

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

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE
BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN TABURCULUĞA
HAZIRLANMASINDA AİLE ENTEGRE BAKIMIN ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Öznur TİRYAKİ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nursan ÇINAR

Kasım- 2021

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE
BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN TABURCULUĞA
HAZIRLANMASINDA AİLE ENTEGRE BAKIMIN ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Öznur TİRYAKİ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 04/11/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13/01/2020 tarihli ve 16214662/050.01.04/14 sayılı onay alarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Öznur TİRYAKİ

04/11/2021

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında kendisinden çok şey öğrendiğim, bilgi, destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, bana sürekli rehberlik eden ve çalışmamı destekleyen, lisans ve lisansüstü eğitim hayatım boyunca öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nursan ÇINAR’a,

Tez süresince yol gösterici ve destekleyici davranışları ile beni destekleyen tez izleme jürisi hocalarım Prof. Dr. İbrahim CANER’e ve Dr. Öğr. Üyesi Dilek MENEKŞE’ye

Verilerin toplanmasında prematüre bebeklere ve ebeveynlerine ulaşmamda kolaylık sağlayan YYBÜ Klinik Şefi Prof. Dr. İbrahim CANER’e, Dr. Öğr. Üyesi Meltem KARABAY’a, dostluklarını ve desteklerini esirgemeyen kıymetlilerim YYBÜ’si Sorumlu Ebe Serpil ÇAKIR ÇETİN’e, Eğitim Hemşireleri Hatice SOLAK ve Adile ŞEKER’e,

Bebek hemşireliğine gönül vermiş Hemşire Tuğçe GÖKSAL, Hemşire Nurcan DEMİR, Hemşire Suna AKINCI’ya

Tezimin sürecinde deneyimlerini paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Sinem YALNIZOĞLU ÇAKA, Dr. Öğr. Üyesi Hamide ZENGİN’e

Uzman görüşlerinde değerlendirme ve öneri ile çalışmamıza katkı sağlayan değerli hocalarıma, YYBÜ’ünde görevli hemşire arkadaşlarıma,

Çalışmanın yürütüldüğü YYBÜ’ünde çalışan hemşire, asistan, sekreter ve destek personellerine,

Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Yavuz BİNGÖL’e, Müd.Yard. Filiz KÜNİ’ye ve bakım hizmetleri müdürlüğünde görevli tüm çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılan hayata prematüre başlayan minik bebeklerimize ve onların kıymetli ebeveynlerine,

Doktora tez projesi kapsamında destekleyen TÜBİTAK’a,

Her zaman desteğini ve sonsuz sevgisini hissettiğim, bana güç veren başta canım annem olmak üzere babam ve kardeşlerime,

Beni her zaman destekleyen ve her konuda yanımda olan sevgili eşim Nuri TİRYAKİ'ye,

Tezimin bir an önce bitmesini sabırsızlıkla bekleyen canım kızım Berra'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
SUMMARY	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. PREMATÜRİTELİĞİN TANIMI, SINIFLANDIRILMASI VE İNSİDANSI.....	3
2.2. PREMATÜRELERİN FİZYOLOJİK ÖZELLİKLERİ	5
2.2.1. YYBÜ’sinin Özellikleri ve Türkiye’deki Standartları	7
2.3. YYBÜ’SİNDE VE TABURCULUĞA HAZIRLIKTAKI YAPILAN BAKIM UYGULAMALARI	11
2.4. YYBÜ’SİNDE KULLANILAN BAKIM MODELLERİ	23
2.4.1. Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program-NIDCAP).....	23
2.4.2. Aile Merkezli Bakım (Family-centered care-FCC).....	25
2.4.3. Aile Entegre Bakım (Family Integrated Care-FICare).....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	33
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	33
3.3. ARAŞTIRMANIN İZNİ	33
3.4. ARAŞTIRMANIN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ YER.....	34
3.5. ARAŞTIRMANIN ZAMANI	34
3.6. BİRİNCİ AŞAMA: YYBÜ’SİNDE PREMATÜRE BEBEĞİN EBEVEYNLERİNİN TABURCULUĞA HAZIR OLUŞUNUN	

DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN ÖLÇÜM ARACININ GELİŞTİRİLMESİ VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI	35
3.6.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.6.2. Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	36
3.6.3. Prematüre Bebeğin Annesinin/Babasının Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği Taslağının Geliştirilmesi.....	37
3.6.4. Ölçeğin Geçerlik Çalışması.....	37
3.6.5. Ölçek Geliştirmede Verilerin Toplanması	39
3.6.6. Ölçeğin Yapı Geçerliği.....	40
3.6.7. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri	48
3.6.8. Ölçeğin Değerlendirilmesi	50
3.7. İKİNCİ AŞAMA: YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN TABURCULUĞA HAZIRLANMASINDA AİLE ENTEGRE BAKIMIN ETKİSİNİN İNCELENMESİ	52
3.7.1. Araştırmanın Tipi	52
3.7.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	52
3.7.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	52
3.8. Çalışmada (Girişim ve Kontrol Grubu) Kullanılacak Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	57
3.8.2. Çalışma Grubunda Değişkenler	57
3.8.3. Eğitim Materyallerinin Hazırlanması.....	58
3.8.4. TÜBİTAK-1002 proje desteği kapsamında Malzemelerin Alınması... 58	
3.8.5. Taburculuk için planlanan Aile Entegre Bakım Modeline Yönelik Detaylar (Girişim Grubu için)	59
3.8.6. Prematüre Bebeğin Ebeveynlerinin Taburculuğa Hazır Oluşluk Rehberinin Oluşturulması	60
3.8.7. Verilerin Analizi.....	60
4. BULGULAR.....	61
4.1. ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK İLE İLGİLİ BULGULAR	61

4.2. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN TABURCULUĞA HAZIRLANMASINDA AİLE ENTEGRE BAKIMIN ETKİSİNE AİT BULGULAR.....	63
5. TARTIŞMA	71
5.1. ANNENİN BABANIN TABURCULUĞA VE EVDE BAKIMA HAZIR OLUŞ ÖLÇEKLERİNİN GELİŞTİRMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK BULGULARIN TARTIŞILMASI	71
5.2. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN TABURCULUĞA VE EVDE BAKIMA HAZIRLANMASINDA AİLE ENTEGRE BAKIMIN ETKİSİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	73
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	83
6.1. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ VE ZOR YÖNLERİ	86
KAYNAKLAR	88
EKLER.....	114
ÖZGEÇMİŞ.....	156

KISALTMALAR

AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
AF	: Anne Formu
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AGA	: Appropriate for Gestational Age
AS	: Anne sütü
AWHONN	: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
BF	: Baba Formu
BPD	: Bronkopulmoner displazi
CPAP	: Devamlı Pozitif Havayolu Basıncı
CRL	: Baş-topuk mesafesi
dB	: Desibel
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalogrefi
ELBW	: Çok Çok Düşük Doğum Ağırlığı
FCC	: Aile Merkezli Bakım
IS	: Belirsiz uyku
İKK	: İntrakraniyal Kanama
KB	: Kanguru bakımı
KGİ	: Kapsam geçerlilik indeksi
KGO	: Kapsam geçerliği oranı
KMO	: Kaiser-Meyer Olkin
LBW	: Düşük Doğum Ağırlığı
LGA	: Large Gestation Age
MEB	: Minimal enteral beslenmenin
MSS	: Merkez Sinir Sistemi
MV	: Mekanik Ventilator
NEK	: Nekrotizan Enterokolit
NG	: Nazogastrik

NIDCAP	: Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı
OG	: Orogastrik
PDA	: Patent Duktus Arteriosus
PR	: Prematüre retinopatisi
PVL	: Periventriküler lökomalazi
QS	: Sessiz uyku ,
RDS	: Respiratuvar Distres Sendromu
REM	: Hızlı göz hareketleri
SAT	: Son adet tarihinden
SF	: Serum fizyolojik
SGA	: Small Gestation Age
TNSA	: Türkiye Nüfus Sayım Araştırması
TOD	: Türkiye Oftalmoloji Derneği
TPB	: Total parenteral beslenme
USG	: Ultrasonografik
VLBW	: Çok Düşük Doğum Ağırlığı
YB	: Yoğun bakım
YBH	: Yoğun bakım hemşiresi
YYBÜ	: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. $\alpha = 0,05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO'ları İçin Minimum Değerler	38
Tablo 2. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerliliği Oranları (Anne ve Baba için geliştirilen her iki ölçek)	39
Tablo 3. KMO ve Bartlett Sonuçları (Annenin Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği).....	41
Tablo 4. KMO ve Bartlett Sonuçları (Babanın Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği).....	41
Tablo 5. Ölçek Maddelerinin Faktörler Analizi Sonuçları (Anne).....	41
Tablo 6. Ölçek Maddelerinin Faktörler Analizi Sonuçları (Baba).....	42
Tablo 7. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı (Anne).....	46
Tablo 8. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı (Baba)	47
Tablo 9. Standart Regresyon Katsayıları (Anne)	47
Tablo 10. Standart Regresyon Katsayıları (Baba).....	48
Tablo 11. Ölçek ve Alt Boyut Güvenirlikleri (Anne)	49
Tablo 12. Ölçek ve Alt Boyut Güvenirlikleri (Baba).....	50
Tablo 13. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri (N:136).....	62
Tablo 14. Babaların Tanıtıcı Özellikleri (N:133)	63
Tablo 15. Gruplar ile annenin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	64
Tablo 16. Gruplar ile babanın tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	65
Tablo 17. Bebekle ilgili özelliklerin gruplar arası karşılaştırılması	66
Tablo 18. Anne ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının gruplar arası karşılaştırılması	67
Tablo 19. Baba ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının gruplar arası karşılaştırılması	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Geçerlik	36
Şekil 2. 4 Alt Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli (Anne)	44
Şekil 3. 3 Alt Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli (Baba).....	46
Şekil 4. Araştırmanın Deseni	53
Şekil 5. CONSORT Tablosu.....	54
Şekil 6. G*Power Programına Göre Güç Analizi Sonucu	55
Şekil 7. Araştırmacının Eğitimden Görüntüsü.....	135
Şekil 8. Ebeveyn grup eğitimi.....	135
Şekil 9. Ebeveyn destek grubu	136
Şekil 10. Eğitim Sunum Görseli	136
Şekil 11. Hemşire Tarafından Banyo Uygulaması	137
Şekil 12. Anne Alt Bakım Uygulaması	137
Şekil 13. Baba Alt Bakım Uygulaması	138
Şekil 14. Baba Kanguru Bakımı	139
Şekil 15. Anne Kanguru Bakımı	139
Şekil 16. Anne Göz Bakımı	140
Şekil 17. Baba Göz Bakımı.....	140
Şekil 18. Baba Sarmalama Banyo.....	141
Şekil 19. Anne Sarmalama Banyo	141
Şekil 20. Banyo Sonrası Bebeği Sarma 1	142
Şekil 21. Banyo Sonrası Bebeği Sarma 2	142
Şekil 22. Banyo Sonrası Bebeği Sarma 3	143

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) prematüre bebeği olan ebeveynlerin taburculuk sonrası evde bakıma hazır olmaları bebeğin sağlığı için önemli bir faktördür. Bu çalışma Prematüre Bebeği Olan Annenin/Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği'nin anne-baba için ayrı ayrı geliştirilmesi güvenilirlik ve geçerliğin test edilmesi, Aile Entegre Bakım (AEB) modeli'nin ebeveynlerin taburculuğa ve bebeğin evde bakımına hazır oluşluklarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın birinci aşaması kesitsel ve metodolojik, ikinci aşaması ise randomize kontrollü deneysel çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklem grubunu birinci aşamada 136 anne, 133 baba, ikinci aşamada ise YYBÜ'sinde prematüre bebeği olan 34 girişim, 34 kontrol grubu olmak üzere toplam 68 ebeveyn oluşturmuştur. Çalışmanın ikinci aşamasında girişim grubundaki ebeveynlere AEB modeli uygulaması, kontrol grubundaki ebeveynlere standart bakım uygulaması yapılmıştır.

BULGULAR: Ölçek geliştirme aşamasında; uygulanan faktör analizi sonucunda 25 madde sayısı olan ölçeklerden anne formu 22, baba formu 20 maddeye düşürülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri annelerde χ^2/df : 1.666, SRMR: 0.0598, babalarda χ^2/df : 2.110, SRMR: 0.0692 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alfa değerleri anneler için .911, babalar için .948'dir. Çalışmanın ikinci aşamasında girişim grubundaki anne ve babaların taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş puan ortalaması kontrol grubundan yüksek olup anlamlı derecede fark olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

SONUÇ: Anne ve baba için geliştirilen ölçeklerin geçerli ve güvenilir birer ölçüm aracı olduğu görülmüştür. Aile Entegre Bakım modeli uygulamasının anne ve babaların taburculuk ve evde bakıma hazır oluşlukları üzerinde oldukça etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Entegre Bakım, Anne ve Baba, Hazır Oluşluk, Prematüre, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Taburculuk

SUMMARY

The Effect of Family Integrated Care on Preparing Parents with Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit for Discharge

INTRODUCTION AND AIM: It is an important factor for the health of the baby that parents who have a premature baby in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) are ready for home care after discharge. The aim of this study was to develop the Mother/Father with Premature Baby Readiness for Discharge and Home Care Scale separately for the parents, to test the reliability and validity, and to determine the effect of the Family Integrated Care (FICare) model on the parents' readiness for discharge and home care of the baby. has been made.

MATERIAL AND METHOD: The first stage of the study was cross-sectional and methodological, and the second stage was a randomized controlled experimental study. The sample group of the study consisted of 136 mothers and 133 fathers in the first stage, and a total of 68 parents, 34 of whom had premature babies in the NICU, and 34 of whom were in the control group. In the second stage of the study, FICare model was applied to the parents in the intervention group and standard care was applied to the parents in the control group.

RESULTS: In the scale development phase; As a result of the factor analysis applied, the mother form was reduced to 22 items and the father form to 20 items from the scales with 25 items. Confirmatory factor analysis fit indices were calculated as χ^2/df : 1.666, SRMR: 0.0598 for mothers, χ^2/df : 2.110, SRMR: 0.0692 for fathers. Cronbach's Alpha values are .911 for mothers and .948 for fathers. In the second stage of the study, the mean score of readiness for discharge and home care of the mothers and fathers in the intervention group was higher than the control group, and there was a significant difference ($p<0.001$).

CONCLUSION: It has been seen that the scales developed for mothers and fathers are valid and reliable measurement tools. It has been determined that the application of the Family Integrated Care model is quite effective on the readiness of the parents for discharge and home care.

Keywords: Family Integrated Care, Mother and Father, Readiness, Prematurity, Neonatal Intensive Care Unit, Discharge

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Prematürelerin fizyolojik ve yapısal özellikleri term yenidoğanlardan farklıdır. Bu farklılıklar prematüre bebeklerde birçok sağlık sorununu da neden olmaktadır. Yenidoğan mortalite ve morbiditesinin en önemli nedenlerinin başında prematüre doğumların yer aldığı bilinmektedir (Batman ve Çoban 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 yılı raporuna göre; yılda on beş milyon prematüre bebeğin dünyaya geldiği, prematüreliliğin beş yaş altı çocuk ölüm nedenleri arasında önde gelen faktör olduğu ve her on doğumdan birinde preterm bebek doğduğu ifade edilmiştir (WHO 2020). Prematüre doğum oranı ülkemiz için %11 olduğu, birçok prematüre bebeğin doğum sonrası özel bir bakıma gereksinimlerinin olması nedeniyle bir süre Yenidoğan Yoğun Bakım Ünite'sinde (YYBÜ) kalmaları gerekebilmektedir. Prematüre bir bebeğe sahip ebeveynler oldukça karmaşık ve hazır olmadıkları bir yaşam olayı ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Pazarcıkcı ve Efe 2017). Bebeğin YYBÜ'sinde bulunduğu süre içerisinde anne ve babanın normal yaşamlarını sürdürmelerine destek olacak hemşirelik girişimlerinin sağlanması, annenin/babanın yaşadığı stres düzeyi ve bu strese karşı gösterilen tepkilerin saptanması, stresle baş etmede önemli bir yere sahiptir (Yayan, Özdemir, Düken ve Suna Dağ 2019). Anne ve babanın ziyaretçi değil, YYBÜ'si ekibinin bir parçası olarak görülmesi gerekmektedir (Merey ve Şentepe Lokmanoğlu 2019). Ayrıca ebeveynler yeterince hazırlanmadıklarında ve bakıma dahil edilmediklerinde bebeklerine dokunamamaktan kaynaklanan ciddi endişe yaşamaktadırlar. Prematüre bebeğin uzun süreli hastanede yatması ebeveyn bebek bağlanmasını olumsuz etkilenmesine neden olabilir (Hotun Şahin ve Oskay 2008). Ebeveynlerin bebeklerine yakın olmalarının ve onların bakımına katılmalarının hem kendi hem de bebekleri olumlu etkilediği vurgulanmaktadır (Yayan ve ark. 2019). Kaygı ve stresin yoğun yaşandığı YYBÜ'sinde ebeveynler; doğumun zamanından önce gerçekleşmesi, bebeğin sağlıklı olmaması gibi nedenlerden dolayı korku, panik, kaygı ve suçluluk gibi duygular yaşayabilmektedirler (Akbaş, Akça, Şenoğlu ve Gökyıldız Sürücü 2019, Ayvaz ve Açıkgöz 2019).

Aileler beklentilerinden oldukça farklı, çok hassas ve kırılgan görünen bebeklerine dokunmakta, ona zarar verme endişesi yaşamaktadırlar. Hastanede uzman personel tarafından bakılan bebeklerine eve taburcu olduklarında nasıl bakacakları yönünde

ciddi endişe yaşarlar. Başta anneler olmak üzere ailelerin taburculuk sürecine hazırlanması ve ebeveynlerin bu korkularını yenmeleri için değişik yaklaşım ve modeller YYBÜ’lerinde uygulanmaktadır (Ör: Aile Merkezli Bakım) (Balcı ve Yıldırım Balkan 2019, Gürol ve Polat 2019). Ancak çoğu zaman bu yaklaşımlarında yeterli olmadığını hem araştırmalarda takip ediyor hem de ünitelerde gözlemliyoruz. Bu konuda ‘daha iyi neler yapabiliriz?’, ‘ailelere bu süreçte daha fazla nasıl yardımcı olabiliriz?’ soruları ile yola çıktığımız bu çalışmada yurt dışında bazı kliniklerde Aile Entegre Bakım (Family Integrated Care-FICare-AEB) modelinin uygulandığını ve başarılı sonuçlar alındığını gördük. Ancak bu modeli uygulayıp ebeveynlerin taburculuğa hazır oluşuna etkisini inceleyen çalışmaya rastlamadık. Bu çalışma hem bu açıdan hem de bu modelin ülkemizde uygulanması açısından bir ilk olacağı için orijinal bir çalışma olup bu yaklaşıma ülkemizde dikkat çekmek, yaygınlaştırmak aynı zamanda prematüre bebeklerin sağlıklı yaşama tutunmalarına katkıda bulunmayı amaçlamaktayız.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PREMATÜRİTELİĞİN TANIMI, SINIFLANDIRILMASI VE İNSİDANSI

Prematüre doğumlar; gestasyon haftasına göre gebeliğin 37. haftadan önce sonlanması ya da annenin son adet tarihinden (SAT) sonraki 259. günden erken olan doğumlar ile meydana gelmesi olup, perinatal mortalite ve morbiditenin önemli bir sebebidir (APA 2017). Doğum ağırlığına bakılmaksızın doğumun gebeliğin 20-37. haftaları arasında gerçekleşmesi preterm doğum olarak tanımlanır. Son adet tarihinin net olarak bilinmediği durumlarda gebelik haftasını tayin etmek için ultrasonografik (USG) ölçümlere başvurulmaktadır. Bu amaçla USG ile yapılan ölçümlerden baş-topuk mesafesi (CRL), gebeliğin özellikle ilk 12 haftasında çok değerlidir (Çetinkaya, Biberoğlu, Kırbaş ve Danışman 2017).

Yenidoğan bebekler gebelik haftasına, doğum ağırlığına ve gebelik yaşına göre sınıflandırılabilir.

Gebelik haftasına göre:

1. Çok ileri derecede prematüre (28 hafta altında doğan bebekler).
2. İleri derecede prematüre (28-31 hafta arası doğan bebekler).
3. Sınırdan (orta- geç) prematüre (32-36 haftalarda doğan bebekler).
4. Postmatür (sürmatür) bebek (42. haftadan sonra doğan bebekler)

Doğum ağırlığına göre:

1. 2500 gr altında düşük doğum ağırlıklı (Düşük Doğum Ağırlığı - DDA),
2. 1500 gr altında çok düşük doğum ağırlıklı (Çok Düşük Doğum Ağırlığı - ÇDDA),
3. 1000 gramın altında oldukça, ileri derecede düşük doğum ağırlıklı (Çok Çok Düşük Doğum Ağırlığı - ÇÇDDA)

Gebelik yaşına göre:

1. Bebeğin gebelik yaşına göre doğum ağırlığının 10. persentilin altında olması (Small Gestation Age-SGA)

2. Bebeğin gebelik yaşına göre doğum ağırlığının 90. persentilin üzerinde olması (Large Gestation Age)
3. Bebeğin gebelik yaşına göre doğum ağırlığının 10-90. persentilin arasında olması (Appropriate for Gestational Age-AGA). (Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı 2017, Çetinkaya ve ark. 2017, Raju, Higgins, Stark and Leveno 2006, Işık Bayar 2019).

Prematüre doğumlar, bütün doğumların yaklaşık %7-8'ini oluşturmaktadır. En son çalışmalar ve tedavi protokollerinde gebelik yaşı kullanılmaktadır. Gebelik yaşı, birinci trimesterda ultrason ile saptanabilmektedir. Doğum sonrası yenidoğanlarda kullanılan gestasyonel yaş belirleme araçlarından biri Dubowitz Skalası'dır. Diğer ölçüm ise orijinal Dubowitz muayenesine dayanan Ballard muayenesidir. Bu muayeneler fiziksel ve nöromusküler parametreleri ölçer (Taşkın 2014).

Puanlama ile 20-44 hafta arasındaki yenidoğanın gestasyonel yaşı saptanabilmektedir. Gestasyonel 26 hafta ve daha küçük bebeklere ilk 12 saatte, 26 haftanın üzerindekiyle ise 96. saate kadar kullanılabilir. Nöromusküler altı ve fiziki altı kriterden oluşur. Elde edilen puana göre bebeğin gebelik haftası belirlenir (Ballard et al. 1991).

Yenidoğan döneminde bebek ölümlerinin büyük kısmından sorumlu olan prematüre bebekler, ömür boyu kritik hastalıklar bakımından da risk grubudur (Griffiths, Spence, Loughran-Fowlds and Westrup 2019). Bebek ölümleri tüm dünyada toplumun önemli sağlık göstergelerinin biri olarak kabul edilmektedir. Tüm çocuk ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi yenidoğan döneminde (0-28 gün) meydana gelmektedir. Ölüm nedeni ilk sırada prematürelığe bağlı komplikasyonlar olup bunun dışında doğuma bağlı komplikasyonlar ile anne sağlığı ve zamanında alınamayan antenatal/doğum bakım eksikliği sayılmaktadır (Jacob, Kamitsuka, Clark, Kelleher and Spitzer 2014). Dünyada bebek ölümleri içerisinde yenidoğan ölümleri için kullanılan üçte iki kuralına göre; yenidoğan ölümlerinin üçte ikisi ilk ayda, ilk ay içindeki ölümlerin üçte ikisi ilk haftada, ilk hafta içindeki ölümlerin de üçte ikisi ilk günde görülmektedir (Horbar et al. 2002).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporuna göre; ülkemizdeki neonatal ölüm hızı 2008'de % 0,13 iken 2013'de % 0,7'dir (TNSA 2008, TNSA 2013). Önceki

TNSA çalışma raporlarından farklı 2018 TNSA’da bebek ve çocuk ölüm hızlarına ilişkin tahminlere yer verilmemiştir (TNSA 2018).

Prematüre doğumun sebeplerinde çeşitli etkenler rol oynamaktadır. Demografik faktörler (yaş, sosyoekonomik durum, ırk), Davranışsal faktörler (Madde veya sigara kullanımı, kötü beslenme, prenatal bakım yetersizliği), Anneye (Maternal) ait faktörler (Obstetrik öykünün kötü olması, Uterus / serviks anomalisi, Miyomlar, Hipertansiyon, Diyabet), Gebeliğe bağlı komplikasyonlar (Çoğul Gebelik, amniyon sıvısının artması/azalması, vajinal yoldan kanama, beden kitle indeksinin normalin altında olması, fetal anomali, karın cerrahisi, enfeksiyon) şeklinde sıralanmaktadır (Erdoğan 2020, Mercan 2020)

Prematüre bebekler hem kısa dönem hem de uzun dönem komplikasyonlar açısından risk altındadır. Çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda Respiratuvar Distres Sendromu (RDS) %93, Patent Duktus Arteriosus (PDA) %46, Prematüre retinopatisi (PR) %53, Bronkopulmoner displazi (BPD) %42, geç başlangıçlı sepsis %36, Nekrotizan Enterokolit (NEK) %11, evre 3 ve 4 İntrakraniyal Kanama (İKK) %7 ve %9, periventriküler lökomalazi (PVL) %3 sıklıkta görülmektedir (Stoll et al. 2010).

2.2. PREMATÜRELERİN FİZYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Prematüre bebeklerin sahip oldukları özellikler şu şekilde sıralanabilir;

- Normal yenidoğana göre başın gövdeye oranı daha fazladır (preterm megasefalisi), ön-arka fontanel geniş, süturlar aralıklıdır.
- Cilt altı yağ dokusu azalmış, derisi ince, kırmızı ve jelatin görünümündedir. Dolaşım iyi değildir.
- Vücut yüzeyi beden kitlesine (vücut ağırlığına) oranla daha geniş olduğu için deri yoluyla ısı ve insensibils sıvı kaybı hızlı olmaktadır.
- Isı değişikliğine vücudun verdiği titreme-terleme özelliği olmadığından dolayı hipotermi ve soğuk stresine eğilimi vardır.
- Vücudunda yaygın lanuga tüyleri (yüz, sırt, omuz) mevcuttur, bol verniks tabakası görülmektedir.

- Meme dokusu gelişmemiştir elle palpe edilemez, meme başı belirginliği gebelik haftası küçüldükçe azalır. Meme başındaki pigmentasyon azdır ya da yoktur.
- Toraks bölgesi küçük, kasları zayıf, kostalar esnek yapıdadır. Akciğer immatür ve sürfaktan üretimi yetersizdir. Solunum zayıf ve diyafragmatiktir. Kostalar arası çekilme ve apneik solunum sık görülür.
- Solunum sayısının az olmasına (hipoventilasyon) bağlı siyanoz ve asidoz gözlenir.
- Abdominal bölge büyük ve gergin görünmektedir. Yenidoğan refleksleri (emme, yutma, yakalama) tam gelişmemiştir. Emme, yutma ve solunum koordinasyonu 32-34. haftada gelişir.
- Mide hacmi az, midenin boşalma süresi geçtir. Karın distansiyonu, kusma sık gözlenir.
- Kulak yapısında bulunan kıkırdak doku yeterince olgunlaşmamıştır, yumuşaktır ve kıvrımları azdır.
- Ayak tabanında ve avuç içindeki çizgiler net gözlenememekte olup çukurluklar gelişmemiştir.
- Prematüre bebeklerde kaslar immatür ve zayıf olduğu için fizyolojik hipotoni mevcuttur. Ekstremiteler uzun ve ödemlidir.
- Kız bebeklerde labia majörler tam gelişmediği için labia minörler ve klitorisi tam örtmemiştir, dışarı çıkıntılıdır. Erkek bebeklerde testisler skrotuma henüz inmemiştir. Prematüre bebekelerde genital organlar genel olarak tam gelişmemiştir.
- Beyin damarlarının gelişmemiş olması nedeniyle intaventriküler kanama riski yüksektir. PDA henüz kapanmamıştır.
- Böbreğin filtrasyon hızı düşüktür.
- Tırnaklar yumuşak ve kısadır.
- Göbek bağı geç kurur, geç düşür.
- Bağışıklık sisteminin immatür olması, anneden geçen immünglobülinlerin az olması nedeniyle enfeksiyona yatkınlık görülür.
- Retinadaki damarsal sistem tam gelişmediği için Prematüre Retinopatisi (ROP) yaygındır.

- Karaciğerin az gelişmiş olması nedeniyle glikoz, protein ve bilirübin metabolizması etkilenir.
- Doğumdan sonraki ilk günlerde hızlı kilo kaybı olmaktadır.

(Bayram 2006, Özlü, Tunç, Yıldızbaş ve Büyükkurt 2017, Sarak Çiçek 2020, Yalçın ve ark. 2016, Balcı 2006, Erdoğan 2020).

Son yıllarda tıbbi ve teknolojik alanlardaki gelişmeler YYBÜ'lerinde tedavi ve bakımın kalitesinin artmasına ve gestasyon haftası giderek daha düşük olan preterm bebeklerin yaşatılmasına katkı sağlamıştır. Yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmeler nedeniyle de çoğul gebelik ve erken doğum oranları artmıştır (Hamilton, Hoyert, Martin, Strobino and Guyer 2013). YYBÜ'sinin kurulması, teknik donanımın sağlanması, ekip oluşturulması, destek tedavilerinin devreye girmesi sonucu riskli yenidoğanların özellikle çok küçük ve ekstrem küçük prematürelerin yaşatılma oranları artmıştır (Can 2019).

2.2.1. YYBÜ'sinin Özellikleri ve Türkiye'deki Standartları

Doğumdan sonraki ilk 28 günü içeren yenidoğan dönemi morbidite ve mortalite sayılarının yüksek olduğu, bebeklerin sağlığı açısından kritik bir dönemdir. Herhangi bir sebeple sağlık sorunu yaşayan bebeğe itinalı bir bakım verilebilmesi için, yoğun bakım ünitelerinden faydalanılmaktadır (Konukbay ve Arslan 2011). Bir/birden fazla organ veya organ sistemlerini ilgilendiren ciddi fonksiyon bozukluğu sebebiyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileşmesini amaçlayan, özellikli fiziksel alt yapıya sahip, ileri teknolojik cihazları ve donanımı bulunan, hastaların hayati bulgularını, bakım, takip ve tedavilerini 24 saat boyunca günün her anında kesintisiz sağlayan yenidoğanların, çocukların ve yetişkinlerin bulunduğu, fiziki konumu özel olan birimler yoğun bakım (YB) olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım hemşiresi (YBH) ise; sorunları karmaşık, hayati tehdit edecek düzeyde olan hastaların tanılmasını yapan, hastayı aralıksız gözlemleyen, yoğun bakımda ileri bakım girişimlerini uygulayan, ayrıca hem hasta hem de yakınları ile terapötik ilişki içinde olan koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerin uygulamasından sorumlu olan sağlık profesyonelleridir (Tiryaki ve Kelağalar 2019).

İnsan hayatındaki yenidoğan dönemi en hassas ve dinamik evredir. Sağlık alanında ulusal ve uluslararası istatistik verilerinden de anlaşılacağı gibi yaşamın sonraki evrelerine göre yenidoğan dönemdeki mortalite ve morbidite daha yüksek oranda görülmektedir. Yüksek riskli yenidoğanın bakımı doğumhanede başlamaktadır. Doğum odasının ve YYBÜ'sinin teknik donanımına, altyapısına ve sağlık profesyonelleri ekibinin kalitesine önem verilmesi yenidoğanın yaşam kalitesini arttırabilmek için gerekli durumlardır (Salihoğlu, Hasbal Akkuş ve Hatipoğlu 2011). Profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda yenidoğan hemşiresi; yenidoğan ve YYBÜ'sinde yatan bebeklerin; sağlıklı büyümesi ve gelişmesi, dış ortama adaptasyonun sağlanması, anne sütü ve emzirme ile beslenmesi, hastalıklara karşı korunması, sağlığının maksimum düzeye çıkarılmasında önemli rolleri olan; hastalandığında bakımından sorumlu olduğu yenidoğanı detaylı olarak değerlendirip klinik açıdan belirtileri ve bulguları sentezleyebilen, bebeği ailesi ile birlikte değerlendiren, yenidoğanın bakım ihtiyaçlarını saptayarak kanıta dayalı bilgiler ışığında uygun bakımı planlayabilen, YYBÜ'sindeki malzemeleri kullanabilen, cihazlardaki verileri değerlendirip yorumlayabilen, bebekle ve yakını ile iletişim kurabilen, onlara uygun terapötik yaklaşım sergileyen, eğitim ve danışmanlık rollerini yapabilen, ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim, işbirliği kurma becerisine sahip hemşiredir (T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, Sayı: 27910). Ülkemizde YYBÜ'sinin asgari donanım, personel ve hizmet standartları belirlenmiştir. Birinci seviyede altı bebeğe, ikinci seviyede beş bebeğe, üçüncü seviyede dört bebeğe, dördüncü seviyede üç bebeğe bir hemşirenin bakım vermesi öngörülmüştür (T.C. Resmi Gazete, 22 Mart 2017, Sayı: 30319).

YYBÜ ortamı yüksek teknolojiye sahip, parlak ışık, gürültü ve yoğun aktivite içeren bir ortamdır. Yenidoğanın büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkiler. YYBÜ ortamı, uzun süreli kesintili uyku durumları ve sırtüstü pozisyon, rutin ve aşırı dokunma, ortam gürültüsü, emmenin yeterince sağlanamaması, sosyal ve bakım veren etkileşimlerinin azlığından kaynaklanan olumsuz gelişimsel etkilere sahiptir. YYBÜ'si, bebekler için intrauterin ortamdan farklıdır. Bebek daha gürültülü, daha kuru ve soğuk, parlak ve düzensiz ışıkların bulunduğu, aynı zamanda yerçekiminin gücüyle hareket etmekte zorlandığı bir ortama girmiştir. Bunlarla birlikte tekrarlayan ağırlı uyaranlar, bebeğe sık dokunma ve uykusunun sık bölünmesi gibi etkenler,

bebeğin fizyolojik, zihinsel, duyuşal, duygusal ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Lubbe, van der Walt and Kloppe 2012, Caughlin 2009, Erdeve ve Atasay 2008; Olgun 2020).

YYBÜ'si, bebeğin gelişimsel açıdan hazır olmadığı bir zamanda gürültü, ışık, ani sıcaklık değışimleri, tekrarlanan ağırlı uyaran, invaziv uygulamaların yanında koklama, emme, dokunma ve ebeveynin sesi gibi normal ebeveyn-bebek etkileşimini sağlayan faktörlerden uzak kalmasına neden olur (Erdeve ve Atasay 2008).

YYBÜ'sinde çevrenin organize edilip düzenlenmesinin asıl teması, bebeğin doğum ile ayrıldığı fizyolojik yaşam ortamı olan rahime benzetilmesidir. YYBÜ'sindeki yatan yenidoğanlara bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım (NIDCAP) doğrultusunda verilen bakımın yenidoğanın ya da prematürelerin stres bulgularını azalttığı belirtilmektedir. Yaklaşık 1980'den beri NIDCAP konusunda çalışmalar yapan Heidelise Als'ın geliştirdiği Sinaktif Teoriye dayanarak prematüre bebeklerin davranış organizasyonunu sağlamada "Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımdan" yararlanılmaktadır. Gelişimsel bakım; ışığın ve sesin yönetimi, bebeğe pozisyon verilmesi, kundaklaması, emzik kullanılması, anne veya bakım vericinin ten tene temasını içeren kanguru bakımı ve uyarıcı prosedürleri (müzik vb) bir araya toplayarak yenidoğanın uyanık ve dinlenme durum döngülerinin açıklanmasına olanak sağlamıştır (İmseytoğlu ve Yıldız 2012).

Bir bebek doğup hızlıca açık yatakta radyant ısıtıcı altına veya kuvöze transfer edildiğinde an itibariyle intrauterin çevreden ekstrauterin çevreye geçiş yapmış olmaktadır. Böylece bebek YYBÜ'sinin fiziksel ve duyuşal çevresiyle (koku, tat, ısı, ışık, dokunma) tanışmaya başlamıştır. Bu yüzden bebeğin gelişimine destek olmak için çevrenin düzenlenmesi, zararlı uyaranların da en aza indirilmesi gerekmektedir (Altimier and Phillips 2013, Çalığıuşu 2014).

Işık: Fetal yaşamda neonatal beş duyu sistemi özel bir sıra içerisinde meydana gelmektedir. Bunlardan görme duyuşu beşinci sırada oluşmaktadır. Term bir bebekte bile görsel sistem immatürdür. Işık, YYBÜ'sindeki bebeğin fizyolojik durumu ve santral sinir sistemi üzerinde önemli etkilere sahiptir. Bebek bakım alanında ortamın ışık seviyesi 10-600 lüks arasında olmalıdır. Işığın kontrolünde bebeğe direkt olarak

ışık gelmesinin engellenmesi, kuvöz üzerine örtü örtülmesi, bakım saatleri ve girişimler dışındaki zamanlarda loş ışığın sağlanması gibi uygulamalar bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımın içinde yer almaktadır (VandenBerg 2007, White and Consensus Committee Chairman 2006, Altimier and Phillips 2013, Çalığışu 2014).

YYBÜ’ünde bebeğin üzerine doğrudan ışık gelmemesi sağlanmalı, kuvöz örtüleri kullanılmalı, günün belli saatlerinde ışık düzeyi değiştirilerek gece-gündüz döngüsü ve bebeğin hızlı göz hareketlerinin (REM) olduğu uykusu desteklenmelidir. Ayrıca yoğun bakımdaki ışık düzeyleri ölçülebilmeli, gündüz 300-580 lux iken gece 30 lux olması sağlanmalıdır (Eras, Atay, Şakrucu, Bingöler ve Dilmen 2013, Olgun 2020) Ünitelerde aydınlık karanlık döngüsünün sağlanması yenidoğanın büyüme ve gelişmesine katkı sağlayarak hormonal düzenlemeye, aktivite dinlenme döngüsünün düzenlenmesine, vital bulguların düzelmesine yardımcı olmaktadır (Rivkees 2003, Olgun 2020). YYBÜ’ünde aydınlık karanlık döngüsü ortalama 12 saat olacak şekilde ayarlanabilir. Kesin olarak bir saat sınırı belirtilmemektedir (Morag and Ohlsson 2011, Olgun 2020).

Ses/Gürültü Kontrolü: Fetüs sesleri yaklaşık 26.gestasyon haftasında algılayabilir. Bu haftalarda işitme ile ilgili yapılar büyük oranda gelişmiştir. Uterusta iken annenin sesini, barsak seslerini, kalp atımını algılayabilir. Uterus duvarı ve amniyon sıvısı dışarıdan gelen seslere karşı filtre görevi görür ve iç ortama 40-60 desibel (dB) ses iletilir. Amerikan Pediatri Akademisi’ne göre YYBÜ’da ses yüksekliği 40-45 dB’i geçmemelidir (Tutar Güven ve İşler Dalgıç 2017, Olgun 2020). Ses seviyeleri 50- 55 dB’nin geçmemelidir. Geçici yükselen sesler 70 dB’yi geçmemelidir. Cihazların gürültü seviyesi 40 dB olmalıdır. YYBÜ’ünde boşluk ve bitişik alanlar ses seviyesini yükseltmemelidir. Sesi azaltmak ve izlemek için personele eğitim verilmelidir, çok disiplinli bir ekip oluşturulmalıdır (Eras ve ark. 2013, Cardin et al. 2015, Olgun 2020).

