

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

138545

HİPERBİLİRUBİNEMİ NEDENİ İLE HASTANEYE YATIRILAN
YENİDOĞANLARIN ANNELERİNİN KAYGI DÜZEYİ, ETKİLEYEN
FAKTÖRLER VE BİLGİLENDİRMENİN KAYGIYI AZALTMADAKİ
ROLÜ

TE. YÜKSEKÖĞRETİM FAKÜLTESİ
DOKÜMENTASYON MERKEZİ

138545

Ayda ÇELEBİOĞLU

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Sevinç POLAT

Doktora Tezi
Erzurum – 2002

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

HİPERBİLİRUBİNEMİ NEDENİ İLE HASTANEYE YATIRILAN
YENİDOĞANLARIN ANNELERİNİN KAYGI DÜZEYİ, ETKİLEYEN
FAKTÖRLER VE BİLGİLENDİRMENİN KAYGIYI AZALTMADAKİ ROLÜ

Ayda ÇELEBİOĞLU

Tezin enstitüye verildiği tarih : 26.11.2002
Tezin sözlü savunma tarihi : 26.12.2002
Tez danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Sevinç POLAT
Jüri Üyesi : Prof. Dr. Sevim SAVAŞER
Jüri Üyesi : Doç. Dr. Zerrin ORBAK
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Duygu ARIZAN
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Behice ERCİ

Enstitü Müdür V

: Doç. Dr. Adnan TEZEL

Aralık 2002
ERZURUM

İÇİNDEKİLER**Sayfa No**

TEŞEKKÜR.....	II
TABLolar DİZİNİ.....	III
ÖZET.....	V
SUMMARY.....	VI
1-GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2-GENEL BİLGİLER.....	5
3-MATERYAL VE YÖNTEM.....	24
4-BULGULAR.....	34
5-TARTIŞMA.....	53
6-SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	70
7-KAYNAKLAR.....	73
EK 1	82
EK 2	85
EK 3	86
EK 4	87
EK 5	

TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen danışmanım Sayın Yard.Doç. Dr. Sevinç Polat'a, istatistiksel değerlendirmelerde büyük emeği ve desteği olan Sayın Yard.Doç.Dr. Behice Erci'ye, çalışmanın yürütülmesi sırasında her türlü kolaylığı sağlayan yenidoğan hemşireleri ve doktorlarına, sağladığı motivasyondan dolayı Arş.Gör. Nadiye Özer'e, çalışmaya katılmayı kabul ederek bana çok önemli deneyimler ve paylaşımlar yaşatan yenidoğan annelerine ve şimdiye kadarki akademik çalışmalarında olduğu gibi bu çalışmanın yürütülmesi sırasında da manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim sevgili aileme teşekkür ederim.



TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1.1. Annelere ve aileye ait tanıtıcı özellikler.....	35
Tablo 1.2. Yenidoğanlara ait tanıtıcı özellikler.....	36
Tablo 2.1. Annelerin durumluk kaygı-öntest ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 2.2. Durumluk kaygı-öntest ve sürekli kaygı puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması.....	38
Tablo 2.3. Annelerin tanıtıcı özellikleri ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 2.4. Yenidoğanların tanıtıcı özellikleri ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 2.5. Ailedeki çocuk sayısı ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 2.6. Annelerin refakatçiliğe ilişkin yaşadıkları sorunların dağılımı.....	42
Tablo 2.7. Annelerin refakatçiliğe ilişkin yaşadıkları sorunlar ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 2.8. Yenidoğanın hastaneye yatırılması esnasında annelerin hissettikleri duygular ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 2.9. Annelerin hastane deneyimleri ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 2.10. Annelerin daha önce sarılık geçiren çocuğa sahip olma durumları ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 2.11. Yenidoğana kan değişimi yapılma durumu ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 2.12. Annelerin girişimsel uygulamalardan etkilenme durumları ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	47
Tablo 2.13. Annelerin tedaviye güvenme durumları ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	48

Tablo 2.14. Annelerin laboratuvar sonuçlarına güvenme durumları ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 2.15. Annelerin hastanede en fazla destek aldıkları sağlık çalışanı ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 2.16. Yenidoğanların sarılıklarının nedeni ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 3.1. Deney grubundaki annelerin durumluk kaygı öntest-sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 3.2. Kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı öntest-sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 3.3. Deney ve kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı-sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	51



ÖZET

Bu çalışma hiperbilirubinemi nedeni ile hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyleri, kaygı düzeylerini etkileyen faktörler ve bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolünü belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri 6 Mayıs 2001 - 19 Mart 2002 tarihleri arasında 40'ı deney 40'ı kontrol grubu olmak üzere Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Yenidoğan Ünitesine başvuran toplam 80 anneden soru formu ve Spielberger'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ki-kare önemlilik testi, t testi, kruskal wallis varyans analizi, mann whitney-u testi kullanılmıştır.

Çalışmanın başında her iki gruptaki annelerin grup içi durumluk kaygı puan ortalamaları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.001$) ancak deney ve kontrol gruplarının durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. Her iki gruptaki annelerin yenidoğana uygulanan girişimsel uygulamalardan ($p>0.01$) ve refakatçilik durumlarına ilişkin sorunlardan etkilendikleri belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışma sonunda deney ve kontrol gruplarının durumluk kaygı-sontest puan ortalamaları arasında ($p<0.001$) ve deney grubunun durumluk kaygı öntest-sontest puan ortalamaları arasında önemli fark ($p<0.001$) olduğu belirlenmiştir.

Çalışmanın sonuçları çocukları hospitalize edilen annelere gerekli desteğin sağlanması ve çalışmanın yapıldığı ünite postpartum dönemdeki annelerin gereksinimlerine uygun ortamların hazırlanması gerektiğini göstermiştir.

SUMMARY

This study was conducted by the purpose of determining the anxiety level of mothers who have hospitalized infant owing to hyperbilirubinemia, factors influenced the anxiety level and role of giving information on reducing the anxiety as semi experimental.

The data were collected by Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory and by the questionnaire from 80 mothers as 40 for control group and 40 for experimental group who applied to neonatal care unit in the dates between 6th May 2001 and 19th March 2002 at Yakutiye Research Hospital, Atatürk University. In the evaluation of the data percentage, chi-square test, t test, kruskal wallis variance analysis, mann whitney-u test were used.

In the beginning of the study it has been determined that the difference between the averages of mothers' state anxiety and trait anxiety score in both groups was significant ($p < 0.001$). On the other hand, the difference in the averages of state and trait anxiety score between experimental group and control group was not significant ($p > 0.05$). It was found that mothers in both groups were affected by invaziv procedures applied to newborn infant and by the problems related to companionship in the hospital.

It was also determined that the difference between the averages of state anxiety posttest score in experimental and control group ($p < 0.001$) and averages of the state anxiety pretest-posttest score in experimental group was significant ($p < 0.001$).

The results of the study indicated that the required support should be provided to mothers whose children hospitalized and suitable environment according to the needs of mothers in postpartum period should also be provided in the clinic where the study was conducted.

1-GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre her yıl 5 milyon bebek yenidoğan döneminde yani ilk ayını tamamlayamadan ölmektedir. Bu dönemde mortalite ve morbidite oranları yüksektir. Bu nedenle yaşamın en riskli, dolayısıyla da en belirleyici dönemi yenidoğan dönemidir. Yenidoğanlar, zararlı etmenlere karşı oldukça duyarlı oldukları bu dönemde; doğum travmaları, solunum sorunları, enfeksiyonlar, prematürelilik, konjenital anomaliler gibi birçok nedenle hastaneye yatırılmaktadırlar^{1,2,3}.

Hiperbilirubinemi de yenidoğan döneminde sık rastlanan ve bilirubinin normal sınırlar üzerine çıkması sonucunda deri ve mukozalarda sararma (yenidoğan sarılığı) ile kendini gösteren bir sağlık sorunudur. Hiperbilirubinemi, miyadında doğan bebeklerin yaklaşık %50-60'ında, preterm bebeklerin ise %80'inde görülmektedir²⁻⁶.

Ülkemizde yılda yaklaşık 1.400.000 bebek doğmaktadır. Bu bebeklerde %60 oranında fizyolojik sarılık, daha küçük bir oranda da patolojik sarılık görülmektedir⁷. Fizyolojik sarılık, normal yenidoğanlarda doğumdan sonra 3-5.günde, prematürelerde ise 5-7.günde ortaya çıkar ancak tedavi gerektirmeyip, kendiliğinden iyileşir. Patolojik sarılık ise genellikle doğumdan sonraki 24-36 saatte görülür ve mutlaka tedavi gereklidir. Patolojik sarılığın tedavisi için hastanede kalma süresi, term bebeklerde bir haftadan fazla, pretermelerde ise iki haftadan fazla olabilmektedir²⁻⁶.

Doğumdan sonra gebelikten ebeveynliğe geçiş sürecini duygusal açıdan yoğun bir şekilde yaşamakta olan anne, bebeğine, postpartum rahatsızlıklara ve ailedeki yeni düzene uyum sağlamaya çalışmaktadır. Destek alması gereken bu dönemde yenidoğanın hastalanması ve hastaneye yatırılması, annelik rolünün değişmesi ve sorumluluğun sağlık ekibine geçmesi ile annenin stres, kaygı gibi duyguları yaşamayı kaçınılmaz bir

hal alır⁸⁻¹². Bu süreçten tüm aile, özellikle daha önce hastane deneyimi olmayan ebeveynler olumsuz etkilenirler. Çünkü hastalığın yanı sıra hastanede alışık olmadıkları uygulamalar, hastane rutinleri, tanımadıkları aletler, test sonuçları, tedavi ve prognoza ilişkin yeterli bilgilerinin olmaması ebeveynlerin korku ve kaygılarını artırır. Kaygı, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Kaygı seviyesi yüksek olan bireyler kolay incinirler ve karamsarlığa bürünürler. Aşırı kaygı halinde ebeveynlerin algılama alanları daralır, ebeveynlik rollerinde değişiklikler yaşanır. Ebeveynlerin şiddetli kaygı yaşamaları çocuk hakkındaki açıklamaları doğru olarak anlamalarını, olayları gerçekçi olarak yorumlamalarını, uygun karar vermelerini, çocuğun bakımına katılmalarını o zamana kadar kullandıkları uygun baş etme yöntemlerini hatırlayıp uygulamalarını engelleyebilir¹³⁻¹⁸.

Doğumdan sonraki ilk günler bağlanma için en duyarlı dönem olduğundan, erken dönemde hastaneye kabul anne-bebek arasındaki sıcak ilişkiye de engel olmaktadır¹³. Anne ve bebekler üzerinde yapılan araştırmalarda anne ve bebeğin erken iletişimi, aralarındaki bağın oluşmasındaki temel etmenlerden biri olarak görülmekte ve erken dönemde yaşanan stres veren deneyimler de gelecekteki anne bebek etkileşimini olumsuz etkileyen bir faktör olarak belirtilmektedir^{13,18,19}.

Literatürde, çocukları yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören ebeveynlerin hospitalizasyon sürecinden oldukça etkilendikleri ve en çok ebeveynlik rollerinin değişmesinden dolayı stres yaşadıkları belirtilmektedir¹⁷⁻²⁰.

Yenidoğanın hastanedeki tedavi ve bakımı sürecinde ve yaşamın ileri dönemlerinde ailede gelişebilecek güçlükleri en aza indirmek amacı ile aile merkezli bakımın uygulanması gereklidir. Yenidoğanın hastalanması ve hastaneye yatırılması nedeni ile yaşanan stres ve krize karşı ebeveynlerin adaptasyonunu kolaylaştırmak

amacı ile bu dönemde deneyimlenen duyguların bilinmesi yolu ile hemşirelerin destek verici uygulamalarının planlanması aile merkezli bakımın ilk adımı olacaktır. Aile merkezli yaklaşımda ebeveynlerin, çocuklarının hastalığı yada hastaneye yatması ile baş etmesine yardım etmeye yönelik hemşirelik aktivitelerinin en önemlileri, ebeveynlere istekleri doğrultusunda hastalık ve tedavisi hakkında bilgi verilmesi, tedavide kullanılan aletlerin tanıtılması ve neden kullanıldıklarının açıklanması ve ebeveynlerin özellikle de annenin bakıma katılımının sağlanması şeklinde özetlenebilir^{13,21-23}.

Literatürde destekleyici hemşirelik girişimlerinin çocukları hastaneye yatırılan ebeveynlerin stres ve kaygılarını azalttığına dair bilgiler yer almaktadır^{15,17,18,22}. Nitekim, yenidoğan ünitesinde yatan bebek anneleri ile yapılan bir çalışmada²⁴ annelerin bebeğin durumuna ilişkin bilgi gereksinimleri olduğu ve bebeğin tedavisi-bakımı ile ilgili bilgi gereksinimlerini önemsedikleri bulunmuş, yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yatan bebeklerin aileleri ile yapılan diğer bir çalışmada da, ailelere yenidoğan yoğun bakım üniteleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi verilmesi gereği ortaya çıkmıştır²⁵.

Bu çalışmanın yapıldığı klinikte yenidoğanlara refakat eden anne ya da akrabalara hemşire tarafından planlı bir şekilde hastalık, tedavi, bakım ve klinik hakkında rutin bilgi verilmemektedir. Ancak araştırmacı ya da daha bilinçli refakatçiler sorularına yanıt almaktadırlar.

Bu çalışmanın amaçları,

Kısa vadede;

-Annelerin yaşadıkları kaygı düzeyini belirlemek,

-Annelerin kaygısını etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak,

- Hastalık, tedavi, bakım,klinik ve hastane hakkında bilgi vermek,
- Verilen bilginin, var olan kaygıyı azaltıp azaltmadığını tespit etmek,

Uzun vadede;

-Sonuçlar doğrultusunda annelere pozitif etkileri kanıtlanan hemşirelik girişiminin hastane rutinlerine dahil edilmesini sağlamak olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

1-Annelerin durumluk kaygı düzeyleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında fark vardır.

2-Annelere ve yenidoğanlara ait bireysel özellikler ile bazı faktörler (annelerin refakatçiliğe ilişkin sorunları, hastane deneyimleri, hastane rutinleri, daha önce aynı hastalıkla karşılaşma durumu, kan değişimi yapılma durumu, tedaviye ve lab.sonuçlarına güvenme durumu) durumluk kaygı düzeyini etkiler.

3- Hemşire tarafından bilgi verilen (deney grubu) annelerin durumluk kaygı-sontest puan ortalamalarında, bilgi verilmeyen (kontrol grubu) annelerin durumluk kaygı-sontest puan ortalamalarına göre ve deney grubundaki annelerin sontest puan ortalamalarında öntest puan ortalamalarına göre bir azalma olacaktır.

2-GENEL BİLGİLER

2.1.Hiperbilirubinemili Yenidoğan

İçinde yaşadığımız dönemde çocuklara anne karnında başlayarak verilen hizmetin kalitesi ve doğan çocukların sağlıklı olarak yaşamlarına devam edip gelişmeleri bir ülkenin gelişmişliğinin temel göstergelerinden biri haline gelmiştir²⁶.

Bireyin yaşam kalitesini belirleyen süreç doğum anı, doğumdan sonraki ilk dakikalar ve ilk günlerdir.Yaşamın en riskli, dolayısıyla da en belirleyici dönemi yenidoğan dönemidir.Ülkemizdeki sağlık sorunları gebelik, doğum ve yenidoğan döneminde yoğunlaşmaktadır ^{1,26}.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre her yıl 5 milyon bebek yenidoğan döneminde, yani ilk bir ayını tamamlayamadan ölmektedir. Bu ölümlerin % 98'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir ve yenidoğan ölümlerinin 3.4 milyonu yaşamın ilk haftasında gerçekleşen erken neonatal ölümlerdir ¹.

Yenidoğan dönemi, morbidite açısından da özellik gösteren bir dönemdir.Tüm yenidoğanların %85'ini normal yenidoğanlar, %15'ini özel bakım gerektiren riskli yenidoğanlar oluşturur. Doğum travmaları, konjenital anomaliler, enfeksiyonlar, solunum sorunları, prematürite, postmatürite, asfiksi, sepsis, vb.durumlar müdahale ve özel bakım gerektiren yenidoğan sorunlarından bazılarını içerir ^{2,3,13,21}.

Hiperbilirubinemi yenidoğan döneminde sık rastlanan ve özel bakım gerektiren sağlık sorunlarındanıdır. Hiperbilirubinemi, yenidoğanda karaciğerin tam olgunlaşmamış olması, hemolitik hastalıklar,enfeksiyonlar ve diğer değişik nedenlerle, bilirubin

metabolizmasının herhangi bir basamağında meydana gelen bozukluk sonucu, serum bilirubinin normal sınırlar üzerine çıkması olarak tanımlanabilir.

Hiperbilirubinemi, biriken bilirubinin cinsine göre ikiye ayrılır:

-*Direkt hiperbilirubinemi*, yenidoğan döneminde nadirdir. Safra yollarında tıkanıklık veya karaciğer fonksiyonunda ağır bozukluklar sonucu görülür.

-*İndirekt hiperbilirubinemi*, yenidoğan döneminde sık görülür. Karaciğerin tam olgunlaşmamış olması, hemolitik hastalıklar, enfeksiyonlar ve diğer değişik nedenlerle ortaya çıkar ^{2,3,13,21,27-32}.

Hiperbilirubinemide bilirubin düzeyinin artması sonucunda deri ve mukozalarda sarılık görülür. Sarılık, yaşamın ilk haftasında miyadında doğan bebeklerin yaklaşık %50-60'ında, prematürelerin %80'inde gözlenmektedir. Yenidoğanda damarsal dağılımın özelliği nedeniyle 5-7mg/dl'nin üzerindeki serum bilirubin değerlerinde sarılık gözle görülür hale gelir. Sarılık, ilk olarak başta, daha sonra göğüste, abdomende ve ekstremitelerde görülür ^{2,6,29,33}.

Bilirubin genellikle deri altı yağ dokusunda, gözlerde, tırnak altında ve daha ileri durumlarda kan-beyin bariyerini aşarak beyin hücrelerinde depolanır ^{2,3,13,27,32}.

Genel olarak ilk 24-36 saat içinde görülen sarılıklar,patolojik (nonfizyolojik) olarak düşünülür. Patolojik sarılığın nedeni sıklıkla sepsis, anneden gelen enfeksiyon veya kan uyumsuzluğudur. İki veya üçüncü günden sonra görülen ve 5-7.günler arasında gittikçe azalarak kaybolan sarılık ise fizyolojik sarılıktır ^{2,3,6,9,29,31}.

Fizyolojik ve patolojik sarılıkta bilirubin oluşumundaki temel mekanizma aynıdır. Kandaki eritrositlerin hemolizi ile açığa çıkan hemoglobin hem ve globin olarak ayrışır. Globin bir çeşit proteindir ve vücutta yeniden kullanılır. Hem kısmı ise

demir içerir ve demirin ayrılmasından sonra enzimler vasıtasıyla bilirubine dönüşür. İndirekt olan bu bilirubin plazma proteinlerinden albümine bağlanarak karaciğer hücrelerine taşınır. Karaciğerde glukronil transferaz enzimin etkisiyle albüminden ayrılır ve direkt bilirubine çevrilir. Suda çözünebilir hale gelen konjuge bilirubin, safra kanalları yolu ile duodenuma taşınır. Barsaklarda bakteriyel floranın etkisi ile sterkobilin ve ürobilinojene dönüşür. Sterkobiline büyük kısmı dışkıyla atılır. Ürobilinojen ise barsaklardan absorbe olur ve idrarla atılır. Mekanizmanın herhangi bir aşamasındaki aksaklık sonucu bilirubin vücuttan atılamaz duruma gelir ve birikerek sarılığa neden olur ^{4,27,29,32,33}.

2.1.1. Fizyolojik Sarılık

Fizyolojik sarılık, yenidoğanların büyük bir kısmında görülen bir durumdur. Fizyolojik sarılık aşağıdaki bazı özellikleri gösterir.

1-Yenidoğanın başka bir rahatsızlığı yoktur.

2-Miyadında yenidoğanda ilk 24-36 saatten sonra görülür ve yedinci günün sonuna doğru kaybolur.

3-Prematüre yenidoğanda sarılık 48 saatten sonra görülür ve dokuz veya onuncu günde kaybolur.

4-Serum indirekt bilirubin düzeyi miyadında yenidoğanda 12mg/ 100dl'yi, preterm yenidoğanda 15mg/ 100dl'yi geçmez

Beslenme düzeni ve miktarı fizyolojik sarılığın görülmesini ve derecesini etkiler. Soğuk stresi sonucunda asidoz oluşumu ile bilirubinin albümin bağlama kapasitesi zayıflar ve bilirubin serbest kalır ²⁸⁻³³.



2.1.2. Anne Sütü Sarılığı

Anne sütü sarılığı, yaşamın ilk haftasında görülen sarılıktır. Anne sütü sarılığının görülme oranı miyadında yenidoğanda %2 ve %5 arasında değişir. Bu sarılık tipi altı hafta veya daha uzun sürebilir. Birinci haftanın sonuna doğru görülmeye başlar ve anne sütünde tanımlanmamış bir maddenin varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer muhtemel nedenler, glukronil transferaz enzimi inhibe eden bir enzim varlığı ve anne sütünün yüksek oranda yağ içermesi ve indirekt bilirubinin barsaklardan emiliminin fazla olması olarak düşünülmektedir ^{29,33-35}.

2.1.3. Emzirme Sarılığı

Emzirme sarılığı, genellikle yaşamın üçüncü gününde görülür. Erken ineffectif emzirme ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Son yıllardaki araştırmalar yaşamın ilk üç günündeki emzirme sayısı ile bilirubin düzeyi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Günlük emzirme sayısı sekiz yada daha fazla olmalı ve anne gün boyu emzirmeye teşvik edilmelidir. Anne sütü ve emzirme sarılığında anne sütünün kesilmesi önerilmez. Ancak sarılığın nedenini ortaya çıkarmak amacı ile anne sütü ile beslemeye bir süre ara verilebilir. Anne sütü ile beslemeye ara verildiğinde serum bilirubin düzeyinde düşme tespit edilirse sarılığın nedeni kesinleşmiş olur. Bu durumda anne sütünü kesmeye gerek yoktur ve anne sütü ile beslemeye devam edilir ^{33,34}.

2.1.4. Patolojik Sarılık

Patolojik sarılık, serum bilirubininin aşırı yükselmesi ile karakterizedir. Aşağıda yer alan özellikleri gösterir:

1-Kordon kanında serum bilirubin konsantrasyonu 4mg/dl'den fazladır.

2-Sarılık bulguları ilk 24-36 saatte görülür.

3-Serum bilirubin düzeyi miyadında yenidoğanda 12mg/dl'nin ,pretem yenidoğanda ise 10mg/dl'nin üzerindedir.

Yenidoğanda patolojik sarılık oluşumuna neden olabilecek birçok faktör vardır.En yaygın neden anne-bebek arasındaki kan uyumsuzlığıdır. Uyumsuzlukların en sık görüleni de *Rh* ve *ABO* uygunsuzluğudur. Patolojik sarılıkla ilgili olabilecek diğer faktörler içinde, anneden geçen enfeksiyonlar, annenin hastalıkları (diyabet gibi), prematürite, düşük doğum ağırlığı ve yenidoğanın bazı hastalıkları (karaciğer hasarı, neonatal hipotiroidizm, polisitemi gibi) sayılabilir. Patolojik sarılık tedavi edilmezse ve bilirubin seviyesi yükselmeye devam ederse ciddi komplikasyonlar görülebilir ^{2,13,27,29,31,35}.

İndirekt bilirubin, kandaki düzeyi arttığı zaman kan beyin bariyerini aşarak plazmadan beyine geçer (sepsis, asfiksi gibi durumlarda kan beyin bariyeri bozulduğu için bu geçiş daha da artar) ve beyin hücrelerinin fonksiyonunda bozulmalara hatta ölüme neden olabilir. İndirekt bilirubinin kandaki düzeyinin aşırı artışı ile karakterize tabloya kernikterus (bilirubin ensefalopatisi) adı verilir. Bu, hiperbilirubineminin en ciddi komplikasyonudur. Sıklıkla santral sinir sistemi depresyonu ile başlar ve yenidoğanda letarji, zayıf emme refleksi, kaslarda sertlik, opustatonus pozisyonu meydana gelir. Daha ileri aşamalarda serebral palsy, sağırılık, solunum sıkıntısı ve konvülsiyonlar gelişir ^{2,3,6,27,29,35}.

2.1.5.Hiperbilirubinemide Tedavi

Hiperbilirubinemi vakalarının bir kısmında en iyi tedavi korunmadır. Korunma gastrokolik refleksin uyarılmasını ve bilirubinin atılımını sağlayan beslenmenin, doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede başlatılması ile sağlanabilir. Bununla

beraber yenidoğanlar, fetal kırmızı kan hücrelerinden açığa çıkan fazla miktardaki bilirubinın direkt bilirubine dönüşümüyle ilgili güçlük yaşarlar. Sonuç olarak, indirekt bilirubin normal sınırlar üzerine çıkarak hiperbilirubinemiye neden olur. Hiperbilirubinemi tedavisinin amacı, yenidoğanın indirekt bilirubin seviyesini azaltmaya yardımcı olmak ve ciddi komplikasyonların ortaya çıkmasını engellemeye çalışmaktır^{2,6,9,33}. Bunu gerçekleştirmenin de genellikle iki yolu vardır:

-Fototerapi

-Kan değişimi

1-Fototerapi(Phototherapy)

Fototerapi, ışık etkisi ile bilirubinın parçalanarak vücuttan atılmasını sağlayan bir yöntemdir. Bilirubin düzeyinin normal yenidoğanda 15mg/dl, prematürelde 10-12mg/dl olması halinde fototerapiye başlanmalıdır. Fototerapi uygulanan yenidoğanlarda sarılığının %30-50 oranında azaldığı saptanmıştır. Fototerapi kan değişiminin yerini almaz. Kan değişimini gerektirmeyen durumlarda veya kan değişimi yapılmış vakalarda bilirubin düzeyinin yeniden yükselmesini engellemek amacıyla kullanılır. Fototerapi uygulaması indirekt bilirubin 10mg/dl'nin altına düşünceye kadar devam edilir. Kliniklerde kullanılan geleneksel fototerapi cihazlarından başka, son yıllarda gerek hastanelerde, gerekse evde ve her ortamda kullanımı kolay olan yeni bir yöntem uygulanmaya başlanmıştır. Bu yöntem, fiberoptik bir battaniyenin, bebeğin çıplak vücuduna sarılarak ışının uygulanması esasına dayanır. Fiberoptik fototerapi uygulaması ile ilgili olarak yapılmış olan bazı çalışmalarda yöntemin kullanımına ilişkin birtakım durumlar araştırılmış; klinik hemşirelerinin çoğunun bu yöntemin daha kolay ve rahat bir kullanıma sahip olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Ayrıca

hemşireler, bebeğin gözlerinin kapatılmak zorunda olmaması ve beslenmenin daha rahat yapılabilmesinin de yöntemin avantajları arasında yer aldığını ifade etmişlerdir ^{3,13,27-29,31,32,36-38}

2-Kan Değişimi (Exchange Transfüsion)

Kan değişimi, beyin için zararlı olabilecek düzeylerde olan bilirubinin etkisini azaltmak amacıyla, yenidoğanın kanının önemli bir kısmını uygun donör kanı ile değiştirmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Kan değişimi, doğumu izleyen ilk iki günde indirekt bilirubinin normal yenidoğanda 20mg/dl, prematürelerde 16-18 mg/dl'nin üzerinde olduğu ve bilirubinin saatte 1mg/dl'ye yakın hızla arttığı durumlarda gerekir ^{2,3,29,31,32}

2.1.6.Hiperbilirubinemide hemşirelik yaklaşımı

İlk olarak hiperbilirubinemiye neden olan risk faktörlerinin izlenmesi gerekir. Doğum öncesi dönemde anne-bebek kan grupları belirlenir ve varsa daha önceki gebelik, doğum öyküsü alınır. Rh negatif annelere Rho-GAM uygulanıp uygulanmadığı araştırılır. İlk 24 saat içinde sarılık görülürse fototerapi ve/veya kan değişimi uygulamaları için hazırlıklı olunmalıdır. Ayrıca kernikterusun erken belirtileri (emmede zayıflama, kusma, hipotoni, laterji, moro refleksinde azalma) gözlenir. Peristaltik hareketleri uyarak bilirubinin barsaklardan atılmasını hızlandırmak için olanak varsa yenidoğan en erken dönemde beslenir ^{31,33,39}. Fototerapi ve kan değişimi uygulanan yenidoğanın hemşirelik bakımı aşağıdakileri içerir.

a-Fototerapi uygulanan yenidoğanın hemşirelik bakımı

- Fototerapi esnasında hemşire, ışığın hem yenidoğan hem de sağlık ekibi üzerindeki etkilerini gözlemelidir.

- Fototerapiye başlamadan önce yenidoğanın tartısı, vücut sıcaklığı, yaşam belirtileri alınır ve kaydedilir.
- Fototerapiye başlamadan önce retinada gelişebilecek hasarı önlemek amacıyla yenidoğanın gözleri ışığı geçirmeyen bir maske ile kapatılır. Bu uygulamanın amacı aileye açıklanır.
- Genital organlar kapatılır. Vücudun diğer bölümleri açık kalacak şekilde ışık kaynağının altına yatırılır.
- Bebeğin pozisyonu her 2-4 saatte bir değiştirilir.
- Yaşam belirtileri 4 saatte bir alınır.
- Gözler, akıntı, kızarıklık yönünden gözlenir
- Işık kaynağı altında görünmeyen sıvı kayıpları 2-3 kez artabileceğinden, deri turgoru ve fontaneller dehidratasyon yönünden gözlenir. Kilo kaybı, dehidratasyonun önemli bir göstergesi olduğundan yenidoğan 8-12 saatte bir tartılır ve kaydedilir.
- Gerekli beslenmeyi ve hidrasyonu sağlamak amacıyla beslenme programının en uygun şekilde hazırlanması ve uygulanması sağlanır.
- Görsel uyarının sağlanması için, beslenme saatinde yenidoğanın gözleri açılarak, anneye verilmek üzere kuvöz dışına çıkarılması sağlanır.
- Anormal dışkı ve idrar atılımı gözlenir ve kaydedilir.
- Derideki döküntü ve renk değişiklikleri (bronz bebek sendromu) izlenir
- Uygulama esnasında bebeğin genel durumu sık sık gözlenir ve huzursuzluk, titreme, hipertermi, hipotermi gibi belirtiler dikkatle değerlendirilir.

- Uygulamaya başlandığı saat, uygulama süresi, kesintiler, uygulamanın sonlandığı saat hemşire notuna kaydedilir.

b-Kan değişimi yapılan yenidoğanın hemşirelik bakımı

- Hemşire, işleme başlamadan önce bebeğin vücut sıcaklığı, solunum, nabız, kan basıncı gibi yaşam bulgularını ve vücut tartısını almalı, çevre ısını kontrol ederek yenidoğanın sıcaklığını 36.5-37 derecede tutacak biçimde ayarlamalıdır.
- İşleme başlamadan önce verilecek kanın uygun olup olmadığı çift taraflı kontrol edilir.
- Gerekli malzemeler hazırlanır ve işlem formuna başlangıçtaki bilgiler (başlama saati, yaşam bulguları, bilirubin düzeyi vb.) yazılarak işleme başlanır.
- İşlem esnasında yaşam bulguları izlenir.
- Verilen, alınan kan miktarı, verilen kalsiyum miktarı kaydedilir.
- Yenidoğan, taşipne, taşikardi, siyanoz, solukluk, solunum depresyonu gibi durumlar yönünden gözlenir.
- Hipokalsemiyi önlemek amacıyla kalsiyum verildiği durumlarda, ilaç uygulanırken kalp steteskopla dinlenir. Bradikardi varsa perfüzyon durdurulur.
- Kan değişimi sonrası göbek steril petle kapatılır ve başlangıçta 15 dakikada bir, daha sonra 30 dakika arayla yaşam bulguları alınır.
- İşlem kısa bir süre sonra tekrar edilecekse, kateter çıkarılmadan steril şartlar sağlanarak göbekte bırakılabilir. Fakat dikkatli gözlenmelidir.
- İşlemden 3-4 saat sonra yenidoğan beslenir.

- Göbek, kanama yönünden gözlenir.
- Transfüzyon komplikasyonları yönünden (volüm artışı, hipoglisemi, hipokalsemi , kalp yetmezliği, enfeksiyon) gözlem yapılır.
- Uyku hali, sarılık artışı, siyanoz, ödem, konvülsiyon gibi durumlara karşı dikkatli olunmalıdır^{3,13,27,29,31-33}

Hiperbilirubinemi nedeniyle hastaneye yatırılan yenidoğanların ailelerinin de hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır.Yenidoğana bakım verilirken, aile merkezli bakım ilkelerine göre planlanmış bir eylemin hayata geçirilmesi gerekmektedir. Ailenin, yenidoğanın hastalığı yada hastaneye yatması ile baş etmesine yardım etmeye yönelik hemşirelik aktivitelerinin en önemlileri, onlara çocuklarının durumu hakkında bilgi verilmesi ve bakıma katılımlarının sağlanmasıdır. Ayrıca, hemşirenin ebeveynlerin duygularını ifade etmelerine yardım etmesi ve ailenin gereksinim duyduğu danışmanlık hizmetini vermesi de önem taşımaktadır^{3,13,22,35,40}

2.2.Yenidoğanın Hastanedeki Tedavi ve Bakımı Sürecinde Ailenin Duyguları

Hastaneye yatırılma yalnız hasta değil hasta ailelerinin de hayatında önemli etkileri olan bir olaydır. Çünkü bu durum aile bütünlüğüne yönelik bir tehdittir. Doğumdan sonra riskli yenidoğanın hastaneye yatırılması sonucu, aile çeşitli stresörlerle karşılaşır, ailenin yaşam tarzında önemli değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler tüm aile üyelerinin stres yada kriz yaşamasına neden olur^{27,41-44}.

Stres, iç yada dış çevreden kaynaklanan, temel gereksinimlerin karşılanmasını engelleyen, stabil dengeyi bozan ya da bozmak için tehdit eden bir olay olarak tanımlanır. Stres, olumlu yada olumsuz olaylar nedeniyle gelişebilir. Sıklıkla planlanan ve mutluluk vermesi beklenen gebelik, doğum gibi olaylar rol değişikliklerini

gerektirdikleri için stres yaratırlar. Benzer şekilde çocuğun minör ya da majör hastalıkları da ebeveynlerde stres yaratan olaylardır^{8,25,41,45}.

Bireyin stresle baş etme çabaları ve içinde bulunduğu duruma uyumu yetersiz olunca dengesi bozulur ve uyumsuzluk ortaya çıkar. Bu durumda kişi bunalıma girer ve kriz tablosu gelişir. Kriz, bir kişinin karşılaştığı sorunu var olan baş etme yöntemleri ile çözümleyemediği zaman ortaya çıkan dengesizlik periyodu olarak tanımlanabilir. Caplan, bir krizin oluşumuna ilişkin dört düzeyi şöyle özetler:

1.Düzyey; Ciddi bir durum yada tehdit gelişince kişide anksiyete artar, kişi sorun çözme becerileri ile krizi çözmeye çalışır.

2.Düzyey; Kişi başa çıkma yöntemlerinin yetersizliği sonucu daha çok sıkıntıya girer ve dengesizlik oluşur.

3.Düzyey; Gerginlik artışı sürdükçe kişi tüm iç ve dış kaynakları harekete geçirerek dengeyi yeniden kurmaya çalışır. Bu düzeyde sorunu yeniden değerlendirir ve yeni bir açıdan ele alır yada sorun çözümsüz kalır.

4.Düzyey; Eğer sorun çözülmezse bilişsel, duygusal ve davranışsal bozulmalar görülür. Kişi ciddi anksiyete ve depresyonla çıkmaza girer^{16,27,45-48}.

Hastalık, hastaneye yatma, prematüre doğum, gibi olaylar durumsal krizlere yol açar. Evlilik, doğum, ebeveyn olma gibi olaylar ise olgunlaşmayı sağlayan gelişimsel krizlerdir. Doğum yapmak, aileye yeni bir üyenin katılması ve bu yeni katılan üyenin herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile hastaneye kabulü hem gelişimsel hem de durumsal bir krizdir. Böyle bir durumda aileler, daha çocuk sahibi olmanın mutluluğunu yaşayamadan kendilerini bir karmaşanın içinde bulurlar^{22,27,32}.

Riskli bebeğin doğumu aile için travmatik bir olaydır ve ailenin kriz yaşamasına neden olur. Bebek prematüre ya da hasta doğduğu zaman ebeveynlerin tepkileri konjenital defektli çocuğa sahip olan ebeveynlerin tepkilerine benzerdir. Ebeveynler hayal ettikleri sağlıklı bebcğe kavuşamadıkları için keder yaşayabilirler. Keder sürecinde inkar, öfke, suçluluk, depresyon ve benlik saygısının azalması gibi tepkiler görülür^{13,22,27,33}.

