

CANAN DEMİR

**PREMATÜRE BEBEK BAKIMI KONUSUNDA KAYGI YAŞAYAN
ANNELERDE ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN ETKİSİ**

SCÜSBE

SİVAS

2020



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMATÜRE BEBEK BAKIMI KONUSUNDA KAYGI YAŞAYAN
ANNELERDE ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN ETKİSİ**

CANAN DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

SİVAS-2020

T. C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMATÜRE BEBEK BAKIMI KONUSUNDA KAYGI YAŞAYAN
ANNELERDE ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN ETKİSİ**

CANAN DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ NURCAN AKGÜL GÜNDOĞDU

SİVAS-2020

“Prematüre Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi” adlı **Yüksek Lisans Tezi**, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Üye _____

Üye _____

Üye _____

Üye (Danışman) _____

ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimiyle tanıdığım ve kendime şans saydığım, mesleki bilgi ve deneyimlerine, durumlara bakış açısına ve profesyonel tutumlarına hayran olduğum, örnek aldığım, her koşulda varlığıyla güç bulduğum, birlikte tez sürecini yürütmekten onur duyduğum, yol göstericim, tez danışmanım Sn. Dr. Öğr. Üyesi Nurcan AKGÜL GÜNDOĞDU'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan hocalarım Sn. Prof. Dr. Nuran GÜLER ve Sn. Dr. Öğr. Üyesi Semra KOCATAŞ'a,

Başta elini üzerimden halen çekmeyen ilkokul öğretmenim Sn. Gülay GÜNDOĞDU ve lisans eğitimim boyunca uzmanlaşmanın ve mesleki profesyonelliğin değerli olduğu bakış açısını kazandıran Sn. Dr. Öğr. Üyesi Kevser TARI SELÇUK, Sn. Dr. Öğr. Üyesi Dilek AYDIN AVCI ve Sn. Dr. Öğr. Üyesi Diler AYDIN YILMAZ olmak üzere tüm saygıdeğer hocalarıma,

Yol arkadaşım, her zaman beni benden çok düşünen, her koşulda destekleyen, varlığına binlerce şükür sığan, meslektaşım ve can dostum Uzman Hemşire Seda BAYDEMİR'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini benden esirgemeyen, her zaman iyikim olan meslektaşım ve dostum Hemşire Esra IŞIK'a,

Araştırmam boyunca beni teşvikleriyle destekleyen başta Tokat Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Sn. Makbule YÜCE olmak üzere birlikte keyifle çalıştığım Büyük Çocuk Servisi ekip arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm minik mucizevi kahramanlarımın mücadele ruhluannelerine,

Bugüne gelmemdeki emekleri için, varlıklarının gölgesi bile yeten annem Fadime DEMİR, babam Muharrem DEMİR'e ve canımın özü olan kardeşlerim; Cansu, Cansel, Gülcan, Sıla ve Ömür DEMİR'e,

Ve üzerimde emeği olan diğer herkese teşekkür ederim.

Tezimi COVID-19 Pandemisi sürecinde cansiperane çalışan sağlık emekçilerine ithaf ediyorum...

ÖZET

PREMATÜRE BEBEK BAKIMI KONUSUNDA KAYGI YAŞAYAN ANNELERDE ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN ETKİSİ

Canan DEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurcan AKGÜL GÜNDOĞDU

2020, 121 Sayfa

Bu araştırma, prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde çözüm odaklı yaklaşımın etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır. Etik kurul onayı, kurum izni, prematüre bebek annelerinden yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Araştırmaya, Sivas il merkezinde bulunan üç hastaneden 38. gebelik haftasının altında (<37 hafta + 6 gün) doğan, taburculuk sürecine ulaşan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 40 prematüre bebek annesi (20 deney, 20 kontrol) dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından her iki gruba aynı dönemlerde ilk, ikinci ve üçüncü izlemlerinde yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama araçları olarak anne, baba ve bebeklerin tanıtıcı özelliklerini içeren “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu”, “Çözüm Odaklı Envanter” ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılmıştır. Müdahale grubuna bir tanışma görüşmesi ve sekiz çözüm odaklı görüşmeden oluşan 30-40 dakika süren Bireysel Çözüm Odaklı Yaklaşım uygulanmıştır. Veriler SPSS 23.0 programı ile değerlendirilmiş, normalliğine Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır. Sample t test, F testi (ANOVA), Tukey, Tamhane’s T2 testleri olmak üzere verilerin değerlendirilmesinde uygun istatistiksel testler kullanılmış, $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Gruplar, prematüre bebeği yoğun bakım ünitesinde görme sıklığı ve aile tipi hariç ($p > 0.05$) tanıtıcı özellikler yönünden benzerdir ($p < 0.05$). Müdahale grubundaki prematüre bebek annelerinin, birinci izleme göre ikinci ve üçüncü izlemlerinde Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının azaldığı, Çözüm Odaklı Envanter puan ortalamalarının ise arttığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre bu gruptaki annelerin, prematüre bebek bakımı konusunda kendilerini yeterli hissetme oranları müdahale öncesine göre artış göstermektedir. Kontrol grubunda ise prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarındaki düşüşler durumluk kaygı puanlarının birinci ve son izlem ile ikinci ve son izlem puan ortalamaları dışında anlamlı değildir ($p > 0.05$). Kontrol grubunun Çözüm Odaklı Envanter’den aldığı puan

ortalamları incelendiğinde, izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmanın sonucunda; prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelere uygulanan Bireysel Çözüm Odaklı Yaklaşım müdahalesinin, annelerin bebek bakımı konusundaki kaygılarını azalttığı, çözüm odaklı baş etme becerilerini ise artırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre Bebeği Olan Anne, Prematüre Bebek Bakımı, Kaygı Düzeyi, Çözüm Odaklı Yaklaşım, Hemşirelik



ABSTRACT

THE EFFECT OF THE SOLUTION-FOCUSED APPROACH ON MOMS HAVING ANXIETY ABOUT PREMATURE BABY CARE

Canan DEMIR

Master of Science Thesis, Department of Public Health Nursing

Consultant: Dr. Asst. Professor Nurcan AKGUL GUNDOGDU

2020, 121 Pages

This research has been conducted as a pretest-posttest randomized controlled experimental for the purpose of evaluating the effect of the solution-focused approach in mothers who are concerned about premature baby care. The ethics committee approval, the institution's consent, the written and verbal permission from the mothers of premature babies have been obtained. The study consists of (20 test, 20 control) mothers with premature babies born under the 38th pregnancy week (< 37 weeks + 6 days) in three different hospitals in the city centre of Sivas, reaching the discharge process and meeting the criteria for inclusion in the research. By the researcher have the data been collected through face-to-face meetings during the first, second and third follow-ups of both groups in the same periods. As the data collection tools, we have used: "Introductory Information Form" which includes the identifying features of mothers, fathers and premature babies; "Form of Assessment of Baby Care Needs of Mothers with Premature Babies at Home"; "Solution Focused Inventory" and "State-Trait Anxiety Inventory". A Solution-Focused Approach intervention –lasting for 30-40 minutes consisting of a meeting interview and eight individual interviews– has been applied to the intervention group. The data were evaluated with the SPSS 23.0 program, and its normality was checked with the Shapiro-Wilk test. Appropriate statistical tests were used in the evaluation of the data, including sample t test, F test (ANOVA), Tukey, Tamhane's T2 tests, and the value $p < 0.05$ has been accepted as significant. The groups are similar ($p < 0.05$) in terms of identifying features except 'the frequency of seeing the premature baby in intensive care unit' and 'family type' ($p > 0.05$). It has been determined that, compared to the first and third follow-up, the State-Trait Anxiety Inventory score averages decreased in the second and third follow-up of premature infant mothers in the intervention group, while the Solution-Focused Inventory score averages increased. According to the results of the research, the rates of mothers in this group feeling themselves sufficient about the care of premature babies increase compared to the pre-intervention. In the control group, the declines in status and continuous anxiety inventory score averages of mothers experiencing anxiety about premature infant care were not significant except for the first and last follow-up and second

and last follow-up scores of status anxiety scores ($p>0.05$). When the control group's score averages were analyzed, there was no statistically significant difference between the follow-ups ($p>0.05$).

As a result of the research; it has been determined that the individual Solution Focused Approach intervention applied to mothers -who are concerned about premature baby care- reduces their anxiety about baby care and increases their solution-focused coping skills.

Key Words: Mother with a Premature Baby, Premature Baby Care, Anxiety Level, Solution-Focused Approach, Nursing



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	i
ONAY.....	ii
YÖNERGE.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İTHAF.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
ÇİZELGE DİZİNİ.....	xv
KISALTMA DİZİNİ.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2. 1. Gebe ve Ebeveyn Olarak Kadın.....	8
2.1.1. Gebe Olarak Kadın.....	8
2.1. 2. Postpartum Dönemde Kadın.....	9
2.2. Prematüre Bebek.....	10
2.2.1. Prematüre Bebek Özellikleri.....	13
2.2.2. Prematüre Bebeklerde Sık Görülen Sorunlar.....	14
2.2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin Özellikleri.....	15
2.2.4. Prematüre Bebeklerin Taburculuğa Hazırlanması.....	16
2.2.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Prematüre Bebeği Yatan Annelerin Gereksinimleri.....	17

2.2.6. Prematüre Bebeğe Sahip Annenin Taburculuk Sürecine Hazırlanması ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Rollerini.....	19
2.2.7. Prematüre Bebeğin Halk Sağlığı Hemşireliği Boyutuyla Eve Hazırlanması ve Evde Bakım Süreci.....	23
2.3. Kaygı	25
2.3.1. Kaygının Tanımı ve Önemi	25
2.3.2. Primipar ve Multipar Annelerde Kaygı Düzeyleri.....	26
2.3.3. Prematüre ve Miad Bebeğe Sahip Annelerde Kaygı Düzeyleri.....	27
2.3.4. Yenidoğan Yoğun Bakımda Prematüre Bebeği Olan Annede Kaygı	28
2.3.5. Yenidoğan Yoğun Bakımda Prematüre Bebeği Olan Annede Kaygı ile Mücadelede Baş Etme Yolları ve Farklı Programlar.....	32
2.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım	35
2.4.1. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Temel Felsefesi	37
2.4.2. Çözüm Odaklı Varsayımlar	39
2.4.3. Çözüm Odaklı Yaklaşım Aşama ve Teknikleri	39
2.4.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Literatür Çalışmaları.....	43
2.4.5. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Çözüm Odaklı Hemşirelik.....	45
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın Tipi	48
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	48
3.3. Araştırmanın Evreni.....	48
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	49
3.4.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri	49
3.4.2. Araştırmaya Çıkarılma Ölçütleri	49
3.4.3. Sonlandırma Ölçütleri	50
3.4.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	50
3.5. Veri Toplama Araçları	50

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)	50
3.5.2. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu (Ek-2)	51
3.5.3. Durumluk (Ek-3) - Sürekli (Ek-4) Kaygı Ölçeği	52
3.5.4. Çözüm Odaklı Envanter (Ek-5)	53
3.6. Araştırmanın Uygulanması	54
3.6.1. Ön Uygulama	54
3.6.2. Uygulama	54
3.6.3. Araştırmacının Eğitimi	59
3.6.4. Prematüre Bebeğe Sahip ve Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Anneler için Çözüm Odaklı Yaklaşım (ÇOY) Yol Haritası	59
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	71
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	71
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	71
4. BULGULAR	72
5. TARTIŞMA	84
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	90
6.1. Sonuç	90
6.2. Öneriler	91
7. KAYNAKLAR	92
EKLER	104
EK-1. Tanıtıcı Bilgi Formu	104
EK-2. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu	106
EK-3. Durumluluk Kaygı Ölçeği	107
EK-4. Sürekli Kaygı Ölçeği	108
EK-5. Çözüm Odaklı Envanteri	109
EK-6. Araştırmacının Çözüm Odaklı Yaklaşım Kurs Sertifikası	110

EK-7. Etik Kurul Kararı	111
EK-8. Kurum İzinleri	113
EK-9. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Kullanım İzni.....	116
EK-10. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimleri Değerlendirme Formu Kullanım İzni.....	117
EK-11. Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu.....	118
ÖZGEÇMİŞ	120