Sağlık Bakanlığı YB usul ve esaslarına göre ülkemizde YYBÜ maksimum olarak 70 dB’yi, saatte ortalama 50-55 dB’i geçmemesi gerektiği yazılı olarak aktarılmıştır (T.C. Resmi Gazete, 20 Temmuz 2011, Sayı: 2800). YYBÜ’ünde sesin kaynağı işlevsel ve yapısal olmak üzere iki şekilde oluşmaktadır. Ünite çalışanları ve ekipmanları tarafından oluşan sesler işlevsel sesleri (Johnson 2003, Çalığışu 2014), hastane

binasının ve ortamının kendisinden kaynaklanan sesler yapısal sesleri oluşturmaktadır (Philbin 2004, Çalıkları 2014). Gebelik haftası 26-28.haftada olan prematürelere yüksek sesle karşılaştığında işitilen sese tepki olarak kalp atım hızında, kan basıncında, solunum sayısı ve şeklinde, oksijenlenme değerlerinde bazı fizyolojik değişiklikler geliştirebilme yeteneğine sahiptir. Bu nedenle, Merkez Sinir Sistemi (MSS) gelişiminin en hızlı olduğu bu kritik zamanda oluşan gürültünün kontrol altına alınması bebek için son derece hayati önem arz etmektedir (Wachman and Lahav 2011; Çalıkları 2014).

Koku/Tat: YYBÜ’ünde bebekler hoş olmayan kokulara (alkol, tütün, çeşitli cilt solüsyonları, parfüm vb.) maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle bebeğin sağlık çalışanları ve personeller tarafından bu kokulardan olabildiğince uzak tutulmaları önerilmektedir (Altimier and Phillips 2013; Çalıkları 2014).

Hemşire, iyileşme sürecini yöneten bir çevre yaratmak ve bunu sürdürmekten sorumludur. Profesyonel bir hemşire hastası için psikolojik ve fiziksel çevre üzerine odaklanmalı, beslenmenin iyileşmesi ve konforun sağlanmasını değerlendirmeli ve bu konuda planlamalar yapabilmelidir (Cardin et al. 2015, Olgun 2020). Artan prematüre doğumlar ve yenidoğan dönemindeki sağlık sorunlarının tüm yaşamı etkilediğinin bilinmesiyle yenidoğan hemşireliğinin rol ve işlevlerine verilen önem de artmıştır (Erdem, Sezer Efe ve Başdaş 2018, Olgun 2020).

2.3. YYBÜ’SİNDE VE TABURCULUĞA HAZIRLIKTAKİ YAPILAN BAKIM UYGULAMALARI

Bakım; kişinin hem kendisi hem de çevresindeki kişiler arasında gelişen bir süreç olarak, bir duygulanım, bir insan özelliği, ahlaki bir zorunluluk, şefkat gösterme, destekleme, kişilerarası etkileşim ve terapötik müdahale gibi tüm olumlu girişimler olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar doğumdan ölüme kadar ki yaşamın her döneminde bakıma ihtiyaç duymaktadır. Hasta bireyin iyileşmesinin temelini bakım oluşturur, bakımın da merkezinde hemşire yer alır (Altıok, Şengün veÜstün 2011, Karadağ, Çalışkan ve Baykara 2017, Potter and Perry 2009). Corbin (2008) “bakım verme,

hemşire olmanın ayrılmaz bir parçasıdır ve onları profesyonelliğe ulaştıran tek unsurdur” diye açıklamaktadır (Corbin 2008, Toru 2020).

Bakım bağımlılığı, herhangi birinin hastalık veya sakatlık nedeniyle yaşamındaki kısıtlanma durumudur. Bu durum geçici, uzun süreli veya kalıcı olabilir (Lohrmann, Dijkstra and Dassen 2003). Hastaneden taburcu olan bireyler evde tedavi sürecinin devam etmesi, hastalık ve kullanılan ilaçlara uyum sağlama gibi birçok zorlukla karşı karşıya kalabilmektedir (Hestevik, Molin, Debesay, Bergland and Bye 2019). Taburculuk planı, birey taburcu olduktan sonra bakımını sürdürmesinde onu teşvik etmek bakım vericinin de gerekli hizmet ve desteği sağlayabilmesini amaçlayan dinamik, kapsamlı ve işbirliğine dayalı bir süreçtir (Toufighi, Sharifi, Alaghband-Rad and Shadloo 2018). İyi planlanmış bir taburculuk eğitimi; hastanede yatış süresinin azalmasını, hem hastanedeki hem de evdeki bakım kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır (Güçlü ve Kurşun 2017).

Bakımın sürekliliği, hemşireye bireyin sorunları ve bakım gereksinimlerine ilişkin bilgi sürekliliği sağlar. Ayrıca bireyin sorunlarının hemşire tarafından daha derinlemesine anlaşılmasını sağlayarak hemşirenin etkin karar verebilmesini kolaylaştırır ve bakımın etkinliğini artırır (Sezer, Özcan ve Bozdemir 2006, Korkmaz, Derince, Başdaş, Bayat ve Erdem 2020). Bakımda sürekliliğin sağlanması ile hemşire; koruyucu, savunucu, karar verici, eğitici ve yönetici rollerini daha aktif kullanabilir. Hemşirelerin bu rollerini etkin kullanmalarının en önemli olduğu alanlardan biri YYBÜ’sidir. Çünkü beklenmeyen bir anda erken doğumla anne karnının korunaklı yapısından ve annesinden ayrılan preterm yenidoğanın YYBÜ’sindeki stresörlerle baş edebilmesi hemşire ile kurduğu sağlıklı iletişim ile mümkün hale gelir (Vanderburg 2007, Erdeve, Atasay, Arsan ve Türmen 2008, Korkmaz ve ark 2020).

Göz bakımı; Sağlık kuruluşu tarafından belirlenen uygun preparat yenidoğanın gözlerine profilaksi amacıyla kullanılmaktadır. Türkiye Oftalmoloji Derneği (TOD) önerisine göre; eritromisin %0,5, %2,5’luk povidone iodine, azitromycin göz damlası kullanılabilir. Doğumdan sonra zaman kaybetmeden bebeğin göz kapakları ve göz çevresi distile (steril) su veya serum fizyolojik (SF) ile ıslatılmış pamukla dıştan içe doğru silinir. Bebeğin göz kapakları hafif açılarak aralık oluşturulur, konjunktivaya sağlık kuruluşunun kullandığı göz bakımı için önerilen göz damlası uygulanır.

Damlatma sonrası göz kapağı serbest bırakılarak damlanın tüm konjonktivaya yayılması sağlanır. Doğum sonrası bir saat için göz damlasının uygulanması doğru bir yaklaşım olacaktır. Profilaksi amacıyla uygulanan damla ile olası göz enfeksiyonları tamamen önlenemese de büyük bir kısmı önlenebilmektedir. Göze enfeksiyon bulaş riskinin azaltılması için damla uygulamasından önce ve sonrasında uygulayıcının ellerini mutlaka yıkaması gerekir. SF yada kaynatılmış soğutulmuş su ile ıslatılmış yumuşak temiz bir tülbent/steril gazlı bez fazla bastırmadan göz dıştan içe doğru silinir. Çapak temizlenene kadar işleme devam edilir. Her bir göz için ayrı silme bezinin kullanılması, her silmede bezin kullanılmayan tarafının kullanılması önemlidir. Doktor istemine göre kullanılan göz ilacı uygulanmalıdır (Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı 2017).

Gözlerde çapaklanma yoksa özel bir bakım uygulaması gerekmez. Her bir göz; kaynatılmış ıslatılmış suya batırılan tülbent/gazlı bez/pamuk tamponlar ile içten dışa doğru nazıkçe silinmelidir (Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Kitabı 2017, Yalnızoğlu Çaka 2020).

Burun Bakımı; Bebekler burun solunumu yaptığı için burnunun tıkalı olmaması gerekir. Kaynatılmış ılık suya temiz bir gazlı bezin ya da tülbentin ucu bükülüp batırılır nazıkçe burun içi temizlenir (Sarıkaya Karabudak ve Ergün 2018). Burunu nemlendirmek için SF kullanılmalı jel, merhem, krem kullanılmamalıdır. Aspirasyon işlemi sert yapılmamalıdır. Aspirasyonun sert bir şekilde uygulanması burun ve nazofarenkste tahriş, kanama ve sonrasında enfeksiyonlara neden olur. Burun etrafının temiz, kuru tutulması enfeksiyon riskinide azaltır (Tiryaki ve Çınar 2016). Bebeğin aspire edilmesi gerekiyor ise önce ağız sonra burun aspire edilmelidir. Önce burun aspire edilirse bebekte apne ve bradikardi gelişebilir (Tiryaki ve Çınar 2016).

Ağız Bakımı: Temel hijyenik uygulamaların önemli birleşeni olan ağız bakımı dil ve ağız içi mukozası normal görünüyorsa özel bir bakım uygulamasına gerek yoktur. Yenidoğanın tükrük bezleri tam gelişmediği için tükrük salgısı da genelde azdır. Ağız bakımında bebek sırt üstü pozisyonda, baş altına hafif bir destek konularak yatırılır. Öncelikle ağız içi kontrol edilir. Bir elin serçe parmağına gazlı bez/tülbent sarılarak kaynatılmış ıslatılmış suyla ıslatılır ve bebeğin ağzının içi, dili, diş etlerinin iç ve dış bölgeleri ve yanakların içi hafifçe bastırarak silinmelidir. Emziren annelerin meme

başı temizliğini ve kendi el hijyenini de sürdürmelidir (Sarıkaya Karabudak ve Ergün 2018, Yalnızoğlu Çaka 2020)

Yardımcı solunum desteği alan bebeklerde ağız bakımı sıklığı bebeğin klinik durumuna göre planlanmalıdır. Bu bebeklerde YYBÜ'sinde ağız bakımı için özel hazırlanmış ve özel üretilen süngerler ile günde birkaç defa nazıkçe yapılmalıdır. Entübasyon tüpü gün içerisinde ağzın bir kenarından alınıp diğer kenarına sabitlenmelidir (Sarıkaya Karabudak ve Ergün 2018).

Kulak Bakımı: Bebeklerin kulakları çok hassas olduğu için asla iç kısmı derin temizlenmeye çalışılmamalı, pamuklu çubuk kullanılmamalıdır. Temiz bir gazlı bezin ya da tülbentin ucunu kaynatılmış ıltılmış suya batırarak kulaklarda görünen kir varsa içeri itilmeden hafifçe dış kısmından temizlenmelidir (Sarıkaya Karabudak ve Ergün 2018).

Alt Bakımı; Genital bölge temizliği kız ve erkek çocuklar için farklı yöntemlerle uygulanır. Kız çocuklarda labialar ve vulva kıvrımları hafif aralanarak yukarıdan aşağıya doğru tek yönde temizlenmelidir. Silme yönü özellikle kız çocuklarda üriner enfeksiyon açısından önemlidir. Erkek çocuklarda penis başından başlanarak dairesel hareketler ile penis köküne doğru temizlenmelidir. Kız ve erkek çocuklarda kasık arası, deri kıvrımları iyice temizlenip kurulanır. Her alt bakımından sonra hekim önerisi ile koruyucu bariyer kremler kullanılabilir. Bebeklerde geneital bölgenin pH'sı düşük sabunlu su ile yıkanıp, ılık su ile durulayıp kurulanması pişik oluşmasını önler. Emiciliği yüksek bezlerin tercih edilmesi önerilmektedir. Bebek her idrar ya da dışkı yaptığında bekletilmeden hemen alt bakımı yapılmalıdır. Hem bebeğin kan dolaşımı hem de genital bögenin hava alması açısından bezin çok sıkı bağlanmaması önemlidir. Prematüre bebeklerde göbek bağı geç düştüğü için bez göbek güdüğünün altından bağlanmalıdır. Alt değiştirme bezi göbek kordonunun altından bağlanarak göbeğin idrar veya dışkı ile teması önlenmelidir. Bezi göbek kordonunun tam altından aşağı doğru katlayabilir veya göbek kordonu için oyuntusu bulunan tek kullanımlık bebek bezleri tercih edilebilir (Sarıkaya Karabudak ve Ergün 2018, Yalnızoğlu Çaka 2020)

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) önerileri;

Perineal cilt ortamında tahrişi önlemek için düzenli aralıklarla (klinik olarak uygun olduğunda) bez değişiklikleri yapılmalıdır.

Perineal dermatit ve kandida enfeksiyonlarının erken teşhisini sağlamak için her bez değişiminde perineal bölgenin değerlendirilmesi gereklidir.

Tek kullanımlık bebek bezleri tercih edilir.

Sıcak suyla pamuk toplar veya yumuşak tek kullanımlık havlular tercih edilen temizleme yöntemidir.

Dışkılar kuruyrsa ve çıkarılması zorsa pH nötr temizleyici kullanılabilir.

Mendil kullanımından kaçınılmalıdır (gerekirse alkol ve koku içermemelidir)

Bariyer kremler, perineal dermatit riski taşıyan tüm yenidoğanlarda, ilk eritem veya cilt bozulması belirtisinde her bez değişiminde kullanılmalıdır.

Bez değişimleri arasında bariyer kremlerin çıkarılmasına gerek yoktur, bunun yerine başka bir katman uygulanması önerilmektedir. Bitki özleri ve / veya koku içeren bariyer kremlerden kaçınılmalıdır.

Perineal dermatit için risk faktörleri şunları içerir: antibiyotik kullanımı; emilim bozukluğu; anormal rektal sfinkter tonusu (AWHONN 2013, Clinical Guidelines (Nursing)).

Cilt Bakımı ve Banyo;

Yenidoğanların banyosunda genel güvenlik ilkeleri:

- Doğum sonrası bebeklerin ilk banyosunda standart koruyucu önlemler (önlük, eldiven) alınmalı,
- Kullanılan malzemelerin bebekler arasında çapraz kontaminasyonu önlenmeli,
- Nötr bir termal ortam oluşturulmalı, ısı kaybını en aza indirmek için ortam ısısı kontrol altına alınmalı,
- Banyo tekniğinin seçimi, yenidoğanın gebelik yaşına ve klinik durumuna göre tercih edilmelidir.

Preterm Bebeklerde Dikkat Edilmesi Gerekenler: Cilt bakımı ve banyo konusunda prematüre bebeklerde gebelik haftası, klinik durumu göz önünde bulundurulur. Bebeğin gebelik haftası 32 haftadan küçük ise cilt bütünlüğünü bozmamak için şampuan kullanılmamalı, cilt ovalanmamalıdır. Özellikle ilk haftalarda ılık su tek başına kullanılmalıdır. Bebek 32 haftadan büyük prematüre ise pH nötr veya hafif asidik şampuanlar kullanılabilir. Banyo iki ya da üç günde bir önerilmektedir. Cilt bütünlüğünde bozulma gözlemlendiğinde steril ılık su kullanılmalıdır. Banyo sonrası cilt kuru, çatlamış ise nemlendirici sürülebilir.

Swaddled-Daldırma: Yeni doğanlar için önerilen en uygun banyo tekniğidir. Sıcaklık değişimi başta olmak üzere bebeğin davranışsal ve fizyolojik stresini azaltır. Bebek kundak beziyle gevşek sarmalama yapılır. Omuz seviyesine kadar vücut suya daldırılır, önce bir kol sonra diğer kol, önce bir bacak sonra yine diğer bacağın sırayla nazikçe yıkanması sağlanır. Böylece bebeğin ekstremiteleri sırayla örtü altında çıkarılarak yıkanır.

Sünger Banyosu: Sünger banyo yöntemi en az önerilen teknik olup hemodinamik dengenin (yani ısı kaybı) bozulmasına ve davranışsal sıkıntıya neden olabilir. Sünger banyosu gerekliyse, yenidoğanın mümkün olan yerlerde davranışsal rahatsızlığı azaltmak için içeride tutulduğundan, sıcak bir ortamdan yararlanıldığından (yani daha sıcak veya izolet) ve fizyolojik izlemeye devam edildiğinden emin olun.

İlk Banyo: Tüm yenidoğanlar için geçerli olmasına rağmen prematüreler için bazı kriterlerin yerine getirilmesi gerekir. Bebeğin kardiyorespiratuar ve termoregülasyonu stabil olduğunda genellikle doğumdan sonraki 6-24 saat sonra ilk banyo önerilmektedir. Bebeğin annesinin Human Immunodeficiency Virus (HIV) taşıyıcısı olduğu durumda mümkün olan en kısa sürede ilk banyo yaptırılmalıdır. Bebeğin vücudundaki kan ve amniyon sıvısının temizlenmesi için sıcaklığı 37-37,5°C arasında olan musluk suyu kullanılabilir. Gerekli durumlarda pH'sı nötr ya da hafif asidik şampuan kullanılabilir. Banyo süresi ortalama beş dakikayı geçmemeli, verniks tabakası mümkün olduğunda bebeğin vücudunda kalması sağlanmalıdır. Bebeğin ısınısını muhafaza edecek uygun önlemler alınmalı, ortam uygunsa ten tene temas uygulanmalıdır.

Rutin Banyo Yapma: Banyo malzemeleri ve kuvet her banyodan önce ve sonra dezenfekte edilmelidir. Ortam sıcaklığının 21-24°C arasında yeterince ısındığından emin olunmalıdır. Banyo sıklığı bebeğin ve ailenin gereksinimine göre belirlenmelidir. Bebeğin omuzlarının üstüne çıkacak kadar seviyede su küvete konulmalıdır. Nötr veya hafif asidik (pH 5,5 -7,0) bir şampuan kullanılabilir. Şampuanlar koku, alkol, uçucu yağlar, tahriş edici maddeler içermemelidir. Bebek hemen bir havlu ile sarılmalı, koltuk altı, kasık, boyun ve kulak arkası gibi tüm kıvrım yerleri hafifçe kurulanmalıdır. Ebeveynlerin banyo sürecine dahil edilmesi ve uygulamayı yapmasına fırsat verilmelidir.

Nemlendirici kullanımı cildin lipit seviyesini ve hidrasyonunu iyileştirir, doğal nemlendirme faktörlerini korur, pH'sını optimize eder. İlk kuruluk, çatlaklar veya pullanma belirtisinde her gün tüm vücut nemlendirilmelidir. Bebek fototerapi ya da radyant ısıtıcı altında olsa bile nemlendiriciler kullanılabilir.

Yenidoğan bebeklerde rutin nemlendirici kullanımı ile ilgili net bilgi olmamakla birlikte günümüzde halen araştırmalar doğrultusunda tartışılmaktadır. Nemlendirme amaçlı kullanılacak ürünler transepidermal sıvı kaybının azaltılmasında, deride kurumanın ve fissür gelişiminin önleminde, cilt bariyerinin geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Derinin epidermis tabakası lipit metabolizmasının desteklenmesini sağlayarak, cildin yağ dengesinin sürdürülmesinde yardımcı olur. Etkili, ucuz ve güvenilir olması nedeniyle nemlendirmede yaygın olarak kullanılan ürün vazelindir. Bunun dışında zeytin yağı, ayçiçek yağı, hindistan cevizi yağı da kullanılması önerilen diğer nemlendiricilerdir (Tatlı ve Gürel 2002, Utaş 2011, AWHONN 2013, KiechlKohlendorfer, Berger and Inzinger 2008, Ekim ve Ocakçı 2014, Karakoç ve Öztürk 2015).

Tırnak Bakımı; Yenidoğanın ilk aylarda genellikle tırnakları yumuşak olduğundan kendiliğinden kopabilir. Her gün bir bezle veya pamuk tamponlar ile bebeğin elleri ve ayakları açılarak, kıvrımları ve parmak araları dikkatlice temizlenmelidir. Tırnak makası bireysel bir hijyen malzemesidir, bebeğe uygun ve özel olmalıdır. El tırnakları yuvarlak, ayak tırnakları ise düz bir şekilde kesilmelidir. Kesim sırasında özellikle giysilere takılabileceği için tırnakların kenarları ve batık tırnaklar kontrol edilmelidir.

Bebeğin tırnakları kesildikten sonra elleri ve ayakları temizlenmelidir (Çankırılı 2003, Çavuşoğlu 2013, Irgaç 2013).

Uyku ve Uyku Sürecinin Sürdürülmesi: Uyku ve uyku döngülerinin korunması, prematüre ve term yenidoğanların nöro-gelişimi için çok önemlidir. Bebeklerin her gün 16 ila 18 saat uyuduğu bilinmektedir. Erken doğmuş bebeklerin uyku düzenleri arasında sessiz uyku (QS), aktif uyku (AS) ve belirsiz uyku (IS) dönemleri bulunmaktadır. Aktif uyku ve sessiz uyku dönemleri gebeliğin en erken 32.haftasında elektroensefalograf (EEG) ile tanımlanabilmektedir (Mirmiran, Maas, Ariagno 2003). YYBÜ ortamında ışık, gürültü, invaziv girişimler ve bakım aktivitelerinin yenidoğan uykusunu bozduğu bilinmektedir. Savunmasız olan beyin tüm bunlardan negatif etkilenir. Uykunun korunması ve desteklenmesi ile ilgili yapılan çalışmalarda masaj uygulama, Yakson-Gentle Dokunuşu, dönüşümsel ışık kullanımı, bebeği destekleme ve pozisyon verme gibi uygulamaların fayda sağladığı bildirilmiştir (Van den Hoogen et al. 2017).

Güvenli İlaç Uygulaması: Çocuk hastalarda ilaç uygulamaları erişkine göre önemli farklılıklar gösterir. İlaçların çocuklara özgü formları yoktur (Gök ve Yıldırım Sarı 2016). Çocuğun yaşı, kilosu ve vücut yüzeyine göre hesaplanarak ve uygun doz belirlenerek çocuğa verilmektedir. Bu süreçte çocuğa verilecek uygun dozun hesaplanmasında veya uygulanmasında hatalar oluşmaktadır (Çimen 2013, Bolt, Yates, Mahon and Bakri 2014, Boztepe, Özdemir, Karababa ve Yıldız 2014). Özellikle tablet şeklindeki ilaçların kullanımında piyasada bulunan çocuklar için şurup, preparat gibi formlarının öncelikle kullanılması önerilmektedir (Boztepe ve ark. 2014). Yetişkin dozu için üretilen tabletlerin çocuklarda kullanabilmesi için bölünmek zorunda olması kaçınılmazdır (Yemşen ve Canefe 2014). Bazı durumlarda çocuğun yaşına ve kilosuna göre bir tabletin veya dozun altı ya da sekize bölünmesi istenebilmektedir. Bu şekilde ilacın hazırlanması ve uygulanması hem hemşire, hem de bu sorumluluğu evde üstlenecek aileler için karışık ve kompleks olabilmektedir (Hill, Varker, Karlage and Myrdal 2009, Yemşen ve Canefe 2014). İlaçların hazırlanmasında ve verilmesinde yaşanan bir diğer sorun kapsül şeklindeki ilaçların açılarak içeriğin sıvı içinde çözdürülerek verilmesidir. Bu uygulama doz kayıplarına ya da ilacın tadını beğenmeyen çocuğun ilacı almamasına neden olabilmektedir (Hansen, Tulinius and

Hansen 2008, Boztepe ve ark. 2014). Potansiyel ilaç hatasına neden olabilecek diğer bir uygulama ise damla şeklindeki ilaçların uygulama yöntemidir. Damla şeklindeki ilaçları çocuklarda direk ağıza damlatma, kaşık ile verme gibi farklı yöntemlere bağlı hatalar oluşabilmektedir (Boztepe ve ark. 2014). Çocuklarda kullanılan tablet, kapsül ve damla şeklindeki ilaçların hazırlanması ve uygulanmasına yönelik standart prosedürün olmamasından dolayı ilaç hataları oluşmakta, istenilen doz verilememekte ve bu durum çocuğun tedaviye cevabını azaltmaktadır (Manias, Kinney, Cranswick and Williams 2014). Fizyolojik ve psikolojik açıdan tam olgunlaşmayan çocuklar ve özellikle yenidoğanlar oluşabilecek bu hatalar yönünden riskli ve önemli bir gruptur (Çavuşoğlu 2015). Bu nedenle ilaçların doğru ve güvenli bir şekilde uygulanmasında hekim, hemşire, eczacı, hasta/hasta yakına büyük sorumlulukları bulunmaktadır (Öztürk ve Ayar 2014, Yemşen ve Canefe 2014). Multidisipliner bir ekip gerektiren ilaç uygulamaları, akılcı ilaç kullanımı doğrultusunda ilacın hekim tarafından yazılması, eczacı tarafından kontrol edilerek hazırlanması, hemşire tarafından güvenli ve doğru bir şekilde uygulanması ve evde de anne tarafından bu sürecin devam ettirilmesini içermektedir. İlaçların güvenli ve doğru bir şekilde hazırlanması, uygulanması ve ailelere ilaçların kullanımı hakkında eğitimlerin verilmesi hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir (Alcan, Eren Tekin ve Özbucak Civil 2012, Özkan, Kocaman ve Öztürk 2013).

Giysi Seçimi ve Hijyeni: Bebekler için kullanılacak giysinin dış görüşünden çok sağlık ve rahatlık açısından seçilmesi gerekir. Anne ve babalar kıyafet alternatifinin çok olması nedeniyle seçim yapmakta zorlanabilirler (Okumuş, Mete, Yenal, Aluş Tokat ve Serçekuş 2009, Örün 2015). Bebeğin yaşına, mevsim ve iklim koşullarına uygun kıyafet seçilmesi gerekir. Bebeğin cilt özelliklerinin hem yapısı hem fonksiyonel özellikleri erişkinlerden farklı ve daha hassas olduğu için giysi seçiminde kullanılan malzemelerde kimyasal maddelerin (formaldehit, pestisitler, ağır metaller, uçucu maddeler gibi) olmamasına dikkat edilmelidir. Giysiler ter ve nemi emecek sık dokulu pamuklu yapıda olmalıdır. Yüksek derecede yıkamaya dayanıklı olmalı, özellikle açık renkli ve sentetik içermeyen giysiler kullanılmalıdır. Bebeğin ve bakım verenin rahatlığı açısından parçalı kıyafetler tercih edilmelidir. Alt bakımı sık yapılacağı için rahat giydirilip çıkarılan giysiler tercih edilmelidir. Giysi üzerinde kurdele, pul, fermuar, düğme, ip, kumaş parçası gibi eklentiler bebeğin yutmasına boğulmasına

sebeep olabilir bu yüzden kıyafetler sade olmalıdır. Kıyafetin ya da çorapların lastikleri sıkı olmamalı, iç kısımlarında ip parçaları bulunmamalıdır. Giysiler üretimden paketlenmeye kadar birçok aşamadan geçtiği için bebeğe giydirilmeden önce mutlaka yıkanmalı, bol su ile durulanmalı ve ütülenmelidir (Okumuş ve ark. 2009, Çavuşoğlu 2013, WHO 2015, Örün 2015, Öntürk and Gözen 2020).

Pozisyon Verilmesi: Yenidoğanın fizyolojik ve nörogelişimi açısından pozisyon verilmesi önemli bir uygulamadır. Bebeğin aynı pozisyonda uzun süre yatması kafanın yapısında şekil bozukluğuna ve cilt bütünlüğünün bozulmasına neden olur. Dolaşım bozukluğu problemi söz konusu olan yenidoğanlarda bu istenmeyen olaylar daha hızlı gelişir. Bebeğin orta hatta tutulması, kendini rahatlatılabileceği ve yatış şeklinin değiştirebilmesine fırsat verecek şekilde konumlandırılması önerilmektedir. Bez/rulo gibi malzemelerden yararlanarak yuva oluşturulabilir, bebeğin bazı bölgeleri desteklenebilir. Verilen her pozisyon bebeğinde genel durumu uygun ise 2-3 saat ara ile değiştirilmelidir (Sivaslı ve Tekinalp 2005, Cohen ve Siegfried 2005, Lamar 2012, Balaguer, Escribano, Roque and Fernandez 2013).

Enteral Beslenme ve Emzirme: YYBÜ’ünde yatan ve oral beslenemeyen prematüre bebeklerin beslenmesi Orogastrik (OG) veya nazogastrik (NG) sonda yardımıyla yapılmaktadır. Yenidoğanların burun solunumu yapmaları nedeniyle burunlarının tıkanmaması için OG sonda tercih edilmelidir. Gestasyon haftasına göre 32 haftadan küçük bebeklerde beslenmeye 30-60 ml/kg ile başlanması önerilmektedir (Prematüre ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi 2018). Fakat riskli ya da postnatal 14 günden küçük bebeklerde minimal enteral beslenmenin (MEB-Trofik) başlanması gerekir. MEB’de amaç bebeğin barsağını beslemektir. Tercih edilen ilk besin anne sütü (AS) olmalı ve ilk beslenme 24-48 saat kadar beklenebilir. Günlük öğün sayısı bebek 1250gr ve altında ise iki saat arayla 12 defa, 1250 gramın üzerinde ise üç saat ara ile 8 defa planlanması tavsiye edilmektedir. Emme yutma koordinasyonları takip edilerek solunum ve kalp fonksiyonları stabil olduklarında, emerek beslenmeye geçme denemelerine gecikmeden başlanmalıdır (Prematüre ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi 2018).

Genel olarak 32 haftanın altındaki bebeklerde ilk günden itibaren total parenteral beslenme (TPB) ve MEB (ortalama 1 ml anne sütü) başlanır. Kolostrumla ağız bakımı

üç saat ara ile enteral beslenme ilerleyinceye kadar uygulanmalıdır. Bebek ikinci gün beslenmeyi tolere ederse 2-3 saatte bir 1 ml ile beslenme sürdürülür. Üçüncü gün ve sonrasında bebeğin tolere edebilme yeteneği doğrultusunda miktar artırılarak devam edilir. Enteral beslenme miktarı artırılırken TPB'nin de bir taraftan azaltılması gerekir. Günlük ortalama 80ml/kg (50-100 ml/kg) AS almaya başlayan bebeklere güçlendirme başlanır. Kademeli olarak enteral beslenmeyi tam enteral beslenmeye kadar artırmak (150-160 ml/kg) hedeflenmelidir. Beslenme sürecinde kanguru bakımı, beslenme amaçlı olmayan emme (nonnutritif) girişimleri uygulanmalıdır. Bebeğin emme isteği ve performansı değerlendirilerek oral beslenme denenmelidir. Bebek 32-34 hafta arasında ise beslenmeye ilk gün üç saat ara ile başlanabilir. Bebeğin emme istekliliğine göre oral/meme emme denenmelidir (Prematüre ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi 2018).

Anne göğsünden ememeyecek kadar küçük prematüre bebeklerde ya da riskli yenidoğanlarda AS ile beslenmenin desteklenmesi için doğumdan sonra en kısa sürede (maksimum 6 saat) elle süt sağma başlatılmalıdır. Sağılan süt bebeğin kliniği uygun ise verilmeli, verilemediği durumlarda uygun saklama koşullarında saklanmalıdır. Saklama koşulları; oda ısısında 3 saat, buzdolabı raf kısmında 3 gün, dondurucuda 3 ay şeklindedir. Sütün erken sağılması emzirme başarısını da artıracaktır (Sağlık Bakanlığı Emzirme Danışmanlığı El Kitabı 2015). Süt sağma sıklığı en az altı defa, mümkünse 8-12 defa olmalıdır (Prematüre ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi 2018).

Kanguru Bakımı: Bebeğin annesi, babası, teyzesi, büyükannesi, büyükbabası ya da sağlık çalışanı tarafından ten tene temasın sağlanarak verildiği bir uygulamadır. Bebeğin sadece bezinin olduğu çıplak vücudu kanguru bakımı (KB) uygulayacak kişinin göğsü üzerine yatırılarak bebeğin dik pozisyonda konumlanması sağlanır. Bebeğin başı sağ ya da sol tarafa dönük olup yüzü de KB uygulayana bakacak şekilde olmalıdır (Ludington-Hoe and Golant 1993, Ludington-Hoe 2011, Carbasse et al 2013, CondeAgudelo and Díaz-Rossello 2014). Prematüre bebeklerde altı aya kadar, term bebeklere üç aya kadar KB'na devam edilebilir. KB anne ve bebeğin stabil olduğu doğum sonu rutin bakımdan sonra, bebeğin stabil annenin stabil olmadığı durumda baba ile başlanabilir (Zengin 2019). Anneye KB uygulamasının faydaları, nasıl

uygulandığı hakkında bilgilendirme eğitimi verilmeli, uygulamayı yapması için istekli ve motive edici yaklaşım sergilenmelidir. KB sürekli ya da aralıklı uygulanabilir (Nyqvist et al. 2010, Peker 2015). Günde 20 saatten fazla küvöz yetersizliğinin söz konusu olduğu durumlara sürekli KB, ortalama bir ve birkaç saat süren KB uygulamasına da aralıklı KB denilmektedir (Nyqvist et al. 2010). KB uygulamasının ideal olarak 65 dakika devam edilmesi önerilmektedir (Nyqvist et al. 2010, Zengin 2019).

Masaj; Ucuz, basit, etkili olup bebek gelişimini destekleyen masaj uygulaması invaziv olmayan bir tedavi yöntemidir. Özel ekipmana gerek duyulmadan uygulanabilen masaj anne ve bebek arasındaki duygusal bağın oluşmasına da yardımcı olmaktadır (Koo and Moon 1998, Kıanmehr et al. 2014). Birçok çalışmada masajın bebeğin uykusunu düzenlediği, kilo alımını desteklediği, büyüme ve gelişmeyi ve otonom sinir sistemi fonksiyonlarını iyileştirdiği, bebeğin stresini azalttığı hatta bebek ölüm oranlarını azaltabileceği vurgulanmıştır (Chen, Sadakata, Ishida, Sekizuka and Sayama 2011, Gürol ve Polat 2012, Dalili, Sheikhi, Shariat and Haghazarian 2016, Field 2017). Bebeklerin hastanedeki yattıkları gün sayısını azaltır, hastane maliyetini düşürür, hastane enfeksiyon oranını azaltır (Wilhelm and Maibach 1990, APA 2004, Bal Yılmaz ve Conk 2009, Can, Çoban ve İnce 2010, Sarkar, Basu, Agrawal and Gupta 2010, Gürol ve Polat 2012, Perk 2012, Akpınar ve Göçmen 2014). Prematürelerde büyüme hormonu ve insülin seviyesini artırır, kemik gelişimini ve büyümesini destekler, vücut sıcaklığının artmasına yardımcı olur, görmeyi düzenler, nörolojik gelişimine destek olur (Yeğen ve Egemen 2000, Tatlı ve Gürel 2002, Cadolino 2004, Medves and O'Brien 2004, İnal ve Yıldız 2005, Zaybak ve Güneş 2009, Field 2017).

Ortalama masaj süresi için 15 dakikalık süre yeterlidir (Ferber et al. 2002). Maksimum etki elde etmek için orta basınçta uygulanmalı ve sistematik bir sıraya göre yapılmalıdır (Field 2002, İnal 2003, Bal Yılmaz 2004).

2.4. YYBÜ’SİNDE KULLANILAN BAKIM MODELLERİ

2.4.1. Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program-NIDCAP)

YYBÜ'sinde birçok stres faktörlerine bağlı bebekte oluşan olumsuz nörogelişimsel sonuçları iyileştirmek için farklı bakım yöntemleri denenmiştir. Gelişimsel destekleyici bakım ilkeleri rehberliğinde Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı (NIDCAP) dünya çapında son kırk yıl içinde yaygınlaşmıştır (Charafeddine, Masri, Sharafeddin and Badr 2020). Als tarafından geliştirilen sinaktif teoriyi temel alan NIDCAP’a göre tıbbi ve hemşirelik girişimleri öncesinde, sırasında ve sonrasında bebeklerin stres ve davranışları gözlemlenerek çevreye karşı bireysel toleransları değerlendirilir (Andersona, Treyvaud and Spittle 2020). YYBÜ’ünde bebeğe sunulan bakım uygulamaları sırasında ve çevreyle (ısı, ışık, ses vb) ilgili birçok stresörün neden olduğu uyaranların beş sisteme göre (fizyolojik-otonom sistem, motor sistem, dikkat etkileşim sistemi, durum düzenleme sistemi ve kendi kendini düzenleme sistemi) bebek üzerindeki etkisi gözlemlenerek değerlendirilir. Fizyolojik/Otonom sistemde; solunumun sayısı-hızı, kalp hızı-ritmi, derinin görünümü-rengi, oksijen saturasyonu, beden ısı, öğürme, hıçkırık, sıvı elektrolit dengesi, barsak hareketleri gibi, hormon üretimi gibi fonksiyonlar bulunmaktadır. Motor sistemde; bebeğin titreme, ürkme, sıçrama yumruk yapma, ekstremiteleri postürü, kas tonusu gövdenin kavitesi gibi hareketler değerlendirilir. Dikkat etkileşim sisteminde bebeğin hazır bulunuşluğu, çevreye verdiği tepki ve çevreyle etkileşimi yer almaktadır. Durum düzenleme sistemi; uyku-uyanıklık durumu, bilinç durumu, bebeğin bir durumdan diğerine nasıl geçiş yaptığını gösteren belirtileri içermektedir. Kendi kendini düzenleyici sistemde ise bebeğin konforunu sürdürmek ve diğer alt sistemler arasında dengeyi sağlamak çaba göstermektedir (el, ağız manevrası gibi) (Als 1982, Als 2009, İncekar ve Gözen 2019, Bembich et al 2020). Her bir sistemin düzgün ve kararlı bir şekilde işleyişi bir sonraki sistemin olgunlaşmasını sağlar. Sistemin birinde meydana gelen bir uyumsuzluk diğer sistemlerinde işleyişini ve gelişimini olumsuz etkilemektedir (Tutar Güven, Kaya ve İşler Dalgıç, 2019).

Özellikle prematüre bebekler ve ailelerine yönelik destekleyici bir ortam sağlanarak bebeğin fizyolojik, motor ve durum alt sistemleri arasındaki dengenin sürdürülmesine dayanan NIDCAP modeli iki ana yaklaşıma odaklanır. Bu yaklaşımlardan biri bireyselleştirilmiş bakımın sürdürülmesi diğeri ise kesintisiz uykuya izin verilmesidir. Stres faktörlerini en aza indirmek için YYBÜ'si ortamı olumlu şekilde değiştirmelidir (Charafeddine et al 2020). Hemşireler, işlemler sırasında bebeğin uyumlu veya uyumsuz stres reaksiyonlarını gözlemleyerek bakım yöntemlerini nasıl uygulayacaklarını belirleyebilirler (Bembich et al 2020). YYBÜ'sinde bebeğin görme, işitme, dokunma uyaranlarının kontrolü, bebeğin yatma/tutma pozisyonu, kundaklanma şekli gibi birçok uygulama bebeğin gereksinimine göre planlanmalıdır (Acevedo, Becerra and Martínez 2017). Bu programın birinci aşamasında bakım işlemleri öncesinde, sırasında ve sonrasında bebek 20 dakika süre gözlenir (beslenme, alt değiştirme, kan örneği alınması gibi). Gözlem sırasında bebek beş sisteme göre (otonom, motor, dikkat, genel durum, kendi kendini düzenleme) değerlendirilir. Tekrarlayan gözlemlerle bebeğin bireysel davranış özellikleri ve gereksinimleri iyice anlaşılır. Programın ikinci aşamasında yoğun bakım ortamının bebeğin üzerine olan etkisinin anlaşılmasına çalışılır. Bireyselleştirilmiş bakım ve çevresel değişiklikler konusunda bebeğe uygun bakım önerileri şekillendirilir (Eras ve ark. 2013). Yenidoğanın bakımından primer sorumlu olan yenidoğan hemşireleri, bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım programı çerçevesinde pretermilerin nöromotor gelişimini destekler şekilde stres bulgularının, ağrı ve uykuya geçiş sorunlarının azaltılması için çevresel uyaranların düzenlenmesinde çok önemli bir yere sahiptirler (Tutar Güven ve İşler Dalgıç 2017). NIDCAP ve gelişimsel bakımın kolaylaştırıcısı, ağırlıklı olarak sağlık profesyoneli, genellikle hemşirelik personelidir. Ancak ebeveynlerin YYBÜ'de bebeklerinin bakımına daha fazla dahil olmalarını sağlamaya artan bir vurgu vardır. Örneğin, Aile Entegre Bakım (FICare) modeli, ebeveynin YYBÜ'sinde birincil bakıcı olmasının ebeveyn kaygısı ve stresi üzerinde olumlu etkileri olduğunu vurgulamaktadır (Anderson et al. 2020).

