



T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YENİDOĞAN YOĞUNBAKIMÜNİTESİNDE BEBEĞİYATAN
ANNELERİN KAYGI DÜZEYLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DENİZ OMAK

TEMMUZ2017

TRABZON

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN ANNELERİN
KAYGI DÜZEYLERİ

Deniz OMAK

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“YÜKSEK LİSANS TEZİ” Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 03/07/2017

Tezin Savunma Tarihi : 24/07/2017

Tez Danışmanları

Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN

Trabzon –2017

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde ve Yrd. Doç. İlknur KAHRİMAN ve Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN'ın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Deniz OMAK tarafından hazırlanan "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri" başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 24/ 07/ 2017 gün ve 13 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Unvanı Adı Soyadı

BAŞKAN

Yrd.Doç.Dr.Osman YILDIZLAR

İmza

Unvanı Adı Soyadı

Yrd.Doç.Dr.İlknur KAHRİMAN

İmza

Unvanı Adı Soyadı

Yrd.Doç.Dr.Şebnem KADER

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof.Dr.Mehmet TÜFEKÇİ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimin hazırlanmasında ve her aşamasında yardımları ve desteğinden dolayı tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN ve Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN'a, eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nın çok değerli öğretim üyelerine, çalışmamı yaptığım süre boyunca yardımlarını esirgemeyen KTÜ Farabi Hastanesi Yenidoğan Bilim Dalı Başkanı ve Öğretim Üyelerine, beni her zaman destekleyen arkadaşlarıma ve aileme teşekkürlerimi sunarım.



Deniz OMAK

Trabzon 2017

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri**” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Yrd. Doç. Dr. İlkur KAHRİMANve Prof.Dr. Yavuz ÖZORAN’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri yaptığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.../.../2017

İmza

Deniz OMAK

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
KABUL VE ONAY	II
ÖNSÖZ.....	III
TEZ BEYANNAMESİ.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
SİMGE VE KISALTMALAR.....	IX
ÖZET	X
ABSTRACT	XI
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yenidoğan Sağlığına Genel Bakış	4
2.2. Yenidoğan ile İlgili Genel Tanımlamalar	4
2.3. Türkiye’de ve Dünyada Yenidoğan Sağlığı.....	7
2.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi.....	9
2.4.1. Birinci Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	10
2.4.2.İkinci Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	10
2.4.3.Üçüncü Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	11
2.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Gereksinimleri	11
2.6. Stres ve Kaygı.....	12
2.6.1. Kaygının Sebep ve Belirtileri.....	14
2.6.2.Anksiyeteye Sebep Olan Faktörler	15
2.6.3. Anksiyete Düzeyleri ve Belirtileri	15
2.7. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri... 16	

2.8. Doğum Sonrası Dönem ve Ruhsal Değişimler	17
2.9. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Yaklaşımları	19
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.3.Araştırmanın Evren Örneklem ve Uygulama Zamanı	22
3.4. Örneklem Kabul Edilme Ölçütleri	22
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1.Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu	23
3.5.2.Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği	23
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Verilerin Analizi	25
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	25
4. BULGULAR	26
4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	26
4.2. Annelerin Obstetrik ve Bebeklerine İlişkin Bulgular	27
4.3. Annelerin Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları	35
5. TARTIŞMA	40
5.1.Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	40
5.2.Annelerin Obstetrik ve Bebeklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	42
5.3.Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ilgili Bulguların Tartışılması	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	50
7.KAYNAKÇA	53

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. TNSA 1993, TNSA-1998 ve TNSA-2003, TNSA-2008 ve TNSA-2013'den önceki beşer yıllık dönemler için tahminler	9
--	---



TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. TNSA-2013, TNSA-2008, TNSA-2003'den önceki beşer yıllık dönemler için postnatal, neonatal, bebek, çocuk ve beş yaş altı ölüm hızları	8
Tablo 2. Annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	26
Tablo 3. Annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı	27
Tablo 4. Annelerin bebeklerine ait tanıtıcı özellikler	27
Tablo 5. Annelerin gebelik ve doğumda yaşadığı sorunların dağılımı	29
Tablo 6. Annelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yaşadıkları deneyimin dağılımı	29
Tablo 7. Annelerin bebeğinin yoğun bakımda yatmasına bağlı yaşadıkları duyguların dağılımı	31
Tablo 8. Anneyi bebeğin durumu ile ilgili en çok rahatlatacak ya da iyi hissettirecek durumun ne olduğunun dağılımı	31
Tablo 9. Annelerin bebeğinin neden tedavi altına alındığını bilme durumlarının dağılımı	32
Tablo 10. Annelerin bebekleri ile ilgili yaşadıkları endişe ve anksiyete durumlarının dağılımı	33
Tablo 11. Annelerin bebeklerinin bakımı konusunda kaygı ve hazır hissetme durumlarının dağılımı	34
Tablo 12. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin kaygı puan ortalamaları	35
Tablo 13. Annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı	36
Tablo 14. Annelerin obstetrik, doğum ve bebeklerine ilişkin özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı	37
Tablo 15. Annelerin bebeklerinin bakımı konusunda kaygı ve hazır hissetme durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı	38
Tablo 16. Bebeklerin gestasyon haftası, hastanede kalış süresi, şimdiki ve doğumdaki kilosu ile annenin hastanede kalış sürelerinin durumluk ve sürekli kaygı puanlarıyla ilişkisi	39

SİMGE VE KISALTMALAR

ADDA	:Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı
BÖH	:Bebek Ölüm Hızı
ÇDDA	:Çok Düşük Doğum Ağırlıklı
DDA	:Düşük Doğum Ağırlığı
DKÖ	:Durumluk Kaygı Ölçeği
ELBW	:Oldukça Düşük Doğum Ağırlıklı
LBW	:Düşük Doğum Ağırlıklı
LGA	:Gebelik Yaşına Göre Büyük Doğum Ağırlıklı
PÖH	:Perinatal Ölüm Hızı
RDS	:RespiratuarDistres Sendromu
SGA	:Gebelik Yaşına Göre Düşük Doğum Ağırlıklı
SKÖ	:Sürekli Kaygı Ölçeği
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VLBW	:Çok Düşük Doğum Ağırlıklı
YBÜ	:Yoğun Bakım Ünitesi
YÖH	:Yenidoğan Ölüm Hızı
YYBÜ	:Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Yüksek Lisans Tezi
ÖZET
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN ANNELERİN
KAYGI DÜZEYLERİ

Deniz OMAK

Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN, Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN

2017, 68 Sayfa, 23 Ek Sayfa

Amaç: Çalışma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte olup, gerekli izinler alındıktan sonra Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde bebeği yatan ve araştırmaya katılmada gönüllü 148 anne ile Kasım 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler "Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu" ve "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği" ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin %56.1'inin 25-34 yaş grubunda, %35.8'inin lise mezunu ve çalışmadığı (%70.9) çoğunun sezaryen ile doğum (%75.7) yaptığı ve %6.8'inin daha önceki gebeliklerinde riskli bir bebeğe sahip olduğu belirlenmiştir. Annelerin Durumluk Kaygı puan ortalamaları 40.43 ± 4.31 , Sürekli kaygı puan ortalamaları ise 41.43 ± 4.89 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmada annelerin emzirme durumu, doğum şekli ve taburcu olmasına kendisini hazır hissetme durumu ile Durumluk Kaygı puanları arasında, annenin çalışma durumu ve doğum şekli ile Sürekli Kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmada annelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı puanlarının hafif düzeyde olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Anne kaygı düzeyi, anksiyete, prematüre, yenidoğan

**Master Thesis
ABSTRACT**

**ANXIETY LEVELS OF MOTHERS WHOSE BABIES ARE HOSPITALIZED IN
NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT**

Deniz OMAK

**Avrasya University
Institute of Medical Sciences
Nursing Department**

**Supervisor: Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN, Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN
2017, 68 Pages, 23 Appendix Page**

Objective: This study was carried out to determine the anxiety levels of mothers whose babies were hospitalized in neonatal intensive care unit (NICU).

Method: This was a descriptive study and after the necessary permissions were obtained, it was carried out with 148 volunteered mothers whose babies were hospitalized in Karadeniz Technical University Farabi Hospital Neonatal Intensive Care Unit between November 2015 and May 2016. The data were collected with "Parent and Baby Information Form" and "State and Trait Anxiety Scale".

Findings:It was determined that 56.1% of the mothers' participating in the study had a cesarean section (75.7%), 35.8% of them had graduated from high school and did not work (70.9%) and 6.8% had a risky baby in previous pregnancies.

It was found that State anxiety point scores were 40.43 ± 4.31 and Parmanent anxiety point score were 41.43 ± 4.89 . It was found that there was a statistically significant difference between maternal breastfeeding status mode of delivery and feeling ready to be discharged and State anxiety point scores; maternal working status, mode of delivery and parmanent anxiety scores.

Conclusion:It was determined that the mothers' State and Parmanent anxiety scores were mild in the study.

Key words:*Maternal anxiety level, anxiety, premature, newborn.*

1.GİRİŞ

Doğum sonrası dönem; anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir geçiş noktasıdır. Ayrıca bu dönem hızlı ve karmaşık bir yenilenme sürecinin yaşandığı, psikososyal dengelerin bozulduğu ve değişikliklere uyumda anne ve babanın yoğun stres yaşadığı bir kriz dönemidir[1].Yenidoğan dönemi; hayatın en riskli ve en zor, dolayısıyla da en belirleyici dönemini kapsamaktadır. 1900'lü yılların başından itibaren bebek ölümlerinin önüne geçebilmek amacıyla özel merkezler kurulmaya başlanmış ve ülkeler bebek sağlığı için özel çabalar göstermeye başlamıştır. Günümüzde artık toplumların gelişmişlik düzeyleri sağlık alanına verdikleri önemle ölçülmektedir. Sağlık koşulları ve hizmetleri açısından önemli bir gösterge olarak kabul edilyenidoğan dönemi üzerine ciddiyle durulmasına karşın halaölümlerin yaklaşık üçte ikisini bebek ölümleri oluşturmaktadır [2]. Literatürde; istatistikî olarak sağlık alanında gösterilen doğum, hastalık ve ölüm oranlarına yönelik coğrafik ve demografik bilgiler ülkelerin gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi olarak ortaya çıktığı ifade edilmektedir [3]. Çünkü bu sayısal veriler bebeklere anne karnından başlayarak verilen hizmetin kalitesini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre her yıl 5 milyon bebek yenidoğan döneminde yani ilk ayını tamamlayamadan ölmektedir. Bu dönemde mortalite ve morbidite oranları yüksektir [4].

Bütün alanlarda olduğu gibi yenidoğan yoğun bakımı alanındaki teknolojik gelişmelerde pozitif yönde multifaktoriyel olaylara sebep olmuştur. Bunlardan başlıcaları olan mekanik ventilatör kullanımında artışve yeni kuşak antibiyotiklerin yaygınlaşması, çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) bebeklerin mortalite oranını azaltıp, izlemlerini kolaylaştırmasına rağmen morbidite oranlarında artışa neden olmuştur [5].Yıllara göre incelendiğinde sağ kalım oranı giderek artmış, gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde %84'lere dek ulaşmıştır [6].

Doğumdan sonraki ilk 28 günü kapsayan yenidoğan dönemi; aslında bebeğin gerçek dünya ile ilk kez tanıştığı ve uterus dışındaki yaşama uyum sağlamaya çaba gösterdiği oldukça önemli bir dönemdir [7]. Yenidoğanlar, doğum travmaları, solunum sorunları, enfeksiyonlar, prematürelilik, konjenital anomaliler gibi birçok nedenle zararlı etmenlere karşı oldukça duyarlı oldukları bu dönemde; hastaneye yatırılmaktadırlar. Yenidoğanın hastalanması ve hastaneye yatırılması, annelik rolünün değişmesi ve sorumluluğun sağlık

ekibine geçmesi ile annenin stres, kaygı gibi duyguları yaşaması kaçınılmaz bir hal alır. Sağlık açısından morbitide ve mortalite hızlarının yüksek olması bu dönemde önemlidir [8]. Yenidoğan ölümleri bebek ölümlerinin %76'sını; erken yenidoğanölümleri ise yenidoğan ölümlerinin %87'sini oluşturmaktadır [9].

Kaygı problemi; bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınan annelerin sıklıkla yaşadığı olumsuz duygulardan birisidir. Kaygı; yani anksiyete, korku ve kuruntu biçiminde kendini gösteren; derin iç sıkıntısı ve ruhsal daralma ile görülen gerilim durumudur. Kaygı; küçük bir huzursuzluktan yoğun korku duyumuna kadar çeşitli biçimlerde olabilmektedir. Aslında kaygı her zaman kötü bir psikolojik problem değildir [10]. Örneğin stres altında iken dikkatinizi odaklamanıza ve motive olmanıza yardımcı olarak yapılması gereken işte kişiyi başarıya götürür. Asıl problem; kaygının telaş ve korkuyu dengesiz bir şekilde tetikleyerek hayat kalitesini düşürmeye başladığında ortaya çıkar. Özetle; hafif düzeyde anksiyetespontan dikkat, cesaret ve atılganlığı artırırken, anksiyetenin düzeyi yükseldikçe bireyin algılama, kavrama ve karar verme yeteneği azalmaktadır [11]. İşte bu sebeplebebeği yenidoğan yoğun bakımda bulunan anneler hem o dönemde içinde bulunulan psikolojik sebeplerden ötürü hemdehormonal sebeplerden dolayı şiddetli anksiyete yaşayabilmektedirler. Çünkü bu anneler; yaşadıkları panikten ötürü bebekleri hakkında verilen bilgileri doğru anlayamamakta, olaylar ile ilgili sağlıklı karar verememekte, bebeklerinin bakımına katılmada güçlük yaşamakta ve uygun baş etme yöntemlerini kullanamamaktadırlar [12]. Aynı zamanda doğum ve doğum sonrası süreç, kadının annelik rolünü takındığı, yeni role uyumun sağlandığı ve aile üyeleriyle ilişkilerin yeniden tanımlandığı özel bir dönem olup, birçok kadın tarafından pozitif olarak yaşanan gelişimsel bir dönemdir [5]. Bunun dışında hastalıklarla mücadele, hastaneye yatma, prematüre doğum gibi beklenmedik durumlar yine de ailede krize yol açmaktadır. Anne ve babalar, aylarca sağlıklı doğmasını hayal ettikleri bebeklerinin prematüre doğması ya da ağır hasta olması durumunda şok, endişe, keder, suçluluk veya utanç gibi çeşitli olumsuz duygular yaşamaktadırlar. Yenidoğanlar, zararlı etmenlere karşı oldukça duyarlı oldukları bu dönemde; doğum travmaları, solunum sorunları, enfeksiyonlar, prematürelilik, konjenital anomaliler gibi birçok nedenle hastaneye yatırılmaktadırlar. Yenidoğanın hastalanması, hastaneye yatırılması, annelik rolünün değişmesi ve sorumluluğun sağlık ekibine geçmesi ile annenin stres, kaygı gibi duyguları yaşaması kaçınılmaz bir hal almaktadır [9].

Yenidoğan döneminde annelerin karşılaştığı en büyük stres nedeni; bebeklerinin herhangi bir nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılmasıdır. Yenidoğan dönemindeki yoğun bakım süreci; hem ebeveynlerin hem de bebeğin yeteneklerinin gelişimini etkiler [12]. Ebeveynlerde oluşabilecek anksiyete faktörlerinin, özellikle de annenin kaygı durumunun şiddeti dikkate alındığında, aslında kaygının çok endişelenmeden ve enerji sarf etmeden sadece etkili hemşirelik yaklaşımları ile çözülebilir bir problem olduğu ifade edilmektedir [13]. Bilimsel makalelerde de destekleyici hemşirelik girişimlerinin çocukları hastaneye yatırılan annelerin kaygısını azalttığına dair araştırmalar bulunmaktadır [6,9]. Örneğin yapılan bir çalışmada; günümüzde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde emzirmeye ilişkin yapılan eğitim programlarının tekrar değerlendirilmesi gerektiği ve sadece bilgi verici yapıda değil aynı zamanda anneleri güçlendirecek yapıda düzenlenmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır [14]. Ayrıca hemşirelik yaklaşımları belirlenirken yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin kaygı ve depresyon belirtileri yapılarak gerekli destek sağlanmalıdır. Literatür incelendiğinde postpartum kaygı ve depresyonun en yaygın görülen perinatale komplikasyon olduğu ve ebeveynleri ciddi bir şekilde sıkıntıya sürüklediği görülmüştür. Fakat uygulanabilir doğru yaklaşımlar ile hem annenin kaygı düzeyi azalacak hem de stres faktörleri ortadan kalkacaktır [15].

Tüm bunlardan hareket ile bu çalışma, bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin kaygı düzeylerini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yenidoğan Sağlığına Genel Bakış

Çocuk bütün toplumlarda anne ve babanın en değerli ve biricik varlığıdır. Hamilelik ile birlikte aileye yeni katılacak birey için kıyafet hazırlığından odanın, yatağın hazırlığına kadar birçok düzenleme gerçekleştirilir.Bu tatlı telaşın yanı sıra aynı zamanda bebeğin sağlıklı olması içinde birçok sağlık kontrolüde çeşitli yönleri ile tamamlanır. Çünkü bazı durumlarda bebekler sağlıklı olsa bile çeşitli nedenlerle yoğun bakım ünitesinde yatmak zorunda kalabilirlerve bunun sonucunda da aileler psikolojik olarak sıkıntı yaşayabilmektedirler [16].

Kadınlar için özel bir dönem olan doğum sonrası dönem bazı anneler içinde ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir evre olabilmektedir [16]. Bu dönemde anneler bebek bakımı vermek, güvenli bir çevre sağlamak, bebekle iletişim kurmak, yeni rollerine adapte olmak, aile duyarlılığını geliştirmek ve gelececek problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle bu dönem özellikle anne için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir [9,17].Bir bebeğin yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatması doğrudan aileleri özellikle de anneyi aşırı strese sokmakta ve anne zor bir sürece girmektedir. Durumun psikolojik sürecinden dolayı anne olayları olduğundan daha problemlerli bir süreç olarak düşünmekte ve annelerin çoğu bebeğini kaybetme endişesi yaşamaktadır [18]. Annelerin bu stresi ve kaygı durumu, bebeğin prognozundaki belirsizlik nedeniyle de sürekli artış gösterebilmektedir. Yüksek stres düzeyinin, ebeveynlerin sağlıklı karar verme ve bebeğin bakımına katılımını engellediği bilinmektedir[4].