12



TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.5.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Çözüm Odaklı Envanter Güvenirlik Katsayıları (Cronbach Alpha) İzlemlerine Göre Dağılımı	51
Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Anne ve Babaya Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı.....	70
Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	71
Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebeğin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	74
Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin İlk, İkinci ve Son İzlemlerindeki Durumluk-Sürekli Kaygı ve Çözüm Odaklı Envanter Puanlarının Grup İçi Dağılımı	75
Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin İlk, İkinci ve Son İzlemlerindeki Durumluk-Sürekli Kaygı ve Çözüm Odaklı Envanter Puanlarının Gruplar Arası Dağılımı.....	76
Tablo 4.6. Müdahale Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Bakım Gereksinimlerine Göre Müdahale Öncesi ve Sonrası Dağılımı	77
Tablo 4.7. Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Bakım Gereksinimlerine Göre Birinci İzlem ve Son İzlem Dağılımı	80

ÇİZELGE DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge 2.2.1. Canlı Doğumlarda Prematüre Doğum Oranları (%)	10
Çizelge 2.2.2. Başlıca Prematüre Doğum Nedenleri.....	11
Çizelge 3.6.2.1. Araştırma Deseni.....	55
Çizelge 3.6.2.2. Çözüm Odaklı Görüşme Planı	56



KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BÇOY	: Bireysel Çözüm Odaklı Yaklaşım
ÇOY	: Çözüm Odaklı Yaklaşım
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü
NANDA	: North America Nursing Diagnosis Association
NEK	: Nekrotizan Enterokolit
NG	: Nazogastrik Sonda
NIDCAP	: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı)
OG	: Orogastrik Sonda
ROP	: Prematüre Retinopatisi
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
YDYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum deneyimi evrenseldir ve tüm kadınlar için ortak bir dildir. Doğum eyleminden sonra kadına annelik sıfatı yüklenir. Annelik kadının hayatında yeni bir dönemdir. Özel beceri ve desteklenme gereksinimi olan anneye, bu süreç yeni sorumlulukları getirmektedir (Gölbaşı, 2003; Çalışır, 2007; Öztürk ve Erci, 2016). Özellikle primipar annelerin, bebekleri ile ilgilenme ve bakımını üstlenme ile ilgili kaygıları, multiparlara göre daha fazla olabilmektedir. Bu olasılık primipar ve prematüre bebek sahibi olan annelerin, yeni rollerine uyum sağlamaları için desteklenmelerini gerektirmektedir (Kavlak, 2007; Cleveland, 2009; Deliktaş ve ark., 2015; Spinelli ve ark., 2015; Öztürk ve Erci, 2016; Özkars, 2017). Anne ve diğer aile üyeleri tarafından heyecan içinde beklenen bebeğin doğumu, zorlu bir sürecin sonucudur. Hamilelik sürecinin çeşitli nedenlerle zamanından önce sona ermesi ve miadından önce doğumun gerçekleşmesi, hem aile hem de prematüre bebek için sınırları belirli olmayan başka bir zorlu süreci başlatmaktadır.

Bu belirsiz sürecin kahramanı olan prematüre bebek, 37. gestasyon haftasından önce doğan bebek olarak tanımlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Prematüre doğum, neden olduğu yüksek perinatal morbidite ve mortalite hızlarıyla günümüzde halen ciddiyetini koruyan önemli obstetrik bir sorundur (Şahin ve Tiryaki, 2011; Cerrah Celayir, 2015). Her yıl, yaklaşık 15 milyon bebek, prematüre olarak doğmakta ve bu sayı her geçen yıl artmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020). Dünyada prematüre doğum oranı %10 iken Türkiye’de bu oran %15.6’dır (DSÖ, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi:29.04.2020). Dünya Sağlık İstatistikleri’nin 2016 yılı verilerine göre prematüre doğum, beş yaş altı çocuk ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (DSÖ, 2018). Türkiye için de bu sıralama değişmemekte ve gerek ebeveynler gerekse yenidoğan açısından fiziksel, sosyal, psikolojik birçok sorunu da beraberinde getirmektedir (Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Erişim Tarihi:12.05.2019.). Hayatta kalan prematüre bebek, öğrenme ve görme sorunları dahil yaşam boyu, eş zamanlı çok sayıda sağlık problemi ile karşı karşıya kalabilmektedir (DSÖ, 2018). Respiratuar Distres Sendromu, Bronkopulmoner Displazi, Patent Duktus Arteriosus, Nekrotizan Enterokolit, Prematüre Retinopatisi, Sepsis, İntraventricüler Kanama, Hiperbilirubinemi, Hipoglisemi gibi çoklu ve karmaşık prematüre doğum komplikasyonları (Hafizoğlu, 2015; Bora Güneş, 2018; Çakır ve ark., 2018; Batman ve Şeker, 2019), beş yaşın altındaki çocuklar için önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. (United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), Erişim Tarihi:03.05.2020). Bu nedenler 2015 yılında yaklaşık bir milyon bebeğin ölümünden sorumludur (Liu ve ark., 2016). Oysaki bu ölümlerin dörtte üçü mevcut ve uygun maliyetli

müdahalelerle önlenabilir düzeydedir (DSÖ, 2018). Bebeğe ilişkin bu müdahalelerin içerisindeki uygun tıbbi tedavi ve bakım desteği hayati önem taşımaktadır. Bu kapsamda prematüre bebek annesinin gereksinimlerinin giderilmesi ve psikososyal yönden izlemi de ele alınmalıdır (Doering ve ark., 2000; Çelen ve Taş Arslan, 2017; Hemati ve ark., 2017; Petty ve ark., 2018). Çünkü prematüre bebek annesi olmak, zamansız, belirsiz ve özgün bir sürecin içinde olmak demektir (Sassá ve ark., 2014). Bu süreçte bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerde kaygı ile baş edememe, depresyon, stres, suçluluk hissi ve özgüven eksikliği gibi olumsuz duygular gelişebilmektedir (Güleç ve ark., 2014; Balaban, 2016; Bora Güneş, 2018; Akbaş ve ark., 2019). Bu olumsuz duyguların nedeni olarak; prematüre bebeğin tıbbi tanısının bilinmemesi, uygulanan tedaviye ilişkin işlemlerin karmaşıklığı, sağlık personelinin kullandığı tıbbi dilin anlaşılabilirliği, annenin bebeği ile kısıtlı zaman geçirmesi ve hastalığın prognozunun belirsizliği sayılabilmektedir (Akşit ve Cimete, 2001; Erdeve ve ark., 2008; Konukbay ve Arslan, 2011). Annelerin, çocukların ileriki yaşantılarına kalıcı zihinsel veya fiziksel bir engeli taşıyabileceği düşüncesi, geçici de olsa annelik duygusunun ertelenmesine neden olabilmektedir. Bu erteleme ise annede suçluluk, pişmanlık gibi olumsuz duyguları pekiştirebilir (Erdeve ve ark., 2008; Bora Güneş, 2018). Öte yandan ekonomik güçlükler, yoğun bakım ünitesinin alışılmadık görüntü ve sesleri, bebeğe bağlanan karmaşık kablolar, cihazlar ve gürültülü makineler annenin bu süreci sağlıklı bir şekilde yönetmesini güçleştirmektedir (Erdeve ve ark., 2008; Gülçek, 2015). Özellikle ilk defa doğum yapan ve prematüre bebeğe sahip annelerin; bebeğini koruma, empati yapma, küvözde ve bağlantılarla kaplı bir bebeğin taburculuk sonrasındaki bakımını yürütebilme becerisine sahip olma ile ilgili yoğun kaygıları olabilmektedir (Padovani ve ark., 2008). Bu nedenle annenin prematüre bebek bakımını doğru bir şekilde vermesine ilişkin edinilen bilgileri, yeni kazanılan annelik rolüne entegre etmek önemlidir (Padovani ve ark., 2008; Öztürk ve Erci, 2016). Çünkü prematüre bebeğe sahip anneler için, bebeğin erken doğumu, kendisini anne olarak hazırlama sürecinde ani bir kesinti yaratabilmektedir. Genellikle ani ve beklenmedik bir gebelik sonu olan erken doğum ile dünyaya gelen prematüre bebek, anneleri savunmasız yakalar. Bu durumu Tracey (2000), “Anneler anneliğe fırlatılır” şeklinde yorumlamıştır. Hazırlıksız yakalanmak ve prematüre bebek sahibi anne olmak, annenin bu sürecini karmaşıklaraştırabileceği gibi bir o kadar da özgünleştirebilmektedir (Spinelli ve ark., 2015). Bu karmaşık annelik deneyimini, daha iyi anlamak, hem annenin kaygı düzeyini belirlemek hem de anne-bebek ilişkisini teşvik etmek için önemlidir (Manav ve Yıldırım, 2010). Erken doğmuş bebeğe sahip anneler annelik deneyimlerini, bebeklerinin yaşantılarının ilk haftaları veya ayları boyunca hastane ortamı ile sınırlı olması nedeniyle tam olarak yaşayamazlar (Hemati ve ark., 2017; Spinelli ve ark., 2015; Çağlar, 2019).

Prematüre bir bebeğin doğumunun ardından yoğun bakım süreci ile maternal role geçişte engellenmeler yaşayan anne için doğum deneyimi fizyolojik ve psikolojik bir krize dönüşebilmektedir (Öztürk, 2010; Özkars, 2017). Tüm planlamalarını miadında doğuma göre yapan anne, bebeğinin erken doğumuyla birlikte yoğun stres ve kaygı yaşamaktadır (Turan ve Bolışık, 2003). Bebeğin erken doğumu, taburculuk tarihi belirsiz bir yatış sürecinin başlaması, bebeğin karmaşık sağlık sorunlarıyla birlikte aileden ayrı olması ve annenin bebeğin bakımında aktif rol alamaması, yaşanan kaygıyı daha da arttırmaktadır (Çakmak ve Karaçam, 2017). Yapılan çalışmalarda yenidoğanın, yoğun bakım ortamında olmasının annelerde; hafif (Carter ve ark., 2005; Kurnaz ve Gençalp, 2007), orta (Padovani ve ark., 2004; Erdem ve Kutluk, 2005) ve yüksek düzeyde (Doering ve ark., 2000) kaygı oluşturduğu bildirilmiştir. Aşırı kaygı halinde ise bebekleri hasta olan annelerin algılama alanlarının daraldığı ve annelik rollerinde değişiklikler yaşayabildiği ifade edilmiştir (Çelen ve Taş Arslan, 2017).

Bebek bakımından primer sorumlu olan anne için, bebeğinin hastaneye yatırılması çeşitli stresörlerle karşılaşmasına neden olmaktadır (Uludağ ve Ünlüoğlu, 2012). Eğer bebeğin sağlık durumu bilinmiyorsa kaygı düzeyi daha da artmaktadır (Akbaş ve ark., 2019). Kaygı seviyesi yüksek anne, bebeğinin bakımına katılma ve sağlık ekibi ile iş birliği yapma noktasında güçlük yaşayabilmektedir (Akşit ve Cimete, 2001; Hemati ve ark., 2017). Literatüre göre bebekleri Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YDYBÜ)'nde yatan anneler, bebeğin; yanında olabilme, durumu hakkında sık, güvenilir, doğru bilgi alabilme, bakımına katılabilme, sağlık ekibinin verdiği tedavi ve bakıma güvenebilme ve YDYBÜ'ne yakın bir yerde kalabilme gibi gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir (Erdeve ve ark., 2008; Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekçi, 2009; Bora Güneş, 2018). Bu gereksinimler doğrultusunda annelerin kendi baş etme yöntemleri ile dua etme, personele güven duyma, soru sorma vb. girişimlerde buldukları belirlenmiştir (Erdeve ve ark., 2008). Bebekleri YDYBÜ'de yatan annelerin yaşadıkları stresli durumlarla başa çıkabilmeleri için profesyonel olarak desteklenmeye ihtiyaçları vardır (Erdeve ve ark., 2008; Çakmak ve Karaçam, 2017; Akbaş ve ark., 2019). Nitekim yapılan bir çalışmada; özellikle düşük doğum ağırlıklı bebekleri olan genç annelerin, erken ebeveynlik davranışlarının gözlemlenmesi, olumlu davranışlarının takdir edilmesi ve uygun davranış göstermeye teşvik edilmesi ile olumlu baş etme yöntemleri geliştirebildikleri belirtilmiştir (Çalışır ve Karaçam, 2011).

