakım girişimleri kadar

bağımsız ve işbirliğine dayalı girişimleri de kapsamaktadır. Hemşirelik girişimi “hemşirenin beklenen hasta sonuçlarına ulaşmasını sağlayan klinik karar ve bilgi temelli her hangi bir bakım girişimi” olarak tanımlanmaktadır (122). NIC etkinliği kayıt edilirken değiştirilmemelidir. Bununla birlikte hemşirenin temel felsefesi holistik bakım olduğundan ve bireysellik bu felsefenin önemli ögesi olarak görüldüğünden NIC etkinlikleri arasından seçim yapılabilir. Bu durumda hemşire, birey/aile/topluma en uygun etkinlikleri seçer (119, 123).

Hemşirelik girişimleri sınıflaması, hemşirelerin hastalar adına uyguladıkları hem bağımsız (örneğin; basınç yaralarının bakımı) hem de ortak girişimleri (örneğin; analjezik uygulama) içermektedir (115).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın şekli

Araştırma, prematüre bebeğe sahip olan primipar annelere taburculuk sonrası yapılan evde izlemin, annenin bebeğin evde bakımında yaşadıkları sorunlar ile annenin depresyon ve kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla öntest-sontest kontrol gruplu yarı deneysel düzende yapılmıştır (124)

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın, Kırıkkale ili belediye sınırları içerisinde yer alan doğum kliniği olan üniversite, devlet ve özel hastanelerde yapılması planlanmıştır. İl sınırları içerisinde bir üniversite hastanesi, bir devlet hastanesi ve bir özel hastanede doğum hizmeti verilmektedir. Ancak özel hastane ve devlet hastanesinde özellikle prematüre yenidoğan bakımı verilebilecek teknik donanım ve sağlık personeline sahip olmaması nedeniyle tüm erken doğum eylemleri ya da izlem sırasında risk saptanan gebeler Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine sevk edilmektedir. Bu nedenle çalışma Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmıştır.

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi toplam 28 dahili ve cerrahi anabilim dalı ile çevre illere 3. Basamak Sağlık Merkezi olarak hizmet vermektedir. Yenidoğan ünitesinde 14 hemşire, 2 neonotoloji uzmanı ve bir asistan hekim ve 16 yatak bulunmaktadır.

Araştırmanın yürütüldüğü Kırıkkale ili belediye sınırları içerisinde araştırmanın yapıldığı dönemde her herhangi bir kamu ya da özel kuruluş tarafından yenidoğan bebeklere yönelik ev izlemi yapılmamaktadır. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi anne-bebek dostu bir hastanedir. Hastaneden taburcu edilen bebekler birinci haftada, 15. günde ve 1. ayda yenidoğan polikliniğine davet edilerek, fiziksel değerlendirmeleri ve taramaları yapılmakta, tespit edilen sorunlar var ise bu doğrultuda beslenme ve bakıma ilişkin bilgilendirme yapılmaktadır. Planlı ve bireyselleştirilmiş bir eğitim verilmemekte, herhangi bir eğitim materyali sunulmamaktadır. Yoğun bakım gereksinimi olmayan prematüre bebeklere yönelik ise herhangi bir taburculuk eğitimi yapılmamakta, miadında doğan bebeklerde

olduğu gibi yalnızca doğum sonrası ilk saatlerde kadın doğum kliniği hemşireleri tarafından emzirme eğitimi verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 37. GH'dan önce doğum yapan ve prematüre bebeği olan anneler ve bebekleri oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı 1 Haziran 2015-1 Temmuz 2016 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 37. GH'nın altında doğum yapan ve araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan bebek sayısı 94'tür.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya dahil etme kriterleri;

Anneler için:

- Primipar olması,
- 37. GH altında doğum yapmış olması
- Fiziksel ve ruhsal olarak bakımı etkileyecek bir hastalığının olmaması,
- İşitme ve konuşma engeli olmayan,
- Kırıkkale il sınırları içerisinde ikamet etmesi

Bebekler için:

- Doğum kayıtlarından elde edilen bilgiler ışığında 5. dakika Apgar skorunun >7 olması,
- Doğum sonrası muayeneleri normal olarak değerlendirilerek, ilk 24 saat içerisinde taburcu edilmesi.

Araştırmaya dahil etmeme kriterleri;

Anneler için:

- Prenatal dönemde herhangi bir hastalık durumu olması, izleminde tıbbi fiziksel/ruhsal sorun yaşanması ve ilaç kullanım öyküsü olması,

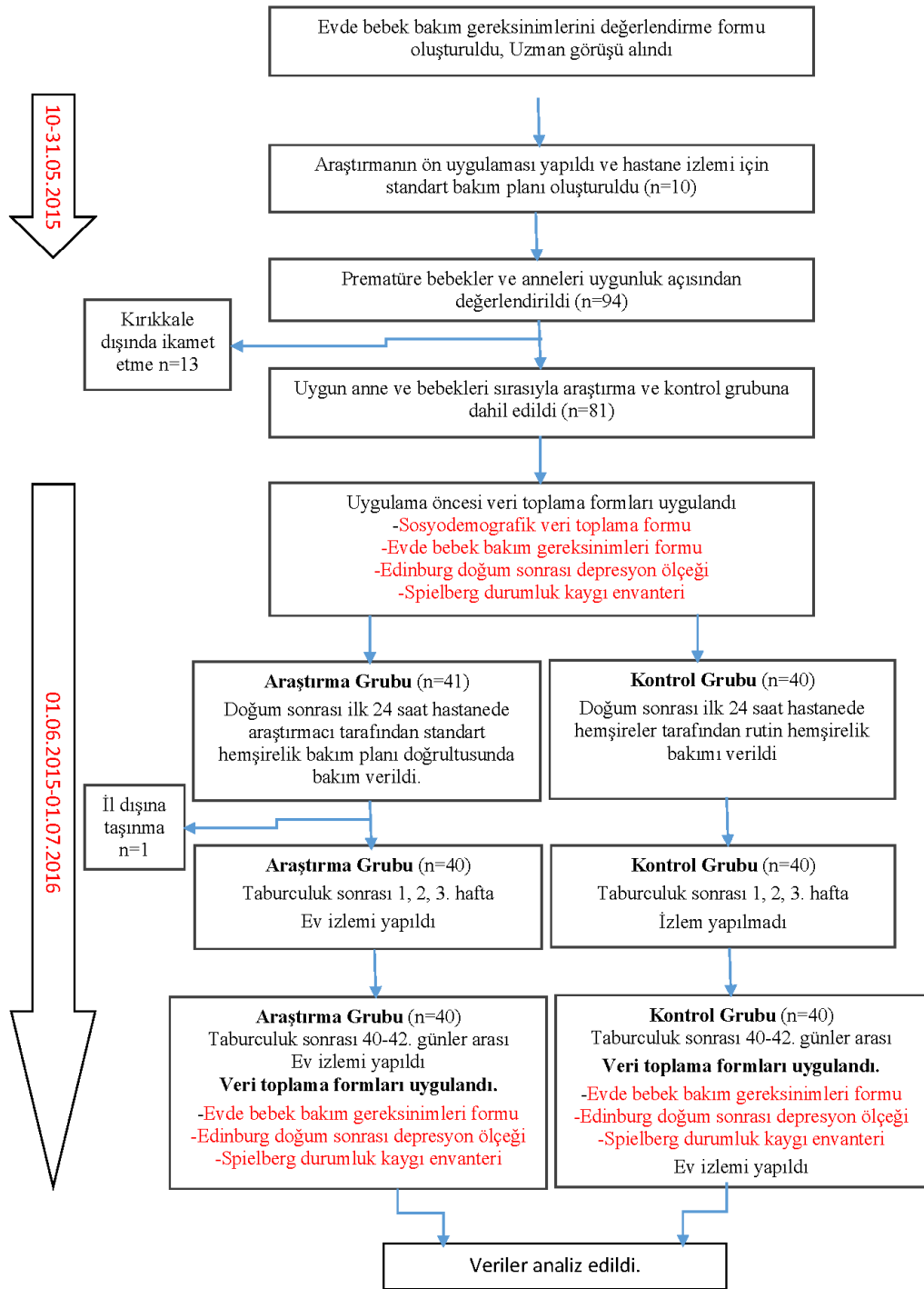
Bebekler için:

- Doğum sırasında resüsitasyon uygulanması
- Konjenital malformasyonu olması

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde bir yıl boyunca spontan vajinal yol veya sezaryenle doğan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 94 sağlıklı prematüre yenidoğan bebek ve annelerinden 13'ünün araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 1'inin ise ilk ev izleminden itibaren şehir dışına taşınması nedeniyle araştırmanın örneklemini 80 anne oluşturmaktadır.

Araştırmanın sürdürüldüğü bir yıl boyunca kadın hastalıkları ve doğum kliniği gün aşırı ziyaret edilerek örnekleme dahil etme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden anneler belirlenmiştir. İlk anne yazı-tura yöntemi kullanılarak kontrol grubuna dahil edilmiştir. Daha sonra anneler, rasgele-sırasıyla araştırma ve kontrol grubuna yerleştirilmiştir. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışma grubunu oluşturan yaşları 0-1 gün arasındaki yenidoğanlarda cinsiyet ayrımı gözetilmemiştir. GH'sı 37'nin altında olan yenidoğanlardan, amaca uygun örnekleme yöntemiyle ev ziyaretleri birbirleriyle çakışmayacak şekilde iki grup (araştırma grubu ve kontrol grubu) oluşturulmuştur.

Çalışma sonunda her iki grupta da 40 anneye ulaşıldıktan sonra post-hoc power analizi yapılarak örneklem hacminin, gücü değerlendirilmiştir. PASS Version 11.0 paket programı ile yapılan Post Hoc Güç analizinde doğum sonrası depresyon için güç 0,93 ve kaygı için güç 0,98 bulunmuştur.



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması.

3.4. Veri Toplama Form ve Araçları

Verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan aileye ve bebeğe ilişkin sosyodemografik veri toplama formu (Ek-1), Prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formu (Ek-2), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Ek-3), Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri (Ek-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Aileye ve bebeğe ilişkin sosyodemografik veri toplama formu (Ek-1)

Literatür doğrultusunda hazırlanan bu formda, anne, baba, aile ve bebeğe ilişkin demografik özelliklere yönelik 20 soru yer almaktadır. Araştırma ve kontrol grubundaki annelere doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde uygulanmıştır.

3.4.2. Prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formu (Ek-2)

Evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formunda annenin bebeğin bakımı ile ilgili alanlarda kendilerini yeterli hissetme durumları sorgulanmaktadır. Formdaki bakım başlıkları literatür doğrultusunda (2, 7, 12, 18) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Soruların içeriği konusunda 2 neonatoloji uzmanı ve 2 yenidoğan hemşiresinden görüş alınmıştır. Davis tekniği kullanılarak yapılan kapsam geçerliliği analizine göre maddelerin geçerlik düzeyleri 0.81 ile 1.00 arasında hesaplanmış ve kapsam geçerlik indeksi tüm maddeler için kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (125).

Doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde ve her izlemde uygulanmıştır. Formdan elde edilen veriler ışığında annenin kendini yetersiz ya da kısmen yeterli beyan ettiği bakım alanlarına yönelik hemşirelik tanıları belirlenmiş ve NIC sınıflamasına göre gerekli girişimler planlanmıştır.

3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Ek-3)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve değişimini ölçmek amacıyla

kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Toplam 10 soru içermektedir (126).

Cox ve arkadaşları tarafından 1987’de geliştirilmiş olan bu ölçek erken doğum sonrası depresyonun belirlenmesinde oldukça yararlı olmuştur. Ölçekten alınan 12/13 ve üzerindeki puanların hastada değişen derecelerde depresif bir rahatsızlık olduğunu gösterdiği belirtilmektedir. Ölçeğin hassas olması, zaman içerisindeki değişiklikleri tespit edebilmesi ve 5 dakika gibi bir sürede tamamlanabilmesi doğum sonrası kadınlarda depresyonun taranması nedeniyle tercih edilebilmektedir. Annenin ölçeği doldururken diğer aile bireylerinin yanında olmamasının ölçeğin sensivite ve spesifitesini arttırdığı düşünülmektedir (127).

Ölçeğin pek çok toplumda geçerlilik çalışması yapılmış ve çeşitli dillere uyarlanmıştır (128-132). Türkiye’de Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1997’de yapılan geçerlilik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,79 bulunmuştur (126). Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa katsayısı 0,87 bulunmuştur.

Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüştürülür. EDSDÖ’de 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. Maddeler olmak üzere 7 maddede puanlama ters yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ters maddelerin çevrilmesinden sonra tüm madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir (133).

Ölçekten elde edilen toplam puan değeri, 0 ile 30 arasında değişmektedir. Pek çok çalışmada kesme noktası 10 ila 13 arasında olup Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında kesme puanının 12-13 olduğu gösterilmiştir (133).

Doğum öncesi dönemden itibaren depresyon taramasının yapılmasının depresyonun erken tanısı açısından önemli olduğu ve doğum sonrası 2 yıla kadar annelerin doğum sonrası depresyondan etkilenmesi nedeniyle gebelikten itibaren depresyon taramasının yapılması önerilmektedir (127, 129). Araştırmamızda Edinburg doğum sonu depresyon ölçeği, doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde ve 40-42. günlerde yapılan izlemlerde, araştırma ve kontrol grubundaki annelere uygulanmıştır.

3.4.4. Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri (Ek-4)

Spielberg durumluk kaygı envanteri, durumluk kaygı düzeyini ölçen, 20 maddeden oluşan likert tipi öz değerlendirme anketidir. Durumluk kaygı envanterinde, durum kaygı maddeleri, yanıtlayan bireylerin, "hemen şu anda" var olan kaygı duygusunun yoğunluğunu belirtmesini gerektirir. (133).

Durumluk Kaygı Envanteri, 1970 yılında Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından geliştirilmiş (134) ve Türkçe formuna Öner ve Le Compte tarafından 1974-1977 yılları arasında uyarlanmıştır (101). Türkçeleştirilmiş ölçeğin Cronbach Alfa katsayısının 0.93 olduğu bulunmuştur (101). Bizim çalışmamızda da Cronbach Alfa katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur

Durumluk Kaygı Ölçeği'nin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre "hiç", "biraz", "çok" ve "tamamiyle" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir (101).

Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguların ele alındığı "ters" ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülerek toplanır. Ters ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Olumsuz duyguları ele alındığı doğrudan ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler) ters ifade vardır. Puanlama elle ve bilgisayarla puanlama olmak üzere iki şekilde yapılabilir (101). Elle puanlamada doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Büyük örneklem gruplarında, ölçeklerin puanlanması ve maddelerin istatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için bilgisayar programlarından yararlanılabilir.

Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyesini, düşük puanlar ise düşük kaygı seviyesini ifade eder. Ölçekten alınan toplam puan 0-19 arasında ise kaygı yok, 20-39 arasında hafif kaygı, 40-59 puan arasında orta derecede ve 60-79 puan arasında ağır kaygı olarak değerlendirilir. Birçok çalışmada yapılan analizlere göre kaygı bozukluğunu ayırt

etmede kesim noktası 40 ve üzeri puanlar olarak kabul edilmektedir (34, 36). Eğer ölçekteki üçten fazla ifadeye cevap verilmemiş ise, doldurulan form geçersiz sayılır.

Ölçek uygulandığı anda var olan kaygıyı ölçtüğünden, uygulama zamanına ilişkin özel bir öneri bulunmamaktadır. Araştırmamızda doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde ve 40-42. günlerde yapılan izlemlerde, araştırma ve kontrol grubundaki annelere uygulanmıştır.

3.4.5. Bebeğin Fiziksel Değerlendirmesi ve Kullanılan Cihazlar

Bebeklerle her karşılaşmada fiziksel değerlendirilmesi yapılmış, ateş, nabız, solunum, kan basıncı, periferik saturasyon, boy, vücut ağırlığı, baş çevresi ölçülmüştür. Bu amaçla, tansiyon aleti, stetoskop, timpanik ateş ölçer, bebek tartısı, boy ölçer ve mezura (Ek-5) kullanılmıştır.

Prematüre yenidoğanın kan basıncının ölçümünde manşon ebadı 8 x 13 cm olan klasik manuel tansiyon aleti ve pedriatik/yenidoğan çift taraflı stetoskop kullanılmıştır.

Transkütanöz oksijen saturasyonunun ve kalp hızının ölçümünde; LCD ekrana sahip, pediatrik hastalar için kullanılabilen, parmaktan non invaziv olarak oksijen saturasyonu ölçen, herhangi bir prob ve ara kablo bağlantısına olmayan, batarya ile çalışan, oksijen saturasyonu (SpO₂) ölçüm aralığı %0-100 olan parmak tip pulse oksimetre cihazı kullanılmıştır. Periferik saturasyon ve kan basıncı ölçümü, yenidoğanlarda kritik konjenital kalp defektlerini ve bazı neonatal patolojileri saptamak için etkili ve maliyet etkin bir yöntemdir. Özellikle erken taburculuğu sağlanan bebeklerde hekim, hemşire ve ebeler tarafından rutin olarak kullanılabilecek fizibilitesi yüksek ve güvenilir bir yöntem olarak bildirilmektedir (135-136).

Ateş ölçer; timpanik metodla kulak içinden ölçüm yapan Omron marka timpanik ateş ölçer ve tek kullanımlık, anatomik yapıda, PVC metaryalden üretilmiş ve cihaza el teması olmadan takılabilen tek kullanımlık prob başlıkları kullanılmıştır.

Tartı; Bebeklerin vücut ağırlıkları tartım ağırlığını göstergede dondurabilen, dara almalı, otomatik sıfırlama yapabilen, ekranı ışıklı, 5 grama duyarlı Plusmed marka seyyar bebek tartısı ile ölçülmüştür.

Boy ölçer; bebeklerin boyları ölçüm aralığı 10-80 cm, 1 mm. aralıklarla taksimatlandırılmış seyyar boy ölçüm çubuğu ile ölçülmüştür.

Mezura; baş çevresi ise esnemeyen, tek kullanımlık (kağıt) mezura ile ölçülmüştür.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 10-31 Mayıs 2015 tarihleri arasında kriterlere uyan 10 anne ve bebeği üzerinde standart bakım planı (Ek-6) için ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda standart bakım planı doğrultusunda bireysel hemşirelik bakımı (Ek-7) oluşturulmuş ve ortalama görüşme süresi (40-60 dakika) saptanmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri 1 Haziran 2015-1 Temmuz 2016 tarihleri arasında örnekleme alınan annelerin doğum yaptıkları hastanede ve ikametlerinde ev ziyareti yapılarak toplanmıştır.

Anne ve bebeklerin araştırmaya dahil edilmesi: Araştırmaya, dahil etme kriterlerine uyan ve ilgili hastanenin kadın doğum kliniğinde doğum yapan anneler ve bebekleri araştırmaya dahil edilmiştir. Bunun için gün aşırı klinikle iletişime geçilerek prematüre doğum yapan anneler öğrenilmiş ve araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan anneler ve bebekleri doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde hastanede ziyaret edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. İlk anne yazı-tura yöntemi kullanılarak kontrol grubuna dahil edilmiştir. Daha sonra anneler ve bebekleri sırasıyla araştırma ve kontrol grubuna dahil edilmiştir.

Araştırma grubu

Hastanede bebek ve annenin değerlendirilmesi: Araştırma grubundaki anneler, doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde hastanede ziyaret edilerek ilk ev izleminde verilecek hemşirelik bakımı için veri toplanmıştır. Bu amaçla aileye ve bebeğe ilişkin sosyodemografik özellikler veri toplama formu, Edinburg Doğum sonrası depresyon Ölçeği ve Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri bire bir görüşme

tekniki ile doldurulmuştur. Bebeklerin fiziksel değerlendirilmesi yapılmış ve annelerin evde bakım gereksinimlerini değerlendirme soru formu doldurulmuştur. Ön uygulamaya göre hazırlanan standart bakım planı doğrultusunda (Ek-6) hemşirelik bakımı verilmiştir. Annelerin açık adresleri alınarak ilk ev izlemi için tarih ve saat belirlenmiştir.

Ev izlemleri: Araştırma grubundaki anneler ve bebeklerin 1, 2, 3. haftalar ve 40-42. günler arasında toplamda 4 kez evde olmak üzere izlemi yapılmıştır. Her ev izlemi 40-60 dakika (bebeğin banyosu, vücut bakımı gibi uygulamaların dahil olduğu izlemlerde 90 dk.) sürmüştür.

Ev izlemlerinde annenin bebeğin bakımda karşılaştığı sorunlar, hazırlanan gereksinim değerlendirme formu ile değerlendirilmiş ve bebeğin fiziksel değerlendirmesi yapılmıştır. Bu veriler ışığında her bir anne ve bebeğine yönelik “Hemşirelik Bakım Planı” hazırlanmıştır. Bunun için NANDA hemşirelik tanılama sistemi kullanılarak hemşirelik tanıları belirlenmiş ve NIC hemşirelik girişimleri taksonomisi kullanılarak hemşirelik aktiviteleri planlanmıştır. Çalışma süresince annelere yönelik 11 ve bebeklere yönelik olarak 12 ayrı hemşirelik tanısı için (Tablo 4.2 ve 4.5) sırasıyla 11 ve 14 ayrı NIC sınıflamasına göre hemşirelik girişimleri (Tablo 4.3 ve 4.6) uygulanmıştır.

Ev izlemlerinde bir önceki ziyarette elde edilen veriler doğrultusunda bakım planı hazırlanarak hemşirelik bakımı verilmiştir. Tanılar öncelik sırasına göre ele alınmış, ziyaretler esnasında saptanan daha öncelikli sorunlar var ise hemen o ziyarette ya da bir sonraki ziyarette ele alınmıştır. Temel bakım becerileri (alt açma, pişik bakımı, cilt bakımı, bebeğin banyosu, giydirilmesi) anne ile birlikte yapılarak uygun becerilerin kazandırılması sağlanmıştır.

Bebeğin fiziksel değerlendirilmesi: her izlemde bebeklerin ateş, nabız, solunum, kan basıncı, periferik saturasyon, boy, vücut ağırlığı, baş çevresi ölçümü yapılmış, göz, kulak, burun, ağız içi, bez bölgesi, cilt, saçlı deri gözlenmiştir. Annenin bakımda karşılaştığını beyan ettiği sorunların yanı sıra fiziksel değerlendirmede tespit edilen sorunlar uygun hemşirelik tanıları ile ele alınmıştır.

Bebeklerin kan basıncı manuel tansiyon aleti ile ölçülmüş ve kaydedilmiştir. Bebeklerin vücut ısıları timpanik ateş ölçerle takip edilmiştir. Bebeklerin vücut ağırlıkları için seyyar bebek tartısı boy ölçümü için seyyar boy ölçüm çubuğu, baş

çevresi ise esnemeyen mezura kullanılmıştır. Her izlemde bebeğin ağırlık kazanımı, boyu ve baş çevresi değerlendirilmiştir.

Bebeklerin sistolik kan basıncı, oksijen saturasyonu ve vücut ısıları ölçüm sonuçları Tablo 3.1’de, boy, vücut ağırlığı ve baş çevresi ölçüm sonuçları Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma ve kontrol grubu bebeklerin kan basıncı, oksijen saturasyonu ve vücut ısıları ortalamaları.

	Sistolik kan basıncı (mm/hg)		SpO ₂ (%)		Vücut ısısı °C	
	Araştırma grubu	Kontrol grubu	Araştırma grubu	Kontrol grubu	Araştırma grubu	Kontrol grubu
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
İlk 24 saat	69,75±6,45	68,00±4,90	96,4±1,72	96,2±1,64	36,7±0,24	36,6±0,38
1. hafta	72,65±6,11	-	96,2±1,54	-	36,4±0,21	-
2. hafta	73,00±5,63	-	95,6 ±1,16	-	36,6±0,26	-
3. hafta	71,62±4,29	-	96,6±1,44	-	36,3±0,3	-
40-42. gün	76,12±6,14	75,51±5,35	96,7±1,46	96,1±1,24	36,5±0,22	36,5±0,26

Tablo 3.2. Araştırma ve kontrol grubu bebeklerin vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi ortalamaları.

	Vücut ağırlığı (gram)		Boy (santimetre)		Baş çevresi (santimetre)	
	Araştırma grubu	Kontrol grubu	Araştırma grubu	Kontrol grubu	Araştırma grubu	Kontrol grubu
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
İlk 24 saat	2396,0±362,5	2453±293,7	44,2±3,4	43,8±3,6	31,1±0,78	31,4±
1. hafta	2319,0±357,9	-	44,4±3,2	-	31,4±1,0	-
2. hafta	2648,2±352,1	-	45,3±3,4	-	32,2±0,68	-
3. hafta	2991,0±331,8	-	47,2±2,9	-	33,1±0,96	-
40-42. gün	3347,5±379,2	3197,5±345,3	49,8±2,8	50,1±3,7	34,9±1,3	35,4±

Kırk- kırkikinci günler arasında yapılan 4. ev izlemi ve hemşirelik bakımı sonrasında Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri tekrar uygulanmıştır.

Kontrol grubu

Kontrol grubundaki annelere ise araştırma grubundaki gibi ilk 24 saat içerisinde tüm soru formları ve ölçekler uygulanmıştır. Hastanede verilen bakım dışında herhangi bir bakım verilmemiş, ev izlemi yapılmamış ve 40-42. günler arasında tek ev ziyareti yapılarak değerlendirme formları, ölçek ve envanter tekrar uygulanmıştır. Annelere veriler toplandıktan sonra hemşirelik bakımı verilmiş, bebeğin bakımına ilişkin soruları yanıtlanmıştır.

Araştırma Grubu	Kontrol Grubu
Doğum sonu- İlk 24 saat Annelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Veri toplama formları uygulanmıştır: - Aileye ve bebeğe ilişkin sosyodemografik özellikler veri toplama formu, - Prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formu, - Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, - Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri. Bebeğin fiziksel değerlendirmesi yapılmıştır.* Ön uygulama sonucunda oluşturulan standart bakım planına göre bakım verilmiştir. İlk ev izlemi için veriler toplanmış ve hemşirelik tanıları konulmuştur.	Annelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Veri toplama formları uygulanmıştır: - Aileye ve bebeğe ilişkin sosyodemografik özellikler veri toplama formu, - Prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formu, - Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, - Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri. Bebeğin fiziksel değerlendirmesi yapılmıştır.* Bebeğin fiziksel değerlendirmesi yapılarak anneye bilgisi verilmiştir.
Ev izlemi 1, 2 ve 3. haftalar Ev izlemi ile annenin bebek bakımda karşılaştığı sorunlar ve bebeğin fiziksel değerlendirmesi* yapılmıştır. Anneye NANDA ve NIC'e göre hastanedeki/bir önceki izlemdeki veriler/tanılar doğrultusunda hemşirelik bakımı verilmiştir. Bir sonraki ev izlemi için veriler toplanmış ve hemşirelik tanıları konulmuştur. (görüşme süresi:40-90 dakika)	Ev izlemi yapılmamıştır.
Ev izlemi 40-42. gün Ev izlemi ile; <u>Önce</u> annenin bebek bakımda karşılaştığı sorunlar ve bebeğin fiziksel değerlendirmesi* yapılmıştır. Anneye NANDA ve NIC'e göre bir önceki izlemdeki veriler/tanılar doğrultusunda hemşirelik bakımı verilmiştir. <u>Sonra</u> Veri toplama formları uygulanmıştır: - Prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formu, - Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, - Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri Bebeğin fiziksel değerlendirmesi yapılmıştır.* <u>Sonra</u> annenin bebek bakımda karşılaştığı sorunlar ve bebeğin fiziksel değerlendirmesi yapılmıştır. Anneye ve bebeğe NANDA ve NIC'e göre hemşirelik bakımı verilmiştir. (görüşme süresi: ortalama 40 dakika)	Ev izlemi ile; <u>Önce</u> Veri toplama formları uygulanmıştır: - Prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakım gereksinimlerini değerlendirme formu, - Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, - Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri Bebeğin fiziksel değerlendirmesi yapılmıştır.* <u>Sonra</u> annenin bebek bakımda karşılaştığı sorunlar ve bebeğin fiziksel değerlendirmesi yapılmıştır. Anneye ve bebeğe NANDA ve NIC'e göre hemşirelik bakımı verilmiştir. (görüşme süresi: yaklaşık 90 dakika)

* Bebeğin fiziksel değerlendirmesi kapsamında, bebeğin ateş, nabız, solunum, kan basıncı, periferik saturasyon, boy, vücut ağırlığı, baş çevresi ölçümü yapılarak ayına ve bir önceki izleme göre

Şekil 3.2. Uygulama Akış Şeması.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (toplantı tarihi: 04.02.2015, karar no: GO 15/71) (Ek-8). Araştırmanı yaptığı Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden de yazılı izin alınmıştır (Ek- 9). Araştırmaya dahil edilmesi planlanan annelerden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Araştırmada kullanılan Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği için yazardan izin alınmıştır (Ek-10). Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri ise kullanıma açık olduğu için ayrıca izin alınmamıştır.

Araştırmaya dahil edilen araştırma ve kontrol grubu annelerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek.11).

Kontrol grubundaki annelere araştırma süresince hastaneden aldıkları rutin eğitim dışında bilgi verilmemiş, ancak tanışma esnasında sordukları sorular yanıtlanmıştır. Bu annelere 40-42. günde yapılan ziyarette son-testlere ilişkin veriler toplandıktan sonra anne ve bebeğin bakım ihtiyaçları belirlenerek hemşirelik bakımı verilmiştir ve tüm soruları yanıtlanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın veri seti Statistical Package of Social Science (SPSS) for Windows 22 istatistik paket programı kullanılarak oluşturulmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkenini prematüre bebeği olan annelerin bakımda yaşadığı sorunlar (annelerin ve bebeklerin hemşirelik tanıları), EDSDÖ, DKE puanları; bağımsız değişkenini ise ev izlemleri oluşturmaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma ve yüzdelik kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Saphiro Wilk testi ile değerlendirilmiş ve normal dağılım göstermedikleri saptanmıştır. Verilerin homojen dağılıma uygunluğu Levene testi ile sınanmış ve homojen olmadıkları saptanmıştır.

Sosyo-demografik özellikler için tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, min. max.) kullanılmıştır. Bu özellikler açısından araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı kesikli veriler için kıkare, sürekli veriler için Mann-Whitney-U testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Prematüre bebeği olan annelerin evde bakım bakım gereksinimleri formuna doğumdan sonraki 24 saat içerisinde ve 40-42. günlerde verdikleri yanıtların grup içerisindeki farkı Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi; yanıtların doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisindeki ve 40-42. günler arasındaki değişimlerinin gruplar arasındaki farkına bakmak için ise Cohcrane Q testi kullanılmıştır.

Ev izlemleri arasında araştırma grubundaki annelerin ve bebeklerinin hemşirelik tanılarının zaman içerisindeki değişimini değerlendirmek için Cochran's Q testi; sıfırncı gün ve 40-42. gün ev izlemlerinde annelerin ve bebeklerin hemşirelik tanılarının araştırma ve kontrol grubu arasındaki farkı değerlendirmek için ki-kare testi, doğum sonrası depresyon ve kaygı düzeylerinin ölçümler arasındaki farkını ölçmek için Mann Whitney-U Testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırma ve kontrol grubundaki annelerin, bebeklerin ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma ve kontrol grubuna ilişkin tanıttıcı özellikler.

BEBEKLERE İLİŞKİN ÖZELLİKLER					
Özellikler	Araştırma Grubu (n=49)		Kontrol Grubu (n=45)		p
	n	%	n	%	
Bebek Sayısı					
İkiz	18	36,7	10	22,2	0,099
Tek	31	63,7	35	77,7	
	$\bar{X} \pm SS$	Min.-	$\bar{X} \pm SS$	Min.-	
Doğum haftası	34,65±1,217	31-36	34,18±1,211	32-36	0,393
Doğum ağırlığı (gr)	2396,0±362,5	1820-	2444,4±285,8	1920-	0,229
Apgar skoru					
1. Dakika	8,86 ±1	7-10	8,47 ±1	7-10	0,546
5. Dakika	9,06±0,9	8-10	8,96±0,9	7-10	0,543
ANNELERE İLİŞKİN ÖZELLİKLER					
Özellikler	Araştırma Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		p
	$\bar{X} \pm SS$	Min.-	$\bar{X} \pm SS$	Min.-	
Anne yaş (yıl)	24,18±4,367	18-41	24,30±4,165	18-34	0,858
	n	%	n	%	
Doğum şekli					
Vajinal	8	20,0	13	32,5	0,786
Sezeryan	32	80,0	27	67,5	
Bir işte çalışma durumu					
Hayır	25	62,5	28	70,0	0,880
Evet	15	37,5	12	30,0	
Eğitim düzeyi					
Üniversite	13	30,0	9	22,5	0,924
Lise	15	37,0	19	47,5	
İlköğretim	13	32,5	12	30,0	
Gebelikte düzenli izlem					
Evet	16	40,0	9	22,5	0,093
Hayır	24	60,0	31	77,5	
Gebelikte eğitim alma					
Evet	4	10,0	5	12,5	0,725
Hayır	36	90,0	35	87,5	
Gebelikte sorun yaşama					
Evet	33	82,5	36	90,0	0,763
Hayır	7	17,5	4	10,0	

Tablo 4.1. (Devam). Araştırma ve kontrol grubuna ilişkin tanıtıcı özellikler

Bakıma destek olan kişi					
Var	24	60,0	26	65,00	0,646
Yok	16	40,0	14	35,00	
AİLEYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER					
Akraba evliliği					
Evet	5	12,5	4	10,0	1,000
Hayır	35	87,5	36	90,0	
Aile tipi					
Çekirdek	27	67,5	29	72,5	0,808
Geniş	13	32,5	11	27,5	
Yaşanılan yer					
İl	27	67,5	29	72,5	0,442
İlçe	9	22,5	5	12,5	
Köy	4	10,0	6	15,0	
Ekonomik durum					
Gelir giderden fazla	2	5,0	1	2,5	0,809
Gelir gidere eşit	35	87,5	31	77,5	
Gelir giderden az	3	7,5	8	20,0	
Toplam	40	100,0	40	100,0	

Tablo 4.1'e göre araştırma grubu bebeklerin doğum ağırlığı ortalama 2396.0 ± 362.5 gram ve birinci ve beşinci dakika apgar skoru sırasıyla 8.86 ± 1 ve 9.06 ± 0.9 , kontrol grubunda ise doğum ağırlığı ortalama 2444.4 ± 285.8 ve birinci ve beşinci dakika apgar skoru sırasıyla 8.47 ± 1 ve 8.96 ± 0.9 olarak belirlenmiştir. Bebeklerin ortalama GH'sı araştırma grubunda 34.65 ± 1.27 hafta ve kontrol grubunda ise 34.18 ± 1.21 haftadır.

Araştırma ve kontrol grubunda anne yaş ortalaması 24'tür. Araştırma grubundaki 40 annenin 32'si (%80.0), kontrol grubunun ise 27'si (%67.5) sezaryen (C/S) doğum yapmıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki annelerin çoğunun ev hanımı ve lise mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Her iki gruptaki annelerin çoğunun gebelikte düzenli izlenmedikleri ve bebek bakımı ile ilgili eğitim almadıkları belirlenmiştir. Araştırma grubu annelerin %82.5'i, kontrol grubu annelerin ise %90'ı gebelikte bir sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1).

Araştırma ve kontrol gruplarında akraba evliliği düşük oranda görülürken (sırasıyla %12.5 ve %10), her iki grupta da çekirdek aile tipi (sırasıyla %67.5 ve %72.5) ve il merkezinde oturanların (sırasıyla %67.5 ve %72.5) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ailelerin %80'i gelir durumunu gider durumuna eşit olarak beyan etmişlerdir (Tablo 4.1).

Araştırma ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri ile doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum şekli, annenin bir işte çalışma durumu, eğitim düzeyi, aile tipi, gebelikte izlem, eğitim alma ve sorun yaşama durumları, bakıma destek olan kişi varlığı, aile tipi, yaşanan yer ve ekonomik durum gibi bağımlı değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.2. Araştırma ve Kontrol Grubu Annelerin Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular

4.2.1 Araştırma Grubu Annelerin Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2’de araştırma grubu annelerine yönelik olarak 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemleri sırasında annenin evde bebek bakım gereksinimleri ve bebeğin fiziksel değerlendirmesi sonuçları doğrultusunda NANDA hemşirelik tanılama sitemine göre saptanan hemşirelik tanıları verilmiştir.

Tablo 4.2. Araştırma grubu annelerde ev izlemleri sırasında belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımı (n=40).

Hemşirelik Tanıları	1. hafta		2. hafta		3. hafta		40-42. gün		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Etkisiz emzirme	18	45,0	6	15,0	2	5,0	2	5,0	0,00*
Ebeveynlikte yetersizlik	8	20,0	2	5,0	2	5,0	2	5,0	0,00*
Benlik kavramında rahatsızlık	8	20,0	2	5,0	1	2,5	1	2,5	0,00*
Bakım verici rolünde zorlanma	15	40,0	21	52,5	12	30,0	3	7,5	0,00*
Uyku örüntüsünde bozulma	4	10,0	12	30,0	8	20,0	5	12,5	0,07
Anksiyete	6	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00*
Yorgunluk	9	22,5	10	25,0	6	15,0	4	10,0	0,06
Eğlence aktivitesinde eksiklik	5	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00*
Etkisiz başetme	5	12,5	2	5,0	1	2,5	0	0,0	0,00*
Bilgi eksikliği	40	100,0	36	90,0	12	30,0	3	6,1	0,00*
Aile içi süreçlerde bozulma	12	30,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0,01*

* $p<0.05$

Araştırma grubu annelerde belirlenen hemşirelik tanılarından etkisiz emzirme, bakım verici rolünde zorlanma ve bilgi eksikliği ilk izlemde en çok görülen hemşirelik tanıları olmuştur. Verilen hemşirelik bakımı ile uyku örüntüsünde bozulma ve yorgunluk dışında kalan tüm sorunların verilen hemşirelik bakımı ile zaman içerisindeki değişimi anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Uyku örüntüsünde bozulma ve yorgunluk tanıları 2. haftada artmış, verilen hemşirelik bakımı ile ilk izleme göre azalmış fakat annelerin tamamında çözüme ulaştırılamamış, zaman içerisindeki değişim ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Anksiyete, eğlence aktivitesinde yetersizlik, etkisiz başetme ve aile içi süreçlerde bozulma tanıları ise tamamen çözüme ulaşmıştır (Tablo 4.2).

4.2.2 Araştırma Grubundaki Annelere Uygulanan Hemşirelik Girişimleri

Tablo 4.3'te araştırma grubu annelere yönelik olarak 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemlerinde konulan NANDA hemşirelik tanılarına yönelik belirlenen NIC hemşirelik girişimlerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.3. Araştırma grubu annelerde belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik uygulanan NIC hemşirelik girişimlerinin izlemlere göre dağılımı (n=40).

HEMŞİRELİK TANILARI	Hemşirelik Girişimleri	1. hafta		2. hafta		3. hafta		40-42. gün	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Etkisiz emzirme	Emzirme danışmanlığı	19	47,5	6	15,0	2	5,0	2	5,0
	Meme ucu bakımı	8	20,0	2	5,0	2	5,0	2	5,0
Ebeveynlikte yetersizlik	Ebeveynliği geliştirme ve güçlendirme	8	20,0	2	5,0	2	5,0	2	5,0
	Danışmanlık	8	20,0	2	5,0	2	5,0	2	5,0
	Sağlık eğitimi	8	20,0	2	5,0	2	5,0	2	5,0
	Karar vermeyi destekleme	5	12,5	2	5,0	2	5,0	2	5,0
Benlik kavramında rahatsızlık	Bakım vericinin desteklenmesi	8	20,0	2	5,0	2	5,0	2	5,0
	Baş etmeyi güçlendirme	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bakım verici rolünde zorlanma	Bakım vericinin desteklenmesi	15	37,5	21	52,5	12	30,0	3	7,5
	Ailenin bakıma katılımını geliştirme	13	32,5	16	40,0	2	5,0	2	5,0
	Baş etmeyi güçlendirme	5	12,5	2	5,0	1	2,5	1	2,5
	Sağlık eğitimi	15	37,5	21	52,5	10	25,0	3	7,5
	Danışmanlık	15	37,5	21	52,5	6	15,0	0	0,0
Uyku örüntüsünde bozulma	Uykunun güçlendirilmesi	4	10,0	12	30,0	8	20,0	5	12,5
	Ailenin bakıma katılımını geliştirme	4	10,0	6	15,0	4	10,0	2	5,0
Anksiyete	Anksiyetenin azaltılması	6	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bakım vericinin desteklenmesi	5	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Baş etmeyi güçlendirme	5	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Karar vermeyi destekleme	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yorgunluk	Ailenin bakıma katılımını geliştirme	6	15,0	8	20,0	5	12,5	4	10,0
	Bakım vericinin desteklenmesi	5	12,5	5	12,5	2	5,0	0	0,0
	Uykunun güçlendirilmesi	4	10,0	12	30,0	8	20,0	5	12,5
Eğlence aktivitesinde eksiklik	Ailenin bakıma katılımını geliştirme	5	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bakım vericinin desteklenmesi	5	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Karar vermeyi destekleme	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tablo 4.3. (Devam) Araştırma grubu annelerde belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik uygulanan NIC hemşirelik girişimlerinin izlemlere göre dağılımı (n=40).

Etkisiz başetme	Baş etmeyi güçlendirme	5	12,5	2	5,0	1	2,5	0	0,0
	Karar vermeyi destekleme	5	12,5	2	5,0	1	2,5	0	0,0
Bilgi eksikliği	Danışmanlık	40	100,0	36	90,0	12	30,0	3	7,5
	Sağlık eğitimi	40	100,0	36	90,0	12	30,0	3	7,5
	Banyo yaptırma (bebek)	8	20,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0
	Göz, kulak, tırnak bakımı (bebek)	35	87,5	19	47,5	10	25,0	4	10,0
Aile içi süreçlerde bozulma	Ailenin bakıma katılımını geliştirme	5	12,5	2	5,0	0	0,0	0	0,0
	Aile bütünlüğünü geliştirme	12	30,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0

Araştırma grubu annelerde hemşirelik girişimlerinden emzirme danışmanlığı, ebeveynliği geliştirme ve güçlendirme, bakım vericinin desteklenmesi, ailenin bakıma katılımını geliştirme, sağlık eğitimi ve danışmanlığa yönelik hemşirelik aktiviteleri ilk izlemde en çok uygulanan hemşirelik aktiviteleridir. Bu girişimler izlemler sırasında azalmakla birlikte her izlemde tekrar uygulanmıştır. Uykunun güçlendirilmesi, başetmeyi güçlendirme ve karar vermeyi desteklemeye yönelik hemşirelik aktiviteleri ise ilk izlemde itibaren azalarak uygulanmıştır (Tablo 4.3).

4.2.3 Araştırma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması

Tablo 4.4'te araştırma ve kontrol grubu annelerde 40-42. günler arasında yapılan izlemde belirlenen hemşirelik tanıları yer almaktadır.

Tablo 4.4. Araştırma ve kontrol grubu annelerde ilk 24 saat ve 40-42. günde belirlenen hemşirelik tanılarının karşılaştırılması (n=40).

HEMŞİRELİK TANILARI	İlk 24 saat					40-42. gün				
	Araştırma grubu		Kontrol grubu		p	Araştırma grubu		Kontrol grubu		p
	n (40)	%	n (40)	%		n (40)	%	n (40)	%	
Etkisiz emzirme	40	100,0	40	100,0	1,000	2	5,0	22	55,0	0,000*
Ebeveynlikte yetersizlik	1	2,5	3	7,5	0,308	2	5,0	14	35,0	0,005*
Benlik kavramında rahatsızlık	0	0,0	1	2,5	0,317	1	2,5	8	20,0	0,079
Bakım verici rolünde zorlanma	36	90,0	34	85,0	0,502	3	7,5	28	70,0	0,000*
Uyku örüntüsünde bozulma	4	10,0	2	5,0	0,399	5	12,5	16	40,0	0,023*
Anksiyete	0	0,0	2	5,0	0,155	0	0,0	7	17,5	0,006*
Yorgunluk	6	15,0	7	17,5	0,534	4	10,0	15	37,5	0,019*
Eğlence aktivitesinde eksiklik	0	0,0	0	0,0	1,000	0	0,0	5	12,5	0,022*
Etkisiz başetme	0	0,0	1	2,5	0,317	0	0,0	17	42,5	0,000*
Bilgi eksikliği	40	100,0	40	100,0	1,000	3	7,5	34	85,0	0,000*
Aile içi süreçlerde bozulma	0	0,0	0	0,0	1,000	0	0,0	16	40,0	0,000*
Doku bütünlüğünde bozulma-meme ucu	0	0,0	0	0,0	1,000	0	0,0	8	20,0	0,003*

*p < 0,05

Annelerde belirlenen hemşirelik tanıları incelendiğinde ilk 24 saatte belirlenen hemşirelik tanıları açısından iki grup arasında fark yoktur. Ev izlemleri sonrası ise benlik kavramında rahatsızlık dışında tüm hemşirelik tanılarında araştırma ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kontrol grubu annelerde araştırma grubunda görülmeyen doku bütünlüğünde bozulma-meme ucu tanısı eklenmiştir (Tablo 4.4).

4.3. Araştırma ve Kontrol Grubu Bebeklerin Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulgular

4.3.1 Araştırma Grubu Bebeklerin Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5'te araştırma grubu bebeklere yönelik olarak 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemleri sırasında annenin evde bebek bakım gereksinimleri ve bebeğin fiziksel değerlendirmesi sonuçları doğrultusunda NANDA hemşirelik tanılama sistemine göre saptanan hemşirelik tanıları verilmiştir.

Tablo 4.5. Ev izlemleri sırasında belirlenen bebeğe ilişkin hemşirelik tanılarının dağılımı (n=49).

Hemşirelik tanıları	1. hafta		2. hafta		3. hafta		40-42. gün		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doku bütünlüğünde bozulma – Diaper Dermatiti	3	6,1	2	4,0	0	0,0	0	0,0	0,04*
Oral müköz membranda bozulma	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0,79
Gereksinimden az beslenme	18	36,7	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0,00*
Gereksinimden fazla beslenme	3	6,1	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0,00*
Konstipasyon	1	2,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	0,03*
Vücut sıcaklığında dengesizlik riski	6	12,2	3	6,1	0	0,0	0	0,0	0,00*
Aspirasyon riski	4	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,01*
Akut ağrı - Kolik	7	14,2	14	28,5	8	16,3	4	8,1	0,01*
Bebek davranışında dizorganizasyon	3	6,1	6	12,2	4	8,1	3	6,1	0,01*
Enfeksiyon riski- Umbilikal kord	32	65,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00*
Travma riski	49	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00*
Uyku örüntüsünde bozulma	25	51,0	15	30,6	6	12,2	5	10,2	0,01*

*p<0.05

Araştırma grubuna yapılan ev izlemleri sırasında bebeğe ilişkin hemşirelik tanılarında uyku örüntüsünde bozulma, umbilikal kord enfeksiyonu riski, travma riski ve gereksinimden az beslenme ilk izlemde en çok görülen hemşirelik tanıları olmuştur. Yalnız bir bebekte görülen oral müköz membranda bozulma dışında tüm hemşirelik tanılarının izlemler sırasında verilen hemşirelik bakımı ile zaman içerisindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Hemşirelik tanılarında uyku örüntüsünde bozulma, kolik ve bebek davranışında disorganizasyon dışında diğer tanılar tamamen çözüme ulaşmıştır. Bu üç hemşirelik

tanısının ikinci haftaya kadar görülme sıklığında her izlemde artış yaşanmıştır. Üçüncü izlemden sonra azalma görölse de 40-42. gün izlemde tamamen çözüme ulaşamamıştır. Ancak yine de zaman içerisindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

4.3.2. Araştırma Grubundaki Bebeklere Uygulanan Hemşirelik Girişimleri

Tablo 4.6’da araştırma grubu bebeklere yönelik olarak 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemlerinde konulan NANDA hemşirelik tanılarına yönelik belirlenen NIC hemşirelik girişimlerinin dağılımı verilmiştir.



Tablo 4.6. Araştırma grubundaki bebeklerde belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin izlemlere göre dağılımı (n=49).

HEMŞİRELİK TANILARI	Hemşirelik Girişimleri	1. hafta		2. hafta		3. hafta		40-42. gün	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Doku bütünlüğünde bozulma – Diaper Dermatiti	Perine bakımı	3	6,1	2	4,0	0	0,0	0	0,0
	Deri gözetimi ve bakımı	3	6,1	2	4,0	0	0,0	0	0,0
Oral müköz membranda bozulma	Ağız bakımını iyileştirme ve sürdürme	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Gereksinimden az beslenme	Emzirme danışmanlığı	19	38,8	6	12,2	2	4,0	0	0,0
	Sağlık eğitimi	19	38,8	6	12,2	2	4,0	0	0,0
Gereksinimden fazla beslenme	Emzirme danışmanlığı	3	6,1	1	2,0	1	2,0	0	0,0
	Sağlık eğitimi	3	6,1	1	2,0	1	2,0	0	0,0
Konstipasyon	Konstipasyon yönetimi	1	2,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0
Vücut sıcaklığında dengesizlik riski	Giydirme	6	12,2	3	6,1	0	0,0	0	0,0
	Vücut sıcaklığının düzenlenmesi	6	12,2	3	6,1	0	0,0	0	0,0
	Sağlık eğitimi	6	12,2	3	6,1	0	0,0	0	0,0
Aspirasyon riski	Havayolu yönetimi	4	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sağlık eğitimi	4	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Akut ağrı - Kolik	Ağrı yönetimi	7	14,2	14	28,4	8	16,3	4	8,1
	Sağlık eğitimi	7	14,2	14	28,4	8	16,3	4	8,1
Bebek davranışında dizorganizasyon	Ağrı yönetimi	3	6,1	6	12,2	4	8,1	3	6,1
	Sağlık eğitimi	3	6,1	6	12,2	4	8,1	3	6,1
Enfeksiyon riski- Umbilikal kord	Deri gözetimi ve bakımı	32	65,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Perine bakımı	7	14,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Travma riski	Çevrenin yönetimi: güvenlik	49	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sağlık eğitimi	49	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uyku örüntüsünde bozulma	Uykunun güçlendirilmesi	21	42,8	15	30,6	6	12,2	5	10,2
	Sağlık eğitimi	6	12,2	5	10,2	5	10,2	0	0,0

Araştırma grubu bebeklerde hemşirelik girişimlerinden emzirme danışmanlığı, giydirme, deri gözetimi, göz, kulak, tırnak bakımı, uykunun güçlendirilmesi ve çevrenin yönetimine yönelik hemşirelik aktiviteleri ilk izlemde en çok uygulanan hemşirelik aktiviteleri olup 2. 3. haftalar ve 40-42. günler arasında yapılan izlemlerde uygulama sıklıkları giderek azalmıştır. Kolikte ağrı yönetimine yönelik hemşirelik girişimlerine duyulan gereksinim birinci haftada başlamış ve 15. günde en üst düzeye çıkmıştır (Tablo 4.6).

4.3.3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Bebeklerin Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması

Tablo 4.7’de araştırma ve kontrol grubu bebeklerin 40-42. günde belirlenen hemşirelik tanıları yer almaktadır.

Tablo 4.7. Araştırma ve kontrol grubu bebeklerin ilk 24 saat ve 40-42. günde belirlenen hemşirelik tanıları.

HEMŞİRELİK TANILARI	İlk 24 Saat			40-42 gün		
	Araştırma grubu		p	Araştırma grubu		p
	n (49)	%		n (49)	%	
Doku bütünlüğünde bozulma – Diaper Dermatiti	0	0,0	1,000	0	0,0	0,003*
Doku bütünlüğünde bozulma – Konjunktivit	0	0,0	1,000	0	0,0	0,155
Doku bütünlüğünde bozulma – Dermatit	0	0,0	1,000	0	0,0	0,155
Oral Müköz membranda bozulma	0	0,0	1,000	0	0,0	0,041*
Gereksinimden az beslenme	0	0,0	1,000	0	0,0	0,041*
Konstipasyon	0	0,0	1,000	0	0,0	0,155
Diyare	0	0,0	1,000	0	0,0	0,155
Hipotermi	0	0,0	1,000	0	0,0	0,317
Hipertermi	0	0,0	1,000	0	0,0	0,155
Akut ağrı - Kolik	0	0,0	1,000	4	8,1	0,034*
Bebek davranışında dizorganizasyon	0	0,0	1,000	3	6,1	0,024*
Uyku örüntüsünde bozulma	0	0,0	1,000	5	10,2	0,027*
Enfeksiyon - Umbilikal kord	40	100,0	1,000	0	0,0	0,041*
Vücut sıcaklığında dengesizlik riski	0	0,0	1,000	0	0,0	0,041*
Travma riski	0	0,0	1,000	0	0,0	0,000*
Aspirasyon riski	40	100,0	1,000	0	0,0	0,000*

*p < 0,05

Bebeklere ilişkin tespit edilen hemşirelik tanıları incelendiğinde, ilk 24 saatte belirlenen hemşirelik tanıları açısından iki grup arasında fark yoktur ($p>0,05$). Kırkikinci günde ise kontrol grubu bebeklerde az sayıda görülen dermatit, konjunktivit, diyare, konstipasyon, hipotermi, hipertermi hemşirelik tanıları araştırma grubunda hiç görülmemesi nedeniyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu tanımlar dışında kalan hemşirelik tanıları ise iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Umbilikal kord enfeksiyonu riski hemşirelik tanısı araştırma grubu bebeklerde ilk izlemiden itibaren ele alınmış olup 40-42. günler arasında yapılan izlemde risk tanı hem araştırma hem kontrol grubunda hiçbir bebekte görülmezken, kontrol grubunda umbilikal kord enfeksiyonu gelişen ve tedavisi süren ya da henüz bir sağlık kurumuna başvurmamış 4 bebek tespit edilmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgular doğrultusunda H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

4.4. Araştırma ve Kontrol Grubu Annelerin Edinburg Doğum sonrası Depresyon, Spielberg Durumluk Kaygı Envanterine İlişkin Bulgular

Araştırma ve kontrol grubu annelerin ilk 24 saatte ve 40-42. günler arasında yapılan izlemlerinde doğum sonrası depresyon, Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları incelendiğinde doğum sonrası depresyon ve durumluk kaygı puanlarında araştırma grubunda azalma bulunurken kontrol grubunda artış görülmüş ve iki grubun 40-42 günde bakılan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

4.4.1. Doğum Sonrası Depresyona İlişkin Bulgular

Araştırma ve kontrol grubu annelerin ilk 24 saatte ve 40-42. günler arasında yapılan izlemlerinde Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Araştırma ve kontrol grubu annelerin ilk 24 saat ve 40-42. gün izlemlerinde doğum sonrası depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Araştırma Grubu				Kontrol Grubu						
	n	$\bar{x} \pm SS$	SH	min-max	n	$\bar{x} \pm SS$	SH	min-max	U	Z	P
EDSD Ön test	40	9,08±3,07	0,486	0-16	40	9,00±3,72	0,588	0-17	749,500	-0,489	0,625
EDSD Son test	40	6,63±4,09	0,648	0-15	40	12,68±5,76	0,911	2-26	322,000	-4,611	0,000*

* $p<0,05$

Annelerin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puanları ilk 24 saatte araştırma grubunda 0 ile 16, kontrol grubunda ise 0 ile 17 arasında değişmekte olup ortalama puan sırasıyla $9,08 \pm 3,075$ ve $9,00 \pm 3,721$ 'dir. Kırk ikinci günde depresyon puanları araştırma grubunda 0 ile 15, kontrol grubunda 2 ile 26 arasında olup ortalama puan sırasıyla $6,63 \pm 4,099$ ve $12,68 \pm 5,762$ 'dir. Araştırma ve kontrol grubu depresyon puan ortalamaları arasındaki fark ilk 24 saatte anlamsız bulunurken ($p > 0,05$), son ev izleminde yapılan ölçümlerde (40-42. günler arası) depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). İlk 24 saatle karşılaştırıldığında 40-42. günde araştırma grubu annelerde depresyon puan ortalamaları azalırken kontrol grubunda artmıştır. Depresyon puan ortalamalarına bakıldığında ilk 24 saatte hem araştırma hem kontrol grubu annelerde depresyon görülmezken 40-42. günler arası yapılan izlemlerde kontrol grubu annelerde depresyon puan ortalamalarının 12'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda H_2 hipotezi kabul edilmiştir.

4.4.2. Durumluk Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.9'da araştırma ve kontrol grubu annelerin ilk 24 saatte ve 40-42. gün izlemlerinde durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 4.9. Araştırma ve kontrol grubu annelerin ilk 24 saat ve 40-42. gün izlemlerinde durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Araştırma Grubu				Kontrol Grubu				U	Z	p
	n	$\bar{x} \pm SS$	SH	min-max	n	$\bar{x} \pm SS$	SH	min-max			
Durumluk öntest	40	$42,93 \pm 7,60$	1,202	31-63	40	$44,63 \pm 8,86$	1,402	30-64	714,500	-0,824	0,410
Durumluk sontest	40	$38,90 \pm 6,93$	1,096	30-59	40	$50,50 \pm 9,99$	1,580	33-68	287,000	-4,945	0,000*

* $p < 0,05$

Araştırma grubundaki annelerin durumluk kaygı puan ortalaması ilk 24 saatte 31 - 63, kontrol grubunda ise 30 - 64 arasında değişmekte olup ortalama puan sırasıyla 42.93 ± 7.604 ve 44.63 ± 8.866 'dır. Kırk ikinci günde durumluk kaygı puanları araştırma grubunda 30 - 59, kontrol grubunda 33 - 68 arasında olup ortalama puan sırasıyla 38.9 ± 6.935 , ve 50.5 ± 9.995 olarak saptanmıştır. Araştırma ve kontrol grubu durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark ilk 24 saatte istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($p > 0,05$), 40-42. günler arasında yapılan izlemde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). İlk 24 saatle karşılaştırıldığında 40-42. günde araştırma grubu annelerde durumluk kaygı puan ortalamaları azalırken kontrol grubunda artmıştır. (Tablo 4.9). Durumluk kaygı puan ortalamalarına bakıldığında ilk 24 saatte hem araştırma hem kontrol grubu annelerde orta düzeyde kaygı (40-59 puan arası) görülürken 40-42. günler arası yapılan izlemlerde araştırma grubu annelerde hafif (20-39 puan arası), kontrol grubu annelerde orta düzeyde kaygı (40-59 puan arası) vardır. Bu bulgular doğrultusunda H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Prematüre bebeklere ve annelere verilen hemşirelik bakımını da içeren ev izlemlerinin, bebeğin büyüme ve gelişmesini, ebeveynlik becerilerini ve morbidite düzeylerini iyileştirmektedir (112). Bu çalışmada prematüre bebeği olan annelere 1, 2, 3. haftalar ve 40-42. günler arasında yapılan ev izleminin yenidoğan döneminde anneye ve bebeğe ait hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri, doğum sonrası depresyon ve durumluk kaygı düzeyleri incelenmiştir. Bu bölümde sırasıyla araştırmaya ait bulgular tartışılmıştır.

5.1. Araştırma ve Kontrol Grubu Hemşirelik Tanıları ve Araştırma Grubuna Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırma grubu annelere ve bebeklere yönelik 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemleri sırasında belirlenen hemşirelik bakımı kontrol grubu ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1.1. Araştırma ve Kontrol Grubu Annelere İlişkin Hemşirelik Tanılarının Tartışılması

Bu çalışmada prematüre bebeklerde ve onların annelerinde doğumdan sonraki ilk gün içerisinde tespit edilen anneye ve bebeğe yönelik hemşirelik tanıları karşılaştırıldığında araştırma ve kontrol grupları arasında bir fark bulunmamış ($p>0,05$), her iki grupta da anneler benzer hemşirelik tanıları ile bakım, eğitim ve danışmanlığa ihtiyaç duymuştur. Araştırma grubuna 40-42 gün boyunca dört kez ev izlemi ile verilen hemşirelik bakımı sonrasında tespit edilen annelere yönelik hemşirelik tanıları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında uyku örüntüsünde bozulma ve yorgunluk dışındaki tüm hemşirelik tanılarında araştırma ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4). Ev izlemleri sonrası araştırma grubundaki bebeklerin hemşirelik tanıları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ise az sayıda görülen dermatit, konjonktivit, diyare, konstipasyon, hipotermi, hipertermi dışındaki tüm hemşirelik tanılarında araştırma ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.7). Doğumu

izleyen ilk 40-42. günde prematüre bebeği olan primipar annelerin ve bebeklerinin evde verilen hemşirelik bakımı ile sorunlarının önemli oranda azaldığı görülmektedir. Greta Lopez ve arkadaşları (112)'nin yaptığı sistematik derlemede prematüre bebeğe sahip ailelerin hastaneden eve geçiş sürecine ilişkin farklı metodoloji ve grupla yapılmış olan çalışmalarda ortak 5 bileşenin varlığından söz edilmiştir. Bu 5 bileşen, evde aile ile iletişiminin sürdürülmesi, ev ziyareti yapılması, bebeğin sağlığının ve evin durumunun değerlendirilmesi, eğitim, eğitimsel ve destek grupları ve en önemlisi de tüm bu süreçlere hemşirenin dahil olmasıdır. Bizim çalışmamızda ev izlemleri ile hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık verilen araştırma grubu annelerde ve bebeklerde kontrol grubundaki anne ve bebeklere göre anlamlı ölçüde daha az sorun görülmesi, ev ortamında bebeğin sağlık durumunun ve ev ortamının değerlendirilerek verilen hemşirelik bakımının ve eğitiminin etkinliğini ve gerekliliğini destekleyen bir bulgudur. Doğum sonrası dönemde annelerin ve bebeklerin önemli bir bölümünde sorun yaşanması, özellikle prematüre doğum gibi bebeğin ve annenin özel bakıma ihtiyaç duyduğu ve ilk bebeğe sahip olma gibi annenin bakımda deneyimsiz olduğu durumlarda ailelerin kendi yaşam alanlarında değerlendirilerek bakımda desteklenmelerine olan gereksinimi de göstermektedir.

Araştırma grubuna doğum sonrası 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günlerde yapılan ev izlemlerinde ilk izlemde tespit edilen hemşirelik tanılarından anneye ilişkin olan etkisiz emzirme, bakım verici rolünde zorlanma ve bilgi eksikliği dışındaki tüm tanılar ilk 24 saatten sonra ortaya çıkmış ya da artış göstermiştir.

Araştırma grubu annelere 1. haftada yapılan ilk ev izleminde annelerin %45'inin emzirme ile ilgili sorun yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.2). Kurnaz (137) 'ın çalışmasında annelerin %19.7'si prematüre bebeğini besleme konusunda endişe yaşadığını belirtmiştir. Efe ve arkadaşları (138)'nin 214 anne ile yaptıkları çalışmada annelerin %78.5'inin doğum sonrası dönemde meme problemleri yaşadığı bulunmuştur. Teich, Barnett ve Bonuck (139)'ın emzirme engellerini araştırdıkları çalışmalarında annelerin %73'ünün ilk bir saat içerisinde emziremediklerini ve erken dönemde en önemli emzirememe nedenin yetersiz süt ve pozisyon verememe olarak bulmuşlardır. Başer (140)'ın çalışmasında annelerin %34.5'i beslenme konularında bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Çalışmamızda annelere 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemleri esnasında verilen emzirme danışmanlığı ile

etkisiz emzirme sorunun araştırma grubunda %5'e düştüğü, kontrol grubunda ise %55 olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Annelere ilk 40-42 günler arasında verilen emzirme danışmanlığı ve meme ucu bakımı ile emzirme sorunun annelerin tamamına yakınında çözüldüğü görülmüş olup, daha uzun süreli izlem ile tamamının çözülebileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubu annelerin 1. haftada yapılan ev izlemlerinde %20'sinde ebeveynlikte yetersizlik, %40'ında ise bakım verici rolünde zorlanma sorunları görülmüştür. Bakım verici rolünde zorlanma sorunu 2. haftada artış göstererek %52.5'a yükselmiştir. Ancak 1, 2, 3. haftalar ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemleri sırasında ebeveynliği geliştirme ve güçlendirme, ailenin bakıma katılımını geliştirme, bakım vericinin desteklenmesi ve baş etmeyi güçlendirmeye yönelik verilen hemşirelik bakımı ile ebeveynlikte yetersizlik %5, bakım verici rolünde zorlanma sorunu ise %7,5'a gerilemiştir (Tablo 4.2). Kontrol grubunda ise 40-42. günler arasında yapılan izlemde tanılar sırasıyla %35 ve %70 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4). Birinci haftada yapılan ilk izlemde annelerin tamamında bebek bakımına ilişkin en az bir konuda bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir. Bilgi eksikliği, annenin ebeveynlikte yetersizlik hissetmesine ve bakım verici rolünde zorlanmasına neden olan etiyolojik faktörler arasındadır. Literatüre göre prematüre bebeğin gelişimsel özellikleri nedeniyle erken dönemde annesi ile etkileşiminin olumsuz etkilenmesi, prematüre bebeğin özel bakım gereksinimlerinin olması, annenin bebeğin sağlığına ve güvenliğine ilişkin korkuları, doğumun beklenmeyen bir zamanda gerçekleşmesi sonucu ailenin bebeğin bakımına hazır olmaması gibi nedenlerle anneler ebeveynlik rolüne uyumda güçlük çekebilir ve bakım verici rollerini gerektiği gibi yerine getiremeyebilirler (25, 98, 99). Spielman ve arkadaşları (141)'nın prematüre ve miadında doğan bebeğe sahip ebeveynlerin stres ve ebeveyn yeterliliklerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, prematüre bebeğe sahip annelerin yüksek stres yaşadıkları bulunmuş ve ebeveynlerin bilgi birikimini arttırmak ve yaşayabilecekleri değişimleri anlamak için profesyonel rehberlik verilmesinin ebeveynliğe geçişte olumlu deneyimler yaşanmasını sağlayabileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda 1, 2, 3. haftalar ve 40-42. günler arasında ebeveynliği geliştirme ve güçlendirme, bebeğin bakımını sağlamaya yönelik danışmanlık ve sağlık eğitimi, ailenin bakıma katılımını geliştirme, bakım vericinin desteklenmesi ve baş etmeyi güçlendirmeye yönelik

hemşirelik girişimleri ile bilgi eksikliği sorunu ortadan kalkmış, ebeveynlikte yetersizlik ve bakım verici rolünde zorlanma sorunları azalmıştır. İzlemler arasındaki bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak tüm annelerde ebeveynlikte yetersizlik ve bakım verici rolünde zorlanma sorunları çözülememiştir. Annelerin bakıma ilişkin bilgi ihtiyaçları, hızlı değişimin yaşandığı ilk aylarda sorunlarla yüzleştikçe artabilir ya da değişebilir. Bu dönem pek çok yeni bilgi ve becerinin öğrenildiği bir dönemdir ve bebeğin prematüre olmasına bağlı özel bakım ihtiyaçlarının olması nedeniyle anneler 40 günden daha uzun süre desteğe ihtiyaç duyabilirler. Annenin bebeğin erken doğumuna ilişkin kaygılarına bağlı olarak anneler verilen eğitimi anlamakta güçlük çekebilir. Bu nedenlerle de annenin bilgi ihtiyacının karşılanması, ebeveynlik becerilerinin ve bakım verici rolünün geliştirilmesi için doğum sonrası izlemin 40 günden daha uzun süre devam etmesi ya da daha sık yapılması önerilebilir.

Araştırma grubunda görülen uyku örüntüsünde bozulma ve yorgunluk tanıları 1. haftadan itibaren görülmeye başlanmış, 2. haftada artış göstermiş, 3. haftada ve 40-42. günler arasında yapılan izlemlerde uykunun güçlendirilmesi, ailenin bakıma katılımını geliştirme ve bakım vericinin desteklenmesine yönelik verilen hemşirelik bakımı ile giderek azalmış ancak tüm annelerde çözümlenememiştir (Tablo 4.2). Ancak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu sorunlar daha az görülmekte olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4). Doğum sonrası erken dönemde anneler yeni ve yorucu bir dönemin içine girerler. Annenin yorucu bir doğum sürecinden geçmesi, bebeğin yenidoğan döneminde sık aralıklarla beslenmesi, sürekli bakım ve gözetim ihtiyacı olması ve sık uyanması, bu durumun gece boyunca da devam etmesi annenin uykusuzluk ve yorgunluk yaşamasına neden olabilir. Yıldız ve Küçükşahin (142)'in annelerin doğum sonrası 9 ay süresince yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimlerini ve doğum sonrası destekle sorunlar arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, günlük yaşam aktiviteleri, uyku ve dinlenmeye ilişkin sorunların annelerin en sık yaşadıkları sorunlar arasında olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası aldığı profesyonel desteği yeterli bulan annelerde ise bu sorunların anlamlı düzeyde daha az görüldüğü bulunmuştur (143). Bizim çalışmamızda 1, 2, 3. hafta ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemlerinde uykunun güçlendirilmesi, ailenin bakıma katılımını geliştirme ve bakım vericinin

desteklenmesine yönelik hemşirelik girişimleri ile uyku örüntüsünde bozulma sorunu %30'dan %12.5'a, yorgunluk sorunu ise %25'ten %10'a düşmüştür (Tablo 4.2). Bu nedenle en az yenidoğan dönemi boyunca annelerin ev ortamlarında görülerek annenin özbakımı ve istirahati, evle ilgili sorumlulukları, bebeğin bakımı ve bebeği ile geçirdiği zamanı içeren planlı aktiviteleri ile ilgili öneriler ve hemşirelik bakımı sunulmalıdır.

Araştırma grubuna yapılan ilk ev izleminde annelerin %15'inde anksiyete, %12,5'inde eğlence aktivitesinde eksiklik ve %12,5'inde etkisiz başetme sorunları görülmüştür. Yapılan ev izlemleri ile anksiyete ve eğlence aktivitesinde eksiklik 2. haftadan itibaren, etkisiz başetme ise 40-42. günden itibaren görülmemiştir (Tablo 4.2). Kontrol grubunda ise 40-42. günde annelerin %17.5'inde anksiyete, %12,5'inde eğlence aktivitesinde eksiklik, %42.5'inde ise etkisiz başetme görülmüş ve araştırma grubu ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4). Prematüre bebeğe sahip annelerde anksiyetenin, erken doğuma nedeniyle suçluluk duygusu, bebeğin görüntüsü ve durumuna ilişkin kaygılara bağlı olarak yaşadığı kriz ile ilişkili olduğu bulunmuştur (144, 145). Doğuma bağlı yorgunluk, özellikle primipar annelerde doğum sonrası annenin öz bakımında bağımlı olması ve kendine zaman ayıramaması gibi nedenlerle kaygısı artabilir (9). Bu durumda annenin krizle baş edebilmesi için hem geçmişte kullandıkları baş etme yöntemlerinin tanımlanıp kullanılması hem de yeni baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi gereklidir (146, 149). Çalışmamızda 1, 2, 3. hafta ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemlerinde bebeğin bakımıyla ilgili sağlık eğitimi, anksiyetenin azaltılması, bakım vericinin desteklenmesi, baş etmeyi güçlendirme, karar vermeyi desteklemeye yönelik hemşirelik girişimleri ile sorun tamamen çözülmüştür. Ayrıca kontrol grubunda ise 40-42. günde görülen anksiyete ve etkisiz baş etme hemşirelik tanıları araştırma grubunun ilk 24 saatte yapılan ölçümlerine göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4). Bu nedenlerle prematüre bebeğe sahip annelerde doğumu izleyen ilk 40-42.gün boyunca ev izlemleri ile hemşirelik bakımı vererek prematüre bebeğe sahip annelerde anksiyetenin azaltılması ve etkin baş etme yöntemleri geliştirmesi açısından önemlidir.

Bilgi eksikliği buna bağlı olarak ebeveynlikte yetersizlik ve bakım verici rolünde zorlanma sorunları, annenin yorgunluğu ve uykusuzluğu, yaşadığı anksiyete

ve etkisiz başetme nedenleriyle prematüre bebeğe sahip ailelerin %30'unda aile içi süreçlerde bozulmaya görülmüştür. Doğum sonrası süreçte, annelerin bebek bakımı konusundaki deneyimsizlikleri ve prematüre bebeğin özel bakım gereksinimleri nedeniyle yaşadıkları anksiyeteye bağlı olarak onların kendilerini aile içindeki rollerinde yetersiz hissetmelerine yol açabilmektedir (154). Yapılan ev izlemleri ile ailenin bakıma katılımını geliştirme ve aile bütünlüğünü geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimleri sonucu 3. haftadan itibaren sorun tamamen çözümlenmiştir (Tablo 4.2). Kontrol grubunda ise 40-42. günde ailelerin %40.0'ında aile içi süreçlerde bozulma görülmüş ve araştırma grubu ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4).

5.2. Araştırma ve Kontrol Grubu Bebeklere İlişkin Hemşirelik Tanılarının Tartışılması

Araştırma grubuna 1. haftada yapılan ilk ev izleminde bebeklerin %6.1'inde diaper dermatiti görülmüştür. Ev izlemleri sırasında bebeğin alt bakımına ilişkin temizlik önerileri ve perine bölgesinin deri bütünlüğünü korumaya yönelik verilen hemşirelik bakımı ile 3. haftadan itibaren görülmemiştir (Tablo 4.5). Kontrol grubunda ise 40-42. günler arasında yapılan izlemde %17.7 olarak belirlenmiş ve araştırma grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Miadında doğan yenidoğanlarda yeterli epidermal bariyer olduğunu destekleyen kanıtlar olmasına karşın prematüre doğan bebeklerde cilt immatürdür. Diaper dermatiti en sık prematüre bebeklerde görülmektedir ve doğumdan bir hafta sonra diaper dermatiti görülme sıklığı artmaktadır (151). Yapılan çalışmalarda görülme sıklığı %7-70 arasında değişmektedir. Uygun bakımla görülme sıklığında azalma sağlanabilir. (150- 152). Bu çalışmada en yüksek diaper dermatiti görülme sıklığı birinci haftada olup literatürle uyumlu bulunmuştur. Annelere 1, 2, 3. haftalarda ve 40-42. günler arasında yapılan ev izlemleri esnasında verilen perine bakımı, deri gözetimi ve bakımı ile 40-42. günler arasında yapılan ev izlemlerinde diaper dermatiti sorunun araştırma grubunda görülmediği, kontrol grubunda ise %17.7 olduğu görülmektedir (Tablo 4.7).

Çalışmamızda oral mukozit görülme sıklığı yalnızca 3. hafta için %2.5 ($n=1$) olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Kontrol grubunda ise 40-42. günler arasında yapılan

izlemde a %8.8 olarak belirlenmiş ve araştırma grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Yenidoğanın oral mukoziti ya da pamukçuk, annenin meme hijyeninin yetersiz olması, bebeğin oral kavitesinin temizliğinin yapılmaması ya da özellikle vajinal doğumlar sonrası vajinal kanaldan bulaşma sonucu candida grubu mikroorganizmaların oluşturduğu enfeksiyondur. İki yaşa kadar bütün bebeklerin yaklaşık %2-5'inde görülürken, prematürelde daha yüksek oranda görülmektedir (153, 154). Oral mukozit görülme sıklığı bu çalışmada literatüre göre tüm yaşlarda ve miadında doğanlarda pamukçuk görülme oranına göre dahi alt seviyelerde olması ev izlemleri sırasında ağız sağlığını geliştirme, iyileştirme ve sürdürmeye yönelik verilen hemşirelik bakımının etkisi olarak yorumlanabilir.

Araştırma grubuna 1. haftada yapılan ilk ev izleminde bebeklerin %36.7'sinde gereksinimden az, %6.1'inde gereksinimden fazla beslenme sorunları görülmüştür. Ev izlemleri sırasında verilen hemşirelik bakımı ile 3. haftadan itibaren görülmemiştir (Tablo 4.3). Kontrol grubunda ise 40-42. günler arasında yapılan izlemde gereksinimden az beslenme %8.8 olarak belirlenmiş ve araştırma grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Gereksinimden fazla beslenme ise her iki grupta da görülmemiştir. Prematüre bebeklerin besin depolarının fakir olması, aspirasyon riski, emme refleksinin zayıf olması, uzun sürede beslenmesine bağlı olarak sabır gerektirmesi gibi nedenlerle, yetersiz beslenme açısından miadında doğan bebeklere göre daha fazla risk altındadır. Yetersiz beslenme ve normal olmayan vücut ağırlığı kaybı, prematüre bebeklerde %20'leri bulan sıklıkta görülebilmekte ve hastaneye başvuru nedeninin %35'ini oluşturup yenidoğanın en önemli sorunları arasında görülmektedir. Doğum ağırlığı <2500gr olan yenidoğanlar ise ağırlık kaybı açısından 2,68 kat daha fazla risk altındadır (86, 155, 156). Annelere beslenme eğitiminin verilmesi, doğru emzirme, yeterli anne sütü ya da mama alımı ile yenidoğanlarda istenilen vücut ağırlığı kazanımı sağlanabilir. Yapılan çalışmalarda annelerin yaşam ve beslenme şekillerinin yanında annenin ve bebeğin uyku düzenlerinin, anne ve bebeği birlikte uyumasının emzirme süresi, anne sütü miktarı ve büyüme üzerine etkileri gösterilmiştir (157-160). Çalışmamızda gereksiniminden az/fazla beslenme tanısı konulan bebeklere yönelik olarak yenidoğan bebeğin değişen beslenme gereksinimi, beslenme süre ve sıklığı ile etkin beslenme belirtilerini içeren beslenme eğitimi,

emzirme danışmanlığı ve emzirmenin kesintiye uğramasına neden olan meme başının doku bütünlüğünde bozulma/bozulma riskine yönelik meme başı bakımı verilmiştir. Bunlara ek olarak literatürde belirtilen emzirme süresi ve anne sütü miktarına etki eden yeterli uyku, dinlenme gibi faktörlere yönelik hemşirelik bakımı ile yenidoğan bebeğin istenilen düzeyde ağırlık kazanımını sağlayabileceğinden annelerin yeterli uyku ve dinlenmesine ilişkin önerilerde de bulunulmuştur.

Araştırma grubuna 1. haftada yapılan ilk ev izleminde bebeklerin %12.2'sinde vücut sıcaklığında dengesizlik riski görülmüştür. Ev izlemleri sırasında annelere vücut sıcaklığını sürdürmeye yönelik giydirme, ortam ısısının ve bebeğin giysi kalınlığının düzenlenmesi, yeterli beslenme ve bebeğin izlemine yönelik verilen hemşirelik bakımı ile 3. haftadan itibaren görülmemiştir (Tablo 4.5). Kontrol grubunda ise 40-42. günler arasında yapılan izlemde bebeklerin %8.8'inde vücut sıcaklığında dengesizlik riski, %6.6'sında vücut sıcaklığında dengesizlik görülmüş ve araştırma grubu ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Araştırma grubunda vücut sıcaklığında dengesizlik görülmemesi, tanının risk tanı iken çözümlenmesi de araştırma grubuna verilen hemşirelik bakımının etkili olduğunu göstermektedir. Vücut sıcaklığında dengesizlik riski tüm yenidoğanlar için önemli bir sorundur. Doğumda, termoregülasyon mekanizması olgunlaşmamıştır ve yenidoğan ısıyı dış ortama hızlı bir şekilde iletir, bu nedenle doğum odasından itibaren vücut sıcaklığını korumaya yönelik olarak bakım başlatılmalıdır. Aşırı sıcaklık koşulları da ısı kaybı kadar sağlığı tehdit edebilir. Bu nedenle, yenidoğanın vücut sıcaklığının kontrol altına alınması ve bakımı onun hayatta kalması için önemlidir (53, 54). Düşük doğum ağırlığı ve prematürelilik, bebeği anneye geç verme ve geç emzirme, anne ve bebek birlikteliğinin sağlanmaması, uygun giydirmeme hipotermi açısından; ortam ısısının yüksekliği, dehidratasyon ve kalın giydirmeme ise hipertermi açısından yenidoğanda görülen risk faktörleri arasında sayılmaktadır (161). Araştırma grubuna yapılan ev izlemleri ile giydirme, ortam ısısının ve bebeğin yatağının düzenlenmesinin yanı sıra enfeksiyonlardan koruyucu uygulamalarla (umbilikal kord, cilt ve göz, kulak, burun bakımı, yeterli beslenme, ziyaretçi kısıtlaması gibi) bebeklerde hipotermi ve hiperterminin önüne geçmiştir. Yenidoğan döneminde ev izlemleri yapılarak bebeğin kaldığı evin sıcaklığı, bebeğin giysileri ve örtüleri değerlendirilmeli ve anneye hipotermiye karşı korumanın yanı sıra

hipotermiye karşı çok kalın giydirme, oda ısısının çok fazla yükseltilmesi ya da sıcak su torbası kullanma gibi agresif koruma stratejilerinin hipertermiye neden olabileceği de öğretilmelidir.

Araştırma grubunda 1. haftada bebeklerin %65.3'ünde umbilikal kord-enfeksiyon riski tanısı ele alınmıştır. Umbilikal kordun kuru ve temiz tutulması, herhangi bir solüsyon kullanılmaması, temizliğinde su ve pH.sı ciltle uyumlu bir sabun kullanılması, bebek bezi ile temas etmemesi, kordun bebeği bezlerken bezin altında kalmaması, idrar ve dışkı ile kontamine olmaması, el hijyenine özen gösterilmesi, banyo, giydirme ve kucağa alma gibi durumlarda dikkat edilmesine yönelik hemşirelik bakımı ile 2. haftadan itibaren görülmemiştir (Tablo 4.3). Doğumdan sonraki 40-42. günler arasında yapılan ev izlemlerinde ise kontrol grubunda 4 bebekte umbilikal korda ilişkin enfeksiyon olduğu belirlenmiştir. Enfeksiyon tanısı açısından araştırma grubu ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Mallika Sengupta ve arkadaşları (162)'nın yaptıkları bir araştırmada %3.37 oranında göbek kordonu enfeksiyonu görüldüğü ve bunların yarısından çoğunun taburcu olan bebekler olduğu bulunmuştur. Ülkemizde 1991-1997 yılları arasında bir üniversite hastanesinde göbek kordonu enfeksiyonlarının araştırıldığı bir çalışmada, neonatal tetanoz nedeniyle başvuran 55 yenidoğanın, %44'ünde göbek kordonu enfeksiyonu bulunduğu ve ölüm hızının %40 olduğu belirlenmiştir (163). Göbek kordonunun henüz kapanmadığı ve kordonun düşerek granülasyon dokusu nedeni ile enfeksiyona yatkın olduğu yenidoğan döneminde, özellikle alt bezinden sıkça bulaş olabileceğinden perine bakımı, kordun bakımı ve gözetimine ilişkin hemşirelik girişimleri ile omfalit gelişmesi önlenabilir.

Araştırma grubu bebeklerde 1. haftada %14.2 kolik, %6.1 bebek davranışında disorganizasyon görülmüştür. Yapılan ev izlemlerinde 2. haftada her iki tanıda da artış görülmüş, sonraki izlemlerde benzer şekilde azalsa da 40-42. günler arasında yapılan izlemlerde tüm bebeklerde çözülememiştir (Tablo 4.5). Doğumdan sonraki 40-42. günler arasında yapılan ev izlemlerinde kontrol grubunda bu tanılar sırasıyla %31.1 ve %24.4 olarak belirlenmiş ve araştırma grubu ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Kolik genellikle doğumdan sonraki 2. haftadan sonra ortaya çıkan, günün belirli saatlerinde meydana gelen, 3-4.

aya kadar devam eden gastrointestinal, nörogelişimsel ve psikososyal nedenlerle ortaya çıkan ağlama krizleri ve huzursuzluk ataklarıdır (164, 165). Biberonla besleme, yatay pozisyonda besleme ve beslenme sonrası gaz çıkarmama infantil kolik nedeni olarak bildirilmiştir. (165, 166). Bebek davranışında disorganizasyon ise uyaranları düzenleme ve bunlara uyum sağlamada güçlüğü olan bebekte bazı fizyolojik, motor, sosyal ve otonomik bulgularla ortaya çıkan durumu tanımlamakta kullanılmaktadır. Etiyolojisinde bebeğin dengesini sarsabilen prematürite, hipoglisemi, enfeksiyon, oksijen saturasyonunda azalma, vücut sıcaklığında değişme, ağrı, açlık, uyaran fazlalığı, invaziv işlemler gibi pek çok faktör üzerinde durulmaktadır (164, 165). Örnekleme dahil edilen bebeklerin prematüre olmasının yanı sıra bu tanının mevcut olduğu bebeklerde kolik tanısının da bulunması ve aynı zamanlarda ortaya çıkmaları nedeniyle kolik tanısı konulan bebeklerin bebek davranışında disorganizasyon tanısını da beraberinde düşünülmelidir. Araştırma grubuna yapılan ev izlemleri ile beslenme süresi, sıklığı, pozisyonu ve beslenme sonrası gaz çıkarmayı içeren eğitim ve kolik esnasında yapılabilecek pozisyon verme, ılık banyo, emzirme ve ten tene temas, abdominal masaj gibi ağrı yönetimi uygulamalarıyla bebeklerde kolik ve bebek davranışında disorganizasyon sorunu azalmıştır. Kontrol grubu ile araştırma grubu sonuçları arasındaki fark anlamlı olsa da araştırma grubu bebeklerde sorunun devam etmesi nedeniyle kolik yaşayan bebeklerin daha uzun süre izlenmesi ve anneye durumun gelişimsel bir durum olduğu açıklanmalıdır.

Araştırma grubuna yapılan ev izlemlerinde az sayıda bebekte ($n=2$) konstipasyon görülmüştür. Ev izlemleri sırasında bebeğin yeterli beslenmesi, zorlu dışkılama sırasında bebeğe pozisyon verilmesi, alt ekstremitelerin batına yaklaştırılması, mama detsekli beslenen bebeklerde mamanın önerilen oranda su ile hazırlanması gibi hemşirelik girişimleri ile 3. haftadan itibaren görülmemiştir (Tablo 4.5). Kontrol grubunda ise 40-42. günler arasında yapılan izlemde gereksinimden az beslenme %4.4 olarak belirlenmiş ve araştırma grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Anne sütü ile beslenen bebeklerde annenin beslenme şekli, erken doğan bebeklerde olgunlaşmasını tamamlayamamış barsak fonksiyonları, mama ile beslenme ya da mama ile beslenen bebeklerde mamanın önerilen ölçülerde hazırlanmaması gibi faktörler üzerinde

durulmaktadır (165-168). Çalışmamızda araştırma grubundaki bebeklerde konstipasyona yönelik olarak bebeğin yeterli beslenmesi, mama detsekli beslenen bebeklerde mamanın önerilen oranda su ile hazırlanması, zorlu dışkılama sırasında bebeğe pozisyon verme gibi hemşirelik girişimleri ile sorun ortadan kalkmıştır. Koliğe ve beslenme sorunlarına da neden olabilen konstipasyonun erken dönemde tanınması ve çözümlenmesi, bebeğin rahatını sağlayacağı gibi konstipasyona bağlı olarak gelişebilen önemli sorunların da önüne geçer.

Araştırma grubuna 1. haftada yapılan ilk ev izleminde bebeklerin %51.0'inde uyku örüntüsünde bozulma görülmüştür Ev izlemleri sırasında ortam ısısı, sesi ve ışığının ayarlanması, anneye bebek masajının öğretilmesi, kanguru bakımı, bebeğin beslenmesinin ve bakımlarının zamanında ve doğru olarak yapılmasının öğretilmesi gibi girişimlerin yer aldığı hemşirelik bakımı ile 4. haftada %10.2'ye düşmüştür (Tablo 4.3). Kontrol grubunda ise 40-42. günler arasında yapılan izlemde %24.4 olarak belirlenmiş ve araştırma grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Yenidoğan bebeklerde uyku, uyanıklık döngüsü henüz tam olarak olgunlaşmamıştır. Uyku zamanı ve süreleri düzensizdir ve dış etkenlerden kolaylıkla etkilenebilmektedir. İlerleyen aylarda merkezi sinir sisteminin olgunlaşmasıyla, gece-gündüz farkındalığı da oluşmaya başlar. Prematüre bebeklerin miadında doğan bebeklere göre tüm sistemlerin daha geç olgunlaşması nedeniyle uyku örüntüsünün düzene girmesi miadında doğan bebeklere göre daha geç olabilir (169-172). Bu amaçla ortam ısısı, sesi ve ışığın ayarlanması, müzik dinletilmesi, bebek masajı, kanguru bakımı, bebeğin beslenmesinin ve bakımlarının zamanında ve doğru olarak yapılması önerilmektedir (172-174). Bu çalışmada da yapılan ev izlemleri ile uykunun güçlendirilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinden beslenmenin, ortam ısısının ve bebeğin yatağının düzenlenmesi gibi uygulamalar ile araştırma grubundaki prematüre bebeklerde uyku örüntüsünde bozulma sorunu azalmıştır. Prematüre bebeklerde pek çok emmede başarısızlık, anne sütünün yetersiz olması, mide kapasitesinin daha düşük olması gibi nedenlerle daha çok yetersiz beslenme sorunları ve buna bağlı uyku örüntüsünde bozulma görülmektedir. Ayrıca prematüre bebeklerin immatür gastrointestinal fonksiyonlarına bağlı olarak daha sık kolik görülmesi nedeniyle uykuları daha sık bölünebilir (174). Bu sorunlara yönelik prematüre bebeklerin en az yenidoğan dönemi boyunca ev ortamında

değerlendirilerek verilen hemşirelik bakımı ile prematüre bebeğin uykusu erken dönemde düzenlenebilir. Ancak uykunun düzenlenmesi bebeğin tüm bakım alanlarına müdahale gerektirdiğinden sorunun tüm bebeklerde çözümlenebilmesi için daha uzun süre ya da daha sık ev izlemi gerekebilir.

Araştırma grubuna 1. haftada yapılan ilk ev izleminde bebeklerin %8.1’inde aspirasyon riski, tamamında travma riski görülmüştür. Ev izlemleri sırasında bebeğin yatağının kenarlarına konmuş bir eşya ya da giysi bulunmaması, yatağının zemininde içine gömülmesini engelleyecek kadar sert ve rahat uyuyabileceği kadar yumuşak bir şilte bulunması, bunun düz, engebesiz bir yatak zemini üzerine konulması, yastık kullanılmaması, yüksek yerlerde korumasız olarak bırakılmaması, yakınlarında üzerine düşebilecek/dökülebilecek eşya, sıcak/soğuk yiyecek, içecek bulundurulmaması, boğazına kaçabilecek büyüklükteki mateyalleri uzak tutmak, kucağa alma, taşıma, alt değiştirme gibi uygulamalarda bebeğin güvenli tutulması gibi güvenlik önlemlerini ve çevre düzenlemesini içeren hemşirelik bakımı ile 2. haftadan itibaren her iki tanı da tekrar görülmemiştir (Tablo 4.5). Kontrol grubunda ise 40-42. günler arasında yapılan izlemde sırasıyla %40.0 ve %37.7 olarak belirlenmiş ve araştırma grubu ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Prematüre doğan bebekler, emme, yutma, nefes alma koordinasyonunun gelişimi sürdüğünden hem beslenme sırasında hem de yabancı cisimlerin aspirasyonu açısından risk altındadır. Fiziksel çevre ve sosyal çevreye bağlı travmaların ve aspirasyonun önlenmesi için bebeğin içinde bulunduğu koşulların bilinmesi ve ailenin bebeğin güvenliğinin geliştirilmesi için desteklenmesi gerekmektedir (174). Çalışmamızda annelere 1. haftada yapılan ev izlemlerinde havayolu ve çevrenin yönetimine ilişkin hemşirelik girişimleri ve sağlık eğitimi ile sorunun çözülmüş olması, prematüre bebeğin ev ortamında değerlendirilerek annelere bizim çalışmamızdaki gibi ihtiyaca ve duruma yönelik olarak bireyselleştirilmiş eğitim ve danışmanlığın verilmesinin bebeği aspirasyon ve travmalardan korumak için tek ev izleminin etkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle prematüre bebeklerin en az bir kez ev ortamında görülerek uygun hemşirelik girişimleri ile bakım verilmesi aspirasyon ve tavlmalardan bebeklerin korunması, bunlara bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.

Doğum sonrası dönemde annenin fiziksel problemlerinin olması, prematüre doğumlarda doğumun beklenmeyen bir zamanda gerçekleşmesi ve bunun sonucunda ailenin tam olarak yeni aile bireyine hazırlanamamış olması ve ailenin bebeğe ilişkin duyduğu kaygılar nedeniyle anne bebek bakımı konusunda yetersizlik ve güvensizlik yaşayabilmektedir. İlk gebeliğini yaşayan kadınların bebek bakımı, bebeğin büyüme-gelişme süreci, gelişim dönemlerine göre bebeğin davranışları ve hastalıklara ilişkin yeterli bilgi ve deneyiminin olmaması nedeniyle hem annenin hem de bebeğin sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir. Hem aile hem de bebek için adaptasyon dönemi olan yenidoğan döneminde bebek ve anneye yönelik nitelikli bir hemşirelik bakımı ve eğitimi verilmesi, bunun en az lohusalık dönemi boyunca sürdürülerek anne ve bebeklerinin ihtiyaçları doğrultusunda bireyselleştirilmiş olması gerekmektedir (148-150, 175).

5.3. Araştırma ve Kontrol Grubu Annelerin Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Spielberg Durumluk Kaygı Envanterine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırma ve kontrol grubu annelerin Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri'ne ilişkin bulguları tartışılmıştır.

5.3.1. Doğum Sonrası Depresyon Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada araştırma ve kontrol grubu annelerin ilk 24 saatteki depresyon puan ortalamaları sırasıyla $9,08 \pm 3,075$ ve $9,00 \pm 3,721$, 40-42. günde $6,63 \pm 4,099$ ve $12,68 \pm 5,762$ 'dir (Tablo 4.8). Doğumdan sonra kadınların yeni aile üyesine hayatlarında yer açma çabaları, yeni rolleri ve bebek bakımı becerilerini öğrenmesi, bebekle ilgili sorunlar yaşamaları ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği gelişimsel bir kriz dönemi olabilmektedir. Bebeğin beklenenden erken dünyaya gelmesi ve ilk bebek olması, krizin ve duygusal sorunların şiddetini arttırabilmektedir. Ülkemizde doğum sonrası değişik zamanlarda yapılan depresyon taramalarında doğum sonrası depresyon puan ortalaması 9.8 ile 10.4 arasında, görülme sıklığı ise % 6,5 ile % 48,3 arasında değişmektedir (29-32). Dünyada

yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (34-38). Kaygı ve depresyona neden olan faktörlerin incelendiği çalışmalarda annenin bebek bakımında kendine güveni, emzirme durumu, bebek bakımına ilişkin stresinin annede ağır depresyona neden olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (34, 35, 37, 38). Çalışmamızda ilk 24 saat içerisinde yapılan değerlendirmede elde edilen sonuçlara bakıldığında depresyon puanı araştırma grubunda 9.08 olarak bulunmuş ve literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Araştırma grubu annelerin 40-42. gün puan ortalamalarının ($6,63 \pm 4.099$) literatüre ve kontrol grubuna göre daha düşük bulunmasının nedeni annelerin evde izleminin ve bebek bakımında desteklenmelerinin bebek bakımının yanı sıra annelerin bakımda kendilerine olan güvenlerinin gelişmesi ve bunun da annelerin ruhsal sağlığını olumlu etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Bakım ve bilgi ihtiyacı desteğinin, anneleri duygusal ve bilişsel olarak rahatlatıp, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerini, buna bağlı olarak da olumlu benlik kavramının ve iyi olma duygusunun gelişmesini sağlamış olabilir. Annenin bebeğin bakımında desteklenmesinin yanı sıra bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile onun gücünü kullanması ve karar vermesinin geliştirilmesi sağlanmış, bu da annenin olumlu kişilerarası ilişkiler kurmasına, vaktini daha verimli kullanmasına ve daha bağımsız işlev görmesine yol açmıştır. Tüm bu değişimler, araştırma grubu annelerin depresyon puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük bulunmasına neden olabilir. Literatüre göre doğum sonrası depresyonda artışın sıklıkla ilk 30 gün içerisinde görülmesi, çalışmamızda 40-42 günlerdeki depresyon puanlarının ilk 24 saate göre artış göstermesi ile uyumludur (155, 156). Bu nedenle prematüre doğum ve primipar olma gibi depresyon için yüksek riski olan kadınların postpartum depresyonun en yaygın olduğu ilk 40-42. günde ev izlemleri ile anneye ve bebeğin bakımına yönelik hemşirelik bakımı verilmesi, annenin ruh sağlığının korunmasında önerilebilir.

5.3.2. Durumluk Kaygı Envanteri Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada araştırma grubundaki kadınların durumluk kaygı puan ortalaması ilk 24 saatte 42.93 ± 7.604 , 40-42. günde 38.9 ± 6.935 , kontrol grubundaki kadınlarda ise sırasıyla 44.63 ± 8.866 ve 50.5 ± 9.995 olarak saptanmıştır. Yapılan

istatistiksel değerlendirmede, araştırma ve kontrol gruplarındaki kadınların 0. ile 40-42. gün durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur (Tablo 4.9). Yapılan bazı çalışmalarda durumluk kaygı puan ortalaması 39-44 arasında değişmektedir (34, 36-38). Garfield ve arkadaşları (2016)'nın 113 prematüre doğum yapan anne ile doğum sonrası dönemde yaptıkları çalışmada durumluk kaygı puan ortalaması 39.1 ± 12.6 olarak bulunmuştur (35). Helle ve arkadaşları (2016) 0-6 ay arası çok düşük doğum ağırlıklı bebeği olan 230 anne ile yaptıkları çalışmalarında annelerin kaygı  l eği puan ortalaması 43.4 ± 12.16 olarak bulmuşlardır (36). Bu bulgular, zaman içerisindeki değişim göz önüne alınmaksızın, bizim çalışmamızdaki kontrol grubu annelerin kaygı puan ortalamaları ve görülme sıklığı ile benzerlik göstermektedir. Araştırma grubu annelerin kaygı puan ortalamalarının literatüre ve kontrol grubuna göre daha düşük olması ise yapılan ev izlemlerinin etkisi olarak değerlendirilebilir. Annelerin karar vermelerinin desteklenmesi, bakım ve bilgi ihtiyacının hemşirelik bakımı ile karşılanması ya da ailenin bakıma katılımının geliştirilmesi, annenin anksiyeteleri ile başetmesini arttıran hemşirelik uygulamaları olmuştur. Bu nedenle erken doğum ve prematüre bebeğin bakımı gibi annenin stresinin arttığı durumlarda anne kaygı açısından riskli olarak değerlendirilmeli ve taburculuk sonrası hemşirelik bakımı ile desteklenmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Prematüre bebeğe sahip annelere taburculuk sonrası yapılan ev izleminin bebekte görülen sorunlar ile annenin depresyon ve durumluk kaygı düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırma hipotezlerine yönelik elde edilen sonuçlara göre;

- Araştırma grubuna yapılan ev izlemleri sırasında verilen hemşirelik bakımı ile annelerde uyku örüntüsünde bozulma dışında kalan tüm tanılar tamamen çözüme ulaşmıştır (Tablo 4.2).
- Araştırma grubuna yapılan ev izlemleri sırasında bebeğe yönelik tespit edilen hemşirelik tanılarında uyku örüntüsünde bozulma, kolik ve bebek davranışında disorganizasyon tanıları dışında kalan tüm tanılarda izlemler sırasında verilen hemşirelik bakımı ile sorun çözülmüştür. Uyku örüntüsünde bozulma, kolik ve bebek davranışında disorganizasyon tanılarında ise zaman içerisindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ev izlemleri, prematüre bebeği olan annelerin evde bebek bakımında karşılaştığı sorunları azaltmada etkili olmuştur.
- Araştırma grubu annelerde 40-42. gündeki doğum sonrası depresyon puan ortalamaları ilk 24 saate göre azalırken, kontrol grubu annelerde artış görülmüştür. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmada 40-42. gündeki doğum sonrası depresyon puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.8). Ev izlemleri prematüre bebeği olan annelerde depresyon puan ortalamalarını azaltmada etkili olmuştur.
- Araştırma grubu annelerde 40-42. gündeki durumluk kaygı puan ortalamaları ilk 24 saate göre azalırken, kontrol grubu annelerde artış görülmüştür. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmada 40-42.gündeki durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.9). Ev izlemleri prematüre bebeği olan annelerde durumluk kaygı düzeylerini azaltmada etkili olmuştur.

6.2.Öneriler

Araştırma grubundaki prematüre bebeğe sahip annelere ve bebeklerine yönelik ev izlemlerinde planlı hemşirelik bakımı verilmesi sonrasında 40-42. günde yapılan değerlendirmede, annelerin doğum sonrası depresyon ve durumluk kaygı puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bakım gereksinimlerinin miadında bebeğe göre daha zorlu ve karmaşık olan prematüre bebeklerin annelerinin psikolojik durumlarının optimum düzeyde olmasının sağlanması gerekmektedir. Bunu sağlamak için aşağıdakiler önerilebilir:

- Annelerin ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi, bebek bakımına ilişkin ihtiyaç duyduğu bilgi ve becerilerin kazandırılması, benlik kavramının yükseltilmesi, yeterli uyku ve dinlenme periyotları için günlük yaşamının planlamasına destek olunması, başetme becerilerinin geliştirilmesi için eğitim ve danışmanlık verilmesinin yanı sıra aile içi süreçlerin devamlı ve işler olmasının sağlanması için taburculuk sonrası aile evinde değerlendirilmeli ve planlı hemşirelik bakımı uygulanmalıdır.
- Annelerin doğumun fiziksel etkileri nedeniyle doğumu izleyen haftalarda, annenin fizyolojik sorunlarının önemli ölçüde azaldığı, kendi bakımları ve yenidoğan gereksinimlerinin karşılanmasında daha fazla sorumluluk üstlenebilecekleri ve öğrenmeye daha açık oldukları dönemde evde izlemi yapılmalıdır.

Prematüre bebekler sistemlerinin immatür olması nedeniyle miadında bebeklere göre daha özel bir bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu bakımın sağlanabilmesi için aşağıdakiler önerilebilir:

- Herhangi bir durumda uygun perinatal ve yenidoğan bakımının yapılması, çeşitli seviyelerde entegre ve bütüncül bir müdahale programı ile sağlanabilir. Bu program yaşam döngüsü içerisinde her aşamada ve her ortamda sağlık izlemi ve yardımını içermelidir. Prematüre bebeğe sahip ailelerin evde bebeğin bakımına hazırlanması ve ev ortamında desteklenerek hemşirelik bakımı verilmesi ile prematüre bebeklerin sağlığı korunabilir ve geliştirilebilir. Bu yüzden prematüre bebeğe sahip ailelerin, yalnızca taburculuk eğitimleri ile değil hastaneden ayrıldıktan sonra da hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından ev izlemleri ve ihtiyaç duyduklarında

arayabilecekleri telefon görüşmeleri ile taburculuk sonrasında desteklenmelidir.

- Ev izlemleri ile annelerin bakımda yaşadıkları sorunlar, endişeler ve ihtiyaçları sorgulanmalıdır. Prematüre bebeklerin optimum düzeyde bakımının sağlanabilmesi için annelerin ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi, bebek bakımına ilişkin ihtiyaç duyduğu bilgi ve becerilerin kazandırılması için anne ve bebeğin ihtiyacına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.

Ev izlemi, annelerin ve prematüre bebeklerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde, ebeveynlerin kaygı ve depresyonlarının azaltılmasında değerli bir uygulamadır. Bu amaçla prematüre doğum yapan annelerin ve bebeklerinin taburculuk sonrası evde bakımının Sağlık Bakanlığının “Evde Bakım Hizmetleri” uygulaması kapsamına alınarak rutinleştirilmesi, taburculuk sonrası tüm prematüre bebeklerin, ev ortamlarında izlenmesi ve desteklenmesinin standartlaştırılması önerilebilir.

İleride yapılacak olan çalışmalar için, çalışmamızda belirlenen annelerde ve bebeklerde ev izlemi ile sağlanan değişimin prematüre bebeklerde mortalite ve morbiditeyi azaltmak için yeterli olup olmadığının tespit edilmesi önerilebilir. Ayrıca, ev izlemlerinin sayısının ve zamanlamasının mortalite, morbidite ve prematüre bebeğe sahip annelerde depresyon ve kaygı oranlarına etkisi değerlendirilebilir. Verilen hizmetin istenilen değişimi sağlaması ve sürdürülebilirliği açısından maliyet etkinliği ve uygulanabilirliği değerlendirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Key facts [İnternet]. 2013 [Erişim Tarihi 19 Şubat 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 11. Baskı, Cilt 2. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2015.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara: 2016.
4. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. The Lancet. 2015; 385(9966):430-44.
5. Korkmaz A, Akçören Z, Alanay Y, Özyüncü Ö, Yiğit Ş, Deren Ö ve ark. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi 2001-2006 dönemi perinatal mortalite analizi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2010; 53: 175-188.
6. Bebek, Çocuk İzlem Protokolleri Sağlık Bakanlığı [İnternet]. [Erişim Tarihi 19 Şubat 2018]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/420>
7. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Ankara: 2014
8. Gebeşçe A, Uslu H, Keleş E, Demirdöven M, Tonbu A, Baştürk B. ve ark. Bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2015; 42 (2): 137-142.
9. Bağcı S, Altuntuğ K. Problems experienced by mothers in postpartum period and their associations with quality of life. Journal of Human Sciences. 2016;13(2): 3266-3279.
10. Wittmann-Price RA. Caring for the Newborns at Risk. Ward SL, Hisley SM, Kennedy AM. Editors. Maternal- Child Nursing Care. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2016.
11. Tracy AM, Riece MM, Bailit JL, Grobman WA, Reddy UM, Wapner RJ. et al. Preterm neonatal morbidity and mortality by gestational age: a contemporary cohort. American Journal of Obstetric and Gynecology. 2016; 215(1):103-114.
12. Taş Arslan F, Turgut R. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013; 6(3):119-124.
13. Eras Z, Bingöler Pekcici EB, Atay G. Prematüre bebeklerin mortalite ve morbidite sonuçları. Bakırköy Tıp Dergisi. 2011; 7: 85-88.
14. Gaucher N, Nadeau S, Barbier A., Janvier A, Payot A. Personalized antenatal consultations for preterm labor: Responding to mothers' expectations. The Journal of pediatrics, 2016; 178, 130-134.
15. Çırlak A, Erdemir F. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(2): 73-81.
16. Erdem Y. Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey. Journal of Clinical

- Nursing. 2010; 19: 1738-1747.
17. Korja R. Early relationship between very preterm infant and mother: The role of infant, maternal and dyadic factors. Department of Child Psychiatry, University of Turku; 2009: 4-66.
 18. Konukbay D, Taş Arslan F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011; 14(2): 6-22.
 19. Çırlak A, Erdemir F. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(2): 73-81.
 20. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008; 51: 104-109.
 21. Nicolaou M., Rosewell R, Marlow N, Glazebrook C. Mothers' experiences of interacting with their premature infants. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2009; 27: 182-194.
 22. Uludağ A, Ünlüoğlu İ. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2012; 4(3): 19-26.
 23. Galeano MD, Carvajal BV. Coping in mothers of premature newborns after hospital discharge. Newborn and infant nursing reviews. 2016; 16(3): 105-109.
 24. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E. Maternal anxiety and depression following a premature infants' discharge from the NICU: Explanatory Effects of the COPE Program. Nurs Res. 2008; 57(6): 383-394.
 25. Premji SS, Pana G, Currie G, Dosani A, Reilly S, Young M. et al. Mother's level of confidence in caring for her late preterm infant: A mixed methods study. Journal of clinical nursing. 2018; 27. (5-6): 1120-1133.
 26. Vigod SN, Villegas L, Dennis C-L, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2010; 117(5): 540-550.
 27. Yücesoy G, Özkan S, Yıldız M, Çakıroğlu Y, Bodur H. Postpartum depression: prevalence and contributing risk factors. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2011; 21(1): 6-12.
 28. Çak HT, Karabekiroğlu K, Çengel Kültür E, Tarakçıoğlu MC, Kaya R, Say GN ve ark. Relationship between psychiatric symptoms in expectant parents and postpartum depression and infantile colic: a multicenter follow-up study. Turkish Journal of Psychiatry. 2015; 26(2): 87-98.
 29. Boratav HB, Toker Ö, Küey L. Postpartum depression and its psychosocial correlates: A longitudinal study among a group of women in Turkey. Women & Health. 2016; 56(5): 502-521.
 30. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler. Med Bull Haseki. 2016; 54: 83-89.
 31. Taşar MA, Tapçı AE, Baydar A, Dallar YB, Çakır İ. Annelerin doğum sonrası depresyon ve kaygı durumları bebeklerin kilo alımı üzerine etkili mi? Gülhane Tıp Dergisi. 2016; 58: 233-237.

32. Kartal B, Şimşek N. The prevalence of depression during pregnancy and the affecting factors. *J Contemp Med*. 2017; 7(3): 217-224.
33. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr*. 2007; 28: 36–44.
34. Dennis CL, Coghlan M, Vigod S. Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *Journal of Affective Disorders*. 2013; 150(3): 1217-1220.
35. Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS. et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low birth weight infants. *Adv Neonatal Care*. 2015; 15(1): 3–8.
36. Helle N, Barkmann C, Ehrhardt S, Von der Wense A, Nestoriuc Y, Bindt C. Postpartum anxiety and adjustment disorders in parents of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2016;194: 128–134.
37. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*. 2016;198: 142–147.
38. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*. 2018; 51: 24-32.
39. Büyükkayacı Duman N. Postpartum erken taburculuk sonrası evde bakım. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009; 8: 73-82.
40. Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2012; 26 (1): 81-87.
41. Sassa HA, Gaiva MAM, Higarashi IH, Marcon SS. Nursing actions in homecare to extremely low birth weight infant. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27: 492-98.
42. Pazarcıkcı F, Efe E. Preterm bebeklerin taburculuk sonrası evde bakımının sağlanmasında hemşirenin rolü. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg*. 2017; 5(1): 45-52.
43. Balcı S, Yıldız S. Preterm bebeği olan annelere yapılan taburculuk eğitimi ve ev ziyaretlerinin bebeğin büyüme–gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerileri üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2017; 4(3): 212-220.
44. World Health Organization 2012 Born Too Soon: The global action report on preterm birth (İnternet). 2012 (Erişim tarihi 6 Şubat 2018). Erişim adresi: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204borntoosoonpressreleaseeng.pdf>
45. Karabulut AA. Yenidoganda deri fizyolojisi ve topikal ilaç kullanımı. *Turkderm*. 2011; 45: 60.
46. Humphrey E, Erika C. Impact of Microbes on the Intestinal Development of the Preterm Infant. *Mechanisms Underlying Host-Microbiome Interactions in Pathophysiology of Human Diseases*. Boston: Springer MA, 2018.
47. Abraham A, Rejiya CS. Problems of prematurity. *Human fetal growth and development*. Springer, Cham; 2016.
48. Chirico G. Development of the Immune System in Neonates. *J. Arab Neonatal Forum*. 2005; 2: 5-11.

49. Wilson CB, Lizet V, Maldonado YA. Developmental immunology and role of host defenses in fetal and neonatal susceptibility to infection. Remington JS, Klein JO Editörler. Infectious diseases of the fetus and newborn Infant. 8th edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 2016.
50. Afsar FS. Physiological skin conditions of preterm and term neonates. Clinical and experimental dermatology.2010; 35(4): 346-350.
51. Colwell A. To bathe or not to bathe: the neonatal question. Neonatal Network.2015; 34(4): 216.
52. Collins A, Jörn-Hendrik W, James LW. Why are preterm newborns at increased risk of infection? Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition. 2018.
53. Can G, İnce Z. Preterm Yenidoğanlar, intrauterin büyüme geriliği, makrozomi, çoğul gebelikler. Neyzi O, Ertuğrul T. Editörler. Pediatri 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.
54. Balcı S. Transepidermal Sıvı Kayıpları. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics. 2015; 1(2): 6-10.
55. Horgan MJ. Management of the Late Preterm Infant: Not Quite Ready for Prime Time. Pediatric Clinics of North America. 2015; 62(2): 439-451.
56. Verklan MT. The High-Risk Neonate: Part I, An Issue of Critical Care Nursing Clinics. 21-1. Texas: Saunders; 2009.
57. Jain L, Dudell GG. Respiratory transition in infants delivered by cesarean section. Semin Perinatol. 2006; 30: 296-304.
58. Çelik K, Özer EA, Alkan S, İlhan Ö. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen prematüre bebeklerde ait solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2014;57: 8-15.
59. Gökalp G, Bıçlıoğlu Y, Bal A, Zengin N, Gökalp O, Yaprak I. Prematüre bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburculukları sonrasında yeniden hastaneye yatış nedenleri. İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2016; 20 (4): 109-116.
60. McKinney E, James S, Murray S, Nelson K, Ashwill J. Maternal-Child Nursing: Health Promotion for the Infant. Maternal and Child Health, 5th Edition. Philadelphia: Saunders Company; 2018.
61. Dağoğlu T, Görak G. Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri. İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2008.
62. Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S. Pediatrik endokrinoloji. Kayseri: Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları; 2003.
63. Adamkin DH, Polin RA. Imperfect advice: neonatal hypoglycemia. J Pediatr. 2016;176: 195-196.
64. Rozance PJ, Hay WW. Modern management of preterm infants prevents adverse developmental outcomes from hypoglycemia. Pediatrics. 2016; 138(6):2016-2881.
65. Taş Arslan F, Yeniterzi E. Prematüre bebeklerin anne sütü alımı ve ebeveynlerinin görüşleri. Perinatoloji Dergisi. 2013; 21(2): 77-84.
66. Raju TN, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) gestations and for late preterm infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institutes of Health and Human Development. Pediatrics. 2006; 118: 1207-1214.

67. Whyte RK. Safe discharge of the late preterm infant. *Paediatrics & child health*. 2010; 15(10): 655-660.
68. Ünal Ö, Günlemez A. Erken doğan bebeklerin izleminde ortaya çıkan yeme/ beslenme sorunları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2012; 55: 37-41.
69. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, Kotelchuck M, Barfield W, Evans S. et al. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal mortality. *Semin Perinatol*. 2006; 30: 61–68.
70. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfiel W, Weiss J, Evans S. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among “healthy” late preterm newborns. *Semin Perinatol*. 2006; 30: 54–60.
71. Hoban R, Bigger H, Patel AL, Rossman B, Fogg LF, Meier P. Goals for human milk feeding in mothers of very low birth weight infants: how do goals change and are they achieved during the NICU hospitalization?. *Breastfeeding Medicine*. 2015; 10(6): 305-311.
72. Walker M. Conquering Common Breastfeeding Problems. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2008; 22(4): 267-274.
73. Weber J, Kelley JH. *Health Assessment in Nursing: Assessing newborns and infant*. North America: Lippincott Raven Publisher; 2010.
74. Kaynak H. *Uyku Tıbbının Tarihi*. Kaynak H, Ardiç S. Editörler. *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2011.
75. Ustabaş N, Gözen D. Yenidoğan bebeklerin beslenme sonrası yatış pozisyonu ve uyku süresi arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2011;8:21- 27.
76. Kılıçarslan Törüner E, Büyükgönenç L. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Göktuğ Yayınılık; 2012.
77. Platt MJ. Outcomes in preterm infants. *Public health*. 2014; 128: 399 – 403.
78. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 2008; 371: 261–69.
79. Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *N Engl J Med*. 2008; 359:262-273.
80. Mwaniki M, Atieno M, Lawn JE, Newton CRJC. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults:a systematic review. *Lancet*. 2012; 379:554-652.
81. Chyi LJ, Lee HC, Hintz SR, Gould JB, Sutcliffe TL. School outcomes of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. *J Pediatr*. 2008; 153(1): 25-31.
82. Kaijser M, Bonamy AK, Akre O, Cnattingius S, Granath F, Norman M. et al. Perinatal risk factors for ischemic heart disease: disentangling the roles of birth weight and preterm birth. *Circulation*. 2008; 117(3): 405-410.
83. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*. 2004;114:372–376.
84. McLaurin KK, Hall CB, Jackson EA, Owens OV, Mahadevia PJ. Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of life. *Pediatrics*. 2009;123(2):653-659.
85. Atasay B, Okulu E, Mungan Akın İ, Çandır O, Arsan S, Türmen T. Geç Prematüre yenidoğanların erken klinik sonuçları. *Türkiye Çocuk Hast. Derg*.2010; 4(1): 30-33
86. Okulu E, Mungan Akın İ, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun

- bakım ünitesinde izlenen bebeklerin gebelik haftası ve doğum ağırlıklarına göre sağkalım, hastanede yatış süreleri ve rehospitalizasyon oranları. *Türkiye Çocuk Hast. Derg.* 2010; 4(2): 77-83.
87. Arpino C, Compagnone E, Montanaro ML, Cacciatore D, De Luca A, Cerulli A, Di Firolomo S, Curatolo P. Preterm birth and neurodevelopmental outcome: a review. *Childs Nerv Syst.* 2012;26:1139-1149.
 88. Jain S, Cheng J. Emergency department visits and rehospitalizations in late preterm infants. *Clin Perinatol.* 2006;33(4):935-945.
 89. Shapiro GD, Fraser WD, Frasch MG, Séguin JR. Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. *Journal of Perinatal Medicine.* 2013; 41(6):631-645.
 90. Demirchyan A, Petrosyan D, Armenian HK. Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. *Archives of women's mental health.* 2014; 17: 229-237.
 91. Horwitz SM, Leibovitz A, Lilo E, Jo B, Debattista A, John N. et al. Does an intervention to reduce maternal anxiety, depression and trauma also improve mothers' perceptions of their preterm infants' vulnerability?. *Infant Ment. Health J.* 2015; 36: 42–52.
 92. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015; 175: 34-52.
 93. Shaw R, Bernard R, DeBlois T, Ikuta L, Ginzburg K, Koopman C. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics.* 2009; 50(2): 131–137.
 94. Kuo SC, Chen YS, Lin KC, Lee TY, Hsu CH. Evaluating the effects of an Internet education programme on newborn care in Taiwan. *Journal of clinical nursing.* 2009; 18(11):1592-1601.
 95. Hawes K, McGowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B. Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *The Journal of pediatrics.* 2016;179: 61-67.
 96. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, MullerNix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics.* 2006;118: 107–114.
 97. Zelkowitz P, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Hum. Dev.* 2009; 85: 51–58.
 98. Aagaard H, Hall EO Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. *J Pediatr Nurs.* 2008; 23:26–36.
 99. Brett J, Staniszewska S, Newburn M, Jones N, Taylor LA. Systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open.* 2011;1(1):23.
 100. David Semple, Roger Smyth (ed.s) *Oxford Handbook of Psychiatry, Pschiatric Assesment: anxiety Symptoms* p: 54 UK: Oxford University Press 3rd Ed. 2013.
 101. Öner N, LeCompte A. *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı.* 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları;1998.
 102. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal

- predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *J Affect Disord.* 2015;188: 60-67.
103. Dennis CL, Brown HK, Falah-Hassani K, Marini FC, Vigod SN. Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety *Journal of Affective Disorders.* 2017;213:131 – 137.
 104. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Taşçıoğlu Anaç G, Türkmen M. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008;12(1): 31-44.
 105. Ballantyne M, Benzies KM, Trute B. Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013;13(1):11.
 106. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan D. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2007; 17: 126-133.
 107. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2004; 14:252-257.
 108. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2009;29(1):206-214.
 109. Spinelli M, Frigerio A, Montali L, Fasolo M, Spada MS, Mangili G. I still have difficulties feeling like a mother?: The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychology & Health.* 2016;31(2): 184-204.
 110. Escobar GJ, Clark RH, Greene JD. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. *Semin Perinatol.* 2006;30:28–33.
 111. Okumuş N. Prematüre ve sorunlarına genel bakış. Numan O. (Editör). *Hayata Prematüre Başlayanlar.* Ankara: Aysun Yayıncılık; 2012.
 112. Greta L. Lopez, Hoehn Anderson K, Feutchinger J. Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life *Neonatal Netw.* 2012; 31(4): 207–214
 113. Yıldırım F, Manav G. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları, *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010; 32:149-157.
 114. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.
 115. Birol L. Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. İzmir: Etki Yayınları, 2011.
 116. Herdman TH. *Nursing diagnoses 2012-14: Definitions and classification.* UK: John Wiley & Sons; 2011
 117. Craven RF, Hirnle CJ, Jensen S. Hemşirelik esasları; İnsan sağlığı ve fonksiyonları. (N. Uysal ve E. Çakırcalı, Çev). Ankara: Palme yayıncılık; 2015
 118. Berman A, Synder S, Kozier B, Erb G. Koizer& Erb's *Fundamentals of nursing*; 10th Edition. UK; Pearson: 2015.
 119. Potter PA, Kerr JC, Perry AG, Wood MJ, Ochs G, Castaldi PA. *Canadian fundamentals of nursing.* Canada; Mosby Elsevier: 2010
 120. Şendir M, Büyükyılmaz F. Hemşirelik Tanısı. Atabek Aştı T. Karadağ A. editörler. *Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı* s.177-190. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012.

121. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. editors. Nursing interventions classification (NIC) 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2018.
122. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Doctcherman J, Maas M. et. al. NANDA; NIC and NOC Linkages Nursing diagnoses, outcomes, & interventions. 2nd ed. Missouri: Mosby; 2006.
123. Kozier B, Erb G. Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice. 8 th. ed. New jersey: Prentice Hall; 2008.
124. Aksayan S, Emiroğlu ON. Deneyisel araştırmalar. Erefe İ, editör. Hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri. Ankara: Hemarge; 2004.
125. Öncü H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Matser Basım San. ve Tic. Ltd. Şti; 1994
126. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1996.
127. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10 item edinburgh postnatal depression scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-786.
128. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in portuguese mothers. Br. J. Psychiatry. 1996;169:30-35.
129. Berle JØ, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression. validation of the Norwegian version of the edinburgh postnatal depression scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. J.Affect. Disord. 2003;76:151-156.
130. Bunevicius A, Kusminskas L, Bunevicius R. Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Medicina. 2009; 45:544-548.
131. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Spanish mothers. J.Affect. Disord. 2003; 75: 71-76.
132. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS):new results about use and psychometric properties. Eur.Psychiatry. 1998;13:83-89.
133. Hilsentorh MJ, Segal DL. Comprehensive handbook of physicological assesment. Volume 2. Canada: Hersen M-Editor- John Wiley& Sons, Inc. ; 2004
134. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
135. Singh A, Rasiah SV, Ewer AK. The impact of routine predischage pulse oximetry screening in a regional neonatal unit. Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition 2014; 99 F253-F253
136. Narayen IC, Blom NA, Bourgonje MS, Haak MC, Smit M. Posthumus F. et. al. Pulse oximetry screening for critical congenital heart disease after home birth and early discharge. The Journal of Pediatrics, 2016;170:188-192.
137. Kurnaz D. Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler (Master tezi), Aydın: Adnan Menderes

- Üniversitesi; 2014.
138. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey J Turkish-German Gynecol Assoc 2009; 10: 14-20
 139. Teich AS, Barnett J, Bonuck K. Women's perceptions of breastfeeding barriers in early postpartum period: a qualitative analysis nested in two randomized controlled trials. Breastfeed Med. 2014;9(1):9-15.
 140. Başer M, Mucuk S, Korkmaz S, Seviş Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005; 14: 54-58.
 141. Spielman V, Taubman-Ben-Ari O. Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre-and full-term babies. Health & Social Work, 2009;34(3), 201-212.
 142. Yıldız H, Küçükşahin N. Kırsal bölgede annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2011;15(4):159-66.
 143. Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. Annals of epidemiology, 2009; 19(9), 637-643.
 144. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan D. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2007; 17: 126-133.
 145. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.2004; 14:252-257.
 146. Davidson MR, London ML, Ladewing PAW. Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan. 8. ed. New Jersey: Pearson; 2008
 147. Grös DF, Antony MM, Simms LJ, McCabe RE. Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Psychological assessment. 2007;19(4): 369-381.
 148. Welch MG, Halperin MS, Austin J, Stark RI, Hofer MA, Hane AA, Myers MM. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. Archives of Women's Mental Health. 2016;19 (1):51–61.
 149. Canário C, Figueiredo B. Anxiety and depressive symptoms in women and men from early pregnancy to 30 months postpartum. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2017;35(5): 431-449.
 150. Arıkan D, Küçük Alemdar D. Çocuklarda Bez Dermatiti Görülme Sıklığının ve Yapılan Uygulamaların İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(4):409-416.
 151. Stamatas GK, Tierney NK. Diaper dermatitis: etiology, manifestation, prevention and management. Pediatric Dermatology. 2014; 31: 1-7.
 152. Marty O, Visscher RA, Susanna B, Mauricio O. Newborn infant skin: Physiology, development, and care. Clinics in Dermatology. 2015; 33: 271–280.
 153. Padovani MC, Santos MT, Sant' Anna GR, Guaré RO. Prevalence of oral manifestations in soft tissues during early childhood in Brazilian children.

- Braz Oral Res. 2014;28(1):1-7.
154. Al-Rusan RM, Darwazeh AM, Lataifeh IM. The relationship of Candida colonization of the oral and vaginal mucosae of mothers and oral mucosae of their newborns at birth, Oral Medicine. 2017;123(4): 459-463.
 155. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss. Pediatrics. 2003; 112(3): 607-619.
 156. Berk E, İçağasıoğlu D, Büyükkayhan D, Gültekin A, Cevit Ö. anne sütü ile yetersiz beslenen yenidoğanlarda hipernatremik dehidratasyon. Erciyes Tıp Dergisi. 2010;32(1):5-8.
 157. Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. The influence of maternal socioeconomic and emotional factors on infant weight gain and weight faltering (failure to thrive): data from a prospective birth cohort. Arch.Dis. Child, 2006; (91) 312-7. 29.
 158. Grote V, Vik T, von Kries R, ve ark. European Childhood Obesity Trial Study Group. Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. BMC Pediatr, 2010; 10:14
 159. Kural, B., & Gökçay, G. Anne-bebek ikilisinin birlikte uyuması ve anne sütü ile beslenme İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2018; 81(2); 62-66.
 160. Voloschin, L. M., & Tramezzani, J. H. Milk ejection reflex linked to slow wave sleep in nursing rats. Endocrinology, 1979;105(5), 1202-1207.
 161. Kavuncuoğlu S. Yenidoğanın vital bulgularının değerlendirilmesi ve termoregülasyon. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi “Yenidoğan Günleri” Sunum Kitabı. Ankara: 2009.
 162. Sengupta, M., Banerjee, S., Banerjee, P., & Guchhait, P. Outstanding Prevalence of Methicillin Resistant Staphylococcus aureus in Neonatal Omphalitis. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 2016;10(9), DM01.
 163. Gürkan F, Bosnak M, Dikici B, et al. Neonatal tetanus: A continuing challenge in the Southeast of Turkey: Risk factors, clinical features and prognostic factors. Eur J Epidemiol 1999; 15: 171-4.
 164. Fleisher DR. Infant colic. Faure C et al. Editors. Pediatric Neurogastroenterology: Gastrointestinal Motility and Functional Disorders in Children, Clinical Gastroenterology. New York: Springer Science Business Media; 2013.
 165. Talachian E, Bidari A, Rezaie MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. World J Gastroenterol. 2008;14(29): 4662-4666.
 166. Reisinger KW, de Vaan L, Kramer BW, Wolfs TG, van Heurn LE, Derikx, JP. Breast-feeding improves gut maturation compared with formula feeding in preterm babies. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 2014;59(6), 720-724.
 167. Ertürk N. Seyrek dışkılayan bebeklere nadiren tedavi gerekir. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2018; 3: 186-192
 168. Sankaranarayanan VS. Approach to Functional Constipation in infants and children what a primary care pediatrician should know? The Child and Newborn. 2016;20: 1-4.
 169. Ustabaş N, Gözen D. Yenidoğan bebeklerin beslenme sonrası yatış pozisyonu ve uyku süresi arasındaki ilişki. Hemşirelikte Eğitim ve

- Araştırma Dergisi. 2011;8:21- 27.
170. Kaynak H. Uyku Tıbbının Tarihi. Kaynak H, Ardiç S. Editörler. Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2011.
 171. Loewy J, Stewart K, Dassler AM, Telsey A, Homel P. The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*, 2013;131(5); 902-912.
 172. Feldman R, Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Skin-to-Skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. *Developmental psychology*, 2002;38(2), 194.
 173. Curzi-Dascalova L, Peirano P, Morel-Kahn F. Development of sleep states in normal premature and full-term newborns. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 1988: 21(5), 431-444.
 174. Hemati Z, Namnabati M, Taleghani F. Challenges for infants' home care: a qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 2016;4(6), 1885-1894.
 175. Erdem Y, Topuz S, Günes NB 2014 Progress related to maternal and neonatal health in Turkey. *J Neonatal Biol* 2014;3(2);131.
 - 176.

8. EKLER

EK-1. Sosyodemografik Özellikler Soru Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, prematüre bebeği olan annelere taburculuk sonrası yapılan evde izlemin annenin bebeğin bakımında yaşadıkları sorunlar ile depresyon ve kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda ankete verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacaktır. Lütfen sizin için en uygun olan cevabı veriniz.

Katılmayı kabul ediyorum ()

Katılmayı kabul **etmiyorum** ()

Anket No:.....

Tarih:.....

AİLEYE AİT SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.

	Yaş	Eğitim Durumu	Mesleği
ANNE			

2. Yaşanılan Yer:

() İl

() İlçe

() Köy

3. Aile tipi

() Çekirdek

() Parçalanmış

() Geniş

() Diğer.....

4. Birlikte yaşanan kişiler:.....

5. Ortalama gelir düzeyi

() Gelir giderden az

() Gelir gidere eşit

() Gelir giderden fazla

6- Eşi ile akrabalığı

() Yok

() Var

GEBELİK ÖYKÜSÜ

7. Gebelik süresince herhangi bir sorun yaşama durumu

() Hayır

() Evet.....(belirtiniz)

8. Gebelik istenilen/planlı mı? () Evet () Hayır

9. Gebelik süresince düzenli kontrole gitme durumu

() Hayır

() Evet

.....belirtiniz.....sıklıkta.

10. Gebelik süresince bebek bakımı ile ilgili eğitim alma durumu

() Hayır

() Evet.....açıklayınız(kimden, süre, sayısı)

DOĞUM ÖYKÜSÜ

11. Doğum zamanı:.....

12. Doğum şekli

() Vajinal () C/S () Müdahaleli

BEBEĞE AİT ÖZELLİKLER

13. Doğum tarihi:.....

14. Cinsiyeti: () Kız () Erkek

15. Doğum ağırlığı :.....gram.

16. Boyu:.....cm.

17. Baş Çevresi:.....cm.

18. Apgar Skoru: 1. dk.....

19. 5. dk.....

BEBEK BAKIMIYLA İLGİLİ DESTEK VE EĞİTİME İLİŞKİN BİLGİLER

20. Evde bebeğin bakımı konusunda destek alma durumu

() Yok () Var.....belirtiniz

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

**EK-2. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini
Değerlendirme Formu**

Sayın katılımcı,

Aşağıda bebek bakımıyla ilgili belirtilen alanlara ilişkin bilgi ve becerilerin her birinde kendinizi ne kadar yeterli hissettiğinizi belirtiniz (X).

Bakım Alanları		Yeterli	Kısmen Yeterli	Yetersiz
Temel beceriler	Bebeği Kucağına Alma- Tutma			
	Bebeğin taşınması			
	Alt Değiştirme			
	Bebeği giydirme			
Beslenme	Emzirme tekniği (emzirenler için)			
	Meme başı bakımı ve hijyeni (emzirenler için)			
	Anne sütünün özellikleri, saklanması			
	Mama Hazırlama (mama kullananlar için)			
	Biberon Hijyeni (mama kullananlar için)			
	Beslenme Sıklığı			
	Beslenme sırasında bebeğin pozisyonu			
	Gaz ıkarma			
	Kolikte (gaz sancısı) yapılacaklar			
	İdrar ve Dışkının Takibi			
Banyo	Banyo suyunun sıcaklığı			
	Banyo sırasında oda sıcaklığı			
	Banyo sırasında bebeğin tutulması			
Vücut bakımı ve Hijyen	Ağız Bakımı			
	Burun Bakımı			
	Gz Bakımı			
	Kulak Bakımı			
	Cilt Bakımı			
	Pışığın nlenmesi			
	Pışık Bakımı			

	Konak Bakımı			
	Pamukçuk Bakımı			
Giyinme	Uygun Kıyafet Seçimi			
	Kıyafetlerin Temizliği			
	Günlük kıyafet değişimi			
Uyku	Uyku düzeni			
	Yatak, yastık ve yorgan seçimi			
	Uyuma pozisyonu			
Hastalıklardan korunma ve güvenlik	Enfeksiyonlardan Koruma			
	Aşılar			
	Yenidoğan Ekibine Ulaşılması Gereken Durumlar			
	Bebeğin Kontrolleri			
	Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi			
	Vücut Sıcaklığını Ölçme			
	Kazalardan Korunma, Güvenlik Önlemleri			
	Araba koltuğu ve ana kucağı seçim ve kullanımı			
	Oda-ev Düzeni			
Ebeveyn-Bebek İlişkisinin Güçlendirilmesi				
Diğer.....				
Diğer.....				

EK-3. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek o kadar değil
- ☐ Artık kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- ☐ Hayır, hiçbir zaman
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Evet, çoğu zaman

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Hayır, çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- ☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, her zaman ki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hemen hemen hiç
- ☐ Asla

EK-4. Spielberg Durumluk Kaygı Envanteri

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

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

EK-5. Bebeklerin fiziksel değerlendirmelerinde kullanılan alet ve cihazlar



Plusmed pM-BS 01 Elektronik
Bebek Tartısı



Kağıt mezura



Klasik pediatrik çift manşonlu manuel
tansiyon aleti



Çift taraflı pediatrik stetoskop



CMS50M Model parmak tip pulse oksimetre



Omron Gentle Temp 521 Dijital Timpanik Termometre



Tek kullanımlık Omron Gentle Temp Dijital Timpanik Termometre Prob Başlığı

EK-6. Standart Bakım Planı

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI:		BEBEĞİN ADI:	ANNE (X)	BEBEK ()	SAAT:	TARİH:
HEMŞİRELİK TANISI (ve Etiyolojisi)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA	DEĞERLENDİRME		
ETKİSİZ EMZİRME Bebeğin prematüre olması Annenin kaygısı Annenin emzirmeye isteksiz oluşu Eş-aile desteği yetersizliği Annenin epizyotomi-sezeryan yeri ağrısı, yorgun ve uykusuz olması	- Süt miktarının yetersiz olması - Süt miktarının yetersiz algılanması - Bebek memede iken emmede sürekliliğin olmaması - Emzirme sonrası memenin boşalmaması - Emzirme sonrası bebeğin ilk 1 saat içinde ağlaması, huzursuzlanması, diğer rahatlatıcı girişimlere yanıt vermemesi	- Annenin etkili emzidiğini bildirmesi - Annenin emzirmeye istekliliğini bildirmesi - Annenin bağımsız olarak etkili emzirme sergilemesi	- Etkisiz emzirmeye neden olan ilişkili faktörler gözden geçirilecek. - Annenin kaygı-rahatlık durumu ve destek sistemleri değerlendirilecek - Annenin emzirmeye ilişkin bilgi durumu değerlendirilecek. Bebeği tutma pozisyonu, baş-gövde hizası, areolayı kavraması, yutmanın görülmesi ve duyulması gözlenerek, değerlendirilecek. - Doğru emzirme pozisyonu, süresi ve sıklığına ilişkin bilgi verilecek. Bebeğin emzirme zamanında anne ile birlikte doğru teknik gösterilerek uygulaması sağlanacak. - Annenin emzirmeye ilişkin kaygılarına ve "yeteri kadar süt yok" kaygılarına yanıt verilecek. - Gerekliyse göğüs pompası sağlaması konusunda bilgilendirilecek. - Annenin dinlenme gereksinimi vurgulanacak. Annenin kendisine ve bebeğe öncelik koyması konusunda anne cesaretlendirilecek. Bebeğe ve kendisine ait işler ve bakım için refakatçi/yakının desteklemesi konusu görüşülecek. Ziyaretçi kısıtlaması yapması ve bunu en az ilk 4 hafta boyunca sürdürmesi konusunda bilgi verilecek. - Mama ile beslenme yöntemlerini kullanılması durumunda -->biberonla besleme ve süt sağma-saklama eğitimi			
		GÖSTERGELER				
		- Annenin emzirmeyi olumsuz etkileyen ve geliştiren faktörleri tanınması - Doğru emzirme pozisyonu göstermesi - Bebeğin rahat ve doymuş olması				
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH:				SAAT:		

EK-6. Standart Bakım Planı (Devam)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI					
ANNENİN ADI SOYADI:		BEBEĞİN ADI:	ANNE (X)	BEBEK ()	SAAT: TARİH:
HEMŞİRELİK TANISI (ve Etiyolojisi)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA	DEĞERLENDİRME	
BİLGİ EKSİKLİĞİ Bebğin prematüre olması Annenin deneyimsiz olması	- Annenin aşğıdaki bakım alanlarından birinde bilgi ya da beceride bir eksikliği ifade etmesi Alt değıştirme, besleme, giydirme, banyo yaptırma, uyku, vücut bakımı ve hijyen - Annenin bakım alanlarından birine ilişkin bir yanlış anlama ya da yanlış bilgi ifade etmesi - İstendik bir bakım davranışını yanlış sergilemesi	- Annenin her bir bakım alanına ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunu ifade etmesi - Annenin bakım alanına ilişkin istendik davranışı sergilemesi	- Anneye ilgili bakıma ilişkin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanları içeren eğitim verilecek. - Beceri ile ilgili eğitim sonrası anneye uygulama gösterilecek ve ardından onun beceriyi sergilemesi sağlanacak. - Anneyle uygulamaya ilişkin gözlemler paylaşılacak.		
		GÖSTERGELER			
		- Annenin doğru bakım bilgisini söyleyebilmesi - Annenin uygun davranışı- beceriyi sergilemesi		SONUÇ	
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH:				SAAT:	

EK-6. Standart Bakım Planı (Devam)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI:		BEBEĞİN ADI:	ANNE ()	BEBEK (X)	SAAT:	TARİH:
HEMŞİRELİK TANISI (ve Etiyolojisi)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA	DEĞERLENDİRME		
ENFEKSİYON RİSKİ UMBİLİKAL KORD Yenidoğan olma Prematüre olma Enfeksiyona açık bir bölgenin olması		Annenin enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini ve korunmak için gerekli önlemleri açıklaması	- Bebeğin ve umbilikal korda mikroorganizma girişini azaltmak için anneye el yıkama teknikleri ve el yıkama sıklığı öğretilecek. - Umbilikal kord bakımı anneye öğretilecek. - Bebeğin alt bezinin umbilikal kordun ve klembinin altından bağlanmasının nedeni açıklanacak. Alt temizliği esnasında idrar ve gaita ile bulaş olmaması için gereken önlemler öğretilecek. - İlk haftalarda ziyaretçi kısıtlaması yapması konusunda anne cesaretlendirilecek. - Anneye enfeksiyon belirti ve bulguları öğretilecek.			
		GÖSTERGELER				
		- Annenin enfeksiyonun bulaşma yollarını tanımlaması - Annenin el hijyenine ve el yıkama tekniklerine dikkat etmesi - Annenin bebeğin alt bezini umbilikal kordun altından bağlaması, bölgeyi temiz tutması		SONUÇ		
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH:				SAAT:		

EK-6. Standart Bakım Planı (Devam)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI:		BEBEĞİN ADI:	ANNE ()	BEBEK (X)	SAAT:	TARİH:
HEMŞİRELİK TANISI (ve Etiyolojisi)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA		DEĞERLENDİRME	
TRAVMA RİSKİ Yenidoğan olma, tehlikelerin farkında olmama Güvenli olmayan bakım alanı Bakım vericinin deneyimsizliği ve dikkatsizliği		- Bebekte travma gerçekleşmemesi - Annenin gerekli önlemleri alması	- Anneye bebeğin sürekli izlenmesi gerektiği açıklacak. - Bebeği taşıma, giydirme, altını değiştirme, banyo yaptırma vs. durumlarda alınması gereken önlemlerle ilgili bilgi verilecek. Bebeğin banyosu yaptırılırken bebek küveti ve bebeğin banyo esnasında tespitini kolaylaştırıcı yöntemler hakkında bilgi verilecek. - Bazı özel alanlarda ve yerlerde belirli kurallara göre davranılması gerektiği açıklanacak (hayvanların, başka küçük çocukların bulunduğu ortamlar, güneşli açık hava, soğuk vb) - Ev ortamı ve yatak çevresinde güvenlik önlemleri ve çevre düzenlemesi oluşturması için anne ile tartışılarak yapılacaklar listesi oluşturulacak. bebeğin yatağının etrafında yüksekten düşebilecek dekoratif nesneler, yatak üzerinde düşebilecek oyuncakların uzaklaştırılması g,b,. - Annenin bebeği taşıırken aydınlatmanın yeterli olması, zeminlerin kaygan olmaması ve sık kullanılan alanlarda gereksiz eşyanın kaldırılması konusu açıklanacak. - Bebek kucakta iken sıcak bir şeyler yiyip içmenin sakıncaları anlatılacak. - Bebeğin emzirilirken annenin kolaylıkla uykuya dalabileceği yatar pozisyonundan kaçınması gerekliliği anne ile tartışılacak.			
		GÖSTERGELER				
		- Annenin travma riskini arttıran faktörleri tanımlaması - Travmayı önlemeye yönelik güvenlik önlemlerini kullanmaya yönelik isteğini açıklaması			SONUÇ	
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH:			SAAT:			

EK-6. Standart Bakım Planı (Devam)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI:		BEBEĞİN ADI:	ANNE ()	BEBEK (X)	SAAT:	TARİH:
HEMŞİRELİK TANISI (ve Etiyolojisi)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA		DEĞERLENDİRME	
ASPIRASYON RİSKİ Yenidoğan olma Prematüre olma		- Bebekte aspirasyon gerçekleşmemesi -Annenin güvenlik önlemlerini alması	- Yenidoğanlarda aspirasyonun önemi ve risk faktörleri anne ile tartışılacak. - Bebeğin ağız ve burnundaki sekresyonların temizliği, temizlikte kullanılan malzemeler ve temizlik sıklığı anneye öğretilecek. -Anneye biberonla beslemede, biberonu bir şeye dayayarak beslemeye bırakmamak gerektiği ve besleme pozisyonu öğretilecek. - Küçük objeleri yatak içersinde, üzerinde yanında bırakmamak gerektiği anlatılacak ve oda/yatak düzeni ile ilgili bilgi verilecek.. - Bebeğin ulaşabileceği yerlerde plastik torba bırakmaması gerektiği anlatılacak. - Havayoluna cisim kaçması durumunda yapılması gerekenler anlatılacak.			
		GÖSTERGELER				
		- Annenin aspirasyondan koruyucu önlemleri açıklaması - aspirasyon bakımından yüksek riskli besin ve maddeleri sayması			SONUÇ	
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH:			SAAT:			

EK-7. Örnek Bakım Planı

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI: AD		BEBEĞİN ADI:M	ANNE (X)	BEBEK ()	SAAT: 16:10	TARİH: 04.10.2015
HEMŞİRELİK TANISI (ve Etiyolojisi)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA		DEĞERLENDİRME	
ETKİSİZ EMZİRME Bebeğin prematüre olması Annenin kaygısı Annenin emzirmeye isteksiz oluşu Eş-aile desteği yetersizliği Annenin epizyotomi-sezeryan yeri ağrısı, yorgun ve uykusuz olması	- Süt miktarının yetersiz algılanması - Bebek memede sık uyuya kalması, emmede sürekliliğin olmaması - Emzirme sonrası memenin boşalmaması - Emzirme sonrası bebeğin ilk 1 saat içinde ağlaması, huzursuzlanması, diğer rahatlatıcı girişimlere yanıt vermemesi	- Annenin etkili emzidiğini bildirmesi -Annenin emzirmeye istekliliğini bildirmesi - Annenin bağımsız olarak etkili emzirme sergilemesi - Bebeğin sadece anne sütü ile beslenmesi	- Etkisiz emzirmeye neden olan ilişkili gözden geçirilecek - Annenin kaygı-rahatlık durumu ve destek sistemleri değerlendirilecek - Annenin emzirmeye ilişkin bilgi durumu değerlendirilecek. Bebeği tutma pozisyonu, baş-gövde hizası, areolayı kavraması, yutmanın görülmesi ve duyulması gözlenerek, değerlendirilecek. - Doğru emzirme pozisyonu, süresi ve sıklığına ilişkin bilgi verilecek. Bebeğin emzirme zamanında anne ile birlikte doğru teknik gösterilerek uygulaması sağlanacak. - Annenin emzirmeye ilişkin kaygılarına ve"yeteri kadar süt yok" kaygılarına yanıt verilecek. - Annenin dinlenme gereksinimi vurgulanacak. Annenin kendisine ve bebeğe öncelik koyması konusunda anne cesaretlendirilecek. Bebeğe ve kendisine ait işler ve bakım için refakatçi/yakının desteklemesi konusu görüşülecek. Ziyaretçi kısıtlaması yapması ve bunu en az ilk 4 hafta boyunca sürdürmesi konusunda bilgi verilecek.		- Annenin yetersiz süt kaygısı olduğu belirlendi. Buna ilişkin görüşüldü. Anne sütünün miktarına ilişkin kaygısı kalmadığını belirtti. -Emzirme esnasında bebeğin uyuya kalması durumunda annenin bebeğine uyarıcı vererek en az 20 dk emzirmesi sağlandı. -Emzirme sonrası memenin tamamen boşalması gerektiği açıklandı. Annenin buna uyum sağladığı gözlemlendi. -Anneye süt salımını arttıran faktörler aktarıldı. Günlük rutinleri ve bebekle geçirdiği süre de göz önünde bulundurularak istirahatini de içeren plan yapması sağlandı. - Yeterli beslenme ve sıvı alımı sağlanıyor. -Doğru emzirme tekniği anlatıldı, gösterildi. Anne kullanıyor	
		GÖSTERGELER			SONUÇ	
		- Annenin emzirmeyi olumsuz etkileyen ve geliştiren faktörleri tanınması - Doğru emzirme pozisyonu göstermesi - Bebeğin rahat ve doymuş olması			- Anne bağımsız olarak etkili emzirebiliyor. - Anne emzirmeye istekli, etkin emzirdiğini bildiriyor. Artık mamaya ihtiyaç duymuyor - Bebek yalnızca anne sütü ile besleniyor	
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH: 10.10.2015				SAAT:11:45		

EK-7. Örnek Bakım Planı (Devam)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI: AD		BEBEĞİN ADI:M	ANNE (X)	BEBEK ()	SAAT: 11:30	TARİH: 04.10.2015
HEMŞİRELİK TANISI (Etiyo.)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA		DEĞERLENDİRME	
BİLGİ EKSİKLİĞİ (Bebeğin vücut hijyenine ilişkin) Bebeğin prematüre olması Annenin deneyimsiz olması	- Annenin bebeğin banyosu, burun, ağız, göz temizliğine ilişkin bilgi ve beceride eksikliği olduğunu ifade etmesi	- Annenin bebeğin bakımına ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunu ifade etmesi - Annenin bebeğin bakımında istedik davranışı sergilemesi	- Annenin her bir bakım becerisine ilişkin bilgisi ve yeteneği değerlendirilecek. - Anneye her bir bakım becerisine ilişkin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanları içeren eğitim verilecek. - Beceri ile ilgili eğitim sonrası anneye uygulama gösterilecek ve ardından onun beceriyi sergilemesi sağlanacak. - Annenin bakımda kendine güvenini ve karar vermesi geliştirilecek: Birlikte bakım verilirken anneye seçeneklerin birlikte değerlendirilmesi, anneye doğru yaptığı beceriler için olumlu geribildirim verilmesi gibi. - Anneyle uygulamaya ilişkin gözlemler paylaşılacak.		Anneye bebek banyosuna ve banyo öncesi hazırlığa ilişkin bilgi verildi. Bebeğin ilk banyosu anne ile birlikte yapıldı. Banyonun ve odanın ısısı anne tarafından doğru bir şekilde ayarlandı (10.10.2015). Banyo sonrası annenin doğru tekniklerle bebeğin burun, ağız, göz temizliğini yaptığı gözlemlendi Anne her aşamda kararlara dahil edildi.. Annenin, güvenli ve doğru bir şekilde bakım becerilerini öğrendiği gözlemlendi	
		GÖSTERGELER			SONUÇ	
		- Annenin gerekli bakım bilgisini söyleyebilmesi - Annenin gerekli bakım davranışı- becerisini ve tekniklerini sergileyebilmesi			- Anne bebeğin bakımına ilişkin doğru bilgi ve becerileri biliyor ve sergiliyor.	
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH: 21.10.2015				SAAT:11:00		

EK-7. Örnek Bakım Planı (Devam)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI: AD		BEBEĞİN ADI:M	ANNE ()	BEBEK (X)	SAAT:16:10	TARİH:10.10.2015
HEMŞİRELİK TANISI (Etiyo.)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA		DEĞERLENDİRME	
ENFEKSİYON RİSKİ UMBİLİKAL KORD Yenidoğan olma Prematüre olma Enfeksiyona açık bir bölgenin olması		Annenin enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini ve korunmak için gerekli önlemleri açıklaması ve gerekli önlemleri uygulaması	- Bebeğe ve umbilikal korda mikroorganizma girişini azaltmak için anneye el yıkama teknikleri ve el yıkama sıklığı öğretilecek. - Umbilikal kord bakımı anneye öğretilecek. -Umbilikal kordun temizliğinde su ve pH.sı ciltle uyumlu bir sabun kullanılmasının ve kuru ve temiz tutulmasının önemi, banyo, giydirme ve kucağa alma gibi durumlarda dikkat edilmesi gereken noktalar anlatılacak. - Bebeğin alt bezinin umbilikal kordun ve klembinin altından bağlanmasının nedeni açıklanacak. - Alt temizliği esnasında idrar ve gaita ile bulaş olmaması için gereken önlemler öğretilecek. - İlk haftalarda ziyaretçi kısıtlaması yapması konusunda anne cesaretlendirilecek. - Anneye enfeksiyon belirti ve bulguları öğretilecek.		- Anne umbilikal kordun normal düşme zamanı, enfeksiyon bulaşma yollarını ve enfeksiyon belirti ve bulgularını biliyor. - Annenin alt değiştirme öncesi ve sonrası doğru teknikle el yıkadığı gözlemlendi. Bunu her seferinde yaptığını ifade etti. - Bezi umbilikal kordun üzerine gelmeyecek şekilde bağlamayı öğrendi, uyguluyor. -Bölge temizliğine dikkat ediyor	
		Umbilikal kordta enfeksiyon bulgularının gözlenmemesi			SONUÇ	
		GÖSTERGELER			- Bebeğin umbilikal kordu 8. günde sorunsuz bir şekilde düştü. Kord çevresi sağlıklı görünüyor. Enfeksiyon gelişmedi	
		- Annenin enfeksiyonun bulaşma yollarını tanımlaması - Annenin el hijyenine ve el yıkama tekniklerine dikkat etmesi - Annenin bebeğin alt bezini umbilikal kordun altından bağlaması, bölgeyi temiz tutması				
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH: 17.10.2015				SAAT:11:10		

EK-7. Örnek Bakım Planı (Devam)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI: AD		BEBEĞİN ADI:M	ANNE ()	BEBEK (X)	SAAT:16:10	TARİH:04
HEMŞİRELİK TANISI (Etiy)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA	DEĞERLENDİRME		
TRAVMA RİSKİ Yenidoğan olma, tehlikelerin farkında olmama Güvenli olmayan bakım alanı Annenin deneyimsizliği ve dikkatsizliği	Annenin bebeği taşıma, tutma, giydirmeye ilişkin bilgi ve beceride eksikliği olduğunu ifade etmesi - Annenin bebeği güvensiz taşınması -Alt değiştirirken bebeği çekyat üzerinde yalnız bırakarak bebekten uzaklaşması - Bebeğin yatağının içerisinde çok fazla battaniye, yorgan, yastık bulunması	- Annenin bebeğin güvenliğine ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunu ifade etmesi - Annenin bebeğin bakımında istendik güvenli davranışı sergilemesi	- Anneye bebeğin sürekli izlenmesi gerektiği açıklanacak. - Bebeği taşıma, giydirme, altını değiştirme, banyo yaptırma vs. durumlarda alınması gereken önlemlerle ilgili bilgi verilecek. Bebeğin banyosu yaptırılırken bebek küveti ve bebeğin banyo esnasında tespitini kolaylaştırıcı yöntemler hakkında bilgi verilecek. - Bazı özel alanlarda ve yerlerde belirli kurallara göre davranılması gerektiği açıklanacak (hayvanların, başka küçük çocukların bulunduğu ortamlar, güneşli açık hava, soğuk vb) - Ev ortamı ve yatak çevresinde güvenlik önlemleri ve çevre düzenlemesi oluşturması için anne ile tartışılarak yapılacaklar listesi oluşturulacak. bebeğin yatağının etrafında yüksekte düşebilecek dekoratif nesneler, yatak üzerinde düşebilecek oyuncakların uzaklaştırılması gibi.	-Bebeğin odası, yatağı ve ev düzenlemesi yapıldı. Yatağın içerisindeki çok sayıda üstüste konmuş yorgan, yatak kenarlarında hava akımını engellediklerini düşündükleri örtüler, yatağın üzerindeki dönence çıkarıldı. Anne bebeğin alt değişimi ve banyo öncesinde tüm malzemeleri hazır ederek bebeği yalnız bırakmıyor. Annenin, bebeği başından ve belinden destekleyerek, güvenli bir şekilde kucağına alma ve taşımayı öğrendiği gözlemlendi		
		GÖSTERGELER	- Annenin bebeği taşıırken aydınlatmanın yeterli olması, zeminlerin kaygan olmaması ve sık kullanılan alanlarda gereksiz eşyanın kaldırılması konusu açıklanacak. - Bebek kucakta iken sıcak bir şeyler yiyip içmenin sakıncaları anlatılacak. - Bebeğin emzirilirken annenin kolaylıkla uykuya dalabileceği yatar pozisyonundan kaçınması gerekliliği anne ile tartışılacak.			
		BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH:			SAAT:	

EK-7. Örnek Bakım Planı (Devam)

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI						
ANNENİN ADI SOYADI:		BEBEĞİN ADI:	ANNE ()	BEBEK (X)	SAAT:	TARİH:
HEMŞİRELİK TANISI (ve Etiyolojisi)	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	AMAÇ	PLANLAMA	DEĞERLENDİRME		
ASPIRASYON RİSKİ Yenidoğan olma Prematüre olma		- Bebekte aspirasyon gerçekleşmemesi -Annenin güvenlik önlemlerini alması	- Yenidoğanlarda aspirasyonun önemi ve risk faktörleri anne ile tartışılacak. - Bebeğin ağız ve burnundaki sekresyonların temizliği, temizlikte kullanılan malzemeler ve temizlik sıklığı anneye öğretilecek. - Aspirasyon bakımından yüksek riskli besin ve maddeler öğretilecek. - Küçük objeleri yatak içerisinde, üzerinde yanında bırakmamak gerektiği anlatılacak ve oda/yatak düzeni ile ilgili bilgi verilecek. - Bebeğin ulaşabileceği yerlerde plastik torba bırakmaması gerektiği anlatılacak. - Havayoluna cisim kaçması durumunda yapılması gerekenler anlatılacak.	- Anne bebeği ağız ve burun temizliğini doğru olarak ve ihtiyaç duydukça yapıyor. -Yatağın içerisindeki çok sayıda üstüste konmuş yorgan, yatak kenarlarında hava akımını engellediklerini düşündükleri örtüler, yatağın üzerindeki dönence çıkarıldı. -Anne il riskli durumlar değerlendirilerek çevresel önlemler alındı.		
		GÖSTERGELER		SONUÇ		
		- Annenin aspirasyondan koruyucu önlemleri açıklaması - Aspirasyon bakımından yüksek riskli besin ve maddeleri sayması		Anne gerekli önlemleri aldı. Bebekte aspirasyon görülmedi.		
BAKIM PLANININ SONLANDIRILDIĞI TARİH: 17.10.2015				SAAT:12:00		

EK-8. Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 612

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 27.05.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/11
Proje No : GO 15/71 (Değerlendirme Tarihi: 04.02.2015)
Karar No : GO 15/71 - 05

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof.Dr.Hicran ÇAVUŞOĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu Uzm.Hemş.Nebahat Bora GÜNEŞ'in tezi olan, GO 15/71 kayıt numaralı ve "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşadıkları Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Nurtan Akarsu (Başkan) | 9. Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Büken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yılmaz Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sekmençiler (Üye) | 13. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayraktı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüseyin Turnagöl (Üye) | |

EK-9. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı : 07/05/2015-E.12603



T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 42243482-302.14.03-
Konu : Doktora Öğrencisi Nebahat BORA
GÜNEŞ'in Tezi Hk.

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Dairesi Başkanlığı)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doktora öğrencisi Nebahat BORA GÜNEŞ'in "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşadıkları Sorunların Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" konulu tezinin uygulaması Fakültemiz Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünden taburcu olan anneler ile Çocuğu Yenidoğan Bölümünde yatan annelere anket yoluyla 01 Nisan 2015-01 Haziran 2016 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dallarında yapılması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Osman GÜLER
Dekan

07.05.2015
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Osman Güler
06.10.2015

İzmitli: 5070 nolu Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
İzmitli: 5070 nolu Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İzmitli: 5070 nolu Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
İzmitli: 5070 nolu Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-10. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

Gönderen: **Levent Küey** <levent@kuey.org>

Tarih: 2 Mayıs 2015 15:29

Konu: Re: Edinburg DDÖ Hk.

Alıcı: Nebahat bora güneş <nebahatqunes@gmail.com>

Merhaba,

İlginiz için teşekkür ederim.

Tabii ki, kullanabilirsiniz.

Ekte size ilgili makaleyi ve ölçeği gönderiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Sevgiler,

Levent Küey,

Associate Professor of Psychiatry, Istanbul Bilgi University, Istanbul, Turkey

European Psychiatric Association Board Member (2015-2019)

World Psychiatric Association past Secretary General (2009-2014)

EK-11. Bilgilendirilmiş Onam Formları

Bilgilendirilmiş Onam Formu (Araştırma grubu)

Araştırmamanın adı: Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşanan Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

Araştırmacının adı: Nebahat BORA GÜNEŞ

Adresi: Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yerleşkesi Arpalık Çukuru Merkez Kırıkkale

E-mail adresi: nebahatgunes@gmail.com

Telefonu: 0505 386 55 58

Sayın anne,

Uzm. Hemşire Nebahat Bora Güneş “Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşanan Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi” başlıklı bilimsel bir araştırma çalışması yürütmektedir. Bu çalışmanın amacı prematüre bebeği olan annelerin evde izleminin bebeğin bakımında yaşadıkları sorunlara, kaygı ve depresyon düzeylerine etkisini çalışmaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size verilen anket formlarını dolduracaksınız. Taburculuğunuzdan sonraki birinci, ikinci, üçüncü haftalarda ve 40-42 gün arasında olmak üzere 4 kez evde izleminiz yapılacaktır. Her izlemde, bebeğin bakımında karşılaştığınız güçlükler ve bebeğin sağlık durumu değerlendirilerek size bu doğrultuda hemşirelik bakımı uygulanacaktır. Son izlemde anket formlarını tekrar dolduracaksınız.

Bu araştırma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esas tutulmaktadır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Katıldığınız takdirde çalışmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir sebep göstermeden onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Araştırma projesi hakkında ek bilgi almak istediğiniz takdirde lütfen araştırmacı ile temasa geçiniz.

Ben,..... (katılımcının adı), yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma imkanı buldum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bununla ilgili bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana bilgi verildi. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Formun bir örneğini aldım / almak istemiyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....
.....

Araştırmacının
Adı-Soyadı:.....
....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....



Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol grubu)

Araştırmamanın adı: Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşanan Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

Araştırmacının adı: Nebahat BORA GÜNEŞ

Adresi: Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yerleşkesi Arpalık Çukuru Merkez Kırıkkale

E-mail adresi: nebahatgunes@gmail.com

Telefonu: 0505 386 55 58

Sayın anne,

Uzm. Hemşire Nebahat Bora Güneş “Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşanan Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi” başlıklı bilimsel bir araştırma çalışması yürütmektedir. Bu çalışmanın amacı prematüre bebeği olan annelerin evde izleminin bebeğin bakımında yaşadıkları sorunlara, kaygı ve depresyon düzeylerine etkisini çalışmaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size verilen anket formlarını dolduracaksınız. Taburculuğunuzdan sonra 40-42 gün arasında evde izleminiz yapılacak, anket formlarını tekrar dolduracaksınız ve varsa bebek bakımına ilişkin sorularınız cevaplanacaktır.

Bu araştırma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esas tutulmaktadır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Katıldığınız takdirde çalışmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir sebep göstermeden onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Araştırma projesi hakkında ek bilgi almak istediğiniz takdirde lütfen araştırmacı ile temasa geçiniz.

Ben,..... (katılımcının adı), yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma imkanı buldum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bununla ilgili bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana bilgi verildi. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Formun bir örneğini aldım / almak istemiyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....



EK-12. Orijinallik Ekran Çıktısı

Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşanan Sorunlara, Kaygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

ORIJINALLIK RAPORU

% 10	% 9	% 4	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Bogazici University Öğrenci Ödevi	% 1
2	www.ait.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
3	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
4	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
5	dergi.nigde.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	Submitted to Kirikkale University Öğrenci Ödevi	<% 1
7	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.bogazici.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

EK-13. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin **Turnitin**'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Nebahat Bora Güneş
Ödev başlığı: Prematüre Bebeği Olan Annelerin E...
Gönderi Başlığı: Prematüre Bebeği Olan Annelerin E...
Dosya adı: Tez_orjinallik_raporu.doc
Dosya boyutu: 18.26M
Sayfa sayısı: 117
Kelime sayısı: 24,142
Karakter sayısı: 167,326
Gönderim Tarihi: 30-Kas-2018 02:04 PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1047762094



9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Nebahat Bora Güneş

Doğum yeri ve tarihi: İstanbul 03.03.1982

Uyruğu: T. C.

İletişim adresi ve telefonu: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Sıhhiye Yerleşkesi D Blok 1. Kat. No: 33-35 Altındağ Ankara
0505 386 5558

II- Eğitimi:

Yükseklisans Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı-2010-2012

Lisans Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu-2001-2006

Lise Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi 1996-2001

III- Mesleki Deneyimi

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Araştırma Görevlisi 2016-Halen

Kırıkkale Üniversitesi Sağ. Bil. Fakültesi Araştırma Görevlisi 2012-2016

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Eğitim Hemşiresi 2010-2012

Endomer Pediatrik Endokrinoloji Merkezi Diyabet Hemşiresi 2007-2010

Lösante Çocuk Hematoloji Hastanesi Hemşire 2005-2007

IV- Bilimsel Faaliyetleri

Yayınları: (ulusal/uluslararası makale)

- Kalyoncu Zeynep Begüm, Pars Hatice, Bora Güneş Nebahat, Karabulut Erdem, Aslan Dilek (2014). A Systematic Review of Nutrition Based Practices in Prevention of Hypertension Among Healthy Youth. The Turkish Journal of Pediatrics, 56(4), 335-346.
- Erdem Yurdagül, Topuz Şenay, Bora Güneş Nebahat (2014). Progress Related to Maternal and Neonatal Health in Turkey. Journal of Neonatal Biology, 3(02), 2-6.
- Kılıçarslan Törüner Ebru, Akgün Çıtak Ebru, Bora Güneş Nebahat (2013). Exploring Communication Difficulties in Pediatric Hematology Oncology Nurses. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14(9), 5477-5482.,
- Akgün Çıtak Ebru, Kılıçarslan Törüner Ebru, Bora Güneş Nebahat (2013). Determining Communication Skills and Empowerment Perceptions of Pediatric Oncology Nurses. Journal of European Cancer, 49(2), 390-391.
- Bora Güneş Nebahat, Kılıçarslan Törüner Ebru (2014). Çocuklar İçin Braden Q Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(1).
- Çavuşoğlu Hicran, Bora Güneş Nebahat, Pars Hatice (2015). Blood Products and Safe Blood Transfusion Review. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing, 7(1), 49-57.
- Erdem Yurdagül, Bora Güneş Nebahat. Çocuklarda Palyatif Bakım Hemşireliği. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics 2015;1(3):98-102

Aldığı burslar/ödülleri

- Gülnar Emel, Özveren Hüsna, Bora Günes Nebahat The effect of palliative care lesson towards the students' attitudes of death. 26th World Nursing Education Conference, Best Poster Award

Projeleri

- Kırıkkale de 6 ay 1 yas arası bebeğe sahip annelere ağız diş hijyen eğitiminin ve antibakteriyel uygulamaların bebekteki tükürük mutans seviyesi ve çürük oluşumu üzerindeki etkisinin belirlenmesi, Yükseköğretim Kurumları tarafından destekli bilimsel araştırma projesi, Araştırmacı, 13/06/2012 - 31/12/2016
- Hemşirelik Beceri Laboratuvarının Geliştirilmesi, Yükseköğretim Kurumları tarafından destekli bilimsel araştırma projesi, Araştırmacı, , 02/09/2013 - 01/06/2016