2.2.Yenidoğan ile İlgili Genel Tanımlamalar

Bebeklik dönemi, doğumdan sonraki 365 günü kapsayan dönemdir. Ekstrauterin yaşama adaptasyon dönemi olarak adlandırılan '**yenidoğan dönemi**' isedoğum sonrası dönemin ilk 28 gününü kapsamaktadır. Yenidoğan dönemi insan yaşamının en hassas ve dinamik dönemidir [19].

38-42 haftalık gestasyon süresini tamamlayana bebeğe normal sürecini tamamlamış yenidoğan adı verilir. Doğumla birlikte başlayan ilk dört haftalık süre '**yenidoğan**

dönemi'olarak adlandırılır. Tüm yenidoğanların %85'ini normal yenidoğanlar, %15'ini ise özel bakım gerektiren (prematüre, düşük doğum ağırlıklı, vb.) yenidoğanlar oluşturur [20]. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ), bebeği istenilen yaşam standartlarına ulaşıp, devam ettirebilmesi için destekleyen ve koruyan sabit bir ortam şeklinde tasarlanmıştır. Prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, solunum güçlüğü ya da farklı sağlık sebeplerinden dolayı bebekler uygun görülen sürelerde YYBÜ'ne konulabilmektedirler. Teknolojik gelişmelere paralel olarak YYBÜ'nün hem sayıca artışı hem de kalitelerinin yükselmesi çok küçük doğan prematürelerin bile yaşama oranlarını artırmaktadır. Çünkü YYBÜ'de bakım hizmetleri bebek odaklı olmakta, bebeğin bütün ihtiyaçları en küçük ayrıntısına kadar yerine getirilmektedir. Yapılan bilimsel araştırmalarda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin duygusal problemlerine ve gereksinimlerine odaklandığı görülmektedir [21].

Doğumdan hemen sonraki süreç;

- Reaktif dönem (ilk 15-30 dk.)
- İnaktif dönem (30 dk-2saat)
- 2.reaktif dönem (2saat-6saat) olmak üzere üç ayrı döneme ayrılmaktadır[22].

Doğum sonrasında yapılacak ilk iş yenidoğan bebeğin öyküsünün, anne ile ilgili bilgilerinin, doğum öncesi dönemi ve doğumu kapsayacak şekilde ayrıntılı olarak ele alınmasıdır. Çünkü yenidoğan dönemi, annenin gebelik dönemi, doğum olayı ve yenidoğan bakım koşullarından çok fazla etkilenmekte, annenin yaşı, sosyal durumu, kronik bir hastalığının olup olmadığı, önceki gebelikleri ayrıntıları ile sorulmalıdır. Bu gebeliğe ait olarak; gebelik süresince bir komplikasyon gelişip gelişmediği, doğum şekli doğumda çıkan sorunlar, apgar skoru, resüsitasyon gereksinimi olup olmadığı öğrenilmelidir[23].

Yenidoğan dönemi farklı gruplar halinde incelenmektedir [4];

Perinatal dönem: Hamileliğin tamamlanmış 22. haftasında başlayan ve doğum sonrası 7 gün içinde sona eren dönemdir.

Erken yenidoğan dönem: Yenidoğan döneminin doğumdan sonraki ilk fizyolojik bir haftalık bölümüdür (0-7 günlük).

Geç yenidoğan dönem: 8-28 günlük dönemdir[4,9].

Bebekler gebelik yaşına ve doğum ağırlıklarına göre de sınıflandırılır;

Gebelik yaşına göre;

- 37 hafta6 günden önce doğan bebeklere preterm bebek,
- 38 – 42 haftalar arasında doğan bebeklere term (miadında) yenidoğan,
- 42 tamamlanmış haftadan sonra doğan bebeklerepostterm bebek denir [24].

Doğum ağırlığına göre;

- Düşük doğum ağırlıklı bebek (LBW-DDA): 2500 gr'dan düşük doğum ağırlıklı bebeklerdir.
- Çok düşük doğum ağırlıklı bebek (VLBW-ÇDDA): 1500 gr'dan düşük doğan bebeklerdir.
- Oldukça düşük doğum ağırlıklı bebek (ELBW-ADDA): 1000 gr'dan düşük doğan bebeklerdir.
- Gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlıklı bebek (SGA): Gebelik yaşına göre doğum ağırlığı 10. persentilin altında olan bebeklerdir.
- Gebelik yaşına göre büyük doğum ağırlıklı bebek (LGA): Gebelik yaşına göre doğum ağırlığı 90. persentilin üzerinde olan bebeklerdir [25].

Yenidoğan bebeğin cildi, vernixcaseosa denilen peynirimsi bir maddeyle kaplıdır. Bu madde hem yenidoğanın derisini zedelenmelere karşı korur hem de ısı kaybını önler. Kafası vücuduna oranla çok büyüktür, yaklaşık olarak vücut uzunluğunun dörtte biri kadardır. Baş, doğum sırasında deforme olmuş olabilir ve henüz başını kontrol edememektedir. Boynu çok kısadır, çenesi hemen hemen hiç yok gibidir, burnu nispeten yassı bir görünümdeydir. Yüzü ve vücudu buruşuk bir görünümdeydir. Doğumda bazılarının saçı vardır, bazıları ise saçsız doğar. Bazılarının sırtında lanugo tüycükleri denen tüyler vardır [16]. Hemen hemen tüm bebeklerin gözleri buğulu bir mavi renktedir. Gerçek göz rengi altı aydan sonra belli olur. Kafatasında kemikler arasında fontanel (bingıldak) denen açıklıklar vardır. Yenidoğan döneminde bebeğin hayatını tehdit eden dört önemli sorun vardır. Bunlar; konjenitalanomaliler (%2), düşük doğum ağırlığı (%9), enfeksiyonlar ve doğum travmalarıdır. Bu sorunlar gebelerin, gebeliğin başlangıcından itibaren izlenmesi, gereken tanı yöntemlerinin uygulanması ve laboratuvar tetkikleri ile en alt düzeye

indirilebilir. Ayrıca doğumların, doğum kliniklerinde, ehil ellerde ve uzmanlarca yapılmasının büyük katkısı olabilir [18].

Gelişmiş ülkeler, yukarıda belirtilen yaklaşımlarla bu sorunları tamamen çözmüştür. Bunların dışında bu dönemde karşılaşılan sarılık, morarma, konvülsiyon, kanama, laterjigibi bulgularında göz ardı edilmemesi gereklidir. Bu belirtilerinin her birinin altında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken birçok neden olabilir.

2.3. Türkiye’de ve Dünyada Yenidoğan Sağlığı

Yenidoğan sağlığı ile bebek ölüm hızları arasında çok faktörlü bir ilişki bulunmaktadır. Anneye ait sosyo-demografik özellikler, ailenin maddi ve eğitim durumu, anne-baba olmaya hazırlıklı olmak ve genetik faktörler yenidoğan sağlığını etkileyen başlıca faktörleri oluşturmaktadırlar[26]. Türkiye sağlık ve eğitim araştırmalarına göre; bebek ve çocuk ölüm hızlarına ilişkin bilgi, Türkiye’nin sosyo-ekonomik durumunu daha iyi anlamaya katkıda bulunmakta ve nüfusun yaşam kalitesini de açığa çıkartmaktadır.Çünkü Binyıl Kalkınma Hedefleri’nin önemli amaçlarından biri de bebek ve çocuk ölümlerinin 2016 yılının başlarına kadar üçte iki oranında azaltılması şeklindeydi. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için doğumun eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından yapılması, sekiz önlenebilir hastalığa karşı aşılamanın artırılması ve kadının statüsünün eğitimle ve iş yaşamına katılımı artırılarak yükseltilmesi öngörülmüştür[27].

Ülkemizdeki yenidoğan sağlığı ile ilgili araştırmalar ‘Toplum Nüfus Sağlığı ve Araştırma (TNSA) birimi tarafından yürütülmektedir. TNSA-2003 yılında yapılan araştırmada son 5 yıllık dönemde bebek ölüm hızı her 1000 canlı doğumda 29 olarak bulunmuş iken [4]TNSA-2013 araştırma sonuçları, araştırmadan önceki son beş yıl için bu sayının 15 olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar yenidoğan sağlığında ilerlemenin olduğunu göstermektedir. Türkiye’de her canlı doğan 66 çocuktan 1’inin beşinci yaş gününe ulaşmadan öldüğü ifade edilmektedir. Sonuçlara göre bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 13, neonatal ölüm hızı ise 1000 canlı doğumda 7’dir. Bu hızlar, erken çocukluk döneminde meydana gelen ölümlerin %87’sinin yaşamın ilk yılında, yaşamın ilk yılında meydana gelen ölümlerin ise %47’sinin yaşamın ilk ayında meydana geldiğini göstermektedir[23].Bu hızlarher ne kadar iyileşme olduğunu gösteriyor ise de ülkemizde

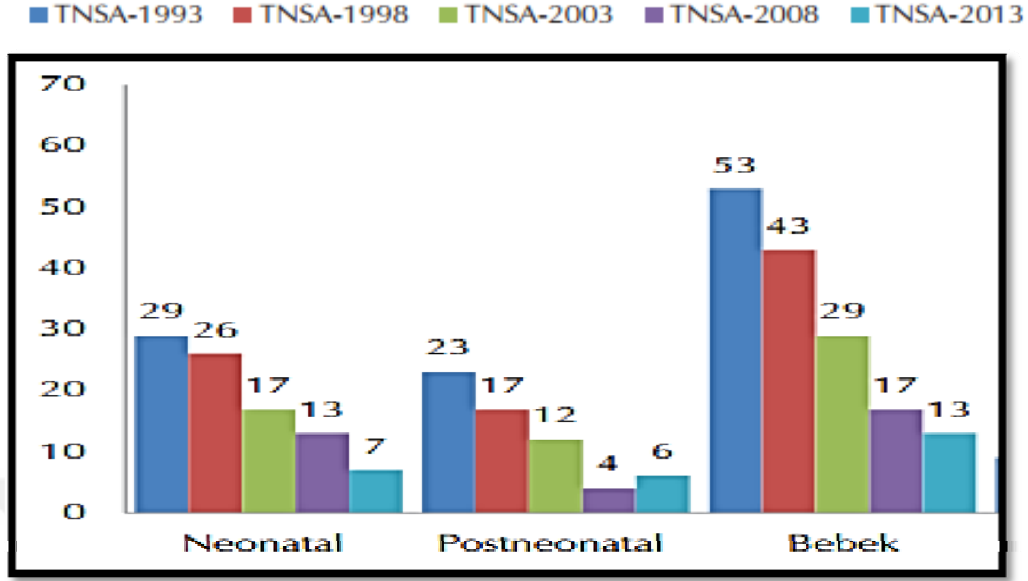
yenidoğan ve anne sağlığı ile ilgili sorunların halen ön planda olduğunu göstermektedir [Tablo 1].

Tablo 1. TNSA-2013, TNSA-2008 ve TNSA-2003'den önceki beşer yıllık dönemler için postnatal, neonatal, bebek, çocuk ve beş yaş altı ölüm hızları[28].

Araştırmadan önceki yıllar	Yaklaşık referans tarihi	Neonatal ölüm hızı (NN)	Post-neonatal ölüm hızı (PNN) ¹	Bebek ölüm hızı (1q0)	Çocuk ölüm hızı (4q1)	Beş yaş altı ölüm hızı (5q0)
TNSA-2013						
0-4	2008-2013	7	6	13	2	15
5-9	2003-2008	11	11	22	4	25
10-14	1998-2003	19	8	26	5	32
TNSA-2008						
0-4	2003-2008	13	4	17	6	24
5-9	1998-2003	17	16	33	9	41
TNSA-2003						
0-4	1998-2003	17	12	29	9	37

¹Bebek ve neonatal ölüm hızları arasındaki farktan hesaplanmıştır.

Bir ülkenin gelişmişlik durumunun değerlendirilmesinde kullanılan en önemli sağlık göstergeleri;Bebek ölüm hızı (BÖH),beş yaş altı çocuk ölüm hızı, yenidoğan ölüm hızı (YÖH) ve perinatal ölüm hızı (PÖH)'dir [29]. Aynı araştırma temel alınarak elde edilen sonuçlara göre; BÖH, 2003-2008 (TNSA-2008) ve 2008-2013 (TNSA-2013) yılları arasındaki beş yıllık dönemde %24 azalmıştır. TNSA-2013 öncesindeki son 10-19 yıl içinde binde 9-10 düzeyinde durağanlık gösteren çocuk ölüm hızının son beş yılda oldukça önemli bir oranda azalması özellikle dikkat çekicidir. Türkiye'de son yıllarda özellikle son dekattabebek ve beş yaş altı ölüm hızlarındaki azalmanın ivme kazandığını görölmektedir. Kentsel yerleşim yerlerinde 1000 canlı doğumda 18 olan beş yaş altı ölüm hızı, kırsal yerleşim yerlerinde %31 daha yüksektir (1000 canlı doğumda 26). Kentsel yerleşim yerlerinde 1000 canlı doğumda 16 olan BÖH'ün kırsal yerleşim yerlerindeki BÖH'den (1000 canlı doğumda 22) %27 daha düşük olduğu gözlenmektedir. Ölüm hızları bölgesel olarak da değişim göstermektedir [28][Şekil 1].



Şekil 1. TNSA 1993, TNSA-1998 ve TNSA-2003, TNSA-2008 ve TNSA-2013'den önceki beşer yıllık dönemler için tahminler[30]

Dünyada yenidoğan ölümlerine bakıldığında ise, beş yaş altındaki çocukların ölüm nedenlerinin %23'ü perinatal nedenlere bağlıdır. Her yıl yaklaşık 7,1 milyon bebek ölmekte ve bebeklik döneminde ölümlerin yaklaşık üçte ikisi neonatal dönemde olmaktadır. 28 gün içinde olan ölümlerin yaklaşık üçte ikisi ise ilk hafta içinde olmaktadır. Neonatal ölümler özellikle gelişmekte olan ülkelerin sorunudur, yenidoğan döneminde ölen bebeklerin yaklaşık %98'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir [28].

2.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Preterm olarak doğan bebeğin organ sistemlerinin immatüritesi nedeniyle, term bebeğe göre intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama geçiş sürecinde gösterdiği adaptasyon daha zordur. Çünkü her şeyden önce preterm bebeği solunum sistemi immatür olduğu için doğar doğmaz solunum desteğine gereksinim duymaktadır. Bu nedenlerle bebek doğar doğmaz meydana gelebilecek olumsuzlukları önleyebilmek ve anında müdahale edebilmek amacıyla YYBÜ'ye alınır[30].YYBÜ özel, ilerlemiş teknolojiye sahip, durumu kritik prematüre ve termindeki bebeklere bakım verilmek üzere planlanmıştır. Zira yenidoğan yoğun bakım üniteleri; medikal ve cerrahi problemlere göre dizaynedilmiş birimler olup prematür ve term yenidoğanların her türlü tıbbi ihtiyaçlarına cevap verebilecek cihaz, alet ve sağlık bakım elemanlarının bulunduğu bakım

merkezleridir [31]. YYBÜ'lerini önemli kılan temel nedenyenidoğanmortalite ve morbiditesini azaltarak bebeklerin en kısa sürede sağlıklarına kavuşmalarına olanak sağlamasıdır [32]. Örneğin ABD'de yapılan bir araştırmada YYBÜ'lerin gelişmesi ve hastaneler tarafından kurulması ile birlikte son 20 yılda bebek ölümlerinde %40'ın üzerinde bir azalmanın olduğu ifade edilmiştir [33].

Gerek hamilelik dönemindeki gerekse doğum esnasındaki sıkıntılar doğrudan yenidoğana yansiyarak bebeğin sağlığını etkilemektedir. YYBÜ'leri perinatal değerlendirmeden başlayarak, doğum esnasında fetus ve annenin bakımında ayrıca yenidoğanın ekstrauterin çevreye adaptasyonu esnasındaki zorlukları tespit ederek gelişimini tamamlayan bebeğin sağlığına kavuşmasında büyük rol oynamaktadırlar [34].

Yenidoğanın sağlık durumu her bebek için farklı olduğundan dolayı yenidoğan ünitesi, hasta yenidoğanların özelliklerine göre üç kategoride düzenlenir [35].

2.4.1. Birinci Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Daha üst düzey (2. ve 3. düzey) YYBÜ'ye transfer olana kadar yüksek riskli bebeklerin bakımı, herhangi bir risk faktörü olmayan doğum ağırlığı > 2000gr olan prematüre bebeklerin bakımı, hiperbilirubinemilerin fototerapi ile tedavisi, normal sorunsuz yenidoğan bebek bakımı, sadece birinci düzey YYBÜ içeren hastanelerde bulunan bu grup komplike olmayan doğumlar, normal sağlıklı yenidoğanlar ve gestasyon yaşı büyük olan sağlıklı preterm bebeklere hizmet verirler. Ancak bu ünite de çalışan hekim ve hemşireler yüksek riskli maternal, fetal ve yenidoğan özelliklerini tanımlama bilgi ve becerisine sahip olmalı, gerektiğinde bebek 2. veya 3. düzey yenidoğan yoğun bakım hizmeti verebilen bir merkeze transfer edilmelidir. Ayrıca yenidoğan resüsitasyon konusunda tecrübeli olunmalıdır.

2.4.2. İkinci Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Birinci düzeye ilaveten, gestasyon yaşı > 32 hafta prematüreler, hafif ve orta dereceli respiratuar distress sendromu (RDS), şüpheli yenidoğan sepsisi olan bebekler, hipoglisemik yenidoğanlar, diyabetik ebeveynlerin bebekleri, hayatı tehdit eden sekel olmaksızın hipoksi iskemisi olan yenidoğanlara hizmet verirler. 2. düzeyde hizmet

verebilen hastanelerde çalışan hekim ve hemşireler seçilmiş yüksek riskli gebeliklerden doğan ve yenidoğan döneminde sorunları olması beklenen bebeklerin bakımını üstlenirler.

