

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

**AİLE MERKEZLİ BAKIMIN MATERNAL BAĞLANMA DÜZEYİ
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

YASEMİN TALİPOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. FİGEN IŞIK ESENAY

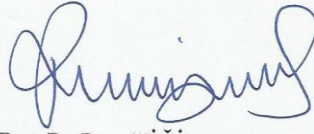
TEZ NO:229

MERSİN – 2012

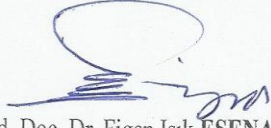
Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan "Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

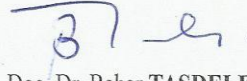
Tez Savunma Tarihi 23/11/2012



Doç. Dr. Rana YİĞİT
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY
Ankara Üniversitesi
Jüri Üyesi



Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 28.11.2012 tarih ve 2012/363 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ülke CÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında akademik görüş ve önerilerinden yararlandığım, benden yardımını hiçbir zaman esirgemeyen sevgili hocam ve değerli danışmanım, Sayın **Yrd. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY**'a başta olmak üzere,

Yüksek lisans öğrenimim sürecinde akademik ve manevi desteğini benden esirgemeyen, beni sabırlı ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, paylaştığı tecrübeleri ile bana rehber olan sevgili hocam, Sayın **Doç. Dr. Rana YİĞİT**'e

Tez çalışmam sırasında istatistiksel verileri yorumlamada bana yardımcı olan, bu konudaki bilgilerini benimle paylaşan ve desteğini esirgemeyen, Sayın **Arş. Gör. Didem DERİCİ**'ye ve hocam Sayın **Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN**'e

Tüm yaşamım boyunca bana güvenen, destekleyen, teşvik eden, fırsatlar sunan ve her zaman yanımda olan sevgili **aileme**,

Çalışmalarım sırasında bana gerekli desteği sağlayan tüm dostlarıma tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hemşire
Yasemin TALİPOĞLU

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
KISALTMALAR VE TANIMLAR DİZİNİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRAC	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yenidoğan ve Yenidoğan Yoğun Bakım	3
2.2. Bağlanma	4
2.2.1. Anne-Bebek Bağlanması	4
2.2.2. Bağlanma Sürecinin Aşamaları	6
2.3. Aile Merkezli Bakım	7
2.3.1. Aile Merkezli Bakımın Önemi	7
2.3.2. Aile Merkezli Bakımın Gelişimi	9
2.3.3. Yenidoğan Yoğun Bakımda Aile Merkezli Bakımın Önemi	11
2.3.4. Aile Merkezli Bakım Uygulamasında Hemşirenin Rolü	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Şekli	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evreni	15
3.4. Araştırmanın Örnekleme	15
3.5. Veri Toplama Araçları	15
3.5.1. Sosyo Demografik Veri Formu	15
3.5.2. Maternal Bağlanma Ölçeği	15
3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	16
3.5.4. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi	17

3.6. Araştırma Hipotezleri	18
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	18
4. BULGULAR	19
4.1. Örneklem Grubunun Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	20
4.2. Maternal Bağlanma Düzeylerinin Bakımından Gruplar Arası Farklılığın Değerlendirilmesi	22
4.3. Çalışma ve Kontrol Gruplarında Maternal Bağlanma Düzeylerinin Hastanede Yatış Süresine Göre Değişiminin İncelenmesi	23
4.4. Çalışma ve Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	24
5. TARTIŞMA	34
5.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	34
5.2. Maternal Bağlanma Ölçek Puanların İlişkin Bulguların Tartışılması	35
5.3. Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Ortalamalarına Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması	36
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	40
6.1. Sonuçlar	40
6.2. Öneriler	40
7. KAYNAKLAR	42
EKLER	51
EK-1. Hijyenik Uygulamalar	51
Ek-2. Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesine Yönelik Sosyo-Demografik Veri Formu	61
Ek-3. Maternal Bağlanma Ölçeği	63
Ek-4. Etik Kurul Onayı	65
Ek-5. Mersin Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi	68
Ek-6. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi İzin Belgesi	69
ÖZGEÇMİŞ	70

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Çalışma ve kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin ortalamaları

23

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Örneklem grubunun demografik özelliklerinin grup değişkenine göre dağılımı	20
Çizelge 4.2. Annelerin maternal bağlanma düzeylerinin grup değişkenine farklılaşması	22
Çizelge 4.3. Annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyleri	23
Çizelge 4.4. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin yaş gruplarına dağılımı	24
Çizelge 4.5. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin eğitim durumuna göre dağılımı	25
Çizelge 4.6. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin çocuk sayısı değişkenine göre dağılımı	26
Çizelge 4.7. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin meslek gruplarına dağılımı	26
Çizelge 4.8. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin çalışma durumuna göre dağılımı	27
Çizelge 4.9. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin gebeliğin planlı olup olmama durumuna göre dağılımı	27
Çizelge 4.10. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin doğum şekline göre dağılımı	28
Çizelge 4.11. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin doğumdan sonra bebeğini kucağın aldığı zamana göre dağılımı	28
Çizelge 4.12. Çalışma grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin bebeğini doğumdan sonra emzirip emzirmeme durumuna göre dağılımı	29
Çizelge 4.13. Kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin yaş gruplarına dağılımı	30
Çizelge 4.14. Kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin eğitim durumuna göre dağılımı	30
Çizelge 4.15. Kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin çocuk sayısına göre dağılımı	31

Çizelge 4.16. Kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin çalışma durumuna göre dağılımı	31
Çizelge 4.17. Kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin gebeliğin planlı olup olmama durumuna göre dağılımı	32
Çizelge 4.18. Kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin doğum şekline göre dağılımı	32
Çizelge 4.19. Kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin bebeğin doğumdan sonra kucağına aldığı zamana göre dağılımı	33
Çizelge 4.20. Kontrol grubu annelerin maternal bağlanma düzeylerinin bebeğini doğumdan sonra emzirip emzirmeme durumuna göre dağılımı	33

KISALTMALAR VE TANIMLAR DİZİNİ

AAP	American Academy of Pediatrics
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
MBÖ	Maternal Bağlanma Ölçeği

1. BASAMAK YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HASTASI

1. Doğum sonrası resusitasyonu gereken yenidoğanlar,
2. Fizyolojik olarak stabil olan 35 ila 37 haftalık sınırdaki prematürelere,
3. Hipotermi, enteral beslenmeye cevap veren hipoglisemi, oksijen gereksinimi olmayan veya hafif solunum sıkıntısı olan bebekler,
4. Uygun seviyedeki yenidoğan yoğun bakım servisine nakli sağlanana kadar izlenen yeni doğanlardır.

2. BASAMAK YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HASTASI

1. 32 hafta veya 1500 gramın üzerinde olan bebekler,
2. Haftası ne olursa olsun, prematüre apnesi veya ısı sağlamada/oral beslenmede yetersizliği olan/hızla düzelmesi beklenen/orta derecede sorunları olan ve üst seviye yenidoğan yoğun bakım hizmeti gerektirmeyen tüm bebekler,
3. Mekanik ventilasyon veya devamlı pozitif hava yolu basıncı (CPAP) uygulaması gerektiren bebekler,
4. Transfer öncesi resusitasyon ve stabilizasyonu ihtiyacı olan prematüre veya hasta bebekler,
5. III. seviye yoğun bakıma ihtiyacı kalmayan bebeklerdir.

3. BASAMAK YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HASTASI

1. 32 hafta veya 1500 gram altında olan bebekler,
2. Gestasyon haftası ve doğum ağırlığı ne olursa olsun, altta yatan özellikli hastalığı veya birden çok uzmanlık dalını ilgilendiren çoklu organ işlev bozukluğu veya yetmezliği olan yenidoğanlar,
3. Gestasyon haftası ve doğum ağırlığı ne olursa olsun, mekanik ventilasyon ihtiyacı olan yenidoğanlar,
4. Bu seviyedeki birimlerde;
 - o Hastalar konvansiyonel mekanik ventilasyon gerektiği sürece kalabilir.

- Santral venöz kateter takılması, inguinal herni onarımı gibi minör cerrahi işlemler,
- (ROP) muayenesi yapılabilir.
- En riskli gruba giren çok ciddi veya kompleks patolojileri olan bebekler,
- Retinopati (ROP) için kriyoterapi veya lazer tedavisi uygulanabilir.

ÖZET

Bu çalışma, anne ile bebek arasında oluşan bağlanma durumunun aile merkezli bakım ile ilişkisini incelemek amacıyla kontrollü olarak yapılmıştır.

Çalışmaya Nisan-Haziran 2012 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan 30 birinci düzey bebeğin annesi ile Temmuz-Ağustos 2012 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan 30 birinci düzey bebeğin annesi katılmıştır.

Veriler Sosyo-demografik Veri Formu ve Maternal Bağlanma Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı kullanılarak Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis H-Testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın sonucunda; aile merkezli bakım uygulanan merkezdeki annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları, aile merkezli bakım uygulanmayan merkezdeki annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarından yüksek çıkmıştır.

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bakımın aile merkezli olarak verilmesi anne bebek arasındaki bağın kurulabilmesine yardım edebilir.

Anahtar sözcükler: Yenidoğan, Bağlanma, Aile Merkezli Bakım, Hemşirelik, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ABSTRACT

This research was carried out as an experimental study in order to search the relations between maternal attachment and family centered care. The population of this study consists of the mothers of first-level 30 babies that hospitalized at Mersin University Neonatal Intensive Care Unit between April – June 2012 and the mothers of first-level 30 babies that hospitalized at Çukurova University Balcalı Hospital Neonatal Intensive Care Unit between July- August 2012.

The data was collected by using Socio-demographic Data Form and Maternal Attachment Scale. Obtained data was assessed by Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis H-Test by using SPSS for Windows 11.5 program in computer.

In the results of the study; Maternal Attachment Score Averages of mothers in the center that applied to family-centered care was higher than the Maternal Attachment Score Averages of mothers in the center that not apply to family-centered care.

Providing family-centered care in neonatal intensive care units can help establish the link between mother-infant.

Key Words: Neonatal, Attachment, Family Centered Care, Nursing, Neonatal Intensive Care Unit.

1. GİRİŞ

Her anne baba için çocuğu büyük önem taşımaktadır. Gebelik boyunca heyecan içerisinde bebeklerinin dünyaya gelmesini bekleyen ebeveynler doğan bebeğin yoğun bakıma yatması sonucu travma yaşamaktadırlar (1). Genel olarak yoğun bakım koşulları, ailelerin yaşadıkları zorluklar ve bebekten ayrı kalma hem aile hem de bebeği olumsuz etkilemektedir. Özellikle de anne ile bebek arasındaki etkileşimin hastanede kalış süresi boyunca yetersiz olması, yaşanan sorunların başında gelmektedir. Annenin bebeğine karşı olumlu duygular geliştirebilmesi için bebeği ile zaman geçirmesi, fiziksel temasta bulunması çok önemlidir (2, 3). Yenidoğanın sosyal, fiziksel ve psikolojik gelişiminin sağlıklı olabilmesi için annesi ile arasında en kısa sürede duygusal bağ oluşturulması gereklidir (2). Yenidoğan döneminde anne bebek arasındaki ilişkinin kısa sürede başlatılması bağlanmanın gelişiminde çok önemlidir. Kuramcılara göre yenidoğan dönemi, temel güven duygusunun oluştuğu dolayısıyla sonraki dönemlerde benlik saygısının ve kişilik gelişiminin temellerinin atıldığı dönemdir. Temel güven duygusu annenin bebeğin yanında bulunması, aralarındaki bağın kuvvetli olması ve ihtiyaçlarını uygun şekilde karşılaması ile oluşur. Anne bebeğiyle ne kadar erken etkileşime girerse bağlanma olgusu da o kadar güçlü olmakta ve bebeğin dış ortama uyumunu kolaylaştırmaktadır (4, 5, 6).

Anne ile bebek arasında bağlanmanın oluşması ve sürdürülebilmesi için ihtiyaç duyulan koşulların sağlanmasında aile merkezli bakım uygulanması önemlidir. Aile merkezli bakımda, aile çocuğun yaşamının değişmez bir öğesi olarak görülmekte ve aile değerleri, inançları ile çocuğun bakım ve tedavisinde bir bütün olarak değerlendirilmektedir. Aile merkezli bakım, ailenin yaşadığı stresin azalmasını, ebeveynlik rollerinin güçlenmesini, hastaneye yatışın aile ve çocuk üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesini sağlamaktadır (7). Aile merkezli bakım yaklaşımına göre aile, çocuğun tedavisi ve bakımında en az sağlık profesyonelleri kadar söz hakkına sahiptir ve aile merkezli bakım felsefesinin temelini, aile ile sağlık profesyonelleri arasında kurulan saygıya dayalı işbirliği oluşturmaktadır (8, 9). Aynı zamanda hemşirenin temel rollerinden biri olan aile merkezli bakım, hastane ortamında ebeveyn ve çocukların gereksinimlerini ve beklentilerini en iyi şekilde karşılayan bakım yaklaşımıdır (4, 10, 11). Pediatri alanında da çocuk ve ailelerinin yaşadıkları travmayı azaltmak, bağlanmayı

güçlendirmek, çocuğun iyileşme sürecini hızlandırmak, aile ve çocuğu taburculuk sonrası döneme hazırlamak için aile merkezli bakım yaklaşımı önerilmektedir (7, 8).

Yapılan bu çalışmayla, aile merkezli bakım uygulanan ve uygulanmayan iki merkez incelenerek, aile merkezli bakımın bağlanma üzerindeki önemi vurgulanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yenidoğan ve Yenidoğan Yoğun Bakım

Yaşamın ilk yirmi sekiz günlük süreci yenidoğan dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu dönem morbitide ve mortalite hızlarının yüksek olduğu sağlık açısından riskli bir dönemdir. Yenidoğan doğası gereği bireysel, bağımlı, muhtaç ve çaresizdir ve annenin varlığı önemlidir (5, 12). Bu nedenle doğumdan sonra bütün yenidoğanların fizyolojik gereksinimlerinin karşılanmasına, yeterli duyuşal uyarın sağlanmasına ve anne-bebek ilişkisinin başlatılmasına gereksinimleri vardır (5, 6).

Doğduktan sonra dış ortama yoğun bir şekilde uyum sağlamaya çalışan yenidoğan anneden ya da kendisinden kaynaklanan çeşitli nedenlerden dolayı yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatmak zorunda kalabilmektedir (13, 14). Bu bebekler sıklıkla yaşamlarını bağımsız olarak sürdüremeyebilirler ve bu yetiyi kazanacakları zamana kadar yenidoğan yoğun bakım ünitesinin desteğine ihtiyaç duyabilirler (15). Yenidoğan yoğun bakım üniteleri, sürekli tedavi ve bakıma ihtiyacı olan yüksek riskli yenidoğanların yaşamının karmaşık teknolojik cihazlarla desteklendiği ve bakım verildiği yerlerdir ve bebek için intrauterin ortamdan çok farklıdır (13, 16). İntrauterin ortam sıcak, karanlık, sıvı dolu ve güvenli bir ortamdır ve doğuma kadar fetusun tüm metabolik ihtiyaçları burada sağlanmaktadır (6, 17). Yoğun bakıma yatan bebek soğuk, kuru ve aydınlık bir ortama geçiş yapmakta, sürekli ağırlı girişimlere mağruz kalmakta ve annesi ile olan etkileşimi sınırlanmaktadır (6) ve ünitenin fiziki koşulların oluşturduğu uyarınlara karşı birçok fizyolojik, motor ve davranışsal tepki göstermektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınan bebek için ses, ışık, ağırlı gibi faktörler birer stres kaynağıdır (4, 6, 18).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, bebeğin istenilen yaşam standartlarına ulaşip, yaşamını devam ettirebilmesi için destekleyen ve bebeği koruyan bir ortam şeklinde tasarlanmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde verilen bakım planlı, kuralları olan ve ileri teknolojik donanımla desteklenmiştir (15). İleri teknoloji ve bakımdaki gelişmeler sayesinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakım alan bebeklerde mortalite oranları azalmıştır. Buna karşın, karmaşık teknolojik müdahaleler ve bakım, bebeklerde uzun vadeli sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (19). Bu sorunların başında öğrenme güçlüğü, düşük ortalama IQ puanı, dikkat eksikliği-

hiperaktivite bozukluğu, konuşmada gecikme, duygusal problemler ve çeşitli kişilik problemleri gelmektedir (20). Bu nedenle bebeğin sağlığı ve iyiliği için üniteye uygun koşulların oluşturulması, bebeklerin bakımı ve gelişimleri hakkında ebeveynleri ile sürekli iletişim içinde olmak önemlidir. Hemşire ve diğer çalışanlar anne ile bebeği değerlendirerek uyum süreci için uygun koşulları sağlamalı, uygun hemşirelik girişimleri planlanırken aile bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Aynı zamanda yapılan bakım ve tedavinin etkililiği ve hizmet kalitesinin artması için ünitenin altyapısına, teknik donanımına sağlık ekibinin niteliğine önem verilmesi gerekmektedir (4, 21, 22).