NIDCAP özetle; yenidoğanların fizyolojik parametrelerinde iyileşme ve nörogelişimsel fonksiyonlarında artma, hastanede kalış süresinde ve bakım maliyetlerinde azalma, ebeveynlerin stres düzeylerinde azalma, ebeveynlik rolüne uyumda artma ve bakım maliyetlerinde azalma gibi yenidoğan sağlığı ve bakımı

üzerine sayısız faydası bulunmaktadır. Yenidoğanın bireyselleştirilmiş gelişim programında temel olarak aşağıdaki maddeler yer almaktadır;

- 1) Çevresel ışık ve sesin kontrolü (ışık, ses vb)
- 2) Yenidoğanın gelişimini destekleyecek aktiviteler (kanguru bakımı, pozisyon vb)
- 3) Aile merkezli bakım (Kaynak, Bal Yılmaz, Başbakkal ve Yardımcı 2020).

2.4.2. Aile Merkezli Bakım (Family-centered care-FCC)

Aile Merkezli Bakım (AMB) kavramı, iki İngiliz kuramcı olan John Bowlby ve James Robertson'un 1950'li yıllarda anne çocuk ayrılığı ve bunun çocukta yarattığı stres, travma, ayrılık acısı gibi olumsuz etkileri üzerine yaptıkları çalışmalar sonucu ortaya çıkmıştır. Hastanede yatan çocuğun yaşadığı “anne yoksunluğunun” Bolby ve Robertson tarafından tanımlanması AMB anlayışının gelişiminde dönüm noktası olan önemli gelişmelerdendir (Jolley and Shields 2009).

AMB kavramı 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra önem kazanmış olup, 21. yüzyılda pediatri hemşireliğinin temel ögesi haline gelmiştir (Kuo et al 2012, Kürtüncü ve Özdemir 2019).

AMB; bebeğin/çocuğun yaşamında ailenin rolünü kabul eden, aileye saygı duyan, bebeğin/çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin katılımı sağlanarak aile bireylerinin güçlerini ve seçimlerini destekleyen, hastalık ve iyileşme sürecinde normal yaşam örüntülerini geliştiren bir bakım anlayışıdır (Balcı ve Yıldırım Balkan 2019). AMB'nin amacı, ailelerin sağlık profesyonelleri ile sağlıklı ve uygun bir ilişki kurmasını sağlamak, aile ile bilgi alışverişinde bulunmak ve ailenin çocuk ile ilgili alınacak kararlar hakkında görüşlerini almaktır. Genel hedefi ise, çocuk ve aileye yönelik sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, ailelerin ve sağlık profesyonellerinin memnuniyetini arttırmak, personelin etkin kullanımını sağlamaktır (Gürol ve Polat 2019).

Aile merkezli bakım, hastanın iyileşmesi için ailenin temel önemini kabul eder ve hasta ailelerine destek sağlamak için sağlık ekibinin sorumluluklarını tanımlar (Davidson et al 2017).

Aile merkezli bakım felsefesi, sağlık profesyonellerinin aile ile olan etkileşiminin ve hasta çocuğun bakımının nasıl iyileştirilebileceği üzerine odaklanmaktadır. Aile merkezli bakım anlayışının en önemli ilkesi çocuğun bakımında ailenin merkezde yer alması ve sağlık profesyonelleri ile ortaklığıdır. Bu anlayış özellikle YYBÜ'lerinde geleneksel bakım anlayışını (kısıtlı ebeveyn ziyaretleri, karar verme süreci ve bakıma ailenin çok fazla dahil edilmemesi) değiştirmiştir (Kuo et al 2012, Öztürk ve Ayar 2019).

Aile merkezli bakım temel öğeleri;

Bilgi Paylaşımı: Bilgi paylaşımı açık, nesnel ve tarafsız olmalıdır. Ebeveynlerinin anlayacağı bir dille iletişim kurulmasını içermektedir.

Farklılıklara Saygı: Ailenin kültürel farklılıklarına, geleneklerine ve bakım tercihlerine saygı gösterilmelidir. Hasta çocuğun ve ebeveynlerinin bilgisi, değerleri, inançları ve kültürel uygulamaları dikkate alınarak bakımın planlanması ve uygulanmasıdır.

İşbirliği: Çocuğun, ailesinin ve sağlık profesyonellerinin ihtiyaçlarını, güçlü yönlerini, değerlerini ve yeteneklerini en iyi şekilde karşılayan kararlar birlikte alınmalıdır.

Müzakere: Planlanan tedavi ve bakım planlarının istenen sonuçları mutlak olmak zorunda değildir.

Aile ve Toplum Bağlamında Bakım: Tedavi ve bakımla ilgili verilen kararlar çocuğu, aile, ev, okul, günlük faaliyetler ve toplum içindeki yaşam kalitesi bağlamında yansıtmalıdır (Yılmaz ve Gözen 2019, Çağlar ve ark 2019, Öztürk ve Ayar 2019).

Hastane ortamında çocuk ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerine en uygun sağlık hizmeti verebilmek, onların anksiyetesini azaltarak çocuğun iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla çocuk sağlığı alanında aile merkezli bakım uygulamaları önerilmektedir. Bu konuda yapılan bilimsel çalışmalar doğrultusunda aile merkezli bakımın, ailenin bakım verme becerilerini ve öz-yeterlilik duygusunu artıran, çocuk ve ailenin bakım memnuniyetini yükselten, ailelerin çocuklarının sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olarak stresini azaltan bakım yaklaşımı olduğu görölmektedir (Kaya ve İşler Dalgıç 2019).

Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-APA) sağlık çalışanları ve ailenin işbirliği içinde bakımı sürdürebilmeleri için, sağlık çalışanlarını bu doğrultuda yönlendirebilecek ilkeler geliştirmiştir. Bu ilkeler:

1. ocuk ve ailesine saygı göstermek,
2. Ailelerin etnik, kültürel, sosyoekonomik ve ırksal farklılıklarına, baş etme yöntemlerine saygı göstermek,
3. ocuk ve ailenin en zor durumlarda bile güçlü yanlarının farkına varmak ve cesaret vermek,
4. Bakım ve destek yaklaşımları hakkında ocuk ve ailenin seçimlerini kolaylaştırmak ve desteklemek,
5. Sağlık politikalarını ve prosedürlerini ailenin ihtiyaçlarına, inançlarına ve kültürel değerlerine uygun düzenlemek,
6. ocukla ilgili bilgileri sürekli ve eksiksiz olarak aile ile paylaşmak,
7. Her yaş dönemindeki ocuk, anne-baba ya da bakım veren kişiye resmi ya da gayri resmi destek vermek (APA 2003, Garlı 2018).

YYBÜ'sinde çalışan hemşirelerin bebeğin ebeveynleri ile kişilerarası güvene dayalı aktif bir iletişim geliştirmelidir. Aile ile kurulan iletişimde hemşire bilgi ve profesyonel yeteneklerini sergiler ise YYBÜ'si çalışanlarına ve kuruma karşı ebeveynlerde güven oluşur. Oluşan bu güven ortamında ebeveynle ortak yapılan bakım uygulamalarında işbirliği de gelişir. Ailenin hemşirenin varlığını yanında hissetmesi ebeveyn-bebek bağını güçlendirir, bebeğin nrogeleşimsel sürecine katkı sağlar, ebeveyn-bebek-hemşire arasındaki memnuniyeti artırır. AMB modelinin bebek ve aile için faydaları; aralarındaki bağ gelişir, bebeğin büyüme-gelişimine, günlük kilo alımında artış olmasına katkı sağlar, YYBÜ'sinden daha erken taburculuk söz konusu olabilmektedir. AMB modelinin hemşire ve sağlık profesyonelleri için faydaları; bebek ve aile memnuniyetinde artış, hastane yatış süresinin azalmasına bağlı daha az sağlık maliyeti, hemşirelik bakım süreçlerinde zamandan tasarruf sağlanmaktadır (Priyadarsini 2020).

Ebeveynler bebekleri YYBÜ'sinde kaldığı sürede, taburcu olduklarında ve eve geçtiklerinde beş ana konuda ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Bunlar; iletişim, ebeveynin rolü, duygusal destek, doğru bilgi kaynağı, maddi kaynaklar şeklinde

sıralanmaktadır. Bebeklerinin bakımına dahil edilen ebeveynlerin kendi potansiyelleri ortaya çıkarılarak hangi konularda desteğe ihtiyaç duydukları saptanabilir (Balcı ve Yıldırım Balkan 2019).

2.4.3. Aile Entegre Bakım (Family Integrated Care-FICare)

Aile Entegre Bakım (AEB) modeli YYBÜ’ünde prematüre bebekleri olan ebeveynleri bebeklerinin bakımına dahil ederek ebeveyn-bebek arasındaki engelleri ortadan kaldırmak için tasarlanmıştır (O'Brien et al. 2018, Franck et al. 2019). AEB modeli düşük gelirli toplumlarda yetersiz hemşire sayısına bağlı iş yükünün atması nedeniyle hemşire gereksinimi ebeveynlerin bakımlara dahil edilmesi ile karşılanmaya çalışılması düşüncesi ile ortaya çıkmıştır (Lee and O'Brien 2018). Bu modelin felsefesine dayanarak Kanada'nın Toronto kentindeki bir yenidoğan biriminden AEB ile ilgili yenidoğan bakımının verilmesine yönelik yenilikçi yaklaşım uygulanmaya başlanmıştır. Hemşirelerin ebeveynlere sağladıkları eğitim ve mentorluk desteği ile bebeklerin bakımında rol almaları sağlanmıştır. Birçok ülkede büyük bir ilgi ile karşılanan AEB modeli Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda'da da randomize kontrollü bir çalışma ile değerlendirilmiş ve modelin başarılı uygulanabilmesi için hemşirelerin kilit role sahip olduğu vurgulanmıştır (McKechnie 2016). AEB modeli YYBÜ’ündeki ekip ile ebeveynlerin ortak sorumluluk aldığı, bebeklerin tıbbi olmayan rutin bakımlarında ebeveynlerin birincil bakım verici rolü almalarını desteklemektedir (Warre, O'Brien and Lee 2014). Bebeğin ailesinin tedavi ve bakım sürecine katılmasının ebeveynin stresini azaltılmasında etkin bir uygulama olduğu bildirilmektedir (Akbaş ve ark. 2019). Ebeveynlerin bebeğin bakımına katılımı sağlanarak uygulanan eğitim programların ebeveynlerin stresinin düşürülmesinde etkin bir yöntem olduğunu göstermiştir (Yayan ve ark. 2019). YYBÜ’ünde prematüre bebeğin olumlu gelişimini sağlamak için hemşirelerin bilgi düzeyinin artırılması ve hemşirelik bakımının güçlendirilmesi son derece önemlidir (Turan ve Erdoğan 2018, Galarza-Winton, Dicky, O'Leary, Lee and O'Brien 2013). YYBÜ yatan preterm bebeklerin ebeveynleri, iyi eğitilmiş yenidoğan hemşireleri tarafından eğitim ve danışmanlık desteği alması, ebeveynler bebeklerine kendilerini daha yakın hissetmesine, ayrıca ebeveyn-hemşire arasında olumlu ilişki geliştirmesine katkı sağlar. Ebeveynlerin YYBÜ’ünden memnuniyetleri artacak, ebeveynlik rolünü

gerçekleştirirken kendilerine daha fazla güvenebileceklerdir (He et al. 2018). Bu model sadece eğitim ve danışmanlık değil aile daha kapsamlı olarak bebeğin bakımına katılımını desteklemektedir. AEB modelinin 4 (dört) temel birleşeni; ebeveynlerin eğitimi, YYBÜ personelinin eğitimi, YYBÜ’de fiziki düzenlemeler, ebeveynlere psikososyal destek sağlanmasıdır.

Ebeveyn eğitiminde çeşitli program formatları ya da bileşenleri kullanılarak ebeveynlere bireyselleştirilmiş bire bir ya da grup destek oturumları düzenlenir. Sesli ve yazılı materyal, devam eden haftalık destek toplantıları ile psikososyal destek, emzirme, kanguru bakımı ve masaj gibi konulara eğitimde yer verilir (Bracht, O’Leary, Lee and O’Brien 2013).

Her bireyin bilgiyi öğrenme şekli farklıdır. Bu nedenle, bir eğitim programı planlarken, farklı öğrenme stillerini kullanmak gerekir. Bazı bireyler dinleyerek daha iyi öğrenirken, bazıları da sözlü bilgilerin yanında görsel materyallerinde (video, resim vb.) yer almasının daha etkili olduğu kanısındadır. Bunun dışında bazı bireylerde grup içinde soruları tartışarak, problemi çözmek için ekip çalışması yaparak öğrenmeyi tercih ederler. Bu nedenle ebeveynlere yardımcı olmak için çeşitli öğretim stilleri ve yöntemleri kullanmak, herhangi bir eğitimde birkaç yöntemi bir arada kullanmak iyi bir seçim olacaktır. Ebeveynlerin öncelikli ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde bilgilerin sunulması eğitimin verimliliğini artıracaktır. AEB modelinde ebeveynler genellikle belirli bir konuda yetkinliğe ulaşmak için “görevi tanımak ve açıklayabilmek” ile başlayıp “destekle yerine getirebilmek” ve son olarak “bağımsız yapabilmek” aşamasına geçecektir. Yenidoğan ünitesi multidisipliner bir ekibe sahiptir. Ebeveynlere yenidoğan yolculuğunun çeşitli yönleri hakkında öğretim söz konusu olduğunda bu ekip üyelerinden bilgi ve deneyimlerini aktarması beklenir. Eğitimlerin planlanması ve organize edilmesi bir sistem gerektirir. Bu yüzden ekipte bir koordinatör olması planlama ve organizasyon için gereklidir. Koordinatör görevlisi, ebeveynlerle iletişime geçer, eğitim oturumlarının saatini, katılımcıları ve eğitim konularını planlar. Ekipte yer alan psikolog ile ebeveynler birebir görüşme talep edebilirler. Ekibin bir diğer üyesi ebeveyn destek grubudur. Prematüre ya da hasta bir bebeğe sahip daha önce YYBÜ’ünde bebekleri yatan ebeveynlerden oluşan destek grubu üyeleri kendi deneyimlerini anlatarak oturuma katılan ebeveynler ile ortak

temalar etrafında konuşmayı başlatır. Deneyimli ebeveynlerden yaşanan kaygı ve zorluklarla nasıl başettikleri hakkında bilgi aktarımı yapılır. Ekibin en önemli üyesi olan hemşireler ve doktorlar prematüre bebeğin YYBÜ'sine kabulünden ortalama iki gün sonra ebeveynlere uyum eğitimi ile süreci başlatır. Ünitenin ziyaret saatleri, el hijyeni kuralları ve enfeksiyon kontrol önemleri başta olmak üzere ünitenin nasıl çalıştığını ve en önemlisi bebeklerinin bakımına nasıl dahil olabileceklerini öğretirler (Platonos, Aloysius, Banerjee and Deierl 2018, Cheng et al. 2019, Amy 2019)

Ebeveyn eğitiminde önce teorik eğitim ve maket üzerinde uygulamalar, sonra bebekleri üzerinde invaziv olmayan bakımlar uygulanır. Ayrıca daha önce YYBÜ'sinde prematüre bebeği yatmış olup taburcu olan deneyimli ebeveynlerden destek grup eğitimi sağlanır. YYBÜ personelinin AEB modeli ile ilgili bilgilendirme eğitimleri düzenlenir. Ebeveynlerin günde altı-sekiz saat hastanede kalacakları fiziki ortam sağlanır. Ebeveynlere kurum psikologu tarafından destek eğitimleri verilir (Macdonell, Pytlik and O'Brien 2013, Kirby and McKeon-Carter 2018, Amy 2019).

AEB modeli ebeveynler ve sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliği ile gelişen, aşama aşama YYBÜ'sinde gerçekleştirilen bebek bakımlarına (ventilasyon, monitör ayarlaması, damaryolu sıvı ve ilaç uygulaması hariç) ebeveynlerin katılmasını destekleyen modern yaklaşımdır (Cheng et al. 2019). Ebeveynler bebeğin genel gelişimi, beyin ve duyuşal gelişimi, motor ve davranış gelişimi, prematürenin bakımı hakkında bilgilendirilir. Ayrıca ebeveynlere dokunma, bağlanma, ten-tene temas, emzirme ve anne sütünün artırılması ile bebek bezi değişimi başta olmak üzere genel vücut temizliği ve bakımı hakkında neler yapabilecekleri hakkında bilgi verilir (Banerjee, Aloysius, Platonos and Deierl 2018). AEB; prematüre bebeğin kilo alımında %25'lik bir artış, emzirme oranında %80'lik bir artış, ebeveyn stresinde %25'lik bir azalma, hastane enfeksiyonu ve ani bebek ölümü gibi kritik olay bildirimlerinde önemli bir azalmanın olduğu bir bakım modelidir (Hei et al. 2016). Bu bebeklerin için ilk saatlerinde, günlerinde, haftalarında ve aylarında aldıkları bakım, gelecekteki sağlıklarını ve uzun dönem sonuçlarını belirlemek için hayati önem taşır. AEB desteği ebeveynlerin bebeklerinin hastanede kalış süresini kısalttığı gibi yeniden hastaneye yatış oranını azaltmakta olup ebeveyn-bebek arasındaki bağın güçlenmesini

sağlar. Ebeveynlerin hem hastanede hem evde bebeklerinin bakımını yaparken kendilerini daha güvende hissetmelerine yardımcı olur (Kelly 2018).

Ebeveynlerin bebeklerinin bakımında rol almalarını sağlamak için ebeveyn eğitiminin kesinlikle gerekli olduğu ve AEB modelinin en önemli öğelerinden biri olduğu kanıtlanmıştır. Bilgi paylaşımı, problem çözme için fırsatlar hazırlanan eğitim programına ebeveyn katılımının, ebeveynin stresini ve kaygısını azalttığı, kendine güvenleri ve yetkinliklerinin de arttığı bilinmektedir (Bracht et al 2013). Her insanın öğrenme stili farklıdır. Bazıları dinleyerek, bazıları görselleri izleyerek bazılarıda uygulayarak öğrenmektedir. Aktarılan konunun özelliğine göre eğitim yöntemi belirlenmektedir. YYBÜ'sinde bebeği olan ebeveynlerin bilgiyi nasıl elde edeceği ve öğreneceğinde eğitmen kadar önemli bir diğer unsurda ebeveynin o sıradaki ihtiyaçlarıdır. Ebeveyn eğitim müfredatı modeli geliştiren ekip tarafından 15 başlık altında toplanmıştır.

1. Giriş
2. Yenidoğan ünitesinde yaşam
3. Rutin bakımlar
4. Yaşamsal belirtilerin izlenmesi
5. Ekip olarak birlikte çalışma
6. Tıbbi durumlar ve müdahaleler
7. Ventilasyon
8. Sıvılar ve beslenme
9. Bebeğiniz için süt yapmak
10. Beslenme ve büyüme
11. İlaç tedavisi ve ilaç çizelgesi
12. Gelişimsel bakım
13. YYBÜ'sinde başa çıkma
14. Emzirme yolculuğu
15. Taburculuk planlaması ve taburculuk sonrası destek

Eğitim materyalleri kitapçık şeklinde sunulabileceği gibi akıllı telefonlarla uyumlu özel bir aplikasyon programı aracılığı ile verilebilmektedir. Imperial Health Charity tarafından bir proje için geliştirilen aplikasyon uygulaması yalnızca projedeki

ebeveynler için değil, onu yararlı bir kaynak bulan herkes tarafından Android ve iPhone indirme programları ile ücretsiz olarak indirilebilmektedir. Uygulamanın herhangi bir hasta verisiyle veya herhangi bir hastane sistemiyle bağlantısı olmadığı, ebeveynler kendi adlarını ve kişisel e-postalarını kullanarak üye olabilirler (Platonos et al. 2018). Haftalık oluşturulan bir ders planına göre eğitimler düzenlenir, her seans ortalama 45 dakika sürmelidir. Kısa sunum, video, uygulama şeklinde içerik planlanmalı, ebeveynlere ikramlıklar sunulması kendilerini daha rahat hissetmelerine yardımcı olacaktır (Platonos et al. 2018)

YYBÜ’ünde görev yapan personel eğitimi için önerilen süre ortalama 4 saat olarak hedeflenmektedir. Kanada ve İngilterede yapılan AEB modeli uygulamasında personel eğitimin süresi 30 dakika ile sınırlanmak zorunda kalmıştır. Tüm personele eğitimin aynı anda verilmesi mümkün olmadığı için küçük gruplar halinde hatta eğitici eğitimi şeklinde verilmesinin de başarıyı artıracığı önerilmektedir (Lee and O'Brien 2018). AEB için eğitim hemşiresi, emzirme danışmanı hemşire ve bebeğin günlük primer hemşiresi önemli rol oynar. Modelde hemşirelerin; YYBÜ’ünde ebeveynin bulunmasını anlaması, ebeveynlerin psikolojik zorluklarını (anksiyete ve depresyon) tanımlaması, YYBÜ’ündeki ebeveynlerle terapötik bir ilişki geliştirmesi, yeni doğanlar için gelişimsel olarak uygun bakımın ve ebeveyn-bebek ilişkisinin bebek sonuçları üzerindeki terapötik etkisini bilmesi, ebeveyn özgüvenini desteklemesi beklenir (Galarza-Winton et al 2013). YYBÜ’ünde bebek ve ebeveynlerle sürekli etkileşim ve iletişimde olan hemşireler ebeveynlerin bakım sürecine dahil edilmesinde stratejik rolü vardır. AEB programının başarılı olmasında hemşirelerin rolü büyüktür (Üğücü ve Yiğit 2021).

Tez çalışmasına başlandığında ülkemizde AEB modeli ile ilgili yapılan literatür bulunmamaktaydı. Üğücü ve Yiğit (2021) tarafından yapılan derleme de AEB ile ilgili ülkemizdeki ilk yayındır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışmanın birinci amacı; prematüre bebeğe sahip olan anne ve babaların YYBÜ'sinden taburculuğa hazır oluş durumlarının değerlendirilmesi için ayrı ölçeklerin geliştirilmesidir. İkinci amacı; prematüre bebeği olan anne ve babanın YYBÜ'sinden taburculuğa hazır oluşunda aile entegre bakımın etkisini belirlemektir. Bu araştırmanın birinci aşaması kesitsel ve metodolojik, ikinci aşaması ise randomize kontrollü çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: Aile Entegre Bakım Modeli ebeveynlerin taburculuğa hazır oluşunda etkili bir yöntem değildir.

H₁: Prematüre Bebeğin Annesinin Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği annenin hazır oluşluğunu ölçmede geçerli ve güvenilir bir araçtır.

H₂: Prematüre Bebeğin Babasının Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği babanın hazır oluşluğunu ölçmede geçerli ve güvenilir bir araçtır.

H₃: YYBÜ'de Aile Entegre Bakım Modeli uygulanabilir.

H₄: Aile Entegre Bakım Modeli ebeveynlerin taburculuğa hazır oluşluğunu etkiler.

3.3. ARAŞTIRMANIN İZNİ

Araştırmaya başlamadan önce Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden ve Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05/02/2020 tarih ve 16214662/050.01.04/14 sayılı onay alınmıştır (Ek 1). Ebeveynlere çalışmanın amacı, verilerin nasıl toplanacağı, hangi amaç için kullanılacağı ve cevapların gizliliği hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra hem

anneden hem babadan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 2). Çalışmanın ikinci aşaması olan Aile Entegre Bakım Modeli uygulaması 20/08/2020 tarihinde 120S762 numaralı proje olarak TÜBİTAK "1002-Hızlı Destek Programı" kapsamında destek almaya hak kazanmıştır (Ek 3). Ayrıca randomize kontrollü çalışma olan ikinci aşama ClinicalTrials.gov (Identifiers: NCT04478162 Unique Protocol ID: 16214662/050.01.04/14) adresine 17/07/2020 tarihinde kaydı oluşturulmuştur (Ek 4).

3.4. ARAŞTIRMANIN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ YER

Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde gerçekleştirildi. Araştırmanın yapıldığı hastane 1951 yılında Sakarya Devlet Hastanesi olarak kurulmuş olup, 2006 yılında Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2011 yılında Sağlık Bakanlığı ve Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi arasında yapılan protokol ile T.C Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet sunmaya devam etmiştir. Hastanenin Merkez, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları, Korucuk, Toplum ve Ruh Sağlığı, Pandemi olmak üzere beş kampüsü bulunmaktadır. Merkez Kampüs ve Kadın Doğum Kampüsünde ayrı ayrı YYBÜ'si bulunmaktadır. Merkez Kampüste; 3.düzye 12 küvöz, 2. düzey 5 küvöz, Kadın Doğum Kampüste; 3.düzye 6 küvöz, 2.düzye 4 küvöz, 1.düzye 6 küvöz olup toplam 33 küvöze sahiptir. Ağustos 2020'de Kadın Doğum kampüs yeni hizmet binasına taşınmış olup Merkez kampüsteki YYBÜ'si ile birleşmiştir. Yeni kampüs Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası adıyla hizmete açılmıştır. Yeni hastanede 3. düzey 33 küvöz, 2. düzey 22 küvöz toplam 55 küvöz olarak hizmet vermeye başlamıştır. Ayrıca üniversite ile olan protokolün 2021 yılında sona ermesi nedeniyle hastanenin isminden üniversite ifadesi çıkarılmıştır. Ebeveynler YYBÜ'sini günde bir kez 15.00-16.00 saatleri arasında ziyaret edebilmektedirler. Bebeklerin yaşam bulguları stabil olduğunda, beslenme ve bakım uygulamalarının anneleri tarafından verilebilmesi için anneler hastanenin anne otelinde konaklamaktadırlar.

3.5. ARAŞTIRMANIN ZAMANI

Araştırma 6 Şubat 2020 - 15 Ağustos 2021 tarihleri arasında iki aşamada gerçekleştirildi.

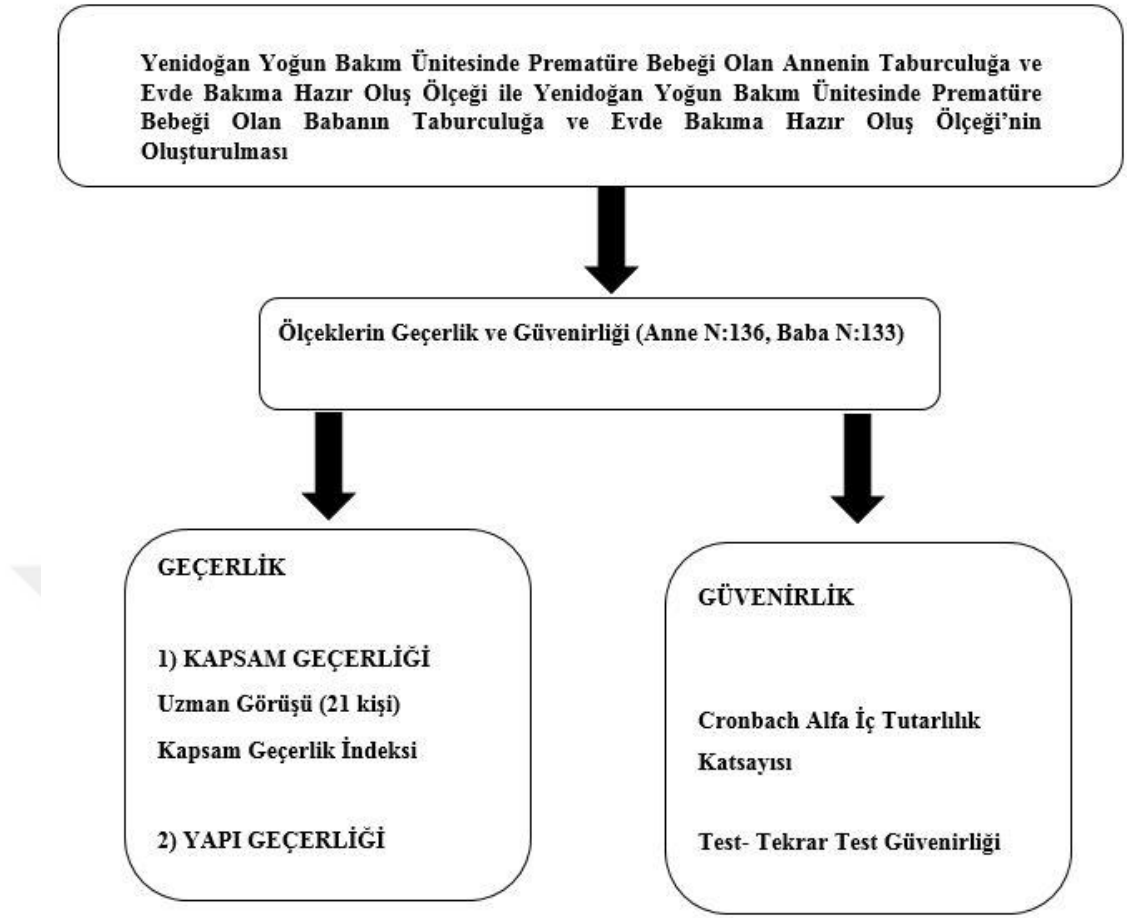
3.6. BİRİNCİ AŞAMA: YYBÜ’SİNDE PREMATÜRE BEBEĞİN EBEVEYNLERİNİN TABURCULUĞA HAZIR OLUŞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN ÖLÇÜM ARACININ GELİŞTİRİLMESİ VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

3.6.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın ilk aşamasında 37 hafta ve altında prematüre bebeği olan anne ve babalar ile ölçek geliştirme çalışması yapılmıştır (Şekil 1). Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğü ölçek madde sayısının en az beş, en çok on katı olacak şekilde belirlenmesi önerilmektedir (Esin 2014). Özellikle örneklem grubu olması nedeniyle geliştirilmesi planlanan ölçek madde sayısının en az beş katı alınması hedeflenmiştir. YYBÜ’sinde prematüre bebeği yatan 136 anne, 133 baba ile ölçek geliştirme çalışması tamamlanmıştır. Ölçek geliştirme çalışmasında uygulanan test tekrar testi için üç hafta sonra 39 anne, 38 baba ile aynı ölçekler tekrar doldurulmuştur.

Birinci Aşamada Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri;

- Ebeveynlerin YYBÜ’sinde prematüre bebeğinin olması,
- Ebeveynlerin 19 yaş ve üzerinde olması,
- Okuryazar olması,
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olması,
- İletişime ve işbirliğine açık olması,
- Ebeveynlerin tanılanmış psikiyatrik bir hikâyesinin bulunmaması,
- Annenin doğum sonu yoğun bakım ihtiyacının olmaması.



Şekil 1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Geçerlik

3.6.2. Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.6.2.1. Anne ve Babanın Tanıtıcı Bilgi Formu

Anneler için olan tanıtıcı bilgi formunda; annenin yaşı, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, mesleği, sosyal güvenceye sahip olma durumu, ekonomik durum algısı, aile tipi, evlilik yılı, bebek bakımı konusunda destek alma durumu, annenin toplam gebelik sayısı, gebeliğin oluşma şekli gibi sorular yer almıştır. Babalar için olan tanıtıcı bilgi formunda; babanın yaşı, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, mesleği, sosyal güvenceye sahip olma durumu, ekonomik durum algısı soruları yer almıştır. Bebeklerin doğum haftası, doğum ağırlığı, hastanede yattığı gün sayısı ve cinsiyeti soruları bulunmaktadır (Ek 5 ve 6).

3.6.3. Prematüre Bebeğin Annesinin/Babasının Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği Taslağının Geliştirilmesi

Çalışmanın metodolojik olan birinci aşamasında; araştırmacılar tarafından YYBÜ’ünden taburculuk hazırlığı, bebeğin bakımı ile ilgili kanıt temelli protokoller, uygulamalar ve Likert tipi ölçek geliştirmeye yönelik literatür araştırmaları ile araştırmacının ve danışmanının konu ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin bir araya getirilmesiyle ölçek madde havuzu oluşturulmuştur. Ölçülmek istenen durumu belirleyen her bir madde için bir değerlendirme yapılmasının sağlanması açısından, “1” ile “7” arasında puanlanan 7’li likert tipi ölçeğin kullanılması planlanmıştır. Her bir madde için geçerli olmak üzere “Hiç hazır değilim” (1 puan) ve “Tamamen hazırım” (7 puan) arasında değişen ifadelendirme ve puanlama sistemi yapılmıştır. Ölçekten alınan puanların artması, annenin/babanın hazır oluşluk düzeyinin de arttığını göstermektedir. Ölçme aracında bulunan maddelerin, ölçme amacına uygun olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini saptamak amacıyla uzman görüşüne başvurulmuştur. Literatür doğrultusunda prematüre bebeklerin ebeveynlerine taburculuk hazırlığı sürecine yönelik madde havuzu alanında uzman akademisyen ve hemşirelere değerlendirmeleri için gönderilmiştir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman dokuz akademisyen, YYBÜ’ünde en az üç yıl deneyimi olan 10 hemşire, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı iki doktor toplamda 21 kişiden uzman görüşü alınmıştır. Ölçekler Türk Dili ve Edebiyatı öğretmeni olan iki kişi tarafından dil ve ifade yönünden değerlendirilmiştir. Uzmanlardan gelen öneri ve katkı doğrultusunda ölçek taslağının maddeleri dil ve ifade yönünden düzenlenmiştir (Ek 7 ve 8).

3.6.4. Ölçeğin Geçerlik Çalışması

3.6.4.1. Ölçeğin Kapsam Geçerliği

Ölçek taslağının kapsam geçerliliği için ölçek maddelerinin içeriğinin oluşturulmasında yer alan uzmanların her bir maddeyi uygunluğu ve anlaşılabilirliği açısından değerlendirmesi istenmiştir. Davis tekniğine göre her bir ifadeyi 1-4 puan (1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun, 3 puan: uygun, 4 puan: tamamen uygun) arasında puanlamaları ve her bir maddeye ilişkin görüş ve önerilerini açıkça yazmaları

belirlenmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde kapsam geçerlilik indeksi (Content Validity Index-KGİ) kullanılmıştır. 21 uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, her bir maddeye ait kapsam geçerliği oranı (KGO) hesaplanmıştır. Ardından, hesaplanan KGO'ların ortalaması alınarak kapsam geçerliği indeksi (KGİ) belirlenmiştir (Tablo 1, Tablo 2). Bu indeks her bir madde için uzmanların o maddeyi gerekli görüp görmediklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (Yurdugül 2005). Bu değer, maddelerin uygunluk düzeyi için hesaplanmıştır. Uzman sayısı 21 olması sebebiyle 0,42 den büyük olan KGO değerine sahip maddelerin kapsam geçerliğinin sağlandığı sonucuna varılmaktadır.

Tablo 1. $\alpha = 0,05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO'ları İçin Minimum Değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40+	0.29

Tablo 2 incelendiğinde; tüm maddelere ait kapsam geçerlilik oranı 0,42'den büyük olduğu için tüm maddelerin ölçekte kalması önerilmektedir. KGİ =0,05 düzeyinde anlamlı olan ve nihai forma alınacak maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilir. Eğer ölçülmek istenilen özellik birden fazla boyutta toplanmış ise her bir boyut için KGİ elde edilmelidir. Tablo 2'deki örnekte birden fazla boyut söz konusu olduğu varsayımı ile her KGİ>0,67 olduğundan ölçek istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Ölçekteki aday madde için tüm uzman formlarındaki 3 ve 4 puanların toplamı, toplam uzman sayısına bölünerek KGİ'leri elde edilir. Eğer KGİ indeksi 0,80'den büyük ise madde kapsam geçerliği açısından yeterlidir (Alpar 2012).

Tablo 2. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerliliği Oranları (Anne ve Baba için geliştirilen her iki ölçek)

Maddeler	KGO	KGİ
S1	1,000	
S2	1,000	
S3	1,000	
S4	1,000	
S5	1,000	
S6	0,952	
S7	0,952	
S8	1,000	
S9	1,000	
S10	1,000	
S11	1,000	
S12	1,000	
S13	1,000	0,992
S14	1,000	
S15	0,952	
S16	0,952	
S17	1,000	
S18	1,000	
S19	1,000	
S20	1,000	
S21	1,000	
S22	1,000	
S23	1,000	
S24	1,000	
S25	1,000	

Pilot uygulama

YYBÜ’inde dahil edilme kriterlerine uyan 10 anne ve babaya ölçeğin son şeklinin pilot uygulaması yapılmıştır. Ölçekteki ifadeleri yanıtlayan annelere/babalara; soruları anlamalarını, net cevap vermelerini engelleyen maddelerin olup olmadığı, cevaplama süresi, formun genel olarak anlaşılabilirliği, uygulanabilirliği yönünden görüşleri alınmıştır. Bunun sonucunda çalışmanın uygulama aşamasına geçilerek 136 anne, 133 baba ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma grubu örneklem grubuna dâhil edilmemiştir. Pilot uygulama sonrasında anlaşılmayan bir ifadenin olmadığı görülmüştür.

3.6.5. Ölçek Geliştirmede Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında çalışmanın yapıldığı YYBÜ’inde ebeveynlere bebekleri için bilgilendirme yapılan odada (masa ve sandalye olan, penceresi olup ışık ve hava

alabilen, sessiz, sakin) gerçekleştirilmiştir. Ebeveynlere çalışmanın amacı, cevapların gizliliği, verilerin nerede ve nasıl saklanacağı hakkında bilgi verilerek, konu ile ilgili soruları cevaplanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan anne ve babalara ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ doldurtularak yazılı onamları alınmıştır. Veriler araştırmacı (Ö.T.) tarafından veri toplama formları katılımcıya verilerek doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formları tam olarak doldurularak doldurulmadığı araştırmacı tarafından kontrol edilerek teslim alınmıştır. Formun doldurulması ortalama 10-15 dakika sürmektedir.

3.6.6. Ölçeğin Yapı Geçerliği

Prematüre Bebeğin Annesinin/Babasının Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği’nin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

3.6.6.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Çalışmada veriler IBM SPSS Statistic 23 programına aktararak değerlendirilmiştir. Açıklayıcı Faktör Analizi’nde faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edilmiştir. Faktör yapısının incelemesi için öncesinde örneklem yeterliliğini belirleyen Kaiser-Meyer Olkin (KMO) (KMO ölçüsünün 0,80’den fazla ve 1’e yakın olması beklenir) testi ve ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirleyen Barlett’s Testi uygulanmıştır (Alpar 2012, Mohajan 2017). Tablo 3’e göre, annelerin KMO değerinin 0,890 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2:2961,307$, sd:231, $p<0,001$). Tablo 4’e göre, babaların KMO değerinin 0,904 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2:2227,421$, sd:190, $p<0,001$).

Tablo 3. KMO ve Bartlett Sonuçları (Annenin Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği)

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)		0,890
	X ²	2961,307
Bartlett Sphericity Testi	Sd	231
	P	0,000***

***:p<0,05 **:p<0,01 ***:p<0,001**

Tablo 4. KMO ve Bartlett Sonuçları (Babanın Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği)

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)		0,904
	X ²	2227,421
Bartlett Sphericity Testi	Sd	190
	P	0,000***

***:p<0,05 **:p<0,01 ***:p<0,001**

Uygulanan faktör analizi sonucunda Annenin Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeğinin 25 olan madde sayısı 22'ye düşmüştür. Bu 22 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda 4 faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,500'ün üstünde olduğu görülmüştür. Bu 4 faktöre ait açıklama oranları, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıda verilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Ölçek Maddelerinin Faktörler Analizi Sonuçları (Anne)

Boyutlar	Sorular	Yükler	Özdeğer	Varyans açıklama oranı
F1	Ö25	0,938	6,595	29,975
	Ö24	0,912		
	Ö18	0,909		
	Ö20	0,902		
	Ö17	0,897		
	Ö22	0,894		
	Ö23	0,852		
	Ö19	0,622		
F2	Ö13	0,830	4,334	19,701
	Ö12	0,815		
	Ö14	0,796		
	Ö10	0,702		
	Ö11	0,644		
	Ö15	0,635		
	Ö16	0,629		
F3	Ö8	0,839	2,812	12,783
	Ö9	0,760		
	Ö7	0,715		
	Ö5	0,679		
F4	Ö2	0,810	2,294	10,426
	Ö1	0,804		
	Ö4	0,784		

Tablo 5’de F1 alt boyutu toplam varyansın %29,975’ini, F2 alt boyutu toplam varyansın %19,701’ini, F3 alt boyutu toplam varyansın %12,783’ünü, F4 alt boyutu toplam varyansın %10,426’sını açıklamaktadır. Bu 4 faktör ise birlikte toplam varyansın %72,885’ini açıklamaktadır.