2.4.3. Üçüncü Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Birinci ve ikinci düzeye ilaveten, bütün sorunlu yenidoğanların takibi, gestasyon yaşı < 32 hafta ve doğum ağırlığı < 1500gr altındaki bebeklerin takibi, ağır RDS'liyenidoğanların tedavisi, Persistanpulmonerhipertansiyon tanısı konulan yenidoğanlar, majorkonjenitalanomaliler ve sepsis olan yenidoğanlara hizmet verirler. Obstetrik veyenidoğan bakımı konusunda bütün hizmetleri verebilecek olan perinatal merkezler 3. düzey ünitelerdir. Çoğunlukla bu birimler üniversite hastanelerinde bulunurlar ve böylece diğer medikal, pediatrik ve cerrahi bilim dalları ile konsültasyonları sağlanır. Özellikle doğum sonrası cerrahi girişim veya spesifik bilim dalı konsültasyonu gerektirecek bebekler, çok küçük prematürel ve ağır RDS'li bebekler 3. düzey bakım yapılabilecek YYBÜ'lerde izlenmelidir.

Yoğun bakım ortamında; sürekli parlak ışık, yüksek ses, sık uygulanan invaziv işlemler ve personelin telaşlı aktiviteleri bulunmaktadır. Bu durum da bebek ve ebeveynler için sıklıkla stres vericidir. Ebeveynler ortamdaki aletleri ve eşyaları tanımadıkları için endişelidirler [35].

2.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Gereksinimleri

Hamilelik süreci anne ve baba adayı için hem hayaller ile dopdolu hemde merak ve endişenin pik yaptığı uzun bir dönemdir. Bu dönemde ebeveynler bebekleri ile birlikte kuracakları hayat için bir dizi hazırlık yaparlar. Fakat doğumdan sonra karşılaşılan olumsuzluklar ebeveynlerin bebeklerini kabulleniş süreçlerinde tepkiler oluşturmalarına sebep olur. İnkâr ve depresyon ile başlayan süreç suçluluk, kızgınlık ve utanç ile devam eder. En son ise durumu kabullenme ve ayak uydurma süreci ortaya çıkar [37]. Yapılan araştırmalarda sağlıklı doğan bebeğin ebeveyn için “ideal bebeğin yitirimi” şeklinde algılandığı, asıl önemli olanın bebeğin ölmesi değil bebek için kurulan hayallerin yok olma tehlikesi ile karşı karşıya kalındığı sonucuna varıldığı belirtilmektedir [38]. Prematüre,

düşük doğum ağırlıklı veya gelişimsel bozukluk gibi çeşitli sebepler ile YYBÜ'ye alınan bebeğin ailesi akut emosyonel kriz geçirme riski taşımaktadır. Çünkü ebeveynler özellikle de anne bu duruma tamamen hazırlıksız olarak yakalanmıştır ve beklentilerinin dışındariskli bir bebeğe sahip oldukları için büyük bir hayal kırıklığına uğrarlar [39].

Doğum sonrasında bebeğin YYBÜ'ne alınmasından sonra ailenin yukarıda belirtilen problemler ile karşılaşmaması yada problemi en aza indirmek için aile merkezli bakımın yaklaşımlarının yerine getirilmesi gerekmektedir. Yenidoğanın, YYBÜ'ne alınması ile ailede yaşanabilecek duygudurum bozuklukları, stres ve krize karşı ebeveynlerin adaptasyonunu kolaylaştırmak ve bu dönemi daha kolay atlatabilmeleri amacı ile duygularının farkında olmaları ve sağ duyulu yaklaşabilmeleri için hemşirelerin destek verici uygulamalarının planlanması son derece önemlidir [40]. Ayrıca, ailenin bebekleri için en iyi sağlık tedavi yöntemlerinin uygulandığından emin olmaları, bebeklerinin en iyi bakımı aldığına güven duymaları ve yenidoğanın aktif bir şekilde annelik yapma fırsatı oluşturulabilmesi konunun temel taşlarını meydana getirmektedir[41]. Unutulmamalıdır ki; YYBÜ'de yatan bir bebek sadece anne baba için değil boyutu veya içeriği ne olursa olsun genel aile için de bir stres kaynağıdır. Aileler bebeklerinin doğuma müteakipYYBÜ'ye alınması ile birlikte psikolojik olarak kırılmalı bir hale gelirler. Bu dönemde aileler oldukça zayıf oldukları için her türlü yardımı kabul etme durumundadırlar. Bu durum sağlık personeline bebek bakımları esnasında sağlıklı aile-bebek ilişkisinin kurulabilmesine yönelik ailenin desteklenmesi için birçok fırsat doğurmaktadır [42]. Bu nedenleYYBÜ'de bebeği yatan annelere; bebeğin durumu, tedavisi, bakımına ilişkin bilgi gereksinimlerinin olduğu, ailelere yenidoğan yoğun bakım üniteleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi verilmesi gerekmektedir [43].

2.6. Stres ve Kaygı

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkan bir gerginlik durumudur. Tehlike ile karşılaşınca canlı kendini korumaya çalışır. Eğer savaşılabileceği türden bir tehlikeyse savaşır, savaşamayacağı türdensen ondan kaçır.

Latince “estricia” kelimesinden gelen stres; 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmış iken daha sonraki yıllarda güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya çevrilerek kullanılmıştır [44]. Genel olarak “bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki”olarak tanımlanan stres; olumlu yada olumsuz kaynaklara dayanabilmektedir. Örneğin; işte terfi alma, istenilen planlı gebelik olumlu kaynak iken, istemsiz işten ayrılma yada boşanma olumsuz stres kaynaklarıdır. Olumsuz kaynaktan gelen streste; kişi bunalıma girer ve kriz tablosu yaşanır. Kriz ise, kişinin rutin hayatı etrafında yapmak istediği amaçları engellendiğinde ya da karşılaştığı sorunu var olan baş etme yöntemleri ile çözümleyemediği zaman ortaya çıkan dengesizlik periyodu olarak tanımlanmaktadır [45].

Doğumdan sonra bebeğin sağlığında meydana gelen herhangi bir problemdebebek anında YYBÜ’ne alınır. Ancak bebeğin YYBÜ’de bakıma alınması aile için psikolojik ve ekonomik krizlerin ortaya çıkmasına neden olur. Başlangıçtan itibaren aileye yeni bir bireyin katılacağı düşüncesi ile bütün ailenin rollerini, sorumluluklarını değiştirmektedir. Anne; bebeğinin yenidoğana kabulüyle YYBÜ’ne uymak zorunda kalır [46]. Doğumun beklenildiği gibi olmaması, bebeğin hayal edilen bebek gibi olmaması, bazı sağlık sorunlarının bulunması, fizyolojik ve emosyonel değişimlerin varlığı ve bebeğin yoğun bakım ünitesinde takibi anneyi ve aileyi anksiyetelendirir. Yaşanan bu farklı durum; psiko-sosyal dengelerin bozulması başta olmak üzere fiziksel değişimler, suçluluk duygusu, bebeğin anneden ayrı oluşu ve bakımın yeterli olmayışı yaşanan stresi krize dönüştürmektedir [47].

Kaygı kuramına göre, oluşan duruma adaptasyon sürecinde ailenin üç temel değişkeni bulunmaktadır [21].

1) Olayın Algılanması: Yaşadıkları krizin derecesinin ve öneminin kavranması.

2) Destek Kaynakları: Stres anında aileye danışmanlık ya da rehberlik yapabilecek kişiler, ailenin destek kaynaklarını oluşturur. Doğumdan sonra ailenin en büyük destekçisi hemşiredir. Aile oluşan duruma uyum sağlayıncaya ve kendi destek sistemlerini geliştirinceye kadar onlara gerekli desteğin sağlanması ve uygun çözüm yolları bulmalarına yardım edilmesi hemşirenin en önemli rollerinden biridir[47,21].

3) Baş Etme Yöntemleri: Ailelerolay algılandıktan sonragenellikle ilk olarak baş etme yöntemleri ile tepki verirler. Eğer aile yeterli derecede destek alır ve yeterlibaş etme davranışları geliştirirse stres çözümlenir ve kriz gelişmez[46].

Anksiyete (endişe); birey tarafından deneyimlenen kaygı, korku, bunalım ve gerilim halidir. Sadece tek bir nedene bağlı olmayan tedirginlik hali olarak da açıklanabilir. Ayrıca bazı kuramcılara göre yaşanan iç çatışmaların sonucuda anksiyete olarak adlandırılmaktadır [48].

Psikoanalitik görüşe göre kaygı (anksiyete) üçe ayrılmaktadır:

- **Objektif/Gerçek Kaygı (Anksiyete):** Birey tehlike kaynağının dışındadır. Benlik, alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan kaygı durumudur.
- **Nörotik Kaygı (Anksiyete):** Birey tehlike kaynağının içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanmakta ve patolojik olarak tanımlanmaktadır.
- **Ahlak/Moral Kaygı (Anksiyete):** Bireyin duyduğu içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur [49].

2.6.1. Kaygının Sebep ve Belirtileri

Kaygının (Anksiyetenin) bilişsel belirtileri:

- **Duyusal-Algısal Belirtiler:** Bireyler 'sanki' ile açıkladıkları algısal sapmalar yaşarlar.
- **Düşünce Zorlukları:** Önemli şeyleri hatırlayamama, düşünceyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksamalar, kesintiler, objektif düşünme güçlüğü ve nedenselleştirme güçlüğü şeklinde kendini gösterir.
- **Kavramsal Zorluklar:** Beklenen tehlike ne kadar akla yatkınsa ve olabilirliği ne kadar fazlaysa, bireyin kaygıları da o oranda yoğun şekilde izlenmektedir [49].

Anksiyete'nin fizyolojik belirtileri: Kaygı, sadece psikolojik olarak değil aynı zamanda otonom sinir sistemini etkileyerek organ ve sistemlerin çalışmasını değiştirmektedir. Bu durum, organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini göstermektedir. Başlıca etkiler; [50]

- Çarpıntı, taşikardi, arteriyel kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi belirtileri ile kalp-damar sistemi üzerinde;

- Hava açlığı, nefes darlığı, takipne, kesik soluma, boğazda düğümlenme hissi, boğulma hissi, kalp krizini çağrıştırarak düzeyde yaşanan göğüste ağrı, yanma, basınç durumu ile solunum sistemi üzerinde;
- Tremor, baş dönmesi, kaslarda gerginlik, spazm, ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, uyuşma, karıncalanma belirtileri ile kas-iskelet ve sinirsistemi üzerinde;
- Yutma güçlüğü, hava yutma, bulantı- kusma, diyare, karın ağrısı, abdominal distansiyon belirtileri ile sindirim sistemi üzerinde;
- Terleme, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, kızarma ya da solukluk ve kaşınma krizi şeklinde cilt belirtileri üzerinde kendini göstermektedir [49,50].

2.6.2. Anksiyeteye Sebep Olan Faktörler

Anksiyete, fizyolojik olarak incelendiğinde aslında serotoninin sentezlenmesindeki artış ile doğrudan ilişkilidir. Çünkü anksiyete çoğu zaman fikir, düşünme ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıktığı için hormonal aktiviteler üzerinde de etkisini göstermektedir [45].

Anksiyetede etiolojik faktörler;Sağlığın tehdit edilmesi yada sağlık durumlarındaki değişiklikler; biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğe olan tehditler, dayanma mekanizmalarının kaynaklarının ineffektif kullanımı, gelişimsel ve durumsal krizler, dayanma yeteneklerini aşan stres düzeyleri, umutsuzluk, fizyolojik ihtiyaçlar, gerçekçi veya ulaşılabilir olmayan ihtiyaçları beklentilerin karşılamaması,uzun dönemli hastalığa cevap, hospitalizasyon, benlik kavramının tehdit edilmesi, sosyo ekonomik ve politik değişikliklerden meydana gelmektedir[50].

2.6.3. Anksiyete Düzeyleri ve Belirtileri

Anksiyete farklı düzeylerde olup dört aşamada tanımlanmaktadır [46,49,50].

- **Hafif Anksiyete:** Birey; görüp duyarak etrafında olan bitenden haberdardırve öğrenme düzeyinin, yaratıcılığın arttığı ve duyarlı, katılımcı olduğu gözlenmektedir.

- **Orta Derecede Anksiyete:** Birey; iletişim ve algılamada azalmaya sahip olurken kas gerginliği, mide şikâyetleri, kalp çarpıntısı, terleme görülmektedir. Bu aşamada kişi çevresinde olup bitenleri farketmez durumdadır.
- **Yüksek Düzeyde Anksiyete:** Bireyin çevresinde olup bitenleri algılamada ve kavramada zorluk çekmektedir. Heyecansal huzursuzluk vardır. Kalp damar hastalıkları ile sindirim sistemi rahatsızlıkları görülür.
- **Panik:** Asıl problemlili dönem olup anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Bu evrede de solunum, sindirim, kalpdamar rahatsızlıkları başta olmak üzere ölüm korkusu ya da kontrol kaybı ile kendini gösterir.

2.7.Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri

Bebek sahibi olmak; insanoğlunun hayatının en önemli olayıdır. Bu zorlu süreç sonrası anne; bebeği ile birlikte olmayı ister. Doğum sonu dönemde anne iyi beslenmeye, dinlenmeye, bilgilendirilmeye ve kapsamlı bir bakıma gereksinim duyduğu gibi bebek beslenmesi, bakımı ve bebeği ile bağ kurması için desteğe gereksinim duyar[48].

Anne; henüz bebeğini kucağına alıp kokusunu duymadan YYBÜ'ye alınması, aslında anne ve baba için çok farklı bir krizdir. Bebeğin hastalık şiddetine bakılmaksızın, çok kısa süreli YYBÜ'ye alınması bile panik oluşturmaktadır. Aslında akut olarak seyreden bu durum dört aşamayla sınıflandırılabilir:

- (1) Şok, korku ve aşırı kaygı,
- (2) Acizlik hissi,
- (3) Durumun gerçekliğini kavramada gecikme,
- (4) Durumu anlama ve umutsuzluk, kızgınlık, suçluluk gibi karmaşık duygulara sahip olma şeklindedir [51].

Kadınlar, hamileliğin vermiş olduğu psikolojik ve hormonal değişimlerden dolayı ruhsal olarak birçok stresle baş etmek zorundadırlar. Doğumu takip eden 4 hafta içinde ortaya çıkan major depresyon atağı doğum sonrası depresyon olarak tanımlanmaktadır [53]. Doğum sonrasında birde bebeğin YYBÜ'ne alınması anne için başlı başına stres kaynağı oluşturmakta ve yaşanan anksiyeteyi arttırmaktadır. Bu aşamada annenin korku ve

anksiyete derecesi oldukça yüksek seviyededir. Bebek, annesinin kucağına alınmadan hemen YYBÜ'ne alınırsa, annenin bebeğinin sağlığı ve görünümü hakkındaki korkuları ve endişeleri artarak paniklemeye ve anksiyete seviyesi artmaya başlar. Anormal olarak bebeğine uzak tutulan anne kendini gergin, sinirli ve karmaşık hisseder. Bebeğine ulaşmak için çaba sarf eder ve bunu başaramadığında kendini yardıma muhtaç ve güçsüz bulur. Bu zorluklar nedeni ile anne ile bebek arasındaki ilişkinin kurulmasında gecikme ve de annenin bebek bakımında ve ebeveynlik rolünü benimsemesinde güçlükler yaşanmaktadır. Ailelerin taşıdıkları ciddi oranlardaki stres ve kaygıya ek olarak, anne klinik depresyona normalden daha yatkındır ve bu tablonun tanınması da güç olabilir [53].

Anneye bakan yönü ile yenidoğan bebeğinin YYBÜ'ne yatırılması oldukça stresli ve üzücü bir olaydır. Anne hiç alışkın olmadığı bu ortama adaptasyon döneminde suçluluk, anksiyete, korku ve hayal kırıklığı gibi duygular yaşayabilmektedir. Çünkü yoğun bakım ünitesine alınan bebekle birlikte ailenin rutin hayatı değişmekte planladıkları gibi yaşayamamalarının verdiği sıkıntı ile kaygıları artış göstermektedir. Ortam ve hastalık faktörüne ek olarak hastaneye özgü uygulamalar, hastane rutinleri, tanımadıkları aletler, test sonuçları, tedavi ve prognoza ilişkin yeterli bilgilerinin olmaması ebeveynlerin korku ve kaygılarının dahada artmasına sebep olmaktadır[22]. Ebeveynler, bebeğin hastalığının seyri, olumsuz sonuçları ve özellikle kaybedilme olasılığına ilişkin kaygı ve endişe yaşayabilirler. Sayılan bu faktörlerdende ziyade aslında yenidoğan yoğun bakım ortamı anne-bebek ilişkisinde bir bariyer oluşturmaktadır. Anne; bebeğine istediği gibi dokunamamakta kucağına alamamakta sanki her şeyin bir izin silsilesinde olması hissi annede bebeğine yabancı kalma duygusunu uyandırabilmektedir [40]. YYBÜ'deki fiziksel ve psikososyal çevre ebeveynlerin yaşadığı strese katkıda bulunan majör faktördür. Bu durumun ebeveynlerin davranışlarına etki edebileceği, başetme ve destek sistemlerinden yararlanma durumlarını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir [22,40].

2.8. Doğum Sonrası Dönem ve Ruhsal Değişimler

Genel olarak kadınlar hamilelikten itibaren yaşadıkları fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Ancak bazen bu uyumu yakalayamayan kadınlar farklı seviyelerde ve farklı şekillerde duygusal sorunlar yaşayabilmektedirler [54].

Annenin psikolojik durumu sadece bebeğin YYBÜ'ne alınmasından etkilenmez aynı zamanda doğum sonrası dönemde kendilerinde meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişikliklere uyum sağlayamadığı içinde kalıcı ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir [55]. Annenin ruhsal dalgalanmaların devamında depresyona girmesi yakın çevresinin ve bebeğin çeşitli zorluklar yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu zorluklar nedeniyle anne ile bebek arasındaki ilişkinin kurulmasında gecikme, annenin bebek bakımında ve ebeveynlik rolünü benimsemede güçlükler yaşanmaktadır [56].

Annelerde doğum sonrası dönemde duygu bozukluğunun birçok nedeni bulunmaktadır. Başlıca; hormonalaktiviteler, daha önce yaşanmış ruhsal problemler, istenmeyen ve riskli gebelikler, beklenilmeyen zorlu doğum, adölesan gebelikler, aile içi uyuşmazlıklar, hikâyesinde depresyon bulunma durumu, mali sıkıntılar, sosyal destek eksikliği, doğumda sağlık ekibinden destek alamama ve stresli yaşam bu nedenlerden başlıcaları sayılır [55,56].