2.2. Bağlanma

Bağlanma, bebek ile kendisine bakım veren kişi arasında kurulan duygusal bağı tanımlayan bir kavramdır. Bağlanma sadece bebekte değil tüm hayat boyu devam etmektedir. Bağlanma ilk olarak Bowlby tarafından iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlanmıştır. Mary Ainsworth ise Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kavramını, yaptığı yabancı durum testi ile geliştirmiştir. Ainsworth ile laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkileri ile güvenli ve güvensiz bağlanma örüntülerini değerlendirmiş ve bağlanmayı güvenli, kaygılı ve kaçınan olarak üç gruba ayırmıştır (23, 24).

Colin'in (1991) ilettiğine göre Bowlby ve Ainsworth, anne ve çocuk arasındaki sıcak duyguların, özellikle korku ve stres anlarında birbirlerine sağladıkları rahatlık ve desteğin bağlanmayı oluşturduğunu belirtmektedir (25). Bağlanma çift yönlü bir süreçtir. Bu nedenle anne-çocuk ilişkisinin sürekliliği ve tutarlılığı çocuğun sonraki yaşantılarını da etkilemektedir (26). Yenidoğan bir bebek beslenmek, temizlenmek, ısınmak, korunmak, yaşamını devam ettirebilmek için annesine muhtaçtır (5). Kesebir'in (2011) ilettiğine göre Bowlby yeni doğan bebeklerin sadece kendilerine bakmaya ve korumaya istekli kişinin varlığıyla hayatlarını devam ettirebileceklerini belirtmektedir (24). Ancak anneler, babalar ya da çocuğa bakmakla yükümlü diğer yetişkinler çocuğun bakımını sadece bir görev olarak algılamazlar, bundan mutluluk ve tatmin de sağlarlar. Çocukla yaşadıkları etkileşimin sonucunda onunla aralarında hissettikleri bağ giderek güçlenir (24).

2.2.1. Anne-Bebek Bağlanması

Bowlby 1951 yılında, maternal bağlanmayı anne ve çocuk arasında sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması ve bu durumdan her iki tarafında memnun olması ve haz alması olarak tanımlamıştır ve anne ile çocuk arasında kurulan güvenli bir bağlanma ilişkisinin çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağdığını belirtmiştir (27).

Bağlanma yenidoğandaki en belirgin davranış değişikliğidir (28). Bağlanmanın oluşmasında bebeklerin bir takım davranış özellikleri de etkili olmaktadır. Bebeğin, ebeveynleriyle iletişimde kullandığı ve hayatının ilk dokuz ayında geliştirdiği davranışlarına bağlanma davranışları denir. Emme, sokulma/uzanma, bakış, gülümseme, ağlama bebeğin başlıca bağlanma davranışlarıdır. Özellikle emme, bağlanma davranışları arasında en temel olanıdır. Emzirmede anne ile bebeği arasında sağlanan ten teması ve annenin bebeğini çıplak olarak kucaklaması ile bağlanma arasında olumlu yönde bir ilişki vardır (29).

Anne-bebek ilişkisinde önemli olan bazı özellikler vardır. Bunlar; süreklilik, tutarlılık ve aynılıktır. Bebeğin annesinin her zaman kendisini sevip besleyeceğinden emin olması süreklilik, ihtiyaçlarının aksatılmadan giderilmesi tutarlılık, daima aynı kişinin bakım vermesi ise aynılık olarak tanımlanmaktadır (5). Anne bebek ilişkisinde süreklilik, tutarlılık ve aynılık olması bebekte temel güven duygusunun gelişmesinin temelini oluşturmaktadır. Temel güven duygusu bebekte yaşam boyu sürecek olan duygusal yeterliliğin gelişmesini sağlamaktadır. Bebeğe, ilerideki hayatında kendine güvenen, sosyal atılgan, üretken bir kişi olması için zemin hazırlanmış oluşturmaktadır (4). Güvenli bağlanma için bebeğe verilen bakımda dikkatli, ilgili ve duyarlı olmak gerekmektedir. Ancak ihmal ve istismara maruz kalan bebekler güvensiz bağlanma yaşamakta ve bu bebeklerin daha uyumsuz ve huzursuz oldukları bilinmektedir (28).

Bağlanma ilişkisinin niteliği, bebek ile anne arasında ki iletişimin kalitesine bağlıdır. Bağlanma, annenin bebeğe gösterdiği sıcaklık ile gerçekleşmektedir. Anne – bebek ilişkisinde, anne ile bebeğin birbirlerine verdikleri tepkiler, aralarındaki duygusal iletişimin kalitesi ile belirlemektedir. Çeşitli nedenlerle doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak, özel bakıma alınan bebeklerde; gelişmenin yavaşladığını ya da durduğunu, bu bebeklerin beslenme sorunları ve sosyal geri çekilme yaşadıklarını ve yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıkları belirlenmiştir (30 - 32).

Anne-bebek ilişkisindeki ilk süreç, açlık ve susuzluk gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanmasıdır. Bunun ardından, annenin bebeği ile geçirdiği zaman dilimi ve bu zaman dilimini nasıl kullandığı önem kazanmaktadır. İlk aylarda anne ile bebek arasında kurulan ilişki çocuğun ileride kuracağı ilişki biçimleri hakkında bilgi vermektedir (33). Bebeğin ileri yaşlardaki gelişimi üzerinde etkili olan bağlanma olgusu anne bebek bağlanmasını etkileyen faktörlerin ve bağlanma durumunun değerlendirilmesi ve bağlanmayı arttırıcı uygun hemşirelik girişimlerini planlama, uygulama ve değerlendirilmesi hemşirenin önemli rollerinden biridir (2, 4).

2.2.2. Bağlanma Sürecinin Aşamaları

Aile ile bebek arasındaki bağlanma süreci birbirini izleyen aşamalardan oluşur. Bu süreç gebelik öncesinde başlar, doğum sonrasına kadar uzanır (34).

Gebeliğin planlanmış bir gebelik olması bağlanma için önemlidir. Erken dönemde annenin gebeliği ve doğacak bebeği, kabullenmesi, benimsemesi anneliğe hazırlamasına yardımcı olabilmektedir. Annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. 16-32. gestasyonel haftalarında fetüsün hareket kazanması ile beraber anne duygusal tatmin yaşamaya başlar. Doğumda annenin bebeği görmesi ile annelik duygusu yoğunluk kazanır. Anne-bebek ilişkisinin başlatılıp, güven duygusunun gelişebilmesi ve anne sevgisinin oluşturulabilmesi için erken dönemde bebeğin anneye gösterilmesi, anne ile bebek arasında ten temasının sağlanması, bebeğin emzirilmesi gerekmektedir. Doğumdan sonra ki ilk 60-90 dakikalık süreç bebeğin algısının en açık olduğu dönem olduğu için anne ile bebek arasındaki etkileşimin bu süre içinde başlatılması büyük önem taşımaktadır (2, 4). Özellikle erken dönemde kurulan ten teması ve emzirme bağlanma için çok önemli öğelerdir. Bu şekilde anne ile bebek arasında biyolojik ve psikolojik anlamda yakınlık doğar ve güven duygusu oluşur (35).

Anne-bebek bağlanması annenin bebeğini yatıştırması, okşaması, kucaklaması, onunla konuşması, uygun beslenme tekniklerini kullanması, göz göze temas kurması ve adı ile bebeğine seslenmesi, bebeğinin bakımına katılmaya hevesli olması ile kendini gösterir. Bu davranışların olmaması bağlanmada yetersizlik olduğunu düşündürür. Bebeğin takma isimle çağırılması, yetersiz kilo alması, kirlili ve bakımsız olması gibi

durumlar annenin bebeğine bağlanmasında yetersiz olduğunu göstermektedir (3). Anne bebek ilişkisini değerlendirmek için hemşire periyodik olarak gözlem yapmalı ve bağlanma sürecinde anneyi cesaretlendirip ona destek sunmalıdır.

2.3. Aile Merkezli Bakım

Günümüzde çocuğun bakımına ve karar verme aşamasına ailenin de dahil edilmesi önem kazanmaya başlamıştır. Özellikle yenidoğan ve çocuk bakımında aile çocuğun hayatının merkezindedir (36). Aile merkezli bakıma göre ise çocuk ve aile üyelerinin sağlığı ve iyiliği sağlamada, aile hayati önem taşımaktadır, dolayısıyla ailenin bakımda var olması önemlidir. Sağlık çalışanları hizmet verirken sosyal, duygusal ve gelişimsel desteğin sağlık bakımının ayrılmaz birer parçası olduğunu kabul etmelidirler (36, 37).

2.3.1. Aile Merkezli Bakımın Önemi

Aile merkezli bakım sağlık hizmetinin planlanması, uygulanması ve değerlendirmesini içeren, hasta, aile ve sağlık profesyonelleri ile işbirliğine dayalı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Aile merkezli bakımın uygulanması ile ilgili dört temel kavram vardır: 1. İtibar ve saygı duyma, 2. Bilgi paylaşımı, 3. Katılım, 4. İşbirliği (37, 38).

1. İtibar ve saygı: Sağlık çalışanları ailenin değerleri, inanç ve kültürel geçmişlerinden kaynaklanan tercihlerine ve görüşlerine saygı duyar ve bunları sunulan bakıma entegre eder.

2. Bilgi paylaşımı: Sağlık çalışanları hastaları ile ilgili bilgi ve gelişmeleri aileler ile düzenli olarak tam, doğru ve ön yargısız olarak paylaşır.

3. Ailenin bakımda yer alması: Aile kendi seçim ve istekleri düzeyinde hastalarının bakımında yer almaya ve onlarla ilgili karar vermeye cesaretlendirilir.

4. Aile ile iş birliği: Aile bakım ile ilgili programların geliştirilmesinde, kurumun tasarımında ve profesyonellerin eğitiminde sağlık çalışanları ile iş birliği içerisinde olur (37, 38).

Aile merkezli bakım, aile ve profesyonel ekip arasında kurulan saygıya dayalı işbirliği doğrultusunda çocuk ve ailenin, sağlığını ve iyiliğini sağlar. Bireysel deneyimlere, kültürel farklılıklara ve geleneklere saygı duyar. Aile merkezli bakım

uygulanırsa verilen hizmetin kalitesi de artar. Aile merkezli bakım çocuk, aile ve sağlık ekibinin işbirliği içinde, sağlık bakımı sağlayan yenilikçi bir dūřuncedir (18, 39).

Yapılan alışmalar gōstermiřtir ki aile merkezli bakım sonucunda hastaneye tekrar yatışlar azalmakta (40, 41), hastane maliyetleri dūřmekte (42), ailelerin gereksinimlerini karşılanma oranı artmakta (9), uygun sağlık hizmetinin sunulması ve kullanılması artmaktadır (40). Aile merkezli bakım alan ailelerin memnuniyeti artmakta (9, 43-45), sağlık ekibi ile daha etkili iletişim sağlanmakta (40), duygusal bağlanmanın daha da yūksək olduğu gōr÷lmektedir (9, 45).

Aile merkezli bakımın pediatriye birçok fiziksel ve psikolojik yararları vardır. Bebeklerin aileleri ile birlikteyken belirgin şekilde daha az ağladıkları, daha huzurlu ve rahat oldukları rapor edilmiştir (46, 47). Aile merkezli bakımın aile açısından da birçok yararı vardır. Aile merkezli bakımın ailelerin sūrele bař etme gūcünü arttırdığı, anksiyete dūzeyini azalttığı ve aileyi taburculuk sonrası hasta çocuğun bakımına hazırladığı rapor edilmiştir (48, 49).

Ancak literatūre gōre aile merkezli bakımın felsefesi ile uygulanması arasında farklılıklar vardır. Bunun sebebi ise sağlık profesyonellerinin aile merkezli bakım ile ilgili eğitim eksiklikleri ve sağlık profesyonelleri ile ailelerin aile merkezli bakım algılayışlarındaki farklılıklar olarak gōsterilmektedir (50). Aile ve sağlık profesyonelleri arasında olumlu iletişim kurulabilmesi için ailelerin sağlık profesyonellerinin bakım verme becerilerini tanınması ve anlaması, sağlık profesyonellerinin ise ailelere uygun şekilde bilgi vermesi ve ailelere duygusal destek sağlaması gerekmektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin, aileleri çocuğun bakımı konusunda bir yardımcı olarak gōrmesi, aile ile işbirliği yapması, ailelere çocuğun bakımı ile ilgili özgūven ve beceri kazandırabilmesi için yardımcı olması önemlidir (36). Amerikan Pediatri Akademisi'nin hazırladığı rapora gōre pediatri alanında çalışanların sorumlulukları ebeveynlerin fiziksel verilerini, sosyal ve duygusal sorunlarını, olumsuz sağlık davranışlarını değerlendirme ve yōnlendirmeyi de içerir. ūnkū ebeveynlerin sahip olduğu olumsuz durumlar çocuğun sağlığını, sosyal ve duygusal iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir (37, 51).

Yenidoğan yoğun bakım unitesinde çalışan sağlık profesyonellerinin, özellikle de hemşirelerin, ailelerin anksiyetesini azaltma, ailelere duygusal destek sağlama ve aileleri savunmasız bebekleri ile ilgilenmeleri için teşvik etme konularında önemli

rolleri vardır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaptıkları uygulamaların daha iyi anlaşılması yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakımın kalitesinde iyileşme sağlayacaktır (36, 51). Verilen hizmetin standartlaştırılması ve kalitenin artırılması amacıyla Amerikan Pediatri Akademisi 1993 yılında ailelerin görüşlerini dikkate alarak aile merkezli bakım ilkelerini yayınlamıştır. Bu ilkeler özellikle pediatri kliniklerinde bakımın merkezinde yer almaktadır (37). Aile merkezli bakım ilkeleri:

1. Her çocuğa ve ailesine saygı gösterme
2. Irksal, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara ve bu farklılıkların ailelerin deneyim ve bakımı algılamaya biçimlerine olan etkilerine saygı gösterme
3. Zor ve sıkıntılı durumlarda dahi her çocuk ve ailenin güçlü yönlerinin farkına varma ve ortaya çıkarma,
4. Çocuk ve aileye bakım ile ilgili seçeneklere yaklaşımları hakkında yardımcı olma ve onları destekleme
5. Politika ve prosedürler konusunda bakım veren kişilere esneklik sağlanmalı böylece her aile ve çocuğun inanç biçimine, ihtiyaçlarına ve kültürel farklılığına uygun hizmet verme
6. Ailelerle sürekli olarak, onayladıkları ve yararlı buldukları şekilde dürüst ve tarafsız bilgi verme
7. Çocuk ve ailesine resmi ve gayri resmi olarak destek sağlama
8. Aileler ile çocuğun bireysel bakımının her aşamasında işbirliği içinde olma
9. Her çocuk ve aileyi kendi güçlü yönlerini keşfetme, kendilerine güven duymalarını sağlama, kendileri hakkında karar verme ve seçim yapmaları için destekleme olarak belirtilmiştir (37, 52).