Uygulanan faktör analizi sonucunda Babanın Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeğinin 25 olan madde sayısı 20’ye düşmüştür. Bu 20 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda 3 faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,500’ün üstünde olduğu görülmüştür. Bu 3 faktöre ait açıklama oranları, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıda verilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Ölçek Maddelerinin Faktörler Analizi Sonuçları (Baba)

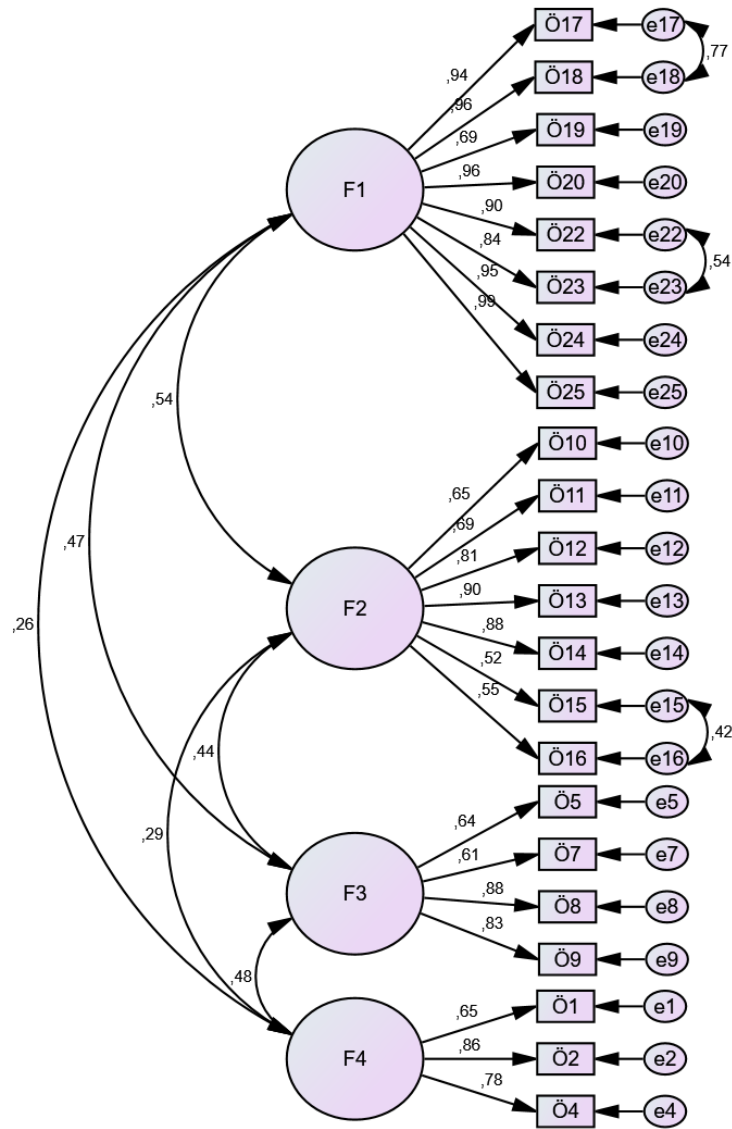
Boyutlar	Sorular	Yükler	Özdeğer	Varyans açıklama oranı
F1	Ö14	0,881	5,438	27,189
	Ö12	0,864		
	Ö11	0,861		
	Ö13	0,818		
	Ö15	0,732		
	Ö10	0,721		
	Ö16	0,477		
F2	Ö2	0,822	4,757	23,787
	Ö1	0,753		
	Ö9	0,709		
	Ö8	0,674		
	Ö18	0,662		
	Ö5	0,654		
	Ö4	0,653		
F3	Ö3	0,603	3,278	16,389
	Ö21	0,838		
	Ö20	0,725		
	Ö22	0,677		
	Ö23	0,614		
	Ö25	0,537		

Tablo 6’da F1 alt boyutu toplam varyansın %27,189’unu, F2 alt boyutu toplam varyansın %23,787’sini, F3 alt boyutu toplam varyansın %16,389’unu açıklamaktadır. Bu 3 faktör ise birlikte toplam varyansın %67,366’sını açıklamaktadır.

3.6.6.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

136 anneye ait verilerin doğrulayıcı faktör analizi IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulanmıştır. İlk aşamada, 4 faktör-boyutun gizil değişken (F1: , F2: , F3: , F4:) bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 2’de oluşturulmuştur. Gizil değişken metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1’e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değeri atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair, Black, Babin, Anderson and Tatham 2013).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek modification indices değerine sahip olan yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeğindeki “Ö15” ve “Ö16”, “Ö17” ve “Ö18”, “Ö22” ve “Ö23” sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur. Ayrıca boyutlar arasındaki beklenen kovaryansın tespiti için boyutlar arasındaki ilişkiyel kurgu yapılmıştır ve boyutlar arasındaki ilişkilere de Şekil 2’de yer verilmiştir.



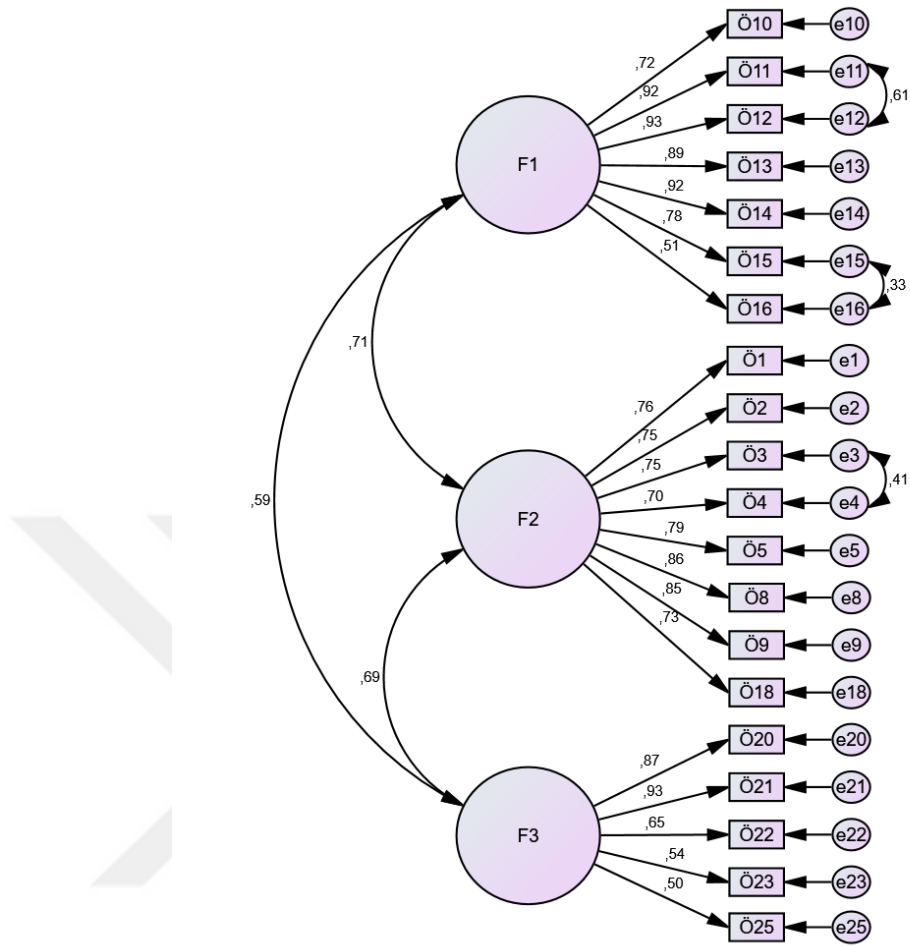
Şekil 2. 4 Alt Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli (Anne)

Son aşamada ise 4 boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeğinin 22 ifadeden oluşan 4 faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir. Ayrıca alt boyutlar arasındaki ilişkiler de Şekil 2’de verilmiştir.

133 babaya ait verilerin doğrulayıcı faktör analizi IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulanmıştır. İlk aşamada, 3 faktör-boyutun gizil değişken (F1: , F2: , F3:) bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA

modeli Şekil 3’de oluşturulmuştur. Gizil değişken metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1’e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair et al. 2013).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek modification indices değerine sahip olan yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeğindeki “Ö3” ve “Ö4”, “Ö11” ve “Ö12”, “Ö15” ve “Ö16” sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur. Ayrıca boyutlar arasındaki beklenen kovaryansın tespiti için boyutlar arasındaki ilişkiyel kurgu yapılmıştır ve boyutlar arasındaki ilişkilere de Şekil 3’de yer verilmiştir.



Şekil 3. 3 Alt Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli (Baba)

Tablo 7. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı (Anne)

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	1,666
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,817
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,947
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,954
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,070
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,0598

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , IFI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin iyi olduğu görülmektedir (Hu and Bentler 1999, Tabachnick and Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011). Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında

yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenmelidir (Tablo 7).

Tablo 8. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı (Baba)

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$	2,110
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,803
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,903
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,916
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,092
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,0692

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , IFI, CFI ve SRMR değerlerinin iyi olduğu görülmektedir (Hu and Bentler 1999, Tabachnick and Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011). Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenmelidir (Tablo 8).

Tablo 9. Standart Regresyon Katsayıları (Anne)

			Standart Regresyon Katsayıları
Ö17 giysilerini giydirebilirim çıkarabilirim	←	F1	0,938***
Ö18 giysilerinin temizliğini sağlayabilirim	←	F1	0,963***
Ö19 ilaçlarını verebilirim	←	F1	0,689***
Ö20 uyutabilirim	←	F1	0,963***
Ö22 uyandığını hemen anlayabilirim	←	F1	0,902***
Ö23 uygun tutarak taşıyabilirim	←	F1	0,839***
Ö24 acil durumda yardım isteyebilirim	←	F1	0,949***
Ö25 sağlık kontrollerini düzenli yaptırabilirim	←	F1	0,989***
Ö10 bebeğimin alt bakımını doğru yapabilirim	←	F2	0,649***
Ö11 gerektiğinde göz bakımını yapabilirim	←	F2	0,694***
Ö12 gerektiğinde ağız bakımını yapabilirim	←	F2	0,814***
Ö13 gerektiğinde burun temizliğini yapabilirim	←	F2	0,895***
Ö14 gerektiğinde kulak temizliğini yapabilirim	←	F2	0,875***
Ö15 banyo yaptırabilirim	←	F2	0,520***
Ö16 tırnaklarını kesebilirim	←	F2	0,550***
Ö5 bebeğimin yeterli beslendiğini anlayabilirim	←	F3	0,639***
Ö7 bebeğimde bir sağlık sorunu olduğunu anlayabilirim	←	F3	0,611***
Ö8 vücut ısısını uygun aralıkta tutabilirim	←	F3	0,881***
Ö9 vücut ısısındaki normal olmayan değişiklikleri anlayabilirim	←	F3	0,828***
Ö1 bebeğimi emzirebilirim	←	F4	0,654***
Ö2 bebeğimi besleyebilirim	←	F4	0,863***
Ö4 Sağlıklı Saklanmış Anne sütünü Verebilirim	←	F4	0,780***

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Tablo 10. Standart Regresyon Katsayıları (Baba)

			Standart Regresyon Katsayıları
Ö10 bebeğimin alt bakımını doğru yapabilirim	☐	F1	0,716***
Ö11 gerektiğinde göz bakımını yapabilirim	☐	F1	0,920***
Ö12 gerektiğinde ağız bakımını yapabilirim	☐	F1	0,931***
Ö13 gerektiğinde burun temizliğini yapabilirim	☐	F1	0,889***
Ö14 gerektiğinde kulak temizliğini yapabilirim	☐	F1	0,924***
Ö15 banyo yaptırabilirim	☐	F1	0,781***
Ö16 tırnaklarını kesebilirim	☐	F1	0,506***
Ö1 bebeğimin bakımında sorumluluk alabilirim	☐	F2	0,764***
Ö2 eşim bebeği emzirirken ona destek olabilirim	☐	F2	0,754***
Ö3 bebeğimi besleyebilirim	☐	F2	0,747***
Ö4 Sağılmış Saklanmış Anne sütünü Verebilirim	☐	F2	0,695***
Ö5 bebeğimin yeterli besleendiğini anlayabilirim	☐	F2	0,786***
Ö8 vücut ısını uygun aralıkta tutabilirim	☐	F2	0,863***
Ö9 vücutısındaki Normal Olmayan Değişiklikleri Anlayabilirim	☐	F2	0,850***
Ö18 giysilerinin temizliğini sağlayabilirim	☐	F2	0,728***
Ö20 uyutabilirim	☐	F3	0,870***
Ö21 güvenli uyku ortamı sağlayabilirim	☐	F3	0,931***
Ö22 uyandığını hemen anlayabilirim	☐	F3	0,652***
Ö23 uygun tutarak taşıyabilirim	☐	F3	0,535***
Ö25 sağlık kontrollerini düzenli yaptırabilirim	☐	F3	0,495***

*:p<0,05 **:p<0,01 ***:p<0,001

3.6.7. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri

3.6.7.1. Cronbach Alfa İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Her bir alt boyut ve ölçek için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Cronbach's Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriterleri incelendiğinde;

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek düşük güvenirliliktir.

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Tavşancıl 2006)

Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0.30'un altında ise (eğer örneklem 400 veya daha fazla ise 0.20 de kabul edilmektedir) bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının 0.30 ve üzeri olması güvenilirlik için iyi olarak yorumlanır. Ancak bu değer altında bulunan maddeleri elemek için tek başına kullanılmamakta, maddenin cronbach alfa katsayısı üzerine etkisi değerlendirilerek karar verilmektedir (Şencan 2005, Alpar 2012). Anneler ile yapılan çalışmada hiçbir madde 0.30'un altında bulunmamış ve yapılan madde analizinde bir madde silindiğinde cronbach alfa değerini önemli derecede değiştirmedeği için ölçekten madde çıkartılmamasına karar verilmiştir (Tablo 11).

Babalar ile yapılan çalışmada hiçbir madde 0.30'un altında bulunmamış ve yapılan madde analizinde bir madde silindiğinde cronbach alfa değerini önemli derecede değiştirmedeği için ölçekten madde çıkartılmamasına karar verilmiştir (Tablo 12).

Tablo 11. Ölçek ve Alt Boyut Güvenirlikleri (Anne)

		Madde- Toplam korelasyon	Cronbach's Alfa Soru çıkartıldığında	Cronbach's alfa
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde premature bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği	F1	Ö17 0,737	0,905	0,968
		Ö18 0,753	0,905	
		Ö19 0,619	0,906	
		Ö20 0,755	0,905	
		Ö22 0,672	0,906	
		Ö23 0,628	0,907	
		Ö24 0,698	0,906	
		Ö25 0,734	0,906	
	F2	Ö10 0,567	0,907	0,873
		Ö11 0,527	0,908	
		Ö12 0,616	0,906	
		Ö13 0,660	0,905	
		Ö14 0,655	0,905	
		Ö15 0,456	0,910	
		Ö16 0,541	0,907	
	F3	Ö5 0,484	0,909	0,819
		Ö7 0,456	0,910	
		Ö8 0,579	0,906	
		Ö9 0,565	0,907	
	F4	Ö1 0,311	0,915	0,793
		Ö2 0,427	0,914	
		Ö4 0,515	0,908	

Tablo 12. Ölçek ve Alt Boyut Güvenirlikleri (Baba)

			Madde- Toplam korelasyon	Cronbach's Alfa Soru çıkarıldığında	Cronbach's alfa
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde premature bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği	F1	Ö10	0,668	0,946	0,928
		Ö11	0,800	0,943	
		Ö12	0,805	0,943	
		Ö13	0,794	0,943	
		Ö14	0,780	0,944	
		Ö15	0,744	0,945	
		Ö16	0,543	0,949	
	F2	Ö1	0,692	0,946	0,92
		Ö2	0,650	0,946	
		Ö3	0,752	0,944	
		Ö4	0,694	0,945	
		Ö5	0,718	0,945	
		Ö8	0,762	0,944	
		Ö9	0,735	0,945	
	F3	Ö18	0,656	0,946	0,826
		Ö20	0,656	0,946	
		Ö21	0,643	0,946	
		Ö22	0,559	0,947	
		Ö23	0,485	0,948	
		Ö25	0,451	0,949	

3.6.7.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Ölçek skorlarının zamana bağlı değişip değişmediğini incelemek için 3 hafta sonra bebeklerini doktor kontrolüne getirecek olan 39 anne ve 38 babayla telefon ile görüşülerek hastanede belirlenen gün ve saatte ölçek tekrar uygulanmıştır, test tekrar testi Sınıf İçi Korelasyon (ICC) katsayısı ile sonuçlandırılmıştır. Ölçek test tekrar test güvenilirliği anne için ICC (Intra-class correlation) değeri 0,835, baba için ICC değeri 0,942 olarak tespit edilmiştir.

3.6.8. Ölçeğin Değerlendirilmesi

Ebeveynlerin taburculuğa hazır oluşluğunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Anne Formu (AF) 22 olumlu maddeden, Baba Formu (BF) 20 olumlu maddeden oluşan 7’li likert tipi ölçekte her bir madde Hazır değilim’den Tamamen hazırım’a kadar 1 ile 7 arasında puanlanmakta ve puanların toplamı ile ölçek toplam puanı elde edilmektedir. AF’den en az 22, en fazla 154 puan, BF’den en az 20,

en fazla 140 puan alınmaktadır. Alınan puanların yüksekliği ebeveynlerin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluşluğunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeklerden AF; besleme (Ö1, Ö2, Ö3), genel durum algısı (Ö4, Ö5, Ö6, Ö7), hijyenik bakım (Ö8, Ö9, Ö10, Ö11, Ö12, Ö13, Ö14), bakım uygulamaları (Ö15, Ö16, Ö17, Ö18, Ö19, Ö20, Ö21, Ö22) alt boyutlarından oluşmaktadır. BF'nin alt boyutları ise; besleme ve bakıma destek (Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5, Ö6, Ö7, Ö8), hijyenik bakım (Ö9, Ö10, Ö11, Ö12, Ö13, Ö14, Ö15), bakım uygulamalarıdır (Ö16, Ö17, Ö18, Ö19, Ö20). Ölçeğin her bir maddesi ayrı ayrı değerlendirilebilir veya toplam puan üzerinden hesaplanabilir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği bir veya birden fazla ebeveynlik deneyimi olanlarda uygulanabilmektedir. Ayrıca YYBÜ'ünde en az 24 saat prematüre bebekleri yatan ve taburculuktan en erken 24 saat öncesine kadar ki süreçte ölçek uygulanabilir. YYBÜ'ünde prematüre bebeği olan tüm ebeveynlerde kullanılabilir. Ölçeğin AF ve BF bebeğin her iki ebeveynine uygulanabileceği gibi sadece AF ya da sadece BF tek olarak uygulanabilir. Ölçekleri son hali Ek 9 ve 10'da yer almaktadır.

3.6.8.1. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenirlik aşamasında 136 anne ve 133 babaya ait veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programına aktarılarak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler, Büyük Sayılar Yasası'na göre $n \rightarrow \infty$ için örneklem ortalamasının dağılımı normal dağılıma yaklaşması nedeniyle parametrik testlerden yararlanılmıştır (İnal ve Günay 2002). Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (n, %) verilmiştir. Uzmanların verdiği puanların değerlendirilmesinde kapsam geçerlilik oranı ve kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri kapsamında öncelikle Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) çalışmaları gerçekleştirilmiş, son olarak faktörlerin iç tutarlılıklarını belirlemek amacıyla güvenirlik analizi (Cronbach Alfa) ve test-tekrar test yapılmıştır. Test-tekrar test güvenirliği için 39 anne, 38 baba ile tekrar görüşmeler sonucunda test tekrar testi sınıf içi korelasyon katsayıları ile sonuçlandırılmıştır. Elde edilen güvenirlik katsayılarının yüksek olması nedeniyle, geçerli ve güvenilir bir ölçeğin ortaya konduğu söylenebilir.

3.7. İKİNCİ AŞAMA: YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN TABURCULUĞA HAZIRLANMASINDA AİLE ENTEGRE BAKIMIN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Çalışmanın birinci aşaması olan “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği”nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışması tamamlanmıştır. Ölçekler YYBÜ’ünde prematüre bebeği olan ebeveynlerin taburculuğa ve evde bebeklerinin bakımına hazır oluşluklarını ölçmede güvenilir bir ölçüm aracı olduğu görülmüş ve çalışmanın ikinci aşamasına geçilmiştir.

3.7.1. Araştırmanın Tipi

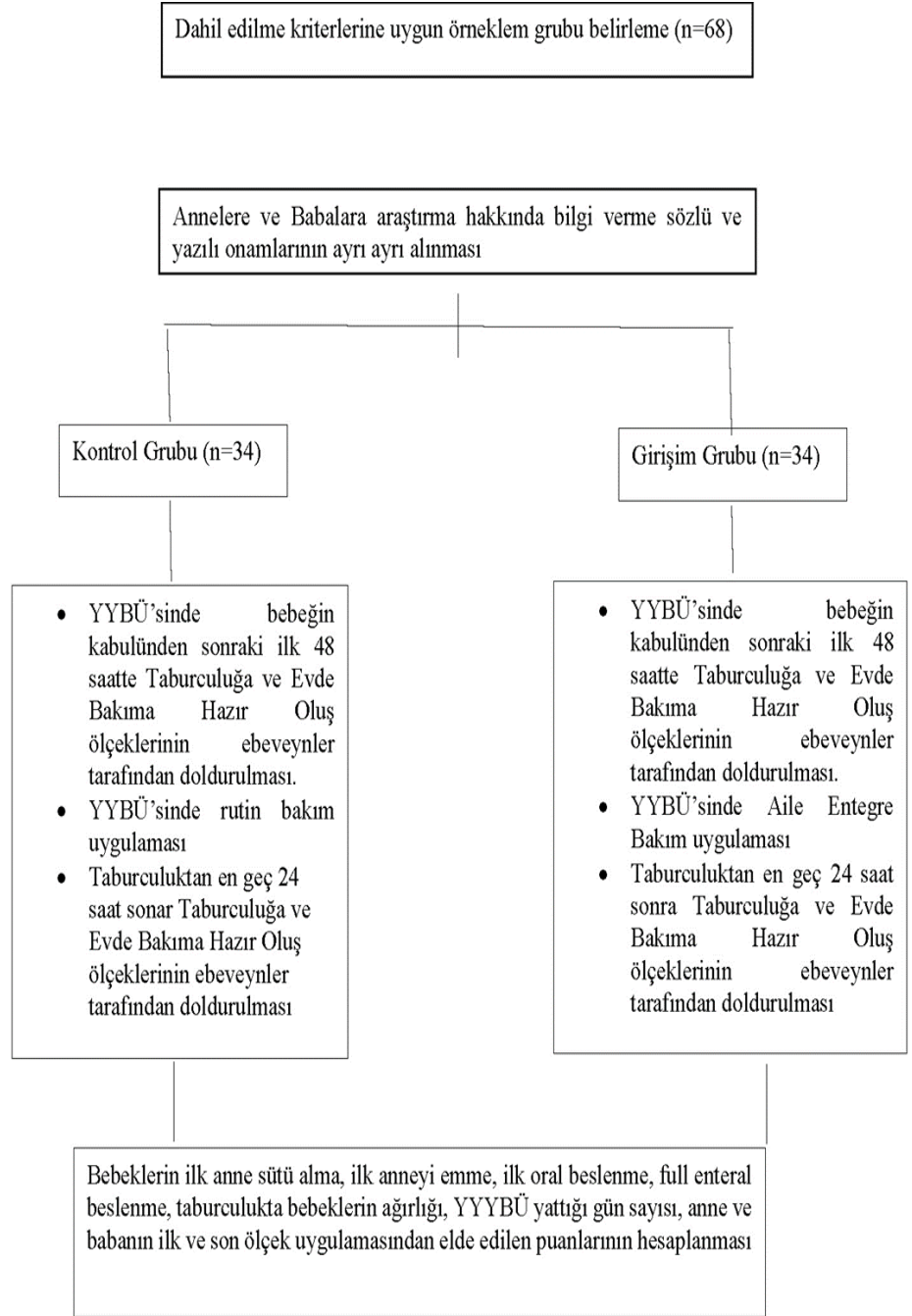
Araştırmanın ikinci aşaması randomize kontrollü çalışmadır.

3.7.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

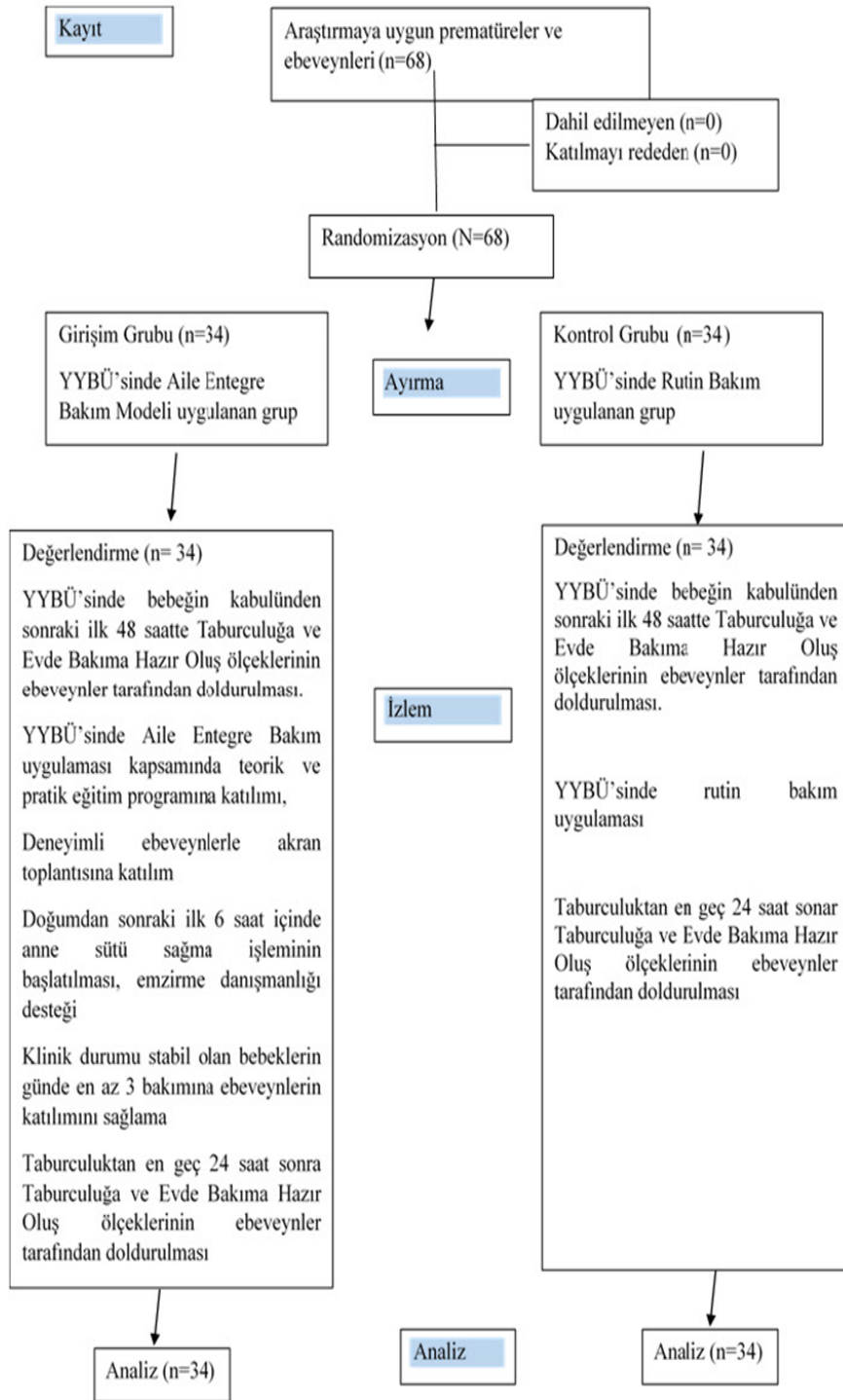
Araştırma ikinci aşamasının verileri hastanenin Merkez kampüsünde toplanmaya başlanmıştır. Ağustos 2020’de iki kampüsteki YYBÜ’sinin birleşmesiyle yeni kampüsteki ünitelerden de veri toplanmaya devam edilmiştir.

3.7.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini T.C Sağlık Bakanlığı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Mayıs 2020-Ağustos 2021 tarihleri arasında YYBÜ’ünde prematüre bebeği yatan ilk defa ebeveynlik deneyimi yaşayan anne ve babalar oluşturmuştur. Örneklemi ise, güç analizi sonrasında belirlenen çalışmanın ikinci aşamasında girişim veya kontrol gruplarından herhangi birine katılmaya gönüllü ebeveynler (anne yaşı, baba yaşı, bebeğin gebelik haftası) dahil edilmiştir. Kontrol grubundaki ebeveynlerin girişim grubundan etkilenmemesi için önce kontrol grubu çalışmaya dahil edilerek sonra girişim grubu örneklem sayısı tamamlanıncaya kadar veri toplanmıştır (Şekil 4,5).



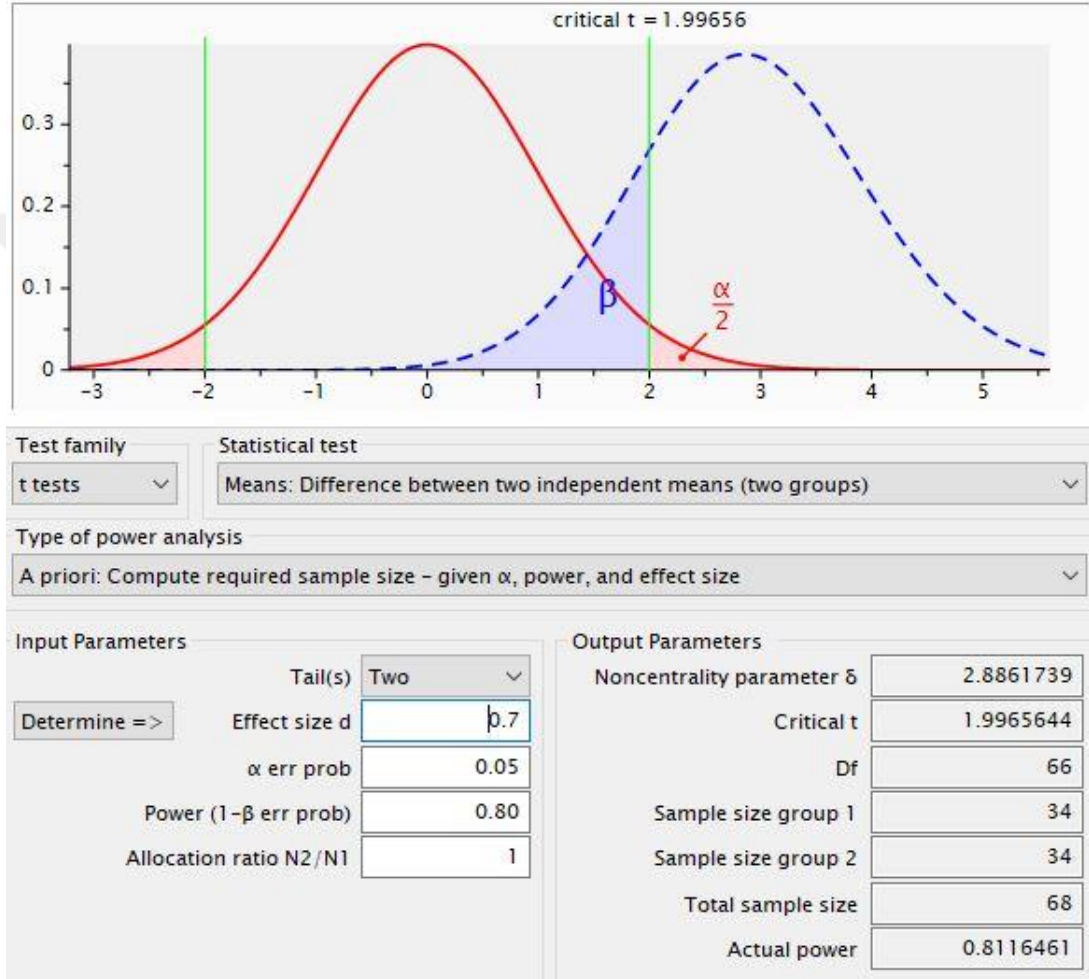
Şekil 4. Araştırmanın Deseni



Şekil 5. CONSORT Tablosu

Veri toplama sürecinin bir kısmı pandemiye denk geldiği için pandemi kurallarına (maske, mesafe, el hijyeni vb) uygun veri toplanmıştır. Çalışmada gruplar arasında ölçek ortalamasının farklılıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Gruplar

arasındaki kaç birimlik farkın önemli olduğu bilinmediği durumlarda kullanılan yöntem olarak etki genişliği değeri 0,70 olarak alınmıştır. Etki genişliği değeri 0,20 çok yüksek bir kısıtı, 0,50 orta seviyede, 0,80 ise maksimum kabul kısıtı altında sonuçları vermektedir. Hata payı %5 ve %81,17 güç düzeyinde etki genişliği değerinin 0,70 olduğu durumda gruplarda 34 ebeveyn olmak üzere toplam ebeveyn sayısı ise 68 olarak tespit edilmiştir (Şekil 6) (Faul, Erdfelder, Buchner and Lang 2013).



Şekil 6. G*Power Programına Göre Güç Analizi Sonucu

Çalışma ve Kontrol Grubuna Dahil Edilme Kriterleri

- Yenidoğanın prematüre (>28 ve < 34 gebelik haftası) olması,
- Bebeğin YYBÜ'sine kabul edilmiş olması ve en az 7 gün yatması,
- Yenidoğanda konjenital anomali (Yarık damak, yarık dudak, yüz kaslarının paralizisi gibi kraniofasial anomalisi) olmaması,
- Yenidoğanın tanılanmış herhangi bir gastrointestinal, nörolojik ve genetik hastalığı olmaması (NEK, üçüncü ve dördüncü düzey İKK), PVL, hidrosefali, down sendromu, omfalosel, gastroşizis, kısa barsak sendromu ve diğer hastalıklar),
- Yenidoğanda cerrahi tedavi gerektiren konjenital kalp hastalığının olmaması,
- Annenin ve babanın tanılanmış psikiyatrik bir hastalığının bulunmaması,
- Annenin ve babanın iletişime ve işbirliğine açık olması,
- Annenin ve babanın araştırmaya katılmak için gönüllü olması,
- Annenin ve babanın okur yazar olması,
- Annenin primipar ve ilk annelik deneyimi olması,
- Babanın ilk babalık deneyimi olması,
- Annenin ve babanın 19 yaş ve üzerinde olması,
- Bebeğin bakımdan sorumlu hemşirelerin Aile Entegre Bakım modeli hakkında 4 saatlik bir eğitim almış olması (Ek 11),
- Girişim grubuna dahil olan ebeveynlerin AEB modeline yönelik eğitim ve uygulamalara katılım sağlaması (Ek 12),
- Girişim grubundaki anne ve babaların günde ortalama altı-sekiz saat hastane kalıyor olması,
- Girişim grubundaki anne ve babaların günde en az üç bakımı hemşire eşliğinde yapması.

Çalışma ve Kontrol Grubuna Dahil Edilmeme Kriterleri

- Annenin veya babanın daha önce ebeveynlik deneyimi yaşamaması,
- Annenin ve babanın okur yazar olmaması,
- Annenin ve babanın 18 yaş ve altında olması,
- Araştırmanın yürütüldüğü süreçte anne, baba veya bebeğin hayatını kaybetmesi,

- Annenin ve babanın araştırmaya katılmak istememesi.

3.8. Çalışmada (Girişim ve Kontrol Grubu) Kullanılacak Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

3.8.1.1. Anne ve Baba Tanıtıcı Bilgi Formu

Anne tanıtıcı bilgi formu; annenin yaşı, eğitim durumu, bir işte çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, gebeliğinin planlı olma durumu, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, doğum haftası, doğum ağırlığı, yenidoğan yoğun bakımda yatışlı olduğu gün sayısı, bebeğini ziyaret sıklığı, bebeği hakkında bilgi alma durumu, anneliğe hazır olma durumu sorularını içermektedir (Ek 13).

Baba tanıtıcı bilgi formu; babanın yaşı, eğitim durumu, bir işte çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, bebeğin doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, doğum haftası, doğum ağırlığı, yenidoğan yoğun bakımda yatışlı olduğu gün sayısı, bebeğini ziyaret sıklığı, bebeği hakkında bilgi alma durumu, babalığa hazır olma durumu sorularını içermektedir (Ek 14,15)

3.8.1.2. Prematüre Bebeğin Annesinin/Babasının Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği

Araştırmanın ikinci aşamasında dahil edilme kriterlerine uyan ebeveynlerden bebeğin YYBÜ yatışının ilk 48 saatlik zaman dilimi içerisinde anne ve babaya ayrı ayrı ölçekler uygulanacaktır. Her iki gruptaki bebeklerin en az YYBÜ'sinde bir hafta yatması gereklidir. Kontrol grubu YYBÜ'sinin rutin hemşirelik bakımı, girişim grubu ise AEB modeline göre hemşirelik bakımı almışlardır. Her iki grupta taburculuğu planlanan bebeklerin ebeveynlerine taburcu olmadan önceki 24 saatlik bir zaman diliminde ölçek tekrar uygulanmıştır (Ek 16,17).

3.8.2. Çalışma Grubunda Değişkenler

Bağımsız değişkenler: Aile Entegre Bakım modeli kapsamında uygulanan bakım, YYBÜ'sinde rutin uygulanan bakım, anne ve babanın tanıtıcı özellikleri (yaş, eğitim

durumu), bebeğin doğum ağırlığı, YYBÜ’ünde yattığı gün sayısı, ilk anne sütü alma zamanı, ilk anneyi emme zamanı.

Bağımlı değişken: Prematüre Bebeğin Annesinin/Babasının Taburculuğa Hazır Oluş ölççeği toplam puanı

3.8.3. Eğitim Materyallerinin Hazırlanması

Eğitimin amacı, prematüre bebeklerinin YYBÜ’sinden taburcu olmasına ve evde bakımına yönelik AEB modeli kapsamında aldıkları eğitim ebeveynlerin hazır oluşluklarını olumlu yönde etkilemektir. Yapılacak eğitimin içeriği, katılımcıya uygunluğu ve kullanılan materyaller literatür (O’Brien et al. 2013, O’Brien et al. 2015, O’Brien et al. 2018, Banerjee, Aloysius, Platonos and Deierl 2018, Cheng et al. 2019) doğrultusunda araştırmacılar tarafından belirlenmiştir. Eğitim içeriği; YYBÜ ve prematüre bebeğin özellikleri, ağız, burun, göz, kulak bakımları, alt bakımı ve banyo, tırnak kesme, ilaçların nasıl verileceği, kanguru bakımı, emzirme ve anne sütünü sağma, pozisyon ve masaj başlıklarından oluşmaktadır.

3.8.4. TÜBİTAK-1002 proje desteği kapsamında Malzemelerin Alınması

"1002-Hızlı Destek Programı" kapsamında 120S762 numaralı ve "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Yatan Ebeveynlerin Taburculuğa Hazırlanmasında Aile Entegre Bakımın Etkisi" başlıklı proje için TÜBİTAK tarafından 13,290 TL mali bütçe desteği verilmiştir. Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü, Bilimsel Araştırma Programı Koordinatörlüğü ve TÜBİTAK birimlerinin ortak çalışması ile malzemelerin alınması süreci altı ay içinde başlatıldı. Bebeklerin hijyenik bakım uygulamaları için 10 ayaklı küvet takımı, 34 banyo havlusu, 34 müslin bez, 34 tırnak makası alındı. Ebeveynlerin bebeklerinde uygulamaya geçmeden önce aldıkları teorik eğitimde pratik yapabilmesi için iki adet bebek maketi alındı. Maketler veri toplama süreci tamamlandıktan sonra Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ne teslim edildi. Sarf malzemeler kullanıldıktan sonra bebeklerin ailelerine verildi.

3.8.5. Taburculuk için planlanan Aile Entegre Bakım Modeline Yönelik Detaylar (Girişim Grubu için)

- Doğumdan sonra en geç 48. saate kadar veri toplama formlarının doldurması,
- Annenin doğuma bağlı ağrı, yoğun kanama durumunun olmaması,
- Doğumdan sonraki ilk 6 saat içinde elle süt sağmanın öğretilmesi,
- Süt sağma ve saklama koşullarının anlatılması,
- Bir haftalık ders programının planlanması
- Sadece ebeveynlerden oluşan whatshup grubunun kurulması,
- Eğitimlerin araştırmacı ve ebeveynlerin uygun olduğu günlerde 13:30-15:30 arasında ısı, ışık ve oturma düzeni U şeklinde olan bir eğitim salonunda gerçekleştirilmesi,
- Prematüre bebek maketi üzerinde ağız bakımı, göz bakımı, burun bakımı, kulak bakımı, alt bakımı, cilt bakımı, banyo, giysilerin giydirilmesi/çıkarılması, güvenli uyku, bebeğin güvenli taşınması, kanguru bakımı (tensel temas), invaziv olmayan ilaç uygulanmasının gösterilmesi ve ebeveynlerinde maket üzerinde uygulanmasının istenmesi,
- Emzirme ve anne sütü oturumlarında Emzirme Danışmanlığı biriminden destek alınması,
- Her eğitim grubuna en fazla 3-4 ebeveyn çiftinin dahil edilmesi,
- Her grubun içinden bir lider seçilerek oturumların düzenlenmesinde destek alınması,
- Eğitimde anlamadıkları konular olursa isteyen ebeveynlere her pazartesi sabahı bire bir görüşmenin sağlanması,
- YYBÜ'sinden AEBM eğitimini alan gündüz mesaisinde çalışan bir hemşirenin (eğitim hemşiresi) çalışmanın koordinatörlüğüne yardımcı olması,
- Eğitim sunumlarının bir kitapçık olarak ebeveynlere verilmesi,
- Eğitimini tamamlayan ebeveynler YYBÜ'sinde hemşire desteği ile bebeğin bakımlarını gerçekleştirilmesi,
- Ebeveynlerin bakımı tek başına yapabilene kadar uygulama yapmasına fırsat verilmesi,
- AEB modeline dahil edilen anne ve babaların günlük tutmalarının tavsiye edilmesi,

- Ebeveynlerin bebeğe banyo yaptırması, kanguru bakımı uygulaması, beslenme ve emzirme gibi ebeveynlik duygularının arttığı anlarda ailenin isteği doğrultusunda 5-10 saniye video çekimlerinin yapılması,
- Daha önce YYBÜ'sinde prematüre bebeği yatan ve taburcu olan deneyimli ebeveynler ile akran toplantısı düzenlenmesi (Şekil 7-22).

3.8.6. Prematüre Bebeğin Ebeveynlerinin Taburculuğa Hazır Oluşluk Rehberinin Oluşturulması

Kanıt temelli yaklaşım eşliğinde güncel literatür bilgilerine dayanarak ilk defa anne ve baba olan ebeveynlere interaktif eğitimde anlatılan dökümanların daha özet hali olan rehber taburcu olduklarında verilmek üzere hazırlandı. Rehber anne sütünün önemi, emzirme teknikleri, bakım uygulamaları (göz, burun, ağız, kulak, cilt, bez değişimi), banyo, tırnak kesme, kanguru bakımı, ilaçların veriliş şekli, ilk ve acil yardım desteği, güvenli uyku, doktor ve aşı takipleri konularından oluşmaktadır. Rehber girişim grubuna eğitim oturumlarından sonra, kontrol grubuna ise taburculukta verilmiştir (Ek 18).

3.8.7. Verilerin Analizi

Çalışma 68 prematüre bebeğin ebeveynleri ile gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Gruplar arasında fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi ile bakılmıştır. Gruplar ile kategorik değişkenler arasında ilişkinin incelenmesi için ki kare testinden yararlanılmıştır. Ayrıca zamanlara göre değişimlerin incelenmesinde bağımlı örneklem t testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular; çalışmanın birinci aşamasındaki ölçeğin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik bulguları, ikinci aşamasındaki çalışma (girişim-kontrol) grubu bulguları olmak üzere iki bölümde incelenmiştir.

4.1. ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırmaya katılan 136 annenin yaş ortalaması $29,25 \pm 5,40$, bebeklerinin doğum haftası ortalama $30,78 \pm 3,19$, doğum ağırlığı ortalama $1576,07 \pm 666,47$ gram, YYBÜ'sinde bebeklerin yattıkları ortalama gün sayısı $36,89 \pm 30,85$, %55,9'unun kız bebek olduğu görüldü. Annelerin %38,2'si lise mezunu, %74,3'ü çalışmadığını, %61,8'si gelir giderin eşit olduğunu, %83,1'i çekirdek ailede yaşadığını, %67,7'si bebeğini her gün görebildiğini ve %88,2'si bebeği hakkında bilgiyi doktordan aldığını ifade etti.

Araştırmaya katılan 133 babanın yaş ortalaması $33,31 \pm 5,85$, bebeklerinin doğum haftası ortalama $30,65 \pm 3,28$, doğum ağırlığı ortalama $1569,51 \pm 649,44$ gram, YYBÜ'sinde bebeklerin yattıkları ortalama gün sayısı $38,59 \pm 33,02$, %60,2'sinin kız bebek olduğu görüldü. Babaların %39,1'i lise mezunu, %93,2'si bir işte çalıştığını, %60,9'u gelir giderin eşit olduğunu, %87,2'si çekirdek ailede yaşadığını, %51,9'u bebeğini her gün görebildiğini ve %90,2'si bebeği hakkında bilgiyi doktordan aldığını ifade etti.

Tablo 13. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri (N:136)

		Ort±SS	N	%
Anne Yaş		29,25±5,40		
Eğitim Durumu	İlköğretim		31	22,8
	Lise		52	38,2
	Lisans		50	36,8
	Lisansüstü		3	2,2
Çalışma durumu	Evet		35	25,7
	Hayır		101	74,3
Gelir Durumu	2020 tlden az		28	20,6
	2020 tl ye eşit		84	61,8
	2020 tl den fazla		24	17,6
Aile Tipi	Çekirdek Aile		113	83,1
	Geniş Aile		21	15,4
	Parçalanmış Aile		2	1,5
Planlı Gebelik durumu	Evet		106	77,9
	Hayır		30	22,1
Doğum Şekli	Normal doğum		20	14,7
	Sezaryen		116	85,3
Bebegin Cinsiyeti	Kız		76	55,9
	Erkek		60	44,1
Bebeğiniz Kaç Haftalık		30,78±3,19		
Bebeğin Küvezde Yatışının Kaçınıcı Günü		36,89±30,85		
Bebeğin Doğum Ağırlığı		1576,07±666,47		
Bebeğin Ziyaret Sıklığı	Günde 1 defa		88	64,7
	Haftada 1 defa		15	11,0
	3 saat ara ile		13	9,6
	Bebeğimi Hiç Görmedim		20	14,7
Bebeğiniz Hakkındaki Bilgileri Kimden Alıyorsunuz	Doktor		120	88,2
	Hemşire		16	11,8
Hangi İfade Sizi Tanımlıyor	Anneliğe hazır değilim; bu yüzden bebekle ilgilenme konusunda desteğe ihtiyacım duyacağım.		5	3,7
	Anneliğe hazır değilim ama bebeğimin bakımını yapmaya çalışacağım.		5	3,7
	Bebeğimin bakımını isteyerek yapacağım ve eşim bu konuda bana destek olacaktır		59	43,4
	Anneliğe hazırım.		67	49,3

Tablo 14. Babaların Tanıtıcı Özellikleri (N:133)

		Ort±SS	N	%
Baba Yaş		33,31±5,85		
Eğitim Durumu	İlköğretim		24	18,0
	Lise		52	39,1
	Lisans		48	36,1
	Lisansüstü		9	6,8
Çalışma durumu	Evet		124	93,2
	Hayır		9	6,8
Meslek	Özel		89	70,6
	Kamu		37	29,4
Gelir Durumu	2020'ten az		19	14,3
	2020 tl ye eşit		81	60,9
	2020 tl den fazla		33	24,8
Aile Tipi	Çekirdek Aile		116	87,2
	Geniş Aile		17	12,8
Bebğin Cinsiyeti	Kız		80	60,2
	Erkek		53	39,8
Bebeğiniz Kaç Haftalık		30,65±3,28		
Bebeğin Küvezde Yatışının Kaçınıcı Günü		38,59±33,02		
Bebeğin Doğum Ağırlığı		1569,51±649,44		
Bebeğin Ziyaret Sıklığı	Günde 1 defa		69	51,9
	Haftada 1 defa		30	22,6
	3 saat ara ile		10	7,5
	Bebeğimi Hiç Görmedim		24	18,0
Bebeğiniz Hakkındaki Bilgileri Alıyorsunuz	Doktor		120	90,2
	Kimden Hemşire		12	9,0
	Hiç Bilgi Alamadım		1	0,8
Hangi İfade Sizi Tanımlıyor	Babalığa hazır değilim; bu yüzden bebekle ilgilenme konusunda eşime destek olamayabilirim.		2	1,5
	Babalığa hazır değilim ama bebeğin bakımını yapmaya çalışarak eşime destek olabilirim		7	5,3
	Bebeğimin bakımını isteyerek yapabilirim ve eşime bu konuda destek olabilirim		81	60,9
	Babalığa hazırım, ama işlerim nedeniyle eşime çok fazla yardımcı olamayabilirim.		43	32,3

4.2. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN TABURCULUĞA HAZIRLANMASINDA AİLE ENTEGRE BAKIMIN ETKİSİNE AİT BULGULAR

Çalışmanın ikinci aşamasına ait bulgular üç başlık altında incelenmiştir.

- Annenin ve Babanın Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplara Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

- Anne Grubuna Göre “Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği” Puan Ortalamalarının ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Baba Grubuna Göre “Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği” Puan Ortalamalarının ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Anne ve Baba Grupları İçinde Taburculuk Sürecine Ait Düşüncelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 15. Gruplar ile annenin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

		Girişim		Kontrol		test	p
		N=34	%	N=34	%		
Yaş (ort±ss)		27,97±4,86		27,21±5,64		0,598 ^t	0,552
Eğitim durumu	Orta öğretim	25	73,5	27	79,4	0,327 ^k	0,567
	Yüksek öğretim	9	26,5	7	20,6		
Çalışma durumu	Evet	17	50,0	17	50,0	0,000 ^k	1,000
	Hayır	17	50,0	17	50,0		
Gelir durumu	Gelir giderden az	6	17,6	1	2,9	4,381 ^k	0,112
	Gelir gidere eşit	24	70,6	30	88,2		
	Gelir giderden fazla	4	11,8	3	8,8		
Aile tipi	Çekirdek	30	88,2	32	94,1	0,731 ^k	0,393
	Geniş	4	11,8	2	5,9		
Yaşanılan yer	İl	14	41,2	20	58,8	2,118 ^k	0,146
	İlçe/köy	20	58,8	14	41,2		
Evlenme yaşı (ort±ss)		25,47±4,65		24,91±5,31		0,462 ^t	0,646
Toplam gebelik sayısı	1	24	70,6	22	64,7	0,269 ^k	0,604
	2 ve üzeri	10	29,4	12	35,3		
Gebeliğin oluşma şekli	Spontan	28	82,4	32	94,1	2,267 ^k	0,132
	Tüp bebek ya da aşılama	6	17,6	2	5,9		
Doğum şekli	Normal doğum	9	26,5	10	29,4	0,073 ^k	0,787
	Sezaryen doğum	25	73,5	24	70,6		
Bebeğin cinsiyeti	Kız	20	58,8	15	44,1	1,472 ^k	0,225
	Erkek	14	41,2	19	55,9		
Gestasyon haftası (ort±ss)		31,50±2,12		31,53±1,62		-0,064 ^t	0,949
Doğum ağırlığı (ort±ss)		1669±479		1667±270		-0,023 ^t	0,981

k:Ki kare testi, t:Bağımsız örneklem t testi:p<0,05*

Girişim grubunda yer alan annelerin yaş ortalaması 27,97±4,86, %88,2’si çekirdek aile %73,5’i orta öğretim mezunu, %41,2’si şehirde yaşamakta, %70,6’sı gelirin gidere eşit olarak algılamakta, %29,4’ünün daha önce düşükle sonuçlanan gebelik deneyimi olduğu, %82,4’ünün spontan gebe kaldığı ve %73,5’inin sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan annelerin yaş ortalaması 27,21±5,64, %79,4’ü

orta öğretim mezunu, %58,8'i şehirde yaşamakta, %88,2'si gelirin gidere eşit olarak algılamakta, %35,3'ünün daha önce düşükle sonuçlanan gebelik deneyimi olduğu, %94,1'inin spontan gebe kaldığı ve %70,6'sının sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. Girişim grubundaki bebeklerin %58,8'inin cinsiyeti kız, gestasyon haftası ortalama 31,50±2,12, kontrol grubundaki bebeklerin %44,1'inin cinsiyeti kız, gestasyon haftası ortalama 31,53±1,62 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında annelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, yaşanılan yer, evlenme yaşı, toplam gebelik sayısı, gebelik oluşma şekli, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti ve gestasyon haftaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 16.Gruplar ile babanın tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

		Girişim		Kontrol		test	p
		N=34	%	N=34	%		
Yaş		31,35±4,43		31,26±5,26		0,075 ^t	0,941
Eğitim durumu	Orta öğretim	21	61,8	21	61,8	0,000 ^k	1,000
	Yüksek öğretim	13	38,2	13	38,2		
Gelir durumu	Gelir giderden az	5	14,7	1	2,9	4,591 ^k	0,101
	Gelir gidere eşit	23	67,6	30	88,2		
	Gelir giderden fazla	6	17,6	3	8,8		
Aile tipi	Çekirdek	31	91,2	32	94,1	0,216 ^k	1,000
	Geniş	3	8,8	2	5,9		
Yaşanılan yer	İl	17	50,0	23	67,6	2,186 ^k	0,139
	İlçe/köy	17	50,0	11	32,4		
Evlenme yaşı		28,32±4,11		29,26±4,88		-0,860 ^t	0,393
Bebeğin cinsiyeti	Kız	20	58,8	15	44,1	1,472 ^k	0,225
	Erkek	14	41,2	19	55,9		
Gestasyon haftası (ort±ss)		31,50±2,12		31,53±1,62		-0,064 ^t	0,949
Doğum ağırlığı (ort±ss)		1669±479		1667±270		-0,023 ^t	0,981

k:Ki kare testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Girişim grubunda yer alan babaların yaş ortalaması 31,35±4,43, %61,8'i orta öğretim mezunu, %67,6'sı gelirin gidere eşit olarak algılamaktadır. Kontrol grubunda yer alan babaların yaş ortalaması 31,26±5,26, %61,8'i orta öğretim mezunu, %88,2'si gelirin gidere eşit olarak algılamaktadır. Girişim grubundaki bebeklerin %58,8'inin cinsiyeti kız, gestasyon haftası ortalama 31,50±2,12, kontrol grubundaki bebeklerin %44,1'inin cinsiyeti kız, gestasyon haftası ortalama 31,53±1,62 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında babaların yaş, eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi, yaşanılan yer, evlenme

yaşı, bebeğin cinsiyeti ve gestasyon haftaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 17. Bebekle ilgili özelliklerin gruplar arası karşılaştırılması

	Girişim (N=34)		Kontrol (N=34)		t	p
	ort	ss	ort	ss		
Taburculuk ağırlığı	2137,79	370,10	1965,59	285,50	2,148	0,035*
YYBÜ yattığı gün sayısı	27,59	19,00	30,18	20,54	-0,539	0,592
MV gün sayısı*	1,94	2,82	2,79	3,87	-1,039	0,302
CPAP gün sayısı**	4,24	4,02	3,56	2,46	0,837	0,406
Enteral beslenme başlangıç günü	1,88	1,12	3,38	1,72	-4,253	<0,001*
Full enteral başlangıç günü	16,59	11,65	20,26	14,93	-1,132	0,262
İlk anne sütü alma zamanı	2,15	1,97	4,18	1,75	-4,49	<0,001*
İlk anneyi emme zamanı	12,76	9,37	18,47	13,61	-2,013	0,048*

t:Bağımsız örneklem t testi*: $p<0,05$ *Mekanik Ventilatör **Devamlı Pozitif Havayolu Basıncı

Girişim grubunda yer alan bebeklerin ilk enteral başlanma zamanı 1,88 gün, ilk anne sütünü 2,15. günde aldıkları, ilk defa anne memesinden 12,76. günde emzirmenin gerçekleştiği, tam enteral beslenmeye 16,59. günde başladığı, CPAP desteğini ortalama 4,24 gün aldığı, MV desteğini ortalama 1,94 gün aldığı, YYBÜ'sinde yattığı gün sayısı ortalama 27,59, taburculuktaki ağırlığın ortalama 2137,79 gram olduğu hesaplanmıştır. Kontrol grubundaki bebeklerin ilk enteral başlanma zamanı 3,38 gün, ilk anne sütünü 4,18. günde aldıkları, ilk defa anne göğsünden 18,47. günde emzirmenin gerçekleştiği, tam enteral beslenmeye 20,26. günde başladığı, CPAP desteğini ortalama 3,56 gün aldığı, MV desteğini ortalama 2,79 gün aldığı, YYBÜ'sinde yattığı gün sayısı ortalama 30,18, taburculuktaki ağırlığın ortalama 1965,59 gram olduğu hesaplanmıştır.

Gruplar arasında YYBÜ yattığı gün sayısı, MV gün sayısı, CPAP gün sayısı ve full enteral başlangıç günü bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken taburculuk ağırlığı, enteral beslenme başlangıç günü, ilk anne sütü alma zamanı, ilk anneyi emme zamanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, girişim grubundaki yenidoğanların taburculuktaki ağırlığı kontrol grubundakilere göre daha yüksek iken kontrol grubundakilerin enteral beslenme başlangıç günü, ilk anne sütü alma zamanı, ilk anneyi emme zamanı girişim grubundakilere göre daha yüksektir.

Tablo 18. Anne ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

	Girişim (N=34)		Kontrol (N=34)		t _a	p
	ort	ss	ort	ss		
Besleme (t ₁)	12,68	3,67	12,00	4,09	0,717	0,476
Besleme (t ₂)	20,00	1,33	16,50	2,89	6,410	<0,001*
t _b /p	-12,213/<0,001**		-7,831/<0,001*			
Genel durum algısı (t ₁)	16,18	4,18	14,62	5,23	1,358	0,179
Genel durum algısı (t ₂)	25,82	2,10	19,24	4,11	8,335	<0,001*
t _b /p	-15,697/<0,001*		-7,753/0<0,001*			
Hijyenik bakım (t ₁)	25,71	7,05	24,35	9,56	0,664	0,509
Hijyenik bakım (t ₂)	45,24	3,69	30,62	7,62	10,07	<0,001*
t _b /p	-16,700/<0,001**		-6,006/<0,001*			
Bakım uygulamaları (t ₁)	39,00	7,50	35,71	8,50	1,695	0,095
Bakım uygulamaları (t ₂)	54,21	3,43	44,88	5,37	8,534	<0,001*
t _b /p	-11,323/<0,001*		-6,257/<0,001*			
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği (t ₁)	93,56	16,45	86,68	24,86	1,346	0,183
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği (t ₂)	145,26	8,54	111,24	16,53	10,666	<0,001*
t _b /p	-18,013/<0,001*		-8,098/<0,001*			

t_a:bağımsız örneklem t testi, t_b:bağımlı örneklem t testi*:p<0,05

Girişim grubundaki annelerin doğum yaptıktan sonra kendilerini iyi hissettikleri ilk 48 saat içerisinde doldurdıkları ‘Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği’ (t₁) değerlendirmesine göre ölçekten alınan toplam puan ortalaması 93,56±16,45, alt boyutlardan alınan ortalama puanlar Beslenme 12,68±3,67, Genel Durum 16,18±4,18, Hijyenik Bakım 25,71±7,05, Bakım Uygulamaları 39,00±7,50 idi. Kontrol grubundaki annelerin doğum yaptıktan sonra kendilerini iyi hissettikleri ilk 48 saat içerisinde doldurdıkları ‘Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği’ (t₁) değerlendirmesine göre ölçekten alınan toplam puan ortalaması 86,68±24,86, alt boyutlardan alınan toplam puan ortalamaları Beslenme 12,00±4,09, Genel Durum 14,62±5,23, Hijyenik Bakım 24,35±9,56, Bakım Uygulamaları 35,71±8,50 idi.

Girişim grubunda yer alan AEB modeli kapsamında taburculuğa hazırlanan annelere bebekleri taburcu olmadan en geç 24 saat içerisinde ‘Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği’(t₂) tekrar doldurtuldu. Girişim grubunun ölçekten alınan toplam puan ortalaması 145,26±8,54, alt boyutlardan alınan toplam puan ortalamaları Beslenme 20,00±1,37, Genel Durum 25,82±2,10, Hijyenik Bakım 45,24±3,69, Bakım Uygulamaları 54,21±3,43 idi. Kontrol grubunda yer alan YYBÜ’sin de ünitenin rutin bakım hizmetlerini alan bebekleri taburcu olmadan en geç 24 saat içerisinde ‘Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği’(t₂)’nden alınan toplam puan ortalaması 111,24±16,53, alt boyutlardan alınan ortalama puanlar Beslenme 16,50±2,89, Genel Durum 19,24±4,11, Hijyenik Bakım 30,62±7,62, Bakım Uygulamaları 44,88±5,37 idi.

Gruplar arasında öntest ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken sontest ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, girişim grubundakilerde sontest yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek ve boyutları kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

Zamanlar arasında kontrol ve girişim grupları için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek ve alt boyut ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol ve girişim grupları için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek ve alt boyut ölçümleri zamanla artış göstermektedir.

Tablo 19. Baba ölçek ve ölçek alt boyut puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

	Girişim (N=34)		Kontrol (N=34)		t_a	p
	ort	ss	ort	ss		
Besleme ve bakıma destek (t ₁)	28,06	6,86	25,74	9,85	1,129	0,263
Besleme ve bakıma destek (t ₂)	48,06	3,82	35,06	9,33	7,519	<0,001*
t_b/p	-15,906/<0,001*		-7,639/<0,001*			
Hijyenik bakım (t ₁)	17,47	7,53	17,88	10,02	-0,192	0,849
Hijyenik bakım (t ₂)	39,32	4,4	24,62	10,41	7,585	<0,001*
t_b/p	-15,322/<0,001*		-5,629/<0,001*			
Bakım uygulamaları (t ₁)	23,18	6,72	21,09	7,31	1,227	0,224
Bakım uygulamaları (t ₂)	31,12	2,85	26,38	5,40	4,523	<0,001*
t_b/p	-7,459/<0,001*		-7,421/<0,001*			
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği (t ₁)	68,71	16,51	64,71	23,66	0,808	0,422
Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği (t ₂)	118,50	9,67	86,06	20,93	8,205	<0,001*
t_b/p	-16,678/<0,001*		-8,076/<0,001*			

t_a :bağımsız örneklem t testi, t_b :bağımlı örneklem t testi*: $p<0,05$

Girişim grubundaki babaların bebeğin YYBÜ'sine kabulünden itibaren ilk 48 saat içerisinde kendilerini iyi hissettikleri iletişim kurmak için en uygun zamanda doldurdukları 'Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği' (t₁) değerlendirmesine göre ölçekten alınan toplam puan ortalaması 68,71±16,51, alt boyutlardan alınan ortalama puanlar Besleme ve bakıma destek 28,06±6,86, Hijyenik Bakım 17,47±7,53, Bakım Uygulamaları 23,18±6,72 idi. Kontrol grubundaki babaların bebeğin YYBÜ'sine kabulünden itibaren ilk 48 saat içerisinde kendilerini iyi hissettikleri iletişim kurmak için en uygun zamanda doldurdukları 'Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği' (t₁) değerlendirmesine göre ölçekten alınan toplam puan ortalaması 64,71±23,66, alt boyutlardan alınan ortalama puanlar Besleme ve bakıma destek 25,74±9,85, Hijyenik Bakım 17,88±10,02, Bakım Uygulamaları 21,09±7,31 idi.

Girişim grubunda yer alan Aile Entegre Bakım modeli kapsamında taburculuğa hazırlanan babaların bebekleri taburcu olmadan en geç 24 saat içerisinde ‘Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği’(t₂) tekrar doldurtuldu. Girişim grubunun ölçekten alınan toplam puan ortalaması 118,50±9,67, alt boyutlardan alınan ortalama puanlar Besleme ve bakıma destek 48,06±3,82, Hijyenik Bakım 39,32±4,40, Bakım Uygulamaları 31,12±2,85 idi. Kontrol grubunda yer alan YYBÜ’sin de ünitenin rutin bakım hizmetlerini alan bebekleri taburcu olmadan en geç 24 saat içerisinde ‘Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeği’(t₂)’nden alınan toplam puan ortalaması 86,06±8,205, alt boyutlardan alınan ortalama puanlar Besleme ve bakıma destek 35,06±9,33, Hijyenik Bakım 24,62±10,41, Bakım Uygulamaları 26,38±5,40 idi.

Gruplar arasında öntest ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken sontest ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, girişim grubundakilerde sontest yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek ve boyutları kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

Zamanlar arasında kontrol ve deney grupları için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek ve alt boyut ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol ve girişim grupları için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek ve alt boyut ölçümleri zamanla artış göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” ve “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” adlı ölçeklerin geliştirilmesini, geçerlik güvenirliğinin test edilmesini, YYBÜ’ünde prematüre bebeği olan, ilk defa ebeveynlik deneyimi yaşayan anne ve babalara sunulan Aile Entegre Bakım modeli yaklaşımının taburculuğa hazır oluşluklarına etkisinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulguları araştırılan konu ile ilişkili literatür bilgileri doğrultusunda bu bölümde tartışılmıştır. İki aşamalı olan çalışmanın tartışma bölümü de iki başlık altında değerlendirilmiştir.

5.1. ANNENİN BABANIN TABURCULUĞA VE EVDE BAKIMA HAZIR OLUŞ ÖLÇEKLERİNİN GELİŞTİRMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ülkemizde taburculuk ile ilgili geliştirilen, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçekler bulunmaktadır. Kuşeli Dost ve Kaya (2015) tarafından “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliliği” çalışması hemşirelere yönelik planlanmıştır. Akın ve Şahingeri (2010) tarafından “Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Ölçeği-Yeni Doğum Yapmış Anne Formu’nun Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği” ölçeği vaginal doğum yapmış kadınlarda taburculuğa hazır oluşluğu değerlendirmede kullanılmaktadır. Kaya ve ark. (2017) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan 10 maddelik ölçek 18 yaşından büyük hastalara yönelik taburculuğa hazır oluşluğunun değerlendirilmesi amacıyla uygulanmaktadır. Antenatal dönemde gebelere yönelik “Gebelerin Yenidoğanın Hijyenik Bakımına Hazır Oluş Ölçeği” de bulunmaktadır (Yalnızoğlu Çaka ve Çınar 2019). Türkçe geçerliliği yapılan “Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği” ile prematüre ve gelişme geriliği riski olan bebeklerin annelerinin gereksinimleri araştırılmıştır (Atış 2018). “Eve Geçiş: Preterm Ebeveyn Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” adlı ölçekte prematüre bebeği olan ebeveynlerin taburculuk sonrası deneyimlerini ve yaşadıkları zorlukları değerlendirmek amacıyla

kullanılmaktadır (Zengin, Tiryaki ve Çınar 2021). Çalışmaların çoğunun yetişkin hastalara ve annelere yönelik olduğu görülmektedir. Bebek bakımında rol ve sorumlulukları olan babaların hazır oluşluklarına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yine bir çok çalışmada ebeveyn ifadesine yer verilse de katılımcıların büyük çoğunluğunu anneler oluşturmaktadır (Tiryaki, Zengin, Çınar, Umaroğlu and Latour 2020, Zengin, Tiryaki, Karakaya Suzan ve Çınar 2021). Anne ve baba için ayrı ayrı geliştirilen hazır oluşluk ölçekleri ile ebeveynlerin bakım ve uygulamalardaki eksiklerinin bireye özgü belirlenmesi ve tamamlanması açısından yardımcı olacağı öngörülmektedir.

Her ölçüm aracının araştırılmasında iki temel kriter olan güvenirlik ve geçerlik bilgileri değerlendirilmelidir. Güvenirlik ölçme aracının birbiriyle tutarlı, kararlı ve duyarlı ölçme değerlerini verebilmesi gücüdür (Tezbaşaran 1997). Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir (Karakoç ve Dönmez 2014).

Ölçek geçerliğini sağlamada birkaç yöntem vardır. Bunlar; kriter, kapsam, uyum ve yapı geçerliliğidir (Ercan ve Kan 2016). Çalışmamızda geliştirdiğimiz ölçeklerin kapsam ve yapı geçerliği incelenmiştir. Ölçeklerin yapı geçerliliğinin belirlenmesinde faktör analizi, AFA ve DFA kullanılmıştır. Faktör analizine uygunluğu söz konusu ise Barlett Testi ile değerlendirilir. Bartlett testinde istenilen uyum anlamlı çıktığında KMO değerine bakılır. KMO testinin değeri 0-1 aralığında (anne KMO= 0,890; baba KMO= 0,904) olmalıdır (Yaşlıoğlu 2017). AFA'nın uzantısı olarak tanımlanan DFA ile AMOS paket programında genelde Maximum Likelihood (ML) analizi kullanılmaktadır (Yaşlıoğlu 2017). Modelin uygunluğunun test edildiği aşamasında bakılan değer ve göstergeler; Ki-Kare (CMIN), Ki-Kare/df, RMSEA, GFI'dır.

Aşamalı/Karşılaştırmalı uygun değerlendirmesi aşamasında bakılan istatistikler CFI, TLI ve NFI değerleridir. CMIN/df (χ^2/df) değerinin beş ve altında olması, RMSEA değerinin 0-1 arasında olması, GFI değerinin 0-1 arasında olması, CFI değerinin 0-1 arasında olması, TLI değerinin 0-1 arasında olması uyumun iyi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Hu and Bentler 1999, Tabachnick and Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011). Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin geliştirilen her iki ölçek için iyi görülmektedir (Tablo 7, Tablo 8).

Geliştirdiğimiz ölçeklerin güvenirlik analizinde test tekrar test ve iç tutarlılıkları değerlendirilmiştir. Bir ölçeğin içsel tutarlılık ölçüsü güvenilirliğini değerlendirilirken en çok kullanılan kriterlerden biri Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı'dır. Likert tipi bir ölçeğin güvenirliğini belirlemede ilk önce Cronbach (1951) tarafından geliştirilen α katsayısına bakılması gerekir. Cronbach Alfa değeri, genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten yüksek olmalıdır (Tavakol and Dennick 2011). Çalışmamızda, prematüre bebeği YYBÜ'sinde yatan anne ve babalar için ayrı ayrı geliştirdiğimiz taburculuğa hazır oluşluklarını araştırmada kullanmak amacıyla geçerliğini ve güvenirliğini test ettiğimiz ölçeklerin kullanılmasının uygun olduğu görüldü (Tablo 11, Tablo 12).

5.2. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE BEBEĞİ YATAN EBEVEYNLERİN TABURCULUĞA VE EVDE BAKIMA HAZIRLANMASINDA AİLE ENTEGRE BAKIMIN ETKİSİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma (TNSA) kurumunun ülkemizde beş yılda bir yaptığı verilerine göre ilk defa doğum yapan annenin ortalama yaşı 2008'de 22,3, 2013'de 22,9, 2018'de 23,3 olduğu görülmektedir (TNSA 2008, TNSA 2013, TNSA 2018). Çalışmamızda anne yaş ortalaması 27 olarak hesaplanmıştır. İlk defa doğum yapan kadınların yaş ortalamaları yıllara göre artış göstermektedir. TNSA verilerine göre araştırmadaki annelerin eğitim düzeylerinin yüksek olması ile ilk annelik deneyimi yaşının da yüksek olması arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (Tablo 15).

Brezilyada yapılan bir çalışmada ilk defa babalık deneyimi yaşayan katılımcıların yaşlarının 21 ile 38 arasında değişmekte olduğu, gelir durumu düşük düzeyde olan babaların yaş ortalamasının 23,3, gelir durumu orta düzeyde olan babaların yaş ortalamasının 31,7 olduğu bildirilmiştir (Trindade, Cortez, Dornelas and dos Santos 2019). Çalışmamıza katılan babaların yaş ortalaması 31 olarak bulunmuştur. Ülkemizde ilk defa baba olanlarının yaşının verildiği bir çalışmaya rastlanılmadığı için karşılaştırma yapılamadı. Brezilyada yapılan yayın ile karşılaştırıldığında baba yaşının benzer özellikte olduğu görüldü (Tablo 16).

Çalışmaya katılan annelerin ve babaların büyük çoğunluğu çekirdek aile yapısında, en az orta öğretim mezunu, gelir-giderin eşit olduğu, ebeveynlerin yarısının şehirde yaşadığı görüldü. TNSA 2018 verilerine göre lise ve üzeri eğitimi aynı olan eşlerin oranının %31,1, 25-29 yaş arası kadınların lise ve üzeri eğitim düzeyi olanların %53,6, 30-34 yaş arası erkelerin lise ve üzeri eğitim düzeyi olanların %55 olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızdaki ebeveynlerin eğitim düzeylerinin lise ve üzeri olması TNSA verilerini destekler niteliktedir.

Girişim grubundaki annelerin %73,5'inin, kontrol grubundaki annelerin %70,6'sının doğum şeklinin sezaryen olduğu bulunmuştur. TNSA 2018 verilerine göre sezaryen oranının yüzde 52 olduğu, ilk doğumunda sezaryen olanların yüzde 54 olduğu, sezaryen kararının %14'ünün doğum sancıları başladıktan sonra verildiği, sezaryen kararının genelde zorunlu ve gerekli olmadığı vurgulanmaktadır. Çalışmadaki prematüre bebeği olan annelerin çoğunun sezaryen olması nedeniyle TNSA-2018 ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir. Prematüre bebeğin ve annenin sağlığını riske atmamak için sezaryen ile doğum gerçekleştiği düşünülmektedir (Tablo 15, Tablo 16).

Girişim grubundaki annelerin spontan gebe kalma %82,4, bu oranın kontrol grubunda %94,1 olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki bebeklerin %58,8'si kız, gebelik haftası 31,50, kontrol grubundaki bebeklerin %44,12'si kız, gebelik haftası 31,53 olup gruplar arasında fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Çalışmanın demografik verileri girişim ve kontrol grubundaki annelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, yaşanılan yer, evlenme yaşı, toplam gebelik sayısı, gebelik oluşma şekli, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti ve gestasyon haftaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Çalışmanın demografik verileri girişim ve kontrol grubundaki babaların yaş, eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi, yaşanılan yer, evlenme yaşı, bebeğin cinsiyeti ve gestasyon haftaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 16). Hem anne hem de babaların benzer yapıda homojen olması araştırmanın güçlü yönlerinden biridir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annenin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeğinden anneler en az 22 puan en fazla 154 puan alabilmektedirler. Çalışmanın girişim grubunda yer alan annelerin AEB öncesi ölçek toplam puan ortalamasının $93,56 \pm 16,45$, AEB sonrası ölçek toplam puan ortalamasının $145,26 \pm 8,54$, kontrol grubundaki annelerin rutin bakım öncesi ölçek toplam puan ortalamasının $86,68 \pm 24,86$, rutin bakım sonrası ölçek toplam puan ortalamasının $111,24 \pm 16,53$ ($p < 0,001$) olduğu saptanmıştır. Bakım öncesi puanının her iki grup için homojen dağıldığı, bakım uygulaması sonrası puanının her iki grupta arttığı görülmektedir. AEB modeli uygulamasıyla premetüre bebeği olan annelerin taburculuğa rutin YYBÜ'si bakımı alanlara göre hazır oluşluklarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır.

Annelerin ön test girişim ve kontrol gruplarına göre sırayla alt boyutların ortalama toplam puanları; Beslenme $12,68 \pm 3,67$; $12,00 \pm 4,09$, Genel Durum $16,18 \pm 4,18$; $14,62 \pm 5,23$, Hijyenik Bakım $25,71 \pm 7,05$; $24,35 \pm 9,56$, Bakım Uygulamaları $39,00 \pm 7,50$; $35,71 \pm 8,50$ idi. Son testin girişim ve kontrol gruplarına göre sırayla alt boyutların ortalama toplam puanları; Beslenme $20,00 \pm 1,37$; $16,50 \pm 2,89$ ($p < 0,001$), Genel Durum $25,82 \pm 2,10$; $19,24 \pm 4,11$ ($p < 0,001$), Hijyenik Bakım $45,24 \pm 3,69$; $30,62 \pm 7,62$ ($p < 0,001$), Bakım Uygulamaları $54,21 \pm 3,43$; $44,88 \pm 5,37$ ($p < 0,001$) olduğu görüldü. Beslenme alt boyutu üç madde (min.7-maks.21), Genel durum alt boyutu dört madde (min.7-maks.28), Hijyenik Bakım alt boyutu yedi madde (min.7-maks.49), Bakım Uygulamaları alt boyutu sekiz madde (min.7-maks.56) bulunmaktadır. Anneler ön testte ölçek maddelerinden en düşük puanı bebeğin tırnağını doğru bir şekilde kesebilirim ifadesine vermişlerdir. Ön test ve son testin alt boyutları girişim ve kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında her bir alt boyutun puanı AEB kullanılan girişim grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan babanın taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçeğinden babalar en az 20 puan en fazla 140 puan alabilmektedirler. Çalışmanın girişim grubunda yer alan babaların AEB öncesi ölçek toplam puan ortalamasının $68,71 \pm 16,51$, AEB sonrası ölçek toplam puan ortalamasının $118,50 \pm 9,67$, kontrol grubundaki babaların rutin bakım öncesi ölçek toplam puan ortalamasının $64,71 \pm 23,66$, rutin bakım sonrası ölçek toplam puan

ortalamasının $86,06 \pm 8,205$ ($p < 0,001$) olduğu saptanmıştır. Bakım uygulamaları öncesi toplam puan ortalamasının her iki grup için homojen dağıldığı, bakım uygulaması sonrası toplam puan ortalamasının her iki grupta da arttığı görülmektedir. AEB modeli uygulamasıyla premetüre bebeği olan babaların taburculuğa rutin YYBÜ'si bakımı alanlara göre hazır oluşluklarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Babaların ön test girişim ve kontrol gruplarına göre sırayla alt boyutların ortalama toplam puanları; Besleme ve Bakıma Destek $28,06 \pm 6,86$; $25,74 \pm 9,85$, Hijyenik Bakım $17,47 \pm 7,53$; $17,88 \pm 10,02$, Bakım Uygulamaları $23,18 \pm 6,72$; $21,09 \pm 7,31$ idi. Son testin girişim ve kontrol gruplarına göre sırayla alt boyutların ortalama toplam puanları; Besleme ve Bakıma Destek $48,06 \pm 3,82$; $35,06 \pm 9,33$ ($p < 0,001$), Hijyenik Bakım $39,32 \pm 4,40$; $24,62 \pm 10,41$ ($p < 0,001$), Bakım Uygulamaları $31,12 \pm 2,85$; $26,38 \pm 5,40$ ($p < 0,001$) olduğu görüldü. Besleme ve Bakıma Destek alt boyutu sekiz madde (min.7-maks.56), Hijyenik Bakım alt boyutu yedi madde (min.7-maks.49), Bakım Uygulamaları beş madde (min.7-maks.35) bulunmaktadır. Babalar ön test ölçek maddelerinde en düşük puanı bebeğinin giysilerinin temizliğini sağlayabilirim ifadesine vermişlerdir. Ön test ve son testin alt boyutları girişim ve kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında her bir alt boyutun puanı AEB kullanılan girişim grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 19).

Taburculuk hazırlığında hem bebeğin klinik durumunun taburculuğa uygun olması, hemde bebeğin bakımından sorumlu bakım verici kişinin yeterli donanımda olması beklenir. Ebeveynlerin bakım sorumluluğunu alabilmesi için bilgi, beceri ve kendine güveninin olması gerekir. Taburculuk eğitimi bebek üniteye kabul edildikten sonra en erken süreçte başlatılmalı, bebeklerini eve götürmeye hazır olana kadar devam etmelidir. Taburculuğa hazır olan ebeveynlerin sağlık bakım maliyetleri de daha az olması beklenir. Taburculuk hazırlığı hastaneye yatıştan sonra ne kadar erken başlanırsa hastanede kalma süresi azalacağı için maliyet azalır, taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatış yapılması ya da acil servise başvurular azalacağı için yine maliyet azalır, ebeveynlerin sağlık harcamaları ve işe devam edememeye bağlı mali kayıpları da azalacaktır (Smith, Hwang, Dukhovny, Young and Pursley 2013). Ebeveynin bebeğinin taburculuğuna hazır olup olmadığının, taburcu olmadan önce

ebeveynin hazır bulunuşluğunun kapsamlı bir şekilde değerlendirmesini sağlayan güvenilir bir araç gereklidir. Böylece ebeveynin ihtiyaçları taburculuktan önce belirlenebilir ve gerekli önleyici müdahaleler buna göre tasarlanabilir ve uygulanabilir (Chen and Bai 2017). Ebeveynlerin hazır bulunuşluklarının değerlendirilmesi, ebeveynlerin gerekli bebek bakımını bağımsız ve güvenli bir şekilde sağlayabilmelerini sağlamak açısından önemlidir. Klinik hemşirelere ve ebelere taburculuk hazırlığını tamamlamada yardımcı olacak mevcut ve güvenilir araçlara ihtiyaç vardır (Hariati et al 2020). Çalışmanın birinci aşamasında geliştirdiğimiz ölçekler hem annenin hem babanın ayrı ayrı hazır oluşuklarını değerlendirmede güvenilir bir araçtır. Ölçeklerin farklı anne, baba çiftlerine tek olarak uygulanabilmesi de literatür için oldukça değerli bir özelliktir (Tiryaki ve Çınar 2021). Ölçek madde ifadelerinde en düşük ya da en yüksek puanlanma durumlarına göre ebeveynlerin kendilerini hazır hissetmedikleri uygulamaların tespit edilmesi, bireye özgü danışmanlık ve desteğin planlanmasına fırsat sağlayacaktır. Örneğin bir baba bebeğinin alt bakımını doğru şekilde yapabilmeye 7 puan, doğru göz bakımına 3 puan vermiş ise düşük puan alan maddelere göre eğitim içeriği belirlenebilir.

Yapılan bir çalışmada ebeveynler, bebeklerinin bakımına dahil olmak için güçlü bir istek duymaktadırlar. YYBÜ’ünde ebeveyn olarak sorumlulukları hakkında daha fazla bilgi edinmek istemektedirler. Rutin eğitimlerden ziyade her zaman ulaşabilecekleri görsel, işitsel, uygulamalı eğitim beklentilerinin olduğunu belirtmişlerdir (Monaghan, Kim, Dol, Orovec and Campbell-Yeo 2019). Başka bir çalışmada ebeveynlerin genellikle hastaneden evde bakıma geçiş için hazırlıklı olmadıkları, fiziksel yorgunluk, yaşam tarzında değişik, ebeveyn rolüne adaptasyon gibi durumların stres kaynağı olduğu vurgulanmıştır. Taburculuk hazırlığı sürecinin en önemli birleşeni olan hemşireler tarafından yürütülen yüksek kaliteli taburculuk eğitimi, eve geçiş sürecinin daha ılımlı olmasına ve prematüre bebek bakımında ebeveynlerin taburculuğa hazırlanmalarına yardımcı olacaktır (Hua, Yuwen, Simoni, Yan and Jiang 2020). YYBÜ’sinden taburcu olduktan sonraki günlerde prematüre bebeğin beslenme sorunları yaşaması ile ilgili yapılan çalışmada, YYBÜ’sinden taburculuğa yeterince hazır olunmadan taburcu olmanın etkili olduğu saptanmıştır (Smith, Dukhovny, Zupancic, Gates and Pursley 2012).

YYBÜ’inde bebeği olan annelerle yapılan bir çalışmada annelerin en az dahil oldukları bakım uygulamalarının; kanguru bakımı, banyo yaptırma yada banyo yaptırırken yardımcı olma, yara bakımı (ostomi, cilt vb) bebeğin giysilerini giydirip/soyma şeklinde sıralanmaktadır. En sık yaptıkları bakım uygulamalarının dokunma, sevgi sözcükleriyle konuşma ve emzirme olduğu bulunmuştur (akmak 2015). Taburculuk eğitiminin niteliği göz önüne alındığında, taburcu olmaya hazır olmanın en güçlü yordayıcısının kapsamlı bir taburculuk hazırlık programı olduğu vurgulanmıştır. Ebeveynlere bireyselleştirilmiş ve sistematik eğitim yaklaşımı sağlanmalıdır. YYBÜ taburcu olduktan sonra özellikle yüksek riskli bebeklerin daha sağlıklı evde bakım süreci geçirmesine yardımcı olacaktır (Simit et al 2013). Bizim alışmamızda anneler tırnak kesme maddesine en düşük puanı vermiş olup babalarda giysi hijyenini sağlama maddesine en düşük puanı vermişlerdir. Çalışmanın yürütüldüğu süreçte bazı ebeveynlerin tırnak kesme deneyimi olmadı. Bebeklerin YYBÜ’inde kaldıkları süre içerisinde tırnakları kesilecek kadar uzamadığı için deneyimlenemedi. Taburculuk sonrası bebeğini kontrollere getirdiklerinde tırnak kesme uygulamasını yapmak isteyen ebeveynlerle uygulamayı yapmasına fırsat verildi.

Evde bebek bakımında kendini yeterli hissetmeyen bir annenin demografik ve obstetrik öyküsü; 21 yaşında, geniş aile yapısına sahip, 30. gebelik haftasında sezaryen ile 1210 gr ağırlığında kız bebek sahibidir. Taburculuk sonrası ilk iki hafta anne ile telefonda iletişim sağlandı. Taburculuktan bir hafta sonra emzirme danışmanlığına davet edildi, yüz yüze görüşme fırsatı sağlandı. Anne kendini daha iyi hissettiğini, telefonla iletişime geçebileceğinin bilmenin kendini güvende hissettirdiğini ifade etmiştir. Evde bebek bakımında kendini yeterli hissetmeyen bir babanın 31 yaşında, çekirdek aile yapısında olduğu, bebeğinin 28 haftalık 1050 gr erkek bebek olduğu bilinmektedir. Baba ile detaylı görüşme yapıldığında gece nöbet ağırlıklı çalıştığı için bebek bakımına ve eşine yeterinde destek olamayacağını, taburculukta bebeğinin normal bebeklere göre daha küçük görüldüğünü, normal gebelik haftası doluncaya kadar hastanede kalırsa kendini daha iyi hissedeceğini söyledi. Babaya endişeleri için açıklamalar yapıldı, babanın da onayı ile kurum psikoloğu ile görüşme sağlandı. Bebeğin erken doğması özellikle beklenmedik bir şekilde erken doğması ebeveynlerde strese neden olmaktadır. YYBÜ’inde yatan term ve preterm bebeği olan ebeveynlerle

yapılan çalışmada bebeğin doğum ağırlığı ve yoğun bakımda kalıyor olması prematüre bebeğe sahip ebeveynlerde daha yüksek strese, kaygıya, daha fazla suçluluk duygusu yaşamasına, güçsüz ve yetersiz ebeveynlik rolü olduğunu düşünmesine neden olduğu saptanmıştır (Ionio et al 2016). Başka bir çalışmada YYBÜ’ünde prematüre bebeği olan ebeveynlerin stresleri ölçekler ile değerlendirilmiştir. Annenin stresinin babanın stresinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada anne stres nedenleri arasında annenin çok genç olması, bebeğin solunum desteği ihtiyacının olması önemli yordayıcısıdır. Baba stres nedenleri arasında babanın da çok genç olması önemli yordayıcı olarak bulunmuştur (Ionio, Mascheroni, Colombo, Castoldi and Lista 2019). Bir başka çalışmada YYBÜ’ünde prematüre bebeği olan ebeveynlerin stresleri; stres ölçeği, tükrükten kortizol ölçümü ve kanguru bakımı sırasında oksitosin düzeyleri ölçülerek yorumlanmıştır. Ebeveynlerin yüksek düzeyde duygusal sıkıntı yaşadığı, ebeveynler için bireyselleştirilmiş, kişiye özgü desteğin verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Bollen, Bernagie, Verhaeghe, Vanhole and Naulaers 2020). Ebeveynlerin mevcut potansiyeli ve kaynakları sorgulanmalı, gerekli durumlarda sosyal hizmet uzmanından ve psikologdan destek alınması önerilmektedir (Murch and Smith 2016).

Girişim grubundaki ebeveynler ile daha önce prematüre bebeği YYBÜ’ünde yatan ve taburcu olan ebeveynlerin bir araya getirilerek, akran toplantısı düzenlendi. Toplantıda deneyimli ebeveynler yaşadıkları süreçleri anlatarak duygularını ifade ederken girişim grubundaki ebeveynlerin soru sormalarına fırsat verildi. Çalışmamıza benzer şekilde YYBÜ’sinden daha önce taburcu olan ve yatışı olan prematüre bebeklerin ebeveynlerinin yapmış olduğu akran toplantısının duyguları ifade etmek için güzel bir uygulama olduğu belirtilmiştir (Smith, Steelfisher, Salhi and Shen 2012). Amerika’da YYBÜ’sinden taburcu olan yüksek riskli bebeklerin ebeveynleri taburculuk sonrası hastane tarafından Visiting Nurse Association (VNA)’a yönlendirilmektedirler. Dernek tarafından ebeveynlerin memnuniyetinin değerlendirildiği bir çalışmada bebeğin 35. gebelik haftasından önce doğması ve ilk defa annelik deneyimi yaşayanların dernek desteğine daha çok ihtiyaç duyduklarını bulmuşlardır (Awindaogo, Smith and Litt 2016). Başka bir çalışmada doğum sonrası taburcu olan annelere ilk dört ay bebekleri ile ilgili problemleri sormaları için 24 saat kesintisiz bir telefon hattı kurularak sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmış. Anneler en yüksek ilk

dört hafta arama yapmışlar, soruların çoğu emzirme, rutin yenidoğan bakımı ve acil durumlarda bebeğe müdahale şeklinde sıralanmaktadır (Osman, Chaaya, El Zein, Naassan and Livia 2010). AEB uygulamasındaki ebeveyn eğitim konularından bebeklerin emzirilmesi, beslenmesi ve rutin bakım uygulamaları en çok ilgilerini çeken konular olduğu tespit edilmiştir (Furtak et al. 2021).

Girişim grubundaki bebeklerin ilk enterele başlanma zamanı ($p < 0,001$), ilk anne sütü alma zamanı ($p < 0,001$) ve anneyi göğsünden ilk defa emme zamanı ($p=0,048$) kontrol grubuna göre daha erken başlamıştır. Girişim grubundaki bebeklerin taburculuk ağırlığı ($p=0,035$) kontrol grubuna göre daha yüksektir. Gruplar arasında bebeklerin YYBÜ'sindeki yattıkları gün sayısı ($p=0,592$), MV gün sayısı (0,302), CPAP gün sayısı ($p=0,406$) ve full enteral başlangıç günü ($p=0,262$) arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Rutin bakım uygulaması alan bebekler ortalama 30,18 gün YYBÜ'sinde yatar iken AEB uygulaması alan bebekler 27,59 gün kalmışlardır. AEB grubundaki bebekler yaklaşık iki ile üç gün daha az YYBÜ'sinde kalmışlardır. İstatistik açıdan anlamlı olmayan bu durum maliyet açısından son derece kıymetli bir sonuçtur. Rutin bakım grubunda solunum desteği alan bebekler ortalama 2,79 gün MV, 3,56 gün CPAP almışlardır. AEB grubunda solunum desteği alan bebekler ortalama 1,94 gün MV, 4,02 gün CPAP almışlardır (Tablo 17). Yardımcı solunum desteklerinin gruplar arası istatistiksel bir anlamı olmasa bile klinik takip açısından değerli sonuçlardır. AEB grubundaki CPAP gün sayısının daha yüksek olması kanıt temelli bakım hizmetinin bir göstergesidir. Günümüzde birçok çalışmada prematüre bebekler bile noninvazif uygulanan CPAP uygulaması önerilmektedir (Tiryaki ve Çınar 2016). Rutin bakım uygulaması grubunda bebeklerin tam enteral başlangıç günü ortalama 20,26, AEB uygulaması grubundaki bebekler ise ortalama 16,59 olarak bulunmuştur. Bu sonuçta istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da klinik açıdan önemli bir sonuçtur. Total parenteral nütrisyondan (TPN) sonlandırılması anlamına gelen tam enterele geçiş günü AEB grubunda yaklaşık üç gün daha erken başlamıştır. Tam enteral beslenebilme taburculuk hazırlığı sürecinin önemli kriterlerinden biridir.

YYBÜ'sindeki çok düşük doğum ağırlıklı (ÇÇDA) bebeklerin ilk 12 saat içinde kolostrum alan ve almayan iki grup karşılaştırıldığında kolostrum alan bebeklerin full enterele geçişi daha erken, TPN süresi daha kısa ve mortalite oranı daha düşük olduğu

saptanmıştır. Sonuçlar çalışmamızla benzerlik gösterirken aynı çalışmadaki ÇDDA bebeklerin YYBÜ'sindeki ortalama yatış günü girişim grubunda kontrol grubuna (27,50; 25,08) göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Bashir et al. 2019). Prematüre bebeklerin taburculuktaki beslenmelerinin incelendiği bir çalışmada bebeklerin %71,9'u sadece anne sütü olarak taburcu olmuştur. Anne ile bebek arasında tensel temasın yapılması, annenin süt sağımına ne kadar erken dönemde başlanırsa bebeklerin emme ve anne sütü alma oranların arttığı vurgulanmıştır (Degaga, Send and Tesfaye 2020).

BPD tanılı AEB ve rutin bakım uygulanan prematüre bebekler karşılaştırıldığında AEB grubunda anne sütü alma ve emzirmeye başlama zamanı daha erken, bebeğin kilo artış oranı daha yüksek, solunum desteği ihtiyacı daha az olduğu bildirilmiştir (He et al. 2018). AEB ile standart bakım uygulamasının karşılaştırıldığı bir başka araştırmada ebeveynlerin bebekleriyle ilk kucaklaşma süresinin ve tam enteral beslenmeye geçiş zamanının AEB grubunda daha erken gerçekleştiği ifade edilmiştir (Murdoch, Hauck, Aydon, Sharp and Zimmer 2021). İngilterede yapılan başka bir çalışmada AEB alan prematüre bebeklerin YYBÜ'sinden daha erken taburcu oldukları, emme ve tam enteral beslenmeye daha erken başladığı sonuçlarını elde etmişlerdir (Banerjee et al. 2019). Kanada'da ikinci basamak 10 YYBÜ'sinde yapılan AEB ve standart bakım karşılaştırılmasının yapıldığı çalışmada bebeklerin YYBÜ'sinde yatış günleri arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığını fakat AEB grubundaki bebeklerin toplam yattıkları gün sayısının 12 gün daha az olduğu vurgulanmıştır (Benzies et al. 2020). Çin'de 11 YYBÜ'sinde randomize kontrollü olarak yürütülen araştırmada; AEB grubundaki prematürelerin hastanede kalış gün süresinin daha az olduğu, bu nedenle tıbbi harcamalarında azaldığı, kilo alımının daha hızlı, enfeksiyon ve antibiyotik kullanım oranının daha az, emzirme ve anne sütü alma oranının daha yüksek olduğu sonuçlarını elde etmişlerdir (Hei et al. 2021). AEB; prematüre bebeğin kilo alımında %25'lik bir artış, emzirme oranında %80'lik bir artış, ebeveyn stresinde %25'lik bir azalma, hastane enfeksiyonu ve ani bebek ölümü gibi kritik olay bildirimlerinde önemli bir azalmanın olduğu bir bakım modelidir (Hei et al. 2016). AEB desteği ebeveynlerin bebeklerinin hastanede kalış süresini kısalttığı gibi yeniden hastaneye yatış oranını azaltmakta olup ebeveyn-bebek arasındaki bağın güçlenmesini sağlar. Ebeveynlerin hem hastanede hem evde bebeklerinin bakımını

yaparken kendilerini daha güvende hissetmelerine yardımcı olur (Kelly 2018). O'Brien et al. (2013) yaptığı AEB modelinin ilk pilot çalışmasında (n:42 ebeveyn ve prematüre bebek) ebeveynlere bebeklerinin beslenmesi, banyosu, oral ilaç uygulamaları öğretilmiş olup girişim grubunda bebek kilo alımının daha iyi olduğu, taburcu olurken emzirme oranının %45.5'den %82.1'e belirgin arttığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada prematüre retinopatisi ve hastane enfeksiyonu oranlarının azalma eğilimde olduğu ifade edilmiştir. Uluslararası AEB uygulamasına 19 Kanada, altı Avustralya ve bir Yeni Zelanda ülkelerinden 3.düzye YYBÜ'de yatan 33 haftadan küçük toplam 675 prematürenin dahil edildiği randomize kontrollü araştırmada bebeklerin 21.gündeki kilo artışlarını %25 olmasını hedeflemişler ve AEB modelinin prematürenin kilo alımı üzerine etkili olduğunu bulmuşlardır (O'Brien et al. 2015). AEB'nin uluslararası randomize kontrollü uygulanan 3.düzye YYBÜ'lerinin dahil edildiği araştırmada ebeveynlerin stres ve kaygılarının azaldığı, bebeklerin gelişimi, kilo alımı ve emzirme oranlarının arttığı saptanmıştır (O'Brien et al. 2018). Modelin uzun dönem etkisinin incelendiği araştırmada prematürelerin 18.ay nörolojik gelişimlerinin iyi olduğu belirtilmiştir (Li et al. 2016).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği”, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” nin anne ve baba için ayrı ayrı geliştirilmesi, güvenilirliğinin ve geçerliğin test edilmesi, Aile Entegre Bakım modelinin ebeveynlerin taburculuğa hazır oluşlukları üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları irdelendiğinde;

- Anneler için geliştirilen “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.
- Babalar için geliştirilen “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.
- Girişim ve kontrol grubundaki annelerin yaş, eğitim durumu, ekonomik durumu, aile tipi, doğum şekli, yaşadıkları yerleşim yeri, gebelik haftası, gebeliğin planlı ve spontan olma durumları bakımından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olmadığı, homojen dağıldığı bulunmuştur.
- Girişim ve kontrol grubundaki babaların yaş, eğitim durumu, ekonomik durumu, aile tipi, çalışma durumları bakımından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olmadığı, homojen dağıldığı bulunmuştur.
- Girişim ve kontrol grubundaki annelerin AEB uygulama öncesi ve uygulama sonrası “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” puan ortalamaları karşılaştırıldığında; uygulama öncesi girişim ($93,56 \pm 16,45$) ve kontrol grubunda ($86,68 \pm 24,86$) annelerin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0,183$).
- Girişim ve kontrol grubundaki annelerin AEB uygulama öncesi ve uygulama sonrası “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” puan ortalamaları

karşılaştırıldığında; uygulama sonrası girişim ($145,26 \pm 8,54$) ve kontrol grubunda ($111,24 \pm 16,53$) annelerin taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$).

- Girişim ve kontrol grubundaki babaların AEB uygulama öncesi ve uygulama sonrası “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” puan ortalamaları karşılaştırıldığında; uygulama öncesi girişim ($68,71 \pm 16,51$) ve kontrol grubunda ($64,71 \pm 23,66$) babaların taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0,422$).
- Girişim ve kontrol grubundaki babaların AEB uygulama öncesi ve uygulama sonrası “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği” puan ortalamaları karşılaştırıldığında; uygulama sonrası girişim ($118,50 \pm 9,67$) ve kontrol grubunda ($86,06 \pm 20,93$) babaların taburculuğa ve evde bakıma hazır oluş ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$).
- Girişim ve kontrol grubunda yer alan bebeklerin gebelik haftası, cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0,225$; $p = 0,949$).
- Girişim ve kontrol grubunda yer alan bebeklerin taburculuk kararı verildiğinde taburcuktaki kilosu, YYBÜ yattığı gün sayısı, MV gün sayısı, CPAP gün sayısı, Enteral beslenme başlangıç günü, Full enteral başlangıç günü, İlk anne sütü alma zamanı, İlk anneyi emme zamanı karşılaştırıldığında; girişim grubundaki bebeklerin taburculuk ağırlığı daha yüksek ($p = 0,035$), enteral beslenme başlangıç günü daha erken ($p < 0,001$), ilk anne sütü alma zamanı daha erken ($p < 0,001$), anneyi ilk emme zamanı daha erken ($p = 0,048$) olduğu saptanmıştır. YYBÜ’ünde yattıkları gün sayısı, yardımcı solunum desteği alma durumu, tam enteral beslenme başlangıç günü değişkenleri ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bu sonuçlar ışığında öneriler üç başlık altında toplanmıştır.

Hemşirelik Uygulamaları İçin Öneriler;

YYBÜ’ünde görevli tüm sağlık çalışanları tarafından kullanılabilecek oldukça pratik bir ölçüm aracıdır. Ölçekteki maddeler ile ebeveynlerin ihtiyaç duyduğu konuların belirlenmesi sağlık hizmeti sunanlara kolaylık sağlayacaktır. Sağlık profesyonelleri ebeveynlerin ihtiyaç duyduğu konularda bireysel eğitim ve danışmanlık planlayarak gereksinim karşılanabilir. Rutin ya da standart YYBÜ’si taburculuk eğitimleri her üniteye genelde anlatılmaktadır. Ölçekler ile ebeveynin daha çok hangi konuda desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenerek, bireysel ya da grup eğitimi yapılarak ortak gereksinimi olan diğer ebeveynlerinde ihtiyacı karşılanabilir.

Ölçeğin kullanımı ve değerlendirilmesi oldukça pratiktir. Her bir ölçek maddesi sağlık çalışanları tarafından rahatlıkla kullanılıp, değerlendirilebilir.

Ölçek prematüre bebeği olan bir veya birden fazla anne/baba deneyimi yaşayan ebeveynlere uygulanabilir.

AEB modelinin Türkiye’de uygulandığı ilk çalışmadır. YYBÜ’sinin fiziki ortamındaki iyileşmeler yapılması gerekir. Bebeklerin kuvözlerinin tek odalı alanlarda olması ve ebeveynin yanında daha uzun kalabilmesine imkan sağlayacaktır. Kanguru bakımı gibi mahremiyet gerektiren durumlar içinde tek kişilik odalar ebeveynlere konfor sağlayacaktır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurum İşletme yönetmeliği ile YYBÜ standartları belirlenmektedir. Özellikle birinci ve ikinci basamak YYBÜ’lerinin ebeveynlerinde bebeklerinin yanında kalabilecekleri şekilde dizayn edilmesi önerilebilir.

Daha önce prematüre bebeği olan YYBÜ’ünde bebeği yatan ve taburcu olan ebeveynlerden oluşturulan bir destek grubu ile ebeveynlerden ebeveyne destek grupları oluşturulabilir.

- Taburculuk eğitimini içeren bir kitapçık ya da rehber ebeveynlere verilebilir.
- Özel bakım ve desteğe ihtiyacı olan bebeklerin ebeveynleri için riskli yenidoğanın ebeveynliğine hazırlık sınıfı oluşturularak gereksinim duyulan konularda eğitim oturumları düzenlenebilir.

- Tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi ile YYBÜ'sinde bebeği olan ebeveynlerin ziyaret kısıtlamaları uygulanmıştır. Pandemi gibi olağanüstü durumlarda sanal ziyaret, online eğitim, telefon ile daha sık iletişim yöntemleri ile ebeveynlere destek sağlanmalıdır.

Hemşirelik Eğitimi İçin Öneriler;

-YYBÜ'sinde kanıt temelli en güncel bilgiler eşliğinde hemşirelere hizmet içi eğitimler verilebilir.

Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim müfredatlarına AEB modelide yer alabilir.

Hemşirelik Araştırmaları İçin Öneriler;

- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği, bu alanda hem anne hem baba için ayrı ayrı geliştirilmiş ilk ölçeklerdir. Ölçeğin farklı kültürler ve dilde adaptasyonu sağlanırsa kullanımı yaygınlaşacaktır.
- Ülkemizde AEB modelinin uygulanması çok merkezli araştırmalar ile etkinliği değerlendirilebilir.
- AEB hizmeti alan ebeveynler ve bebeklerinin taburculuk sonrası takiplerinin longitudinal çalışmalar eşliğinde izlenmesi (anne sütü alma süresi, bebeklerin nöromotor gelişimi, bağlanma vb.) literatüre ışık tutacaktır.

6.1. ÇALIşMANIN GÜÇLÜ VE ZOR YÖNLERİ

Çalışmanın bir kısmının COVID-19 pandemisine denk gelmesi nedeniyle veri toplanmasına ara verilmesi, babaların gündüz çalışmak zorunda olmaları nedeniyle eğitim ve uygulamalara katılım sağlamakta güçlük yaşanmıştır. Babaların daha rahat katılım sağlaması için ek eğitim oturumları hafta içi 18:00-20:00 arasında, hafta sonu 15:00-20:00 arasında düzenlenmişdi. Oturum sayısının artması araştırmacının zaman yönetimini zorlaştırmıştır. Çalışmada örneklemin orta ve yükseköğretim mezunu

ebeveynlerden oluşmasıda bir diğer sınırlılıktır. Türkiyede Aile Entegre Bakım modelinin uygulandığı ilk çalışma olması, özellikle babaların çalışmaya dahil edilmesi çalışmanın güçlü özellikleridir. Doktora tezi kapsamında başvurulmuş ilk çalışmalardan biri olması ve öğrencinin (ÖT) üniversite personeli olmaması nedeniyle malzeme teminlerinde gecikme yaşandı.



KAYNAKLAR

- Acevedo DH, Becerra JIR, Martínez AL. (2017). The philosophy of the developmental centred care of the premature infant (NIDCAP): a literature review. *Enfermería Global*, N° 48 Octubre 2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>
- Akbaş M, Akça E, Şenoğlu A, Gökyıldız Sürücü Ş. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anne-Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *STED*, 28(2), 87-97.
- Akın B, Şahingeri M. (2010). Hastane taburculuğuna hazır oluşluk ölçeği-yeni doğum yapmış anne formu'nun türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1): 7-14.
- Akpınar F, Göçmen İ. (2014). Yenidoğanlarda deri bakımı. *Maltepe Tıp Dergisi*, 6(2):1-3.
- Alcan Z, Eren Tekin D, Özbucak Civil S. (2012). Hasta güvenliği beklenmedik olaylarda hemşirenin rolü, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Alpar R. (2012). Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık, s: 494-498.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4): 229-43.
- Als, H. (2009). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2; 135-147. doi: 10.3233/NPM-2009-0061.
- Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B. (2011). Bakım: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(3): 137-140.
- Altimier L, Phillips RM. (2013). The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13: 9-22.

American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. (2003). Family centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3): 690-697.

American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village (IL): AAP; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.

American Academy of Pediatrics. Provisional Committee for Quality Improvement and Subcommittee on Hyperbilirubinemia: Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation *pediatrics*. 2004; 114(1): 297-316.

Amy S. (2019). The Experiences of Fathers in a Family Integrated Care (FICare) Program. Graduate Department of the Institute of Health Policy, Management, and Evaluation, University of Toronto. Master of Science.

Anderson PJ, Treyvaud K, Spittle AJ. (2020). Early developmental interventions for infants born very preterm – what works? *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, Jun; 25(3): 101119. doi: 10.1016/j.siny.2020.101119.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2013). Neonatal skin care: Evidence-based clinical practice guideline. 3rd ed. Washington DC, p. 1-27.

Atıf S. (2018). Gelişim Geriliği Riski Altındaki Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişinde Anne Gereksinimleri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı, Özel Eğitim Programı Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Doç.Dr. Hatice BAKKALOĞLU.

Awindaogo F, Smith VC, Litt JS. (2016). Predictors of caregiver satisfaction with visiting nurse home visits after NICU discharge. *Journal of Perinatology*, 36: 325-328. doi:10.1038/jp.2015.195.

Ayvaz E, Açıkgöz A. (2019). A Qualitative Study: Determination of the Opinions and Expectations of the Families with Infants Treated at the Newborn Intensive

Care Unit. Osmangazi Journal of Medicine, 41(3): 271- 278. Doi: 10.20515/otd.426794.

Bal Yılmaz H, Conk Z. (2009). The effect of massage by mothers on growth in healthy full term infants. International Journal of Human Sciences, 6(1): 970-977.

Bal Yılmaz H. (2004). Bebek masajının bebeklerde uyku süresine, büyüme– gelişmeye ve annelerde durumluk-sürekli kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. Danışman: Prof. Dr. Zeynep CONK.

Balaguer A, Escribano J, Roque FM, Rivas-Fernandez, M. (2013). Infant Position in Neonates Receiving Mechanical Ventilation. Cochrane Library, 28(3): 1-2. doi: 10.1002/14651858.CD003668.pub3.

Balcı S, Yıldırım Balkan Z. (2019). “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım”. Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.18-23.

Balcı S. (2006). Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Danışman: Doç. Dr. Suzan YILDIZ.

Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J. Pediatr, 119(3): 417–23.

Banerjee J, Aloysius A, Mitchell K, Silva I, Rallis D, Godambe SV, Deier A. (2019). Improving infant outcomes through implementation of a family integrated care bundle including a parent supporting mobile application. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed., 0:F1–F6. doi:10.1136/archdischild-2018-316435.

Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Deierl A. (2018). Innovations: Supporting family integrated care. Journal of Neonatal Nursing, 24(1): 48-54.

- Bashir T, Reddy KV, Kiran S, Murki S, Kulkarni D, Dinesh P. (2019). Effect of colostrum given within the 12 hours after birth on feeding outcome, morbidity and mortality in very low birth weight infants: a prospective cohort study. *Sudan J Paediatr*, 19(1): 19–24. <https://doi.org/10.24911/SJP.106-1540825552>.
- Batman D, Çoban A. (2019). Gecikmiş Umbilikal Kord Klemleme Ve Kord Sıvazlama Uygulamalarının Prematüre Yenidoğanlarda Etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 54-59.
- Bayram N. (2006). “Riskli Pretermelerde Transport Edilen ve Edilmeyen Grupların Morbidite ve Mortalite Yönünden Karşılaştırılması”. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. Danışman: Dr. Sultan KAVUNCUOĞLU.
- Bembich S, Trappan A, Galimberti A, Taglieri J, Scolz S, Risso FM, Sanson G. (2020). The role of weighing-bathing sequence and postmenstrual age in eliciting adaptive/maladaptive responses in very low birth weight preterm infants. *J Spec Pediatr Nurs*, 25(3): 1-8. e12292. <https://doi.org/10.1111/jspn.12292>
- Benzies KM, Aziz K, Shah V, Faris P, Isaranuwatthai W, Scotland J, Larocque J, Mrklas KJ, Naugler C, Stelfox HT, Chari R, Soraisham AS, Akiernan AR, Phillipos E, Amin H, Hoch JS, Zanoni P, Kurilova J, Lodha A, Alberta FICare Level II NICU Study Team. (2020). Effectiveness of Alberta Family Integrated Care on infant length of stay in level II neonatal intensive care units: a cluster randomized controlled trial. *BMC Pediatr*, Nov 28; 20(1): 535. doi: 10.1186/s12887-020-02438-6.
- Bollen B, Bernagie C, Verhaeghe J, Vanhole C, Naulaers G. (2020). Oxytocin Responsivity During Skin-to-Skin Care and Diurnal Cortisol Predict Depression, Trauma and Bonding Scores at NICU Discharge in Parents of Preterm Infants. *Developmental Observer*, 13(1): 1-1. DOI: 10.14434/do.v13i1.29079.

- Bolt R, Yates JM, Mahon J, Bakri I. (2014). Evidence of frequent dosing errors in paediatrics and intervention to reduce such prescribing errors. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39: 78–83. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12114>
- Boztepe H, Özdemir H, Karababa Ç, Yıldız Ö. (2014). Ağızdan ilaç hazırlama ve uygulama sırasında yaşanan güçlükler. *Türk Ped Arş.*, 49: 231-7. <https://doi.org/10.5152/tpa.2014.1795>
- Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. (2013). Implementing family integrated care in the NICU. A parent education and support program. *Adv. Neonatal Care*, 13(2): 115-126.
- Cadolino P.(2004). Massage therapy and cardiovascular diseases. *Alternative Cardiovascular Medicine*, pp.153-66.
- Can G, Çoban A, İnce Z. (2010). Yenidoğan ve hastalıkları. İçinde: *Pediyatri*, Ed: Neyzi O, Ertuğrul T., 4. Baskı, 1. Cilt, Nobel Tıp Kitapevi, pp.467-490, Ankara.
- Can Ş. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenmiş Olan ≥ 24 Hafta Ve < 32 Hafta Arası Doğan Prematürelerde Mortalite Ve Morbiditenin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Danışman: Prof. Dr. Ömer ERDEVE.
- Carbasse A, Kracher S, Hausser M, Langlet C, Escande B, Donato L, Astruc D, Kuhn P. (2013). Safety and effectiveness of skin-to-skin contact in the NICU to support neurodevelopment in vulnerable preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs*, 27: 255-62.
- Cardin AD, Rens L, Stewart S, Danner-Bowman K, McCarley R, Kopsas R. (2015). Neuroprotective core measures 1-7: A developmental care journey: Transformations in NICU design and caregiving attitudes. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 15(3): 132-141. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.007>

- Charafeddine L, Masri S, Sharafeddin SF, Badr LK. (2020). Implementing NIDCAP training in a low-middle-income country: Comparing nurses and physicians' attitudes. *Early Human Development*, 147, 105092. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105092>.
- Chen J, Sadakata M, Ishida M, Sekizuka N, Sayama M. (2011). Baby massage ameliorates neonatal jaundice in full-term newborn infants. *The Tohoku journal of Experimental Medicine*, 223(2): 97-102.
- Chen Y, Bai J. (2017). Reliability and validity of the Chinese version of the Readiness for Hospital Discharge Scale-Parent Form in parents of preterm infants. *Int J Nurs Sci*. Apr; 4(2): 88–93.
- Cheng C, Franck LS, Ye XY, Hutchinson SA, Lee SK, O'Brien K, on behalf of the FICare Study Group and FICare Parent Advisory Board. (2019). Evaluating the effect of Family Integrated Care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-14. doi:10.1080/02646838.2019.1659940.
- Clinical Guidelines (Nursing). https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Neonatal__infant_skin_care/. Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2021.
- Cohen BA, Siegfried EC. (2005). Newborn Skin: Development and Basic Concepts. In *Avery's Diseases of the Newborn*. Elsevier. 1471-1482.
- Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. (2014). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database SystRev*, 4: CD002771.
- Corbin J. (2008). Is caring a lost art in nursing?. *International Journal of Nursing Studies*, 45(2): 163.
- Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *J Adv Nurs*, 65: 2239-48.

- Cronbach L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16: 297-334.
- Çağlar S, Ar I, Yaşa B, Kurt Ş. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım: Anne Görüşleri. *STED*, 28(2): 120-126.
- Çakmak E. (2015). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri Ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri İle İlişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM.
- Çalikuşu İncekar M. (2014). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yapılan Eğitimin Gürültü Düzeyini Azaltmadaki Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Yard. Doç. Dr. Serap BALCI.
- Çankırılı A. (2003). Anneliğe ilk adım bebeğimi büyütüyorum. 10. Baskı, İstanbul: Timaş Yayınları, s. 25-50.
- Çavuşoğlu H (2013). Normal yenidoğan ve hemşirelik bakımı. İçinde: Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 2 (10). Baskı, Ankara: Sistem Ofset Basımevi, s. 23-55.
- Çavuşoğlu H. (2015). İlaçların uygulanması. Çavuşoğlu H. (ed). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti. ss. 251-270
- Çetinkaya S, Biberoğlu EH, Kırbaş A, Danışman N. (2017). Erken Doğum Eyleminin Öngörü ve Tanısı. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 27(2):79-93. DOI: 10.5336/gynobstet.2015-45039.
- Çimen S. (2013). Çocuklarda ilaç uygulamaları. Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B (ed). *Pediatric Hemşireliği*. İstanbul: Akademisyen Tıp Kitabevi.

- Dalili H, Sheikhi S, Shariat M, Haghnazarian E. (2016). Effects of baby massage on neonatal jaundice in healthy Iranian infants: a pilot study. *Infant Behavior and Development*, 42: 22-26.
- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, Cox CE, Wunsch H, Wickline MA, Nunnally ME, Netzer G, Kentish-Barnes N, Sprung CL, Hartog CS, Coombs M, Gerritsen RT, Hopkins RO, Franck LS, Skrobik Y, Kon AA, Scruth EA, Harvey MA, Lewis-Newby M, White DB, Swoboda SM, Cooke CR, Levy MM, Azoulay E, Curtis JR. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*, 45:103-128. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002169.
- Degaga GT, Sendo EG, Tesfaye T. (2020). Prevalence of Exclusive Breast Milk Feeding at Discharge and Associated Factors Among Preterm Neonates Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit in Public Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 11; 21–28.
- Ekim A, Ocakçı FA. 2014. Yenidoğan Cilt Bakımında Güncel Yaklaşımlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2): 30-37.
- Eras Z, Atay G, Durgut Şakrucu E, Bingöler EB, Dilmen U. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 97-103. <https://doi.org/10.5350/SEMB2013470301>
- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3): 211-16.
- Erdem E, Sezer Efe Y, Başdaş Ö. (2018). Yenidoğan hemşiresinin rol ve işlevleri. *Türkiye Klinikleri J Pediatr NursSpecial Topics*, 4(1): 38-42.
- Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 104-109.

- Erdeve Ö, Atasay B. (2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Yatış Deneyiminin Aile ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51: 104-9.
- Erdoğan M. (2020). Prematüre Bebeği Olan Annelerin Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. Danışman: Dr.Öğr. Üyesi Nesrin İLHAN.
- Esin MN. (2014). Hemşirelikte Araştırma. Veri Toplama Yöntem ve Araçları, Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliliği. I. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s: 223-231.
- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. (2013). G*Power Version 3.1.7 [computer software]. Universität Kiel, Germany.
- Ferber SG, Kuint J, Weller A, Feldman R, Dollberg S, Arbel E, Kohelet D. (2002). Massage therapy by mothers and trained professionals enhances weight gain in preterm infants. Early Hum Dev, 67(1-2): 37-45.
- Field T. (2002). Massage therapy. Med Clin North Am, 86(1): 163–71.
- Field T. (2017). Newborn massage therapy. International Journal of Pediatrics and Neonatal Health, 1(2):54-64.
- Franck LS, O'Brien K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. Birth Defects Research, 111: 1044-1059.
- Furtak SL, Gay CL, Kriz RM, Scott R, Bolick SC, Lothe B, Cormier DM, Joe P, Sasinski JK, Kim JH, Lin CK, Sun Y, Franck LS. (2021). What parents want to know about caring for their preterm infant: A longitudinal descriptive study. Patient Education and Counseling. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.011>

- Galarza-Winton ME, Dicky T, O’Leary L, Lee SK, O’Brien K. (2013). Implementing Family-Integrated Care in the NICU Educating Nurses. *Advances in Neonatal Care*, 13(5); 335-340.
- Garlı E. (2018). Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri. TC. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Prof. Dr. Nursan ÇINAR.
- Gök D, Yıldırım Sarı H. (2016). Pediatriye ilaç hataları ve hata bildirimi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 6(3): 165-173. <https://doi.org/10.5222/buchd.2016.165>.
- Griffiths N, Spence K, Loughran-Fowlds A, Westrup B. (2019). Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Human Development*, 139. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104840>
- Güçlü A, Kurşun Ş. (2017). Learning Needs at Discharge of Patients Hospitalized in the General Surgery Clinic. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2): 107-113
- Gürol A, Polat S. (2012). The effects of baby massage on attachment between mother and their infants. *Asian Nursing Research*, 6(1): 35-41.
- Gürol A, Polat S. (2019). “Pediatriye Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı: Bir Sistematiik Derleme”. Geçkil E, editör. *Pediatric Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.63-70.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. (2013). Confirmatory factor analysis. In *Multivariate data analysis*. 7th ed. NJ: Pearson Education Limited, p. 600-638.
- Hamilton BE, Hoyert DL, Martin JA, Strobino DM, Guyer B. (2013). Annual summary of vital statistics: 2010-2011. *Pediatrics*, 131(3): 548–58.2019.

- Hansen DL, Tulinius D, Hansen EH. (2008). Adolescents' struggles with swallowing tablets: barriers, strategies and learning. *Pharm World Sci*, 30: 65-9. <https://doi.org/10.1007/s11096-007-9142-y>
- Hariati S, McKenna L, Lusmilasari L, Reisenhofer S, Sutomo R, Febriani ADB, Arsyad DS. (2020). Translation, Adaptation and Psychometric Validation of the Indonesian Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale for Parents of Low Birth Weight Infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 54: 97–104.
- He S, Xiong Y, Zhu L, Lv B, Gao X, Xiong H, Wang H, Shi H, Latour JM. (2018). Impact of family integrated care on infants' clinical outcomes in two children's hospitals in China: a pre-post intervention study. *Italian Journal of Pediatrics*, 44 (1): 1-7.
- Hei M, Gao X, Li Y, Gao X, Li Z, Xia S, Zhang Q, Han S, Gao H, Nong S, Zhang A, Li J, Wang Y, Ye XY, Lee SK. (2021). Family Integrated Care for Preterm Infants in China: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Pediatr*, 228: 36-43.
- Hei M, Gao X, Gao X, Nong S, Zhang A, Zhang Q, Lee SK. (2016). Is family integrated care in neonatal intensive care units feasible and good for preterm infants in China: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 17(22): 1-9.
- Hestevik, CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. (2019). Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Services Research*, 19(1): 224 doi: 10.1186/s12913-019-4035-z.
- Hill SW, Varker AS, Karlage K, Myrdal PB. (2009). Analysis of drug content and weight uniformity for half-tablets of 6 commonly split medications. *J Mamag CarePharm*, 15(3): 253-61. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2009.15.3.253>
- Horbar JD, Badger GJ, Carpenter JH, Fanaroff AA, Kilpatrick S, LaCorte M, Phibbs R, Soll RF. (2002). Members of the Vermont Oxford Network. *Trends in*

mortality and morbidity for very low birth weight infants, 1991-1999. Pediatrics, Jul; 110 (1 Pt 1): 143–51.

Hotun Şahin N, Oskay Ü. (2008). Prematüre Bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerde Ortaya Çıkan Stresörler, Çocuk Dergisi, 8(2):108-113.

Hu LT, Bentler PM. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structural analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling, DOI: 10.1080/10705519909540118

Hua W, Yuwen W, Simoni JM, Yan J, Jiang L. (2020). Parental readiness for hospital discharge as a mediator between quality of discharge teaching and parental self-efficacy in parents of preterm infants. J Clin Nurs, 29: 3754–3763.

Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, Lista G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. Europe's Journal of Psychology, 12(4); 604–621. doi:10.5964/ejop.v12i4.1093.

Ionio C, Mascheroni E, Colombo C, Castoldi F, Lista G. (2019) Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions. Primary Health Care Research & Development, 20(e81): 1–7. doi: 10.1017/S1463423619000021.

Irgaç G. (2013). Yenidoğan bebeği olan annelerin bebek banyosu konusundaki görüşleri ile uygulamalarının sosyal destek algısı ve kaygı düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Doç. Dr. Duygu ARIKAN.

Işık Bayar NT. (2019). Prematüre Bebeklerde Anne Sütü Analizi İle Bireyselleştirilmiş Beslenme Ve Büyümenin Takibi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın, (Danışman: Prof. Dr. Münever KAYNAK TÜRKMEN.

- İmseytoğlu D, Yıldız S. (2012). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Müzik Terapi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 20(2): 160-165.
- İnal S, Yıldız S. (2005). Sağlıklı term bebeklerde düzenli bebek masajının büyüme ve mental-motor gelişime etkisi. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi, 13(54): 35-52.
- İnal S. (2003). Sağlıklı bebeklerde düzenli bebek masajının bebeğin büyüme ve mentalmotor gelişimine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Danışman: Doç.Dr. Suzan YILDIZ.
- İncekar Çalikuşu M, Gözen D. (2019). Preterm Bebeklerde Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım. Journal of Health and Sport Sciences (JHSS), 2(1): 16-20.
- Jacob J, Kamitsuka M, Clark RH, Kelleher AS, Spitzer AR. (2015). Etiologies of NICU Deaths. PEDIATRICS, 135 (1): 59-65. DOI: 10.1542/peds.2014-2967.
- Johnson AN. (2003). Adapting the Neonatal Intensive Care Environment to Decrease Noise. J Perinatal Neonatal Nursing, 17:280-288.
- Jolley J, Shields L. (2009). The evolution of familycentered care. J Pediatr Nurs, 24(2): 164-70.
- Kan Öntürk Z, Gözen D. (2020). The Effects of Dressing up Preterm Infants After Tub Bathing on Moisture Loss: A Randomized Controlled Trial. Clin Exp Health Sci, 1; 1-8. ISSN:2459-1459
- Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. (2017). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Karakoç A, Öztürk C. Nemlendiricilerin Önemi ve Kullanımı. Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dergisi, 1(2): 17-22.
- Karakoç FY, Dönmez L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası, 40: 39-49.

- Kaya A, İşler Dalgıç A. (2019). Pediatrik aile merkezli bakıma ilişkin kanıt temelli uygulamalar. Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.49-54.
- Kaya S, Guven GS, Teleş M, Korku C, Aydan S, Kar A, Kartal N, Koca GŞ, Yıldız A. (2018). Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. J Nurs Manag, 26(3): 295-301. <https://doi.org/10.1111/jonm.12547>. Accessed April 18, 2018.
- Kaynak S, Bal Yılmaz H, Başbakkal Z, Yardımcı F. (2020). Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Gelişimsel Bakım. KSÜ Tıp Fak Der, 15(3): 81-87. DOI: 10.17517/ksutfd.700450
- Kelly H. (2018). Putting families at the heart of their baby's care. Journal of Neonatal Nursing, 24(1): 13-36.
- Kıanmehr M, Moslem A, Moghadam K, Naghavi M, Noghabı S, Moghadam M. (2014). The effect of massage on serum bilirubin levels in term neonates with hyperbilirubinemia undergoing phototherapy. Nautilus, 128(1): 36-41.
- Kirby J, McKeon-Carter R. (2018). “Family integrated care; A Florence Nightingale Foundation scholarship and international journey of discovery for improvement in neonatal care. A review of services”, Journal of Neonatal Nursing, 24, 253–256.
- Kohlendorfer-Kiechl U, Berger C, Inzinger R. (2008). The Effect of Daily Treatment with an Olive Oil/Lanolin Emollient on Skin Integrity in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. Pediatric Dermatology, 25(2): 174- 178. doi:10.1111/j.1525-1470.2008.00627.x.
- Konukbay D, Arslan F. (2011). Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14: 2.
- Koo HY, Moon YI. (1998). Maternal perception of the newborn, confidence and gratification of mothering role. J Korean Acad Nurs, 28(4): 920-30.

- Korkmaz Z, Derince D, Başdaş Ö, Bayat M, Erdem E. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakımın sürekliliği uygulamasına ilişkin hemşirelerin görüşleri: nitel bir çalışma. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3(3): 211-217.
- Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions İn Pediatric Health Care. Maternal and Child Health Journal,16(2): 297-305.
- Kuşeli Dost S, Kaya H. (2015). Validity and Reliability of Turkish Version of the Pretest Intensive Care Nurses' Discharge Planning Perceptions Scale. Florence Nightingale Journal of Nursing, 23(3): 195-202.
- Kürtüncü M, Özdemir A. (2019). Pediatrik yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım. Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.24-9.
- Lamar K. (2012). Nursing Care of the Ventilated Infant. Manual of Neonatal Respiratory Care. 3. Baskı. Springer. 693-698.
- Lee SK, O'Brien K. (2018). Family integrated care: Changing the NICU culture to improve whole-family health. Journal of Neonatal Nursing, 24: 1-3.
- Li Y, Gao XY, Xiang XY, Dai HM, Yang L, Shoo KMY, Hei M. (2016). Effect of family integrate care on the development of preterm infants at 18 months of age. Zhonghua Er Ke Za Zhi, 54(12): 902-907. doi: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2016.12.005.
- Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. (2003). Care dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards. Scand J Caring Sci, 17; 51-56.
- Lubbe W, van der Walt C, Klopper H. (2012). NICU environment - What should it be like? Journal of Neonatal Nursing, 18(3): 90-93. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2012.03.006>

- Ludington-Hoe SM, Golant SK. (1993). Kangaroo care. The Best You Can Do To Help Your Preterm Infant. Bantam Books, USA. ISBN: 0-553-37245-9.
- Ludington-Hoe SM. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. The Journal of Neonatal Nursing, 30(5):357
- Macdonell K, Pytlik K, O'Brien K. (2013). Implementing Family-Integrated Care in the NICU Engaging Veteran Parents in Program Design and Delivery. Advances in Neonatal Care, 13(4): 262-269.
- Manias E, Kinney S, Cranswick N, Williams A. (2014). Medication errors in hospitalised children. J Paediatr Child Health Jan; 50(1): 71-7. doi: 10.1111/jpc.12412.
- McKechie L. (2016). Family-integrated care in the neonatal unit. Infant, 12(3): 79-81.
- Medves MJ, O'Brien B. (2004). The effect of bather and location of first bath on maintaining thermal stability in newborns. Jognn, 33(2): 175-82.
- Mercan K. (2020). Yenidoğan Servisine Yatan Prematüre Bebeklerin Değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Danışman: Doç. Dr. İbrahim CANER.
- Merey Z, Şentepe Lokmanoğlu A. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Dini Başa Çıkma Süreçleri. Bilimname, 37 (1), 1117-1153.
- Meydan CH, Şeşen H. (2011). Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Mirmiran M, Maas YG, Ariagno RL. (2003). Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. Sleep Medicine Reviews, 7(4): 321-334. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0243>

- Mohajan HK. (2017). Two criteria for good measurements in research: Validity and reliability. *Annals of Spiru Haret University. Economic Series*,17(4): 59-82.
- Monaghan J, Kim T, Dol J, Orovec A, Campbell-Yeo M. (2020). Parents' learning needs and preferences in a neonatal intensive care unit: A desire for enhanced communication and eHealth technology. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(2): 101-105. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.09.001>
- Morag I, Ohlsson A. (2011). Cycled light in the intensive care unit for preterm and low birth weight infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, Jan; 1: CD006982. DOI: 10.1002/14651858.CD006982.pub2
- Murch TN, Smith VC. (2016). Supporting Families as They Transition Home. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16: 299–303.
- Murdoch J, Hauck Y, Aydon L, Sharp M, Zimmer M. (2021). When can I hold my baby? An audit of time to first cuddle for preterm babies (<32 weeks) pre introduction and post introduction of a Family-Integrated Care model. *J Clin Nurs*, 00: 1–12. <https://doi.org/10.1111/jocn.15850>.
- Nygqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizun J, Widström AM. (2010). State of the art and recommendations kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Pædiatr*, 99(6): 812-819.
- O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, Christie K, Galarza K, Dicky T, Levin A, Lee SK. (2013). A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (Suppl 1): 1-8.
- O'Brien K, Bracht M, Robson K, Xiang YY, Mirea L, Cruz M, Ng E, Monterrosa L, Soraisham A, Alvaro R, Narvey M, Da Silva O, Lui K, Tarnow-Mordi W, Lee SK. (2015). Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatrics*, 15(210): 1-9. DOI 10.1186/s12887-015-0527-0.

- O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, for the FICare Study Group and FICare Parent Advisory Board. (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: A multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(4): 245–254.
- Okumuş H, Mete S, Yenal K, Aluş Tokat M, Serçekuş FP. (2009). Anne babalar için doğuma hazırlık sağlık profesyoneller için rehber. Okumuş H, Mete S ed, 1. Baskı, Deomed Medikal Yayıncılık, s.155-174.
- Olgun A.B. (2020). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aydınlık- Karanlık Döngüsü Oluşturmanın Prematüre Bebekler Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Doç. Dr. Figen YARDIMCI.
- Osman H, Chaaya M, El Zein L, Naassan G, Wick L. (2010). What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC Public Health*, 10: 611 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/611>.
- Örün E. (2015). Giysiler ve çocuk sağlığı: Ne giysin? Nasıl yıkansın?. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 58(1): 43-49.
- Özkan S, Kocaman G, Öztürk C. (2013). Çocuklarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesine yönelik yöntemlerin etkinliği. *Türk Pediatri Arşivi*, 48(4): 299-302.
- Özlü F, Tunç A, Yıldızbaş HY, Büyükkurt S. (2017). Geç Prematüre Doğan Bebeklerin Postnatal İlk 15 Günde Karşılaştıkları Sorunların Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 60(2): 39-54.
- Öztürk C, Ayar D. (2014). Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım, *DEUHYOED*, 7(4), 315-320.

- Öztürk C, Ayar D. (2019). Pediatriye aile merkezli bakımın çocuk, aile ve hemşireler üzerine yansımaları. Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.12-7.
- Pazarcıkcı F, Efe E. (2017). Preterm Bebeklerin Taburculuk Sonrası Evde Bakımının Sağlanmasında Hemşirenin Rolü. MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg, 5 (1), 45-52.
- Peker N. (2015). Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi Ve Anne-Bebek İlişkisine Etkisi. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sibel Şeker. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER.
- Perk Y. (2012). İndirekt hiperbilirubinemi. İçinde: Neonatoloji'nin temel ilkeleri ve acilleri, Editör: Tunçer M, Özek E. Güneş Kitapevleri, pp.456-460, Ankara.
- Philbin MK. (2004). Planning the acoustic environment of a neonatal intensive care unit. Clin Perinatol, 31:331-352.
- Platonos K, Aloysius A, Banerjee J, Deierl A. (2018). Integrated family delivered care project: Parent education programme. Journal of Neonatal Nursing, 24(1): 29-34.
- Potter A, Perry AG. (2009). Nursing Concept Process and Practice. St. Louis: Mosby Year Book.
- Prematüre ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi. (2018). Türk Neonatoloji Derneği. https://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/premature_rehber_2018.pdf. (Erişim Tarihi: 6 Ocak 2021).
- Priyadarsini IS. (2020). Model- Based on Trust in Delivering Family-Centered Care to neonates admitted in NICU. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940 Volume 9, Issue 1 Ser. XV. (Jan - Feb. 2020), PP 14-19 www.iosrjournals.org.

- Raju TNK, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. (2006). Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) gestations and for late-preterm infants. *Pediatrics*, 118:1207–1214.
- Rivkees SA. (2003). Developing Circadian Rhythmicity in Infants. *Journal of American Academy of Pediatrics*, Aug; 112(2): 373-381.
- Sarak Çiçek G. (2020). Prematüre Bebeğin Bakımında Sosyal Destek Almanın Annelerin Stresle Başa Çıkma Durumuna Etkisi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Doç.Dr. Ayfer AYDIN.
- Sağlık Bakanlığı Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. (2015). <https://istanbulism.saglik.gov.tr/Eklenti/7712/0/emzirmedanismanligielkitabi.pdf.pdf>. (Erişim Tarihi: 10 Ocak 2021).
- Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı (2017). Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/1.2_revizyon_19.11.2019_Temel_Yenidogan_Bakimi_Kitabi_1.pdf.
- Salihoğlu Ö, Hasbal Akkuş C, Hatipoğlu S. (2011). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 7:45-51.
- Sarıkaya Karabudak S, Ergün S. (2018). Yenidoğan hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: *Pediatric Hemşireliği*. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B. (edt). 2. Baskı, Akademisyen Kitabevi, s. 306-314.
- Sarkar R, Basu S, Agrawal RK, Gupta P. (2010). Skin care for the newborn. *Indian Pediatr*, 47(7): 593-8.
- Sezer T, Özcan S, Bozdemir N. (2006). Bakımda süreklilik. *Arşiv Dergisi*, 15: 311-319.
- Sivaslı E, Tekinalp G. (2005). Ventilatöre Bağlı Bebeğin Bakımı. *Yenidoğanda Solunum Desteği*. Güneş Kitabevi. 219-233.

- Smith VC, Dukhovny D, Zupancic JA, Gates HB, Pursley DM. (2012). Neonatal intensive care unit discharge preparedness: primary care implications. *Clin Pediatr (Phila)*, 51(5): 454–461.
- Smith VC, Steelfisher GK, Salhi C, Shen LY. (2012). Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support. *J Perinat Neonatal Nurs*, 26: 343-352.
- Smith VC, Hwang SS, Dukhovny D, Young S, Pursley DM. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *J Perinatol*, 33(6):415-21. doi: 10.1038/jp.2013.23.
- Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Shankaran S, Laptook AR, Walsh MC, Hale EC, Newman NS, Schibler K, Carlo WA, Kennedy KA, Poindexter BB, Finer NN, Ehrenkranz RA, Duara S, Sanchez PJ, O'Shea TM, Goldberg RN, Van Meurs KP, Faix RG, Phelps DL, Frantz ID, Watterberg KL, Saha S, Das A, Higgins RD, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2010). Neonatal Outcomes of Extremely Preterm Infants From the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*, 126(3): 443–456.
- Şencan H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1.Baskı. Ankara: Seçkin Yayınevi, s. 249-260.
- Tabachnick BG, Fidel LS. (2001). *Using Multivariate Statistics*. (Fourth Edition). MA: Allyn & Bacon, Inc.
- Taşkın E. (2014). Aşırı Prematüre Bebek. In M. Satar (Ed.), *Temel Neonatal Tıp* (5. baskı, pp. 126–136). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Tatlı MM, Gürel MS. (2002). Yenidoğanın cilt bakımı. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 11(2): 108-12.
- Tavakol M, Dennick R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *IJME*, 2: 53-55.

- Tavşancıl E. (2006). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tezbaşaran A. (1997). Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Tiryaki Ö, Çınar N. (2016). Devamlı Pozitif Hava Yolu Basıncındaki Yenidoğanın Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 8(1): 79-85.
- Tiryaki Ö, Çınar N. (2021). Scale Development Study: Readiness for Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit and Home Care of Premature Infants by Parents. J Coll Physicians Surg Pak, 31(2): 171-176.
- Tiryaki Ö, Kelağalar E. (2019). Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Sonuçlarımız. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 23(3): 151-159.
- Tiryaki Ö, Zengin H, Çınar N, Umaroglu MM, Latour JM. (2020). Turkish Adaptation and Validation of the EMpowerment of PArents in THE Intensive Care (EMPATHIC-30) Questionnaire to Measure Parent Satisfaction in Neonatal Intensive Care Units. Front. Pediatr, 8:421. doi: 10.3389/fped.2020.00421
- Toru, F. (2020). Hemşirelik Uygulamalarının Kilit Noktası: Bireyselleştirilmiş Bakım. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1); 46-54.
- Toufighi H, Sharifi V, Alaghband-Rad J, Shadloo B. (2018). Development and Implementation of Discharge Planning Service in Roozbeh Hospital. IJPCP, 24(1): 56-69. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2593-en.html>.
- Trindade Z, Cortez MB, Dornelas K, dos Santos M. (2019). First-time fathers: demand for support and visibility. Saude soc. Jan-Mar, 28 (1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170892>
- Turan T, Erdoğan Ç. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Prematüre Bebeğin Gelişiminin Desteklenmesi. JAREN, 4 (2); 127-132.

Tutar Güven Ş, İşler Dalgıç A. (2017). Prematüre Yenidoğanlar İçin Geliştirilmiş Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Programı. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 7: 41-61. Doi: 10.17367/JACSD.2017.1.004.

Tutar Güven Ş, Kaya A, İşler Dalgıç A. (2019). Preterm Bebeklerde Gestasyonel Haftalara Göre Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Uygulamaları. DEUHFED, 12(4): 283-293.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf (Erişim Tarihi: 10 Nisan 2021).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (Erişim Tarihi: 10 Nisan 2021).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf

Utaş S. (2011). Yenidoğanlarda Deri Bakımı. TURKDERM, 45(3): 123-126.

Üğücü G, Yiğit R. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yeni Bir Çağın Başlangıcı: Aile Entegre Bakım. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2): 123-135.

van den Hoogen A, Teunis CJ, Shellhaas RA, Pillen S, Benders M, Dudink J. (2017). How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review. Early Hum Dev, Oct; 113: 78-86. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2017.07.002.

VandenBerg KA. (2007). Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: A practice guideline. Early Human Development, 83: 433-442.

- Wachman EM, Lahav A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, Jul; 96(4): F305-9.
- Warre R, O'Brien K, Lee SK. (2014). Parents as the primary caregivers for their infant in the NICU: benefits and challenges. Neoreviews, 15:472-477.
- White RD. (2006). Consensus Committee Chairman Recommended standards for newborn ICU design. Journal of Perinatology, 26: 2-18.
- Wilhelm KP, Maibach HI. (1990). Factors predisposing to cutaneous irritation. Dermatologic clinics, 8(1): 17-22.
- World Health Organization (WHO). "Preterm birth". <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. (Erişim tarihi: 23 Ocak 2020).
- World Health Organization. (2015). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice. 3rd ed. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 16 Ocak 2020).
- Yalçın M, Özbaş S, Günay İ, Tezel B, Keskinçiliç B, Şencan İ. (Eds.). (2016). Neonatal Resüsitasyon- Yenidoğan Canlandırması. TC. Sağlık Bakanlığı.
- Yalnızoğlu Çaka S, Çınar N. (2019). Gebelerin Yenidoğanın Hijyenik Bakımına Hazır Oluş Ölçeği'nin Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. DEUHFED, 13 (1): 10-18.
- Yalnızoğlu Çaka S. 2020. Primigravida Gebelerin Yenidoğanın Hijyenik Bakım Uygulamalarına Hazır Oluş Düzeylerine Qr Kod Destekli Eğitimin Etkisi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Danışman: Prof.Dr. Nursan ÇINAR.
- Yaşlıoğlu MM. (2017). Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. IUJSB, Special Issue, 46: 74-85.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011 Resmî Gazete Tarihi: 20.07.2011 Resmî Gazete Sayısı: 28000.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>

Yayan EH, Özdemir M, Düken ME, Suna Dağ Y. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Stres Düzeylerinin Belirlenmesi, GÜSBD, 8(1), 82-89.

Yeğen B, Egemen A. (2000). Dokunmanın önemi ve bebek masajı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 9(2): 46-48.

Yemşen Ö, Canefe K. (2014). Tabletlerde bölünebilirliğin farmakoeconomik açıdan değerlendirilmesi. J Clin Anal Med, 5(6): 475-9. <https://doi.org/10.4328/JCAM.1246>

Yılmaz ÖE, Gözen D. (2019). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakımın önemi ve bakım kalitesini geliştirmedeki değeri. Geçkil E, editör. Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.5-11.

Yurdugül H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli.

Zaybak A, Güneş Ü. (2009). Yatağa bağımlı hastalarda yatak banyosunun yaşam bulgularına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(4): 91-95.

Zengin H, Tiryaki Ö, Çınar N. (2021). Eve Geçiş: Preterm Ebeveyn Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1): 31-43. doi: 10.26453/otjhs.811439.

Zengin H, Tiryaki Ö, Karakaya Suzan Ö, Çınar N. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Ebeveyn-Personel İletişimi Algıları Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. DEUHFED, 14(2): 109-116.

Zengin H. (2019). Kanguru Bakımı İçin Giysi Tasarlanması (Sarbebe), Bu Giysiyle Yapılan Kanguru Bakımının Anne Ve Yenidoğanın Konforuna Etkisi. TC. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Danışman: Prof. Dr. Nursan ÇINAR.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni



Ek 2. Bilgilendirmiş Gönüllü Olur Formu (birinci aşama için)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ) prematüre bebeği yatan ve hastaneden bebeklerinin taburculuğu planlanan ebeveynlerin (anne/baba) taburculuğa hazır olma durumlarını incelemek amacıyla geliştirilecek ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak için planlanmıştır. Bu amaçla çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sizden çalışma ile ilgili anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Bu işlemler sizin yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken ihtiyaç duyduğunuz bilgileri istemeye; doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak ihtiyaç duymanız halinde, numaralı telefondan araştırmacıya ulaşmanız mümkündür. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu araştırmaya katılmamak sizin almakta olduğunuz hizmeti kesinlikle etkilemeyecektir. İstedığınız zaman haber vererek çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz; ayrıca gerekli görüldüğü durumda araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Araştırmaya katıldığınız takdirde, çalışmada yapılacak harcamalar ile ilgili sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Ayrıca araştırma sonunda size ait bilgiler, kimliğiniz açıklanmadan sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim veya istediğim zaman gerekçeli/gerekçesiz araştırmadan ayrılabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun eğitimime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Tamamen kendi irademle adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

Tarih:

Gönüllünün Adı-Soyadı

İmza:

Telefon no:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı: Öznur TİRYAKİ

Tarih:

İmza:

Ek 3. T B TAK Kabul Formu



Ek 4. ClinicalTrials Onayı



Ek 5. Birinci Aşama Anne Soru Formu

Anne Demografik Soru Formu (Birinci Aşama)

1-Yaşınız?

2-Eğitim Durumunuz? a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite d) Diğer:.....

3-Çalışıyormusunuz? a)Evet b)Hayır

4-Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

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

5-Aile tipiniz? a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

6-Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi? a) Evet b) Hayır

7-Doğum şekliniz nasıldı? a) Normal b) Sezeryan

8-Bebğinizin Cinsiyeti: a) Kız b) Erkek

9-Bebğiniz kaç haftalık doğdu? a)..... b)Bilmiyorum

10-Bebğin küvözde yatışının kaçınıcı günü? a)..... b)Bilmiyorum

11-Bebğinizin doğum ağırlığı ne kadardı? a)..... b)Bilmiyorum

12-Bebğinizizi ne sıklıkla ziyarete geliyorsunuz?

a)Günde 1 defa b)Hafta 1 defa c)3 saat arayla d)Bebğimi hiç görmedim
e)Diğer

13-Bebğiniz hakkında kimden bilgi alıyorsunuz?

a)Doktor b) Hemşire c)Sekreter d)Hiç bilgi alamadım

14. Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizi tanımlamaktadır?

a) Anneliğe hazır değilim; bu yüzden bebekle ilgilenme konusunda desteğe ihtiyacım duyacağım.

b) Anneliğe hazır değilim ama bebğimin bakımını yapmaya çalışacağım.

c) Bebgimin bakımını isteyerek yapacağım ve eşim bu konuda bana destek olacaktır.

d) Anneliğe hazırım.

Ek 6. Birinci Aşama Baba Soru Formu

Baba Demografik Soru Formu (Birinci Aşama)

1-Yaşınız?

2-Eğitim Durumunuz? a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite d)Lisansüstü e) Diğer.....

3-Çalışıyormusunuz? a) Evet b) Hayır

4-Yanıtınız evet ise mesleğinizi yazarmısınız?

5-Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

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

6-Aile tipiniz? a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

7-Evlenme Yaşınız?

8-Bebğinizin Cinsiyeti: a) Kız b) Erkek

9-Bebğiniz kaç haftalık doğdu? a)..... b)Bilmiyorum

10-Bebğin küvözde yatışının kaçınıcı günü? a)..... b)Bilmiyorum

11-Bebğinizin doğum ağırlığı ne kadardı? a)..... b)Bilmiyorum

12-Bebğinizi ne sıklıkla ziyarete geliyorsunuz?

a)Günde 1 defa b)Hafta 1 defa c)3 saat arayla d)Bebğimi hiç görmedim
e)Diğer

13-Bebğiniz hakkında kimden bilgi alıyorsunuz?

a)Doktor b) Hemşire c)Sekreter d)Hiç bilgi alamadım

14-Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizi tanımlamaktadır?

a)Babalığa hazır değilim; bu yüzden bebekle ilgilenme konusunda eşime destek olamayabilirim.

b) Babalığa hazır değilim ama bebeğin bakımını yapmaya çalışarak eşime destek olabilirim.

c) Bebeğimin bakımını isteyerek yapabilirim ve eşime bu konuda destek olabilirim.

d) Babalığa hazırım, ama işlerim nedeniyle eşime çok fazla yardımcı olamayabilirim.

Ek 7. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği Taslağı

Sayın katılımcı,

Sizden istenilen, ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneği yuvarlak içine almanızdır. Yanıtlar **Hazır değilim'den.....Tamamen hazırım'a** kadar 1 ile 7 arasında derecelendirilmiştir. Taburculuk sonrası evde bebeğinizin bakımına hazıroluşluğunuzu en iyi tanımlayan 1 ile 7 arasındaki sayıyı seçiniz. Lütfen her ifadeye mutlaka **TEK** yanıt veriniz ve kesinlikle **BOŞ** bırakmayınız. Değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

1	2	3	4	5	6	7
Hiç hazır değilim			Kararsızım		Tamamen hazırım	

İfadeler	Derecelendirme						
1-Bebeğimi emzirebilirim.							
2-Bebeğimi besleyebilirim (kaşıkla, kapla vb.).	1	2	3	4	5	6	7
3-Gerektiğinde sütümü sağıp/saklayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
4-Gerekli durumda sağılmış/saklanmış anne sütünü uygun şekilde hazırlayarak bebeğime verebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5-Bebeğimin yeterli beslendiğini anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
6-Bebeğimin gazını çıkartabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
7-Bebeğimde bir sağlık sorun olduğunda anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8-Bebeğimin vücut ısını uygun aralıkta tutabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9-Bebeğimin vücut ısındaki normal olmayan değişiklikleri (soğuk veya sıcak) anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
10-Bebeğimin alt bakımını doğru bir şekilde yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11-Gerektiği durumda bebeğimin göz bakımını yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
12-Gerektiği durumda bebeğimin ağız bakımını yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
13-Gerektiği durumda bebeğimin burun temizliğini yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

14-Gerektiği durumda bebeğimin kulak temizliğini yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15-Bebeğime güvenli bir şekilde banyo yaptırabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
16-Bebeğimin tırnaklarını doğru bir şekilde kesebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17-Bebeğimin giysilerini <u>tek başıma</u> giydirebilirim/çıkarabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
18-Bebeğimin giysilerinin temizliğini sağlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19-Gerektiğinde bebeğimin ilaçlarını <u>tek başıma</u> tarif edildiği gibi verebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
20-Bebeğimi tek başıma uyutabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
21-Bebeğim için güvenli uyku ortamı sağlayabilirim.							
22-Bebeğimin uyandığını hemen anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
23-Bebeğimi uygun şekilde tutarak taşıyabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
24-Acil durumda yardım isteyebilirim (uygun kişi ve yerden).	1	2	3	4	5	6	7
25-Bebeğimin sağlık kontrollerini düzenli yaptırabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 8. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği Taslağı

Sayın katılımcı,

Sizden istenilen, ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneği yuvarlak içine almanızdır. Yanıtlar **Hazır değilim'den.....Tamamen hazırım'a** kadar 1 ile 7 arasında derecelendirilmiştir. Taburculuk sonrası evde bebeğinizin bakımına hazıroluşuğunuzu en iyi tanımlayan 1 ile 7 arasındaki sayıyı seçiniz. Lütfen her ifadeye mutlaka **TEK** yanıt veriniz ve kesinlikle **BOŞ** bırakmayınız. Değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Hiç hazır değilim

Kararsızım

Tamamen hazırım

İfadeler	Derecelendirme
1-Bebeğimin bakımında sorumluluk alabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
2-Eşim bebeği emzirirken ona destek olabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
3-Bebeğimi besleyebilirim (kaşıkla, kapla vb).	1 2 3 4 5 6 7
4-Gerekli durumda sağılmış/saklanmış anne sütünü uygun şekilde hazırlayarak bebeğime verebilirim.	1 2 3 4 5 6 7
5-Bebeğimin yeterli beslendiğini anlayabilirim	1 2 3 4 5 6 7
6-Bebeğimin gazını çıkartabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
7-Bebeğimde bir sağlık sorun olduğunda anlayabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
8-Bebeğimin vücut ısını uygun aralıkta tutabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
9-Bebeğimin vücut ısısındaki normal olmayan değişiklikleri (soğuk veya sıcak) anlayabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
10-Bebeğimin alt bakımını doğru bir şekilde yapabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
11-Gerektiği durumda bebeğimin göz bakımını yapabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
12-Gerektiği durumda bebeğimin ağız bakımını yapabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
13-Gerektiği durumda bebeğimin burun temizliğini yapabilirim.	1 2 3 4 5 6 7
14-Gerektiği durumda bebeğimin kulak temizliğini yapabilirim.	1 2 3 4 5 6 7

15-Bebeğime güvenli bir şekilde banyo yaptırabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
16-Bebeğimin tırnaklarını doğru bir şekilde kesebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17-Bebeğimin giysilerini tek başıma giydirebilirim/çıkarabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
18-Bebeğimin giysilerinin temizliğini sağlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19-Gerektiğinde bebeğimin ilaçlarını tek başıma tarif edildiği gibi verebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
20-Bebeğimi tek başıma uyutabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
21-Bebeğim için güvenli uyku ortamı sağlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
22-Bebeğimin uyandığını hemen anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
23-Bebeğimi uygun şekilde tutarak taşıyabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
24-Acil durumda yardım isteyebilirim (uygun kişi ve yerden).	1	2	3	4	5	6	7
25-Bebeğimin sağlık kontrollerini düzenli yaptırabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 9. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Annenin Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği

İfadeler	Derecelendirme						
1-Bebeğimi emzirebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
2-Bebeğimi besleyebilirim (kaşıkla, kapla vb.).	1	2	3	4	5	6	7
3-Gerekli durumda sağılmış/saklanmış anne sütünü uygun şekilde hazırlayarak bebeğime verebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
4-Bebeğimin yeterli beslendiğini anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5-Bebeğimde bir sağlık sorun olduğunda anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
6-Bebeğimin vücut ısısını uygun aralıkta tutabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
7-Bebeğimin vücut ısısındaki normal olmayan değişiklikleri (soğuk veya sıcak) anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8-Bebeğimin alt bakımını doğru bir şekilde yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9-Gerektiği durumda bebeğimin göz bakımını yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
10-Gerektiği durumda bebeğimin ağız bakımını yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11-Gerektiği durumda bebeğimin burun temizliğini yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
12-Gerektiği durumda bebeğimin kulak temizliğini yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
13-Bebeğime güvenli bir şekilde banyo yaptırabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
14-Bebeğimin tırnaklarını doğru bir şekilde kesebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15-Bebeğimin giysilerini <u>tek başıma</u> giydirebilirim/çıkarabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
16-Bebeğimin giysilerinin temizliğini sağlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17-Gerektiğinde bebeğimin ilaçlarını <u>tek başıma</u> tarif edildiği gibi verebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
18-Bebeğimi tek başıma uyutabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19-Bebeğimin uyandığını hemen anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
20-Bebeğimi uygun şekilde tutarak taşıyabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
21-Acil durumda yardım isteyebilirim (uygun kişi ve yerden).	1	2	3	4	5	6	7
22-Bebeğimin sağlık kontrollerini düzenli yaptırabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 10. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Olan Babanın Taburculuğa ve Evde Bakıma Hazır Oluş Ölçeği

İfadeler	Derecelendirme						
1-Bebeğimin bakımında sorumluluk alabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
2-Eşim bebeği emzirirken ona destek olabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
3-Bebeğimi besleyebilirim (kaşıkla, kapla vb).	1	2	3	4	5	6	7
4-Gerekli durumda sağılmış/saklanmış anne sütünü uygun şekilde hazırlayarak bebeğime verebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
5-Bebeğimin yeterli beslendiğini anlayabilirim	1	2	3	4	5	6	7
6-Bebeğimin vücut ısını uygun aralıkta tutabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
7-Bebeğimin vücut ısındaki normal olmayan değişiklikleri (soğuk veya sıcak) anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8-Bebeğimin giysilerinin temizliğini sağlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9-Bebeğimin alt bakımını doğru bir şekilde yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
10-Gerektiği durumda bebeğimin göz bakımını yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11-Gerektiği durumda bebeğimin ağız bakımını yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
12-Gerektiği durumda bebeğimin burun temizliğini yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
13-Gerektiği durumda bebeğimin kulak temizliğini yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
14-Bebeğime güvenli bir şekilde banyo yaptırabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15-Bebeğimin tırnaklarını doğru bir şekilde kesebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
16-Bebeğimi tek başıma uyutabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17-Bebeğim için güvenli uyku ortamı sağlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
18-Bebeğimin uyandığını hemen anlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19-Bebeğimi uygun şekilde tutarak taşıyabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
20-Bebeğimin sağlık kontrollerini düzenli yaptırabilirim	1	2	3	4	5	6	7

Ek 11. Sağlık Çalışanlarına ve Hemşirelere Yönelik Aile Entegre Bakım Modeli Ders Planları

Saat	Eğitim Konuları (Hemşirelere Yönelik)
09:00-14:00	YYBÜ’ünde Ebeveyn Deneyimi -Ebeveyn Bebek arasındaki bağlanma -Prematüre doğumun psikolojik etkileri -Postpartum depresyon -Hemşirelerin yaşadığı güçlükler
	Aile Entegre Bakım Modelinin Hemşirelerden Beklentileri
	Aile Entegre Bakım Modelinde Ebeveynlerin Rolü ve Sorumlulukları
	Hemşirelerin Eğitim ve Danışmanlık Rolü
	Örnek Olay

Saat	Eğitim Konuları (Diğer Sağlık Profesyonellerine Yönelik)
09:00-12:00	YYBÜ’ünde Ebeveyn Deneyimi -Ebeveyn Bebek arasındaki bağlanma -Prematüre doğumun psikolojik etkileri -Postpartum depresyon
	Aile Entegre Bakım Modelinde Ebeveynlerin Rolü ve Sorumlulukları
	Hemşirelerin Eğitim ve Danışmanlık Rolü
	Örnek Olay

Ek 12. Ebeveynlere Yönelik Haftalık Ders Planı

Saat	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
13:30 - 14:00	Ünitenin ve Çalışanların Tanıtımı Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	El Hijyeni, Kanguru Bakımı, Alt bakımı Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Emzirme Danışmanlığı Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Oksijen Tedavisi ve Alarm Sesleri Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Ebeveynlerle Çay-Kahve Zamanı Haftanın Değerlendirmesi	*Hafta içi programın tekrarı	*Hafta içi programın tekrarı
14:10 - 14:40	Ünitede Rutin Bakım Uygulamaları Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Masaj, Gelişimsel Bakım Uygulamaları Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Emzirme Danışmanlığı Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Bebeğin Eşyalarını Hijyeni Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Ebeveynliği Hazırlık, Stresle Başetme Eğitmen Kurum Psikologu		
14:50 - 15:20	Aile Entegre Bakımın Tanıtımı Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Banyo ve Cilt Bakımı, Pozitif Dokunma Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	YYBÜ'de beslenme çeşitleri (OG, NG, Enjektör vb) Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Evde İlk Yardım Uygulamaları Eğitmen Uz. Hem. Öznur TİRYAKİ	Deneyimli (Akran) Ebeveynlerle Destek Eğitimi Moderatör: Uz.Hem.Öznur TİRYAKİ		
15:20 - 15:30	Soru-Cevap	Soru-Cevap	Soru-Cevap	Soru-Cevap	Soru-Cevap		

***Not: Hafta içi eğitimlere katılmayan ebeveynlere hafta sonu uygun saat aralıklarında eğitimler yapılacaktır.**

Ek 13. Anne Soru Formu (İkinci Aşama)

Yaşınız?

Eğitim Durumunuz?

a) İlköğretim b) Lise c) Önlisans/ Üniversite d) Lisansüstü

Çalışıyormusunuz?

a) Evet b) Hayır

Mesleğiniz?

Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

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

Aile tipiniz?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

Nerede oturuyorsunuz?

a) İl b) İlçe c) Köy

Evlenme Yaşınız?

Toplam gebelik sayısı (düşük, ölü doğum, kürtaj belirtilmeli)

Gebeliğinizin oluşma şekli?

a) Spontan b) tüp bebek c) aşıllama

Gebeliğinizin planlı bir gebelik miydi?

a) Evet b) Hayır

Doğum şeklini işaretlemisiniz?

a) Normal b) Sezaryen c) Acil Sezaryen

Gebeliğiniz süresince doktor kontrolüne gittiniz mi?

a. Evet (ise bir sonraki soruyu yanıtlayınız)

b. Hayır

Kontrolle kaç kez gittiniz, sayı yazınız?

Şuan da bebeğin bakımında kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Evde bebeğinizin bakımında kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Bebеğinizin bakımı ile ilgili şuan kaygı yaşıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Evde bebeğinize nasıl bakacağınız ile ilgili şuan kaygı hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Taburculuktan sonra evde bebeğin bakımı ile ilgili kaygı yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Bebеğinizin taburcu olmasına kendinizi hazır hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Taburcu olduktan sonra evde bebek bakımı ile ilgili destek alabileceğiniz kişi var mı?

a) Evet (ise bir sonraki soruyu yanıtlayınız)

b) Hayır

Destek alacağınız kişiyi yazınız?

Taburcu olunca evde bebeğinizin bakımı ile ilgili güçlük yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

a. Evet (ise bir sonraki soruyu yanıtlayınız)

b. Hayır

Yanıtınız evet ise bu güçlükler nelerdir yazar mısınız?

Bebek bakımı ile ilgili mevcut bilgilerinizi nerenden edindiniz?

a. Sağlık personeli
b. Kitap, dergi v.b.
c. Televizyon, internet
d. Akrabalar, komşular
d. Diğer.....

Ek 14. Baba Soru Formu (İkinci Aşama)

Yaşınız?

Eğitim Durumunuz?

a) İlköğretim b) Lise c) Önlisans/ Üniversite d) Lisansüstü

Çalışıyormusunuz?

a) Evet b) Hayır

Mesleğiniz?

Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

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

Aile tipiniz?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

Nerede oturuyorsunuz?

a) İl b) İlçe c) Köy

Evlenme Yaşınız?

Şuan da bebeğin bakımında kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Evde bebeğinizin bakımında kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Bebeğinizin bakımı ile ilgili şuan kaygı yaşıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Evde bebeğinize nasıl bakacağınız ile ilgili şuan kaygı hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Taburculuktan sonra evde bebeğin bakımı ile ilgili kaygı yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Bebeğinizin taburcu olmasına kendinizi hazır hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Taburcu olduktan sonra evde bebek bakımı ile ilgili destek alabileceğiniz kişi var mı?

a) Evet (ise bir sonraki soruyu yanıtlayınız) b) Hayır

Destek alacağınız kişiyi yazınız?

Taburcu olunca evde bebeğinizin bakımı ile ilgili güçlük yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

a. Evet (ise bir sonraki soruyu yanıtlayınız) b. Hayır

Yanıtınız evet ise bu güçlükler nelerdir yazar mısınız?

Bebek bakımı ile ilgili mevcut bilgilerinizi nerenden edindiniz?

a. Sağlık personeli b. Kitap, dergi v.b.
c. Televizyon, internet d. Akrabalar, komşular
e. Diğer.....

Ek 15. Bebeğin Bilgi Formu

Tanı:

Kontrol Grubu () Girişim Grubu ()

Cinsiyet: Kız Erkek

Doğum Tarihi:

Gebelik Haftası:

Apgar Puanı:

Doğum Ağırlığı :

Doğum Boyu (cm) :

Doğum Baş Çevresi:

YYBÜ yattığı tarih:

Toplam Yattığı gün sayısı:

MV gün sayısı:

CPAP gün sayısı

Enteral Beslenme Başlangıç Günü:

İlk Anne Ziyaret Zamanı:

İlk Kanguru (anne) Zamanı:

İlk Anne Sütü Alma Zamanı:

İlk Banyo (anne) Zamanı:

Taburculuk Ağırlığı:

Taburculuktaki Boyu:

Taburculuktaki Baş Çevresi:

YYBÜ çıktığı tarih:

Full Enteral Başlangıç Günü:

İlk Baba Ziyaret Zamanı:

İlk Kanguru (baba) Zamanı:

İlk Anneyi Emme Zamanı:

İlk Banyo (baba) Zamanı:

Ek 16. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Girişim Grubu)

Bu çalışma, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ) prematüre bebeği yatan ve hastaneden bebeklerinin taburculuğu planlanan ebeveynlerde (anne/baba) Aile Entegre (İşbirliği) Bakım modelinin etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın girişim grubuna seçildiğiniz. Aile Entegre (İşbirliği) Bakım modeli uygulamasına davet edilerek bebeğinizin YYBÜ'sinden taburcu oluncaya kadar ki bakım süreci eğitim ve danışmanlık desteğimizle beraber yürütülecektir.

Prematüre bebeklerin hastaneden ayrıldıktan sonra yeniden hastaneye yatışlarının azaltılmasında, komplikasyon belirtilerinin erken dönemde tespit edilmesinde, preterm bebeğin aile ortamının değerlendirilmesinde, ebeveynlerin preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik kaygı durumlarının ve yeterliliklerinin değerlendirilmesinde, ebeveynlerin bakıma katılmalarının sağlanmasında, becerilerinin artırılması ve cesaretlendirilmelerinde, ebeveynlerin eksik oldukları konularda eğitim alabilecekleri bir fırsat oluşturulmasında, bebek ve ailesinin günlük hayata adaptasyonlarının sağlanmasında, gelişimsel izlem ve desteğin yapılmasında, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde evde bakım faaliyetleri oldukça değerli uygulamalardır. Taburculuğa hazır oluş durumunuzu değerlendirmek amacıyla sosyo demografik verileri içeren soru formunu ve taburculuk sürecine yönelik ölçek maddelerini eksiksiz olarak doldurmanız gerekecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken ihtiyaç duyduğunuz bilgileri istemeye; doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak ihtiyaç duymanız halinde, numaralı telefonda araştırmacıya ulaşmanız mümkündür.

Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu araştırmaya katılmamak sizin almakta olduğunuz hizmeti kesinlikle etkilemeyecektir. İstedığınız zaman haber vererek çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz; ayrıca gerekli görüldüğü durumda araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz.

Araştırmaya katıldığınız takdirde, çalışmada yapılacak harcamalar ile ilgili sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Ayrıca araştırma sonunda size ait bilgiler, kimliğiniz açıklanmadan sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim veya istediğim zaman gerekçeli/gerekçesiz araştırmadan ayrılabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Tamamen kendi irademle adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

Tarih:

Gönüllünün Adı-Soyadı

İmza:

Telefon no:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı: Öznur TİRYAKİ

Tarih:

İmza:

Ek 17. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Kontrol Grubu)

Bu çalışma, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ) prematüre bebeği yatan ve bebeklerinin taburculuğu planlanan ebeveynlerin (anne/baba) YYBÜ'si ekibi tarafından verilen rutin bakım uygulamalarının hazır oluşluk durumuna etkisini incelemek amacıyla kontrol grubuna dahil oldunuz.

Prematüre bebeklerin hastaneden ayrıldıktan sonra yeniden hastaneye yatışlarının azaltılmasında, komplikasyon belirtilerinin erken dönemde tespit edilmesinde, preterm bebeğin aile ortamının değerlendirilmesinde, ebeveynlerin preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik kaygı durumlarının ve yeterliliklerinin değerlendirilmesinde, ebeveynlerin bakıma katılmalarının sağlanmasında, becerilerinin arttırılması ve cesaretlendirilmelerinde, ebeveynlerin eksik oldukları konularda eğitim alabilecekleri bir fırsat oluşturulmasında, bebek ve ailesinin günlük hayata adaptasyonlarının sağlanmasında, gelişimsel izlem ve desteğin yapılmasında, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde evde bakım faaliyetleri oldukça değerli uygulamalardır. Taburculuğa hazır oluş durumunuzu değerlendirmek amacıyla sosyo demografik verileri içeren soru formunu ve taburculuk sürecine yönelik ölçek maddelerini eksiksiz olarak doldurmanız gerekecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken ihtiyaç duyduğunuz bilgileri istemeye; doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak ihtiyaç duymanız halinde, numaralı telefonda araştırmacıya ulaşmanız mümkündür.

Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu araştırmaya katılmamak sizin almakta olduğunuz hizmeti kesinlikle etkilemeyecektir. İstedığınız zaman haber vererek çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz; ayrıca gerekli görüldüğü durumda araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

Araştırmaya katıldığınız takdirde, çalışmada yapılacak harcamalar ile ilgili sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Ayrıca araştırma sonunda size ait bilgiler, kimliğiniz açıklanmadan sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim veya istediğim zaman gerekçeli/gerekçesiz araştırmadan ayrılabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Tamamen kendi irademle adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

Tarih:

Gönüllünün Adı-Soyadı

İmza:

Telefon no:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı: Öznur TİRYAKİ

Tarih:

İmza:



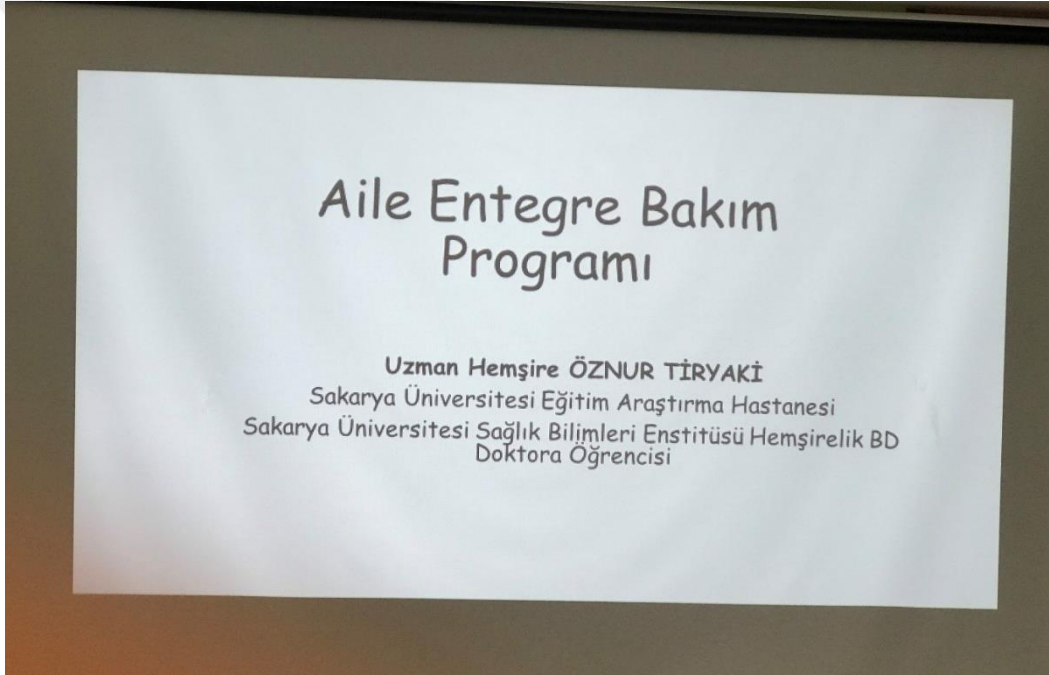
Şekil 7. Araştırmacının Eğitimden Görüntüsü



Şekil 8. Ebeveyn grup eğitimi



Şekil 9. Ebeveyn destek grubu



Şekil 10. Eğitim Sunum Görseli



Şekil 11. Hemşire Tarafından Banyo Uygulaması



Şekil 12. Anne Alt Bakım Uygulaması



Şekil 13. Baba Alt Bakım Uygulaması



Şekil 14. Baba Kanguru Bakımı



Şekil 15. Anne Kanguru Bakımı



Şekil 16. Anne Göz Bakımı



Şekil 17. Baba Göz Bakımı



Şekil 18. Baba Sarmalama Banyo



Şekil 19. Anne Sarmalama Banyo



Şekil 20. Banyo Sonrası Bebeği Sarma 1



Şekil 21. Banyo Sonrası Bebeği Sarma 2



Şekil 22. Banyo Sonrası Bebeği Sarma 3

**EK 18. Prematüre Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden
Taburculuğa Hazırlanması Ebeveynler İçin Rehber**



**Ayaklarım Minik, Yolum Zor Olabilir, Ama Yalnız
Yürümüyorum.**

Anneciğim, Babacığım...

ÖZNUR TİRYAKİ

**Bu kitapçık doktora tezi projesi kapsamında Prof. Dr. Nursan
ÇINAR danışmanlığında Uzman Hemşire Öznur TİRYAKİ
tarafından hazırlanmıştır.**

ÖNSÖZ

Kıymetli Anneler ve Babalar

Öncelikle siz ve bebeğiniz yenidoğan yoğun bakım ünitemizde misafirimizsiniz. Bebeğinizin yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul edilmesinin sizin için çok zor olabileceğini biliyoruz.

Ünitemizde yüksek riskli, sıklıkla kritik hasta yenidoğanlara bakım ve tedavi sağlanmaktadır.

Sevgili ebeveynler en iyi bakımın bile sizin varlığınızın ve sevginizin yerini alamayacağına inanıyoruz.

Amacımız; sizlerle ortak çalışmak, sizleri etkin-eğitilmiş-güçlenmiş ebeveynler olarak görmek istiyoruz. Her anne ve baba bebeklerinin bakımı için birer uzmandır.

Bu eğitim rehberi ebeveynlik yolculuğuna hazırlanmanıza ve bebeğinizdeki değişiklikleri anlamana yardımcı olacaktır.

Prof. Dr. Nursan ÇINAR

Uzman Hemşire Öznur TİRYAKİ

İÇİNDEKİLER

Prematüre Bebeğin Görünümü

Prematüre Bebeğin Beslenmesi

Prematüre Bebeğin Ağız, Burun, Göz, Kulak ve Alt Bakımı

Prematüre Bebeğin Banyosu ve Tırnak Bakımı

Prematüre Bebeğin Giysi Hijyeni

Prematüre Bebeğin Aşıları

Prematüre Bebeğin İlaçları

Prematüre Bebeğin Uykusu

Prematüre Bebeğin Sağlık Kontrolleri



Prematüre Bebeğin Görünümü

Prematüre bebekler otuz yedinci gebelik haftasından önce canlı doğan bebekleri tanımlamaktadır. Prematüre bebeğin başı gövdesine göre prematüre olmayan (normal) bebeklere göre daha büyüktür. Kulak kıkırdağının yapısı yumuşaktır. Mide hacmi az, midenin boşalma süresi geçtir. Tırnaklar yumuşak ve kısadır. Göbek bağı geç kurur, geç düşür Prematüre bebeklerin gününde doğan bebeklere göre bazı gereksinimler vardır. Bunlar;

- Vücudun sıcaklığını muhafaza etme,
- Solunumu düzenleme,
- Beslenme takibi,
- Enfeksiyona karşı koruma,

- Büyüme ve gelişimin takibi.



<https://raisingchildren.net.au/pregnancy/premature-birth/premature-labour-birth/premature-birth>

Prematüre Bebeğin Beslenmesi

Prematüre bebeklerin beslenmesinde eğer bebek emerek beslenemeyecek durumda ise doğum sonrası ilk saatlerden başlanarak anne göğsünün elle sağılması gerekir. Elde edilen birkaç damlalık kolostrumun bebeğe verilmesi bebek için hayati önem taşımaktadır. Memeden emerek beslenemeyecek bebekler için doğumdan sonra ki en erken dönemde anne sütünün sağılması, verilebiliyorsa bebeğe verilmesi, elde biriken (kalan) anne sütünün

uygun şartlarda saklanıp muhafaza edilmesi son derece önemlidir. İlk 14 gün anne sütünün başarıyla sağılması, ilerleyen günlerde anne ile bebek arasındaki emzirme sürecinin başarısını artıracaktır. Anne sütü bir gün içinde en az 6 kez, genelde 8-12 kez sağılmalıdır. Elle sağma, pompa ile sağarken memeye masaj ve iki memenin aynı anda sağılması, sağılan süt miktarı artıran uygulamalardır.

Sağılan anne sütü oda ısında 3 saat, buzdolabının raf kısmında 3 gün, dondurucuda 3 ay kalabilir. Dondurulan süt çözündürüldüğünde 24 saat içerisinde tüketilmeli, artanı atılmalıdır. Sütün ziyan olmaması için küçük porsiyonlarda paketlenmelidir. Paketlerin üzerine tarih ve saat yazılmalı, kullanılacağı zaman en eski tarihli olanlar tüketilmelidir. Sağlık Bakanlığı yaşamın ilk alt ayında tek başına (sadece) anne sütü ile beslenmeyi, altıncı aydan sonra uygun tamamlayıcı besinlere geçilmesini, emzirmenin yada anne sütünün bebeğin iki yaş ve ötesine kadar sürdürülmesini önermektedir. Her anne- bebek için standart bir emzirme pozisyonu yoktur. Çünkü her anne - bebek çok farklı ve özeldir. Kendinizi yastıklarla destekleyebilir, emzirme yastığı kullanabilirsiniz.



Beşik Pozisyonu: Bebeğinizin gövdesi size dönük olmalıdır. Bebeğinizin başı dirseğinizin içine gelecek ve rahat hareket edebilecek şekilde tüm omurgayı destekleyiniz. Emzirmenin daha rahat olması için kucağınıza bir yastık alarak destek sağlayabilirsiniz.



Koltuk Altı Pozisyonu: Özellikle sezaryen sonrasında, memelerin yapısı olarak büyük olduğu durumlarda ve ikiz bebek emzirme de bu pozisyon rahat ve kullanışlı olabilir. Yastık kullanmanız işinizi kolaylaştıracaktır.

Prematüre Bebeğin Göz Bakımı: Bebeğin gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakım uygulaması gerekmez. Her bir göz; kaynatılmış ıltılmış suya batırılan tülbent/gazlı bez/pamuk tamponlar ile içten dışa doğru nazikçe silinmelidir. Eğer gözde çapak, akıntı gibi enfeksiyon durumu söz konusu ise bir tampon kullanılabilir. İşlem sırasında göze fazla bastırılmamalı, içten dışa doğru göz kapakları silinmelidir. Uygulama çapak temizleninceye

kadar tekrarlanmalıdır. Enfeksiyonun bir gözden diğerine yayılmasını önlemek için her bir göze ayrı bir gazlı bez veya tülbent kullanılmalıdır. Kullanılan malzeme mümkünse steril olmalıdır.



Prematüre Bebeğin Burun Bakımı: Bebekler burun solunumu yaptığı için burnunun tıkalı olmaması gerekir. Kaynatılmış ılık suya temiz bir gazlı bezin ya da tülbentin ucu bükülüp batırılır nazıkçe burun içi temizlenir.

Prematüre Bebeğin Ağız Bakımı: Temel hijyenik uygulamaların önemli birleşeni olan ağız bakımı dil ve ağız içi mukozası normal görünüyorsa özel bir bakım uygulamasına gerek yoktur. Ağız bakımında bebek sırt üstü pozisyonda, baş altına hafif bir destek konularak yatırılır. Öncelikle ağız içi kontrol edilir. Bir elin serçe parmağına gazlı bez/tülbent sarılarak kaynatılmış ıslatılmış suyla ıslatılır ve bebeğin ağzının içi, dili, diş etlerinin iç ve dış bölgeleri ve yanakların içi hafifçe bastırarak silinmelidir. Emziren annelerin meme başı temizliğine ve kendi el hijyenini de sürdürmelidir.

Prematüre Bebeğin Alt Bakımı: Genital bölge temizliği kız ve erkek çocuklar için farklı yöntemlerle uygulanır. Kız çocuklarda labialar ve vulva kıvrımları hafif aralanarak yukarıdan aşağıya doğru tek yönde temizlenmelidir. Kız çocuklarda özellikle silme yönü üriner enfeksiyon riski açısından önemlidir. Erkek çocuklarda penis başından başlanarak dairesel hareketler ile penis

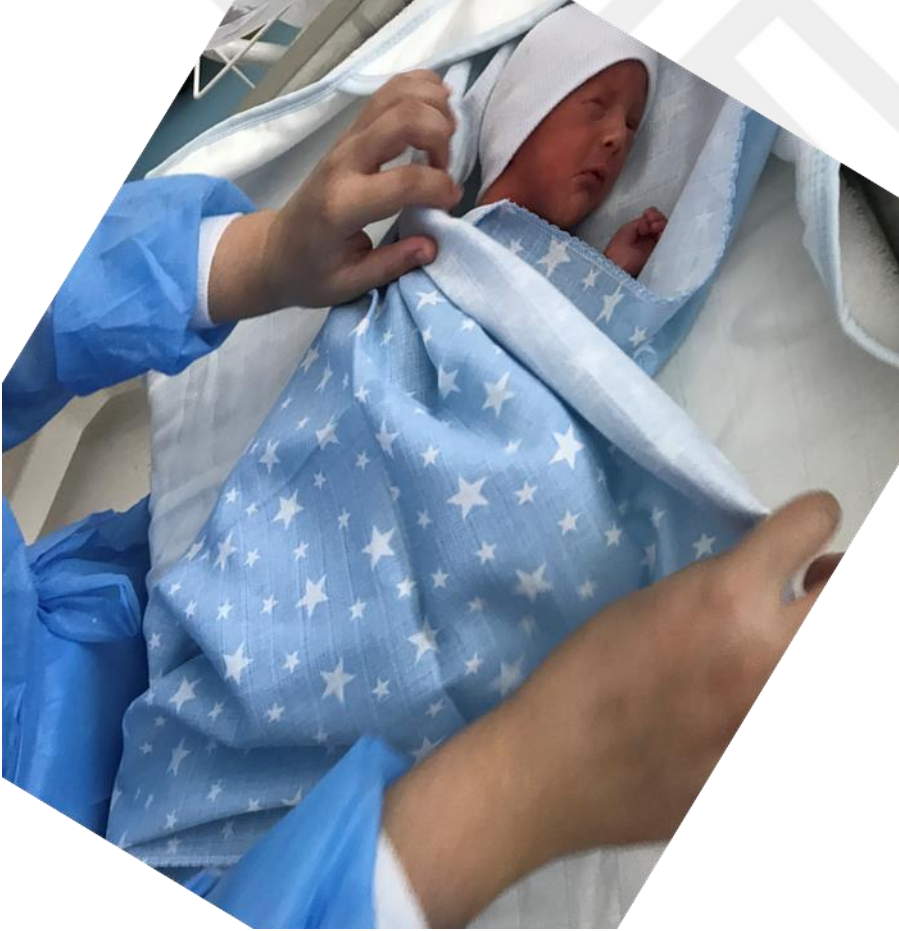
köküne doğru temizlenmelidir. Daha sonra kız ve erkek çocuklarda kasık arası, deri kıvrımları iyice temizlenip kurulanır. Her alt bakımı bez değişiminden sonra hekim önerisi ile koruyucu bariyer kremler kullanılabilir. Bebekler düşük pH'lı sabunlu su ile yıkanıp, ılık su ile durulayıp kurulanması pişik oluşumunu önler. Emiciliği yüksek bezlerin tercih edilmesi önerilmektedir. Bebek her idrar ya da dışkı yaptığında bekletilmeden hemen değişim yapılmalıdır.



Prematüre Bebeğin Banyosu ve Cilt Bakımı

Banyo malzemeleri, küvet her banyodan önce ve sonra dezenfekte edilmelidir. Ortam sıcaklığının 21-24 derece arasında yeterince ısındığından emin olunmalıdır. Banyo sıklığı ve saati bebeğin ve

ailenin gereksinimine göre belirlenmelidir. Yeni doğanlar için önerilen en uygun banyo daldırma/sarmalama banyo tekniğidir. Bebek kundak beziyle gevşek sarmalama yapılır. Omuz seviyesine kadar vücut suya daldırılır, önce bir kol sonra diğer kol, önce bir bacak sonra yine diğer bacağın sırayla nazikçe yıkanması sağlanır. Böylece bebeğin ekstremiteleri sırayla örtü altında çıkarılarak yıkanması sağlanır. Nötr veya hafif asidik (pH 5.5 -7.0) bir şampuan kullanılabilir. Şampuanlar koku, alkol, uçucu yağlar, tahriş edici maddeler içermemelidir. Bebek hemen bir havlu ile sarılmalı hafifçe kurulanmalıdır. Koltuk altı, kasık, boyun ve kulak arkası gibi tüm kıvrım yerleri iyice kurulanmalıdır. Etkili, ucuz ve güvenilir olması nedeniyle vazelin oldukça yaygın kullanılmaktadır. Zeytinyağı, Ayçiçek yağı ve son zamanlarda önerilen Hindistan cevizi yağı da bu amaçla kullanılması önerilen diğer nemlendiricilerdir.



Prematüre Bebeğin Tırnak Bakımı

İlk aylarda genellikle tırnakları yumuşak olduğundan kendiliğinden kopabilir. Her gün bir bezle veya pamuk tamponlar

ile bebeğin elleri ve ayakları açılarak, kıvrımları ve parmak araları dikkatlice temizlenmelidir. Tırnak makası bireysel bir hijyen malzemesidir, bebeğe uygun ve özel olmalıdır. El tırnakları yuvarlak bir şekilde, ayak tırnakları düz bir şekilde kesilmesi önerilmektedir. Kesim sırasında özellikle giysilere takılabileceği için tırnakların kenarları ve batık tırnaklar kontrol edilmelidir. Tırnakları kesildikten sonra bebeğin elleri ve ayakları temizlenmelidir.

Giysi Seçimi ve Hijyeni

Bebekler için kullanılacak giysinin dış görünüşünden çok sağlık ve rahatlık açısından seçilmesi gerekir. Giysiler ter ve nemi emecek sık dokulu pamuklu yapıda olmalıdır. Kıyafetin ya da çorapların lastikleri sıkı olmamalı, iç kısımlarında ip parçaları bulunmamalıdır. Giysiler üretimden paketlenmeye kadar birçok aşamadan geçtiği için bebeğe giydirilmeden önce mutlaka yıkanmalı, bol su ile durulanmalı ve ütülenmelidir.

Prematüre Bebeklerde Ten Tene Temas ve Kanguru Bakımı

Bebeğin annesi, babası, teyzesi, büyükannesi, büyükbabası ya da sağlık çalışanı tarafından ten tene temasın sağlanarak verildiği bir uygulamadır. Bebeğin sadece bezinin olduğu çıplak vücudu

kanguru bakımı (KB) uygulayacak kişinin göğsü üzerine yatırılarak bebeğin dik pozisyonda konumlanması sağlanır. Bebeğin başı sağ ya da sol tarafa dönük olup yüzü de KB uygulayana bakacak şekilde olmalıdır. Prematüre bebeklerde altı aya kadar, term bebeklere üç aya kadar KB'ına devam edilebilir. KB uygulamasının ideal olarak 65 dakika devam edilmesi önerilmektedir.





Prematüre Bebeğin Uykusu

Prematüre ve yenidoğanların nörogelişimi için uyku ve uyku döngüsünün düzenli sürdürülmesi çok önemlidir. Bebekler ortalama günde 16 ile 18 saat arasında uyumaktadırlar.

Prematüre Bebeğin Aşıları

Doğum ağırlıklarına ve gebelik yaşlarına bakılmaksızın (Hepatit B ve BCG aşısı hariç) prematüre bebekler zamanında doğmuş

bebeklerle aynı zamanda ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın aşı takvimine göre aşılanırlar. Aşılarında dozlarında azlatma yada bölme yapılmaz, aşı tam doz uygulanır.

Prematüre Bebeğin Sağlık Kontrolleri

Hangi sıklıkta prematüre bebeğimi doktora kontrolüne götürmeliyim?

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden taburcu edildikten sonra prematüre bebekler ilk hafta içinde ve 10 günü aşmadan mutlaka doktor kontrolüne getirilmelidir. Bebeğin kontrollerinde düzeltilmiş yaşa göre ağırlığı (kilosu), boy uzunluğu, başının çevresi, beyinsel gelişimi, davranışsal gelişimi değerlendirilir.

Kontroller sırasında prematüre bebekleri diğer bebeklerden ayıran tek istisnası durum aşı uygulamasıdır. Aşı uygulamasında prematüre bebeğin takvim yaşı dikkate alınır. Düzeltilmiş yaş üç yaşa kadar kullanılır daha sonrasında kullanılmasına gerek yoktur. Sağlık problemi fazla olan küçük prematüreler için bebek stabil hale gelip yeteri kadar büyüme ve gelişim gösterene kadar izlem 7-14 gün arasında olabilir. Genellikle önerilen izlem aralığı aşağıda gösterilmiştir.

- ⇒⇒ Taburcu olduktan sonraki 7-10 gün içinde,
⇒⇒ Düzeltilmiş yaşa göre: 40. hafta veya 1. ayda,
⇒⇒ İlk 3 ay için: ayda bir kez (sorun varsa 1 hafta-15 günde bir),
⇒⇒ 6. ay, 9. ay, 12 ve 18. ay, 24. ay;
⇒⇒ Kronolojik yaş: 3 yaş, 5/6 yaş ve 12 yaşta

Kaynakça

- 1.Çetinkaya S, Biberoğlu EH, Kırbaş A, Danışman N. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2017;27(2):79-93. DOI: 10.5336/gynobstet.2015-45039
- 2.Bayram, N. (2006). “Riskli Pretermelerde Transport Edilen ve Edilmeyen Grupların Morbidite ve Mortalite Yönünden Karşılaştırılması”. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 3.Özlü F, Tunç, A., Yıldızbaş, H. Y., Büyükkurt, S. (2017) “Geç Prematüre Doğan Bebeklerin Postnatal İlk 15 Günde Karşılaştıkları Sorunların Değerlendirilmesi”. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 60.(2), s:39-54.

- 4.Sarak Çiçek G. (2020). Prematüre Bebeğin Bakımında Sosyal Destek Almanın Annelerin Stresle Başa Çıkma Durumuna Etkisi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 5.Yalçın, M., Özbaş, S., Günay, İ., Tezel, B., Keskinlik, B., & Şencan, İ. (Eds.). (2016). Neonatal Resüsitasyon- Yenidoğan Canlandırması. TC. Sağlık Bakanlığı. (2006).
- 6.Balcı, S. (2006). Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi.(Doktora tezi).İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 7.Prematüre Ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi 2018 Güncellemesi. https://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/premature_rehber_2018.pdf. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2020.
- 8.Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi 2018 Güncellemesi. http://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2018/01/yuksek_riskli_bebek_izlem_rehberi.pdf. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2020.

9.Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi. Ankara 2015.

10.Okumuş H, Mete S, Yenal K, Aluş Tokat M, Serçekuş Figen P (2009). Anne babalar için doğuma hazırlık sağlık profesyoneller için rehber. Okumuş H, Mete S edt, 1. Baskı, Deomed Medikal Yayıncılık, s.155-174.

11.World Health Organization. (2015). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice. 3rd ed. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 16 Ocak 2020).

12.Çavuşoğlu H (2013). Normal yenidoğan ve hemşirelik bakımı. İçinde: Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 2, 10. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Basımevi, s. 23-55.

13.Kan Öntürk Z, Gözen D. 2020. The Effects of Dressing up Preterm Infants After Tub Bathing on Moisture Loss: A Randomized Controlled Trial. Clin Exp Health Sci 2020; 1; 1-8 ISSN:2459-1459

14.Zengin H. 2019. Kanguru Bakımı İçin Giysi Tasarlanması (Sarbebe), Bu Giysiyle Yapılan Kanguru Bakımının Anne Ve Yenidoğanın Konforuna Etkisi. TC. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.

15.Nygvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizun J, Widström AM. (2010). State of the art and recommendations kangaroo mother care: application in a high-tech environment. Acta Pædiatr, 99(6):812-819.

16.Mirmiran, M., Maas, Y. G., ve Ariagno, R. L. (2003). Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. Sleep Medicine Reviews, 7(4), 321–334. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0243>

17.Irgaç G. (2013). Yenidoğan bebeği olan annelerin bebek banyosu konusundaki görüşleri ile uygulamalarının sosyal destek algısı ve kaygı düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Danışman: Duygu ARIKAN.

18.Tatlı, M.M. ve Gürel, S.M. (2002). Yenidoğanın Cilt Bakımı. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi. 11(2): 108-112

19.Karakoç, A. ve Öztürk, C. (2015). Nemlendiricilerin Önemi ve Kullanımı. Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dergisi. 1(2): 17-22.

20.https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Neonatal___infant_skin_care/

21.Tiryaki Ö, Pekşen S. (2019). Anne Sütü ve Emzirme, Anneler Sordu Biz Cevapladık. Çınar N, edt. 1 baskı, Gece Akademi, Ankara.

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : ÖZNUR TİRYAKİ

Doğum yeri ve tarihi :

Uyruğu : TC

Medeni durumu : Evli

İletişim adresi ve telefonu :

Yabancı dili : İngilizce

II. Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2017- 2021 Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik ABD-
Hemşirelik Doktora

2016 - 2017 Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik ABD-
Hemşirelik Doktora Özel Öğrenci

2016 - Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik ABD – Hemşirelik
Yüksek Lisansı

2015 - Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon

2014 - Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD – Sağlık
Yönetimi Yüksek Lisans

2011 - Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

2007 - Bülent Ecevit Üniversitesi (Zonguldak Karaelmas Üniversitesi) SHMYO
Tıbbi Laboratuvar Bölümü

1999 - Kastamonu/Araç Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik

III. Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2019- halen Sağlık Bakım Hizmetleri Koordinatörü (Süpervisör-Gözetmen Hemşire)

2017-2019 Emzirme Danışmanı (hafta bir gün)

2015- 2019 Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Koordinatörü/
Eğitim Hemşiresi, Ar-Ge Birim Sorumlusu, Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı
Eğitim Programı Program Sorumlusu.

2008-2015 Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun
Bakım Ünitesi, Hemşire

2007-2008 Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Yenidoğan
Yoğun Bakım Ünitesi, Hemşire

2004-2007 Zonguldak Devlet Hastanesi Çocuk ve Yenidoğan Servisi, Hemşire

2001-2004 Kastamonu/ Taşköprü Alatarla Köyü Sağlık Ocağı/112 istasyonu, Hemşire

IV. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği

Türk Hemşireler Derneği

Çocuk Hemşireleri Derneği

Neonatoloji Hemşireliği Derneği

V. Bilimsel İlgi Alanları

Tiryaki Ö, Çınar N. Devamlı Pozitif Havayolu Basıncındaki Yenidoğanın Hemşirelik
Bakımı, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2016;8(1):79-85.

Cinar N, Alvur TM, **Tiryaki O**, Caka SY. Respiratory Syncytial Virus Immunization
in Sakarya, Turkey. Nurse Care Open Acces J 2016; 1(4): 00022. DOI:
10.15406/ncoaj.2016.01.00022

Tiryaki Ö, Çınar N. Management of Continuous Positive Airway Pressure in the
Newborn: Impact of Lecture-based Interactive Workshops on Training for

Neonatal Intensive Care Nurses. Aquichan. 2016; 16(2): 159-168. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.4

Alvur TM, Çınar N, Köse D, **Tiryaki Ö**. Retrospective Typology of Pediatric Emergency Visits in One Year: Sakarya/Turkey. West Indian Med J. 12 Feb 2016, **(SCIE)**. DOI: 10.7727/wimj.2015.382.

Tiryaki Ö, Çınar N. Pulse Oksimetre İle Satürasyon Takibi Yapılan Çocukda Bu Uygulama İle İlgili Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deneyimleri: Niteliksel Çalışma. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 33(3): 78-90.

Tiryaki Ö, Zengin H, Çınar N. Pediatri Hemşirelerinin Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutumları: Sakarya Örneği. Journal of Human Rhythm. 2018; 4(3): 158-164.

Tiryaki Ö, Kelağalar E, Dinç M, Küni F, Bingöl Y, Kaya T, Arslan D. Preanalitik Dönemde Kan Numunesi Alma İle İlgili Hemşirelerin Bilgi Durumu. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi. 2019; 2(3): 26-35.

Zengin H, Bafalı IO, Yalnizoglu-Caka, **Tiryaki O**, Cinar N. Childbirth and Postpartum Period Fear and the Related Factors in Pregnancy. J Coll Physicians Surg Pak. 2020; 30 (2): 144-148. **(SCIE)**.

Tiryaki O, Zengin H, Çınar N, Umaroğlu M, Latour JM. Turkish adaptation and validation of the EMpowerment of PArnts in THE Intensive Care (EMPATHIC-30) questionnaire to measure parent satisfaction in Neonatal Intensive Care Units. Front. Pediatr. 2020; 8 (421): 1-7. **(SCIE)**.

Tiryaki O, Cinar N. Scale Development Study: Readiness for Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit and Home Care of Premature Infants by Parents. J Coll Physicians Surg Pak 2021; 31(02):1-6. **(SCIE)**

Menekşe D, **Tiryaki Ö**, Karakaya Suzan Ö, Çınar Ö. An investigation of the relationship between mother's personality traits, breastfeeding self-efficacy, and perception of insufficient milk supply. Health Care for Women

Internationa, 2021; 1-18. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1892114>.
(SCIE)

Zengin H, **Tiryaki Ö**, Suzan Karakaya Ö, Cinar N. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Ebeveyn-Personel İletişimi Algıları Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. DEUHFED. 2021; 14(2): 109-116.

Zengin H, **Tiryaki Ö**, Cinar N. Eve Geçiş: Preterm Ebeveyn Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 6(1): 31-43.

Çınar N, **Tiryaki Ö**, Pekşen S, Pekşen YO. 0-2 Yaş Arası Bebeği Olan Anne Ve Babaların Anne Sütü Algısı. 1. Uluslararası “Emzirme Gerçeği” Kongresi. 30 Eylül-3 Ekim 2019, Ankara. (Sözel Bildiri, Tam Metin).

Pekşen S, **Tiryaki Ö**, Çınar N. Annelerin Laktasyon Polikliniğine Başvuru Nedenlerinin Retrospektif Olarak İncelenmesi. 2. Uluslararası 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 27-30 Kasım 2019, İzmir. (Sözel Bildiri, Tam Metin).

Tiryaki Ö, Çınar N, Pekşen S, Pekşen YO. Yenidoğanın Anne ve Büyükannesinin Anne Sütü ile İlgili Algılarının Karşılaştırılması. 2. Uluslararası 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 27-30 Kasım 2019, İzmir. (Sözel Bildiri, Tam Metin).

Menekşe D, Çınar N, **Tiryaki Ö**. İkiz Bebek Sahibi Annelerin Emzirmeyi Erken Bırakma Nedenleri: Bir Keşif Çalışması. 2. Uluslararası 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 27-30 Kasım 2019, İzmir. (Sözel Bildiri, Tam Metin).

Tiryaki Ö, Zengin H, Çınar N, Umaroğlu M, Latour J. “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ebeveynlerin Güçlendirilmesi Anketi (EMPATHIC-30)” Kısa Formunun Türkçe Adaptasyonu ve Geçerliği. 2. Uluslararası 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 27-30 Kasım 2019, İzmir. (Sözel Bildiri).

Kitaplar

Tiryaki Ö, Pekşen S. (Ed: Prof. Dr. Nursan Çınar). Anne Sütü Ve Emzirme, Anneler Sordu Biz Cevapladık. Gece Akademi. 2019.

Zengin H, **Tiryaki Ö**, Çınar N. Yenidoğanın İlk 24 Saatte Değerlendirilmesi ve Bakımı. Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar. Efe Akademi Yayınları. 2020.

VI. Katıldığım Kurs, Kongre ve Sertifika Programları

Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Mayıs-Haziran 2013, İstanbul

NRP (Neonatal Resüstasyon Programı) Mayıs 2014, Sakarya

Anne Sütü ve Bebek Dostu Hastane Eğitici Eğitimi, Emzirme Danışmanlığı ve Bebek Dostu Hastane Değerlendirici Eğitimi 2017, Ankara

NRP (Neonatal Resüstasyon Programı) Nisan 2018, Sakarya

Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-24), 17-20 Nisan 2016, Antalya (Katılımcı)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, 10-13 Ekim 2018, Muğla (Katılımcı)

Etkin Bakım Sıfır Enfeksiyon, Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, 26 Mart 2019, Sakarya (Sempozyum Başkanı, Düzenleme Kurulu Üyesi)

Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-26), 17-21 Nisan 2019, Antalya (Konuşmacı, Riskli Bebeğin ve Ailenin Taburculuğa Hazırlanması)

2.Uluslararası 7.Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi 27-30 Kasım 2019, İzmir (Katılımcı)