Doğum sonrası süreçte yaşanan psikolojik huzursuzluklar üçe ayrılmaktadır [49].

Annelik Hüznü: Doğumdan sonra ilk bir ay içinde görülen en yaygın bunalımdır. Doğumun ilk günlerinde ortaya çıkarak ilk hafta içinde kötüleşir ve ikinci haftadan sonra hafiflemeye başlar. Çok değişik belirtiler olmakla birlikte sıklıkla annede, uyku bozukluğu, nedeni belli olmayan ve sürekli ağlama krizleri, endişe, depresyon, yorgunluk, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, oryantasyonda azalma, kolay sinirlenme gibi değişen duygu durumları görülmektedir [50].

Doğum Sonrası (Postpartum) Depresyon: Doğum yapmayan kadınlardaki depresyondan farklı olarak normal involüsyonelfenomeninden (kilo kaybı, uykusuzluk vb.), doğum sonrasındaki ilk günlerde %50-70 sıklıkla görülen depresyon çeşididir. Bu dönemde anneler; ailelerinden ve bebekten uzaklaşmaktadırlar.

Postpartum Psikoz: Doğum sonu psikoz genellikle; ilk hafta görülmeye başlar. Yeni doğum yapanların %80'inde postpartum psikoz belirtileri ilk bir ay içinde ortaya çıkmakta ve yaklaşık her 1000 doğumda 1-2 arasında görülmektedir [49,50].

2.9. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Yaklaşımları

YYBÜ'leri ebeveynleri etkileyen çok sayıda stres faktörü bulunmaktadır. Sadece hastane ortamının olması, doğumdan hemen sonra evine gitmeyi beklerken ilk zamanlarının hastane ve YYBÜ'de geçirmeleri, ebeveynlerin bakım verici rollerinin engellenmesi ve çocuktaki davranış değişikliklerinin oluşması başlı başına stres faktörlerini oluşturmaktadır. Bebeğin sağlık durumundaki belirsizlikler nedeni ile yaşanan ebeveyn-bebek etkileşimi ciddi oranda zarar görmekte ve özellikle annenin bebeğe bağlanmasını olumsuz etkilemektedir. Fakat yapılan çalışmalarda aslında bu problemin çözümlenebilir olduğu, problem merkezli başetme stratejilerini uygulayan ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca anneler YYBÜ'deki bebeğin bakımına aktif olarak katılabildikleri takdirde anksiyetedahil birçok problem çözümlenebilmekte ve annelerin anksiyete düzeylerinin destekleyici hemşirelik bakımı ile düşürülebildiği dearastırmalarla gösterilmiştir [58]. YYBÜ'de iken uygulanacak doğru ve etkili hemşirelik yaklaşımları, sadece doğru bebek bakımının yapılması ile değil, annenin de bu duruma fiziksel ve psiko-sosyal yönden uyumunu sağlamaya yardım ve rehberlik etmeli, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine yardımcı olmasıdır [58].

Annenin ruhsal durumu, fiziksel ve psikosozal faktörler ile birlikte bebeğin sağlık durumu birleşince hemşirenin vazifesinin önemi daha net bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım hemşiresi; bebeği yoğun bakımda bulunan anneye doğumun hemen ardından başlayarak hastane çıkışına kadar kendisi ve bebek ile ilgili bilgileri vermeli, bütün gereksinimlerini karşılamalı anneye öz bakım gücü, olumlu sağlık davranışları ve bebek bakımında yeterlilik kazandırmaya çalışmalıdır [23]. YYBÜ'deki sağlık çalışanları tarafından ebeveynlerin bilgilendirilmesi, bebeklerinin bakımına katılmaları konusunda cesaretlendirilmesi ve emosyonel destek sağlanması kaygılarıyla başetmelerini kolaylaştıracaktır [24].

Hemşireler; annelere bebeklerinin bakımına nasıl katkıda bulunacakları konusunda insancıl yaklaşmayıp yardımcı olmazlarsa çeşitli gerilimler yaşanabilmektedir. Bebeğin sağlıklı olarak YYBÜ'den evine gidebilmesi için ebeveyn-hemşire tam bir işbirliği olmalıdır [24].

Hemşireler; ebeveynlerin yenidoğan hakkındaki kaygılarını ve sıkıntılarını azaltmak için başlıca dört temel faktöre dikkat etmelidirler:

- Ebeveynlere bebeğin durumu hakkında açıklayıcı bilgi vermelidirler.
- Bebeğe uygulanacak klinik ve tedavi ile ilgili onların anlayabileceği şekilde bilgi vermelidirler.
- Ebeveynleri, ortamdan uzaklaştırmaya çalışmamalı aksine bebeklerinin bakımında aktif rol almaları konusunda cesaretlendirmeli ve bakıma dahil etmelidirler.
- Psikolojik olarak ebeveynleri rahatlatmalı, onların duygularını, endişelerini ve kaygılarını ifade etmeye cesaretlendirmelidirler [24].

Profesyonel yaklaşımda tabiki yukarıda bahsedilen dört maddenin yapılması hemşire-ebeveyn-bebek üçlüsü arasındaki ilişkiyi düzenleyecektir. Fakat bunlardan da önemlisi hemşirenin, öncelikle anne-bebek bağlanmasının kısa zamanda güvenli bir şekilde sağlanması için, anne ile bebeğin mümkün olan en kısa sürede bir araya getirilmesini sağlayabilecek girişimlerde bulunmasıdır [59]. Çünkü annenin bebeğini görmesi, ona dokunması ve onunla etkileşimi başlatması bebeğini algılamasını olumlu etkilemekte ve daha erken YYBÜ'den çıkmasına olanak sağlamaktadır [60].YYBÜ'de bebeği yatan annelerin en fazla destek ve güven konularında eğitime ihtiyaçları vardır [61].

Bir bebeğin dünyaya gelmesi başlıbaşına stresli bir olaydır. Bu durumun meydana getirdiği duygusal gerilimi azaltmada ya da bu gerilime dayanmada başatme becerileri geliştirmek önemlidir. Yapılan bir çalışmada bebeğinin bakımına aktif ve uygulamalı olarak katılan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı, bebeğinin bakımı ile ilgili sorun çözmebecerilerinin daha yüksek olduğu ve bakım becerilerinde başarılı oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır [62].Aileler doğum sonrasında oldukça duygusal olabilmekte olaylar karşısında ciddiyet ve soğukkanlılıklarını koruyamayabilirler. Bu durumda hemşirelere büyük görev düşmekte ailelerin içinde buldukları durumdan kurtulabilmeleri için insancıl başa çıkma metodları geliştirmelidirler.Stres ve anksiyete yaratan durum ya da olayları gerçekçi bir şekilde değerlendirmek, kişiyi bu olay ya da durumlarla başa çıkmada yapılabilecek bir şeyler olduğuna inandırmak, mevcut çevresel destek kaynaklarından yardım almasını sağlamak önemli hemşirelik görevlerindedir. Hemşire, genelde aile ile en sık görüşen bireydir. Hemşirenin hasta ve çocuk ailesine yaklaşımında empati yeteneğini kullanması gerekir. Hemşireler annelerde stres yaratabilecek anksiyete düzeylerinin artmasına sebep olacak etkenleri, stres yaratan faktörlere karşı oluşan davranışsal ve psikolojik tepkileri anlamaya çalışmalıdır [62].

Özetle; bebeği yenidoğanyoğun bakım ünitesine alınmış annelerin kaygılarını gidermeye yönelik uygulanan hemşirelik yaklaşımındaki amaç; annenin kendi kaygısını tanımasını ve içinde bulunduğu durum ile baş etme yollarını kullanabilmesini sağlamaktır. Ancak bu amaç doğrultusunda; uygulanacak yaklaşımlar anneye yarar sağlayacaktır.



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, YYBÜ’de bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma kapsamında anket uygulaması, Trabzon ilinde bulunan Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmayı yürüttüğümüz YYBÜ 20 yatak kapasitesine sahiptir. YYBÜ’nün bulunduğu kurumun üniversite hastanesi olması ve pediatriğin tüm yan dallarını bünyesinde bulundurması nedeni ile de Doğu Karadeniz Bölgesi ve yer bulunamaması durumunda da diğer bölgelerdeki bebeklerin yatırıldığı, 23 yıldır ileri düzey yenidoğan yoğun bakım hizmeti veren bir ünedir.

3.3. Araştırmanın Evren Örneklem ve Uygulama Zamanı

Araştırmanın yapılacağı hastanede son bir yıl içerisinde yatan bebek sayısı 434 olarak belirlenmiştir. Araştırma örnekleme, evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesabına göre 174 olarak hesaplanmış ve bu sayıya ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın başladığı süre zarfında personel sayısı yetersizliği nedeni ile YYBÜ’nin 30 olan hasta kapasitesi 20’ye düşürülmüş ve bu nedenle araştırmamızda planlanan sürede 148 anneye ulaşılmıştır. Araştırmamız Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi YYBÜ’de Kasım 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında bebeği yatan ve araştırmaya katılmada gönüllü olan 148 anne ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Örneklem Kabul Edilme Ölçütleri

- Yenidoğanyoğun bakım ünitesinde bebeği yatan,
- İletişim ve mental sorunu olmayan,

- Türkçe konuşabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerörnekleme dahil edildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri literatüre dayalı olarak hazırlanmış “Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu”(Ek-1) ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği”(Ek-2) ile toplanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce 10 gönüllü anneye, Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği soruları yöneltilmiş ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.5.1. Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu

Annelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin toplam 8 soru (annelerin yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyini algılama durumu); anne ve bebeğe ait toplam 13 soru (annenin gebelik haftası, bebeğin şu andaki haftası, doğum şekli, kaçınıcı bebeği olduğu, cinsiyeti, doğum kilosu, bebeğin tanısı, hastanede kalış süresi, doğum sonrası girişim uygulanma durumu, bebeğin beslenme şekli) ve annelerin bebeğe ilişkin görüşlerine ait toplam 27 soru (annenin bebeği görme durumu, annenin hastanede bebekle kalış süresi, bebek bakımında taburculuk eğitimi alma durumu, evde bebek bakımında destek alma durumu, bebek bakımına ilişkin algılanan yeterlilik durumu, kaygı durumu, taburculuğa hazır oluşluk durumu) olmak üzere 48 sorudan oluşmuştur.

3.5.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (State-TraitAnxiety Inventory) geliştirilmiş, 1985 yılında Necla Öner ve LeCompte tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayıları durumluk kaygı ölçeği için 0.83-0.92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için 0.83-0.87 arasında saptanmıştır. Bu araştırmada, annelerin Cronbach's durumluluk alfa değeri 0.97, süreklilik alfa değeri 0.87, olarak bulunmuştur.

Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1), bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) ise; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirlemektedir.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinde, bireylerin duygularını ifade etmede kullanabilecekleri 40 ifade bulunmaktadır. Kişi kendini nasıl hissediyorsa ve duygularının şiddetine göre, “Hiç” (1), “Biraz” (2), “Oldukça” (3), “Tamamıyla” (4) seçeneklerinden birini işaretlemesi gerekir. Durumluk Kaygı Ölçeği doğrudan (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) ve tersine dönmüş ifadelerden (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) oluşmaktadır. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise doğrudan (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40) ve tersine dönmüş ifadelerden (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) oluşmaktadır. Değerlendirmede, olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken, bir ağırlık değerinde olanlar dörde ve dört ağırlık değerinde olanlar ise bire dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde dört değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise; dört değerindeki yanıtlar düşük, bir değerindeki yanıtlar ise yüksek kaygıyı gösterir. Olumsuz duyguları ifade eden doğrudan ifadelerin toplam puanı ile olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler tersine çevrilerek toplanır ve her iki ölçekten ayrı ayrı toplam 20-80 arasında değişen toplam puan elde edilir. Puanları hesaplamanın ikinci bir yolu, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35’dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanını verir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Toplam kaygı puanı 60’ın üzerinde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin puan aralıkları aşağıda verilmiştir.

0-40 puan: Kaygı yok

41-60 puan: Hafif kaygı

61> puan: Şiddetli kaygı şeklinde değerlendirildi (Öner ve Le Compte 1985).

Annelerden Durumluk Kaygı Ölçeği ile kendilerine yöneltilen sorulara “o anda” nasıl hissediyorlar ise o hissi gösteren yanıtı işaretlemeleri istenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından, kurum ve etik kurul izni alındıktan sonraki süreçte YYBÜ’de bebeği yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelere çalışma hakkında gerekli bilgiler verildikten sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı.

3.7. Verilerin Analizi

Tüm değişkenlerin frekans (f) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklere güvenilirlik ve analizi uygulandı. Ölçeklerin normallik varsayımlarının test edilebilmesi için Kolmogorov-Smirnov Testi uygulandı. Karşılaştırmalı analizlerde Kruskal Wallis-H Testi ve Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki için Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Annelerin sosyo-demografik özelliklerini, bebeğin özelliklerini ve annelerin bebeğe ilişkin görüşlerini kapsayan tanıtıcı “Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu” soruları bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan, 16.11.2015 tarih ve 24237859-615 sayılı etik kurul onayı (Ek-3) alınmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü; Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinden (Ek-4) kurum izni alınmıştır. Ayrıca annelere araştırmanın amacı ve doldurmaları istenen formlar anlatılmış, bilgilerin gizliliği açıklanmış, katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiş ve “Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu” (Ek-5) alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. Annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı(n=148)

Özellikler	n	%
Annelerin yaş ortalaması	30.5±6.5	
Yaş		
≤ 24	26	17.5
25 – 34	83	56.1
≥35	39	26.4
Öğrenim Durumu		
İlkokul	37	25
Ortaokul	28	18.9
Lise	53	35.8
Üniversite	30	20.3
Çalışma Durumu		
Evet	43	29.1
Hayır	105	70.9
Sosyal Güvenceye Sahip Olma Durumu		
Var	135	91.2
Yok	13	8.8
Algıladığı Gelir durumu		
İyi	36	24.3
Orta	103	69.6
Kötü	9	6.1
Eşinin Eğitim Durumu		
İlkokul	24	16.2
Ortaokul	28	18.9
Lise	63	42.6
Üniversite	33	22.3
Eşinizin Çalışma Durumu		
Evet	139	93.9
Hayır	9	6.1
Çocuk Sayısı		
1 çocuk	66	44.6
2 çocuk	39	26.4
3 çocuk	28	18.9
4 ve üzeri çocuk	15	10.1
Toplam	148	100.0

Araştırma kapsamına alınan annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunun 25-34 yaş grubunda (%56.1), lise mezunu (%35.8) ve çalışmadığı (%70.9), çoğunun eşlerinin ise lise mezunu (%42.6) ve bir işte çalıştığı (%93.9) belirlenmiştir. Annelerin %91.2’sinin sosyal güvenceye sahip olduğu, %69.6’sının gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu ve çoğunun bir çocuğa (%44.6) sahip olduğu görülmüştür (Tablo 2).

4.2. Annelerin Obstetrik ve Bebeklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin obstetrik ve bebeklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 3. Annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=148)

Özellikler	n	%
Doğum Şekli		
Normal	36	24.3
Sezaryen	112	75.7
Daha Önceki Gebeliklerde Riskli Bebeğe Sahip Olma Durumu		
Evet	10	6.8
Hayır	138	93.2
Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	129	87.2
Hayır	19	12.8
Gebelik Takipleri Sırasında, Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bilgi Alma Durumu		
Evet	61	41.2
Hayır	87	58.8
Annenin Doğum Sonrasında Bebeğinin Neden Tedaviye Alındığını Bilme Durumu		
Evet	1	0.7
Hayır	147	99.3

Araştırmaya katılan annelerin çoğunun sezaryan ile doğum (%75.7) yaptıkları ve %6,8’inin daha önceki gebeliklerinde riskli bir bebeğe sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %87.2’si bebeklerine isteyerek hamile kaldığını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmada annelerin gebelik takipleri sırasında, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi edinmeden hamilelik sürecini tamamladığı (%58.8) belirlenmiştir. Doğum sonrasında annelerin %99.3’ünün bebeklerinin neden tedavi altına alındıklarını bilmedikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Annenin bebeklerine ait tanıtıcı özelliklerin dağılımı

Özellikler	n	%
Doğum Kilosu Ortalaması (gr)	2735.47 ± 923.68	
Şimdiki Kilosu (gr)	2863.91 ± 1023.76	
Bebeğin Hastanede Kalış Süresi (Gün)	11.58 ± 12.62	
Gestasyon Haftası (Ort)	36.09±3.86	
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	72	48.6
Erkek	76	51.4
Kaçıncı Çocuk Olduğu		
1	65	43.9
2	37	25.0
3	29	19.6
4	11	7.4
5	6	4.1
Bebeği Emzirme Durumu		
Evet	98	66.2
Hayır	50	33.8
Bebeği Emzirme Sıklığı		
3 saat arayla besleniyor	96	98
Yalnız bir kez beslendi	2	2
Bebeği Besleme Şekli		
Anne sütü	2	3.7
Mama	6	11.2
Anne sütü ve mama	8	14.8
Mama ve TPN	10	18.5
TPN	28	51.8
Bebeğin Sağlık Sorunu		
Solunum sistemi problemi	50	33.8
Hematolojik sistem problemi	49	33.1
Kardiyovasküler sistem problemi	33	22.3
Gastrointestinal sistem problemi	33	22.3
Hematolojik endokrin problemi	32	21.6
Enfeksiyon problemi	27	18.2
Kalıtsal problem	26	17.6
Sinir sistemi problemi	10	6.8
Renal sistem problemi	9	6.1
Genital sistem problemi	4	2.7
Diğer	37	25.0
Bebeğe Doğum Sonrası Uygulanan Girişimler		
Kuvöze alındı	124	83.8
Solunum cihazına bağlandı	23	15.5
Bilmiyor	1	0.7
Toplam	148	100.0

Araştırmaya katılan annelerin çoğunun bebeklerini emzirdiği (%66.2), bebeklerini emzirdiğini belirten annelerin ise çoğunun bebeklerini 3 saat arayla besledikleri görülmektedir (Tablo 4). Bebeklerin çoğunun cinsiyetinin erkek olduğu (%51.4) ve

bebeklerin ortalama gestasyon haftalarının 36 hafta olduğu saptanmıştır (36.09±3.86).