2.3.2. Aile Merkezli Bakımın Gelişimi

1950'li yıllara kadar aileler kliniklerde olumsuz bir faktör olarak algılanıyordu (53). Aile merkezli bakım kavramı, iki İngiliz kuramcı olan Jonh Bowlby ve James Robertson'un 1950'li yıllarda yaptığı çalışmalar ve İngiltere'de yayınlanan Platt Raporu sonucunda ortaya çıkmıştır (1). 1960'ların başında Bowlby ve Robertson çalışmalarıyla hastanede yatmanın çocuklar üzerindeki olumsuz etkisini gösterdi, böylece ailenin ünitelerde ki önemi arttı (49). Bowlby çocukların annelerinden ayrı kalmalarının onlar

üzerinde yarattığı travma, ayrılık acısı ve anksiyetesi üzerine çalışmalar yapmıştır. James Robertson ise Bowlby'nin teorilerinin pratikte kullanılması için çalışmalar yapmıştır (54). Platt Raporu ise çocukların anneleri ile birlikte hastanede kalmaları, hastanede oyun aktivitelerinin düzenlenmesi ve ziyaretlerin 24 saat olmasını içermektedir (2).

Hastane ziyaretlerinin kısıtlanması 1800'lere kadar uzanmaktadır. 1850'lerde ilk çocuk hastaneleri açılmaya başlanmıştır. Bu dönemde hastane ziyaretleri katı biçimde kısıtlanmakta ve hastanelerin güttüğü politikalar hasta bakımını temel almamaktaydı. Ayrıca pediatriye aileler olmadan çocuğa daha kolay bakım verileceği ve hemşirelerin hasta çocukla daha iyi baş edebilecekleri düşünülmekteydi (55). 20. yüzyılın başlarında evde bakım modeli uygulanıyordu. Bu modele göre hastaların bakımları hemşireler tarafından evlerde yapılmaktaydı. Bulaşıcı hastalıkların yenidoğan ve çocuk yoğun bakımda ortaya çıkması ile birlikte, hastanelerde uygulanan ziyaret politikalarına daha çok kısıtlama getirilmiştir. Böylece ailenin hastane bakımının dışında tutulduğu ve bakımın sadece hemşireler tarafından yürütüldüğü hastane bakım modeli oluşturulmuştur. Enfeksiyon, gizlilik ve kalabalığın kontrolünün sağlanmak istenmesi, gelişen teknoloji ve teknolojinin daha çok kullanılmaya başlanması aile merkezli bakımın pediatriye geri planda kalmasına neden olan faktörlerdir. On yıl öncesine kadar çocuk hastanelerinin büyük çoğunluğu kısıtlı sürelerle ziyaretler yapılmasını desteklemekteydi. İlk zamanlar aile merkezli bakım ailenin çocuğun yatağının yanında durması olarak algılanmaktaydı (37, 54, 55).

Aile merkezli bakım 20. yüzyılın ikinci yarısında önemli bir kavram haline gelmeye başlamıştır. Bu dönemde çocuğun gelişimsel ve psikososyal gereksinimlerinin giderilmesinin ve ailenin çocuğun hayatındaki rolünün ne kadar önemli olduğu giderek artan bir farkındalık oluşturmaya başlamıştır. 1950'li yıllarda aile-merkezli bakımla ilgili yapılan köklü değişikliklerden sonra, 1960-1970'li yıllarda eğitim, sağlık ve çocuk gelişimi uzmanları tarafından aile merkezli bakım yaklaşımı ile ilgili çalışmalara hız verilmiştir (37, 53).

Zamanla ebeveyn katılımı, ebeveynle bakım, bakımda işbirliği ve aile merkezli bakım gibi çeşitli bakım modelleri geliştirilmiştir. Bu modellerin gelişimi ilk başlarda yavaş ilerlese de Robertson'un yaptığı çalışmalarla hız kazanmış ve dünya çapında tanınmaya başlanmıştır. Böylece ziyaret saatlerinde esneklik sağlanmaya başlanmış ve

bunu 24 saati bulan aile ziyaretleri izlemiştir. En sonunda ebeveynlerin çocuklarının bakımında çok önemli rolleri olduğu kabul görmüştür (1, 56).

Yirmi birinci yüzyılda ise pediatri hemşireliğinin temel ögesi olan “Aile Merkezli Bakım Modeli” temel bir öge haline gelmiştir ve giderek ivme kazanmıştır (55, 57). Klinik ortamda da aile merkezli bakımın önemine dikkat çekilmekte ve yapılan araştırmalar desteklemektedir (56). Amerika Tıp Enstitüsü 2001 yılında yayınladığı aile merkezli bakım uygulamalarını içeren raporda, hastaların kendi sağlık bakımları ile ilgili kararlara katılmaları, hastaların tedavi seçenekleri konusunda daha iyi bilgilendirilmelerinin, hasta ve hasta yakınlarının daha kolay bilgiye ulaşmaları için yöntemler geliştirmenin gerekliliği vurgulanmıştır (37) .

2.3.3. Yenidoğan Yoğun Bakımda Aile Merkezli Bakımın Önemi

Yenidoğan bebeğin yoğun bakıma yatması genellikle aileler tarafından beklenmeyen bir durumdur ya da gebelik boyunca ebeveynler yeni doğacak bebeklerinin hastaneye yatma ihtimalini pek göz önünde bulundurmuyabilirler (58). Herhangi bir nedenden dolayı bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatan ebeveyn yoğun bir şekilde stres yaşamaktadır. Çoğu zaman bu beklenmeyen durum ailelerin şok, inkar, öfke, suçluluk hissetmesine neden olabilmektedir (59). Ebeveynlerin yoğun bakıma yatan bebekten ayrı kalması, yoğun bakım ortamının yabancı ve tuhaf olarak algılanması, personeli tanımamaları, hasta bebeğin genel durumu ve görünümü, anlaşılamayan karmaşık tıbbi girişimler, ani değişiklikler, yaşanan belirsizlikler, yeterli bilgilendirilmeme, ailelerin fiziksel ihtiyaçları ve mali sıkıntılar ailenin yaşadığı stresin nedenleri olabilmektedir (46, 59 - 61).

Yoğun bakımda yatan bebek ve annesinin yaşadığı ayrı kalma süreci aylarca sürebilmektedir. Hasta yenidoğanın uzun süre hastanede kalması, aile ziyaretlerinin kısıtlı olması aileler için yorucu olabilmekte ve ekonomik sıkıntılara neden olabilmektedir. Üniteler genellikle gürültülü, sıcak, aydınlık, aşırı kalabalık ve yüksek teknolojiye sahip yerlerdir, aileler için ürkütücü bir görüntü oluştururlar. Bu ünitelerde çalışan personelin yaklaşımları ve ünite koşulları ailelerin kendilerini izole olmuş ve çaresiz hissetmelerine neden olabilmektedir (59, 62). Özellikle annenin bebeğinin bakımından uzak olması yaşadığı çaresizlik ve güçsüzlük hissini arttırabilmekte ve rol kaybı yaşamasına neden olabilmektedir (63). Ailenin yaşadığı sorunlar ve bebeğin tıbbi

durumu bir araya gelince anne bebek arasındaki ilişkisini olumsuz etkilenebilmektedir (64). Bazı durumlarda taburculuk sonrasında dahi ebeveynler ile bebekleri arasındaki etkileşim sorunları devam edebilmektedir (65, 66). Ebeveynlerin rol kaybı yaşamamaları, yaşadıkları travmanın azalması ve bebekleri ile aralarındaki bağı güçlendirmek için ünitelerde aile merkezli bakım uygulanmalı ve aileler bunun için desteklenmelidirler (63, 67). Yenidoğan dönemine ait araştırmalarda aile merkezli yaklaşım ile bebeklerin daha erken taburcu oldukları, anne-bebek bağlanmasının daha kolay ve güçlü olduğu, bebeklerin daha huzurlu olduğu, bilişsel sonuçların daha iyi olduğu ve sağlık kaynaklarının daha etkili kullanıldığı gösterilmiştir (68).

Aile merkezli bakım, ailenin bebeğin gelişimini destekleyecek ve besleyecek durumda olması için aileyi desteklemek, savunmak, güçlendirmek ve aileye yetki vermeyi gerektirmektedir (69). Bu bağlamda hemşire, anneye danışmanlık ve eğitim vererek, anneyi bebeğin bakımına dahil etmeli, annenin kaygılarını azaltılmaya çalışılmalı ve anne bebek etkileşimini en kısa zamanda sağlamalıdır (63, 70). Annenin bebeğin bakımına katılması, duygusal ve motor hareketlerine yanıt vermesi bebeği ile ilişkisini kolaylaştırarak olumlu anne-bebek ilişkisinin gelişmesine yardım etmektedir (71).

2.3.4. Aile Merkezli Bakım Uygulanmasında Hemşirenin Rolü

Ailenin bakıma katılımı ve hemşire tarafından desteklenmesi önemlidir. Ancak hemşireler ailelerin bakıma katılma konusunda ne kadar hazır ve istekli olduklarını da değerlendirmelidirler. Bakımın etkili olabilmesi ve amacına ulaşabilmesi için annenin gereksinimlerini karşılamak ve iyilik halinin devamını da sağlamak gereklidir (7). Hastanede çocuğu yatan ailelerin gereksinimleri; sağlık ekibinin dürüst olması, bilgilendirilme ihtiyacı, personele güvenme ihtiyacı, desteklenme ve rehberlik edilme ihtiyacı olarak belirtilmektedir (72, 73).

Çocuğu yoğun bakımda yattığı için yüksek kaygı duyan aileye kliniği, klinikte kullanılan araçları, ünitelerde hizmet veren sağlık ekibini aileye tanıtmak, aileyi duygularını paylaşması ve rahatça soru sorması için cesaretlendirmek, çocuğun bakımına nasıl katılacağını ve bilmediği uygulamaları öğretmek hemşirelerin ailelerin anksiyetesini azaltmak için planlayacağı girişimler arasında yer almalıdır (18, 73). Her

şeyden önce ailenin kaygı ve endişelerini azaltmak için aileye empatik yaklaşılması önemlidir (73).

Bebeğin kliniğe yatışından sonra anneye kendini hazır hissettiğinde bebeği gösterilmeli, aile ile iletişimde açık ve anlaşılır, özenli bir dil kullanılmalıdır (74). Hemşirelerin ebeveynlere bebeklerinin bakımı ile ilgili bilgi ve becerileri kazandırma sorumlulukları vardır. Hemşire hastanede yatış süresince taburculuğa kadar ailelere düzenli olarak eğitim vererek aileleri bakıma katmalı, yaptıkları bakımı denetlemeli ve taburculuk sonrası evde bakım için aileler hazırlamalıdır (75). Bakıma katılım sırasında anne ile bebek arasında yeterli etkileşim sağlanabilmesi için ortam sağlanmalıdır. Annenin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekle geçirdiği süre arttıkça anne-bebek ilişkisi olumlu yönde geliştiği kanıtlanmıştır. Bakıma dahil edilen annelerde, bebeğin beslenmesi, altının değiştirilmesi gibi bakım görevlerini yerine getirdikçe, bebeğe karşı olan olumsuz davranışlarının giderek azaldığı ve annenin bakım rolünde güven duygusunun arttığı belirlenmiştir (71, 75, 76).

Hemşireler sağlık sisteminde ve hastanelerde aile merkezli bakımın etkili olarak uygulanması için sağlık politikaları geliştirmede aktif rol almalıdırlar. Sağlık ekibi içinde 24 saat boyunca aile ve çocuk ile en yakın etkileşimde bulunan hemşireler, sahip oldukları savunucu, eğitici, yönetici, araştırmacı ve uygulayıcı rolleri ile verilen bakımın aile merkezli yapılmasında çok önemli bir konumda bulunmaktadır. Bu özellikleri ile hemşireler aile merkezli bakım için uygun koşulları sağlayabilir ve sağlık bakımını kalitesinin arttırabilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi görmekte olan hastalara uygulanan aile merkezli bakımın maternal bağlanma düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla kontrollü olarak planlanmıştır.

Kontrol grubu, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki aile merkezli bakım uygulanmayan 1. düzey yenidoğanlar ve annelerinden, çalışma grubu ise Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki aile merkezli bakım uygulanan 1. düzey yenidoğanlar ve annelerinden oluşmuştur.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ile Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım II Ünitesi olmak üzere iki farklı yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi; 16 yataklı olup, 13 ventilatör bulunmaktadır. Üniteye bir uzman doktor, bir asistan doktor, 15 hemşire çalışmaktadır. Üniteye hemşireler 08-16 ve 16-08 saatleri arasında iki vardiya biçiminde çalışmaktadırlar. Her vardiyada üç hemşire çalışmaktadır. Ünite birinci düzeyde yedi hastaya bir hemşire, ikinci düzeyde beş hastaya bir hemşire, üçüncü düzeyde dört hastaya bir hemşire bakım verecek şekilde planlanmıştır.

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım II Ünitesi 14 yataklı olup, beş ventilatör bulunmaktadır. Bu üniteye bir doçent doktor, bir yardımcı doçent doktor, beş uzman doktor, bir asistan doktor, 14 hemşire çalışmaktadır. Üniteye hemşireler 08-16 ve 16-08 saatleri arasında iki vardiya olarak çalışmaktadırlar. 08-16 saatleri arasında dört, 16-08 saatleri arasında iki hemşire çalışmaktadır. Ünite birinci düzeyde sekiz hastaya bir hemşire, ikinci ve üçüncü düzeyde altı hastaya bir hemşire bakım verecek şekilde planlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 02 Nisan-15 Haziran 2012 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne, 16 Temmuz-10 Ağustos tarihleri arasında ise Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım II Ünitesi'ne yatışı yapılan 1. düzey yenidoğan ve anneleri olmuştur. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine 2012 yılı Nisan - Haziran aylarında 37 yenidoğanın yatışı yapılmıştır. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım II Ünitesine 2012 yılı Temmuz-Ağustos ayında 34 yenidoğanın yatışı yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini belirlenen tarihlerde Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'ndeki 1. düzey yenidoğanlar ve anneleri oluşturmuştur. 02 Nisan-15 Haziran 2012 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden 30, 16 Temmuz-10 Ağustos tarihleri arasında ise Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nden 30 araştırmaya katılmayı kabul eden anne çalışma kapsamına alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyo Demografik Veri Formu

Çalışmanın verilerini elde etmek amacı ile olguların sosyo-demografik özellikleri ilgili bilgilerini saptamaya yönelik sorulardan oluşan ve araştırmacı tarafından geliştirilen 10 soruluk form kullanılmıştır. Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin aile merkezli bakım ve anne-bebek arasındaki bağlanma düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Anket formu; annenin yaşı, eğitim durumu, doğum şekli, emzirme durumu gibi sorulardan oluşmuştur (Ek-2).

