



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBE-YL-2014-003**

**PREMATÜRE YENİDOĞANLARIN EBEVEYNLERİNE
UYGULANAN WEB TABANLI EĞİTİMİN BEBEĞİN
BAKIMINA YÖNELİK ÖZGÜVEN VE KAYGI
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Deniz BATMAN

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER**

AYDIN-2014

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBE-YL-2014-003**

**PREMATÜRE YENİDOĞANLARIN EBEVEYNLERİNE
UYGULANAN WEB TABANLI EĞİTİMİN BEBEĞİN
BAKIMINA YÖNELİK ÖZGÜVEN VE KAYGI
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Deniz BATMAN

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Sibel Şeker**

AYDIN-2014

T.C
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Deniz BATMAN tarafından hazırlanan **‘Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerine Uygulanan Web Tabanlı Eğitimin Bebeğin Bakımına Yönelik Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi’** başlıklı tez, 20/01/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı:

Üniversitesi:

İmzası:

1- Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

2- Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

3- Doç. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun.....sayılı kararıyla tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Teknoloji ve internet, tüm bilim alanlarını etkilediği gibi tıp alanını da etkilemektedir. Neonatal mortalitenin büyük kısmını oluşturan prematüre yenidoğanların yaşam şansları gelişen teknoloji sayesinde belirgin şekilde artış göstermektedir. Bir prematüre yenidoğan sağlık merkezinde ne kadar iyi bakım ve medikal tedavi almış olursa olsun, taburculuk sonrası evde yeterli bakım sağlanamazsa tekrar sağlık problemleriyle karşı karşıya kalabilir. Özellikle hastaneden taburcu olduktan sonra, ailenin prematüre bebekleriyle yalnız kalması ve sağlık profesyonellerinin desteğinin ortadan kalkmasıyla ebeveynler bebeklerine bakma konusunda tereddüt ve kaygı yaşayabilirler veya yanlış uygulamalarda bulunabilirler. Bu nedenlerle ebeveynler daha fazla destek ve bilgiye ihtiyaç duyabilirler. İnteraktif bir yöntem olan internetin kullanımı ile bu ebeveynlere bireysel ve çok boyutlu öğrenme ortamı sağlanabilir. Web ortamında verilecek eğitimle kişiler bilgi yönünden desteklenirken aynı zamanda anlamadıkları, çözemedikleri problemleri sorabilecekleri danışmanlık ortamı sağlanabilir. Bu yöntemin prematüre yenidoğanların aileleri için önemli bir başvuru kaynağı olarak kullanılabileceği umudu ile yapılmıştır. Ayrıca Türkiye’de internet ortamında prematüre yenidoğanlarla yürütülmüş bir çalışmaya rastlanmaması, benzer çalışma yapacak araştırmacılar için bu tezin bulgu ve sonuçları bir örnek oluşturmasını diliyorum.

Deniz BATMAN

Bu Yüksek Lisans Tezi Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından (ASYO- 13017) nolu proje ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
RESİMLER DİZİNİ	xi
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
1.GİRİŞ.....	1
1.2. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
1.4. Genel Bilgiler	6
1.4.1. Prematüritenin Tanımı ve Görülme Sıklığı.....	6
1.4.3. Prematürite Nedenleri	10
1.4.3. Prematürelerin Özellikleri	12
1.4.3.1. Prematürelerin Fiziksel Özellikleri.....	12
1.4.3.2. Prematürelerin Fizyolojik Özellikleri	13
1.4.4. Prematüritenin Komplikasyonları.....	14
1.4.5. Pretematüre Yenidoğanın Hastaneden Taburculuğu.....	18

1.4.6. Prematüreliliğin Ebeveynler Üzerine Etkileri	20
1.4.7. Pretematüre Yenidoğanın Taburculuk Sonrası İzlemi	23
1.4.8. Taburculuk Eğitimi ve Ebeveyn Desteği.....	24
1.4.9. Taburculuk Eğitimi ve Ebeveyn Desteğinde Ebenin Rolü.....	25
1.5. Prematüre Yenidoğana Sahip Olan Ebeveynlerde Özgüven Durumu.....	26
1.6. Prematüre Yenidoğana Sahip Olan Ebeveynlerde Kaygı Durum.....	27
1.7. Türkiye İnternet Kullanım Durumu.....	29
1.8. Web 1.0 ve Web 2.0 Teknolojileri.....	29
1.8.1. Sağlık Web Sitesi.....	30
1.8.1.1. Sağlık Web Sitelerinin Avantajları.....	32
1.8.1.2. Sağlık Web Sitelerinin Dezavantajları	33
1.8.1.3. Sağlık Web Sitelerinde Eğitim Planlarken Dikkate Alınması Gereken Konular.....	34
1.8.1.4. Sağlık Web Sitelerinin Eğitim Programı Geliştirme Basamakları.....	35
1.9. Web Tabanlı Taburculuk Eğitimi ve Ebeveyn Desteği.....	35
1.9.1. Ebenin Web Tabanlı Eğitimdeki Görevleri	36
 2. GEREÇ VE YÖNTEM	 37
2.1. Araştırmanın Şekli	37
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	37
2.3. Araştırmanın Zamanı	39
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	40
2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	43
2.6. Veri Toplama Araçları.....	44

2.7. Web Sayfası Eğitim İçeriğinin Hazırlanması.....	46
2.7.1. Web Sayfası Eğitim İçeriğinin Geliştirilmesi.....	47
2.7.2. Web Sayfasının Oluşturulması.....	50
2.8. Geliştirilen Web Sayfasının Yapısı.....	52
2.8.1. Yönetici Paneli.....	52
2.8.2. Üye Paneli.....	52
2.8.3. Web Sayfasının Genel Görünümü ve İçeriği.....	52
2.8.3.1. Ana Sayfa Menüsü.....	53
2.8.3.2. Bebek Radyosu Menüsü.....	54
2.8.3.3. Hakkımızda Menüsü	54
2.8.3.4. Bebek Kütüphanesi Menüsü	56
2.8.3.4.1. Kitap I	56
2.8.3.4.2. Kitap II	57
2.8.3.4.3. Kitap III.....	58
2.8.3.5. Bebeğin Mutfağı Menüsü.....	58
2.8.3.6. Bebeğin Banyosu Menüsü.....	59
2.8.3.7. Anket Soruları Menüsü.....	60
2.8.3.8. Üye Girişi Menüsü	61
2.8.3.9. Aşı Takvimi Menüsü.....	61
2.8.3.10. Soru Sor Menüsü.....	62
2.9. Web Sitesinin Eğitimde Kullanılması İçin Ön Uygulama.....	63
2.10. Araştırmanın Uygulanması.....	63
2.11. Verilerin Değerlendirilmesi/ İstatistiksel Analiz.....	66

2.12. Değişkenler.....	68
2.12.1. Bağımlı Değişkenler.....	68
2.12.2. Bağımsız Değişkenler.....	68
2.13. Araştırmanın Etik Yönü.....	68
3. BULGULAR.....	69
3.1. Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	69
3.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri ve Gebeliklerine İlişkin Verileri.....	72
3.3. Yenidoğanların Doğum ve Özelliklerine İlişkin Verileri.....	75
3.4. Ebeveynlerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Alma Durumları.....	79
3.5. Ebeveynlerin Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) PÖÖ ve BAÖ Puanları.....	80
3.6. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin ve Yenidoğanların İzlem Sonuçları.....	84
3.7. Çalışma Grubundaki Ebeveynlerin Web Sitelerinden Yararlanma Durumları.....	90
3.7.1. Çalışma Grubundaki Ebeveynlerin Araştırmanın Yürütüldüğü Web Sitesiyle İlgili Görüş ve Önerileri.....	92
3.8. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Taburculuk Sonrası Bebek Bakımına Yönelik Web Sitelerinden Yararlanma Durumları.....	93
4. TARTIŞMA	94
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	96
5.1. Sonuçlar.....	96
5.2. Öneriler.....	98

Sayfa

ÖZET.....	99
SUMMARY	101
KAYNAKLAR	103
ÖZGEÇMİŞ.....	122
TEŞEKKÜR.....	123
EKLER.....	124
EK 1. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Bir Yıllık Prematüre Doğum Sayısı.....	124
EK 2. Ebeveynleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu.....	125
EK 3. Pharis Özgüven Ölçeği.....	129
EK 4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	130
EK 5. Son Test Değerlendirme Formu.....	131
EK 6. Ebeveyn Onam Formu.....	133
EK 7. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu.....	134
EK 8. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	136
EK 9. Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı.....	137
EK 10. Çalışma Grubundaki Ebeveynlerin Bilgilendirilmiş Olur Metni ve Formu.....	138
EK 11. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Bilgilendirilmiş Olur Metni ve Formu.....	140

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP:	American Academy of Pediatrics
AGA:	Appropriate for Gestational Age
BAÖ:	Beck Anksiyete Ölçeği
BPD:	Bronkopulmoner displazi
ÇDDA:	Çok Düşük Doğum Ağırlığı
DDA:	Düşük Doğum Ağırlığı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ELBW:	Extremely Low Birth Weight
HTML:	Hypertext Transfer Protocol
KKH:	Konjenital Kalp Hastalığı
LBW:	Low Birth Weight
LGA:	Large for Gestational Age
PASW:	Predictive Analytics Software
PÖÖ:	Pharis Özgüven Ölçeği
SGA:	Small for Gestational Age
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
U:	Mann Whitney-U Testi
W:	Kendall'in Uyuşum Katsayısı
WHO:	World Health Organization
WWW:	World Wide Web
VLBW:	Very Low Birth Weight
YYBÜ:	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ÇİZELGELER

Sayfa

Çizelge 1.4.1.1. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre prematürelerin haftalarına göre sınıflandırılması.....	7
Çizelge 1.4.1.2. Prematüre yenidoğanların doğum ağırlıklarına göre sınıflandırılması.....	9
Çizelge 1.4.2.1. Prematürelğe neden olan faktörler.....	11
Çizelge 1.4.4.1. Ülkemizde 2011-2012 yılları günlük ve aylık bebek ölümlerinin sayı ve yüzdeleri.....	16
Çizelge 1.4.4.2. Sağlık Bakanlığı 2007, 2008 ve 2009 yıllarındaki yenidoğan ölümünün ilk beş nedeni.....	16
Çizelge 1.4.4.3. Prematüre yenidoğanların sorunları.....	17
Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler.....	39
Çizelge 2.7.1.1. Web sayfasında uygulanacak planlı eğitim içeriği ve uygulanma zamanı.....	47
Çizelge 2.7.1.2. Uzmanların eğitim materyaline verdiği puanların ortalama, standart sapma ve min-max değerleri.....	49
Çizelge 2.7.1.3. Eğitim materyali içerik geçerliliği değerleri.....	50
Çizelge 2.10.1. Araştırmanın uygulanması.....	63
Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin yaş ortalamalarına göre dağılımları.....	69
Çizelge 3.1.2. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları.....	70

Çizelge 3.2.1. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları.....	72
Çizelge 3.2.2. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin son gebeliğe ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	73
Çizelge 3.3.1. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların özellikleri.....	75
Çizelge 3.3.2. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların doğumdaki bazı özellikleri ve hastanede yatış sürelerinin ortalamaları.....	77
Çizelge 3.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim öncesi bebek bakımına ilişkin bilgi alma durumları.....	79
Çizelge 3.5.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim öncesi PÖÖ ve BAÖ puan ortalamaları.....	80
Çizelge 3.5.2. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim sonrası PÖÖ ve BAÖ puanlar.....	81
Çizelge 3.6.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin taburculuktan sonra (son test) bebek bakımına yönelik sorun yaşama ve yeterlilik durumları	84
Çizelge 3.6.2. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların taburculuktan sonra (son test) sağlık durumları.....	86
Çizelge 3.6.3. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin taburculuktan sonra (son test) bebek bakımına yönelik bilgi alma kaynakları.....	88

RESİMLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Resim 2.8.3.1. Web sitesinin açılış sayfası görüntüsü.....	53
Resim 2.8.3.1.1. Web sitesinde ana sayfa görüntüsü.....	53
Resim 2.8.3.2.1. Web sitesi açılış sayfasında yer alan bebek radyosu bölümü görüntüsü.....	54
Resim 2.8.3.3.1. Web sitesinin site hakkında bölümünün görüntü.....	55
Resim 2.8.3.3.2. Web sitesinin biz kimiz bölümünün görüntüsü.....	55
Resim 2.8.3.4.1.1. Bebek kütüphanesi- kitap I' in web sayfasında görüntüsü.....	57
Resim 2.8.3.5.1.1. Bebeğin mutfağı menüsünün web sayfasında görüntüsü.....	59
Resim 2.8.3.7.1. Pharis Öz-güven ölçeğinin web sayfasında görüntüsü.....	60
Resim 2.8.3.7.2. Son-test değerlendirme formu sorularının web sayfasında görüntüsü.....	60
Resim 2.8.3.8.1. Üye girişi menüsünün web sayfasında görüntüsü.....	61
Resim 2.8.3.9.1. Aşı takvimi menüsünün web sayfasında görüntüsü.....	62
Resim 2.8.3.10.1. Soru sor menüsünün web sayfasında görüntüsü.....	62

GRAFİKLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Grafik 3.5.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin ön test ve son test PÖÖ puan ortalamaları	82
Grafik 3.5.2. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin ön test ve son test BAÖ puan ortalamaları	83
Grafik 3.7.1. Çalışma grubundaki ebeveynlerin araştırmanın yürütüldüğü web sitesinden yararlanma durumları	90
Grafik 3.7.2. Çalışma grubundaki ebeveynlerin araştırmanın yürütüldüğü web sitesinden başka web sitesinden yararlanma durumları.....	91

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.2.1.1. Prematüre bebeklerde gestasyon haftasına göre morbidite riski.....	8
Şekil 1.2.1.3. Lubchenko'nun intrauterin büyüme eğrisi.....	10
Şekil 1.2.4.1. Türkiye'de yıllara göre bebek ölüm hızı.....	15
Şekil 2.4.1. Örnekleme alınan ve araştırmaya dahil edilmeyen ebeveynlere ilişkin veriler.....	42

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda, klinik ve teknolojik ilerlemelerle birlikte prematüre yenidoğanların yaşam oranları artmış, ancak bu durum beraberinde artmış morbiditeyi getirmiştir. Prematüre yenidoğanlara yaklaşımda komplikasyonların tedavisi, sekelsiz normal bir yaşam sağlama, yenidoğan ünitelerinde ve taburculuk sonrası düzenli takipler çok önemlidir (Çiçek ve ark 2005, Yıldırım 2009).

Psikolojik açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyeleri bebeğin doğumu ile birlikte yüksek oranda kaygı, korku, güvensizlik yaşarlar ve kendi bireysel çözüm ve deneyimlerini kullanarak bu durumlarla baş etmeye çalışırlar. Bebeğin anneden ayrılması, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine (YYBÜ) yatırılması, annenin bebeğinin sağlığı ve görünümü hakkındaki korkularını hızla artırabilir, aile için bir kriz olarak yorumlanabilir (Brazy ve ark 2001, Seguin 2005, İşler 2007, Erdev ve ark 2008).

Prematüre bebek ailelerinin evdeki ebeveynlik yeterlilikleri konusunda matür bebeği olan ailelere göre kendilerine daha az güvendikleri, bebeğin bakımına aktif olarak katılmaktan çok seyirci olarak izlemeyi tercih ettikleri bildirilmektedir (Ritchie 2002). Özkan ve Polat (2011)'in araştırmalarında planlı eğitim uygulanan çalışma grubundaki annelerin doğumdan sonra 4. aya kadar bakıma yönelik özgüvenlerinde artış belirlenirken, müdahale edilmeyen kontrol grubundakilerin bakıma yönelik özgüvenlerinde değişiklik olmadığı bildirmiştir. Kuo ve arkadaşlarının (2009), yenidoğan bakımıyla ilgili web tabanlı eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği benzer bir diğer araştırmada, eğitim sonrası çalışma grubundaki annelerin özgüven puanının kontrol grubundaki annelerin puanından yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bebek yoğun bakım ünitesindeyken, ebeveynlerin bebeğin bakımına katılmaları da zorlaşır. Bu durumda ebeveynlerin sıklıkla yaşadıkları olumsuz duygulardan birisi de kaygıdır (Çalışır ve ark 2008). Ukpong ve arkadaşları (2003), prematüre bebeklerin annelerinde kaygı ve depresyon sıklıklarını term bebeklerin annelerinden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmalarında, prematüre bebeği olan annelerde kaygının belirgin şekilde artmış olduğu saptanmıştır.

Ailenin, kaygıları bebeğin doğduğu ilk günlerde ve taburculuk aşamalarında artmaktadır. Ebeveynler bebeğe zarar verebileceği korkusuyla ona dokunmaktan bile kaçınabilir. Bebek bakımına katılmaları ise oldukça zor ve kaygı yaratıcı olabilmektedir (Gennore ve ark 1990). Taburculuğu gerçekleştirmiş prematüre yenidoğanların hastane dışında yeterli bakım alabilmesi, sağlığını sürdürebilmesi için aileye yeterli eğitim verilmiş, bebeğine bağımsız bakabiliyor, olumsuz ya da olağan dışı durumları ayırt edebiliyor olması gerekir.

Prematüre yenidoğanlar fizyolojik ve yapısal olarak matür yenidoğanlardan farklıdır ve sağlık sorunu yaşama konusunda daha duyarlıdırlar. Düzenli bir destek ve yeterli danışmanlık sağlanmazsa prematüre bebeklerin sağlığı bozulur. Bu durumun erken fark edilememesi sonucu hastaneye tekrar yatış riski artabilir. Literatürde taburculuktan sonra en yaygın hastaneye yatış nedenlerinin sarılık, teşhis edilen veya şüphelenilen enfeksiyon, besleme sorunları, gelişim problemleri ve apne, hiperbilirubinemi, ateş, solunum problemi ve hipotermi olduğu bildirilmiştir (Wang ve ark 2004, Jain ve Cheng 2006).

Turan ve Bolışık'ın, (2003) prematüre bebeği olan annelere serviste yapılan planlı eğitimin bebek üzerine etkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada kontrole gelme aşamasında pişik, ağızda pamukçuk ve konak gibi sağlık sorunları görülmüş, kilo alma yönünden değerlendirilmiş ve planlı eğitim verilen grubu destekleyen bir fark bulunmuştur. Kaynak'ın (2011) YYBÜ'de bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik yaptığı çalışmada, annelerin yenidoğan bebek bakımına yönelik özellikle yenidoğanın beslenmesi, banyo gereksinimi, ağız ve göz bakımı, perine temizliği, emzik kullanımı, kullanılan eşyaların temizliği, gaz ve sancı gibi konularda bilgi gereksinimlerinin olduğu bildirilmiştir.

Prematüre yenidoğanın yaşam süresi üzerine olumlu etkiler sağlayan klinik ve teknolojik gelişmeler aynı zamanda sağlık eğitimi kavramını da etkilemiştir. Geçmişte yüz yüze, birebir ya da gruplar halinde verilen sağlık eğitimi yaygınlaşan internet kullanımından etkilenmiş web tabanlı sağlık eğitimini ortaya çıkarmıştır.

İhtiyaçların yönlerinin değişmesiyle hane başına düşen teknoloji ürünlerinin artması, bilgisayar ve internet kullanabilme insanlar için büyük bir adımdır. Yakın tarihte belirli hanelerin sahip olabildiği ve erişebildiği internet günümüzde yaygın hale gelmiştir. 2012 yılı Nisan ayında gerçekleştirilen Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre Türkiye genelinde hanelerin %47,2'si internet erişim imkânına sahiptir (TUIK 2012). İnternetin en sık kullanıldığı alanlardan birisi sağlıkla ilgili konularda bilgi arayışıdır (Demirel ve ark 2009).

Sağlık alanındaki birçok gelişme ve değişmeden haberdar olan birçok insan problemlerini sorgulamada sağlık merkezlerine başvurmak yerine web ortamında merakını gidermekte ve çözüm yolları aramaktadır. Bu artışın oluşturduğu talep sağlık profesyonelleri tarafından karşılanmaya çalışılmaktadır. Gerekli denetimin olmaması insanların yanlış bilgiye ulaşmasına ve bu durumun sağlığı olumsuz yönde etkilemesine neden olabilir.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2011) verileri incelendiğinde 100 bin kişiye düşen ebe ve hemşire sayısı, üst gelir grubu ülkelerde 708, dünya genelinde 281 ve Türkiye'de 237 kişi olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar ülkemizde ebe/hemşire sayısının yetersizliğini göstermektedir. Sağlık personelinin yetersizliği, zaman kısıtlılığı nedeniyle yüz yüze sağlık eğitimine yeterince zaman ayıramaması ve insanların sağlıklarıyla ilgili daha fazla bilgi edinme gereksinimi internetten sağlık bilgi arayışını artırmıştır (Demir ve Gözümlü 2011).

Kullanıcılar sağlıkla ilgili birçok farklı nedenden dolayı interneti tercih etmektedirler. Bazı hastalıklar veya tedaviler hakkında bilgi almak, yeni veya alternatif tedavi seçeneklerini aramak, teşhis edilen bir hastalığın nedenleri ve sürecini anlamak, destek gruplarını araştırmak ve onlarla bağlantı kurmak başlıca nedenlerdir (Craan ve Oleske 2002). Kuo ve arkadaşlarının (2009), bir internet eğitim programının yenidoğan bakımına etkilerini değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmada, primipar gebelere 32-34.

gebelik haftalarında web tabanlı yenidoğan bakımı eğitimi verilmiş ve sonuçta internet yoluyla yenidoğan bakımı ile ilgili daha kapsamlı bakım bilgisi verilebileceği ve annelik güvenine katkı sağladığı bildirilmiştir.

Prematüre yenidoğanların taburculuk sonrası evde bakımı ile ilgili verilen eğitimde, ailelerin yeterli bilgilendirilememesi, bilgilerin unutulması, tekrarına ihtiyaç duyulması, verilen eğitimler dışında yeni bir sorunla karşı karşıya kalınması, soru sormada ve tekrarını istemede çekinme gibi sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu nedenle birçok aile internet üzerinden bilgi arayışına girebilmektedir. Bakımı ve büyütülmesi zorlu bir süreç olarak değerlendirilen prematüre yenidoğanlar için ailelerin taburculuk sonrası eğitimi daha uzun bir döneme yayılarak, sonuçlarının da değerlendirileceği web tabanlı eğitim yapılabilir.

Türk Ebeler Derneği (2011), ebelerin çalışma alanlarını doğumevleri, temel sağlık eğitimi verilen tüm kurumlar, doğumhaneler, yataklı tedavi kurumlarındaki doğum ve jinekolojiye ait servisler, yenidoğan servisleri, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezleri, infertilite merkezleri olarak tanımlamaktadır. Ancak ülkemizde ebelerin YYBÜ’de çalıştıkları bilinmektedir. Altay ve arkadaşları (2013), Neonatoloji Hemşireliği Derneği’ne üye olan yenidoğan yoğun bakım çalışanlarının % 28,5’inin ebe olduğunu bildirmişler. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen “Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelik Sertifika Programı”na ikinci veya üçüncü düzey YYBÜ’de çalışmakta olan veya çalışması planlanan ebe, hemşire ve sağlık memurlarının katılabileceği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2009). Bütün bunlar ebelerin YYBÜ’de önemli sorumluluklarının da bulunduğunu göstermektedir.

Literatürde ebe/hemşireden alınan sosyal desteğin ailelerin prematüre bebekleriyle ilgili kaygı düzeyini azalttığı belirtilmiştir (Holditch ve Miles 2000, Cox ve Bialoskurski 2001). Ebe/hemşireler eğitim ve danışmanlık hizmetlerini web tabanlı eğitim yöntemini kullanarak daha etkili bir biçimde sunabilirler.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, prematüre yenidoğanların ebeveynlerine verilen web tabanlı eğitimin yenidoğanın bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₁: Web tabanlı eğitim uygulanan ve uygulanmayan prematüre yenidoğanların ebeveynlerinin bebek bakımına yönelik özgüven puanları arasında fark yoktur.

H₀₂: Web tabanlı eğitim uygulanan ve uygulanmayan prematüre yenidoğanların ebeveynlerinin kaygı puanları arasında fark yoktur.

1.4. Genel Bilgiler

1.4.1. Prematüritenin Tanımı ve Görülme Sıklığı

Normal gebelik (gestasyon) süresi annenin son adet tarihinden doğuma kadar geçen zamandır. Bu süre normalde 38 ile 42 hafta arasında değişebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, son adet tarihinin ilk gününden itibaren 37. gestasyonel haftasını tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak kabul edilmektedir (WHO 2013).

DSÖ (2012), tarafından yayınlanan ve 184 ülkenin yer aldığı “Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth- Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu”nda, dünyada prematüre doğum oranlarının % 5-18 arasında değişmekte olduğu ifade edilirken, ülkemizin 2010 yılı canlı doğum sayısı 1,298,300, prematüre doğum oranı ise %11,97 olarak bildirilmiştir (WHO 2012).

Prematüre doğum sadece düşük gelirli ülkelerle sınırlı değildir. En fazla prematüre doğum oranına sahip ilk 10 ülke arasında Amerika Birleşik Devletleri ve Brezilya da yer almaktadır (WHO 2012);

Dünya genelinde, her 100 doğum için prematüre doğum oranları karşılaştırıldığında Malavi %18,1 ile en yüksek, Beyaz-Rusya %4,1 ile en düşük prematüre doğum oranına sahiptir. Türkiye’deki prematüre doğum oranı, diğer ülkelerin oranlarıyla karşılaştırıldığında %12 ile 53. sırada yer almaktadır. Tayland, ABD ve Somali’deki oranlar da Türkiye ile aynıdır (WHO 2012)

Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olmak açısından prematüreler gestasyon yaşlarına ve ağırlıklarına göre gruplanmaktadır. DSÖ prematüre yenidoğanları gestasyon haftasına göre Çizelge 1.4.1.1’de belirtildiği şekilde gruplamaktadır (WHO 2012).

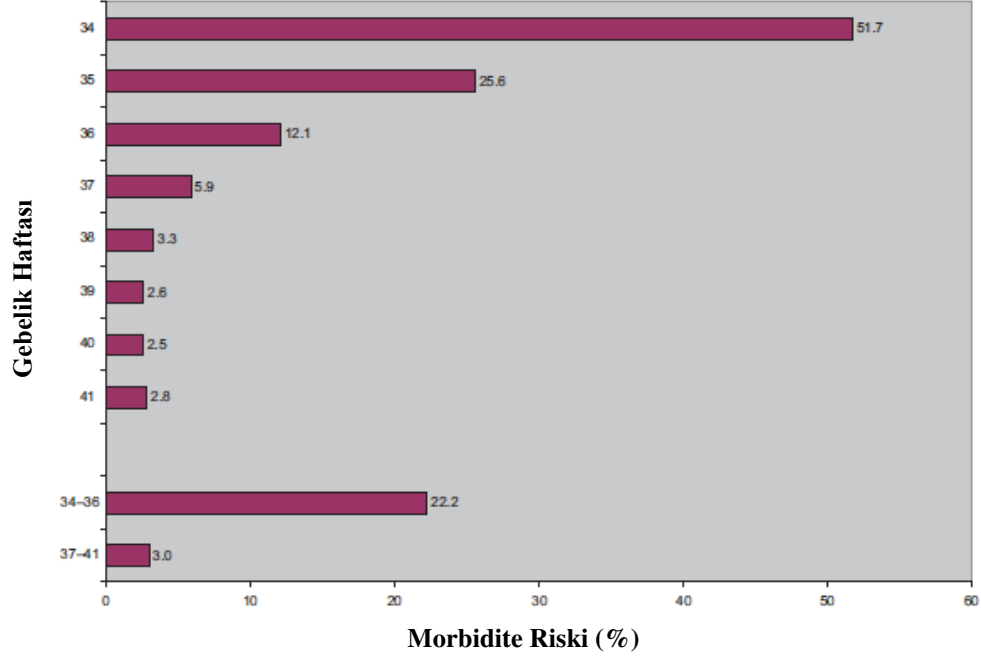
Çizelge 1.4.1.1. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre prematürelerin gestasyon haftalarına göre sınıflandırılması

Prematüre Grubu	Gestasyon Haftası	Özelliği
İleri derecede prematüre	< 28 hafta	• Bu bebeklerin hayatta kalmaları için çok yoğun ve maliyeti yüksek bakım gereklidir. • Gelişmiş ülkelerde, bu bebeklerin % 90'ı, ve gelişmekte olan ülkelere ise sadece % 10'u hayatta kalabilmektedir. Ancak, bu bebeklerde yaşam boyu fiziksel, nörolojik ve öğrenme güçlüğü meydana gelebilir.
Orta derece prematüre	28-<32 hafta	• Bu bebeklere ekstra destekleyici bakım gereklidir. • Destekleyici bakımla çoğu hayatta kalabilir.
Sınırdaki prematüre	32-37 hafta	• Toplam prematüre doğumların % 84'ünü oluşturur. • Destek tedavisi ile hayatta kalabilirler.

Bir başka sınıflandırma ise ileri derecede prematüre (gestasyon yaşı 24-31 hafta), orta derece prematüre (gestasyon yaşı 32-36 hafta), sınırdaki prematüre (37 haftalık) olarak yapılmaktadır (Dağoğlu ve Görak 2002, Önal ve Türkyılmaz 2005, Can ve İnce 2010).

DSÖ'nün Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda yer verilen, 41 ülkeyi kapsayan ve 1990-2010 yılları arasında doğan prematürelerin gestasyon haftalarına göre dağılımlarının tüm prematürelere oranı; sınırdaki prematüre %84,3, orta derece prematüre %10,4 ve ileri derecede prematüre %5,2 şeklinde bildirilmiştir (WHO 2012).

Prematürelerin gestasyonel haftasına göre özelliklerindeki farklılıklar gibi mortalite ve morbidite riskleri de değişmektedir. Shapiro ve arkadaşları (2008), prematüre bebeklerde morbidite riskinin azalan her gestasyon haftası için yaklaşık iki kat artış gösterdiğini bildirmişlerdir (Şekil 1.4.1.1).



Şekil 1.4.1.1. Prematüre bebeklerde gestasyonel haftasına göre morbidite riski (Shapiro 2008).

Prematüre doğan bebekler düşük doğum ağırlıklı olsa da, düşük doğum ağırlıklı her bebek prematüre olmayabilmektedir (Sola ve Diken 2008). Prematüre yenidoğanlar doğum ağırlığına göre üç gruba ayrılmaktadır (Çizelge 1.4.1.2) (Yurdakök ve ark 2003, Xu ve Filler 2005).