Çocuklar hastaneye yatırılınca, ebeveynlerin çoğunda kaygı ve korku görülür. Bu araştırmanın ana kavramı olan kaygı, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilir. Kaygı benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Hafif düzeyde kaygı spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı artırırken, düzeyi yükseldikçe, bireyin algılama, kavrama, karar verme yeteneğini azaltmaktadır. İnsanlar tehlikeli gördükleri durumlarda kaygı duyarlar. Tehlikeli koşulların yarattığı bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşayabileceği geçici, duruma bağlı bir kaygıyı oluşturur. Buna *durumluk kaygı* denir. Stresin yoğun olduğu dönemlerde durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur^{14,43,48,49}.

Kimileri sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Özdeğerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna da *sürekli kaygı* denir. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar^{14,48,49}.

Kaygı, aynı zamanda NANDA tarafından onaylanan, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılmış hemşirelik tanıları içinde yer alır ve azaltılması ya da ortadan kaldırılması için hemşirelik girişimlerini gerektirir^{45,50}.

Çocuklar kendi özbakımlarını gerçekleştiremezler. Bu nedenle onların bakımlarından ebeveynler, özellikle de anne sorumludur^{51,52}. Bundan dolayı çocuğun bakımından birebir sorumlu olan anne için çocuğun hastaneye yatırılması, tehlikeli görünen bir durumdur ve duruma bağlı bir kaygıyı oluşturur. Eğer çocuğun durumu bilinmiyorsa kaygı düzeyi daha yüksek olur. Aşırı kaygı halinde ebeveynlerin algılama alanları daralır, ebeveynlik rollerinde değişiklikler yaşanır. Kaygı seviyesi yüksek ebeveynler çocuklarının bakımına katılmakta ve sağlık ekibi ile işbirliği yapmakta güçlük yaşayabilirler. Bunun sonucunda yaşamın erken dönemlerinde gerçekleşmesi beklenen ebeveyn çocuk ilişkisinin gelişimi gecikebilir^{13,15,44,53}. Ebeveynlerde gözlenen kaygının nedenleri şunları içerir:

- 1-Çocuğun iyileşmesine ilişkin endişelerinin olması.
- 2-Hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları.
- 3-Çocuğun bakımında sağlık ekibi üyelerine göre kendilerini daha önemsiz hissetmeleri.
- 4-Çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duymaları
- 5-Evdeki diğer aile üyeleri için endişe etmeleri.
- 6-Mali endişeler^{27,41,54}.

Hasta bebeklerin ebeveynleri çeşitli nedenlerle suçluluk hisseder. Birini olaydan sorumlu tutma ya da suçlama, gerçekle karşılaşmaktan kaçmanın bir yoludur ve krizli

bir durumda bireyin kendini geliştirmesine yardım etmez. Suçluluk, öfke ve reddetme duyguları ebeveynlerin bebeğe bakım verme yeteneklerini engelleyebilir ^{13,27,54}.

Yenidoğan ile anne arasındaki bağıllık, yaşamın bu döneminde majör gelişimsel görevlerden biri olan güven duygusunun gelişmesini sağlar. Eğer yenidoğan doğumdan sonra sağlık sorunu nedeni ile anneden ayrılırsa, anne ile bebek arasında doyum sağlayıcı bir ilişkinin gelişmesi tehlikeye girer. Bebeğinden ayrılan annenin kendine güveninin azaldığı ve yetersizlik , suçluluk duygularının arttığı görülebilir ^{13,38,55,56}.

Aynı zamanda özbakım ajanı olan annenin bakım verici ve annelik rolünün değişmesi, sorumluluğun sağlık ekibine geçmesi de annede strese ve kaygıya neden olan bir durumdur. Çocukları pediatrik yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören ebeveynler ile yapılan çalışmalarda, ailelerin en çok ebeveynlik rollerinin değişmesinden dolayı stres yaşadıkları bulunmuştur ^{18,15,23}.

Aile üyelerinden birinin hospitalizasyonu durumunda kriz yaşayan diğer üyelerin desteklenmesinde hemşireler bir anahtar pozisyonundadır ^{43,57-59}. Bu nedenle yenidoğanın hospitalizasyonunda ailenin yaşadığı duyguların ve güçlüklerin belirlenmesi , yapılacak girişimlerin planlanması açısından önemlidir.

Yenidoğan bakımının, aile merkezli olarak planlanması ve uygulanması gerekliliği düşünüldüğünde, doğum sonu dönemin özelliği dikkate alınarak, özellikle annenin bu süreçte yaşadıklarını belirlemek yerinde olur.

Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu özel ve zor bir dönemdir. Bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur ⁸⁻¹².

Doğum sonu dönem, annenin duygusal açıdan en yoğun olduğu dönemdir. Bu dönemdeki ruhsal sorunlar, anneliğe hazır olamama, aile içi görev ve sorumlulukların yeterince paylaşılamaması, annenin fiziksel yorgunluğu gibi nedenlerle ortaya çıkabilir.

Yeni doğum yapmış annenin hormonal durumundaki ani ve dramatik değişiklikler onu normalde kolaylıkla baş edebileceği faktörlere karşı duyarlı hale getirir. Hormonal değişikliklere ek olarak gebelik ve doğum, uyku düzeninin bozulması, alışılmamış olaylar, bebeği, eşi ya da diğer çocukları ile ilgili kaygı nedeni ile annenin fiziksel gücü azalır. Annenin destek alması gereken bu dönemde, bütün bunlara yenidoğanın hastalanması ve hastaneye yatırılması eklenince tüm bu duyguların daha yoğun olarak yaşanması kaçınılmaz bir hal alır ⁸⁻¹².

Bu dönemde, anneye etkin bakım sağlanamadığında postpartum sorunların yanında, bebeği ile ilgili olarak annede gelişebilecek olası sorunlar şunlardır:

- Bebeğin hastanede yatmasına bağlı ,annenin diğer rollerinin kesintiye uğraması,
- Bebeğin hastanede yatmasına bağlı ,anne-bebek ilişkisinin kurulmasında yetersizlik,
- Bebeğin hastanede yatmasına bağlı, annede kaygı, korku olasılığı,
- Annenin yeni rolüne uyumsuzluk olasılığı ^{9,11,12,17,18,27}.

Bebeği hastaneye yatırılan ve bu süreçte bebeğine eşlik eden annelerde kaygıyı etkileyebilecek faktörler şu şekilde özetlenebilir:

- Annenin özellikleri (eğitim durumu, yaş) ^{15,16},
- Yenidoğanın özellikleri (cinsiyet, ağırlık, yaş) ^{13,15,27},
- Hastane ve hastalık deneyimleri ^{13,15,27},
- Yenidoğana yapılan girişimsel uygulamalar, kullanılan aletler, uygulanan tedavi ^{13,27},

- Annenin refakatçilik durumuna ilişkin sorunları⁴⁵,
- Yenidoğanın hastalığının nedeni^{27,32},
- Annenin destek alma durumu¹³,
- Mali endişeler²⁷.

2.3.Annenin Kaygısını Azaltmada Hemşirenin Rolü

Hastalık ve hastaneye yatırılma sürecinde yaşanan kaygıyı anlamak, kaygının düzeyini ve etkili faktörleri belirlemek, yapılması gereken girişimleri saptamada hemşireye yardımcı olur. Uygun hemşirelik girişimlerini planlamak için her ebeveynin ve aile ünitesinin bir bütün olarak değerlendirilmesi önemlidir. Annenin kaygısını azaltmaya yönelik girişimleri dört bölümde inceleyebiliriz:

- 1-Hastalık hakkında bilgi vermek,
- 2-Klinik ve tedavi ile ilgili bilgi vermek,
- 3-Anneyi, bakımda aktif rol alması konusunda cesaretlendirmek,
- 4-Anneyi duygularını, sorularını ve ilgilerini ifade etmeye cesaretlendirmek^{13,27,33}.

Aile üyelerinin, özellikle annenin eğitimi, ebeveynler ve bebek arasındaki ilişkinin geliştirilmesini sağlayacak ve kaygıları azaltacak aktivitelerle birlikte doğumda başlar ve bebek hastanede kaldığı sürece devam eder. Perinatal dönemde verilen eğitimin, stres ve kaygıyı azaltacağı yönünde bulgular mevcuttur^{9,13}.

Hasta ve ailelerini bilgilendirmek hemşirenin en önemli işlevlerinden biridir^{22,45,60}. Literatürde Orem'in hastanın (yada çocuğun/hastanın bakımından sorumlu olan kişinin-çoğu kez anne) gerekli özbakım gereksinimlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu ve öğrenmek zorunda olduğu, fakat bunu

yardımcı olmadan yapamadığı durumlarda, hemşirenin devreye girmesi gerektiği destekleyici-eğitsel sisteminden söz edilen kaynaklar yer almaktadır^{51,52}. Bu destekleyici-eğitsel sistemde, yardım etmekle ilgili yöntemler şunları içermektedir:

- Desteklemek,
- Rehberlik etmek,
- Gelişme sağlayan bir çevrenin oluşturulması,
- Öğretim.

Bu sistemin gelişim bakımından geçiş dönemi yaşayan birey için uygulanabilirliği vardır. Anne için, yeni doğum yapmış olduğu ve annelik rolüne alışmaya çalıştığı bu dönem aynı zamanda gelişimsel bir dönemdir. Orem'in destekleyici-eğitsel sistemin içinde yer alan öğretim aşaması anneye hasta olan bebeği ve hastalığı hakkında bilgi verilmesini ve böylece desteklemek, rehberlik etmek ve çevrenin düzenlenmesinden oluşan diğer aşamaları da içine almaktadır^{51,52}.

Ayrıca olaya hasta hakları açısından bakılacak olursa, 28-30 Mart 1994'te Amsterdam'da yapılan ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenen toplantıda ,altı ana başlıkta toplanan hasta hakları arasında, bilgilendirmenin de yer aldığı görülmektedir. Hastaların olduğu kadar, hasta bakımından sorumlu olsun veya olmasın aile üyelerinin de bilgilendirilme hakkı olduğu unutulmamalıdır^{23,45}.

Bütün bunların yanı sıra, ebeveynlere yenidoğanın hastalığı, bulunduğu klinik, yapılan uygulamalar vb. hakkında bilgi verilmesinin stres, kaygı ve korkuyu azalttığı yönünde bilgiler vardır^{13,17,27,41,61}. Yenidoğan hasta olsun ya da olmasın özellikle ilk kez anne-baba olan ebeveynlerin bilgi eksikliklerinden kaynaklanan bir kaygı yaşadıkları ve kendilerine güvenlerini kaybettiklerine ve yeni doğum yapmış olan

annelerin bebekleri ile ilgili birçok konuda bilgi istediklerine ilişkin çalışmalar vardır
10,41,61,62

Yenidoğan ünitesine yatan bebek annelerinin hemşirelik bakım gereksinimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, annelerin bebeğin durumuna ilişkin bilgi gereksinimi olduğu ve bebeğin durumu, tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgi alma, bebeğin durumuna ilişkin bilgi alma gibi gereksinimleri önemsedikleri belirlenmiştir²⁴.

Ailedeki kaygı, endişe ve korkunun bir nedeninin de yenidoğan ünitelerinin görünümü olduğu unutulmamalıdır. Yenidoğan üniteleri, aynı zamanda özel bakım gerektiren yenidoğanların bakım ve tedavilerinin yapıldığı yoğun bakım üniteleridir. Bu üniteler donanımları ve görünümleri gereği, ebeveynlerde endişe yaratacak özelliklere sahiptirler. Yaşam destek sistemleri, tüpler, monitörler, sürekli koşuşturan sağlık profesyonelleri, ebeveynlerin durumu olduğundan daha kötü algılamalarına neden olabilirler. Ünite ve kullanılan aletler ile ilgili olarak yapılacak açıklamalar büyük ölçüde rahatlatıcı olacaktır. Bu nedenle aileye verilecek bilgiler üniteyi tanıtıcı nitelikleri de taşımalıdır^{23,27}.

Ebeveynlerin kendilerini yeterli hissetmelerini sağlamak ve kaygı düzeylerini azaltmak için, koşullar uygun hale gelir gelmez, çocuğun bakımına aktif olarak katılmalarının sağlanması gerekir. Ebeveynler, özellikle de anne, bebeğin bakımında kendi yeteneklerine güvenirse daha az kaygı yaşar^{13,27,35}.

Yenidoğan yoğun bakım ve pediatrik yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan çocukların aileleri ile yapılan çalışmalarda ,ailelerin bu ünitelerde en fazla ebeveynlik rollerinin değişmesinden dolayı stres yaşadıkları bulunmuştur. Ebeveynleri, gerekli konularda bilgilendirerek ve bakıma katılmaya cesaretlendirerek çocuklarının

bakımında hala önemli bir role sahip olduklarını hissetmelerini sağlamak hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır. Bakımda yer alan aileler, özellikle anne sağlık personeline geçmiş gibi görünen ebeveynlik rolünü yeniden elde ettiğini düşünerek kendisini daha iyi hissedebilir. Ancak, bu durumda ebeveynlerin hazır oluşluğunu dikkate almak da gereklidir ^{18,21,63,64}.

Ebeveynlerin, yenidoğanla etkili iletişim kurabilmeleri için öncelikle kendi hayal kırıklığı ve suçluluk duygularını ifade etme gereksinimleri vardır. Hemşire ebeveynlerin bu duygularını açıklamalarına ve yenidoğana karşı daha olumlu bir tutum geliştirmelerine yardım edebilir ^{13,35,61}.

Yenidoğan ünitelerinde annelik rolünü desteklemek amacıyla hemşirelerin uygulamaları ve sağladıkları desteğe odaklanmış bir çalışma sonucunda; annelerle kurulan sosyal ilişki, sohbet ve karşılıklı görüş bildirmeyle ilgili olarak, annelerin hemşirelerle olan ilişkilerini eşitlik, arkadaşlık ve bağlantı kurma sözcükleri ile ifade ettikleri saptanmıştır. Çalışma sonucunda, anne ve hemşire arasında kurulan sosyal ilişki ve sohbetin, annelerin kendilerini ifade etmelerinde ,deneyimlerini ve duygularını paylaşmada ve bebeklerinin bakımında güvenlerini kazanmalarında etkili olduğu bulunmuştur ⁶³.

3-MATERYAL VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın şekli

Araştırma, hiperbilirubinemi nedeni ile hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerindeki kaygı düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek, var olan kaygıyı azaltmada hemşire tarafından verilen bilginin etkili olup olmadığını tespit etmek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır^{65,66}.

3.2.Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yenidoğan Ünitesinde 6 Mayıs 2001-19 Mart 2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü yer olan yenidoğan ünitesi, hasta durumuna göre 20-25 yatak arasında değişiklik gösteren bir kapasiteye sahiptir. Ayrıca 6 yatak kapasiteli bir yoğun bakım odası mevcuttur. Hiperbilirubinemi tanısıyla hastaneye kabul edilen bebekler genellikle ortalama 7 yataklı bir odada tedavi görmektedir.

Yenidoğan ünitesinde 1 doçent 2 yardımcı doçent 1 asistan olmak üzere toplam 4 hekim sürekli olarak görev yapmaktadır. Gündüz vardiyasında 2, diğer vardiyalarda birer hemşire olmak üzere toplam 10 hemşire çalışmaktadır.

Hastalar üniteye mutlaka yanlarında bir refakatçi ile kabul edilmektedir. Ancak refakatçiler için ayrı bir dinlenme, yemek, bekleme odası ayrılmadığından refakatçiler yenidoğanlarla birlikte aynı odada kalmaktadırlar.

3.3.Araştırmanın evreni ve örneklemi

Bir yılda yaklaşık 150-200 hiperbilirubinemi vakasının tedavi ve bakımı yapılmaktadır. Bu vakaların yaklaşık %50'sine anneler refakat etmektedir. Bu nedenle, gruplarda yer alacak anne sayısını eşitlemek amacı ile 40 anne kontrol grubunu, 40 anne de dency grubunu oluşturmak üzere toplam 80 anne ile çalışmaya karar verilmiştir. Böylece bir yıllık süre içerisinde çalışmanın yapıldığı üniteye başvuran ve aranan nitelikleri taşıyan 80 yenidoğanın annesi evren ve örneklemi oluşturmuştur.

Hiperbilirubinemi nedeni ile tedavi gerektiren yenidoğan sayısı fazla olmakla birlikte çalışma grubunu oluşturması planlanan annelerin kendi sağlık sorunları , evdeki çocuklarının bakım sorunu, başka bir yerleşim yerinde yaşıyor olma gibi nedenlerle bebeklerine refakat edememeleri sınırlı sayıda anne ile çalışılmasına neden olmuştur. 6 Mayıs 2001 tarihinden itibaren yatırılan yenidoğan annelerinden araştırmaya katılmayı kabul edenlerin tümü kararlaştırılan sayı tamamlanıncaya kadar çalışmaya alınmıştır. Sonuçları etkileyebileceği düşünülerek;

- Hiperbilirubinemi yanında başka sorunları da olan (sepsis,hyalin membran vb) ,
- İleri yaşam desteği (mekanik ventilasyon,CPAP) alan,
- Konjenital anomalisi olan ,
- Prematüre ünitesinde tedavi gören preterm yenidoğan annelerinin çalışmaya alınmaması kararlaştırılmıştır.

3.4.Verilerin toplanması

3.4.1. Veri toplama araçları

3.4.1.1. Anket formu:

Verilerin toplanmasında kullanılan anket formu (EK 1) anneyi, aileyi ve bebeği tanıtıcı bilgiler ile annelerin kaygısını etkileyebilecek durumları ortaya çıkaracak şekilde araştırmacı tarafından literatür bilgilerinin yardımıyla oluşturulmuştur^{3, 9,13,24,27,67,68}

Anne, yenidoğan ve aileye ait tanıtıcı özellikler, kaygıyı etkileyebileceği düşünülen faktörler (annelerin refakatçiliğe ilişkin sorunları, hastane ve hastalık deneyimleri, girişimsel uygulamalardan etkilenme durumu, kan değişimi yapılma durumu, tedavi ve laboratuvar sonuçlarına güvenme durumu, hastanedeki destek kaynakları) ve annelere yapılan bilgilendirme araştırmanın bağımsız değişkenlerini, kaygı envanterinden alınan puanlar bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.4.1.2. Durumluk ve sürekli kaygı envanteri:

Annelerde o anda ve genelde var olan kaygı düzeyini tespit etmek amacıyla durumluk ve sürekli kaygı envanterinden faydalanılmıştır. Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan envanterin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışmaları Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır⁴⁹.

Durumluk-sürekli kaygı envanteri kısa ifadelerden oluşan bir öz-değerlendirme anketidir. Durumluk-sürekli kaygı envanteri toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk kaygı ölçeği(EK 2) bireyin *belirli bir anda ve belirli koşullarda* kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli kaygı ölçeği (EK 3) ise bireyin

genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Durumluk kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çoğu zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir.

Durumluk kaygı ölçeği kaygının, korkunun, şiddet seviyesindeki değişimleri saptamak için, aynı bireylere değişik zamanlarda uygulanabilir. Durumluk kaygı ölçeğinin tekrarlanarak uygulanması bu ölçeğin amacına uygundur. Sürekli kaygı ölçeği geçici koşullara bağlı olarak değişen duygulara duyarlı değildir. Her iki ölçek için de cevap seçenekleri dörder tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1’den 4’e kadar değişir. Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlara *doğrudan ya da düz (direct)* ve *tersine dönmüş (reverse)* ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20’nci maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 1,6,7,10,13,16,19’uncu maddelerdir. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri minimum 20 maksimum 80 arasındadır.

Puanlama için doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadeler, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı için bu değer 50, sürekli kaygı için 35’dir. En son elde edilen değer, bireyin kaygı puanıdır⁴⁹.

Envanterin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .83 ile .87 arasında olduğu saptanmış olup, bu çalışmada durumluk kaygı ölçeği iç tutarlılığı $\alpha = .76$, sürekli kaygı ölçeği iç tutarlılığı $\alpha = .87$ olarak tespit edilmiştir.

3.4.2.Uygulama

3.4.2.1.Ön uygulama

Çalışmanın planlanması tamamlandıktan ve gerekli izinler alındıktan sonra aynı koşullardaki annelerin bilgi gereksinimlerini belirlemek, amacıyla bir ön görüşme yapılması kararlaştırılmıştır. Bu ön görüşme sırasında annelere bebeklerinin hastalığı ile ilgili neler bilmek istedikleri sorulmuş ve annelerin genellikle hastalığın nasıl oluştuğu ve nedenlerinin ne olduğu konusunda bilgi almak ve hastalığın seyri ile ilgili olarak bilgilendirilmek istedikleri belirlenmiştir.

Annelerle yapılan bu karşılıklı görüşme sonucunda alınan bilgiler doğrultusunda bilgilendirme rehberinde yer alması gereken konular tespit edilmiştir. Bilgilendirme rehberinin hazırlanmasında annelerin hastalık hakkında bilmek istediklerinin yanı sıra literatür bilgileri ve daha önce yapılmış çalışma sonuçları da dikkate alınmış, rehberin dilinin mümkün olduğu kadar bilimsel ve tıbbi anlatımdan uzak, anlaşılır ve sade olmasına dikkat edilmiştir^{3,13,24,27,31,32,69}.

Bilgilendirme rehberinde yer alan konular şöyle sıralanmıştır (EK 5):

- Ortam hakkında bilgi
- Hastalık hakkında bilgi
- Tedavi ve bakım hakkında bilgi

-Dikkat edilmesi gereken noktalar

-İleriye yönelik öneriler

Gerekli düzenlemeler yapıldıktan ve bilgilendirme rehberi hazırlandıktan sonra bir grup anneye (toplam 12 anne) ön uygulama yapılmıştır.Ön uygulamada annelerin tümünün kaygı puanlarında bilgilendirme sonrası bir azalma olduğu saptanmıştır. Bu azalmanın diğer bazı faktörlerden (rastlantısal olarak, ortamın değişen koşulları, yenidoğanın durumundaki düzelme vb.) kaynaklanabileceği düşüncesi ile çalışmaya bir kontrol grubunun dahil edilmesi uygun görülmüş, görüşülen ilk 40 annenin kontrol grubunu, daha sonraki 40 annenin deney grubunu oluşturmasına karar verilmiştir.

3.4.2.2.Uygulama

Gerek deney, gerek kontrol grubunu oluşturan anneler için uygulamanın başlangıcında aynı yol izlenerek,annelerin hastaneye ilk geldikleri andaki yoğun duygularından kurtulmuş olabilecekleri , az da olsa kliniği tanımış , bakım ve tedavi hakkında bir fikir edinmiş olabilecekleri düşünülerek hastaneye kabulden en az 24 saat sonra annelerle ilk görüşme yapılmış, çalışmanın amacı açıklanmış ve anket uygulanmıştır. Hemen sonrasında genelde var olan ve o andaki kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla durumluk-sürekli kaygı envanteri uygulanmıştır(öntest).

Deney grubunu oluşturan annelere envanterin ilk uygulamasından sonra bilgilendirme rehberi doğrultusunda bir kez bulundukları klinik, hiperbilirubinemi, tedavisi ve bakımı ile ilgili ayrıntılı olarak bilgi verilmiş ve kendi bebeklerinin durumu ile ilgili soru sormalarına olanak sağlanmıştır. İki gün boyunca günde iki kez annelerle görüşülerek bebekleri ile ilgili gelişmeler bildirilmiş ve duygularını ifade etmeleri sağlanmıştır. Bilgiler annelere sunuş yoluyla öğretim stratejisi aracılığı ile düz anlatım

ve soru-cevap yöntemleri ile verilmiştir. Bu yöntemlerde belirli bir süre sınırlaması olmaksızın anlatım süresi konunun niteliğine göre anlatan kişi tarafından belirlenebilmektedir^{70,71}. Bu nedenle belli bir zaman belirlemesine gerek duyulmamıştır. İlk uygulamada anket formunun yanıtlanması ve ölçeklerin doldurulması her anne için yaklaşık 30-45 dakika sürmüştür. Araştırmacı soruları annelere teker teker okuyarak verilen yanıt formlara kendisi işaretlemiştir. Deney grubuna rehber doğrultusunda bilgi verilmesi, annelerin bireysel ve özel sorularının da araya girmesi nedeni ile 30-60 dakika (her anne için) arasında zaman almıştır. Başlangıçtaki kaygı düzeyinin etkilenme durumunu belirlemek amacı ile son görüşmede (üçüncü gün) durumluk kaygı ölçeği bir kez daha (son test) uygulanmıştır. Son uygulamanın üçüncü gün yapılmasının nedeni yenidoğanların bir kısmının üçüncü günden sonra taburcu edilebilmeleri nedeni ile taburculuğun annelerin kaygılarını etkileyebileceği olasılığının düşünülmesidir.

Kontrol grubunu oluşturan annelere aradaki zaman diliminde bilgi verilmeden ölçeklerin ilk uygulamasının üzerinden iki gün geçtikten sonra durumluk kaygı ölçeği bir kez daha uygulanmıştır(sontest). Bilgi gereksinimlerini karşılamak amacı ile ölçeğin son kez uygulanmasından sonra kontrol grubunu oluşturan annelere de deney grubuna verilen bilgilerin tümü verilmiştir. Tüm annelere uygulama sona erdikten sonra bebek bakımı, beslenmesi ve aşılar ile ilgili broşürler sağlanmış ve isteyen annelere araştırmacı tarafından hazırlanmış olan “ Yenidoğan Sağlığında Anne Rehberi” adlı rehber kitapçık verilmiştir.

Çalışmanın amacı durumluk kaygı düzeyini belirlemek ve var olan kaygının düzeyini azaltmak olduğu için durumluk kaygı ölçeği çalışmanın başında ve sonunda olmak üzere tüm annelere iki kez uygulanmıştır. Sürekli kaygı değişen durumlara

duyarlı olmadığından dolayı ölçek tüm annelere bir kez uygulanmıştır Sürekli kaygı ölçeğinin uygulanmasının amacı annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında fark olup olmadığını belirlemektir⁴⁹.

Araştırmacı, haftanın üç günü (pazartesi, salı, çarşamba) mesai saatleri boyunca klinikte bulunmuş, diğer günlerde ise, araştırma kriterlerine uyumlu hasta yatması halinde klinik çalışanları tarafından araştırmacıya haber verilmiş ve annelerle görüşme sağlanmıştır.

3.5.Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde;

- Deney ve kontrol gruplarında yer alan annelerin, yenidoğanların ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerini incelemek amacı ile yüzdeler dağılımlar,
- Tanıtıcı özellikler açısından deney ve kontrol grubu arasında fark olup olmadığını test etmek amacıyla ki-kare önemlilik testi,
- Deney ve kontrol gruplarındaki annelerin gruplar arası durumluk - sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması amacı ile iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi),
- Deney ve kontrol gruplarındaki annelerin grup içi durumluk – sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması amacı ile iki eş arasındaki farkın önemlilik testi (eşleştirilmiş t testi),
- Anneye, yenidoğana ve aileye ait özellikler ve kaygı puan ortalamasını etkileyebileceği düşünülen faktörler ile durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, her grup için parametrik koşullar sağlanamadığından dolayı;

* İki bağımsız grup arasında fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Mann-Whitney U testi,

* Üç ya da daha çok bağımsız grup arasında fark olup olmadığını belirlemek amacı ile Kruskal Wallis varyans analizi ,

- Ölçek maddelerinin iç tutarlılığını belirlemek amacı ile Cronbach alfa testi uygulanmıştır^{72,73}. Analizler bilgisayar ortamında yapılmıştır

3.6.Etik ilkeler

Çalışmaya başlamadan önce hastane ve ilgili anabilim dalı başkanlığından izin alınmıştır (EK4).

Yenidoğan ünitesinde görev yapan tüm çalışanlara araştırmanın amacı ve yöntemi detaylı bir şekilde açıklanarak anlatılmıştır.

Katılımcılardan bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırmaya alınacak bireylerin gönüllü ve istekli olmaları sağlanmış, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanmıştır⁷⁴. Ayrıca veri toplanmadan önce annelere çalışmanın amaçları ve izlenecek olan yol anlatılmış, soruları yanıtlanmış ve anneler bilgilendirildikten (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sonra onayları sözel olarak alınmıştır^{75,76}. Annelere verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.

3.7.Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, yalnızca üniversite hastanesine başvuran yenidoğan anneleri ile yapılmıştır. Bunun nedeni, il merkezinde hiperbilirubinemi tedavisinin yapıldığı en

donanımlı hastane olması, ulaşım kolaylığı ve bu hastanenin, araştırmanın yapılabilmesi için en uygun koşullara sahip olmasıdır.

Ayrıca araştırmanın belli bir sürede bitirilmesi gerektiğinden sınırlı sayıda anne ile çalışılmıştır.

Çalışma sonuçları, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Yenidoğan Ünitesine kabul edilen yenidoğanlara hastanede eşlik eden annelere genellenebilir.



4.BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular hipotezlere göre sınıflandırılarak üç bölüm halinde sunulmuştur:

Birinci bölümde, anneler, yenidoğanlar ve aileyi tanıtıcı özelliklere ait bulgular,

İkinci bölümde, annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları, başlangıçtaki (öntest) durumluk kaygı puan ortalamaları ve kaygı düzeyini etkileyebileceği düşünülen faktörlere ait bulgular,

Üçüncü bölümde, deney grubunun öntest-sontest puan ortalamaları, kontrol grubunun öntest-sontest puan ortalamaları ve gruplar arası karşılaştırmalara ait bulgular yer almıştır.

4.1. BÖLÜM 1.Tanıtıcı özelliklere ait bulgular

Bu bölümde annelere, aileye ve yenidoğanlara ait tanıtıcı bulgulara yer verilmiştir. Tablo 1.1.de görüldüğü gibi,deney grubunda yer alan annelerin % 37.5'inin 25-29 yaş grubunda olduğu, % 45'inin okur yazar veya ilkokul mezunu olduğu ve %75'inin çalışmadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki annelerin % 42.5'inin 25-29 yaş grubunda olduğu, % 47.5'inin okur-yazar veya ilkokul mezunu olduğu ve % 77.5'inin çalışmadığı saptanmıştır.Yapılan istatistiksel değerlendirmede deney grubu ile kontrol grubu arasındaki farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Aileye ait tanıtıcı özelliklerden çocuk sayısı incelendiğinde, her iki grubun da % 45 oranında tek çocuk sahibi ailelerden oluştuğu görülmektedir. Deney grubunda yer alan ailelerin %92.5'inin, kontrol grubundakilerin %95'inin sosyal güvenceye sahip oldukları ve deney grubundaki ailelerin aylık gelirinin ortalama 428.75 ± 256.21 milyon Türk Lirası, kontrol grubundaki ailelerin aylık gelirinin de ortalama 407 ± 222.55 milyon

Türk Lirası olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$)(Tablo 1.1)

Tablo 1.1.Anne ve aileye ait tanıtıcı özellikler

Tanıtıcı özellikler	Deney grubu (n:40)		Kontrol grubu (n:40)		
	S	%	S	%	
Annenin Yaşı (yıl)					
15-19	3	7.5	3	7.5	$\chi^2 = .569$ $SD = 2$ $p > 0.05$
20-24	9	22.5	10	25.0	
25-29	15	37.5	17	42.5	
30-34	13	32.5	10	25.0	
Annenin Eğitim Düzeyi					
Okur yazar - ilkokul mezunu	18	45.0	19	47.5	$\chi^2 = 1.218$ $SD = 2$ $p > 0.05$
Ortaokul- lise mezunu	10	25.0	13	32.5	
Üniversite mezunu	12	30.0	8	20.0	
Annenin çalışma durumu					
Çalışan	10	25.0	9	22.5	$\chi^2 = 0.69$ $SD = 1$ $p > 0.05$
Çalışmayan	30	75.0	31	77.5	
Ailedeki Çocuk Sayısı					
1	18	45.0	18	45.0	$\chi^2 = .093$ $SD = 2$ $p > 0.05$
2	13	32.5	12	30.0	
3 çocuk ve üzeri	9	22.5	10	25.0	
Ailenin Sosyal Güvencesi					
Var	37	92.5	38	95.0	$\chi^2 = .213$ $SD = 1$ $p > 0.05$
Yok	3	7.5	2	5.0	
Ailenin Aylık Geliri					
	$X \pm SD = 428.75 \pm 256.21$		$X \pm SD = 407.00 \pm 222.55$		$t = .405$ $p > 0.05$

Tablo.1.2.Yenidoğanlara ait tanıtıcı özellikler

Tanıtıcı özellikler	Deney grubu(n:40)		Kontrol grubu(n:40)	
	S	%	S	%
Cinsiyet				
Erkek	27	67.5	20	50.0
Kız	13	32.5	20	50.0
Gestasyon Yaşı (Hafta)				
37-38	22	55.0	20	50.0
39-40	18	45.0	20	50.0
Yaş (Gün)				
2	6	15.0	1	2.5
3	7	17.5	10	25.0
4	16	40.0	18	45.0
5-6	11	27.5	11	27.5
Kilo (Gram)				
2500 gramdan az	16	40.0	15	37.5
2500 gram ve üzeri	24	60.0	25	62.5

Çalışma kapsamına alınan yenidoğanların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde ; deney grubunda yer alan annelerin bebeklerinin % 67.5'inin erkek olduğu, %55'inin 37-38 haftalık doğdukları, % 40'ının anketin uygulandığı tarihte 4 günlük olduğu, %60'ının 2500 gram ve üzerinde olduğu; kontrol grubundakilerin % 50'sinin gestasyon yaşının 37-38 hafta olduğu, % 45'inin 4 günlük olduğu ve %62.5'inin doğum kilosunun 2500 gram ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1.2)

4.2.BÖLÜM II. Annelerin sürekli kaygı ve durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları ile kaygı düzeyini etkileyebileceği düşünülen faktörlere ait bulgular

Bu bölümde annelerin çalışmanın başında uygulanan (öntest) durumluk ve sürekli kaygı envanterinden aldıkları puan ortalamaları ve durumluk kaygı puan ortalamalarını etkileyebileceği düşünülen faktörlerle ilgili karşılaştırmalar verilmiştir. Durumluk kaygı ölçeğinin ikinci uygulaması ile ilgili puan ortalamaları ile karıştırılmaması açısından ilk uygulama sonuçları durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları olarak geçecektir.

Tablo 2.1. Annelerin durumluk kaygı-öntest ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Durumluk kaygı-öntest	Sürekli kaygı		
	X±SD	X±SD	t	p
Deney	52.55±5.49	37.92±8.68	10.313	<0.001
Kontrol	50.50±7.36	41.10±7.74	7.923	<0.001

Çalışma kapsamına alınan annelerin durumluk kaygı-öntest ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının 52.55±5.49, sürekli kaygı puan ortalamalarının 37.92±8.68 olduğu ve puanlar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 2.1).

Kontrol grubundaki annelerin kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının 50.50 ± 7.36 , sürekli kaygı puan ortalamalarının 41.10 ± 7.74 olduğu ve aralarındaki farkın oldukça önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$, Tablo 2.1).

Tablo 2.2. Durumluk kaygı-öntest ve sürekli kaygı puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırması

	Deney X$\pm$SD	Kontrol X$\pm$SD	t	p
Durumluk kaygı öntest	52.55 $\pm$ 5.49	50.50 $\pm$ 7.36	-1.411	> 0.05
Sürekli kaygı	37.92 $\pm$ 8.68	41.10 $\pm$ 7.74	1.725	> 0.05

Tablo 2.2’de annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının deney grubunda 52.55 ± 5.49 , kontrol grubunda 50.50 ± 7.36 olduğu, annelerin sürekli kaygı puan ortalamalarının deney grubunda 37.92 ± 8.68 , kontrol grubunda 41.10 ± 7.74 olduğu ve gruplar arası farkın önemsiz olduğu görülmektedir.

Tablo2.3. Annelerin tanıtıcı özellikleri ile durumluk kaygı-ötest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	Deney grubu (n:40)		Kontrol grubu (n:40)	
	n	X±SD	n	X±SD
Yaş(yıl)				
15-19	3	56.33±10.21	3	48.00±6.00
20-24	9	53.66± 4.12	10	50.20±6.71
25-29	15	50.80± 4.10	17	52.11±6.87
30-34	13	52.92± 6.40	10	48.80±9.37
	$\chi^2_{K-W}: 2.890 \quad p>0.05$		$\chi^2_{K-W}: 1.713 \quad p>0.05$	
Eğitim Düzeyi				
Okur yazar veya ilkokul mezunu	18	52.22±6.37	19	47.05±7.41
Ortaokul lise mezunu	10	53.90±5.97	13	52.84±5.74
Üniversite mezunu	12	51.91±3.55	8	54.87±6.35
	$\chi^2_{K-W}: .363 \quad p>0.05$		$\chi^2_{K-W}: 7.181 \quad p<0.05$	
Çalışma durumu				
Çalışan	10	51.00±3.01	9	53.33±5.40
Çalışmayan	30	53.06±6.05	31	49.67±7.72
	$M-WU: 113.500 \quad p>0.05$		$M-WU: 98.000 \quad p>0.05$	

Durumluk kaygı puan ortalamasının deney grubunda 15-19 yaş grubunda (56.33±10.21), kontrol grubunda ise 25-29 yaş grubunda (52.11±6.87) en yüksek oranda olduğu ve yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu bulunmuştur.

Deney grubunda ortaokul-lise mezunu annelerin 53.90±5.99 puan ortalaması ile en yüksek puana sahip oldukları saptanmış ancak gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0.05$, Tablo 2.3) bulunmuştur. Kontrol grubunda ise 54.87±6.35 puan ortalaması ile üniversite mezunu annelerin en yüksek kaygı puanına sahip oldukları ve

gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$, Tablo 2.3.). Deney grubunda çalışmayan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları 53.06 ± 6.05 , kontrol grubunda ise çalışan annelerin puan ortalamaları 53.33 ± 5.40 olarak tespit edilmiş ancak çalışan ve çalışmayan annelerin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 2.3.).

Tablo.2.4.Yenidoğana ait tanıtıcı özellikler ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	Deney grubu (n:40)		Kontrol grubu (n:40)	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Cinsiyet				
Erkek	27	52.48 ± 6.16	20	50.15 ± 8.41
Kız	13	52.69 ± 3.49	20	50.85 ± 6.36
	<i>M-WU: 172.000</i> $p > 0.05$		<i>M-WU: 198.500</i> $p > 0.05$	
Gestasyon Yaşı(hafta)				
37-38	22	52.16 ± 5.68	20	49.35 ± 6.30
39-40	18	53.05 ± 5.36	20	51.65 ± 8.30
	<i>M-WU: 194.500</i> $p > 0.05$		<i>M-WU: 143.500</i> $p > 0.05$	
Yaş (Gün)				
2	6	53.66 ± 8.23	1	55.00
3	7	51.57 ± 5.41	10	50.60 ± 3.89
4	16	52.56 ± 5.24	18	50.27 ± 6.90
5 ve 6	11	52.54 ± 4.84	11	50.36 ± 10.72
	$\chi^2_{K-W}: 0.96$ $p > 0.05$		$\chi^2_{K-W}: .793$ $p > 0.05$	
Kilo (gram)				
2500 gramdan az	16	51.50 ± 5.59	15	47.73 ± 7.98
2500 gram ve üstü	24	53.20 ± 5.42	25	52.16 ± 6.58
	<i>M-WU: 176.500</i> $p > 0.05$		<i>M-WU: 116.000</i> $p < 0.05$	

Bebeğinin cinsiyeti kız olan annelerden deney grubunda yer alanların durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının 52.69 ± 3.49 , kontrol grubunda yer alan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının 50.85 ± 6.36 olduğu saptanmıştır. Bebeğinin gestasyon yaşı 39-40 hafta olup deney grubunda bulunan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları 53.05 ± 5.36 , kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı-öntest kaygı puan ortalamaları ise 51.65 ± 8.30 olarak belirlenmiştir. Kronolojik yaşı 2 gün olan yenidoğanlara sahip annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının deney grubunda 53.66 ± 8.23 , kontrol grubunda 55.00 olduğu saptanmıştır. Yenidoğanlardan kilosu 2500 gram ve üzerinde olanların annelerinin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu (deney grubunda 53.20 ± 5.42 , kontrol grubunda 52.16 ± 6.58) bulunmuştur. Cinsiyet, gestasyon yaşı, kronolojik yaşa göre anneler arasında durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları açısından fark olmadığı ($p > 0.05$), doğum kilosu açısından yalnız kontrol grubundaki anneler arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 2.4).

Tablo 2.5. Ailedeki çocuk sayısı ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ailedeki Çocuk Sayısı	Deney X $\pm$ SD	Kontrol X $\pm$ SD
1 çocuk	52.83 $\pm$ 5.37	51.66 $\pm$ 7.28
2 çocuk	53.46 $\pm$ 5.37	49.75 $\pm$ 5.42
3 çocuk ve ↑	50.66 $\pm$ 6.06	49.30 $\pm$ 9.69
	$X^2_{K-W}: 1.184, p > 0.05$	$X^2_{K-W}: .171, p > 0.05$

Deney grubunda iki çocuğu olan annelerin 53.46 ± 5.37 , kontrol grubunda ise bir çocuğu olan annelerin 51.66 ± 7.28 ortalama ile en yüksek kaygı puanına sahip oldukları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu bulunmuştur

Deney grubunda yer alan annelerden sosyal güvenceye sahip olmayanların durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları (53.00 ± 2.64), kontrol grubunda yer alan ailelerden ise sosyal güvenceye sahip olan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları (50.86 ± 7.33) daha yüksek bulunmuş ancak ailelerin sosyal güvenceye sahip olma durumu ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Çalışma kapsamına alınan annelerin hastanede bebeklerinin bakımına katılıp katılmadıkları araştırılmış; annelerinin tamamının (% 100) bebeklerinin bakımı ile ilgili beslenme, alt temizliği, genel hijyen gibi aktiviteleri kendilerinin yaptıkları tespit edilmiştir.

Tablo 2.6. Annelerin Hastanede Bulundukları Sürede Refakatçiliğe İlişkin Olarak Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

*Yaşanan Sorunlar	Deney(n:40)		Kontrol(n:40)	
	Sayı	%**	Sayı	%**
Yeterli dinlenememe	34	85.0	33	82.5
Huzursuzluk	28	70.0	29	72.5
Yeterli beslenememe	26	65.0	11	27.5

* Anneler birden fazla sorun bildirmişlerdir

**Yüzdelere her sorun için toplam n üzerinden alınmıştır

Deney grubundaki annelerin % 85'inin , kontrol grubundaki annelerin de % 82.5'inin hastanede yeterince dinlenemedikleri, yine deney grubundaki annelerin %

70'inin , kontrol grubundaki annelerin %72.5'inin hastanede olmaktan dolayı huzursuz oldukları belirlenmiştir.

Tablo 2.7'de görüldüğü gibi dinlenme ile ilgili sorunu olan yenidoğan annelerinden deney grubunda yer alanların durumluk kaygı-ötest puan ortalamaları 52.55 ± 5.75 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı-ötest puan ortalamalarının 52.51 ± 6.16 olduğu saptanmış ve annelerin durumluk kaygı-ötest puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Hastanede olmaktan dolayı huzursuz olduğunu ifade eden annelerin kaygı puan ortalamaları deney grubunda 53.64 ± 5.51 , kontrol grubunda 51.82 ± 7.80 olarak tespit edilmiş ve her iki grupta da aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 2.7).

Hastanede bebeğine refakat ettiği sırada kendi beslenme gereksinimi ile ilgili sorun yaşadığını ifade eden annelerden deney grubunda bulunanların durumluk kaygı-ötest puan ortalamaları 52.30 ± 5.39 ,kontrol grubunda bulunanların durumluk kaygı-ötest puan ortalamaları 51.72 ± 5.53 olarak saptanmış ancak beslenmeye ilişkin sorunu olan ve olmayan annelerin durumluk kaygı-ötest puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (Tablo 2.7).

Tablo 2.7. Annelerin refakatçiliğe ilişkin sorun yaşayıp yaşamamalarına göre durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sorunlar	Deney		Kontrol	
	Yaşayan X±SD	Yaşamayan X±SD	Yaşayan X±SD	Yaşamayan X±SD
Yeterli dinlenememe sorunu	52.55±5.75 M-WU: 99.000	52.50±4.08 p>0.05	52.51±6.16 M-WU: 76.000	45.18±7.89 p<0.05
Huzursuzluk sorunu	53.64±5.51 M-WU: 103.000	50.00±4.69 p<0.05	51.82±7.80 M-WU: 86.000	47.00±4.77 p<0.05
Yeterli beslenememe sorunu	52.30±5.39 M-WU: 162.500	53.00±5.84 p>0.05	51.72±5.53 M-WU: 141.500	50.03±5.53 p>0.05

Annelere bebekleri burada tedavi görürken evde olmayı isteyip istemedikleri sorulmuş annelerin tamamının (%100) bebeklerinin yanında olmayı tercih ettikleri saptanmıştır.

Tablo 2.8.Yenidoğanın hastaneye yatırılması esnasında annelerin hissettikleri duygular ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Duygular	Deney		Kontrol	
	n	X±SD	n	X±SD
Korku,endişe	17	53.88±6.31	25	50.04± 6.80
Üzüntü	12	51.41±5.03	10	49.50±9.26
Şaşkınlık	11	51.72 ±4.54	5	54.80±5.63
$\chi^2_{K-W}: 1.444, p>0.05$		$\chi^2_{K-W}: 1.936, p>0.05$		

Annelere, bebeklerinin hastaneye yatması esnasında neler hissettikleri sorulmuş ve o anki duyguları ile durumluk kaygı-öntest puanları karşılaştırılmıştır. Her iki gruptaki annelerin çoğunun bebeklerinin hastaneye yatırılmasına karar verildiği anda korku ve endişe duygularını yaşadıkları belirlenmiştir. Deney grubunda korku ve endişe yaşayan annelerin 53.88±6.31, kontrol grubunda ise şaşkınlık yaşayan annelerin 54.80±5.63 ortalama ile en yüksek kaygı puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.9. Annelerin hastane deneyimleri ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hastane Deneyimi	Deney		Kontrol		
	n	X±SD	n	X±SD	
Olan	15	51.26±4.51	17	49.52±5.60	
Olmayan	25	53.32±5.95	23	51.21±7.72	
		M-WU:152.500, p>0.05			M-WU:175.000, p>0.05

Tablo 2.9’da görüldüğü gibi her iki grupta da hastane deneyimi olmayan annelerin kaygı puan ortalamalarının deneyimi olan annelere göre daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır .

Tablo 2.10. Annelerin daha önce sarılık geçiren çocuğa sahip olma durumu ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Daha önce sarılık Geçiren çocuk	Deney		Kontrol	
	n	X±SD	n	X±SD
Var	10	49.80±4.93	10	50.30±5.57
Yok	30	53.46±5.43	30	50.56±7.95
M-WU:92.500, p>0.05			M-WU:146.500, p>0.05	

Deney grubunda daha önce yenidoğan sarılığı geçiren çocuğu olmayan gruptaki annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları 53.46±5.43 , kontrol grubunda 50.56±7.95 olarak belirlenmiş, gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2.11.Yenidoğana kan değişimi yapılma durumu ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Kan değişimi	Deney		Kontrol		
	n	X±SD	n	X±SD	
Yapılan	9	55.33±7.66	8	46.75±10.01	
Yapılmayan	31	51.74 ±4.53	32	51.43±6.41	
		M-WU: 106.00, p>0.05			M-WU: 98.00, p>0.05

Hasta olan yenidoğana kan değişimi yapılma durumuna göre annelerin kaygı puan ortalamaları araştırılmış; deney grubunda olan annelerden bebeğine kan değişimi yapılmış olanların kaygı puan ortalamaları 55.33±7.66 olarak, kontrol grubunda ise bebeğine kan değişimi yapılmayan annelerin kaygı puan ortalamaları 51.43±6.41 olarak tespit edilmiş ancak gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 2.11).

Tablo 2.12.Annelerin girişimsel uygulamalardan etkilenme durumu ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Girişimsel uygulamalardan	Deney		Kontrol	
	n	X±SD	n	X±SD
Etkilenen	33	53.33±5.42	35	51.68±6.53
Etkilenmeyen	7	48.85±4.45	5	42.20±8.22
		M-WU:56.000, p<0.05	M-WU:25.000, p<0.01	

Yenidoğana uygulanan girişimsel uygulamalardan etkilendiğini ifade eden annelerin kaygı puan ortalamaları deney grubunda 53.33±5.42, kontrol grubunda

51.68±6.53 olarak bulunmuş ve her iki grupta da girişimlerden etkilenen ve etkilenmeyen annelerin puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2.13 Annelerin tedaviye güvenme durumları ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tedaviye güvenme Durumu	Deney		Kontrol		
	n	X±SD	n	X±SD	
Güvenen	32	52.87±5.53	36	50.61±6.17	
Güvenmeyen	8	51.25±5.47	4	49.50±16.13	
		M-WU: 105.000, p>0.05			M-WU: 66.000, p>0.05

Tablo 2.13’de bebeklerine uygulanan tedaviye güvenen annelerin kaygı puan ortalamaları deney grubunda 52.87±5.53, kontrol grubunda 50.61±6.17 olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 2.14 Annelerin laboratuvar sonuçlarına güvenme durumları ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Laboratuvar sonuçlarına	Deney		Kontrol	
	n	X±SD	n	X±SD
Güvenen	25	53.20±5.28	30	51.00±6.39
Güvenmeyen	15	51.46±5.84	10	49.00±10.01
		M-WU:148.000 p>0.05	M-WU:126.500 p>0.05	

Laboratuvar sonuçlarına güvenen annelerden deney grubunda olanların kaygı puan ortalamaları 53.20 ± 5.28 , kontrol grubunda olanların kaygı puan ortalamaları 51.00 ± 6.39 olarak saptanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 2.15 Annelerin hastanede en fazla destek aldıkları sağlık çalışanı ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Destek alınan Sağlık çalışanı	Deney		Kontrol	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Doktor	23	53.78 ± 6.15	21	50.95 ± 8.63
Hemşire	11	48.50 ± 3.78	10	48.66 ± 5.26
Diğer*	6	52.18 ± 3.68	9	51.20 ± 6.37
*Tıp ve hemşirelik, öğrencileri	$\chi^2_{K-W}: 5.191, p > 0.05$		$\chi^2_{K-W}: .971, p > 0.05$	

Tablo 2.15’de görüldüğü gibi anneler hastanede en fazla doktorlardan destek aldıklarını ifade etmişler ancak en fazla hemşireden destek gördüğünü ifade edenlerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları diğer gruplardan destek aldıklarını ifade eden annelere oranla daha düşük olmak üzere deney grubunda 48.50 ± 3.78 , kontrol grubunda 48.66 ± 5.26 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 2.16’da görüldüğü gibi deney grubunda Rh uygunsuzluğuna bağlı hiperbilirubinemi nedeni ile tedavi görmekte olan yenidoğan annelerinin kaygı puan ortalamaları 53.12 ± 7.20 , kontrol grubunda ise ABO yada subgrup uygunsuzluğu nedeni ile hiperbilirubinemi tedavisi gören yenidoğan annelerinin kaygı puan ortalamaları 50.58 ± 8.82 olarak tespit edilmiş ve gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 2.16).

Tablo 2.16 Yenidoğanların sarılıklarının nedeni ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sarılığın Nedeni	Deney		Kontrol	
	n	X $\pm$ SD	n	X $\pm$ SD
ABO yada subgrup uygunsuzluğu	22	52.50 $\pm$ 5.88	24	50.58 $\pm$ 8.82
Rh uygunsuzluğu	8	53.12 $\pm$ 7.20	5	50.00 $\pm$ 3.93
Nedeni belirlenmeyen YDHB*	10	52.20 $\pm$ 3.01	11	50.54 $\pm$ 5.14
*YDHB:Yenidoğan hiperbilirubinemisi	$\chi^2_{K-W} : .114, p > 0.05$		$\chi^2_{K-W} : .141, p > 0.05$	

4.3. BÖLÜM III.Deney ve kontrol grubunun durumluk kaygı öntest-sontest puan ortalamaları ve gruplar arası karşılaştırmalara ait bulgular

Tablo 3.1.Deney grubundaki annelerin durumluk kaygı öntest-sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması

	n	X $\pm$ SD	t	p
Durumluk kaygı-öntest	40	52.55 $\pm$ 5.49	8.563	<0.001
Durumluk kaygı-sontest	40	43.07 $\pm$ 7.88		

Tablo 3.1’de deney grubu annelerin bilgilendirme öncesi (durumluk-öntest) kaygı puan ortalamalarının 52.55 ± 5.49 , bilgilendirme sonrası (durumluk-sontest) kaygı puan ortalamalarının 43.07 ± 7.88 olduğu ve gruplar arasında ileri derecede önemli fark olduğu görülmektedir ($p < 0.001$).

Tablo 3.2.Kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı öntest-sontest kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

	n	X$\pm$SD	t	p
Durumluk kaygı -öntest	40	50.50 $\pm$ 7.36	.488	>0.05
Durumluk kaygı-sontest	40	50.27 $\pm$ 7.07		

Kontrol grubundaki annelerin öntest ve sontest durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; durumluk kaygı öntest puan ortalamalarının 50.50 ± 7.36 , durumluk kaygı sontest puan ortalamalarının 50.27 ± 7.07 olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 3.3.Deney ve kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı öntest-sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Deney X$\pm$SD	Kontrol X$\pm$SD	t	p
Durumluk kaygı öntest	52.55 $\pm$ 5.49	50.50 $\pm$ 7.36	-1.411	>0.05
Durumluk kaygı sontest	43.07 $\pm$ 7.88	50.27 $\pm$ 7.07	4.300	<0.001

Tablo 3.3’de görüldüğü gibi çalışmanın başındaki (öntest) kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz, ancak çalışmanın sonundaki (sontest) kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın oldukça önemli olduğu saptanmıştır.



5.TARTIŞMA

Aileye yeni bir üyenin katılması ile sonuçlanan hamilelik dönemi annenin hayatında önemli etkiler bırakan bir dönemdir. Anne bu dönem boyunca doğacak olan çocuğa ait hayaller kurar ve geleceğe yönelik planlar yapar. Ancak yenidoğanın herhangi bir nedenle hastalanması ve hastaneye yatırılması anne için tek başına ve yardımsız olarak içinden çıkamayacağı bazı sorunlara yol açabilir. Bu sorunlar zamanında tanımlanmaz ve gerekli girişimlerde bulunulmazsa ileriki dönemlerde anne, yenidoğan ve tüm aile açısından çok daha önemli boyutlara ulaşabilir. Bu dönemde annenin yaşadıklarının bilinmesi sorunların ortadan kaldırılması ya da azaltılması açısından önemlidir.

Hiperbilirubinemi nedeni ile hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeyinin ve kaygı düzeyini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi , hemşirelik girişimlerinden biri olan bilgilendirmenin kaygıyı azaltmadaki rolünün belirlenmesi amacı ile yapılmış olan bu çalışmanın bulguları üç bölümde literatürle tartışılmıştır.

5.1.Tanıttıcı özelliklere ait bulguların tartışılması

Çalışma kapsamına alınan annelerden deney grubunda yer alanların % 37.5'inin, kontrol grubunda yer alan annelerin % 42.5'inin 25-29 yaş grubunda yoğunlaştığı ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=.569$, $p>0.05$).

Annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; deney grubundaki annelerin % 45'inin , kontrol grubundaki annelerin % 47.5'inin okur-yazar / ilkokul mezunu olan grupta yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Toplumumuzun geneli için istenilen düzeyde

olmamasına rağmen, çalışmanın yapıldığı bölgenin yöresel özelliklerine bakılarak, çalışmada okuma yazma bilmeyen anneye rastlanmamış olması nispeten sevindirici bir bulgudur. Deney grubu ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($\chi^2=1.218$, $p>0.05$).

Çalışmada yer alan annelerden deney grubunda bulunan annelerin %75'inin , kontrol grubunda bulunan annelerin % 77.5'inin çalışmadığı ve gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 0.69$, $p>0.05$) (Tablo1.1).Çalışan anne oranının düşük olması ,çalışmanın yapıldığı bölgenin özelliklerine bağlı olarak kız çocuklarının bir meslek sahibi olabilecek düzeyde eğitime oranlarının düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Aileye ait tanıtıcı özelliklerden çocuk sayısı ile ilgili bulgularda, her iki grubun da % 45 oranında tek çocuk sahibi ailelerden oluştuğu görülmektedir.Bu çocuğun tedavi görmekte olan yenidoğan olması nedeni ile ailelerin önemli bir oranının hastane deneyimlerini ilk çocuklarında yaşamaları nedeni ile yardıma daha fazla gereksinim duyabilecekleri düşünülebilir.

Deney grubunda yer alan ailelerin %92.5'inin, kontrol grubundakilerin %95'inin sosyal güvenceye sahip oldukları ve gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu($\chi^2=.213$, $p>0.05$) göz önüne alındığında; bu bulgu ailelerin çok büyük oranının hastane masrafları ile ilgili maddi kaygılarının olmayacağını düşündürmektedir.Maddi yetersizlik ve sağlık güvencesinin olmayışının aile üyelerindeki kaygının nedenlerinden biri olduğu düşünülünce çalışmada yer alan ailelerin bu sorunlarının olmaması sevindiricidir ¹³.

Çalışmada incelenen ailelerden deney grubundaki ailelerin aylık gelirin $X\pm SD=428.75\pm 256.21$ milyon Türk Lirası, kontrol grubundaki ailelerin aylık gelirin

de $X \pm SD = 407 \pm 222.55$ milyon Türk Lirası olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($t= .405$, $p > 0.05$) (Tablo 1.1).

Çalışma kapsamına alınan yenidoğanların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde ; deney grubunda yer alan annelerin bebeklerinin % 67.5'inin, kontrol grubundakilerin % 50'sinin erkek olduğu, deney grubundaki yenidoğanların % 55'inin , kontrol grubundaki yenidoğanların % 50 'sinin 37-38 haftalık doğdukları, deney grubuna giren yenidoğanların % 40'ının, kontrol grubuna giren yenidoğanların % 45'inin anketin uygulandığı tarihte 4 günlük oldukları tespit edilmiştir. Yenidoğanlardan doğum kilosu 2500 gram ve üzerinde olanların oranı deney grubunda % 60 kontrol grubunda ise % 62.5 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1.2)

5.2. Annelerin sürekli kaygı ve durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları ile kaygı düzeylerini etkileyebileceği düşünülen faktörlere ait bulguların tartışılması

Bu bölümde annelerin çalışmanın başında uygulanan (öntest) durumluk ve sürekli kaygı envanterinden aldıkları puan ortalamaları ve durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarını etkileyebileceği düşünülen faktörlerle ilgili karşılaştırmalara ait tartışmaya yer verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan annelerin durumluk kaygı-öntest ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalaması ile sürekli kaygı puan ortalaması arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($t: 10.313$, $p < 0.001$, Tablo 2.1). Kontrol grubundaki annelerin kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; durumluk kaygı-öntest puan ortalaması ile

sürekli kaygı puan ortalaması arasındaki farkın önemli olduğu tespit edilmiştir ($t:7.923$, $p<0.001$, Tablo 2.1).

Çalışmada her iki grup içinde durumluk kaygı düzeyi ortalama 50 , sürekli kaygı düzeyi de ortalama 40 civarında bulunmuştur. Durumluk-Sürekli kaygı envanterinin tanıtımının yapıldığı el kitabında kaygı puan ortalamalarının düzey tanımları yapılmadığından bu çalışmada da orta, hafif, yüksek şeklinde bir tanımlama yapılmamıştır⁴⁹. Yurt dışında yapılan bir çalışmada 45 puan ve üzeri yüksek düzeyde kaygı olarak tanımlanmış⁷⁷, ülkemizde yapılan bir çalışmada da, kaygı düzeyleri için orta, hafif ve yüksek tanımları kullanılmış ancak sınıflamanın neye göre yapıldığı açıklanmamıştır⁷⁸.

Cimete'nin⁷⁹ sorunlu yenidoğan ebeveynlerinin stresle baş etmelerini destekleyici bir hemşirelik yaklaşım modeli adlı çalışmasında annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları deney grubunda 40.2, kontrol grubunda ise 42.6 olarak , durumluk kaygı puan ortalamaları ise çalışmanın başında deney grubunda 50.2 olarak bulunmuştur. Diğer bir araştırmada da sürekli kaygı puan ortalamalarının 36 ile 46 arasında değiştiği saptanmıştır⁴⁹. Bu çalışmanın bulguları diğer çalışmalarla uyum göstermektedir.

Bilindiği gibi sürekli kaygı insanlarda genelde var olan bir kaygı türü olmakla birlikte değişen durumlara duyarlı değildir. Durumluk kaygı ise insanların içinde bulunduğu durumlara göre değişkenlik gösterir, yani değişen durumlara ve koşullara duyarlıdır^{14,46}. Çalışma kapsamına alınan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile durumluk kaygı düzeyleri arasında fark olması ve bu farkın oldukça önemli bulunması annelerin o an bulundukları durumdan oldukça etkilenmiş olduklarını göstermektedir

Literatürde doğum sonrası dönemde annelerin kaygı düzeylerinde bir artış olduğunu destekleyen kaynaklar yer almaktadır⁸⁻¹³. Bu hassas dönemdeki sıkıntılara tüm aile için oldukça kaygı verici bir durum olan yenidoğanın hastaneye yatırılması da eklenince özellikle yeni doğum yapmış ve bu döneme uyum yapmakta zorlanan anne için daha kaygı verici bir sürecin yaşanması kaçınılmaz olmaktadır^{8-13,44,79}. Çalışma kapsamına alınan annelerin durumluk kaygı düzeylerinin de benzer nedenlerle sürekli kaygı düzeylerinden daha yüksek çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Bulamacı⁶⁹, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan riskli yenidoğanların anne ve babalarındaki anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması adlı çalışmasında bulgularımızın aksine annelerin sürekli kaygı puan ortalamalarını durumluk kaygı puan ortalamalarından daha yüksek bulmuştur. Bulgular arasındaki bu farklılık çalışmalarda yer alan kişilerin bireysel özelliklerinden ve yenidoğanların farklı hastalıklara sahip olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki annelerin durumluk-kaygı-öntest puan ortalamaları ve sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırılmış, durumluk kaygı-öntest puan ortalamasının deney grubunda 52.55 ± 5.49 , kontrol grubunda 50.50 ± 7.36 , sürekli kaygı puan ortalamasının ise deney grubunda 37.92 ± 8.68 , kontrol grubunda 41.10 ± 7.74 olduğu saptanmış ve her iki puan ortalaması açısından deney grubu ile kontrol grubu arasındaki farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 2.2). Bu durum gruplarda yer alan annelerin ve yenidoğanların benzer özelliklere sahip olmaları ile açıklanabilir.

Cimete'nin⁷⁹ çalışmasında da deney ve kontrol grubu annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur.

Annelerin yaşlarına göre kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$ Tablo 2.3).

Yapılan çeşitli çalışmalarda da annelerin yaşlarına göre kaygı puanları arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır ^{69,79,80}.

Annelerin eğitim düzeylerine göre kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda eğitim düzeylerine göre gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0.05$, Tablo 2.3), kontrol grubunda ise eğitim durumuna göre aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu ve üniversite mezunu annelerin en yüksek kaygı puanına sahip oldukları tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 2.3.).

Annelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe hastalık hakkında daha araştırıcı olmaları ve bununla birlikte hastalığın muhtemel komplikasyonları vb durumlarla ilgili olarak endişe duyma olasılıkları beklenen bir sonuçtur

Cimete'nin ⁷⁹ çalışmasında deney ve kontrol gruplarında eğitim düzeyleri ile kaygı puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur.

Bulamacı'nın ⁶⁹ çalışmasında annelerin kaygı puanlarının eğitim düzeyinden etkilenmediği tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin çalışma durumlarına göre kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 2.3).Çalışmanın yapıldığı yörede kadınların çalışma oranlarının düşük olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir ^{81,82}.Çalışmada yer alan çalışan anne oranının düşük olmasının (deney grubunda %25, Kontrol grubunda % 22.5) sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Yenidoğanların tanıtıcı özellikleri ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları karşılaştırıldığında; her iki grupta da cinsiyete ve gestasyon yaşına göre

annelerin kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 2.4). Ancak gestasyon yaşı büyük olan yenidoğan annelerinin kaygı puan ortalamalarının nispeten yüksek olmasının nedeni, 39-40 haftalık doğmuş olan yenidoğanların daha fazla yaşama şansına sahip olduklarının düşünülmesi ve bundan dolayı geleceğe yönelik endişelerin daha yoğun yaşanması olabilir. Cimete'nin⁷⁹ çalışmasında yer alan kontrol grubu annelerde çalışma bulgularına paralel bir bulgu elde edilmiştir. Kronolojik yaşı 2 gün olan yenidoğanların annelerinin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının deney grubunda 53.66 ± 8.23 , kontrol grubunda 55.00 olduğu ve gruplardaki diğer annelere göre daha kaygılı oldukları ancak aradaki farkın her iki grupta da önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 2.4). Kilosu 2500 gram ve üzerinde olan yenidoğana sahip annelerin kaygı puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve deney grubundaki annelerin kaygı puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) ancak kontrol grubundaki annelerin kaygı puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 2.4). Her iki grupta da kilosu daha fazla olan yenidoğanların annelerinin kaygı puan ortalamalarının daha yüksek çıkmış olması , annelerin kilosu fazla olan bebekler hakkında yaşama şansı açısından daha fazla ümit ve buna bağlı endişe duymalarından kaynaklanmış olabilir. Doğumda bebeğin kilosunun normal ya da normale yakın olarak tespit edilmesi ancak daha sonra bir sağlık sorunun çıkmış olması da sonuçta etkili olmuş olabilir. Altun da²⁴ yenidoğan ünitesine yatan bebek annelerinin hemşirelik bakım gereksinimleri adlı çalışmasında ağırlığı 2500 gram ve daha fazla olan bebeklerin annelerinin kilosu daha düşük bebek annelerine göre daha yüksek oranda üzüntü ve endişe yaşadıklarını bulmuştur.

Ailedeki çocuk sayısına göre annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda iki çocuğu olan annelerin puan ortalamaları (53.46 ± 5.37), kontrol grubunda ise bir çocuğu olan annelerin kaygı puan ortalamaları (51.66 ± 7.28) diğer gruplara göre daha yüksek olarak tespit edilmiş ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 2.5). Bu sonuçta ailedeki çocuk sayısından çok annelerin o anda hasta olan çocuğa yönelmiş olmalarının etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmada annelerin bakıma katılma durumları araştırılmış; annelerin tamamının yenidoğanın bakımına katıldıkları belirlenmiştir. Yenidoğanın beslenmesi ve genel temizliğinin anne tarafından yapılmasının nedeni araştırmanın yapıldığı klinikte yenidoğanların bireysel bakımlarının klinik politikası gereği refakat eden kişilere bırakılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu durum hem anneler hem de yenidoğanlar adına olumlu sonuçlar doğurabilir ve aile merkezli bakımında bir aşaması olarak kabul edilebilir. Ancak ailelerin eğitim gereksinimlerinin karşılanması gereklidir.

Brezilya ve İngiltere’de hastanede yatan çocuklara ailelerinin özellikle de annelerinin refakat etmeleri ve çocuklarının bakımına katılmaları yönetimler tarafından desteklenmektedir⁸³.

Yapılan birçok çalışmada ebeveynlerin en fazla hastanede ebeveynlik rollerinin değişimi ve bakıma katılamamalarından dolayı stres ve kaygı yaşadıklarını ve bakıma katılımın annelerin güvenlerini yeniden kazanmalarında, ebeveynlerin yaşadıkları stresin ve kaygının azaltılmasında önemli bir yeri olduğu ve çocukla etkileşimin ebeveynler tarafından bir başatme stratejisi olarak kullanıldığı belirtilmektedir^{17,18,41,44,79,84}.

Çalışma kapsamına alınan annelere hastanede çocuklarına refakat ederken kendileri ile ilgili ne gibi sorunları olduğu sorulmuş ,anneler hastanede yeterli dinlenme, uyuma olanakları bulamadıklarını, huzursuzluk duyduklarını ve bu ortamda yeterince beslenemediklerini ifade etmişlerdir. Yeterli dinlenemediğini ifade eden annelerin oranı deney grubunda %85, kontrol grubunda %82.5, huzursuz olduğunu belirten annelerin oranı deney grubunda %70 , kontrol grubunda %72.5 olarak saptanmıştır.Deney grubundaki annelerin %65'i, kontrol grubundaki annelerin %27.5'i beslenmelerinin yeterli olmadığını düşünmektedirler.

Bir kaynakta⁴⁵ yer alan bilgilere göre Virginia Henderson'un temel insan gereksinimleri arasında önemli yerleri olan yeterli yeme içme ile uyku ve istirahat gereksinimlerinin çalışmanın yapıldığı sırada fizyolojik ve ruhsal bakımdan duyarlı bir dönem yaşayan anneler tarafından sorun olarak belirtilmiş olması bulundukları ortam koşullarının annelerin gereksinimlerine uygun olmadığını düşündürmektedir. Bu gereksinimlerin karşılanmasına yardım etmek hemşirenin özgün fonksiyonudur. Çalışmanın yapıldığı klinikte annelerin dinlenmeleri, uyumaları ve yemek yemeleri için ayrı bir oda bulunmamakta anneler yenidoğanların odalarında bulunan yataklarda nöbetleşe dinlenmekte ve yemeklerini de aynı yatakların üzerinde yemektedirler.

Çalışma kapsamına alınan annelerin hastanede, refakatçiliğe ilişkin olarak yaşadıkları sorunlar ile kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; dinlenme ile ilgili sorun yaşamaları ile kaygı puan ortalamaları karşılaştırılan annelerden deney grubunda dinlenme ile ilgili sorunu olan ve olmayan annelerin kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz ($p>0.05$), kontrol grubunda ise önemli ($p<0.05$) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2.7). Kontrol grubunda tespit edilmiş olan bu farklılığın o andaki hasta sayısı,

diğer hasta ve refakatçilerin durumu gibi ortama bağlı koşullardan ya da annenin kendine özel sorunlarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Hastanede olmaktan dolayı huzursuz olduğunu ifade eden annelerin kaygı puan ortalamaları deney grubunda 53.64 ± 5.51 , kontrol grubunda 51.82 ± 7.80 olarak tespit edilmiş ve her iki grupta da aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 2.7).

Annelerin kendilerini pek huzurlu değilim, içimde bir huzursuzluk var şeklinde ifade etmeleri bir anlamda kaygılarının da dışa vurulma şekli olarak düşünülebilir. Literatürde yenidoğanın hastalığından dolayı annelerin kendilerini huzursuz, kaygılı, stresli, üzgün hissettiklerine dair bulgular yer almaktadır^{13,24,27,32}.

Beslenme ile ilgili sorunları olduğunu ifade eden anneler ile bu sorunu yaşamayan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 2.7).

Temel insan gereksinimlerinden bazılarını karşılamakta güçlük çeken annelerin kaygı puan ortalamalarının daha yüksek bulunmuş olması beklenen bir sonuçtur.

Altun²⁴ araştırmasında yenidoğan annelerinin büyük bir çoğunluğunun hastanede beslenme, uyku, dinlenme gibi gereksinimleri olduğunu ve bu gereksinimlere ilişkin hemşireden yardım beklentisinde olduklarını bulmuştur.

Annelere, bebekleri hastanede tedavi görürken kendilerinin evde olmayı isteyip istemedikleri sorulmuş, annelerin tamamının çocuklarının yanında olmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Annelerin büyük çoğunluğunun hastane ortamında çok da rahat koşullarda olmadıkları ve refakatçilikle ilgili birtakım sorunlar yaşadıkları düşünülürse her şeye rağmen çocuklarından ayrı olmayı istememeleri, çocuklarından ayrıldıkları takdirde ebeveynlik rollerinde değişim yaşayabilecekleri endişesini düşündürmektedir.

Annelerin hastaneye kabul anındaki duyguları incelendiğinde; deney grubundaki annelerin %42.5'inin korku ve endişe, % 30'unun üzüntü, %27.5'inin şaşkınlık yaşadıkları, kontrol grubundaki annelerin ise % 62.5'inin korku ve endişe, % 25'inin üzüntü, % 12.5'inin şaşkınlık yaşadıkları bulunmuştur. Kaygı puan ortalamaları ile yaşanan duygular karşılaştırıldığında gruplar arasında fark olmamasına rağmen, deney grubunda korku ve endişe yaşayanların durumluk kaygı-öntest puan ortalaması 53.88 ± 6.31 , kontrol grubunda da şaşkınlık yaşayan annelerin kaygı puan ortalaması 54.80 ± 5.63 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç her iki gruptaki annelerin de hala kendilerini bir belirsizlik ortamında hissediyor olmalarından kaynaklanmış olabilir ($p > 0.05$, Tablo 2.8). Altun da²⁴ çalışmasında çocuklarının yenidoğan ünitesine kabulünde 17 annenin endişe duygusunu yaşadığını bulmuştur. Yapılan benzer çalışmalarda da çocuklarının hastaneye yatırılması durumunda annelerin kaygı, korku, keder, hayal kırıklığı, güçsüzlük, suçluluk yaşadıkları bildirilmektedir^{64,85-88}.

Daha önce hastane deneyimi olmayan annelerin kaygı puan ortalamaları deney grubunda (53.32 ± 5.95) ve kontrol grubunda (51.21 ± 7.72) hastane deneyimi olan annelere göre daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$, Tablo 2.9). Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerden hastane deneyimi olmayanların kaygı puan ortalamalarının bu olayı deneyimlemiş olan gruba göre daha yüksek çıkmış olması literatürle uyum göstermektedir. Çünkü hastane deneyimi sınırlı olan ebeveynler için yenidoğanın hastaneye yatırılması ve yenidoğan ünitelerinin donanımı daha stres verici olmaktadır²⁷. Ancak Bulamacı⁶⁹ hastane deneyimi olan annelerin durumluk kaygı puan ortalamalarının deneyimi olmayan annelere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Akşit ve Cimete¹⁵ ise çalışmalarında hastane deneyiminin annelerin kaygı puanını etkilemediğini bulmuşlardır.