Bebeklerin doğum kilosu ortalama 2735.47±923.68 gr iken, annelerin çalışmaya katıldıkları tarihteki ortalama kiloları ise 2863.91±1023.76 gr olarak bulunmuştur. Annelerin ifadeleri doğrultusunda doğum sonrası bebeklerin çoğunun (%83.8) kuvöze alındığı, %15.5'inin solunum cihazına bağlandığı belirlenmiştir. Bebeklerin doğumdan sonra hastanede kalış süre ortalamalarının 11.58±12.62 gün olduğu ve en fazla solunum problemi nedeniyle yattıkları ve annelerin çoğunun bebeklerinin TPN ile beslendiği (%51.8) belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Annenin gebelik ve doğumda yaşadığı sorunların dağılımı

Sorunlar	n	%
Gebelik Süreci ve Doğumda Problem Yaşama Durumu		
Evet	98	66.2
Hayır	50	33.8
Gebelik ve Doğumda Yaşanan Problemler (n=98)		
Erken doğum	13	13.3
Kan kaybı	10	10.2
Düşük riski	9	9.2
Tansiyon problemi	8	8.2
Amniyon sıvı fazlalığı	2	2.1
Non Stres Testi yüzünden yatış	1	1.0
Karın sertliği	1	1.0
Sodyum fazlalığı	1	1.0
İkiz gebelik	1	1.0
Kalp problemi	1	1.0
Bel fıtığı rahatsızlığı	1	1.0
Bebeğin doğum esnasında oksijensiz kalması	1	1.0
Sorunu belirtmeyen	49	50.0
Toplam	148	100

Tablo 5'de annelerin, gebelik ve doğum sürecinde yaşadığı sorunlara bakıldığında, çoğunun sorun yaşadığı (%66.6) belirlenmiştir. Yanıtlara bakıldığında %13.3'ünün erken doğum yanıtını, %10.2'sinin kan kaybı yanıtını, %9.2'sinin düşük riski yanıtını verdiği belirlenmiştir.

Tablo 6. Annelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yaşadıkları deneyimlerin dağılımı

	n	%
Annenin Hastanede Kalış Süresi (Ort)	5.29±4.04	
Bebeği İlk Ne Zaman Gördüğü		
Doğum sonu hemen	127	85.7
Doğum sonu ilk 24 saat	8	5.4
24 saat sonrası	13	8.9
Bebeği İlk Ne Zaman Kucağına Aldığı (ilk günden sonra)		
Doğum sonu hemen	74	50
Hatırlamıyor	7	4.7
Hiç Temas Etmeyen	17	11.5
İlk Beslenmeye Başladığı Zaman	10	6.8
2. gün	14	9.5
3. gün	8	5.3
4. gün	5	3.4
5. gün	4	2.7
9. gün	1	0.7
10. gün	4	2.7
15. gün	4	2.7
Bebeğini Yenidoğan Ünitesinde Kaç Kez Gördüğü		
Her gün	119	80.4
Ziyarete geldiğim günlerde	25	16.9
Hafta içi her gün	4	2.7
Bebeğe Anne Sütünü İlk Ne Zaman Verdiği		
Doğar doğmaz	74	50
Hiç anne sütü vermeyen	31	20.9
2. gün	7	4.7
3. gün	5	3.4
4. gün	4	2.7
Hatırlamıyor	2	1.4
Doğduğunda sağılmış sütümü verdim	5	3.4
Beslenmeye başladığında	18	12.1
15. günde	2	1.4
Anne Sütü Vermediği Dönemde Bebeğin Beslenmesi İle İlgili Endişe Yaşama Durumu		
Evet	35	23.6
Hayır	113	76.4

Araştırmaya katılan annelerin hastanede yatış sürelerinin ortalama 5.29±4.04 gün (Min:1, Max:30)olduğu saptanmıştır.Araştırmaya katılan annelerin %85.7'si bebeğini ilk kez doğduğunda gördüğünü, %11.5'i bebeğini henüz kucağına almadığını, %4.7'si ise hatırlamadığını belirtmiştir. Annelerin %80.4'üyenidoğan yoğun bakım ünitesinde yattıkları süre içinde bebeklerini hergün gördüklerini belirtmişlerdir. Annelerin %79.1'i bebeğine anne sütü verdiğini, %20.9'u henüz anne sütü vermediğini belirtmiştir. Anne sütü

vermedikleri dönemde annelerin %23.6'sı da bebeğin beslenmesi konusunda endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 7. Annelerin bebeğinin yoğun bakımda yatmasına bağlı yaşadıkları duyguların dağılımı

Duygular	n	%
Korku	46	31.0
Üzüntü	37	25.0
Kaygı	13	8.8
Kendini Kötü Hissetme	12	8.0
Stres	8	5.4
Sakin Hissetme	4	2.7
Annelik Özlemi	4	2.7
Bebeğinin Daha Kötü Olacağı Düşüncesi	3	2.0
Huzursuzluk	3	2.0
Yoğun Ve Yorgun Bir Süreç	3	2.0
Canının Acıması	3	2.0
Travma	2	1.4
Kriz Geçirme	2	1.4
İyi Olacağını Düşünme	2	1.4
Eksiklik	2	1.4
Mutsuzluk	2	1.4
Emniyette Ve Gözetimde Olduğunu Düşünme	1	0.7
Enfeksiyon Kapacağını Düşünme	1	0.7
Toplam	148	100

Tablo 7'de annelerin bebeklerinin yoğun bakımda yatmasına bağlı olarak en fazla yaşadıkları duygunun korku (%31.0) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. Anneyi bebeğin durumu ile ilgili en çok rahatlatıcak ya da iyi hissettirecek durumun ne olduğunun dağılımı

Durumlar	n	%
Bebeğimin Sağlığına Kavuşması	69	46.6
Bebeğimin Taburcu Olması	46	31.0
Bebeğimi Kucağıma Almak	16	10.8
İyi Besleyebilmek/Emzirebilmek	6	4.1
Bebeğimi Koklamak	3	2.0
Sonuçlarının İyi Çıkması	3	2.0
Bebeğimin Sekelli Kalmaması	2	1.4
Bağırsaklarının Düzmesi	1	0.7
Sütümün Gelmesi	1	0.7
Solunumunun Düzmesi	1	0.7

Tablo 8’de gebelik süreci ve doğumda yaşadığı problemlerin, erken doğum yapmanın, bebeklerinin yoğun bakımda olmasının ardından kendilerini en çok rahatlatacak ya da iyi hissettirecek durumların dağılımına bakıldığında, annelerin %46.6’sının bebeğinin sağlığına kavuşması, %31’ibebeğinin taburcu olması, %10.8’inin bebeğini kucağına almak olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9. Annelerin bebeğinin neden tedavi altına alındığını bilme durumlarının dağılımı

Nedenler	n	%
Prematüre olduğu için	24	16.0
Solunum sıkıntısı	23	15.4
Beslenememe	11	7.3
Sarılık	10	6.7
Kan şekeri düşüklüğü	9	6.0
Böbreklerinde sıkıntı var	7	4.7
Kan uyuşmazlığı var	5	3.4
Kusması var	5	3.4
Enfeksiyonu var	5	3.4
Kalbinde sıkıntı var	4	2.7
Ateşi olduğu için	4	2.7
Gelişmemiş olması	4	2.7
Göbeğinde akıntı var	3	2.0
Nöbet geçiriyor	3	2.0
Akciğerinde sorun var	3	2.0
Kan değerlerinde sıkıntı var	3	2.0
Düşük kilolu olduğu için	2	1.4
Sırtında yarası var	2	1.4
Dehidratasyonu var	2	1.4
Morarması olduğu için	2	1.4
Göz kapaklarında şişlik var	2	1.4
Metabolik hastalığı var	2	1.4
Meningomyelose	2	1.4
Ensefaloseli var	1	0.7
Beyni büyük	1	0.7
Rop tedavisi alıyor	1	0.7
Hareketi az	1	0.7
Hipoksiye girmiş	1	0.7
Downsendromlu olduğu için	1	0.7
Kısa barsak sendromu var	1	0.7
Üfürümü var	1	0.7
İdrar yapmama	1	0.7
Uykuya meyilli	1	0.7
Gözetim amaçlı	1	0.7

Tablo 9’da doğum sonrasında tedavi altına alınan bebeklerin, neden tedavi altına alındıkları annelere sorulduğunda, %16’siprematüre olduğu için, %7.3’ü beslenemediği için, %6.7’si sarılık, %15.4’ü solunum sıkıntısıolduğünü için yatırıldığını belirtmişlerdir.

Tablo 10. Annelerin bebekleri ile ilgili yaşadıkları endişe ve anksiyete durumlarının dağılımı

Endişe ve Anksiyete Durumu	Doğum Sonu		Şu An		Endişe Duymuyorum		Her İki Dönemde De Endişe Duyuyorum	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tedavi işlemleri hakkında endişe	30	20.3	31	20.9	29	19.6	58	39.2
Kaybetme korkusu	31	21.0	11	7.4	68	45.9	38	25.7
Hasta olacağı endişesi	18	12.2	25	16.9	22	14.9	83	56.1
Beslenmesi ve emzirme hakkında endişe	21	14.2	13	8.8	48	32.4	66	44.6
Evdeki bakımı hakkında endişe	12	8.1	11	7.4	87	58.8	38	25.7
Büyüme gelişmesinin geç olacağı endişesi	11	7.4	9	6.1	90	60.8	38	25.7
Aşıları hakkında endişe	5	3.4	1	0.7	132	89.1	10	6.8

Tablo 10’da annelerden verilen ifadeler için endişe ve anksiyete düzeylerini belirtmeleri istenmiştir. Buna göre tedavi işlemleri hakkında endişe durumları sorulduğunda annelerin fazla (%21) şu anda endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Bebeğini kaybetme korkusu konusunda annelerin en fazla (%20.9) doğum sonunda kaygı yaşadıkları görülmüştür. Bebeklerinin hasta olacağı endişesi konusunda ise annelerin %56.1’i, beslenmesi ve emzirme hakkında ise annelerin %44.6’sının her iki dönemde de endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Evdeki bakımı (%58.8) ve büyüme ve gelişmesinin geç olacağı (%60.8) ve aşıları (%89.1) hakkında annelerin çoğunun endişe duymadıkları görülmüştür.

Tablo 11. Annelerinbebeklerinin bakımı konusunda kaygı ve hazır hissetme durumlarındaki dağılımı

Kaygı ve Hazır Hissetme Durumu	n	%
Hastanede Kalınan Süre İçinde Bebek Bakımıyla İlgili Taburculuk Eğitimi Alma Durumu		
Evet	29	19.6
Hayır	119	80.4
Bebeğinin Bakımında Kendini Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	126	85.1
Hayır	22	14.9
Bebeğinizin Evdeki Bakımı İle İlgili Şuan Kaygı Yaşama Durumu		
Evet	64	43.2
Hayır	84	56.8
Bebeğinin Taburcu Olmasına Kendini Hazır Hissetme Durumu		
Evet	114	77.0
Hayır	34	23.0
Taburcu Olduktan Sonra Evde Bebeğinizin Bakımı İle İlgili Kaygı Yaşayacağını Düşünme Durumu		
Evet	63	42.6
Hayır	85	57.4
Taburcu Olduktan Sonra Evde Bebek Bakımı İle İlgili Destek Alabileceği Kişilerin Olup Olmadığı		
Evet	114	77.0
Hayır	34	23.0
Evde Bebeğinin Bakımında Kendini Yeterli Hissetme Durumu		
Evet	138	93.2
Hayır	10	6.8
Bebeğinin Yeterli Bakım Aldığına İnanma Durumu		
Evet	146	98.6
Hayır	2	1.4
Bebekle Yalnız Kalmak İçin Verilen Süre Yeterli Olup Olmadığı		
Yeterli	140	94.6
Yeterli değil	8	5.4
Bebeğinin Genel Durumu Hakkında Bilgilendirilme Durumu		
Evet	143	96.6
Hayır	5	3.4
Bebeğinin Durumu Hakkında Kimden Bilgi Aldığı		
Doktordan	146	98.6
Hemşireden	2	1.4
Verilen Bilginin Yeterli Olup Olmadığı		
Evet	124	83.8
Hayır	24	16.2

Annelerin çoğunun hastanede kalınan süre içinde bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi almadığı (%80.4) belirlenmiştir. Annelerin %85.1'i bebeklerinin bakımında kendilerini yeterli gördüklerini, %56.8'i bebeklerinin evde bakımı ile ilgili kaygı yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Annelerin %77'sinin kendilerini bebeklerinin taburcu olması için hazır hissettikleri belirlenmiştir. Annelerin çoğu (%57.4) taburcu olduktan sonra evde bebek bakımı konusunda kaygı yaşamayacağını ifade etmişlerdir. Annelerin

%77'si taburcu olduktan sonra evde bebek bakımı için destek alabilecekleri birinin olduğunu ve çoğunun (%93.2) evde bebek bakımında kendisini yeterli hissettikleri belirlenmiştir. Annelerin çoğubebeklerinin yeterli bakım aldığını (%98.6), bebekleri ile yalnız kalmak için yeterli süreye sahip olduklarını (%94.6), bebeklerinin durumu hakkında bilgilendirildiklerini (%96.6) belirtmişlerdir. Annelerin %98.6'sı bebekleri hakkındaki bilgiyi direkt olarak doktorlardan aldıklarını ve %83.8'i verilen bilginin yeterli olduğunu düşünmektedirler (Tablo 11).

4.3. Annelerin Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin durumluk ve süreklilik kaygı puan ortalamaları, sosyo-demografik özellikleri, bebeklerine ait özellikler ve annelerin bazı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 12. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde bebeği yatan annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları

Kaygı Durumu	Ort±Ss
Durumluk kaygı puan ortalamaları	40.43±4.1
Sürekli kaygı puan ortalamaları	41.43±4.89

Annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 40.43±4.31, sürekli kaygı puan ortalamaları ise 41.43±4.89 olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13. Annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	n	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			Sürekli Kaygı Ölçeği Puanı		
		Mean Rank	Median	Test ve önemlilik	Mean Rank	Median	Test ve önemlilik
Yaş							
≤ 24	26	57.54	38.50	$X^2_{K-W}=5.131$ df=2 p=0.07	82.96	41.00	$X^2_{K-W}=1.794$ df=2 p=0.40
25 – 34	83	77.05	41.00		74.67	41.00	
≥35	39	80.37	41.00		68.49	41.00	
Öğrenim Durumu							
İlkokul	37	84.28	41.00	$X^2_{K-W}=2.858$ df=3 p=0.41	82.39	42.00	$X^2_{K-W}=5.013$ df=3 p=0.17
Ortaokul	28	73.86	40.50		84.39	41.00	
Lise	53	71.63	40.00		68.82	41.00	
Üniversite	30	68.10	40.00		65.57	40.00	
Çocuk Sayısı							
Bir	66	68.35	40.00	$X^2_{K-W}=2.731$ df=2 p=0.25	77.98	41.00	$X^2_{K-W}=1.304$ df=2 p=0.52
İki	39	81.99	41.00		75.26	41.00	
Üç ve Üzeri	43	77.15	41.00		68.48	40.00	
Algılanan Gelir Durumu							
İyi	36	75.39	41.00	$X^2_{K-W}=1.235$ df=2 p=0.53	71.01	40.50	$X^2_{K-W}=4.778$ df=2 p=0.09
Orta	103	75.53	41.00		78.14	41.00	
Kötü	9	59.17	39.00		46.78	38.00	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	43	80.64	41.00	MWU=1993.500 p=0.26	61.30	40.00	MWU= 1690.00 p=0.01
Çalışmıyor	105	71.99	40.00		79.90	41.00	
Sosyal Güvenceye Sahip Olma							
Evet	135	75.32	41.00	MWU= 766.500 p=0.45	73.87	41.00	MWU= 792.500 p=0.56
Hayır	13	65.96	41.00		81.04	41.00	

X^2_{K-W} = Kruskal Wallis, MWU= Mann Whitney U

Araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik özelliklerinin DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarına etkileri Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir (Tablo 13). Yapılan analiz sonucunda 35 ve üzeri yaş grubunda, ilkökul mezunu, iki çocuğa sahip olan, gelir durumunu iyi ve orta düzeyde algılayan, çalışan ve sosyal güvenceye sahip olan annelerin Durumluk Kaygı Puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Annelerin Durumluk Kaygı Puan ortalamaları ile belirtilen sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan annelerin Süreklilik Kaygı Puan ortalamalarının ise 24 ve altı yaş grubunda olan, ortaokul mezunu, bir çocuğa sahip, gelir durumunu orta düzeyde algılayan, çalışmayan ve sosyal güvenceye sahip olmayan annelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Annelerin Sürekli Kaygı Puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (MWU=1690.00; $p=0.01$).