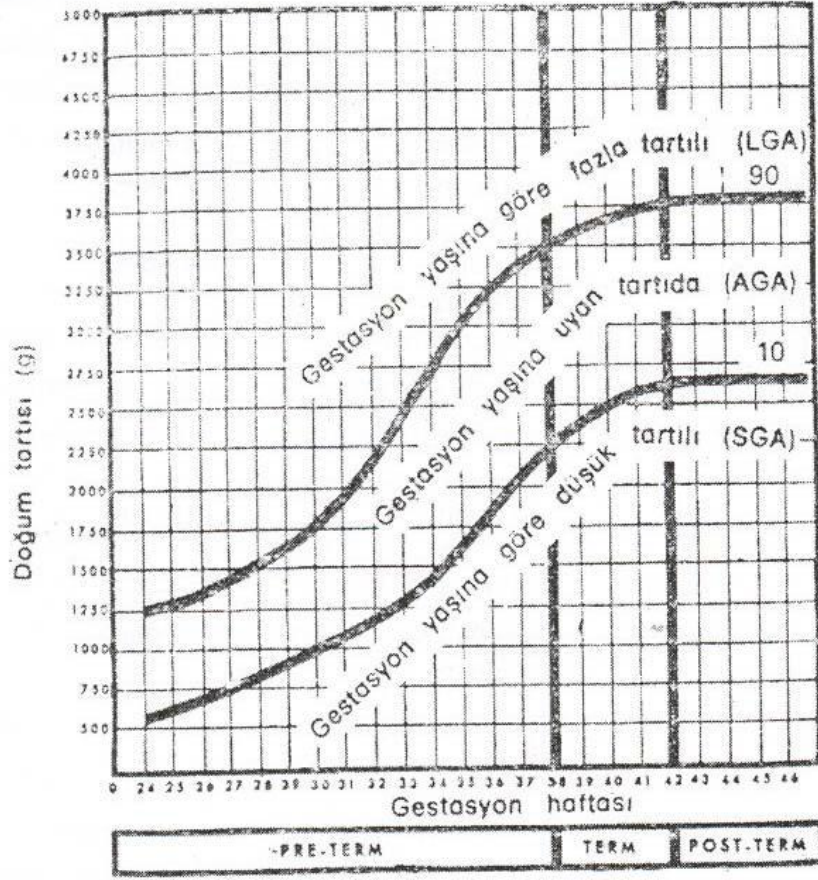
Çizelge 1.4.1.2. Prematüre yenidoğanların doğum ağırlıklarına göre sınıflandırılması

Yer Aldığı Grup	Doğum Ağırlığı
Düşük doğum ağırlıklı – DDA (<i>Low Birth Weight – LBW</i>)	1500-2500 gr
Çok düşük doğum ağırlıklı – ÇDDA (<i>Very Low Birth Weight – VLBW</i>)	1000-1500 gr
Aşırı düşük doğum ağırlıklı – ADDA (<i>Extremely Low Birth Weight – ELBW</i>)	< 1000 gr

Güran ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada doğum ağırlığı <1500gr olan yenidoğanlarda doğum kilosu azaldıkça mortalitenin arttığını bildirmişlerdir. Özkan ve arkadaşları (2009)'nın çalışmasında 2500 gr'ın altındaki bebeklerin 2500 gr ve üstü bebeklere oranla ölüm riskinin 4,71 kat arttığı bildirilmiştir.

Yenidoğan bebekler gestasyonel haftalarına (GH) ve gestasyonel ağırlıklarına göre değerlendirilmelidir. Lubchenco intrauterin büyüme eğrileri (Şekil 1.4.1.2) ile intrauterin büyüme ve gelişmesi değerlendirilen yenidoğan bebekler 3 gruba ayrılır (Lubchenco ve ark 1963):

- Small for Gestational Age (SGA): GH'na göre tartısı 10. percentilin altında olan bebekler,
- Appropriate for Gestational Age (AGA): GH'na göre tartısı 10-90. percentildeki bebekler,
- Large for Gestational Age (LGA): GH'na göre tartısı 90. percentilin üzerindeki bebeklerdir.



Şekil 1.4.1.2. Lubchenko'nun intrauterin büyüme eğrisi

1.4.2. Prematürite Nedenleri

Preterm doğumların nedenleri kesin olarak bilinmemekle birlikte, preterm doğumda etyoloji multifaktöriyeldir ve fetal, plasental, uterin ve maternal faktörler arasında kompleks etkileşim sonucu oluşur (Olds ve ark 2000, Çetingöz 2007, Canbak 2009, WHO 2012). Çizelge 1.4.2.1'de prematürelğe neden olan faktörler verilmiştir.

Çizelge 1.4.2.1. Prematürelliğe neden olan faktörler

Fetus İle İlgili Nedenler	Uterus ve Plasenta İle İlgili Nedenler	Diğer Nedenler
• Fetal distres • Multifetal gebelik • Non immun hidrops • Eritroblastosis • Konjenital fetal anomaliler	• Uterus problem/anomalileri • Plasental yetmezlik • Plasenta previa • Abruptio plasenta • Plasenta patolojileri	• Erken membran rüptürü • Polihidramnios • Oligohidramnios • Genetik faktörler • İatrojenik
Maternal Nedenler		
• Servikal yetmezlik • Preeklampsi • Kronik hastalık (Siyanotik kalp hastalığı, böbrek hastalıkları, diabetes mellitus, hipertansiyon, genitoüriner enfeksiyonlar, hipertiroidi, astım, şiddetli anemi vb) • Enfeksiyon (Listeria monositogenez, grup B streptokoklar, üriner sistem enfeksiyonları, bakteriyel vajinosis, korioamnionit vb) • Stres, şiddete maruz kalma, yanık veya travma • Önceki gebeliklerde abortus anamnezi • Sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi kötü sosyal alışkanlıklar • Daha önce preterm doğum öyküsü • Prenatal bakım ve takip eksikliği • Anne yaşının 16'dan küçük, 35'ten büyük olması, sık doğum (2 yıldan kısa aralıklarla) • Hepatit • Düşük sosyoekonomik-kültür ve eğitim düzeyi • Cerrahi girişimler • Malnütrisyon veya obezite		

1.4.3. Prematürelerin Özellikleri

Prematürelerin özellikleri onların karşılaştığı sorunların da birer nedenidir (Canbak 2009). Prematüre bebeklere en doğru bakımı verebilmek, bebekte gelişen olağan ve olağan dışı durumları fark edebilmek, ebeveynleri taburculuğa hazırlarken eğitimlerde bebeklerin özelliklerine de yer vererek ebeveynlerin normal ve normaldışı durumları öngörebilmesi açısından prematüre bebeklerin özelliklerini bilmek önemlidir.

1.4.3.1. Prematürelerin Fiziksel Özellikleri

Prematüre yenidoğanlar, matür doğanlardan çeşitli yönlerden farklıdır. Bu bebeklerin fiziksel özellikleri aşağıda belirtildiği şekilde sıralanabilir (Quinn 2005, Rennie 2005, Bayram 2006);

- Gözler iri ve belirgin, baş büyüktür. Başın gövdeye oranının normal yenidoğana kıyasla büyük olması prematüre megasefalisi olarak adlandırılmaktadır.
- Fontanel geniş, burun kökü basık, kulak kıkırdağı yumuşak ve kıvrım sayısı azdır.
- Deri, gelişim haftasına bağlı olarak ince, yumuşak, kırmızı, şeffaf, jelatinöz görünümde, sırt, omuz, yüz bol lanugo tüyleri ile kaplıdır.
- Vücut yüzeyi ağırlığa oranla geniştir. Bu nedenle pretermelerde ısı kaybı ve ölçülemeyen sıvı kayıpları fazladır.
- Normal yenidoğanların meme başında görülen sertlik ve pigmentasyon prematüre yenidoğanlarda yoktur.
- Göğüs duvarı yumuşak ve karnı gergindir, peristaltizm ince olan karın ön duvarından görülebilmektedir.
- Ayak tabanında enine çizgiler ve bunlar arasındaki çukurluklar gelişmemiştir.
- Tırnaklar yumuşak ve yuvalarından içeridedir.
- Genital organlar az gelişmiştir. Erkek bebekte testisler skrotuma inmemiş olabilir, kızlarda labia majorler, labia minörleri örtmemiştir.

1.4.3.2. Prematürelerin Fizyolojik Özellikleri

Prematüre yenidoğanların fizyolojik özellikleri aşağıda belirtildiği şekilde sıralanabilir (Quinn 2005, Rennie 2005, Bayram 2006);

- Normal yenidoğanın refleksleri olan moro, emme ve yutma refleksleri çok zayıftır veya hiç yoktur.
- Emme, yutma ve nefes alma koordine hareketlerle yapılabildiğinden gebeliğin 34-36. haftasına kadar bu kordinasyon tam olarak gelişmemiştir. Bu nedenle enteral beslenmenin 34 haftaya kadar gavajla yapılması gerekmektedir.
- Prematüre yenidoğanların mide kapasitesi küçük, besinlerin mideden geçişi çok yavaştır. Beslenme özenli ve dikkatli olmalıdır, aksi takdirde birçok sorun oluşturmaktadır.
- Kilo alımı çok yavaştır.
- Kahverengi yağ dokusu ve kas kitlesinin azlığı yanında, vücut ağırlığına oranla cilt yüzeyinin fazla olması nedeniyle normal vücut ısını sağlama yetenekleri azdır ve hipotermiye eğilimlidirler.
- Prematüre yenidoğanlarda fizyolojik bir hipotoni vardır. Dirsekler ve bilekler yere değecek şekilde yatarlar. İnaktifirler ve birkaç spontan hareket yaparlar.
- İntrauterin geçen immünglobulinlerin az olması, antikor oluşumunun iyi olmaması nedeniyle normal sürede doğan yenidoğanlara göre enfeksiyonlara eğilim fazladır.
- Özellikle gestasyon haftası <32 hafta olan prematürelerde sıvı elektrolit bozukluklarıyla sık karşılaşılır. Bu durumun nedeni böbrekteki glomerülotubuler yetersizlik/dengesizliktir.
- Hızlı ventilasyonla da sıvı kaybederek elektrolit ve asit baz dengeleri bozulabilmektedir.
- Glikojen, kalsiyum ve demir depoları yetersizdir. Bu durum hipoglisemi, hipokalsemi ve erken fizyolojik anemi gözlenmesine neden olabilir.
- Serebral damarların immatür olması sonucu intraventriküler germinal matriks kanamalarına eğilim artar.
- Hiperbilirubinemi ve kernikterusa eğilim daha fazladır. Normal yenidoğana oranla bilirubin düzeyleri çok daha düşük değerlerde kernikterusa neden olabilmektedir.

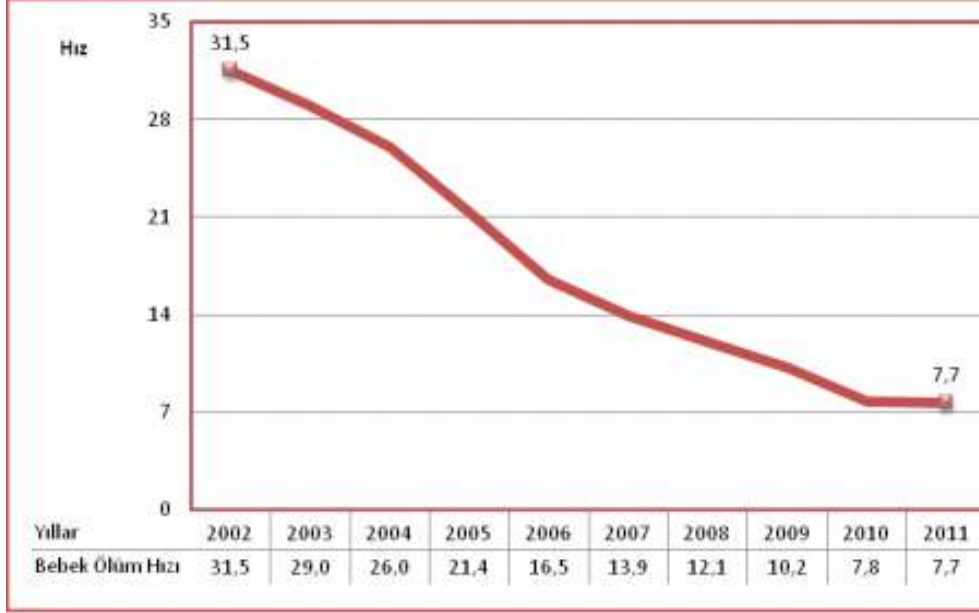
- Duktus arteriozusun açık kalması soldan sağa şanta neden olarak pulmoner gaz değişiminin daha fazla bozulmasına neden olur.
- Santral sinir sisteminde solunum ve dolaşım sisteminin immatüritesine bağlı santral apne ve bradikardi yine sık rastlanan sorunlardandır.
- Akciğerlerin immatür olması nedeniyle solunum sorunları ilk sırada yer almaktadır.
- Pulmoner immatürite sürfaktan eksikliği nedeniyle olduğu gibi, 26. haftadan küçüklerde yapısal immatüriteye de bağlıdır.
- Prematüre yenidoğanlarda karaciğerde konjugasyon ve enzim sistemleri yetersiz olmaktadır.

1.4.4. Prematüritenin Komplikasyonları

Prematüre doğum neonatal mortalite ve doğum ile ilgili kısa ve uzun dönem morbiditenin önde gelen nedenidir (WHO 2012). Dünyada, tüm neonatal ölümlerin %35'inin doğrudan sebebidir (Goldenberg 2002). Yenidoğan ve bebek ölüm hızı düzeyleri, sağlık programlarının izlenmesi, değerlendirilmesi, ileriye yönelik politikaların ve toplumun kalkınma düzeyinin belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Yüksel ve Koç 2010).

DSÖ'nün Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporuna göre, dünyada 2010 yılında doğan bebeklerin 1/10'undan fazlası prematüre doğmuştur. Yaklaşık 15 milyon prematüre bebekten bir milyonundan fazlası ise prematürelilik nedeniyle ölmektedir. Ülkemizin 2010 yılı canlı doğum sayısı 1,298,300'tür. Prematüre olarak doğan yaklaşık 15,579 yenidoğanın da 5,200'ünün prematürelilik nedeniyle öldüğü bildirilmiştir (WHO 2012).

Ülkemizde, bebek ölüm sayısı 2011 yılında 14,511 iken, bu sayı 2012 yılında 14,845'e yükselmiştir. Bebek ölüm hızı, 2011 yılında %11,7 iken, bu hız 2012 yılında %11,6'dır. Diğer bir ifade ile 2011 yılında bin canlı doğum başına 11,7 bebek ölümü düşerken, 2012 yılında bin canlı doğum başına 11,6 bebek ölümü düşmektedir (TUIK 2012). Yine Sağlık İstatistiği Yıllığı'nda (2011) yer aldığı şekliyle de bebek ölüm oranı yıllara göre değişim göstermektedir (Şekil 1.4.4.1).



Şekil 1.4.4.1. Türkiye’de yıllara göre bebek ölüm hızı

Karabulut ve arkadaşlarının (2009), Denizli bölgesinde iki yıllık bebek ölümlerini incelemeleri sonucunda, bebeklerin 139’unun (%50) erken neonatal dönemde, 39’unun (%14) geç neonatal dönemde, 100’ünün (%36) süt çocuğu döneminde öldüğü ve prematüritenin en sık karşılaşılan ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir. TÜİK 2011 ve 2012 verilerinde (Çizelge 1.4.4.1) bebek ölümlerinin en çok 1-6 gün ve 1-4 ayda olduğu görülmektedir (TUIK 2012).

Çizelge 1.4.4.1. Ülkemizde 2011-2012 yılları günlük ve aylık bebek ölümlerinin sayı ve yüzdeleri

	2011		2012	
Bebegin Yaşı	Sayı	%	Sayı	%
0 günlük	2 063	14.2	2 032	13.7
1-6 günlük	4 578	31.5	4 943	33.3
7-29 günlük	2 520	17.4	2 808	18.9
1-4 aylık	3 373	23.2	3 253	21.9
5-8 aylık	1 359	9.4	1 215	8.2
9-11 aylık	618	4.3	594	4.0
Toplam	14 511	100	14 845	100

Vançelik ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, bebek ölümlerinin çoğunun erken neonatal dönemde gerçekleştiği, ölüm nedenlerinin %43,6'sını prematürite ve doğumsal problemlerin oluşturduğu belirtilmiştir. Dünyada beş yaş altı çocuk ölüm nedenleri arasında pnömoniden (%18) sonra prematürelğe bağlı komplikasyonlar (%14) yer almaktadır (WHO 2011, Children: reducing mortality). Türkiye’de 2009 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre prematürelık bebek ölümü nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2009). Sağlık Bakanlığı 2007, 2008 ve 2009 yıllarındaki yenidoğan ölümünün ilk beş nedeni Çizelge 1.4.4.2’de verilmiştir.

Çizelge 1.4.4.2. Sağlık Bakanlığı 2007, 2008 ve 2009 yıllarındaki yenidoğan ölümünün ilk beş nedeni

Ölüm nedenleri	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)
Prematürite	22.7	27.9	29.8
Konjenital Anomali	18.1	14.8	16.0
Konjenital Kalp Hastalığı (KKH)	9.6	6.4	5.2
Sepsis	8.4	11.1	10.6
Perinatal Asfiksi	6.1	6.3	4.3

Geçtiğimiz on yıl içinde, bazı ülkelerde sağlık çalışanları prematüre bebeklerin bakımında bilgi ve becerilerini geliştirerek ve hayat kurtarıcı ekipman temini ile erken doğuma bağlı ölümler yarıya inmiştir. Bu ülkeler arasında Ekvador, Umman, Sri Lanka ve Türkiye yer almaktadır (WHO 2012). Prematüre yenidoğanların yaşam oranlarını etkileyen bu iyileşmeler hayatta kalma oranlarını arttırırken, hayatta kalan bu bebeklere ne yazıkki bazı sorunlar eşlik etmektedir. Prematüre yenidoğanların sorunları Çizelge 1.4.4.3’de verilmiştir.

Çizelge 1.4.4.3. Pretematüre yenidoğanların sorunları (Behrman ve ark 2004, Kesler 2008):

Solunum Sistemi Sorunları	Hematolojik Sistem Sorunları
• Respiratuar distres sendromu • Bronkopulmoner displazi • Pnömotoraks, pnömomediastinum, interstisyel amfizem • Konjenital pnömoni • Pulmoner hipoplazi • Pulmoner hemoraji • Apne	• Anemi • İndirekt hiperbilirubinemi • Subkutan ya da organ kanamaları • Dissemine intravasküler koagulapati • Vitamin K yetmezliği • İmmun ya da nonimmün hidrops
Metabolik-Endokrin Sistem Sorunları	Gastrointestinal Sistem Sorunları
• Hipokalsemi • Hipoglisemi • Hiperglisemi • Metabolik asidoz • Hipotermi	• Zayıf gastrointestinal fonksiyon • Nekrotizan enterokolit • Direkt ya da indirekt hiperbilirubinemi • Spontan gastrointestinal izole perforasyon

Çizelge 1.4.4.3. *Devam* Prematüre yenidoğanlardaki sorunlar (Behrman ve ark 2004, Kesler 2008):

Kardiovasküler Sistem Sorunları	Santral Sinir Sistemi Sorunları
• Patent duktus arteriozus (PDA) • Bradikardi (apne ile birlikte) • Konjenital malformasyonlar • Hipotansiyon/hipertansiyon	• Intraventriküler hemoraji • Periventriküler lökomalazi • Hipoksik iskemik ensefalopati • Konvülsiyon • Prematüre retinopatisi • Kernikterus
Renal Sistem Sorunları	Diğer Sorunlar
• Hiponatremi • Hipernatremi • Hiperkalemi • Ödem	• Enfeksiyonlar (konjenital, perinatal, nazokomial)

1.4.5. Prematüre Yenidoğanın Hastaneden Taburculuğu

Prematüre yenidoğanların taburcu edilme zamanı önemli ve karmaşık bir konudur (AAP 1998, Dilli 2012). Taburculuk kararının temelinde bebeğin tıbbi durumunun yer almasıyla birlikte çeşitli faktörlerden de etkilenir. Bu faktörler, ebeveynlerin taburculuğa hazır olması, bebeğin gelişeceği çevrenin düzenlenip evde uygun bakımın sağlanabilmesi, hastane masraflarının düşürülmesi için bebeğin kalma süresinin azaltılması gibi etkenleri içermektedir (Hulsey ve ark 1994, Resch ve ark 2005).

Hastaneden erken çıkma, bebek ile anne arasındaki bağı kuvvetlendireceği gibi, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve hastane masraflarının azaltılması yönünden de yararlıdır. Bununla birlikte prematürenin çok erken taburcu edilmesi, bebeğin genel durumunun bozulmasına ve tekrar hastaneye yatırılma gereksinimine yol açabilir,

mortalite ve morbidite riskini artırabilir. Bu durum, bebeğe olduğu kadar aileye de ek stres kaynağı olabilir. Taburculuk için doğru zamana karar vermek ve taburculuk sonrası iyi izlem bu riskleri azaltabilir (Hulsey ve ark 1994, AAP 1998, Resch ve ark 2005, Dilli 2012).

Geçmişte prematüre bebeklerin taburcu olması için 2000 gr olması beklenirdi. Daha sonra klinik çalışmalar, bu kilonun altında olup durumu stabilleşen ve sağlık sorunu olmayan bebeklerin de taburcu olabileceğini ortaya koymuştur (Casiro ve ark 1993, Davies ve ark 1979). Bebeğin taburcu edilebilmesi için tıbbi açıdan gerekli optimal kriterler şöyle özetlenebilir (AAP 2008, Balcı 2011, Dilli 2012):

- Taburculuktan önceki 24 saat içinde yaşam bulguları stabil olmalı,
- Küvöze ihtiyaç duymadan, oda sıcaklığında veya açık yatakta kendi vücut ısını koruyabilmeli,
- Emme - yutma koordinasyon yeteneği olmalı ve anne memesini veya biberonu tam olarak üç saat aralarla alabilmeli,
- Tıbbi bir sorunu olmamalı,
- Bebeğin tarama testleri tamamlanmış olmalı,
- Total bilirubin düzeyi kontrol edilmiş olmalı, girişim gerektirecek bir sorunu olmamalı,
- En az bir kez dışkı yapmış olmalı,
- Tartı kaybı doğum kilosunun %7'sinden fazla olmamalı,
- Günde 10-30 gram tartı almaya başlamalı,
- Kan sayımıyla kansızlığın olup olmadığı belirlenmeli,
- İlk Hepatit B aşısı yapılmış, yapılmadıysa günü belirlenmiş olmalı,
- İşitme testleri yapılmış olmalı, sonucu normal çıkmalı ve izlem günleri belirlenmiş olmalı,
- Uzun süre oksijen tedavisi görenlerin, göz muayenelerinde herhangi bir sorun olmamalı,

- Aile bebeği kabullenmiş olmalı,
- Aile eğitimi tamamlanmış olmalı,
- Damar yoluyla ilaç verilme gereksinimi olmamalı, ilaç veriliyorsa ağızdan alabilmeli,
- Aile ve çevresel risk faktörleri taburculuğa uygun olmalı (mental durum, sosyal destek yetersizliği, yalnız yaşama, ilk bebek, adolesan anne gibi),
- Taburcu olmadan önceki bir hafta süresince, solunum düzensizliği veya kalp atışlarında yavaşlama olmamalıdır. Ancak bazı bebeklerin eve apne monitörüyle gitmesi gerekebilir. Nadiren uzamış ve kronik olarak oksijen alması gereken bebekler, eve oksijen tüpü veya ev tipi ventilatör eşliğinde gönderilebilir.

Taburculuk planı, ebeveynlerin evdeki bakıma geçişini başarılı bir şekilde desteklemekte ve aile eğitimi bu plan içinde çok önemli yer tutmaktadır (Balcı 2011). Ebeveynlerin bebeğin evdeki bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterliliklerinin belirlenmesi, gerekli bilgi ve becerilerin taburculuk öncesi kazandırılması ve taburculuk planlamasının bundan sonra yapılması önemlidir (Arslan ve Turgut 2013).

1.4.6. Prematüreliliğin Ebeveynler zerine Etkileri

Aile sağlıklı bir bebek dünyaya geldiği zaman, cinsiyeti ve genel görünüşü ile ilgili hayal kırıklığının üstesinden gelir ve bunu önemsemez. Hasta bir bebeğin doğumu ebeveynler için psikolojik sıkıntı ve travmaya neden olur. Prematüre bebeğe sahip olma, başlı başına kaygı ve stres verici bir durumdur. Prematüre ya da yüksek riskli bir bebeğin doğması aile tarafından sıklıkla akut emosyonel kriz ile karşılanır (Spear ve ark 2002, Jotzo ve Poets 2005, Arslan ve Turgut 2013).

Bebeğin hastanede yatması ve bebekten ayrılma annelerde anksiyete, güçsüzlük ve umutsuzluk, kayıp, keder, suçluluk, kaygı gibi emosyonel semptomlar yaşanmasına sebep olur (Doering ve ark 2000, Fowlie ve McHaffie 2004, Padovani ve ark 2004, Erdem ve Kutluk 2005, Fegran ve ark 2008, Hall 2005). YYBÜ yatma nedeni ile anne ve

yenidoğanın ayrı olması, ciddi hastalık olmasa bile annelerde endişe oluşturmaktadır (Nyström ve Axelsson 2002).

Prematüre bebeklerin ebeveynlerinin bebekleri hastanede yatarken ve taburcu olduktan sonra yaşadıkları zorluklar, yapılan çalışmalara göre şu şekilde belirlenmiştir;

- Stres ve anksiyete (Zelkowitz ve ark 2009, Singer ve ark 2010),
- Depresyon, pişmanlık ve hüznün (Poehlmann ve ark 2009, Silverstein ve ark 2010, McManus ve ark 2011),
- Güven azalması ve kendini ebeveyn olarak yeterli hissedememe (Hess ve ark 2004, Holditch ve ark 2011),
- Ebeveynlik rolünü gerçekleştirememesi, aile içi iletişimde azalma (Kenner 1990, Feeley ve ark 2005),
- Bilgi ve bakım verme konusunda duyulan eksiklik (Brazy 2001, Reyna ve ark 2006),
- Sosyal ve profesyonel destek ihtiyacı (Mok ve Leung 2006, Boykova 2008).

Prematüre bebek ailelerinin evdeki ebeveynlik yeterlilikleri konusunda matür bebeği olan ailelere göre kendilerine daha az güvendikleri, bebeğin bakımına aktif olarak katılmaktan çok seyirci olmayı tercih ettikleri bildirilmektedir (Ritchie 2002). Prematüre bebeği olan aileler kendilerini sürekli sorgular ve kendilerine sürekli; kötü giden neydi? Nerede yanlış yaptık? Bebeğe bakabilecek miyim? sorularını sorarlar. Bu endişe duyguları ve yakınmalar kızgınlık, kendini ve sağlık personeli suçlama, sürekli ağlama, aşırı sessizlik ve hareketsizlik şeklinde ortaya çıkabilir (Gorrie ve ark 1994, Akınsal 1998, Yıldırım ve Gökyıldız 2004).

Ebeveynlerin yaşadığı kaygı prematüre bebekleriyle ilgili sorunlarla başa çıkma yeteneklerini etkiler, ailenin dengesinde bozulmaya yol açabilir (Ruddle 2006, Howland 2007). Yaşanılan kaygı, bebek hakkındaki açıklamaları doğru olarak anlamalarını, olayları gerçekçi olarak yorumlamalarını, uygun kararlar vermelerini, çocuğun bakımına katılmalarını, o zamana kadar kullandıkları uygun baş etme yöntemlerini hatırlayıp uygulamalarını engelleyebilir. Bu durum aile üyelerinin ilişkilerini ve psikolojik dengelerini, bebeğin verdiği hayat mücadelesi ve kaybedilme korkusu etkiler (Akşit ve Cimete 2001, Whitfield 2003).

Birçok araştırmacı bebeğin hastanede yatma sürecinde sadece maternal stresle ilgilenmiş, bu konu ile ilgili verilere ulaşmış, sadece anneye yönelik destek sistemi geliştirilmiştir. Fakat, babaların da stres düzeylerinin yükseldiği ve bu artışın aile içindeki rolün değişmesine bağlı olduğu ortaya konulmuştur (Doucette ve Pinelli 2004, Mackley ve ark 2010).

Doering ve arkadaşlarının (2000), bebeği YYBÜ’de bakım alan anne ve babaları psikososyal uyum açısından inceledikleri çalışmada, annelerin babalara göre bu yeni duruma daha az uyum gösterdikleri, daha fazla anksiyeteli ve saldırgan davranışlar sergiledikleri bildirilmiştir. Bununla birlikte her iki ebeveynde anlamlı bir şekilde emosyonel stres düzeyinin normal değerlerin üstünde olduğu açıklanmıştır.

Babalarla karşılaştırıldığında annelerin klinikte daha fazla vakit geçirdiği saptanmıştır. Annelerin stres düzeyleri babalarinkinden yüksek saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni prematüre bebek sahibi olma durumuna babaların algısının farklı olması şeklinde açıklanabilir (Matricardi ve ark 2012). Anneler çocuklarının durumu hakkında bilgiye, çocuğunun doktoru veya bakımını yapan hemşiresi/ebesi ile konuşabilmek için daha fazla zaman ve kendilerine daha fazla vakit ayırma gereksinimi duymaktadırlar (Sola 2008).

Fegran ve arkadaşlarına (2008) göre; yapılan çalışmalar annelerle karşılaştırıldığında babaların, bebekleriyle fiziksel etkileşim kurma konusunda daha isteksiz olduklarını göstermiştir. Anneler babalara göre bebeğe dokunma ve tutma gibi yakın temas gerektiren bakımları sağlamada daha isteklidirler. Buna karşılık, babalar için bebeklerinin durumunu bilmek daha önemlidir (Thurman ve ark 1989). Babalar çoğunlukla annenin ve bebeğin ihtiyaçlarını sağlamaya odaklanmıştır (Pohlman 2004, Fegran ve ark 2008).

Annelerle karşılaştırıldığında babaların stres düzeyinin düşük seyretmesi, babaların stres yaşamadığını göstermez. Stres düzeyinin anneye göre düşük olması, babanın desteğe ihtiyacı olmadığı anlamına gelmez. Sağlık çalışanı babanın da ihtiyaçlarını tanımlamalı, gerekli desteği sağlamalıdır. Bebekleriyle temasın sağlanması babalara kendilerini iyi hissettirmenin yanında daha pozitif bir babalık tecrübesi yaşamalarını da sağlayabilir (Lindberg 2007, Fegran ve ark 2008, Matricardi ve ark 2012).

1.4.7. Prematüre Yenidoğanın Taburculuk Sonrası İzlemi

Prematüre yenidoğanların taburculuk sonrası ilk kontrolü 7-10 gün sonra yapılmalıdır ve bebeğin ev ortamına uyumu, büyümesi, beslenmesi, ailenin bebeğin bakımı konusundaki performansı değerlendirilmelidir. Daha sonraki kontrollerin düzeltilmiş yaş (bebeğin postnatal veya kronolojik yaşından, erken doğduğu hafta sayısının çıkartılması ile elde edilir) dikkate alınarak 3., 6., 12. ve 18/24. aylarda; takiben kronolojik yaş dikkate alınarak 3., 5/6. ve 12. yaşlarda yapılması önerilir (Eras 2010).

Prematüre bebeğe sahip ebeveynler, evde kullanılması gereken vitamin, demir ve varsa ilaçların nasıl kullanılacağı, taburculuk sonrası izlem planı (aşılama, büyüme-gelişme, kontrol zamanı, göz muayenesi, kronik hastalık izlemi vb.) hakkında hasta taburculuk özeti (epikriz) ile yazılı, taburculuk eğitimi sırasında sözel olarak bilgilendirilmelidir (Dilli 2012). Ebeveynlerin, doğru ve yeterli bilgilendirilmesi taburculuk sonrası izlemlerin zamanında ve eksiksiz yapılmasını olumlu yönde etkileyebilir. Bazı prematüre yenidoğanların taburculuk sonrası uzun dönem izlenmesi gerekmektedir. Bu prematüre yenidoğanlar şu şekilde belirlenmiştir (Eras 2010);

- Doğum ağırlığı 1500 gramın altında ve gestasyon haftası 32 haftanın altında olan bebekler,
- Hipoksik iskemik ensefalopati, intrakranial kanama, posthemorajik hidrosefali, periventriküler lökomalazi, konvülsiyon, menenjit, ağır hiperbilirubinemi, kernikterus gelişen bebekler,
- Bronkopulmoner displazi gelişen ve/veya eve oksijen desteğiyle gönderilen bebekler,
- Yedi günden uzun süreyle ventilatör desteği alan bebekler,
- Prematüre retinopatisi/işitme kaybı gelişen bebekler,
- Psikososyal risklerin (eğitimsiz veya küçük yaştaki anne, tek ebeveyn, düşük gelir düzeyi, ilaç/alkol/madde bağımlılığı, annede depresyon vs) olduğu bebeklerdir.

1.4.8. Taburculuk Eğitimi ve Ebeveyn Desteği

Taburculuk eğitiminin; bebeğin sağlığının sürdürülmesinde, ebeveynlerin bilgi, beceri ve öz güvenlerinin arttırılmasında, eve geçişin yarattığı anksiyete ve stresin en aza indirilmesinde etkili olduğu, dolayısıyla bebeğin tekrar hastaneye yatışını veya ölüm risklerini azalttığı belirtilmektedir (Balcı 2011).