Çalışma kapsamına alınan annelerden daha önce herhangi bir çocuğunda yenidoğan sarılığını deneyimlemiş olan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları deney grubunda (49.80 ± 4.93) ve kontrol grubunda (50.30 ± 5.57) hastalığı deneyimlememiş olan gruba göre daha düşük bulunmuş ancak aradaki farkın önemsiz olduğu tespit edilmiştir ($p > 0.05$, Tablo 2.10). Hastalık deneyimi olan annelerin puan ortalamalarının diğer annelere göre daha düşük çıkmış olması, annelerin hastalığa, hastaneye, uygulanan tedaviye ve ortam koşullarına aşına olmalarından kaynaklanmış olabilir.

McKim'in⁶¹ prematüre bebek anneleri ile yaptığı çalışmada da annelerin daha önce geçirilmiş olan deneyimlerinin kaygıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.

Hasta olan yenidoğana kan değişimi yapılma durumuna göre annelerin kaygı puan ortalamaları araştırılmış ; deney grubunda olan annelerden bebeğine kan değişimi yapılmış olanların kaygı puan ortalamaları 55.33 ± 7.66 , kontrol grubunda bebeğine kan değişimi yapılmış olan annelerin kaygı puan ortalamaları 46.75 ± 10.01 olarak tespit edilmiş, çocuklarına kan değişimi yapılan ve yapılmayan grupların durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 2.11). Bu durum annelerin kan değişimi işleminin risklerinin farkında olmamalarından kaynaklanmış olabilir.

Yenidoğana yapılan girişimsel uygulamalardan (Kan alınması, enjeksiyon yapılması, tüp uygulanması vb.) etkilenen annelerin (bu uygulamalardan etkilenme durumları annelerin kendi subjektif ifadelerine göre belirlenmiştir) kaygı puan ortalamasının deney grubunda 53.33 ± 5.42 , kontrol grubunda 51.68 ± 6.53 olarak

bulunmuş ve her iki grupta da girişimlerden etkilenen annelerle bu durumdan etkilenmeyen annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur (Deney grubu $p<0.05$, kontrol grubu $p<0.01$ Tablo 2.12). Bu bulgu mevcut literatürle paralel bir bulgudur. Bilindiği gibi hiperbilirubinemi nedeni ile tedavi görmekte olan yenidoğanlara diğer muhtemel girişimlerden başka yalnız bilirubin tayini ve izleminden dolayı birçok kez girişimde bulunulmakta ve bu girişimler ebeveynler tarafından çoğu zaman stres verici olarak algılanmaktadır^{54,64,77,89}. Bu girişimlerin refakatçi pozisyonundaki anne tarafından ağrı verici girişimler olarak algılanması annelerin kaygı puanlarının artmasına neden olmuş olabilir.

Hastanede uygulanan tedaviye güvenen annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları deney grubunda 52.87 ± 5.53 , kontrol grubunda 50.61 ± 6.17 olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol gruplarında tedaviye güvendiğini ifade eden annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının tedaviye güvenmediğini belirten annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 13).

Annelerin laboratuvar sonuçlarına güvenme durumu ile durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan fark olmamakla birlikte laboratuvar sonuçlarına güvenen annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının laboratuvar sonuçlarına güvenmeyen annelerin durumluk kaygı puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu (deney grubunda 53.20 ± 5.28 , kontrol grubunda 51.00 ± 6.39) tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 14).

Bebeklerine uygulanan tedaviye ve laboratuvar sonuçlarına güvendiklerini ifade eden annelerin kaygı puan ortalamalarının güven duymayan annelere oranla daha yüksek çıkmış olması bir çelişki gibi görünüyorsa da bu durum araştırmacının da tedavi

ve bakımın uygulanmasından sorumlu bir sağlık personeli olarak algılanmış olabileceği nedeni ile bu soruların anneler tarafından objektif olarak yanıtlanmamış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Annelerin hastanede bebeklerine refakat ettikleri süre içinde en fazla destek aldıkları sağlık çalışanı araştırılmış ve durumluk-kaygı öntest puan ortalamaları ile karşılaştırılmış; deney grubunda 23 anne(%57.5) , kontrol grubunda 21 anne, (%52.5) en fazla destek aldığı kişinin doktor olduğunu ifade etmiştir. Ancak hemşireden büyük oranda destek gördüğünü ifade eden annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları deney grubunda 48.50 ± 3.78 , kontrol grubunda 48.66 ± 5.26 olmak üzere diğer gruplardan destek alan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarından daha düşük bulunmuş, gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$, Tablo 15). Bu bulgu hemşirelerin destekleyici girişimlerinin anneler tarafından algılanmış olması nedeni ile meslek adına sevindirici bir bulgudur. Ailelerin ve hastaların hemşirelerden birçok konuda destek bekledikleri ve bu desteğin hasta ve ailelerindeki kaygı, stres ve korkuyu azalttığına dair bulgular literatürde yer almaktadır^{24,41,79,85,90,91}.

Yenidoğanların sarılıklarının temelindeki neden ile annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubunda Rh uygunsuzluğuna bağlı hiperbilirubinemi nedeni ile tedavi görmekte olan yenidoğan annelerinin (53.12 ± 7.20) , kontrol grubuna giren annelerde ise ABO ya da subgrup uyumsuzluğu nedeni ile hiperbilirubinemi gelişen yenidoğan annelerinin durumluk kaygı puan ortalamaları daha yüksek (50.58 ± 8.82) bulunmuş, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$, Tablo 2.16).

Gerek deney gerekse kontrol grubunda kan uyumsuzluğu nedeni ile hiperbilirubinemi gelişen yenidoğanların annelerinin kaygı düzeylerinin, nedeni

belirlenemeyen yenidoğan hiperbilirubinemisi olan yenidoğan annelerine göre daha yüksek çıkmış olması annelerin kendilerini kan uyuşmazlığından sorumlu tutmaları ve suçlu hissetmelerinden kaynaklanmış olabilir. Bulgular literatürle uyum içerisindedir^{27,32}.

Bu bölümde elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmanın “annelerin durumluk kaygı düzeyleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında fark vardır” şeklindeki birinci hipotezi tamamen, “annelere ve yenidoğanlara ait bireysel özellikler ile bazı faktörler durumluk kaygı düzeyini etkiler” şeklindeki ikinci hipotezi kısmen doğrulanmıştır.

5.3.Deney ve kontrol grubunun öntest-sontest durumluk kaygı puan ortalamaları ve gruplar arası karşılaştırmalara ait bulguların tartışılması

Hemşire tarafından bilgi verilen annelerin oluşturduğu deney grubunun bilgilendirme öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamalarının karşılaştırması incelendiğinde durumluk kaygı-öntest puan ortalamasının 52.55 ± 5.49 , durumluk kaygı-sontest puan ortalaması 43.07 ± 7.88 olduğu ve aradaki farkın oldukça önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$, Tablo 3.1.). Bu bulgu hemşire tarafından yapılan bilgilendirmenin önemli ölçüde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çocukları hastaneye yatırılan ebeveynlerle yapılan bir çok çalışmada bilgi almanın kaygı ve stresi azalttığına dair bulgular yer almaktadır^{17,41,79}. Bu çalışmada da bu bulguları destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir.

Mc Grath ve Torres²³ bilgilendirilmenin ailelerin hakkı olduğunu bildirmişlerdir. Perlman ve arkadaşları⁹⁰ ile Cimete⁹¹ yaptıkları çalışmalarda ailelerin

ve annelerin çocuklarının hastalığı, tedavisi, prognozu ile ilgili her konuda bilgi istediklerini, Balling ve McCubbin⁹² bilginin , Miles ve arkadaşları⁹³, Cimete⁹⁹, Akşit ve Cimete¹⁵ hemşire desteğinin kaygı ve stresi azalttığını, Holditch⁹⁴ hemşirelerin ebeveynlerle iletişim kurarak ebeveynlerin stresini azaltmada önemli bir role sahip olduklarını bildirmişlerdir.

Kontrol grubunun durumluk kaygı öntest-sontest puan ortalamaları karşılaştırıldığında durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının 50.50 ± 7.36 , sontest puan ortalamalarının ise 50.27 ± 7.07 olduğu, aradaki farkın önemsiz olduğu ($p > 0.05$) bulunmuştur. Kontrol grubunda öntest-sontest puan ortalamaları arasında fark olmaması da deney grubunda yer alan annelerin kaygılarının azalmasında bilgilendirmenin etkili olduğunun bir göstergesi olarak düşünülmektedir.

Deney ve kontrol gruplarındaki annelerin çalışmanın sonundaki kaygı düzeylerini karşılaştırmak amacı ile her iki grubun durumluk kaygı-sontest kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki annelerin durumluk kaygı-sontest puan ortalamasının 43.07 ± 7.88 , kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı-sontest puan ortalamasının 50.27 ± 7.07 olduğu ve aradaki farkın oldukça önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Bu sonuç bilgi verilen grupla verilmeyen grup arasında kaygı puan ortalamaları bakımından ortaya çıkan farkın hemşire tarafından yapılan girişimden kaynaklandığını düşündürmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda eğitim verilen gruplarla verilmeyen gruplar arasında kaygı puanları açısından anlamlı farklar olduğunu gösteren bulgular yer almaktadır^{95,96}. Cimete'nin⁹¹ çalışmasında da destekleyici hemşirelik yaklaşımında bulunan deney grubu ile bir girişimde bulunulmayan kontrol grubu annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları arasında önemli fark bulunduğu ve

hemşirelik girişimlerinin deney grubu annelerin kaygısını azaltmada oldukça etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu bölümde yer alan sonuçlar araştırmanın “hemşire tarafından bilgi verilen (deney grubu) annelerin durumluk kaygı-sontest puan ortalamalarında, bilgi verilmeyen (kontrol grubu) annelerin durumluk kaygı-sontest puan ortalamalarına göre ve deney grubundaki annelerin sontest puan ortalamalarında öntest puan ortalamalarına göre bir azalma olacaktır” şeklindeki üçüncü hipotezini tamamen doğrulamaktadır.



6-SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hiperbilirubinemi nedeni ile hastaneye yatırılan yenidoğanların annelerinin kaygı düzeylerini, kaygıyı etkileyen faktörleri belirlemek ve bilgilendirmenin kaygı düzeyine etkisini saptamak amacı ile yapılan çalışmanın sonunda şu sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubu anneler arasında tanıtıcı özellikler yönünden fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 1.1).

Araştırma kapsamına alınan tüm annelerin grup içi durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 2.1). Çalışmanın başında durumluk ve sürekli kaygı puanları açısından deney ve kontrol grubu arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 2.2.).

Annelerin yaş ve çalışma durumları ile ailedeki çocuk sayısı ve ailenin sosyal güvence durumunun durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarını etkilemediği ($p>0.05$, Tablo 2.3, Tablo 2.5) ancak kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının annelerin eğitim durumundan etkilendiği belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 2.3) .

Yenidoğana ait özelliklerin çoğunun (cinsiyet, gestasyon yaşı, kronolojik yaş) annenin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarını etkilemediği, ancak kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının yenidoğanın ağırlığından etkilenmiş olduğu saptanmıştır ($p>0.05$,Tablo 2.4).

Annelerin refakatçilik esnasında birtakım sorunlar yaşadıkları (Tablo 2.6), deney ve kontrol grubu annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının refakatçilik

durumlarına eşlik eden sorunların çoğundan etkilenmiş oldukları ($p<0.05$, Tablo 2.7), bebeklerinin hastaneye kabul anında kendilerinin hissettikleri duygulardan ise etkilenmemiş oldukları bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 2.8).

Hastane ve hastalık deneyimi olan ve olmayan annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamaları arasında fark olmadığı ($p>0.05$, Tablo 2.9, Tablo 2.10) ve annelerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının yenidoğana kan değişimi yapılma durumundan etkilenmediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 2.11).

Çalışma kapsamına alınan annelerden çocuklarına uygulanan girişimsel uygulamalardan etkilendiğini ifade edenlerin durumluk kaygı-öntest puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın da önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 2.12). Annelerin tedaviye ve laboratuvar sonuçlarına güvenme durumu ile ($p>0.05$, Tablo 2.13, Tablo 2.14), hastanede en fazla destek alınan sağlık personelinin kimliğinden ($p>0.05$, Tablo 2.15) ve hastalığa neden olan faktörden etkilenmedikleri saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 2.16).

Çalışmada deney grubunda yer alan annelerin durumluk kaygı-öntest ve sontest puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0.001$, Tablo 3.1), kontrol grubunun durumluk kaygı öntest-sontest puan ortalamaları arasında ise fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 3.2). Deney grubu sontest kaygı puan ortalamaları ile kontrol grubu sontest kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın oldukça anlamlı olduğu ($p<0.001$, Tablo 3.3) belirlenmiştir.

Çalışma sonunda birinci ve üçüncü hipotez tamamen, ikinci hipotez ise kısmen doğrulanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yeni doğum yapmış postpartum dönemdeki annelere gereksinimlerini karşılayabilecekleri ve dinlenebilecekleri ortamların sağlanmaya çalışılması,
- Girişimsel uygulamalardan oldukça etkilendikleri belirlenen annelerin bu girişimler esnasında rahatlatılmaları ve başa çıkma mekanizmalarının öğretilmesi,
- Annelerin kaygılarının azaltılmasında oldukça etkili olduğu belirlenen ve hemşire tarafından yapılan bilgilendirmenin çalışmanın yapıldığı hastanenin ve bu konuda planlı bilgilendirme yapılmayan diğer sağlık kuruluşlarının rutinlerine alınması için gerekli girişimlerin yapılması, önerilebilir.



KAYNAKLAR

- 1-Arsan S. Yenidoğan sağlığı ve temel yenidoğan bakımı. XI.Neonatoloji Kongresi Kitabı. 25-28 Haziran 2001, Samsun:2-7
- 2-Küçüköyük Ş. Yenidoğan ve Hastalıkları. Ankara. Feryal matbaası, 1994; 400-429
- 3-Görak G, Erdoğan S, Savaşer S, Çakıroğlu S. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Eskişehir Açıköğretim Fakültesi Yayınları. Web-Ofset, 1996
- 4-[http:// www.medstudents.com.br /pedia / pedia](http://www.medstudents.com.br/pedia/pedia)
- 5-Blackburn S. Hyperbilirubinemia and neonatal jaundice.Neonatal Network 1995 ;14 (7) 15-25
- 6-[http://www.aap.org / policy /Hyperb.htm](http://www.aap.org/policy/Hyperb.htm)
- 7-Çoban A. Neonatal hiperbilirubinemde izlem. XI.Neonatoloji Kongresi Kitabı. 25-28 Haziran 2001, Samsun:121-130
- 8-Küçük Dikencik B, Kızılkaya N. Loğusalık bakım modelleri. Perinatoloji Dergisi 1999; 7 (3) : 233-237
- 9-Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara.Sistem Ofset, 1997
- 10-Kızılkaya N. Annelerin erken lohusalık dönemindeki ilgilerinin belirlenmesi. Perinatoloji Dergisi 1996 ;4 (4): 245-247
- 11-Hung CH, Chung HH. The effect of postpartum stres and social support an postpartum women's health status. Journal Of Advanced Nursing 2001; 36 (5): 676-684
- 12-Pasinlioğlu T. Doğum Sonu Dönem ve Sorunları, İçinden: Coşkun A, ed. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul. Birlik Ofset Ltd.Şti.,1996: 104-119
- 13-Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. Cilt II. Ankara. Çağın basın yayın san. ve tic.,1996:23-116

- 14-Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6. Basım, Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 1995
- 15-Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5 (2) : 25-36
- 16-Görak G. Psikososyal bakım, İçinden: Dağoğlu T, Görak G, eds. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. İstanbul. Nobel Matbaacılık, 2002: 775-792
- 17-Griffin T, Wishba C, Kavanaugh K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. Journal of Pediatric Nursing 1998; 13: 5: 290-295
- 18-Yiğit R. Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerine etkileri. Hemşire 1997; 17 (1) :21-28
- 19-Miles MS, Burchinal P, Holditch-Davis D, Brunssen S, Wilson SM. Perceptions of stress, worry, and support in black and white mothers of hospitalized, medically fragile infants. Journal of Pediatric Nursing 2002; 17 (2): 82-88
- 20-Murphy KM. Interactional styles of parents following the birth of a high-risk infant. Journal of Pediatric Nursing 1990; 5 (1): 33-41
- 21-Whaley LF, Wong DL. Nursing Care of Infants and Children I. St. Louis, Mosby Company, 1979: 249-354
- 22-Savaşır S. Prematüre ve doğumsal defekti olan yenidoğanlar ve aile güçlükleri. X. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kitabı. 26-30 Mart 2000: 220-224
- 23- McGrath J, Torres SC. Integrating family-centered developmental assessment and intervention into routine care in the neonatal intensive unit. Nursing Clinic of North America 1996; 31 (2): 367-383

- 24-Altun E. Yenidoğan Ünitesine Yatan Bebek Annelerinin Hemşirelik Bakım Gereksinimleri.C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas 1993
- 25-Karaman H, Eroğlu D, Karahan N, Ergenekon E, Koç E, Atalay Y. G.Ü.T.F YDYBÜ’de yatan bebeklerin ailelerine uygulanan aile memnuniyeti anketinin sonuçları. X. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kitabı. Antalya. 26-30 Mart 2000 :157
- 26-Haznedaroğlu D. Türkiye de yenidoğan sağlığının durumu ve yapılan çalışmalar. XI.Neonatoloji Kongresi Kitabı. 25-28 Haziran 2001, Samsun:1-6
- 27-Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt I. Ankara. Bizim basımevi, 1996
- 28-Augustine MC. Hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. Nurse Pract 1999; 24 (4):27
- 29-Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul. Alemdar ofset, 1995
- 30-Maisels MJ, Kring E. Length of stay, jaundice and hospital readmission. Pediatrics 1998;101 (6): 995-998
- 31-Savaşer S. Yenidoğan sarılıkları, İçinden: Conk Z, ed. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul. Birlik ofset, 1997: 196-204
- 32-Çavuşoğlu H. Kronik ve Ölümcül Hastalık Kavramları ile Hematolojik ve Onkolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. Ankara.Hürbilek mat.,1992:67-88
- 33-Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity and Women’s Health Care I St.Louis, Mosby Company ,1997: 515-516,580-582
- 34-Reiser D. Hyperbilirubinemia. Awhonn Lifelines 2001;5 (3):55-60
- 35-Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity and Women’s Health Care II. St.Louis, Mosby Company ,1997: 1043-1050 S

- 36-Sarıcı SÜ, Alpay F, Ünay B, Özcan O, Gökçay E. Comparision of the efficacy of conventional special blue light phototherapy and fiberoptic phototherapy in the management of neonatal hyperbilirubinemia. *Acta Paediatr* 1999; 88:1249-1253
- 37-.Donzelli GP, Moroni M, Pratesi S, Rapiserdi G , Agati G, Fusi F. Fiberoptic phototherapy in the management of jaundice in low birthweight neonates. *Acta Paediatr* 1996;85:366-370
- 38-Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediatrici*. Cilt 1. 3.Baskı İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri 2002.
- 39-Bayık A. Kadın sağlığı, İçinden: Erefe İ, ed. *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:14 İstanbul. Birlik ofset, 1998:1-12
- 40-Ford K, Turner S. Stories seldom told: paediatric nurses' experiences of caring for hospitalized children with special needs and their families. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33 (3): 288-295
- 41-Miles MS, Carlson J, Brunssen S. Nurse parent support tool .*Journal of Pediatric Nursing* 2001; 14 (1):44-50
- 42-De Jong MJ, Beatty DS .Family perceptions of support interventions in the intensive care unit. *Dimens of Crit Care Nurs* 2000;19 (5): 40-47
- 43-Smeltzer SC, Bare BG. *Medical-Surgical Nursing*.9th Edition, Philadelphia, Lippincot 2000.
- 44- La Montagne LL, Jhonson BD, Hepworth JT. Evolution of parental stres and coping process: A framework for critical care practice. *Journal of Pediatric Nursing* 1995; 10(4): 212-218
- 45-Birol L. *Hemşirelik süreci*. 4.baskı İzmir. Bozkaya mat.2000
- 46-Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. Eskişehir Açık Öğretim Fakültesi Yayınları; 1991

- 47-Işık E. Nevrozlar. Ankara. Baskı Kent Matbaa;1996
- 48-Pektekin Ç. Psikiyatri Hemşireliği,Eskişehir.Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Web Ofset; 1992
- 49-Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı.Boğaziçi Üni.yayınları. İstanbul, No:333, 1985
- 50-Carpenito LJ. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice.7th Edition. Philadelphia, Lippincott;1997
- 51-Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul. Alaş Ofset, 1999:323-343
- 52-Marriner A. Nursing Theorists and Their Work. St.Louis. The Mosby Company, 1986
- 53-Tiedeman ME. Anxiety responses of parents during and after the hospitalization of their 5 to 11 years old children, Journal of Pediatric Nursing 1997; 12 (2): 110-119
- 54-Hannon RP, Willis SK,Scrimshaw SC. Persistence of maternal concern surrounding neonatal jaundice. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155:1357-1363
- 55-Murray R, Zenter J. Nursing Assesment and Health Promotion Through The Life Span.Second Edition.London, Sydney, Toronto,Prentice Hall Inc,1979: 65-86
- 56-Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme Gelişme. İstanbul, Hilal Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş.,1992: 191-200
- 57-Van Horn E, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stres and responses. Dimens Crit Care Nurs 2000;19(4):40-49
- 58-Leung K, Chien W, Mackenzie AE. Needs of Chinese families of critically ill patients.Western Journal of Nursing Research 2000; 22 (7):826-840
- 59-İnanç N, Hatipoğlu S. Sağlıklı toplumlar için sağlıklı aile.Ankara.Damla mat, 1995:37-47

- 60-Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2 (1): 59-63
- 61-McKim LM. The information and support needs of mothers of premature infants. Journal of Pediatric Nursing 1993,8(4) :233-243
- 62-Orhan Özkan H. Erken Postpartum Dönemde Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2002
- 63-Fenwick J, Barclay L, Schmid V. Chatting : an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. Journal of Advanced Nursing 2001 ; 33(5): 583-593
- 64-Seideman R, Watson MA, Corff KE, Odle P, Haase J, Bowerman JL. Parent stres and coping in NICU and PICU. Journal of Pediatric Nursing 1997; 12 (3) :169-177
- 65-Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara, Sim Mat.1995
- 66-Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik, Ankara, Şahin Mat 1997.
- 67-Aksakoğlu G .Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi yayın komisyonu, 2001
- 68-Thomlinson PS, Thomlinson E, McAlpine C, Kirschbaum M. Clinical innovation for promoting family care in pediatric intensive care: demonstration, role modelling and reflective practice. Journal of Advanced Nursing 2002 ;38(2): 161-170
- 69-Bulamacı G. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan riskli yenidoğanların anne ve babalarındaki anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması.İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1999
- 70-Beydoğan HÖ. Öğretimi planlama ve değerlendirme. Erzurum. Eser ofset, 2001 :52-

- 71-Sönmez V. Öğretmen El Kitabı. 8.Baskı Ankara, Anı yay.,1999 :158-165
- 72-Akdur R. Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi (projelendirme, Uygulama, Rapor Yazma) .Ankara,1996
- 73-Büyüköztürk Ş. Deneysel Desenler öntest-sontest kontrol grubu desen ve veri analizi. Ankara. Pegem yayıncılık, 2001
- 74-Karataş N. Hemşirelik araştırmalarında etik. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2000; 1 :5-8
- 75-Fry ST. Hemşirelik Uygulamalarında Etik. Çev. Beyhan Bağ, Erzurum, Bakanlar Matbaacılık Tic. San. Ltd. Şti. 2000: 155-159
- 76-Babadağ K. Hemşirelik araştırmalarında etik. Hemşirelik Bülteni 1995; 9 (38) 1-11
- 77- Gagnon AJ,Waghorn K, Jones MA,Yang H. Indicators nurses employ in deciding to test for hyperbilirubinemia.JOGNN 2001;30(6): 626-633
- 78-Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi.Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 2001; 1 (1) :23-29
- 79-Cimete G. Sorunlu yenidoğan ebeveynlerinin stresle baş etmelerini destekleyici bir hemşirelik yaklaşım modeli. Hemşire 1996; 46 (6): 2-8
- 80-Brooten D, Gennaro S, Brown LP et al. Anxiety, depression, and hostility in mothers of preterm infants. Nursing Research 1988; 37 (4) :213-216
- 81-Çelebioğlu A, Yaman S. Erzurum il merkezinde 24 aylık çocuğu olan annelerin dış çıkarma dönemine ilişkin bilgileri ile bu dönemde yaptıkları uygulamalar.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999; 2 (1):44-52
- 82-Özyazıcıoğlu N. Erzurum İl Merkezinde 12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Büyütmeye İlişkin Yaptıkları Geleneksel Uygulamalar. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.Erzurum ,2000

- 83-Mc Grath JM. Building relationships with families in the NICU: Exploring the guarded alliance. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 2001;15 (3) :74-83
- 84-May KM, Hu J. Caregiving and help seeking by mothers of low birthweight infants and mothers of normal birthweight infants. *Public Health Nursing* 2000 ;17 (4): 273-279
- 85-Halstrom I, Runeson I, Elander G. An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. *Nurs Ethics* 2002;9 (2) : 202-214
- 86-Nystrom K, Axelsson K. Mothers' experiences related to separation from their newborns. *J OGNN* 2002 ;31(3) :275-282
- 87-Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonatal Netw* 2000; 19(5): 15-23
- 88-Doering LV, Dracup K, Moser D. Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high risk infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol* 1999 ;19(2): 132-137
- 89-Eroğlu D, Aydın H, Tok N, Ergenekon E, Koç E, Atalay Y. G.Ü.T.F. YDYBÜ'de yatan yenidoğanlara uygulanan invaziv girişimler. *X.Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı* . 26-30 Mart 2000 Antalya:153
- 90-Perlman NB, Freedman JL, Abramovitch R. Informational needs of parents of sick neonates. *Pediatrics* 1991; 88(3) :512-517
- 91-Cimete G. Çocuk ünitesindeki refakatçi annelerin duyguları, deneyimleri ve beklentileri: Anne günlükleri kullanılarak gerçekleştirilen kalitatif bir çalışma. *Hemşirelik forumu* 1998; 1(6):288-295

- 92- Balling K, McCubin M. Hospitalized children with chronic illness: Parental caregiving needs and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing* 2001; 16 (2) 110-119
- 93-Miles MS, Carlson J. Funk SG. Sources of support reported by mothers and fathers of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw*;15(3) : 45-52
- 94-Holditch-Davis P, Miles MS .Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw* 2000;19(3): 13-21
- 95-Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2 (1) : 20-26
- 96-Dönmez Z. Ameliyat olmak üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Erzurum, 1999 ; 181-185

EK-1**Soru Formu****1-Annenin yaşı**

1-15-19

2-20-24

3-25-29

4-30-34

5-35-39

2-Annenin eğitimi

1-Okur-yazar değil

2-Okur-yazar/ilkokul mezunu

3-Ortaokul-lise mezunu

4-Üniversite mezunu

3-Annenin çalışma durumu

1-Çalışan

2-Çalışmayan

4-Ailenin sosyal güvencesi var mı?

1-Evet

2-Hayır

5-Ailedeki çocuk sayısı

1-1

2-2

3-3

4-4

5-5 ve üstü

6-Bebeğin cinsiyeti

1-Erkek

2-Kız

7-Bebeğin yaşı (gün olarak)

8-Bebeğin gestasyon yaşı

1-37-38 hafta

2-39-40 hafta

9-Bebeği kilosu (gram)

1-2500 gramdan az

2-2500 gram ve üstü

10-Hastanede olmaktan dolayı sorun yaşıyor musunuz?

1-Evet

2-Hayır

11- (Yanıt evet ise)Ne gibi sorunlarınız var?

12-Bebeğiniz hastanede iken siz evde olmak ister miydiniz?

1-Evet

2-Hayır

13-Bebeğinizin bakımına yardımcı oluyor musunuz?

1-Evet

2-Hayır

14-Bebeğinizin hastaneye yatacağını öğrendiğinizde neler hissettiniz?

15-Daha önce kendiniz ya da aile üyelerinden biri nedeni ile hastanede kaldınız mı?

1-Evet

2-Hayır

16-Daha önce yenidoğan sarılığı geçiren çocuğunuz oldu mu?

1-Evet

2-Hayır

17-Bebeğinize kan değişimi yapıldı mı?

1-Evet

2-Hayır

18-Bebeğinize enjeksiyon yapılması, kan alınması sizi etkiliyor mu?

1-Evet

2-Hayır

19-Burada uygulanan tedaviye güveniyor musunuz ?

1-Evet

2-Hayır

20-Laboratuvar sonuçlarına güveniyor musunuz ?

1-Evet

2-Hayır

21-Burada hastane çalışanlarının hangisinden daha fazla destek görüyorsunuz?

22-Bebeğin sarılığının nedeni ?

1-Rh uygunsuzluğu

2-ABO yada subgrup uygunsuzluğu

3-Nedeni belli olmayan YDHB(Yenidoğan hiperbilirubinemisi)

EK-2

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra **şu anda** kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	<u>Hemen hiç</u>	<u>Biraz</u>	<u>Oldukça</u>	<u>Tamamen</u>
1-Kendimi sakin hissediyorum	1	2	3	4
2-Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4
3-Huzursuzum	1	2	3	4
4_Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5-Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
6-İçimde bir sıkıntı hissediyorum	1	2	3	4
7-İleride olabilecek kötü olayları düşünerek üzülmüyorum	1	2	3	4
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9-Kendimi kaygılı hissediyorum	1	2	3	4
10-Kendimi rahat içinde hissediyorum	1	2	3	4
11-Kendime güvenim olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
12-kendimi sinirli hissediyorum	1	2	3	4
13-İçimde bir huzursuzluk var	1	2	3	4
14-Çok gergin olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
15-Sükunet içindeyim	1	2	3	4
16-Halimden memnunum	1	2	3	4
17-Endişe içindeyim	1	2	3	4
18-Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	1	2	3	4
19-Kendimi neşeli hissediyorum	1	2	3	4
20-Keyfim yerinde	1	2	3	4

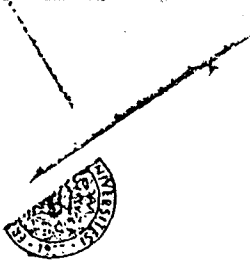
EK -3

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	Hiçbirzaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1-Keyfim yerinde	1	2	3	4
2-Çabuk yoruluyorum	1	2	3	4
3-Olur olmaz hallere ağlayacak gibi olurum	1	2	3	4
4-Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	1	2	3	4
5-Çabuk karar verdiğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
6-Kendimi dinç hissedirim	1	2	3	4
7-Sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım	1	2	3	4
8-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	1	2	3	4
9-Gerçekten çok önemli olmayan endişelerim var	1	2	3	4
10-Mutluyum	1	2	3	4
11-Her şeyi kötü tarafından alırım	1	2	3	4
12-Kendime güvenim yok	1	2	3	4
13-Kendimi güvende hissedirim	1	2	3	4
14-Kendimi hüznü (kederli) hissedirim	1	2	3	4
15-Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçırım	1	2	3	4
16-Hayatımdan memnunum	1	2	3	4
17-Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	1	2	3	4
18-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki unutamam	1	2	3	4
19-Tutarlı insanım	1	2	3	4
20-Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim	1	2	3	4

EK 4



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Süleyman Demirel Tıp Merkezi
SAĞLIK - ARAŞTIRMA ve UYGULAMA
MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 111

Erzurum 02...../05... 2001..

Konu : Anket uygulaması hk.

BAĞLANTILIK MAKAMINA

Üniversitemiz Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü elemanlarından
Arg. Gör. Ayda ÇELEBİOĞLU "Hiperbilirubinemi Tanısıyla Hastaneye yatırılan
Yenidoğan Bebeklerin Annelerinde Oligon Kaygı ve Bu Kaygıyı Azaltmada
Bilgilendirmenin Etkisi" konulu anket çalışması hakkında Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yenidoğan Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Rahmi
ÖKS'ün görüşlerini belirten yazı ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. Cahit KARACELLEOĞLU
Çoc. Sağ. Ve Has. A. B. D. Başkanı

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ERZURUM TİP MERKEZİ

İlgi: Rektörlük Personel Daire Başkanlığının 17.04.2001 tarih ve 1720 sayılı yazısı

Üniversitemiz Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü elemanlarından Ar. Gör. Ayda Çelebioğlu tarafından yapılacak olan **"Hiperbilirubinemi tanısıyla Hastaneye Yatırılan Yenidoğan Bebeklerin Annelerinde Gelişen Kaygı ve Bu Kaygıyı Azaltmada Bilgilendirmenin Etkisi"** konulu anket çalışması incelenmiştir.

Tedavi edici kurumlar olarak hastaneler günümüzde sadece hastaya tedavi hizmeti veren yani hastayı mevcut hastalığı ile organik değerlendiren bir anlayışla değil, hastayı sosyal çevresi ve psikolojik ortamı ile ele alan profesyonel hizmet alanları olarak değerlendirilmektedir. Bu anlayışın yerleşmesi ile hastaya yararlı olmak ve işletmecilik anlayışı içinde başarı kazanmak mümkün olabilir.

Bu çalışma bu anlayışın gerçekleştirilmesi yolunda yenidoğan ünitemize önemli bir katkı sağlayacaktır. Ashnda tedavi olarak basit prensiplere sahip sarılıklı bebeklerin yenidoğan ünitelerinde takibi, aile ve özellikle anne için ciddi bir stres kaynağıdır. Sarılıklı bebeklerle ilgili halk arasında yanlış ve kulaktan dolma bilgilerin bu stres ve anksiyeteyi daha da şiddetlendirdiği kesindir. İş yoğunluğu ve daha ciddi problemlili hastaların uğraşısı yanında hekimler tarafından bilgilendirme konusu bu hastalarda çoğu zaman eksik bırakılmakta, ailenin anksiyetesi gözden kaçmaktadır. Yenidoğan servislerinde çoğu kez ilımlı edildiğini düşündüğüm annenin bebeği hakkında bilgi sahibi olma ve tedavi hakkında aydınlatılma konusu çok önemlidir. Bu bilgilendirme işlemi tedaviyi yönlendiren hekim kadar hemşirenin de tedavi sırasında yapması gereken önemli bir görevdir.

Bu çalışma bu anlamda baştan beri ekip çalışması olarak yapılması gerektiğine inandığım özellikle yenidoğan bebeklerin bakım ve tedavisi konusunda, hemşireliğin rolünü ortaya çıkarması bakımından önemlidir. Ashnda hemşire, mesleki uygulama noktasında annenin psikolojik durumunu en yakından duyabilme konumundadır. Bu çalışma ile ünitemizde uygulama sırasındaki eksik veya yetersiz noktalara dikkat çekilecek ve önemli bir mesaj ortaya çıkacaktır diye düşünüyorum.

Söz konusu çalışma yenidoğan servislerinde önemli bir sorun olan sarılıklı bebeklerde aile-sağlık personeli ilişkilerini de irdelenecek bir çalışmadır. Çalışma öncesi ilgili öğretim görevlisi tarafından çalışmanın yapılabilirliği konusunda ön görüşme yapılmıştır. Bu çalışmanın modern anlamda olması gereken bebek annesi ve hemşire ilişkilerini servisimizde geliştirmeye katkıda bulunacağını düşünüyorum.

Çalışma ile ünitemizdeki bebeklerin anneleri hakkında demografik değerlendirme yapma, hastanede annenin psikolojik durumunun irdelenmesi ve tedavi ortamında durum tespitini sağlamanın yanı sıra her zaman düşündüğümüz Eğitim Hastanelerinde Hemşirelik Yüksek Okulu öğretim elemanlarının serviste aktif çalışmakta olan hemşirelerin mesleki formasyonunu geliştirme ve bu anlamda mezuniyet sonrası eğitime katkıda bulunma fonksiyonunu yerine getireceğini düşünüyorum. Bu çalışmayı bu yönüyle de eksikliğini duyduğumuz önemli bir boşluğun doldurulması anlamında önemli bir adım olarak görmekteyim.

Ayrıca anne ve bebek ikilisini birliktir ele alan arzuladığımız yenidoğan hemşireliği kavramına katkıda bulunacağına, mezuniyet sonrası eğitim alanı içinde yarar sağlayacağına inanıyorum. Çalışmanın yenidoğan bebeklerin hemşirelik bakımını geliştirmede katkı sağlayacağına inanıyorum. Son olarak gerçekten iyi düşünülmüş bu anket çalışmasının yürütülmesi sırasında Yenidoğan Bilim Dalı olarak her türlü yardım ve desteğe hazır olduğumuzu belirtmek istiyorum.

Doç. Dr. Rahmi Örs
Yenidoğan Bilim Dalı Başkanı