3.5.2. Maternal Bağlanma Ölçeği

Anne ile bebek arasındaki bağın düzeyini belirlemek amacı ile Müller tarafından geliştirilen ve Kavlak tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanan Maternal Bağlanma

Ölçeği (MBÖ) kullanılmıştır. MBÖ’nde bireylerin duygularını anlatmada kullanabilecekleri 26 ifade bulunmaktadır. Annelerin bebeklerine karşı hissettikleri duyguların şiddetine göre ifadeler; “Her Zaman (a) = 4 puan, Sık Sık (b) =3 puan, Bazen (c) = 2 puan ve Hiçbir Zaman (d) = 1 puan” olarak hesaplanmıştır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmiştir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen puanlar en düşük 26, en yüksek 104 puan arasında değişmektedir.

Müller 1994 yılında MBÖ’nün güvenirlik katsayısını (Cronbach alpha) 0,85 olarak bildirmiştir. Kavlak tarafından Türkçe’ye uyarlanan MBÖ’nün güvenirlik katsayısı; 1 aylık bebeği olan annelerde 0,77, 4 aylık bebeği olan annelerde 0,82 olarak saptanmıştır (Ek-3).

3.5.3.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri; Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’nun onayı, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi’nin izni ile Nisan-Ağustos 2012 döneminde yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır (Ek 4-5-6).

Anket uygulaması için annelere araştırmanın amacı anlatılarak, gerekli izinlerin alındığını, anketlerin üzerine isim yazılmayacağı ve bu nedenle kimliklerinin belli olmayacağı açıklanmıştır. Yapılan açıklamalardan sonra annelerden yüz yüze görüşme ile sözlü onam alınmış ve verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen program uygulanmıştır.

Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi uygulama grubu için:

- ✓ Hastanın servise kabulü ve yatışının yapılması,
- ✓ İlk gün, ilk bir saat: Aileye ünitenin tanıtılması, malzemelerin anlatılması, bebeğin tanısı tedavisi ve genel durumu hakkında bilgi verilmesi, bebeğin aileye ilk gösterilmesi,
- ✓ 6-8 saat sonra: Araştırma için aileden izin alınması, çalışma programının açıklanması, sosyo demografik veri formu ile maternal bağlanma ölçeğinin ilk uygulamansın yapılması,
- ✓ Her istediği saatte: Annenin bebeği ile vakit geçirmesinin sağlanması

- ✓ İkinci gün, anneye el yıkama ve yapılacak Aile Merkezli Bakım uygulamaları ile ilgili eğitim verilmesi,
- ✓ Aile merkezli bakım kapsamında kanguru bakımı, emzirme, kucaklama, hijyenik bakım aktivitelerinin araştırmacı ile birlikte yaptırılması, annenin bebeği ile vakit geçirmesinin sağlanması
- ✓ Diğer günler: Aile merkezli bakım kapsamında kanguru bakımı, emzirme, kucaklama, hijyenik bakım aktivitelerinin araştırmacı ve/veya servis ekibi ile birlikte yaptırılması, annenin her istediğinde bebeği ile vakit geçirmesinin sağlanması, 9.00-12.00-15.00-18.00-21.00 saatlerinde annenin araştırmacı ve/veya servis ekibi gözetiminde bakıma katılması, bebeğini emzirmesi, kanguru bakımı yapması,
- ✓ Yatışın birinci ve ikinci haftası: Maternal bağlanma ölçeğinin ikinci kez uygulanması
- ✓ Taburculuk eğitimi: Annenin bebeğin evde bakımı, varsa devam edecek tedavisi, kontrol zamanları ve dikkat edilecek konularla ilgili eğitimin verilmesi.

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım 2 Ünitesi

kontrol grubu için:

- ✓ Hastanın servise kabulü ve yatışının yapılması,
- ✓ İlk gün, ilk bir saat: Aileye ünitenin tanıtılması, bebeğin tanısı tedavisi ve genel durumu hakkında bilgi verilmesi, bebeğin aileye ilk gösterilmesi, araştırma için aileden izin alınması, çalışma programının açıklanması, sosyo demografik veri formu ile maternal bağlanma ölçeğinin ilk uygulamasının yapılması
- ✓ Diğer günler: Her gün 14.00 ile 15.00 arasında annenin servise alınması, bebeğini emzirmesine izin verilmesi
- ✓ Yatışın birinci ve ikinci haftası: Maternal bağlanma ölçeğinin ikinci kez uygulanması

3.5.4.Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann

Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırma Hipotezleri

1. Aile merkezli bakım uygulanan anne ve bebeklerde maternal bağlanma ölçek puanı daha yüksektir.
2. Annenin doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı uzadıkça maternal bağlanma ölçek puanı azalır.
3. Annenin bebeğini ilk kucağına alma süresi uzadıkça maternal bağlanma ölçek puanı azalır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırmanın uygulanmasına başlanmadan önce Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun onayı ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi ile Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden uygulama izni alınmıştır. Örnekleme alınan annelere araştırmanın amacı anlatılarak yazılı ve sözlü izin alınmıştır (Ek 4-5-6).

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan annelerden sosyo demografik veri formu ve maternal bağlanma ölçeği yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

4.1. Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerinin Grup Değişkenine Göre Dağılımı

		Çalışma grubu		Kontrol grubu		p
		n	%	n	%	
Yaş	20-25 yaş	10	% 33,3	10	% 33,3	X ² =0,418 p=0,937
	26-30 yaş	9	% 30,0	7	% 23,3	
	31-35 yaş	6	% 20,0	7	% 23,3	
	36-40 yaş	5	% 16,7	6	% 20,0	
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	5	% 16,7	10	% 33,3	X ² =3,939 p=0,139
	Lise mezunu	17	% 56,7	17	% 56,7	
	Üniversite mezunu ve üstü	8	% 26,7	3	% 10,0	
Çocuk sayısı	1 çocuk	11	% 36,7	12	% 40,0	X ² =0,972 p=0,808
	2 çocuk	12	% 40,0	9	% 30,0	
	3 çocuk	3	% 10,0	5	% 16,7	
	4 çocuk	4	% 13,3	4	% 13,3	
Meslek	Ev hanımı	23	% 76,7	24	% 80,0	X ² =1,974 p=0,373
	Memur	5	% 16,7	2	% 6,7	
	İşçi	2	% 6,7	4	% 13,3	
Çalışma durumu	Evet	7	% 23,3	6	% 20,0	X ² =0,098 p=0,754
	Hayır	23	% 76,7	24	% 80,0	
Gebeliğin planlı olup olmama durumu	Evet	26	% 86,7	25	% 83,3	X ² =0,131 p=0,718
	Hayır	4	% 13,3	5	% 16,7	
Doğum şekli	Normal	9	% 30,0	6	% 20,0	X ² =0,800 p=0,371
	Sezeryan	21	% 70,0	24	% 80,0	
Doğumdan sonra bebeğini kucağına alma zamanı	İlk yarım saat	21	% 70,0	16	% 53,3	X ² =1,763 p=0,184
	Yarım saatten uzun	9	% 30,0	14	% 46,7	
	Hayır	9	% 30,0	17	% 56,7	
Bebeğini doğumdan sonra emzirdiği zaman	Emzirmedi	0	% 0,0	15	% 50,0	X ² =26,970 <0,001
	İlk 30 dk	14	% 46,7	8	% 26,7	
	30 dk - 60 dk	0	% 0,0	3	% 10,0	
	1-3 saat	6	% 20,0	2	% 6,7	
	1 gün ve daha uzun	10	% 33,3	2	% 6,7	

Çalışma grubu annelerin %33,3'ünün 20-25 yaş, %30'nun 26-30 yaş, %20'sinin 31-35 yaş, %16,7'sinin 36-40 yaş aralığında; kontrol grubu annelerin %33,3'ünün 20-25 yaş, %23,3'ünün 26-30 yaş, %23,3'ünün 31-35 yaş, %20'sinin 36-40 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Çalışma grubu annelerin %16,7'sinin ilköğretim mezunu, %56,7'sinin lise mezunu, %26,7'sinin üniversite mezunu ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu; kontrol grubu annelerin %33,3'ünün ilköğretim mezunu, %56,7'sinin lise mezunu, %10'unun üniversite mezunu ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Çalışma grubu annelerin %36,7'sinin bir çocuğu, %40'ının iki çocuğu, %10'unun üç çocuğu, %13,3'ünün dört çocuğu olduğu; kontrol grubu annelerin %40'ının bir çocuğu, %30'unun iki çocuğu, %16,7'sinin üç çocuğu, %13,3'ünün dört çocuğu olduğu görülmektedir.

Çalışma grubu annelerin %76,7'sinin ev hanımı, %16,7'sinin memur, %6,7'sinin işçi; kontrol grubu annelerin %80'inin ev hanımı, %6,7'sinin memur, %13,3'ünün işçi olduğu görülmektedir.

Çalışma grubu annelerin %23,3'ünün şu anda çalıştığı, %76,7'sinin çalışmadığı; kontrol grubu annelerin %20'sinin şu anda çalıştığı, %80'inin çalışmadığı görülmektedir.

Çalışma grubu annelerin %86,7'sinin gebeliğinin planlı olduğu, %13,3'ünün gebeliğinin planlı olmadığı; kontrol grubu annelerin %83,3'ünün gebeliğinin planlı olduğu, %16,7'sinin gebeliğinin planlı olmadığı görülmektedir.

Çalışma grubu annelerin %30'unun doğum şeklinin normal, %70'inin doğum şeklinin sezeryan olduğu; kontrol grubu annelerin %20'sinin doğum şeklinin normal, %80'inin doğum şeklinin sezeryan olduğu görülmektedir.

Çalışma grubu annelerin %70'inin bebeğini doğumdan sonra ilk yarım saat içinde, %30'unun bebeğini doğumdan yarım saatten daha uzun süre sonra kucağına aldığı; kontrol grubu annelerin %53,3'ünün bebeğini doğumdan sonra ilk yarım saat içinde, %46,7'sinin bebeğini doğumdan yarım saatten daha uzun süre sonra kucağına aldığı görülmektedir.

Çalışma grubu annelerin %46,7'sinin bebeğini ilk 30 dakika içinde, %20'sinin bebeğini 1-3 arası saat sonra, %33,3'ünün bebeğini 1 gün ve daha fazla süre sonra emzirdiği; kontrol grubu annelerin %50'sinin bebeğini doğumdan sonra emzirmedeği, %26,7'sinin bebeğini ilk 30 dakika içinde, %10'unun bebeğini 30-60 dk sonra, %6,7'sinin bebeğini 1-3 saat sonra, %6,7'sinin bebeğini 1 gün ve daha fazla süre sonra emzirdiği görülmektedir.

4.2. Maternal Bağlanma Düzeyleri Bakımından Gruplar Arası Farklılığın Değerlendirilmesi

Çizelge 4.2. Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Grup Değişkenine Farklılaşması

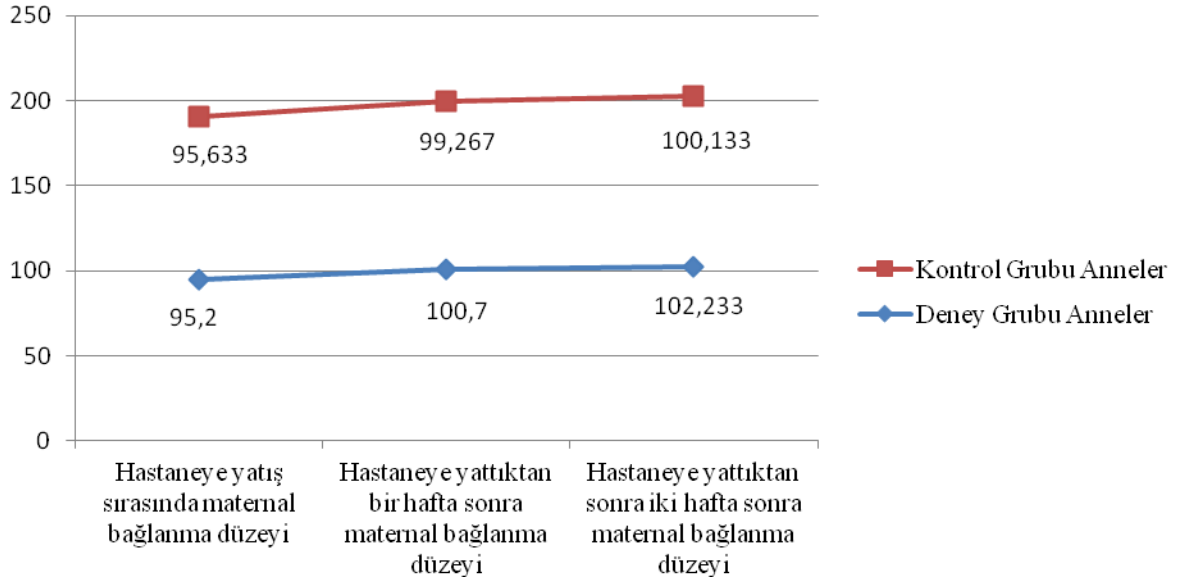
Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	t
Hastaneye yatış sırasında	Çalışma grubu	30	95,200	4,342	-0,449
	Kontrol grubu	30	95,633	3,023	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Çalışma grubu	30	100,700	1,725	3,222
	Kontrol grubu	30	99,267	1,721	
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	Çalışma grubu	30	102,233	1,455	5,884
	Kontrol grubu	30	100,133	1,306	

Yapılan normallik kontrolü sonucunda hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra elde edilen ölçek puanlarının normal dağılıma uygun bir dağılım göstermediği belirlenmiştir.

Annelerin hastaneye yatış sırasında maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Annelerin hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, çalışma grubu annelerin hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma düzeyi (100,700), kontrol grubu annelerin hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma düzeyinden (99,267) yüksek bulunmuştur.

Annelerin hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma grubu annelerin hastaneye yattıktan iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi (102,233), kontrol grubu annelerin hastaneye yattıktan iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyinden (100,133) yüksek bulunmuştur.



Şekil 4.1. Çalışma ve Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Ortalamaları

4.3. Çalışma ve Kontrol Gruplarında Maternal Bağlanma Düzeylerinin Hastanede Yatış Süresine Göre Değişiminin İncelenmesi

Çizelge 4.3. Annelerin Hastaneye Yatış Sırasında, Hastaneye Yattıktan Bir ve İki Hafta Sonraki Maternal Bağlanma Düzeyleri

Maternal bağlanma düzeyi		N	Ort	Ss	p
Çalışma grubu	Hastaneye yatış sırasında	30	95,200	4,342	<0,001
	Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	30	100,700	1,725	
	Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	30	102,233	1,455	
Kontrol grubu	Hastaneye yatış sırasında	30	95,633	3,023	
	Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	30	99,267	1,721	
	Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	30	100,133	1,306	

Çalışma ve kontrol gruplarında, ölçek puanlarının değişimi, tekrarlanan ölçümlü varyans analizi (repeated measurement ANOVA) ile değerlendirilmiştir.

Tekrarlanan ölçümlü varyans analizi sonucunda, her iki grupta da ölçek puanlarındaki değişim anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Her iki grupta da, yatıştan 1 hafta sonra ve 2 hafta sonra puanlarının yatış puanına göre anlamlı bir azalma olduğu tespit edildi. Ayrıca, Yatıştan bir hafta sonra puanı ile iki hafta sonra puanı arasında da anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p < 0,001$).

4.4. Çalışma ve Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Çizelge 4.4. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Yaş Gruplarına Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	20-25 yaş	10	93,800	4,686
	26-30 yaş	9	96,444	4,157
	31-35 yaş	6	94,000	2,828
	36-40 yaş	5	97,200	5,215
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	20-25 yaş	10	100,600	2,119
	26-30 yaş	9	100,889	1,364
	31-35 yaş	6	99,833	2,041
	36-40 yaş	5	101,600	0,548
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	20-25 yaş	10	102,500	1,509
	26-30 yaş	9	101,889	1,616
	31-35 yaş	6	101,833	1,602
	36-40 yaş	5	102,800	0,837

Kruskal Wallis H-Testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	İlköğretim mezunu	5	96,600	4,827
	Lise mezunu	17	95,118	4,285
	Üniversite mezunu ve üstü	8	94,500	4,567
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	İlköğretim mezunu	5	101,600	1,140
	Lise mezunu	17	100,882	1,691
	Üniversite mezunu ve üstü	8	99,750	1,832
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	İlköğretim mezunu	5	102,600	1,673
	Lise mezunu	17	102,471	1,281
	Üniversite mezunu ve üstü	8	101,500	1,604

Kruskal Wallis H-Testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	1 çocuk	11	94,000	3,975
	2 çocuk	12	95,667	4,499
	3 çocuk	3	93,667	6,658
	4 çocuk	4	98,250	2,217
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	1 çocuk	11	100,909	1,640
	2 çocuk	12	100,417	2,021
	3 çocuk	3	100,333	2,082
	4 çocuk	4	101,250	0,957
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	1 çocuk	11	101,909	1,578
	2 çocuk	12	102,417	1,379
	3 çocuk	3	101,667	2,082
	4 çocuk	4	103,000	0,816

Kruskal Wallis H-Testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Meslek Gruplarına Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	Ev hanımı	23	95,913	4,337
	Memur	5	93,400	4,393
	İşçi	2	91,500	0,707
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Ev hanımı	23	101,087	1,564
	Memur	5	99,800	1,924
	İşçi	2	98,500	0,707
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	Ev hanımı	23	102,435	1,376
	Memur	5	101,400	1,817
	İşçi	2	102,000	1,414

Kruskal Wallis H-Testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	Evet	7	92,857	3,716
	Hayır	23	95,913	4,337
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Evet	7	99,429	1,718
	Hayır	23	101,087	1,564
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	Evet	7	101,571	1,618
	Hayır	23	102,435	1,376

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$), ancak annelerin hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.9. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Gebeliğin Planlı Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	Evet	26	95,077	4,551
	Hayır	4	96,000	2,944
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Evet	26	100,654	1,832
	Hayır	4	101,000	0,816
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	Evet	26	102,192	1,550
	Hayır	4	102,500	0,577

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının

gebeliğin planlı olup olmama durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.10. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Doğum Şekline Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	Normal	9	95,667	5,408
	Sezeryan	21	95,000	3,937
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Normal	9	101,333	1,803
	Sezeryan	21	100,429	1,660
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	Normal	9	102,889	1,364
	Sezeryan	21	101,952	1,431

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının doğum şekli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.11. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Doğumdan Sonra Bebeğini Kucağına Aldığı Zamana Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	İlk yarım saat	21	95,476	4,771
	Yarım saatten uzun	9	94,556	3,283
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	İlk yarım saat	21	100,905	1,758
	Yarım saatten uzun	9	100,222	1,641
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	İlk yarım saat	21	102,619	1,244
	Yarım saatten uzun	9	101,333	1,581

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında ve hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının bebeğini doğumdan sonra kucağına aldığı zaman değişkeni açısından anlamlı bir farklılık

göstermediği ($p>0,05$), ancak annelerin hastaneye yattıktan iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) belirlenmiştir. Bebeğini doğumdan sonra ilk yarım saat sonra kucağına alan annelerin hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi (102,619), bebeğini doğumdan sonra yarım saatten uzun süre sonra kucağına alan annelerin hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyinden (101,333) yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.12. Çalışma Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Bebeğini Doğumdan Sonra Emzirip Emzirmeme Durumuna Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss
Hastaneye yatış sırasında	Evet	21	96,286	4,303
	Hayır	9	92,667	3,428
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Evet	21	101,238	1,375
	Hayır	9	99,444	1,878
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	Evet	21	102,619	1,465
	Hayır	9	101,333	1,000

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının bebeğini doğumdan sonra emzirip emzirmeme durumu açısından anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Bebeğini doğumdan sonra emziren annelerin hastaneye yatış sırasında maternal bağlanma düzeyi (96,286), bebeğini doğumdan sonra emzirmeyen annelerin hastaneye yatış sırasında maternal bağlanma düzeyinden (92,667) yüksek bulunmuştur. Bebeğini doğumdan sonra emziren annelerin hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma düzeyi (101,238), bebeğini doğumdan sonra emzirmeyen annelerin hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma düzeyinden (99,444) yüksek bulunmuştur. Bebeğini doğumdan sonra emziren annelerin hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ($x=102,619$), bebeğini doğumdan sonra emzirmeyen annelerin hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyinden (101,333) yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.13. Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Yaş Gruplarına Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	KW
Hastaneye yatış sırasında	20-25 yaş	10	96,000	3,127	0,451
	26-30 yaş	7	96,000	1,414	
	31-35 yaş	7	95,571	3,309	
	36-40 yaş	6	94,667	4,274	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	20-25 yaş	10	99,500	1,958	1,623
	26-30 yaş	7	99,571	1,718	
	31-35 yaş	7	99,286	1,496	
	36-40 yaş	6	98,500	1,761	
Hastaneye yattıktan iki hafta sonra	20-25 yaş	10	100,300	1,160	1,262
	26-30 yaş	7	100,000	1,528	
	31-35 yaş	7	100,286	1,799	
	36-40 yaş	6	99,833	0,753	

Kruskal Wallis H-Testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.14. Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	KW
Hastaneye yatış sırasında	İlköğretim mezunu	10	95,600	2,989	0,232
	Lise mezunu	17	95,706	3,350	
	Üniversite mezunu ve üstü	3	95,333	1,528	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	İlköğretim mezunu	10	99,200	2,098	0,039
	Lise mezunu	17	99,235	1,522	
	Üniversite mezunu ve üstü	3	99,667	2,082	
Hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra	İlköğretim mezunu	10	100,200	1,751	0,559
	Lise mezunu	17	100,059	0,899	
	Üniversite mezunu ve üstü	3	100,333	2,082	

Kruskal Wallis H-Testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	KW
Hastaneye yatış sırasında	1 çocuk	12	96,833	2,368	5,717
	2 çocuk	9	95,222	3,801	
	3 çocuk	5	93,600	1,817	
	4 çocuk	4	95,500	3,416	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	1 çocuk	12	99,833	1,697	4,347
	2 çocuk	9	99,222	1,641	
	3 çocuk	5	97,800	1,924	
	4 çocuk	4	99,500	1,000	
Hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra	1 çocuk	12	100,500	1,446	6,339
	2 çocuk	9	100,111	1,269	
	3 çocuk	5	99,000	0,707	
	4 çocuk	4	100,500	1,000	

Kruskal Wallis H-Testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.16. Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	MW
Hastaneye yatış sırasında	Evet	6	93,667	3,559	43,000
	Hayır	24	96,125	2,740	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Evet	6	98,833	2,041	56,500
	Hayır	24	99,375	1,663	
Hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra	Evet	6	100,500	1,049	58,500
	Hayır	24	100,042	1,367	

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının çalışmama durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.17. Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Gebeliğin Planlı Olup Olmama Durumuna Göre dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	MW
Hastaneye yatış sırasında	Evet	25	95,880	2,977	39,000
	Hayır	5	94,400	3,286	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Evet	25	99,320	1,842	50,000
	Hayır	5	99,000	1,000	
Hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra	Evet	25	100,200	1,291	50,000
	Hayır	5	99,800	1,483	

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının gebeliğin planlı olup olmama durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.18. Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Doğum Şekline Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	MW
Hastaneye yatış sırasında	Normal	6	95,000	2,366	58,500
	Sezeryan	24	95,792	3,189	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Normal	6	98,500	2,588	54,500
	Sezeryan	24	99,458	1,444	
Hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra	Normal	6	99,500	2,168	55,000
	Sezeryan	24	100,292	0,999	

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının doğum şekli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.19. Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Bebeğini Doğumdan Sonra Kucağına Aldığı Zamana Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	MW
Hastaneye yatış sırasında	İlk yarım saat	16	94,813	2,926	74,500
	Yarım saatten uzun	14	96,571	2,954	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	İlk yarım saat	16	99,250	2,176	102,000
	Yarım saatten uzun	14	99,286	1,069	
Hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra	İlk yarım saat	16	100,188	1,424	101,500
	Yarım saatten uzun	14	100,071	1,207	

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının bebeğini doğumdan sonra kucağına aldığı zaman açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.20. Kontrol Grubu Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Bebeğini Doğumdan Sonra Emzirip Emzirmeme Durumuna Göre Dağılımı

Maternal bağlanma düzeyi	Grup	N	Ort	Ss	MW
Hastaneye yatış sırasında	Evet	13	94,769	3,086	81,000
	Hayır	17	96,294	2,889	
Hastaneye yattıktan bir hafta sonra	Evet	13	99,077	2,290	106,500
	Hayır	17	99,412	1,176	
Hastaneye yattıktan sonra iki hafta sonra	Evet	13	100,077	1,553	109,500
	Hayır	17	100,176	1,131	

Mann Whitney-U testi ile yapılan analizde annelerin hastaneye yatış sırasında, hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının bebeğini doğumdan sonra emzirip emzirmeme durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda çalışma ve kontrol grubundaki annelerin büyük çoğunluğunun 20-30 yaş arasında olduğu bulunmuştur. TNSA'nın 2008 verilerine göre Türkiye'de doğumların yüzde 70'inin 30 yaşından önce meydana geldiği belirtilmektedir. Türkiye'de, ortanca ilk doğum yaşı ise 25-49 yaş grubundaki kadınlar için 22,3'tür (77).

Çalışmamızda çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yarıya yakınının lise mezunu olduğu bulunmuştur. TNSA 2008 verilerine göre; Türkiye'deki kadınların %35,8'i ilköğretim birinci kademe mezunu, %12,3'ü ilköğretim ikinci kademe mezunu, %18,2'i ise lise ve üniversite mezunudur (77).

Çalışma grubu annelerin %36,7'sinin bir çocuğu, %40'ının iki çocuğu, %10'unun üç çocuğu, %13,3'ünün dört çocuğu olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu annelerin %40'ının bir çocuğu, %30'unun iki çocuğu, %16,7'sinin üç çocuğu, %13,3'ünün dört çocuğu olduğu görülmektedir. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de son otuz yılda (1978-2008 döneminde) toplam doğurganlık hızının 4,33'den 2,16'ya düştüğü, yani doğurganlık hızının yaklaşık olarak yarı yarıya azaldığı görülmektedir(77).

Çalışmamızda çalışma ve kontrol grubundaki annelerin büyük çoğunluğunun çalışmadığı ve meslek grubu dağılımında büyük çoğunluğun ev hanımı olduğu bulunmuştur. TNSA 2008 verilerine göre kadınların yalnızca %31'i çalışmakta ve daha genç kadınlar kendilerinden ileri yaşta olan kadınlara oranla daha az çalışma yaşamına katılmaktadırlar. Kadınların çalışmama nedenleri arasında evlilik ve çocuk sahibi olma gösterilmiştir (77).

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yarıdan fazlasının gebeliğinin planlı olduğu görülmektedir. TNSA 2003 verilerine göre planlanan gebeliklerin oranı %66 iken 2008'de %71'e yükselmiştir (77).

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin büyük çoğunluğunun doğum şeklinin sezaryen olduğu görülmektedir. Türkiye'de sezaryen ile doğum oldukça yaygındır. Sezaryen ile doğum hızı, TNSA 2003'e yüzde 21 iken 2008'de yüzde 37'ye yükselmiştir. İlk doğumların yüzde 45'i sezaryen ile yapılmıştır (77).

Çalışma ve kontrol grubu annelerin yaklaşık yarısı bebeğini doğumdan sonra ilk yarım saat içinde kucağına alabildiği belirlenmiştir. Çalışmamızda çalışma grubundaki annelerin bebeğini doğumdan sonra emzirme oranı kontrol grubundaki annelerin bebeğini doğumdan sonra emzirme oranından fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamızda çalışma grubundaki annelerin yaklaşık yarısının bebeğini ilk 30 dakika içinde emzirdiği; kontrol grubundaki annelerin yarısının ise bebeğini doğumdan sonra emzirmediği görülmektedir. TNSA 2008 verilerine göre çocukların emzirilmeye başlama zamanı ile ilgili bilgilere göre emzirilen çocukların sadece yüzde 39'u doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır; yüzde 27'si ise doğumdan sonraki ilk 24 saatte hiç emzirilmemiştir (77).

5.2. Maternal Bağlanma Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda çalışma grubu annelerin hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma puan ortalaması 100,700, iki hafta sonraki maternal bağlanma puan ortalaması 102,233, kontrol grubu annelerin hastaneye yattıktan bir hafta sonra maternal bağlanma puan ortalaması 99,267, iki hafta sonraki maternal bağlanma puan ortalaması 100,133 olarak bulunmuştur. Kavlak'ın 2004 yılında yaptığı çalışmada (58), bir aylık bebeği olan annelerin Maternal Bağlanma puan ortalamaları $94,878 \pm 6,048$, dört aylık bebeği olan annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları ise $95,859 \pm 6,297$ saptanmıştır. Şen'in 2007 yılında yaptığı çalışmada (78) ise, bir aylık bebeği olan annelerin puan ortalaması $97,19 \pm 8,48$, iki aylık bebeği olan annelerin puan ortalaması $96,41 \pm 8,48$, üç aylık bebeği olan annelerin puan ortalaması $98,64 \pm 7,68$, dört aylık bebeği olan annelerin puan ortalaması $96,31 \pm 8,75$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz maternal bağlanma puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ve Kavlak ile Şen'in bulguları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki annelerin, hastaneye yatış sırasındaki maternal bağlanma düzeyi arasında fark bulunmamıştır. Ancak araştırmaya katılan çalışma grubundaki annelerin, bebekleri hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi, kontrol grubundaki annelerin, bebekleri hastaneye yattıktan bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyinden yüksek bulunmuştur. Çalışma grubunun maternal bağlanma puan ortalamalarının kontrol grubunununkinden yüksek olmasının sebebi olarak çalışma grubuna uygulanan

aile merkezli bakım olarak düşünölmektedir. Aile merkezli bakım; çocuk ve aileyi fiziksel, duygusal, sosyal ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alan, her ailenin bireysel farklılıklarını da göz önünde bulunduran bütüncül bakım yaklaşımını içeren bir kavramdır (18, 37). Bebek ve aile arasındaki bağı güçlendirmek aile merkezli bakım anlayışının amaçlarından biridir (79). Özellikle doğum sonu dönemde anne bebek bağlanmasını sağlayan ögeler; odanın paylaşımı, ten-tene temas, göz-göze temas, kucaklama, emzirme, bebeğin bakımına katılım olarak belirtilmiştir (80). Karabel'in ilettiğine göre (81) Cusson'un 1994 yılında yaptığı çalışmada bebeği ile aynı odada kalan annelerin bebeği ile uzun süre bir arada bulunamayan annelere göre daha kolay etkileşim kurabildikleri belirtilmiştir. Annenin bebeğini emzirmesinin (göz teması, bebeği sık sık kucağına alma) ve emzirirken kendini güvenli ve rahat hissetmesinin (doğru emzirme teknikleri) güvenli bağlanmanın gerçekleşmesinde büyük önemi vardır (78). Güvenli bağlanmanın gerçekleşmesinde aile merkezli bakımın büyük önemi vardır. Çalışmamızda da aile merkezli bakımın maternal bağlanmayı büyük ölçüde etkilediğı belirlenmiştir.

5.3. Annelerin Maternal Bağlanma Düzeylerinin Ortalamalarına Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubu annelerin hastaneye yatış sırasında, bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza paralel olarak Kavlak'ın 2004 yılında yaptığı çalışmada(58), annelerin yaş grupları ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Ancak maternal bağlanmayı ele alan başka bir çalışmada 38 yaş ve üzerindeki annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları düşük olarak tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak da 35 yaş ve üzeri gebeliklerin istenmeyen gebelikler olması gösterilmiştir (78). Bu farkın bizim çalışmamızdaki 35 yaş üstü annelerin azlığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubu annelerin hastaneye yatış sırasında, bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda, Kavlak'ın (2004) (58) ve Şen'in (2007) (78) çalışmalarına paralel

olarak, annelerin eğitim düzeyleri ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmamıştır. Ancak literatürde eğitim düzeyi arttıkça anne bebek bağlanmasının arttığını (78) ya da düşük eğitim düzeyinin bağlanma bozukluğu ile ilişkili olduğunu (82) belirten çalışmalar bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubu annelerin hastaneye yatış sırasında, bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kavlak'ın (2004) çalışmasında (58) da, annelerin başka çocuklarının olma durumları ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Ancak Şen'in (2007) çalışmasında (78) çocuk sayısı ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir. Bir çocuğu olan annelerin maternal bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış ve bu durum annenin çocuğa ayırabildiği zamanla ilişkilendirilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubu annelerin hastaneye yatış sırasında ve ikinci haftadaki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının çalışma durumu ve meslek değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p<0,05$). Şen'in (2007) (78) ve Kavlak'ın (2004) çalışmalarında (58), annelerin çalışma durumları ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Bu sonuçların annelerin büyük bölümünün çalışmıyor ve evhanımı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubu annelerin hastaneye yatış sırasında, bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının gebeliğin planlı olup olmama durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Gebeliğin planlanmış olmasının bağlanmayı olumlu etkileyebileceği, anne ve bebek arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkilediği, annenin yenidoğana karşı daha olumlu davranmasını sağladığı belirtilmektedir (3, 83). Çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğunun gebeliklerinin planlı olduğu bulunmuş ve istenmeyen ya da planlanmayan gebeliklerin bağlanmayı etkilemediği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubu annelerin hastaneye yatış sırasında, bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının doğum şekli değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmamıştır ($p<0,05$). Çalışmamızın sonucuyla benzerlik gösteren başka bir (58) çalışmanın sonucuna göre doğum şekli bağlanmayı etkilememektedir.

Araştırmaya katılan bebeğini doğumdan sonra ilk yarım saat sonra kucağına alan çalışma grubu annelerin hastaneye yattıktan iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyi, bebeğini doğumdan sonra yarım saatten uzun süre sonra kucağına alan annelerin hastaneye yattıktan iki hafta sonra maternal bağlanma düzeyinden yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kontrol grubu annelerin hastaneye yatış sırasında, bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının bebeğini doğumdan sonra kucağına alma süresi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bebekleri ile erken dönemde ten teması kuramayan ve bebeklerini kucaklarına alamayan annelerin bebeklerini benimsemekte zorlandıkları ve anne-bebek ilişkisini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (84). Anne-bebek ilişkisinin olumlu gelişebilmesi için kanguru bakımı ile ten temasının sağlanması, anne ve bebeğin aynı odada kalması, annenin bakım aktivitelerine katılımını teşvik edilmesinin önemi belirtilmektedir (3, 4, 82). Ayrıca doğum sonrası bebeklerini kucaklarına alma zamanının annelerin bağlanma düzeyini etkilediği saptanmıştır (58). Annenin bebeğin bakımına katılması, bezini değiştirmesi, banyosunu yaptırmayı öğrenmesi, beslemesi, kucağına alması, ağladığında sakinleştirmesi, yani yaşamının bir parçası olması anne-bebek arasındaki ilişkiyi güçlendirmektedir (85). Çalışmamızda çalışma grubuna uygulanan aile merkezli bakımın, iki grubun bağlanma düzeyi ortalamaları arasındaki farkın sebebi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bebeğini doğumdan sonra emziren çalışma grubu annelerin hastaneye yatış sırasında, bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi, bebeğini doğumdan sonra emzirmeyen annelerin hastaneye yatış sırasında, bir ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyinden yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kontrol grubu annelerin hastaneye yatış sırasında, bir hafta ve iki hafta sonraki maternal bağlanma düzeyi ortalamalarının bebeğini doğumdan sonra emzirip emzirmeme durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun beslenme yöntemidir ve anne ile bebeğin bağlanmasında önemli bir etkiye sahiptir. Akyüz (2008) çalışmasında (86) kadınların gebelikleri sırasında bebeklerini %85,8 oranında sadece anne sütü ile beslemeyi planladıklarını tespit etmiştir. Daha önce

yapılan çalışmalarda da emzirmenin anne bebek arasında güvenli bağlanmanın gelişmesine katkıda bulunduğu ve emzirme zamanlarının anne-bebek ilişkisinin geliştirilmesi için çok değerli olanaklar sunduğu belirtilmiştir (82, 87, 88). Bebeğin emzirilmesi sırasında annenin bebeği ile göz teması ve ten teması kurmasının, bebeğini sık sık kucağına almasının, emzirirken kendini güvenli ve rahat hissetmesinin bağlanmanın gerçekleşmesinde rol oynadığı belirtilmektedir (89).

Sonuç olarak araştırma grubu annelerinin doğumdan sonra bebeklerini kucaklarına alma süreleri, emzirme durumu ile maternal bağlanma arasında istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur. Annelerin bebeklerinin bakımına katılmaları, bebekleri ile geçirdikleri zaman bebeklerini algılamalarını etkilediği bulunmuştur. Yenidoğan hemşireleri bakımın aile merkezli olarak uygulanmasını sağlayarak anne-bebek etkileşiminin erken başlatılmasında ve anne bebek bağlılığının oluşmasında rol oynayabilmektedirler. Anne-bebek arasında bağlanmanın gelişmesi ocuk ihmal ve istismarların önüne geçilmesini sağlayacak ve ileriki yaşamda bebeğin annesiyle daha güvenli bir ilişki kurup, daha az davranış problemi, daha iyi gelişim göstermesine zemin hazırlayacaktır (5, 24, 32).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda aşağıdaki sonuçları elde edilmiştir.

1. Aile merkezli bakım uygulanan çalışma grubundaki anneleri yatıştan sonra birinci ve ikinci haftalardaki maternal bağlanma ölçek puan ortalamaları kontrol grubununkinden yüksektir.
2. Annenin ilk emzirme zamanı uzadıkça maternal bağlanma ölçek puanı azalmıştır.
3. Annenin bebeğini ilk kucağına alma süresi uzadıkça maternal bağlanma ölçek puanı azalmıştır.
4. Çalışan annelerin maternal bağlanma ölçek puanı, çalışmayan annelerin maternal bağlanma ölçek puanından düşüktür.
5. Aile merkezli bakım uygulanan ve uygulanmayan gruplarda annenin yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslek, gebeliğin planlı olup olmaması, doğum şekli değişkenleri arasında fark yoktur.

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine aile merkezli bakımın önemi hakkında hizmet içi eğitim verilmesi,
2. Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine maternal bağlanmanın önemi hakkında hizmet içi eğitim verilmesi,
3. Bağlanmanın önemi göz önüne alınarak anne-bebek etkileşimi ve kalitesini arttırmaya yönelik annenin desteklemesi,
4. Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine doğum öncesi ve doğum sonrasında anne bebek bağının başlatılması, geliştirilmesi ve sürdürülmesini sağlanması için hizmet içi eğitim verilmesi,
5. Annelere, bebekleri ile daha fazla fiziksel ve duygusal etkileşim içinde olabilmeleri için gerekli ortam ve desteğin sağlanması,
6. Ailelerin bakım ve tedavi sürecine dahil edilmesi,

7. Hastanelerde annelerin tüm gereksinimlerini karşılayacak biçimde gerekli düzenlemelerin yapılması,
8. Çalışan annelerin bebeklerinin bakımını daha uzun süre sürdürebilmeleri için doğum sonrası izin sürelerinin arttırılmasına yönelik yasal düzenlemelerin yapılmasıdır.

7. KAYNAKLAR

1. **Foster M, Whitehead L, Maybee P.** Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, **2010**;47:1184–1193.
2. **Soysal Ş, Ergenekon E, Aksoy E.** Yenidoğan döneminde hastanede uzun süreli tedavi görmenin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkileri: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, **1999**;2:266-270.
3. **Manav G, Yıldırım F.** Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **2010**;32:149-157.
4. **Görak G. ve Dağoğlu T.** *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*, Yenilenmiş İkinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, **2008**, 127-759-827-873.
5. **Yiğit R.** *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme*, **2009**, Ankara, 45-55-93-95.
6. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 7. Baskı, **2005**, Ankara, 451-460-472.
7. **Boztepe H.** Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* **2009**, 11–24.
8. **Johnston A. M., Bullock C. E., Graham J. E., Reilly M. C., Rocha C., Hoopes R. D., Jr, Meid V., Gutierrez S. and Abraham M. R.**, Implementation and Case-Study Results of Potentially Better Practices for Family-Centered Care: The Family-Centered Care Map. *Pediatrics* **2006**;118;S108.
9. **Denboba D, McPherson M., Kenney M.**, Achieving family and provider partnerships for children with special health care needs, *Pediatrics*, **2006**;118:1607–1615.
10. **Hutchfield K.** Family-Centered Care: A Concept Analysis, *Journal of Advanced Nursing*, **1999**,29(5), 1178-1187.

11. **Mundy C. A.** Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units, *American Journal of Critical Care*, **March 2010**, Volume 19, No. 2:156-163.
12. **Conk Z., Çavuşoğlu H., Savaşer S., Yıldız S., Pek H., Algier L., Erdemir F.,** *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları El Kitabı*, Birinci Baskı, **1997**, İstanbul.
13. **Cox C. Bialoskurski M.** Neonatal intensive care: communication and attachment, *British Journal of Nursing*. **2001**;10(10):668-76.
14. **Kokangul A.** Statistical Analysis of Patient's Characteristics in Neonatal Intensive care Units. *Journal of Medical Systems*. **2009**;9(10):9259-67.
15. **Bialoskurski M, Cox CL, Hayes JA.** The nature of attachment in a neonatal intensive care unit, *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. **1999**;13(1):66-77.
16. **Martin-Arafeh JM, Watson CL, Baird SM.** Promoting family-centered care in high risk pregnancy, *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. **1999**;13(1):27-42.
17. **Blackburn S.** Environmental Impact of the NICU on Developmental Outcomes, *Journal of Pediatric Nursing*, **1998**, Vol 13, No 5.
18. **Çavuşoğlu H.** *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş 7. Baskı, Cilt 2, **2004**, Ankara 23-110.
19. **Hamilton KE. Redshaw ME.** Developmental care in the UK: a developing initiative, *Acta Paediatrica*. **2009**;98(11):1738-43.
20. **Vandenberg KA.,** Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: a practice guideline, *Early Human Development*. **2007**;83(7):433-42.
21. **Ergenekon E.,** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımı, *Türkiye Klinik Pediatri*, **2001**, 10.
22. **Salihoglu Ö., Akkuş C. H., Hatipoğlu S.,** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları, **2011**, *Bakırköy Tıp Dergisi*, Cilt 7, Sayı 2.

23. **Bretherton I.**, The Origins Of Attachment Theory: John Bowlby And Mary Ainsworth, *Developmental Psychology*, **1992**, 28, 759-775.
24. **Kesebir S., Kavzoğlu S., Üstündağ M. F.**, Bağlanma ve Psikopatoloji, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2011**; 3(2):321-342.
25. **Colin V. L.**, Infant Attachment: What We Know Now, U.S. *Department of Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation*, June **1991**.
26. **Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP.**, Adult attachment and adult child-order parent relationships, *American Journal of Orthopsychiatry*, **1993**, 4: 606-613.
27. **Tüzün O., Sayar K.**, Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji, *Düşünen Adam*; **2006**, 19(1):24-39.
28. **Onur B.**, *Çocuk ve Ergen Gelisimi* , 5. Baskı, İmge Kitabevi, **2004**, Ankara.
29. **Troy NW.**, The time of this first holding of the infant and maternal self-esteem related to feelings of maternal attachment, *Women Health*, **1995**, 32(3): 59-72.
30. **Neal A., Frost M., Kuhn J., Green A., Cleveland B. G., Kersten R.**, Family Centered Care Within An Infant-Toddler Unit, *Pediatric Nursing*, **2007**; 33(6): 60-81.
31. **Boccio M, Laudenslager MN, Retie ML.**, Intrinsic and extrinsic factors affect infant responses to maternal separation, *Psychiatry*, **1994**, 57: 43-50.
32. **Soysal A., Ergenekon E, Öktem F.**, Doğum türü değişkeninin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkilerinin incelenmesi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2000**, 3(2):75-85.
33. **Waters E, Crowell J, Elliott M.**, Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: work(s) in progress, *Attachment & Human Development*, **2002**, 4(2):230-42.

34. **Bloom KC.**, The development of attachment behaviors in pregnant adolescents, *Nursing Research*, **1995**, 44(5) : 284-289.
35. **Feldman R, Weller A, Leakman J F, Kuint J.**, The Nature of Mother's Tie to her Infant: Maternal Bonding under Condition of Proximity, Separation and Potential Loss, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **2002**, 40(6):929-939.
36. **Asai H.**, Predictors of nurses' family-centered care practices in the neonatal intensive care units, *Japan Journal of Nursing Science*, **2011**, 8, 57–65.
37. **American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, Institute For Family Centered Care, Policy Statement**, *Family-Centered Care And The Pediatrician's Role*, **2003**, Pediatrics Vol. 112 No. 3.
38. **Institute For Family-Centered Care**, Patient- And Family-Centered Care, www.familycenteredcare.org , Erişim: 03.04.2012.
39. **Arango P.**, Family-Centered Care, *Academic Pediatrics*, **2011**;11:97–99.
40. **Clark NM, Gong M, Schork M.**, Impact of education for physicians on patient outcomes, *Pediatrics*, **1998**;101:831–836.
41. **Palfrey J., Sofis L., Davidson E.**, The Pediatric Alliance for Coordinated Care: evaluation of a medical home model, *Pediatrics*, **2004**;113:1507–1516.
42. **Als H, Gilkerson L, Duffy F.**, A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. **2003**;24: 399–408.

43. **Gavin L., Wamboldt M., Sorokin .,** Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma. *J Pediatr Psychol*, **1999**; 24:355–365.

44. **Riper M.,** Maternal perceptions of family-provider relationships and well-being in families of children with Down syndrome. *Research in Nursing & Health*, **1999**;22:357–368.

45. **Ngui E., Flores G.** Satisfaction with care and ease of using health care services among parents of children with special health care needs: the roles of race/ethnicity, insurance, language, and adequacy of family-centered care, *Pediatrics*, **2006**;117:1184–1196.

46. **Moore K. C., Coker K., DuBuisson A. B., Swett B., Edwards W. H.,** Implementing Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units: Successes and Challenges, *Pediatrics*, **2003**;111.

47. **Ahmann E., Dokken D.,** The Many Roles of Family Members in “Family-Centered Care” – Part I, *Pediatric Nursing*, **2006**, Vol. 32, No. 6.

48. **Petersen M.F., Cohan J. & Parsons V.,** Family-centered care: do we practice what we preach?, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, **2004**, 33(4), 421–427.

49. **Frederiksen K., Mikkelsen G.,** Family-centred care of children in hospital – a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, **2011**, Blackwell Publishing Ltd.

50. **Saleeba A.,** The Importance of Family-Centered Care in Pediatric Nursing, *School of Nursing Scholarly Works*. **2008**.

51. **Sarajarvi A., Haapamaki M.L., Paavilainen E.,** Emotional and informational support for families during their child’s illness, *International Council of Nurses, International Nursing Review*, **2006**, 205–210.

52. **Harrison H.,** The Principles for Family-Centered Neonatal Care, *Pediatrics* , Copyright Q, **1993**.

53. **Shields L.**, Questioning Family-Centred Care, *Journal of Clinical Nursing*, **2010**, 19, 2629–2638.
54. **Jolley J., Shields L.**, The Evolution of Family-Centered Care, *Journal of Pediatric Nursing*, **2009**; 24(2):102-108.
55. **Angela Frazier A., Heath Frazier H., Warren N.A.**, A Discussion of Family-Centered Care Within the Pediatric Intensive Care Unit, *Critical Care Nursing Quarterly*, **2010**; 33(1): 82–86.
56. **Kuo D. Z., Amy J. Houtrow A. J., Arango P., Kuhlthau K. A., Simmons J. M., Neff J. M.**, Family Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care, *Maternal and Child Health Journal*, **2012**, 16:297–305.
57. **Daneman S., Macaluso J., Guzzetta C. E.**, Healthcare Providers Attitudes Toward Parent Participation in the Care of the Hospitalized Child, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, **2003**, Vol. 8, No. 3.
58. **Kavlak O.**, Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **2009**; 6(1): 1-5.
59. **Fowle P. W., McHaffie H.**, ABC of Preterm Birth Supporting Parents In The Neonatal Unit, *British Medical Journal*, **2004**;329.
60. **Miles M. S., Carlson J., Brunssen S.**, Nurse Parent Support Tool, *Journal of Pediatric Nursing*, **2001**, 14 (1):44-50.
61. **Hannon R. P., Willis S. K., Scrimshaw S. C.**, Persistence of Maternal Concern Surrounding Neonatal Jaundice, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* , **2001**;155:1357-1363.
62. **Bozzette M, Kenner C.**, The neonatal intensive care environment, *Developmental Care of Newborns and Infants*, **2004**. St. Louis: Mosby,: 75-89.

63. **Griffin T.**, Family-Centered Care in the NICU, *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, **2006**; 20(1): 98–102.
64. **Taylor G. H., Klein N., Minich N. M., Hack M.**, Long-Term Family Outcomes for Children With Very Low Birth Weights, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **2001**; 155:155-161.
65. **Jotzo M., Poets C. F.**, Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention, *Pediatrics* , **2005**;115:915.
66. **Jackson K., Ternstedt B. M., Magnuson A., Schollin J.**, Quality of care of the preterm infant/the parent and nurse perspective, *Acta Paediatrica*, **2006**; 95: 29/37.
67. **Forcada-Guex M., Pierrehumbert B., Borghini A., Moessinger A.**, Early Dyadic Patterns of Mother-Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months, *Pediatrics*, **2006**;118:e107.
68. **Cooper L. G., Gooding J.S., Gallagher J., Sternesky L., Ledsy R. and Berns S. D.**, Impact of a Family Centered Care Initiative on NICU Care, Staff and Families, *Journal of Perinatology*, **2007**, 27, S32–S37.
69. **Erdemir F.**, Medikal ve Sosyal Olarak Yüksek Riskli Yenidoğanın Taburculuğu: Multidisipliner Değerlendirme ve Planlama, *13. Ulusal Neonatoloji ve Yenidoğan Hemşireliği Kongre Kitabı*, **2005**, Kayseri, s.420.
70. **İşler A.**, Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü, *Perinatoloji Dergisi*, **2007**; 15(1): 28-35.
71. **Balçı S. A.**, İlk kez doğum yapan annelerin bebeklerini algılama durumları, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, **1997**.
72. **Kristjansdottir G. A.**, Study of the Needs of Parents of Hospitalized 2- to 6-Year-Old Children, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* , **1991**; 14: 49-64.

73. **Er M.**, Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* , **2006**; 49: 155-168.
74. **Sung MH, Kim MK.**, A Study of the Effects of Behavior Contact in Early Mother-Infant Attachment. *Journal of Korean Academy of Nursing*, **2005**; 35(5): 842-9.
75. **Seideman RY.** Parent Stress and Coping in NICU And PICU, *Journal of Pediatric Nursing*, **1997**; 12(3): 169-75.
76. **Akansel KN.**, Prematüre Doğum Yapmış Ailelerin, Özellikle Annelerin, Bebeğe Fiziksel ve Duygusal Yaklaşımlarında Hemşirenin Eğitici ve Destekleyici Rolünün Önemi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, **1993**.
77. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, **2008**.
78. **Şen S.**, Anneanne-Anne-Bebek Bağlanması'nın İncelenmesi, Yüksek lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
79. **Smith L, Coleman V, Bradshaw M.**, Family-centered Care: a practice continuum. In: Smith L, Coleman V and Maureen Bradshaw, eds. Family-centered care. concept, theory and practice. Newyork: Palgrave, **2002**: 19-43.
80. **Tilokskulchai F, Phatthanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y.** Attachment behaviors in mothers of premature infants: a descriptive study in Thai mothers. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. **2002**;16(3):69-83.
81. **Cusson RM, Lee AL.** Parental interventions and the development of the preterm infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*.**1994**;23(1):60-8.
82. **Özmert, E.N.**, Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-III, *Aile, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2006**, 49: 256-273.
83. **Korkmaz Z.** Primipar Annelerin Bebeklerini Algılama Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2003**.

84. **Amankwaa L, Pickler R, Boonmee J.** Maternal responsiveness in mothers of preterm infants, *Newborn and Infant Nursing Reviews*, **2007**,7(1):25-30.
85. **Bursa Sağlık Müdürlüğü,** Çocuğun Gelişiminde Babanın Rolü, Erişim:www.bsm.gov.tr/ruhsagligi/docs.pdf, Erişim Tarihi:27.07.2012.
86. **Akyüz A., Kaya K., Şenel N.,** Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**: 6 (5).
87. **Akkoca Y.,** Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler, *Uzmanlık Tezi*, Ağustos, **2009**, Ankara.
88. **Jellinek M, Patel BP, Froehle MC (eds).** Bright futures in practice: Mental health, Volume I. Practice Guide. Arlington, VA: *National Center for Education in Maternal and Child Health*, **2002**.
89. **Culbertson JL, Newman JE, Willis DJ.** Childhood and adolescent psychologic development. *Pediatric Clinics of North America* **2003**; 50: 741-764.

EKLER

EK-1:HİJYENİK UYGULAMALAR

Aile merkezli bakımın maternal bağlanma düzeyi ile ilişkisini incelediğimiz çalışmamızda, çalışma grubundaki anneler aile merkezli bakım aktiviteleri kapsamında bebekleri ile ilgili aşağıda yer alan uygulamalara dahil edilmişlerdir.

1. Ağız Bakımı

1.1. Tanım: Ağız boşluğunun temizlenmesi işlemidir.

1.2. Amaç: Ağız boşluğunu temizlemek, mevcut lezyonu tedavi etmek.

1.3. Uygulama için gerekli malzemeler:

- Ağız bakımı için solüsyon (%0.9 serum fizyolojik, %5'lik NaHCO₃)
- Steril gazlı bez
- Böbrek küvet
- Atık kabı

1.4. Uygulamanın basamakları:

1. Malzemelerin hazırlanması
2. Anneye uygulama hakkında bilgi verilmesi
3. Ellerin yıkanması
4. Bebeğin sırtüstü yatırılması
5. Eldiven giymesi
6. Bir elin serçeparmağına gazlı bezi sararak steril %0.9 serum fizyolojik ile ıslatarak (enfeksiyon belirtisi varsa uygulama %5'lik NaHCO₃ solüsyonu ile yapılır, aft plağı varsa kaldırılır) diş etlerinin iç ve dış kısımları, dil, yanakların iç kısmının temizlenmesi, gerektiğinde gazlı bezin değiştirilmesi
7. Eldivenlerin çıkarılması ve ellerin yıkanması.

2. Göz Bakımı

2.1. Tanım: Gözün temizlenmesi işlemidir.

2.2. Amaç: Gözleri temiz tutularak enfeksiyonlardan korumak

2.3. Uygulama için gerekli malzemeler:

- Kaynatılmış ılıtılmış su
- Gazlı bez
- Atık kabı

2.4. Uygulamanın basamakları:

1. Malzemelerin hazırlanması
2. Anneye uygulama hakkında bilgi verilmesi
3. Ellerin yıkanması
4. Gözleri kaynatılmış ılıtılmış suya batırılan gazlı bez ile içten dışa doğru silme, her göz için ayrı bir gazlı bezin kullanılması
5. Ellerin yıkanması,

3. Silme Banyo

3.1. Tanım: Derinin silinerek temizlenmesi işlemidir. Yenidoğanlarda göbek düşünceye kadar silme banyo verilir. Göbek düştükten sonra tam banyo yaptırılmadığı durumlarda uygulanır.

3.2. Amaç: Derinin temizlenmesini ve nemlenmesini sağlamak, deri ile ilgili sorunların oluşmasını bir dereceye kadar önlemek, anne ve hemşireye çocuğun deri durumunu gözleme olanağı vermek, anne / bebek ilişkisinde olumlu bir tepki oluşturmaktır.

3.3. Uygulama için gerekli malzemeler:

- Küvet veya bebek için ayrılmış bir leğen
- 40°C kadar ısıtılmış su (olanak varsa su termometresi ile kontrol edilir)
- Temiz bir kaptaki kaynatılmış ılıtılmış su (yüz temizliği için)
- Tas
- Bebek şampuanı – sabun (nötr sabunlar tercih edilir)
- Banyo havlusu, yumuşak bez veya küçük havlu
- Pamuk tamponlar
- Böbrek küvet
- Derece
- Temiz alt bezi ve giysileri
- Atık kabı

3.4. Uygulamanın basamakları:

1. Malzemelerin hazırlanması
2. Anneye uygulama hakkında bilgi verilmesi
3. Oda ısısını 24-26°C olacak şekilde ayarlanması
4. Ellerin yıkanması
5. Bebeğin kurulama havlusunun serilmesi ve temiz giysilerin hazırlanması
6. Suyun ısısının ayarlanması (Suyun ısısı olarak varsa termometre ile veya kolun ön yüzüne damlatılarak / su kabına dirsek daldırılarak ölçülür, yakmayacak derecede olmalıdır)
7. Bebeğin giysilerinin çıkarılması (alt bezi bırakılır)
8. Tas içindeki kaynatılmış soğutulmuş ılık suya batırılan pamuk ya da temiz bir gazlı bez ile gözlerin içten dışa doğru temizlenmesi
9. Yüz ve kulak arkasının temizlenmesi
10. Kulaklar ve burun, ucu kaynatılıp soğutulmuş suya batırılarak temiz gazlı bez ile temizlenmesi
11. Yüz temizliği tamamlanan bebeğin ensesinin altından bir elini geçirerek ve sırtına destek vererek yüzün yukarı bakar şekilde tutulması
12. Baş banyo küvetine yaklaştırarak göz yakmayan şampuan ile sabunlama ve saç çizgisinden aşağı doğru duru su dökülmesi (Su yutması ve boğulması önlenir), saçın durulanması
13. Baş yıkanan bebeğin masaya yatırılması ve başının kurulanması
14. Boyun boğumlarının silinmesi
15. Alt bezinin çıkarılması, altı kirli ise temizlenmesi
16. Yumuşak bezin su ile ıslatılarak sabun ile köpürtülmesi, kolların ve gövdenin silinmesi
17. Duru su ile ıslatılmış yumuşak bez ile silinen bölgelerin durulanması
18. Yumuşak hareketler ile silinen bölgelerin kurutulması
19. Giysilerinin giydirilmesi
20. Sabunlanmış bez ile bacakların, ayakların ve genital bölgenin sabunlanması
21. Bacakların, ayakların ve genital bölgenin duru su ile ıslatılmış yumuşak bez ile durulanması ve kuru yumuşak bir bez ile nazikçe kurulanması
22. Bebeğin altının bezlenmesi (göbek kordonu düşmediyse göbek kordonu dışarıda olacak şekilde) ve önceden hazırlanan giysilerin giydirilmesi

23. Bebeğin üzerinin battaniye ile örtülmesi

24. Ellerin yıkanması

4. Tam Banyo

4.1. Tanım: Derinin temizlenmesi işlemidir.

4.2. Amaç: Derinin temizlenmesini ve nemlenmesini sağlamak, adaleleri gevşeterek gerilim ve ağrıyı ortadan kaldırmak, deri ile ilgili sorunların oluşmasını önlemek, anne ve hemşireye bebeğin deri durumunu gözleme olanağı vermek, anne / bebek ilişkisinde olumlu bir etki oluşturmaktır.

4.3. Uygulama için gerekli malzemeler:

- Küvet veya bebek için ayrılmış bir leğen
- 40°C kadar ısıtılmış su
- Temiz bir kapta kaynatılmış ılıtılmış su (yüz temizliği için)
- Tas
- Bebek şampuanı – sabun (nötr sabunlar tercih edilmelidir)
- Banyo havlusu, yumuşak bez veya küçük havlu
- Pamuk tamponlar
- Böbrek küvet
- Derece
- Temiz alt bezi ve giysileri
- Atık kabı

4.4. Uygulamanın basamakları:

1. Malzemelerin hazırlanması
2. Anneye uygulama hakkında bilgi verilmesi
3. Oda ısısının 24-26°C olacak şekilde ayarlanması
4. Ellerin yıkanması
5. Bebeğin kurulama havlusunun serilmesi ve temiz giysilerinin hazırlanması
6. Suyun ısısının ayarlanması (Suyun ısısı olarak varsa termometre ile veya kolun ön yüzüne damlatılarak / su kabına dirsek daldırılarak ölçülür, yakmayacak derecede olmalıdır.)
7. Küvete / leğene temiz bir bez veya havlunun koyulması ve hazırlanan sudan küvete 5 cm yükseklik oluşturuncaya kadar boşaltılması
8. Bebeği masaya yatırılarak giysilerinin çıkarılması (alt bezi bırakılır)

9. Tas içindeki kaynatılmış soğutulmuş ılık suya batırılan pamuk ya da temiz bir gazlı bez ile gözlerin içten dışa doğru temizlenmesi
10. Yüz ve kulak arkasının temizlenmesi
11. Kulaklar ve burun, ucu kaynatılıp soğutulmuş suya batırılarak temiz gazlı bez ile temizlenmesi
12. Yüz temizliği tamamlanan bebeğin ensesinin altından bir elini geçirerek ve sırtına destek vererek yüzün yukarı bakar şekilde tutulması
13. Baş banyo küvetine yaklaştırarak göz yakmayan şampuan ile sabunlanması ve saç çizgisinden aşağı doğru duru su dökülmesi (Su yutması ve boğulması önlenir) saçın durulanması
14. Baş yıkanan bebeğin masaya yatırılması ve başının kurulanması, tespit için kullanılan bezin açılması
15. Alt bezinin çıkarılması, altı kirli ise temizlenmesi
16. Bebeğin küvete/ leğene yavaşça yerleştirilmesi (koltuk altından ve boynu kol üzerine yaslanmış olarak tutulmalıdır)
17. Sabunlanmış bez ile bebeğin boyun, göğüs, kol ve bacaklarının, vücudun kıvrım yerlerinin ve genital organlarının sabunlanması
18. Bebeğin yüzüstü çevrilerek sırt ve bacaklarının sabunlanması
19. Bebeğin durulanması
20. Bebeğin yayılan havlu üzerine alınarak vücudunun yumuşak hareketlerle kurulanması
21. Bebeğin altının bezlenmesi ve önceden hazırlanmış giysilerin giydirilmesi
22. Ellerin yıkanması

5. Alt Temizliği

5.1. Tanım: Dışkı ve idrarla kirlenen genital bölgeyi temizleme işlemidir.

5.2. Amaç: Genital bölgeyi temiz tutarak enfeksiyon gelişimini önlemektir.

5.3. Uygulama için gerekli malzemeler:

- Alt değiştirme örtüsü
- Bebek bezi
- Parmak tamponlar
- Kap içinde ılık su
- Dışkı varsa sabunlu su ile ılık su

- Atık kabı

5.4. Uygulamanın basamakları:

1. Malzemelerin hazırlanması
2. Anneye uygulama hakkında bilgi verilmesi
3. Ellerin yıkanması
4. Bebeğin temiz bir örtü üzerine yatırılması
5. Eldiven giyilmesi
6. Bebeğin düz bir masaya ya da yatağa yatırılarak alt bezinin açılması
7. Bir elle bebeğin iki ayağının tutularak kaldırılması ve dışkılama varsa kaba temizliğinin yapılması
8. Bezin temiz bölümüne veya temiz bez üzerine bebeğin alınması
9. Kirli bezin bebeğin altından alınması
10. Perine bölgesinin kaynatılmış ılıtılmış suya batırılan pamuk ile (kızlarda önden arkaya doğru, erkeklerde penis ucundan başlayarak geriye doğru yuvarlak hareketlerle) silinmesi ve kurulanması
11. Kasıklar ve deri kıvrımlarının iyice temizlenmesi ve kurulanması
12. Bebeğin pişik oluşmuşsa/oluşma riski varsa ince bir tabaka halinde pişik kremi sürülerek mümkünse bir süre açık bırakılması
13. Alt bezi bağlanarak bebeğe rahat bir pozisyon verilmesi

6. Emzirme

6.1.Tanım: Bebeğin anne memesine verilerek emzirmenin başlatılmasına ve sürdürülmesine yönelik danışmanlık uygulamalarını kapsar. “Bebek Dostu Hastaneler” in uygulamaya geçmesi ile bebeklerin 6 ay boyunca tek başına anne sütü ile beslenmesi yaygınlaşmıştır.

6.2. Amaç: Doğumdan itibaren anne sütüyle beslemenin sağlıklı bir şekilde başlatılması ve sürdürülmesine ilişkin beceri ve davranış kazandırmaktır.

6.3. Uygulama basamakları:

1. Anneye işlemin anlatılması
2. Anneden bebeğin emmesi/emzirilmesi ile ilgili bilgi alınması
3. Ellerin yıkanması ve anneden ellerini yıkamasının istenmesi
4. Annenin mahremiyetinin sağlanması

5. Her iki memenin şişlik, kızarıklık, sertlik, ağrı hassasiyet açısından, meme uçlarını çatlak ve anomali (içe dönük, yassı meme ucu gibi) açısından değerlendirilmesi
6. Annenin meme ucu temiz ise anne sütü ile ıslatılması, kirli ise meme ucundan areolaya doğru dairesel hareketlerle ılık su ile ıslatılmış gazlı bezle silinmesi
7. Bebeğin annenin kucağına verilerek dokunsal ve duygusal iletişimin sağlanmasına yardım edilmesi
8. Anneye bebeği rahat emzirebileceği bir pozisyon verilmesi
9. Anneden bebeğini emzirmesinin istenmesi
10. Annenin meme başını bebeğin dudak kenarına /yanağına değdirerek arama refleksinin uyarılması ve bebek ağzını açtıktan sonra meme ucu ile birlikte çevresinin bebeğin ağzına girmesinin sağlanması
11. Bebek kendi kendine memeyi bırakıncaya kadar emzirmenin devam etmesinin sağlanması
12. Emzirme sonrası bebeğin anne kucağında dik pozisyonda tutularak sırtının aşağıdan yukarı doğru sıvazlanması ve küçük vuruşlarla gazının çıkarılmasının sağlanması
13. Beslenme sonrası bebeğe sağ yan pozisyon verilerek yatağına yatırılması
14. Anne ve bebeğe rahat pozisyon verilmesi
15. Uygulamada hatalar varsa anneye açıklanması, soruları varsa yanıtlanması

7. Göbek Bakımı

7.1. Tanımı: Göbek ve çevresini temizleme işlemidir.

7.2. Amaç: Göbekte enfeksiyon oluşumunu engellemektir.

7.3. Uygulama için gerekli malzemeler:

- %70'lik alkol
- Steril gazlı bez
- Atık kabı

7.4. Uygulamanın basamakları:

1. Uygulama için gerekli malzemelerin hazırlanması
2. Aileye uygulama hakkında bilgi verilmesi
3. Ellerin yıkanması

4. Göbek ve çevresinin bakım öncesi kızarıklık, akıntı, koku açısından değerlendirilmesi
5. Göbek kordonundan tutarak göbeğin etrafından çıkıntıya doğru dairesel hareketlerle % 70'lik alkol ile ıslatılmış gazlı bezle bastırmadan silinmesi
6. Aileye, göbek bakımı, göbek kordonunun ıslatılmaması, idrarla temas ettirilmemesi, alt bezinin altında bırakılması, temiz ve kuru tutulması konularında eğitim verilmesi
7. Ellerin yıkanması

8. Taburculuk Eğitimi

8.1. Tanım: Taburculuk eğitimi çocuğun hastaneye yatışı ile başlayan ve yattığı sürece devam eden eğitimidir. Çocuk ve aileye hastalık, tanı, tedavi, bakım ve taburcu olduktan sonra evdeki yaşamında ihtiyacı olan bilgiler verilir.

8.2. Amaç: Çocuğu ve aileyi hastalık, evde bakım ve acil durumlarda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirerek çocuğun bundan sonraki yaşamını en iyi şekilde geçirmesine katkıda bulunmaktır.

8.3. Uygulamanın basamakları:

1. Aileye hastalık, tanıya yardımcı uygulamalar, tedavi ve bakım gibi konularda yapılacak eğitimin her fırsatta, uygun zaman ve ortamda yapılması
2. Eğitim verilirken uygun iletişim tekniklerinin (göz hizasında oturma, yumuşak ses tonuyla konuşma vs.) ve eğitim materyallerinin (resim, oyun vs.) kullanılması
3. Ailenin hastalığa ve taburcu olmaya ilişkin duygu, düşünce ve kaygılarının dinlenmesi
4. Evde yapılması gereken uygulamalar, bakımda dikkat edilmesi gereken konular, kullanılacak ilaçlar, yan etkileri, varsa diyet, hangi durumda hastaneye başvurmaları gerektiği, kontrole gelmeleri gereken zamanlar, gerektiğinde danışmanlık yapacak kişi veya kurumun iletişim bilgileri vb. hakkında tıbbi terminoloji kullanılmaksızın anlaşılabilir bir dille bilgi verilmesi
5. Ailenin evde yapması gereken uygulamaların uygulamalı olarak gösterilmesi
6. Anlatılan bilgiler ve uygulamalar hakkında geri bildirim alınması ve soru sormaya teşvik edilmesi
7. Hastaneden çıkış işlemleri ile ilgili bilgi verilmesi

8. Anlaşılmayan bilgi varsa tekrarlanması ve sorularının cevaplanması
9. Taburcu olduktan sonra kontrole ne zaman gelineceği, varsa kullanılacak ilaçlar, hastane iletişim bilgileri vb. konularda bilgi verilmesi

9. Kanguru Bakımı

9.1. Tanım: Kanguru bakımı, yalnız bezi bulunan çıplak bebeğin annenin çıplak göğsüne dik pozisyonda yüz yüze gelecek şekilde yerleştirilmesi ve ten tene temasın sağlanmasıdır.

9.2. Amaç: Anne ile bebek arasında deri teması sağlanarak her ikisinin birbirine bağlanmasının sağlanmasıdır.

9.3. Uygulama için gerekli malzemeler:

- Sandalye
- Örtü veya battaniye

9.4. Uygulamanın basamakları

1. Daha önceden anneye, önden kolayca açılabilen, rahat bir giysi giymesinin söylenmesi
2. Bebeğin üzerinde sadece bezi kalacak şekilde giysilerinin çıkartılması
3. Annenin sandalyeye oturtulması
4. Bebeğin çıplak olarak annenin çıplak göğsü üzerine yerleştirilmesi
5. Anne ve bebeğin bir örtü veya battaniye ile sarılarak korunması
6. İşleme ilk gün 30 dakika ile başlanması, daha sonraki uygulama zamanının 2-3 saate kadar çıkartılması

10. Hijyenik El Yıkama

10.1. Tanım: Ellerdeki geçici mikroorganizmaları öldürmek ve uzaklaştırmak için ellerin antiseptik özelliği olan bir sabunla 15 dakika yıkanması ve/veya antiseptik özelliği olan solüsyon ile ellerin 15-52 saniye temizlenmesi işlemidir.

10.2. Amaç: Ellere bulaşan mikroorganizmaların diğer hastalara geçişinin önlenmesidir.

10.3. Uygulama için gerekli malzemeler:

- Antiseptik sıvı el sabunu
- Antiseptik el temizleme solüsyonu
- Kağıt havlu

10.4. Uygulamanın basamakları

1. Ellerin su ile ıslatılması

2. 3-5ml sıvı sabunun avuç içine alınması
3. Sıvı sabunun avuç içine dağıtılması ve iyice köpürtülmesi
4. Her iki elin avuç içinin ve el sırtının ovularak yıkanması
5. Her iki elin parmak aralarının yıkanması
6. Her iki elin parmak uçlarının yıkanması
7. Sağ el yardımıyla sol el başparmağının yıkanması
8. Sol el yardımıyla sağ el başparmağının yıkanması
9. Her iki el bileğinin yıkanması
10. Ellerin durulanması
11. Ellerin kağıt havlu ile kurulanması
12. Elleri kurulamak için kullanılan kağıt havlu ile musluğun kapatılması
13. Kullanılan kağıt havlunun evsel atığa atılması
14. Kendiliğinden kuruyan antiseptik solüsyon kullanılıyor ise avuç içine tercih edilen miktarda solüsyonun alınması ve tüm el yüzeyine yayılana ve eller kuruyana kadar 15-25 saniye ovuşturulması.

EK-2: AİLE MERKEZLİ BAKIMIN MATERNAL BAĞLANMA DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİNE YÖNELİK SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cevaplayacağınız bu anket yenidoğan yoğun bakım ünitesinde verilen aile merkezli bakımın maternal bağlanma düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Sorular ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara cevap vermeniz, aile merkezli bakımın önemini belirlenmesi açısından önemlidir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı diliyoruz. Araştırmaya katılmak tamamen isteğinize bağlıdır. Bu araştırmaya katılmanız dahilinde isminiz kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Bu araştırmaya katılmak istememeniz durumunda alacağınız bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmacı Yasemin Talipoğlu

Araştırmaya gönüllü katıldım:

Görüşme tarihi:

1.Kaç yaşındasınız?

.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-Yazar Değil

b)Okur-Yazar

c)İlköğretim

d)Lise

e) Üniversite ve +

3.Kaç çocuğunuz var?

.....

4. İşiniz nedir?

- a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Emekli f)Diğer

5. Şu anda çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

6.Gebeliğiniz, planlı bir gebelik miydi?

- a) Evet b) Hayır

7.Doğum şekliniz nasıldı?

- a)Normal doğum
b)Sezeryan doğum

8.Bebеğinizi doğumdan ne kadar süre sonra kucağınıza alabildiniz?

- a)İlk yarım saat içinde
b)Yarım saatten uzun süre sonra

9.Bebеğinizi doğumdan sonra emzirdiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

10.Bebеğinizi ne kadar süre sonra emzirdiniz?

.....

EK-3:MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

		HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HIÇBİR ZAMAN
1	Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	A	B	C	D
2	Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	A	B	C	D
3	Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	A	B	C	D
4	Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	A	B	C	D
5	Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	A	B	C	D
6	Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	A	B	C	D
7	Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	A	B	C	D
8	Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	A	B	C	D
9	Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	A	B	C	D
10	Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	A	B	C	D
11	Bebeğimi kucacımda tutmaktan hoşlanıyorum	A	B	C	D
12	Bebeğimi uyurken seyrediyorum	A	B	C	D
13	Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	A	B	C	D
14	Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	A	B	C	D
15	Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	A	B	C	D
16	Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	A	B	C	D

17	Bebeğimle gurur duyuyorum	A	B	C	D
18	Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	A	B	C	D
19	Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	A	B	C	D
20	Bebeğimin karakterini biliyorum	A	B	C	D
21	Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	A	B	C	D
22	Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	A	B	C	D
23	Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	A	B	C	D
24	Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	A	B	C	D
25	Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum	A	B	C	D
26	Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	A	B	C	D

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
22/03/2012	07	2012/137

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 05/03/2012 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yrd.

İmza
Yrd. Doç. Dr. Gülşin YAPICI
Raportör

İmza
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ
Üye

İmza
Doç. Dr. İrfan AYAN
Üye

İmza
Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI
Üye

İmza
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılmadı)
Uzm. Dr. Oğuz KARDAŞ
Üye

İmza
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu		
	DESTEKLEYİCİ	---		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz: Hemşirelik Etkinliklerinin Sınırları İçerisinde Yapılacak Araştırma			
	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		

Sayfa 1

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU


KARAR BULGİLERİ	MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZGEÇMİŞİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3 ADET LİTERATÜR	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Karar No: 2022 - 137	Tarih: 22.03.2022	
Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	H	E	H	E	
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI	Halk Sağlığı	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ	Biyokimya	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Biyokimya Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Ortopedi ve Travmatoloji Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyostatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÖLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖĞENLER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Tarihi ve Etik Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Oğuz KARDAŞ	Üroloji	Mersin Devlet Hastanesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Ticaret ve Sanayi Odası Projesi Müdürlüğü	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK-5


T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı :B.30.2.MEÜ.0.20.11.03/58 - 692
Konu : Anket Çalışması


Tarih: 22/03/2012

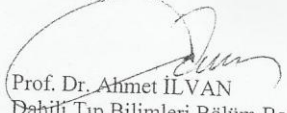
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ: 19.03.2012 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.HI.70.622-03/2731 sayılı yazınız.

İlgi yazıda adı geçen Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yasemin TALİPOĞLU'nun yazı ekindeki anket çalışmasını Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitemizde yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Necdet KUYUCU
Anabilim Dalı Başkanı


Prof. Dr. Ahmet İLVAN
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
GELEN EVRAK

TARİHİ	29 Mart 2012
NOBÜ	3161

Form No: ÇSH-FR-06 Form Yay. Tarihi: 29.06.2004 Form Rev. Tarihi: 28.04.2006 Form Rev. No: 02

EK-6



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ

01.08.2012

Büro : Personel Daire Başkanlığı

Adana

Sayı : B.30.2.ÇKO.0.71.00.02-903.99 8917-10485


Konu :

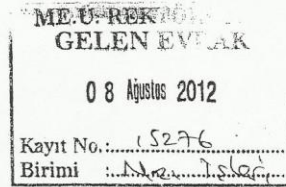
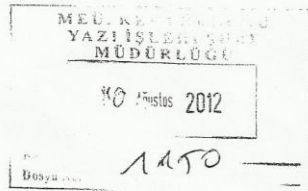
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İLGİ : 13.07.2012 tarih ve 963-10402 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksekisans öğrencisi Yasemin TALİPOĞLU'nun, "Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışma anketlerini 16 Temmuz-10 Ağustos 2012 tarihleri arasında Üniversitemiz Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım 2 Ünitesinde uygulaması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. M. Rifat ULUSOY
Rektör a.
Rektör Yardımcısı



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1985 Hınıs doğumlu olup, ilk öğreniminin bir kısmını Diyarbakır'da bir kısmını Mersin'de tamamlamış, orta ve lise öğrenimi ise Mersin'de tamamlamıştır. Lisans eğitimini Mersin Üniversitesi'nde almıştır. 2009-2012 yılları arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programına devam etmektedir. 2008-2009 yılları arasında Özel Toros Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde, 2009-2010 yılları arasında Gaziantep Çocuk Hastanesi Yanık Ünitesi'nde hemşire olarak çalışmıştır. 2010 yılından beri Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yenidoğan Ünitesinde çalışmaktadır.