Annelerin prematüre bebeğin evde bakımına ilişkin kendilerini yetersiz ve güvensiz hissettikleri konular; bebeğin giysisi, bebeğin banyosu ve sıklığı, cilt bakımı, alt bakımı, bebeğin emzirilmesi ve beslenmesi, kucağa alma-tutma, ağız, burun ve göz bakımı, bulaşıcı hastalıklardan koruma ve bebeklerinin hastalanması durumunda yapılacaklar konusunda olduğu belirlenmiştir (Başer ve ark 2005, Doğan 2007, Kurnaz 2007, Arslan ve Turgut 2013).

Taburculuğa hazırlık kapsamında verilecek eğitim içeriğinde; vücut ısısının korunması, beslenme (emzirme, biberonla besleme, alternatif teknikler, mama hazırlığı), aşılar, büyüme ve gelişme, anne-bebek ilişkisi, kanguru bakımı, solunum - kardiyak sorunlar ve bunların izlenmesi, uykusu, temel bebek bakımı (banyo, deri bakımı, vücut ısı ölçümü, giysi seçimi), ilaçların verilmesi ve dozları, bebeğin gelişimsel durumları, sağlık kontrolleri (göz, işitme, fiziksel ve nörolojik izlem), hastalıkların erken belirti ve bulgularını anlama, gerektiğinde danışmanlık yapabilecek kişi ya da kurumların telefon numaraları vb. konular yer almalıdır (Balcı 2011).

Nicholas (2006)'ın yeni doğan yoğun bakım biriminde bulunan bebeklerin annelerinin gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, annelerden bebeklerinin birimde bulunduğu sürede ihtiyaçları olan çeşitli gereksinimleri önemine göre belirtmeleri istenmiştir. Annelerin en fazla güven ve destek konusunda eğitime ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (Ward 2001, Lindberg 2007).

Prematüre bebeğe sahip aileler ihtiyaç duydukları her an onları dinleyip destek olacak, bebeklerinin hastalık ve tedavisiyle ilgili bilgi alacak sağlık personeline ihtiyaç duyarlar (Sarajärvi ve ark 2006). Bebeklerinin doktoru veya bakımını yapan ebe/hemşiresi ile konuşabilmek için daha fazla zamana gereksinimleri vardır (Sola ve Diken 2008).

1.4.9. Taburculuk Eğitimi ve Ebeveyn Desteğinde Ebeveynin Rolü

Prematüre yenidoğanlardan sorumlu ebelerin görev ve sorumlulukları arasında, bebeğin ailesiyle sağlıklı bir iletişimin başlatılarak sürdürülmesi, prematüre bebeğin taburculuğa hazırlanması esnasında annenin desteklenmesi, anne sütü eğitimi, prematüre bebeğin bakımının temel noktalarının öğretilmesi yer almaktadır (Zenciroğlu 2012). Ebeveynler, bebekleriyle ilgili bilgi almak için farklı kaynakları tercih etmektedir. Sağlık çalışanları bu kaynaklar arasında ilk sırada yer alabilmektedir. Manav ve Yıldırım'ın (2010), term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumlarını inceledikleri çalışmada, matür bebek annelerinin % 36'sı bilgiyi sağlık çalışanlarından alırken diğer kısım aile büyükleri (%7), çocuk bakımı ile ilgili kitaplar (%6), televizyon/gazete/radyodan (%3) bilgi edinmişlerdir. Prematüre bebek annelerinin ise %5'i sağlık çalışanlarından bilgi alırken, %3'ü aile büyüklerinden bilgi almışlardır.

Ebeveynlerin gereksinimlerinin karşılanmasında önerilen ebelik girişimleri bebeğin tepkilerini anlamada ebeveynlere yardım etmek, korku ve beklentilerini ifade etmelerini sağlamak, onları aktif bir şekilde dinlemek, sorulara dürüstçe cevap vermek, tedavi planı ve programı hakkında bilgilendirmektir (Ward 2001, Fowlie ve McHaffie 2004, Turan ve ark 2008). Prematüre bebeğe sahip ebeveynlere yönelik verilecek olan taburculuğa hazırlık ve taburculuk eğitiminde, internet alternatif bir yöntem olarak kullanılabilir.

1.5. Prematüre Yenidoğana Sahip Olan Ebeveynlerde Özgüven Durumu

Maternal özgüven uzun yıllardır üzerinde araştırma yapılan bir konudur (Zahr 1991). Annelerin doğumdan sonraki dört ay içinde bebeklerinin bakımına yönelik becerileri gelişir; böylece özgüvenleri de gelişir (Mercer 1985). Diğer yandan doğumdan sonraki iki hafta annelerin daha fazla yardıma ihtiyaç duyduğu periyoddur (Kuo ve ark 2009). Annelerin bu periyotta desteklenmesi, özgüven algılarını olumlu yönde geliştirebilir.

Prematüre bebek ebeveynlerinin evdeki ebeveynlik yeterlilikleri konusunda matür bebeği olan ailelere göre kendilerine daha az güvendikleri, bebeğin bakımına aktif olarak katılmaktan çok seyirci olmayı tercih ettikleri bildirilmektedir (Ritchie 2002). Özkan ve Polat (2011)'in araştırmalarında planlı eğitim uygulanan çalışma grubundaki annelerin doğumdan sonra 4. aya kadar bakım konusunda özgüvenlerinde artış belirlenirken, müdahale edilmeyen kontrol grubundakilerin bakım özgüvenlerinde değişiklik olmadığı bildirmiştir. Literatürde postpartum dönemde ebeveynlerin özgüvenlerinin yüksek olmasının ebeveynlik tecrübesini ve bebek bakımı yeteneklerini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Kapp 1998, Kline ve ark 1998, Kuo ve ark 2000, Tarkka 2003, Leahy 2005, Morawska ve ark 2009).

Warren (2005), Ruchala ve James (1997) ve Mercer (1985), çalışmalarında maternal özgüven ile sosyal destek arasında önemli pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Warren (2005), primipar annelerin bebek bakımına yönelik özgüvenini incelediği çalışmada, bebek bakımı konusunda bilgilendirme desteği ve psikososyal destek ile özgüven arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (Kuo ve ark 2012). Liu ve arkadaşlarının (2012), yenidoğan bakımıyla ilgili maternal kaygı üzerinde maternal özgüven ve yeterliliğin etkilerini inceledikleri tanımlayıcı tipteki çalışmalarında, maternal özgüven ve yetenek yükseldikçe kaygının azaldığı bildirilmiştir.

1.6. Prematüre Yenidoğana Sahip Olan Ebeveynlerde Kaygı Durumu

Genel olarak kaygı (anksiyete), bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği bir duygu, strese verilen tepki, , huzursuzluk, gerilim olarak tanımlanabilir (Öz 2004, Peleg ve Popko 2004, Lufi ve Darliuk 2005, Manav 2011). Kaygı her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir korku, endişe duygusu ve yaşantısıdır (Kaplan ve ark 2007, Yiğitoğlu 2009).

Kaygıya neden olan faktörler arasında gebelik, doğum, ebeveyn olma, hastalık, hastaneye yatma, duygusal kayıplar ve ekonomik sorunlar sayılabilir (Öz 2004). Hasta bir yenidoğanla ebeveynliğe başlamak zorlu bir deneyimdir. Sağlıklı bebek bekleyen ailenin defektli bir çocuğa sahip olması kayıp, keder, suçluluk, kaygı gibi duygular yaşanmasına sebep olur (Fowlie ve McHaffie 2004). Ebeveynlerde gözlenen kaygının nedenleri şunları içerir (Çavuşoğlu 1996, Hannon ve ark 2001, Miles ve ark 2001):

- Çocuğun iyileşmesine ilişkin endişelerinin olması,
- Hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları,
- Çocuğun bakımında sağlık ekibi üyelerine göre kendilerini daha önemsiz hissetmeleri,
- Çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duymaları,
- Evdeki diğer aile üyeleri için endişe etmeleri,
- Mali endişeler.

Aile bireylerinden biri hasta olduğu ve hastaneye yattığı zaman ailenin bölünmezliği tehdit edilir ve ailedeki her birey kaygı yaşar. Eğer hasta olan aile üyesi çocuk ise ve özellikle de yoğun bakım gerektiren bir sorun yaşıyorsa, ebeveynler daha fazla etkilenirler (Ergenekon 2001, Dolgun ve ark 2002, Tarcan ve ark 2002, Neyzi 2002).

Bebeğin hastanede yatması ve ondan ayrılma ebeveynlerde kaygı artışına sebep olmaktadır (Doering ve ark 2000, Padovani ve ark 2004, Erdem ve Kutluk 2005). YYBÜ’de kaygı oluşturan etmenler oldukça çeşitlidir. Bebeğin hassas vücut yapısı, bebeğin yanında bulunmayan annenin annelik rolünü yerine getiremediğini düşünmesi,

hastane personeli ile yeterli iletişim kurulamaması ve yoğun bakım araçları ve rutinlerinin anlaşılabilmesi gibi faktörler ebeveynin stresine katkıda bulunur (Fowlie ve McHaffie 2004).

Yoğun bakım ünitesinde ebeveynlerin algıladıkları olumsuzluklarla ilgili olarak yaşadıkları anksiyete, çocuk hakkındaki açıklamaları doğru olarak anlamalarını, olayları gerçekçi olarak yorumlamalarını, uygun kararlar vermelerini, çocuğun bakımına katılmalarını, o zamana kadar kullandıkları uygun baş etme yöntemlerini hatırlayıp uygulamalarını engelleyebilir ve aile üyelerinin ilişkilerini, psikolojik dengelerini, bebeğin verdiği hayat mücadelesi ve kaybedilme korkusu etkiler (Akşit ve Cimete 2001, Whitfield 2003).

Kaygı, NANDA tarafından onaylanan fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılmış hemşirelik tanıları içinde yer alır (Biol 2002). Ebeveynler kaygı yönünden değerlendirilmeli ve uygun girişim ve destek sağlanmalıdır.

YYBÜ sağlık ekibi ebeveynlere destek sağlama konusunda önemli bir kaynak olarak kabul edilir. Yenidoğana bakım veren ebe/hemşire, anneye bebeğin durumu hakkında açıklama yapmalı, sorularını cevaplamalı, emosyonel destek sağlamalı, bebeği ile konuşması ve dokunmasını desteklemelidir. Kullanılan tıbbi tedavi ve uygulamaları tıbbi terimlerden kaçınarak annenin anlayacağı şekilde açıklamalıdır (Spear 2002, Özyazicioğlu ve Tüfekci 2009). Literatürde aileden ve ebe/hemşireden alınan sosyal desteğin annelerin prematüre bebekleriyle ilgili kaygı düzeyini azalttığı belirtilmiştir (Holditch ve Miles 2000, Cox ve Bialoskurski 2001).

Bebeğin hastanede yatışı süresince ebeveynlerin bakıma ortak olması, yenidoğan ünitesi çalışanlarına duyduğu güvenin gelişmesini, kaygı düzeyinin azalmasına paralel öz güvenin artmasını sağlar. Tüm bunlar bakım kalitesini artırarak, ebeveynin bakımda kendini yeterli algılamasına ve uzun dönemde bebeğin gelişimsel sonuçlarına olumlu katkıda bulunur (Browne ve Talmi 2005).

1.7. Türkiye İnternet Kullanım Durumu

Türkiye İstatistik Kurumu (2012), hanelerde internete bağlı araçlara sahip olma oranları incelendiğinde; hanelerin %23,4'ü taşınabilir bilgisayarla, %22,6'sı masaüstü bilgisayarla, %0,8'i el bilgisayarıyla ve %20,3 cep telefonu ile internete erişim sağladığı görülmektedir. İnternet kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde internet kullanıcılarının %58,1'i erkek ve %37'si kadındır (TUIK 2012).

İnternet kullanan bireyler interneti en çok %72,7 ile çevrimiçi haber, gazete ya da dergi okuma, haber indirme için kullanırken, bunu %54,1 ile sağlık ile ilgili bilgi arama takip etmektedir. Web siteleri aracılığıyla (blog siteleri, facebook, twitter) toplumsal ve siyasal konular ile ilgili görüşleri okuma veya paylaşma (%50,8) ve mal ve hizmetler hakkında bilgi aramak da (%46,6) kullanım amaçları arasında yer almaktadır (TUIK 2011).

Yaş grubuna, cinsiyete, sahip olduğu meslek grubuna, mevcut problemine göre değişiklik göstermekle birlikte internet başında uzun zaman geçirilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2012 verilerine göre yaş grubundaki bireylerde bilgisayar ve internet kullanım oranları incelendiğinde kadın ve erkeklerin en çok internet kullandığı yaş 16-24 yaş grubudur. Bunu 25-34 yaş izlemektedir. Eğitim seviyesi arttıkça internet kullanım durumunun arttığı görülmektedir (TUIK 2012).

1.8. Web 1.0 Ve Web 2.0 Teknolojileri

WWW (World Wide Web) 1994'ten beri hızla gelişmektedir. Web'in ilk evresi olan Web 1,0'da sadece, elektronik ortamda bulunan bilgi kaynakları gibi çalışan salt okunur ortamlar bulunmaktaydı. Bu ortamlar kullanıcıyla herhangi bir etkileşimin olmadığı, kullanıcıya arama yapmaktan başka hiçbir işlem yapma olanağı vermeyen standart Hypertext Transfer Protocol (HTML) sayfalarından oluşmaktaydı. Temel amacı, kitleler için oluşturulan içeriklerin ulaştırılması ve bir kaynaktan birçok kişiye yayın yapmaktır (Selwyn 2007).

Web 2,0'ın, web hizmetini iyileştirmek amacıyla ziyaretçilerin siteye katılımını (participation) sağlamak, yine aynı amaçla diğer sitelerle ve ziyaretçilerle işbirliği (collaboration) yapmak fikrine dayanan bir akım olduğu da söylenebilir. Web 2,0 teknolojileri içinde genel olarak birçok farklı uygulama mevcuttur. Bir uygulamanın ya da web sitesinin bu tanıma uygun olması için şu özelliklere sahip olması gerekir:

- Yayıncıdan bağımsız kullanıcıları olması,
- Kullanıcı kaynaklı içerik olması,
- Kullanıcılar arasında etkileşim olması,
- Zaman ve mekân sınırlaması olmaması (Erkul 2009).

Web 2,0 kullanıcıların katılımı ile özelleşir. Daha önceki web sitelerinin aksine Web 2,0 uygulamalarında kullanıcılar, sistemi besleyen en önemli parçalardır. Web 2,0 uygulamaları, kullanıcılara düşüncelerini paylaşabilecekleri, diğer bireyler ile iletişim kurabilecekleri sosyal bir ortam sunarlar (O'Reilly 2007).

1.8.1. Sağlık Web Sitesi

Web sitesi, web üzerindeki sayfa ve hizmet bütünüdür. Bir web sitesi, en çok kullanılan HTTP başta olmak üzere gerçek zamanlı veri akışı (streaming media) hizmeti veriyor olabilir. Web siteleri, çoğunlukla bir alan adı (domain name) üzerinden hizmet verir (http://tr.wikipedia.org/wiki/Web_sitesi). Sağlık alanında hizmet veren siteler sağlık web siteleridir. Demirel ve ark (2009), internet kullanıcılarının sağlık web sitelerini kullanma durumu üzerine yaptıkları araştırmalarında, sağlık amaçlı internet kullanıcılarının sağlık web sitelerinden beklentilerinin çoğunlukla hastalıklar hakkında bilgi almak olduğunu belirlemişlerdir.

Bir sağlık web sitesinin kullanıcılara sağladığı temel içerik aşğıdaki başlıklar altında toplanabilir (Erdal ve ark 2001):

- **Genel Sağlık Bilgisi:** Hastalıklar, klinik deneyler, ilaçlar, tedavi yöntemleri, kişisel bakım, gıdalar ve beslenme, spor ve formda kalma, şifalı bitkiler, sağlık kütüphanesi, alternatif tıp yöntemleri, vb. bilgiler yer alır (Erdal ve ark 2001).
- **Sağlık Eğitimi:** Sağlık televizyonu, sağlık öğretmeni, sürekli sağlık eğitimi (Continuous Medical Education) programı, sağlık gazetesi, haber grupları, vb. bilgileri içerir (Erdal ve ark 2001).
- **Sağlık Web Sitesi Üye Hizmetleri:** Sağlık kayıtlarının tutulması, üyelikler, topluluklar, sohbet odaları, yaşanan olaylar, kişiselleştirilmiş hizmetler, vb. olanaklar yer alır (Erdal ve ark 2001).
- **Sağlık Web Sitesi Ticaret Enstrümanları:** Kişisel bakım ürünlerinden doğal ilaçlara kadar çok geniş yelpazede ürünler ve zayıflatma, formda kalma alet ve cihazlarından ortopedik ayakkabılara kadar her türlü tıbbi ürün satışının yapıldığı mağazalar, tıbbi tedarikçiler, sağlık sigortaları, sağlık odaklı tatil imkânları, reklamları vb kapsar (Erdal ve ark 2001).
- **Sağlık Web Sitesi Kimlik Bilgileri:** Site kimliği, sitenin özgeçmişı, kurucuları, yönetim şekli, sitenin misyonu ve amaçları, içerik/ enformasyon/ reklam/ ticaret politikaları, gizlilik ve etik, site ortak ve sponsorları, bilgi kaynakları, bağlı olunan protokol ve düzenlemeler, site haritası, adres, telefon ve faks numaraları vb içerir (Erdal ve ark 2001).

İnternet sitelerinin sağlık eğitiminde kullanılması için bazı yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (Şeker 2006). İnternet sitelerinin eğitimde kullanılması için bazı ölçütler aşağıda verilmiştir (Freda 2002):

- İnternet sitesinin herhangi bir üniversitenin sağlık ile ilgili okulu veya mesleki organizasyonla bağlantısı var mıdır?
- İnternet sitesindeki bilgiler bir diploma, eğitim geçmişi veya sertifika ile desteklenmekte midir?
- Bilgiler çeşitli verilerle desteklenmiş midir?
- Bilgiler güncel midir?
- Özellikle ticari destekleyicileri bulunan sitelerde hak iddia edilmekte midir?
- Site kolay erişilebilir, kullanılabilir ve kolay okunabilir midir?

İnternet siteleri ile ilgili bilinmesi gereken önemli bir konu da sitelerin güncellenmesidir. Eğer site, satılmışsa ya da yönetici değiştirmişse; hazırlayan kişi, adres veya içeriği değişebilir. Bir web sitesinin güvenilir olabilmesi için son altı aylık sürecinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Freda 2002).

1.8.1.1. Sağlık Web Sitelerinin Avantajları

Web tabanlı sağlık eğitimi hastaların iyileşmesi ve hasta bakımı sonucu üzerinde olumlu etkileri nedeniyle tercih edilmektedir (Demirel ve ark 2008). Bunlar;

- Değişik öğrenme seviyesi ve yaşlarda bireysel farklılıklara göre eğitim imkânı sağlaması,
- Web destekli sağlık eğitiminin yer ve zamandan bağımsız olması,
- Öğrenmek, hatırlanmak istenen konular için web sayfasına tekrar tekrar bakma fırsatı sağlaması,
- Yüz yüze yapılan eğitimlere göre daha düşük maliyetli olması,
- Web ortamında sunulan bilgilere 7 gün 24 saat ulaşılabilmesi,

- Görsel, işitsel birçok öğretim materyali kullanıldığında öğrenilenlerin akılda kalma oranını artırması,
- Hızlı geri bildirim alınabilmesi,
- Bilgiye erişebilme esnekliğinin olması,
- Danışanın eksiklerini fark edebilmesine imkân sağlaması,
- Web üzerinden yapılan eğitimlerde her türlü detayın kayıt altına alınabilmesi,
- Birçok değişik öğrenme seçeneği sunması (web cam, email, forum sayfası gibi seçeneklerinin olması),
- Ses, görüntü gibi araçların öğrenmeyi artırıyor olması,
- Web'deki bilgilerin güncellenebilir olması,
- İnternetin olduğu her yerde bilgiye ulaşabilme imkânının olması,
- Geniş kitlelere ulaşması şeklindedir.

1.8.1.2. Sağlık Web Sitelerinin Dezavantajları

Web üzerinden verilen sağlık eğitiminin birçok avantajının yanı sıra bazı dezavantajlarının olduğu da bilinmelidir (Demir ve Gözüm 2011);

- Yüz yüze eğitim ve iletişimin hiç ya da eksik kalıyor olması,
- Sağlık profesyonellerinin rolünün sınırlı kalması,
- Danışanın web sitesi yöneticisine anında soru sormasında zorluklar yaşanması,
- Danışan tarafından anlaşılmayan konuların sağlık eğitimi veren tarafından tekrar anlatılamaması veya açıklanamaması,
- Teknolojik bilgisi az olan danışanların takip edememesi,
- İnternete her zaman erişebilirlik olduğu için sağlık eğitimi almayı erteleme,
- Güncelleme yapılmadığı zaman eski ve yanlış bilgilerin kullanılması,
- İnterneti olmayan yerleşim yerlerindeki kişilere ulaşamamasıdır.

1.8.1.3. Sağlık Web Sitelerinde Eğitim Planlanırken Dikkate Alınması Gereken Konular

Web tabanlı uzaktan eğitim sisteminin özellikleri web destekli sağlık eğitimi için de geçerlidir. En önemli özelliği sağlık bilgisi ve davranışı kazandırmak amacıyla danışan grubu kapsamı ve web ortamından sunulmasıdır. Web tabanlı uzaktan eğitim yöntemiyle yapılacak sağlık eğitiminde şu soruların yanıtlanması başarılı bir sağlık eğitim için önemlidir (Al ve Madran 2004);

- Web sitesinden kimler yararlanacak (hangi konuda, hangi yaş, hangi cinsiyet, hangi eğitim düzeyi hedefleniyor)?
- Siteye ulaşılabilirlik nasıl olacak?
- Konunun kapsamı ne olacak?
- Hedef kitle Web'i en çok hangi saatlerde kullanıyor?
- Geri bildirim alınacak mı?
- İnteraktif eğitim için Web cam, forum sayfası, e-mail imkânlarına olanak sağlayacak mı?

Sağlıkla ilgili olarak internet kullananlar internetteki bilgilerin güvenirliliği konusunda endişelere sahiptirler. Yapılan bir çalışmada, internet kullananların %72'sinin internette bulunduğu bilgilere güvenmediği belirlenmiştir (Murray ve ark 2003). Abadoğlu (2004)'nın yaptığı çalışmada, astım hastaların çoğunun, astım hastalığı hakkında, internet yerine doktordan bilgi almayı (%82,1) tercih ettikleri bildirilmiştir.

Web üzerinden eğitim alan bireylerin sayfayı oluşturanla ve diğer kullanıcılarla iletişim kurması başarıyı artırabilir. Uslu (2011)'nin, hemşireler için web tabanlı iletişim eğitiminin etkinliğini değerlendirdiği çalışmasında, hemşirelerin %40 hasta hemşire ilişkileri, iletişim teknikleri, en sık karşılaştıkları iletişimi engelleyici hasta durumlarına müdahale konusunda bilgi sunan web sitesini yeterli bulmasına karşın, %28'i web sayfasında diğer meslektaşlarıyla iletişim kurabilecekleri ve deneyimlerini paylaşacakları forum sayfasının ve %20'si videolu anlatımların olması gerektiğini vurgulamışlardır.

1.8.1.4. Sağlık Web Sitelerinin Eğitim Programı Geliştirme Basamakları

İnternet ortamında bir eğitim programı hazırlamak için belli basamakları izlemek gerekir. Bu basamaklar 4 ana başlık altında toplanabilir. Bunlar; proje karar süreci, program geliştirme süreci, deneme süreci ve uygulama sürecidir (Türkoğlu 2003).

Proje Karar Süreci: Eğitim projesinde hedef grup belirlenmelidir. Planlamalar yapılırken, karar verme aşamasında en önemlisi hedef kitle bu proje için hazır mı? İstekli mi? Değerlendirilmeli ve taleplerinin hangi yönde olduğu incelenmelidir. Proje kapsamının tüm ana hatlarıyla çıkarılması, maliyet hesaplarının yapılması, proje ekibinin kurulması, finansman sağlayacak bir desteğin bulunması bu aşamada planlanır. Tüm bunlar uygun biçimde planladıktan sonra eğitim projesine başlanır (Türkoğlu 2003).

Program Geliştirme Süreci: Bu basamakta eğitim hedefleri belirlenerek, eğitim içeriği oluşturulur, eğitim sitesi hazırlanır, fiziki ve teknik alt yapı oluşturulur (Türkoğlu 2003).

Deneme Süreci: Bu basamakta hedef kitleyi temsil eden bir grup üzerinde deneme yapılır, istenilen hedefe ulaşp ulaşılmadığını belirlemek için ölçme değerlendirme araçlarından yararlanılır, sonuçta programa devam edilip edilmeyeceğine dair karara varılır (Türkoğlu 2003).

Uygulama Süreci: Yukarıda açıklanan tüm basamakları geçen proje uygulamaya konulur, gelen geribildirimlere göre güncellemeler yapılarak çalışmaya devam edilir (Türkoğlu 2003).

1.9. Web Tabanlı Taburculuk Eğitimi ve Ebeveyn Desteği

Taburculuk eğitiminde farklı teknikler kullanılarak eğitim gerçekleştirilebilir. Anlatımları görsel ve işitsel tekniklerle, demonstrasyonla destekleme, ebeveynlerin üniteye bebeğin bakımına yönelik uygulamaları yapmalarına olanak sağlama, soru sormasına fırsatlar yaratma, ebeveyn öğretimini kolaylaştıran uygulamalardır (Balcı 2011). Web ortamında

uygulanabilecek olan taburculuğa hazırlık ve taburculuk eğitimiyle farklı tekniklerin birleştiği interaktif bir eğitim gerçekleştirilebilir.

Kuo ve arkadaşlarının (2009), bir internet eğitim programının yenidoğan bakıma etkilerini değerlendirmeyi amaçlayan toplam 118 primipar gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, 61 primipar gebeye 32- 34. gebelik haftalarından doğuma kadar web tabanlı yenidoğan bakımı eğitimi verilmiş, sonuçta internet eğitimiyle yenidoğan bakımı ile ilgili daha kapsamlı bakım bilgisi verilebileceği ve annelik güvenine katkı sağladığı bildirilmiştir.

Gund ve arkadaşlarının (2013), prematüre yenidoğanların ailelerine evde bakıma yönelik, standart evde sağlık bakım alan bir kontrol grubu, web sitesi ile evde sağlık bakımı desteklenmiş bir web grubu, Skype kullanarak video ile evde sağlık hizmetleri desteklenmiş bir video grup oluşturularak yaptıkları çalışmada, video ve web grubundaki aileler, web üzerinden ya da görüntülü görüşmeyle bebeklerinin bakımında daha güvenli hissettikleri bildirilmiştir.

1.9.1. Ebenin Web Tabanlı Eğitimdeki Görevleri

Sağlık eğitimi sağlık çalışanlarının başlıca görevleri arasındadır. Yaşanılan yüzyıla göre gelişim ve değişim gösteren sağlık eğitimi 21.yy da, diğer bilimlerde olduğu gibi teknolojiden etkilenmiştir.

Teknolojinin gelişmesine paralel olarak internet bir sağlık eğitimi yöntemi olarak kullanılmalıdır. Sağlık web siteleri, bilinçli ebeler tarafından kurulmalı ve sonuçları değerlendirilmelidir. İnternet sitelerinin sağlık eğitiminde kullanılması için bazı yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (Şeker ve Batman 2013). İnternete dayalı sağlık eğitiminin kullanımına yönelik araştırmalar artırılmalı, sağlık eğitimi veren eğitim kurumlarında sağlık eğitimi derslerinde web üzerinden sağlık eğitimi yapılabileceğine yer verilmelidir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma ön test- son test kontrol gruplu yarı-deneysel olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, <http://kuvozdehayatvar.com> isimli web sitesi üzerinden Aydın İl merkezinde Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde YYBÜ ve Yenidoğan Servisi'nde yürütülmüştür.

Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi II. düzey yoğun bakım hizmeti vermektedir. Araştırmanın başladığı tarihte 12 küvözden oluşmaktayken yaklaşık üç ay sonra 15 küvöz ve iki açık yatak sayısına ulaşmıştır. Ünite de iki yoğun bakım odası, bir izolasyon odası, bir süt ve mama hazırlama odası, bir intravenöz sıvı hazırlama odası ve bir emzirme odası vardır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde 15 ebe (biri sorumlu ebe), 4 hemşire, 2 yenidoğan uzman hekimi, 4 pratisyen hekim, 4 yardımcı personel ve 1 sekreter görev yapmaktadır. Ebeler, hemşireler ve pratisyen hekimler 24 saatlik nöbet sistemiyle, neonatologlar ise 08.00-16.00 saatleri arasında çalışmaktadır. Ünite de 24 saatlik çalışma periyodunda 1 sorumlu ebe, 4 ebe/hemşire ve 1 pratisyen hekim çalışmaktadır. Ebe/hemşireler lisans, ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunudur. Ebelik/hemşirelik bakımını yönlendiren herhangi bir protokol ya da standart bulunmamaktadır. Ebeler/hemşireler, bebeklerin genel hijyeninin sağlanması, emziremeyen annelerin sütünü nasıl sağıp saklayacaklarının öğretilmesi, annelere emzirme tekniğinin öğretilmesi, vital bulguların takip edilmesi, bebeklerin kilolarının ve baş çevresinin takip edilmesi, ilaç uygulaması işlemlerini yapmaktadır. Bebeklerin kilo takipleri günlük, baş çevresi ölçümleri haftada birkez yapılmaktadır.

Bebekleri enfeksiyondan korumak amacıyla ebeveynlerin gereksinim duyduklarında üniteye girip bebekleriyle etkileşimde bulunmalarına izin verilmemektedir. Anne ve babalar bebeklerini ilk doğduğunda görmekte, daha sonra haftada iki gün görebilmektedirler. Her hafta salı ve perşembe günleri 11.30-13.30 saatleri arasında ebeveynlere hekim tarafından bebekleri konusunda bilgi verilmekte, ebeveynler üniteye alınıp bebeklerini görmeleri sağlanmaktadır. Emme yeteneği kazanan bebekler emzirme odasında anneleri tarafından emzirilmekte, diğer bebekler ebe/hemşireler tarafından biberonla beslenmektedir. Üniteden taburculuğu planlanmış bebekler anneleriyle birlikte yenidoğan servisinde kalmakta ve taburculukları bu servisten gerçekleşmektedir.

Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Servisi, 36 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste, 8 ebe (biri sorumlu ebe), 2 hemşire, 10 uzman doktor, 4 yardımcı personel ve 1 sekreter görev yapmaktadır. 08.00-16.00 saatleri arasında 6 ebe/hemşire (biri sorumlu ebe) ve doktorların tamamı çalışmakta, 16.00-08.00 saatleri arasında 2 ebe/hemşire ve bir doktor çalışmaktadır. Ebe/hemşireler lisans ve ön lisans mezunudur.

Yenidoğan servisinde, 0-28 günlük hasta yenidoğanlara, taburculuktan sonra tekrar hastaneye yatışı gereken 60 günlüğe kadar prematüre yenidoğanlara ve YYBÜ’de taburculuğu planlanmış prematüre yenidoğanlara bakım ve tedavi hizmeti verilmektedir. Yenidoğanlar serviste annelerinin refakatiyle kalmaktadır. YYBÜ’den servise nakledilmiş yenidoğanların takipleri neonatologlar tarafından yapılmaktadır. Ebelik/hemşirelik bakımını yönlendiren herhangi bir protokol ya da standart bulunmamaktadır. Ebeler/hemşireler, annelere emzirme tekniğinin öğretilmesi, vital bulguların takip edilmesi, bebeklerin günlük kilo takipleri ve ilaç uygulaması işlemlerini yapmaktadır.

Ayrıca hastanede doğum yapmış obstetri servisinde anne yanında yatan sağlıklı matür ve sağlıklı yoğun bakım ihtiyacı olmayan prematüre yenidoğanların bakım, tedavi ve taburculuğundan yenidoğan servisi ebe/hemşireleri ve doktorları sorumludur. Serviste taburculuğu planlanmış yenidoğanların ebeveynlerine taburculuk eğitimi vermekle ilgili ayrıntılı standart bir eğitim materyali bulunmamaktadır. Hastanenin servis işleyiş prosedürü içinde taburculuk eğitimine yer verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma, Nisan 2012 - Ocak 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgiler Çizelge 2.3.1.'de verilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler

Araştırmanın Aşamaları	Araştırmanın Zamanı
Araştırma konusunun belirlenmesi	Nisan 2012- Haziran 2012
Veri toplama formlarını oluşturulması	Haziran 2012
Tez önerisinin hazırlanması	Haziran 2012- Ağustos 2012
Etik kurul onayının alınması	Eylül 2012
Veri toplama formlarının uzman görüşüne sunulması	Kasım 2012- Aralık 2012
Araştırma yapılacak kurum izninin alınması	Aralık 2012
Eğitim materyalinin hazırlanması	Ekim 2012- Mart 2013
Eğitim materyalinin uzman görüşüne sunulması	Mart 2013- Nisan 2013
Web sayfasının oluşturulması	Mart 2013- Mayıs 2013
Web sayfası üzerinden araştırmanın yürütülüp, çalışma ve kontrol gruplarının izlenmesi	Mayıs 2013- Kasım 2013
Verilerin değerlendirilmesi, araştırma raporunun oluşturulması	Kasım 2013- Ocak 2014

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğan, gebelik süresi 37 hafta ve daha az olan yenidoğanların ebeveynleri oluşturmuştur. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 31 Mayıs 2012-1 Haziran 2013 tarihleri arasında gerçekleşen prematüre doğum sayısı 296'dır (EK-1).

Araştırmanın örneklem hacminin belirlenmesi için ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama için 9 Mayıs 2013 tarihinde veri toplamaya başlanmıştır. Basit randomizasyonla belirlenen, çalışma grubunda 10, kontrol grubunda 10 olmak üzere araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uygun, toplam 20 prematüre bebeğin ebeveynine ulaşılan dek veri toplama sürdürülmüştür. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 9 Mayıs-1 Temmuz 2013 tarihleri arasında 110 preterm eylem gerçekleşmiş; bu bebeklerden 24'ünün ebeveynlerinin internet kullandığı belirlenmiştir. Ebeveynlerden 20'si araştırmaya dâhil edilme kriterlerini taşıdığı tespit edilmiştir. Yapılan bu ön uygulama sonucunda Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde prematüre doğan bebeklerin ebeveynlerinin internet kullanma oranı %21,8 olarak belirlenmiştir.

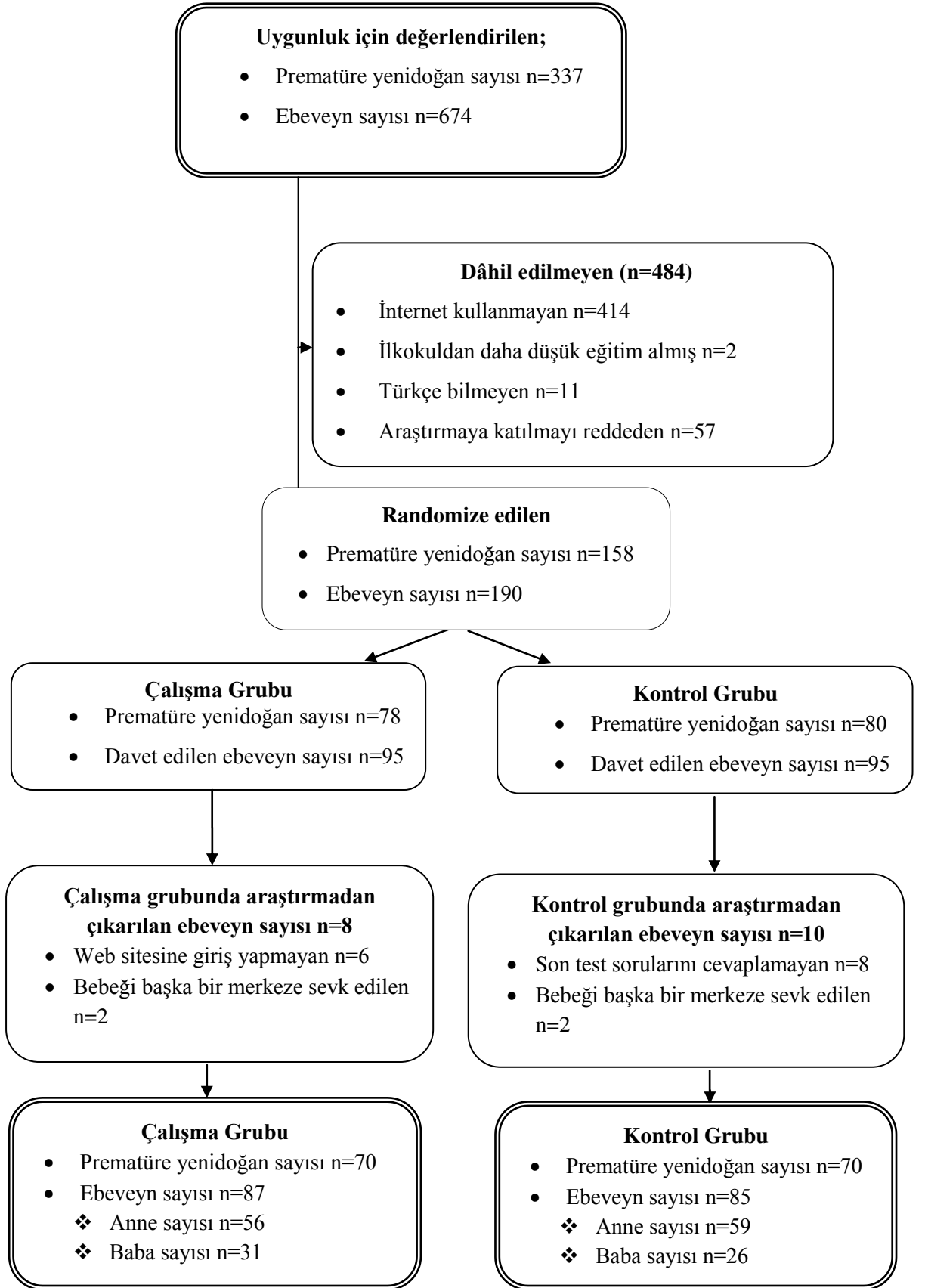
Araştırmanın örneklemine alınması gereken birey sayısı ön uygulama sonucunda çalışma grubundan 10 ve kontrol grubundan 10 kişinin verilerine dayalı olarak G-power 3.1.3 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışma ve kontrol grupları arasında Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ön test puan ortalamaları çalışma grubunda $32,80 \pm 14,55$ ve kontrol grubunda $27,60 \pm 8,98$ idi. G-power ile %95 güven aralığında, etki gücü (d)= 0,43 ve $\alpha=0,05$ ile analiz gücü (power)=0,80 (%80) olarak hesaplanmış, çalışmaya dâhil edilmesi gereken prematüre yenidoğan sayısı çalışma grubuna 65 ve kontrol grubuna 65 olmak üzere toplam 130 prematüre yenidoğan olarak belirlenmiştir. Veri toplama sürecinde araştırmaya katılmayı reddetme gibi nedenlerle kayıp olasılıkları düşünülerek çalışma grubuna 80, kontrol grubuna 80 olmak üzere toplam 160 prematüre yenidoğan ebeveynleri araştırmaya davet edilmiştir.

Araştırmaya davet edilen ebeveynlerin çalışma ya da kontrol gruplarından hangisinde yer alacağı www.randomizer.org adlı web sitesi üzerinden basit randomizasyon yöntemiyle belirlenmiştir. Randomizasyon yenidoğanlar üzerinden yapılmış, oluşan sayı dizisine göre yenidoğanın ebeveynlerinin çalışma ya da kontrol grubunda yer alması gerektiği belirlenmiştir. Prematüre yenidoğanın ebeveynleri arasında oluşacak etkileşim düşünülerek, ebeveynlerin çalışmaya katılmayı kabul etmesi halinde, çiftlerin her ikisinde aynı gruba dâhil edilmiştir.

Araştırma sürecinde çalışma ve kontrol gruplarını oluşturan toplam 337 prematüre yenidoğanın ebeveynleriyle görüşülmüş, 674 ebeveynden 310'unun evinde ya da işyerinde internet olduğu tespit edilmiştir. Belirlenen 674 ebeveynden 414'ü internet kullanmadığından, 2'si ilköğretimini tamamlamamış alması, 11'i Türkçe bilmediğinden ve 57'si çalışmaya katılmayı reddettiğinden araştırmaya dâhil edilmemiştir. Sonuç olarak, araştırmaya, 158 prematüre yenidoğanın 190 ebeveyni davet edilmiştir.

Çalışma grubuna alınan 78 prematüre yenidoğanın 95 ebeveyninden 6'sı siteye belirlenen süre içinde giriş yapmadığı, 2'sinin bebeği başka bir hastaneye sevk edildiği için araştırmadan çıkarılmışlardır. Kontrol grubuna alınan 80 prematüre yenidoğanın 95 ebeveyninden 8'i son test sorularını cevaplamadığı ve 2'sinin bebeği başka bir hastaneye sevk edildiği için araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma çalışma grubunda 87 ve kontrol grubunda 85 olmak üzere toplam 172 ebeveyn ile tamamlanmıştır. Örneklemeye alınan ve araştırmaya dahil edilmeyen ebeveynlere ilişkin ayrıntılı bilgi Şekil 2.4.1'de verilmiştir.

Şekil 2.4.1. Örnekleme alınan ve araştırmaya dahil edilmeyen ebeveynlere ilişkin veriler



2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilecek yenidoğanların ebeveynlerinin özellikleri aşağıda verilmiştir. Yenidoğanların ebeveynlerinin araştırmaya dâhil etme kriterleri şunlardır;

- Bebeği Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğan,
- Bebeği prematüre doğmuş olan (37. Gestasyonel hafta + 6 günden daha erken doğan),
- Bebeğinde ileri derecede konjenital anomalisi olmayan,
- Bebeği hastaneden taburcu edilme kriterleri taşıyan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Program kurallarını anlayabilen ve bu kuralları takip etmeye istekli olan,
- Evinde veya işyerinde internet erişim imkânı olan,
- İnternet ve bilgisayar kullanabilen,
- İnternet üzerinden iletişim kurabileceği e-posta adresi olan,
- Düzenli web sitesine girip planlı eğitimi alabilecek olan,
- Türkçe konuşup anlayabilen,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden anne ve babalardır.

Dışlanma kriterleri ise; yenidoğanın başka bir hastaneye sevki, web sitesine giriş yapmama ve son test sorularını yanıtlamama olarak belirlenmiştir.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Ebeveynleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu, Pharis Özgüven Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Son Test Değerlendirme Formu ile toplanmıştır.

Ebeveynleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu: Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile annenin obstetrik özelliklerini tanılamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bilgi formu, çalışma ve kontrol grubunda yer alan annelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek için 23, babaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için 12, prematüre yenidoğanların cinsiyeti, doğum şekli, gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, baş çevresi, hastaneye yatış tanısı, çoğul gebelik olma durumları ile doğum sonrası dönemdeki sağlık durumları ve yapılan müdahaleleri sorgulayan 16 soru olmak üzere toplam 51 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

Pharis Özgüven Ölçeği: Bu ölçek ilk olarak Pharis (1978) tarafından geliştirilmiştir. Walker (1986) tarafından yapılan bir çalışmada iç tutarlılığı 0,71-0,91 arasında bulunmuştur. Çalışır (2003) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. 13 maddeli, beş puanlı bir ölçüm aracı olan Pharis Özgüven Ölçeği, bir ebeveynin günlük bebek bakımı hakkındaki kendine güven duygularını ölçer. Her bir bebek bakımı maddesi bir'den (hiç), beş'e (tamamen) kadar olacak şekilde derecelendirilmiştir. Yüksek toplam puan sonuçları, bebek bakımı konusunda yüksek özgüveni göstermektedir (Walker 1986) (EK-3). Çalışır (2003), ölçek güvenirlik katsayılarını 0,86- 0,85 arasında bulmuştur. Bu çalışmada ebeveynlerin öntest-sontest ölçek puanlarının cronbach Alpha katsayıları sırasıyla, annelerde: 0,95-0,94 ve babalarda: 0,93-0,97 olarak bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği: Ergen ve yetişkinlerde anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacı ile Beck, Epstein Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilen, 21 maddeden oluşan, likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1996) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Her madde için “hiç, hafif derecede, orta derecede ve ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Cevaplara 0 ile 3 arasında değişen puanlar verilir, böylece en düşük puan 0, en yüksek 63 puan elde edilir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının 0,93, madde-toplam test korelasyon katsayılarının 0,45 ve 0,72 arasında değiştiiği, test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının $r=0,57$ olduğu bildirilmiştir. Subjektif anksiyete (1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19. maddeler) ve somatik belirtiler (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20, 21. madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşan bu ölçeğin, anksiyeteli grubu, diğer tanı gruplarından (depresyon, karışık ve kontrol gruplarından) anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir (Savaşır ve Şahin 1997) (EK-4). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik öntest ve sontest katsayıları; annelerde: 0,91-0,85 ve babalarda: 0,90-0,84 olduğu görölmüştür.

Son Test Değerlendirme Formu: Bu form çalışma grubundaki ebeveynlerin taburculuktan sonraki 4-6 hafta içinde web ortamında verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek, bebeklerinde ortaya çıkan problemleri ve web sitesinin kullanım durumunu araştırmak, kontrol grubundaki ebeveynlerin taburculuktan sonraki 4-6 hafta içinde, bebeklerinde ortaya çıkan problemleri ve internet kullanım durumunu araştırmak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 14 sorudan oluşmaktadır (EK-5).

Araştırmacı tarafından geliştirilen ebeveynleri ve bebeği tanıtıcı bilgi formu ile son test değerlendirme formu, Kasım 2012- Aralık 2012 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi'nde Ebelik, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Kadın Doğum Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği alanında görev yapan 10 öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonucunda veri toplama formları Lawshe tekniğiyle değerlendirilmiş, hazırlanan tüm soruların uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda veri toplama formu yeniden şekillendirilmiştir.

Hazırlanan veri toplama formlarının anlaşılrlık ve uygulanabilirliğini geliştirmek için Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde prematüre bebeği yatan 10 ebeveyn ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda, mevcut hastanenin doğum salonunda boy ölçümü yapılmadığından veri toplama formlarında bebeğin doğum anındaki boyunu sorgulayan soru çıkarılmıştır.

2.7. Web Sayfası Eğitim İçeriğinin Hazırlanması

Web sayfası eğitim içeriğı araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında annelerin prematüre bebeğın evde bakımına ilişkin kendilerini yetersiz ve güvensiz hissettikleri konular doğrultusunda oluşturulmuştur. Bu konular, bebeğın giysisi, bebeğın banyosu ve sıklığı, cilt bakımı, alt bakımı, bebeğın emzirilmesi ve beslenmesi, tanı, kuşağı alma-tutma, ağız, burun ve göz bakımı, bulaşıcı hastalıklardan koruma ve bebeklerinin hastalanması durumunda yapılacaklar olarak belirlenmiştir (Arslan ve Turgut 2013, Kurnaz 2007, Doğan 2007, Başer ve ark 2005).

Web sayfasındaki uygulamalı eğitimler, olağan ve olağan dışı durumların görsel olarak desteklenmesi için Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde bebeğı yatan ebeveynler ve bebeklerinin fotoğrafları çekilmiştir. Fotoğraf çekmeden önce gerekli açıklamaları içeren ebeveyn onam formu (EK-6) ile ebeveynlerden fotoğraf çekimi için yazılı izin alınmıştır.

2.7.1. Web Sayfası Eğitim İçeriğinin Geliştirilmesi

Literatürden yararlanarak ve araştırmacının tecrübeleri doğrultusunda 3 haftalık planlı eğitim programı için Çizelge 2.7.1.1’de yer alan konu başlıklarını belirlenmiştir:

Çizelge 2.7.1.1. Web sayfasında uygulanacak planlı eğitim içeriği ve uygulanma zamanı

Eğitimin Verileceği Hafta	Eğitim Konuları
1. Hafta	• Prematüre bebek ve tanımlanması • Prematüre bebekleri gruplandırma • Prematüre bebeklerin özellikleri • Bebeğin evde yaşamı • Ebeveyn-bebek ilişkisi • Prematüre bebeğin vücut sıcaklığının ölçülmesi
2. Hafta	• Prematüre bebeğin beslenmesi • İkiz bebeklerde besleme tekniği • Prematüre bebeğin bakımı
3. Hafta	• Prematüre bebeğin taburculuk sonrası izlemi • Prematüre bebeklerde sık görülen sağlık sorunları • Acil durumlar

Ebeveynlerin ihtiyaçları doğrultusunda eğitim programına eklemeler yapılabilcek şekilde planlanmış, ebeveynlerden çalışma süresince ek bir konu talebi gelmediği için bu eğitim planına uyulmuştur. Web sitesindeki iletişim bölümündeki e-posta aracılığıyla ebeveynlerin soruları cevaplanarak, karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm nerileri sunulmuştur.

Web sayfasının içeriğini oluşturan bilgiler, uzman görüşü almak için yazılı eğitim kitapçığına dönüştürülmüştür. Kitapçık Mart 2013- Nisan 2013 tarihleri arasında Adnan Menderes niversitesi'nde Ebelik, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında görev yapan 11 ğretim üyesinin uzman görüşüne sunulmuştur.

Web sayfası eğitim içeriğini oluşturan eğitim materyalini değerlendirmek amacıyla Top ve Karaçam (2012), tarafından hazırlanan Eğitim Materyali Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Bu form kurgusal, içerik, Türkçe anlatımı ve basım niteliği ile ilgili özelliklerin değerlendirildiği 14 sorudan oluşmaktadır. Top ve Karaçam (2012)'ın hazırladığı formda yer alan "Kurgusal zellikler", "İçerik ile ilgili zellikler", "Türkçe anlatım ile ilgili özellikler" bölümleri değişiklik yapılmadan kullanılmıştır. "Basım Niteliği ile ilgili özellikler" araştırma materyalinin kullanımına uygun olarak "Görsellik ile ilgili özellikler" olarak değiştirilmiş, "Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış" maddesi yerine "Kullanılan resimler konuyla ilişkili ve ilgi çekici biçimde hazırlanmış" ve "Genel olarak materyalin içeriği ve görüntüsü ilgi çekici olarak hazırlanmış" maddeleri eklenmiştir (EK-7). Formun puanlanmasındaki görüşler; fikrim yok 0, gereksiz 1, hiç katılmıyorum 2, az katılıyorum 3, orta derecede katılıyorum 4, çok katılıyorum 5 puan şeklinde yapılmıştır.

Uzmanlara örnek eğitim materyali ile birlikte eğitim materyali değerlendirme formu (EK-7) dağıtılmış ve formdaki uygun seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Geriye dönen 8 uzmanın görüşleri SPSS 18,0 programı ile içerik geçerliliği test edilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda daha anlaşılır hale getirilerek web sitesi içeriğini oluşturacak olan eğitim materyaline son şekli verilmiştir. Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonucunda eğitim materyali için verdikleri ortalama puan, standart sapma ve min-max değerleri Çizelge 2.7.1.2’de verilmiştir.

Çizelge 2.7.1.2. Uzmanların eğitim materyaline verdiği puanların ortalama, standart sapma ve min-max değerleri

Eğitim Materyali Değerlendirme Formu	Ort*	Sd**	Min	Max
Kurgusal Özellikler				
1-Alt başlıklar mantıklı bir biçimde düzenlenmiş	4,8	0,21	4,00	5,00
2-Bölümler arasında uyum bulunmakta	4,6	0,26	4,00	5,00
3-Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış	4,9	0,12	4,00	5,00
İçerik İle İlgili Özellikler				
4-Verilen bilgilerin kapsamı yeterli	4,8	0,21	4,00	5,00
5-Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir	4,8	0,21	4,00	5,00
6-Kaynakları güncel ve konu ile ilgili	4,6	0,26	3,00	5,00
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler				
7-Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor	4,9	0,12	4,00	5,00
8-Gereksiz tekrarlar yok	4,9	0,12	4,00	5,00
9-Gereksiz ayrıntılar yok	4,5	0,31	3,00	5,00
10-Anlamayı güçleştiren sözcükler yok	4,9	0,12	4,00	5,00
11-Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış	4,8	0,21	4,00	5,00
Görsellik İle İlgili Özellikler				
12- Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkmıyor	4,6	0,26	3,00	5,00
13- Yanlış yazılmış sözcükler yok	4,8	0,21	4,00	5,00
14- Kullanılan resimler konuyla ilişkili ve ilgi çekici biçimde hazırlanmış	4,8	0,21	4,00	5,00
15- Genel olarak materyalin içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış	4,9	0,12	4,00	5,00

* Ortalama

**Standart Sapma

Çizelge 2.7.1.3. Eğitim materyali içerik geçerliliği değerleri

N	W*	χ^2	Sd**	p
8	0,531	31,239	6,56	p<0,001

*Kendall'in uyum katsayısı

** Standart sapma

Eğitim materyalinin içerik geçerliği açısından değerlendirilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında görev yapan 8 öğretim üyesinin değerlendirme sonuçlarına göre yapılan Kendall'in Uyum Katsayısı korelasyon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,001; Çizelge 2.9.1.3). Bu sonuca göre uzman görüşleri birbiriyle uyumlu ve eğitim materyalinin kapsamı geçerli olarak kabul edilmiştir.

2.7.2. Web Sayfasının Oluşturulması

Nisan 2013 tarihinde hosting ve domain hizmetinden faydalanılarak world wide web (www) üzerinden bir web sayfası oluşturulmuştur. Hazırlanan eğitim materyali ve veri toplama araçları web sayfasına yerleştirilmiştir. İnternet işlemlerinin tümü Linux hosting işletim sistemine sahip olduğu için bu işletim sistemi üzerinde oluşturulmuştur. Web sayfasının oluşturulmasında php, css, javascript ve HTML kullanılmıştır. Sayfanın dizaynı ve hazırlanmasında profesyonel bir firmadan destek ve danışmanlık alınmıştır.

Freda'nın (2002), belirttiği internet sitelerinin sağlık eğitiminde kullanılması için gerekli olan kriterlere göre çalışmada kullanılan web sayfası tasarlanmıştır. Bu kriterler;

- Web sitesinden kimler yararlanacak (hangi konuda, hangi yaş, hangi cinsiyet, hangi eğitim düzeyi hedefleniyor)?
- Siteye ulaşılabilirlik nasıl olacak?
- Konunun kapsamı ne olacak?
- Hedef kitle Web'i en çok hangi saatlerde kullanıyor?
- Geri bildirim alınacak mı?
- İnteraktif eğitim için Web cam, forum sayfası, e-mail imkânlarına olanak sağlayacak mı? dır.

Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine yönelik hazırlanan bu web sitesi Freda (2002)'nin belirttiği kriterleri taşımaktadır. Sağlanan bu kriterler;

- Web sitesinden prematüre bebeğe sahip ebeveynler, bebek bakımı konusunda, en az ilkokul mezunu olan ve internet kullanabilenlerin yararlanması hedeflenmiştir.
- Araştırmacı tarafından web sitesinin adı, siteye giriş için kullanıcı adı ve şifresi araştırma kapsamındaki ebeveynlere verilmiştir.
- Sitenin konu kapsamı prematüre yenidoğanla ilgili genel bilgiler, bebek bakımı ve taburculuk sonrası izlem olarak belirlenmiştir.
- Web sitesi 7 gün 24 saat erişime açıktır.
- Web sitesinden yararlandıktan sonra ebeveynlerin doldurması sağlanan son test formu geri bildirime yönelik açık uçlu sorular içermektedir. Bu yolla geri bildirim alınmıştır.
- Web sitesinde yer alan “’soru sor” menüsüyle kullanıcılar araştırmacıya direk olarak soru sorabilmiş ve mesaj yazabilmiştir.

2.8. Geliştirilen Web Sayfasının Yapısı

Web sayfasında açık kaynak kodlu Joomla içerik yönetim sistemi kullanılmış olup php script dili ile yapılandırılmıştır. Geliştirilen web sayfasında “Yönetici” ve “Üye” olmak üzere iki farklı kullanıcı grubu tanımlanmıştır.

2.8.1. Yönetici Paneli

Tüm sistem için gerekli olan işlemlerin yapılması, düzenlenmesi ve uygulanması için gerekli olan öğeleri barındıran kısımdır. Bu panelde içeriğin gösterimi, menü öğeleri, kullanıcı işlemleri ve cevaplandırılmış anket formları yer alır. Sisteme yönetici haklarıyla giriş yapan kişi ekleme, çıkarma ve güncelleme işlemleri yapabilmektedir.

2.8.2. Üye Paneli

Kullanıcının giriş sayfasında, sisteme giriş yapabilmesi için araştırmacı tarafından verilen geçerli bir kullanıcı adı ve parolası olması gerekir. Kullanıcı adı ve parola bilgileri doğru girilince kullanıcı web sayfasından yararlanabilmektedir.

2.8.3. Web Sayfasının Görünüm ve İçeriği

Web sayfası üzerinde üstte, “Ana Sayfa” , “Hakkımızda” , “Bebek Kütüphanesi”, “Bebeğin Mutfağı” , “Bebeğin Banyosu” , “Anket Soruları” , “Aşı Takvimi” , “Üye Girişi” , “Üye Ol” , “Soru Sor” olarak 10 adet menü bulunmaktadır.



Resim 2.8.3.1. Web sitesinin açılış sayfası görüntüsü.

2.8.3.1. Ana Sayfa Menüsü

İlk menü olan “Ana Sayfa” menüsü, kullanıcılara web sayfasının diğer bölümlerinden, tüm menülerin görüldüğü ana ekran sayfasına geçiş sağlamaktadır. Ana Sayfa’da web sayfasının amacını anlatan bir kısım yer almaktadır.



Resim 2.8.3.1.1. Web sitesinde ana sayfa görüntüsü

2.8.3.2. Bebek Radyosu Menüsü

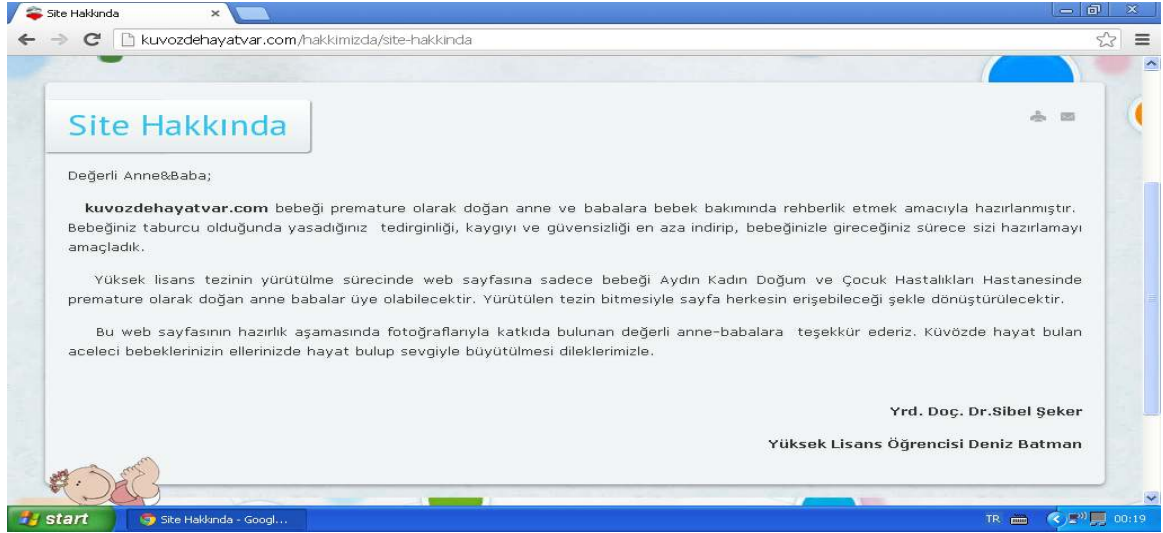
Ana Sayfa'nın alt kısmında ‘‘Bebek Radyosu’’ bölümü yer almaktadır. Kullanıcılar dilerse bu menüden ninniler dinleyebilmektedirler.



Resim 2.8.3.2.1. Web sitesi açılış sayfasında yer alan bebek radyosu bölümü görüntüsü

2.8.3.3. Hakkımızda Menüsü

İkinci menü olan ‘‘**Hakkımızda**’’ menüsü, ‘‘**Site Hakkında**’’ ve ‘‘**Biz Kimiz**’’ olarak iki ayrı bölümü içermektedir. **Site Hakkında** bölümünde web sitesinin hakkında bilgi verilmiştir. ‘‘**Biz Kimiz**’’ bölümünde ise araştırmacıların diploma, eēitim geçmişi, sertifika, iç tecrübeleriyle ilgili açıklama yapılmıştır.



Resim 2.8.3.3.1. Web sitesinin site hakkında bölümünün görüntü



Resim 2.8.3.3.2. Web sitesinin biz kimiz bölümünün görüntüsü

2.8.3.4. Bebek Kütüphanesi Menüsü

Prematüre yenidoğanlar ilgili aileleri bilgilendirmek amaçlı düzenlenmiş olan 'Bebek Kütüphanesi'' üç adet kitap sekmesinden oluşmaktadır. Kullanıcıların bu bölümden yararlanmak için üye girişi yapmaları gerekmektedir.

2.8.3.4.1. Kitap I

Eğitimin 1. hafta için planlanmış bölümünü oluşturmaktadır. Kullanıcı kitap 1'i okuduğunda aşağıda belirtilen konular hakkında bilgilendirilmiştir. Bu bilgiler uygun fotoğraflarla görsel olarak desteklenmektedir. Kitabın içeriği ilk sayfada yer aldığından kullanıcı okuyacağı kitapta hangi konuların yer aldığını önceden görebilmektedir. Kitap I'nin içeriği aşağıdaki gibidir;

- Erken doğan bebek ve tanımlanması (*küçük doğan her bebek prematüre bebek midir, bebeğiniz neden erken doğdu?*)
- Erken doğan bebekleri gruplandırma (*bebekleri doğum haftasına göre gruplama, bebekleri doğum kilosuna göre gruplama*)
- Erken doğan bebeklerin özellikleri (*genel görünümü, deri görünümü, kafa şekli, göğüs kafesi ve karın şekli, kol ve bacak görünümü, üreme organları görünümü, yaşamsal özellikler*)
- Bebeğin evde yaşamı (*bebeğin odası, bebeğin güvenliği ve beşiği- karyolası, bebeğin çarşafı ve battaniyesi, bebeğin yastığı, giysileri, bebeğin tutulması, evde enfeksiyondan koruma*)
- Anne-baba-bebek ilişkisi
- Erken doğan bebeğin vücut sıcaklığının ölçülmesi (*vücut sıcaklığını ölçerken kullanılan termometrenin özellikleri ve ölçüm yapılan bölgeler, vücut sıcaklığını korumak için yapılması gerekenler, vücut sıcaklığının düşmesi ve sonuçları, sıcaklık artışı (yüksek ateş) ve sonuçları*)



Resim 2.8.3.4.1.1. Bebek kütüphanesi- kitap I' in web sayfasında görüntüsü.

2.8.3.4.2. Kitap II

Eğitimin 2. haftası için planlanmış bölümünü oluşturmaktadır. İçerik ve görünümü kitap I' deki gibidir. Kitap II içeriği aşağıda verilmiştir;

- Erken doğan bebeğin beslenmesi (*emzirme, emzirmenin bebek için yararları, emzirmenin anne için yararları, emzirme tekniği, emzirmenin doğru şekilde yapıldığı nasıl anlaşılır? emzirme süresi ve sıklığı nasıl olmalıdır? bebeğin yeterli emdiği nasıl anlaşılır? anne sütü yetersiz kalırsa ne yapılmalıdır? anne sütü sağma, elle sağma, elektrikli pompa ile sağma, önceden sağılmış buz dolabında muhafaza edilen anne sütünü hazırlama, önceden sağılmış buzlukta muhafaza edilen anne sütünü hazırlama, biberonla besleme, biberon özellikleri nasıl olmalıdır? mama hazırlığı, biberonla beslemenin doğru tekniği nasıl olmalıdır? bebek beslemesinde kullanılan araçların bakımı, kaynatma tekniği, elektrikli steril eden makine, erken doğan bebeklerin beslenme sorunları, bebek taburcu olduktan sonra zenginleştirici mama (eoprotein) kullanmalı mıdır?*)
- İkiz bebeklerde besleme tekniği (*ikiz ve beklerde sırayla emzirme tekniği, ikiz ve beklerde aynı anda emzirme tekniği*)

- Erken doğan bebeğin bakımı (*banyo, banyo yaptırmak için sağlanacak koşullar nelerdir? bebekler kaç şekilde yıkanabilir? silme banyo, küvette banyo, duş şeklinde banyo, tırnak bakımı, cilt bakımı, alt bakımı, pişik, göbek bakımı, ağız bakımı, göz bakımı, kulak ve burun bakımı, uyku, ani bebek ölüm sendromu için risk faktörleri*)

2.8.3.4.3. Kitap III

Eğitimin 3. haftası için planlanmış bölümünü oluşturmaktadır İçerik ve görünümü kitap I ve II’ deki gibidir. Kitap III’ün içeriği aşağıdadır;

- Erken doğan bebeğin taburculuk sonrası izlemi (*büyüme takibi, büyümenin değerlendirilmesi, bebeğinizin yavaş büyümesi sizi endişelendirmeli mi? aşılar, yenidoğan metabolik (süreğen) hastalıkları için tarama testleri, göz kontrolleri, iştme testi*)
- Erken doğan bebeklerde sık görülen sağlık sorunları (*kalp damarının açık kalması, kafa içi kanama, bağırsak iltihabı, fitıklar*)
- Acil durumlar

2.8.3.5. Bebeğin Mutfağı Menüsü

Prematüre yenidoğanların ebeveynlerinin bebek bakımı becerilerini geliştirmek amacıyla “bebeğin mutfağı” menüsü düzenlenmiştir. Kullanıcıların bu bölümden yararlanmak için üye girişi yapmaları gerekmektedir. Bu menüdeki her bölüm için resimli anlatım mevcuttur. Bu menüde yer alan eğitim içeriği aşağıdaki gibidir;

- Emzirme tekniği
- Bebek beslemesinde kullanılan araçların temizlenmesi
- Anne sütü sağma yöntemleri

- Mama hazırlama tarifi
- Biberonla beslemenin doğru tekniği
- Dondurulmuş olarak muhafaza edilen anne sütünü hazırlama
- Buz dolabında muhafaza edilen anne sütünü hazırlama tarifi



Resim 2.8.3.5.1. Bebeğin mutfağı menüsünün web sayfasında görüntüsü.

2.8.3.6. Bebeğin Banyosu Menüsü

Prematüre yenidoğanların ebeveynlerinin bebek bakımı becerilerini geliştirmek amacıyla düzenlenmiştir. Kullanıcıların bu bölümden yararlanmak için üye girişi yapmaları gerekmektedir. Görüntülenme şekli ‘‘bebeğin mutfağı’’ menüsündeki gibidir. Bu menüde yer alan eğitim içeriği aşağıdaki gibidir;

- Alt bezinin değiştirme tekniği
- Silme banyo yaptırma yöntemi
- Küvette banyo yaptırma yöntemi
- Duş şeklinde banyo yaptırma yöntemi.

2.8.3.7. Anket Soruları Menüsü

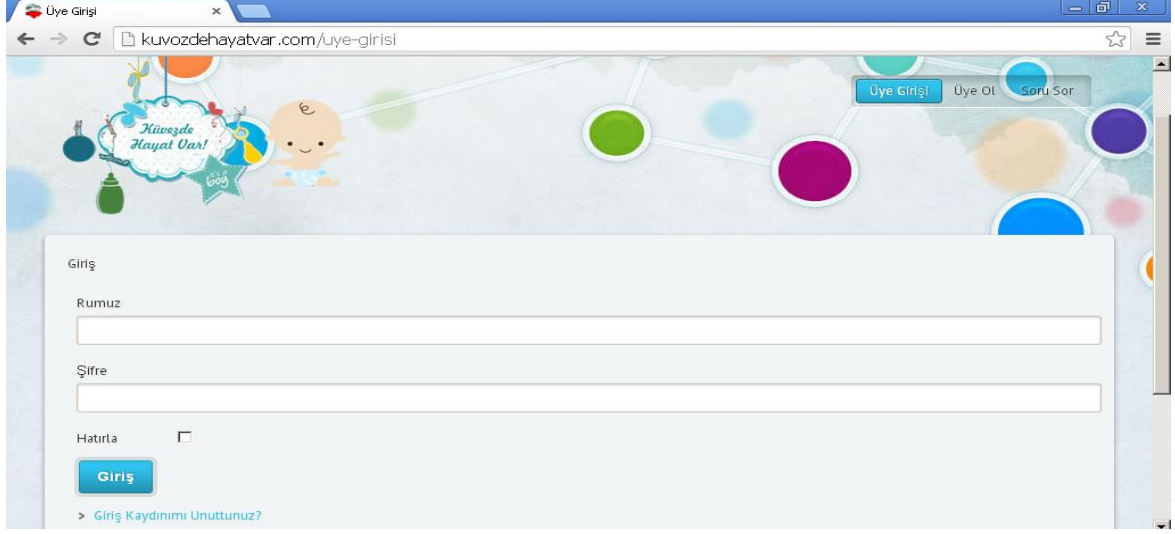
Çalışma grubunu oluşturan ebeveynlerin 3 hafta süren planlı eğitimden sonra bu menüden son test formlarını içeren anket sorularını doldurdıkları bölümdür.

Resim 2.8.3.7.1. Pharis özgüven ölçeğinin web sayfasındaki görüntüsü.

Resim 2.8.3.7.2. Son test değerlendirme formu sorularının web sayfasındaki görüntüsü.

2.8.3.8. Üye Giriş Menüsü

Kullanıcıların sitede sadece üyelerin faydalanabildiği bölümlere (bebek kütüphanesi, anket soruları ve aşı takvimi) erişebilmek için üye girişi yapmaları gerekmektedir. Üye girişini sağlayacakları kullanıcı adı ve şifre çalışma grubunu oluşturan ebeveynlere ön test formlarının doldurulmasından sonra, kontrol grubu ebeveynlerine ise son test verilerine ulaştıktan sonra verilmiştir.



Resim 2.8.3.8.1. Üye girişi menüsünün web sayfasındaki görüntüsü.

2.8.3.9. Aşı Takvimi Menüsü

Bebeği 2000 gr'ın üstünde doğan ebeveynlerin bebeklerinin doğum tarihi baz alınarak aşı tarihlerinin belirlendiği bölümdür.

Bebek Aşı Takvimi

Bebeğiniz 2 kilogramın üstünde doğduysa aşağıdaki aşı takvimi geçerlidir.

Bebeği 2 kilogramın altında doğan anne ve babalar; aşılarla ilgili daha fazla bilgi için Bebeğin Kütüphanesi - 3. Kitabı inceleyiniz.

Bebeğinizin doğum gününü yazın ve Hesapla butonuna basın. Yazıcıdan çıktısını almak için **Tıklayınız**.

Gun: 1 Ay: Ocak Yıl: 2013

Hesapla Sıfırla

1.inci Hepatit Aşı Tarihi

2.inci Hepatit Aşı Tarihi

1.inci Beğli Aşı ve Verem Aşı Tarihi

2.inci Beğli Aşı Tarihi

3.üncü Beğli Aşı, Oral Çocuk Felci Aşısı ve 3.üncü Hepatit Aşı Tarihi

Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık Aşı Tarihi

Beğli Aşı ve Oral Çocuk Felci Aşısı Rapel Tarihi

Difteri-Tetanoz (Td), Oral Çocuk Felci ve Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık Rapel Aşısı Tarihi

Resim 2.8.3.9.1. Aşı takvimi menüsünün web sayfasındaki görüntüsü.

2.8.3.10. Soru Sor Menüsü

Web sitesine erişebilen tüm internet kullanıcılarının kullanabileceği bir bölümdür. Kullanıcıların bu menüde yönlendirdiği tüm soru ve mesajlar araştırmacının e-posta adresine ulaşmaktadır. Çalışma grubunu oluşturan ebeveynlerin 3-4 haftalık eğitim ve veri toplama sürecinde tüm sorularının cevaplandırıldığı, iletişimi sağlayan menüdür.

Soru Sor

<http://kuvozddehayatvar.com/soru-sor>

İletişim Formu

e-Posta gönder: Yıldızlı (*) alanları doldurulması zorunludur.

İsim *

e-Posta *

Konu *

Mesaj *

Kopyasını kendinize gönderin

e-Posta Gönder

Ek Bilgi

Resim 2.8.3.10.1. Soru sor menüsünün web sayfasında görüntüsü

2.9. Web Sitesinin Eğitimde Kullanılması İçin Ön Uygulama

Hazırlanan web sayfası Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yatan 10 ebeveyn ile ön uygulama yapılarak değerlendirilmiş, geliştirilmiştir. Ön uygulama sonunda, web sayfasının kullanılabilir ve anlaşılabilir olduğu saptanmıştır.

2.10. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması ile ilgili bilgiler Çizelge 2.10.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.10.1. Araştırmanın uygulanması

ZAMAN	ÇALIŞMA GRUBU	KONTROL GRUBU
1. Aşama	Basit randomizasyonla çalışma ve kontrol gruplarına alınacak ebeveynlerin belirlenmesi	
2. Aşama	- Ebeveynlerle tanışılması - Ebeveynlere araştırma hakkında bilgi verilmesi - Ebeveynlerin araştırmaya katılabilmeleri için yazılı onamlarının alınması - Ebeveynlerin, ön test değerlendirme formunu doldurmalarının sağlanması, <i>(Ön test değerlendirme formları; Ebeveynleri ve bebeği tanıttıcı bilgi formu, Pharis Öz-güven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği)</i>	
3. Aşama	Ebeveynlere web sitesini nasıl kullanacağını öğretilmesi, web sayfasına giriş için kullanıcı adı ve şifre verilmesi	—
4. Aşama	Ebeveynlere web sitesi üzerinden 3 haftalık eğitim programı uygulanması	—

Çizelge 2.10.1. *Devam* Araştırmanın uygulanması

ZAMAN	ÇALIŞMA GRUBU	KONTROL GRUBU
5. Aşama	Eğitim programının tamamlanmasını takip eden 1-3 hafta içinde ebeveynlerin, son test değerlendirme formlarını doldurmalarının sağlanması, <i>(Son test değerlendirme formları; Pharis Öz-güven Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Son Test Değerlendirme Formu)</i>	İlk görüşmeden 4-6 hafta sonra ebeveynlerin, son test değerlendirme formlarını doldurmalarının sağlanması, <i>(Son test değerlendirme formları; Pharis Öz-güven Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Son Test Değerlendirme Formu)</i> Ebeveynlere kullanıcı adı ve şifre verilerek hazırlanan web sayfasından yararlanmalarının sağlanması

Çalışma grubunda yer alan ebeveynlerin veri toplama süreci; prematüre bebeklerinin taburculuğunun gerçekleşeceği muhtemel tarihten 1-2 hafta önce ebeveynlerin araştırmaya katılmayı kabul etmesi ile başlamıştır. İlk aşamada her iki ebeveynin ön-test olarak Ebeveynleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu, Pharis Öz-güven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği'ni yüz yüze görüşme tekniği ile doldurmaları sağlanmıştır. Ebeveynlerden herhangi biriyle yüz yüze görüşme sağlanamaması halinde görüşülen ebeveynlerden alınan e-posta ya da telefon bilgileriyle diğer ebeveyne ulaşıp formları e-posta yoluyla doldurması sağlanmıştır. Ebeveynlerden birinin çalışmaya katılma kriterlerini taşıyamaması veya kabul etmemesi durumunda diğer ebeveyn çalışmaya dâhil edilmiştir.

Çalışma grubundaki ebeveynlere ön testin uygulanmasının ardından web sitesi tanıtılmış, giriş için kullanıcı adı ve şifresi verilmiş, web sitesini nasıl kullanacağı öğretilmiştir. Ebeveynlere şifre verildikten sonraki üç gün içinde siteye giriş yapmazlarsa e-posta ya da telefon yoluyla hatırlatma yapılmış, üç e-postanın ya da telefonla aramanın ardından siteye giriş yapmazlarsa çalışma dışı bırakılmışlardır. Ebeveynin ilk web sayfasına girişiyle planlanan eğitim başlatılmıştır.

Çalışma grubundaki ebeveynlerin, uzman görüşü alınarak hazırlanmış olan prematüre bebeğin bakımına yönelik bilgileri içeren web sayfasından üç hafta düzenli olarak yararlanmaları sağlanmıştır. Ebeveynlerin web sayfasındaki iletişim bölümündeki e-posta aracılığıyla soruları cevaplanmış, karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm önerileri sunulmuştur. Çalışma grubundaki ebeveynlerin planlı eğitiminin tamamlanmasından 1-3 hafta sonra son-test olarak Pharis Öz-güven Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ile Son Test Değerlendirme Formunu yüz yüze ya da e-posta yoluyla doldurmaları sağlanmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan ebeveynlerin veri toplama süreci, prematüre bebeklerinin taburculuğunun gerçekleşeceği muhtemel tarihten 1-2 hafta önce ebeveynlerin araştırmaya katılmayı kabul etmesi ile başlamıştır. Kontrol grubundaki ebeveynlerin ön-test olarak Ebeveynleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu, Pharis Öz-güven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği'ni yüz yüze görüşme tekniği ile doldurmaları sağlanmıştır. Ebeveynlerden herhangi biriyle yüz yüze görüşme sağlanamaması halinde görüşülen ebeveynlerden alınan e-posta ya da telefon bilgileriyle diğer ebeveyne ulaşıp formların e-posta yoluyla doldurulması sağlanmıştır. Ebeveynlerden birinin çalışmaya katılma kriterlerini taşınamaması ve ya kabul etmemesi durumunda diğer ebeveyn çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubundaki ebeveynlere araştırma sürecinde herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. İlk verilerin toplanmasından 4-6 hafta sonra kontrol grubundaki ebeveynlerin Pharis Öz-güven Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Son Test Değerlendirme Formunu yüz yüze ya da e-posta yoluyla doldurmaları sağlanmıştır.

Son-testin ardından kontrol grubundaki ebeveynlere kullanıcı adı ve şifre verilerek, hazırlanmış olan web sayfasından yararlanmaları sağlanmıştır. Kontrol grubundaki ebeveynlere ön test ve son test uygulamasında üç kez e-posta ya da telefon yoluyla ulaşılamazsa çalışma dışı bırakılmıştır.

2.11. Verilerin Değerlendirilmesi/ İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi PASW 18 (Predictive Analytics Software) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın verileri tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare testi, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student t testi), bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon Signed Ranks testi (İşaret Testi), Kendall'ın uyuşum katsayısı ile değerlendirilmiştir. Güç analizleri G-power 3.1.3 istatistik programı ile yapılmıştır. $P < 0,05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasından sonra kullanılan istatistiksel testlere ilişkin güç analizi, G-power 3.1.3 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışma ve kontrol grupları arasında Pharis Özgüven Ölçeği (PÖÖ) ön test puan ortalamaları (çalışma: $39,00 \pm 20,0$; kontrol: $45,36 \pm 12,28$) arasındaki farkı belirlemek için kullanılan Mann-Whitney U testi ($U=2479,00$) sonuçlarına dayalı olarak %95 güven aralığında, etki gücü (d)= 0,61 ve $\alpha=0,05$ ile hesaplanmış ve bu analizin gücü (power)=0,97 (%97) olarak bulunmuştur. Yine gruplar arasında PÖÖ son test puan ortalamaları (çalışma: $55,78 \pm 8,44$; kontrol: $45,91 \pm 11,62$) arasındaki farkı belirlemek için kullanılan student-t testi ($t=6,39$) sonuçlarına dayalı olarak %95 güven aralığında, etki gücü (d)= 0,62 ve $\alpha=0,05$ ile hesaplanmış ve bu analizin gücü (power)=0,98 (%98) olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grupları arasında Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ön test puan ortalamaları (çalışma: $28,35 \pm 11,81$; kontrol: $23,11 \pm 11,39$) arasındaki farkı belirlemek için kullanılan student-t testi ($t=2,96$) sonuçlarına dayalı olarak %95 güven aralığında, etki gücü (d)= 0,46 ve $\alpha=0,05$ ile hesaplanmış ve analiz gücü (power)=0,84 (%84) olarak hesaplanmıştır. Yine gruplar arasında BAÖ son test puan ortalamaları (çalışma: $12,05 \pm 5,76$; kontrol: $20,55 \pm 7,60$) arasındaki farkı belirlemek için kullanılan student-t testi ($t=-8,29$) sonucuna dayalı olarak %95 güven aralığında, etki gücü (d)= 1,32 ve $\alpha=0,05$ ile hesaplanmış ve bu analizin gücü (power)=1,00 (%100) olarak belirlenmiştir.

Verilerin analizinde;

- Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin sosyo ekonomik ve obstetrik özellikleriyle prematüre yenidoğanların özelliklerinin homojenliğinin homojenliğinin karşılaştırılması için ki-kare testi,
- Bu çalışma için PÖÖ ve BAÖ'lerinin güvenirlik katsayılarının hesaplanmasında Cronbach Alpha testi,
- Çalışma ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlerinin ön test PÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi,
- Çalışma ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlerinin son test PÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,
- Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerinin ön test ve son test BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,
- Çalışma grubundaki ebeveynlerin ön test ve son test PÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Wilcoxon Signed Ranks testi (İşaret Testi),
- Çalışma grubundaki ebeveynlerin ön test ve son test BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi,
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin ön test ve son test PÖÖ ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

2.12. Değişkenler

2.12.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini prematüre yenidoğanların ebeveynlerinin Pharis Özgüven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar oluşturmuştur.

2.12.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, annelerin obstetrik öyküleri, ebeveynlerin bebek bakımına ilişkin verileri ve prematüre yenidoğanın özellikleri, yenidoğanların taburculuktan sonra sağlık durumu özellikleri oluşturmuştur.

2.13. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma Helsinki Deklerasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-8). Araştırmanın Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleştirilebilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınmıştır (EK-9). Araştırmaya dâhil edilen ebeveynlerle görüşülerek araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlar konusunda açıklamaların olduğu onam formu verilmiş ya da e-posta ile gönderilmiş, okumaları sağlanmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-10 ve EK-11). Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan ebeveynlere, son test formları doldurulduktan sonra web sitesine giriş için kullanıcı adı ve şifresi verilerek siteden yararlanmaları sağlanmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özellikleri

Çizelge 3.1.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin yaş ortalamalarına göre dağılımları

	Çalışma (n=87)	Kontrol (n=85)	T değeri/ P değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yaş	30,06±6,76	29,31±5,65	t=0,790 p=0,163

Çalışmaya katılan ebeveynler 16-45 yaşları arasında olup, yaş ortalaması 29,68±6,22'dir. Çalışma grubundaki ebeveynlerin yaş ortalaması 30,06±6,76 ve kontrol grubundaki ebeveynlerin yaş ortalamasının 29,31±5,65 olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arası farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (t=0,790, p>0,05; Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.2. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Çalışma (n=87)		Kontrol (n=85)		Toplam (n=172)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Cinsiyet								
Kadın	56	64,4	59	69,4	115	66,9	1	$\chi^2=0,494$ p=0,482
Erkek	31	35,6	26	30,6	57	33,1		
Eğitim düzeyi								
İlkokul	13	14,9	6	7,1	19	11,0	3	$\chi^2=3,286$ p=0,350
Ortaokul	17	19,5	15	17,6	32	18,6		
Lise	37	42,5	44	51,8	81	47,1		
Üniversite	20	23,1	20	23,5	40	23,3		
Resmi nikâh								
Olan	75	86,2	77	90,6	152	88,4	1	$\chi^2=0,803$ p=0,370
Olmayan	12	13,8	8	9,4	20	11,6		
Çalışma durumu								
Çalışan	37	42,5	33	38,8	70	40,7	1	$\chi^2=0,245$ p=0,621
Çalışmayan	50	57,5	52	61,2	102	59,3		
Sosyal güvence								
Olan	86	98,9	85	100	171	99,4	1	$\chi^2=1,369$ p=0,242
Olmayan	1	1,1	0	0,0	1	0,6		
Gelir durumu								
Düşük	16	18,4	24	28,2	40	23,3	2	$\chi^2=2,775$ p=0,250
Orta	67	77,0	59	69,4	126	73,3		
Yüksek	4	4,6	2	2,4	6	3,5		
Aile özelliği								
Çekirdek aile	76	87,4	68	80,0	144	83,7	1	$\chi^2=1,707$ p=0,191
Geniş aile	11	12,6	17	20,0	28	16,3		
Kronik Hastalık								
Olan	28	67,8	19	22,6	47	27,3	1	$\chi^2=2,092$ p=0,148
Olmayan	59	32,2	66	77,4	125	72,7		

Araştırmaya katılan ebeveynlerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, çalışma grubundaki ebeveynlerin %64,4'ünü annelerin, %35,6'sını babaların, kontrol grubundaki ebeveynlerin ise %69,4'ünü annelerin, %30,6'sını babaların oluşturduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.2).

Çalışma grubundaki ebeveynlerin eğitim durumları incelendiğinde, %14,9'unun ilkokul, %19,5'inin ortaokul, %42,5'inin lise ve %23,1'inin üniversite; kontrol grubundaki ebeveynlerin ise, %7,1'inin ilkokul, %17,6'sının ortaokul, %51,8'inin lise ve %23,5'inin üniversite mezunu, çalışma grubundaki ebeveynlerin %86,2'sinin, kontrol grubundakilerin %90,6'sının resmi nikâhının olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.2).

Ebeveynlerin bir işte çalışma, sosyal güvence ve gelir durumlarına bakıldığında çalışma grubundaki ebeveynlerin %42,5'inin ve kontrol grubundaki ebeveynlerin %38,8'inin bir işte çalıştığı, çalışma grubundaki ebeveynlerin %1,1'inin, sosyal güvencesinin olmadığı, çalışma grubundaki ebeveynlerin %18,4'ünün, kontrol grubundaki ebeveynlerin %28,2'sinin düşük gelir düzeyinde olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.2).

Çalışma grubundaki ebeveynlerin %87,4'ünün, kontrol grubundaki ebeveynlerin %80'inin geniş ailede yaşadığı ve çalışma grubundaki ebeveynlerin %67,8'inin, kontrol grubundaki ebeveynlerin %22,6'sının kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.2). Ebeveynlerin sahip oldukları kronik hastalıkların ise hipotroidi, bel fıtığı, diyabet, akdeniz anemisi, varis, kalp hastalığı, akdeniz ateşi, bronşit, astım, anemi, demir eksikliği anemisi, hipertansiyon ve kronik akciğer hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığa sahip olma açısından çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=31,738$, $p=0,106$, $p>0,05$).

Çalışma ve kontrol gruplarının benzer olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel değerlendirmede, cinsiyet ($\chi^2=0,494$, $p=0,482$, $p>0,05$), eğitim düzeyi ($\chi^2=3,286$, $p=0,350$, $p>0,05$), resmi nikâha sahip olma ($\chi^2=0,803$, $p=0,370$, $p>0,05$), çalışma durumu ($\chi^2=0,245$, $p=0,621$, $p>0,05$), sosyal güvenceye sahip olma ($\chi^2=1,369$, $p=0,242$, $p>0,05$), gelir durumu ($\chi^2=2,775$, $p=0,250$, $p>0,05$), aile özelliği ($\chi^2=1,707$, $p=0,191$, $p>0,05$) ve kronik hastalığa sahip olma ($\chi^2=2,092$, $p=0,148$, $p>0,05$) özellikleri bakımından iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.2).

3.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri ve Gebeliklerine İlişkin Verileri

Çizelge 3.2.1. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları

Obstetrik Özellik	Çalışma (n=56)		Kontrol (n=59)		Toplam (n=115)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Gebelik sayısı								
1	28	50,0	31	51,7	59	51,3	4	$\chi^2=7,553$ $p=0,062$
2	13	23,2	15	25,8	28	24,3		
3	10	17,9	11	18,8	21	18,4		
4	3	5,4	2	3,7	5	4,3		
5	2	3,5	0	0,0	2	1,7		
Canlı doğum sayısı								
1	37	66,1	36	64,1	73	63,4	2	$\chi^2=6,260$ $p=0,060$
2	10	17,9	17	25,8	27	23,6		
3	9	16,1	6	10,1	15	13,0		
Yaşayan çocuk sayısı								
1	37	66,1	32	54,2	69	60,0	2	$\chi^2=5,857$ $p=0,053$
2	11	19,6	23	39,0	34	29,6		
3	8	14,3	4	6,8	12	10,4		
Ölü doğum sayısı								
Olmayan	53	94,6	53	89,8	106	92,2	2	$\chi^2=1,813$ $p=0,404$
1	3	5,4	5	8,5	8	7,0		
2	0	0,0	1	1,7	1	0,9		
Düşük sayısı								
Olmayan	40	71,4	48	81,4	88	76,5	2	$\chi^2=1,660$ $p=0,436$
1	14	25,0	10	16,9	24	20,9		
2	2	3,6	1	1,7	3	2,6		
Küretaj sayısı								
Olmayan	55	98,2	54	91,5	109	94,8	1	$\chi^2=2,842$ $p=0,092$
1	1	1,8	5	8,5	6	5,2		

Çalışmaya katılan annelerin büyük çoğunluğunun gebelik sayısı bir (%51,3), canlı doğum sayısı bir (%63,4) ve bir yaşayan çocuğa (%60) sahip oldukları, çalışma grubundaki anneler ölü bebeğe sahip olmadığı ve kontrol grubundaki annelerin %1,7'sinin ölü bebek sahibi olduğu; çalışma grubundaki annelerin %25'inin ve kontrol grubundaki annelerin %16,2'sinin bir kez düşüğü olduğu; çalışma grubundaki annelerin %1,8'inin, kontrol grubundakilerin %8,5'inin bir kez küretaj oldukları saptanmıştır (Çizelge 3.2.1).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelik sayıları ($\chi^2=7,553$, $p=0,062$, $p>0,05$), canlı doğum sayıları ($\chi^2=6,260$, $p=0,060$, $p>0,05$), yaşayan çocuk sayıları ($\chi^2=5,857$, $p=0,053$, $p>0,05$), ölü doğum sayıları ($\chi^2=1,813$, $p=0,404$, $p>0,05$), düşük sayıları ($\chi^2=1,660$, $p=0,436$, $p>0,05$) ve kürtaj sayıları ($\chi^2=2,842$, $p=0,092$, $p>0,05$) bakımından çalışma ve kontrol grupları arası farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2.1). Bu bulgular çalışma ve kontrol gruplarının obstetrik özellikler bakımından benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.2.2. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin son gebeliğe ilişkin özelliklerinin dağılımı

Gebeliklerine İlişkin Veriler	Çalışma (n=56)		Kontrol (n=59)		Toplam (n=115)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Gebeliği isteme durumu								
İsteyen	47	83,9	52	88,1	99	86,1	1	$\chi^2=0,425$
İstemeyen	9	16,1	7	11,9	16	13,9		$p=0,515$
Erken doğum								
Yapan	13	23,2	9	15,3	22	19,1	1	$\chi^2=1,177$
Yapmayan	43	76,8	50	84,7	93	80,9		$p=0,278$
Gebe kalmak için tedavi								
Gören	1	1,8	1	1,7	2	1,7	1	$\chi^2=0,001$
Görmeyen	55	98,2	58	98,3	113	98,3		$p=0,970$
Gebelikte sağlık sorunu								
Olan	40	71,4	38	64,4	78	67,8	1	$\chi^2=0,649$
Olmayan	16	28,6	21	35,6	37	32,2		$p=0,420$

* Araştırmada son gebeliğinde çoğul gebelik olan anne yoktur.

Araştırmada çalışma grubundaki annelerin %16,1'inin ve kontrol grubundakilerin %11,9'unun gebeliklerini istemediği, çalışma grubundaki annelerin %23,3'ünün ve kontrol grubundakilerin %15,3'ünün daha önce erken doğum yaptıkları, çalışma grubundaki ebeveynlerin %1,8'inin ve kontrol grubundakilerin %1,7'sinin gebe kalmak için tedavi gördükleri saptanmıştır (Çizelge 3.2.2).

Annelerin gebelik sürecinde sağlık problemi yaşama durumları incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin %71,4'ünün ve kontrol grubundakilerin %64,4'ünün gebelik süresince sağlık sorunu yaşadığı saptanmıştır. Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları bakımından çalışma ve kontrol grubundaki annelerin benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($\chi^2=0,649$, $p=0,420$, $p>0,05$; Çizelge 3.2.2).

Anneler yaşadıkları sağlık sorunlarının anemi (%11,1), idrar yolu enfeksiyonu (%11,1), hiperemesis (%14,9), vajinal mantar enfeksiyonu (%10,9), düşük tehdidi (%11,1), hemoroid (%4,9), kanama (%9,8), piyelonefrit (%1,4), hipertansiyon (%2,9), hipotansiyon (%2,9), gestasyonel diyabet (%2,9), depresyon (%2,9), kardiyak problem (%1,4), idrar kaçırma (%1,4), reflü (%11,1), kabızlık (%2,9), preeklampsia (%1,4), ödem (%1,4), sedef (%0,7) ve varis (%2,9) olduğu belirlenmiştir. Gebelikte yaşanan sağlık sorunları açısından çalışma ve kontrol grubundaki anneler benzer özellik göstermektedir ($\chi^2=48,661$, $p=0,291$, $p>0,05$).

3.3. Yenidoğanların Özelliklerine İlişkin Veriler

Çizelge 3.3.1. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların özellikleri

Yenidoğanların Özellikleri	Çalışma (n=70)		Kontrol (n=70)		Toplam (n=140)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Doğum şekli								
Vajinal	42	59,8	36	51,8	78	55,8	1	$\chi^2=1,117$ p=0,291
Sezaryen	28	40,2	34	48,2	62	44,2		
Cinsiyeti								
Kız	39	55,2	36	50,6	75	52,9	1	$\chi^2=0,363$ p=0,547
Erkek	31	44,8	34	49,4	65	47,1		
Doğumda sorun								
Gelişen	5	6,9	1	1,2	6	4,1	1	$\chi^2=3,040$ p=0,081
Gelişmeyen	65	93,1	69	98,8	134	95,9		
Doğumda müdahale								
Olan	20	28,7	20	28,2	40	28,5	1	$\chi^2=0,005$ p=0,942
Olmayan	50	71,3	50	71,8	100	71,5		
Yoğunbakımda yatma durumu								
Yatan	31	44,8	25	35,3	56	40,1	1	$\chi^2=1,627$ p=0,202
Yatmayan	39	55,2	45	64,7	84	59,9		
Hastanede yatış tanısı								
Prematürite	24	34,3	23	32,6	47	32,7	5	$\chi^2=5,66$ p=0,129
RDS	18	25,2	17	24,6	35	25,0		
Solunum sıkıntısı	10	13,9	10	14,2	20	13,9		
Asfiksi	8	11,3	8	11,2	16	11,6		
EMR	7	9,6	9	12,6	16	11,0		
Diğer	3	5,7	3	4,8	6	5,8		
Beslenme Şekli*								
Emzirilen	70	60,3	70	54,7	140	57,4	2	$\chi^2=5,889$ p=0,117
Biberonla anne sütü alan	24	20,7	28	21,9	52	21,3		
Biberonla mama alan	22	19,0	30	43,5	52	21,3		
Taburculukta evde tedavisi								
Olan	11	16,1	16	22,4	27	19,2	1	$\chi^2=1,087$ p=0,297
Olmayan	59	83,9	54	77,6	113	80,8		
Taburculukta evde özel bakımı								
Olan	6	9,2	7	9,4	13	9,3	1	$\chi^2=0,002$ p=0,961
Olmayan	54	90,8	63	90,6	117	90,7		

* Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için veriler katlanmıştır.

Çalışma grubundaki yenidoğanların %59,8'inin ve kontrol grubundakilerin %51,8'inin doğum şeklinin vajinal yolla olduğu, çalışma grubundaki yenidoğanların %55,2'sinin ve kontrol grubundakilerin %50,6'sının kız olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Yenidoğanların doğumda sorun yaşama ve müdahale edilme durumları incelendiğinde çalışma grubundaki yenidoğanların %6,9'unun ve kontrol grubundakilerin %1,2'sinin doğumda sorun yaşadığı, çalışma grubundakilerin %28,7'sine ve kontrol grubundakilerin %28,2'sine doğumdan sonra müdahale edildiği saptanmıştır. Çalışma grubundaki yenidoğanların %44,8'inin, kontrol grubundaki yenidoğanların %35,3'ünün hastanede yatış sürecinde yoğun bakımda yattığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Çalışma grubundaki yenidoğanların %34,3'ü prematürite, diğerlerinin prematüriteye ek olarak, %25,2'sinin Respiratuvar Distres Sendromu (RDS), %13,9'unun solunum sıkıntısı, %9,6'sının erken membran rüptürü (EMR), %11,3'ünün asfiksi, %2,9'unun pnomotoraks, %1,4'ünün dekolman plasenta, %1,4'ünün beslenme güçlüğü ve hipoaktivite tanısı aldığı belirlenmiştir. Kontrol grubundakilerin; %32,6'sının prematürite, diğerlerinin ise prematüriteye ek olarak %24,6'sının RDS, %14,2'sinin solunum sıkıntısı, %12,6'sının EMR, %11,2'sinin asfiksi, %1,4'ünün hipoglisemi ve %3,4'ünün Small for Gestational Age (SGA) tanısıyla hastanede yattığı saptanmıştır. Hastanede yatış tanıları bakımından çalışma ve kontrol grubundaki prematüre yenidoğanlar benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=5,665$, $p=0,129$, $p>0,05$; Çizelge 3.3.1).

Hastaneden taburcu olurken yenidoğanların %57,4'ünün emerek anne sütü aldığı, %21,3'ünün biberonla anne sütü ve %21,3'ünün biberonla mama aldığı, yenidoğanların büyük çoğunluğunun hastaneden taburcu olurken evde tedavisinin (%80,8) ve özel bakımının (%90,7) olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Yenidoğanların doğum şekli ($\chi^2=1,117$, $p=0,291$, $p>0,05$), cinsiyeti ($\chi^2=0,363$, $p=0,547$, $p>0,05$), doğumda sorun yaşama durumu ($\chi^2=3,040$, $p=0,081$, $p>0,05$), doğumda müdahale edilme durumu ($\chi^2=0,005$, $p=0,942$, $p>0,05$), yoğun bakımda yatma durumu ($\chi^2=1,627$, $p=0,202$, $p>0,05$), beslenme şekli ($\chi^2=5,889$, $p=0,117$, $p>0,05$), taburculukta evde tedavilerinin olması ($\chi^2=1,087$, $p=0,297$, $p>0,05$) ve taburculukta evde özel bakımlarının olması ($\chi^2=0,002$, $p=0,961$, $p>0,05$) bakımından çalışma ve kontrol grupları

arası farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1). Bu bulgular çalışma ve kontrol gruplarındaki yenidoğanların özellikleri bakımından homojen olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.3.2. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların doğumdaki bazı özellikleri ve hastanede yatış sürelerinin ortalamaları

	Çalışma (n=70)	Kontrol (n=70)	T değeri/ U değeri/ P değeri
	Ortalama±SS/IR*	Ortalama±SS/IR*	
Gestasyon haftası	34,82±1,74	34,51±1,68	t=1,19 p=0,236
Doğum kilosu	2431,90±438,97	2213,88±422,47	t=3,32 p=0,001
Baş çevresi	34,00±2,0*	33,00±2,5*	U=256,650 p=0,000
1.dakika apgar skoru	6,83±0,63	6,84±0,63	t=-0,08 p=0,936
5.dakika apgar skoru	9,00±1,0*	9,00±1,0*	U=359,000 p=0,704
Yatış süresi	16,26±22,0*	18,74±36,0*	U=344,000 p=0,395

*Interquartile Range

Yenidoğanların gestasyon haftası, doğum kilosu ve doğumdaki baş çevresi ölçüleri incelendiğinde çalışma grubundaki yenidoğanları gestasyon haftalarının ortalaması 34,82±1,74 hafta ve kontrol grubundakilerin 34,51±1,68 haftadır. Çalışma grubundaki yenidoğanların doğum kilolarının ortalaması 2431,90±438,97 gr ve kontrol grubundakilerin 2213,88±422,47 gr, çalışma grubundaki yenidoğanların baş çevreleri ortalaması 34,00±2,0 cm ve kontrol grubundakilerin 33,00±2,5 cm olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.2).

Çalışma grubundaki yenidoğanların 1. dakika apgar skoru ortalaması $6,83 \pm 0,63$ ve kontrol grubundakilerin $6,84 \pm 0,63$, çalışma ve kontrol grubundakilerin 5. dakika apgar skoru ortalaması $9,00 \pm 1,0$ olarak belirlenmiştir. Yenidoğanların hastanede yatış süreleri en az iki gün en fazla 68 gündür. Çalışma grubundaki yenidoğanların yatış süresi ortalaması $16,26 \pm 22,0$ gün ve kontrol grubundakilerin $18,74 \pm 36,0$ gün olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.3.2).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların gestasyon haftasının ($t=1,19$, $p=0,236$, $p>0,05$), 1. dakika apgar skorunun ($t=-0,08$, $p=0,936$, $p>0,05$), 5. dakika apgar skorunun ($U=3590,00$, $p=0,704$, $p>0,05$) ve yatış süresinin ($U=3440,00$, $p=0,395$, $p>0,05$) benzer olduğu, doğum kilosu ($t=3,32$, $p=0,001$, $p<0,05$) ve baş çevresi ($U=2566,50$, $p=0,000$, $p<0,05$) bakımından benzer özellikte olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3.2).

3.4. Ebeveynlerin Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Alma Durumları

Çizelge 3.4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim öncesi bebek bakımına ilişkin bilgi alma durumları

Bilgi Alma Durumu ve Bilginin Kaynağı	Çalışma (n=87)		Kontrol (n=85)		Toplam (n=172)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Bilgi alma durumu								
Alan	54	62,1	66	77,6	120	69,8	1	$\chi^2=4,947$
Almayan	33	37,9	19	22,4	52	30,2		p=0,026
Sağlık çalışanlarından								
Bilgi alan	20	23,0	41	48,2	111	64,5	1	$\chi^2=11,974$
Bilgi almayan	67	77,0	44	51,8	61	35,5		p=0,001
Kitap/broşürden								
Bilgi alan	7	8,0	8	9,4	15	8,7	1	$\chi^2=0,101$
Bilgi almayan	80	92,0	77	90,6	157	91,3		p=0,751
İnternette								
Bilgi alan	40	46,0	44	51,8	84	48,8	1	$\chi^2=0,576$
Bilgi almayan	47	54,0	41	48,2	88	51,2		p=0,448
Aile büyüklerinden								
Bilgi alan	46	52,9	60	70,6	106	61,6	1	$\chi^2=5,705$
Bilgi almayan	41	47,1	25	29,4	66	38,4		p=0,017

Çalışma grubundaki ebeveynlerin %62,1'inin ve kontrol grubundakilerin %77,6'sının bebek bakımına yönelik daha önce bilgi aldıkları saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede çalışma ve kontrol grupları arasında bebek bakımına yönelik bilgi alma durumu açısından fark olduğu ($\chi^2=4,947$, $p=0,026$, $p<0,05$; Çizelge 3.4.1) belirlenmiştir.

Ebeveynlerin bebek bakımına yönelik bilgi kaynakları incelendiğinde, çalışma grubundaki ebeveynlerin %23,3'ünün, kontrol grubundakilerin %48,2'sinin sağlık personelinin, çalışma grubundaki ebeveynlerin %8'inin ve kontrol grubundakilerin %9,4'ünün kitap/broşürden, çalışma grubundaki ebeveynlerin %46'sının ve kontrol grubundakilerin %51,8'inin internette, çalışma grubundaki ebeveynlerin %52,9'unun ve kontrol grubundakilerin %70,6'sının aile büyüklerinden bilgi aldığını bildirmiştir (Çizelge 3.4.1).

Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin kitap/broşürden ($x^2=0,101$, $p=0,751$, $p>0,05$) ve internetten ($x^2=0,576$, $p=0,448$, $p>0,05$) bilgi alma bakımından istatistiksel olarak benzer özellik gösterdiği; sağlık personelinin ($x^2=11,974$, $p=0,001$, $p<0,05$) ve aile büyüklerinden ($x^2=5,705$, $p=0,017$, $p<0,05$) bilgi alma durumları bakımından benzer olmadıkları saptanmıştır (Çizelge 3.4.1).

3.5. Ebeveynlerin Eğitim Öncesi (Ön Test) ve Eğitim Sonrası (Son Test) PÖÖ ve BAÖ Puanları

Çizelge 3.5.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim öncesi PÖÖ ve BAÖ puan ortalamaları

Ön Test Puanları	Çalışma (n=87)	Kontrol (n=85)	t değeri /Udeğeri/ p değeri
	Ortalama±SS/IR*	Ortalama±SS	
PÖÖ	39,00±20,0*	45,36±12,28	U=247,900 p=0,000
BAÖ	28,35±11,81	23,11±11,39	t=2,96 p=0,004

*Interquartile Range

Araştırmaya katılan ebeveynlerin eğitim öncesi PÖÖ puan dağılımları Çizelge 3.5.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin Pharis Özgüven Ölçeği ön test puanları normal dağılım özelliği göstermemektedir. Çalışma grubundaki ebeveynlerin ön test PÖÖ puan ortalamaları 39,00±20,0 iken kontrol grubundaki ebeveynlerin ön test PÖÖ puan ortalamalarının 45,36±12,28 olduğu saptanmıştır. Yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları bu farkın önemli olduğunu göstermiştir (U=2479,00, $p=0,000$, $p<0,05$; Çizelge 3.5.1). Bu bulgu eğitim öncesi çalışma ve kontrol gruplarının bebek bakımına yönelik özgüven bakımından homojen özellikte olmadıklarını göstermektedir.

Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim öncesi Beck Anksiyete Ölçeği puan dağılımları Çizelge 3.4.1’de verilmiştir. Çalışma grubundaki ebeveynlerin ön test BAÖ puan ortalamalarını $28,35 \pm 11,81$ ve kontrol grubundakilerin ise $23,11 \pm 11,39$ olduğu, yapılan istatistiksel değerlendirmede de grupların anksiyete ölçek puanları bakımından benzer özellik göstermediği belirlenmiştir ($t=2,96$, $p=0,004$, $p<0,05$; Çizelge 3.5.1).

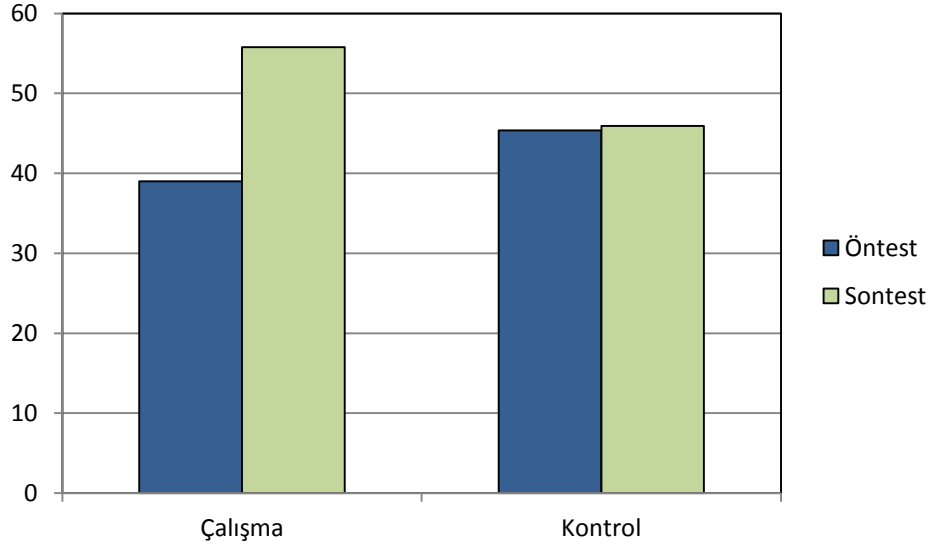
Çizelge 3.5.2. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim sonrası PÖÖ ve BAÖ puanları

Son Test Puanları	Çalışma (n=87)	Kontrol (n=85)	t değeri / p değeri
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	
PÖÖ	55,78 $\pm$ 8,44	45,91 $\pm$ 11,62	t=6,39 p=0,000
BAÖ	12,05 $\pm$ 5,76	20,55 $\pm$ 7,60	t=-8,29 p=0,000

Araştırmada her iki gruptaki ebeveynlerin eğitim sonrası PÖÖ puanlarının normal dağılım özelliği göstermektedir. Ebeveynlerin eğitim sonrası PÖÖ puan ortalamaları Çizelge 3.5.2’de verilmiştir. Çalışma grubundaki ebeveynlerin son test PÖÖ puan ortalamaları $55,78 \pm 8,44$ iken, kontrol grubundaki ebeveynlerinkinin $45,91 \pm 11,62$ olduğu görülmüştür. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin son test PÖÖ puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek için yapılan analiz sonuçları gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir ($t=6,39$, $p=0,000$, $p<0,05$; Çizelge 3.5.2).

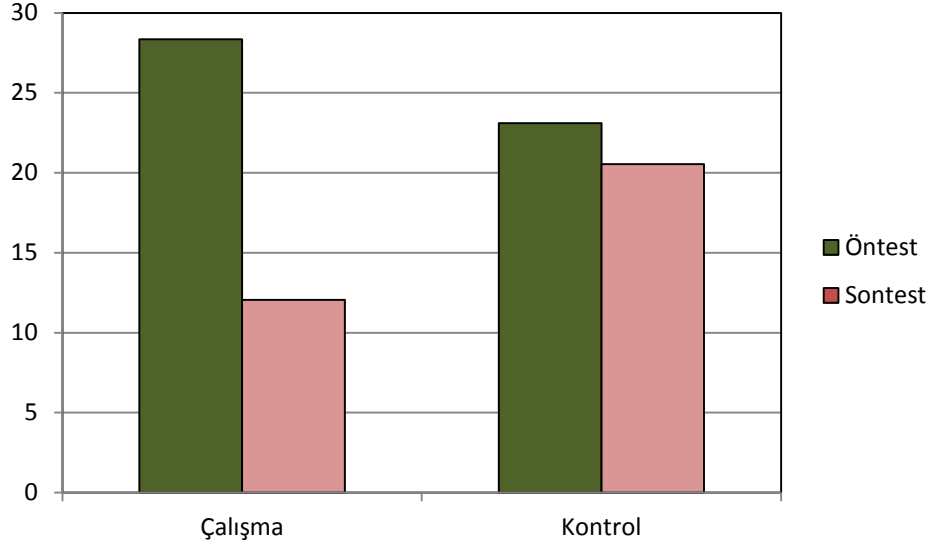
Çalışmaya katılan her iki gruptaki ebeveynlerin BAÖ son test puanlarının normal dağılım özelliği gösterdiği saptanmıştır. Çalışma grubundaki ebeveynlerin BAÖ son test puan ortalamaları $12,05 \pm 5,76$ iken, kontrol grubundakilerinkinin $20,55 \pm 7,60$ olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz bu farkın önemli olduğunu göstermiştir ($t=-8,29$, $p=0,000$, $p<0,05$; Çizelge 3.5.2).

Grafik 3.5.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin ön test ve son test PÖÖ puan ortalamaları



Çalışma grubundaki ebeveynlerin PÖÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark ($Z=-7,99$, $p=0,00$, $p<0,05$) olduğu, kontrol grubunda PÖÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ($t=-1,16$, $p=0,25$, $p>0,05$) saptanmıştır. Bu bulgu çalışma grubundaki ebeveynlerin eğitim sonrası bebek bakımına yönelik özgüven puanlarının arttığını, kontrol grubundaki ebeveynlerin özgüven puanlarındaki değişimin istatistiksel açıdan önemli olmadığını göstermektedir.

Grafik 3.5.2. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin ön test ve son test BAÖ puan ortalamaları



Çalışma grubundaki ebeveynlerin BAÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında ($t=16,11$, $p=0,00$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrol grubundakilerin BAÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır ($t=2,43$, $p=0,02$, $p<0,05$).

3.6. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin ve Yenidoğanların İzlem Sonuçları

Çizelge 3.6.1. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin taburculuktan sonra (son test) bebek bakımına yönelik sorun yaşama ve yeterlilik durumları

Bebek Bakımına İlişkin Özellikler	Çalışma (n=87)		Kontrol (n=85)		Toplam (n=172)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Bebek bakımıyla ilgili sorun yaşama								
Yaşayan	31	35,6	60	70,6	91	52,9	1	$\chi^2=21,086$ $p=0,000$
Yaşamayan	56	64,4	25	29,4	81	47,1		
Bebek bakımında kendini yeterli hissetme								
Hisseden	77	88,5	37	43,5	114	66,3	1	$\chi^2=38,914$ $p=0,000$
Hissetmeyen	10	11,5	48	56,5	58	33,7		

Çizelge 3.6.1 incelendiğinde çalışma grubundaki ebeveynlerin %35,6'sının ve kontrol grubundakilerin %70,6'sının taburculuktan sonra bebek bakımıyla ilgili sorun yaşadığı, çalışma grubundaki ebeveynlerin %88,5'inin ve kontrol grubundakilerin %43,5'inin bebek bakımı konusunda kendilerini yeterli hissettikleri görülmektedir. Gruplar arasındaki farkı tespit etmek için yapılan istatistiksel değerlendirmede bebek bakımıyla ilgili sorun yaşama ($\chi^2=21,086$, $p=0,000$, $p<0,05$) ve bebek bakımı konusunda kendilerini yeterli hissetme durumları ($\chi^2=38,914$, $p=0,000$, $p<0,05$) bakımından gruplar arası farkın önemli olduğu belirlenmiştir.

Bebek bakımıyla ilgili sorun yaşayan ebeveynlerin yaşadığı sorunlar incelendiğinde emzirme/besleme (çalışma: %25,8; kontrol: %62,7), bebeğin büyüme ve gelişmesinin takibi (çalışma: %22,6; kontrol: %61,7), bebeğin solunumunu izleme (çalışma: %41,9; kontrol: %86,7), bebeğin uyku süresini belirleme (çalışma: %19,4; kontrol: %55), bebeğe uykuda verilecek pozisyonun belirlenmesi (çalışma: %6,5; kontrol: %35), banyo yaptırma (çalışma: %35,5; kontrol: %73,3), tırnak kesme (çalışma: %45,2; kontrol: %66,7), deri bakımı yapma (çalışma: %32,3; kontrol: %66), ilaç kullanma (çalışma: %12,9; kontrol: %53,3), olağan dışı durumların erken tespiti (çalışma: %48,4; kontrol: %85) ve alt bezi değiştirme (çalışma: %22,6; kontrol: %48,3) olduğu belirlenmiştir. Bebeklerin taburculuk sonrası izlemleriyle ilgili ebeveynler büyüme ve gelişmenin takibi (çalışma: %9,7; kontrol: %52,7) ve bebeklerinin aşıları hakkında bilgi sahibi olma (çalışma: %12,9; kontrol: %43,3) konularında sorun yaşadıklarını bildirmiştir. *(Ebeveynler birden fazla sorunu ifade ettiği için veriler katlanmıştır).*

Ebeveynlerin bebek bakımıyla ilgili sorun yaşadığını bildirdikleri emzirme/besleme ($\chi^2=11,072$, $p=0,001$, $p<0,05$), bebeğin solunumunu izleme ($\chi^2=20,040$, $p=0,000$, $p<0,05$), bebeğin uyku süresini belirleme ($\chi^2=21,034$, $p=0,000$, $p<0,05$), bebeğe uykuda verilecek pozisyonu belirleme ($\chi^2=8,820$, $p=0,003$, $p<0,05$), banyo yaptırma ($\chi^2=12,246$, $p=0,000$, $p<0,05$), tırnak kesme ($\chi^2=3,918$, $p=0,048$, $p<0,05$), deri bakımı yapma ($\chi^2=20,156$, $p=0,000$, $p<0,05$), ilaç kullanma ($\chi^2=13,973$, $p=0,000$, $p<0,05$), olağan dışı durumların erken tespiti ($\chi^2=13,751$, $p=0,000$, $p<0,05$) ve alt bezi değiştirme ($\chi^2=5,669$, $p=0,017$, $p<0,05$) konuları açısından çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışma ve kontrol gruplarındaki ebeveynlerin taburculuk sonrası bebeklerinin izlemleriyle ilgili büyüme ve gelişmenin takibi ($\chi^2=41,031$, $p=0,000$, $p<0,05$) ve bebeklerinin aşıları hakkında bilgi sahibi olma ($\chi^2=31,744$, $p=0,000$, $p<0,05$) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.6.2. Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların taburculuktan sonra (son test) sağlık durumları

Bebegin Sağlık Durumu	Çalışma (n=87)		Kontrol (n=85)		Toplam (n=172)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Taburculuktan sonra sorun gelişme								
Gelişen	44	50,6	61	71,4	105	60,8	1	$\chi^2=7,799$ p=0,005
Gelişmeyen	43	49,4	24	28,6	67	39,2		
Taburculuktan sonra rutin kontrollere gitme								
Giden	75	86,2	73	85,9	148	86,0	1	$\chi^2=0,004$ p=0,951
Gitmeyen	12	13,8	12	14,1	24	14,0		
Taburculuktan sonra acile gitme								
Giden	33	31,4	59	61,2	80	46,2	1	$\chi^2=15,254$ p=0,000
Gitmeyen	54	68,9	26	38,8	92	53,8		
Taburculuktan sonra tekrar hastaneye yatma								
Yatan	15	17,2	26	30,6	41	23,8	1	$\chi^2=4,219$ p=0,040
Yatmayan	72	82,8	59	69,4	131	76,2		

Çalışma ve kontrol grubundaki yenidoğanların taburculuktan sonra (son test) sağlık durumlarına ilişkin özelliklerini içeren Çizelge 3.6.2 incelendiğinde, çalışma grubundaki yenidoğanların %50,6'sında ve kontrol grubundakilerin %71,4'ünde taburculuktan sonra sorun geliştiği görülmektedir. Çalışma ve kontrol grupları arasında bebekte sorun gelişme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($\chi^2=7,799$, p=0,005, p<0,05; Çizelge 3.6.2).

Bebeklerinde sorun geliştiğini bildiren ebeveynlerin bildirdiği sorunlar incelendiğinde bebeklerde pişik (çalışma: %34,1; kontrol: %70), derisinde kızarıklık/döküntü (çalışma: %34,1; kontrol: %68,3), göbek çevresinde kızarıklık (çalışma: %22,7; kontrol: %58,3), gözde akıntı/çapaklanma (çalışma: %15,9; kontrol: %58,3) ve sarılık (çalışma: %10,3; kontrol: %34,1) geliştiği belirlenmiştir. Ayrıca kontrol grubundaki ebeveynlerin sorun gelişen bebeklerinin %11,4'ünde pamukçuk, %2,9'unda boyun kıvrımı ve kulak arkasında pişik geliştiği saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analizde pişik ($x^2=13,215$, $p=0,000$, $p<0,05$), derisinde kızarıklık/döküntü ($x^2=11,977$, $p=0,001$, $p<0,05$), göbek çevresinde kızarıklık ($x^2=13,111$, $p=0,000$, $p<0,05$), gözde akıntı/çapaklanma ($x^2=18,977$, $p=0,000$, $p<0,05$) ve sarılık ($x^2=8,973$, $p=0,040$, $p<0,05$) sorunları açısından çalışma ve kontrol grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur.

Çalışma grubundaki ebeveynlerin %86,2'si ve kontrol grubundakilerin %85,9'u bebeklerini rutin kontrollere götürdüklerini bildirmiştir. Bebeğini rutin kontrollere götürme açısından çalışma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($x^2=0,004$, $p=0,951$, $p>0,05$; Çizelge 3.6.2).

Taburculuktan sonra yenidoğanların acile başvurma ve tekrar hastaneye yatma durumları incelendiğinde çalışma grubundaki ebeveynlerin %31,4'ünün ve kontrol grubundaki ebeveynlerin %61,2'sinin bebeklerini acile götürdükleri, çalışma grubundaki ebeveynlerin %17,2'sinin ve kontrol grubundaki ebeveynlerin %30,6'sının bebeklerinin tekrar hastaneye yattığı belirlenmiştir. Yenidoğanların taburculuktan sonra acile başvurma ($x^2=15,254$, $p=0,000$, $p<0,05$) ve tekrar hastaneye yatma ($x^2=4,219$, $p=0,040$, $p<0,05$) durumları bakımından çalışma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.6.2).

Bebeklerini acile götürdüklerini bildiren ebeveynlerin bebeklerinin acile gitme nedenleri sorgulandığında çalışma grubundakilerin %37,9'u ve kontrol grubundakilerin %63'ü yüksek ateş, çalışma grubundakilerin %27,9'u ve kontrol grubundakilerin %52,2'si sarılık, çalışma grubundakilerin %17,2'si ve kontrol grubundakilerin %63'ü beslenmeme/huzursuzluk, çalışma grubundakilerin %20,7'si ve kontrol grubundakilerin %59,3'ü çok ağlama/gaz sancısı nedenleriyle ve kontrol grubundaki ebeveynlerin %2,9'u vajinal akıntı/kanama, %2,9'u memelerde şişlik nedenleriyle acile gittiklerini bildirmişlerdir. Çalışma ve kontrol grupları arasında yüksek ateş ($x^2=4,763$, $p=0,029$, $p<0,05$), sarılık ($x^2=9,263$, $p=0,002$, $p<0,05$), beslenmeme/huzursuzluk ($x^2=15,834$, $p=0,000$, $p<0,05$) ve çok ağlama/gaz sancısı ($x^2=11,307$, $p=0,001$, $p<0,05$) sorunları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Bebeklerinin taburculuk sonrası tekrar hastaneye yattığını bildirilen ebeveynlerin bebeklerinin hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde çalışma grubundakilerin %20,1'inin pnomoni, %14,2'sinin yenidoğan enfeksiyonu, %13,2'sinin beslenememe, %12,5'inin omfolit, %11,8'inin hipoglisemi, %11,1'inin sarılık ve %11,1'inin yüksek ateş nedenleriyle tekrar hastaneye yattığı belirlenmiştir. Kontrol grubundakilerin %34,3'ünün sarılık, %34,3'ünün yüksek ateş, %34,3'ünün omfolit, %34,3'ünün pnomoni, %28,4'ünün yenidoğan enfeksiyonu, %27,8'inin hipoglisemi, %27,1'inin beslenememe, %15,4'ünün ishal, %11,1'inin kilo kaybı, %11,1'inin yüksek ateş ve %9,3'ünün dehidratasyon nedenleriyle tekrar hastaneye yattığı saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarında hastaneye yatış tanıları bakımından istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=35,251$, $p=0,026$, $p<0,05$).

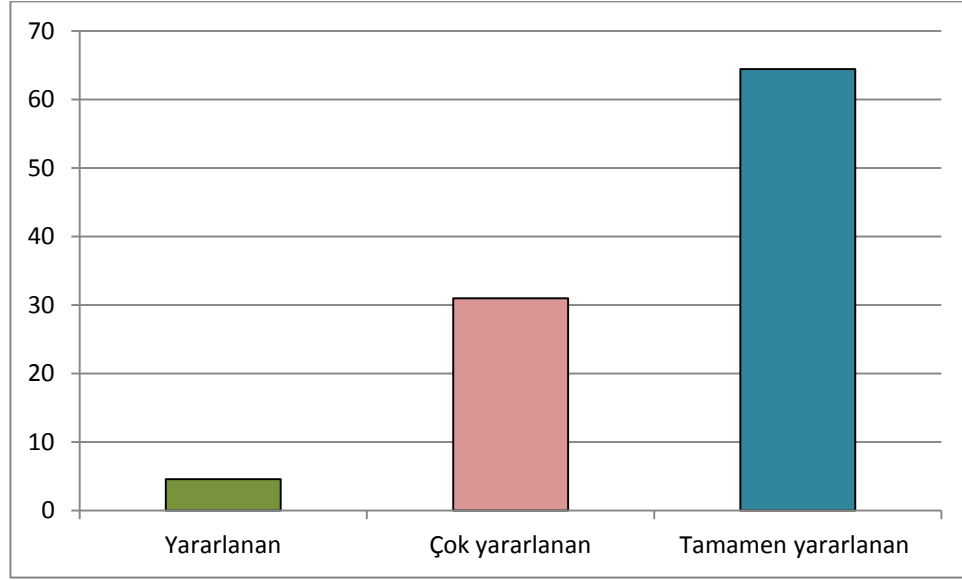
Çizelge 3.6.3. Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin taburculuktan sonra (son test) bebek bakımına yönelik bilgi alma kaynakları

Bilginin Kaynağı	Çalışma (n=87)		Kontrol (n=85)		Toplam (n=172)		df	Ki-kare/ p değeri
	S	%	S	%	S	%		
Sağlık çalışanlarından								
Bilgi alan	70	80,5	67	78,8	137	79,7	1	$\chi^2=0,071$
Bilgi almayan	17	19,5	18	21,2	35	20,3		$p=0,790$
Arkadaşlarından								
Bilgi alan	14	16,1	44	51,8	58	33,7	1	$\chi^2=24,480$
Bilgi almayan	73	83,9	41	48,2	114	66,3		$p=0,000$
Aile büyüklerinden								
Bilgi alan	29	33,3	68	80,0	97	56,4	1	$\chi^2=38,076$
Bilgi almayan	58	66,7	17	20,0	75	43,6		$p=0,000$
İnternette								
Bilgi alan	87	100,0	21	24,7	108	62,8	1	$\chi^2=104,32$
Bilgi almayan	0	0,0	64	37,2	64	37,2		$p=0,000$

Taburculuktan sonra bebek bakımıyla ilgili ebeveynlerin bilgi kaynakları incelendiğinde çalışma grubundaki ebeveynlerin %80,5'inin ve kontrol grubundakilerin %78,8'inin sağlık personelinden, çalışma grubundaki ebeveynlerin %16,1'inin ve kontrol grubundakilerin %51,8'inin arkadaşlarından, çalışma grubundaki ebeveynlerin %33,3'ünün ve kontrol grubundakilerin %80'inin aile büyüklerinden, çalışma grubundaki ebeveynlerin tamamının ve kontrol grubundakilerin %24,7'sinin internetten bilgi aldıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.6.3). Çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin taburculuktan sonra bebek bakımıyla ilgili sağlık çalışanlarından ($\chi^2=0,071$, $p=0,790$, $p<0,05$), arkadaşlarından ($\chi^2=24,480$, $p=0,000$, $p<0,05$), aile büyüklerinden ($\chi^2=38,076$, $p=0,000$, $p<0,05$) ve internetten ($\chi^2=104,324$, $p=0,000$, $p<0,05$) bilgi alma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli idi (Çizelge 3.6.3).

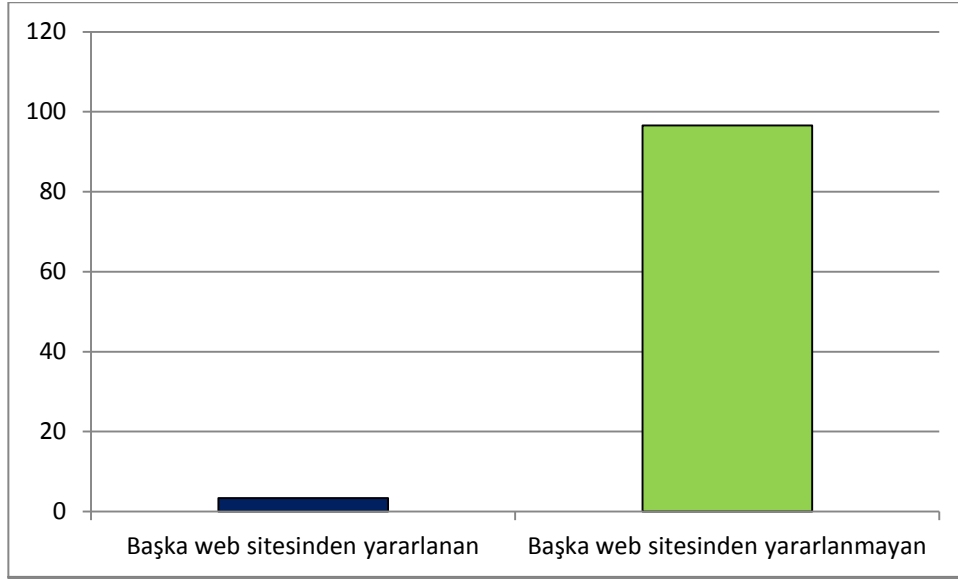
3.7. Çalışma Grubundaki Ebeveynlerin Web Sitelerinden Yararlanma Durumları

Grafik 3.7.1. Çalışma grubundaki ebeveynlerin araştırmanın yürütüldüğü web sitesinden yararlanma durumları



Çalışma grubundaki ebeveynlerin araştırmanın yürütüldüğü web sitesinden yararlanma durumlarını Grafik 3.7.1’de görülmektedir. Ebeveynlerin %4,6’sı bu web sitesinden yararlandığını, %31’i çok yararlandığını ve %64,4’ü tamamen yararlandığını ifade etmişlerdir.

Grafik 3.7.2. Çalışma grubundaki ebeveynlerin araştırmanın yürütüldüğü web sitesinden başka bir web sitesinden yararlanma durumları



Çalışma grubundaki ebeveynlerin bebek bakımıyla ilgili araştırmanın yürütüldüğü web sitesinden başka bir web sitesinden yararlanma durumları incelendiğinde; %3,4'ü başka web sitelerinden de yararlandığını bildirirken, %96,6'sı yararlanmadığını bildirmişlerdir (Grafik 3.7.2).

3.7.1. Çalışma Grubundaki Ebeveynlerin Araştırmanın Yürütüldüğü Web Sitesiyle İlgili Görüş ve Önerileri

Çalışma grubundaki ebeveynlerin araştırmanın yürütüldüğü web sitesiyle ilgili “Kullanmış olduğunuz bu internet sitesiyle ilgili görüş ve önerilerinizi yazınız” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, ebeveynlerin tamamının web sitesine ilişkin olumlu görüş bildirdikleri tespit edilmiştir. Ebeveynlerin web sitesine ilişkin görüşleri sorulduğunda “sorularına hızlı cevap alabildiklerini”, “fotoğraflarla desteklenmesinin anlaşılabilirliği artırdığını”, “bilgileri kimin yazdığını ve siteyi kimlerin yönettiğini bilmenin güven verici olduğunu”, “dilini sade ve anlaşılır olduğunu”, “bilgiler dağınık değil sistematik olarak kategorilere ayrılmış olduğunu” “eğitim süresini yeterli bulduğunu”, “eğitimin belirli ve planlı sürede verilmesinin ertelemeyi engellediğini”, “yararlı ve pratik bulduğunu”, “yararlı ve eğitici bulduğunu”, “dikkat çekici hazırlanmış olduğunu”, “kullanımını kolay bulduğunu”, “bilgilerin anlaşılır olduğunu”, “bilgilerin keyifli ve akıcı anlatılmış olduğunu”, “profesyonel olarak hazırlanmış olduğunu”, “endişelerini azaltan bilgiler içerdiğini”, “hastaneye gitme gereksiniminin azaldığını”, “bebek bakımının önemini anladığını”, “bebeğinin bakımıyla ilgili eşiyle etkileşiminin arttığını”, “bebeğinin hastalığını erken tespit ettiğini”, “bilgilere güvendiğini” ve “verilen destek için teşekkür ettiklerini” ifade etmişlerdir. Çalışmanın yürütüldüğü web sitesiyle ilgili olarak ebeveynler, “bu siteden gebelik öncesi ya da gebelik döneminde faydalanılmış olsalardı daha faydalı olabileceğini” ve “bu amaç ve kalitede kurulan web sitelerinin artırılması gerektiği” önerilerini olarak bildirmişlerdir.

3.8. Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Taburculuk Sonrası Bebek Bakımına Yönelik Web Sitelerinden Yararlanma Durumları

Kontrol grubundaki ebeveynlerin taburculuk sonrası bebek bakımıyla ilgili kullandıkları web siteleri sorgulandığında %89,9'u belirli bir site kullanmadığını ve %10,1'i düzenli kullandığı siteleri olduğunu bildirmişlerdir. Ebeveynlerin kullandıkları web siteleriyle ilgili görüşleri incelendiğinde “'faydalı bulduğunu’”, “'güvenli bulmadığını’”, “'bilgileri kimin yazdığı belli olmadığı için güvenli bulmadığını’”, “'internetten araştırırsa da bebeklerinin hastaneye götürmeden içlerinin rahat etmediğini’”, “'sitelerde görsel öğelerin yetersiz olduğunu, bilgilerin tam anlaşılmadığını’”, “'sorabilecek bölümlerin olmadığını’”, “'bilgilerin reklama yönelik olduğunu’”, “'internetteki bilgilerin doğruluğundan şüphe ettiğini’” ve “'çok sayıda internet sitesi olduğunu ve kafa karışıklığı yaratıldığını’” ifade etmişlerdir.

4. TARTIŞMA

Ön test-son test kontrol gruplu düzeyde yarı deneysel olarak Aydın il merkezinde bulunan Aydın Kadın doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde prematüre bebeği olan 172 ebeveyn ile prematüre yenidoğanların ebeveynlerine verilen web tabanlı eğitimin yenidoğanın bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada prematüre yenidoğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin ebeveynlerin bebek bakımına yönelik PÖÖ puanlarını artırdığı ve BAÖ puanlarını azalttığı sonuçlarını ortaya koymuştur. Bu sonuç, bu konuda ülkemizde yapılan ilk çalışma olması bakımından önemlidir.

Bu araştırmada çalışma ve kontrol grubundaki ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, obstetrik özellikleri, çalışma ve kontrol grubundaki prematüre yenidoğanların tanıtıcı özellikleri bakımından benzer özellikte oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç çalışma ve kontrol gruplarının homojen ve karşılaştırılabilir özellikte olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada çalışma grubundaki ebeveynlerin web tabanlı eğitim öncesinde PÖÖ puan ortalamaları kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu çalışma ve kontrol gruplarının eğitim öncesi PÖÖ puan ortalamalarına göre homojen özellikte olmadıklarını göstermektedir. Bu sonuç eğitim öncesi dönemde kontrol grubundaki ebeveynlerin bebek bakımı ile ilgili bilgileri daha fazla sağlık çalışanlarından almış olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Yine bu araştırmada çalışma grubundaki ebeveynlerin web tabanlı eğitim öncesi BAÖ puan ortalamaları kontrol grubundakilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu çalışma ve kontrol gruplarının eğitim öncesi BAÖ puan ortalamalarına göre homojen özellikte olmadıklarını göstermektedir. Bu sonuç da eğitim öncesi dönemde kontrol grubundaki ebeveynlerin bebek bakımı ile ilgili bilgileri daha fazla sağlık çalışanlarından almış olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada eğitim sonrasında çalışma grubundaki ebeveynlerin PÖÖ puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre H_{01} hipotezi reddedilmiştir. Özkan ve Polat (2011)'in yaptığı benzer bir araştırma planlı eğitim uygulanan çalışma grubundaki annelerin doğum sonrası 4. aya kadar bakım özgüvenlerinde artış olurken, müdahale edilmeyen kontrol grubundakilerin bakım özgüvenlerinde değişiklik olmadığı bildirilmiştir. Bu konuda yapılan bir diğer çalışmada yenidoğan bakımıyla ilgili web tabanlı eğitimin etkinliği değerlendirilmiş ve eğitim sonrası çalışma grubundaki annelerin özgüven puanının kontrol grubundakilerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kuo ve ark 2009). Bu sonuçlar hem web tabanlı hemde eğitim kitapçığı aracılığı ile yüz yüze yapılan eğitimin premetüre bebeği olan ebeveynlerin PÖÖ puanlarını artırdığını göstermesi bakımından önemlidir.

Bebeğin yoğun bakım ünitesinde yatması ve ondan ayrılma ebeveynlerde kaygı artışına sebep olmaktadır (Doering ve ark 2000, Padovani ve ark 2004, Erdem ve Kutluk 2005, Çalışır ve ark 2008, Zelkowitz ve ark 2009, Singer ve ark 2010). Ebeveynlerde oluşan kaygı eğitim ve danışmanlık ile azaltılabilir. Literatüre uygun biçimde bu çalışmada web tabanlı eğitim sonrası çalışma grubundaki ebeveynlerin BAÖ puan ortalamaları kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre H_{02} hipotezi reddedilmiştir. Bu sonuç web tabanlı eğitimin prematüre yenidoğanların ebeveynlerinin kaygı düzeylerine etkisinin saptanması açısından ilk sonuç olması bakımından önemlidir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, kullanılan veri toplama araçları kendini bildirim ölçekleri ve formu olduğundan verilerin güvenilirliği ebeveynlerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır. İkincisi, bu araştırmanın tez çalışması olması ve tek bir araştırmacı tarafından yürütülmesi nedeni ile tek ya da çift körleme yapılamamıştır. Üçüncüsü bu çalışmaya sadece düzenli internet kullanıcıları dahil edilmiştir. Dördüncüsü araştırmanın sonuçları sadece örnekleme alınan bireyleri temsil etmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine verilen web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla basit randomizasyon örnekleme tekniği ile 87 çalışma ve 85 kontrol grubunda olmak üzere 172 ebeveynle yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Çalışma grubundaki ebeveynlerin ön test PÖÖ puan ortalamalarının kontrol grubundaki ebeveynlerinkinden istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha düşük olduğu,
- Çalışma grubundaki ebeveynlerin son test PÖÖ puan ortalamalarının kontrol grubundaki ebeveynlerinkinden istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha yüksek olduğu ve bu sonuca göre H01 hipotezinin reddedildiği,
- Çalışma grubundaki ebeveynlerin ön test BAÖ puan ortalamalarının kontrol grubundaki ebeveynlerinkinden istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha yüksek olduğu,
- Çalışma grubundaki ebeveynlerin son test BAÖ puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha düşük olduğu ve bu sonuca göre H02 hipotezinin reddedildiği,

- Çalışma grubundaki ebeveynlerin PÖÖ son test puanlarında ön test puanlarına göre artış gözlemlendiği ve bu farkın da istatistiksel olarak da önemli olduğu,
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin PÖÖ son test puanlarında ön test puanlarına göre artış olduğu, ancak bu farkın istatistik olarak önemli olmadığı,
- Çalışma grubundaki ebeveynlerin BAÖ son test puanlarında ön test puanlarına göre düşme gözlemlendiği ve bu farkın da istatistiksel olarak önemli olduğu,
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin BAÖ son test puanlarının ön test puanlarına göre daha düşük olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak önemli olduğu ve
- Web tabanlı eğitim sonrasında çalışma grubundaki ebeveynlerin Pharis Özgüven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği maddelerine verdikleri cevapların kontrol grubundaki ebeveynlerinkine göre daha olumlu yönde değiştiği sonuçları elde edilmiştir.

5.2. Öneriler

Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine web tabanlı verilen eğitimin, ebeveynlerin bebek bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeylerine etkisinin araştırıldığı bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine verilen eğitimin etkinliğini artırmak için web tabanlı eğitimin de kullanılması ve yaygın hale getirilmesi,
- Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine eğitim veren ebelerin web tabanlı eğitim yöntemini kullanabilmeleri için eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Prematüre yenidoğan ebeveynlerine verilen standart planlı eğitimle web destekli eğitimin etkinliğinin karşılaştırıldığı çalışmaların yapılması ve
- Bu çalışmanın sınırlılıklarını bertaraf eden benzer çalışmaların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Batman D, Şeker S. “Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeylerine etkisi”.

Araştırma, prematüre yenidoğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla ön test- son test kontrol gruplu düzende yarı-deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmaya basit randomizasyon yöntemi ile belirlenen çalışma grubuna 87, kontrol grubuna 85 olmak üzere toplam 172 prematüre yenidoğan ebeveyni alınmıştır. Araştırma verileri ebeveynleri ve bebeği tanıtıcı bilgi formu, son test değerlendirme formu, Pharis Özgüven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile toplanmıştır. Çalışma grubundaki ebeveynlere prematüre bebek ve özellikleri, bebeğin evde yaşamı, ebeveyn-bebek ilişkisi, prematüre bebeğin bakımı, taburculuk sonrası izlemi, sık görülen sağlık sorunları ve acil durumlara ilişkin 3 haftalık eğitim ve danışmanlık programı <http://kuvozdehayatvar.com> isimli web sitesi üzerinden yürütülmüştür. Kontrol grubundaki ebeveynlerin veri toplama aşaması tamamlandıktan sonra hazırlanan web sitesinden faydalanmaları sağlanmıştır. Çalışmada eğitimin etkinliğini çalışma ve kontrol grupları ile ön test ve son test Pharis Özgüven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Eğitim öncesi çalışma grubundaki ebeveynlerin Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamaları (çalışma: $39,00 \pm 20,0$; kontrol: $45,36 \pm 12,28$; $p=0,000$) kontrol grubundaki ebeveynlerinkine göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Web tabanlı eğitim sonrasında ise çalışma grubundaki ebeveynlerin Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamaları (çalışma: $55,78 \pm 8,44$; kontrol: $45,91 \pm 11,62$; $p=0,000$) kontrol grubundaki ebeveynlerinkine göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubundaki ebeveynlerin eğitim öncesi dönemde Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları (çalışma: $28,35 \pm 11,81$; kontrol: $23,11 \pm 11,39$; $p=0,004$) kontrol grubundaki ebeveynlerinkine göre daha yüksek özellikte olduğu ve gruplar arası farkın önemli olduğu belirlenmiştir. Web tabanlı eğitim sonrası ise çalışma grubundaki ebeveynlerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları (çalışma: $12,05 \pm 5,76$; kontrol: $20,55 \pm 7,60$; $p=0,000$) kontrol grubundaki ebeveynlerin puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Çalışmada web tabanlı eğitimin prematüre yenidoğanların ebeveynlerinin bebek bakımına yönelik özgüveni artırma ve kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu sanucuna varılmıştır. Web tabanlı eğitim yönteminin prematüre yenidoğanların ebeveynlerine yönelik eğitim ve danışmanlık yapan ebe/hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından kullanılması ve yaygınlaştırılması ile ebeveynlerin özgüven ve kaygı düzeyleri olumlu yönde etkilenecek, prematüre yenidoğanların bakım ve gelişimine katkı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, web tabanlı sağlık eğitimi, internet eğitim programı, internet, aile eğitimi, özgüven, kaygı, ebellek.

SUMMARY

Batman D. Seker S. “Effect of web based education which has been applied to parents of premature infants to anxiety and self-confidence”.

The study was carried out semi-experimentally in the order of pretest- posttest control group in order to assess the efficiency of web based education which has been applied to parents of premature infants to concern level and confidence level for their baby care ability. One hundred seventy two parents of one hundred forty premature infants were taken to study, 87 of whom were to the intervention group and 85 of whom to control group which were determined through randomization method. Data of the study were collected via a question inquiry form of identifier of parents and newborn, rating form of posttest, Pharis Self-confidence Scale and Beck Anxiety Inventory. Consultation programme, given to parents of infants in the intervention group, relating to traits of premature infants, infants's life at house, relation of parent-infant, premature newborn care, observation after discharge from hospital, common disease problems and for 3 weeks education about the cases of emergency, conducted through <http://kuvozdehayatvar.com> website. parents, in the control group, after being concluded of gathering data process, permitted to benefit from the website. Parents, in the control group, after being concluded of gathering their data process, permitted to benefit from the website. Education's efficiency, in research, assessed by comparing the control groups and intervention groups, and Pharis Self-confidence Scale, Beck Anxiety Inventory of both pretest and posttest.

Before the training it was determined that Pharis Self-confidence Scale score medians in the study group (intervention: $39,00 \pm 20,0$; control: $45,36 \pm 12,28$; $p=0,000$) were lower than those of the parents in control group and this difference was statically significant. After the training, it was determined that Pharis Self-confidence Scale score medians in the study group (intervention: $55,78 \pm 8,44$; control: $45,91 \pm 11,62$) were higher than those of the parents in control group and this difference was statically significant.

In the study group was determined that Beck Anxiety Inventory score medians (intervention: $28,35 \pm 11,81$; control: $23,11 \pm 11,39$) were higher than those of the parents in control group and this difference was statically significant. After the training, it was determined that Beck Anxiety Inventory score medians in the study group (intervention: $12,05 \pm 5,76$; control: $20,55 \pm 7,60$) were lower than those of the parents in control group and this difference was statically significant.

In the light of the research results, “while web based education which has been applied to parents of premature infants succeeded in decreasing the level of anxiety, increased the self-confidence for newborn-care. With using and having web based education prevailed by midwife/nurse and other healthcare providers, give education and information to the parents of premature infants, as confidence and anxiety level of the parents are effected in positive way, premature newborn-care and growing of newborn can be improved.

Key words: Premature, web based health education, internet education programme, internet, parents education, self-confidence, anxiety, midwifery.

KAYNAKLAR

AAP American Academy of Pediatrics. Committee of the Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high risk neonate-proposed guidelines. Pediatrics 1998;102:411-417.

AAP American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn hospital discharge of the high-risk neonate. Pediatrics 2008;122:1119-1126.

Abadoğlu Ö. Astım ve/veya allerjik rinitli hastalar, hastalıkları hakkında bilgi edinmek için interneti kullanıyorlar mı? Astım Allerji İmmunoloji 2004;2(3):129-132.

Akınsal N. Prematüre doğum yapmış ailelerin özellikle annelerin bebeği fiziksel ve duygusal yaklaşımlarında hemşirenin destekleyici ve eğitici rolünün önemi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 1998.

Akşit S, Cimate G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2001;5(2):25.

Al U, Mardan OR. Web tabanlı uzaktan eğitim sistemleri: sahip olması gereken özellikler ve standartlar. Bilgi Dünyası 2004;5,(2):259-271.

Altay N, Toruner E, Zıraman S, Ateş B. Türkiye’de neonatoloji hemşirelerinin çalışma koşulları ve sağlıkları üzerine etkileri araştırma raporu, 2013, [http://neonatolojihemsireligi.org.tr/wpcontent/icerik/yayinlar/neonatology_hemsireligi_derngi_raporu\(2\).pdf](http://neonatolojihemsireligi.org.tr/wpcontent/icerik/yayinlar/neonatology_hemsireligi_derngi_raporu(2).pdf). Erişim: 7 Ocak 2014.

Arslan FT, Turgut R. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013;6(3):119-124.

Aydiner E, Akman İÖ, Kalaça S, Ünver T, Bilgen H, Özek E. Düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda yaşamlarının ilk bir yılında rehospitalizasyon oranları. Marmara Medical Journal 2005;18(2);71-75.

Balcı S. Bebek ve annenin taburculuğa hazırlanması. I.Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği ve I. Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul, 2011.

Bayram N. Riskli pretermelerde transport edilen ve edilmeyen grupların morbidite ve mortalite yönünden karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye. 2006.

Başer M, Mucuk S, Korkmaz S, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Journal of Health Sciences 2005;14:54-58.

Behrman RE, Kliegman R, Jenson H. The high-risk infant. Nelson Textbook of Pediatrics 2004;550-553.

Birol L. Hemşirelik Süreci 5. Baskı. İzmir: Bozkaya Matbaa; 2002.

Boykova M. Follow-up care of premature babies in Russia: evaluating parental experiences and associated services. Infant 2008;4(4):101-105.

Brazy JE, Anderson BM, Becker PT, Becker M. How parents of premature infants gather information and obtain support. Neonatal Network 2001;20(2):41-48.

Browne JV, Talmi A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. Journal Of Pediatric Psychology 2005;30:667-677.

Can E, Küçükemre B, Poyrazoğlu Ş, Gökçay G, Uğur BS. Bir çocuk sağlığı izlem polikliniğinde izlenen bebeklerin ve ailelerin özellikleri. Çocuk Dergisi 2008;8(2):96-101.

Canbak Y, Şilfeler İ, Dorum Bİ, Kurnaz H, Dorum S. Bir devlet hastanesinde çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda hastalık ve ölüm oranları. Türk Ped Arşivi 2011;46:144-50.

Cox LC, Bialoskurski M. Neonatal intensive care: communication and attachment. British Journal of Nursing 2001;10:668-76.

Copeland DB, Harbaugh BL. Transition of maternal competency of married and single mothers in early parenthood. The Journal of Perinatal Education Fall 2004;13(4):3-9.

Craan F, Oleske DM. Medical information and the internet: Do you know what you are getting? Journal of Medical Systems 2002;26,(6):511-518.

Çalışır H. İlk Kez Anne Olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi, Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2003.

Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç G, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008,12(1):31-44.

Çalışkan Z, Bayat M. Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: bir Kapadokya örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(2):23-30.

Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği cilt II. Ankara: Çağın basın yayın san. ve tic; 1996. p. 23-116.

Çetin Z. Sağlığı geliştiren hastane kavramı içinde prematüre yenidoğan sağlığı: Doğum sonrası annelere verilen eğitimin çocuk bakımına etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Türkiye. 2011.

Çetingöz E. Yüksek riskli gebelerde preterm eylem ve doğumun önlenmesinde mikronize progesteronun intravajinal kullanımı. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye. 2007.

Çiçek N, Vitrinel A, Cömert S, Erdağ G, Aksoy F, Akın Y. Prematüre bebeklerin izlem sonuçları. Türk Pediatri Arşivi 2005;40:33-8.

Dağoğlu T, Görak G. Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri. İstanbul: Nobel Tıp Matbaacılık; 2002. P. 119-144.

Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. Early Human Development 2003;73:61-70.

Demir Y, Gözüml S. Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011;4(4):196-203.

Demirel M, Tekin A, Özbek S, Kaya E. E-Sağlık kapsamında internet kullanıcılarının sağlık web sitelerini kullanma durumu üzerine bir araştırma. Uluslararası Davraz Kongresi, Isparta, 2009.

Dilli D. Hayata prematüre başlayanlar, Kasım 2012, Ankara s:103.

<http://www.samiulus.gov.tr/pdfkitaplar/hayata%20premat%C3%BCre%20ba%C5%9Flayanlar%20kitap.pdf>. Erişim: 5 Kasım 2013.

Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. Neonatal Network 2000;19(5):15-23.

Doğan N. Annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Türkiye. 2007.

Dolgun E, Yavuz M, Ertürk S, Eroğlu B. Çocuk cerrahi yoğun bakımda çocukları yatan anne-babaların durumluluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelik Forumu 2002;5(2):27-31.

Doucette J, Pinelli J. The effects of family resources, coping, and strains on family adjustment 18 to 24 months after the NICU experience. Advances in Neonatal Care 2004;4: 92-104.

Eras Z. Yenidoğan Rehberi. Ankara: O2 Medya Bilişim Teknolojileri Yayıncılık; 2010. s. 367-368.

Erdal S, Erdal M, Araman A. E- sağlık ve bilişim teknolojileri perspektifinden ilaç pazarlaması: dünya ve avrupa birliği kapsamında yasal düzenlemeler. İstanbul: Filiz Kitabevi; 2004.

Erdem Y, Kutluk Ş. Doğum sonu bebekleri yoğun bakım ünitesinde yatan annelerle, yanında olan annelerin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi. 13-17 Nisan 2005, Kayseri; 2005. s. 480.

Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:104-109.

Ergenekon E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı. Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2001;10(1):1-2.

Erkul E. Sosyal medya araçlarının (web 2.0) kamu hizmetleri ve uygulamalarında kullanılabilirliği. Türkiye Bilişim Derneği 2009;116:96-101.

Feeley N, Gottlieb L, Zelkowitz P. Infant, mother, and contextual predictors of mother-very low-birth-weight infant interaction at 9 months of age, Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 2005;26(1):24-33.

Feeley N, Waitzer E, Sherrard K, Boisvert L, Zelkowitz P. Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2012;22:521-530.

Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(6):810-6.

Fowlie PW, McHaffie H. Supporting parents in the neonatal unit. *British Medical Journal* 2004;329(4):1336-1338.

Freda MC. Perinatal patient education a practical guide with education handouts for patients. Lippincott Williams and Wilkins 2002;21-31.

Gale G, Frank LS, Kools S, Lynch M. Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU, *International Journal of Nursing Studies* 2004;41:51-58.

Gennora S. Concerns of mothers of low birth weight infants, *Pediatric Nursing* 1990;16(5):48-55.

Goldenberg R. The management of preterm labor. *Obstetrics And Gynecology* 2002;100(5):1020-1037.

Gorrie TM, Mc Kinney ES, Murray SS. Foundation of maternal newborn nursing. W.B. Saunders Company Philadelphia 1994;839-863.

Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003;7(2):15-22.

Gund A, Sjöqvist BA, Wigert H, Hentz E, Lindecrantz K, Bry K. A randomized controlled study about the use of eHealth in the home health care of premature infants. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2013;13:22.

Güran Ö, Bülbül A, Uslu S, Dursun M, Zubarioğlu U, Nuhoglu A. Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin hastalık ve ölüm oranlarının zaman içerisindeki değişimi. Türk Pediatri Arşivi 2013;102-9.

Hall EOC. Being in an alien world: danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2005;19:179-185.

Karabulut A, İstanbullu B, Karahan T, Özdemir K. Two year evaluation of infant and maternal mortality in Denizli. Journal of the Turkish German Gynecological Association 2009;(10):95-8.

Hançerlioğlu O. Toplumbilim sözlüğü. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1993.

Hannon RP, Willis SK, Scrimshaw SC. Persistence of maternal concern surrounding neonatal jaundice. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;(155):1357-1363.

Hess CR, Teti DM, Hussey-Gardner B. Self-efficacy and parenting of high-risk infants: the moderating role of parent knowledge of infant development, Journal of Applied Developmental Psychology 2004;25(4):423-437.

Holditch D, Miles MS. Mothers' stories about their experiences in the neonatal care unit. Neonatal Network 2000;19(3):13-21.

Holditch-Davis D, Miles MS, Burchinal MR, Goldman BD. Maternal role attainment with medically fragile infants: part 2: relationship to the quality of parenting, Research in Nursing and Health 2011;34(1):35-48.

Howland LC. Preterm birth: implications for family stress and coping. Newborn Infant Nursing 2007;7(1):14-9.

http://tr.wikipedia.org/wiki/Web_2.0. Erişim: 7 Ocak 2014.

http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2010_pretermbirthsper100births.pdf

Erişim: 1 Ocak 2014

<http://www.randomizer.org/> Erişim: 5 Ocak 2014

Hulsey TC, Hudson MB, Pittard WB. Predictors of hospital postdischarge infant mortality: implications for high-risk infant follow-up efforts. *Journal of Perinatology* 1994;14(3):219-225.

İşler A. Prematüre bebeklerde anne bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi* 2007;15(1):1-6.

Jain S, Cheng J. Emergency department visits and rehospitalizations in late preterm infants. *Clinics in Perinatology* 2006;35:945.

Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005;115(4):915-9.

Kamalak Z, Simavlı S, Duvan Cİ, Turhan NÖ. Preterm eylem yönetimi. *Yeni Tıp Dergisi* 2011;28:13-16.

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;10(1)113-121.

Kapp M. Mothers' perception of confidence with self-care and infant care. *Journal of Perinatal Education* 1997:17-25.

Kaynak S. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, Türkiye. 2011.

Kenner C. Caring for the NICU parent, *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 1990;4(3):78-87.

Kesler ET. Prematüre yenidoğanlarda prematüre retinopatisi gelişme insidansı ve retinopati gelişmesi ile ilgili risk faktörleri. Uzmanlık Tezi, İstanbul, Türkiye. 2008.

Kline CR, Martin DP, Deyo RA. Health consequences of pregnancy and children as perceived by women and clinicians. *Obstetrics and Gynecology* 1998;92:842-848.

Kollee LA. Rehospitalization of very preterm infants. *Acta Paediatrica* 2004;93:1270-1271.

Kondolot M, Yalcın SS, Yurdakok K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009;52(3):122-127.

Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14:2.

Kuo CP, Chuang HL, Lee SH, Liao WC, Li-Yu Chang LY, Lee MC. Parenting confidence and needs for parents of newborns in Taiwan. *Iranian Journal of Pediatrics* 2012;22(2):177-184.

Kuo S, Chen Y, Mao H, Tsou K. Effects of individual nursing instruction on infant care knowledge and maternal confidence of primiparas. *Nursing Research (China)* 2008;152-164.

Kuo SC, Chen YS, Lin KC, Lee TY, Hsu CH. Evaluating the effects of an Internet education programme on newborn care in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18, 1592-1601.

Kurnaz E. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2007.

Lamarche A, Blondel B, Truffert P, Burguet A, Cambonie G, Selton D, Arnaud C, Lardennois C, Mazaubrun C, N'Guyen S, Mathis J, Breart G. Re-hospitalization in infants younger than 29 weeks' gestation in the EPIPAGE cohort. *Acta Paediatrica* 2004;93:1340-1345.

Leahy WP. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing* 2005;50(5):479-488.

Lindberg B. When the baby is premature experiences of parenthood and getting support via videoconferencing. Doctoral Thesis, Luleå University of Technology Department of Health Science, Luleå, Sweden. 2009.

Liu KY, Chin CC, Lo LH, Chou FH. Using video to explore the bonding process between mothers and their premature newborns. *Journal of Evidence-based Nursing* 2007;(3):5-15.

Loo KK, Zhu H, Yin Q, Luo H, Min L, Tyler R. Maternal confidence in china: association with infant. *Journal of Pediatric Psychology* 2006;31(5):452-459.

Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterin growth as estimated from liveborn birthweight data at 24-42 weeks of gestation. *Journal of the American Academy of Pediatrics* 1963;32:793-800.

Lufi D, Darliuk L. The interactive effect of test anxiety and learning disabilities among adolescents. *International Journal of Educational Research* 2005;(43):236-249.

Mackley AB, Locke RG, Spear ML, Joseph R. Forgotten parent: NICU paternal emotional response. *Advances in Neonatal Care* 2010;10:200-300.

Manav F. Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi* 2011;5(9):201-211.

Manav G, Yıldırım F. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010;32:149-157.

Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montiroso R. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU *Acta Pædiatrica* 2013;102:8-14.

McManus BM, Poehlmann J. Maternal depression and perceived social support as predictors of cognitive function trajectories during the first 3 years of life for preterm infants in Wisconsin, *Child Care Health* 2011;1365-2214.

Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 1985;34:198-203.

Miles MS, Brunssen SH. Psychometric properties of the parental stressor scale: infant hospitaliation. *Advences in Neonatal Care*, 2003;3(4):189-196.

Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing* 2006;(6):726-34.

Morawska A, Winter L, Sanders MR. Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child Care Health Development* 2009;35(2):217-26.

Murray E, Lo B, Pollac B, Donelan K, Catania J, White M, Zapert K, Turner R. The impact of health information on the internet on health care and the physician-patient relationship. *Journal of Medical Internet Research* 2003;5(3):1727-1734.

Miles MS, Carlson J, Brunssen S. Nurse parent support tool. *Journal of Pediatric Nursing* 2001;14(1):44-50.

Neyzi O. *Pediatrici yenidoğanın değerlendirilmesi cilt 1.* Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. p. 306-307.

Nguyen HQ, Kohlman CV, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Internet-based patient education and support interventions: a review of evaluation studies and directions for future research, *Computers in Biology and Medicine An International Journal* 2004;34(2):95-112.

Nicholas AL. An examination of the needs of mothers with infants in the neonatal intensive care unit. Doctoral Thesis, Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, College Park, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy USA. 2006.

Nyström K, Axelsson K. Mothers' experience of being separated from their newborns. *Journal of Obstetric. Gynecologic&Neonatal Nursing* 2002;31(3):275-282.

Okulu E, Akın İM, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin gebelik haftası ve doğum ağırlıklarına göre sağkalım, hastanede yatış süreleri ve rehospitalizasyon oranları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2010;4(2):77-83.

Olds SB, London ML, Ladewig PA. The newborn at risk: conditions, present at birth. *Prentice Hall Health* 2000;3:817-833.

Oreilly T. What is web 2.0: design patterns and business models for the next generation of software. *Communications & Strategies* 2007;1:17.

Önal E, Türkyılmaz C. Prematürite klinik pediatri. 2005.p. 28-32.

Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ; 2004. s. 157-173.

Özkan S, Bakar C, Maral I, Bumin MA. Bebek ölüm nedenleri üzerine bir araştırma. *Gazi Tıp Dergisi* 2009;4:169-172.

Özkan H, Polat S. Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. *Asian Nursing Research* 2011;5(2):108-117.

Özyazıcıoğlu N, Tüfekci FG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12:4.

Padovani FH, Carvalho AE, Duarte G, Martinez FE, Linhares MB. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004;26(4):251-254.

Peleg-Popko O. Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence* 2004;(27):645-662.

Pohlman S. The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretive phenomenological study. *Advances in Neonatal Care* 2005;5:204-16.

Poehlmann J, Schwichtenberg AJ, Bolt D, Dilworth-Bart J. Predictors of depressive symptom trajectories in mothers of preterm or low-birth-weight infants, *Journal of Family Psychology* 2009;23(5):690-704.

Quinn D, Newton N, Piecuch R. Effect of less frequent bathing on premature infant Skin, *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2005;34:741-746.

Reddy UM, Ko CW, Raju TNK, Willinger M. Delivery indications at late-preterm gestations and infant mortality rates in the united states. *Pediatrics* 2009;124(1):234-240.

Rennie JM. Examination of the newborn, *Roberton's Textbook of Neonatology*, 4. ed. China, Elsevier Limited 2005;247-267.

Resch B, Pasnocht A, Gusenleitner W, Muller W. Rehospitalisations for respiratory disease and respiratory syncytial virus infection in preterm infants of 29–36 weeks gestational age, *Journal of Infection* 2005;50(5):397-403.

Reyna BA, Pickler RH, Thompson A. A descriptive study of mothers' experiences feeding their preterm infants after discharge. *Advances in Neonatal Care* 2006;(6):333-340.

Richart A, DeMier L, Michael TA. Measurement model of perinatal stressors: identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants. *Journal of Clinical Psychology* 2000;56(1):89-100.

Ritchie S. Primary care of the premature infant discharged from the neonatal intensive care unit. *The American Journal Of Maternal/Child Nursing* 2002;27(2):76-85.

Ritterband LM, Thorndike FP, Cox DJ, Kovatchev BP, Gonder-Frederick LA. A behavior change model for internet interventions, *Annals of Behavioral Medicine* 2009;38(1):18-27.

Ruchala PL, James DC. Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 1997;26(6):685-689.

Ruddle T. Being on the other side: a mother's experience of intensive care. *Paediatric Nursing* 2006;18(4):27-8.

Russell RB, Green NS, Steiner CA, Meikle S, Howse JL, Poschman K, Dias T, Potetz L, Davidoff MJ, Damus K, Petrini JR . Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the United States. *Pediatrics* 2007;120:1-9.

Sağlık Bakanlığı, Yenidoğan yoğun bakım eğitim program uygulama yönergesi. 2009. <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/2556,yenidogan-yogun-bakim-egitimi-uygulama-programi-yonerge-.pdf?0>. Erişim: 18 Ocak 2014.

Sağlık İstatistiği Yıllığı 2011. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf.
Erişim: 10 Ocak 2014.

Sayıl M, Güre A, Uçanok Z, Pungello EP. Çalışan ve ilk kez anne olan kadınların bebeklerinin bakımı ve işe geri dönme süreci: ileriye dönük çoklu etkiler. Türk Psikoloji Dergisi 2009;24(64):1-14.

Sarajärvi A, Haapamäki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness International Nursing Review 2006;53(3):205-210.

Seguin J. Dealing with the first four months of a premature infant's life: a parenting experience. Master Thesis, Queen's University, Canada. 2005.

Selwyn N. The use of computer technology in university teaching and learning: a critical perspective. Journal of Computer Assisted Learning 2007;23(2):83-94.

Shapiro- Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Nanhi A, Weiss J, Declercg E. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk, Pediatrics 2008;121(2):223-232.

Silverstein M, Feinberg E, Young R, Sauder S. Maternal depression, perceptions of children's social aptitude and reported activity restriction among former very low-birthweight infants, Archives of Disease Childhood 2010;95(7):521-525.

Singer LT, Fulton S, Kirchner HL. Longitudinal predictors of maternal stress and coping after very low-birth-weight birth, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2010;164(6):518-524.

Sola C, Diken İ.H. Gelişimsel Gerilik Riski Altındaki Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2008;9(2):21-36.

Spear ML, Leef K, Epps S, Locke R. Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit, *Am J Perinatol*, 2002; 19(4): 205-13

Şeker S. Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türliye. 2006.

Şeker S, Batman D. Web destekli sağlık eğitimi. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu. 11-12 Nisan 2013, Denizli 2013.

Tallis F. Kaygıları Aşmak. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2003.

Tarkka MT. Predicators of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing* 2003;41(3):233-40.

Tazeyurt Y,Savaşer S. Sağlıklı bebeği olan annelerin bebeklerinin bakımı ile ilgili sorunlarında sorun çözme becerilerine sosyo-ekonomik düzeyin etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(2):25-33.

Thurman SK, Korteland C. The behavior of mothers and fathers toward their infants during neonatal intensive care visits. *Child Health Care* 1989;18:247-51.

Top ED. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirtileri düzeyinin azaltılmasında eğitimin etkinliği. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2012.

Turan TM, Bolışık B. Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi, Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(1).

TUIK 2012, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10880> Erişim: 5 Ocak 2014.

TUIK 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15848> Erişim: 4 Ocak 2014.

Türk Ebeler Derneği (TED). Ebelik mesleğinin tanımı, çalışma alanları ile görev yetki ve sorumluluklarına ilişkin rapor. 2011.

http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=113. Erişim: 1 Şubat 2014.

Türkoğlu R. İnternet tabanlı uzaktan eğitim programı geliştirme süreçleri The Turkish Online Journal of Educational Technology 2003;3(3).

Ukpong DI, Fatoye FO, Oseni SB, Adewuya AO. Postpartum emotional distress in mothers of preterm infants: a controlled study. East African Medical Journal 2003;80(6):289-92.

Uludağ A, Ünlüoğlu İ. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2012;4(3):19-26.

Uslu E. Hemşireler için web tabanlı iletişim eğitimi programının hazırlanması ve kullanmanın değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, Türkiye. 2011.

Vançelik S, Işık M, Toraman AR, Aktürk Z. Kuzey Doğu Anadolu’da bebek ölümleri ve ilişkili faktörler. Turkish Journal of Medical Sciences 2012;42(1):157-166.

Wang H, Parry S, Macones G, Sammel MD, Ferrand PE, Kuivaniemi H, Tromp G, Halder I, Shriver MD, Romero R, Strauss JF III. Functionally significant SNP MMP8 promoter haplotypes and preterm premature rupture of membranes (PPROM). Human Molecular Genetics 2004;13(21):2659-2669.

Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). Pediatric Nursing 2001;27:281-286.

Warren L. First-time mothers: social support and confidence in infant care. Journal of Advanced Nursing 2005;50(5):479-488.

Whitfield MF. Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. *Seminars in Neonatology* Saunders 2003;8:185-193.

WHO 2012. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Erişim: 5 Ocak 2014.

WHO 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Erişim 5 Ocak 2014.

WHO 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Erişim: 7 Ocak 2014.

WHO 2011 Children: reducing mortality:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>. Erişim: 7 Ocak 2014.

Xu Y, Filler JW. Linking assessment and intervention for developmental/ functional outcomes of premature, lowbirth-weight children. *Early Childhood Education Journal* 2005;(32):6-13.

Yenal K. Web ortamında yapılan gebe eğitim programının gebelerin günlük yaşam aktivitelerine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2006.

Yıldırım G. Kanguru bakımının düşük doğum tartılı preterm yenidoğanların beslenme ve gelişimine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2009.

Yıldırım G, Gökyıldız Ş. Sağlıklı bebeğe sahip olamayan ailelerin yaşadığı psikososyal sorunlar. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7(3):74-82.

Yiğitoğlu S. Adolesan gebe ve eşlerinin antenatal ve postnatal kaygı düzeyleri ile evlilikte uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2009.

Yurdakök M. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin taburcu olduktan sonra izlemi. Katkı Pediatri Dergisi 2003;25(1):71-115.

Yüksel İ, Koç İ. Türkiye’de bebek ölüm hızı halen bir bilmece mi? Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010;53:87-97.

Zahr LK. The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in premature infants. Research in Nursing and Health 1991;14(4):279-86.

Zelkowitz P, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low-birth-weight children at 24 months. Early Human Development 2009;85(1):51-58.

Zenciroğlu A. Hayata prematüre başlayanlar, Kasım 2012, Ankara s:195-102.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1987 yılında Çorum’da doğmuştur. Çorum 75.yıl Cumhuriyet Sağlık Meslek Lisesi Ebelik bölümünde 2002-2005 yıllarında lise eğitimini, 2005-2009 yılları arasında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde 2007-2011 tarihleri arasında ebe olarak çalışmıştır. Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı’nda 2010 yılında yüksek lisans eğitime başlamıştır. Halen Aydın Kadın doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde ebe olarak çalışmaktadır.

e-mail: denizbtm@gmail.com

TEŞEKKÜR

Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve yardımlarını eksik etmeyen danışman hocam Yard. Doç. Dr. Sibel Şeker'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan, tezime yol gösterici olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zekiye Karaçam'a ve Doç. Dr. Hüsniye Çalışır'a,

Tez konumu belirlememde ilham olan, tez çalışmam boyunca ve her zaman destek ve sevgisini esirgemeyen değerli arkadaşım Döndü Arslan Kurnaz'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin ingilizce bilgisiyle ve hayatımın her alanında bana destek ve yardımcı olan sevgili Ömer Zambak'a,

Ve beni yetiştiren hep destek olan ailemle anlayış ve sevgileriyle beni motive eden çok değerli kardeşlerim Dilek, Didem, Damla, Duygu ve Şahismail'e

Sonsuz ve içten teşekkürlerimi sunarım.

EKLER

EK 1: AYDIN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ BİR YILLIK PREMATÜRE DOĞUM SAYISI

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Sayı : 70284476-622/1509
Konu : Prematüre doğum sayısı Hk.

02.07.2013

Deniz BATMAN
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Yeni Doğan Servisi
AYDIN

İLGİ: 26.06.2013 tarihli dilekçeniz.

Hastanemizde 31 Mayıs 2013 – 01 Haziran 2013 tarihleri arasında 3903 doğum ve 296 prematüre doğum olmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Op.Dr. Abdullah Arkan TOPUZ
Hastane Yöneticisi
(Başhekim)

Cumhuriyet Mh. Atatürk Bul.No:96 AYDIN Aynısıllı İstibat İçin : V.H.K.İ.S.KARAÇAM
Telefon: 0256 212 23 00 – 4017 Faks:0256 213 44 04
Elektronik Ağ: <http://www.aydinkdch.gov.tr/>

EK 2: EBEVEYNLERİ VE BEBEĞİ TANITICI BİLGİ FORMU

Anneyi Tanıtıcı Form

Görüşme Numarası:

Görüşme Tarihi:

Görüşme Yöntemi: a) Yüz yüze b) E-posta

Grup: a) Çalışma b) Kontrol

Adınız ve Soyadınız:

e-posta adresiniz:

Telefonunuz:

Yaşınız:

Eğitim durumunuz nedir?

a) İlkokul mezunu b) İlköğretim ikinci kademe mezunu

c) Lise mezunu d) Üniversite ve üstü mezunu

6. Medeni durumunuz nedir?

a) Resmi nikahlı

b) Resmi nikah yok

c) Diğer (belirtiniz)

7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a) Hayır b) Evet (belirtiniz)

8. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Yok b) Var (belirtiniz)

9. Gelir düzeyinizi giderinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Düşük (gelir giderden az)

b) Orta (gelir gidere eşit)

c) Yüksek (gelir giderden fazla)

10. Ailenizde siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında başkaları yaşıyor mu?

a) Hayır b) Evet

11. Herhangi bir sağlık sorununuz ya da kronik hastalığınız var mı?

a) Hayır b) Evet (sağlık sorununu belirtiniz)

12. Kaç kez gebe kaldınız?
13. Kaç kez canlı doğum yaptınız?
14. Yaşayan kaç çocuğunuz var?
15. Kaç kez ölü doğum yaptınız?
16. Kaç kez düşük yaptınız?
17. Kaç kez küretaj oldunuz?

18. Son gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?

- a) Hayır b) Evet

19. Daha önce erken doğum yaptınız mı?

- a) Hayır b) Evet

20. Son gebeliğinizde gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?

- a) Hayır b) Evet (*tedavinin ne olduğunu belirtiniz*).....

21. Son gebeliğinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

- a) Hayır b) Evet (*ne olduğunu belirtiniz*)

22. Daha önce bebek bakımına yönelik bilgi aldınız mı?

- a) Hayır b) Evet

23. (22. Soruya cevabınız evet ise) Bebek bakımına yönelik bilgiyi kimden/nereden aldınız? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- a)Sağlık personeli
b)Kitap/broşür
c)İnternet
d)Akrabalar
e)Diğer.....

Babayı Tanıtıcı Form

Görüşme Numarası:

Görüşme Tarihi:

Görüşme Yöntemi: a) Yüz yüze b) E-posta

Grup: a) Çalışma b) Kontrol

1. Adınız ve Soyadınız:

2. e-posta adresiniz:

3. Telefonunuz:

4. Yaşınız:

5. Eğitim durumunuz nedir?

- a) İlkokul mezunu b) İlköğretim ikinci kademe mezunu
c) Lise mezunu d) Üniversite ve üstü mezunu

6. Medeni durumunuz nedir?

- a) Resmi nikahlı
b) Resmi nikah yok
c) Diğer (belirtiniz)

7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet (belirtiniz)

8. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Yok b) Var (belirtiniz)

9. Gelir düzeyinizi giderinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Düşük (gelir giderden az)
b) Orta (gelir gidere eşit)
c) Yüksek (gelir giderden fazla)

10. Herhangi bir sağlık sorunu ya da kronik hastalığınız var mı?

- a) Hayır b) Evet (ne olduğunu belirtiniz)

11. Daha önce bebek bakımına yönelik bilgi aldınız mı?

- a) Hayır b) Evet

12. (11. Soruya cevabınız evet ise) Bebek bakımına yönelik bilgiyi kimden/nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Sağlık personeli
b) Kitap/broşür
c) İnternet
d) Akrabalar
e) Diğer (belirtiniz)

Bebeği Tanıtıcı Form

1. Cinsiyeti:

- a) Kız b) Erkek

2. Bebeğin doğum tarihi:

3. Bebeğin gestasyon yaşı:

4. Doğum şekli:

- a) Vajinal doğum b) Sezaryen

5. Doğum sonrası 1. Dakikadaki Apgar Skoru:

6. Doğum sonrası 5. Dakikadaki apgar skoru:

7. Doğum kilosı:

8. Doğumdaki baş çevresi:

9. Hastaneye yatış tanısı:

10. Hastanede yatış süresi:

11. Çoğul gebelik var mı?

- a) Hayır b) Evet

12. Doğum sırasında herhangi bir sorun yaşanmış mı?

- a) Hayır b) Evet (*belirtiniz*)

13. Doğum sırasında bebeğe herhangi bir müdahalede bulunulmuş mu?

- Hayır b) Evet (*belirtiniz*)

14. Bebeğin beslenme şekli nedir? (*Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz*)

- a) Anne sütü (Emzirerek)
b) Anne sütü (Biberonla)
c) Formül mama (Biberonla)
d) Anne sütü ve formül mama
e) Diğer (*belirtiniz*)

15. Bebeğinizin taburculuğundan sonra evde kullanması gereken ilaç tedavisi var mı?

- a) Hayır b) Evet (*belirtiniz*)

16. Bebeğin taburculuğundan sonra evde yapılması gereken özel bir bakım gereksinimi var mı?

- a) Hayır b) Evet (*belirtiniz*)

EK 3: PHARİS ÖZGÜVEN ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ölçek bir yaştan altındaki çocukların bakımını gerçekleştirmede sizin kendinize olan güven duygunuzun ne kadar olduğunu göstermektedir. Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra lütfen kendinize en uygun bulduğunuz ve yapabileceğinizi düşündüğünüz seçeneğin yanına (x) işareti koyunuz.

Aşağıdaki ifadeleri gerçekleştirme de kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

	Hiç	Az	Orta	Çok	Tamamen
1. Sebepsiz yere ağlayan bir bebeği yatıştırma					
2. Bir yaştan küçük bir çocuğa banyo yaptırma					
3. Bir yaştan küçük bir çocuğu besleme					
4. Bebek altını ıslattığında ustalıkla bezini değiştirebilme					
5. Bebek kakasını yaptığıda ustalıkla bezini değiştirebilme					
6. Yenidoğan bir bebeğin göbeğinin bakımı yapma					
7. (erkek) Bebek sünnet olmuşsa sünnet yerinin bakımını yapma					
8. Bir ayın altındaki bir bebeği kollarınız da doğru bir şekilde tutabilme					
9. Bir yaştan altındaki çocuğun hastalandığını fark etme					
10. Bir yaştan altındaki çocuğun ateşini ölçebilme					
11. Bir yaştan altındaki çocuğun tırnaklarını kesme					
12. Bir yaştan altındaki çocuğun kulaklarını temizleme					
13. Bir yaştan altındaki çocuğa iyi bir anne/baba olma					

EK 4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde beni pek etkilemedi	Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 5: SON TEST DEĞERLENDİRME FORMU

Görüşme Numarası:

Görüşme Tarihi:

Görüşme Yöntemi: a) Yüz yüze

b) E-posta

Grup: a) Çalışma

b) Kontrol

1. Hastaneden taburcu olduktan sonra bebeğinizle ilgili sorun yaşadığınız uygulama/uygulamalar var mı?

a) Hayır b) Evet

2. (1. Soruya cevabınız evet ise) Hangi konularda sorun yaşadığınızı işaretleyiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

a) Vücut ısının korunması

b) Besleme- emzirme

c) Aşıları hakkında ve uygulanacağı zaman

d) Büyüme ve gelişmesinin takibi

e) Solunumunun izlenmesi

f) Uykusunun süresinin belirlenmesi

g) Uykuda verilecek pozisyonun belirlenmesi

h) Banyo yaptırma

ı) Tırnak kesme

i) Deri bakımı

j) İlaç kullanıyorsa veriliş şekli ve miktarı

k) Olağan dışı durumların erken tespiti

l) Bebeğin alt bezini değiştirme

m) Diğer (belirtiniz).....

3. Kendinizi bebeğinizin bakımı konusunda yeterli hissediyor musunuz?

a) Hayır b) Evet

4. Hastaneden taburcu olduktan sonra bebeğinizde herhangi bir sorun gelişti mi?

a) Hayır b) Evet

5. (4. Soruya cevabınız evet ise) Bebeğinizde gelişen sorunları işaretleyiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

a) Pişik

b) Göbek çevresinde kızarıklık

c) Gözünde de sarı akıntı / çapaklanma

d) Konak

e) Derisinde kızarıklık, döküntü

f) Sarılık

g) Diğer (belirtiniz)

6. Bebeğinizin rutin kontrollerine gittiniz mi?

a) Hayır b) Evet

7. Bebeğiniz taburcu olduktan sonra hiç acile götürmeniz gerekti mi?

a) Hayır b) Evet

8. (7. Soruya cevabınız evet ise) Bebeğinizi acile götürme nedeniniz nedir?

- a) Sarılık
- b) Beslenmeme/huzursuzluk
- c) Çok ağlama/gaz sancısı
- d) Ateş
- e) Diğer (belirtiniz).....

9. Bebeğiniz taburcu olduktan sonra tekrar hastaneye yatırdınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet

10. (9. Soruya cevabınız evet ise) Bebeğinizi tekrar hastaneye yatırma nedeniniz nedir?

Yazınız.
.....

11. Hastaneden taburcu olduktan sonra bebeğinizin bakımı ve sağlık problemleriyle ilgili nereden bilgi aldınız?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

- a) Sağlık personelinin
- b) Arkadaşlarımdan
- c) Aile büyüklerinden
- d) İnternette
- e) Diğer (belirtiniz).....

12. Bebeğinizin bakımıyla ilgili kullandığınız bu internet sitesinden ne kadar yararlandınız? (Çalışma grubuna sorulacak)

- a) Hiç yararlanmadım
- b) Kısmen yararlandım
- c) Yararlandım
- d) Çok yararlandım
- e) Tamamen yararlandım

13. Başka internet sitesinden yararlandınız mı? (Çalışma grubuna sorulacak)

- a) Hayır
- b) Evet (sitelerin adlarını yazınız)

14. (11. soruya cevabınız ‘internet’ ise) Hangi sitelerden bilgi edindiniz? Adlarını yazınız (Kontrol grubuna sorulacak)

.....

15. Kullanmış olduğunuz bu internet sitesiyle ilgili görüş ve önerilerinizi yazınız.

(Çalışma grubuna sorulacak)

.....

.....

.....

16. Eğer varsa kullanmış olduğunuz internet diğer siteleriyle ilgili görüş ve önerilerinizi yazınız. (Kontrol grubuna sorulacak)

.....

.....

.....

.....

EK 6: EBEVEYN ONAM FORMU

Değerli Anne/Baba,

Bebeginiz- sizden çekilen bu fotoğraf/ların “**Erken Doğan Bebeklerin Anne/ Babasına İnternet Sitesi Üzerinden Verilen Eğitimin Bebeğin Bakımına Yönelik Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi**” nin belirlenmesiyle ilgili yapılacak bilimsel araştırmada, taburculuk sonrası erken doğan bebek bakımıyla ilgili eğitim içeriğinde kullanılması amaçlanmaktadır. Araştırmada gizlilik ilkelerine uyulacak ve elde edilen fotoğraflarda isim belirtilmeksizin bilimsel yayında ve erken doğan bebeklerin ailelerine eğitim vermek için düzenlenen internet sitesinde kullanılacaktır. Bu araştırma sonucunda herhangi bir hizmet sunulmayacaktır.

Araştırmaya yardımcı olduğunuz ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür eder, sağlıklı bir yaşam dileriz.

HAZIRLAYANLAR: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Deniz Batman ile öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Sibel Şeker

Araştırma ile ilgili açıklamaları okudum. Araştırmada ve bunla ilgili internet sitesinde kullanılmak üzere bebeğimin/ kendimin;

.....görüntüsünün.....

.....işlemi esnasında fotoğraflarının

çekilip yayınlanmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

Adresi-telefon:

Tarih/İmza:

EK 7: EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME FORMU

Sayın Öğretim Elemanı,

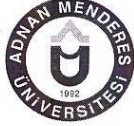
“Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerine Uygulanan Web Tabanlı Eğitimin Bebeğin Bakımına Yönelik Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi” başlıklı tez çalışmamda web sitesinde eğitim içeriğini oluşturması planlayarak hazırlamış olduğum eğitim materyalinin hazırlık aşamasının tamamlanması için uzmanların görüş ve önerilerine gereksinin duyulmaktadır. Bu amaçla eğitim materyalini okuyup “Eğitim Materyali Değerlendirme Formu” üzerinde değerlendirmenizi rica ederim. Katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

Deniz BATMAN

EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME FORMU

	Çok Katlıyotum	Orta Derecede Katlıyotum	Az Katlıyotum	Hiç Katlımıyotum	Gereksiz	Fikrim Yok	Görüşler
Kurgusal Özellikler							
1-Alt başlıklar mantıklı bir biçimde düzenlenmiş							
2-Bölümler arasında uyum bulunmakta							
3-Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış							
İçerik İle İlgili Özellikler							
4-Verilen bilgilerin kapsamı yeterli							
5-Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir							
6-Kaynakları güncel ve konu ile ilgili							
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler							
7-Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor							
8-Gereksiz tekrarlar yok							
9-Gereksiz ayrıntılar yok							
10-Anlamayı güçleştiren sözcükler yok							
11-Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış							
Görsellik İle İlgili Özellikler							
12- Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkmıyor							
13- Yanlış yazılmış sözcükler yok							
14- Kullanılan resimler konuyla ilişkili ve ilgi çekici biçimde hazırlanmış							
15- Genel olarak materyalin içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış							

EK 8: ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04- 254
Konu : Çalışmanız hk.

28.09.2012

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER
ADÜ ASYO
Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.09.2012 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 1 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 1

Protokol No : 2012/133
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER
ADÜ ASYO
Ebelik Bölümü

Aydın Sağlık Yüksekokulu/ Ebelik Bölümü/Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER'in "Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeylerine etkisi" konulu klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr

**EK 9: AYDIN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İZİN YAZISI**

0 506 385 1358



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

Şube : B.10.1.TKH.5.09.0.01.0.73-

24.12.2012* 1362

Konu : Tez çalışması

Deniz BATMAN
Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

AYDIN

Aralık.2012-Aralık.2013 tarihleri arasında Kurumunuzda "Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerine Uygulanan Web Tabanlı Eğitimin Bebeğin Bakımına Yönelik Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi" konulu tez çalışması yapmanız, çalışmayı tamamladığında bir suret Genel Sekreterliğimize de sunmak kaydı ile, uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve Gereğini rica ederim.

Dr.Ahmet GÜNAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK 10: ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ EBEVEYNLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ VE FORMU

ERKEN DOĞAN YENİDOĞANLARIN ANNE-BABALARINA İNTERNET ÜZERİNDEN VERİLEN EĞİTİMİN BEBEĞİN BAKIMINA YÖNELİK ÖZGÜVEN VE KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Değerli anne/baba;

Bu araştırmada erken doğan yenidoğanların anne-babalarına internet üzerinden verilen eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlamaktayız.

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için erken doğan bebeğinizin; 0-28 günlük, erken doğmuş (37. gebelik haftası + 6 gün içinde doğan) olması, doğumsal ileri derecede özürlülüğünün olmaması, hastaneden taburculuğunun gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Anne ve baba olarak sizin; program kurallarını anlayabilmeniz için en az ilkokul mezunu, bu kuralları takip etmeye istekli, internet erişim imkânına sahip, internet ve bilgisayar kullanabiliyor, internet üzerinden iletişim kurabileceğiniz elektronik posta adresi sahip, düzenli olarak internet sitesine girip planlı eğitimi alabilecek olmanız ve çalışmaya katılmayı kabul etmeniz gerekmektedir.

Araştırmamız için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış formlarda her iki anne-babanın; anne-babayı ve bebeği tanıtıcı bilgi formu ile Pharis Öz-güven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği yer almaktadır. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre ilk görüşme tarihinden itibaren 4-6 haftadır. Hastaneden taburcu olmadan önce size araştırmacı tarafından hazırlanmış olan internet sayfasına giriş için kullanıcı adı ve şifre verilip internet sayfasını nasıl kullanacakları anlatılacaktır.

Taburculuktan sonra anne-babanın internet sayfasına girişiyle planlanan eğitim başlatılacaktır. Çalışma grubundaki aileler internet sayfasına 3 gün içinde giriş yapmazlarsa e-posta ve telefon yoluyla hatırlatma yapılacaktır. İhtiyaçlarınız doğrultusunda eğitim programına eklemeler yapılabilecek, internet sitesindeki iletişim bölümündeki e-posta aracılığıyla soruları cevaplanacak, karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm önerileri sunulacaktır.

Eğitimin tamamlanmasından 1-3 hafta sonra Pharis Öz-güven Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ile son test formlarını doldurmanız gerekmektedir. Bu formları eksik bir şekilde doldurduğunuzda araştırma dışı bırakılacaksınız.

Bu çalışmada Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projelerinden destek alınması planlanmaktadır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve formları doldurmanız yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Araştırmayı reddettiğinizde ya da ayrıldığınızda herhangi bir zararınız olmayacak rutin izlem ve bakımlarınız sürdürülecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz. Ancak bilgilerinize sonuçların yorumlanmasından sonra ulaşabilirsiniz.

Araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede size bebeğinizle ilgili danışmanlık yapabiliriz. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder bebeğinize ve size sağlıklı bir yaşam dileriz.

Çalışmada kullanılacak testlerin ücretleri tarafınıza ve kurumunuza ödetilmeyecektir. Tüm çalışma boyunca tarafımızdan karşılanacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Telefon/ e-posta adresi

Velayet veya vesaret altında bulunanlar için veli veya vasinin Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Telefon/ e-posta adresi

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih

EK 11: KONTROL GRUBUNDAKİ EBEVEYNLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ VE FORMU

ERKEN DOĞAN YENİDOĞANLARIN ANNE-BABALARINA İNTERNET ÜZERİNDEN VERİLEN EĞİTİMİN BEBEĞİN BAKIMINA YÖNELİK ÖZGÜVEN VE KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Değerli anne/baba;

Bu araştırmada erken doğan yenidoğanların anne-babalarına internet üzerinden verilen eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlamaktayız.

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için erken doğan bebeğinizin; 0-28 günlük, erken doğmuş (37. gebelik haftası + 6 gün içinde doğan) olması, doğumsal ileri derecede özürüllüğünün olmaması, hastaneden taburculuğunun gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Anne ve baba olarak sizin; program kurallarını anlayabilmeniz için en az ilkokul mezunu, bu kuralları takip etmeye istekli, internet erişim imkânına sahip, internet ve bilgisayar kullanabiliyor, internet üzerinden iletişim kurabileceğiniz elektronik posta adresi sahip, düzenli olarak internet kullanıyor olmanız ve çalışmaya katılmayı kabul etmeniz gerekmektedir.

Araştırmamız için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış formlarda her iki anne-babanın; anne-babayı ve bebeği tanıtıcı bilgi formu ile Pharis Öz-güven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği yer almaktadır.

Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle ve araştırmacının önerilerine uymakla sorumlusunuz. Araştırmamıza başladığımız tarihten itibaren katılım kriterlerine uyan gönüllü kişiler alınacaktır.

Bebeğinizin hastaneden taburcu olmasından 4-6 hafta sonra Pharis Öz-güven Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ile son test formlarını doldurmanız gerekmektedir. Bu formları eksik bir şekilde doldurduğunuzda araştırma dışı bırakılacaksınız.

Bu çalışmada Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projelerinden destek alınması planlanmaktadır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve formları doldurmanız yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Araştırmayı reddettiğinizde ya da ayrıldığınızda herhangi bir zararınız olmayacak rutin izlem ve bakımlarınız sürdürülecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz. Ancak bilgilerinize sonuçların yorumlanmasından sonra ulaşabilirsiniz.

Araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede size bebeğinizle ilgili danışmanlık yapabiliriz. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder bebeğinize ve size sağlıklı bir yaşam dileriz.

Çalışmada kullanılacak testlerin ücretleri tarafınıza ve kurumunuza ödetilmeyecektir. Tüm çalışma boyunca tarafımızdan karşılanacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Telefon/ e-posta adresi

Velayet veya vesaret altında bulunanlar için veli veya vasinin Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Telefon/ e-posta adresi

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih