



**BEBEĞİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE
TEDAVİ GÖREN ANNELERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ
VE AİLE MERKEZLİ BAKIM ALMA DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

Sümeyye ÖZARSLAN

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ulviye GÜNAY**

Yüksek Lisans Tezi-2023

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

**BEBEĞİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN
ANNELERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE AİLE MERKEZLİ BAKIM
ALMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Sümeyye ÖZARSLAN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ulviye GÜNAY**

**MALATYA
2023**

KABUL VE ONAY SAYFASI



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Ulviye GÜNAY danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Annelerin Anksiyete Düzeyleri ve Aile Merkezli Bakım Alma Durumlarının Belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 24/07/2023

Sümeyye ÖZARSLAN

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi.....	3
2.2. Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatışın Ebeveynler Üzerindeki Etkisi ve Ebeveyn Gereksinimleri	4
2.3. Anksiyete'nin Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.4. Anksiyete Nedenleri	5
2.5. Anksiyete Belirtileri.....	6
2.5.1. Anksiyetenin Fizyolojik Belirtileri	6
2.5.2. Anksiyetenin Psikolojik Belirtileri	6
2.5.3. Anksiyetenin Bilişsel ve Davranışsal Belirtileri	6
2.6. Anksiyete Çeşitleri.....	7
2.6.1. Durumluk Anksiyetesi	7
2.6.2. Sürekli Anksiyete.....	7
2.7. Anksiyete Düzeyleri	7
2.8. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Bebeği Yatan Ebeveynlerde Anksiyete ve Baş Etme Yöntemleri.....	8
2.9. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Ebeveyn Anksiyetesini Giderilmesinde Hemşire Roller ve Yapılan Çalışmalar	8
2.10. Aile Merkezli Bakım	9
2.11. Aile Merkezli Bakımın Tarihçesi	10
2.12. Aile Merkezli Bakım İlkeleri	11
2.13. Aile Merkezli Bakımın Yararları.....	11
2.13.1. Aile Merkezli Bakımın Aileler İçin Yararları.....	11
2.13.2. Aile Merkezli Bakımın Çocuklar ve Bebekler İçin Yararları.....	12
2.13.3. Aile Merkezli Bakım'ın Sağlık Profesyonelleri İçin Yararları.....	13
2.14. Aile Merkezli Bakımda Hemşirenin Roller ve Yararları	13

2.15. Pediatri Kliniklerinde ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım.....	15
2.16. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım ve Yaşanan Güçlükler	16
3. MATERYAL VE METOT	17
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4. Araştırmanın Soruları	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.6. Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	18
3.7. Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	18
3.8. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	19
3.9. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....	19
3.9.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	19
3.9.2. Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçeği	19
3.9.3. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği	20
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
KAYNAKLAR	36
EKLER.....	48
EK-1. Özgeçmiş.....	48
EK-2. İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	49
EK-3. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Yenidoğan Anabilim Dalı İzni	50
EK-4. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği Kullanım İzni	51
EK-5. Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden Alınan Kurum İzni	52
EK-6. Bilgilendirilmiş Anne Onam Formu	53
EK-7. Anne ve Yenidoğan Tanıtıcı Bilgi Formu.....	54
EK-8. Spielberg Durumluk Anksiyete Ölçeği	56

EK-9. Spielberg Sürekli Anksiyete Ölçeği	57
EK-10. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği.....	58



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimin başlangıcından bitişine kadar her aşamasında desteğini esirgemeyen, akademik bilgi birikimi ile bilimsel gelişmeye katkı sağlayan danışman hocam Doç. Dr. Ulviye GÜNAY'a,

Akademik bilgi birikimleri ile destek olan hocalarım Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN ve Dr. Öğr. Üyesi Didem COŞKUM ŞİMŞEK'e,

Araştırmamın veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi yenidoğan kliniğinde çalışan doktor ve hemşirelere,

Araştırmaya içtenlikle katılmayı kabul eden yenidoğan annelerine,

Beni büyüten, maddi manevi fedakârlık göstererek bu günlere getiren, desteğini her zaman üzerimde tutan ve yardımlarını esirgemeyen aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum

Sümeyye ÖZARSLAN

ÖZET

Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Annelerin Anksiyete Düzeyleri ve Aile Merkezli Bakım Alma Durumlarının Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışma bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören annelerin anksiyete düzeyleri ve aile merkezli bakım alma durumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Aralık 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde bebeği tedavi gören 180 anne ile tanımlayıcı ve kesitsel ilişki arayıcı tipte yapıldı. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Spielberg Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçeği, Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde; ortalama, yüzdelik, ki-kare analizi, bağımsız gruplarda t testi, one way manova ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin %56.1'inin 26-35 yaş aralığında, %83'ünün sezeryan doğum yaptığı ve %62'sinin bebeğinin yanında kaldığı belirlendi. Yenidoğanların %32'sinin normal doğum ağırlığında ve %41'inin 34-37 haftalar arasında oldukları belirlendi. Annelerin durumluk kaygı düzeyi puan ortalamaları 41.51 ± 9.6 , süreklilik kaygı düzeyi puan ortalamaları 40.31 ± 7.7 olup orta düzeyde kaygı yaşadıkları belirlendi. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin toplam puan ortalaması 3.7 ± 0.7 ve alt boyut puan ortalamaları; itibar ve saygı 4.0 ± 0.7 , bilgi paylaşımı 3.9 ± 0.8 , bakıma katılım 4.0 ± 0.8 , aile ve iş birliği 3.3 ± 1.1 , annelerin en yüksek puan aldıkları alanların bakıma katılım ve itibar ve saygı, en düşük puan aldıkları alanın ise aile ile işbirliği olduğu belirlendi. Annelerin aile merkezli bakım ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalaması ile durumluk ve süreklilik kaygı düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Sonuç: Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören annelerin aile merkezli bakım alma durumları arttıkça kaygı puanları da azalmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile merkezli bakım, Anksiyete, Anne, Hemşire, Yenidoğan yoğun bakım

ABSTRACT

Determination of Anxiety Levels and Family-Centered Care Receiving Status of Mothers whose Baby Was Treated in the Neonatal Intensive Care Unit

Aim: This study was carried out to determine the anxiety levels of mothers whose babies were treated in the neonatal intensive care unit and their status of receiving family-centered care.

Material and Method: This research was carried out in a descriptive and cross-sectional relationship-seeking type with 180 mothers whose babies were treated in Malatya Training and Research Hospital and İnönü University Turgut Özal Medical Center Neonatal Intensive Care Units between December 2022 and May 2023. Data were collected using the Introductory Information Form, the Spielberg State and Trait Anxiety Inventory, and the Neonatal Family Centered Care Scale. In the analysis of data; mean, percentile, chi-square analysis, independent groups t test, one way manova and pearson correlation analysis were used.

Results: It was determined that 56.1% of the mothers participating in the study were between the ages of 26-35, 83% had a cesarean section and 62% stayed with their baby. It was determined that 32% of the newborns were at normal birth weight and 41% were between 34-37 weeks. The mothers' state anxiety level mean score was 41.51 ± 9.6 , trait anxiety mean score was 40.31 ± 7.7 , and they were found to have moderate anxiety. The total score average of the Newborn Family-Centered Care Scale was 3.7 ± 0.7 and the sub-dimension mean scores; Reputation and respect 4.0 ± 0.7 , information sharing 3.9 ± 0.8 , participation in care 4.0 ± 0.8 , family and cooperation 3.3 ± 1.1 , the highest points of mothers were participation in care and respect and respect, and the lowest points were cooperation with the family determined. It was determined that there was a negative significant relationship between mothers' family-centered care scale total score and sub-dimension mean score and state and trait anxiety levels ($p < 0.05$).

Conclusion: Anxiety scores of mothers whose babies are treated in the neonatal intensive care unit increase as their family-centered care status decreases.

Keywords: Anxiety, Family centered care, Mother, Neonatal intensive care, Nurse

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADDA	: Aşırı Düşük Doğum Ağırlığı
AMB	: Aile Merkezli Bakım
ANOVA	: Varyans Analizi
ÇDDA	: Çok Düşük Doğum Ağırlığı
DDA	: Düşük Doğum Ağırlığı
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
MANOVA	: Multivariate Varyans Analizi
NDA	: Normal Doğum Ağırlığı
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
YAMBÖ	: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği
YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	22
Tablo 4.2. Yenidoğanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	24
Tablo 4.3. Yenidoğan Annelerinin Spielberg Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.4. Yenidoğan Annelerinin Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
Tablo 4.5. Yatış Sürelerine Göre DKÖ, SKÖ ve YAMBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.6. DKÖ, SKÖ ve YAMBÖ İle Bazı Değişkenlerin İlişkisi	29
Tablo 4.7. Annelerin DKÖ ve SKÖ İle YAMBÖ Ortalama Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	30

1. GİRİŞ

Yenidoğan dönemi yaşamın ilk 28 gününü kapsayan dinamik ve hassas bir evredir (1).Türkiye’de 2019 yılı bebek ölümlerinin %63.6’sının yenidoğan döneminde olduğu ve bunların %12.3’ü ilk gün,%29.6’sının ilk bir haftalık dönem olan erken neonatal dönemde %21.7’sinin ise 7-28 arası dönem olan geç neonatal dönemde olduğu belirtilmektedir (2). Bu dönemde doğum ağırlığı ve gestasyon haftasına bakılmaksızın mortalite ve morbidite riski fazla olan bebekler yüksek riskli yenidoğan olarak tanımlanır ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerine(YYBÜ) yatırılarak tedavi edilir (1-4). Uluslararası Hemşireler Konseyi(ICN) sınıflamasına göre yenidoğan dönemindeki ölümlerin en önemli nedenleri arasında ilk sırada prematürite ve prematüriteye bağlı komplikasyonlar, konjenital anomaliler, kromozom hastalıkları ve perinatal nedenler yer almaktadır (3).

YYBÜ mortalite ve morbidite riski yüksek olan yenidoğanların yatırılarak tedavi gördüğü, gürültülü monitör seslerinin olduğu, çeşitli invaziv girişimlerin sıklıkla uygulandığı birimlerdir. Yoğun bakımın çevresel ortamı ile birlikte riskli yenidoğanın hastalığı, monitör ve kablolarla bağlı görüntüsü, invaziv işlemlerin sıklıkla yapılması, ebeveynlerin bebeklerini görme süre ve sıklığının azalması ebeveynlerde stres ve anksiyete yaratarak ebeveynlik becerilerini yerine getirmemelerine neden olabilmektedir. Kaygı ve stres ebeveynlerin hastaneye uyumunu azaltabilmekte, yenidoğan-ebeveyn ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle yenidoğan ekibinin ebeveynlerin kaygı ve stresini azaltmaya yönelik yaklaşımlarda bulunmaları önem taşımaktadır. Bu bakım yaklaşımlarından en önemlilerinden biri ‘aile merkezli bakım’ yaklaşımıdır (1,4,5).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde bir bakım felsefesi olan aile merkezli bakım, çocuğun ailesini, ailesinin de çocuğu her yönden etkilediği göz önüne alınarak hastaneye yatan çocuğun bakım ve tedavisine yönelik kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması esasına dayanmaktadır (6,7). Aile merkezli bakım sağlık profesyonelleri ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkinin güçlendirilmesini, ebeveynlerin bebek bakım deneyimlerini geliştirmeyi, kaygı ve stresin azaltılmasını sağlayabilmektedir. Aile merkezli bakımda saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakıma katılımı ve işbirliği bileşenleri doğrultusunda aile ve çocuğun desteklenmesi amaçlanmaktadır (7,8).

Çalışmalar yenidoğan ünitesinde uygulanan aile merkezli bakımın anne-bebek temasının sürdürülmesine katkı sağladığı, annelerin güvenlerini arttırdığı ve tatmin duygularını güçlendirdiği, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağladığı, bebeğin verdiği tepkilerin daha kolay anlaşılmasını sağladığı, tedavi ve bakım memnuniyetini arttırdığı, yatış süresini ve hastane enfeksiyonlarını azalttığı, hastaneye tekrar yatış oranlarını düşürdüğü ve taburculuk sonrasına kadar ebeveyn tutumunu geliştirdiği belirtilmektedir (7-10).

Bu araştırmada bebeği YYBÜ'nde tedavi gören annelerin anksiyete düzeyi ve aile merkezli bakım alma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında yanıtlanması beklenen sorular;

1. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin anksiyete düzeyleri nasıl?
2. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören annelerin aile merkezli bakım alma durumları nasıl?
3. Annelerin aile merkezli bakım alma durumlarını anksiyete düzeylerini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Yenidoğan dönemi, doğumdan 28 güne kadar olan süreyi içerir ve oldukça hassas bir dönemdir. Ulusal ve uluslararası istatistikler yenidoğan mortalite ve morbidite oranlarının fazla olduğu ve ülkemizde bebek ölümlerinin yaklaşık %40'ının yenidoğan döneminde görüldüğü belirtilmektedir (11,12).

Hastanelerde doğumların artması ile birlikte bebeklere bakım ihtiyacı 1940'lı yılların başında artmış ve 1960'ların başında preterm ve düşük doğum ağırlığı gibi yüksek risk grubunda yer alan yenidoğanlarda görülebilecek mortalite ve morbiditeleri azaltmak, immatür sistemlerini desteklemek, nörolojik ve gelişimsel sorunları ve sıklığını değerlendirmek, bakım sağlamak ve desteklemek amacıyla YYBÜ oluşturulmuştur (13-15).

YYBÜ kritik derecede medikal ve cerrahi sorunu olan ve stabil olmayan, sürekli ve özel hemşirelik bakımı gerektiren term ve preterm yenidoğanlara bakım verilen yerlerdir (16). Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) prematüre bebeği normal gebelik haftasından önce doğan bebek olarak tanımlamaktadır. Prematüre ve term yenidoğanlar gelişmişlik durumları ve komplikasyonları, çevreye uyum sağlayamama, metabolik rahatsızlıklar, konjenital sorunlar nedeniyle YYBÜ'ne yatışa gereksinim duyabilmektedirler (17).

Yenidoğan ünitelerinde 1970'li yıllara kadar tüm yenidoğanlar aynı üniteye tedavi altına alınmış ama 1990'lı yılların başı itibariyle yenidoğanların sorunları, tedavi gereksinimleri ve neonatal ve perinatal dönem bakım ihtiyaçlarına göre düzeylere ayrılmasına karar verilmiştir (12).

YYBÜ'leri açık alanda düzenlenmiş aralarında sabit bölmeler veya duvar olmayan özgün tasarımlı çoklu beşiklerden oluşan alanlar olarak tanımlanmaktadır. Ebeveynin yenidoğanın bakımına katılımının öneminin artmasıyla gizliliği sağlamak, ebeveynin bakıma katılımını kolaylaştırmak, enfeksiyon ve gürültü kontrolünü sağlamak, hastanede kalış süresini kısaltma düşüncesi ile 1970 ve 1980'li yılların başında bölmeli alanlara ayrılmıştır (14).

YYBÜ'si düzey standartları ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte düzeylerin belirlenmesinde doğurganlık hızı, hasta yenidoğan özellikleri ve neonatal mortalite gibi bazı demografik durumlar dikkate alınarak oluşturulmaktadır (18,19).

2.2. Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatışın Ebeveynler Üzerindeki Etkisi ve Ebeveyn Gereksinimleri

Yenidoğanın yoğun bakım ünitesine yatması ebeveynler için kriz yaratan travmatik bir süreçtir. Bu süreçte ebeveynler inkar, öfke, suçluluk, depresyon ve benlik saygısının azalması gibi tepkiler gösterebilirler (20).

YYBÜ ortamı genel olarak kalabalık, ışıklı, gürültülü, sıcak ve yüksek teknolojik donanımına sahip bir ortamdır. Bu ortam birçok ebeveyn için sters ve kaygı oluşturabilmektedir (20,21). Yapılan bir araştırmada hastaneye yatışın ebeveyn ve bebek için beklenen etkileşim becerilerinin gelişimini bozduğu belirtilmektedir. Ebeveynlerde yüksek kaygı oluşturabilecek durumlar bebeğin hassas ve kırılgan vücut yapısı, annenin bebeğinin yanında olamamasına bağlı annelik rolünün yerine getiremediği düşüncesi, ünitenin çeşitli anlaşılması zor cihazlarının olması, rutinlerinin anlaşılabilmesi ve sağlık personelleri ile bazen yeterli iletişim kurulamaması olarak sıralanabilir. Yenidoğanın üniteye yatışında ailenin hissettiği üzüntü, kaygı, endişe ve çaresizlik hissi kısa dönemde anne-bebek bağlılığını, uzun dönemde ise ebeveynlerin bebeğin sağlığına bakış açısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. YYBÜ'ne ait durum ve çevresel faktörler aile ve bebeğin yeteneklerini engelleyebilir ve ebeveynler ile yenidoğanın üniteye uyumunu olumsuz etkileyebilir (22,23).

Yenidoğanın prematüre olması ise beklenmeyen doğum, yenidoğanın vücut yapısı, sağlık durumu ile ilgili belirsizlikler kaygı ve stresi arttırmaktadır. Doğum sonunda annelerde oluşan bu psikolojik sorunlar bebekleri ile olan etkileşimlerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca artan stresin ebeveynlerin doğru karar verebilme ve bebeğin bakımına katılımını engellediği bilinmektedir (24,25).

Yenidoğanın sağlık sorunu ve yoğun bakıma ait özellikler yenidoğanın ebeveynlerine bazı güçlükler yaşatabilmekte ve bu dönemde ebeveynlerin birtakım gereksinimleri olabilmektedir(26). Aliabadi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada annelerin en çok bebekleri ile bir arada olmaya gereksinim duydukları belirlenmiştir (27). Konukbay ve Aslan'ın çalışmasında ebeveynlerin bakıma katılma, bebeğin durumunun belirsizliği, yeterli bilgi alamama, bebeğin durumuna uyum sağlama ve anne-baba rolünü yerine getirmeme gibi konularda sorun yaşadıkları ve bebeklerinin

bakımına katılamadıkları belirlenmiştir (28). Ebeveynlerin ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre ebeveynlerin bebekleri ile ilgili yeterli bilgi almaya ve bakımlarına katılmaya ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir. (29,30).

2.3. Anksiyete'nin Tanımı ve Tarihçesi

Anksiyete, kaygı Latince kökenli boğulma ya da tıkanma anlamına gelen 'angre', Hint-German kökenli 'sıkıca bastırmak, sıkmak, sıkıntı, tasa' anlamına gelen 'angh' kelimelerinden türetilmiştir (31).

Türk Dil Kurumu ise kaygıyı bireyin içinde bulunduğu sıkıntılı durum olarak belirtmiş olup kötü bir şey olacağı düşüncesi ile ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen gerginlik durumu olarak tanımlamaktadır. Türkçe'de 'iç sıkıntısı', 'can sıkıntısı', 'hoş olmayan heyecansal bir endişe hali' olarak tanımlanmıştır (32,33) .

Anksiyete kişiye özgü bir deneyim olması ve bilinen bir nedenden kaynaklanmaması nedeniyle tanımlanması kolay olmayan, korku ve endişe ile birlikte birtakım fizyolojik değişikliklerin eşlik ettiği, bazı dönemlerde yaşanabilen ve yaşamı tehdit ettiği düşünülen evrensel bir duygu olarak da tanımlanabilir (32,34).

Anksiyete terimi ilk kez 1985 yılında Freud tarafından tanımlanmıştır. Freud anksiyeteyi egonun bir işlevi olarak görmüş ve cinsel doyumsuzluk nedeniyle oluştuğunu savunmuştur. Geçmiş izlenimlerden kaynaklanarak sonraki yaşantıda beliren bir durum olarak nitelendirmiştir. Ayrıca Freuda göre anksiyete dış etkenlere karşı yaşamın devamlılığını ve uyumu sağlayan bir duygu durumudur (35,36).

Anksiyete ve korku sözcüklerinin birbirine karıştığı görülebilmektedir. Ancak anksiyetenin nedeninin bilinmediği ve bireyin karşılaştığı olaylara verdiği anlamdan kaynaklandığı; korkunun ise belli bir nedeninin olduğu ve anksiyeteye göre daha kısa sürdüğü belirtilmektedir (37).

2.4. Anksiyete Nedenleri

Günlük yaşantıda bireyler iç ve dış dünyalarında olan durum ve olaylara karşı fiziksel, psikolojik ve davranışsal olarak verdikleri tepki anksiyete ya da stres olarak tanımlanabilir. Anksiyete ve strese neden olan herhangi bir durum stresör olarak tanımlanabilir (38,39).

Anksiyete birçok stresörden etkilenir ve yeni stresörlerin oluşmasına neden olur ama asıl kökeninin bireyin çocukluk yaşantılarından kaynaklandığı belirtilmektedir.

Bireyin çocukluk ve ergenlik döneminde maruz kaldığı küçük düşme, aşağılanma, cezalandırılma gibi durumlar ile birlikte sosyalleşme deneyiminin kötü sonuçlanması, ebeveynlerinde ve yakın çevrelerinde karşılaştıkları davranışsal tepkiler yetişkinlik döneminde anksiyete algısını ve karşılaşma durumunu etkilemektedir (40).

2.5. Anksiyete Belirtileri

Anksiyeteli birey vücudunu korumak için savunma yanıtı niteliğinde bazı fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler gösterebilmektedir (40).

2.5.1. Anksiyetenin Fizyolojik Belirtileri

Anksiyete yaşayan bireylerde göğüste sıkışma, kalp atım sayısında artma, kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, nefes darlığı, boğazda düğümlenme ve boğulma hissi gibi kardiyovasküler ve solunum sistem belirtileri görülebilmektedir(41). Gastrointestinal ve genitoüriner sistem belirtileri arasında yutma güçlüğü, midede boşluk hissi, ağız kuruluğu, bulantı ve kusma, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, tuvalete gitme gereksinimi, gerginlik empotansı ve cinsel isteksizlik yer almaktadır(42). Deride kızarıklık ve kaşıntı, sıcaklık hissi belirtileri ile birlikte parestezi, baş dönmesi, uyuyamama, pupillaların dilate olması, kas gerginliği gibi nörolojik sistem belirtileri de görülebilmektedir(41,42).

2.5.2. Anksiyetenin Psikolojik Belirtileri

Psikolojik belirtiler olarak endişe, korku, dehşet hissine kapılma, tedirginlik, alarm durumunda olma, güvensizlik, huzursuzluk, çaresizlik, çekingenlik, sinirlenme, kızgınlık, bunalım, dikkatini toplayamama gibi durumlar görülebilmektedir (41).

2.5.3. Anksiyetenin Bilişsel ve Davranışsal Belirtileri

Bilişsel olarak bireylerde bireysel özelliklerini detaylı izleme, sanrıların oluşması, karmaşık bir zihin, unutkanlık, sık tekrarlanan düşünceler, başka sorunları çözememe kaygısı, uykusuzluk ve dikkat dağınıklığı, olayları ve durumları tarafsız değerlendirememesi gibi belirtiler görülebilmektedir (43).

Davranışsal belirtiler ise genellikle bireyin anksiyete ile başa çıkabilmek için oluşturduğu kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi, kaçma ve kaçınma, akıcı konuşamama ve koordinasyon bozukluğu gibi belirtilerden oluşmaktadır (44).

2.6. Anksiyete Çeşitleri

Literatürde kaygının durumluk ve süreklilik anksiyete olmak üzere iki açıdan ele alındığı görülmektedir.

2.6.1. Durumluk Anksiyetesi

Dış ve iç etkenlerden kaynaklı bireyin içinde bulunduğu durum kaynaklı oluşan öznel ve geçici bir duygu durumudur (35). Durumluk anksiyete tehdit edici durumla ilişkilidir, olay ve durumlara göre değişkenlik ve dalgalanmalar gösterebilir (45). Stres yoğun yaşanırsa bireyin durumluk anksiyetesi yükselmekte ve stres etkeninin etkisi azaldığında ise durumluk anksiyete düzeyi düşmektedir (46,47).

2.6.2. Süreklilik Anksiyete

Bireyin olayları tehdit etkeni olarak düşünme eğiliminin artması ve bu durumun süreklilik göstermesi ile ortaya çıkan doğrudan belli bir stresöre bağlı olmayan anksiyete durumudur. Bu durumda olan bireyler genel olarak içinde bulundukları durumun endişe ve korku yaratıp öz değerlerini yitireceğini düşünürler. Bu nedenle genellikle anksiyeteli ve mutsuz olurlar (48).

2.7. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyetenin düzeyi yaş, cinsiyet, sosyo ekonomik durum, anksiyete nedeni gibi bireyin bazı demografik özelliklerinden etkilenmektedir (40).

1. Hafif Düzey Anksiyete

Kişinin duygusal ve bilişsel belirtileri normaldir ve bu kaygı düzeyi öğrenmenin desteklenmesine, sorun çözme becerilerinin gelişmesine ve bireyin çevreye ve kendisine olan hassasiyetinin artmasına olanak sağlamaktadır (32,33).

2. Orta Düzey Anksiyete

Bazı fizyolojik ve sistemsel belirtiler normal ya da hafif artmış olabilir. Çevreyi algılama ve dikkat seviyesinde azalma görülebilir. Birey tehdit faktörüne yoğunlaştığı için çevresindeki olayları fark etmeyebilir ve neden sonuç ilişkisi kurmakta zorlanabilir (33,40).

3. Şiddetli Anksiyete

Bu anksiyete düzeyinde bireyin çevreye olan ilgisi tamamen azalmıştır ve stresöre yoğunlaşmıştır. Bireyde sistemsel ve fizyolojik belirtilerin yoğunluğu artar ve olaylara kendini tam olarak adapte edemez. Çevrede meydana gelen olaylara karşı

mantık yürütemez, dikkat ve konsantrasyonun tam sağlayamadığı için sonrasında hatırlamayabilir (38,39).

4. Panik Anksiyetesi

Bireyin en üst düzeyde yaşadığı anksiyetedir bireyin tüm vücut sistemleri olumsuz etkilenmiş olabilir. Nörolojik bulguları her olayı birbirine karıştıracak kadar bozulmuştur. Konuşamama ve hareket edememe gibi yoğun bilişsel ve davranışsal değişiklikler görülebilir (49).

2.8. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Bebeği Yatan Ebeveynlerde Anksiyete ve Baş Etme Yöntemleri

Bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatması nedeniyle kaygı düzeyleri ve baş etme yöntemleri farklı olabilmektedir. Bu süreçte ise ebeveynlere gerekli desteğin verilmesi önemlidir (22).

Yapılan çalışmalar bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören ebeveynlerin sürekli bilgi almak, soru sormak, bebeklerini görmek ve bakıma katılmak istedikleri belirlenmiştir. Ebeveynlerin kaygı ve stres durumlarında baş etmek için olumlu düşünmeye çalıştıkları, yalnız kalmak istedikleri, ağladıkları, eşleri ile konuştukları, duygularını ve problemlerini bir yakınları ile paylaştıkları, bebeği yoğun bakımda tedavi gören diğer ebeveynlerle konuştukları, dua ettikleri belirlenmiştir (29,50).

Yapılan bazı çalışmalar da ebeveynlerin bebeklerini gözlemlemelerinin, anne-baba rolleri ile ilgili kendilerine fırsat verilmesinin, ayrıntılı bilgilendirilmesinin, ilgili sağlık profesyoneli ile tanıştırılmasının ebeveynlerdeki kaygıyı azalttığı bulunmuştur. Bu süreçte hemşirelerin aile merkezli bütüncül bakım sağlaması, ebeveynlerin kendini ifade etmeleri için desteklemesi ve sabırla dinleyici bir tutum sergilemesi, eğitim ve danışmanlık rolleri doğrultusunda gerekli bilgileri paylaşması önerilmektedir (30,42).

2.9. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Ebeveyn Anksiyetesini Giderilmesinde Hemşire Roller ve Yapılan Çalışmalar

Yenidoğan hemşireleri ebeveynlerle en çok zaman geçiren ve en fazla iletişim kuran sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle ebeveynlerde kaygı ve stres oluşturabilecek faktörleri belirleyerek duygusal destek sağlamada önemli bir konumdadırlar. Yenidoğan hemşiresi yenidoğanın bakımı ile ilgili ebeveynlere gerekli bilgiyi vermeli ve bakıma katılmalarını desteklemelidir. (28,51). Yenidoğan annelerinde görülebilecek sorunların

belirlenmesi ve çözümlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada bakım standart rehberi ile verilen bakımın annelerin anksiyete düzeylerinin düşürülmesinde etkili olabileceği belirlenmiştir (52).

Hui-Ling Lai ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada kanguru bakımı sırasında uygulanan müzik dinletisinin annelerin anksiyetelerini azalttığı belirlenmiştir (53). Kostilainen ve arkadaşları tarafından yapılan bir karma yöntem çalışmasında ise kanguru bakımı sırasında annelere şarkı söyletmenin anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (54). Roa ve Ettenberger tarafından yapılan bir pilot çalışmada annelere uygulanan müzik terapisinin anksiyete ve stres düzeylerinin azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir (55). Afand ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise taburculuk öncesi uygulanan bebek masajının annelerin anksiyete düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu bulunmuştur (56).

2.10. Aile Merkezli Bakım

Çocuk sağlığının geliştirilmesi toplum sağlığının gelişmesi açısından önemlidir. Çocuğun sağlığının geliştirilmesinde ailenin önemli bir yeri vardır. Çünkü çocuğun yetiştiği ve topluma kazandırıldığı ilk yer ailesidir. Aile çocuğun zihinsel, fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerinin giderildiği en önemli kurumdur. (59,60).

Çocuğun hastanede yatması hem çocuk hem de ailesinde stres ve kaygı yaratan bir süreçtir. Bu süreçte çocuğun ve diğer aile üyelerinin günlük yaşam aktivitelerinde ve üstlendikleri rollerde değişimler meydana gelebilmektedir (61). Çocuğun hastalığı ve klinik seyri, hastane ortamı ve çalışanlarının çocuk için yabancı olması, çeşitli tıbbi cihazlar, çocuğun tedavisi ve bakımına yönelik prosedürler aile üyelerinde ve çocukta anksiyete oluşturabilmektedir. Ayrıca hastanede yatan çocuğun bakımında sağlık çalışanlarının ebeveynlere göre daha fazla rol üstlenmesi ebeveynlerin yetersizlik hissetmelerine neden olabilmektedir. (62,63).

Çocuğu hastanede yatan ebeveynler tedavi ve bakım konularında bilgilendirilme, bakıma katılma, sağlık çalışanları ile etkili bir iletişim kurma gereksinimleri bulunmaktadır. Ailelerin bu gereksinimlerinin karşılanması için en uygun yaklaşımlardan biri 'Aile Merkezli Bakım' yaklaşımıdır (64).

Çocuk hemşireliğinde aile merkezli bakım; çocuğun ve ailenin fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal, spiritüel ve kültürel yönden bir bütün olarak ele alındığı bakım yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (65). Bu bakım yaklaşımı çocuğun sağlığının sürdürülmesinde ailenin önemli bir yeri olduğunu kabul eden ve tedavinin planlama,

uygulama ve değerlendirme aşamalarında ailenin katılımını güçlendiren bir felsefeye sahiptir (66). Aile merkezli bakımda amaç çocuğun ailesi ile birlikte hastane ortamına, tedavi ve bakıma uyum sağlaması, çocuğun ailesi ile etkileşiminin devam etmesini sağlamaktır. (63).

2.11. Aile Merkezli Bakımın Tarihçesi

Aile merkezli bakım yaklaşımının temelleri 18. ve 19. yüzyıllara dayanmaktadır (67). İkinci dünya savaşı sırasında salgınların yaşanması ile birlikte enfeksiyonu önlemek istemeleri nedeniyle ailelerin çocuğunu hastanede ziyareti kısıtlanmıştır (68). Ayrıca sağlık profesyonellerinin primer bakıcı konumunda olması ve aile olmadan daha rahat bakım verilebileceği düşüncesi ile ebeveynlerin bakıma katılımları sınırlandırılmıştır. Ancak ailenin çocuktan uzaklaştırılması çocuğun hastane kalış süresinin uzamasına neden olmuştur (69,70).

Çocukların bakım ve tedavilerinin aileleri olmadan yürütölmesi ve uygulanan diğer kısıtlamalar ilk 1920'lerde James Spence tarafından sorgulanmış ve James Spence özellikle bebeğini emziren annelerin bebeğinin bakımına katılması gerektiğini belirtmiştir (71). Florance Break ise çocuğun hastanede yalnız kalmasının bazı olumsuz sonuçları olduğunu ve sağlık çalışanlarının aile ile işbirliği yaparak verdikleri bakımın daha olumlu sonuçlar oluşturduğunu belirtmiştir (72). Bu dönemlerde hemşireler farklı tutum ve anlayış sergilemek durumunda kalmışlar. Bazı hemşireler ailelerin bakıma katılımlarının memnuniyet düzeylerini arttırdığını düşünürken bazı hemşireler ise ailelerin çocuklar ile aralarında iletişim engelleri oluşturduğunu savunmuştur (73,74). Bu konu ile ilgili ilk adımlar John Bowlby ve James Robertson tarafından atılmış ve çocuğun hastanede yatış sürecinde aile ile bağlarının kesintiye uğramasının çocuk üzerindeki olumsuz etkilerini inceleyerek oluşturdukları kuramda açıklamışlardır. Bu çalışmalar sonucunda ebeveynler için ziyaret saatleri oluşturulmuş ve ebeveyn varlığında süreklilik sağlanması gerektiği belirtilmiştir (75,76).

Aile merkezli bakımın gelişmesinde bir diğer önemli durum ise aile üyelerinin çocuğun ziyaretinin kısıtlanmaması, bakımına katılımının sağlanması, duygusal ihtiyaçlarının giderilmesini öngören 1959 yılında İngiltere'de yayınlanan ve 55 öneriden oluşan Platt Raporu olmuştur. Bu rapor aile merkezli bakımın dönüm noktasını oluşturmaktadır (67,71). Buna ek olarak 1970 ve 1980'li yıllarda ise çocuğun gelişimsel gereksinimleri için ailenin aktif katılımı ile birlikte bakım verilmesi gerektiği düşüncesi de aile merkezli bakımın önem kazanmasını sağlamıştır (69).

2.12. Aile Merkezli Bakım İlkeleri

Çocuk sağığı hemşireliğı profesyonel hemşireliğın özel bir alanıdır ve çocuğın sağığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan bir hemşire aile merkezli bakımı benimsemelidir. Aile merkezli bakımın temelinde çocuğın sağığını ve bakımını sürdürmede aile bütünlüğüne odaklanılması, saygı, iş birliğı ve bilgi paylaşımı bulunmaktadır (77).

Amerikan Pedatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP) aile merkezli bakım hizmeti sunan sağık çalışanları için 1993 yılında bazı ilkeler geliştirmiştir(78):

1. Ailenin çocuk için önemini kavramak ve saygı duymak, ailenin çocuğı ile etkileşimini güçlendirmek.
2. Çocuğın tedavi ve bakımını ve klinik seyrini aile ile paylaşmak ve aile üyelerini tıbbi karar verme aşamalarına katmak.
3. Ailelerin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarına saygı göstermek.
4. Ailelerin bireysel özelliklerini, güçlü ve zayıf yönlerini anlamak ve stresle baş etme yöntemlerine saygı göstermek .
5. Çocuğın ve ailenin bakıma katılımlarını destekleyerek özgüven kazanmalarını sağlamak.
6. Çocuğın ve ailesinin gereksinimleri doğrultusunda sağık politikaları geliştirmek ve yapılan programları bütünleştirmek.
7. Çocuğa ve primer bakıcısına gerekli tüm desteğı sağlamak.

2.13. Aile Merkezli Bakımın Yararları

2.13.1. Aile Merkezli Bakımın Aileler İçin Yararları

Hasta hakları çerçevesinde ailenin çocuğın hastanede uygulanan tedavi, bakım ve diğér prosedürleri bilme ve anlama hakları bulunmaktadır. Aile merkezli bakım yaklaşımı kapsamında aile ile işbirliğı yapmanın ve aileye gerekli bilgilerin verilmesinin anksiyetelerini azalttığı, verilen bakımın memnuniyetini arttırdığı ve hastane kalış süresini kısalttığı belirtilmektedir (59,79).

Aile merkezli bakım anlayışı ailelerin sorun çözme ve bakım becerilerinin gelişmesinde ve hastaneye yatış sırasında oluşın kontrol kaybı duygusunun tekrar oluşmasında etkilidir. Ailelerin öz yeterlilik duygularının gelişmesini sağlar. Ebeveyn-

çocuk bağılılığının olumlu yönde etkilenmesinde önemlidir. Ayrıca aileye taburculuk sırasında eğitim verme olanağı sağlamaktadır (80,81)

Özellikle doğduktan sonra yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan yenidoğanlarla yapılan çalışmalar aile merkezli bakımın ebeveyn memnuniyeti ile birlikte maternal bağlanma düzeyini arttırdığını göstermektedir (20,81).Cooper ve arkadaşları tarafından yapılan yarı deneysel bir çalışmanın sonuçları aile merkezli bakım alan annelerin daha az stresli oldukları, daha bilgili oldukları ve özgüvenlerinin arttığını göstermektedir (82).

2.13.2. Aile Merkezli Bakımın Çocuklar ve Bebekler İçin Yararları

Çocuğun bakımına ailenin katılımı çocuğun hastaneye yatışının oluşturduğu stresle daha iyi baş etmesini ve çocuğun kendini güvende hissetmesini, hastanede kalış süresinin kısılmasını, işlemlerle oluşan ağrı duyusunun azalmasını ve uyku problemlerinin azalmasını, ebeveyn-çocuk-sağlık profesyoneli arasındaki iletişimin daha iyi olmasını sağlamaktadır (83,84).

Kaygı ebeveyn ve çocuk için bir stresör özelliği göstermektedir ve ebeveyn ile çocuğun kaygı düzeyleri birbiri ile ilişkili olabilmektedir. Chambers ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada çocuk ve ebeveyn kaygı düzeylerinin birbiri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (85). Alptekin tarafından yapılan bir çalışmada da ağırlı girişimler sırasında ebeveyn varlığının hissedilen ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (86).

Günümüzde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım uygulamaları sağlık çalışanları ve ebeveyn arası iletişimi arttırmakta ve yenidoğan bakımını aile ile işbirliği ile üst düzeyde sağlanmaktadır. Aile merkezli bakım anlayışı ile yenidoğan ünitelerinde taburculuğun hızlandırılması ve yatışa bağlı bebeklerde uzun dönem sonrası görülebilen sorunları azaltmayı amaçlanmaktadır (13). Yenidoğanlar beslenme, korunma ve birçok konuda primer bir bakıcıya bağımlıdır ve ebeveynleri kurdukları erken ilişkilerin yenidoğanın gelişiminde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (87).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde annelerin bakıma aktif katılımlarının ebeveyn-bebek bağlanmasını geliştirdiği, bakım becerisini geliştirdiği ve psikolojik stresi azalttığı belirtilmektedir (80). O'Brien ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yenidoğan bebeklere aile merkezli bakım uygulanmış ve annelere eğitim verilmiş. Çalışma sonucunda aile merkezli bakım uygulanan bebeklerin beslenme hızında ve kilo alımlarında artış olduğu ve annelerin anksiyetelerinin düştüğü tespit edilmiştir (78).

Aile merkezli bakımın bebeklerin hastane yatış sürelerine etki ettiği düşünülmektedir. Erdev ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada aile merkezli bakım uygulanan bebeklerin tekrar hastane yatış oranlarında azalma olduğu tespit edilmiştir (88). Örtenstrand ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışma ise aile merkezli bakım alan yenidoğanların hastane kalış süresinin kısaldığı ve kısa süreli morbiditelerin azaldığını göstermiştir (89). Bastani ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise aile merkezli bakımın prematüre bebeklerin tekrar hastaneye yatış oranlarının azalttığı bulunmuştur (90).

Aile merkezli bakımın emzirme sürecine olumlu etkisi olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Vera ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrolü bir çalışma aile merkezli bakımın taburculuk öncesi emzirme oranlarını iyileştirdiğini göstermektedir (91).

Yenidoğanların nörolojik gelişimleri ile ilgili yapılan çalışmalar da aile merkezli bakımın olumlu etkilerini göstermiştir. Raghupathy ve arkadaşları tarafından aile merkezli bakımın yenidoğanların motor ve nörodavranışsal gelişimleri üzerinde yapılan çalışmaları incelediği sistematik derlemede aile merkezli bakımın yenidoğanın nörogelişimini olumlu yönde arttırdığını gösteren kanıtlar mevcuttur (92).

2.13.3. Aile Merkezli Bakım'ın Sağlık Profesyonelleri İçin Yararları

Hastaneye yatan çocuk için ailesi ile sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici bağın devamlılığı önemlidir ve pediatri hemşireleri çocuk ve ailesi arasındaki ilişkilerin hastaneye yatış sonrasında da korunmasında önemli bir rol almaktadırlar (93).

Aile merkezli bakım modeli, hemşirelerin bakım verme kapasitelerini geliştirir, mesleki doyumluluklarını artırır, bakımda rekabetin artmasını sağlar, klinikte karar alma süreçlerini geliştirir, etik sorumluluğu artırır ve etik sorunlarını azaltır (94). Park ve arkadaşları tarafından 28 makalenin incelendiği sistematik derlemede aile merkezli bakım uygulamasının iş tatmini attırdığı, bakım kalitesini iyileştirdiği ve sağlık profesyonellerindeki stresi ve tükenmişliği azalttığı belirlenmiştir (95).

2.14. Aile Merkezli Bakımda Hemşirenin Roller

Çocuğun hastaneye yatışından taburculuk sonrasına kadar devam eden süreçte çocuk ve ailesi ile en fazla iletişim kuran sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Bu nedenle hemşireler aile merkezli bakım yaklaşımının uygulanmasında ve geliştirilmesinde önemli bir rol almaktadırlar (93).

Hastaneye yatış sürecinde ebeveynlerin bir takım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Ebeveynlerin bu gereksinimlerine zaman ayıramadıkları ve bu konuda sağlık çalışanları ile bazı iletişim sorunları yaşadıkları belirtilmektedir. Bu sorunların ebeveynlerde kaygı, stres ve kontrol kaybı duygusuna neden olabileceği için çocuklarda da stres ve kaygının artabileceği vurgulanmaktadır. Ebeveynlerdeki bu kaygının azaltılması ve çocuğa etkisinin engellenmesi için aile merkezli bakım uygulamaları yarar sağlayabilmektedir. Bu nedenle hemşireler ailenin çocuğun yaşamındaki sürekliliğini ve önemini kabul etmelidir (96).

YYBÜ’nde annelerin bebekleriyle iyi bir iletişim kurabilmeleri için yenidoğan ünitesi ekibiyle de iyi bir iletişim halinde olması gerekir. Bu nedenle bir yenidoğan hemşiresi yatış sürecinde ebeveynlerle terapötik iletişim kurmalı, gerekli rehberlik ve danışmanlık görevlerini yerine getirmeli, ebeveynlere duygusal olarak destek vermeli ve bakıma katılımları için cesaretlendirmelidir. Bu şekilde aile merkezli yaklaşarak ebeveynlerin anksiyetesinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. (44,98).

Çocuk hemşirelerinin çocuk ve ebeveynlerine karşı en önemli rollerinden biri de savunuculuk rolüdür. Hemşire ailenin haklarını bilmeli, ailenin de bu hakları kavramasını sağlamalı ve ihlal edildiği durumlarda savunmalıdır (97).

Çocuk hemşireleri aile merkezli bakım uygulamasında aile üyeleri ve çocukla iyi bir iletişim kurmalıdır. Bunu sağlamak için Berlin ve Fowkes tarafından hemşirelerin ve aile üyelerinin birbirini dinlemesi ve anlaması esasına dayanan “LEARN modeli” geliştirilmiştir (99).

“LEARN” Modeli

L:Listen(Dinle)(Aile üyelerinin düşüncelerini dinlemek ve anlamak)

E:Explain your perception as the nurse(Hemşirenin kendi düşünce ve bakış açısını açıklaması)

A: Acknowledge and discuss differences and similarities (Düşünce ve bakış açıları arasındaki benzerlik ve farklılıkların belirlenmesi ve tartışılıp ortak sonuca varılması)

R: Recommend Treatment (Tavsiye edilen tedavi)

N: Negotiate agreement (Tartışma ve anlaşma)

2.15. Pediatri Kliniklerinde ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım

Pediatri hemşireliği ailenin çocuğun yaşamındaki yerini kabul etme ve saygı duyma esasına dayanmaktadır ve hemşire destekli aile merkezli bakım uygulamalarının annenin ve çocuğun anksiyetesini azaltmak, tedavi ve bakıma uyumunu attırmak, iyileşme sürecini hızlandırmak, ebeveynlerin sorun çözme becerisini geliştirmek gibi olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (66,93).

Sağlıklı ya da hasta bir çocuğa bakım ve tedavi uygulanırken çocuk ailesinden ayrı bir birey olarak düşünülmemelidir. Yapılan çalışmalar anne çocuk etkileşiminin hastaneye yatış sırasında da devam ettirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Aile merkezli bakım kapsamında ebeveynlerin tercihleri doğrultusunda bakıma katılmaları ve karar süreçlerinde rol almaları için cesaretlendirilmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (93,100).

İngiltere, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerde çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım kurum politikası olarak kabul edilmekte ve bu doğrultuda bakım sağlanmaktadır. Ayrıca yoğun bakım ve acil gibi çocuklarla birlikte ailelerinde yanında olmasının tartışıldığı kliniklerde de ailelerin çocukların yanlarında kalmaları ve bakıma katılabilmeleri için gerekli fiziksel koşulların sağlandığı belirtilmektedir (101).

Ülkemizde ise bazı hastanelerde annelerin çocukları ile kaldıkları fakat diğer aile üyelerinin yalnız ziyaret saatlerinde gördükleri, anneler çocuklarının yanlarında kalsalar bile aile merkezli bakımın tam olarak uygulanmadığı belirtilmektedir. Ülkemizde aile merkezli bakım uygulamaları hastane politikasına göre değişiklik göstermekle birlikte ailenin ve çocuğun bakımda yer alması uygulamasına yönelik bir standart olmadığı ve bu alanda yapılan çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir (100,101).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu 30'dan fazla ülkenin uzmanlarının işbirliği ile kurulan Avrupa Yenidoğan Sağlığı Bakım Standartları yenidoğanı ailesi ile bir bütün olarak ele almayı ve güçlendirilmesini benimsemektedir. Nöroprotektif stratejiler ile birlikte ebeveyn-bebek bağılılığını destekleyerek özellikle preterm yenidoğanlar için uzun dönem sorunların önlenmesi planlanmaktadır (102,103).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım yenidoğanın bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımının sağlanmasında önemli bir yere sahiptir ama yoğun bakım ünitelerinde bakımın karmaşık olması ve azaltılmış ziyaret saatlerinin

varlığı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakımın sağlanmasında olumsuzluk oluşturduğu belirtilmektedir (87).

2.16. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım ve Yaşanan Güçlükler

Aile merkezli bakım sağlık çalışanı ve ebeveyn ortaklığına dayanarak yürütülen ve değerlendirilen bir bakım yaklaşımıdır. Aile merkezli bakımın yenidoğan ünitelerinde etkili bir şekilde uygulanması için uygulamayı etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir. Shirazi ve arkadaşları tarafından nitel olarak yapılan bir çalışmada personel davranışının, aile ihtiyaçlarının, çevre özelliklerinin ve iletişimin aile merkezli bakım uygulamasını etkilediği bulunmuştur. Ayrıca preterm bebek annelerinin yaşadığı öfke ve kızgınlık gibi duyguların iletişimi engelleyebildiği ve aile merkezli bakım uygulamasında hemşirelere güçlük çıkarabildiği belirtilmiştir (104).

Mirlashari ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer nitel çalışmada ise hemşireler doktorların yenidoğan ile ilgili tüm tıbbi karar ve yetkilerin kendilerinde olmalarını istedikleri için ebeveynleri dahil etmekten kaçındıklarını belirtilmişlerdir. Ayrıca çalışmada hemşirelerin iş yükü fazlalığının da streslerini arttırdığı ve aile merkezli bakıma ayrılan zamanlarını etkilediği belirlenmiştir (105).

Sigurdson ve arkadaşları tarafından aileler ile yapılan nitel bir çalışmada ise ebeveynler sağlık çalışanlarının kendilerine güvenmediklerini, iletişim eksiklikleri olduğunu, gerekli bilgilerin tam verilmediğini belirtmişlerdir (106).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaşanan güçlüklerin azaltılması için sağlık çalışanlarının ebeveynleri primer bakıcı olarak görmeleri ve bakıma katılımı desteklemeleri, sağlık çalışanları için aile merkezli bakım yararlarına ilişkin araştırmaların derlenmesi, eğitim ve rehberlik hizmetlerinin sağlanması ve değerlendirilmesi önerilmektedir (104-106).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel ilişki arayıcı tasarımda yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aralık 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören ve bebeğinin bakımına katılan anneler ile yapıldı.

Turgut Özal Tıp Merkezi'nde 3 düzeyde yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Her ünite 20 kühöz yer almaktadır. YYBÜ'nde 45 hemşire, 2 neonatoloji uzmanı ve çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında uzmanlık eğitimini almakta olan asistan doktorlar bulunmaktadır. Yoğun bakımların 2. ve 3. düzeylerinde mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan yenidoğanlar tedavi görmekte ve anneler sadece ziyaret saatlerinde gelebilmekteler. Yoğun bakımın 1. düzeyinde ise daha az risk grubunda yer alan yenidoğanlar tedavi görmekte, annelerin bebekleri ile birlikte kalabilecekleri bir ortam oluşturularak taburculuğa hazırlanmaktadır.

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ise 3 düzeyde yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Yoğun bakımların 3. düzeyinde mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan yenidoğanlar tedavi görmekte, 1. ve 2. düzey yoğun bakımlarda ise daha az riskli yenidoğanlar tedavi görmektedir. Ünite 31 kühöz, 4 izolasyon odası ve 3 radyan bulunmaktadır. Hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 2 yenidoğan uzmanı, 9 çocuk hastalıkları uzmanı ve 20 hemşire görev yapmaktadır. Tüm düzeylerde tedavi gören yenidoğan anneleri için anne oteli bulunmakta ve anne, anne otelinde kalarak ya da evden bakım saatlerinde gelerek bebeklerinin bakımına katılmaktadır. Taburculuğa kadar süreç bu şekilde ilerlemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Aralık 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bebeği tedavi gören 800 anne oluşturmaktadır. Belirtilen evrende, çalışma kriterlerine uygun anneler çalışmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmanın

örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Bağımsız gruplarda t testi için orta etki büyüklüğünde, %5 hata payı, %95 güç ile en az 176 olarak hesaplanmıştır ve 180 anne araştırmaya dahil edilmiştir. Yenidoğanların yoğun bakımda yatış süreleri 1-7 gün, 8-14 gün ve 15 gün ve sonrası olacak şekilde üç gruba ayrılmış ve her iki hastaneden her grup için 30 anne alınmıştır. Çalışma toplam 180 anne ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Soruları

Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin anksiyete düzeyleri nasıl?

Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören annelerin aile merkezli bakım alma durumları nasıl?

Annelerin aile merkezli bakım alma durumları anksiyete düzeylerini etkiler mi?

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini bebeklerin (doğum haftası, doğum kilosu, yatış tanısı, yoğun bakım yatış süresi, postnatal günü) ve annelerinin sosyodemografik özellikleri (annenin yaşı, öğrenim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, doğum yöntemi, çocuk sayısı, bebekten ayrı kalma süresi, bakıma katılım durumu) oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini annelerin durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyleri ve aile merkezli bakım alma durumları oluşturmaktadır.

3.6. Çalışmaya Alınma Kriterleri

Annenin;

- ✓ Türkçe okur-yazar olması
- ✓ 18 yaş ve üzeri olması
- ✓ Bebeğinin YYBÜ’nde tedavi görüyor olması
- ✓ Bebeğin bakımına aktif olarak katılıyor olması

3.7. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

Annenin;

- ✓ Tanımlanmış bir ruhsal hastalığının olması
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi

3.8. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Anket sorularının eksik doldurulması ve sorulara çift cevap verilmesi.

3.9. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veriler toplama araçları; Tanıtıcı Bilgi Formu, Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçeği, Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinden oluşmuştur.

3.9.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Anne ve bebeğin tanıtıcı özelliklerine yönelik soruları içermekte ve iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde anneye ait tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Bunlar; annenin yaşı, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, sosyoekonomik durumu, doğum şekli, yaşayan çocuk sayısı, çocuklarının bakımında destek alma durumu, kronik bir hastalığının olup olmaması gibi durumları içeren 16 soru yer almaktadır.

İkinci bölümde ise yenidoğana yönelik tanıtıcı bilgileri içermektedir. Bunlar; bebeğin cinsiyeti, doğum kilosu, doğum haftası, tekil ya da çoğul gebelik durumu, postnatal günü, tıbbi tanısı, hastanede yatış süresi ve beslenme şekli gibi konuları içeren 8 sorudan oluşmaktadır.

3.9.2. Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçeği

Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçeği Spielberg tarafında 1970 yılında geliştirilmiştir ve Öner De Compte tarafından 1983 tarihinde Türk toplumuna uyarlanmıştır ve her biri 20 maddeden oluşan toplam 40 soruluk iki ölçek bulunmaktadır (107).

Durumluk Kaygı Ölçeği: Kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

Süreklik Kaygı Ölçeği: Kişinin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Durumluk Kaygı Ölçeğinin cevaplanmasında, maddelerin ifade ettiği, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre 'hiç', 'biraz', 'çok' ve 'tamamıyla' seçeneklerinden birini seçmesi istenir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre 'hemen hiçbir

zaman', 'bazen', 'çoğu zaman' ve 'hemen her zaman' seçeneklerinde birini işaretlenmesi istenir(108).

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 adet (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) ters madde varken, sürekli kaygı ölçeğinde 7 adet (1,6,7,10,13,16,19) ters madde vardır. Her iki ölçekten de elde edilen puanlar 20-80 arası değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Ölçekte 0-19: Anksiyete yok, 20-39 puan: Hafif anksiyete, 40-59 puan: Orta düzeyde anksiyete, 60-79 puan: Ağır düzeyde anksiyete, 80 puan: Şiddetli anksiyete (panik) olarak değerlendirilir(108). Ölçeğin Alpha güvenirliği .83 ile .87 arasındadır. Ölçeğin madde güvenirliği .34 ile .72 arasında değişmektedir. Tekrar test yöntemiyle ulaşılan güvenirlik katsayıları; Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.71 ile 0.86 ve Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.26 ile 0.68 arasında değişmektedir (109). Çalışmamızda tüm ölçek için Cronbach's alpha değeri 0.72 olarak bulunmuştur.

3.9.3. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği

Curle ve arkadaşları tarafından oluşturulan, geçerlilik ve güvenirliği Altıncıparmak ve Taşarslan tarafından araştırılan 7 maddelik Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nden yola çıkılarak yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakımı değerlendirmek amacıyla Neslihan Yıldız tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 29 maddeden oluşmaktadır.

29 maddelik YAMBÖ 5'li likert tipinde (1:hiç katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: kararsızım, 4: katılıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 1 en yüksek puan 5'dir. Geliştirilen ölçekten alınabilecek olan en düşük toplam puan 29, en yüksek puan 145'tir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması aile merkezli bakımın olumlu yönde arttığını/yükseldiğini göstermektedir (110).

Ölçeğin puanlarının toplam ve alt boyut puanlarının toplamı madde puan ortalaması şeklinde kullanılması önerilmektedir. Örneğin ölçek toplam puan ortalaması 139 olsun, ölçek toplamı madde puan ortalaması $139/29: 4.79$ şeklinde hesaplanır. Buna göre annelerin aile merkezli bakıma ilişkin değerlendirmelerinin 5 üzerinden 4.7 olduğu görülmektedir. Alt boyutların madde puan ortalaması hesaplanırken benzer şekilde alt boyut toplam puanları o alt boyuttaki madde sayısına bölünerek yapılır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe Aile Merkezli Bakım algıları yükselmektedir. Yıldız'ın çalışmasında YAMBÖ'nin Cronbach's alpfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0.93

olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's alpfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur (110).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22 paket programında hesaplanmıştır. Annelerin ve yenidoğanların tanımlayıcı özellikleri ve ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri için sayı, ortalama, yüzde, standart sapma ve ki-kare analizi, yenidoğanların yatış süreleri, annelerin anksiyete düzeyleri ve annelerin aldıkları aile merkezli bakım düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesinde sperman korelasyon analizi, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve şiddetinin belirlenmesinde One Way MANOVA, iki grup arasındaki veri farklılıklarının incelenmesinde ise bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk ve Skewnes-Kurtosis ile değerlendirildi(111,112). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Malatya İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onam alındı(11/01/2022 tarihli ve 2022/2829 Sayılı, EK-2). Araştırmanın yapıldığı İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinden ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinden kurum izni alınmıştır(EK-3, EK-5).

Annelere çalışmanın amacı, gönüllük ilkesi, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı, verilerin bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanmıştır. Çalışmaya katılmak isteyen annelerden yazılı onay ve sözlü onam alınmıştır

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören annelerin anksiyete düzeyleri ve aldıkları aile merkezli bakım düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonuçları yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelerim her iki hastane grubuna ait tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de detaylı bir şekilde yer almaktadır.

Tablo 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:180)

Tanıtıcı Özellikler	Tüm Veriler(n:180)		Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi(n:90)		Turgut Özal Tıp Merkezi(n:90)		Ki-Kare Analizi	
	n	%	n	%	N	%	x 2	p
Yaş								
18-25	51	28.3	28	31.1	23	25.6	3.115	.374
26-35	101	56.2	51	56.8	50	55.7		
36-46	28	15.5	11	12.2	17	16.7		
Eğitim Durumu								
İlkokul	17	9.4	3	3.3	14	15.6	8.921	.003
Ortaokul	22	12.2	5	5.6	17	18.8		
Lise	94	52.3	58	64.4	36	40.0		
Lisans	47	26.1	24	26.7	23	25.6		
Gelir Durumu								
Gelir giderden az	50	27.8	18	20.0	32	35.6	8.236	.016
Gelir gidere eşit	114	63.3	60	66.7	54	60.0		
Gelir giderden fazla	16	8.9	12	13.3	4	4.4		
Çalışma durumu								
Hayır	164	91.1	8	8.9	8	8.9	.000	.603
Evet	16	8.9	82	91.1	82	91.1		
Kronik hastalık durumu								
Hayır	156	86.7	85	94.4	71	78.9	13.828	.017
Diabet	14	7.8	4	4.4	10	11.1		
Diğer	10	5.5	1	1.2	9	10.0		
Aile tipi								
Çekirdek aile	158	87.8	87	96.7	71	78.9	13.257	.000
Geniş aile	22	12.2	3	3.3	19	21.1		
Çocuk sayısı								
1-3	166	92.2	86	95.6	80	88.9	2.788	.081
4-6	14	7.8	4	4.4	10	11.1		
Evdeki çocukla ilgilenen birinin varlığı								
Evet	94	52.2	49	54.4	45	50.0	0.356	.327
Başka çocuğum yok	86	47.8	41	45.6	45	50.0		
Doğum şekli								
Normal doğum	29	16.1	17	18.9	12	13.3	1.028	.209
Sezeryan	151	83.9	73	81.1	78	86.7		
Bebekten ayrı kalma süresi								
1-7 gün	121	67.2	76	84.5	33	36.7	18.556	.000
8-14 gün	27	15.0	2	2.2	25	27.8		
15 günden fazla	32	17.8	12	13.3	32	35.5		

Bebeğini görme sıklığı								
Bebeğimin yanında kalıyorum	112	62.3	22	24.4	90	100.0	19.286	.000
Günde 3 defa	35	19.4	35	38.9	0	0		
Günde 3 defadan fazla	33	18.3	33	36.7	0	0		
Bakıma katılma durumu								
3 kez az katıldım	23	12.8	13	14.4	10	11.2	6.222	.101
3-10 kez katıldım	36	20.0	23	25.6	13	14.4		
10 kez fazla katıldım	121	67.2	54	60.0	67	74.4		

Ki-Kare Analizi

Çalışmaya katılan annelerin %56.1'inin 26-35 yaş aralığında, %91.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %92.2'sinin çocuk sayısının 1-3 arasında olduğu ve 2 den fazla çocuğa sahip annelerin %52.2'sinin diğer çocuğu/çocuklarıyla ilgilenen birilerinin olduğu belirlenmiştir. Annelerin doğum yönteminin %83.9'unun sezeryan olduğu ve iki grup arasında tanımlayıcı özelliklerin benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan annelerin %52.2'sinin lise mezunu olduğu, %63.3'ünün gelir durumunun gider durumuna eşit olduğu, %86.7'sinin herhangi bir kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Annelerin %87.8'inin çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir.

Annelerin %62.2'sinin tedavi süresinde bebeğinin yanında kaldığı belirlenmiştir ve TÖTM'nde annelerin tamamının MEAH'nde ise annelerin %24.4'ünün bebeğinin yanında kaldığı belirlenmiştir. Annelerin %67.2'sinin 10 defadan fazla bakıma katıldığı ve bu oranın TÖTM'nde %74.4 MEAH'nde ise %60 olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Yenidoğanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı(n:180)

Tanıtıcı Özellikler	Tüm Veriler(n:180)		Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi(n:90)		Turgut Özal Tıp Merkezi(n:90)		Ki-kare Analizi	
	n	%	n	%	N	%	x 2	p
Cinsiyet								
Kız	80	44.4	41	45.6	39	43.3	.090	.764
Erkek	100	55.6	49	54.4	51	56.7		
Doğum kilosu								
1000 gr altı ADDA	27	15.0	2	2.2	25	27.8	25.217	.000
1000-1500 gr ÇDDA	45	25.0	7	7.8	38	42.2		
1500-2500 gr DDA	49	27.2	26	28.9	23	25.6		
2500 gr üstü NDA	59	32.8	55	61.1	4	4.4		
Doğum haftası								
32 hafta altı erken preterm	37	20.6	7	7.8	30	33.4	21.545	.000
32-34 hafta orta preterm	23	12.8	3	3.3	20	22.2		
34-37 hafta geç preterm	74	41.0	37	41.1	37	41.1		
38-42 hafta term	46	25.6	43	47.8	3	3.3		
Tekil -Çoğul Durumu								
Çoğul	9	5.0	1	1.1	8	8.9	.034	
Tekil	171	95.0	89	98.9	82	91.1		
Tıbbi tanısı								
Prematüre doğum	30	16.7	18	20.0	12	13.3	38.105	.000
Prematüre ve DDA	58	32.2	15	16.7	43	47.8		
Hiperbilirubinemi	13	7.1	10	11.0	3	3.3		
Yenidoğan solunum sıkıntısı	59	32.8	39	43.3	20	22.2		
Diğer	22	11.2	8	9.0	12	13.4		
Postnatal günü								
İlk 7 gün erken neonatal	33	18.3	28	31.1	5	5.6	39.310	.000
8-28 gün geç neonatal	113	62.8	59	65.6	54	60.0		
28 gün sonrası	34	18.9	3	3.3	31	34.4		
Bebğin beslenme durumu								
parenteral	7	3.9	0	0	7	7.8	32.846	.001
anneyi emiyor	130	72.2	82	91.1	35	38.9		
enteral beslenme	43	23.9	8	8.9	48	53.3		

Ki-kare Analizi

Çalışmaya alınan yenidoğanların %55.6'sının erkek cinsiyette olduğu ve iki hastane grubu arasında yenidoğanların cinsiyetleri açısından istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yenidoğanların doğum kiloları, doğum haftaları, tıbbi tanıları, tekil-çoğul doğum durumu, postnatal günü, beslenme durumu verileri arasında her iki grupta önemli düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Yenidoğanların %32.8'inin normal doğum ağırlığında olduğu belirlenmiştir ve TÖTM'nde yenidoğanların %42.2'sinin çok düşük doğum ağırlığında olduğu MEAH'nde ise yenidoğanların %61.1'inin normal doğum ağırlığında olduğu belirlenmiştir.

Yenidoğanların %41.1'inin 34-37 haftalar arası geç preterm döneminde olduğu belirlenmiş olup TÖTM'nde yenidoğanların %41.1'inin geç preterm dönemde olduğu

MEAH'nde ise yenidoğanların %47.8'inin 38-42 haftalar arasında term yenidoğan oldukları tespit edilmiştir.

Çalışmaya alınan yenidoğanların %95'inin doğumda tekil olduğu ve TÖTM'nde çoğul doğum oranının %8.9 MEAH'nde ise %1.1 olduğu belirlenmiştir.

Hastaneye yatırılıp yapılan yenidoğanların %32.8'inin solunum sıkıntısı ile %32.2 sinin ise prematüre ve düşük doğum ağırlığı ile yatırıldığı belirlenmiştir. TÖTM'de %47.8 oranında prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yatırıldığı MEAH'nde ise %43.3'ünün solunum sıkıntısı ile yatırıldığı belirlenmiştir.

Yenidoğanların %62.8'inin 8-28 gün arası geç neonatal dönemde oldukları belirlenmiştir. TÖTM'nde %60'ının MEAH'nde ise %65.6'sının geç neonatal dönemde oldukları belirlenmiştir.

Yenidoğanların %72.2'sinin annesini emerek beslendiği belirlenmiş olup TÖTM'nde %53.3'ünün enteral beslendiği MEAH'nde ise %91.1'inin anneyi emdiği belirtilmektedir.

Tablo 4.3. Yenidoğan Annelerinin Spielberg Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:180)

Kaygı Ölçeği	Turgut Özal Tıp Merkezi(N:90)	Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (N:90)	Test Sonucu	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	t	,p
Durumluk Kaygı	39.0±10.5	43.9±8.0	3.516	.001
Süreklik Kaygı	42.4±8.1	38.1±6.6	3.831	.000

Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.3'de durumluk ve süreklilik kaygı ortalamaları gösterilmektedir. TÖTM'de durumluk kaygı puan ortalaması 39.0±10.5 ve MEAH'nde durumluluk kaygı puan ortalaması ise 43.9±8.0 olarak bulunmuştur. Süreklik kaygı puan ortalamaları ise TÖTM'de 42.4±8.1 MEAH'nde 38.1±6.6 olarak bulunmuştur. TÖTM'de durumluk kaygı puan ortalaması daha az ve süreklilik kaygı puan ortalaması daha fazla olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır(p<0.05).

Tablo 4.4. Yenidoğan Annelerinin Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği(YAMBÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n:180)

YAMBÖ ve Alt Boyutları	Turgut Özal Tıp Merkezi(N:90)	Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi(N:90)	Test	
	Ortalama $\pm$ ss	Ortalama $\pm$ ss	t	p
YAMBÖ	4.1 $\pm$ 0.6	3.5 $\pm$ 0.7	3.985	.000
İtibar ve Saygı	4.2 $\pm$ 0.8	3.9 $\pm$ 0.6	2.060	.041
Bilgi Paylaşımı	4.1 $\pm$ 0.6	3.6 $\pm$ 0.9	3.550	.001
Bakıma Katılım	4.1 $\pm$ 0.7	3.9 $\pm$ 0.9	1.475	.142
Aile ile İşbirliği	3.6 $\pm$ 0.9	3.0 $\pm$ 1.2	3.620	.000

Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 4.4’de yenidoğan aile merkezli bakım ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları ve karşılaştırmaları gösterilmektedir. Aile merkezli bakım toplam ve alt boyut puanları 5 üzerinde değerlendirilmiştir. TÖTM’nde annelerin toplam aile merkezli bakım puan ortalaması 4.1 $\pm$ 0.6, MEAH’nde ise 3.5 $\pm$ 0.7 olduğu bulunmuştur. Sonuçlara göre YAMBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır($p=0.00<0.05$). Aile merkezli bakım anketi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde itibar ve saygı, bilgi paylaşımı ve aile ile işbirliği alt boyut puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır($p=0.41$, $p=0.01$, $p=0.00$). TÖTM’nde toplam ve alt boyut puan ortalamaları MEAH’ne göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak bakıma katılım alt boyut puan ortalaması TÖTM’nde yüksek bulunmasına rağmen arasındaki iki grup arasında fark anlamlı bulunmamıştır($p=0.142$).

Tablo 4.5. Yatış Sürelerine Göre DKÖ, SKÖ ve YAMBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:180)

Ölçekler	Yenidoğan Yatış Süresi	Turgut Özal Tıp Merkezi(N:90)	Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi(N:90)
		ortalama $\pm$ ss	ortalama $\pm$ ss
DKÖ	1-7 gün ¹	49.7 $\pm$ 7.4	48.5 $\pm$ 7.5
	8-14 gün ²	39.1 $\pm$ 5.6	42.1 $\pm$ 5.4
	15 gün sonrası ³	28.3 $\pm$ 4.2	41.2 $\pm$ 8.8
SKÖ	1-7 gün ¹	38.4 $\pm$ 9.6	38.4 $\pm$ 7.4
	8-14 gün ²	41.9 $\pm$ 5.6	39.5 $\pm$ 7.9
	15 gün sonrası ³	46.9 $\pm$ 6.4	40.6 $\pm$ 3.7
YAMBÖ	1-7 gün ¹	3.3 $\pm$ 0.5	2.8 $\pm$ 0.3
	8-14 gün ²	3.9 $\pm$ 0.4	3.5 $\pm$ 0.4
	15 gün sonrası ³	4.6 $\pm$ 0.3	4.3 $\pm$ 0.2
Wilk's Lambda		F=35.629 p=0.00	F=30.204 p=0.00
		Partial Eta	Partial Eta
		Squared=0.559	Squared= 0.516
İleri Analiz(Bonferoni)			
	DKÖ	1>2>3	1>3, 1>2
	SKÖ	3>2, 3>1	-
	YAMBÖ	3>2>1	3>2>1

One Way MANOVA, Post-Hoc(Banferoni) Analizi

Yenidoğanların yatış süreleri ile annelerin anksiyete düzeyleri ve aile merkezli bakım alma puanları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (One Way MANOVA) yapılmıştır. Ön varsayım kontrolünde, verilerin normal dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Test sonucu veriler normal dağıldığı bulunmuştur($p > 0.05$). Tek değişkenli ve çok değişkenli aykırı değerler box plot ve Mahalanobis uzaklığı ($p > 0.001$) ile değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda aykırı değerlerin olmadığı görüldü. Saçılım grafiği ile yapılan değerlendirme sonucunda bağımsız değişkenin tüm kategorileri için bağımlı değişkenler arasında yaklaşık olarak doğrusal ilişki olduğu görüldü. Bağımlı değişkenler arasında anlamlı bir çoklu doğrusallık (multicollinearity- kuvvetli bir korelasyon yoktur) yoktur ($r = .665, r = .773, r$

= .392, $r = .365$, $p = <.005$). Box's M testi ile değerlendirildiğinde varyans-kovaryans matrislerinin homojen olduğu görüldü ($p > 0.001$).

Birleşik değişken olarak durumluk kaygı düzeyi, süreklilik kaygı düzeyi ve aile merkezli bakım alma durumu puanları değerlendirildiğinde birleştirilmiş bağımlı değişkenler açısından yatış süreleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi($p < 0.05$). Yatış süresi bu anlamlı farklılığın TÖTM'nde %55'ini MEAH'nde ise %51'inin açıklamaktadır.

Tek yönlü MANOVA ile bağımsız değişkenin her bir bağımlı değişken üzerindeki etkisi incelendiğinde her iki grupta da durumluk kaygı düzeyi ve aile merkezli bakım puanı üzerinde anlamlı etkisi görülmektedir. Süreklilik kaygı düzeyi için ise TÖTM'nde istatistiksel olarak anlamlılık varken MEAH'nde bulunmamaktadır($p=0.00$, $p=0.193$).

Bağımlı değişkenlerin yatış süreleri açısından oluşan anlamlı farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bonferroni post-hoc analizi kapsamında 0.05 olarak belirlenen anlamlılık seviyesi karşılaştırma sayısına bölünerek ($0,05/ = 0.016$) yeni anlamlılık seviyesi 0.016 olarak belirlenmiştir. Buna göre TÖTM ve MEAH'nde aile merkezli bakım ve durumluk kaygı puan ortalamaları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermektedir($p < 0.016$). YAMBÖ puan ortalaması her iki grupta da yatış süresi ile birlikte artmaktadır. DKÖ puan ortalaması TÖTM'nde yatış süresi ile birlikte azalmakta, MEAH'nde ise birinci grupta yer alan annelerin ikinci ve üçüncü grupta yer alan annelerin durumluk kaygı puanları ile aralarındaki farkın anlamlı olduğu ancak ikinci ve üçüncü gruptaki annelerin DKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi. SKÖ puan ortalamaları incelendiğinde ise TÖTM'nde üçüncü grupta yer alan annelerin birinci ve ikinci grupta yer alan annelere göre SKÖ puan ortalaması anlamlı derecede farklı olduğu ancak birinci ve ikinci grupta yer alan annelerin SKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. MEAH'nde ise tüm gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı belirlenmiştir($p > 0.016$).

Tablo 4.6. DKÖ, SKÖ ve YAMBÖ İle Bazı Değişkenlerin İlişkisi

Değişken		Turgut Özal Tıp Merkezi			Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
		DKÖ	SKÖ	YAMBÖ	DKÖ	SKÖ	YAMBÖ
Anne Yaşı	r	.110	.042	-.191	.173	.001	-.180
	p	.302	.695	.071	.102	.996	.089
Çocuk Sayısı	r	-.009	-.015	-.195	.169	.115	.317
	p	.939	.888	.066	.111	.278	.002
Bebekten ayrı kalma süresi	r	.636	.041	-.670	.601	.026	-.404
	p	.035	.701	.046	.041	.808	.050
Doğum kilosu	r	-.595	.002	-.597	-.189	.021	-.440
	p	.050	.984	.017	.074	.843	.000
Bebeğin yatış süresi	r	-.834	.122	.858	-.373	.432	.771
	p	.015	.057	.012	.000	.096	.000
Doğum haftası	r	-.603	.025	-.414	-.519	.035	-.352
	p	.005	.816	.025	.000	.745	.038
Postnatal günü	r	-.197	.247	.270	-.375	.098	.677
	p	.043	.188	.010	.000	.359	.000
Bebeğini görme sıklığı	r	*	*	*	-.234	.162	.380
	p	*	*	*	.027	.126	.000

Pearson Korelasyon Analizi

* Turgut Özal Tıp Merkezinde anneler daima bebekleri ile kaldığı için bebeğini görme sıklığı açısından korelasyon bakılmamıştır.

Veriler normal dağıldığından Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; Korelasyon katsayısının gücü aradaki ilişkinin gücünü göstermektedir. Korelasyon katsayısı aralığı; 0.00-0.10 çok zayıf, 0.10-0.39 zayıf, 0.40-0.69 orta, 0.70-0.89 yüksek ve 0.90-1.00 çok yüksek olarak değerlendirilmektedir(113). Annelerin yaşları ve çocuk sayıları ile DKÖ, SKÖ ve YAMBÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bebekten ayrı kalma süresi ile DKÖ aralarında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.035$ $r=0.636$, $p=0.041$ $r=0.601$). SKÖ puanları ile bebekten ayrı kalma süreleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bebekten ayrı kalma süresi ile YAMBÖ puanları arasında ise negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.046$ $r=-0.670$, $p=0.05$ $r=-0.404$).

Yenidoğanların doğum kiloları ile annelerin SKÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$), DKÖ ve YAMBÖ puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.005$).

Yenidoğanların doğum haftaları ile annelerin DKÖ puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki ($p=0.005$ $r=-0.603$, $p=0.000$ $r=-0.414$), doğum haftaları ile annelerin YAMBÖ puanları arasında ise negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.025$ $r=-0.414$, $p=0.038$ $r=-0.352$). SKÖ puanları açısından ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yenidoğanın postnatal günü ile annenin DKÖ puanları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki, postnatal günü ile YAMBÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Ama annelerin SKÖ ile yenidoğanların postnatal günleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

TÖTM’de aile merkezli bakıma katılan annelerin tamamı bebeği ile aynı odada kaldığı için bebeğini görme sıklığı ile ölçekler arasındaki ilişkiye bakılmamıştır. MEAH’nde ise bebeğini görme sıklığı ile DKÖ arasında negatif yönlü anlamlı ilişki ($p=0.027$, $r=-0.234$) saptanmasına rağmen SKÖ ile aralarında anlamlı ilişki saptanmamıştır, bebeğini görme sıklığı ile YAMBÖ arasında ise pozitif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p=0.00$, $r=0.380$).

Bebeklerin yatış süreleri ile annelerin DKÖ puanları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki, yatış süreleri ile YAMBÖ puanları arasında ise pozitif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Yatış süreleri ile SKÖ puan ortalamaları arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Annelerin DKÖ ve SKÖ İle YAMBÖ Ortalama Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi(N:180)

Değişken		Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi(N:90)	Turgut Özal Tıp Merkezi(N:90)
		YAMBÖ	YAMBÖ
DKÖ	r	-.665	-.773
	p	.032	.000
SKÖ	r	-.392	-.365
	p	.097	.000

Pearson Korelasyon Analizi

Annelerin aile merkezli bakım puan ortalamaları ile kaygı puan ortalamaları incelendiğinde TÖTM’nde YAMBÖ puan ortalaması ile DKÖ puan ortalaması arasında negatif yönlü anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki ($r=.0773$ $p=.000$) olduğu, MEAH’nde ise negatif yönlü anlamlı ve orta düzeyde ilişki ($r=0.663$ $p=0.00$) olduğu belirlenmiştir. YAMBÖ puan ortalamaları ile SKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde TÖTM’nde negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki ($r=-0.365$, $p=0.00$) saptanırken MEAH’nde ise negatif yönlü anlamsız ve zayıf ilişki ($r= -0.392$, $p=0.097$) saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören annelerin anksiyete düzeylerini ve aile merkezli bakım alma durumlarını araştırdığımız bu çalışmada hem TÖTM’nde hem de MEAH’ nde annelerin orta düzeyde durumluk ve süreklilik anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar literatürde yer alan bazı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yazıcıoğlu ve Tüfekçi ile Akbaş ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalarda yenidoğan annelerinin orta düzeyde kaygı yaşadıkları belirlenmiştir(107,114). Damanabad ve arkadaşları prematüre bebek anneleri ile yaptıkları kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmada da annelerin orta düzeyde durumluk kaygı ve hafif düzeyde süreklilik kaygı yaşadıkları belirlemiştir (115). Eryürek ve arkadaşları tarafından yapılan nitel bir çalışmada ise anneler bebeklerinin yoğun bakım ünitesine yatmaları nedeniyle çok büyük kaygı yaşadıklarını ve korku, üzünyü hissettiklerini belirtmişlerdir (116). Yapılan bir araştırmada ise yenidoğan ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin bebeğinden ayrı kalma, bakıma katılamama ve ebeveynlik rollerini yerine getirememeleri nedeniyle anksiyete yaşadıklarını göstermektedir(30). Bu araştırmada da annelerin bebeklerinden ayrı kalma süresi ve bebeğini görme sıklığı ile DKÖ puan ortalamaları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur(Tablo 4.6).

Annelerin aile merkezli bakım alma durumları incelendiğinde ise TÖTM’nde YAMBÖ puan ortalaması MEAH’ne göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır(Tablo 4.4). TÖTM’nde annelerin YAMBÖ puan ortalaması MEAH’ne göre daha yüksek olması ile birlikte TÖTM’ de YAMBÖ ile DKÖ arasındaki ilişki düzeyi daha yüksektir. İki farklı hastanede aile merkezli bakım uygulanan annelerin aile merkezli bakım alma durumunun farklı olmasında hastanelerin annelere sağladığı imkanların farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü TÖTM’nde aile merkezli bakım alan annelerin bebekleri ile aynı ortamda kalmaları sağlanmakta ve bunun için koşullar uygun hale getirilmektedir. MEAH’nde ise anne oteli bulunmakta ve anneler yalnızca bakım saatlerinde bebeklerinin yanına alınmaktadır, bazı anneler ise evden günde en az bir defa gelerek bebeklerini emzirmekte ve diğer bakımlarına katılmaktadır. MEAH’ nde bebeği tedavi gören annelerin durumluk anksiyete düzeylerinin TÖTM’ ndeki annelerin durumluk anksiyete düzeylerine göre daha yüksek olması verilen aile merkezli bakımın düzeyi ve sağlanan

imkanların farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir. Yapılan araştırmalar annelerin bakıma katılımlarının anksiyete düzeylerini etkilediğini göstermektedir (117-120). Bostanabad ve arkadaşları tarafından prematüre bebek anneleri ile yapılan deneysel bir çalışmada annelerin bakıma katılımlarının ve bebekleri ile bir arada olma fırsatı sağlanmasının durumluk kaygı düzeylerini düşürdüğünü ancak süreklilik kaygı düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (117). Gimenez ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir deneysel çalışmaya göre ise verilen aile merkezli bakımın annelerin anksiyete düzeylerini düşürdüğü belirlenmiştir (118). Zhang ve arkadaşları tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakımın etkilerinin araştırıldığı bir pilot çalışmanın sonuçlarına göre ise aile merkezli bakım uygulanan annelerin kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (119). Milan ve Nasimi'nin çalışmasında ise annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeylerinde anlamlı derecede azalma gözlemlediklerini belirtmişlerdir (120).

Ünlüoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada bebeklerin yenidoğan yoğun bakımda kalma süreleri ile annelerin depresif duygu durumları arasında bir ilişki olduğu ve yenidoğanın yoğun bakımda kalma süresi arttıkça annelerin kaygı ve stres düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (80). Özyazıcıoğlu'nun çalışmasında yatış süresi ile annelerin kaygı puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı raporlanmıştır (114). Duymaz tarafından yapılan çalışmada ise yenidoğanın yoğun bakımda kalış süresi arttıkça stres düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir (121). Bu araştırmada birleştirilmiş değişken olarak kaygı puanları ve aile merkezli bakım puanları değerlendirildiğinde birleştirilmiş bağımlı değişkenler açısından yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.5). Kısmi eta kare (Partial Eta Squared) birleşik bağımlı değişkendeki varyansın TÖTM'nde %55'inin MEAH'nde ise %51'inin bağımsız değişken olan yatış süresi tarafından açıklandığını göstermektedir (Tablo 4.5). Pearson korelasyon analizinde ise bebeklerin yatış süreleri ile DKÖ puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durum ise yatış süresinin artmasıyla birlikte aile merkezli bakım uygulamalarını artması ile açıklanabilir.

Bebeğin yatış süreleri ile YAMBÖ puanı arasında ise pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu ve anlamlılık düzeyinin TÖTM'de daha fazla olduğu bulunmuştur. TÖTM'de DKÖ'nin yatış süresi ile ilişkisinin anlamlılık düzeyi MEAH'ne göre daha anlamlı çıkmıştır. Bu durum annelere sağlanma imkanların ve aile merkezli bakım puanlarının farklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir (Tablo 4.7).

SKÖ puan ortalamaları çalışmada iki grup(hastane türü) arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Ancak gruplar içinde yatış süresi ile SKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki görülmemektedir. Akbaş ve arkadaşları tarafından yenidoğan anneleri ile yapılan araştırmada yatış süresi ile SKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır(107). Omak'ın araştırmasında da yatış süresi ile SKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir(122). Erdem tarafından yapılan araştırmada ise yenidoğanın yatış süresi ile annelerin SKÖ puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(123). Bu durumun SKÖ puan ortalamalarının uzun dönem anksiyete düzeylerini göstermesinden kaynaklandığı söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören annelerin anksiyete düzeyleri ve aile merkezli bakım alan durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar;

- Bebeği yenidoğan ünitesinde tedavi gören annelerinin kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu anksiyete düzeyinin yenidoğanın yatış süresi, doğum haftası, doğum ağırlığı, bebeğinden ayrı kalma süresi ve aldığı aile merkezli bakımdan etkilendiği tespit edilmiştir.
- Bebeğinden ayrı kalma süresi uzayan annelerin daha fazla kaygı yaşadıkları belirlenmiştir.
- Yenidoğanın yatış süresi arttıkça aldıkları aile merkezli bakımın artması ile birlikte annelerin kaygı düzeyi azaldığı belirlenmiştir.
- Annelerin aldıkları aile merkezli bakım ile durumluk kaygı düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durum annelerin aldıkları aile merkezli bakımın kaygı düzeylerini azalttığını göstermektedir.

Bu sonuçları doğrultusunda;

- Hemşirelerin bakıma katılım ve aile ile işbirliği kapsamında aile merkezli bakım hizmetlerini yürütmeleri,
- Kurumların aile merkezli bakımı geliştirecek kararlar alarak kliniklerinde gerekli düzenlemeleri yapmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 5. Baskı. Ankara, Bizim Büro Basımevi, 2001: 55-7.
2. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2013: 132-3.
3. Çatak B, Öner C. Bebek Ölümlerinin Temel Nedenleri Değişiyor mu? Kayıt Temelli Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Aile Helimliği ve Birinci Basamak Dergisi* 2019, 13(3): 311-7.
4. Törüner E, Büyükgönenç L. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, 3. Baskı. İstanbul, Göktuğ Yayıncılık, 2013: 100-2.
5. Busse M, Stromgren K, Thornage L, Thomas KA. Parent's response to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse* 2013, 33(4): 52-9.
6. Harison MS, Goldenberg RL. Global Burden of Prematurity. *Semin Fetal Neonatal Med* 2016, 21: 74 – 9.
7. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family-Centered Care: A Review Of Qualitative Studies. *J Clin Nurs* 2006, 15(1): 1317-23.
8. Griffin T. Family-centered care in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs* 2006, 20(1): 98-102.
9. Johnson BH, Abraham MR, Parrish RN. Designing the Neonatal Intensive Care Unit for optimal family involvement. *Clin Perinatol* 2004, 31: 353–82.
10. Riper MV. Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Heart Lung* 2001, 30(1): 74-84.
11. Gartner LM, Gartner CB, Gluck L, Butterfield LJ. The care of premature infants: Historical perspective. *Health* 1992, 92: 2786.
12. Erdeve Ö. Aile Merkezli Bakım ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009, 51(3): 199-203.

13. Eras Z, Atay G, Şakrucu ED, Bingöler EB, Dilmen U. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Destek. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2013, 47(3): 97-103.
14. Dündar SA, Bayat M, Erdem E. Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 20(2): 137-42.
15. Ergenekon E. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımı. *Türkiye Klinikleri Pediatri* 2001, 10: 1-5.
16. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M.; Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018, 52: 3–12.
17. Stark AR. Levels of neonatal care, *Pediatrics* 2004, 114(5): 1341- 7.
18. Mann D. Design, implementation, and early outcome indicators of a new family-integrated neonatal unit. *Nurs Womens Health* 2016, 20(2): 158-66.
19. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008, 51(2): 104-9.
20. Akbaş M, Akça E, Şenoğlu A, Sürücü ŞG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2019, 28(2): 87-97.
21. Yayan EH, Özdemir M, Düken ME, Suna Y. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 8(1): 82-9.
22. Browne JV, Talmi A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr Psychol* 2005, 30: 667-77.
23. Blackburn S. Environmental impact of the NICU on developmental outcomes. *J Pediatr Nurs* 1998, 4: 42-54.
24. Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. Infants in a neonatal intensive care unit: Parental response. *Arc Dis Child Fetal and Neonatal Ed* 2005, 90(2): 109-13.

25. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç G, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12 (1): 31–44.
26. Küçüköğlu S, Aytekin A, Gülhaş, NF. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015, 12(3): 182-8.
27. Aliabadi F, Kamali M, Borimnejad L, Rassafiani M, Rasti M, Shafaroodi N, Kachoosangy RA. Supporting-emotional needs of Iranian parents with premature infants admitted to Neonatal Intensive Care Units. *Med J Islam Repub Iran* 2014, 28: 53.
28. Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 14(2): 16-22.
29. Keklikçi Y, Dorum BA, Vatansever A. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ailelerin stres düzeyleri ve baş etme yöntemleri. *Van Tıp Dergisi* 2020, 27(2): 160-5.
30. Çelebioğlu A, Polat S. Hiperbilirubinemi nedeniyle hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyi, etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2004, 11(2): 47-54.
31. Horuz D. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Koah Hastalarında Müzik Terapisinin Anksiyete ve Bazı Klinik Bulgulara Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi, 2004.
32. Sezen M. Total kalça Artroplastisi Ameliyatı Öncesi Hastalara Uygulanan Farklı Eğitim Phastalarının Anksiyete ve Ağrı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi: Kırklareli Üniversitesi, 2019.

33. Akman KE. Kadın Hastalıklarından Ameliyat Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Yapılan Tanıtıcı Eğitimin Kaygı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.
34. Uzbay T. Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004, 4(3): 1-11.
35. Toğaç H. Laparoskopik Kolesistektomi Yapılacak Hastalarda Gereksinimlere Göre Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Anksiyete Ve Konfora Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2018.
36. Gedik A. Nöroşirurji Hastalarında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.
37. Günay EY. Gebelerde Kaygı Düzeyi: "Cambridge Kaygı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.
38. Güçlü N. Stres Yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2001, 21: 1.
39. Balcıoğlu İ. Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi. *Sempozyum Dizisi* 2005; 47: 9–12.
40. Şahin M. Korku, kaygı ve kaygı bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2019, 6(10): 117-35.
41. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011, 45(2): 65-74.
42. Barberio B, Zamani M, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2021, 6(5): 359-70.
43. Kesgin MT. Cerrahi girişim Uygulanacak hastaların Durumluk kaygı düzeyleri Ve Etkileyen Etmenler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2019.

44. Abuidhail J, Al-Motlaq M, Mrayan L, Salameh T. The lived experience of Jordanian parents in a neonatal intensive care unit: A phenomenological study. *J Nurs Res* 2017, 25(2): 156-62.
45. Franck LS, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Res* 2019, 111(15): 1044-59.
46. Al Maqbali M, Al Sinani M, Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2021,141: 110343.
47. Johnston J. Stress and anxiety. *J Veterin Nurs* 2020, 35(8): 217.
48. Erkun DH. Müziğin Nonstres Testi ve Anne Anksiyetesi Üzerine Etkisi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kütahya. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.
49. Davis D, Santos H, Levy J, White-Traut R, O'Shea T, Geraldo V, David R. Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behav Dev* 2015, 41: 154–63.
50. Sarapat P, Fongkaew W, Jintrawet U, Mesukko J, Ray L. Perceptions and practices of parents in caring for their hospitalized preterm infants. *J Pacific Rim Int Nurs Res* 2017, 21(3): 220-33.
51. Jakimowicz S, Perry L. A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *J Adv Nurs* 2015, 71(7): 1499-17.
52. Ağırman AM. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelere Yönelik Geliştirilen Bakım Standartlarının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisan Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2016.
53. Lai HL, Chen CJ, Peng TC, Chang FM, Hsieh ML, Huang HY, Chang SC. Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *Int J Nurs Stud* 2006, 43(2): 139-46.

54. Kostilainen K, Mikkola K, Erkkilä J, Huotilainen M. Effects of maternal singing during kangaroo care on maternal anxiety, wellbeing, and mother-infant relationship after preterm birth: a mixed methods study. *Nor J Mus Ther* 2021, 30 (4): 357-76.
55. Roa E, Ettenberger M. Music therapy self-care group for parents of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A clinical pilot intervention. *Medicines* 2018, 5(4): 134.
56. Afand N, Keshavarz M, Fatemi NS, Montazeri A. Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge. *J Clin Nurs* 2017, 26(13-14): 1887-92.
57. Cheng C, Franck LS, Ye XY, Hutchinson SA, Lee SK, O'Brien K. Evaluating the effect of Family Integrated Care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. *J Reprod Infant Psychol* 2021, 39(2): 166-79.
58. Mendelson T, Cluxton-Keller F, Vullo GC, Tandon SD, Noazin S. NICU-based interventions to reduce maternal depressive and anxiety symptoms: a meta-analysis. *Pediatrics* 2017, 139: 3.
59. Shields L, Frana NH. A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *Int Nurs Rev* 2001, 48(1): 29-37.
60. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family-Centered Care: A Review Of Qualitative Studies. *J Clin Nurs* 2006, 15(1): 1317-23.
61. Delvecchio E, Salcuni S, Lis A, Germani A, Di Riso D. Hospitalized children: anxiety, coping strategies, and pretend play. *Front Public Health*, 2019(7): 250-8.
62. Talmi, A, Harmon, R. J. Relationships between Preterm Infants and Their Parents: Disruption and Development. *Zero to Three* 2003, 24(2): 13-20.
63. Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *J Clin Nurs* 2006, 15(10): 1308-16.
64. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka K, Perrin JM. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Acad Pediatr* 2011, 11(2): 136-43.

65. Shields L, Tanner A. Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatr Nurs* 2004, 30: 3.
66. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *J Pediatr Nursing* 2009, 24(2): 164-70.
67. Ryan E, Steinmiller E. Modeling Family-Centered Pediatric Nursing Care: Strategies for Shift Report. *J Spec Pediatr Nurs* 2004, 9(4): 123-34.
68. Söyünmez S, Koç ET. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020, 1(3): 141-8.
69. Mermi E, Doğan AK. Pediatrik yoğun bakım ünitelerinde bakıma katılan ebeveynlerin etkilenme düzeyleri ile aile merkezli bakım arasındaki ilişki. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021, 7(2): 449-62.
70. Harrison TM. Family Centered Pediatric Nursing Care: State Of The Science. *J Pediatr Nurs* 2010, 25(5): 335-43.
71. Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3(1): 683-95.
72. Pines JM, Zocchi MS, Black BS, Carlson JN, Celedon P, Moghtaderi A. Characterizing pediatric emergency department visits during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med* 2021, 41: 201-4.
73. Shields L. Questioning family-centred care. *J Clin Nurs* 2010, 19(17-18): 2629-38.
74. Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *J Pediatr Nurs* 2010, 25(5): 335-43.
75. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* 2012, 16(2): 297-305.
76. Kokorelias KM, Gignac MA, Naglie G, Cameron JI. Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2019, 19(1): 1-11.
77. American Academy of Pediatrics. Family centered care and the pediatrician's roll. *Pediatrics* 2003, 112: 691-7.

78. O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, Hales D. Effectiveness of family integrated care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health* 2015, 2(4): 245-54.
79. Büyük ET, Bolışık B. An analysis of the anxiety levels of mothers who participate in education and therapeutic games about their children's surgeries. *J Perianesth Nurs* 2018, 33(3): 290-5.
80. Uludağ A, Ünlüoğlu İ. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012, 4(3): 19-26.
81. Medina IMF, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Ávila MC, Rodríguez MDML. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women Birth* 2018, 31(4): 325-30.
82. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol* 2007, 27(2): 32-7.
83. Hielkema M, De Winter AF, Reijneveld SA. Validity of a family-centered approach for assessing infants' social-emotional wellbeing and their developmental context: a prospective cohort study. *BMC Pediatr* 2007, 17(1): 1-11.
84. Campbell L, DiLorenzo M, Atkinson N, Riddell RP. Systematic review: A systematic review of the interrelationships among children's coping responses, children's coping outcomes, and parent cognitive-affective, behavioral, and contextual variables in the needle-related procedures context. *J Pediatr Psychol* 2017, 42(6): 611-21.
85. Boerner KE, Chambers CT, McGrath PJ, LoLordo V, Uher R. The effect of parental modeling on child pain responses: The role of parent and child sex. *J Pain* 2017, 18(6): 702-15.
86. Alptekin D. Pansuman İşlemi Sırasında Ebeveynin Çocuğun Yanında Bulunma Durumunun Ağrı Şiddetine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Acıbadem Üniversitesi, 2015.

87. Gomez-Cantarino S, Garcia-Valdivieso I, Moncunill-Martínez E, Yanez-Araque B, Ugarte Gurrutxaga MI. Developing a family-centered care model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): a new vision to manage healthcare. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17(19): 7197.
88. Öztürk C, Ayar D. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2014, 7(4): 315-20.
89. Örténstrand, A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Åkerström S, Brune T, Waldenström U. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics* 2010, 125(2): 278-85.
90. Bastani F, Abadi TA, Haghani H. Effect of family-centered care on improving parental satisfaction and reducing readmission among premature infants: a randomized controlled trial. *J Clin Diagn Res* 2015, 9(1): 4.
91. Verma A, Maria A, Pandey RM, Hans C, Sherwani, F. Family-centered care to complement care of sick newborns: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr* 2017, 54(6): 455-9.
92. Raghupathy MK, Rao BK, Nayak SR, Spittle AJ, Parsekar SS. Effect of family-centered care interventions on motor and neurobehavior development of very preterm infants: a protocol for systematic review. *Syst Rev* 2021, 10(1): 1-8.
93. İşler A, Görak G. Prematüre bebeği olan annelerde olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında hemşirelik yaklaşımının önemi. *Çocuk Dergisi* 2007, 7(1): 36-41.
94. Günay U, Polat S. Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: hekim ve hemşire görüşleri. *Bozok Tıp Dergisi* 2017, 7(1): 12-21.
95. Park M, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *Int J Nursing Stud* 2018, 87: 69-83.
96. Arslan FT, Turgut R. Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri Ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2013, 6(3): 119-24
97. Ardahan M. Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003, 7(2): 23-7.

98. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Lat Am Enfermagem* 2016, 24: 2753.
99. Newton MS. Family-Centered Care: Current Realities In Parent Participation. *Pediatr Nurs J* 2000, 26(2): 164-8.
100. Tosun A, Tüfekci FG. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18(2): 131-9.
101. Byers JF, Lowman LB, Francis J, Kaigle L, Lutz NH, Waddell T, Diaz AL. A quasi-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006, 35(1): 105-15.
102. Phillips RM. Seven core measures of neuroprotective family-centered developmental care: Creating an infrastructure for implementation. *Newborn Infant Nurs Rev* 2015, 15(3): 87-90.
103. <https://newborn.healthy.edu/wp-content/ads2022/uplo/> Son Erişim Tarihi 20.08.2022.
104. Shirazi ZH, Sharif F, Rakhshan M, Pishva N, Jahanpour F. The obstacles against nurse-family communication in family-centered care in neonatal intensive care unit: a qualitative study. *J Caring Sci* 2015, 4(3): 207-16.
105. Mirlashari J, Brown H, Fomani FK, Salaberry J, Zadeh TK, Khoshkhou F. The challenges of implementing family-centered care in NICU from the perspectives of physicians and nurses. *J Pediatr Nurs* 2020, 50: 91-8.
106. Sigurdson K, Profit J, Dhurjati R, Morton C, Scala M, Vernon L, Franck LS. Former NICU families describe gaps in family-centered care. *Qual Health Res* 2020, 30(12): 1861-75.
107. Akbaş M, Akça E, Şenoğlu A, Sürücü ŞG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2019, 28(2): 87-97.
108. Erbil N, Kahraman A, Bostan Ö. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2006, 9(1): 10-6.

109. Tonyalı N. ÖzelÖğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Anne ve Babalarının Anne Baba Tutumları İle S,rekli ve Durumluk Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Gelişim Üniversitesi, 2022
110. Yıldız N. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım ölçeğinin geliştirilmesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2019.
111. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics. J Statis Mod Analy* 2011, 2(1): 21-33.
112. George D, Mallery M. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*,17. Baskı. Pearson Education India. 2010: 10.
113. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg* 2018, 126(5): 1763-8.
114. Özyazıcıoğlu N, Tüfekci FG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2009, 12(4): 66-73.
115. Damanabad ZH, Valizadeh L, Arani MM, Hosseini M, Jafarabadi MA, Mansourian M, Rastegarimehr B. Evaluation of maternal anxiety in mothers of infants admitted to the neonatal intensive care unit. *Int J Pediatr Mash* 2019, 7(10): 10215-24.
116. Eryürek D, Başdaş Ö, Korkmaz Z,Yıldız İ, Mumcu Ö, Bayat M. Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2021, 8(2): 196-202.
117. ArshadiBostanabad M, NamdarArshatnab H, Balila M, Asghari Jafarabadi M, Ravanbakhsh K. Effect of family-centered intervention in neonatal intensive care unit on anxiety of parents. *Int J Pediatr* 2017, 5(6): 5101-11.
118. Cano Gimenez E,Sánchez-Luna M. Providing parents with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta Paediatr* 2015, 104(7): 300-5.

119. Zhang R, Huang RW, Gao XR, Peng XM, Zhu LH, Rangasamy R, Latour JM. Involvement of parents in the care of preterm infants: A pilot study evaluating a family-centered care intervention in a Chinese neonatal NICU. *Pediatr Crit Care Med* 2018, 19(8): 741-7.
120. Milan M, Nasimi F. The effect of family-centered care educational program on anxiety of mothers of premature infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *Iran J Nurs Res* 2018, 13(3): 49-54.
121. Duymaz S. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatırılan Bebeklerin Annelerinin Davranış, Tutum ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi, 2018.
122. Omak D. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: Avrasya Üniversitesi, 2017.
123. Erdem Y. Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey. *J Clin Nurs* 2010, 19(11-12): 1738-47.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



**EK-2. İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurul Onayı**



**EK-3. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Yenidoğan Anabilim
Dalı İzni**



EK-4. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım leği Kullanım İzni



EK-5. Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden Alınan Kurum İzni



EK-6. Bilgilendirilmiş Anne Onam Formu

Sayın Anne,

Bu araştırma bebeği yenidoğan yoğun bakımında tedavi gören annelerin anksiyete düzeylerini ve aile merkezli bakım alma durumlarını belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu çalışma sonucu yenidoğan yoğun bakımında bebeği yatan annelerin anksiyete düzeyleri ile aile merkezli bakımlarının önemine dikkat çekilecektir.

Bu çalışmaya gönüllü anneler katılacaktır. Elde edilecek olan veriler bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, şahsınıza ve kurumunuza ait bilgiler resmi ya da gayri resmi hiçbir kuruluşa verilmeyecektir ve sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Çalışmayı kabul ettiğinizde size bir tane anket formu verilecek ve doldurmanız istenecektir. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı bildirmeniz için aşağıda belirtilen yeri işaretlemeniz gerekmektedir.

Bu çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Danışman Doç.Dr Ulviye GÜNEY

Araştırmacı Sümeyye ÖZARSLAN

EK-7. Anne ve Yenidoğan Tanıtıcı Bilgi Formu

Anne Bilgi formu

1.Yaşınız

2.Öğrenim durumunuz:

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Yüksekokul ve Üniversite

3.Gelir durumunuz nedir ?

a)Gelir giderden az b)Gelir gidere eşit c)Gelir giderden fazla

4.Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a) Hayır b) Evet (Açıklayınız)

5.Kronik bir hastalığınız var mı?

a)Hayır b)Evet(Açıklayınız)

6.Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

7.Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

8.Siz hastanedeyken evdeki çocuklarınızla kim ilgileniyor ?

a) İlgilenen yok b) İlgilene biri var() c)Başka çocuğum yok

9.En son yapmış olduğunuz doğum şekli nedir?

a) Normal doğum b) Sezeryan doğum

10.Bebğinizden ne kadar süre ayrı kaldınız ?

11. Bebeğinizin yanında mı kalıyorsunuz?

a) Hayır (Yanıtınız hayır ise soruya geçiniz) **b)** Evet (Yanıtınız evet ise Soruya geçiniz)

12. Kaç gündür bebeğinizin yanında kalıyorsunuz.

13.Bebğinizi ziyarete hangi sıklıkla geliyorsunuz?

a) Her gün b) iki üç günde bir c) Haftada bir c) Ayda bir iki defa

14.Bebğinizin bakımına en az kaç kere katıldınız?

a) En az 3 kere katıldım b) 3-10 kez katıldım c) 10“dan fazla katıldım

Yenidoğan Bilgi Formu

1.Bebğin cinsiyeti nedir?

a) Kız b) Erkek

2.Bebğin doğum kilosu kaçtır?

3.Bebğin doğum haftası kaçtır?

4.Çoğul gebelik mi? Tekil gebelik mi?

5.Bebğin tıbbi tanısı nedir?

6.Bebek postnatal kaçınıcı gününde?

7. Bebek kaç gündür hastanede kalıyor?

a)1-7 gün b)8-14 gün c)15-21 gün

8.Bebğin beslenme şekli nedir?

EK-8. Spielberg Durumluk Anksiyete Ölçeği

	Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	KenDime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-9. Spielberg Sürekli Anksiyete Ölçeği

	Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin	Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenir	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-10. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İtibar ve Saygı	1. Hemşireler ebeveyn olarak bana saygı duyarlar.					
	2. Hemşireler beni görünce selam verirler.					
	3. Hemşireler aile üyelerine güler yüzlü davranırlar.					
	4. Hemşirelere bir şey sormak istediğimde bana iyi davranırlar.					
	5. Hemşireler benim yaşadığım sorunlarıma ilgi gösterirler.					
	6. Hemşireler kültürel farklılıklarına saygı duyarlar.					
	7. Hemşireler dini gereksinimlerime saygı duyarlar.					
Bilgi Paylaşımı	8. Hemşireler bebeğimin hastalığı hakkında beni bilgilendirirler.					
	9. Hemşireler bebeğimin sağlık durumu hakkında anlayabileceğim şekilde bana açıklama yaparlar.					
	10. Hemşireler bebeğime yapılan tedaviler hakkında beni bilgilendirirler.					
	11. Hemşireler bebeğimin tahlil ve laboratuvar sonuçları hakkında beni bilgilendirirler.					
	12. Hemşireler bebeğim için kullanılan tıbbi araçlar (monitör, serum, sonda) hakkında bana açıklama yaparlar.					
	13. Hemşireler bebeğimin bakımı (beslenme, banyo, alt değişimi) hakkında bana bilgi verirler.					
	14. Hemşireler bebeğimin klinikteki büyüme gelişmesi ile ilgili beni bilgilendirirler.					
Bakıma Katılma	15. Hemşireler evde bebek bakımı ile ilgili bana bilgi verirler.					
	16. Hemşireler bebeğimin düzenli izlem ve aşıları hakkında bana bilgi verirler.					
	17. Hemşireler bebeğim ile temas kurmam (dokunmam, kucaklamam ve kanguru bakımı yapmam) için beni teşvik ederler.					
	18. Hemşireler bebeğimle konuşmam/iletişim kurmam için beni teşvik ederler.					
	19. Hemşireler bebeğime bakım verirken kendime güvenmem için beni cesaretlendirirler.					
	20. Hemşireler bebeğimin bakımında (banyo, alt değişimi, giydirilmesi) rol almamı sağlarlar.					
	21. Hemşireler bebeğimin beslenmesinde aktif yer almamı sağlarlar.					
Aile ile İşbirliği	22. Hemşireler bebeğim ile ilgili tıbbi kayıtları incelememe izin verirler.					
	23. Hemşireler bebeğimin bakım planı hakkında görüşümü alırlar.					
	24. Hemşireler bebeğimin bakımı sırasında onları izlememe izin verirler.					
	25. Hemşireler ağırlı işlemler sırasında bebeğimin yanında bulunmam ile ilgili tercihim sorarlar.					
	26. Hemşireler bebeğim ile ilgili gözlemlerimi sorarlar.					
	27. Hemşireler bebeğim ile ilgili önerilerimi dikkate alırlar.					
	28. Hemşireler bebeğim ile ilgili vizitelere katılmama izin verirler.					
Aile ile İşbirliği	29. Hemşireler bebeğimin taburculuk planı ile ilgili benimle işbirliği yaparlar.					