Tablo 14. Annelerin obstetrik, doğum ve bebeklerine ilişkin özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	n	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			Sürekli Kaygı Ölçeği Puanı		
		Mean Rank	Median	Test ve önemlilik	Mean Rank	Median	Test ve önemlilik
Doğum Şekli							
Normal	36	59.94	39.50	MWU=1492.00 p=0.01	89.57	43.00	MWU=1473.50 p=0.01
Sezaryen	112	79.18	41.00		69.66	41.00	
Daha Önce Riskli Bebeğe Sahip Olma Durumu							
Evet	10	83.35	41.00	MWU=601.500 p=0.49	68.90	40.50	MWU=634.000 p=0.66
Hayır	138	73.86	40.50		74.91	41.00	
Gebeliği İsteme Durumu							
Evet	61	72.11	41.00	MWU=2508.00 p=0.57	75.90	41.00	MWU=2568.00 p=0.73
Hayır	87	76.17	40.00		73.52	41.00	
Gebelik Süreci ve Doğumda Problem Yaşama Durumu							
Evet	98	74.05	41.00	MWU=2406.00 p=0.85	75.45	41.00	MWU=2357.00 p=0.70
Hayır	50	75.38	40.00		72.64	41.00	
Bebeğin Cinsiyeti							
Kız	72	74.52	40.00	MWU=2734.50 p=0.99	74.28	41.00	MWU=2720.00 p=0.95
Erkek	76	74.48	41.00		74.21	41.00	
Kaçıncı Çocuk Olduğu							
1 çocuk	65	69.34	40.00	X ² _{K-W} =1.764 df=2 p=0.41	79.08	41.00	X ² _{K-W} =1.502 df=2 p=0.47
2 çocuk	37	79.95	41.00		73.08	41.00	
3 çocuk ve üzeri	46	77.41	41.00		69.17	40.00	
Bebeği Emzirme Durumu							
Evet	98	79.60	41.00	MWU=1950.00 p=0.04	76.30	41.00	MWU=2273.50 p=0.47
Hayır	50	64.50	39.00		70.97	41.00	
Bebeği İlk Ne Zaman Gördüğü							
Doğumsonu hemen	127	74.10	41.00	X ² _{K-W} =0.099 df=2 p=0.95	74.05	41.00	X ² _{K-W} =0.119 df=2 p=0.94
İlk 24 saat	8	78.63	40.00		75.63	41.00	
24 saat sonrası	13	75.88	41.00		78.23	41.00	

X²_{K-W}= Kruskal Wallis, MWU= Mann Whitney U

Araştırmaya katılan annelerin obstetrik, doğum ve bebeklerine ilişkin özelliklerinin,DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları üzerindeki etkileri Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile incelenmiş ve Tablo 14’de verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda doğum şekli sezaryen olan ve bebeğini emziren annelerin Durumluk Kaygı Puanlarının normal doğum yapan annelere ve bebeğini emzirmeyen annelere göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (MWU=1492.00; p=0.01), (MWU=1950.00; p=0.04). Sürekli Kaygı Puan ortalamalarının ise normal doğum yapan annelerde daha yüksek olup, puan ortalamaları ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (MWU=1473.50; p=0.01) (Tablo 14).

Tablo 15. Annelerin bebeklerinin bakımı konusunda kaygı ve hazır hissetme durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı			Sürekli Kaygı Ölçeği Puanı		
		Mean Rank	Median	Test ve önemlilik	Mean Rank	Median	Test ve önemlilik
Hastanede Kalınan Süre İçinde Bebek Bakımıyla İlgili Taburculuk Eğitimi Alma Durumu							
Evet	29	76.21	40.00	MWU=1676.00 p=0.81	72.98	41.00	MWU=1681.50 p=0.83
Hayır	119	74.08	41.00		74.87	41.00	
Bebeğinin Bakımında Kendinizi Yeterli Hissetme Durumu							
Evet	126	74.31	41.00	MWU=1361.50 p=0.89	74.16	41.00	MWU=1343.50 p=0.81
Hayır	22	75.61	40.00		76.43	41.50	
Bebeğinizin Evdeki Bakımı İle İlgili Şuan Kaygı Yaşama Durumu							
Evet	64	69.26	40.00	MWU=2352.50 p=0.19	73.43	41.00	MWU=2619.50 p=0.79
Hayır	84	78.49	41.00		75.32	41.00	
Bebeğinin Taburcu Olmasına Kendini Hazır Hissetme Durumu							
Evet	114	79.08	41.00	MWU=1415.50 p=0.01	77.24	41.00	MWU=1625.50 p=0.15
Hayır	34	59.13	39.00		65.31	39.50	
Taburcu Olduktan Sonra Evde Bebeğinizin Bakımı İle İlgili Kaygı Yaşayacağını Düşünme Durumu							
Evet	63	88.32	40.00	MWU=2288.00 p=0.13	64.41	41.00	MWU=2231.00 p=0.08
Hayır	85	79.08	41.00		79.5	41.00	
Taburcu Olduktan Sonra Evde Bebek Bakımı İle İlgili Destek Alabileceği Kişilerin Olup Olmadığı							
Evet	114	76.12	41.00	MWU=1753.00 p=0.39	76.12	41.00	MWU=1753.50 p=0.39
Hayır	34	69.06	40.00		69.07	41.00	
Evde Bebeğinin Bakımında Kendinizi Yeterli Hissetme Durumu							
Evet	138	74.22	41.00	MWU=652.00 p=0.77	76.10	41.00	MWU=469.50 p=0.09
Hayır	10	78.30	39.50		52.45	38.00	
Bebeğinin Yeterli Bakım Aldığına İnanma							
Evet	146	74.85	41.00	-	74.65	41.00	-
Hayır	2	49.00	36.50	-	63.50	39.50	-
Bebekle Yalnız Kalmak İçin Verilen Süre Yeterli Olup Olmadığı							
Yeterli	140	75.18	41.00	MWU=465.00 p=0.41	74.39	41.00	MWU=544.00 p=0.89
Yeterli değil	8	62.63	39.00		76.50	41.00	
Bebeğinin Genel Durumu Hakkında Yeterli Bilgilendirilme Durumu							
Evet	143	74.99	41.00	MWU=287.00 p=0.45	73.97	41.00	MWU=282.00 p=0.42
Hayır	5	60.40	39.00		89.60	45.00	
Bebeğinin Durumu Hakkında Kimden Bilgi Aldığı							
Doktordan	146	74.74	41.00	-	73.92	41.00	-
Hemşireden	2	56.75	37.00	-	117.00	44.50	-
Verilen Bilginin Yeterli Olup Olmadığı							
Evet	124	77.32	41.00	MWU=1138.00 p=0.06	71.78	41.00	MWU=1151.00 p=0.07
Hayır	24	59.92	39.00		88.54	43.00	

MWU= Mann Whitney U

Araştırmaya katılan annelerin annelerin bebeklerinin bakımı konusunda kaygı ve hazır hissetme durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve Tablo 15’de verilmiştir.Yapılan analizle

sonucunda bebeğinin taburcu olmasına kendisini hazır hisseden annelerin Durumluk Kaygı Puanlarının kendisini hazır hissetmeyen annelere göre daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (MWU=1415.500; p=0.01) (Tablo 15).

Tablo 16. Bebeklerin gestasyon haftası, hastanede kalış süresi, şimdiki ve doğumdaki kilosu ile annenin hastanede kalış sürelerinin durumluk ve sürekli kaygı puanlarıyla ilişkisi

	Durumluluk Kaygı Ölçeği		Süreklilik Kaygı Ölçeği Puanı	
	Puanı			
	r	p	r	p
Gestasyon Haftası	-0.069	0.402	0.070	0.399
Hastanede Kalış Süresi	0.028	0.736	0.069	0.402
Bebeğin Şu Anki Kilosu	-0.007	0.937	-0.048	0.563
Doğumdaki Kilosu	-0.012	0.886	0.016	0.848
Annenin Hastanede Kalış Süresi	0.171	0.038	0.086	0.299

Tablo 16'ya göre bebeklerin gestasyon haftası, hastanede kalış süresi, şimdiki ve doğumdaki kilosu ile annenin hastanede kalış süreleri ile Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

5. TARTIŞMA

Araştırmamız, bulgular kısmında olduğu gibi üç başlıkta tartışılmıştır. İlk bölümde annelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, ikinci bölümde annelerin obstetrik ve bebeklerine ilişkin bulgular ve üçüncü bölümde ise Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ilgili bulguları tartışılmıştır.

YYBÜ'leribaşlıbaşına annenin kaygılanmasına ve birçok stres faktörü ile karşı karşıya kalmasına neden olan önemli bir etkidir. YYBÜ'ye alındıktan sonra annenin istediği zaman bebeğini görememesi, bebeğine takılan cihazların bulunması, ünitenin birçok tıbbi araç-gereç ile dolu olması ve annenin bunların hemen hemen hiçbirini tanımıyor olması, bebeğe uygulanan müdahale ve işlemlerin çokluğu ve önceliğin çocuğa yönelik müdahalelere verilerek ebeveynlerin ikinci plana atılması, kaygının artmasına neden olan faktörlerden bazılarını oluşturmaktadır. Kaygı seviyesi arttıkça; algılama, karar verme ve düşünme yetilerinde aksaklık olacağı için anne, bebeğinin bakımında yetersizliğe düşecek ve suçluluk duygusuna kapılacaktır. Fakat suçluluk duygusundaki ilerlemede annenin kaygısının katlanarak artmasına sebep olacaktır. YYBÜ'dekibu sıkıntılı süreç ancak sağlık personelinin doğru, insancıl ve sakinleştirici etkisi ile çözümlenebilecektir [57]. Akşit ve Çimete (2001); çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisini araştırdıkları çalışmalarında sağlık personelinin uyguladığı başetme yöntemlerinin annelerdeki durumluk kaygı düzeyini düşürdüğünü ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada aslında aşırı zaman ve enerji harcamadan etkili hemşirelik yaklaşımları ile annelerin kaygı düzeylerinin azalabileceği vurgulanmıştır [57].

5.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada annelerin yaş ortalamasının 30.5 ± 6.5 yıl ve çoğunun (%56.1) genç yetişkinlik dönemi olan 25-34 yaş grubunda olduğu görülmüştür. TNSA 2013 sonuçlarına göre en az bir kez evlenmiş kadınların %37.7'si 25-34 yaş aralığındadır (TNSA 2013). Araştırmamızda Durumluk kaygı puanlarının 35 yaş ve

üzerinde olan annelerde diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe durumluk kaygı puanlarının arttığı belirlenmiştir. Sürekli kaygı puanlarının ise genç yaş grubunda (≤ 24 yaş) olan annelerde daha yüksek olduğu ve annelerin hafif kaygı yaşadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu sonucun genç yaş grubundaki annelerin bebek bakımında daha deneyimsiz olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çelen'in (2013) çalışmasında 32 yaş ve üzerinde olan annelerin ve Çakmak'ın (2015) çalışmasında 35 yaş ve üzerinde olan annelerin araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde, durumluk kaygı puanlarının daha yüksek olduğu ve annelerin hafif kaygı yaşadığı belirlenmiştir [62,63]. Uludağ (2008), Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi (2009), Gülçek'in (2015) çalışmalarında da sonuçlarımıza benzer şekilde annelerin yaşının ilerlemesine paralel olarak durumluk kaygı puanlarının arttığını belirtmişlerdir [31,32,64].

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre evlenmiş kadınların çoğunun (%44.5) ilkokul mezunu oldukları, %27'sinin ise en az lise mezunu olduğu görülmektedir [4]. Araştırmamızda annelerin 1/3'ünden fazlasının (%35.8) lise mezunu olduğu ve durumluk kaygı puanlarının ilkokul mezunu annelerde, sürekli kaygı puanlarının ise ortaokul mezunu annelerde daha yüksek olduğu, puan ortalamaları ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Yurt içinde yapılan bazı çalışmalarda annelerin çoğunluğunun öğrenim durumunun ilkokul mezunu olduğu görülmüş ve durumluk ve sürekli kaygı puanlarının ilkokul mezunu annelerde, Çakmak'ın (2015) çalışmasında ise ortaokul mezunu annelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur [21,62,63].

Araştırmamızda annelerin sadece üçte birinin gelir getiren bir işte çalıştığı, çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu ve orta düzeyde bir gelire sahip oldukları ve çalışmayan annelerin sürekli kaygı puanlarının çalışan annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Annelerin gelir durumunu algılama, sosyal güvenceye sahip olma ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Annelerin çalışma durumu ile sürekli kaygı puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p = 0.01$). Bu sonucun çalışmayan annelerin hastane masrafları, anne ve bebek ihtiyaçları, bakım ve tedavi ile ilgili malzeme ve cihazların alınması, ulaşım ve barınma gibi ekonomik nedenlerden dolayı sürekli kaygı puanlarının yüksek çıkmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çakmak'ın (2015) çalışmasında YYBÜ'de bebeği yatan annelerin ¼'ünün çalıştığı ve çoğunluğunun sosyal

güvencesinin bulunduğu, gelir durumu ve sağlık güvencesinin durumluk kaygı puanı üzerine etkisinin olmadığı, sürekli kaygı puanı üzerinde ise etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [62]. Kurnaz'ın (2007) ve Çelen'in (2013) prematüre bebekler üzerine yaptığı çalışmada araştırmamıza benzer şekilde annelerin sosyo-ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu ve çalışmadıkları görülmüştür [21,63].

Araştırmamızda YYBÜ'de bebeği yatan annelerin çoğunun ilk çocuğu olduğu, çocuk sayısının durumluk ve sürekli kaygı puanlarını etkilemediği görülmüştür. Çelen (2013) çalışmasında üç ve üzerinde çocuğa sahip annelerin durumluk ve sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğunu ve çocuk sayısı ile puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır ($p>0,05$) [63]. Gülçek'in (2015) YYBÜ'de bebeği yatan annelere verilen planlı eğitimin annelerin anksiyete düzeylerine etkisini araştırdığı çalışmasında, 1-3 yaş arasında çocuğa sahip olan annelerin ön test ve son test puan ortalamalarının 4 ve üzerinde çocuğa sahip olan annelerden daha yüksek olduğu bulunmuş ve çalışmamızın aksine çocuk sayısı ile durumluk kaygı puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır [64].

5.2. Annelerin Obstetrik ve Bebeklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızdaki katılımcı annelerin çoğunun sezaryen ile doğum yaptıkları (%75.7) ve %6.8'inin daha önceki gebeliklerinde riskli bir bebeğe sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırmamızda durumluk kaygı puanlarının sezaryen doğum yapan annelerde, sürekli puan ortalamalarının ise normal doğum yapan annelerde daha yüksek olduğu, puan ortalamaları ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Türkiye 2013 TNSA verilerine göre sezaryenle doğum oranı %48 iken bu oran hızla artmaktadır [29]. Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde Kurnaz'ın (2007) bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimlerini araştırdığı çalışmasında annelerin doğum şeklinin %48.7'sinin sezaryen ile doğum yaptığını ifade etmiştir ve çalışmasında durumluk kaygı puanları sezaryenle doğum yapanlarda yüksek bulunmuştur [21]. Araştırmamıza benzer şekilde yurt içinde yapılan bazı çalışmalarda da sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Turan (2004) Prematüre Bebeği Olan Anne-Babaların Yoğun Bakım Ünitesindeki

Stresörlerden Etkilenme Düzeylerine Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada, bebeklerin %58'inin sezaryendoğum ile dünyaya geldikleri saptamıştır (20). Çelen (2013) çalışmasında sezaryen doğum oranını %67 olarak saptamıştır. Bu çalışmaya göre annelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) [63]. Aydoğan (2009) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeylerine etkisini incelediği çalışmasında sezaryen oranının %45.7 olduğu sezaryen ile doğum yapan annelerin kaygı puan ortalamalarının normal doğum yapan annelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada durumluk ve sürekli kaygı puanları ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) [11]. Uludağ'ın (2008) çalışmasında da doğum şekli ile annelerin kaygı düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir [31]. Aynı şekilde Çoban ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, normal veya sezaryen ile doğum yapmanın, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir [65].

Yurt dışında yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ailelerin streslerini belirlemek için yapılan birdiğer çalışmada ise, sadece sezaryen ile doğum yapan annelerin değil, aynı zamanda doğumu takiben 24 saat boyunca bebeğini görmeyen normal doğum yapan yada sezaryen ile doğum yapmış fakat bebeğini hemen kucağına alan annelere göre daha fazla stres yaşadıkları ve kaygı puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [66].

Araştırmamızda sezaryen oranının yüksek olmasının, yoğun bakım ünitesinin 3. basamak hizmet veriyor olması ve riskli gebeler ile dış merkezlerde doğup tedavisi yapılamayan yenidoğanların dahu üniteye sevk edilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Sezaryen doğumun yüksek olmasından çıkarılan bir diğerk sonuç ise sezaryen doğumun bebek üzerinde sağlık problemlerine neden olabileceği düşüncesidir. Çünkü yapılan araştırmalarda bebeği kuvöze alınan ya da yenidoğan yoğun bakım ünitelerine alınan annelerin yarısından fazlasının sezaryen ile doğum yaptıkları tespit edilmiştir [21, 63, 62]. Bu durumun intrapartum dönemde tanı alan ve riskli grupta bulunan bebeklerin doğumunda özellikle sezaryen doğumun tercih edilmiş olabileceğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan annelerin %87.2'si bebeklerine isteyerek hamile kaldıklarını belirtmiştir. Gebeliğine isteyerek hamile kalmayan annelerde durumluk kaygı puan

ortalamasının daha yüksek olduğu, gebeliği isteyen annelerin ise sürekli kaygı puan ortalamasının daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Kurnaz'ın (2007); bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimlerini incelediği araştırması da bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Aynı çalışmada annelerin %72.4'ü bebeğine isteyerek hamile kaldığını belirtirken, %27.6'sı gebeliği istememiştir [21]. Araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde Çakmak'ın (2015) çalışmasında da çoğunluğun (%95.6) isteyerek hamile kaldığını, annelerin çok azının (%4,4) istemeyerek hamile kaldıklarını tespit etmiştir [62].

Araştırmamızda katılımcı annelerin bebeklerinin yarısında fazlasının cinsiyetinin erkek olduğu görülmüştür. Araştırmamızda cinsiyete göre puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Çelen (2013) çalışmasında da araştırmamıza benzer şekilde cinsiyete göre annelerin durumluluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur [63]. Kurnaz (2007) çalışmasında da annelerin bebeklerinin yarısından biraz fazlasının erkek olduğu (%52.6) olduğu saptamıştır [21]. Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi (2009) çalışmasında erkek bebeğe sahip olma oranı (%64.5) kız bebeğe sahip olma oranından daha yüksek bulunmuş (%35.5), annelerin erkek bebekte daha fazla kaygı yaşadığı, ancak bebeğin cinsiyeti ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptamıştır [32]. Çakmak (2015) çalışmasında anne bebeklerinin çoğunun erkek olduğu (%55.6) belirlenmiştir [27].

Araştırmamızda bebeklerin ortalama gestasyon haftaları 36 hafta olarak bulunmuş (36.09 ± 3.86) vedurumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Çelen (2013) çalışmasında ise prematüre bebeklerin ortalama gestasyon haftaları $34,51\pm 1,68$ hafta olup, anne ve babaların durumluluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [63]. Çakmak (2015) çalışmasında ise ortalama gestasyon haftası $36,40\pm 3,64$ hafta bulunmuştur. Aynı çalışmada prematüre bebek (25-36 gebelik haftası) annelerinin durumluluk kaygı puan ortalamasının ($45,39\pm 11,86$) matür (37-42 gebelik haftası) olanlarınkine ($42,34\pm 10,30$) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış fakat sürekli kaygı puan ortalaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır [62].

Araştırmamızda bebeklerin doğum kilosu ortalama 2735.47 ± 923.68 gr iken annelerin çalışmaya katıldıkları tarihteki ortalama kiloları ise 2863.91 ± 1023.76 gr olarak

saptanmış,şimdiki ve doğumdaki kilosunun durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Çakmak (2015) çalışmasında bebeklerin ortalama kilosunu $2700,29\pm 861,06$ olarak saptamıştır [62]. Kurnaz (2007)'de yaptığı çalışmada doğum ağırlıklarının ortalama 1769.60 g olduğunu ve anksiyete puan ortalamasının bebeğin kilosundan etkilenmediğini saptamıştır [21]. Gülçek (2015) çalışmasında 2500-4300 gr arasında bebeklerin annelerinde durumluk son test puan ortalamasının, ön test puan ortalamasından daha düşük olduğunu ve ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu, 1500-2499 gr arasında bebeklerin annelerinde sürekli puan ortalamasının, 2500-4300 gr arasındaki bebeklere göre daha yüksek olduğunu ancak ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğunu saptamıştır [64].

Araştırmada annelerin çoğunun (%43.9) ilk bebeği olduğu, iki çocuğa sahip annelerin durumluk kaygı puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek olduğu, sürekli kaygı puan ortalamasının ise tek çocuğa sahip olan annelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocuk sayısına göre annelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çelen (2013) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur [63]. Çakmak (2015) yaptığı çalışmada çocuk sayısının durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlılık göstermediğini saptamıştır [62]. Kurnaz (2007) çalışmasında annelerin çoğunluğunun (%55,3) primipar olduğunu saptamıştır [21]. Annelerin çoğunun ilk kez doğum yaptığı, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin yeterince bilgi edinmedikleri ve az da olsa daha önce riskli gebelik geçirmiş annelerin varlığı düşünülürse bebek bakımına ilişkin bilgi ve bakım gereksinimlerinin arttığını, bir yandan da bebek bakımında daha az zorluk yaşayacaklarını istres ve kaygıyla başetmelerinin daha kolay olacağını düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda annelerin hastanede yatış sürelerinin ortalama 5.29 ± 4.04 gün olduğu bebeklerin ise ortalama 11.58 ± 12.62 gün olduğu saptanmıştır. Bebeklerin hastanede kalış süresi, annelerin hastanede kalış süreleri ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kurnaz (2007); yaptığı çalışmada annelerin hastanede yatış süreleri en az bir, en çok on yedi gün, ortalama 5 gün, bebeklerin yoğun bakımda yatış süreleri ise en az iki, en çok yüz gün, ortalama 12,5 gün olarak saptamıştır [21]. Hastanede kalınan süre arttıkça anneler sağlık ekibiyle özellikle hemşirelerle daha çok vakit geçirecekler, bu da hem kendileri hem de bebekleri ile

ilgilidaha çok bilgi sahibi olacaklarını ve bebeklerinin bakımına daha aktif katılabileceklerini düşündürürken, annelerin kendi açılarından enfeksiyon riskini artırabileceğini de düşündürmektedir.

Bu araştırmada annelerin çoğunluğunun (%80.4) hastanede kalınan süre içerisinde taburculuk eğitimi almadığı saptanmıştır. Annelerin bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi alma durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çelen (2013) çalışmasında çoğunluk anne ve babanın da taburculuk eğitimi almadığı saptanmıştır [63]. Taburculuk eğitimi almayan annelerde evde bebek bakımı konusunda sıkıntı yaşayabilecekleri bunun da stres ve kaygıyı artırabileceği şeklinde yorumlanabilir.

5.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ilgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları 40.43 ± 4.31 , sürekli kaygı puan ortalamaları ise 41.43 ± 4.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin puan aralıkları göz önüne alındığında annelerin hafif kaygı yaşadıkları görülmektedir. Çakmak'ın (2015) çalışmasında genel ortalama değerlendirilmesinde 36 ve altı puan kaygı yok, 37-42 hafif kaygı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygı aralıkları olarak değerlendirilmiştir. Kaygı düzeylerinin belirlenmesi noktasında durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinin her birinden alınabilecek toplam puanın 37-42 arasında olmasının hafif kaygıyı ve 43-80 arasında olmasının ise yüksek kaygıyı gösterdiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada araştırmada 43.60 ± 11.06 durumluk kaygı ölçeği ortalaması ile katılımcıların yüksek düzeyde kaygılı oldukları belirlenirken, 40.01 ± 9.20 süreklıkaygı ölçeği puan ortalaması ile hafif düzeyde kaygılı oldukları tespit edilmiştir [62]. Akşit (2001) çalışmasında, çocukları yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin durumluk kaygı puanlarının 61.55 ± 4.23 , kontrol grubu annelerin puanlarının ise 58.8 ± 3.34 olduğu ifade edilmiştir ki; bu değerler kontrol grubu da dahil bizim çalışmamızdan oldukça yüksektir [57]. Yapılan bir çalışmada ise yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bulunan anne ve babaların kaygı düzeyleri araştırılmış ve annelerin sürekli kaygı puanlarının 43.75 ve babaların kaygı puanlarının ise 41.88 olduğu belirlenmiştir [9]. Çekin (2014) Bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeyi ve

baş etme yöntemlerini incelediği araştırmasında, annelerin sürekli kaygı puanlarının 44.07 ± 11.43 olduğunu ve bunun sonucunda da orta derecede kaygılı olduklarını belirtmiştir [36].

Çelen (2013) tarafından yürütülen veprematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada annelerin 40.15 ± 11.25 durumluk kaygı puan ortalamaları ile babaların ise 37.32 ± 10.87 puan ortalaması ile kaygı yaşamadıkları tespit edilmiştir. Sürekli kaygı puan ortalamalarına göre ise; annelerin 44.30 ± 8.98 sürekli kaygı puan ortalaması ile hafif kaygı yaşadıkları, babaların ise 39.45 ± 8.58 ortalama ile kaygı yaşamadıkları belirlenmiştir [63]. Kurnaz (2007) bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimlerini incelediği araştırmasında, annelerin %53.9'unda durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasını 35.36 ± 3.77 (kaygı yok) olduğunu ve annelerin %46.1'inin ise 46.68 ± 4.30 puan ortalaması ile hafif anksiyeteli olduğunu tespit etmiştir [21]. Bu çalışmada alınan ortalama değerler bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Gülçek (2015); yenidoğan yoğun bakım servisinde bebeği yatan annelere verilen planlı eğitimin annelerin anksiyete düzeyine etkisini araştırdığı çalışmasında sürekli kaygı puanının değişkenlere bağlı olarak 42-44 arasında değiştiğini, durumluk kaygı puanının ise 41-44 arasında değişiklik gösterdiğini vurgulamıştır [64]. Yıldız ve Akbayrak (2014)'ün doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne olan etkisini araştırdıkları çalışmada, sürekli kaygı ölçeği ve eğitimlerin verilmesine göre durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları da değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre; annelerin sürekli kaygı puan ortalamalarının 44.8 ± 8.47 olduğu görülmüş, eğitimden 7 gün sonraki durumluk kaygı puanı ise 40.18 ± 9.72 olarak tespit edilmiştir. Ancak eğitimlere devam edildiği için durumluk kaygı puanı birinci ayın sonunda 34.7 ± 7.79 , üçüncü ayın sonunda ise 29.9 ± 6.24 olarak belirlenmiştir [67]. Benzer başka bir çalışmada ise bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan toplam 200 annenin 98'ine doğumdan sonra 10. gün ile 4. ve 12. aylarında genel sağlık durumları değerlendirilerek, kaygı seviyeleri ölçülmüş ve bebekleri hakkında ayrıntılı bilgilendirilme yapılmıştır. Onuncu gün ile on ikinci ay sonundaki kaygı seviyeleri karşılaştırıldığında arada herhangi bir istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır [68]. Mızrak ve ark. (2015) Türkiye'de yenidoğan yoğun bakım ünitesinde annelerin kaygı düzeylerini belirleyebilmek için toplam 200 anne üzerinde araştırma yapmışlardır. Çalışmalarının sonuçlarına göre; yeni doğum yapan anneler ile

kontrol grubundaki annelerin kaygı düzeyleri arasında yüksek oranda istatistiksel anlamlılık olduğu, yeni doğum yapan annelerin kaygı puanlarının oldukça yüksek olduğu ifade edilmiştir. Rakamsal olarak durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması 48.20 ± 6.56 ve sürekli kaygı puan ortalaması ise 40.16 ± 5.48 olarak tespit edilmiştir. Sürekli kaygı puanı bizim değerlerimiz ile benzerlik gösterirken durumluk ölçeği bu çalışmada oldukça yüksek olarak tespit edilmiştir [69].

Araştırmamızda annelerin durumluk kaygı puanlarının 35 ve üzeri yaş grubunda, ilkokul mezunu, iki çocuğa sahip olan, gelir durumunu iyi ve orta düzeyde algılayan, çalışan ve sosyal güvenceye sahip olan annelerde diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Süreklilik kaygı puan ortalamalarının ise 24 ve altı yaş grubunda olan, ortaokul mezunu, bir çocuğa sahip olan, gelir durumunu orta düzeyde algılayan, çalışmayan ve sosyal güvenceye sahip olmayan annelerde diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Patil (2014); yenidoğan yoğun bakım ünitesine bebeği olan annelerin stres ile baş etmemetotlarını incelerken yaşadığı bölgeden dini inanışlarına kadar birçok faktörü göz önünde tutmuştur. Örneklem grubunu oluşturan 40 anneden 28'inde (%70) hafif düzey kaygı ve 12 (%30) annede şiddetli kaygı görülür iken kaygı duymayan anne tespit etmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca yaşadıkları kaygının, %72.3'ünün fiziksel stres, %70.2'sinin psikolojik stres ve %71.5'inin ise bilişsel stresten kaynaklandığını belirtmişlerdir. Ayrıca bir diğer önemli nokta ise YYBÜ'de bulunan fiziki olanaklardan kaynaklanan kaygı oranının %71.5, ebeveynlik rol değişiminden kaynaklanan kaygı oranının %83,5 ve ekonomik faktörlere bağlı olarak meydana gelen kaygının ise %50.5 oranında olduğu vurgulanmıştır [70]. Yapılan bir araştırmada; YYBÜ'de bebeği yatan annelerin gelir durumu ve sağlık güvencesinin durumluk kaygı puanı üzerine etkisi bulunmazken, sürekli kaygı puanı üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [62]. Sönmez (2002) yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan ebeveynlerin en önemli gereksinimlerinin konu hakkında bilgi sahibi olmak olduğu ve devamında ebeveyne bebek hakkında bilgi verilmesinin kaygı düzeyini azalttığı ifade edilmiştir [71]. Araştırmamızda annelerin çoğu bebeğin genel durumu hakkında bilgilendirildiğini ve verilen bilginin yeterli olduğunu belirtmiştir. Bilgilendirildiğini söyleyen ve verilen bilginin yeterli olduğunu düşünen annelerin durumluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, süreklilik puan ortalamalarının ise bebeğin durumu hakkında bilgilendirilmediğini ve

verilen bilginin yeterli olmadığını düşünen annelerde daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 15).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

Araştırmaya katılan annelerin çoğunun 25-34 yaş grubunda, lise mezunu ve çalışmadığı saptanmıştır. Eşlerinin ise çoğunun lise mezunu olduğu ve bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Annelerin %91.2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu, %69.6'sının gelir düzeyinin orta düzeyde olduğu ve çoğunun bir çocuğa (%44.6) sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunun sezaryen ile doğum (%75.7) yaptıkları ve %6.8'inin daha önceki gebeliklerinde riskli bir bebeğe sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %87.2'si bebeklerine isteyerek hamile kaldığını, gebelik takipleri sırasında, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi edinmeden hamilelik sürecini tamamladığı (%58.8) ve doğum sonrasında annelerin %99.3'ünün bebeklerinin neden tedavi altına alındıklarını bilmedikleri belirlenmiştir.

Annelerin bebeklerinin çoğunun cinsiyetinin erkek olduğu (%51.4) ve bebeklerinin ortalama gestasyon haftalarının 36 hafta olduğu saptanmıştır (36.09±3.86). Bebeklerin doğum kilosu ortalama 2735.47±923.68 gr iken, annelerin çalışmaya katıldıkları tarihteki ortalama kiloları ise 2863.91±1023.76 gr olarak bulunmuştur. Annelerin ifadeleri doğrultusunda doğum sonrası bebeklerin çoğunun (%83.8) kuvöze alındığı, %15.5'inin solunum cihazına bağlandığı belirlenmiştir. Bebeklerin doğumdan sonra hastanede kalış süre ortalamalarının 11.58±12.62 gün olduğu ve en fazla solunum problemi nedeniyle yattıkları ve annelerin çoğunun bebeklerinin TPN ile beslendiği (%51.8) belirlenmiştir. Annelerin gebelik ve doğum sürecinde çoğunun sorun yaşadığı (%66.6) belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin hastanede yatış süreleri ortalama 5.29±4.04 gün (Min:1, Max:30) olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan annelerin %85.7'si bebeğini ilk kez doğduğunda gördüğü, %11.5'i bebeğini henüz kucağına almadığı belirlenmiştir. Annelerin %80.4'ünün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yattıkları süre içinde bebeklerini her gün gördükleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunun bebeklerini emzirdiği (%66.2) saptanmıştır. Anne sütü vermedikleri dönemde annelerin %23.6'sının bebeğin beslenmesi konusunda endişe yaşadıkları belirlenmiştir.

Annelerin bebeklerinin yoğun bakımda yatmasına bağılı olarak en fazla yaşadıkları duygunun korku (%31.0) olduğu belirlenmiştir.

Annelerin gebelik süreci ve doğumda yaşadığı problemlere bakıldığında, çoğunluğun cevabının erken doğum yapmak olduğu görülmüştür. Annelerin bebekleri yoğun bakımdayken kendilerini en çok rahatlatacak ya da iyi hissettirecek durumun ne olduğu sorusuna bakıldığında ise; bebeğimin sağlığına kavuşması(%46.6), %31'ibebeğimin taburcu olması, %10.8'inin bebeğini kucağına almak cevaplarını verdikleri görülmüştür.

Doğum sonrasında tedavi altına alınan bebeklerin, %16'sının prematüre olduğu saptanmıştır. Annelerin çoğunun hastanede kalınan süre içinde bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi almadığı (%80.4), %85.1'inin bebeklerinin bakımında kendilerini yeterli gördükleri, %56.8'inin bebeklerinin evde bakımı ile ilgili kaygı yaşadıkları saptanmıştır. Annelerin %77'sinin kendilerini bebeklerinin taburcu olması için hazır hissettikleri ve çoğunun (%57.4) taburcu olduktan sonra evde bebek bakımı konusunda kaygı yaşamayacağı belirlenmiştir. Annelerin %77'si taburcu olduktan sonra evde bebek bakımı için destek alabilecekleri biri olduğunu ve çoğunun (%93.2) evde bebek bakımında kendisini yeterli hissettikleri belirlenmiştir. Çalışmada annelerin çoğunun, bebeklerinin yeterli bakım aldığı (%98.6), bebekleri ile yalnız kalmak için yeterli süreye sahip oldukları (%94.6), bebeklerinin durumu hakkında bilgilendirildikleri (%96.6) belirlenmiştir. Annelerin %98.6'sına bebekleri ile ilgiyi bilgiyi doktorun verdiği ve verilen bilginin yeterli olduğu (%83.8) önemli sonuçlarımızdandır.

35 ve üzeri yaş grubunda, ilkokul mezunu, iki çocuğa sahip olan, gelir durumunu iyi ve orta düzeyde algılayan, çalışan ve sosyal güvenceye sahip olan annelerin Durumluk Kaygı Puanlarının diğeri gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Annelerin Durumluk Kaygı Puan ortalamaları ile belirtilen sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Annelerin Süreklilik Kaygı Puan ortalamalarının ise 24 ve altı yaş grubunda olan, ortaokul mezunu, bir çocuğa sahip olan, gelir durumunu orta düzeyde algılayan, çalışmayan ve sosyal güvenceye sahip olmayan annelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Annelerin Süreklilik Kaygı Puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (MWU=1690.00; $p=0.01$).

Doğum şekli sezaryen olan ve bebeğini emziren annelerin Durumluk Kaygı Puanlarının normal doğum yapan annelere ve bebeğini emzirmeyen annelere göre daha

yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (MWU=1492.00; p=0.01), (MWU=1950.00; p=0.04). Sürekli Kaygı Puan ortalamalarının ise normal doğum yapan annelerde daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (MWU=1473.50; p=0.01).

Bebeğinin taburcu olmasına kendisini hazır hisseden annelerin Durumluk Kaygı Puanları kendisini hazır hissetmeyen annelere göre daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (MWU=1415.500; p=0.01).

Bu sonuçlar ışığında;

- Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin içinde buldukları psikolojik durumları dikkate alınarak destekleyici hemşirelik yaklaşımları ile annelerin kaygı düzeyleri azaltılmaya çalışılmalı; bu noktada gerekirse yoğun bakım hemşirelerine ilgili seminer ve eğitimler verilmeli,
- Verilecek eğitimlerde hemşirelerin empati yetenekleri geliştirilmeli, anksiyeteyi azaltmak için yeni yöntem ve teknikler geliştirmelerine yardımcı olunmalı,
- Annelere baş etme stratejileri konusunda eğitimler verilmeli ve bu süreçte baba ve sosyal çevre ile birlikte ortak hareket edilmeli,
- Annelere hekim ve hemşire tarafından anlayış ile yaklaşarak; bebeklerini kısa süreliğine bile olsa görmelerine izin verilmeli, prematüre bebeklerde kanguru bakımı uygulaması yapılmalı, bebeğin durumu uygun ise kucaklamalarına ve beslenen bebeklerin uygun sürede emzirilmelerine olumlu bir şekilde yaklaşılmalı,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan annelerin bebeklerinin bakımına katılımı ile ilgili hastane yönetimi ve çalışanlar tarafından her türlü psikolojik ve fiziksel destek sağlanmalı,
- Deneysel ve kalitatif araştırmalar yapılarak ebeveynlerin kaygılarını azaltmaya ilişkin çalışmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. Karakaplan S (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 3: 1-3.
2. Sağlık Bakanlığı (2014). Temel Yenidoğan Bakımı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 12-16.
3. Uslu S. Yüksel A. Uslu A. Turan B. Bülbül A. Egici MT (2016).İstanbul’da Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri(2014-2015). Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 50: 14-9.
4. TNSA. (2014). UNICEFSayılarla Dünya Çocuklarının Durumu 2014 Eşitsizliklerin Ortaya Konulması. Çocuk Haklarının İleriye Götürülmesi. 12-25.
5. Türkmen M. Altıncık A. Acar A. Tosun A. Aydogdu A (2006). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 7:3- 6.
6. Duman N. Kumral A. Gülcan H (2003). Outcomes of very low birth weight infants in a developing country: a prospective study from the western region of Turkey. J Matern Fetal Neonatal Med 13:54-8.
7. Konukbay. D. Arslan. F (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 14: 6-22.
8. Turan. T. Basbakkal. Z (2006). Study on validity and reliability of a Turkish version of the parental stress scale: Neonatal intensive care unit. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6:32-42.
9. Turan M.T. Bolısık B (2003). Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi” Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 7: 39-46.
10. Oğuz Ş (2016). Davranış Terapileri Akademisi (Online). <http://sukruuguz.com/anksiyetebozukluklari/>. (Erişim 10 Ocak 2017).
11. Aydoğan N (2009). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Manisa.
12. Wigert. H., Berg. M. Hellstrom AL (2010). Parental Presence When Their Child is in Neonatal Intensive Care. Scandinavian Journal of Caring Sciences Empirical Studies 24: 139-146.
13. Er M (2006). Çocuk. Hastalık. Anne-Babalar ve Kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 49:155-168.
14. Küçüköğlü S. Çelebioğlu A. Coşkun D (2014). Yenidoğan Kliniğinde Bebeği Yatan Annelerin Postpartum Depresyon Belirtileri ve Emzirme Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3:291-293.
15. Gaynes BN. Gavin N. Meltzer-Brody S. Lohr KN. Swinson T. Gartlehner G. Brody S. Miller WC (2005). Perinatal Depression: Prevalence. Screening Accuracy. And Screening Outcomes. Evid Rep Technol Assess 9: 119: 1-8.

16. Aktaş D (2008). Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.
17. Ward K (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit. *Pediatric Nursing* 27: 281-6.
18. Vural G. Akkuzu G (1999). Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 3: 33-7.
19. Kaynak S. Sunal N (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin Yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeyleri. *Symrna Tıp Dergisi* 2:7-12.
20. Turan T (2004). Prematüre Bebeği Olan Anne-Babaların Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerden Etkilenme Düzeylerine Hemşirelik Yaklaşımlarının Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
21. Kurnaz E (2007). Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Olan Annelerin Endişeleri Ve Bakım Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
22. Çalışır H. Şeker S. Güler F. Anaç G. Türkmen M (2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12: 24-28.
23. Mutlu B. Savaşır S (2007) Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 15: 179-182.
24. Çelebioğlu Ç (2004). Yenidoğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 1: 3-9.
25. Holditch-Davis P. Miles MS (2000). Mothers' Stories About Their Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network* 19: 13-21.
26. Özyıldız. A. (2006). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı. Ankara.
27. Aslan G. Şenol S (2006). Türkiye'de bebek ve çocukların durumuna ilişkin sorunlar ve ebeveynlerin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 1: 64-72.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Güvenli Annelik. Katılımcı Kitabı. Ankara.
29. T.C. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. Ankara.
30. Bilgili. N. (2009). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Samsun.
31. Uludağ A (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. Eskişehir.
32. Özyazıcıoğlu N. Güdücü TF (2009). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Ebeveynlerin Kaygı Ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12: 66-73.

33. Turan T. (2004). Prematüre Bebeği Olan Anne-Babaların Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerden Etkilenme Düzeylerine Hemşirelik Yaklaşımlarının Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
34. Ward K (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit. *Pediatric Nursing*. 27(3): 281-6.
35. Brockington L. Butterworth R. Glangeud F (2017). An international position paper on mother-infant mental health. With guidelines for clinical practices *Arch Womens Men Health* 20:113–120.
36. Çekin B (2014). Bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeyi ve baş etme yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Denizli.
37. Gökçedağ A. Baydın S. Lal BT. Alataş Ş. Öztüregen E (2012). Spinabifida tanısı alan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma becerileri. *Jinekolojik Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi* 4:74-79.
38. Karpat D. Girli A (2012). Yaygın gelişimsel bozukluk tanılı çocukların anne-babalarının yas tepkilerinin. Evlilik uyumlarının ve sosyal destek algılarının incelenmesi. *Özel Eğitim Dergisi* 13:69-85
39. Sivrikaya T. Çifci Tekinarslan Ş (2013). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerde stres. sosyal destek ve aile yükü. *Özel Eğitim Dergisi* 14:17-29.
40. Üstüner F. Yılmaz N. Emir R. Yıldız M. Omak D. Elmas S (2008). Çocukları Hastanede Yatan Annelerin Etkilenme Durumları. *Hemşirelik Forum* 11: 2-8.
41. Oflaz F (2008). Hasta Çocuk ve Ebeveynlerinin Pediatrik Yoğun Bakımı ve Travmatik Stres. *C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12:53-59
42. Browne JV. Talmi A (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr Psychol* 30: 667-677.
43. Karaman H. Eroğlu D. Karahan N. Ergenekon E. Koç E. Atalay Y (2000) Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin ailelerine uygulanan aile memnuniyeti anketin sonuçları. *X.Ulusal Neonatoloji Kongresi Kitabı*. Antalya 26-30 Mart 2000. 157.
44. Güçlü N (2001). Stres Yönetimi. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 21: 91-109.
45. Karaçam Z. Taskın L (2004). Postpartum depresyon: Önleme. *Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık ve Toplum*. 3:14-24.
46. Altun E (1993). Yenidoğan Ünitesine Yatan Bebek Annelerinin Hemşirelik Bakım Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.
47. Balkaya AN (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6: 2-8.
48. Sertbaş G. Bahar A (2004). Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 4:40-44.
49. Irgaç N (2013). Yenidoğan bebeği olan annelerin bebek banyosu konusundaki görüşleri ile uygulamalarının sosyal destek algısı ve kaygı düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.

50. Karaman N (2008). Cerrahi girişim uygulanan adölesanlarile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyetenedenlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
51. Spear M.L. Leef K. Epps S. Locke R (2002). Familyreactionsduringinfantshospitalization in the neonatalintensivecareunit. Am J Perinatol19 :205-213.
52. Özbek A. Miral S (2003).Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 46:317-327.
53. Dudek-Shriber L (2004).Parentstress in the neonatalintensivecareunitandtheinfluence of parentandinfantcharacteristics. AmericanJournal of Occupational Therapy58:509-520.
54. Işık SN (2007). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyon konusunda bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
55. Küçükoğlu S. Çelebioğlu A. Coşkun D (2014).Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3:291-932.
56. Türkoğlu N. Yalçınöz Baysal H. Küçükoğlu S (2014).Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 3:1-8.
57. Akşit Ş. Çimete G (2001).Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi.CÜ. Hemşirelik yüksekokulu dergisi 5: 2-10.
58. Bilgin NÇ. Potur ÇD (2002).Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik. Bolu Sağlık Yüksekokulu Dergisi 3: 23-27.
59. Güleşen A. Yıldız D (2013).Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF PreventiveMedicineBulletin12:177-182.
60. Korkmaz. Z. (2003). Primipar annelerin bebeklerini algılama durumu. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.
61. Lindberg B (2009).Whenthebaby is prematureexperiences of parenthoodandgettingsupportviavideoconferencing. DoctoralThesis. LuleåUniversity of TechnologyDepartment of HealthScience. Luleå. Sweden.
62. Çakmak E. (2015).Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Kütahya.
63. Çelen. R. (2013). Prematüre Bebeği Olan Anne Ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.
64. Gülçek E. (2015). Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde Bebeği Yatan Annelere Verilen Planlı Eğitimin Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Tezi, Malatya.
65. Çoban A. (2003). Doğum sonrası anne-yenidoğan etkileşimini etkileyen bazı etmenlerininincelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi SağlıkBilimleri Enstitüsü, İzmir.
66. Franck LS, Cox S, Allen A, Winter L. (2005). Measuring neonatal intensive careunit-related parental stress, J AdvNurs49(6):608-15.

67. Yıldız D, Akbayrak N. (2014). Doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne olan etkisini, *Gülhane Tıp Derg.* 56-36.1.
68. Koh TH, Butow PN, Coory M, Budge D, Collie LA, Whitehall J, Tattersall MH. (2007). Provision of taped conversations with neonatologists to mothers of babies in intensive care: randomised controlled trial. *BMJ* 6;334(75-83):28.
69. Mızrak B, Deniz A, Açıkgöz A. (2015). Anxiety levels of mothers with newborns in a Neonatal Intensive Care Unit in Turkey, *Pak J Med Sci* 31-5:2.
70. Patil S. (2014). Level of Stress and Coping Strategies Seen Among Parents of Neonates, *International Journal of Science and Research*, 3(4).
71. Sönmez S (2002) *Pediyatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Çocuğu Yatan Ailelerin Saptadıkları Gereksinimlerin Hemşireler Tarafından Algılanması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

ÖZGEÇMİŞ

Haziran 1984 Akçaabat doğumlu olan Deniz Omak; ilk, orta ve lise öğrenimini Trabzon'da tamamlamış. 2007 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Giresun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur.

2007 yılında Ankara Başkent Üniversitesi'nde Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşirelik görevine başlamıştır. Aynı yıl göreve başladığı KTÜ Farabi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşirelik mesleğini sürdürmektedir.

Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği ve Neonatoloji Hemşireliği Derneği üyesidir.

EKLER

EK-1. Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu

EBEVEYN VE BEBEK BİLGİ FORMU

SEVGİLİ ANNELER,

Bu form Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Kliniği'nde bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu nedenle size konu ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz bu konuda yapılan bilimsel çalışmalara çok değerli katkıları olacak ve bebeğiniz ile ilgili kaygılarınıza yönelik, sizlere daha iyi destek olmamızı sağlayacaktır. Katılımlarınız için teşekkür ederim.

Deniz OMAK
Klinik Hemşiresi

ANNEYE AİT BİLGİLER

- 1) Yaşınız:.....(Yıl)
- 2) Öğrenim Durumu:
a) Okur-yazar değil b) ilkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
- 3) Çalışma durumunuz?
a) Evet b)Hayır
- 4) Sosyal güvenceniz var mı?
a) Var b) Yok
- 5) Gelir düzeyi algılama durumu
a) İyi b) Orta c) Kötü
- 6) Eşinizin Eğitim Durumu:
a) Okur-yazar değil b)İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
- 7) Eşinizin Çalışma Durumu:
a)Evet b)Hayır
- 8) Çocuk sayısı.....

ANNE VE BEBEĞE AİT BİLGİLER

- 1) Kaçınıcı Bebek:
- 2) Bebeğiniz Kaç Haftalık :.....
- 3) Tanı:.....
- 4) Bebeğin hastanede kalış süresi:.....
- 5) Doğum Şekli:
a) Normal b) Sezaryen
- 6) Bebeğin Cinsiyeti:
a) Kız b) Erkek
- 7) Bebeğin doğum kilosu:.....
- 8) Şuan ki kilosu:.....

- 9) Daha önce riskli bebeğe sahip olma durumu?
a) Evet b) Hayır
- 10) Bebeğinize doğum sonrası ne gibi girişimler uygulandı?
a) Kuvöze alındı
b) Kota alındı
c) Solunum cihazına bağlandı
d) Bilmiyorum
e) Diğer (Belirtiniz)
- 11) Bebeğinizi emziriyor musunuz ?
a) Evet b) Hayır
- 12) Bebeğinizi emziriyorsanız hangi sıklıkta emziriyorsunuz?
(Belirtiniz).....
- 13) Yanıtınız hayır ise bebeğiniz ne ile besleniyor?
a) Anne Sütü
b) Mama
c) Anne Sütü ve Mama
d) Mama - TPN
e) TPN

ANNENİN BEBEĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

- 1) Bebeğinizi ilk ne zaman gördünüz?.....
- 2) İlk ne zaman kucağınıza aldınız?.....
- 3) Annenin hastanede kalış süresi?.....
- 4) Bebeğinizi yenidoğan ünitesinde kaç kez gördünüz?.....
- 5) Bebeğinize anne sütünü ilk ne zaman verdiniz?
a) Henüz vermedim
b) Verdim (Belirtiniz).....
- 6) Anne sütü vermediğiniz dönemde bebeğinizin beslenmesi ile ilgili endişeniz oldu mu?
a) Evet b) Hayır
- 7) Bebeğinize isteyerek mi hamile kaldınız?
a) Evet b) Hayır
- 8) Gebelik süreci ve doğumda problem yaşadınız mı?
a) Yaşadım (Belirtiniz).....
b) Yaşamadım
- 9) Gebelik takipleri sırasında, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi edindiniz mi?
a) Evet b) Hayır
- 10) Bu yaşadıklarınız, erken doğum yapmak ve bebeğinizin yoğun bakımda oluşu size ne hissettiriyor?
(Belirtiniz).....
- 11) Sizi şu anda en çok rahatlatacak ve iyi hissettirecek şey, durum ne olurdu?
(Belirtiniz).....
- 12) Bebeğinizin neden sizden ayrılıp tedavi altına alındığını biliyor musunuz?
a) Evet (Belirtiniz).....
b) Hayır
- 13) Bebeğinizi görme zamanlarınızı ve bebeğinizin durumunu biliyor musunuz?

a)Evet (Belirtiniz).....

b) Hayır

14) Aşağıda tabloya göre endişe ve anksiyete durumlarınızı belirtiniz?

	Doğum Sonu	Şu An
1. Tedavi işlemleri hakkında endişe		
2. Kaybetme korkusu		
3. Hasta olacağı endişesi		
4. Beslenmesi ve emzirme hakkında endişe		
5. Evdeki bakımı hakkında endişe		
6. Büyüme gelişmesinin geç olacağı endişesi		
7. Aşılı hakkında endişe		
8. Diğer(.....)		

15) Hastanede kalınan süre içinde bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi alma durumu?

a) Evet b) Hayır

16) Bebeğin bakımında kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

17) Bebeğinizin evde bakımı ile ilgili şuan kaygı yaşıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

18) Bebeğinizin taburcu olmasına kendinizi hazır hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

19) Taburcu olduktan sonra evde bebeğin bakımı ile ilgili kaygı yaşayacağınızı düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

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

a) Evet b) Hayır

21) Evde bebeğin bakımında kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

22) Bebeğinizin yeterli bakım aldığına inanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

23) Bebekle yalnız kalmak için size yeterli süre verildi mi?

a) Evet b) Hayır

24) Bebeğinizin durumu hakkında bilgilendirildiniz mi?

a) Evet b) Hayır

25) Bebeğiniz hakkında kimden bilgi alıyorsunuz?

a)Doktordan

b) Hemşireden

26) Sizce verilen bilgi yeterlimi?

a) Evet b) Hayır

27) Bebeğinizi görmek mi yoksa görmemek mi endişenizi artırıyor?

a)Görmek

b) Görmemek

Ek-2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ STAI FORM TX-1 (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada O ANDA hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerin uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Şu anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX-2
(SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada O ANDA hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerin uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğuk kanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-3. KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Onay Belgesi

**T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI**



**KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL**

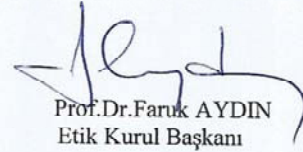
Sayı: 24237859- 615
Konu: Onay Belgesi

Tarih:16/11/2015

Sayın; Y.Doç.Dr.İlknur KAHRİMAN- Prof.Dr.Yavuz ÖZORAN
Avrasya Üniv. Sağlık Bilimleri Fak.

“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri”
başlıklı etik kurul 2015/90 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda;
tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2015/90		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Y.Doç.Dr.İlknur KAHRİMAN, Prof.Dr.Yavuz ÖZORAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı Hast. ve Hemşireliği, Tıbbi Patoloji		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Deniz OMAK		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 6	Tarih: 09/11/2015
	Y.Doç.Dr.İlknur KAHRİMAN ve Prof.Dr.Yavuz ÖZORAN'ın sorumluluğunda yürütülen Yük.Lis.Öğr.Deniz OMAK'a ait "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri" başlıklı 2015/90 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen <u>araştırma</u> /tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Evrim Ö. KARAGÜZEL Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile ilişki
** :Toplantıda Bulunma

Ek-4. KTÜ Farabi Hastanesi Kurum İzni



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
(Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı - Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Date: 21/05/2015 13:47 • 38263028-000-E.5321
06519383

Sayı : 38263028-000-
Konu : TEZ ÇALIŞMASI HAK.

21/05/2015

KTÜ FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi 14.05.2015 tarih ve 3225 sayılı yazıya istinaden Hemşire Deniz OMAK ve Hemşire Arzu CANTAŞ AYAR yüksek lisans tez çalışmalarını Yenidoğan Yoğun Bakım ünitemizde yapmaları uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Embiya DİLBER
Anabilim Dalı Başkanı

Ek-5. Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışma; YYBÜ’de bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilecek bir anket çalışmasıdır.

Anketin birinci kısmı olan **Ebeveyn ve Bebek Bilgi Formu**; Annelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu), anne ve bebeğe ait sorular (gebelik haftası, bebeğin şu andaki haftası, doğum şekli, kaçınıcı bebeği olduğu, cinsiyeti, doğum kilosu, bebeğin tanısı, hastanede kalış süresi, doğum sonrası girişimler, bebeğin beslenme şekli) ve annelerin bebeğe ilişkin görüşlerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

İkinci kısım ise **Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Formu**ndan oluşmaktadır.

Hiçbir şekilde kimliğiniz ortaya çıkmayacak ve gizli kalacaktır. Anket sorularını gönüllü olarak uygulamak size bağlıdır. Bu çalışmayı reddedebilir, istediğiniz anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

Katıldığınız için şimdiden teşekkür ederim.

İletişim:

Deniz OMAK

KTÜ Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

TLF:

ONAM FORMU

“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri”başlıklı çalışma bana yazılı ve sözlü olarak açıklandı.Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım. Bu araştırma sırasında, bana ait bilgilerin gizliliğine özen ve saygıyla yaklaşılabacağına inanıyorum. Çalışmaya kendirızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

Adres:

TLF:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı Soyadı:

Adres:

TLF:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih: