



**KOCAELİ SAĞLIK
VE TEKNOLOJİ
ÜNİVERSİTESİ**
2009

**KOCAELİ SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE BEBEĞİ
OLAN ANNELERİN AİLE GÜÇLENDİRME DURUMLARININ VE
HEMŞİRELERİN DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Handan KAYA

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

KOCAELİ 2022

ONAY SAYFASI

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annelerin Aile Güçlendirme Durumlarının ve Hemşirelerin Deneyimlerinin Belirlenmesi: Karma Yöntem Çalışması

Handan KAYA

Danışman: Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

Bu tez çalışması 17.06.2022 tarihinde jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı “Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Ayla ERGİN

(Kocaeli Üniversitesi;

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü)

Üye:

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

(Kocaeli Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü)

Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Suna UYSAL YALÇIN

(Kocaeli Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi;

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü)

Bu tez, Kocaeli Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Sınav Yönergesinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

29.06.2022

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Kocaeli Sağlık ve Teknoloji 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 metinleri 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 / Kocaeli Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi 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 6 ay ertelenmiştir. (2)
- ☐ Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. (3)

17.06.22

Handan KAYA

¹“*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 imkânı 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 iş birliği 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 gizlilik 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.

İşbu belge ile tezimde yer alan tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu beyan ederim. Ayrıca, kurallar gereği bu çalışmada özgün olmayan tüm materyal ve sonuçlar için ilgili kaynakların verildiğini beyan ederim.

Ad, Soyad: Handan KAYA

İmza:

ÖZ

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN AİLE GÜÇLENDİRME DURUMLARININ VE HEMŞİRELERİN DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ

KAYA, Handan

Yüksek Lisans, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

Kocaeli 2022, 115 sayfa

Bu çalışma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin aile güçlendirme durumlarının ve hemşirelerin bu konudaki deneyimlerinin değerlendirilmesi amacıyla nicel ve nitel yöntemleri içeren kesitsel tipte, fenomenolojik olgu bilim deseniyle yapılan tanımlayıcı karma yöntem (mixed method) çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmaya, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesinde bebeği olan 104 anne ve ünite çalışan 20 hemşire dâhil edilmiştir. Araştırmanın nicel verilerinin toplanmasında Anne Bebek Tanıtıcı Soru Formu ve Aile Güçlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın nitel verilerinin toplanmasında, Nitel Görüşme Formunda yer alan sorular bir gözlemci eşliğinde sorulmuş ve yapılan görüşmelerin ses kaydı alınmıştır. Araştırmada nicel verileri, IBM SPSS V23 programında, Shapiro-Wilk, Kolmogorov Smirnov, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman Rho testi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın nitel verilerinin analizi, MAXQDA yazılımı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada istatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Araştırmada aile güçlendirme ortanca değeri 145 olarak pozitif yönde ve ölçeğin çalışmadaki Cronbach's Alpha değeri 0,908 olarak belirlenmiştir. Araştırmada Aile Güçlendirme Ölçeği puanı ile Aile Hakkında alt ölçek boyutu, Çocuğa Verilen Sağlık Hizmeti Hakkında alt ölçek boyutu ve Topluma

Katılım Hakkında alt ölçek boyutu arasında yüksek şiddette pozitif ilişki bulunmuştur. Araştırmanın nitel sonuçlarına göre hemşirelerin aile güçlendirme yaklaşımı hakkında bilgili oldukları; aile güçlendirme kavramını; temel bakım eğitimi, süt sağımı ve emzirme eğitimi, psikolojik destek sağlama, anne bebek arasındaki bağlanmayı artırma şeklinde tanımladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin bir kısmı personel sayısının yetersizliği, Covid-19 pandemisi ve mülteci anneler ile ortaya çıkan dil bariyeri nedeniyle sorunlar yaşadığını belirtmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Güçlendirme, Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireleri, Aile Güçlendirme de Hemşire Deneyimi, Prematüre Bebek Anneleri, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi.



ABSTRACT

DETERMINATION OF THE FAMILY EMPOWERMENT STATUS OF MOTHERS WITH PREMATURE BABIES IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT AND THE EXPERIENCES OF NURSES

KAYA, Handan

Master, Obstetrics and Gynecology Nursing Program

Thesis Advisor: Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

Kocaeli 2022, 115 pages

This study has been designed as a descriptive mixed method study with a phenomenological case science pattern with cross-sectional analysis containing quantitative and qualitative methods in order to evaluate the family empowerment status of mothers with premature babies in the neonatal intensive care unit and the experiences of nurses in this regard. One hundred and four mothers whose infants had been admitted to the Neonatal Intensive Care unit at the Etlik Zübeyde Hanım Gynecology Training and Research Hospital and 20 nurses working at this unit were included in the study. For the collection of the quantitative data, the mother-baby descriptive questionnaire and the Family Empowerment Scale were used. The qualitative data were collected through the questions in the qualitative interview questionnaire in the presence of an observer and the interviews were audio recorded. For the purposes of the study, the quantitative data were analyzed using the Shapiro-Wilk, Kolmogorov Smirnov, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman Rho tests in the IBM SPSS V23 software. The analysis of the qualitative data was performed using the MAXQDA software. The statistical significance was set at a level of $p < 0.05$. The median value of family empowerment was determined as 145 and positive, and the Cronbach's Alpha value of the scale was determined as 0.908. A high degree of positive correlation was found between the “Family Empowerment Scale”

score and the “About Family” subscale, as well as the “Health Services Provided to the Child” subscale, and the “Participation in the Society” subscale. According to the qualitative results of the study, it was observed that the nurses were knowledgeable about the family empowerment approach, defined the concept of family empowerment as basic care training, providing breast milk pumping and breastfeeding training and psychological support in order to increase the bond between the mother and the infant. Some of the nurses stated that they had problems due to understaffing, the Covid-19 pandemic and the language barrier that emerged with refugee mothers.

Keywords: Family Empowerment, Neonatal Intensive Care Unit Nurses, Nurse Experience in Family Empowerment, Mothers of Premature Babies, Neonatal Intensive Care Unit.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitim sürecimin tüm aşamasında yanımda olan, beni güçlendiren, bana yol gösteren öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer tez danışmanın ve liderim Prof. Dr. Füsun Terzioğlu'na,

Çalışmama katılan tüm yenidoğan yoğun bakım ünitesi prematüre bebek annelerine,

Çalışmama katılan tüm yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerine teşekkür ederim.

Son olarak her zaman yanımda olan sevgili aileme teşekkür ederim.

Handan KAYA

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
SEMBOL/KISALTMA LİSTESİ	xiv
BÖLÜM	
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Yenidoğan Dönemi ve Özellikleri.....	6
2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	6
2.3. Prematüre Doğum.....	7
2.4. Prematüre Doğum Nedenleri.....	8
2.5. Prematüre Sınıflandırması.....	9
2.6. Prematüre Bebeklerde Sık Görülen Sağlık Problemleri.....	9
2.6.1. Nekrotizan Enterekolit	9
2.6.2. Hiperbilirubinemi	10
2.6.3. Solunum Sorunları.....	10
2.6.4. Nörolojik Sorunlar.....	11
2.6.5. Respiratuar Sinsityal Virüs.....	12
2.7. Prematüre Bebek Sahibi Olmanın Ebeveynlere Etkisi.....	12
2.8. Aile Güçlendirme Kavramı	14

2.9. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Güçlendirme Yaklaşımının Faydaları.....	15
2.10. Aile Güçlendirme Yaklaşımının Halk Sağlığına Yararları	16
2.11. Aile Güçlendirme Yaklaşımının Hemşire Açısından Yararları	17
2.12. Aile Güçlendirme Sürecinde Sağlık Profesyonellerinin Rol ve Sorumlulukları.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.3.1. Nitel (Qualitative) Bölüm Evren ve Örneklemi	21
3.3.2. Nicel (Quantitative) Bölüm Evren ve Örneklemi.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1. Aydınlatılmış Onam Formu	24
3.4.2. Anne Bebek Tanıtıcı Soru Formu	24
3.4.3. Aile Güçlendirme Ölçeği (Ek-3)	25
3.4.4. Tez Nitel Kısım Görüşme Soruları.....	25
3.4.5. Ses Kayıt Cihazı	26
3.5. Araştırmanın Uygulanması.....	26
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	28
3.6.1. Nicel Verilerin Analizi	28
3.6.2. Nitel Verilerin Analizi.....	28
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR	33
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
4.2. Aile Güçlendirme Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular	35
4.3. Annelerin Bebekleri ile İlgili Duyguları ve Bazı Değişkenlere Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortancaları	42

4.4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri.....	46
4.5. Hemşireler ile Yapılan Nitel Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular	46
4.5.1. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Bilgiler	46
4.5.2. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Tutumlar	51
4.5.2.1. Aile Güçlendirilmesi Yaklaşımına Yönelik Tutumlar: Aileler Neden Güçlendirilmeli?	51
4.5.2.2. Yenidoğan ve Ailelerine Sunulan Hizmetlere Yönelik Tutumlar.....	53
4.5.2.3. Aile Güçlendirilmesindeki Öncelikli Alanlar	54
4.5.3. Ailelerin Güçlendirilmesine Yönelik Uygulamalar	57
4.5.3.1. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Deneyimler	58
4.5.3.2. Covid-19 Sürecinde Ailelerin Güçlendirilmesi	60
4.5.3.3. Ailelerin Talepleri ve Uygulanan Aile Güçlendirme Yöntemleri	63
4.5.3.4. Uygulamada Karşılaşılan Engeller, Zorluklar ve Zorlukların Bertaraf Edilmesi İçin Geliştirilen için Stratejiler	65
4.5.4. Aile Güçlendirme ve Toplum Sağlığı	68
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
6.1. Sonuç	82
6.2. Öneriler.....	82
KAYNAKÇA.....	84
EKLER.....	104
EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu	104
EK-2. Anne- Bebek Tanıtıcı Formu	105
EK-3. Aile Güçlendirme Ölçeği	107
EK-4. Nitel Kısım Görüşme Soruları	109
EK-5. Tez Önerisi Onay Formu	110
EK-6. Etik Kurul Onay Formu	111

EK-7. Etik Kurul Yazışmaları	113
ÖZGEÇMİŞ	115



TABLO LİSTESİ

TABLolar

Tablo 3.1. Kod Matrisi	30
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
Tablo 4.2. Aile Güçlendirme Ölçeği Puan Ortancaları ve Alt Boyut Puan Dağılımı	35
Tablo 4.3. Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancalarına İlişkin Bulgular	36
Tablo 4.4. Annelerin Bazı Gebelik Öykülerine Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancalarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.5. Bebeklerin Bazı Özelliklerine Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancalarına İlişkin Bulgular	40
Tablo 4.6. Annelerin Bebeklerinin Hastaneye Yatışları ve Bakımları Sırasında Yaşadıkları Duyguların Dağılımı.....	42
Tablo 4.7. Bebeklerde Gelişen Komplikasyonlara Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancaları	43
Tablo 4.8. Annelerin Bebeklerin Bakımına Katılma Sıklığı ile Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 4.9. Bebeğinin Bakımına Katılırken Annelerin Duygularının Özelliğine Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancaları.....	45
Tablo 4.10. Bebeğinin Bakımına Katılırken Annelerin Olumlu ve Olumsuz Duygularına Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancaları.....	45
Tablo 4.11. Hemşirelerin Demografik Özellikleri	46

ŞEKİL LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Nitel Analizde İzlenilen Aşamalar.....	28
Şekil 4.1. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Bilgiler	47
Şekil 4.2. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Tutumlar	51
Şekil 4.3. Yenidoğan ve Ailelerine Sunulan Hizmetlere Yönelik Tutumlar.....	53
Şekil 4.4. Aile Güçlendirilmesinde Öncelikli Alanlar	55
Şekil 4.5. Aile Güçlendirmesinin Toplum Sağlığına Etkileri	69

SEMBOL/KISALTMA LİSTESİ

AGÖ	Aile Güçlendirme Ölçeği
CBAP	Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı
COPE	Creating Opportunities for Parent Empowerment (Ebeveynleri Güçlendirmek için Fırsatlar Oluşturma Programı)
CPR	Kardiyopulmoner Resüsitasyon
LC PUFA	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
NEK	Nekrotizan Enterokolit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği)
RSV	Respiratuar Sinsityal Virus
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UN IGME	The United Nations Inter-agency Group for Child Estimation (Birleşmiş Milletler Kuruluşlar Arası Çocuk Ölümleri Tahmin Grubu)
UNDESA	The United Nations Department of Economic and Social Affairs (Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Bölümü)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşamın doğal bir parçası olan gebelik; normal fizyolojik bir süreçtir ve genellikle 40 hafta ya da 280 gün sürmesi normal kabul edilmektedir. Ancak gebeliklerin 37. gebelik haftasından önce gerçekleşmesi ile meydana gelen prematüre doğumlar önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır [1-8]. Her yıl yaklaşık 15 milyon prematüre bebek doğmaktadır [7,9] ve 4 milyon bebeğin neonatal döneminde yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir [10]. Ülkemizde bebek ölümlerinin nedenleri arasında neonatal nedenler %44,4 oranıyla ilk sırada yer almaktadır ve neonatal ölüm nedenlerinin %80'i prematürelilik ile ilişkili durumlardır [11].

Prematüre doğumlarda ortaya çıkan sorunlar, bebeklerin prematürite derecelerine göre değişiklik göstermektedir. Gebelik haftası, 32 haftanın altı ileri prematüre, 32-33 hafta arası orta derece prematüre ve 34-36 hafta geç prematüre olarak sınıflandırılmaktadır [12]. Prematürelilik ile ilişkili olarak bebeklerde; solunum sıkıntısı, apne, intraventriküler hemoraji, nekrotizan enterekolit, hipoglisemi, sepsis, sarılık, ısı düzensizlikleri, retinopati, duyma kaybı, serebralpalsi gibi komplikasyonlar sıklıkla görülmektedir [12,13,14,15,16]. Bu komplikasyonlara bağlı bebek ölüm oranları, prematürelilik derecesi ile ters orantılıdır [13,14,15,17,18].

Aynı zamanda erken doğumlar küresel bir sağlık sorunudur, teknolojik ve bilimsel gelişmeler ile prematüre bebekler iyi hale gelse de aileler ekonomik yük ve ruhsal problemler yaşamaktadır [6,9,19-21]. Bu süreçten sadece aileler değil iş verenler, sigortacılar gibi birçok toplum üyeleri de etkilenmektedir [22]. Ayrıca ailelerde gelişen ruh sağlığı problemleri ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinin maliyetleri ile ülke ekonomisi de olumsuz etkilenmektedir [23,24]. Ekonomik problemlerin yanı sıra prematüre bebeklerin ilerleyen dönemde kronik hastalıklara yakalanma riskinin fazla olması ile toplum sağlığı da olumsuz yönde etkilenmektedir ve prematüre doğan kadın

cinsiyetlerin ileriki dönemlerde prematüre bebeğe sahip olma ihtimalinin yüksek olması nedeniyle nesiller arasında kısır bir döngü meydana gelmektedir [25].

Gelişen bu komplikasyonlar nedeniyle pek çok bebeğin yaşamı sonlanmaktadır. Bebek ölüm hızı toplumun refah seviyesini ve gelişmişlik seviyesini gösteren bir faktördür [26,27]. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği (OECD) ülkeleri arasında; Türkiye binde dokuz bebek ölüm hızı ile Kolombiya (bin canlı doğum başına 17,3) ve Meksika'dan (bin canlı doğum başına 13,1) sonra üçüncü sırada gelmektedir [28].

Prematüre bebeklerin hayatta kalabilmeleri için yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yatırılarak bakım sağlanması gerekmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yatış süresi bebeğin gelişim ve tıbbi durumuna göre birkaç günden birkaç aya değişebilen bir süreçtir ve bu süreç hem bebek hem de aileler için zorlu bir deneyimdir [14,15,29]. Bu süreç, prematüre bebekte dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, motor problemler, düşük IQ seviyesi gibi gelişimsel bozukluklara da yol açarak gelecekteki yeteneklerini de etkilemektedir, [6,30].

Ebeveynler açısından prematüre doğumlar ise hazırlıksız karşılaşılan bir durum olması nedeniyle travma nedenidir [31,32].

Prematüre ve prematüreye bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle yoğun bakım ünitelerine kabul edilen bebeklerin annelerinde, annelik rolünde aksaklıklar, postpartum sürecin getirdiği fizyolojik ve psikolojik değişimlere uyum sağlama zorlukları ve bebeğini kaybetme korkusu görülmektedir [33,34].

Postpartum süreçte anneler; hem bebeğinin bakımını sağlamaya çalışmakta hem de bebeğinin hastalanmasıyla aşırı stres, yorgunluk, anne bebek bağlanmasında gecikme ya da bağlanama gibi problemlerin yanında depresyon, anksiyete, suçluluk duygusu, korku, çaresizlik ve özgüven yetersizliği yaşamaktadır [16,31,35-37].

Ayrıca, hastanedeki uygulamalar, yenidoğan yoğun bakım ünitesinin teknik ortamı, kimyasal kokular, yoğun bakım ekipmanlarının gürültülü sesleri, test sonuçları ve tedavi sürecine ilişkin yetersiz bilgiler annelerde stresi artıran diğer nedenler arasında yer almaktadır [30,38]. Ebeveynlerin stres düzeyinin artması, ebeveyn-bebek ilişkisini ve

anne-baba ilişkisini de olumsuz etkilemektedir. Anneler babalara göre, daha çok stres yaşamakta ve bebekleri belli yaşa geldiğinde bile psikolojik tepkileri devam edebilmektedir [14,39]. Annelerde devam eden stres bebeklerde ilerleyen dönemde kırılgan çocuk sendromu ve buna bağlı ciddi davranış sorunlarına neden olmaktadır [14,39].

Bu süreçte annelerde görülen bir başka komplikasyon ise postpartum depresyondur [39]. Sağlıklı bebeklerin annelerine göre yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan annelerin postpartum depresyon riski daha yüksektir [40]. Bu nedenle ebeveynlerin bakımın denetimine katılması, desteklenmesi ve güçlendirilmesi son derece önemlidir [31,41].

Bu nedenle prematüre bebeği olan annelerin ve ailelerin güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

‘Güçlendirme’ kavramı insanları, organizasyonları ve çevreleri etkileme yeteneği veren kişinin yaşamı üzerinde kontrol sahibi olmasını sağlayan güç duygusudur ve amaca ulaşmayı sağlayan tutum veya eylemdir [41,42].

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bu tür kriz durumlarında ebeveynlerin güçlendirilmesinin önemini vurgulamakta ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde de bu konunun önemine dikkat çekmektedir [43,44].

Ailelerin güçlendirilmesi yaklaşımı, temeli pozitif ortamda etkili ve güvenli iletişime dayanan aileleri stresli dönemlerde destekleyen, koruyan, fiziksel ve duygusal acının azaltılmasında aile bireylerinin yanında bulunan, baş etme yöntemlerinin bulunması konusunda yol gösteren ve aile işlevselliğini artıran bir yaklaşımdır [43,45].

Ailelere bebeklerinin sağlık durumları hakkında açıklama yapılması, bebeğin bakımı konusunda ailelerin teşvik edilmesi, duygusal destek sağlanması gibi güçlendirici hemşirelik müdahaleleri ailenin bakıma katılımını, bilgi ve becerilerini, bebeğin iyilik halini, ebeveyn- bebek bağlanmasını arttırırken stresi, kaygıyı ve depresyonu azaltıp baş etme becerisi sağlar [9,14,45-48].

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşireler aile güçlendirme yaklaşımı ile prematüre bebekler ve aileleri arasındaki bağların artırılmasında ve aileleri bebeklerine bakım verme konusunda cesaretlendirmede bakımın merkezinde yer alarak çok önemli bir sorumluluk üstlenir. Yenidogan yoğun bakım ünitesinde hemşireler; aile güçlendirilmesi konusunda bilgi ve beceri kazanarak ailelerin taburculuk sürecine uyum ve öz güven kazanmalarında kilit sağlık personeli olarak yer alırlar [46,47,49].

Buna karşın, hemşireler aileleri güçlendirme sürecinde, örgütsel destek yokluğu (iş verenler tarafından ekonomik ihtiyaçlarının karşılanmaması vb.), yoğun iş temposu, yetersiz personel ve ekipman, dil engeline bağlı oluşan aile ile iletişim kopukluğu, yönetsel sorunlar gibi nedenlerden dolayı zorluk yaşamaktadır [49-51]. Ayrıca, hemşireler yoğun bakım ünitesinin gürültülü olması, kriz durumları, acil karar verme sorumluluğu, empati yapma ve duygusal yaklaşım gibi rollerine bağlı duygusal travma, stres ve yorgunluk da yaşayabilmektedir [49-51]. Bu nedenle, prematüre bebeklere ve ailesine bakım sağlama sürecinde sorumlu olan hemşirelerin deneyimlerinin değerlendirilmesi de önem taşımaktadır.

Yoğun bakım ünitesinde görev yapmakta olan hemşireler ve ebeler; sağlık için bir koşul kabul edilen güçlendirme yaklaşımını hasta ve ailesine ve dolayısıyla topluma uygulayabilecek öncü kişilerdir. Bu nedenle bu yüksek lisans tezinde yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin aileleri güçlendirme yaklaşımlarını, bilgilerini ve Covid-19 sürecindeki engellere karşı çözüm stratejilerinin araştırılmıştır. Ayrıca, bu araştırma sonuçları; hemşirelere ebeveynleri güçlendirme sürecinde yol gösterici olacaktır.

Literatür incelendiğinde, ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği bulunan annelerin aile güçlendirme puanlarını ve hemşirelerin deneyimlerini değerlendirmeye yönelik başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu da yüksek lisans tez çalışmasının özgün yönünü oluşturmaktadır. Prematüre bebeklerin sağlık sonuçları, bebek ölüm oranları, postpartum dönemde olan ve zor süreç geçiren annelerin durumları, yenidoğan yoğun bakım maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda çalışmanın hemşirelik mesleğine, anne-bebek sağlığına, toplum sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin aile güçlendirme durumlarının ve hemşirelerin bu konudaki deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Nicel Araştırma Soruları

1. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin aile güçlendirme puanları nedir?
2. Annelerin bazı sosyo-demografik ve gebelik özelliklerine göre aile güçlendirme puan ortancaları ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark var mıdır?
3. Annelerin bebeklerinin hastaneye yatışı ve bakımları sırasında yaşadıkları duygular nelerdir?
4. Annelerin duygularına ve bakıma katılmalarına göre aile güçlendirme puan ortancaları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak fark var mıdır?
5. Bebeklerin bazı özellikleri ve komplikasyon durumlarına göre aile güçlendirme puan ortancaları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak fark var mıdır?

Nitel Araştırma Soruları

1. Hemşireler aile güçlendirme yaklaşımı hakkında neler biliyor?
2. Hemşirelerin ailelerin güçlendirilmesine karşı bakış açısı nedir?
3. Hemşireler ailelerin bakım sürecine eşlik etmesi gerektiğini düşünüyor mu?
4. Hemşirelerin aile güçlendirilmesine yönelik deneyimleri nelerdir?
5. Hemşireler Covid-19 sürecinde deneyimlerinde bir fark yaşadılar mı?
6. Hemşireler yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hangi engellerle karşılaşılıyorlar ve bu engellere nasıl çözüm üretiyorlar?
7. Hemşirelerin engellere karşı stratejileri nelerdir?
8. Hemşireler Covid-19 sürecinde annelerin stresini azaltmak için herhangi bir yöntem uyguladı mı?

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Yenidoğan Dönemi ve Özellikleri

Yenidoğan dönemi, doğumun gerçekleşmesinden itibaren ilk 28 günlük süreç olarak tanımlanmaktadır ve her yıl 3,6 milyon bebeğin yaşamını, yenidoğan ölümlerinin üç ana nedeni olan; enfeksiyon, erken doğuma bağlı gelişen komplikasyonlar ve asfiksi gibi durumlar nedeniyle kaybettiği tahmin edilmektedir [52,53].

Bebek ve çocuk ölümleri tahminleri; UNICEF, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Bölümü (UNDESA) gibi kuruluşlar tarafından oluşturulan Birleşmiş Milletler Kuruluşlar Arası Çocuk Ölümleri Tahmini Grubu (UN IGME) tarafından yapılmaktadır. UN IGME tarafından hazırlanan rapora göre; 2017 ve 2030 yılları arasında 60 milyon çocuğun beş yaşına gelmeden hayatını kaybedeceği ve bu çocukların %50'lik kısmını yenidoğanların oluşturacağının tahmin edildiği bildirilmiştir [54].

Ülkemizde ise 2019 TÜİK verilerine göre bebeklerin %63,6'sının bir ayını tamamlayamadan yaşamını yitirdiği bildirilmiştir [55].

2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi; tıbbi bakıma ihtiyaç duyan term ve preterm bebeklere, yaşam desteği, sürekli hemşirelik bakımı sağlanan ve tedavi uygulanan birimdir [56,57].

Bu birimlere genellikle anomalileri ve hastalıkları olan yenidoğanlar ve prematüre bebeklerin neredeyse %90'ı fizyolojilerinin ve hayati belirtilerinin stabilitesinin korunabilmesi amacıyla kabul edilmektedir [58].

Çalışmalar yenidoğan yoğun bakım ünitesinin varlığının erken doğmuş, ciddi tıbbi sorunları olan, yüksek riskli bebeklerin sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir. Bu

nedenle yenidoğan sağığı açısından yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin varlığının önemi ortaya çıkmaktadır [59,60].

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin varlığına ek olarak doğumhaneye yakınlığı, emzirme desteğine uygun ortam varlığı, aile uyum odaları ve güvenlik gibi organizasyonlar ünitelerin olmazsa olmaz kriterleridir [61].

Ayrıca yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin tasarımları ülkelere göre değişkenlik göstermektedir [57].

Amerikan Pediatri Akademisi, yenidoğanlar için 4 bakım seviyesi belirlemiştir. Seviye I ünite de sağılıklı yenidoğanlara, Seviye II ünite de kritik olmayan hastalığa sahip olan ve desteğe ihtiyacı olan yenidoğanlara, Seviye III ve IV ünite de kritik hastalığı olan ve yüksek derecede desteğe ihtiyacı olan yenidoğanlara bakım sağlanmaktadır [62].

Türkiye’de ise benzer şekilde yenidoğan yoğun bakım üniteleri yenidoğanların sağık durumlarına ve kilolarına göre Sağık Bakanlığı tarafından 4 seviyede sınıflandırmıştır [63].

Sağık bakanlığının sınıflandırmasına göre: birinci seviye ünitelerine 2500 gr ağırlık üzerinde olan vücut ısısını koruyamayan ve beslenme güçlüğü gibi sorunları olan bebekler, ikinci seviye ünitelere 1500 gr-2500 gr arası 24 saatten fazla oksijen desteğı gereken, hiperbilirubinemi ve hipoglisemi gibi sorunları olan bebekler, üçüncü seviye ünitelere 1500 gr altında olan minör cerrahi geçiren ve organ işlev bozukluğu gibi sorunları olan bebekler, dördüncü seviye ünitelere kilosu önemsiz olmakla birlikte majör cerrahi uygulanan ve entübasyon ile ventilasyon sağlanan bebekler kabul edilmektedir [63].

2.3. Prematüre Doğum

Prematüre doğum annenin son adet tarihin ilk gününden itibaren, 259 güne ulaşmadan gerçekleşen veya 37. gebelik haftasından önce gerçekleşen doğumdur ve her yıl dünya çapında yaklaşık 15 milyon prematüre doğum meydana gelmektedir [64-67].

Gerçekleşen bu doğumlar yaşamın ilk ayındaki ölümlerin %75'inden ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin büyük bir kısmından sorumlu olması nedeniyle küresel bir sağlık problemidir [11].

Benzer şekilde Türkiye'de bebek ölüm oranları yaşamın ilk ayında %17,4 oranında görülmektedir ve bu ölüm oranlarından %80 oranında prematürelilik ile ilişkili komplikasyonlar sorumludur [11].

Prematüre bebeklerde görülen komplikasyonlar ise solunum sıkıntısı, hiperbilirubinemi, nekrotizan enterokolit, çoklu organ disfonksiyonu, sepsis, intraventriküler hemoraji, hipotermi, hipoglisemi, respiratuar sinsityal virüs, asfiksi vb. şeklindedir [67-73].

Prematüre bebeklerin bakımındaki son gelişmeler ile komplikasyonlar azaltılıp sağ kalımlar artırılrsa da bebeklerin çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde tıbbi engeller, öğrenme güçlükleri, davranış ve psikolojik sorunlar görülmektedir bu nedenle prematüre bebekler sağlık sisteminde özel grup olarak yer almaktadır [64,74].

2.4. Prematüre Doğum Nedenleri

Bir gebeliğin belirli süreye ulaşmadan gerçekleşmesi erken doğum olarak tanımlanmaktadır ve düşük riskli gebelik geçiren sağlıklı kadınlarda bile erken doğum beklenebilmektedir [75].

Erken doğum risk faktörleri arasında preeklampsi, eklampsi, intrauterin gelişim geriliği, fetal distres, fetüsün anormal prezentasyonu, adolesan ve ileri yaş gebelikler, preterm doğum öyküsü, nulliparite, depresyon, aşırı kilolu ya da zayıf olmak, demir-folat-çinko-D vitamini konsantrasyonlarının düşük olması, gebelikte sigara ve uyuşturucu kullanımı yer almaktadır [75-82].

Ayrıca gestasyonel diyabet, polikistik over sendromu, sistemik lupus eritematozus gibi hastalıklar erken doğumla ilişkili olarak gebeliği karmaşık hale getirmektedir [75].

Ek olarak gebelik sırasında gerçekleşen enfeksiyonlar (HIV, bakteriyel vajinoz, chlamidya, trachomatis, koryoamniyonit, sistit, sıtma, frengi), kısa serviks, servikal

introepitelyal neoplazi, plasenta dekolmanı, plasenta previa, uterin anomaliler, polihidroamniyos, leiomyom gibi plasental, uterin veya fetal durumlarda erken doğum ile ilişkilidir [75,77,83-93].

2.5. Prematüre Sınıflandırması

Erken doğumların büyük çoğunluğu 34-37 hafta arasında, %1,92'si 32 haftadan kısa sürede, %0,73'ü tüm doğumlardan 28 hafta önce gerçekleşmektedir [66].

Prematüre bebeklerin morbidite ve mortalite riskinin araştırılması ve sağlık politikalarının oluşturulması amacıyla prematüreliliğin sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır [65,67].

Bu sınıflandırmalar ise; ileri preterm 32 haftadan önce, orta preterm 32-34 hafta arası, geç preterm 34-36 hafta arası doğan bebekler şeklinde sınıflandırılmaktadır [66,94].

2.6. Prematüre Bebeklerde Sık Görülen Sağlık Problemleri

2.6.1. Nekrotizan Enterekolit

Prematüre bebeklerin bağırsak mikrobiyotası enfeksiyon gelişimine daha elverişli olduğu için nekrotizan enterekolit (NEK) bu bebeklerde sıklıkla görülmektedir ve morbidite ve mortalite riski yüksek olan gastrointestinal sistem komplikasyonlarını beraberinde getirmektedir [68,95].

Nekrotizan enterekolit nedenleri arasında ise mama ile besleme, perinatal asfiksi, umbilikal kateter uygulaması, polisitemi, patent duktus arteriozus, hipotermi, anemi, patolojik bakteri kolonizasyonu (Escherichia Coli, Klebsiella, Enterobakter, Pseudomonas Aeruginosa vb.) gibi faktörler yer almaktadır [95,96].

Ayrıca nekrotizan enterokolit preterm bebeklerde safralı kusma, abdominal distansiyon, dışkıda kan, gastrikrezidü, apne, hipotansiyon ve ölüme neden olmaktadır [95,96].

Nekrotizan enterokolite karşı korumada ise bağırsak mikrobiyotasının şekillenmesi amacıyla anne sütü ile besleme önemli yer almaktadır [68,97].

Anne sütünün NEK üzerindeki olumlu etkisinin yanı sıra anne sütü bileşeni olan yağ asitleri (LC-PUFA) nörojenizde önemli rol oynamakta ve bebeğin bilişsel ve görsel gelişimini desteklemektedir [68].

2.6.2. Hiperbilirubinemi

Fetal eritrositlerin hemolizi ile ortaya çıkan hem ve bilirubin plazmada albumine bağlanarak taşınırlar. Albumine bağlanma aşaması bebeğin term ve preterm olmasıyla yakından ilişkilidir. İndirekt bilirubin hepatik dolaşıma geldiğinde albuminden ayrılıp hepatosit içerisine taşınmaktadır ve üridil difosfat glukuronil transferaz enzimi ile konjuge edilerek suda çözünen bilirubin formuna dönüştürülmektedir. Konjuge bilirubin yenidoğanın bağırsağında ve anne sütünde de bulunan beta glukuronidaz enzimi ile unkonjuge hale gelir ve enterohepatik dolaşıma katılır. Bağırsak epitelindeki konjuge bilirubin bakteriler tarafından geri emilemeyen sterkobiline dönüştürülür [98].

Prematüre bebekler daha kısa eritrosit ömrü, yüksek eritrosit volümü, glukuronil transferaz enzim aktivitesi azlığı, bağırsaklarda bakteri kolonizasyonunun gerçekleşmemesi, beslenme yetersizliğine bağlı azalmış bağırsak motilitesi gibi nedenlerden dolayı bilirubinemiye daha yatkındır [67,94,98].

Ayrıca 20 mg/dl bilirubin seviyesi ciddi hiperbilirubinemidir ve serbest albümine bağlanmamış bilirubinin beyin dokusuna serbestçe geçebilmesi nedeniyle ensefalopati, kernikterus gibi komplikasyonlara neden olmaktadır [99,100].

2.6.3. Solunum Sorunları

Alveoler akciğer gelişimi doğum sonrası döneme kadar devam eden bir süreçtir ve akciğer gelişim aşamaları; embriyonik, psödoglandüler (8-17 hafta), kanaliküler (16-23 hafta), sakküler (23-32 hafta) ve alveolar evrelerden oluşmaktadır. Prematüre bebeklerde gelişen inflamasyon, hiperoksi, volutravma, mekanik ventilasyondan kaynaklanan barotravma ve prematüreliliğin komplikasyonları ile pulmoner gelişim kesintiye uğrar ve bebeklikten yetişkinliğe kadar uzayan kronik akciğer hastalığı

meydana gelir. Bronkopulmoner displazi olarak adlandırılan kronik akciğer hastalığı, kanaliküler aşamasında pulmoner vaskülarizasyon ve distal pulmoner dolaşımının aktif gelişimi ileri preterm bebeğin gebelik yaşına çok yakın süre olan 20. haftada akciğer kılcak damarlarının ortaya çıkmasıyla yakından ilişkilidir [64,101].

Bu nedenle akciğeri olgunlaşmamış prematüre bebeklerde bronkopulmoner displazinin yanı sıra respiratuvar distres sendromu, apne, pulmoner hipertansiyon, pnömotoraks, çocukluk döneminde astım gibi komplikasyonlar daha sık görülmektedir ve bu bebekler CBAP (sürekli pozitif hava yolu basıncı), mekanik ventilatör ile sağlanan oksijen tedavisine ihtiyaç duymaktadır [64,101].

Ayrıca CBAP gibi tedaviler doğru ve nazik kullanılmadığında bebekte geri dönüşü olmayan pulmoner hasarlara neden olur ve alveol büyüme ve gelişmesini durdurur. Bu pulmoner hasarlar daha nazik ventilatör stratejileri, erken doğum riski olan annelerde doğum öncesi dönemde steroid kullanımı ve prematüre bebeklerde doğum sonrası sürfaktan kullanımı ile önlenebilmektedir [64,101].

2.6.4. Nörolojik Sorunlar

Beyin gelişimi akciğer gelişimine benzer şekilde gebelik yaşı ile yakından ilişkilidir [64]. Gebeliğin 30. haftasında beyin tam ağırlığının yarısına, 40. haftada ise beklenen hacmin %35-40'ına ulaşır. Gebeliğin son 16 haftasında periventriküler ağ, uzun ve kısa penetran damarların büyüme ve gelişmesiyle anastomozlar oluşur ve genişler. Gebeliğin ortasında beyaz cevhere giden kan akışı kortekse gidenin %25'i kadardır. İleri prematüre bebeklerde serebral kan akımı pasif olmasına bağlı beyaz cevher hasarı gelişmektedir [64].

Hassas grup olan prematürelerin çocukluk ve sonraki dönemlerde mental retardasyon, sensorinöral işitme kaybı, görme bozukluğu, post hemorajik hidrosefali, öğrenme güçlüğü, otizm, hiperaktivite, serebralpalsi, vestibüler denge ve işitme problemi, depresyon ve anksiyete görülmektedir [102,103].

Beyin fonksiyonlarının korunabilmesi için hiperoksi ve hipokapniden kaçınılmalı, stabil kan basıncı korunmalı, normotermi sürdürülmeli ve hipoglisemiden kaçınılmalıdır [64].

2.6.5. Respiratuar Sinsityal Virüs

RSV (respiratuar sinsityal virüs) prematüre bebeklerde şiddetli görülen solunum sıkıntısı, hırıltılı solunum, burun akıntısı, apne gibi komplikasyonlara neden olan solunum yolu enfeksiyonudur ve preterm bebeklerde term bebeklere göre 3-5 kat daha fazla görülmektedir. Pediatrik yoğun bakıma yatışların %55'inden sorumludur ve bu yatışların %30'unu prematüre bebekler oluşturmaktadır [69,104].

Komplikasyonlara yatkın olan ve yüksek risk grubunda bulunan prematüre bebeklere yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde palivizumab (DNA teknolojisi ile üretilen monoklonal bir antikor) tedavisi verilmektedir [69].

2.7. Prematüre Bebek Sahibi Olmanın Ebeveynlere Etkisi

Her ebeveyn sağlıklı bir bebeğe sahip olmayı hayal eder ancak gelişen erken doğum ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabuller anne ve babaların hazırlıksız oldukları, ani ve kafa karıştırıcı durumlar olması nedeniyle hayal kırıklığına yol açmaktadır [105-108].

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki ilerlemeler mortalite oranlarında azalmalar sağlasa da ebeveyn bebek ayrılığına beraberinde ebeveyn rollerinde aksaklıklara neden olmaktadır [106].

Ebeveyn rollerinin etkilenmesinin nedenleri arasında; ebeveynlerin bebekleri ile ayrı kalmak zorunda olmaları ve etkileşim fırsatlarının kısıtlı olması, bebeğin görünümü ve davranışı, yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki teknolojik cihazlar, bebeğin hayatta kalma belirsizliği, yoğun bakım ortamının stresi, hasta bebeğe uyum sağlayamamak, tıbbi bilgi ihtiyacı ve bunlara bağlı gelişen stres yer almaktadır [107,109-111].

Ayrıca taburculuk, mutluluk verici ve rahatlatıcı durum olmasına rağmen anneler tarafından güven verici olarak kabul edilen hastane ortamından çıkış özel bakım

gerektiren ve tıbbi ihtiyacı olan bir bebeğe ilk kez tek başına bakım sağlayacak olmasından dolayı travmatik deneyimlerin devam etmesine neden olmaktadır [108,111,112].

Devam eden stres ve ebeveyn rollerindeki aksaklıklar nedeniyle annelerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gibi sorunlar oluşmaktadır. Gelişen bu sorunlara bağlı annelerin bebekleri üzerindeki duyarlılıkları azalmaktadır ve bebeğinin gelişimi olumsuz etkilenmektedir [108,109].

Ayrıca bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bulunan annelerde sıklıkla üzüntü, korku, öfke, suçluluk, inkâr duyguları yaşanır ve bu duygular ebeveyn-bebek ilişkisini kısır bir döngü içine alarak bağlanma problemlerinin temelini oluşturur [106-109].

Anne ve bebek arasında gelişen bağlanma ise gebeliğin 2. ve 3. trimesterinde başlayan doğum sonrası döneme kadar devam eden bir süreçtir. Bu süreçte erken doğuma bağlı gelişen annelik rolünün etkilenmesi bebeği ile temas kuramama gibi durumlar güvensiz bağlanma riskini oluşturur ve buna bağlı olarak anne bebeğini emziremez. Bu sürecin getirdiği uykusuzluk gibi etkiler nedeniyle hormonal dengenin bozulmasına bağlı olarak anne sütü miktarında azalmalar yaşanır ve bebeğin büyüme gelişme süreci negatif yönde etkilenir [106,113].

Anne bebek arasındaki bağlanmayı bozan nedenler arasında annenin evde bakım sağladığı başka çocuklarının olması ve hastaneye ulaşımın zor olması gibi durumları da yer almaktadır [108].

Sonuç olarak, prematüre bebeğe sahip olan annelere baş etme yöntemlerinin öğretmek, desteklemek, bakım becerilerini geliştirmede yardımcı olmak, bebeği ile temas kurmasını sağlamak, duygularını ifade etmeleri ve yardım istemeleri hususunda teşvik etmek annelerin hem bu süreci sağlıklı geçirmelerini hem de yoğun bakım ünitelerinde kalış süresinin kısılmasını ve yeniden yatışlarının azalmasını sağlayacaktır [107,108,111].

2.8. Aile Güçlendirme Kavramı

Güçlendirme kavramı 18. yüzyıla kadar dayanan bir kavram olmakla birlikte Türk dilinde güçlü duruma getirmek ve güç kazanmasını sağlamak anlamına gelmektedir [114,115].

Güçlendirme kavramının literatürdeki tanımı ise bireysel ve toplumsal amaçlara yönelik hedefler belirlemek bu hedeflere ulaşmak için kişilerin yetkinlikleri ve etkinliklerini oluşturmak, artırmak, geliştirmek amacıyla uygun araçları, kaynakları, ortamı sağlamak ve kişilerin yaşamı üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmasını sağlamak şeklindedir [116,117,118].

Aynı zamanda güçlendirme; kişisel olarak (öz yeterlilik), kişiler arası (diğer insanları etkileme yeteneği), politik olarak (sosyal eylem ve değişim) anlamlarına da gelmektedir [117,118].

Hemşirelik literatüründe ise, hastaların hemşirelerle ortak yürüttüğü güçlendirme süreci; hastaların sağlığı geliştirici davranış değişiklikleri yapmalarına yardımcı olmak amacıyla etkili müdahaleler kullanarak danışmanlık sağlanan sağlıklı yaşam motivasyonu ile davranış değişikliğinin başlatılması olarak tanımlanmaktadır [115,119].

Hastaların merkezde olduğu güçlendirme yaklaşımı paternalizmden daha eşitlikçi ve işbirlikçi sağlık hizmeti sunum modellerine geçişin bir parçasıdır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir koşul olarak belirlenmiş olup, Avrupa Birliği gibi birçok kuruluş tarafından desteklenmektedir [120,121].

Bu nedenle güçlendirme programları çeşitli popülasyonlarda geniş çapta uygulanmaktadır ve beraberinde kişilerin yaşama sevincinde, yaşam kalitesinde, içsel gücün ortaya çıkmasında ve karar verme becerilerinde artış sağladığı görülmektedir [122-124].

Güçlendirme programlarının uygulandığı çalışmalarda; güçlendirme programının nikotin bağımlılığını azalttığı, fenilketonürlü çocukların annelerinin bakım yükünü

azalttığı, otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar ve ailelerinde stres ve kaygı seviyelerinde olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir [121,125,126].

2.9. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Güçlendirme Yaklaşımının

Faydaları

Aileler çocuklarının tedavi sürecinde bakım kalitesini iyileştiren yenidoğan sağlığı açısından da kilit noktada yer alan yetkilendirilecek ortaklardır ve bakıma katılımının sağlanması, bilgi ve becerilerinin artırılması için ebeveyn desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir [41,127-129].

Aile güçlendirme yaklaşımı ebeveynlerde; refah, öz yeterlilik ve çocuklarının tedavilerinde doğru seçimler yapma yeteneklerinde artış sağlamaktadır [41].

Güçlendirilen aileler bakıma daha çok katılır, sağlık bakım becerisine olan inançları artar ve çocuk bakımında uzmanlık kazanırlar. Güçlendirilen aileler bilgi kaynaklarına ulaşmada istekli olup toplum hizmetleri hakkında daha çok bilgiye erişirler ve diğer ailelere hikâyeleri ile umut olup dayanışma ortamı oluştururlar [130-137].

Ayrıca güçlendirilen aileler sağlık profesyonelleri ile ortak ve gerçekçi kararlar alırlar böylece bakım planlarında aksaklıklar yaşanmaz, anneler bebeklerine evde bakım sağlama konusunda uyumlu olurlar, aileler daha savunucu olur ve sağlık hizmeti hususunda çocuğuna karşı gerçekleşen ayrımcılık durumlarında çocuklarını savunur ve yetersiz sağlık hizmeti durumlarında eyleme geçerler [127,138-141].

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan aileleri güçlendirme aşamasında ise 2001 yılında pediatri ve psikiyatri profesörü Bernadette Melynk tarafından tasarlanan COPE programı (Creating Opportunities for Parent Empowerment Program- Ebeveynleri Güçlendirmek için Fırsatlar Oluşturma Programı) karşımıza çıkmaktadır. Bernadette Melynk tasarladığı bu program ile ebeveynlerin prematüre bebekleri hakkında bilgi, fikir ve ebeveynlik rollerini geliştirmeyi, bakıma katılım önündeki ve ebeveyn bebek arasındaki etkileşim engellerini kaldırmayı amaçlamaktadır [6,9,142].

COPE programı bebeğin yatışı ile başlayıp taburculuktan 1 hafta sonrasına kadar devam eden 4 evreden oluşmaktadır. COPE programında prematüre bebeğin özellikleri, term bebek ile prematüre bebek arasındaki farklar, yenidoğan yoğun bakım ünitesinin tanıtımı, bebeğin büyüme ve gelişimi, bebeğin davranış belirtileri ve ebeveyn rolleri hakkında bilgiler verilerek annelerin bakıma katılımı sağlanır [142-144].

Yapılan çalışmalarda, COPE programı uygulanan yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği bulunan annelerde anne bebek bağlanmasının [145], anne bebek etkileşiminin [146], bakıma katılım aşamasında hazır olun [147], bakıma katılımın [142], öz yeterliliğin [148-149], başa çıkma stratejilerinin kullanımında ve diğer aileleri güçlendirme aşamasında artış [150] sağladığı görülmektedir.

Ayrıca aile güçlendirme programının yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği bulunan annelerde stres, kaygı ve depresyon seviyelerini azalttığı [142,143,146,149-151], prematüre bebeklerde daha fazla kilo alımını sağladığı [6] ve yatış süresini kısalttığı [6,29] da çalışma sonuçları arasındadır.

2.10. Aile Güçlendirme Yaklaşımının Halk Sağlığına Yararları

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi aşamasında Ottawa sözleşmesinde 5 öncelikli eylem belirtilmiştir [152-154];

- Sağlık temelli halk politikası oluşturulması,
- Sağlığı destekleyici ortamların oluşturulması,
- Sağlık ve topluluk hareketinin güçlendirilmesi,
- Kişisel becerilerin gelişiminin sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi.

Güçlendirme yaklaşımı ise sağlığın teşvik edilmesinin ve geliştirilmesinin temelini oluşturmaktadır [152].

Aile güçlendirme yaklaşımı sayesinde bilinçli, yetenekli ve güçlü ebeveynler artar, aile işleyişi iyileşir, aileler sağlık kalitesinin iyileşmesini sağlar ve gereksiz sağlık hizmeti

kullanım maliyeti azalır [155]. Bu sonuçlar, aile güçlendirme yaklaşımının toplum sağlığı üzerinde pozitif etkilerinin olduğunu göstermektedir.

2.11. Aile Güçlendirme Yaklaşımının Hemşire Açısından Yararları

Aile güçlendirme sadece bebek ve anneler için değil ayrıca hemşireler içinde olumlu etkileri olan yaklaşımdır.

Hemşireler aile güçlendirme yaklaşımı sayesinde karşılıklı güven, saygı ve iletişimin olduğu sıcak ve olumlu ortamda çalışırlar, bakım sağladıkları kişiler ve ailelerinden olumlu geri bildirim aldıkça kendilerini değerli hissederler ve mesleklerinden gurur duyarlar [32,45,156-161]. Hemşireler aileleri güçlendirme aşamasında bilgi sağlayıcı konumunda olsa da her aileden farklı tecrübeler edinirler ayrıca iş ortamında etkili olabileceklerini, bir şeyleri değiştirebileceklerini ve işlerinin anlamlı olduğunu düşünürler [32,45,156-161].

2.12. Aile Güçlendirme Sürecinde Sağlık Profesyonellerinin Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelerin aile güçlendirme kapsamında dikkat edecekleri rol ve sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır;

- Zayıf yönleri görmek yerine güçlü yönle odaklanmak [162,163],
- Bağlanmayı güçlendirmek [164],
- Kuvöz içindeki bebeğe dokunma yollarını göstermek [164],
- Aile merkezli bakım, kanguru bakımı sağlamak ve bakıma teşvik etmek [127,162,163,165],
- Ailelere cesaret ve güven vermek, desteklemek ve destek grupları oluşturmak [165-167],
- Palyatif bakım kapsamında aileleri desteklemek [168],
- Aileleri bebeklerinin tedavi ve bakımı konusunda karar verme sürecine teşvik etmek ve onaylarını almak [168],
- Ailelerin sorun ve ihtiyaçlarına çözüm üretmek ve sorun çözme becerilerini geliştirmek [149,163],

- Aile üyelerinin mevcut engelleri aşabilmesi için bilgi ve duygusal destek sağlayarak yeteneklerini geliştirmek [129,162,163],
- Aile bütünlüğünün ve rollerinin geliştirilmesini sağlamak [164],
- Ebeveynlerle iş birliği içinde olmak [149],
- Bebek sağlığı yönetimi, bebek masajı, çocuk gelişimi, çocuk bakımı, aile ilişkileri, bebeğin beslenme ihtiyacı ve anne sütü gibi konularda eğitimler vermek [32,149,164],
- Ebeveynleri aktif dinlemek, şefkatli olmak ve etkili iletişim kurmak [164,166,167],
- Görünür ve müsait olmak [156],
- Baskın duruştan ve aşağılayıcı konuşmalardan uzak durmak [156],
- Sık sık çocuk bakımı konusunda pratik kazandırmak [169],
- Ailelerin bilgi ve becerilerinin artırılması ve bakıma katılım konusunda olumlu duyguların oluşabilmesi için güçlendirme programları uygulamak [32,162].

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin aile güçlendirme durumlarının ve hemşirelerin bu konudaki deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla nicel ve nitel yöntemleri içeren kesitsel tipte; fenomenolojik olgu bilim deseniyle yapılan tanımlayıcı karma yöntem (mixed method) çalışması olarak yürütülmüştür. Karma yöntem çalışmaları bir problemi çözmek için nicel (istatistiksel veriler) ve nitel (kişisel deneyimler) verilerin kullanılıp tek bir çalışmada bütünleştirildiği çalışmalardır ve iki araştırma deseninin kullanılmasından dolayı daha avantajlıdır [170-172].

Fenomenolojik yaklaşıma göre araştırma sorusunun belirlenmesi, katılımcıların seçilmesi, açık uçlu soru yönergesinin tasarlanması, derinlemesine görüşme/odak grup görüşmelerinin yürütülmesi ve bu görüşmelerden elde edilen bulguların fenomenolojik yöntemlerce tematik analizinin gerçekleşmesi adımlarını içermektedir [173]. Literatür taraması sırasında, hemşirelerin belirli konulardaki deneyim ve görüşlerine dair yapılan ulusal ve uluslararası kaynaklarda da fenomenolojik yaklaşıma sıklıkla başvurulduğu gözlemlenmiştir [174-177].

Bu çalışmanın tasarımı kısmen karma ve eş zamanlı eşit statülü şeklinde tasarlanmıştır. Bu tasarım nicel ve nitel verilerin aynı anda toplandığı ve her iki veri türüne de eşit önem verildiği tasarımıdır [170,171]. Çalışmanın ilk aşamasında nitel veriler toplanmaya başlansa da devamında hem nitel hem de nicel veriler birlikte toplanmıştır.

Araştırmamızda, karma yöntem araştırmalarının gerekçelerinden biri olan tamamlayıcılık gerekçesi temel alınmıştır. Bu yöntem ile nicel ve nitel veriler bir araya getirip olayları farklı açıdan daha detaylı ölçerek zengin bir çalışma ortaya çıkmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, 3. düzey yenidoğan yoğun bakım üniteleri bulunduran Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 74 yataklı ruhsatlı 3. Seviye yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Ünite 118 hemşire, yenidoğan branşında olmak üzere 3'ü profesör, 3'ü doçent olan 6 eğitim görevlisi, 3 yenidoğan yandal asistanı, 7 pediatri uzmanı görev almaktadır. Hemşireler; 08-16 ve 16-08 saatleri arasında çalışmakta olup yaklaşık her nöbette 2-3 bebeğe ve yatak oranlarının doluluğuna bağlı olarak 4 bebeğe bakım sağlamaktadır. Ayrıca bu ünitelerde tedavi gören bebeklerin ortalama yatış süresi 1 hafta ile 6 ay arasında değişmektedir.

Klinikteki hasta yoğunluğuna bağlı olarak değişebilmekle birlikte her şiftte ortalama 1-3 doktor, 24-26 hemşire, 1-2 yardımcı personel (yoğunluğa bağlı sayı değişebilmektedir) çalışmaktadır. Ünite 118 yoğun bakım gereksinimi olan bebeklerin takip, monitorizasyon, sıvı ve ilaç tedavileri yapılmakta, solunum desteği, fototerapi ve kan değişimi gibi girişimler uygulanmaktadır. Ayrıca, terapötik hipotermi, amplitüt entegreli EEG ve nitrik oksit cihazları mevcuttur ve bebeklerin tıbbi durumlarına göre kullanılmaktadır. Ünite 118 bulunan total parenteral nutrisyon odalarında steril şartlar altında intravenöz beslenme sıvıları hazırlanmaktadır. Ayrıca bu ünite 118 hasta yakınlarının bebek bakımı, gelişimi, beslenmesi ile ilgili eğitimler verilmektedir ve annelerin bebeklerini emzirebilmeleri için anne sütlerini muhafaza edebildiği ayrı bir süt sağma odası da mevcuttur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan hemşireler ve prematüre bebeği olan anneler araştırma örneklemini oluşturmaktadır. İlgili birimde 118 hemşire ve 3 yönetici hemşire çalışmakta ve yılda 1200 prematüre bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmaktadır. Araştırmanın evrenini 121 hemşire ve 1200 prematüre bebek annesi oluşturmaktadır. Hem hemşire sayısı hem de prematüre bebek annesi

sayısı fazla olduğu için Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nden örneklem seçilmesine karar verilmiştir

3.3.1. Nitel (Qualitative) Bölüm Evren ve Örneklemi

Literatürde, nitel araştırmalarda; katılımcı sayısının 20 ile 30 arasında olması önerilmektedir [178]. Ayrıca araştırmanın amacına, benimsenen kuramsal alt yapıya, bulguların nasıl kullanılacağına ve araştırmacının sahip olduğu kaynaklara bağlı olarak örneklem büyüklüğünün değişebildiği ve teorik doygunluğa ulaşmanın da önemi vurgulanmaktadır [179-181]. Bu kapsamda, bu çalışmada 20 hemşire ile görüşme yapıldıktan sonra veri doygunluğuna ulaşıldığına karar verilerek çalışma sonlandırılmıştır. Odak grup görüşmelerinde, grup içerisindeki kişi sayısı ile ilgili kesin bir kural olmaması nedeniyle [182]; yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin yoğun çalışma şartları dikkate alınarak, amaçlı rastgele örnekleme yöntemi ile 3-5 hemşireden oluşan 5 odak grup ile derinlemesine görüşme toplantısı gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar, derinlemesine görüşmeler sırasında gözlem yapabilmesi için bir üniversite öğrencisine nasıl gözlem yapabileceği ve kayıt tutacağına ilişkin eğitim vermiş ve görüşme süreci boyunca not alıp, kayıt tutması sağlanmıştır. Görüşmeler başlamadan önce hemşirelerden izin alınmış ve görüşme süresince ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Araştırmada 5 odak grup toplantısı gerçekleştirilmiş ve 5. odak grup ile derinlemesine yapılan görüşmeden sonra araştırma kavramlarını oluşturan veriler tekrarlanmaya başladığında verilerin doygunluğa ulaşıldığına karar verilmiştir ve çalışma 20 hemşire ile tamamlanmıştır.

Odak grup görüşmeleri 4 tema başlığı altında gerçekleştirilmiştir;

- Aile Güçlendirilmesine Yönelik Bilgiler (temanın görüşülmesi yaklaşık 11 dakika sürmüştür)
- Aile Güçlendirilmesine Yönelik Tutumlar (temanın görüşülmesi ortalama 13 dakika sürmüştür)
- Ailelerin Güçlendirilmesine Yönelik Uygulamalar (temanın görüşülmesi ortalama 11 dakika sürmüştür)

- Aile Güçlendirme ve Toplum Sağlığı (temanın görüşülmesi ortalama 5 dakika sürmüştür)

Veri toplama aşamasında doygunluğa erişildiğinde çalışma sonlandırılmıştır.

Araştırmanın nitel kısmı için çalışmaya alınma kriterleri;

- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde en az 6 aydır çalışıyor olmak
- Yönetici hemşire ya da klinik hemşiresi olmak
- En az lise mezunu olmak
- Aktif çalışıyor olmak ya da çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmanın nitel kısmı için çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Aktif çalışmamak
- Yoğun bakım ünitesinden 6 aydan ya da kısa süredir çalışıyor olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

Araştırma sırasında örneklem kapsamından çıkarılma kriterleri;

- İki kez görüşme randevusuna katılmamak şeklindedir.

3.3.2. Nicel (Quantitative) Bölüm Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde bulunan Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde son 1 yıl içerisinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören prematüre bebeklerin anneleri (N:1200) oluşturmuştur. Bu evren doğrultusunda power analiz yöntemi kullanılarak araştırma kapsamına alınması gereken anne sayısına karar verilmiştir.

Power analiz aşamasında iki bağımsız grup için t testi yapılmış ve %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), $d=0,714$ etki büyüklüğü ile çalışmaya dâhil edilmesi gereken minimum örneklem genişliği 104 olarak belirlenmiştir ve 104 anneye çalışma yürütülerek sonlandırılmıştır.

Uygulanan G power protokolü aşağıda verilmiştir:

ttests- Means: Differencebetweentwoindependentmeans (twogroups)

Analysis: A priori: Computerequiredsample size

Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 0.7142857
	α errprob	= 0.05
	Power (1- β errprob)	= 0.95
	Allocationratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentralityparameter δ	= 3.6421567
	Critical t	= 1.9834953
	Df	= 102
	Sample size group 1	= 52
	Sample size group 2	= 52
	Total sample size	= 104
	Actualpower	= 0.9502919

Anket formu için doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanından iki uzman görüşü alınmıştır.

- 37. gebelik haftasından önce doğum yapan ve bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan
- 18 yaş üzeri olan
- Okuma yazma ve Türkçe bilen anneler araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın nicel kısmı için çalışmadan dışlanma kriteri; Covid-19 testi pozitif olmak şeklindedir.

Araştırmanın çıkarılma koşullarını;

- Annelerin araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çekilmek istemesi (Çalışmamızda 5 anne çalışmanın herhangi bir aşamasında bebeklerin ziyaret saatlerinin yaklaştığını ifade ederek çekilmek istemiştir),

- Annenin fiziksel ya da ruhsal durumunun çalışmaya devam edebilecek düzeyde olmaması (sezaryene bağlı ağrı, halsizlik gibi semptomlar yaşayan ve ayakta durmakta zorluk yaşayan, duygusal olarak çökkün, dalgın olan ve görüşme sırasında ağlayan kendini kötü hisseden vb. 20 anne ile çalışma yapılamamıştır).
- Annenin iletişim güçlüğüünün olması (Ağır ruhsal problemlere bağlı katatoni, duyarsızlık gelişen ve iletişim kurulamayan 12 anne ile çalışma yapılamamıştır) oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada nicel kısmın verilerini toplamak amacıyla; Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-1), Anne Bebek Tanıtıcı Soru Formu (Ek-2), Aile Güçlendirme Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır. Anne-bebek tanıtıcı soru formu, konu ile ilgili literatür doğrultusunda [29,149,183] ve alanında uzman kişilerin görüşleri alınarak oluşturulmuştur.

Çalışmanın nitel kısmının verilerini toplamak amacıyla; Tez Nitel Kısım Soruları Formu (Ek-4) ve Huawei Y7 2019 marka telefon ses kaydetmek amacıyla kullanılmıştır.

3.4.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın amacı ve araştırmacı bilgileri vb. bilgilerin yer aldığı aydınlatılmış onam formu annelere araştırmaya başlamadan önce açıklanmış ve yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır (Ek-1).

3.4.2. Anne Bebek Tanıtıcı Soru Formu

Form araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesinin varlığı, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, yaşayan çocuk sayısı, evde bakmakta zorunlu olunan kişinin varlığı, ikamet edilen yer) ve sağlık öyküleri (kronik hastalık varlığı, prematüre ve düşük doğum öyküsü varlığı, geçirilen gebelik sayısı, gebeliğin planlı olup olmadığı, doğum şekli), bebeklerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık durumları (bebeğin cinsiyeti, bebeğin doğum haftası, bebeğin kilosu, bebeğin kaç haftalık olduğu, bebeğin hastaneye yatış nedeni, kaç gündür yoğun bakımda yattığı), annelerin bebeklerine sağladıkları bakım ve

sıklıklarını (ziyaret sıklığı, bakıma katılım sıklığı, hangi konularda bakım sağlandığı, bakıma katılırken ne hissedildiği, bebeğin hastaneye yatırıldığında ne hissedildiği) değerlendiren 28 maddeden oluşan anket sorularını içermektedir. (Ek-2).

3.4.3. Aile Güçlendirme Ölçeği (Ek-3)

Aile Güçlendirme Ölçeği (Family Empowerment Scale) güçlendirme seviyelerini ölçmek için tasarlanmış 34 maddeden ve üç alt ölçekten oluşan kendi kendine bildirilen bir ölçektir. Ölçek Koren ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir [43,137,184].

Aile Güçlendirme Ölçeğinin orijinal versiyonu zihinsel problemi olan çocukların aileler için geliştirilmiştir daha sonrasında birçok dile çevrilip farklı popülasyonlarda kullanılmaya başlanmıştır [41]. Aile Güçlendirme Ölçeği her maddesi 1 (hiç doğru değil) ile 5 (çok doğru) arasında değişen likert tipi bir ölçektir [43]. Aile Güçlendirme Ölçeği üç alt ölçek açısından puanlar üretir ve her bir alt ölçek puan ortalaması alt ölçek maddelerinin puanları toplanarak ve soru sayısına bölünerek hesaplanır; Aile Hakkında (12 madde), Hizmet Sistemi Hakkında (12 madde) ve Toplum/Politik (10 madde) [43]. Aile alt ölçek boyutu ebeveynlerin durumları yönetmesine, hizmet alt ölçek boyutu hizmet sağlayan profesyonellere, kurumlara ve ebeveynlerin hizmet sistemleriyle çalışmasına, topluluk alt ölçek boyutu yasama organlarına, topluluk üyelerine ve ebeveyn savunuculuğuna atıfta bulunur [41,43,184].

Ölçekten alınan puanlar 34 ile 170 puan arasındadır ve puan artışı güçlendirmenin yüksek olduğunu gösterir [185,186]. Aile Güçlendirme Ölçeği, araştırmanın danışmanın da içerisinde yer aldığı bir araştırma ekibi tarafından 2021 yılında geliştirilmiş, geçerlilik- güvenirlik çalışması yapılmıştır ve ölçeğin Cronbach's α değeri 0,95 olarak belirlenmiştir [185,186].

3.4.4. Tez Nitel Kısım Görüşme Soruları

Hemşirelerin aile güçlendirme hakkındaki bilgi ve deneyimlerini, tutumlarını değerlendirmek amacıyla 4 ana başlıkta temalar oluşturulmuştur. Bu temalar; aile güçlendirilmesine yönelik bilgiler, aile güçlendirilmesine yönelik tutumlar, ailelerin

güçlendirilmesine yönelik uygulamalar, aile güçlendirme ve toplum sağlığı şeklindedir.

Araştırmanın nitel verilerinin toplanması amacıyla odak grup görüşme sırasında kullanılmak üzere oluşturulan çizelgede;

- Hemşirelerin demografik özellikleri ve çalışma durumları
- Hemşirelerin aile güçlendirme yaklaşımından ne anladıkları
- Hemşirelerin üniteye yenidoğan ve ailelerine verilen sağlık hizmetleri hakkındaki düşünceleri
- Hemşirelerin ailelerin bebeklerin bakım süreçlerine dâhil edilmesi hakkındaki düşünceleri
- Hemşirelerin aile güçlendirmesi ile ilgili deneyimleri ve Covid-19 pandemisinin deneyimler üzerindeki etkileri
- Hemşirelerin aile güçlendirme yaşamalarında yaşadıkları zorluklar ve engeller ve bu engellerin azaltılması için önerdikleri stratejiler
- Ailelerin hemşirelerden rehberlik talep ettikleri konular
- Hemşirelerin klinikte kullandıkları aile güçlendirilmesi ile ilgili yöntemler
- Covid-19 sürecinde annelerin stresini azaltmak için hemşirelerin herhangi bir girişim uygulayıp uygulamadığı
- Hemşirelerin aile güçlendirme yaklaşımı ile Toplum Sağlığı ilişkisi ile ilgili düşünceleri gibi temalar yer almaktadır (Ek-4).

3.4.5. Ses Kayıt Cihazı

Odak grup görüşmelerinde verileri kaydetmek amacıyla Huawei Y7 2019 marka telefon kullanılmıştır. Cihaza kaydedilen sesler USB bağlantısı ile bilgisayara aktarılabilmektedir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın etik kurul ve çalışma izinleri 14.07.2021 ve 11.08.2021 tarihinde (Ek-6-Ek-7) alınmıştır. Etik kurul izni alındıktan sonra; öncelikle araştırmanın nitel verileri toplanmıştır. 20 Ağustos 2021 tarihinde hemşirelerden nitel verilerin toplanmasına

başlanmıştır. Nitel verilerin elde edilmesi aşamasında odak grup görüşmeleri yapılabilmesi için hemşirelerden randevu alınmış, hemşirelerin birbirinden etkilenmeyecekleri şekilde görüşmeler farklı gruplarda gerçekleştirilmiştir. Hemşirelere ses kaydı alınmadan önce, kişisel verilerin korunacağına ve elde edilen verilerin bilimsel amaçlı olarak hiçbir şekilde kişisel bilgiye yer verilmeden kullanılacağına ilişkin bilgi verilmiştir. Araştırma hakkında da bilgi verildikten sonra hemşirelerden sözel izinleri alınmıştır. Araştırmanın nitel boyutunu oluşturan odak grup görüşmeleri; farklı günlerde her biri 3-5 hemşireden oluşan 5 odak toplantısı gerçekleştirilmiştir. Literatürde, örneklem ister en büyük boyutta ister en küçük boyutta olsun yeni bilgiler gelmediğinde ya da mevcut bilgiler tekrarlandığında bilgilerin doyuma ulaşıldığının anlaşılması ve tekrarın görüldüğü yerde örnekleme yapılması gereken kişi sayısının yeterli olacağı belirtilmektedir [187,188]. Bu nedenle, çalışmamızın nitel boyutu 5 odak görüşmesi sonucunda veri doygunluğuna ulaşarak toplam 20 hemşire ile tamamlanmıştır. Odak grup görüşmeleri, hemşirelerin uygun olduğu saatlerde genellikle 15:00-19:00 saatleri arasında dinlenme odalarında gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmelerinde bir gözlemci de odada bulunmuş ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmesine katılan hemşirelerin gizliliğinin sağlanması ve verileri anonimleştirilebilmesi amacıyla her bir odak grup ve katılımcılara görüşme kodu atanmıştır. Hemşireler ile yapılan odak grup görüşmeleri ortalama 40-45 dakika sürmüştür.

Odak grup görüşmeleri sonlandırıldıktan sonra araştırmanın uygulanmasına Covid-19 vakalarının yoğunlaşması nedeniyle bir süre ara verilmiş ve bu arada odak grup görüşmesinden elde edilen verilerin çözümlemesine ve analizlerine başlanmıştır.

Çalışmanın niceliksel verileri, 104 anne ile araştırmacı tarafından yüz yüze yapılan görüşmeler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı anketleri annelere vererek ve annelerinin yanında bulunarak çalışmayı yüz yüze yürütmüştür. Soru formu ve ölçeği tek başına doldurmak istemeyen anneler ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak ilgili formlar doldurulmuştur. Araştırmacı tarafından annelere çalışmanın amacı ve çalışmanın süresine ilişkin bilgi veren aydınlatılmış onam formları (Ek-1) hakkında bilgi verilmiş ve yazılı olarak onamları alınmıştır. Veri toplama formlarının (soru formu ve ölçek formu) formunun uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

3.6.1. Nicel Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ve Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Aile Güçlendirme Ölçeğinin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır ve bu ölçeğe ait Cronbach's Alpha değeri 0,908 olarak bulunmuştur. Veriler bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi, bağımsız üç ve üzeri gruplarda Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman rho analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları nicel veriler için ortanca (min-mak) olarak sunulmuştur. İstatistik anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

3.6.2. Nitel Verilerin Analizi

Nitel verilerin çözümlemesinde tümevarım yaklaşımıyla MAXQDA yazılımı kullanılarak içerik analizi yapılmıştır. Analiz 5 aşamada gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan analiz aşamaları Şekil 3.1'de sunulmaktadır.



Şekil 3.1. Nitel Analizde İzlenen Aşamalar

➤ Aşama 1: Transkripsiyon ve Veri Doğrulama

Görüşmeler sırasında katılımcıların onayı alındıktan sonra ses kaydı alınmış ve kayıtların transkripsiyonu yapılmıştır. Çalışmanın nitel aşaması, katılımcıların görüş ve deneyimlerine dayandığı için, deşifrelerde ifadelerin olduğu gibi yer verilmesine dikkat edilmiştir. Deşifrelerin birden fazla okuması yapılmış, gerekli görülen noktalarda tekrar ses kayıtları dinlenerek veri doğrulaması yapılmıştır.

➤ Aşama 2: Kodların Belirlenmesi

Öncelikle odak grup soru yönergesindeki her bir soru listelenmiş ve anlamlı bölümlere ayrılmıştır. Bu bölümler belirli temalar ekseninde gruplanarak ana kod başlıkları belirlenmiştir. Daha sonra ana kod başlığı altında her bir soruya karşılık gelecek alt kodlar yazılarak Tablo 3.1’de gösterilen kod matrisi oluşturulmuştur.

30 kod oluşturulmuş ve bu kodlar altında toplam 443 kodlama yapılmıştır. Yapılan kodlamalardan 69 sayfa kod dökümü çıkmıştır.

Tablo 3.1. Kod Matrisi

ANA KOD BAŞLIĞI	ALT KOD BAŞLIĞI	SORU YÖNERGESİNDE KARŞILIK GELEN SORU
KATILIMCI BİLGİLERİ	Cinsiyet	Cinsiyet
	Yaş	Yaş
	Çalışma düzeni	Çalışma düzeni
	Meslekte deneyim	Hemşire olarak çalışma süresi
	YYBÜ'deki deneyim	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süresi
	Eğitim	Eğitim Durumu
	Fazla mesai süresi	Fazla mesai çalışıyor musunuz? Haftada ne kadar fazla mesai yapıyorsunuz?
	YYBÜ'de çalışmayı tercih etme durumu	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmayı kendiniz mi tercih ettiniz?
AİLE GÜÇLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİLGİLER	YYBÜ'de çalışmaya devam etmeye yönelik tutum	Bu üniteye çalışmaya devam etmek istiyor musunuz?
	Aile güçlendirilmesi konusunda bilgi ve farkındalık düzeyi	Aile güçlendirme yaklaşımı deyince ne anlıyorsunuz?
AİLE GÜÇLENDİRİLMESİNE YÖNELİK TUTUMLAR	Aile güçlendirilmesine yönelik tutumlar	Sizce aileler güçlendirilmeli midir?
	Yenidoğan ve ailelerine sunulan sağlık hizmetlerine yönelik tutumlar	Bu üniteye yenidoğan ve ailelerine verilen sağlık hizmetleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
	Ailelerin bakım sürecine dahil olmasına yönelik tutumlar	Ailelerin yenidoğan bakım süreçlerine eşlik etmesi gerektiğini düşünüyor musunuz?
	Aile güçlendirilmesindeki öncelikli alanlar	Ailelerin bu süreçte nasıl ve hangi konularda güçlendirilmesi gereklidir?
AİLELERİN GÜÇLENDİRİLMESİNE YÖNELİK PRATİKLER	Aile güçlendirilmesine yönelik deneyimler	Aile güçlendirilmesine yönelik deneyimlerinizi paylaşabilir misiniz? Neler yapıyorsunuz?
	Covid-19 sürecinde ailelerin güçlendirilmesi	
	<i>1.Covid-19 sürecinde ailelerin güçlendirilmesi/Deneyimde meydana gelen değişimler</i>	Covid-19 sürecinde deneyiminizde bir fark yaşadınız mı? Olumlu ve olumsuz yönleri neler oldu?
	<i>2.Covid-19 sürecinde ailelerin güçlendirilmesi /Pandemi sürecinde annelere sunulan hizmetler</i>	Pandemi sürecinde prematüre bebeklerin annelerinin stresini azaltmak için herhangi bir girişim uyguladınız mı?
	Ailelerin talepleri	Aileler sizlerden hangi konularda rehberlik talep ediyor?
	Uygulanan aile güçlendirme yöntemleri	Kliniğinizde ailelerin güçlendirilmesi ile ilgili hangi yöntemleri kullanıyorsunuz?
	Karşılaşılan engel ve zorluklar	
	<i>Karşılaşılan engel ve zorluklar/Yenidoğan bakım ünitesinde çalışırken karşılaşılan zorluklar</i>	Bu üniteye çalışırken en fazla hangi konularda zorlanıyorsunuz?
	<i>Karşılaşılan engel ve zorluklar/Aile güçlendirilmesi sürecinde karşılaşılan zorluklar</i>	Yenidoğan bebeklere bakım verirken aile güçlendirilmesi aşamasında zorluk yaşıyor musunuz? Ne tür zorluklar yaşıyorsunuz?
	<i>Karşılaşılan engel ve zorluklar/Aile güçlendirilmesi sürecinde karşılaşılan engeller</i>	Ailelerin güçlendirilmesi sürecinde karşılaştığınız engeller var mıdır?
AİLE GÜÇLENDİRME VE TOPLUM SAĞLIĞI	<i>Karşılaşılan engel ve zorluklar/Engellerin azaltılması için önerilen stratejiler</i>	Bu engellerin azaltılması için önerdiğiniz stratejiler nelerdir?
	Aile güçlendirme yaklaşımının toplum sağlığına etkisi	Sağlık sistemimizde aile güçlendirme yaklaşımının toplum sağlığına etkisi olur mu?

*YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

➤ Aşama 3: MAXQDA (2020) Yazılımı ile Verilerin Kodlanması

Nitel veri analizi yazılımı olan MAXQDA (2020)'ya aktarılan transkripsiyon dosyalarındaki her bir alıntı ilgili kodun altına yerleştirilerek kodlanmıştır.

➤ Aşama 4: Temaların Belirlenmesi

MAXQDA programında elde edilen kod dökümü dosyası detaylıca incelenmiş ve her bir ana kod başlığı altında kodlanan verilerin aynı başlık altında gruplanabilecek olanları tespit edilerek bu veri gruplarıyla ilgili olabilecek ve verileri açıklayabilecek ana temalar belirlenmiştir.

➤ Aşama 5: Verilerin Kodlara ve Temalara Göre Düzenlenmesi ve Yorumlanması

Belirlenen temalar öncelikle konuya dair literatür taraması yöntemiyle elde edilen verilerle kıyaslanarak teyit edilmiştir. Temalar ilgili alıntılar çerçevesinde yorumlanmış ve raporlanmıştır. Alıntılar, her bir katılımcıya atanan görüşme kodu ile ilgili temanın altında sunulmuştur.

Odak grup toplantılarının nitel analizi fenomenolojik yaklaşım ekseninde 4 başlık altında değerlendirilmiştir.

- Aile Güçlendirilmesine Yönelik Bilgiler
- Aile Güçlendirilmesine Yönelik Tutumlar
- Ailelerin Güçlendirilmesine Yönelik Uygulamalar
- Aile Güçlendirme ve Toplum Sağlığı

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma sonuçları; Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği yatan 104 anne ile sınırlıdır.
2. Araştırma sonuçları; Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 20 hemşire ile sınırlıdır.

3. Araştırma kapsamında değerlendirilen aile glendirilmesine ynelik veriler Aile Glendirme linin ltđ niteliklerle sınırlıdır.



BÖLÜM 4

BULGULAR

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annelere uygulanan aile güçlendirme ölçeği ve hemşirelerin deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan odak grup görüşmelerini içeren bu çalışmada elde edilen bulgular dört grup altında değerlendirilmiştir.

1. Katılımcıların Sosyo Demografik ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Aile Güçlendirme Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular
3. Annelerin Bebekleri ile İlgili Duyguları ve İlgili Bazı Değişkenlere Göre Aile Güçlendirme Ölçeği Puan Karşılaştırmaları
4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular
5. Hemşireler ile Yapılan Nitel Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular (n=104)

Bazı sosyo-demografik özellikler	N	%
Yaş Grubu		
18-25	33	32
26-34	42	40
35-55	29	28
Eğitim Durumu		
İlköğretim	22	21
Ortaöğretim	24	23
Lise	34	33
Ön lisans	9	9
Lisans ve Üstü	15	14
Sağlık Güvencesi		
Var	87	83,7
Yok	17	16,3
Çalışma Durumu		
Evet	21	20,2
Hayır	83	79,8
Gelir Düzeyi		
Gelir Gidere Denk	70	67,3
Gelir Giderden Az	22	21,2
Gelir Giderden Fazla	12	11,5
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	83	79,8
Geniş Aile	21	20,2
Yaşayan Çocuk Sayısı		
1 Çocuk	34	32,7
2 Çocuk	38	36,5
3 Çocuk	19	18,3
4 ve üzeri	13	12,5
Kronik Hastalık Durumu		
Var	13	12,5
Yok	91	87,5
Doğum Şekli		
Sezaryen	88	85
Normal	16	15

Tablo 4.1’de araştırmada yer alan annelerin bazı sosyo-demografik ve doğurganlık özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin %40’ı 26-34 yaş grubunda, %33’ü lise mezunu, %83,7’si sağlık güvencesine sahip, %79,8’i ev hanımı, %67,3’ü gelir düzeyi giderine denk, %79,8’i çekirdek aileye mensup, %36,5’i 2 çocuğa sahip, %87,5’inin kronik hastalığının olmadığı, %85’inin sezaryen doğum yaptığı bulunmuştur.

4.2. Aile Güçlendirme Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Tablo 4.2. Aile Güçlendirme Ölçeği Puan Ortancaları ve Alt Boyut Puan Dağılımı (n=104)

	Ortanca (min-mak)	İstatistiksel analiz Cronbach's Alpha
Aile Güçlendirme Ölçeği	145 (74- 170)	0,908
Ailenin Hakkında	54 (34- 60)	0,782
Çocuğa Verilen Sağlık Hizmetleri Hakkında	53 (20- 60)	0,814
Topluma Katılımınız Hakkında	38 (3- 50)	0,890

Çalışmamızda Aile Güçlendirme ortanca değeri 145 elde edilmiştir. Ölçeğin çalışmamızdaki Cronbach's Alpha değeri **0,908** olarak belirlenmiştir.

Ailenin hakkında alt boyutunun ortanca değeri 54 olarak elde edilmiştir ve ölçek alt boyutuna ait puanlar 34 ile 60 arasında değişmektedir. Bu alt boyuta ait Cronbach's Alpha değeri çalışmamızda 0,782 olarak bulunmuştur.

Çocuğa verilen sağlık hizmetleri hakkında alt boyutunun ortanca değeri 53 olarak elde edilmiştir ve ölçek alt boyutuna ait puanlar 20 ile 60 arasında değişmektedir. Bu alt boyuta ait Cronbach's Alpha değeri çalışmamızda 0,814 olarak bulunmuştur.

Toplum katılımına yönelik alt boyutunun ortanca değeri 38 olarak elde edilmiştir ve ölçek alt boyutuna ait puanlar 3 ile 50 arasında değişmektedir. Bu alt boyuta ait Cronbach's Alpha değeri çalışmamızda 0,890 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancalarına İlişkin Bulgular (n=104)

	AGO	AH	ÇVSHH	TKH
Yaş Grubu				
18-25 yaş	140,64 ± 19,84 145 (74- 170)	52,73 ± 7,4 55 (34- 60)	51,15 ± 8,34 54 (29- 60)	36,76 ± 9,17 37 (9- 50)
26-34 yaş	140,38 ± 20,46 145,5 (81- 170)	53,26 ± 5,32 54 (39- 60)	51,29 ± 7,71 52 (20- 60)	35,83 ± 10,84 38 (5- 50)
35 yaş ve üzeri	140,66 ± 19,99 144 (84- 170)	53,69 ± 4,89 55 (43- 60)	51,28 ± 8,38 54 (29- 60)	35,69 ± 10,77 38 (3- 50)
Test Ist	0,002	0,108	0,054	0,021
p*	0,999	0,947	0,973	0,989
Eğitim Durumu				
İlköğretim	141,36 ± 19,6 142,5 (84- 170)	54,5 ± 4,68 56 (46- 60)	50,09 ± 8,15 51 (29- 60)	36,77 ± 10,92 37,5 (3- 50)
Ortaöğretim	133,71 ± 20,52 133 (74- 168)	52,17 ± 7,17 54 (34- 60)	49,29 ± 8,43 51 (29- 60)	32,25 ± 10,87 35 (9- 48)
Lise	142,38 ± 20,85 146 (81- 170)	53,29 ± 6,38 54 (39- 60)	52,03 ± 8,57 54 (20- 60)	37,06 ± 9,23 38,5 (5- 50)
Ön lisans	140,78 ± 13,19 144 (111- 156)	51,78 ± 4,92 53 (40- 57)	53,78 ± 4,06 56 (47- 58)	35,22 ± 8,24 38 (21- 47)
Lisans ve üstü	145,93 ± 20,31 149 (102- 170)	53,67 ± 4,87 54 (42- 60)	52,73 ± 7,6 56 (36- 60)	39,53 ± 10,75 41 (14- 50)
Test Ist	5,829	2,32	3,985	6,481
p*	0,212	0,677	0,408	0,166
Sağlık Güvencesi				
Var	140,85 ± 20,34 145 (74- 170)	53,15 ± 5,99 54 (34- 60)	51,4 ± 8,22 54 (20- 60)	36,3 ± 10,58 38 (3- 50)
Yok	138,94 ± 18,21 140 (107- 168)	53,53 ± 5,64 55 (40- 60)	50,41 ± 7,07 52 (34- 60)	35 ± 8,36 36 (18- 48)
Test Ist	661,5	756,0	643,5	628,5
p**	0,493	0,884	0,398	0,329
Annenin Çalışma Durumu				
Evet	139,24 ± 22,09 145 (85- 170)	53,19 ± 5,38 53 (42- 60)	50,52 ± 7,76 51 (34- 60)	35,52 ± 11,37 38 (5- 50)
Hayır	140,87 ± 19,49 145 (74- 170)	53,22 ± 6,07 54 (34- 60)	51,42 ± 8,12 54 (20- 60)	36,23 ± 9,99 38 (3- 50)
Test Ist	882,0	899,5	944,0	880,0
p**	0,932	0,820	0,556	0,945
Gelir Durumu				
Gelir gidere denk	141,27 ± 19,64 145 (74- 170)	53,23 ± 6,03 55 (36- 60)	51,51 ± 8,1 53 (20- 60)	36,53 ± 9,23 38 (9- 50)
Gelir giderden az	137,32 ± 22,69 145 (84- 170)	51,5 ± 6,06 52 (34- 60)	50,36 ± 8,43 53 (29- 60)	35,45 ± 12,65 40 (3- 50)
Gelir giderden fazla	142,17 ± 17,16 141,5 (110- 168)	56,25 ± 3,55 57,5 (50- 60)	51,25 ± 7,28 52,5 (38- 60)	34,67 ± 11,6 32,5 (18- 48)
Test Ist	0,446	5,634	0,822	0,302
p*	0,800	0,060	0,822	0,860
Aile Yapısı				
Çekirdek aile	139,72 ± 20,59 145 (74- 170)	52,75 ± 6,1 53 (34- 60)	51,22 ± 8,27 53 (20- 60)	35,76 ± 10,24 38 (3- 50)
Geniş aile	143,76 ± 17,18 146 (110- 170)	55,05 ± 4,78 57 (44- 60)	51,33 ± 7,12 51 (38- 60)	37,38 ± 10,34 39 (18- 50)
Test Ist	942,0	1063,5	852,5	957,5
p**	0,568	0,119	0,877	0,486
Yaşayan Çocuk Sayısı				
1 çocuk	141,56 ± 19,2 145 (74- 170)	52,68 ± 7,04 54,5 (34- 60)	51,12 ± 7,19 52 (29- 60)	37,76 ± 9,28 40 (9- 50)
2 çocuk	139,21 ± 21,22 144 (81- 170)	53 ± 5,33 53 (39- 60)	51,03 ± 8,69 54 (20- 60)	35,18 ± 10,44 36,5 (5- 50)
3 çocuk	137,89 ± 21,39 145 (84- 170)	53,47 ± 4,94 54 (42- 60)	50,42 ± 8,6 52 (29- 60)	34 ± 11,69 38 (3- 50)
4 ve üzeri çocuk	145,62 ± 16,61 148 (110- 170)	54,85 ± 5,94 57 (43- 60)	53,38 ± 7,75 57 (38- 60)	37,38 ± 10,04 39 (18- 50)
Test Ist	0,933	1,738	2,091	0,622
p*	0,818	0,629	0,554	0,622
İkamet Yeri				
Şehir	139,42 ± 20,87 142 (74- 170)	52,88 ± 6,15 54 (34- 60)	50,81 ± 8,2 52 (20- 60)	35,73 ± 10,83 37 (3- 50)
Taşra	148,38 ± 8,31 149 (125- 159)	55,54 ± 2,99 55 (51- 60)	54,23 ± 6,07 56 (36- 60)	38,62 ± 3,15 40 (31- 44)
Test Ist	736,0	718,0	729,5	657,5
p**	0,155	0,212	0,174	0,516

*Kruskal Wallis Testi; **Mann Whitney U Testi; ***Bağımsız Örneklem T Testi; Ortalama ± S. Sapma; Ortanca (min-mak), AGÖ: Aile Güçlendirme Ölçeği, AH: Aile Hakkında, ÇVSHH: Çocuğa Verilen Sağlık Hizmeti Hakkında, TKH: Topluma Katılım Hakkında

Yaş gruplarına göre Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p = 0,999$). Aile Güçlendirme Ölçeğinin 18-25 yaş grubu ortanca değeri 145, 26-34 yaş grubunda 145,5 ve 35 yaş ve üzeri grupta 144'tür. Yaş gruplarına göre ölçek alt puan ortancaları AH (Aile Hakkında) ($p = 0,947$), ÇVSHH (Çocuğa Verilen Sağlık Hizmetleri Hakkında) ($p = 0,973$), TKH (Topluma Katılım Hakkında) ($p = 0,989$) arasında istatistiksel olarak önemli bir fark belirlenmemiştir.

Eğitim duruma göre, Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p = 0,212$). Aile Güçlendirme Ölçeğinin ortanca değeri ilköğretim mezunları için 142,5, Ortaöğretim mezunları için 133, Lise mezunları için 146, Ön lisans mezunları için 144, Lisans ve üstü mezunlar için 149 bulunmuştur. Eğitim durumuna göre ölçek alt puan ortancaları AH ($p = 0,677$), ÇVSHH ($p = 0,408$), TKH ($p = 0,166$) arasında da istatistiksel olarak önemli bir fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Sağlık güvencesi olanların Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları (Ort:145) ile sağlık güvencesi olmayanlar (Ort:140) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p = 0,493$). Sağlık güvencesine göre alt puan ortancaları AH ($p = 0,884$), ÇVSHH ($p = 0,398$), TKH ($p = 0,329$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).

Çalışan ve çalışmayan annelerin Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları 145'tir. Çalışma durumuna göre ölçek alt puan ortancaları AH ($p = 0,82$), ÇVSHH ($p = 0,556$), TKH ($p = 0,945$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,932$).

Geliri gidere denk olanların ve geliri giderden az olanların Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları (Ort:145) ile geliri giderden fazla olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p = 0,800$). Gelir düzeyine göre ölçek alt puan ortancaları AH ($p = 0,06$), ÇVSHH ($p = 0,822$), TKH ($p = 0,86$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).

Çekirdek aileye sahip olanların Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları (Ort:145) ile geniş aileye mensup olanlar (Ort:146) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

olmadığı belirlenmiştir. Aile yapısına göre ölçek alt puan ortancaları AH ($p = 0,119$), ÇVSHH ($p = 0,877$), TKH ($p = 0,486$) arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yaşayan çocuk sayısı 1 ve 3 olanların Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları (Ort:145) ile 2 çocuk olanların (Ort:144), 4 çocuk ve üzeri olanların (Ort:148) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p = 0,818$). Yaşayan çocuk sayısına göre ölçek alt puan ortancaları AH ($p = 0,629$), ÇVSHH ($p = 0,554$), TKH ($p = 0,622$) arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

İkamet yeri şehir merkezi olanların Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları (Ort:142) ile ikamet yeri taşra olanlar (Ort:149) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p = 0,212$).

Tablo 4.4. Annelerin Bazı Gebelik Öykülerine Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancalarının Dağılımı (n=104)

	AGÖ	AH	ÇVSHH	TKH
Düşük-Ölü Doğum Varlığı				
Evet	138,91 ± 21,89 145 (81- 170)	52,91 ± 6,74 55 (34- 60)	50,75 ± 9,44 54 (20- 60)	35,25 ± 11,37 39 (3- 50)
Hayır	141,56 ± 19,09 145 (74- 170)	53,42 ± 5,55 54 (36- 60)	51,61 ± 7,31 52 (29- 60)	36,54 ± 9,79 38 (5- 50)
Test İst	1201,5	1142,5	1142,0	1172,0
p**	0,641	0,963	0,966	0,797
Gebelik Planı				
Evet	139,15 ± 20,38 144 (74- 170)	52,95 ± 6,06 54 (34- 60)	50,61 ± 8,37 52 (20- 60)	35,59 ± 10,37 37 (3- 50)
Hayır	145,73 ± 17,67 147 (110- 170)	54,18 ± 5,32 56,5 (42-60)	53,59 ± 6,16 55 (40- 60)	37,95 ± 9,69 40 (18- 50)
Test İst	1056,5	990,0	1088,5	1039,5
p**	0,219	0,482	0,137	0,273
Doğum Şekli				
Sezaryen	141,63 ± 18,43 145 (74- 170)	53,43 ± 5,75 54 (34- 60)	51,68 ± 7,36 53,5 (29- 60)	36,51 ± 9,61 38 (3- 50)
Normal	134,56 ± 26,74 139 (81- 170)	52 ± 6,79 53,5 (39- 60)	48,81 ± 10,95 51 (20- 60)	33,75 ± 13,24 37 (5- 50)
Test İst	626,0	628,5	617,5	645,5
p**	0,482	0,495	0,435	0,595
Prematüre Doğum Öyküsü				
Evet	137,67 ± 16,89 138,5 (117-170)	53,5 ± 4,97 54 (42- 60)	49,17 ± 6,72 47,5 (38- 60)	35 ± 10,32 35,5 (11- 50)
Hayır	141,14 ± 20,56 146 (74- 170)	53,15 ± 6,11 54 (34- 60)	51,67 ± 8,24 54 (20- 60)	36,31 ± 10,25 38 (3- 50)
Test İst	928,5	791,0	978,0	850,0
p**	0,184	0,883	0,079	0,513
Gebelik planı ve düşük öyküsü				
Gebelik planlı ve düşük öyküsü olan	135,28 ± 22,82 139 (81- 168)	51,96 ± 7,15 55 (34- 60)	48,92 ± 9,86 51 (20- 60)	34,4 ± 11,95 38 (3- 50)
Gebelik planlı değil düşük öyküsü yok	142,87 ± 19,49 145 (110- 170)	53,2 ± 5,81 52 (42- 60)	51,87 ± 6,62 51 (40- 60)	37,8 ± 10,26 40 (18- 50)
Test İst	-1,073	0,754	1,786	0,815
p	0,290***	0,686**	0,409**	0,665**

*Kruskal Wallis Testi; **Mann Whitney U Testi; ***Bağımsız Örneklem T Testi; Ortalama ± S. Sapma; Ortanca (min-mak), AGÖ: Aile Güçlendirme Ölçeği, AH: Aile Hakkında, ÇVSHH: Çocuğa Verilen Sağlık Hizmeti Hakkında, TKH: Topluma Katılım Hakkında

Annelerin, Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları ile prematüre doğum öyküsü ($p = 0,184$), düşük-ölü doğum öyküsü ($p = 0,641$), gebeliğin planlı olma durumu ($p = 0,219$) ve doğum şekli ($p = 0,482$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. AH ölçek alt puan ortancaları ile prematüre doğum öyküsü ($p = 0,883$), düşük-ölü doğum öyküsü ($p = 0,963$), gebeliğin planlı olma durumu ($p = 0,482$) ve doğum şekli ($p = 0,495$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. ÇVSHH ölçek alt puan ortancaları ile prematüre doğum öyküsü ($p = 0,079$), düşük-ölü doğum öyküsü ($p = 0,966$), gebeliğin planlı olma durumu ($p = 0,137$) ve doğum şekli ($p = 0,435$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. TKH ölçek alt puan ortancaları ile prematüre

doğum öyküsü ($p = 0,513$), düşük-ölü doğum öyküsü ($p = 0,797$), gebeliğin planlı olma durumu ($p = 0,273$) ve doğum şekli ($p = 0,495$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebeliği planlı ve düşük öyküsü olan annelerin aile güçlendirme ortanca değeri (Ort: 139) ile gebeliği planlı ve düşük öyküsü olmayan annelerin ortanca değeri (Ort:145) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,290$)ve ölçek alt puanlarında AH ($p = 0,686$), ÇVSHH ($p = 0,409$), TKH ($p = 0,665$) da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Bebeklerin Bazı Özelliklerine Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancalarına İlişkin Bulgular (n=104)

Doğum Haftası	AGÖ	AH	ÇVSHH	TKH
<32 hafta	138,24 ± 21,65 139 (84- 170)	52,9 ± 5,43 54 (42- 60)	49,9 ± 8,64 49 (29- 60)	35,43 ± 12,06 37 (3- 50)
32-33 hafta	140,04 ± 19,88 144 (81- 170)	52,89 ± 5,64 53 (39- 60)	50,15 ± 8,91 52 (20- 60)	37 ± 8,08 38 (22- 50)
>34 hafta	141,64 ± 19,6 146,5 (74- 170)	53,48 ± 6,28 55 (34- 60)	52,27 ± 7,31 54 (29- 60)	35,89 ± 10,56 38,5 (5- 50)
Test İst	0,896	1,644	0,049	0,763
p*	0,639	0,44	0,976	0,683
Yoğun Bakımda Yatış Süresi				
1 hafta	143,38 ± 20,5 146,5 (81- 170)	54,56 ± 4,99 55 (39- 60)	52,02 ± 8,64 54,5 (20- 60)	36,8 ± 10,18 39 (3- 50)
2 hafta	137,21 ± 17,48 137 (111- 166)	51,58 ± 6,3 51 (40- 60)	50 ± 6,35 51 (38- 60)	35,63 ± 9,61 36 (21- 50)
3 hafta	130,56 ± 25,09 136 (74- 155)	51,33 ± 6,42 52 (36- 60)	46,67 ± 9,49 48 (29- 58)	32,56 ± 12,3 35 (9- 48)
4 hafta ve üzeri	141,86 ± 18,3 144 (85- 170)	52,67 ± 6,86 53 (34- 60)	52,76 ± 7,14 54 (34- 60)	36,43 ± 10,52 38 (5- 50)
Test İst	5,539	6,839	1,476	4,319
p*	0,136	0,077	0,688	0,229
Bebegin Cinsiyeti				
Kız	142,14 ± 18,03 145 (102- 170)	52,98 ± 6,28 53,5 (34- 60)	52,2 ± 6,92 53,5 (34- 60)	36,95 ± 8,98 39 (14- 50)
Erkek	139,37 ± 21,31 145 (74- 170)	53,38 ± 5,67 54,5 (36- 60)	50,53 ± 8,73 52,5 (20- 60)	35,45 ± 11,08 38 (3- 50)
Test İst	1266,5	1352,5	1201,0	1244,0
p**	0,725	0,830	0,433	0,617
Bebeklerin Kiloları				
<1000 gr	139,5 ± 16,31 142 (110- 166)	51,2 ± 6,97 53 (34- 57)	51,8 ± 6,88 54 (40- 60)	36,5 ± 11,09 37,5 (18- 50)
1000-1500 gr	137,44 ± 23,05 140 (74- 170)	52,76 ± 6,23 55 (36- 60)	50,28 ± 8,62 51 (29- 60)	34,4 ± 11,09 36 (3- 50)
1500-2500 gr	142,02 ± 19,6 146 (81- 170)	53,77 ± 5,72 54,5 (38- 60)	51,47 ± 8,06 53 (20- 60)	36,77 ± 9,95 39 (5- 50)
Test İst	0,911	1,971	0,318	0,918
p*	0,634	0,373	0,853	0,632

*Kruskal Wallis Testi; **Mann Whitney U Testi; ***Bağımsız Örneklem T Testi; Ortalama ± S. Sapma; Ortanca (min-mak), AGÖ: Aile Güçlendirme Ölçeği, AH: Aile Hakkında, ÇVSHH: Çocuğa Verilen Sağlık Hizmeti Hakkında, TKH: Topluma Katılım Hakkında.

32 hafta altı bebeklerin annelerinin aile güçlendirme puan ortancaları (Ort:139), 32-33 haftalık bebeklerin aile güçlendirme puan ortancaları (Ort:144) ve 34 hafta üstü bebeklerin aile güçlendirme puan ortancaları (Ort:146,5) olarak bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p = 0,639$). Bebeklerin kaç haftalık olduklarına göre ölçek alt puan ortancaları AH ($p = 0,44$), ÇVSHH ($p = 0,976$) ve TKH ($p = 0,683$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Annelerin bebeklerinin yoğun bakımda kalış sürelerine göre aile güçlendirme puan ortancaları istatistiksel olarak fark göstermemektedir ($p = 0,136$) ve ortancalar 1 haftadır yoğun bakımda yatanlar için (Ort:146,5), 2 haftadır yoğun bakımda yatanlar için (Ort:137), 3 haftadır yoğun bakımda yatanlar için (Ort:136), 4 hafta ve üzeri yoğun bakımda yatanlar için (Ort:144) bulunmuştur. Annelerin bebeklerinin yoğun bakımda kalış sürelerine göre aile güçlendirme alt puan ortancaları AH ($p = 0,777$), ÇVSHH ($p = 0,688$) ve TKH ($p = 0,229$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Kız bebeklerin anneleri ile erkek bebeklerin annelerinin Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları (Ort:145) bulunmuştur ve istatistiksel olarak fark göstermemektedir ($p = 0,725$). Cinsiyete göre aile güçlendirme alt puan ortancaları AH ($p = 0,83$), ÇVSHH ($p = 0,433$) ve TKH ($p = 0,617$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Bebeklerin kilolarına göre Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları, 1000 gr altı için (Ort:142), 1000-1500 gr için (Ort:140), 1500-2500 gr için (Ort:146) bulunmuştur istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p = 0,634$). Bebeklerin kilolarına göre aile güçlendirme alt puan ortancaları AH ($p = 0,373$), ÇVSHH ($p = 0,853$) ve TKH ($p = 0,632$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

4.3. Annelerin Bebekleri ile İlgili Duyguları ve Bazı Değişkenlere Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortancaları

Tablo 4.6. Annelerin Bebeklerinin Hastaneye Yatışları ve Bakımları Sırasında Yaşadıkları Duyguların Dağılımı

		(n=104)
Annelerin Hastaneye Yatış ve Bakıma Yönelik Bazı Duyguları	n*	%*
Bebeğe sağlanan bakım		
Besleme	93	73,1
Kucağına Alma/Dokunma	76	89,4
Diğer (gaz çıkarma, vücut temizliği, ninni söyleme vb.)	14	13,5
Bebeğin bakımına katılırken yaşanan duygu		
Mutluluk	93	89,4
Korku	11	10,6
Heyecan	21	20,2
Diğer (hüzün, pişmanlık, şaşkınlık vb.)	18	10,7
Bebeğin hastaneye yatışında annelerin duygu dağılımı		
Pişman	18	17,5
Korkmuş	68	66
Şaşkın	11	10,7
Hüzünlü	65	63,1
Yorulmuş	15	14,6
Hassas	23	22,3
Diğer (heyecanlı, utanmış, güçsüz vb.)	14	37,9

*Katılımcılar, bir soruya birden fazla yanıt verdiği için n sayısı artmıştır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Bebeğe sağlanan bakım türlerine bakıldığında annelerin %73,1'i besleme, %89,4'ü kucağına alma/dokunma, %13,5'i diğer (gaz çıkarma, vücut temizliği, ninni söyleme, emzik verme, ağırlı işlemler sırasında kucağına alma) yanıtını vermiştir.

Annelerin bebeğinin bakımına katılırken yaşadığı duygular incelendiğinde; %89,4'ü mutluluk, %10,6'sı korku, %20,2'si heyecan, %10,7'si diğer (hüzün, pişmanlık, şaşkınlık, iğrenme) yanıtını vermiştir.

Bebeğin hastaneye yatışında annelerin yaşadıkları duygular incelendiğinde, %17,5'i pişman, %66'sı korkmuş, %10,7'si şaşkın, %63,1'i hüzünlü, %14,6'sı yorulmuş, %22,3'ü hassas, %37,9'u (heyecanlı, utanmış, güçsüz) yanıtını vermiştir.

Tablo 4.7. Bebeklerde Gelişen Komplikeasyonlara Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancaları (n=104)

Bebek Tanı	AGÖ		AH		ÇVSHH		TKH	
	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var
Prematüre Apnesi	137,71 ± 21,49 144 (74- 170)	143,26 ± 18,12 146 (85- 170)	52,84 ± 5,98 54 (36- 60)	53,57 ± 5,87 54 (34- 60)	50,67 ± 8,49 52 (20- 60)	51,79 ± 7,58 55 (34- 60)	34,2 ± 11,34 38 (3- 50)	37,91 ± 8,76 39 (5- 50)
Test İst.		1154,5		1245,0		1251,5		1138,5
p		0,200		0,487		0,515		0,166
Anemi	140,14 ± 21 145 (74- 170)	142,32 ± 14,61 144 (116- 168)	53,13 ± 5,99 54 (34- 60)	53,58 ± 5,65 54 (42- 60)	51,12 ± 8,29 53 (20- 60)	51,79 ± 6,88 54 (38- 60)	35,89 ± 10,96 39 (3- 50)	36,95 ± 6,07 36 (28- 50)
Test İst.		804,5		773,5		800,5		758,5
p		0,980		0,774		0,953		0,680
Hiperbilirubinemi	141,23 ± 17,71 145 (84- 170)	137,95 ± 27,04 145 (74- 170)	53,54 ± 5,53 54,5 (34- 60)	52 ± 7,15 53,5 (36- 60)	51,32 ± 7,26 53 (29- 60)	50,95 ± 10,59 53 (20- 60)	36,38 ± 9,65 38 (3- 50)	35 ± 12,35 38,5 (9- 50)
Test İst.		899,5		820,5		828,0		887,5
p		0,984		0,515		0,555		0,908
İntraventiküler Hemoraji	140,69 ± 20,1 145 (74- 170)	135,33 ± 15,5 135 (120- 151)	53,21 ± 5,93 54 (34- 60)	53,33 ± 6,35 57 (46- 57)	51,31 ± 8,01 53 (20- 60)	49 ± 9,85 52 (38- 57)	36,18 ± 10,25 38 (3- 50)	33 ± 10,82 36 (21- 42)
Test İst.		114,0		147,5		123,5		123,0
p		0,466		0,938		0,586		0,579
Bradikardi	140,22 ± 19,99 145 (74- 170)	146,8 ± 19,82 147 (118- 168)	53,22 ± 5,87 54 (34- 60)	53 ± 7,48 52 (42- 60)	51,11 ± 8,06 53 (20- 60)	53,8 ± 7,63 58 (45- 60)	35,89 ± 10,37 38 (3- 50)	40 ± 6,21 41 (31- 48)
Test İst.		203,000		245,000		193,000		189,500
p		0,499		0,970		0,406		0,378
Respiratuvar Distres Sendromu	140,93 ± 20,1 145 (74- 170)	138,2 ± 19,44 145 (84- 155)	53,17 ± 6,21 55 (34- 60)	53,47 ± 3,74 52 (45- 59)	51,45 ± 8,1 54 (20- 60)	50 ± 7,72 52 (29- 59)	36,31 ± 9,98 38 (5- 50)	34,73 ± 11,86 38 (3- 50)
Test İst.		609,0		607,5		568,0		640,5
p		0,588		0,577		0,356		0,803
Patent Duktus Arteriozus	141,06 ± 19,65 145 (74- 170)	135 ± 23,34 145 (84- 155)	53,24 ± 5,93 54 (34- 60)	52,89 ± 6,03 55 (40- 59)	51,45 ± 7,98 54 (20- 60)	49 ± 8,59 48 (29- 59)	36,37 ± 9,93 38 (5- 50)	33,11 ± 13,29 38 (3- 50)
Test İst.		369,5		410,0		347,5		364,5
p		0,502		0,839		0,354		0,466
Hipoglisemi	139,8 ± 20,29 144,5 (74- 170)	147,5 ± 15,34 146,5 (118- 168)	53,22 ± 5,94 54,5 (34- 60)	53,1 ± 5,93 53,5 (42- 60)	50,91 ± 8,17 52 (20- 60)	54,3 ± 5,91 56 (45- 60)	35,66 ± 10,51 38 (3- 50)	40,1 ± 5,95 38 (31- 48)
Test İst.		381,5		463,5		355,0		377,0
p		0,329		0,943		0,204		0,305
Prematüre Retinopatisi	140,82 ± 20,25 145 (74- 170)	135 ± 12,35 133 (120- 149)	53,24 ± 6,03 55 (34- 60)	52,6 ± 2,79 54 (48- 55)	51,35 ± 8,07 53 (20- 60)	49 ± 7,31 48 (41- 57)	36,22 ± 10,45 38 (3- 50)	33,4 ± 3,21 33 (30- 38)
Test İst.		176,5		200,5		185,0		156,5
p		0,280		0,473		0,341		0,166

Mann Whitney U testi, AGÖ: Aile Güçlendirme Ölçeği, AH: Aile Hakkında, ÇVSHH: Çocuğa Verilen Sağlık Hizmeti Hakkında, TKH: Topluma Katılım Hakkında.

Annelerin AGÖ puan ortancaları ve ölçek alt puan ortancaları ile prematüre apresi ($p > 0,050$), anemi ($p > 0,050$), hiperbilirubinemi ($p > 0,050$), intraventriküler hemoraji ($p > 0,050$), bradikardi ($p > 0,050$), respiratuar distres sendromu ($p > 0,050$), patent duktus arteriozus ($p > 0,050$) ve hipoglisemi ($p > 0,050$) tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.8. Annelerin Bebeklerin Bakımına Katılma Sıklığı ile Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisinin Değerlendirilmesi

Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Puanları	Haftada Bakıma Katılım Sıklığı				
AGÖ	R	-0,142			
	P	0,150			
AH	R	-0,053	0,746		
	P	0,596	<0,001		
ÇVSHH	R	-0,124	0,810	0,529	
	P	0,210	<0,001	<0,001	
TKH	R	-0,150	0,859	0,471	0,539
	P	0,130	<0,001	<0,001	<0,001

Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

Annelerin bebeklerinin bakıma katılma sıklığı ile Aile Güçlendirme Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -0,142$; $p = 0,150$). Annelerin bebeklerinin bakıma katılma sıklığı ile AH puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -0,053$; $p = 0,596$). Annelerin bebeklerinin bakıma katılma sıklığı ile ÇVSHH puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -0,124$; $p = 0,210$). Annelerin bebeklerinin bakıma katılma sıklığı ile TKH puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($r = -0,150$; $p = 0,130$).

AGÖ puanı ile AH alt boyutu puanı ($r=0,746$; $p<0,001$), ÇVSHH alt boyutu puanı ($r=0,810$; $p<0,001$) ve TKH alt puanı arasında ($r=0,859$; $p<0,001$) yüksek şiddette pozitif yönde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Bebeğinin Bakımına Katılırken Annelerin Duygularının Özelliğine Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancaları (n=104)

Yaşanan Duyguların özelliği		AGÖ	AH	ÇVSHH	TKH	p
Bakıma Katılırken Yaşanan Duygu	Mutluluk	141 ± 20 145 (74- 170)	53 ± 6 54 (36- 60)	51 ± 8 52 (20- 60)	37 ± 10 39 (3- 50)	>0,050
	Pişmanlık	135 ± 28 135 (115- 155)	51 ± 9 51 (44- 57)	48 ± 1 48 (47- 48)	37 ± 18 37 (24- 50)	
	Şaşkınlık	143 ± 10 143 (133- 155)	56 ± 3 56 (53- 59)	50 ± 4 50 (46- 56)	37 ± 6 37 (30- 45)	
	Hüzün	135 ± 25 131 (85- 168)	52 ± 6 53 (42- 60)	49 ± 9 48 (34- 60)	34 ± 14 36 (5- 50)	
	Korku	137 ± 18 133 (110- 165)	53 ± 4 52 (44- 58)	49 ± 5 48 (40- 59)	34 ± 13 36 (11- 50)	

*Bonferroni Düzeltmesi, AGÖ: Aile Güçlendirme Ölçeği, AH: Aile Hakkında, ÇVSHH: Çocuğa Verilen Sağlık Hizmeti Hakkında, TKH: Topluma Katılım Hakkında

Bebeğinin bakımına katılırken annelerin mutluluk, pişmanlık, şaşkınlık, korku ve hüzün duygularına göre AGÖ ve alt boyutlarının ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,050$).

Tablo 4.10. Bebeğinin Bakımına Katılırken Annelerin Olumlu ve Olumsuz Duygularına Göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortancaları (n=104)

Bakıma Katılırken Yaşanan Duygu	AGÖ	AH	ÇVSHH	TKH	p
Olumlu	141 ± 20	53 ± 6	51 ± 8	37 ± 10	>0,050
	145 (74- 170)	54 (36- 60)	52 (20- 60)	39 (3- 50)	
Olumsuz	137 ± 20	53 ± 5	50 ± 7	35 ± 12	>0,050
	136 (85- 168)	53 (42- 60)	48 (34- 60)	36 (5- 50)	

*Bonferroni Düzeltmesi, AGÖ: Aile Güçlendirme Ölçeği, AH: Aile Hakkında, ÇVSHH: Çocuğa Verilen Sağlık Hizmeti Hakkında, TKH: Topluma Katılım Hakkında

Bebeğin bakımına katılırken annelerin olumlu ve olumsuz duygularına göre Aile Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının puanları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p > 0,050$).

4.4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Tablo 4.11. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (n=20)

Değişkenler	Gruplar	Adet (n)	Yüzde (%)
Yaş	23-29	13	65
	30-34	2	10
	35 ve üzeri	5	25
Eğitim Durumu	Ön Lisans	2	10
	Lisans	15	75
	Yüksek Lisans	3	15
Çalışma Süresi	7 ay-2 yıl	11	55
	3-5 yıl	2	10
	6 yıl ve üzeri	7	35
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süresi	7 ay-2 yıl	11	55
	3-5 yıl	4	20
	6 yıl ve üzeri	5	25
Fazla Mesai	Var	15	75
	Yok	5	25

Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaşları 23 ve 46 yaş arasında değişmektedir. Katılımcıların mesleki deneyimleri 7 ay ile 28 yıl, yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki deneyimleri ise 7 ay ile 13 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların %75'i lisans, %10'u ön lisans, % 15'i yüksek lisans mezunu olduğunu iletmiştir.

4.5. Hemşireler ile Yapılan Nitel Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular

Hemşireler ile yapılan odak grup toplantılarının nitel analizi fenomenolojik yaklaşım ekseninde 4 ana tema altında değerlendirilmiştir.

- Aile Güçlendirilmesine Yönelik Bilgiler
- Aile Güçlendirilmesine Yönelik Tutumlar
- Ailelerin Güçlendirilmesine Yönelik Uygulamalar
- Aile Güçlendirme ve Toplum Sağlığı

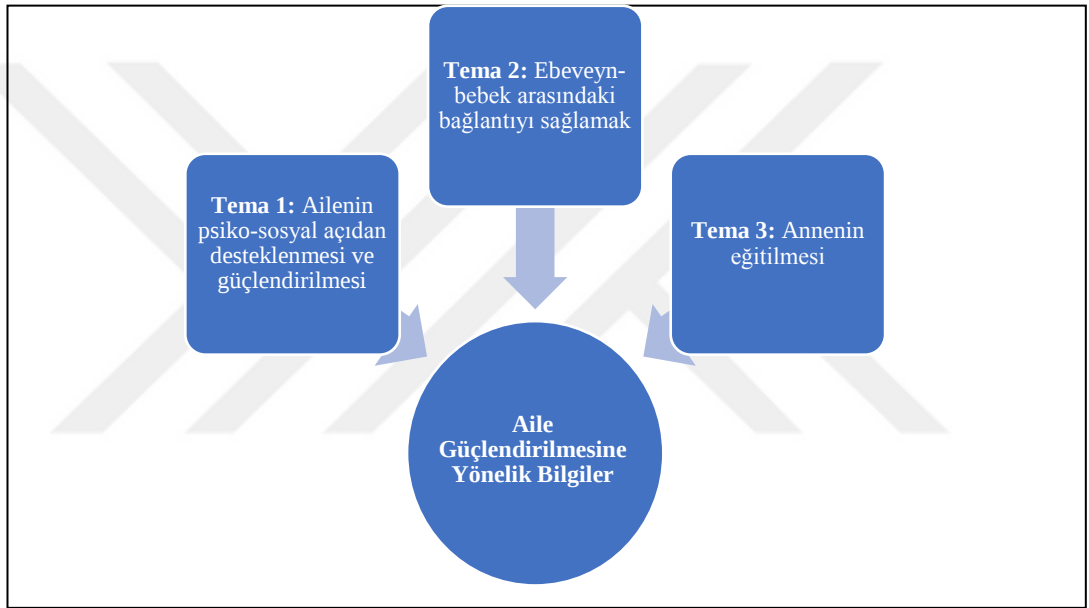
4.5.1. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Bilgiler

Hemşirelerin daha önce “Aile güçlendirilmesi” kavramını duyup duymadığı sorgulanmış ve kavramı tanımlamaları istenmiştir. Katılımcılarının çoğunun kavrama aşına olduğu tespit edilmiştir. 20 katılımcıdan 5 tanesi daha önce bu kavramı

duymadıklarını belirtmiştir ancak daha önce kavramı duymadığını belirten 5 katılımcıdan 4'ü bu kavrama ilişkin görüşlerini belirtmiştir.

Nitel analizle aile güçlendirilmesine yönelik hemşirelerin bilgisi konusunda 3 alt tema ortaya çıkmıştır. Bu bölümde incelenecek alt temalar aşağıdaki gibidir:

- Tema 1: Ailenin psiko-sosyal açıdan desteklenmesi ve güçlendirilmesi
- Tema 2: Ebeveyn-bebek arasındaki bağlantıyı sağlamak
- Tema 3: Annenin eğitilmesi



Şekil 4.1. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Bilgiler

Tema 1: Ailenin Psiko-sosyal Açıdan Desteklenmesi ve Güçlendirilmesi

Ailenin güçlendirilmesi yaklaşımı konusunda bilgisi olan 19 katılımcıdan 7'si bu yaklaşımı ailenin psiko-sosyal açıdan güçlendirilmesi olarak tanımlamış ve annelerin yaşadığı psikolojik açıdan zorlukların altı çizilmiş ve bu nedenle annelerin psikolojik ve sosyal açıdan desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmiştir:

“Bizim bebeklerimiz çok küçük olduğu için aileler de buraya korkarak geliyorlar ve dolayısıyla bu korkunun yenilmesi gerekiyor. Ailelerin cesaretlendirilmesi gerekiyor, güçlendirilmesi gerekiyor. Bunu anlıyorum.” [OGT-1 Katılımcı-3]

“Aileye sosyal açıdan, psikolojik açıdan destek olmayı, onların yanında olduğumuzu belli etmeyi. Bunlar geliyor aklıma.” [OGT-1 Katılımcı-1]

“Bizim 400, 600, 700 yani 1000 gr altı bebeğimiz çok oluyor. Bu yüzden aileler ekstra daha depresif olabiliyorlar ki haklılar. Onların tabii ki sosyal bir desteğe ihtiyaçları var. Özellikle bebeklerini emanet ettikleri kliniğe, hemşireye, doktora, personele olsun. Yani o bakımdan böyle bağdaştırıyorum. Güçlendirmeyi bu konuda bağdaştırabilirim.” [OGT-4 Katılımcı-2]

“Manevi destek sağlanmasını anlıyorum.” [OGT-5 Katılımcı-4]

Tema 2: Ebeveyn-bebek Arasındaki Bağlantının Sağlanması ve Bağın Güçlendirilmesi

Katılımcılardan 7'si aile güçlendirme yaklaşımını ebeveyn ve bebek arasındaki bağın güçlendirilmesi olarak tanımlamıştır. Tema 2; Tema 1 ve Tema 3 ile yakından ilişkilidir. Katılımcılar anne-bebek arasındaki bağın ailelerin bilgilendirilmesi ve psiko-sosyal destekle güçlendirilmesi gerektiğini vurgulayarak ailenin güçlendirilmesi yaklaşımı tanımlanmıştır. Ancak “Anne-bebek arasındaki bağ ve bu bağın güçlendirilmesi” özel olarak vurgulandığı için bu tanımlama ayrı bir tema olarak ele alınmıştır.

“Aile güçlendirme deyince ben daha çok bebekle ebeveynler arasındaki bağlantıyı anlıyorum daha çok. Onları bebeklerinin gelişim süreçlerinde neler yapması

gerektiğine, doğru bakımı vermelerini sağlamak. Bu geliyor aklıma" [OGT-5 Katılımcı-2]

"Ebeveynle bebek arasındaki bağlantıyı sağlamak diyebilirim." [OGT-1 Katılımcı-5]

"Bu kavramı duymadım ama sanki aile bağlarını, bebekle anne arasındaki bağı güçlendirmek gibi bir şey algılıyorum bu kelimedenden" [OGT-3 Katılımcı-2]

Aileni güçlendirilmesi yaklaşımı, annenin yanında baba ile de bağı güçlendirildiği bütüncül bir yaklaşım olarak tanımlamıştır:

"Duymadım ama benim anladığım anne-baba-çocuk arasındaki bağların güçlendirilmesi olabilir. İletişimin devamlılığı, sürekliliği..."[OGT-5 Katılımcı-1]

"Anne, bebek veya babayı bir arada tutabilecek, bağlarını güçlendirebilecek bizim yapabileceğimiz genel şeyler." [OGT-4 Katılımcı-3]

"Aslında hemşireliğin bütüncül yaklaşımı oluyor. Şöyle söyleyeyim, hemşireler sadece topluma yönelik hizmet ederler. Aslında hastaya yönelik değil ya da hastalığa yönelik değil. Aile güçlendirme de bizim mesleğimizde önemli, yani bizim bölümümüzde önemli. Çünkü prematüre bakımlarda aslında aileyi destekliyoruz, anneyi destekliyoruz daha çok. Babayı da destekliyoruz ama daha çok anneyi destekliyoruz. Bununla ilgili olduğunu düşünüyorum." [OGT-2 Katılımcı-2]

"Tabii. Bunu biz uyguluyoruz zaten. Annenin durumuna göre, evin içinde babanın yaklaşımı nasıl, evde kayınvalide var mı, kaynana var mı, kimler yaşıyor, bebek için anne için sağlıklı ortam var mı diye biz yakın takip ediyoruz." [OGT-1 Katılımcı-4]

Tema 3: Annenin Eğitilmesi ve Bilinçlendirilmesi

Katılımcıların 6'sı ailenin güçlendirilmesini annenin bilgilendirilmesi ve eğitilmesi olarak tanımlamıştır.

"Aile güçlendirme derken, bebeğin bakımıyla ilgili aileyi bilgilendirme ve onların daha çok yapmasını sağlamak." [OGT-3 Katılımcı-1]

"Eğitim anlıyorum ben. Ailelerin eğitimi. Her gün de veriliyor, burası güzel aslında. Yarım saat filan anneler geliyor yoğun bakıma, yarım saat eğitimlerini alıyorlar bebekleriyle birlikte. Anne uyumda da alıyorlar zaten, gün boyunca 24 saat." [OGT-2 Katılımcı-3]

Aile güçlendirme yaklaşımı, annelerin bebeklerine bakım sağlaması için aşılar, genel sağlık, emzirme, temel bakım gibi konularda yeterli bilgi ve donanımın verilmesi olarak tanımlanmıştır:

"Eğitim veriyoruz annenin bebeğini daha kaliteli bir emzirme yöntemiyle emzirmesi için. Bakımlarıyla ilgili bilgi veriyoruz. Aşılar konusunda olsun, sağlık yönünden olsun bilgilendirme amaçlı destekleme güdüyoruz" [OGT-4 Katılımcı-4]

"Ebeveynlerin çocuklarına yetebilmesi diyebilirim." [OGT-2 Katılımcı-4]

"Aile güçlendirme deyince ben daha çok bebekle ebeveynler arasındaki bağlantıyı anlıyorum daha çok. Onları bebeklerinin gelişim süreçlerinde neler yapması gerektiğine, doğru bakımı vermelerini sağlamak. Bu geliyor aklıma" [OGT-5 Katılımcı-2]

"İlk defa böyle bir durumla karşılaştıkları için, bize bile çalışmaya başladığımızda bebekler çok küçük geliyorlardı, dokunsak sanki bir yeri incinecekmiş gibi geliyordu, aileler bunu çok daha yoğun yaşıyorlar ve buradan taburcu oldukları zaman da nasıl bakacakları konusunda çok tedirgin oluyorlar. Onun için onlara bu konuda eğitim verilip alıştırmaları gerektiğini düşünüyorum. Bu aile güçlendirme yaklaşımının da onu kapsadığı bir konu olduğu aklıma geldi açıkçası." [OGT-4 Katılımcı-1]

Bir katılımcı, bu yaklaşımı ailenin bakıma dahil edilerek bilinçlendirilmesi olarak tanımlamıştır:

"Aile güçlendirmeden şunu anlıyorum ben: Ailenin bakıma dâhil edilmesi, bebek bakımına dahil edilmesi, yenidoğan ile daha bilinçlendirilmesi ailenin. Bunu anlıyorum." [OGT-1 Katılımcı-2]

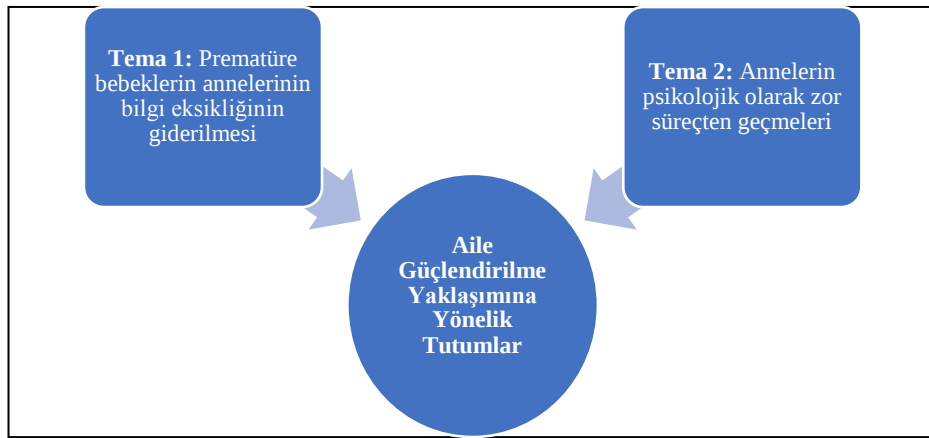
4.5.2. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Tutumlar

Hemşirelerin aile güçlendirilmesine yönelik bilgi ve farkındalıklarının yanı sıra, aile güçlendirilmesi kavramı ve aile güçlendirme hizmetlerinin sağlanmasına yönelik tutumları da incelenmiştir. İlk başlık altında aile güçlendirilmesine yönelik hemşirelerin tutumları, aile güçlendirilmesinin önemi ve gerekliliğine yönelik ortaya çıkan temalar ile sunulmuştur. İkinci başlık altında, ailelere sunulan hizmetlere yönelik hemşirelerin görüşleri, ilgili temalar çerçevesinde tartışılmıştır. Aile güçlendirilmesine yönelik genel tutumlar ve hizmetlere yönelik görüşlerle paralel olarak, üçüncü başlık altında ise hemşirelerin görüşlerine göre aile güçlendirilmesinde öncelikli olması gereken alanlar tespit edilmiş ve ortaya çıkan temalar sunulmuştur.

4.5.2.1. Aile Güçlendirilmesi Yaklaşımına Yönelik Tutumlar: Aileler Neden Güçlendirilmeli?

Katılımcıların tümü ailenin güçlendirilmesi ve ailelerin bakım sürecine eşlik etmesi gerektiğini düşünmektedir. Ailenin niçin güçlendirilmesi gerektiği noktasında hemşirelerin açıklamaları incelendiğinde, hemşirelerin ailenin güçlendirme yaklaşımını tanımlamalarıyla, bu soruya verilen yanıtların paralellik gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre, 2 temel sebepten dolayı ailenin güçlendirilmesi gerekmektedir:

- Tema 1: Prematüre bebeklerin annelerinin bilgi eksikliğinin giderilmesi
- Tema 2: Annelerin psikolojik olarak zor süreçten geçmeleri



Şekil 4.2. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Tutumlar

Tema 1: Prematüre Bebeklerin Annelerinin Bilgi Eksikliğinin Giderilmesi

Hemşireler ailelerin bakım konusunda bilgi eksikliği olduğunu belirtmişlerdir. Ailelerin bakım sürecine dahil edilmesi için aile güçlendirilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir ayrıca aile güçlendirme yaklaşımının bebek dünyaya gelmeden önce başlaması gereken bir süreç olduğu vurgulanmıştır:

"Tabii ki kesinlikle güçlendirilmeli. Özellikle de yeni çocuk sahibi olan aileler bilmiyorlar neyi nasıl yapacaklarını, hangi durumlar karşısında nasıl davranmaları gerektiğini ve kesinlikle bir destek almaları gerekiyor." [OGT-2 Katılımcı-4]

"Evet güçlendirilmeli çünkü aileler tam ne olduğunu kavrayamıyorlar. Ya da ne yapılması gerektiğini bilmediği için aileye bu konuda eğitim vermek, yoğun bakımda nelerin olduğunu desteklemek ya da onları bu bakıma dahil etmek önem arz ediyor tabii ki de." [OGT-2 Katılımcı-1]

Ailelerin ileride oluşabilecek sağlık problemleri hakkında bilgilendirilmesi gerektiği ve gerekli bakımı sunabilmesi için ailenin güçlendirilmesi gerektiği gözlemlenmiştir:

"Aileler güçlendirilmeli çünkü onların çocukları özel. İlerde bir sürü gelişimsel problemlerle de karşılaşabilirler. Bunlara karşıda bilinçli olmaları gerekiyor. Neler yapmaları gerektiği konusunda." [OGT-4 Katılımcı-3]

Tema 2: Annelerin Psiko-sosyal Desteğe İhtiyaç Duyması

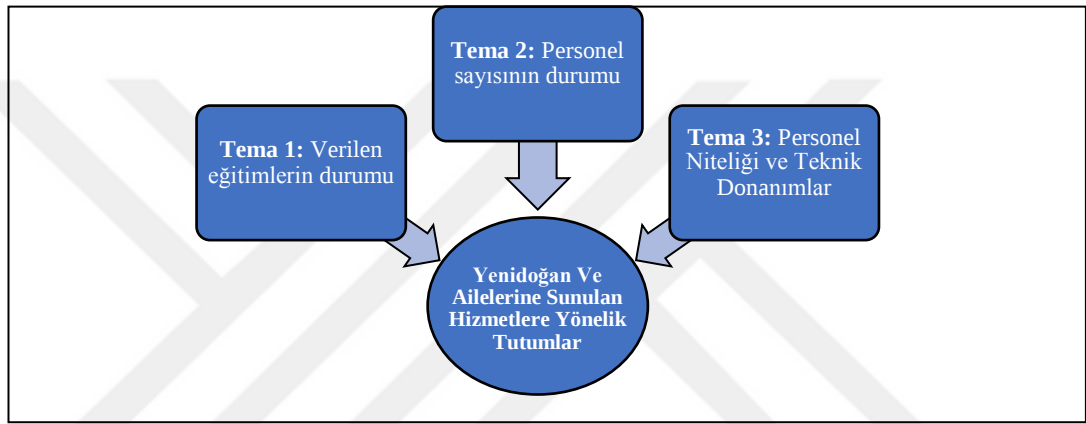
Annelerin psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu vurgulamış ve bu nedenle ailenin güçlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir:

"Tabii prematüreler için aile güçlendirilmesi çok önemli; Çünkü düşünsenize, bebeği 9 ay karnında taşıyorsun, sonra elinden alıyorlar, bebeğini hiç göremiyorsun. Onu benimseyebilmesi için, onun varlığını hissedebilmesi için çok gerekli." [OGT-4 Katılımcı-3]

4.5.2.2. Yenidoğan ve Ailelerine Sunulan Hizmetlere Yönelik Tutumlar

Hemşirelerin tamamına yakını yenidoğan ve ailelerine sunulan bakım hizmetlerini yeterli bulmuşlardır. Sunulan hizmetlere ilişkin düşünceleri üç tema ekseninde incelenebilmektedir:

- Tema 1: Verilen eğitimlerin durumu
- Tema 2: Personel sayısının durumu
- Tema 3: Personel niteliği ve teknik donanımlar



Şekil 4.3. Yenidoğan ve Ailelerine Sunulan Hizmetlere Yönelik Tutumlar

Tema 1: Verilen Eğitimlerin Durumu

Verilen eğitimlerin içeriği ve çeşitliliği, hizmetlerin yeterli bulunması noktasında en çok vurgulanan tema olarak ortaya çıkmaktadır:

"Bizim yoğun bakımımızda ailelere çok detaylı olarak ve her gün iyi bir bilgilendirme yapılıyor doktorlar tarafından bizzat görüşülerek. Hemşireler de aynı şekilde, bebeklerin tıbbi hikâyelerini değil de kendilerinin yetkin olduğu konularda destek olup annelere aynı zamanda eğitim vererek birçok konuda destek oluyorlar." [OGT-1 Katılımcı-1]

"İyi durumdayız bence. Aileyi destekliyoruz. Hem bilgilendirme konusunda hem eğitimler konusunda elimizden geleni yapıyoruz." [OGT-1 Katılımcı-2]

Tema 2: Personel Sayısının Durumu

Bir katılımcı tarafından, personel sayısının arttırılmasının, iş yoğunluğunu azaltacağı ve aile güçlendirilmesine yönelik hizmetlerin kalitesini arttıracığı vurgulanmıştır:

"Birazcık iş yükümüz fazla olduğundan dolayı güçlendirmelerin zor olduğunu düşünüyorum. Bunun için ya ayrı bir bakım sürecine dâhil etme ya da hemşire bölümünü ayrı bir konuda tutmak gerekiyor ya da bakım sürecini daha bebekleri azaltarak bakıma aileyi ya da anneyi dâhil etmek gerekiyor. Yani biraz yetersiz buluyorum personel yetersizliğinden kaynaklı olarak." [OGT-2 Katılımcı-1]

Tema 3: Personel Niteliği ve Teknik Donanımlar

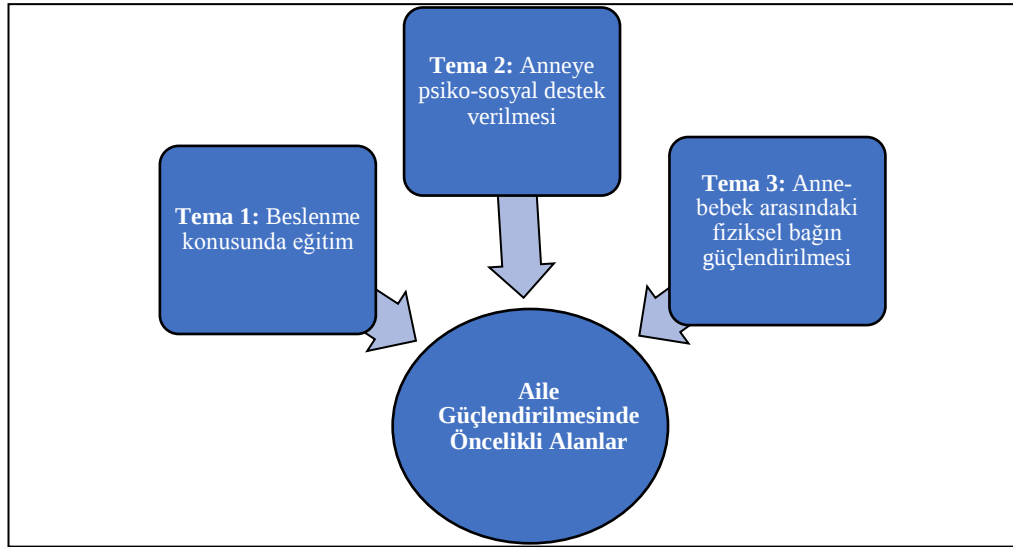
Personellerin niteliği ve teknik donatıların yeterli olmasının da aile güçlendirme servislerinin yeterli sağlanması yönünde bir etmen olduğu gözlemlenmiştir:

"Burasını ben çok beğeniyorum. Malzeme var, olanaklar var, ziyaret saatidir, görüşür... Eğitim olarak da hemşire sayısı olarak da yeterli." [OGT-2 Katılımcı-3]

4.5.2.3. Aile Güçlendirilmesindeki Öncelikli Alanlar

Yapılan odak grupları sonucunda, aile güçlendirilmesinde 3 öncelikli alan aşağıdaki gibi tespit edilmiştir:

- Tema 1: Beslenme (emzirme, süt sağımı vb.)
- Tema 2: Psiko-sosyal destek
- Tema 3: Anne-bebek arasındaki fiziksel bağın güçlendirilmesi



Şekil 4.4. Aile Güçlendirilmesinde Öncelikli Alanlar

Tema 1: Beslenme ve Temel Bakım Hizmetleri

Öncelikli alanlara yönelik ortaya çıkan ilk tema temel bakım konusunda bilgilendirilme yapılmasıdır. Hemşirelerin tamamına yakını besleme, hijyen, aşı ve bebeğin sağlığıyla ilgili temel bilgileri içeren eğitimler verilmesi konularını öncelikli alan olarak görmektedirler. Özellikle de süt sağımı konusunda ailelerin desteğe ve teşvike ihtiyaçları olduğu ortaya çıkmıştır:

"Bir kere anne sütü sağmaları ve anne sütüyle beslemeleri konusunda güçlendirilmesi gerekiyor. Sezaryenle doğduğu için çoğu bebek sütüm gelmiyor diyerek çoğu bırakıyor veya bebekleri yoğun bakıma yattığı için bir süre sonra süt sağmakta zorlanıp bırakıyorlar. Ben en çok bunu gözlemledim. Bu konuda güçlendirilmeleri gerekiyor. Bir de o dönemde ailelere daha olumlu şeyler söyleyerek onların özgüvenlerini geliştirmek gerekiyor ki korkularını yensinler, bebeklerine kendilerinin yetebileceklerini hissetsinler diye o konularda bilgi verilebilir." [OGT-4 Katılımcı-1]

"Anne sütü eğitimi özellikle çünkü prematürelerde anne sütü çok önemli. Bu konuda destek vererek, emzirme teknikleri olsun, psikolojik olsun, süt sağımının artırılması konusunda da güçlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz." [OGT-3 Katılımcı-2]

"Süt sağması, yani herkesin de dediği gibi, en önemli nokta bu bizde annelerin yapabileceği." [OGT-1 Katılımcı-3]

"İlk başta kesinlikle anne sütü sağılması. En temel esaslardan aslında el hijyeninden filan bahsediyoruz. Hijyen konusunda büyük bir eksiklik var bence. Onu tamamen anlatıyoruz, biz burada yapmaya çalışıyoruz. " [OGT-1 Katılımcı-5]

"Gerek bebeklerin bakımları, fiziksel bakımları, gerek beslenme düzenleri. Onun haricinde bebeğin anne sütünden doyup doymadığını anlaması ve bebeklerini sık sık normal bebeklerden bir tık daha iyi gözlemleyebilmeleri." [OGT-2 Katılımcı-4]

"Özellikle enfeksiyon konusunda. Şu an pandemi sürecindeyiz. Enfeksiyon konusunda daha fazla bilinçlendirilmeliler." [OGT-3 Katılımcı-1]

Temel bakım konusunda görüş bildiren bazı katılımcılar ise bu hizmetlerin yalnızca sözel değil, yazılı dokümanlar halinde annelere sağlanmasının önemini altını çizmiştir:

"Aileler genel olarak bilmedikleri için daha çok bir korku oluyor. O hastalıkları tabii ki anlatma, belki yazı yoluyla ellerine verme gibi yeni yeni şeyler yapabiliriz ama biz her görüşmemizde ya da her bilgilendirmemizde tabii ki yazılı belge vermiyoruz, sözel olarak anlatıyoruz. Ama söz uçar, yazı kalır. Yani belki daha kalıcı olması açısından, eve gittiğinde okuyabilmesi açısından verilebilir. Ama şöyle bir durum var, bebekler her gün, ay hafta, her ay aynı kalmıyor. Kavram kargaşası olması açısından bu yapılmıyor olabilir." [OGT-4 Katılımcı-2]

Tema 2: Psiko-sosyal Destek

Öncelik verilen alanlara ilişkin ortaya çıkan ikinci tema ise anneye psiko-sosyal hizmet sunumudur. Annelerin bu süreçte yaşadığı psikolojik zorluklar dolayısıyla bu alanda psikolojik destek sağlanması önemli olduğu hemşireler tarafından vurgulanmıştır:

"Özellikle psikolojik olarak tabii. Çünkü prematüre doğdukları için ister istemez kendilerini de suçlu hissediyorlar özellikle anneler "Benden kaynaklı nedenlerden dolayı mı çocuğum erken doğdu?" diye... Psikolojik olarak çok destek almaları gerekiyor." [OGT-3 Katılımcı-2]

"Özellikle onlar şu anda kendilerini çok yetersiz hissediyorlar. Özellikle premature anneleri kendilerini çok suçluyorlar bu konuda. Her şeye sebep olan kendileri olduklarını düşünüyorlar. Bu konuda birazcık desteklenmeleri gerekiyor, psikolojik destek gerekiyor." [OGT-1 Katılımcı-2]

Hemşireler özellikle ölüm durumunda anneye gerekli psikolojik desteğin sağlanması gerekliliği vurgulanmıştır:

"Örneğin ex durumunda anneye destek sağlayacak unsurların psikiyatri hemşireleri tarafından ya da psikiyatri doktorları tarafından desteklenmesi gerekiyor. Bizim o konuda bir eksiğimiz var." [OGT-2 Katılımcı-2]

Tema 3: Anne-Bebek Arasındaki Fiziksel Bağın Güçlendirilmesi

Bebeklerin fiziksel iyilik halinin korunması için temel bakım hizmetlerinin yanında anne ile bebeğin fiziksel temasının önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Pandemi dolayısıyla bu alanda zorluk yaşandığı görülmüştür. Hemşireler anne ile bebeklerin daha çok temas etmelerinin teşvik edilmesi gerektiğini vurgulamıştır:

"Burada bebekler uzun süre kaldıkları için anne ile bebek arasında bağlanma süresi uzuyor. Güçlendirmemiz gereken nokta da aslında Covid-19'dan önce yapıyorduk, ten tene temas çok etkili. Böylece anneler bebeklerine bir an önce kavuşmak istiyordu ama şu anda çok korkuyorlar, dokunmaya bile çekiniyorlar." [OGT-1 Katılımcı-5]

"Bakım sürecinde diye söyleyebilirim. Beslenme konusunda. Çünkü anne sütünün önemini anlatırken bir taraftan da sadece biberonla, enjektörle vermeyi yani kolaylık bazen kendimizde buluyoruz. Bundan dolayı anneyi de emzirmeye desteklemek çünkü annelerin yanında bile bebekler daha aktif hale geliyorlar. Bu konuda destekleye biliriz." [OGT-2 Katılımcı-1]

4.5.3. Ailelerin Güçlendirilmesine Yönelik Uygulamalar

Ailenin güçlendirilmesine yönelik uygulamalar başlığı altında, hemşirelerin mevcut deneyimleri ve Covid-19 döneminde bu deneyimlerin nasıl değiştiğini tespit etmek

amaçlanmıştır. Bu süreçte karşılaşılan zorluklar, engeller ve bu engellerin aşılması için mevcut stratejilerin tespit edilmesi hedeflenmiştir.

4.5.3.1. Aile Güçlendirilmesine Yönelik Deneyimler

Aile güçlendirilmesine yönelik sunulan hizmetler ve bu hizmetlerin sunumundaki deneyimler incelendiğinde, annenin bilgilendirilmesi ve psikolojik destek sunulması konusunda hizmet verildiği görülmektedir. Özellikle prematüre bebeklerin annelerine anne sütü eğitiminin verildiği, bakım konusunda bilgilendirme ve hijyen konusunda bilgilendirmeler yapıldığı aktarılmıştır:

"Bebek prematüre ise anneler dokunamıyorlar, çok küçük diyorlar. Çünkü hareketleri yok. Ağlamıyor, etmiyor. Korkuyor, uyanmıyor bu, ne yapsam? Ne zaman da istesem "Bu kadar emzirdiğim yeter mi?" endişeli oluyor. Bu konularda destekliyoruz. Mesela alıyorum bebeği, kucağına ben veriyorum. Öncesinde "Göğsünüze dokunabilir miyim, bebeği emzirteceğim" diye bilgi veriyorum. Kendimi de tanıtıyorum tabii. Onlar normal, olması gereken şeyler. Bebeğin memeyi tutmasını sağlıyoruz. Yoğun bakımdan çıktıktan sonra anne uyum servisine geliyor ya, orda pek bir şey yapılamıyor göğüs tutulması açısından. Sadece günlük geliyorlar öğlenleri ya da doktor her emzirmeye gelsin derse o zaman geliyorlar. Onun dışında burada hep bebekleriyle beraberler ya. Onu önce biz cesaretlendiriyoruz. Mesela kıyafetlerini giydiremiyorum hemşire hanım, siz yardımcı olur musunuz, daha önce hiç giydirmedim. Tabii diyoruz ve yardımcı oluyoruz." [OGT-3 Katılımcı-1]

"İlk aile geldiği andan itibaren öncelikle bebeği hakkında bilgilendiriliyor mutlaka. Sonrasında prematürelilik nedeniyle biraz uzak kalıyorlar. Çünkü gerçekten solunum desteği, beslenme gibi çok problemleri oluyor bebeklerimizin. Belli bir süreçleri oluyor. Ama dahil etmek için "En azından her gün mutlaka gel bebeğini gör" diyoruz. Psikolojik destek sağlıyoruz. Sonrasında da yavaş yavaş, el hijyeninden başlayarak her gün biraz daha artırarak eğitimlerimize devam ediyoruz. Taburculuğa kadar devam ediyor bu süreç." [OGT-1 Katılımcı-2]

"Covid 'den önce kanguru bakımı yapıyorduk. Anne bebeği hissetsin diye şapkalarını veriyorduk, şapkalarını göğüslerine koyup sütlerini sağlıyorlardı. Bu bile yeterli

oluyordu. Ya da sadece anne olarak düşünmeyelim. Kardeşler... Çünkü küçük çocuklar daha çok etkileniyor bu durumdan ve toplum onları da kapsıyor. Küçük kardeşlerin yaptığı resimleri asıyorduk. Bu onların hoşuna gidiyordu. Anneyle sohbet etmek de çok önemli çünkü annenin başka korkuları olabiliyor. Her anne aynı korkularla gelmiyor. Bazıları küçük diye korkuyor, bazıları nefes alamayacak bağımlı kalacak... Toplumdan ne duyularsa, işte bilgi eksikliği, oradan kaynaklanıyor. Bunlardan korkarak geliyor. Onlar konusunda yardım ettik. Eğitimlerimiz çok fazlaydı. Hijyen konusunda... Bizim bebeklerimiz prematüre oldukları için enfeksiyona çok açıktır. Ne kadar büyürlerse büyüsünler, özel bir koruma altına alınmaları gerekiyor. Enfeksiyon konusunda çok fazla destek olduğumuzu düşünüyorum. Yani alt değiştirmenin farklı olduğunu görebiliyoruz. Alt değiştirmenin bile. Ya da bir gaz çıkarmanın bile annelerde farklı olduğunu göre biliyoruz ve doğrusunu öğretmeye çalışıyoruz." [OGT-2 Katılımcı-2]

"Ziyaret saatlerinde anne ile bebeği yalnız bırakmaya çalışıyoruz. Onların iletişim kurmasını sağlıyoruz. Dokunmak çok büyük bir şey bence. Çünkü dokununca onlar güçleniyor zaten, anne sütüne etkisi oluyor. Anne sütü sağıldıkça da bebek anne sütünün kokusunu alıyor. İkisi arasındaki bağıntıda çok büyük şeyler var. Tabii babanın da sürekli görmesi gerekiyor. Aslında baba için daha kötü bir şey. Babaları biz biraz ikinci plana atıyoruz. O da yine Covid-19 yüzünden. Ama babalarında da tabi ki dahil olması gerekiyor." [OGT-1 Katılımcı-5]

"Genelde eğitimlerimiz oluyor. Süt eğitimi veriyoruz. Buradan taburcu ettiğimiz bebeklerimizin kimisi oksijen desteği alıyor, kimisi OG ile beslenmeye devam ediyor ve bunları onlara öğretiyoruz. Bunların normal bir süreç olduğunu, ilerde geçebileceğini veya ilerdeki yaşamında bunların aslında o bebekleri güçlendirdiğini vs. o tür şeyleri konuşuyoruz, onları anlatıyoruz." [OGT-2 Katılımcı-4]

Hemşireler deneyimlerini aktarırken annelerin sunulan hizmetten memnun kaldıklarını belirtmiştir:

"2 gün önce taburculuk eğitimi verdiğim bir anne memnun kaldığını söyledi. Tutuş şeklinden olsun, alt değiştirme olsun, bu zamana kadar hangi aşamalardan geçtiğinin hepsini tek tek anlatıp artık olmuş bir bebek, miadına gelmiş bir bebek... Bu süreden

sonra annenin ne yapması gerektiği konusunda bilgi veriyorum ve olumlu dönüş aldım." [OGT-3 Katılımcı-3]

Anne-bebek arasındaki bağı güçlendirilmesine yönelik hizmetler sunulduğu da aktarılmıştır:

"Haftanın her günü 13 ile 13:30 arasında yarım saatlik bir sürede anne ile bebeği kavuşturuyoruz, ziyarete alıyoruz, ten tene temas yapıyoruz, dokunmasını sağlıyoruz. Bu şekilde aralarındaki bağı güçlendiremeye çalışıyoruz." [OGT-3 Katılımcı-2]

Babaya da eğitimler verildiği aktarılmıştır ancak katılımcıların yarısından azı babaya yönelik uygulanan hizmetlerden bahsetmiştir.

"Bizim burada öncelikli hedefimiz anne bebek uyum odaları olduğu için eğitim. Gerekirse babaya da gördüğümüz kadarıyla, denk geldiğimiz kadarıyla eğitim veriyoruz. Hem babaya hem anneye; eğitim eğitim eğitim!" [OGT-5 Katılımcı-1]

4.5.3.2. Covid-19 Sürecinde Ailelerin Güçlendirilmesi

Covid-19 sürecinin mevcut deneyimlerde önemli değişimlere yol açtığı ortaya çıkmıştır. Bu değişimin yaşandığı en önemli alanın, anne-bebek arasındaki fiziksel bağı güçlenmesi konusundaki hizmet ve faaliyetler olduğu tespit edilmiştir. Pandemi nedeniyle anne ve bebeğin görüşleri sınırlandırılmıştır. Bu durum, fiziksel temasın güçlendirilmesi yönünde bir dezavantaj oluşturmuştur. Ancak bu zorluğun bertaraf edilmesi için anneye videolu arama yapılarak bebekleri gösterilmiştir ayrıca hemşirelerin bebeklerin eşyalarını annelerine hediye ettiği saptanmıştır:

"Olumsuz yaşadık mecburen. En baştan itibaren her anne geldiğinde mutlaka kucağına vermek istiyoruz. Solunum desteği alsa bile annenin kucağına bir vermek istiyoruz. Ten tene temasını sağlamak istiyoruz. Hep o oldu ilkemiz. Ama bu Covid-19 sürecinde öyle bir zaman oldu ki annelerimizde Covid-19 pozitif çıktı, o durum mecburen anneleri bebeklerinden bir adım uzaklaştırmak zorunda kaldık. Sonra bir dönem hiç ziyaretçi kabul edemedik çünkü genel bir kural belirlendi. Hastane kuralı, uymak zorunda kaldık. Anneler belli bir dönem bebeklerini hiç göremediler. Bu durum bizi üzdü. Biz de ne yaptık? Medya aracılığıyla sosyal medyada onlarla görüşmeleri

sağladık, canlı video bağlantıları açtık, sonra anne eğitimleri düzenledik burada online. Bütün annelere yine anne sütüyle ilgili olsun, yoğun bakım nedir, bebeğiniz nasıl bir ortamda yatıyor, neler yapıyor, nasıl besleniyor, bunları tek tek 5 gün süren bir eğitim verdik bütün annelerimize online olarak. O süreç onları çok rahatlattı, çok duygusallaştırdı. Çok duygusal anlar yaşadık gerçekten burada. Sonra ödül olarak da onlara her eğitimin sonunda hem eğitime teşvik etmek amacıyla eğitimlerinin sonunda da sürpriz bebekleri gösterebileceğimizi söyledik. Makinede olsun, besleniyor olsun, o anda neyse hali o andaki durumuyla kuvöz içinde bebeklerini gördüler. Dedeler gördü, nineler gördü torunlarını. Gerçekten güzel oldu. Öyle destek verdik ailelere. Anneleri de psikolojik olarak rahatlatmak istedik, elimizden o geldi. Sonra yine sosyal medyadan bir sayfa açtık, oradan taburcu olan bebeklerin, aileler izin verdiği sürece yazılı izin aldık onlardan, fotoğraflarını bazen paylaştık. Bazen annelerin fotoğraflarını paylaştık, büyümesini paylaştık, videolar paylaştık. Eğitim destekli de oldu. Bu arada anne sütünü de anlattık yine sayfamızda. Öyle destek olduk, hâlâ da devam ediyoruz aynı şekilde." [OGT-1 Katılımcı-2]

"Olumsuz yönde çok yaşandı. Mesela bazı annelere bir şey olmuştu, anne bebeğini bir türlü almak istemiyor. Evim boyanıyor, bayramdan sonra alayım filan diyor çünkü o bağlanma süreci çok sıkıntılı oluyor. Bunu Covid-19'a bağladım kendimce; çünkü bebeğini kucağına alamıyor, bir bağlanma sağlayamıyor. Anne sütü sağmayı bir süre sonra kesiyor çünkü 3 aydan daha uzun yatan bebeklerimiz oluyor. Çok çok düzenli sağması gerekiyor ki anne sütünü kesmesin. Anne sütü kesilince bu sefer bebek de anneyi istemiyor, bağlanamıyor. Orda bir kopukluk yaşandığını düşünüyorum" [OGT-1 Katılımcı-5]

"Klinik olarak öyle bir girişimiz oldu. Görüntülü konuşma diye bir girişimimiz oldu. Anneler bebeklerine gelip dokunamadılar ama uzaktan da olsa onlardı görebildiler. Durumu iyi olan daha stabilize bebeklerimizin fotoğraflarını çekip ailelerine de gönderdik" [OGT-2 Katılımcı-4]

Pandemi dolayısıyla mevcut deneyimlerde yaşanan bir diğer değişiklik ise annenin yüz yüze bilgilendirilmesi konusudur. Pandemi süresince anneler telefon ve sosyal medya gibi kanallar üzerinden bilgilendirilmeye devam edilmiştir:

"Annenin hiç içeri alınmadığı zaman Zoom üzerinden bebeklerini göstermiştik. O da çok etkili olmuştu. Hatta çok teşekkürle gelenler olmuştu." [OGT-1 Katılımcı-5]

"Video görüntülü arama yaptık. Anneleri öyle rahatlattık. Annelere bilgi verebilmek için 24 saat bizim servisimizde bulunan telefonların üçünün de kodunu verdik. Bizi aradıkları zaman "Bebeğiniz şu anda uyuyor, şu an rahat bir şekilde" veya "Durumu şöyle, doktor beyi vereceğim, doktor hanımı vereceğim, o size daha ayrıntılı bilgi verecek" şeklinde rahatlatmaya çalıştık. Görüntülü arayarak da görüp rahatlasınlar istedik; çünkü bizim bebeklerimizin sesi çıkmıyor maalesef." [OGT-2 Katılımcı-2]

"Fotoğraf çekmek istiyorlar bazen. Bir ara yasaklamıştık. Vakalar artınca ziyaret saatleri kalkmıştı. O süre zarfında haftada bir kez geliyorlardı. Sadece fotoğraf çekmeye izin veriliyordu. Bu şekilde yardımcı oluyorduk; çünkü dokunmak falan, çok çıkaramıyorduk kuvözün içinden bebekleri." [OGT-3 Katılımcı-3]

"Yani pandemi sürecinde hem kendi sağlığımız açısından hem bebek annenin... Çünkü her anneye test uygulayıp içeri alma olasılığımız sıfırdı. Yapabilecek olası şartlarda onu gerektirdi." [OGT-4 Katılımcı-4]

"Dediğim gibi, önlük giydiriyoruz, ellerini yıkıyoruz. Onlar zaten genelde rutinde de olan şeyler. Burası yoğun bakım olduğu için. Dezenfekte edip dokundurtuyoruz." [OGT-4 Katılımcı-3]

"Stresini azaltmak için Zoom üzerinden canlı video görüntü yapıldı. Her gün belli bebekler o videoda gösterildi. Bu ailelerin olumlu olarak psikolojilerini düzeltti. Sevindirdi aileleri." [OGT-4 Katılımcı-1]

"Bebeklerin şapkalarını annelerine verdik, Zoom üzerinden görüntülü konuşmalar yaptık, bebeklerin resimlerini paylaştık, telefonda bilgiler verdik." [OGT-5 Katılımcı-4]

"Zoom'dan eğitimlerimiz oluyordu ayrıca annenin bir eşyasını alamıyorduk ama bebeğin en kötü bir şapkasını veriyorduk bir gün boyunca taktığımız. Saklıyorduk onu, anneye veriyorduk. Anne sonrasında yenisini getiriyordu, onu veriyordu, öyle değişiklik yapıyorduk." [OGT-5 Katılımcı-2]

Covid-19 sürecindeki aile güçlendirilmesine yönelik deneyimleri etkileyen dışsal bir faktör ise pandemi dolayısıyla ailelerin daha çok ekonomik problemler yaşadıkları, dolayısıyla stres seviyelerinde artış olduğudur.

"Babalar çok gergin oluyorlar. Özellikle buraya orta kesim aileler geliyor, serbest meslekte çalışan. O yokluğu hissediyorsunuz zaten, parasının olmadığını, işsizlikten dolayı gergin olduğunu. Anne ağlıyor. Bu Covid-19 sürecinde daha kötüydü tabii ki."
[OGT-1 Katılımcı-4]

4.5.3.3. Ailelerin Talepleri ve Uygulanan Aile Güçlendirme Yöntemleri

Ailenin güçlendirilmesi konusundaki öncelikli alanlara yönelik görüşlerle paralel olarak, aileler temel bakım konularında bilgilendirme talep etmektedirler. Ailelerin bilgilendirme ve diğer alanlarla ilgili talep ettiği alanlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Tema 1: Beslenme ve temel bakım eğitimi
- Tema 2: Bebekle temas etme konusunda bilgilendirme
- Tema 3: Psikolojik destek talebi

Hemşireler annelerin en çok anne sütü ve beslemeyle ilgili konularda rehberlik talep ettiğini belirtmiştir:

"Beslenme konusunda. Emzirme, mama gerekli mi, değil mi? Bebek bakımıyla ilgili. Özellikle doğum parası, süt parası veriliyor mu diye çok soruyorlar ama o konularda biz de çok bilgi sahibi değiliz açıkçası. Devlet ne kadar veriyor, nerelerden yardım alınıyor." [OGT-1 Katılımcı-4]

"En çok anne sütü sağma ve daha sonraki olaylarda nasıl bakacağını, nasıl davranacağını, bebeğe nasıl dokunacağını bile. Bunlardan talep ediyorlar" [OGT-1 Katılımcı-5]

"Bizlerden taburculuğa yakın ne yapması gerektiği. Birtakım ilaçlar alıyor bebek taburcu olurken, onları nasıl kullanacağını biz anlatıyoruz. Ya da sütü nasıl sağacağını, kaç saatte bir sağması gerektiğini vs. soruyorlar." [OGT-1 Katılımcı-3]

"Genellikle önce süreçlerini merak ediyorlar. Neler oluyor, bebeğimize ne yapıyorsunuz, onu merak ediyorlar. Her gün büyüdü mü, kilo aldı mı, onları soruyorlar. Özellikle ne zaman taburcu olur diyorlar. İlk soruları genellikle o oluyor. Buradaki yaptıklarımızı anlatmaya çalışıyoruz. Niye bebeklerinin burada olduğunu anlatmaya çalışıyoruz ve anne sütü konusunda tabii ki çok destek istiyorlar. Kimisinin prematüre olduğu için erken sütü gelmiyor, o yüzden o süreci beraber atlatıyoruz. Sütü gelmesi için nasıl sağması gerektiğini en baştan itibaren anlatıyoruz. Gelmeyene bir daha anlatıyoruz. Öyle destek veriyoruz. Genellikle sütün artırılmasıyla ilgili destek veriyoruz." [OGT-1 Katılımcı-2]

"Özellikle anneler anne sütü eğitiminde, emzirme konusunda. Bir de yine bebek bakımı konusunda da talepleri oluyor." [OGT-1 Katılımcı-1]

Bebeğin yıkanması, uyku, ek gıda ve takviyelere yönelik talepler de olduğu görülmüştür:

"Beslenme konusunda, bebeklerin yıkanması konusunda, aşıları konusunda. Gaz problemleri olduğundan ne gibi şeyler yapabiliriz ne yapabiliriz, vitaminlerini nasıl kullanacağız, devam etmeli miyiz, etmemeli miyiz? Bunlar hakkında talepler mevcut." [OGT-2 Katılımcı-4]

"Emzirme, bebeğin ısı, uykusu, sonra hastalığını nasıl anlarım, emzirmeyi nasıl yaparım? Yine temel olarak bunlar." [OGT-2 Katılımcı-3]

Temel bakımı yanında, psiko-sosyal destek talepleri mevcuttur:

"Genelde uzun süre sonra çocukları olan insanlar, yani üçüncü, dördüncü denemelerinde, daha önce abortus olan çocuklarda "Ben yaşamazsa nasıl atlatacağım?" bu soruyu soran net anneler var. Bir, bu konuda destek istiyorlar. İki, bebeğin büyümesini istiyorlar. Devamlı bebek büyüsün ve iyileşsin modundalar. Bu konuda çok fazla destek istiyorlar. "Nasıl büyüteceğim, nasıl büyüyecek, nasıl altını alacağım, nasıl emzireceğim, nasıl temizleyeceğim onu, nasıl yıkayacağım" Hep bunları sorguluyorlar. Hatta bunlara yönelik de video çekilip atılabilir bir iki bebek için ama bu çok zor oluyor. Çünkü az bir bebek sayımız yok. Teke tek olsak bile ki

enfeksiyon açısından bu da yanlış oluyor, yetişmek imkânsız oluyor. Onu videoya çekelim, anneye gösterelim, içi rahat etsin. Ya da eğitim rahatlasın şeklinde olmuyor." [OGT-2 Katılımcı-2]

4.5.3.4. Uygulamada Karşılaşılan Engeller, Zorluklar ve Zorlukların Bertaraf Edilmesi İçin Geliştirilen için Stratejiler

Karşılaşılan zorluklar incelenirken hem yoğun bakım ünitesinde karşılaşılan genel zorluklar hem de ailenin güçlendirilmesindeki zorluklar ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışırken Karşılaşılan Zorluklar:

Yoğun bakım ünitesinde çalışırken karşılaşılan zorluklar aşağıdaki temalarda görüldüğü gibi ortaya çıkmaktadır:

- Tema 1: Çalışma Saatlerinin Uzunluğu
- Tema 2: Acil-Entübe Bebek Bakımı

Tema 1: Çalışma Saatlerinin Uzunluğu

Katılımcılar çalışma saatlerinin uzun olduğunu belirtmiştir:

"Nöbetler uzun çalışınca çok yorucu olabiliyor 24 saat nöbetlerde. Onun dışında bebekler çok prematüre oldukları için ani bir anda düşüşleri olabiliyor, bir anda müdahale etmek gerekebiliyor. Riskli bir birim olduğu için sürekli gözetim altındayız, bebekleri gözlemek zorundayız. Bu tarz konularda zorlanıyoruz." [OGT-3 Katılımcı-2]

Tema 2: Acil Bakım ve Entübe Bebek Bakımı

Hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışırken en zorlandıkları alanlardan biri entübe bebek bakımı ve acil müdahale olduğu saptanmıştır:

"Bebeklerimiz bizim prematüre ve zor olan bebekler, değerli bebekler. Dördüncü, beşinci gebeliğin, abortusun üstüne olan bebekler. Onların ölüm anları, ex olma

anları ya da elimizden bir şey gelmediği zamanlar oluyor, ne kadar CPR yaparsak yapalım dönmedikleri zamanlar oluyor. O anlar biraz benim için zor oluyor. Yani hâlâ alışamadığım bir yer." [OGT-2 Katılımcı-2]

"İlk başlarda bazı girişimlerde mesela en basitinden entübe bir bebeğe bakım verirken mesela "onu entübe edebilecek miyim? Çünkü bu büyük bir sıkıntıya yol açabilir. Daha çok girişimlerde sıkıntı çekiyordum ama onu da tecrübe, zamanla alıştım" [OGT-4 Katılımcı-3]

"Öyle çok zorlandığım bir şey yok ama göğüs tüpü gibi durumlar biraz daha komplike oluyor. Onu söyleyebilirim" [OGT-4 Katılımcı-1]

"Acil müdahale konusunda. Çünkü o süreçte daha hızlı olmak gerektiği için, bebelere daha hızlı müdahale uygulanması gerektiği için o süreçte birazcık zorluk yaşıyorum" [OGT-2 Katılımcı-1]

Aile Güçlendirilmesinde Karşılaşılan Zorluklar

Covid-19 dönemi dahil olmak üzere aile güçlendirilmesi konusundaki zorluklarda ise iki tema oluşmuştur. Bunlardan biri ailelerle iletişim kurulması, ikincisi ise dil bariyeri dolayısıyla geçici koruma kapsamındaki mülteci annelerle hizmet sağlanmasıdır.

Zorluk 1: Ailelerle İletişim

Annelerin kaygı oranı yüksek olduğu için iletişim kurmakta zorlandıkları tespit edilmiştir:

"Bebeğe bakım verirken yaşamıyorum ama aile ile iletişim kurarken bazen yaşayabiliyorsun. Özellikle ilk doğduklarında. Sonrasında belki alışabiliyorlar bebeğin küçük olmasına, makinede olmasına, ama ilk doğduklarında, arkadaşların da dediği gibi anlamayabiliyorlar. Sütü 3 saatte bir sağ diyorsun, özellikle saatlendirilmesini istiyor mesela, anlamayabiliyor çünkü kendisi de ajite. O şekilde sorunlar yaşanabiliyor." [OGT-1 Katılımcı-3]

"Dediğim gibi, ilk geldikleri zaman algıları kapalı oluyor ailelerin. Zaten bunu fark edebiliyoruz. O dönemlerde zorluk yaşıyoruz. Belli bir süre geçmesi, buraya da bebeklerine de belli bir süre alışmaları gerekiyor." [OGT-4 Katılımcı-1]

Ayrıca hemşireler annenin iletişime açık olma ve isteğinin etkilerinden bahsetmiştir:

"Bireysel olarak farklar var. Bazen dirençli anneler var. Bilgimizi almıyorlar, almak istemiyorlar. "İnternette ben başka okudum" deyip kendi tecrübelerini yapmaya çalışıyorlar. Onun dışında bireysel yani. Yoksa hepsi aynı değil. Daha çok dinliyorlar, açık olan anneler var." [OGT-2 Katılımcı-3]

Çözüm 1: Ailelerin Psikolojik Durumları hakkında Bilgi Edinmek ve Onları Anlamak

Aşağıdaki alıntıda örneklendiği üzere, zorlukların yok edilmesinde etkili iletişim stratejisi izlemek annelerin psikolojik durumunu anlamak gerektiği vurgulanmıştır:

"Benim mesleğimin ikinci yılı. Başlarda zorlanıyorduk ama tabii ki yöntemleri de öğrendik, ailenin psikolojik olarak sorunlarını da anlayabildiğimiz için zamanla çözümlerini de üretmeye başladık. Açıkçası şu an zorlandığımı düşünmüyorum. Bebek ilk doğduğunda anne direkt bir isyan şeklinde geliyor servise. Biz anlatmaya çalışıyoruz ama o an düşündüğü sadece çocuğu olduğu için sürekli bir kayıp yaşayacağını korkusu var. En büyük problemimiz, dediğim gibi, sadece psikolojik anlamda. Bu konuda aile ile iletişim kurmakta zorlanıyoruz. Bazı Latince kelimeleri veya ileriki durumda yaşanacak sorunları bilmediği için doktora yönlendirmek konusunda biraz zorluk yaşadık başlarda. Ama zamanla bu süreç de bizim için azalıyor, daha katkılı oluyorlar buraya geldiklerinde." [OGT-3 Katılımcı-2]

Zorluk 2: Dil Bariyeri

Mülteci annelerle dil bariyerinden dolayı iletişim ve hizmet sağlamak konusunda bir zorluk yaşandığı aktarılmıştır:

"Dil problemi yaşıyoruz. Onun dışında, sosyo-ekonomik durum, tabii ailenin anlattığını anlaması da önemli." [OGT-5 Katılımcı-3]

Çözüm 2: Sosyal Entegrasyon

Geçici koruma kapsamındaki mülteci annelerle yaşanan iletişim sorunlarının yalnızca dil bariyeriyle sınırlı olmadığı, kültürel farklar nedeniyle de iletişimde ve hizmet sunumunda sorunlar yaşandığı gözlemlenmiştir:

"Var, evet. Buraya özellikle Suriyeli çok fazla ailenin bebeği yatıyor. Dil konusunda çok sorun yaşıyoruz, iletişim kurmakta. Ne kadar tercüman çağırsak da yine de etkili şekilde iletişim kuramıyoruz." [OGT-4 Katılımcı-1]

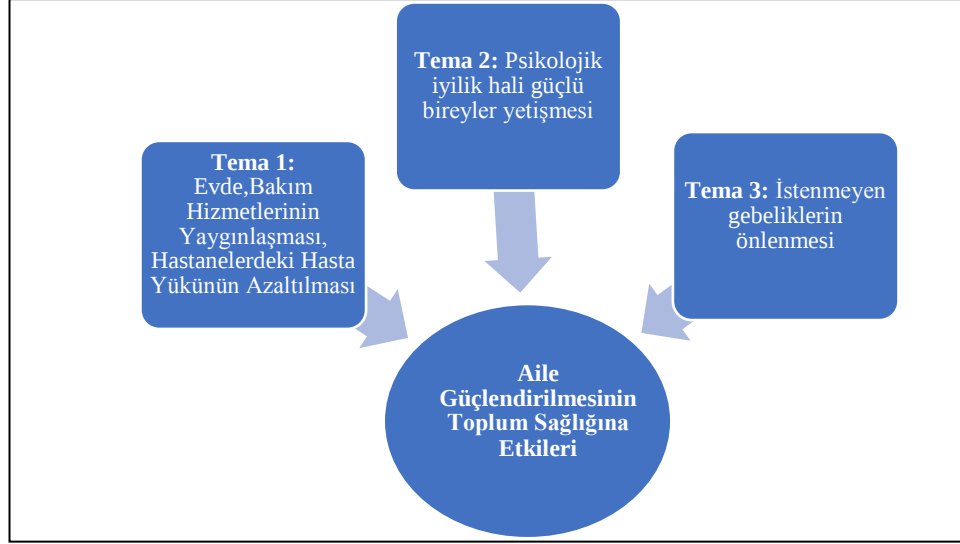
Bu sorunun çözümünde tercüman desteğinin yanında sosyal kültürel farkları göz önüne alan sosyal entegrasyon odaklı faaliyetleri içeren bir aile güçlendirme yaklaşımı izlenmesi gerekliliği hemşireler tarafından belirtilmiştir ve bu konuda sosyal hizmet uzmanlarının desteği alınması gerektiği örneklenmiştir:

"Sosyal hizmet uzmanı bence daha sık gelmeli bu birimlere. Yeteri kadar sosyal hizmet uzmanı var hastanede zaten, daha sık ziyaret edip ailelerle birebir görüşürse, hem de bizimle iletişim halinde olurlarsa çok daha güzel olur." [OGT-1 Katılımcı-4]

4.5.4. Aile Güçlendirme ve Toplum Sağlığı

Hemşirelerin tamamı, ailenin güçlendirilmesinin topluma ve toplum sağlığına yönelik doğrudan ve dolaylı etkileri olduğunu düşünmektedir. Bu etkinin gözlemlenebileceği 3 alt tema ortaya çıkmıştır:

- Tema 1: Evde, bakım hizmetlerinin yaygınlaşması, hastanelerdeki hasta yükünün azaltılması
- Tema 2: Psikolojik iyilik hali güçlü nesiller yetişmesi
- Tema 3: İstenmeyen gebeliklerin dolayısıyla bebek ve anne ölümlerinin önlenmesi (dolaylı etki)



Şekil 4.5. Aile Güçlendirmesinin Toplum Sağlığına Etkileri

Tema 1: Bakım Hizmetlerinin Yaygınlaşması, Hastanelerdeki Hasta Yükünün Azaltılması

Evde nitelikli ve doğru bebek bakım hizmetlerinin yaygınlaşması ve güçlenmesinin hastanelerin acil birimlerindeki gereksiz yoğunluğun azaltılmasına katkıda bulunduğu aktarılmıştır:

"Tabii ki. Çünkü biz burada bu eğitimleri vermesek, evde yaşayabileceği olası problemleri söylemesek, bebek emmiyor diye bile devamlı acillere yansıyacak bir yığılma olur. O yığılmanın önünü geçtiğimizi de düşünüyorum." [OGT-4 Katılımcı-4]

Tema 2: Psikolojik İyilik Hali Güçlü Bireyler Yetiştirilmesi

Toplumda psikolojik açıdan güçlü yeni nesiller yetiştirilmesi açısından aile güçlendirme yaklaşımının önem taşıdığı aktarılmıştır:

"Tabii ki olur çünkü bilinçli oluyorlar bir kere nasıl davranacaklarına karşı. Çünkü bu bebekler özel bebekler. Prematüreler mesela büyüyünce bile dokunulmaktan nefret ediyorlar ama bunların da nedenleri aslında ta doğumdan başlıyor. Neden sonuç ilişkisine yönelik katkısı olabilir." [OGT-1 Katılımcı-5]

"Tabii ki olur. Beslenmesi ne kadar iyi olursa zekâsı o kadar güçlü olur bebeğin mesela. Sağlıklı ve zeki bireyler yetiştirilmesi açısından. Ruhsal açıdan anne kaygısız olursa bebek de

daha rahat oluyor. Çocuk da daha rahat olur, daha sağlıklı bireyler oluşur." [OGT-2 Katılımcı-3]

"Tabii ki. Çünkü sağlıklı anne sağlıklı bebek, sağlıklı bireyler sağlıklı bir toplum demek oluyor. Ne kadar temelden sağlıklı bireyler, sağlıklı insanlar yetişirse, toplum da o kadar sağlıklı olur bence." [OGT-4 Katılımcı-3]

"Sağlıklı anne sağlıklı toplum demektir." [OGT-5 Katılımcı-4]

"Olur çünkü bu bebekler o kadar küçükler ki güven bağı küçüklükten kurulan bir şey, doğuştan gelen bir şey. Biz ailelerle onların arasındaki bağı ne kadar sağlam yaparsak, bu çocuklar hayatlarına daha güvenli devam edecekler. Bence önemli" [OGT-5 Katılımcı-2]

Tema 3: İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi (Dolaylı Etki)

Bir katılımcı, prematüre bebeklerin ailenin güçlendirilmesi kapsamında gebeliği önleyici yöntemler konusunda da hizmet verildiğini belirtmiştir:

"Muhakkak olur. İstenmeyen gebelikler çok oluyor. Bu süreçte de çok oldu. Özellikle korunma yöntemlerini bilmiyorlar. Biz de üzülüyoruz öyle olunca, istenmeyen bebekler olduğu zaman. Baba hiç yüzüne bakmıyor bebeğin, anne emzirmek istemiyor." [OGT-1 Katılımcı-4]

Sonuç

Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen bulgulara göre; annelerinin aile güçlendirme puan ortancaları 145 bulunmakla birlikte değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasının nedeninin aile güçlendirme programını uygulanan bir randomize kontrollü çalışma olmadığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sağlık güvencesi olan, taşrada yaşayan, prematüre doğum öyküsü olmayan, gebeliği plansız ve düşük öyküsü olmayan, bebeği 32 hafta ve kilosu 1500 gram üstü olan, bebeğine bakım sağlarken korku ve hüznü hissetmeyen annelerin aile güçlendirme ölçeği puan ortancaları biraz daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın nitel bulgu sonuçlarına göre yenidoğan yoğun bakım hemşireleri aile güçlendirme kavramını, cesaretlendirmek, psikolojik destek sağlamak, anne ve bebek arasındaki bağı sağlamak, bilgilendirmek, eğitmek

olarak tanımlamışlardır. Covid-19 pandemisi sürecindeki hemşireler anne ve bebek arasındaki bağı sağlama noktasında aksaklıklar yaşadıklarını fakat sosyal medya, telefon, video konferans, bebeklerinin şapkalarını annelerine hediye etmek gibi çözümler üreterek anne ve bebek arasındaki bağı güçlendirdiklerini ifade etmişlerdir.



BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin aile güçlendirme durumlarını ve hemşirelerin deneyimlerini belirlemektir. Bu çalışmada elde edilen bulgular araştırma soruları, nicel ve nitel analizlerin doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda annelerin sosyo-demografik verileri incelendiğinde, ileri yaş gebelik yüzdesi %28; sezaryen yüzdesi ise %85 bulunmuştur ve bu sonuçlara göre ileri maternal yaşın sezaryen oranı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

İleri yaş gebelikler preeklampsi, diabetes mellitus gibi komplikasyonlara neden olan ve sezaryen oranını artıran bir faktördür [189]. Dünya Sağlık Örgütü 1985'ten bu yana ideal sezaryen oranının %10-15 olması gerektiğini açıklamıştır [190]. Çalışmamızda ortaya çıkan sezaryen yüzdesi Dünya Sağlık Örgütü'nün belirttiği orandan 8 kat fazla çıkmıştır ve bu sonucun yaşam tarzı değişiklikleri, infertilite süreci, beslenme alışkanlıkları, iş ve kariyer nedeniyle gebelik yaşının ertelenmesinden ve Covid-19 sürecinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ölçek puanı incelendiğinde aile güçlendirme ortanca değeri 145 puan elde edilmiştir. Ölçek puanları 34 ve 170 arasında değişmektedir ölçekten alınan yüksek puanlar aile güçlendirme konusunda pozitifliğe işaret eder [185]. Bu çalışma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan annelerin aile güçlendirme puanının pozitif yönde olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde annelerin aile güçlendirme puanını ölçen ve hemşirelerin deneyimleri değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır ancak aile güçlendirme programları uygulanan randomize kontrollü çalışmalar mevcuttur. Çalışmalar, aile güçlendirme programı uygulanan prematüre bebeklerin annelerinin uygulanmayan annelere göre başa çıkma ve bebeğe bakım sağlama yeteneğinin, bebeğin bakımına katılımına hazır olma ve bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamada

istekliliğinin, bebeği ile etkileşimi ve bağlanma seviyesinde artışın daha yüksek seviyede olduğunu [6,30,145,147,191]; stres, kaygı ve depresyon seviyelerinde ise azalma olduğunu [9,35,142,143,146,192,193] göstermiştir.

Çalışmamızda aile hakkında ve çocuğa verilen sağlık hizmeti hakkındaki alt boyutlar, topluma katılım hakkındaki alt boyuta oranla biraz daha yüksektir ve bu sonuçlar sağlık hizmeti ortamındaki çocukların ailelerini baz alan çalışmalardan elde edilen sonuçlarla tutarlıdır [117,185,194,195]. Bu sonuçlar, ailelerin çocuklarına sağlanan sağlık hizmeti ile ilgili konularda söz sahibi olduklarını ve daha güçlü olduklarını ancak politik olarak kendilerini daha az güçlü hissettiklerini düşündürmektedir.

Bu çalışma sonucuna göre annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre, Aile Güçlendirme Ölçeği puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ancak sağlık güvencesi olan annelerde puan ortancası olmayanlara göre ve taşrada bulunan annelerde puan ortancası merkezde bulunan annelere göre biraz daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin sağlık güvencesinin olması ve kırsal alanda yaşaması kadınların kendilerini daha güvenli hissetmelerine ve kırsalda daha fazla destek faktörüne sahip olmalarına bağlanabilir.

Prematüre bebeklerin ailelerinde uzun süreli hastane yatışları nedeniyle ekonomik sorunlar görülmektedir ve aileler desteğe ihtiyaç duymaktadır [14,18]. Sağlık güvencesi, özel bir ödeme olmadan kamu bütçesi desteğini içeren devlet güvencesidir [196]. Çalışmamızda aile güçlendirme ortanca puanının sağlık güvencesi olan annelerde biraz daha yüksek olması sağlık güvencesinin aileler için ekonomik açıdan rahatlatıcı bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Klinik ortamlarda, aile odalarının bulunması bireylerin ebeveyn rollerine geçişini desteklemektedir [197]. Taşrada yaşayan annelerde puan ortancalarının merkezde bulunan annelere göre biraz daha yüksek bulunmasının nedeni, il dışından gelen annelerin anne uyum odalarında misafir edilmesinden ve ihtiyaç duyduklarında sürekli olarak sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada annelerin gebelik öykülerine göre, Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ancak prematüre doğum öyküsü olan annelerde, gebeliği planlı ve düşük öyküsü olan annelerde Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancası biraz daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Prematüre bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabulü ebeveynler için çok stresli bir durumdur, ebeveynlerde kontrol kaybına neden olur [198]. Çalışmamız da prematüre doğum öyküsü olan annelerde Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancasının daha düşük bulunmasının nedeninin annelerin yeniden strese maruz kalması ve bu süreci tekrardan yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada düşük yapan kadınların korku, anksiyete, depresif belirtileri deneyimlediği ortaya çıkmıştır ve bu kadınlara destek sağlanması gerektiği bildirilmiştir [199]. Tekrarlayan düşükler duygu durum bozuklukları artırmaktadır [200]. Çalışmamızda gebeliği planlı ve düşük öyküsü olan annelerin Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancasının, gebeliği plansız ve düşük öyküsü olmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da düşük bulunmuştur. Gebeliği planlı ve düşük öyküsü olan annelerin Aile Güçlendirme Ölçeği puanlarının düşük olmasının nedeninin annelerinin bebeklerine kavuşmada istekli olması ve daha önceden bebeklerini kaybetme deneyimi yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada; bebeklerin özelliklerine göre, Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ancak 32 haftadan ve 1500 gramdan küçük bebeklerin annelerinde Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancası biraz daha düşük bulunmuştur. Bebeklerinin dış görünüşü, CBAP desteği ve buna bağlı olarak annelerde oluşan korku ve tedirginlik nedeniyle Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancalarının düşük olduğu düşünülmektedir.

Bebeklerin kilolarına ve kaç haftalık olduklarına yönelik literatürde Aile Güçlendirme Ölçeği ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak ileri preterm ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin aileleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, ebeveynlerde bağlanma ve ilişkili sorunları ile travma sonrası stres bozukluğu sık görülmektedir ve bu nedenle, aileler açısından, sosyal destek önem kazanmakta, sağlık

profesyonellerinin de ebeveynlerde gelişebilecek semptomlara dikkat etmeleri gerektiği vurgulanmaktadır [201,202].

Bu çalışmada; prematüre bebeklerin annelerinin bebeğini besleme (süt verme) ve kucağa alma-dokunma bakıma katılım yüzdeleri daha yüksektir. Türkiye’de yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde dokunarak ve bebeğini besleyerek bakıma katılım sağlayan annelerin fazla olduğu belirtilmiştir [203]. Çalışmamızda emzik verme, ninni söyleme, alt temizliği yapma ve ağırlı işlemler sırasında bebeğini kucağına alma şeklinde bakıma katılım yüzdeleri düşük bulunmuştur. Konukbay ve Arslan’ın yapmış olduğu bir çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği bulunan ailelerin belirsizlik, bebeğe uygulanan işlem ve bağlı olan cihazlar, ziyaret saatinin sınırlı olması, bebeği hakkında bilgi alamama, istediğinde bebeğini görememe ve ebeveynlik rolüne girememe nedeniyle bakıma katılamadığı belirtilmiştir [204]. Bu bilgiler ışığında, çalışmamızda annelerinin bazı bakımlara yetersiz katılımlarının nedeni; ziyaret saatlerinin sınırlı olması ve tüm ebeveynlerin yenidoğan yoğun bakım ünitesine aynı anda girmesi ve annelerin bebeği ile rahat iletişim kuramaması, bebeğine bağlı olan cihazlar nedeniyle korkması, bebeklerini istediği zaman görmelerine, kucaklarına almaya ve emzirmelerine izin verilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakıma katılımı teşvik etmek için ziyaret kısıtlamasının kaldırılması, aile varlığının desteklenmesi, ziyaretçi kavramının kaldırılıp ziyaret politikalarının ebeveyn katılım politikaları olarak değiştirilmesi gerekliliğinin etkili sonuçlar oluşturabileceği düşünülmektedir.

Literatürde, bakıma katılım ve aile merkezli bakımın, annelerin bakım ve problem çözme becerilerini artırdığı, bebek ve ebeveyn ilişkisini güçlendirdiği, annelerde kaygı ve depresif belirtilerin azalmasını sağlayarak ebeveynlerin güçlenmesine katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır [205,206]. Çalışmamızda, annelerin bebeklerinin bakımına katılımı sırasında yaşadıkları duyguların büyük oranda mutluluk olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeğinin bakımına katılan annelerin mutluluk hissettiği bakıma katılımdan zevk aldığı belirtilmiştir [207].

Bu çalışmada, annelerin bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldığındaki duygularının büyük oranda korku ve hüznü olduğu belirlenmiştir. Literatürde annelerin bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldığında; korku, hüznü, hayal kırıklığı, boşluk hissi, duygusal sıkıntı yaşadıklarını ve annelerin desteğe ihtiyacı olduğunu bildirmiştir [105,208,209].

Çalışma sonuçlarımıza göre ailenin bakıma katılımının aileyi güçlendirici bir faktör olduğu, hemşirelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ailelerin bakıma katılımı konusunda destek olması gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada; bebeklerin hastalıklarına göre annelerin aile güçlendirme ölçeği puan ortancaları ve ölçek alt puanları arasında fark yoktur. Annelerin tıbbi bilgi konusunda yetersiz olmaları sebebiyle, bebeklerin tanılarına göre Aile Güçlendirme Ölçeği puanlarında fark olmadığı düşünülmektedir. Hastalık tanılarına göre, Aile Güçlendirme Ölçeği puanlarını karşılaştıran ve annelerin prematüre bebeklerinin hastalık durumlarına göre deneyimlerini değerlendiren herhangi bir çalışma ile karşılaşılmamıştır.

Bu çalışmada; annelerin bebeklerinin bakıma katılım sıklığı ile aile güçlendirme ölçeği puan ortancaları arasında fark yoktur. Bakıma katılım sıklığına göre Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancalarında istatistiksel olarak fark olmamasının, annelerin üç ve daha fazla bakıma katılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda korelasyon analizi kapsamında Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancasının tüm alt ölçeklerle pozitif yönde ilişkisinin bulunması; alt ölçek puanlarının aile güçlendirme ölçeği ortanca puanı ile doğrusal olduğunu ve aralarındaki ilişkinin kuvvetli olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızın korelasyon ilişkisi, aile güçlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ile tutarlıdır [185].

Bu çalışmada; annelerin bebeklerinin bakıma katılımı sonucundaki duygularına göre güçlendirme ölçeği puan ortancaları arasında fark yoktur.

Aileler bebeklerinin yanında bulunduklarında yoğun bakım ortamında bulunan cihazlar, ses, bebeğinin hastalığını bilmeme, bebeğini kaybetme korkusu, daha fazla stres ve kaygıya neden olabilmektedir [210]. Çalışmamızda istatistiksel açıdan önemli

puan farkları olmasa da bebeğine bakım sırasında korku ve hüzün hisseden annelerde Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancaları biraz daha düşük bulunmuştur. Annelerin, ebeveynliğin normal stresinin yanı sıra yoğun bakım ortamına yabancı olma, bebeğinin durumu hakkında bilgi eksikliği yaşama, ebeveynlik rolünü yerine getirememesi, bebeğinin bakımına katılım aşamasında bilgi ve beceri eksikliği hissetmesinden dolayı korku duyması buna bağlı olarak güçlenmeye ve desteklenmeye daha çok ihtiyaç duyduğu düşünülmektedir.

Literatürde ebeveynlerin ihtiyaçlarını karşılamak için; duygusal destek, ebeveynlere yetki ve güç verme, sıcak ortam sağlama, rehber öncülüğünde katılım ve beceri sağlama yoluyla ebeveyn eğitimi önerilmiştir [211].

Hemşirelerin prematüre bebeklerin annelerinin korkularını yenmelerinde yardımcı olması, anneleri bilgilendirmesi, koçluk hizmeti sağlayarak annelere bakım becerisi kazandırması gerektiği düşünülmektedir.

Hemşireler ile Yapılan Nitel Görüşmelerden Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada ortaya çıkan temalara göre, aile güçlendirilmesi “Ailenin psiko-sosyal açıdan desteklenmesi, anne-bebek arasındaki bağın güçlendirilmesi ve ailenin eğitilmesi” olarak tanımlanmıştır. Hemşirelerin tamamına yakınının aile güçlendirmesi konusunda bilgilerinin olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin güçlendirmeye yönelik algılarının araştırıldığı diğer çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde güçlendirme kavramı cesaretlendirme, destek olma, bilgi ve becerileri artırma olarak tanımlanmıştır [132,212-214]. Literatür incelendiğinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeklere bakım sağlayan hemşirelerin güçlendirme deneyimleri ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır çalışmamızda ortaya çıkan kavramların diğer çalışmalar ile birebir örtüşmemesinin nedeninin diğer araştırmaların yürütüldüğü bölüm hemşirelerinin yenidoğan hemşireleri olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Prematüre bir bebek aile için kafa karıştırıcı, zorlayıcı, korku verici bir durumdur, bu ailelere bilgi ve destek sağlanması önemlidir [108].

Çalışmamızda hemşireler ebeveynlerin korktuğunu, depresif olduğunu bu nedenle desteklenmeleri gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin ebeveynlerin psikolojik durumları hakkında farkındalığının olduğu ve bu farkındalığa yönelik de yapılması gereken hemşirelik müdahalelerini ve yardım etme davranışını daha etkin ve verimli bir şekilde sürdüreceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin ailenin güçlendirilmesine yönelik tutumlar ve görüşleri incelendiğinde, tamamının aile güçlendirilmesi gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir. Bu düşüncenin ardında yatan sebepler ise “Ailenin bilgisinin ve deneyiminin bu konuda eksik olması ve annenin psikolojik açıdan zorluklar yaşaması, kaygı seviyesinin yüksek olması” olarak belirtilmiştir.

Literatürde prematüre bebeklerin annelerinde yüksek düzeyde stres, hayal kırıklığı, kaygı geliştiği ve bu olumsuz etkilere bağlı anne ve bebek arasında bağlanma gecikebileceği bildirilmiştir [18,29,183]. Çalışmamızda hemşirelerin annelerin psikolojik durumları, bilgi ve deneyimlerindeki eksiklikler hakkında farkındalıklarının olduğu görülmektedir. Hemşirelerin farkındalıklarının, annelere bilgi ve beceri kazandırma noktasında ve psikolojik destek sağlama noktasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada prematüre bebeklerin annelerinin tartışmamızın nicel kısmına benzer şekilde korku ve üzüntü hissettikleri ayrıca riskli gebelik geçiren kadınların gebeyken kayıp korkusu yaşadıkları, belirsizlik içinde oldukları, sağlık çalışanlarının bilgilerine ihtiyaç duydukları saptanmıştır [18].

Çalışmamızda hemşireler ailenin güçlendirilmesinde öncelikli alanların “Temel bakım, beslenme, emzirme ve süt sağımı, annenin psikolojik olarak güçlendirilmesi, anne-bebek arasındaki fiziksel bağın güçlendirilmesi ve bebek doğmadan önce aile güçlendirilmesi” konularında olduğunu belirtmişlerdir.

Prematüre bebeklerin ebeveynleri için oluşturulan güçlendirme programları ebeveynlere bilgi ve beceri kazandırmak, bebek bakımına katılımlarını sağlamak, ebeveyn ve bebek ilişkisini güçlendirmek, ebeveynlik rolüne geçişi desteklemek şeklindedir [146,148,183,215,216]. Çalışmamızda da hemşirelerin aile

güçlendirmesine yönelik tutumlarının bu yönde olduğunun belirlenmesi bize hemşirelerin aile güçlendirme kavramı hakkında bilgili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda emzirme ve süt sağımı hemşireler tarafından aile güçlendirilmesinde öncelikli alan olarak değerlendirilmiştir. Literatürde de emzirme ve süt sağımı, özellikle anneye kendi bebeği için üretilmiş sütü sağlayabilecek tek kişinin kendisi olduğu söylendiğinde güçlendirici olabileceği belirtilmiştir [32].

Bu çalışmada hemşirelerin bebek doğmadan önce güçlendirmenin öneminden bahsetmeleri prenatal bakım hakkında bilinçli olduklarını düşündürmektedir.

Prenatal bakımın amacı doğum ve doğum sonrası dönem boyunca eğitim sağlamaktır. Prenatal bakım alan ve erken doğum yapan annelerin emzirmeye başlamada ve devam ettirmede daha başarılı olduğu bildirilmiştir [217]. Güç ve bilgi iç içedir [218], güç ve bilginin iç içe olduğu ve prenatal bakımın sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, prenatal bakımın aile güçlendirme kavramıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin hizmetlere yönelik tutumları incelendiğinde, yenidoğan hizmetleri genel olarak yeterli bulunmaktadır. Eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri çeşitli ve nitelikli olduğu düşünülmektedir. Hemşireler personel sayıları ve niteliğinin yanında ünite de kullanılan malzemeleri genel olarak yeterli bulmaktadır. Ancak hemşirelerden birkaçı, iş yüklerinin fazla olması ve personelin yetersiz kalmasından dolayı aile güçlendirilmesine yönelik hizmetlerde aksamalar olduğunu belirtmiştir.

Literatürde hemşirelerden istenilen seviyede ve kalitede sağlık hizmeti sunabilmeleri için sorunlarının çözülmesi iş yükünün ve sorumluluğun fazla olduğu yoğun bakım ünitelerinde motive edilmeleri gerektiği ve hemşirelerin güçlendirilmiş olmazlarsa başkalarının güçlendirilmesinde etkili olamayacağı saptanmıştır [214,219,220]. Bu sonuçlarda bize güçlendirme yoluyla hemşirelerin iş ortamında memnuniyetinin ele alınması, çalışma şartlarının düzeltilmesi ve hemşirelerinde güçlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin mevcut deneyimlerin ise öncelik verilen alanlara paralel olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin karşılaştığı zorluklara bakıldığında, öncelikle annenin

psikolojik olarak olumsuz etkilendiği, dolayısıyla kaygı seviyesinin yüksek olduğu bu nedenle anne ile iletişim konusunda bazı güçlüklerle karşılaştıkları görülmektedir. Ayrıca hemşireler geçici koruma kapsamındaki mülteci anneler ile aile güçlendirilmesi esnasında dil bariyeri ve kültürel farklar nedeniyle engellerle karşılaşmışlardır

Güçlendirme süreci kişiler arasında ilişki ve iletişime dayanan bir süreçtir bu nedenle engellerin aşılması gerekmektedir [132,212,213]. Bu engellerin aşılması için kültürel farkları gözeten bir aile güçlendirme yaklaşımı geliştirilmesi, transkültürel hemşirelik kavramına önem verilmesi gerekliliğini ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Çalışma sonuçlarımıza göre, Covid-19'un mevcut deneyimleri olumsuz yönde etkilediği gözlemlense de bazı yöntemlerle bu zorlukların üstesinden gelindiği görülmektedir. Covid-19'un etkilediği en önemli alan, anne-bebek arasındaki temasın engellenmesidir. Ancak ailelere telefonla bilgi verilmesi, fotoğraf, video ve görüntülü arama yöntemleri kullanılarak annenin kaygısının azaltılması yönünde başarılı adımlar atılmıştır. Bebeklerin şapkaları annelere verilerek annelerin kaygısının azaltılması ve süt miktarının artırılması sağlanmıştır.

Covid-19 pandemisi sürecinde aile merkezli bakımın ziyaret kısıtlanması, fiziksel mesafe sağlanması gerekliliğine rağmen aile bütünlüğü korunmalı, ailenin rolüne saygı gösterilmelidir. Covid-19 pandemisi aile merkezli bakım konseptinin telefon görüşmeleri, video görüşmeleri, aile eğitim programları (videolar, broşürler), aileler tarafından yazılan günlükler ile sağlanabileceği bildirilmiştir [220]. Literatürde ruh sağlığı desteğinin devamlılığı için telefon yardım hatlarının geliştirilmesi de önerilmektedir [221-223].

Covid-19 sürecinde prematüre bebeği olan aileler daha çok sağlık harcamaları yapmışlardır ve salgın sürecinde işsizlik gibi durumlardan dolayı aileler olumsuz etkilenmiştir [224]. Bir yandan bebeği hakkında endişe duyan bir yandan ekonomik sorunlarla baş etmeye çalışan ailelerde duygusal problemlerin daha yoğun olduğu düşünülmektedir. Yoksul ailelere hemşireler tarafından sosyal hizmet sunan kuruluşların bildirilmesi, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde sosyal hizmet uzmanlarının ekip içinde yer alması, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği bulunan yoksul aileler için kampanyalar başlatılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Güçlendirme kavramı hemşirelerin hastalara ve topluma fayda sağladığı bir yaklaşımı benimsemektedir ve Dünya Sağlık Örgütü, Ottawa sözleşmesinde halk sağlığı stratejisini; gücün sağlık profesyonellerinden sağlık kullanıcılarına dağıtılması, katılımcılık ve sağlık hizmeti kullanıcısının kendi hakkında uzman olması olarak belirtmiştir [225,226].

Çalışmamızda hemşireler aile güçlendirme yaklaşımıyla evde bakımın yaygınlaşıp hastanelerin acil bölümlerinde yığılmaların azalacağını, güçlendirme yaklaşımıyla bebeklerin iyilik halinin artacağını ve güçlü nesillerin yetişeceğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin bakış açılarına göre toplum sağlığı ve aile güçlendirme yaklaşımının bütün olduğu görülmektedir.

Bebek ölümleri toplumun gelişmişlik düzeyini belirleyen bir faktördür [227]. Çalışmamızda hemşireler prematüre bebeğe sahip ailelere, halk sağlığı sorunu olan istenmeyen gebelikleri önleme konusunda hizmet verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin istenmeyen gebelikler konusunda verdikleri hizmetlerin, toplum sağlığı açısından pozitif etkilerinin olduğunu ve hemşirelerin aile güçlendirme yaklaşımıyla ülkemizin gelişmişlik düzeyini pozitif yönde etkilediklerini düşünmekteyiz.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma, literatürde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin Aile Güçlendirme Ölçeği puanının ve hemşirelerin deneyimlerinin değerlendirildiği bir çalışmanın olmaması nedeniyle hemşirelik literatürüne katkı sağlayan ilk çalışma olmuştur.

Bu çalışmanın sonucunda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği bulunan annelerin aile güçlendirme ölçeği puan ortancaları (Ort:145) pozitif yöndedir ve Aile Güçlendirme Ölçeği puan ortancası ile tüm ölçek alt boyut puanları arasında pozitif yönde ilişki vardır.

Çalışmamızda AH alt boyut ve ÇVSHH alt ölçek boyutu ile TKH alt ölçek boyutu arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ancak AH alt boyutu ve ÇVSHH alt boyutunun TKH alt boyutundan puan olarak fazla olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın nitel sonuçlarına göre hemşireler aile güçlendirme kavramını; temel bakım, besleme-emzirme-süt sağımı, psikolojik güçlendirme, bağlanmanın güçlendirilmesi olarak ifade etmiştir. Hemşirelerin aile güçlendirme aşamasında mülteci annelerle iletişim, Covid-19 süreci, entübe-acil durumlarda bebek bakımı gibi konularda zorluk ve engellerle karşılaştığı sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

- Çalışmanın anne-bebek dostu olan bir kadın hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde yapılması bu nedenle hemşirelerin bu alanda deneyimli olması ve anne bebek bağlanması ve aile merkezli bakım gibi konularda hizmet içi eğitim alması nedeniyle aile güçlendirme puanları arasında fark çıkmadığı

düşünülmektedir bu nedenle gelecek çalışmalarda dal hastanesi ve bebek dostu olmayan hastanedeki hemşirelerle çalışmaların yapılması,

- Gelecek çalışmalarda bakıma hiç katılmamış anneler ile bakıma katılmış annelerin puanlarının karşılaştırılması,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ebeveynleri güçlendirmenin önemine, bakıma katılım ve ortak karar verme gibi kavramlara sağlık profesyonellerinin önem vermesi,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ziyaret kısıtlamalarının esnek bir şekilde ayarlanması,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde rutin olarak aile güçlendirme puanlarının değerlendirilmesi ve buna yönelik olarak danışmanlık hizmetlerinin planlanması,
- Çalışmamızın sonuçlarına göre yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışın anneler üzerinde korku ve hüznün duygularına neden olması nedeniyle klinik ortamda psikologların yer alması,
- Çalışmamızın nitel sonuçlarına göre hemşirelerin mülteci anneleri güçlendirme aşamasında dil bariyerine takıldıkları görülmüştür bu nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tercümanların-sosyal hizmet uzmanlarının ekip üyeleri arasında bulunması,
- Covid-19 gibi acil ve riskli durumlarda anne ve bebek arasındaki bağın güçlendirilmesi için farklı yaklaşım yöntemlerinin (video konferans, telefon danışmanlığı vb. gibi) belirlenmesi,
- Bir sonraki çalışmalarda annelerin yanı sıra babaların da çalışmalara dahil edilmesi, aile güçlendirme programları uygulandıktan sonra Aile Güçlendirme Ölçeğinin kullanılması ve çok merkezli çalışmaların yapılması,
- Doğum haftası ve kilosu düşük olan annelerin güçlendirilmesi aşamasında daha dikkatli olunması,
- Prematüre doğum ve abortus öyküsü olan annelerin güçlendirilmesi aşamasında hemşirelerin daha hassas olması,
- Bakıma katılımın desteklenmesi, annelere beceri kazandırılması ve cesaretlendirilmesi,
- Ailelerin yenidoğan sağlığı kapsamında politik olarak güçlendirilmesi ve destek gruplarının oluşturulması,
- Bir sonraki çalışmalarda kadın hastalıkları eğitim ve araştırması hastanesi dışındaki hemşirelerin aile güçlendirme deneyimlerinin değerlendirilmesi önerilir.

KAYNAKÇA

1. Başgöl, Ş., & Oskay, Ü. (2014). Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesinde Anne Dostu Hastane Modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2), 125-129.
2. Aktaş, D., & Gökgöz, N. (2015). Kadınların Doğum Yöntemlerine İlişkin Düşünce ve Memnuniyetlerinin Belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 65-82.
3. Gözükar, F., & Eroğlu, K. (2011). Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 89-100.
4. Öztürk, R., & Saruhan, A. (2013). 1-4 Aylık Premature Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(1), 32-47.
5. Özyazıcıoğlu, N., & Tüfekci, F. G. (2009). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 66-73.
6. Mohammaddoost, F., Mosayebi, Z., Peyrovi, H., Chehrzad, M. M., & Mehran, A. (2016). The Effect of Mothers' Empowerment Program on Premature Infants' Weight Gain and Duration of Hospitalization. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(4), 357-362.
7. Walani, S. R. (2020). Global Burden of Preterm Birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), 31-33.
8. Lawson, G. W. (2021). Naegele's Rule and the Length of Pregnancy—A Review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 61(2), 177-182.
9. Mirghafourvand, M., Ouladsahebmadarek, E., Hosseini, M. B., Heidarabadi, S., Asghari-Jafarabadi, M., & Hasanpour, S. (2017). The Effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment Program on Parent's Mental Health: A Systematic Review. *Iranian Journal of Pediatrics*, 27(2).
10. Uygur, Ö., Ergin, F., Koyuncu Arslan, M., Gönülal, D., Sütçüoğlu, S., Akar, M., Engür, D., & Öncel, M. Y. (2021). Referans Merkezinde Beş Yıllık Sürede Neonatal Mortalitenin Değerlendirilmesi. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 31(1), 58-62.

11. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye’de Bebek Ölümleri Durum Raporu*. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı.
12. Sola, C., & Diken, İ. H. (2008). Gelişimsel Gerilik Riski Altındaki Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 9(2), 21-36.
13. Özdoğan, T., Aldemir, E. Y., & Kavuncuoğlu, S. (2014). Orta Derece ve Geç Prematüre Bebekler ve Sorunları. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 6(2), 57-64.
14. Özbey, H., Sezer Efe, Y., & Erdem, E. (2020). Preterm Bebeği Olan Aile ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(3), 292-298.
15. Brunson, E., Thierry, A., Ligier, F., Vulliez-Coady, L., Novo, A., Rolland, A. C., & Eutrope, J. (2021). Prevalences and Predictive Factors of Maternal Trauma through 18 Months after Premature Birth: A Longitudinal, Observational and Descriptive Study. *PLOS One*, 16(2), e0246758.
16. Turan, T. M., & Bolışık, B. (2003). Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 39-46.
17. Atasay, B., Okulu, E., Akın, İ. M., Çandır, O., Arsan, S., & Türmen, T. (2010). Geç Prematüre Yenidoğanların Erken Klinik Sonuçları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(1), 30-35.
18. Balacan, Z., Karaçam, Z., & Güneş Öztürk, G. (2020). Ebeveynlerin Prematüre Bebeğe Sahip Olmaya İlişkin Deneyim ve Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(3), 133-144.
19. Demir, M., & Salihoğlu, Ö. (2018). İstanbul'da Üçüncü Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Maliyet Analizi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(3), 116-124.
20. Schmitt, S. K., Sneed, L., & Phibbs, C. S. (2006). Costs of Newborn Care in California: A Population-Based Study. *Pediatrics*, 117(1), 154-160.
21. Gilbert, W. M., Nesbitt, T. S., & Danielsen, B. (2003). The Cost of Prematurity: Quantification by Gestational Age and Birth Weight. *Obstetrics and Gynecology*, 102(3), 488-492.
22. Hall, E. S., & Greenberg, J. M. (2016). Estimating Community-Level Costs of Preterm Birth. *Public Health*, 141, 222-228.
23. Mattison, D. R., Damus, K., Fiore, E., Petrini, J., & Alter, C. (2001). Preterm Delivery: A Public Health Perspective. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15, 7-16.

24. Treyvaud, K., Spittle, A., Anderson, P. J., & O'Brien, K. (2019). A Multilayered Approach is Needed in the NICU to Support Parents after the Preterm Birth of Their Infant. *Early Human Development*, 139, 104838.
25. Howson, C. P., Kinney, M. V., McDougall, L., & Lawn, J. E. (2013). Born too Soon: Preterm Birth Matters. *Reproductive health*, 10(1), 1-9.
26. Cerit, Ç., & Porsuk, A. Ö. (2021). Bebek Ölümünün İncelenmesi: Kırklareli Örneği. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 6(1), 60-70.
27. Selim, S., & Kılınç, G. (2021). Bebek Ölümünü Etkileyen Faktörler Üzerine Sayma Veri Regresyon Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Ekoist: Journal of Econometrics and Statistics*, 35, 147-179.
28. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). *Health Stratus: Maternal and Infant Mortality*. URL: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116> adresinden 03.04.2022 tarihinde alınmıştır.
29. Beheshtipoor, N., Shaker, Z., Edraki, M., Razavi, M., & Zare, N. (2013). The Effect of Family-Based Empowerment Program on the Weight and Length of Hospital Stay of Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Galen Medical Journal*, 2(3), 114-119.
30. Karbandi, S., Momenizadeh, A., Heidarzadeh, M., Mazlom, S. R., Hassanzadeh, M. H., & Zeraati, H. (2018). Effects of Empowering Mothers Of Premature Infants on Their Stress Coping Strategies. *Iranian Journal of Psychiatry and Behaviora lSciences*, 12(2), 1-7.
31. Hall, S. L., Phillips, R., & Hynan, M. T. (2016). Transforming NICU Care to Provide Comprehensive Family Support. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(2), 69-73.
32. Umberger, E., Canvasser, J., & Hall, S. L. (2018). Enhancing NICU Parent Engagement and Empowerment. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27(1), 19-24.
33. Çelebioğlu, A., & Polat, S. (2008). Hiperbilirubinemi Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Yenidoğanların Annelerinin Kaygı Düzeyi, Etkileyen Faktörler ve Bilgilendirmenin Kaygıyı Azaltmadaki Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2) 47-54.
34. Seval, M., & Kurt, A. (2020). Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Tedavi Gören Çocuğun ve Ailesinin Güçlendirilmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 6(2), 388-394.
35. Nieves, H. L. (2017). *Effect of a Parent Empowerment Program on Length of Stay and Parental Stress in the Neonatal Intensive Care Unit*. A DNP Project, University Of Kentucky, Lexington.

36. Batman, D., & Şeker, S. (2019). Web Tabanlı Eğitimin Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerinin Bakımdaki Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(2), 107-115.
37. Turhal, A., & Karaca, A. (2019). Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Altında Olan Annelerin Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi: Niteliksel Bir Araştırma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 172-180.
38. Omak, D., Kahriman, İ., & Özoran, Y. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 13(2), 212-218.
39. Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S., & Türmen, T. (2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Deneyiminin Aile ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(2), 104-109.
40. Wyatt, T., Shreffler, K. M., & Ciciolla, L. (2019). Neonatal Intensive Care Unit Admission and Maternal Postpartum Depression. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(3), 267-276.
41. Segers, E. W., Van Den Hoogen, A., Van Eerden, I. C., Hafsteinsdottir, T., & Ketelaar, M. (2019). Perspectives of Parents and Nurses on the Content Validity of The Family Empowerment Scale for Parents of Children with a Chronic Condition: A Mixed-Methods Study. *Child: Care, Health and Development*, 45(1), 111-120.
42. Wakimizu, R., Yamaguchi, K., & Fujioka, H. (2017). Family Empowerment and Quality of Life of Parents Raising Children with Developmental Disabilities in 78 Japanese Families. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 38-45.
43. Kageyama, M., Nakamura, Y., Kobayashi, S., & Yokoyama, K. (2016). Validity and Reliability of the Family Empowerment Scale for Caregivers of Adults with Mental Health Issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(8), 521-531.
44. Nearing, G. B., Salas, A. A., Granado-Villar, D., Chandler, B. D., & Soliz, A. (2012). Psychosocial Parental Support Programs and Short-Term Clinical Outcomes in Extremely Low-Birth-Weight Infants. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(1), 89-93.
45. Karataş, P., Çalışır, H., & Sarıkaya Karabudak, S. (2020). Ailenin Güçlendirilmesi ve Pediatri Hemşireliğinde Uygulanması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 200-205.
46. Taş Arslan., F. & Turgut, R. (2013). Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(3), 119-124.

47. Abdeyazdan, Z., Shahkolahi, Z., Mehrabi, T., & Hajiheidari, M. (2014). A Family Support Intervention to Reduce Stress Among Parents of Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), 349–353.
48. Kara, S., Tan, S., Aldemir, S., Yılmaz, A., Tatlı, M. M., & Dilmen, U. (2013). Investigation of Perceived Social Support in Mothers of Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit. *Hippokratia*, 17(2), 130-135.
49. Korkmaz, Z., Derince, D., Başdaş, Ö., Bayat, M., & Erdem, E. (2020). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bakımın Sürekliliği Uygulamasına İlişkin Hemşirelerin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3, 211-217.
50. Kırca, N. (2020). Kadın Doğum Kliniğinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Doğum Sonu Dönemde Hastalara Bakım Verirken Yaşadığı Zorluklara İlişkin Görüşleri: Kalitatif Çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 59-71.
51. Manigo, J. D., Almazan, J. U., & Albougami, A. S. (2020). Nurses' Kangaroo Mother Care Practice Implementation and Future Challenges: An Integrative Review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), 293-304.
52. Yiğit, R., & Üğücü, G. (2019). Yüksek Riskli Yenidoğan ve Bakımının Tarihsel Gelişimi: Dünya ve Türkiye. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3), 200-211.
53. Lawn, J. E., Kerber, K., Enweronu-Laryea, C., & Cousens, S. (2010). 3.6 Million Neonatal Deaths – What is Progressing and What is Not?. *Seminars in Perinatology*, 34(6), 371–386.
54. UNICEF. (2017). *Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME) Report-2017*. URL: <https://weshare.unicef.org/Package/2AMZIFIOUC3W> adresinden 18.04.2022 tarihinde alınmıştır.
55. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019 [Sayı:33710]*. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> adresinden 14.03.2022 tarihinde alınmıştır.
56. Kaynak, S., Yılmaz, H. B., Başbakkal, Z., & Yardımcı, F. (2020). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Bakım. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(3), 82-87.
57. Dündar, S. A., Bayat, M., & Erdem, E. (2011). Yenidoğan Ünitelerinin Düzeyleri ve Organizasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 137-142.
58. Lee, C. K., & Huang, X. Y. (2022). Psychological Processes of Postpartum Mothers with Newborns Admitted to the Intensive Care Unit. *Asian Nursing Research*, 16(1), 9–17.

59. Bode, M. M., O'Shea, T. M., Metzguer, K. R., & Stiles, A. D. (2001). Perinatal Regionalization and Neonatal Mortality in North Carolina, 1968-1994. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(6), 1302-1307.
60. Clement, M. S. (2005). Perinatal Care in Arizona 1950-2002: A Study of the Positive Impact of Technology, Regionalization and the Arizona Perinatal Trust. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 25(8), 503-508.
61. Salihoğlu, Ö., Akkuş, C. H., & Hatipoğlu, S. (2011). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 7(2), 45-51.
62. Schulman, J., Braun, D., Lee, H. C., Profit, J., Duenas, G., Bennett, M. V., Dimand, R. J., Jocson, M., & Gould, J. B. (2018). Association Between Neonatal Intensive Care Unit Admission Rates and Illness Acuity. *JAMA Pediatrics*, 172(1), 17-23.
63. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. (2020). *Resmi Gazete* (Tarih: 21.08.2020 – Sayı: 31220). URL: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7.htm> adresinden 18.02.2022 tarihinde alınmıştır.
64. Glass, H. C., Costarino, A. T., Stayer, S. A., Brett, C. M., Cladis, F., & Davis, P. J. (2015). Outcomes for Extremely Premature Infants. *Anesthesia and Analgesia*, 120(6), 1337-1351.
65. Cnattingius, S., Johansson, S., & Razaz, N. (2020). Apgar Score and Risk of Neonatal Death Among Preterm Infants. *The New England Journal of Medicine*, 383(1), 49-57.
66. Rogers, E. E., & Hintz, S. R. (2016). Early Neuro Developmental Outcomes of Extremely Preterm Infants. *Seminars in Perinatology*, 40(8), 497-509.
67. Karagöz, F., & Kılıçbay, F. (2021). Prematüre Bebek. *Health Sciences Student Journal*, 1(2), 59-67.
68. Vongbhavit, K., & Underwood, M. A. (2016). Prevention of Necrotizing Enterocolitis through Manipulation of the Intestinal Microbiota of the Premature Infant. *Clinical Therapeutics*, 38(4), 716-732.
69. Helfrich, A. M., Nylund, C. M., Eberly, M. D., Eide, M. B., & Stagliano, D. R. (2015). Healthy Late-Preterm Infants Born 33-36+6 Weeks Gestational Age Have Higher Risk for Respiratory Syncytial Virus Hospitalization. *Early Human Development*, 91(9), 541-546.
70. Trembath, A. N., Payne, A. H., Colaizy, T. T., Bell, E. F., & Walsh, M. C. (2016). The Problems of Moderate Preterm Infants. *Seminars in Perinatology*, 40(6), 370-373.

71. Medoff Cooper, B., Holditch-Davis, D., Verklan, M. T., Fraser-Askin, D., Lamp, J., Santa-Donato, A., Onokpise, B., Soeken, K. L., & Bingham, D. (2012). Newborn Clinical Outcomes of the AWHONN Late Preterm Infant Research-Based Practice Project. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41(6), 774–785.
72. Dietz, P. M., Rizzo, J. H., England, L. J., Callaghan, W. M., Vesco, K. K., Bruce, F. C., Bulkley, J. E., Sharma, A. J., & Hornbrook, M. C. (2012). Early Term Delivery and Health Care Utilization in the First Year of Life. *The Journal of Pediatrics*, 161(2), 234–239.
73. Janota, J., Simak, J., Stranak, Z., Matthews, T., Clarke, T., & Corcoran, D. (2008). Critically ill Newborns With Multiple Organ Dysfunction: Assessment by NEOMOD Score in a Tertiary NICU. *Irish Journal of Medical Science*, 177(1), 11–17.
74. Moster, D., Lie, R. T., & Markestad, T. (2008). Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine*, 359(3), 262–273.
75. Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The Global Epidemiology of Preterm Birth. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 3–12.
76. Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and Causes of Preterm Birth. *Lancet (London, England)*, 371(9606), 75–84.
77. Jiang, M., Mishu, M. M., Lu, D., & Yin, X. (2018). A Case Control Study of Risk Factors and Neonatal Outcomes of Preterm Birth. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 57(6), 814–818.
78. Derbent, A., Turhan, N. Ö., & Öztürk, N. (2009). Erken Doğum Riski ve Tahmini. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 139–144.
79. Dhont, M., Sutter, P., & Ruyssinck, G. (1999). Perinatal Outcome of Pregnancies After Assisted Reproduction: A Case-Control Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(3), 688–695.
80. Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J., & Buekens, P. (2003). Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), 14–24.
81. Lumley, J. (2003). Defining the Problem: The Epidemiology of Preterm Birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 3–7.
82. Shah, N. R., & Bracken, M. B. (2000). A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies on the Association Between Maternal Cigarette Smoking and Preterm Delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(2), 465–472.

83. Haahr, T., Ersboll, A. S., Karlsen, M. A., Svare, J., Sneider, K., Hee, L., Weile, L. K., Ziobrowska-Bech, A., Ostergaard, C., Jensen, J. S., Helmig, R. B., & Uldbjerg, N. (2016). Treatment of Bacterial Vaginosis in Pregnancy in order to Reduce the Risk of Spontaneous Preterm Delivery – A Clinical Recommendation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(8), 850–860.
84. Olson-Chen, C., Balaram, K., & Hackney, D. N. (2018). Chlamydia Trachomatis and Adverse Pregnancy Outcomes: Meta-analysis of Patients with and without Infection. *Maternal and Child Health Journal*, 22(6), 812–821.
85. Galinsky, R., Polglase, G. R., Hooper, S. B., Black, M. J., & Moss, T. J. (2013). The Consequences of Chorioamnionitis: Preterm Birth and Effects on Development. *Journal of Pregnancy*, 412831.
86. Cunningham, M., Kortsalioudaki, C., & Heath, P. (2013). Genitourinary Pathogens and Preterm Birth. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 26 (3), 219–230.
87. Xiao, P. L., Zhou, Y. B., Chen, Y., Yang, M. X., Song, X. X., Shi, Y., & Jiang, Q. W. (2015). Association between Maternal HIV Infection and Low Birth Weight and Prematurity: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 246.
88. Desai, M., Ter Kuile, F. O., Nosten, F., McGready, R., Asamo, K., Brabin, B., & Newman, R. D. (2007). Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy. *The Lancet Infectious Diseases*, 7(2), 93-104.
89. Qin, J., Yang, T., Xiao, S., Tan, H., Feng, T., & Fu, H. (2014). Reported Estimates of Adverse Pregnancy Outcomes Among Women with and without Syphilis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PlosOne*, 9(7), e102203.
90. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Practice Bulletinno. 130: Prediction and Prevention of Preterm Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 120(4), 964–973.
91. Barros-Silva, J., Pedrosa, A. C., & Matias, A. (2014). Sonographic Measurement of Cervical Length as a Predictor of Preterm Delivery: A Systematic Review. *Journal of Perinatal Medicine*, 42(3), 281–293.
92. Kyrgiou, M., Athanasiou, A., Paraskevaidi, M., Mitra, A., Kalliala, I., Martin-Hirsch, P., Arbyn, M., Bennett, P., & Paraskevaidis, E. (2016). Adverse Obstetric Outcomes After Local Treatment for Cervical Preinvasive and Early Invasive Disease according to Cone Depth: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ*, 354.
93. Danhof, N. A., Kamphuis, E. I., Limpens, J., Van Lonkhuijzen, L. R., Pajkrt, E., & Mol, B. W. (2015). The Risk of Preterm Birth of Treated Versus Untreated Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN): A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 188, 24–33.

94. Reichman, N. E., Teitler, J. O., Moullin, S., Ostfeld, B. M., & Hegyi, T. (2015). Late-Preterm Birth and Neonatal Morbidities: Population-Level and within-Family Estimates. *Annals of Epidemiology*, 25(2), 126–132.
95. Kavuncuoğlu, S., Aldemir Yıldız, E., Çelik, N., Çetindağ, F., Sander, S., Payaşı, M., & Özbek, S. (2013). Prematüre Bebeklerde Önemli Bir Morbidite Nedeni; Nekrotizan Enterokolit: Dokuz Yıllık Çalışmanın Sonuçları. *Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi*, 5(1), 13-20.
96. Özkan, H., Çetinkaya, M., Köksal, N., Özboyacı, E., Özboyacı, A., & Yapıcı, Ş. (2010). Nekrotizan Enterokolitli Prematüre Bebeklerin Değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri*, 8(3), 56-62.
97. Cheong, J., Burnett, A. C., Treyvaud, K., & Spittle, A. J. (2020). Early Environment and Long-Term Outcomes of Preterm Infants. *Journal of Neural Transmission*, 127(1), 1–8.
98. Kültürsay, N., & Çalkavur, Ş. (2006). İndirekt Hiperbilirubinemi/Nedenler ve Tanı. *Güncel Pediatri*, 4(2), 21-25.
99. Özdemir, Ö. M. (2020). Yenidoğanda İndirekt Hiperbilirubinemi Tanı ve Tedavisi; Derleme. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(2), 463-475.
100. Maimburg, R. D., Olsen, J., & Sun, Y. (2016). Neonatal Hyperbilirubinemia and the Risk of Febrile Seizures and Childhood Epilepsy. *Epilepsy Research*, 124, 67–72.
101. Kotecha, S. J., Gallacher, D. J., & Kotecha, S. (2016). The Respiratory Consequences of Early-Term Birth and Delivery by Caesarean Sections. *Paediatric Respiratory Reviews*, 19, 49–55.
102. Chung, E. H., Chou, J., & Brown, K. A. (2020). Neuro developmental Outcomes of Preterm Infants: A Recent Literature Review. *Translational Pediatrics*, 9(1), 3-8.
103. Kerimoğlu, G., Kavuncuoğlu, S., Arslan, G., Kocaman, C., Yıldız, H., Aksüyek, E., & Kaya, A. (2004). Prematüre Bebeklerin Uzun Dönemdeki Nöromotor Gelişimleri. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi* 14(1),33-39.
104. Narlı, N., Yapıcıoğlu, H., Satar, M., Pekmezci, D., & Yarkın, F. (2001). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Solunum Sinsityal Virus Enfeksiyonu. *İnfeksiyon Dergisi*, 15(2), 161-165.
105. Eryürek, D., Başdaş, Ö., Korkmaz, Z., Yıldız, İ., Mumcu, Ö., & Bayat, M. (2021). Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 196-202.

106. Fernández-Medina, I. M., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., CamachoÁvila, M., & López Rodríguez, M. (2018). Bonding in Neonatal Intensive Care Units: Experiences of Extremely Preterm Infants' Mothers. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 31(4), 325–330.
107. Alexopoulou, P., Evagelou, E., Mpakoula-Tzoumaka, C., & Kyritsi-Koukoulari, E. (2018). Assessing Anxiety and Depression in Parents of Preterm Infants. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(5), 273-276.
108. Brett, J., Staniszevska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A Systematic Mapping Review of Effective Interventions for Communicating with, Supporting and Providing Information to Parents of Preterm Infants. *BMJ Open*, 1-11.
109. Bouras, G., Theofanopoulou, N., Mexi-Bourna, P., Poullos, A., Michopoulos, I., Tassiopoulou, I., Daskalaki, A., & Christodoulou, C. (2015). Preterm Birth and Maternal Psychological Health. *Journal of Health Psychology*, 20(11), 1388–1396.
110. Cano Giménez, E., & Sánchez-Luna, M. (2015). Providing Parents with Individualised Support in a Neonatal Intensive Care Unit Reduced Stress, Anxiety and Depression. *Acta Paediatrica*, 104(7), 300–305.
111. Howe, T. H., Sheu, C. F., Wang, T. N., & Hsu, Y. W. (2014). Parenting Stress in Families with Very Low Birth Weight Preterm Infants in Early Infancy. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1748–1756.
112. Fowler, C., Green, J., Elliott, D., Petty, J., & Whiting, L. (2019). The Forgotten Mothers of Extremely Preterm Babies: A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2124–2134.
113. Varışoğlu, Y., & Satılmış, İ. G. (2019). Preterm Doğumlarda Anne Sütünün Artırılmasında Alternatif Bir Yöntem: Müzik Terapi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 70-82.
114. Türk Dil Kurumu (TDK). (2011). *Türkçe Sözlük* (11. Baskı). Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
115. Ellis-Stoll, C. C., & Popkess-Vawter, S. (1998). A Concept Analysis on the Process of Empowerment. *Advances in Nursing Science*, 21(2), 62–68.
116. Yeh, H. Y., Ma, W. F., Huang, J. L., Hsueh, K. C., & Chiang, L. C. (2016). Evaluating the Effectiveness of a Family Empowerment Program on Family Function and Pulmonary Function of Children with Asthma: A Randomized Control Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 133–144.
117. Kalleson, R., Jahnsen, R., & Ostensjo, S. (2020). Empowerment in Families Raising a Child with Cerebral Palsy During Early Childhood: Associations with Child, Family and Service Characteristics. *Child: Care, Health and Development*, 46(1), 19-27.

118. Lagendijk, J., Sijpkens, M. K., Ernst-Smelt, H. E., Verbiest, S. B., Been, J. V., & Steegers, E. (2020). Risk-Guided Maternity Care to Enhance Maternal Empowerment Postpartum: A Cluster Randomized Controlled Trial. *PlosOne*, 15(11), 1-16.
119. Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277–282.
120. Han, K. S., Yang, Y., & Hong, Y. S. (2018). A Structural Model of Family Empowerment for Families of Children with Special Needs. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 833-844.
121. Khafagy, G. M., Mahmoud, M. M., & Soliman, S. (2021). Effect of Patient Empowerment Model on Smoking Cessation: Randomized Controlled Trial. *Korean Journal of Family Medicine*, 42(5), 369–375.
122. Sakanashi, S., & Fujita, K. (2020). Development of the Empowerment Scale for Family Caregivers of Community-Dwelling People with Dementia in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(2), 1-12.
123. Dharma, K. K., Damhudi, D., Yarden, N., & Haeriyanto, S. (2018). Increase in the Functional Capacity and Quality of Life Among Stroke Patients by Family Caregiver Empowerment Program Based on Adaptation Model. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 357-364.
124. Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., & Rouzbeh, J. (2012). The Effect of Empowerment on the Self-Efficacy, Quality of Life and Clinical and Laboratory Indicators of Patients Treated with Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 115.
125. Carlier, S., Van der Paelt, S., Ongenae, F., De Backere, F., & De Turck, F. (2020). Empowering Children with ASD and Their Parents: Design of a Serious Game for Anxiety and Stress Reduction. *Sensors*, 20(4), 966.
126. Rahgoi, A., Sojoodi, T., Fallahi Khoshknab, M., Rahgozar, M., & Shahshahani, S. (2019). Effects of Empowerment Program on the Burden of Care in Mothers of Children with Phenylketonuria. *Iranian Journal of Child Neurology*, 13(2), 53–60.
127. Papamichael, E., Ioannou, M., & A Talias, M. (2018). EMPATHIC-N in a Greek-Cypriot Sample: Confirming its Factorial Structure. *BMC Health Services Research*, 18(1), 968.
128. Stelwagen, M., Van Kempen, A., Westmaas, A., Vet, E., & Scheele, F. (2021). Parents' Experiences With a Model of Integrated Maternity and Neonatal Care Designed to Empower Parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 50(2), 181–192.
129. Ghazavi, Z., Minooei, M. S., Abdeyazdan, Z., & Gheissari, A. (2014). Effect of Family Empowerment Model on Quality of Life in Children with Chronic Kidney Diseases. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), 371–375.

130. Fox, G. L., Nordquist, V. M., Billen, R. M., & Savoca, E. F. (2015). Father Involvement and Early Intervention: Effects of Empowerment and Father Role Identity. *Family Relations*, 64(4), 461-475.
131. Hewetson, R., & Singh, S. (2009). The Lived Experience of Mothers of Children with Chronic Feeding and/or Swallowing Difficulties. *Dysphagia*, 24(3), 322-332.
132. Panicker L. (2013). Nurses' Perceptions of Parent Empowerment in Chronic Illness. *Contemporary Nurse*, 45(2), 210-219.
133. Yousafzai, A. K., Farrukh, Z., & Khan, K. (2011). A Source of Strength and Empowerment? An Exploration of the Influence of Disabled Children on the Lives of their Mothers in Karachi, Pakistan. *Disability and Rehabilitation*, 33(12), 989-998.
134. Adelsperger, S., Prows, C. A., Myers, M. F., Perry, C. L., Chandler, A., Holm, I. A., & Lynch, J. A. (2017). Parental Perception of Self-Empowerment in Pediatric Pharmacogenetic Testing: The Reactions of Parents to the Communication of Actual and Hypothetical CYP2D6 Test Results. *Health Communication*, 32(9), 1104-1111.
135. Sullivan C. E. (2008). Cybersupport: Empowering Asthma Caregivers. *Pediatric Nursing*, 34(3), 217-224.
136. Fijioka, H., Ogasawara, A., Okubo, Y., & Ito, M. (2012). Empowerment Process of Mothers Rearing Children with Disabilities in Mother and Child Residential Rehabilitation Program. *Medical and Health Science Research: Bulletin of Tsukuba International University*, 3, 41-48.
137. Vuorenmaa, M., Halme, N., Astedt-Kurki, P., Kaunonen, M., & Perala, M. L. (2014). The Validity and Reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): A Survey of Parents with Small Children. *Child: Care, Health and Development*, 40(4), 597-606.
138. Dellenmark-Blom, M., & Wigert, H. (2014). Parents' Experiences with Neonatal Home Care Following Initial Care in the Neonatal Intensive Care Unit: A Phenomenological Hermeneutical Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 575-586.
139. Davis, T. S., Gavazzi, S. M., Scheer, S. D., & Uppal, R. (2011). Measuring Individualized Parent Advocate Services in Children's Mental Health: A Contextualized Theoretical Application. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 669-684.
140. Neely-Barnes, S. L., Graff, J. C., Roberts, R. J., Hall, H. R., & Hankins, J. S. (2010). "It's Our Job": Qualitative Study of Family Responses to Ableism. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(4), 245-258.
141. Casagrande, K. A., & Ingersoll, B. R. (2017). Service Delivery Outcomes in ASD: Role of Parent Education, Empowerment and Professional Partnerships. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2386-2395.

142. Mianaei, S. J., Karahroudy, F. A., Rassouli, M., & Tafreshi, M. Z. (2014). The Effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment Program on Maternal Stress, Anxiety and Participation in NICU Wards in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 94.
143. Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., Stone, P. W., Small, L., Tu, X., & Gross, S. J. (2006). Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, 118(5), 1414–1427.
144. Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Crean, H. F., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., Slota, M., & Corbo-Richert, B. (2004). Creating Opportunities for Parent Empowerment: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers. *Pediatrics*, 113(6), 597–607.
145. Karbandi, S., Momenizadeh, A., Hydarzadeh, M., Mazlom, S., & Hasanzadeh, M. (2015). The Effect of Mother Empowerment Program on Mothers Attachment to Their Hospitalized Premature Neonates. *Evidence Based Care*, 5(2), 7-14.
146. Melnyk, B. M., Crean, H. F., Feinstein, N. F., & Fairbanks, E. (2008). Maternal Anxiety and Depression Following a Premature Infants' Discharge from the NICU: Explanatory Effects of the COPE Program. *Nursing Research*, 57(6), 383.
147. Peyrovi, H., Mosayebi, Z., Mohammad-Doost, F., Chehrzad, M. M., & Mehran, A. (2016). The Effect of Empowerment Program on “Perceived Readiness for Discharge” of Mothers of Premature Infants. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(5), 752-757.
148. Ghomi, R., Vasli, P., Hosseini, M., & Ahmadi, F. (2019). Effect of an Empowerment Program on the Caring Behaviors of Mothers with Preterm Infants: the Health Belief Model Approach. *International Journal of Health Promotion and Education*, 57(2), 55-66.
149. Liu, C. H., Chao, Y. H., Huang, C. M., Wei, F. C., & Chien, L. Y. (2010). Effectiveness of Applying Empowerment Strategies When Establishing a Support Group for Parents of Preterm Infants. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1729–1737.
150. Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., Sherman, L., LeMoine, C., Moldenhauer, Z., Small, L., Bender, N., & Sinkin, R. A. (2001). Improving Cognitive Development of Low-Birth-Weight Premature Infants with the COPE program: A Pilot Study of the Benefit of Early NICU Intervention with Mothers. *Research in Nursing & Health*, 24(5), 373–389.

151. Nieves, H., Clements-Hickman, A., & Davies, C. C. (2021). Effect of a Parent Empowerment Program on Parental Stress, Satisfaction and Length of Stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 35(1), 92–99.
152. Cawley, T., & McNamara, P. M. (2011). Public Health Nurse Perceptions of Empowerment and Advocacy in Child Health Surveillance in West Ireland. *Public Health Nursing*, 28(2), 150–158.
153. World Health Organization (WHO). (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
154. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: Anıl Matbaacılık.
155. Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2019). Parent Empowerment in Pediatric Healthcare Settings: A Systematic Review of Observational Studies. *The Patient*, 12(2), 199–212.
156. Spence Laschinger, H. K., Gilbert, S., Smith, L. M., & Leslie, K. (2010). Towards a Comprehensive Theory of Nurse/Patient Empowerment: Applying Kanter's Empowerment Theory to Patient Care. *Journal Of Nursing Management*, 18(1), 4–13.
157. Wahlin I. (2017). Empowerment in Critical Care-a Concept Analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 164–174.
158. Christensen, M., & Hewitt-Taylor, J. (2007). Patient Empowerment: Does it Still Occur in the ICU?. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(3), 156–161.
159. Wahlin, I., Ek, A. C., & Idvall, E. (2009). Empowerment in Intensive Care: Patient Experiences Compared to Next of Kin and Staff Beliefs. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(6), 332–340.
160. Roche, J., Morsi, D., & Chandler, G. E. (2009). Testing a Work Empowerment-Work Relationship Model to Explain Expertise in Experienced Acute Care Nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 39(3), 115-122.
161. Wahlin, I., Ek, A. C., & Idvall, E. (2010). Staff Empowerment in Intensive Care: Nurses' and Physicians' Lived Experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 262-269.
162. Wacharasin, C., Phaktoop, M., & Sananreangsak, S. (2015). Examining the Usefulness of a Family Empowerment Program Guided by the Illness Beliefs Model for Families Caring for a Child with Thalassemia. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 295–321.
163. Graves, K. N., & Shelton, T. L. (2007). Family Empowerment as a Mediator Between Family-Centered Systems of Care and Changes in Child Functioning: Identifying an Important Mechanism of Change. *Journal of Child and Family Studies*, 16(4), 556-566.

164. Wilkinson, J. M., & Barcus, L. (2018). *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. S. Kapucu (Çev.). Ankara: Pelikan Yayınevi.
165. Hughes M. (2007). Parents' and Nurses' Attitudes to Family-Centred Care: An Irish Perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2341–2348.
166. Coleman C. L. (2016). Empowered by Nurses. *Pediatric Nursing*, 42(4), 193–196.
167. Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (2009). Community-Based Parent Support Programs. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-7.
168. Stajduhar, K., Funk, L., Jakobsson, E., & Ohlen, J. (2010). A Critical Analysis of Health Promotion and 'Empowerment' in the Context of Palliative Family Care-Giving. *Nursing Inquiry*, 17(3), 221–230.
169. Nurhaeni, N., Rustina, Y., Agustini, N., & Rosuliana, N. E. (2018). Impact of Family Empowerment Model on Satisfaction and Children's Length of Stay in Hospital. *Enfermería Clínica*, 28, 36-40.
170. Baki, A., & Gökçek, T. (2012). Karma Yöntem Araştırmalarına Genel Bir Bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(42), 1-21.
171. Creswell, J. W. (2017). *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş*. M. Sözbilir (Çev.). Ankara: Pegem Akademi.
172. Alkan, V., Şimşek, S., & Erbil, B. A. (2019). Karma Yöntem Deseni: Öyküleyici Alanyazın İncelemesi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 559-582.
173. Katıtaş, S. (2019). A Holistic Overview of the Mixed Method Research. *International Social Sciences Studies Journal*, 5(49), 6250-6260.
174. Uslu Şahan, F. & Terzioğlu, F. (2019). Jinekolojik Onkoloji Palyatif Bakımda Simülasyona Dayalı Mesleklerarası Eğitime Yönelik Öğrencilerin Görüşleri: Nitel Çalışma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 155-164.
175. Gürol, A., Tekgündüz, K. Ş., Apay, S. E., Özdemir, S., & Güven, R. (2020). Emotional Closeness in Neonatal Intensive Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(4), 262-267.
176. Gomez-Cantarino, S., Garcia-Valdivieso, I., Moncunill-Martinez, E., Yanez-Araque, B., & Ugarte Gurrutxaga, M. I. (2020). Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7197.
177. Janelli, L. M., Dickerson, S. S., & Ventura, M. R. (1995). Focus Groups: Nursing Staffs Experiences Using Restraints. *Clinical Nursing Research*, 4(4), 425-441.

178. Creswell, J. W. (2021). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. M. Bütün & S. B. Demir (Çev.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
179. Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th Edition). USA: Sage Publications.
180. Kümbetoğlu, B. (2005). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayınları.
181. Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in Qualitative Research: Exploring Its Conceptualization and Operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907.
182. Çokluk, Ö., Yılmaz, K., & Oğuz, E. (2011). Nitel Bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi. *Kuramsal Eğitimbilim*, 4(1), 95-107.
183. Zhang, Q., Wu, J., Sheng, X., & Ni, Z. (2021). Empowerment Programs For Parental Mental Health of Preterm Infants: A Meta-Analysis. *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1636-1643.
184. Koren, P. E., DeChillo, N., & Friesen, B. J. (1992). Measuring Empowerment in Families whose Children Have Emotional Disabilities: A Brief Questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 305.
185. Boztepe, H., Çınar, S., Kanbay, Y., Acımuş, B., Özgür, F., & Terzioğlu, F. (2022). Validity and Reliability of the Family Empowerment Scale for Parents of Children with Cleft Lip and/or Palate. *Child: Care, Health and Development*, 48(2), 277–285.
186. Boztepe, H., Çınar, S., Kanbay, Y., Acımuş, B., Özgür, G., & Terzioğlu, F. (2021). Aile Güçlendirme Ölçeğinin Türk Diline Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *7. Uluslararası Dudak Damak Yarıkları Derneği Kongresi*, 9-10 Kasım, Antalya.
187. Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
188. Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.
189. Akarsu, R., & Şahiner, L. (2020). Çok İleri Maternal Yaş Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 522-525.
190. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2015). *Sezaryen Doğum Hızları ile İlgili DSÖ Açıklaması*. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1 adresinden 11.02.2022 tarihinde alınmıştır.

191. Galeano, M. D., & Carvajal, B. V. (2016). Coping in Mothers of Premature Newborns after Hospital Discharge. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(3), 105-109.
192. Oswalt, K. L., McClain, D. B., & Melnyk, B. (2013). Reducing Anxiety Among Children Born Preterm and Their Young Mothers. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(3), 144–149.
193. Borimnejad, L., Mehrnoosh, N., Fatemi, N. S., & Haghani, H. (2013). Impacts of Creating Opportunities for Parent Empowerment on Maternal Stress: A Quasi-Experimental Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 218–221.
194. Vuorenmaa, M., Perala, M. L., Halme, N., Kaunonen, M., & Astedt-Kurki, P. (2016). Associations Between Family Characteristics and Parental Empowerment in the Family, Family Service Situations and the Family Service System. *Child: Care, Health and Development*, 42(1), 25-35.
195. Fordham, L., Gibson, F., & Bowes, J. (2012). Information and Professional Support: Key Factors in the Provision of Family-Centred Early Childhood Intervention Services. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 647-653.
196. Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
197. He, F. B., Axelin, A., Ahlqvist-Björkroth, S., Raiskila, S., Löyttyniemi, E., & Lehtonen, L. (2021). Effectiveness of the Close Collaboration with Parents Intervention on Parent-Infant Closeness in NICU. *BMC Pediatrics*, 21(1), 1-8.
198. Nynas, J., Narang, P., Kolikonda, M. K., & Lippmann, S. (2015). Depression and Anxiety Following Early Pregnancy Loss: Recommendations for Primary Care Providers. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(1), 26225.
199. Cesare, N., Oladeji, O., Ferryman, K., Wijaya, D., Hendricks-Munoz, K. D., Ward, A., & Nsoesie, E. O. (2020). Discussions of Miscarriage and Preterm Births on Twitter. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 34(5), 544-552.
200. Toffol, E., Koponen, P., & Partonen, T. (2013). Miscarriage and Mental Health: Results of Two Population-Based Studies. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 151-158.
201. Ahlund, S., Clarke, P., Hill, J., & Thalange, N. (2009). Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers of Very Low Birth Weight Infants 2–3 Years Post-Partum. *Archives of Women's Mental Health*, 12(4), 261-264.
202. Wolke, D., Eryigit-Madzwamuse, S., & Gutbrod, T. (2014). Very Preterm/Very Low Birth Weight Infants' Attachment: Infant and Maternal Characteristics. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 99(1), 70-75.

203. Karaçam, Z., & Çakmak, E. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anneler İçin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği: Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 69-78.
204. Konukbay, D., & Arslan, F. (2011). Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 16-22.
205. Çağlar, S. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım: Anne Görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2), 120-126.
206. Larocque, C., Peterson, W. E., Squires, J. E., Mason-Ward, M., Mayhew, K., & Harrison, D. (2021). Family-Centred Care in the Neonatal Intensive Care Unit: A concept Analysis and Literature Review. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(6), 402-411.
207. Neu, M., Klawetter, S., Greenfield, J. C., Roybal, K., Scott, J. L., & Hwang, S. S. (2020). Mothers' Experiences in the NICU Before Family-Centered Care and in Nicus Where it is the Standard of Care. *Advances in Neonatal Care*, 20(1), 68-79.
208. Gondwe, K. W., Brandon, D., Yang, Q., Malcom, W. F., Small, M. J., & Holditch-Davis, D. (2020). Emotional Distress in Mothers of Early-Preterm Infants, Late-Preterm Infants and Full-Term Infants in Malawi. *Nursing Outlook*, 68(1), 94-103.
209. Goutaudier, N., Lopez, A., Séjourné, N., Denis, A., & Chabrol, H. (2011). Premature Birth: Subjective and Psychological Experiences in the First Weeks Following Childbirth, A Mixed-Methods Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 364-373.
210. Akbaş, M., Akça, E., Şenoğlu, A., & Sürücü, Ş. G. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anne-Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2), 87-97.
211. Gomez, D. B., Vidal, S. A., & Lima, L. (2017). Brazilian Adaptation and Validation of the Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N) Questionnaire. *Jornal de Pediatria*, 93, 156-164.
212. Jerofke-Owen, T., & Bull, M. (2018). Nurses' Experiences Empowering Hospitalized Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 40(7), 961-975.
213. Gibson, C. H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
214. Falk-Rafael, A. R. (2001). Empowerment as a Process of Evolving Consciousness: a Model of Empowered Caring. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 1-16.

215. Kachoosangy, R. A., Shafaroodi, N., Heidarzadeh, M., Qorbani, M., Bordbbr, A., Shirmard, M. H., & Daneshjoo, F. (2020). Increasing Mothers' Confidence and Ability by Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE): A Randomized, Controlled trial. *Iranian Journal of Child Neurology*, 14(1), 77.
216. Hermansson, E., & Martensson, L. (2011). Empowerment in the Midwifery Context-A Concept Analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816.
217. McCue, B. K., & Borders, A. E. (2018). ACOG Committee Opinion, Committee on Obstetric Practice; Group Prenatal Care. *Obstetrics & Gynecology*, 131(3), 104-108.
218. Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and Empowerment in Nursing: Three Theoretical Approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-241.
219. Acar, M. D., & Bulut, E. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Motivasyonları Üzerine Niteliksel Bir Araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 223-230.
220. Cena, L., Biban, P., Janos, J., Lavelli, M., Langfus, J., Tsai, A., Youngstrom, E. A., & Stefana, A. (2021). The Collateral Impact of COVID-19 Emergency on Neonatal Intensive Care Units and Family-Centered Care: Challenges and Opportunities. *Frontiers in Psychology*, 12, 630594.
221. Hermann, A., Fitelson, E. M., & Bergink, V. (2021). Meeting Maternal Mental Health Needs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 123-124.
222. Zork, N. M., Aubey, J., & Yates, H. (2020). Conversion and Optimization of Telehealth in Obstetric Care During the COVID-19 Pandemic. *Seminars in Perinatology*, 44(6), 151300.
223. Perrin, P. B., Rybarczyk, B. D., Pierce, B. S., Jones, H. A., Shaffer, C., & Islam, L. (2020). Rapid Telepsychology Deployment During the COVID-19 Pandemic: A Special Issue Commentary and Lessons from Primary Care Psychology Training. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1173-1185.
224. Arslanlı, S. E., & Yiğit, R. (2022). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Prematüre Bebeği Olan Ebeveynlerin Ev Ortamında Yaşadıkları Güçlüklerin Azaltılması Konusunda Öneriler. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 106-111.
225. Williamson, K. M. (2007). Home Health Care Nurses' Perceptions of Empowerment. *Journal of Community Health Nursing*, 24(3), 133-153.
226. Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., Joranger, P., & RuudKnutsen, I. (2020). Empowerment in Healthcare: A thematic Synthesis and Critical Discussion of Concept Analyses of Empowerment. *Patient Education and Counseling*, 103(7), 1263-1271.

227. Şahinöz, T., & Şahinöz, S. (2012). Demografik ve Bazı Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye'nin Dünyadaki Durumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-11.



EKLER

EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcılar,

Bu çalışma Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof.Dr. Fusun Terzioğlu yürütücülüğünde “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annelerin Aile Güçlendirme Durumlarının ve Hemşirelerin Bu konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi” amacıyla Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeğin olan anneler ile gerçekleştirilecektir. Bu çalışma yüksek lisans tezi kapsamında yapılmakta olup; Hemşire Handan Kaya tarafından uygulanacaktır. Bu uygulama Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan anneler ile yüz yüze veri toplama yöntemlerinin doldurulması şeklinde yapılacaktır.. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof.Dr. Fusun Terzioğlu (Tel; ; E-posta:) ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum. (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

Uygulamanın yapılacağı YER: Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

İmza:

Tarih:

Katılımcının Adı/Soyadı:

EK-2. Anne- Bebek Tanıtıcı Formu

ANNE-BEBEK TANITICI FORMU

1-) Yaşınız? a) 18-25 b) 26-34 c) 34-44 d) 45-55 e) 55 ve üzeri 2-) Medeni Durumunuz? a) Bekar b) Evli 3-) En son mezun olduğunuz okul? a) İlk Öğretim b) Orta Öğretim c) Lise d) Önlisans e) Lisans f) Yüksek Lisans g) Doktora 4-) Sağlık güvenceniz var mı? a) Var b) Yok 5-) Herhangi bir yerde çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır 6-) Algılanan gelir düzeyi? a) Gelir gidere denk b) Gelir giderden az c) Gelir giderden fazla 7-) Aile yapınız? a) Çekirdek aile b) Geniş aile 8-) Yaşayan çocuk sayınız? 9-) Kronik bir hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır 10-) Daha önce prematüre doğum öykünüz oldu mu? a) Evet b) Hayır 11-) Kaç gebelik geçirdiniz? 12-) Yaşayan çocuk sayınız?	13-) Daha önce düşük ya da ölüm doğum yaptınız mı? a) Evet b) Hayır 14-) Evinizde bakmakla zorunlu olduğunuz biri var mı? a) Evet b) Hayır 15-) Gebeliğiniz planlı mı? a) Evet b) Hayır 16-) Doğum şekliniz nedir? a) Sezaryen b) Normal 17-) Bebeğinizi ne sıklıkla ziyaret ediyorsunuz? 18-) Bebeğinizin bakımına ne sıklıkla katılıyorsunuz? 19-) Bebeğinize hangi konularda bakım sağlıyorsunuz? a) Besleme b) Gazını çıkartmak c) Bebeğin vücut temizliğini yapma d) Ağız bakımı yapma e) Kucağına alma-Dokunma f) Ninni söyleme g) Emzik verme h) Ağırlı işlemler sırasında kucağına alma i) Yara bakımı yapma e) Diğer..... 20-) Bebeğinizin bakımına katılırken ne hissettiniz? a) Mutluluk b) Pişmanlık c) Korku d) Şaşkınlık e) Heyecan f) Hüzün g) Utanç h) Öfke i) iğrenme j) diğer....
--	---

EK-2. (devam) Anne-Bebek Tanıtıcı Formu

21-) Bebeğinizin cinsiyeti? a) Kız b) Erkek 22-) Bebeğinizin kilosu? 23-) Bebeğiniz hamileliğin kaçınıcı haftasında doğdu? 24-) Bebeğiniz şu an kaç haftalık? 25-) Bebeğinizin tanısı (hastalığı-yatış nedeni) nedir?	26-) Bebeğiniz kaç gündür yoğun bakımda yatıyor? 27-) Bebeğinizin hastaneye yatırıldığında kendinizi nasıl hissettiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) a) Pişman b) Mutlu c) Korkmuş d) Şaşkın e) Heyecanlı f) Hüzünlü g) Utanmış h) Öfkeli ı) İğrenmiş j) Yorulmuş k) Hassas l) Güçsüz m) Güçlü n) Diğer 28-) İkamet ettiğiniz yer? a) Şehir b) Taşra
--	--

EK-3. Aile Güçlendirme Ölçeği

AİLE GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ

Değerli katılımcı; Aşağıdaki ifadelere ilişkin katılım durumunuzu her bir maddenin yanında bulunan seçeneklerinden birine “X” işaretini kullanarak belirtmeniz beklenmektedir.	Hiç uygun değil	Uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Sıklıkla uygun	Her Zaman uygun
Aileniz Hakkında						
1. Çocuğumla ilgili ortaya çıkan sorunları oldukça iyi idare ederim.	0	1	2	3	4	5
2. Çocuğumun büyümesine/ gelişimine yardım etme becerime güvenirim.	0	1	2	3	4	5
3. Çocuğumla ilgili sorunlar ortaya çıktığında ne yapacağımı bilirim.	0	1	2	3	4	5
4. Aile yaşamının kontrolüm altında olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4	5
5. Çocuğumu daha iyi anlamama yardımcı olacak bilgiler edinebilirim.	0	1	2	3	4	5
6. Çocuğumla ilgili sorun olduğunda çözebileceğime inanırım.	0	1	2	3	4	5
7. Ailedeki sorunlarla ilgili yardıma ihtiyacım olduğunda başkalarından yardım isteyebilirim.	0	1	2	3	4	5
8. Çocuğumun büyümesine ve gelişmesine yardımcı olacak yeni seçenekler öğrenmeye çalışırım.	0	1	2	3	4	5
9. Çocuğumla ilgilenirken sorunlara olduğu kadar iyi şeylere de odaklanırım.	0	1	2	3	4	5
10. Çocuğumla ilgili bir sorunla karşılaştığımda yapacaklarıma sırasıyla karar verebilirim.	0	1	2	3	4	5
11. Çocuğumun hastalığının ne olduğunu iyi anlıyorum.	0	1	2	3	4	5
12. İyi bir ebeveyn olduğumu düşünürüm.	0	1	2	3	4	5
Çocuğunuza Verilen Sağlık Hizmetleri Hakkında						
13. Çocuğumun aldığı tüm hizmetleri onaylama hakkım olduğunu hissedirim.	0	1	2	3	4	5
14. Çocuğuma sunulan hizmetin iyi olmadığını düşündüğümde atılacak adımları bilirim.	0	1	2	3	4	5
15. Sağlık profesyonellerinin, çocuğumun hangi hizmetleri alması gerektiğine ilişkin görüşlerimi anladığından eminim.	0	1	2	3	4	5
16. Çocuğumun hangi hizmetlere ihtiyacı olduğu konusunda doğru kararlar verebilirim.	0	1	2	3	4	5
17. Çocuğumun ihtiyacı olan hizmetlere karar vermek için ilgili kurum ve profesyonellerine ulaşabilirim.	0	1	2	3	4	5
18. Çocuğumun ihtiyaçlarını karşılayan sağlık profesyonelleri ile düzenli olarak görüşürüm/irtibatta kalırım.	0	1	2	3	4	5
19. Çocuğumun hangi hizmetlere ihtiyaç duyduğuna karar verirken sağlık profesyonelleri kadar benim görüşüm de önemlidir.	0	1	2	3	4	5
20. Sağlık profesyonellerine çocuğuma verilen hizmetler hakkında ne düşündüğümü söylerim.	0	1	2	3	4	5
21. Çocuğumun hangi hizmetlere ihtiyacı olduğunu bilirim.	0	1	2	3	4	5
22. Gerekğinde çocuğum/ailem için sağlık hizmeti almak için girişimde bulunurum.	0	1	2	3	4	5
23. Çocuğumun faydalandığı sağlık sistemini iyi bilirim.	0	1	2	3	4	5
24. Sağlık profesyonellerinin çocuğum için hangi hizmetleri istediğimi sormaları gerektiğini düşünürüm.	0	1	2	3	4	5
Topluma Katılımınız Hakkında						
25. Yaşadığım toplumda çocuklara verilen hizmetlerin iyileştirilmesinde rol alabileceğimi hissedirim.	0	1	2	3	4	5
26. Çocuklarla ilgili yasal/ekonomik sorunlar olduğunda hukuksal bağlantılarımla iletişime geçerim.	0	1	2	3	4	5

EK-3. (devam) Aile Güçlendirme Ölçeği

27. Çocuklara yönelik sağlık hizmeti sisteminin nasıl organize edildiğini anlarım.	0	1	2	3	4	5
28. Çocuklar için ideal hizmet sistemi hakkında fikirlere sahibim.	0	1	2	3	4	5
29. Diğer ailelere ihtiyaç duydukları hizmetleri alabilmeleri için yardım ederim.	0	1	2	3	4	5
30. Diğer ailelerle birlikte çocuklarımıza verilen hizmetleri etkileyebileceğimize inanırım.	0	1	2	3	4	5
31. Devlet/kurum yöneticilerine çocuklara yönelik sağlık hizmetlerini nasıl geliştirebileceklerini söylerim.	0	1	2	3	4	5
32. Kurum yöneticilerinin/yasa düzenleyicilerin beni dinlemelerini nasıl sağlayacağımı bilirim.	0	1	2	3	4	5
33. Özel eğitim yasalarına göre ailelerin/ebeveynlerin/ çocukların haklarının ne olduğunu bilirim.	0	1	2	3	4	5
34. Ebeveyn olarak sahip olduğum bilgi ve deneyimin, ailelere/ebeveynlere ve çocuklara yönelik sağlık hizmetlerini iyileştirmek için kullanılabileceğini düşünürüm.	0	1	2	3	4	5

EK-4. Nitel Kısım Görüşme Soruları

TEZ NİTEL KISIM GÖRÜŞME SORULARI

1-Cinsiyet:
2-Yaş:
3-Çalışma Düzeni:
4- Hemşire olarak çalışma süresi:
5-Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süresi:
6-Eğitim Durumu:
7-Fazla mesai çalışıyor musunuz? Evet () Hayır (); haftada ne kadar fazla mesai yapıyorsunuz.
8) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmayı kendiniz mi tercih ettiniz?
9) Bu üniteye çalışmaya devam etmek istiyor musunuz?
10) Bu üniteye çalışırken en fazla hangi konularda zorlanıyorsunuz..

- ✓ *Aile güçlendirme yaklaşımı deyince ne anlıyorsunuz?*
- ✓ *Sizce aileler güçlendirilmeli midir?*
- ✓ *Bu üniteye yenidoğan ve ailelerine verilen sağlık hizmetleri hakkında ne düşünüyorsunuz;*
- ✓ *Aileler; yenidoğan bebeğinin bakım süreçlerine eşlik etmesi gerektiğini düşünüyor musunuz*
- ✓ *Ailelerin bu süreçte nasıl ve hangi konularda güçlendirilmesi gereklidir.*
- ✓ *Aile güçlendirilmesine yönelik deneyimlerinizi paylaşabilir misiniz? Neler yapıyorsunuz,*
- ✓ *Covid 19 sürecinde deneyimlerinizde farklılık yaşadınız mı? Olumlu ve olumsuz yönleri neler oldu?*
- ✓ *Yenidoğan bebeklere bakım verirken aile güçlendirilmesi aşamasında zorluk yaşıyor musunuz; ?*
- ✓ *Ne tür zorluklar yaşıyorsunuz?*
- ✓ *Ailelerin güçlendirilmesi sürecinde karşılaştığınız engeller var mıdır?*
- ✓ *Bu engellerin azaltılması için önerdiğiniz stratejiler nelerdir?*

- ✓ *Aileler sizlerden hangi konularda rehberlik talep ediyor?*
- ✓ *Kliniğinizde ailelerin güçlendirilmesi ile ilgili hangi yöntemleri kullanıyorsunuz?*
- ✓ *Pandemi sürecinde prematüre bebeklerin annelerinin stresini azaltmak için herhangi bir girişim uyguladınız mı?*
- ✓ *Sağlık sistemimizde aile güçlendirme yaklaşımının Toplum Sağlığına etkisi olur mu?*

EK-5. Tez Önerisi Onay Formu

ATILIM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ BAŞLIĞI BELİRLEME FORMU	 ATILIM ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci No: 20321010003 Öğrenci: Handan Kaya Program: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ORCID Numarası: 0000-0002-1103-4594 Tez Başlığı: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annelerin Aile Güçlendirme Durumlarının ve Hemşirelerin Deneyimlerinin Belirlenmesi	
26/ 05 / 2021	
<u>Adres:</u> _____ <u>Telefon:</u> _____ <u>E-posta:</u> _____	
DANIŞMAN ONAYI	
Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinin belirlediği tez konusu uygun görülmüştür. 26 / 05/ 2021	
Danışman Prof. Dr. Füsun Terzioğlu	
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI ONAYI	
Yukarıda bilgileri yazılı öğrencinin belirlediği tez konusu uygun görülmüştür. 26 / 05/ 2021	
Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Handan Boztepe	

EK-6. Etik Kurul Onay Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.08.2021-14485



T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : E-59394181-604.01.02-14485
Konu : Etik Kurul Raporu

Sayın Prof.Dr. Fısun TERZİOĞLU

"Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annelerin Aile Güçlendirme Durumlarının ve Hemşirelerin Deneyimlerinin Belirlenmesi" başlıklı bilimsel araştırma proje öneriniz "ATILIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU" üyeleri tarafından onaylanmıştır.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Necla Eren TÜLEK
Başkan V.

Ek:

- 1- TUEK Kurulu izni (2 sayfa)
- 2- doc01624220210702063551 (15 sayfa)
- 3- Etik Kurul Raporu (1 sayfa)

Belge Doğrulama Kodu :B59M16887

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/atilim-universitesi-etik>

Kurucu Mahallesi, 06830 İncek Gölbaşı - Ankara - Türkiye
Telefon No: +90 (312) 586 87 88 Faks No: +90 (312) 586 80 91
E-posta Adresi: atilim.etik@atilim.edu.tr

Belge için Sorumlu
Ünvan
Telefon No: 8788

EK-6. (devam) Etik Kurul Onay Formu

Tarih: 03.08.2021

Gönderilen: Prof. Dr. Füsün Terzioğlu

Gönderen: Prof. Dr. Belgin Işgör, İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı

Konu: "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annelerin Aile Güçlendirme Durumlarının ve Hemşirelerin Deneyimlerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışma için etik kurul onayı.

Atılım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu, 03.08.2021 tarihli görüşme sonucu, "**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annelerin Aile Güçlendirme Durumlarının ve Hemşirelerin Deneyimlerinin Belirlenmesi**" başlıklı çalışmanız kapsamında yapmayı planladığınız etkinlik için, oy birliğiyle etik onay vermiştir. Bu onay, ekte verilmiş olan çalışma önerisi ve bilgilendirme formu için geçerlidir. Gerçekleştirilecek olan çalışmada kurumunuzun değerlendirmesi dışında kalabilecek yasal sınırlamalara uymakla yükümlü olduğumuzu bildiririz.

ETİK KURUL ÜYELERİ	İMZA
Prof. Dr. Belgin Işgör (Başkan)	
Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu	
Prof. Dr. Nedret Kılıç	
Prof. Dr. Necia Tülek	
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Demirtepe Saygılı	
Doç. Dr. Üyesi Doğa Elçin	
Dr. Öğr. Üyesi Zühal Kurt	

EK-7. Etik Kurul Yazışmaları



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TC: BARRICK RICKARDSON STEVE JENNIFER MANN
KARON RAYFEL WELAN EUSTON VE GRANTHALL
MANTANUS STEVE JENNIFER MANN KARON
HARRALDSON KATH TERRY NORTH (SPIC) KIRKIN



Sayı : E-90057706-799
Konu : TUEK Başvurusu
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

Sayın Prof. Dr. Fiksun TERZIOĞLU

Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kuruluna sunmuş olduğunuz "Yenidoğan yoğun bakım Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin aile güçlendirme durumlarının ve hemşirelerin deneyimlerinin belirlenmesi" konulu çalışmanız 14.07.2021 tarihinde toplanan SJAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından incelenmiş olup, 09/08 no'lu karar yazımız ekinde sunulmuştur.

Balgilerinize rica ederim

e-İmzalıdır.
Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN
Başhekim

Ek.
TUEK, Karan

the matrix, given in Table 1, is the inverse of the covariance matrix.

Salga Dojmadama Kodu: 96764978-7885-4a3f-a65b-b49d29778a148 Salga Dojmadama Adress: <https://www.turkiye.gov.tr/sag/36-bakanligi-sbys>

Etilik Filibeyde Plazanın Kuvvetli Hattıoldukları Etilik

Telefon: Faks: 03123229184

e-Posta: dugan.aytas@mgk.gov.tr İnternet: Adres: dugan.aytas@mgk.gov.tr

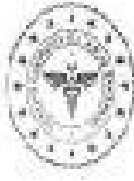
Uğur İsmail Dönem AYTAÇ

Vign. Illumination w/ Controlled Light

Telephone: Fax: (0112) 567 4734



EK-7. (devam) Etik Kurul Yazışmaları



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



SUAM Tıp Uzmanlık Eğitim Kurulu

KARAR TARİHİ : 14.07.2021

KARAR NO : 69

KARAR

Etik Kurul Üyesi olarak görev yapmaktaki olan Prof. Dr. Filiz TERZİOĞLU'nun "Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebekleri olan annelerin anne göğüslemeye davet edilmesi ve her neyse emme düzeylerinin belirlenmesi" konulu çalışmasının etik kurul kararı sonucu kabulüne,

Karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salim ERKAYA
Çiğdem Üyesi

Prof. Dr. Serdar DİLBAZ
Çiğdem Üyesi

Doç. Dr. Aygün Sunar KAVURU
Eğitim Uzmanı

Doç. Dr. Vahide KORKMAZ
Eğitim Uzmanı

Prof. Dr. Mustafa CİSTAN

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Handan KAYA

Doğum Yeri ve Tarihi :

Yabancı Dili : İngilizce

Telefon :

E-posta :

Eğitim Durumu

Lise : Cemal Bozkurt Anadolu Lisesi

Lisans : Hitit Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

İş Tecrübesi

04.06.2018-06.08.2018 Kayseri Memorial Hastanesi-Plastik Cerrahi Klinik Hemşiresi

2018/10-31.12.2019 Erciyes Üniversitesi Tıp Fakülteleri Hastaneleri- Göz Klinik Hemşiresi-KBB Klinik Hemşiresi-Genel Cerrahi Klinik Hemşiresi