Prematüre bebek ve annelerinin takibini yapan hemşireler, annelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğuna ve annelik rollerini olumsuz etkilediğine çoğu kez tanık olduklarını ifade etmişlerdir (Erdeve ve ark., 2008; Konukbay ve Arslan, 2011; Şahin ve Tiryaki, 2011; Çelen ve Taş Arslan, 2017). Annelerin hastane sürecinde yaşadıkları bu olumsuz etki bebeğin taburculuğu

sonrası ev ortamına da taşınmaktadır. Çünkü ev ortamında doğru prematüre bebek bakımı konusunda kaygılanan anne, desteğe ihtiyaç duymaktadır (Taş Arslan ve Turgut, 2013; Pazarcıkcı ve Efe, 2017; Petty ve ark., 2018). Bu nedenle taburculuk planlaması yapılırken bebek, anne ve ailenin diğer üyelerinin bu konudaki yeterliliklerinin ve kaygı durumlarının değerlendirilmesi ve aileye bilgilendirme yapılması önemlidir (Balcı ve Yıldız, 2017). Nitekim bakıma katılımı sağlanarak bakım becerisini artıran, cesaretlenen, bireysel ihtiyaçlarına karşı farkındalığı olması için bilgilendirilen annenin, kendine olan güveninin de arttırdığı belirtilmektedir (Balcı ve Yıldız, 2017; Bora Güneş, 2018). Taburculuk sonrası prematüre bebek ve annesinin izlem ve takipleri, bir yetki devri ile bağlı olduğu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) tarafından yürütülmektedir. ASM’de görev yapan hemşire/halk sağlığı hemşiresi, bütüncül bakım anlayışı ile ailede yaşanan stres ve krize karşı uyumu kolaylaştırması, deneyimlenen yaşantıların bilinmesi, prematüre bebeğin bakımının evde sürdürülmesi, annenin desteklenmesi ve girişimlerin planlanması konusunda önemli bir aktördür (Çelen ve Taş Arslan, 2017; Çağlar ve ark., 2019).

Hastane süreci ve ev arasında önemli bir bağ kuran halk sağlığı hemşiresi, prematüre bebeğin evde takibini sağlayarak bebek ve ailesine hastane ortamında verilen teknik, psikolojik ve terapötik desteği devam ettirmiş olur (Taş Arslan ve Turgut, 2013; Duman Büyükkayacı ve ark., 2014; Bingöler Pekcici ve ark., 2016; Pazarcıkcı ve Efe, 2017; Bora Güneş, 2018). Bu bakım sayesinde prematüre bebeğin tekrarlı hastaneye yatışları azaltılabilir, komplikasyonların erken dönemde tespit edilmesi sağlanabilir. Ayrıca prematüre bebeğin aile ortamı değerlendirilerek annenin evde prematüre bebek bakımına yönelik yaşadığı kaygı düzeyi tespit edilebilir (Pazarcıkcı ve Efe, 2017; Bora Güneş, 2018). Bakım sürecinin evde nasıl yönetildiğini anlamamanın tek yolu ise, sıklığı gereksinimlere göre belirlenecek olan planlı ev ziyaretleridir (Taş Arslan ve Turgut, 2013; Field, 2018). Bu planlı ev ziyaretleri ile aile ortamı ve sosyal destek kaynakları değerlendirilen annenin farkındalığı sağlanarak bakım gereksinimleri, kaygı ve endişeleri belirlenir. Böylece bakıma katılımı sağlanan annenin, gereksinime uygun hemşirelik bakım süreci başlatılmış olur. Bu doğrultuda ev ziyaretleri ile bakım sunan hemşire; anneyi, bebeğin gelişimsel takipleri, temel bakım gereksinimleri (cilt bakımı, banyo, giysilerinin değişimi, uyku düzeni, oda sıcaklığının ayarlanması vb.), beslenmesi (anne sütü, özel mamalar vb.), bağışıklama programları, anne-bebek bağlanmasını arttıran uygulamalar konusunda cesaretlendirir. Aynı zamanda hemşire, prematüre bebeğin ilaç tedavisindeki hatalı doz hesaplamalarını nedeniyle oluşabilecek kaygıyı azaltmada anneyi destekler (Baysoy, 2011; Keleş ve Şarman, 2011; Gullino ve ark., 2016). Ayrıca bebekte oluşabilecek hastalık belirtilerinin tanınması, evde takibi gereken teknik malzemenin nasıl kullanılacağına aileye gösterilmesi, bu malzemelerin evde kullanılması için yazılı materyal sağlanması (oksijen ve ilgili ekipman, kalp-

solunum monitörü, trakeostomi ve ventilatör bakımı, temizleme, nemlendirme, ostomi bakımı ve aletlerin kullanılması vb.), konularında ASM'de bulunan halk sağlığı hemşirelerine son derece önemli görevler düşmektedir (Bingöler Pekcici ve ark., 2016; Pazarcıkcı ve Efe, 2017). Nitekim toplanan veriler doğrultusunda hemşire, annenin kaygı düzeyini arttıran bakım gereksinimleri ile ilgili konularda planlı eğitimler vererek bebek ve ailesinin günlük yaşama uyum sağlamalarına ve bebeğin gelişiminin izlenmesine katkı sağlar (Taş Arslan ve Turgut, 2013; Field, 2018). Profesyonel bir destek ile prematüre bebek annesi olumlu baş etme yöntemlerini daha kolay geliştirebilir (Erdeve ve ark., 2008). Olumsuz etkiyi gidermek için farklı yöntemlerle yapılan çalışmalar da göstermektedir ki prematüre bebek ve annesinin ev ortamında da desteklenmesi, hem bebeğin gelişimi hem de annenin baş etmelerinin güçlendirilmesi açısından önemlidir (Taş Arslan ve Turgut, 2013; Duman Büyükkayacı ve ark., 2014; Bingöler Pekcici ve ark., 2016; Pazarcıkcı ve Efe, 2017; Bora Güneş, 2018). Bu aşamada aileyi bakımın merkezine almak ve ayrıntılı veri toplayarak annenin yaşadığı kaygı düzeyini belirlemek, psikososyal bakım için ilk adımdır (Erdeve ve ark., 2008; Konukbay ve Arslan 2011; Çelen ve Taş Arslan, 2017). Çünkü prematüre bebek ve annesi mücadeleye artık kendi yaşam alanında devam etmektedir. Bu verileri bizzat ev ortamından alan halk sağlığı hemşiresi, hızla gelişen bebeğin bakımı için annenin gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlarken, kısa süreli ve etkili müdahalelere ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca ev ortamında ve profesyonel destekten uzak olan annenin, bebek bakımına yönelik yaşadığı kaygı, bakımın yönetimini olumsuz etkileyebilmektedir (Pazarcıkcı ve Efe, 2017).

Kaygı düzeyi yüksek anne ve diğer aile üyelerine holistik bir bakış açısıyla yaklaşan hemşirelerin, prematüre bebeğin bakım gereksinimlerinin karşılanmasının yanı sıra, annelerin emosyonel durumlarını güçlendirmek ve olumlu baş etme yöntemleri geliştirmelerini sağlamak amacıyla psikolojik destek sunulmaları da önemlidir (Şahin ve Tiryaki, 2011; Bağcı ve Altuntuğ, 2016; Çetin, 2018). Prematüre bebeğin varlığını aradığı ve güç aldığı ilk ebeveyn olan annenin kaygı düzeyini azaltmak kuşkusuz ki daha önceliklidir. Bu nedenle kısa süreli ve etkili bir müdahale yöntemi olan Çözüm Odaklı Yaklaşım (ÇOY) (de Shazer ve ark., 1986) çerçevesindeki çözüm odaklı terapötik iletişim tekniklerinin kullanması etkili olabilir (Corcoran, 2002; McAllister, 2003; Creswell ve ark., 2017). Nitekim yapılan çalışmalar bu yaklaşım çerçevesinde yürütülen müdahalelerin olumlu sonuç verdiğini gösterilmiştir (Evans ve Evans, 2013; Karakaya, 2016; Akgül Gündoğdu ve ark., 2018; Öztürk Çopur, 2019; Fırıncık, 2019; Göv, 2019; Yıldırım, 2019; Aslan, 2020; Ayar ve Sabancıoğulları, 2020). Bu yönüyle ilk doğumunda prematüre bebek sahibi olan annenin yaşadığı sorunlara değil çözümlere, sorunun yaşanmadığı zamanlara odaklanmak fayda sağlayabilir. Çünkü annelik zamana yayılamayan ani bir durumdur. Zamanla

anne olunamadığından en çabuk ve en etkili tekniklerle kadınları anneliğe hazırlamak gerekmektedir. Bu yöntemlerden biri olarak ÇOY, hemşireler için teknikleri ve uygulanıp etkisinin görüldüğü zaman dilimi bakımından tercih edilebilir. Ancak yurt dışı ve yurt içi literatürde prematüre bebeğe sahip bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerin ya da ebeveynlerin bakım sürecini desteklemeye yönelik ÇOY'un kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu araştırma prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde ÇOY'un etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, önceki çalışmalardan farklı olarak ÇOY'un prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde kaygıyla baş etme olasılığını arttırmaya etkisi incelenmiş ve literatüre yeni bir bilgi sağlanması hedeflenmiştir. Hemşirelerin, prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan anneler için çözüm odaklı yaklaşımı temel alarak, baş etme becerisinin geliştirilmesine ve kaygı düzeylerinin azaltılmasına katkı sağlayabilecekleri ön görülmüştür.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H_{0 1}): BÇOY müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan prematüre bebek annelerinin durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

Hipotez 1 (H_{1 1}): BÇOY müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan prematüre bebek annelerinin durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır.

Hipotez 2 (H_{0 2}): BÇOY müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan prematüre bebek annelerinin sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

Hipotez 2 (H_{1 2}): BÇOY müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan prematüre bebek annelerinin sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır.

Hipotez 3 (H_{0 3}): BÇOY müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan prematüre bebek annelerinin çözüm odaklı yaklaşım beceri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

Hipotez 3 (H_{1 3}): BÇOY müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan prematüre bebek annelerinin çözüm odaklı yaklaşım beceri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark vardır.

Hipotez 4 ($H_0 4$): BÇÖY uygulamasının müdahale ve kontrol grubunda bulunan annelerin ilk izlem ve son izlemleri karşılaştırıldığında gruplar arası kaygı düzeylerinde fark yoktur.

Hipotez 4 ($H_1 4$): BÇÖY uygulamasının müdahale ve kontrol grubunda bulunan annelerin ilk izlem ve son izlemleri karşılaştırıldığında gruplar arası kaygı düzeylerinde fark vardır.

Hipotez 5 ($H_0 5$): BÇÖY uygulamasının müdahale grubunda bulunan annelerin tüm izlemler arası karşılaştırılmasında gruplar içi kaygı puan ortalamalarına etkisi yoktur.

Hipotez 5 ($H_1 5$): BÇÖY uygulamasının müdahale grubunda bulunan annelerin tüm izlemler arası karşılaştırılmasında gruplar içi kaygı puan ortalamalarına etkisi vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebe ve Ebeveyn Olarak Kadın

Toplum kadın, erkek ve çocuklardan oluşan örgütlü bir sistemdir. Her biri farklı roller alan bu bireyler, toplumsal düzenin en küçük yapıtaşını, aileyi oluşturur. Kadın rolündeki birey evlendikten sonra, aile içinde karar veren ve verdiği kararların sorumluluğunu taşıyan biridir (Ergeshkyzy, 2012). Toplumun, kimliğini koruyarak zenginleştireceği yeni nesillere ihtiyacı vardır. Primer bakım verici olarak anne olan kadının sorumlulukları daha da artmaktadır. Genellikle ilk doğumlarında anneler, çocuklarına iyi bakım veremeyecekleri kaygısı yaşarlar (Deliktaş ve ark., 2015).

2.1.1. Gebe Olarak Kadın

Kadınlar ülke nüfusunun yarısını oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019). Bu nedenle toplum sağlığını iyileştirmenin en kısa yolu anne sağlığını en üst düzeye çıkarmaktır. Sağlıklı kadın, sağlıklı gebelik ve sağlıklı doğan çocuk demektir. Çünkü toplum, bir kadının yarısını anne, yarısını çocuk olarak görmektedir. Sağlıklı gebelikten sağlıklı çocuklar doğar, bu sağlıklı çocuklarda sağlıklı bir toplumun bireylerini oluşturur (Olgaç ve Karaçam, 2017).

Gebelik ve anneliğe geçiş süreci kadının yaşamının önemli bir parçası olduğu gibi aynı zamanda ciddi bir kriz dönemidir (Şahin ve Tiryaki, 2011). İntrauterin yaşamdan itibaren sağlıklı nesiller ve sağlıklı toplum için bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde başlaması gerekmektedir. Sağlık çalışanları doğumdan ölüme kadar yer aldıkları bu yaşam serüveninde her aşamasında danışmanlık verici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici rol ve sorumludur. Hemşire, ebe ve hekimler anne ve yenidoğanın bakımı için holistik bir bakış açısına sahip olmalıdır. Bu konuda geliştirilen “anne dostu doğum uygulamaları” yaygınlaştırılabilir (Çalışır ve Karaçam, 2011; Olgaç ve Karaçam, 2017).

Gebelik deneyiminin ve bir bebeğin doğumunun, annenin yaşamında büyük bir dönüm noktası olduğu ve bu sırada birtakım uyarlanabilir görevlerle karşı karşıya kaldığı bilinmektedir. Özellikle kadınların, yenidoğanlara bakım verme, koruma, empati kurma ve tepkilerine yeterince cevap verebilme becerisiyle ilgili yeni işlevleri entegre ederek maternal kimliklerini dönüştürmeleri gerekmektedir (Çalışır ve Karaçam, 2011; Spinelli ve ark., 2015). Tüm bu sebepler göz önüne alındığında doğum öncesi bakım büyük önem taşımaktadır. Özellikle riskli gebeliklerin yakından takip edilmesi, acil durumlarda uygun müdahalelerin yapılabilmesi ve yenidoğan dönemiyle bebeklerin yakın takibi pek çok anne ve bebeğe yaşam şansı sunmaktadır

(Can ve İnce 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi:25.04.2020)

Erken doğum, ölüm ve komplikasyonların önlenmesi, sağlıklı bir hamilelik ile başlar. Gebeliklerden önce ve gebelik sırasında kaliteli bakım, tüm kadınların pozitif bir gebelik deneyimine sahip olmasını sağlayacaktır. DSÖ'nün doğum öncesi bakım kılavuzları arasında; sağlıklı ve optimal beslenme danışmanlığı, tütün ve madde kullanımı gibi erken doğumu önlemeye yardımcı olan temel müdahaleler, gebelik yaşını, çoklu gebelikleri belirlemeye yardımcı olmak için ultrason kullanımı, diğer fetal ölçümler, enfeksiyonlar gibi diğer risk faktörlerini tanımlamak ve yönetmek için hamilelik boyunca sağlık profesyonelleri ile en az 8 teması gerektirmektedir. Kontraseptiflere daha iyi erişim ve artan güçlendirme yöntemleri de erken doğumların azaltılmasına yardımcı olabilir (DSÖ, Erişim Tarihi:18.04.2020).

Türkiye'de 2019 yılında doğumların %3.1'i çoğul doğum olarak gerçekleşirken, bu doğumların %96.4'ü ikiz, %3.4'ü üçüz ve %0.2'si dördüz ve daha fazla bebek olarak gerçekleştiği bildirilmektedir. Doğum sırasına göre doğumlar incelendiğinde, 2019 yılında doğumların %36.2'sinin annelerin ilk doğumu, %32.0'ının ikinci, %18.2'sinin üçüncü, %12.6'sının ise dördüncü ve üzeri doğumu olarak gerçekleştiği görüldü (TÜİK, 2020).

2.1.2. Postpartum Dönemde Kadın

Postpartum dönem, anneler için önemli fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir gelişimsel bir geçiş dönemidir. Anneler doğum sonrası bu dönemdeki değişimlere uyum sağlamaya, kendinin ve yenidoğanın gereksinimlerini karşılamaya çalışmaktadırlar (Balkaya, 2002; Gölbaşı, 2003; Altuntuğ ve Ege, 2013).

Anneliğe geçiş her kadın için bireyseldir. Özellikle ilk gebeliğini yaşayan ve konjenital anomalisi olan bir bebeğe sahip olan kadınlarda bu süreç farklı şekillenebilmektedir. Primipar kadınların annelik rol ve sorumluluklarına ilişkin yeterli bilgisinin olmaması kaygı yaşamalarına sebep olurken, maternal deneyime sahip olan multiparların anneliğe uyumu daha yüksek ve postpartum stresleri daha az olmaktadır. Yüksek riskli gebelikler ise anne için hastaneye yatma süreciyle adaptasyonu zorlaştırmakta ve maternal rolü olumsuz etkileyebilmektedir. Annenin yeni rolüne uyumu hem kendi sağlığını hem bebeğin sağlığını hem de ailenin sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (Özen ve Öztürk , 2014; Deliktaş ve ark., 2015).

Literatürde postpartum dönemdeki annelerin kendi bakımları (doğum sonu kanamalar, kabızlık, meme başı çatlakları, doğum sonu dönemde kaygı, seksüel problemler vb.) ve bebek bakımına (emzirme ve gaz problemleri, uyku düzeninde bozukluk vb.) dair birçok sorun yaşadıkları, yaşanan bu sorunların annelerin doğum sonu yaşam kalitesini olumsuz etkilediği

belirtmiştir (Balkaya, 2002; Altuntuğ ve Ege, 2013; Öztürk ve Saruhan, 2013; Güleç ve ark., 2014; Yıldız ve Akbayrak, 2014; Uygur, 2015; Bağcı ve Altundağ, 2016). Postpartum dönem, yeni anne olan bir kadın için yaşam kalitesini ve sosyal destek sistemlerini etkilemektedir (Altuntuğ ve Ege, 2013). Bir diğer açıdan da postpartum süreç anne ölümlerinin yarısından fazlasının bu dönemde gerçekleşmesi açısından önemlidir (Çıtak ve Coşkun, 2010). Hemşirelik yaklaşımlarının; uygun destek ve eğitimi içermesi, anne-bebek sağlığının korunup geliştirilmesi çerçevesinde düzenlenmesi annenin postpartum sürece uyumunu kolaylaştıracağı ve postpartum yaşam kalitesini iyileştireceği bilinmektedir. Bu dönemde yeterince profesyonel ve sosyal destek alamayan anneler için önemli sorunlar oluşabilmektedir (Bağcı ve Altundağ, 2016).

Bebeğin erken doğumu, annelik olgusunun gelişimini ve dolayısıyla anneliğe geçişi etkileyebilecek zorluklar ortaya çıkarmaktadır (Doering ve ark., 2000). Bu zorluklar anne kimliğinin inşasını etkileyebilmekte, annenin bebeğini temsil etmesini ve bebeğiyle bağ kurmasını zorlaştırabilmektedir. Anneliğe geçişi ani bir şekilde kesilen kadının, bu süreci kendine özgü biçimde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Böylece prematüre bebek annesi olma, annelik gelişim sürecini daha da özgün bir haline getirmektedir (Spinelli ve ark., 2015). Hemşireler için bu karmaşık annelik deneyimini daha büyük ölçüde anlamak, yalnızca annelerin gereksinimlerini karşılayıp kaygılarını azaltmak ve refahlarını artırmak için değil, aynı zamanda anne-bebek ilişkisini teşvik etmek için de önemlidir (Çalışır ve Karaçam, 2011).

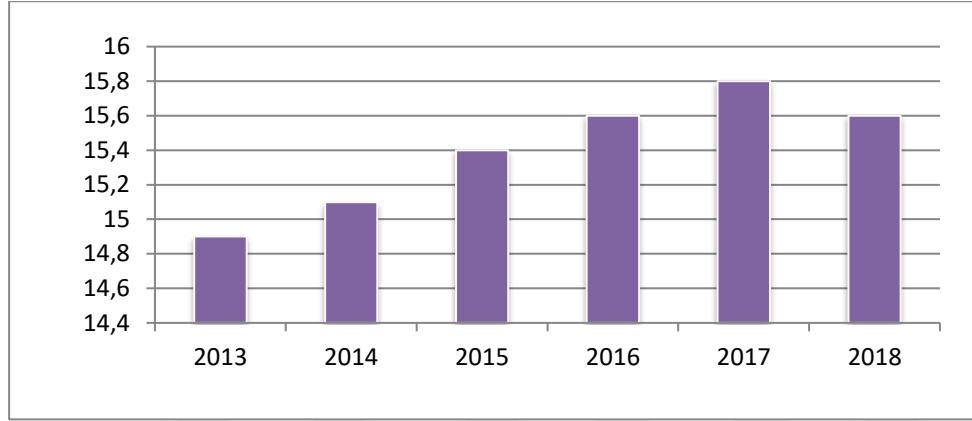
2.2. Prematüre Bebek

“Siz bir mucizeyi anlayabilin diye yapım aşamasında dünyaya gönderilmiş bir parça cennet.”
(Anonim)

Doğum ile başlayıp ve doğumdan sonra 28 günü içeren sürece “neonatal (yenidoğan) dönem” denir. Yenidoğan bebekler gebelik yaşına göre; prematüre bebek (37 hafta+6 günden önce doğan bebekler), term (miadında) bebek (38–42 haftalar arasında doğan bebekler) ve postterm bebek (42 tamamlanmış haftadan sonra doğan bebekler) olarak üç grupta değerlendirilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Temel Yenidoğan Bakımı Kurs Kitabı, 2015). Prematürelilik ise kendi içinde; ileri derecede prematüre (22-32 hafta arası doğan bebek), orta derecede prematüre (32 hafta+1 gün ile 33 hafta+6 gün arası doğan bebek) ve geç prematüre (34 hafta ile 37 hafta+6 gün arası doğan bebek) olarak üçe ayrılır (Özdoğan ve ark.,2014; Say 2019).

Aşağıdaki grafikte Türkiye’de 2013-2018 yılları arasında canlı doğumlarda prematüre doğum oranları gösterilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi: 29.04.2020).

Çizelge 2.2.1. Canlı Doğumlarda Prematüre Doğum Oranları (%)



(T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi: 29.04.2020)

Sağlıklı bir yaşamın temeli, sağlıklı bir gebelik, zamanında ve sağlıklı bir doğumla başlar (DSÖ, 2018). Doğum zamanından ne kadar erken olursa, sağlıkla ilgili riskler de o ölçüde artmaktadır. Yenidoğan dönemi çok hassas ve devimsel bir dönemdir (Can ve İnce, 2010). Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde küresel bir sorun olduğu gibi ülkemizde de prematürelilik, neonatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni olmaya devam etmektedir. Perinatal ve neonatal mortalite oranı, bir ülkenin anne ve çocuk sağlığı durumunu bildirdiği gibi ülkelerin gelişmişlik düzeyinde en iyi göstergesidir (Peker, 2015). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de her yıl kolay incinebilir çok sayıda yenidoğan dünyaya gelmektedir. Prematüre bebekler, organ ve doku sistemleri yeterince gelişmeden doğdukları için, normal sürelerinde doğmuş olan diğer bebeklerle karşılaştırıldıklarında, çok fazla sorun yaşamakta (Respiratuar Distres Sendromu, Bronkopulmoner Displazi, Öğrenme ve Davranış Bozuklukları, Algısal Sorunlar, Patent Duktus Arteriosus, Nekrotizan Enterokolit, Prematüre Retinopatisi, Sepsis, İntraventricüler Kanama, Hiperbilirubinemi, Hipoglisemi vb.) ve yaşatılmaktadırlar (Hafizoğlu, 2014; Çakır ve ark., 2018; Bora Güneş, 2018; Batman ve Şeker, 2019; UNICEF, Erişim Tarihi:03.05.2020). Prematüre bebek aileleri de bu zorlu süreçte en az bebeği kadar mücadeleci olmak zorundadırlar. Bir bebeğin prematüreliliği doğum haftasını tamamlayana kadar değil etkileri ömür boyunca sürebilecek bir süreçtir. Bu durumda aileler psikolojik, duygusal, spirütüel açıdan oluşan sorunların yanı sıra ve mali zorluklarla da başa çıkmaya çalışmaktadırlar (Baghlani ve ark., 2019). Prematüre bebeklerin birey olarak yaşadıkları ve yaşattıkları bu problemlerin önemli

bir kısmının ancak profesyonel bir multidisipliner sağlık ekibiyle alınacak tedbirler ve uygun müdahaleler ile önlenebileceği bir gerçektir. Erken doğum bir hastalık değildir, bebeklerin hastalıklara sebep oluşturabilecek açık kapısıdır (Can ve İnce, 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi:29.04.2020). Prematüre bebekler de normal bir gelişim süreci geçirebilecek kapasiteye sahiptir. Ama bu kapasiteyi kendi başlarına koruyamaz ve geliştiremezler. Bu noktada ailelere ve sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar ve büyük bir iş birliği düşmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin; prematüre bebeklere ve annelerine özel gereksinimleri için hibrit bir bakış açısıyla yaklaşmasının önemi büyüktür (Cerrah Celayir, 2015).

Prematüreliliğin Nedenleri

Prematüreliliğin sebepleri multifaktöryeldir. Fetal, uterin, plasental, maternal ve diğer faktörler tek başına ya da birkaçı bir arada görülebilmektedir. Bazı durumlarda ise prematüre doğum herhangi bir nedene bağlanamamaktadır (Özdoğan ve ark., 2014). Dünyada ve ülkemizde prematürelilik oranı giderek artan bir eğilim içerisindedir (Korkmaz ve ark., 2013). Prematüreliliğin gerçek nedeni bilinmemesine rağmen iyi prenatal bakım alan ve beslenmesi iyi olan kadınlarda prematüre doğum riskinin daha az olduğu bilinmektedir (Törüner ve Büyükgönce, 2011).

Çizelge 2.2.2: Başlıca Prematüre Doğum Nedenleri

Fetal Nedenler	Fetal distres, Çoğul gebelik, Eritroblastozis fetalis, Nonimmün hidrops...
Uterin ve Plasental Nedenler	Plasental disfonksiyon, Plasenta previa, Abrupsiyo plasenta, İki boynuzlu uterus, Servikal yetmezlik...
Maternal Nedenler	Preeklampsi, Eklampsi, Kronik hastalıklar (siyanotik kalp hastalığı, böbrek hastalıkları, abdominal cerrahi), Enfeksiyonlar (koryoamnionit, bakteriyel vajinozis, idrar yolu enfeksiyonları, Listeria Monocytogenes, grup B Streptokok), Sigara kullanımı, Alkol/ diğer madde bağımlılığı, 20 yaş altında, 35 yaş üstünde olmak, Beyaz ırk dışında olmak, Düşük sosyoekonomik ve kültürel düzey,

Maternal Nedenler (Devamı)	Beslenme bozukluğu, Aşırı fiziksel aktivite, Prenatal bakım eksikliği, Kötü obstetrik öykü, Vajinal kanamalar, ABO veya Rh uygunsuzluğu, Çoğul gebelikler...
Diğer Nedenler	Erken membran rüptürü , İnvitro fertilizasyon, Travma, Amniyotik sıvı anomalileri (Polihidroamnios, Oligohidroamnios)...

(Törüner ve Büyükgöneç 2011; Özdoğan ve ark., 2014)

2.2.1. Prematüre Bebek Özellikleri

Prematüre bebekler, fizyolojik olarak matür doğan bebeklerden farklıdır. Prematüre bebekler;

- Subkutan yağ dokuları azdır, çok küçük görünümündürlür.
- Başları vücutlarına göre büyüktür.
- Ciltleri parlak, pembe, yumuşak ve incedir.
- Vücut yüzeyleri geniştir, ısı kaybı fazladır.
- Titreme-terleme özelliklerine sahip değildir.
- Ön ve arka fontaneleri küçük, baş kemikleri ve kostaları esnektir. Solunum kasları zayıf ve göğüs kafesi yumuşaktır.
- Karın gergindir, gözleri kapalı olabilir, kulak kıkırdağı yumuşaktır, tırnakları kısa ve yumuşaktır.
- Meme başı palpe edilemez ve pigmentasyon yoktur.
- Genellikle yüzde, sırtta ve omuz başlarında bol lanugo tüyleri bulunur.
- 25. gestasyon haftasından önce doğanlarda verniks kazeoza yoktur.
- Avuç ve ayak tabanı çizgileri yüzeyseldir.
- Genital organlar az gelişmiştir. Prematüre kızlarda labia majörler, minörleri örtmemiş olabilir. Prematüre erkeklerde ise testisler skrotuma inmemiştir.
- Fizyolojik hipotoni vardır ve sinir sistemi tam olarak gelişmediğinden öğürme, emme ve yutma refleksleri zayıftır.
- Ağlamaları hafif ve zayıftır (Törüner ve Büyükgöneç, 2011; Çavuşoğlu, 2015).

2.2.2. Prematüre Bebeklerde Sık Görülen Sorunlar

Sayısı her geçen yıl artan prematüre bebeklerin yaşama şansları gelişen teknoloji ile gün gittikçe artmasına rağmen bu bebekler için hala çeşitli riskler söz konusudur (DSÖ, 2018). Bebek ölümlerinin %71'i yenidoğan döneminde olmaktadır (Balaban, 2016). Ülkemizde bebek ölümlerinin ve neonatal ölümlerin en sık ve en önemli nedeni prematürelilik ve ilişkili morbiditelere dir. Bu durum ülkemizde prematüre doğum sıklığının azaltılması ve prematüre bebeklerin mortalite oranlarını azaltacak neonatal bakım ve tedavi uygulamalarının geliştirilmesini gerektirmektedir (Korkmaz ve ark., 2013).

Hazırlıksız bir şekilde aniden intrauterin ortamdaki dış ortama fırlatılan prematüre bebeğe yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle pek çok ağırlı ve acılı girişimlerde bulunmaktadır (Peker, 2015). Prematüre bebeklerin sorunları genellikle gestasyon haftasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Prematüre bebekler her açıdan immatür olduğundan doğum sonrası pek çok sağlık sorunu ve komplikasyon riskiyle karşı karşıyadırlar. Prematüre bebeklerde doğum sonrası titreme-terleme özelliği olmadığı için hipotermi ve soğuk stresine eğilim vardır, K vitamini sentezi olmadığından hemoraji riski yüksektir. Glikoz depolanması ve salınımı yeterli olmadığı için hipoglisemi gelişebilmektedir. Prematüre bebekler surfaktan üretimi yapamadıkları için Respiratuar Distres Sendromu gelişebilmektedir, bağırsak motilitesi gelişmediğinden Nekrotizan Enterokolit (NEK) görülebilmekte ve medikal cerrahiye kadar uzayabilen süreçler gerektirebilmektedir. Renital vasküler sistem gelişimleri tamamlanmadan doğan prematüre bebeklerde prematüre retinopatisi (ROP) sık görülür. Gebeliğin son dönemlerinde annenin verdiği immünolojik destek geçişinden yoksun kalmaları ve cilt yapılarının koruyuculuğunun az olması (verniks kazeozasız ve ince bir deri) nedeniyle enfeksiyona yatkındırlar. Prematürelere en sık rastlanan diğer önemli sorunlar ise; neonatal asfiksi, işitme problemleri, Patent Duktus Arteriozus (PDA), anemi, sepsis, apne, hipokalsemi, hiperbilirubinemi ve kernikterustur. Fizyolojik olarak; solunumları hızlı ve düzensizdir, apne ile siyanotik görünümlü olabilmektedirler. Öksürük ve öğürme refleksi az veya yoktur bu yüzden aspirasyon riskleri fazladır, beslenmeye geçişte güçlükler yaşanabilmektedir ve 34. gestasyon haftasına kadar gastrik sonda ile beslenmeleri gerekmektedir (Törüner ve Büyükgönel, 2011; Kavuncuoğlu ve Yıldız Aldemir, 2016).

Prematüre bebekler hayatının ilerleyen süreçlerinde bilişsel, duygusal ve hareket gelişimi alanlarında ve sosyal iletişim-ilişki kurma alanlarında farklı sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Prematüre bebekler fiziksel gelişimlerinin yanı sıra bilişsel, sosyal, duygusal ve dil gelişimlerinin de yakından takip edilmesi gerekir. Ev ortamlarındaki, duygusal geçişin aile bireyleri arasında sağlanması, bebeğin sevgi ve şevkatle büyütülmesi, gelişim evrelerini destekleyecek uyaranların

ev ortamında bulunması ve uygulanması ile bu gelişimlerin istenilen düzeyde sağlanabileceği bilinmektedir. Prematüre bebeklerin taburculuk sonrası izlemlerinde ev ortamlarındaki uyaranlar değerlendirilmelidir. Böylelikle aileler belirlenen gelişimsel riskler doğrultusunda yönlendirilebilmektedir (Bingöler Pekcici ve ark., 2015).

Prematüre bebek morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması için; eğitim düzeyinin artırılması, uygun ve yeterli prenatal takibin yapılması, yeterli ekipman, kapasite ve eğitimli personele sahip yenidoğan ünitelerinin kurulması, prematüre doğumların mümkün olduğunca yenidoğan üniteleri olan hastanelerde mümkün olmazsa transportlarının uygun koşullarda gerçekleştirilmesi ve sık görülen mortalite nedenleri için risklerin belirlenip önlem alınması ciddi önem taşımaktadır (Aktar ve ark., 2015).

2.2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin Özellikleri

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YDYBÜ) vital bulguları stabil olmayan, sürekli hemşirelik bakımına ihtiyacı olan, komplike cerrahi, invaziv girişim ve/veya mekanik ventilasyona gereksinimi olan yenidoğanların bakım ve tedavilerinin profesyonel sağlık ekibiyle (neonatalog ve yenidoğan hemşiresi) yürütüldüğü birimlerdir (Ergenekon, 2001). Prematüre bebekler doğumlarından itibaren -çoğu zaman- uzun bir süre annelerinden uzakta, YDYBÜ’de karşılaştığı sorunlarla mücadele ederek geçirmektedir (Uludağ, 2008). Yoğun bakım ortamı, bebeğin gelişimsel olarak hazır olmadığı bir anda gürültülü, ışık, ani sıcaklık değişimleri, tekrarlanan ağırlı uyaran, invaziv uygulamalar gibi etkenler ile karşılaşmasının yanı sıra dokunma, koklama, emme ve anne sesi gibi normal anne-bebek etkileşimini sağlayan etkenlerden uzak kalmasına neden olur (Erdeve ve ark., 2008).

Giderek gelişen ve değişen YDYBÜ, hibrit yaklaşımlar içeren ileri teknolojik uygulama alanlarından biridir. Yenidoğanların bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılayan, neonatal ve perinatal bakımı içeren yenidoğan ünitelerinin düzey çalışmaları 1970’li yıllardan itibaren yapılmaktadır. Yenidoğan üniteleri için her ülkenin ulusal standartlarını geliştirmesi gerekmektedir. İyi bir YDYBÜ güncel yaklaşımlarla takip-tedavilerin uygulandığı ve hasta bakımında ailenin de yer aldığı bir düzende olmalıdır. Yenidoğan üniteleri toplumdaki doğurganlık hızı, hasta yenidoğanın özellikleri, neonatal-perinatal mortalite seviyesi ve yıllık nüfus artış hızına göre; I., II., III. ve IV. düzey veya I, II, IIIA, IIIB, IIIC olarak düzeylendirilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren yenidoğan mortalite ve morbiditesinin azaltılması için YDYBÜ’nin organizasyonu ve altyapı standartlarını sağlaması çok önemlidir (Ergenekon, 2001; Altundağ Dündar ve ark., 2011).

2.2.4. Prematüre Bebeklerin Taburculuğa Hazırlanması

Prematüre bebeklerin taburcu edilme zamanı önemli bir konudur. Bebeğin taburculuk planının yapılabilmesi için gerçekleşmesi gereken kriterler şöyledir; taburculuktan önceki en az 24 saat içinde vital bulguları stabil olmalı, son bir hafta içinde apne ve bradikardi gelişmemelidir (Bazı bebekler apne monitörüyle ve/veya oksijen tüpü ya da ev tipi ventilatör ile gönderilebilmektedirler). En az bir kez dışkı yapmış olmalı, oda sıcaklığında ve yatakta vücut sıcaklığını koruyabilmeli, emme-yutma-öğürme refleksleri gelişmiş olmalı, tıbbi tedavi gerektiren bir sorunu olmamalı, verilecek destek tedavisi varsa oral olarak devam edebilmelidir. Tarama testleri tamamlanmış ve izlem zamanı belirlenmiş olmalı, total bilirubin düzeyi kontrol edilmeli, kilo kaybı doğum ağırlığının %7'sinden fazla olmamalı, düzenli olarak günde en az 10-30 gram almaya başlamalı, prematüre bebeğin gestasyon haftası 34-37 haftaya ulaşmış olmalı, kardiyovasküler bulguları stabilize olmalı, kilosunu ve haftası uygunsa bağışıklama başlanmış olmalı ve aileye devamı hakkında bilgi verilmelidir. Düzeltilmiş birinci ayda kalça ultrasonografisi istenmeli, aile bebeği kabullenmiş olmalı, ailenin bebek ile uyumu ve eğitimi tamamlanmış olmalı, aile için çevresel risk faktörleri uygun hale getirilmiş olmalı ve bebek bakımı konusunda istekli, yeterli bilgi, beceri ve tutumda olmaları gerekmektedir (Dağoğlu ve Ovalı, 2007; Brito ve ark., 2010; Can ve ark., 2010; Ovalı ve Gürsoy, 2011; Dilli, 2012).

Prematüre bebeklerin evdeki bakıma en iyi şekilde geçebilmeleri için genel olarak; önceden belirlenmiş taburculuk kriterlerine uyulmalıdır. Ebeveyn ve yenidoğan için ev ortamı değerlendirilip düzenlenmeli, yenidoğan ailesinin gereksinimlerinin belirlenmeli ve bakımın devamlılığının etkin bir şekilde sağlanabilmesi için, ailenin destek hizmetleri alabileceği yer ve kişiler belirlenmelidir (Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013). Prematüre yenidoğanlar taburculuk sonrası dönemde pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Prematüre yenidoğanlara yaklaşımda, mortalite endikasyonlarını önlemede ve morbidite insidanslarını azaltmada yenidoğan ünitelerinde bakım ve taburculuk sonrası düzenli takipler büyük önem taşımaktadır (Yıldırım, 2000; Cerrah Celayir, 2015). Aile eğitimi taburculuk planında ebeveynlerin evdeki bakıma başarılı bir şekilde geçişi için çok önemli bir yer tutmaktadır (Balcı, 2011). Prematüre bebek izlemi, risk altındaki bebeğin olabildiğince erken tanınması ve özellikle ileride oluşabilecek morbiditelerin azaltılmasına yönelik uzun süreli ve devamlı özel tıbbi bakımın ve desteğin sağlanması için önem taşımaktadır. Prematüre bir bebeğin uzun süreli izleminde; öncelikle genel sağlığı, büyüme-gelişme eğrisi, bağışıklama uygulamaları ve gelişimsel risk kriterleri açısından uygun zamanlarda gelişimi hemşireler açısından gözlemlenerek anneye geri bildirimde bulunulmalıdır (Baysoy, 2011).

Taburculuk planlaması bebek üniteye yattığı dönemde başlamalı, riskli kabul edilen bu bebeklerin ebeveynleri evdeki bakım gereksinimlerini karşılayabilmeleri için yeterlilikleri geliştirilmeli, gerekli bilgi ve becerilerin taburculuk öncesi kazandırılmalıdır (Arslan ve Turgut 2013; Balaban, 2016). Prematüre bebeklerin taburcu edilmelerinde destek ve takip sistemleri gerekmektedir. Aile tüm kararlarda aktif rol almalıdır. Taburcu olmadan önce bebeğin ailesine müjde verilmeli ve ailenin evdeki hazırlıkları tamamlaması istenmelidir (Balaban, 2016). Prematüre bebekler özellikle gelişim sürecinde atipik gelişim riski yaşayabilmektedir. Bu nedenle özellikle yaşamlarının ilk yılında gelişimlerinin yakın takibi gerekmektedir (Azim, 2016). Uzun dönem takipleri ile birlikte oyun çağı, okul dönemi ve yetişkinlik dönemleri değerlendirmeleri prospektif olarak yapılmalıdır (Özdoğan ve ark., 2014).

2.2.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Prematüre Bebeği Yatan Annelerin Gereksinimleri

Prematüre bebeklerin uyarılara karşı tepkileri matür bebeklere göre daha zayıftır. Prematüre bebek annesi yeterli tepki alamayınca zamanla bebeğine tepkisizleşebilmektedir. Prematüre bebek, annelik sürecini yönetmenin zor olduğu bir bebektir. Prematüre bebek bakımının zorluğu, anne-bebek yanıt bağındaki kopmalar sürecin sebep olduğu diğer nedenler de düşünülünce anne-bebek ilişkisini oluşturmak zorlaşmaktadır (Korja ve ark., 2012). YDYBÜ'de odak noktası hasta bebeklerin iyileştirilmesi olsada ebeveynler de sağlıklarını korumak açısından yüksek risk altındadır (Şahin ve Tiryaki, 2011). Prematüre doğum, bebeğini hastanede bırakıp eve gitmek zorunda kalan bir anne için büyük bir travma ve tehdittir. Bu süreçte yaşananlar anne-bebek ilişkisinin başlatılmasını, sürdürülmesini, anne-bebek bağlanma davranışlarının geliştirilmesini, annenin bebeğini temsil etmesini ve annelik rolüne geçişini olumsuz etkileyebilmektedir (Erdeve ve ark., 2008; Spinelli ve ark., 2015).

Anne, bebeği YDYBÜ'de tedavi alırken bebeklerinin sağlığı konusunda yoğun bir kaygı yaşamakta ve yapabilecekleri bir şey olmadığı için kendilerini çaresiz hissetmektedirler. Anneler için bebeğin hastalığının düzeyi, doğum haftası veya kalış süresi fark etmeksizin bu süreç travmatiktir. Prematüre bebek anneleri doğumdan hemen sonra diğer doğum yapan anneler gibi bebeklerine dokunamaz ve emziremezler (Özkars, 2017). Prematüre bebek anneleri, term bebek annelerine göre daha yüksek depresyon düzeylerine sahiptirler. Annede erken doğumdan kaynaklı suçluluk düşünceleri ve bebeğini yitireceği korkusu oluşmakta bu düşünceler aynı zamanda anne-bebek bağlanmasını geciktirmektedir. Doğumdan itibaren birçok riskle karşılaşan prematüre bebek ile annesinin fiziksel, psikolojik, duygusal ve spirütel açıdan desteklenmesi ve

sağlıklarına kavuşturulması aile uyumunun devamı için büyük önem arz etmektedir (Şahin ve Tiryaki, 2011).

Bebekleri YDYBÜ'de yatarken anneler uyku bozuklukları, yoğun kaygı, öz bakımda yetersizlik, yorgunluk, günlük rol ve sorumluluklarını gerçekleştirmede güçlük gibi çeşitli stres faktörleri ile de eş zamanlı olarak mücadele etmektedirler. YDYBÜ annelere gözlemsel olarak çeşitli ses ve farklı kokuları içeren, anlaşılmayan bir dilin konuşulduğu, çeşitli teknolojik cihazların olduğu hatta bu cihazlardan bazılarının bebeklerine karmaşık kablolarla bağlı olduğu, sürekli alarm veren ve bunlara sürekli müdahale eden koşturmacalı bir ekibin olduğu karmaşık bir ortamı temsil etmektedir (Erdeve ve ark., 2008). Bu durumların her biri prematüre bebek annesi için ayrı ayrı kaygı kaynaklarıdır. YDYBÜ'de tedavi edilen bebeklerin durumu genelde değişkendir, anneler bunu gözlemleriyle deneyimlemektedirler (Konukbay ve Arslan, 2011).

Prematüre bebeği olan anne fiziksel, emosyonel ve psikolojik hazırlık aşamalarını tamamlayamadan doğumu ve anneliği gerçekleştirmek zorunda kalmaktadırlar (Uygun, 2015; Adama ve ark., 2016). Bebeğinin bakımdan uzak kalan anne rol ve sorumluluklarını yerine getiremediği için kendisini sınırlı ve karmaşık hissedebilmekte, agresif tavırlar sergileyebilmektedir. Bu durumdan olumsuz etkilenen anne kendini yardıma muhtaç ve güçsüz hisseder. Anneler, bebeklerinin bakımını öğrenmeye ve bilgi-becerilerini geliştirmeye isteklidir (Erdeve ve ark., 2008). Ebeveynlerin bakıma ortak olması, yenidoğan ünitesi çalışanlarına duyduğu güvenin gelişmesine, kaygı düzeyinin azalmasına paralel özgüvenin artmasını sağlar. Prematüre bebeği olan annelerde doğum sonrası depresyon yaşama riski yüksektir (Uygun, 2015). Bebekleri YDYBÜ'de yatan prematüre bebek annelerinin; bebeğin bakımına katılma, bebeğin değişken durumuna ayak uydurma, tensel temasın sınırlı olması, bebeğe uygulanan işlemler, ziyaret saatlerinin sınırlı olması, personelden yeterli ve açık bilgi alamama, ebeveynlik rolünün kazanılması YDYBÜ fiziki görünümünü, bebeğin bakım ve tedavisinin yeterli olduğundan emin olamama, aile içi çatışmalar, kişilerarası ilişkileri iyi yönetememe ve sosyal destek görememe konularında güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Konukbay ve Arslan, 2014).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği yatan annelerin gereksinimleri değerlendirildiğinde; hemşireler, annenin gereksinimlerini belirlemeli ve destek olmalıdır. Hemşire, anne-bebek ilişkisinin en erken süreçte başlatılmasını ve sürdürülmesini desteklemeli anneyi bu yönde cesaretlendirmelidir. Anneye otonomi kazandırmalı ve bakımlarına aktif katılımlarını sağlamalıdır. Annenin ve bebeğin bakımı eş değer düzeyde görülmelidir (Konukbay ve Arslan, 2011). Annenin sosyal destekleri belirlenmeli ve kaygı ile baş etme becerisi geliştirilmeli, bilgilendirme sağlık personeli tarafından açık ve anlaşılır bir dilde yapılmalı, anneler bebeklerinin durumu ve yoğun bakım şartlarının uygunluğunda bakıma olabildiğince

dahil edilmelidir (Aktar ve ark., 2015; Peker, 2015). Hemşireler ziyaret esnasında annelerin rahatlık gereksinimlerini değerlendirmeli ve gereksinimlere yönelik yanıtlar oluşturmalıdır. YDYBÜ'de annelerin bebeğin bakımına katılmasına yönelik ortak bir bakım protokolünün oluşturulması, ikameti il dışında bulunan ya da hastaneye gidip gelme mesafesinde olmayan anneler için konaklama olanakların sağlanması ve iyileştirilmesi gerekmektedir (Çırlak ve Erdemir, 2013).

2.2.6. Prematüre Bebeğe Sahip Annenin Taburculuk Sürecine Hazırlanması ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Rollerini

Prematüre bebeğe sahip anneler taburculuk zamanı geldiğinde kendilerini hazırlıksız, bebeğe karşı yabancı, kaygılı, yetersiz, heyecanlı ve gergin hissetmektedir (Erdeve ve ark., 2008). Bebeğe en yakın kişi olan annelerin prematüre bebek bakımında neyi ne kadar bildiklerini ve hangi bilgilere daha çok ihtiyaç duyduklarını belirlemek önemlidir (Gülçek, 2015). Prematüre bebeği olan annelerin en önemli gereksinimlerinden biri de taburculuk süreci ve hazırlıkları aşamasıdır. Annelerde bebeklerinin evdeki bakım sürecine dair bilinmeyenleri ve kaygıları vardır. Prematüre bebek anneleri, term bebeği olan annelere göre evdeki ebeveynlik uygulamaları konusunda kendilerine daha az güvenmekte, bakımlarda primer sorumluluk alıcı değil de asiste edici rolde bulunmak istemektedirler (Ritchie, 2002). Bu nedenle prematüre bebeklerin evde bakımı ve izlemi önemli olup uzun süreli izlem gerektirmektedir. Prematüre bebek annelerinin, bebek bakımına yönelik gereksinimleri belirlenmeli ve bu gereksinimler doğrultusunda eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Annelerin bebeğin gereksinimlerini anlayıp, karşılayabilmesi için gerekli bilgi, beceri ve tutumlar taburculuk sürecinde kazandırılmalı ve taburculuk aşamasında bu durum tekrar değerlendirilmelidir. Anneler taburculuk öncesi bebek bakımına aktif olarak katılmalı, primer bakım verici olmalıdırlar. Annelerin çevrelerinden alacakları sosyal destek amaçlı bakım yardımı, prematüre bebeğin bakımında etkin olmalarına, stresin azalmasına ve bakım verme yeterlilik algısının artmasına yardımcı olur. Bu hizmetler ile, prematüre bebeklerin morbidite ve mortalite oranlarında azalma, gelişimsel takiplerine olumlu katkı sağlanacak ve annelerin bakım verme yeterlilikleri desteklenecektir (Taş Aslan ve Turgut, 2013).

Prematüre bebek annesi ve bebek taburculuğa ne kadar erken hazırlanırsa sekonder enfeksiyon bulaşma ihtimali o kadar azalacak, sağlık hizmetleri mali ve sınırlı sayıda personel ve yatak sayısının verimli kullanımı açısından desteklenmiş olacaktır. Annelerin ve prematüre bebeklerinin evde takibi oldukça önemlidir. Bu savunmasız ve kolay incinebilir bebek grubunun annelerinin eve geçiş ve evdeki gereksinimlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayarak, bakımın

aktif ve kesintisiz olarak devamını, annelerin yeterlilik ve kaygı durumlarının değerlendirilip beceri, bilgi ve tutumlarının geliştirilmesinde, hastalık ve bu hastalıklardan oluşabilecek hasarların erken dönemde tespit edilip en aza indirilmesini ve devamında hastaneye yatışların azaltılmasını, annenin primer bakım verici olarak bağımsızlığı desteklenerek maternal rolüne daha iyi ve hızlı bağlanmasını, aile birliğinin sağlanması ve korunmasını, spiritüel ve psikolojik takip ve destek olunmasını, evdeki destek tedavisinin doğru doz ve doğru zamanda uygulanmasını, oral tedavilerin muhafaza ve hazırlanma koşullarının iyileştirilmesini, annenin günlük hayattaki rollerine adaptasyonunu sağlamada önemli bir yere sahiptir (Arslantaş, 2009; Büyükkayacı Duman, 2009; Erci, 2010; Özkars,2017; Pazarcıkcı ve Efe, 2017).

Anneler için prematüre bir bebekle taburcu olma deneyimi, duygusal olarak zorlayıcı olabilir ve bu geçiş dönemiyle başa çıkmalarına yardımcı olacak bir dizi destek mekanizması gerektirir. Halk sağlığı hemşirelerinin anneleri uygun danışmanlık hizmetlerine, akran destek gruplarına, durum temaslarını içeren kaynaklar ve yardım gibi belirli stratejileri sağlamaları gerekmektedir (El Bebek Gül Bebek Derneği ve sosyal destek grupları gibi). Toplum temelli sağlık profesyonellerinin, eve geçiş sürecinde ebeveynleri pratik ve duygusal olarak destekleyecek şekilde donatmaları için özel eğitimler vermeleri gereklidir. Annelerin duygusal, zihinsel ve fiziksel sağlığı korunmalıdır. Anneler bebekleriyle eve dönme konusunda karışık duygular ifade etmektedirler. Bazıları sevinç ve heyecan hissederken, bazıları sağlık profesyoneli desteğinden uzakta gerginlik ve korku hissetmektedirler. Bazı anneler ise eş zamanlı olumlu ve olumsuz duyguları olduğunu ifade etmektedirler (Bebeklerinin iyileşmiş olmasına sevinirken evde bakımını tek başına yapacak olmak göz korkutucu gibi). Anneler YDYBÜ deneyimlerini bağlanma eksikliğine atfedilen bir tür olan “askıda ebeveynlik” olarak tanımlamaktadırlar. Anneler taburcu olduktan sonra, hepsi birbirlerini karşılıklı olarak etkileyen uygulama, finansal ve duygusal zorluklar da dahil olmak üzere prematüre bebekleriyle belirli zorluklarla karşılaşılırlar. Taburculuk planlaması ve anne destek stratejileri, annenin kendi bilgi tabanlarını incelemesine ve sağlık uzmanlarıyla istişare edebilmesine odaklanmaktadır. Prematüre bir bebekle eve taburcu olma deneyimi, ebeveynler için duygusal olarak zor olabilir ve bir dizi destek mekanizması gerektirir. Anne için evde bakıma alışma süreci yıldırıcı, rahatsız edici olabilir ve uzun sürebilir (Petty ve ark., 2018).

Prematüre bebekleri olan anneler, YDYBÜ’den taburcu edildikten sonra, bebeklerinin durumuyla nasıl başa çıkılacağına dair belirsizlik içindedirler ve bakım gibi bazı zorluklarla karşı karşıyadır. Anneler taburcu olduktan sonra bebeklerinin temel ihtiyaçlarını karşılamada zorluk çekmektedir. Bu anneleri desteklemek, aynı zamanda bebeklerinin sağlığını korumak ve geliştirmek demektir. YDYBÜ’de bebeğe odaklanılırken en önemli ortak etken olan anneleri

görmezden gelinebilmektedir. Bu durum hemşirelere ve doktorlara bağımlı olmalarına ve taburcu olduktan sonra bebeklerine bakmakta yetersiz kalmalarına neden olmaktadır. Primer bakıcı olan anneler, evde bebeklerine bakım sağlamak için desteklenmeli ve güçlendirilmelidir eğer bu destek ve güçlendirme yapılmazsa bebeklerine bakma konusundaki korku ve kaygıları daha da arttırabilir. Hemşirelerin taburcu olduktan sonra bu annelere desteği streslerini azaltmada, kendine güven ve bakım yeteneklerini artırmada etkili olabilmektedir. Böylelikle bebeklerde büyüme ve gelişmenin sağlanmasının yanı sıra hastaneye geri yatışlarında da azalma olmaktadır (Hemati ve ark., 2017).

Yapılan çalışmalarda prematüre bebeği olan annelerin en önemli gereksiniminin bebeğin evdeki bakım sürecine yönelik olduğu belirtilmektedir (Erdeve ve ark., 2008; Taş Aslan ve Turgut, 2013; Hemati ve ark., 2017; Özkars, 2017; Pazarcı ve Efe, 2017). Taburculuk öncesinde prematüre bebek annelerine evde prematüre bebek bakımı konusunda kapsamlı eğitimler verilmelidir (Taş Aslan ve Turgut, 2013). Eğitimler esnasında ve sonrasında annenin tüm sorularının açık, anlaşılır ve yeterli düzeyde cevaplandırılması son derece önemlidir. Annelere anne-bebek etkileşiminin sağlanmasında bu sürece aktif katılımlarının önemi anlatılmalıdır. Uzun süreli yatışlar gerektiren prematüre doğum sürecinde anne-bebek uyumunu artırmak için kanguru bakımı, ten teması, anne-bebek aynı odada kalması, emzirmenin sağlanması, konuşma ve bebeğin tepkilerinin takibi son derece önemlidir. Bu etkinlikler anneye yetkinlik kazandıracak ve bebeğin davranışlarına annenin tepkisizleşmesini önleyecektir (Şentürk ve Saruhan, 2013).

Birçok kültürde olduğu gibi Türk kültüründe de sosyal destek doğum sürecini etkileyen önemli bir etkidir. Sosyal destek; duygusal, maddi, deneyimsel ve bilgisel faktörleri içermektedir. Sağlık hizmeti sunucularından alınan profesyonel destek ve sosyal çevreden alınan sosyal destek birbirinden farklı olmakla birlikte ikiside son derece gereklidir (Hoban ve Liamputtong, 2012). Hemşireler birinci basamak sağlık hizmetlerinde anneye ve bebeğe en yakın olabilecek kişilerdir. Kanıta dayalı çalışmalar göstermiştir ki ev ziyaretleri tekniği ve telefonla görüşme desteği annelerin duygusal sorunlarını azaltmada etkili olmaktadır (Büyükkayacı ve ark., 2014; Sassása ve ark., 2014; Balcı ve Yıldız, 2017). Tüm bu sebepler dolayısıyla halk sağlığı hemşirelerinin çalışma alanlarına sahip çıkmaları ve birinci basamak sağlık merkezlerinde annelerin bu dönemlerini sağlıklı geçirilmesinde aktif rol almaları gerekmektedir (Güleç ve ark., 2014). Doğum sonrası dönemden itibaren bebek bir yaşına gelene kadar anneye düzenli aralıkla verilen eğitim ve destek annenin bebek bakımındaki öz benlik saygısını arttıracaktır. Özellikle primipar annelerin bebek bakımında yaşadığı sorunlar kaygıya neden olarak, maternal role geçişi zorlaştırmaktadır (Yıldız ve Akbayrak, 2014). Prematüre bebek annelerine taburculuk sonrasında yapılan ev ziyaretlerinin postpartum depresyonu azaltmada, anneliğe uyum sürecini

kolaylaştırmada ve bebeklerin sağlık durumlarına olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir (Duman Büyükkayacı ve ark., 2014; Öztürk ve Erci, 2016). Yurt dışı literatürde onbir binden fazla kadın hakkında bilgi sağlayan on iki randomize kontrollü araştırmanın dahil edildiği bir derlemeye göre doğum sonrası erken dönemde ev ziyaretleri ile yenidoğan ölümlerinde ya da annenin ciddi sağlık problemlerinde azalma ilişkisine dair kanıt bulunmadığı, daha yoğun ev ziyaretleri kadınların bedensel ve ruhsal sağlığını iyileştirmediği fakat daha fazla kadını bebeklerini sadece emzirerek beslemeye teşvik edebildiği ve bebeklerde acil tıbbi bakım alma eğilimi azaldığı belirlenmiştir (Yonemoto ve ark., 2013). Yurt içi literatüre bakıldığında ise postpartum dönemdeki kadınların ev ziyareti tekniğiyle evde bakımı ile az sayıda (Atıcı, 2001; Gölbaşı, 2003; Erenel ve Eroğlu, 2005; Koç, 2005; Işık Koç ve Eroğlu, 2009; Şentürk Erenel ve Eroğlu, 2009; Büyükkayacı Duman, 2009, Büyükkayacı Duman ve Karataş, 2011; Büyükkayacı Duman ve Yılmazel, 2014; Balcı ve Yıldız, 2017; Bora Güneş, 2018), prematüre bebeklerin evde bakımı ile ilgili ise sınırlı sayıda çalışmanın varlığı saptanmıştır (Arslan, 2013; Balcı ve Yıldız, 2017; Batman ve Şeker, 2019). YDYBÜ’de premature bebek-anne ilişkisinin erken başlatılmasında hemşirelere büyük bir görev düşmektedir, bu nedenle annelere uyumu kolaylaştırmak için doğum öncesi ve doğum sonrası süreçte bebek bakımı ile ilgili bireyselleştirilmiş eğitim verilmesi önerilmektedir (Manav ve Yıldırım, 2010). Bebek bakımı ile ilgili bireyselleştirilmiş eğitim almanın, maternal bağlanmaya bakıma yönelik kaygıyı yönetmenin, annelik rolüne hazır hissetmenin ve bebek doğduktan sonra 12. haftada tecrübeden kaynaklı annelerde özgüven puan ortalamalara olumlu etkisinin bulunduğu bilinmektedir (Çalışır, 2003; Özkan ve Polat 2011; Balaban 2016; Öztürk ve Erci 2016; Evcili ve ark., 2018; Batman ve Şeker, 2019; Şayık ve Örsal, 2019).

Halk sağlığı hemşireleri ev ziyareti tekniğiyle özellikle prematüre bebekleri olan primipar annelerin erken ebeveynlik sürecini değerlendirmeli, uygun davranışlarını övmeli ve gelişimi teşvik etmelidir. Doğum öncesi dönemde gebelere doğum süreci ve annelik deneyimi hakkında hazırlık amacıyla planlı bireyselleştirilmiş eğitim sağlamalıdır. Böylece annelerin doğum esnasında özdenetimi artırılabilir ve etkili başa çıkma tekniklerini kullanabilirler (Çalışır ve Karaçam, 2011; Dönmez ve ark., 2017). Bir ev bağlamında hemşirelik eylemleri; bebeğin değerlendirmesi, rehberlik etme, açıklamalar ve tavsiyelerde bulunmayı içermelidir. Bu eylemler aynı zamanda aile güçlendirilmesini ve kademeli bakım özerkliğini kolaylaştıran bir yaklaşım içermelidir. Ev bağlamında hemşireler, özellikle anneler için günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilirliği için aileye rehberlik ve destek sağlamakta önemli bir role sahiptir ve bu profesyoneller, ailenin özel ihtiyaçlarına uyarlanmış bireyselleştirilmiş, sürekli eğitim ve destek sağlamalıdır (Sassá ve ark., 2014).

2.2.7. Prematüre Bebeğin Halk Sağlığı Hemşireliği Boyutuyla Eve Hazırlanması ve Evde Bakım Süreci

Prematüre bebeklerin sağlık sistemi içindeki izlemlerinde ev ortamlarında bulunan uygun/uygun olmayan uyaranların sorgulanması, gelişimsel desteklerinin en üst düzeyde sağlanması ve gelişimsel risklerin saptanması açısından önem taşımaktadır (Bingöler Pekcici ve ark., 2015).

Prematüre doğum prevelasına rağmen prematüre doğum serüveni halk sağlığı açısından yeterince üzerine yoğunlaşmış bir konu değildir. Prematüre doğum sürecinden etkilenenlere devlet tarafından sağlanabilecek destek gündeme gelmelidir (Turan, 2004). Ana-çocuk sağlığı önemli bir ülke gelişmişlik göstergesidir. Devletler ülkelerin politikalarını bu göstergeler doğrultusunda şekillendirmektedir. Prematüre doğumların artışta olduğu ülkemizde anne-bebek etkileşimi ve iletişimini desteklemek amaçlı uygulanan sağlık sistemi temelli programlara gereksinim gün geçtikçe artmaktadır. Anne-bebek bağına sağlama ve güçlendirme hemşiresinin temel görevleri arasındadır. Ana-çocuk sağlığı hemşireliğinin merkezinde de anne ve bebek içeren uygulamalar bulunmaktadır (Balaban, 2016).

Prematüre bebeklerin taburcu olduktan sonra gelişimlerinin bütüncül bir bakış açısıyla devam ettirilmesi önemlidir. Ev prematüre bebek için; yeterli uyaranları içermesi, fiziki koşullarının uygunluğu, şefkat, sevgi ve hassaslık bakımın verileceği bir ortam olmalıdır. Ülkemizde prematüre bebeklerin izlemleri, yenidoğan ünitelerinin poliklinikleri, gelişimsel pediatri üniteleri, çocuk sağlığı ve hastalıkları poliklinikleri ve aile sağlığı merkezleri aracılığıyla yürütülmektedir, prematüre bebek takibi için özelleştirilmiş bir sağlık sistemi bulunmamaktadır. Küresel düzeyde; yardımcı üreme tekniklerinin aktif kullanımı, antenatal ve neonatal bakımın iyileştirilmesiyle prematüre bebeklerin doğum oranları artarken mortaliteleri azalmıştır. Günümüzde ise hedef gelişen komplikasyonlardan oluşan morbiditenin azaltılmasına odaklanmaktadır. Prematüre bir bebeklik yaşayan her bebeğin geniş bir sağlık gelişimi izlem aralığı olmalıdır, taburculuk sonrası süreçle başlayıp çocukluk dönemini açısından da takibi gereklidir. Prematürelerin gelişimsel izlenmesi ve desteklenmesi ileriki dönemlerinde gelişimsel potansiyeline ulaşmasına olanak sağlayacaktır. Prematüre bebek izleminde ailenin ebeveynlik gelişimi değerlendirilmeli ve aile önerileriyle desteklenmelidir (Bingöler Pekcici ve ark., 2015).

Halk sağlığı hemşireleri, anne-bebek gereksinimlerini belirlemeli, annenin otonomisini desteklemelidir. Halk sağlığı hemşireleri, bebekleri YDYBÜ yatan annelerle iletişimde olmalı anne-bebek temasını kuvvetlendirmeli, sosyal mekanizmaları kullanmalı, anneyi emsal durum yaşayanlarla tanıştırmalı, bakımlarına dair anneyi ev sürecine eğitimlerle hazırlamalı, anneden

gelen geribildirimleri analiz edebilmelidir (Peker, 2015). Prematüre bebeklere taburculuk sonrası evde bakım hizmeti kapsamında, bebeğe ve ailesine günlük gereksinimlerine yönelik, ev ortamında, bütüncül bakım anlayışı ile teknik, psikolojik ve terapötik destek sunulması sağlanabilmelidir (Sassá ve ark., 2014). Prematüre bebeklerin yeniden hastaneye yatışlarının azaltılmasında, komplikasyon belirtilerinin erken dönemde tespit edilmesinde, prematüre bebeğin gireceği aile ortamının bütüncül olarak değerlendirilmesinde, anneleri primer bakım verici rolü benimsemesi ve prematüre bebeğin evdeki bakımına yönelik kaygılarının, yeterliliklerinin değerlendirilmesinde, bilgi, becerileri ve tutumlarının geliştirilmesinde, annelerin desteklenerek cesaretlendirilmesinde, bebek ve ailesinin günlük hayata adaptasyonlarının sağlanmasında, gelişimsel izlemin yapılmasında, hastalık ve sakatlıkların önlenmesinde, tüm aile bireylerinin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde toplum temelli sağlık hizmeti sağlayıcılarının sunduğu evde bakım uygulamaları oldukça değerlidir (Ritchie, 2002; Büyükkayacı Duman, 2009; Erci, 2010; Taş Arslan ve Turgut, 2013). Evde bakım uygulamaları ile sağlık merkezleri ihtiyacını azaltarak bakımın daimiliği ve sürdürülebilirliği sağlanmakta, böylece sağlık hizmeti maliyeti azaltılmakta, aile ortamında bağlar güçlendirilmekte ve aile üyelerinin günlük yaşam aktiviteleri minimal düzeyde etkilenecek izlem ve destek tedavisi uygulanabilmektedir. Evde ziyaretleriyle verilen bakım eğitim ve uygulamalarında hemşireler anahtar bir role sahiptir (Pazarcıkcı ve Efe, 2017). Prematüreler fiziksel ve yapısal olarak matür bebeklerden farklıdır ve tekrarlayıcı sağlık sorunu daha sık yaşayabilmektedirler. Eğer düzenli ve yeterli danışmanlık hizmeti sunulamazsa prematüre bebeklerin sağlığı bozulabilmektedir. Sağlığı bozulan prematüre bebeğin geç fark edilmesi tekrar hastaneye yatış riski doğurur. Prematüre yenidoğanların taburculuk sonrası evde bakımı ile ilgili verilen eğitimde, aileler yeterli ve açık bir şekilde bilgilendirilmeli, ebeveynlerin özgüveni artırılmalı ve kaygı düzeyleri azaltılmalı ve prematüre yenidoğanların bakım ve gelişimini desteklenmelidir (Batman ve Şeker, 2019).

Halk sağlığı hemşirelerinin prematüre bebeğin taburculuk sürecinde ebeveynlerin özellikle primer bakım verici olan annenin eğitilmesinde, bebeğin takiplerinin yapılmasında gelişim süreçlerinin desteklenmesinde aktif rol alması çok önemlidir. Hemşirelerin prematüre bebek taburculuk süreci için rolleri; gelişimsel takibin yapılması, cilt bakımı, banyo yapımı, günlük kıyafet değiştirilmesi, oda sıcaklığının ve neminin ayarlanması, bebeğin beslenmesi, özel diyeti varsa nasıl verileceği, oral takviye ilaçlarını nasıl kullanılacağı, nasıl muhafaza edileceği konusunda annelerin desteklenmesi, bebeğin davranışlarına ve tepkilerine yönelik değişikliklerin nasıl takip edileceği, nasıl cevap verebileceği, uyku süresi ve pozisyonları, gelişim süreçlerine uygun uyaranlar hakkında bilgilendirme, istenmeyen durumlarda erken müdahalede yapılacakların belirlenmesi, kardeşlerin ve diğer aile üyelerinin bakım sürecine dahil edilmesi,

aktif rol verilmesi, bebek masajı, kanguru bakımı gibi maternal bağlanmayı arttırıcı, yenidoğanın stresini azaltıcı uygulamaların öğretilmesi, bağışıklama takvimi hakkında bilgilendirilmesi, annelerin kaygılarını söylemeye cesaretlendirilmesinde ve aile birliğinin korunması ve sürdürülmesinde, bebekte hastalık belirtilerinin erken dönemde belirlenip kontrol altına alınmasına yönelik eğitimlerin planlanmasında, mekanik destek alan bir prematüre bebek için özel tedavi ve bakım süreçlerinin öğretilmesinde ve yönetilmesinde, biyomedikal malzemelerin kullanımının öğretilmesinde, bebek beşiği, bebek arabası ve araba koltuğunda bebeğin güvenliğinin sağlanması konularını içermektedir (Gullino ve ark., 2016).

2.3. Kaygı

2.3.1. Kaygının Tanımı ve Önemi

Kaygı, Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü'nde "Güçlü bir istek ya da dürtünün amacına ulaşamayacak gibi gözüküğü durumlarda beliren tedirgin edici bir duygu" olarak, Güncel Türkçe Sözlük'te ise "Üzüntü, endişe duyulan düşünce, gam, tasa, genellikle kötü bir şey olacaktı düşünceyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu" olarak ifade edilmiştir (Türk Dil Kurumu). Kaygı, tehlike ve tehdit içerdiği algılanan durumlar karşısında uyarılma veya hoş olmayan duygu olarak düşünülebilir (Özen Kutanis ve Tunç, 2013).

Kaygı, North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından onaylanan hemşirelik tanılarında da yer almaktadır. Hemşireler her prematüre bebek annesine kaygı hemşirelik tanısına yönelik girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Kaygı insanları tehlike ve kedere sürükleyebilecek hatalardan kaçınmayı gerektirecek seviyede her bireyin hayatında bulunmalıdır. Ancak kaygı ne zaman ki günlük yaşam aktivitelerini, fiziksel, psikolojik ve manevi olarak sağlığı etkilemeye başlarsa o zaman kontrol altına alınması için profesyonel destek gerekir (Stalh, 2013). Biraz kaygı yaşamamızı sürdürebilmemiz için gereklidir. Evrimsel açıdan kaygının motivasyonel yararlı etkileri vardır. Kaygı hızlı yanıtlar vermeyi ve stresle başa çıkmayı sağlar (Özdemir ve ark., 2018; Baydemir, 2019).

Spielberger (1966) kaygıyı "Durumluk Kaygı" ve "Sürekli Kaygı" olarak iki şekilde ayırmıştır. Genellikle bir duruma karşı herkes tarafından hissedilen bireyin huzursuz, kaygılı, korkulu ve kötümser olmasına bağlı kaygısı "durumluk kaygı" olarak adlandırılmıştır. Birey bir durum karşısında huzursuz hissettiğinde kolayca tehdit edilme duygusuna kapılır. Durumlara bağlı olmayan kaygı ise "sürekli kaygı" olarak ifade edilmektedir. Genelde bireyin çevresinde çoğu durumu risk olarak algılama eğilimi ve yatkınlığıdır (Baydemir, 2019). Bu eğilim çevresel şartlara doğrudan bağlı değildir (Öner ve Le Compte, 1985). Durumluk kaygı bireyin belirli an ve koşullarda nasıl hissettiğini betimlemesini, sürekli kaygı ise belli bir an ve koşula bağlı olmadan

bireyin hissettiklerini ne sıklıkta ve nasıl hissettiğini betimlemesini içerir. Durumluk kaygı, belli bir stresörün oluşturduğu herkesçe kabul görünebilecek bir durumdan oluşmaktadır (Talo Yıldırım ve Karaman, 2017). Durumluk kaygı seviyesi belli bir durumdan etkilendiği için durum ortadan kaldırıldığında azalır (Öner ve Le Compte, 1985). Sürekli kaygı belli bir duruma bağlanmadan ortaya çıkabilmektedir (Talo Yıldırım ve Karaman, 2017). Sürekli kaygısı yüksek olan bireylerin kötümser, kırılgan oldukları ve durumluk kaygı seviyelerinin olaylar karşısında daha çabuk yükseldiği belirtilmiştir (Öner ve Le Compte, 1985).

2.3.2. Primipar ve Multipar Annelerde Kaygı Düzeyleri

Postpartum süreçle birlikte kadın; bebek bakımı, fizyolojik ihtiyaçlar ve annelik rolüne uyum konularında desteklenmelidir (Öztürk ve Erci, 2016). Özellikle primipar anneler bilgi ve deneyim yetersizliğinden bu konularda yüksek kaygı yaşayabilmektedir. Sağlık sistemimizin ihtiyacı olan gruba daha fazla destek anlayışıyla primipar annelere bu yeni rollerine uyum süreci kolaylaştırılmalıdır (Balcı ve Yıldız, 2017; İşler, 2007).

Bebek bakımında bilgi ve becerilerinin gelişimi, benlik saygısının desteklenmesi ve otonomi kazandırılması primipar annelerde oldukça önemlidir (Öztürk ve Erci, 2016). Çünkü ilk kez gebelik deneyimi yaşayan kadınlar için bebek bakım süreci, büyüme-gelişmenin değerlendirilmesi, anne-bebek etki tepki sürecinin oluşturulması ve hastalık semptomlarının önceden belirlenerek önlenmesi başta olmak üzere annelik sürecine dair birçok bilinmeyen kaygı yaşayabilir ve maternal bağlanma süreci sekteye uğrayabilir. Maternal bağlanma sürecinin olumsuzluğu annede depresyon ve kaygı riskini artırabilmektedir (Özen ve Öztürk, 2014). Primipar annelere eğitim verilmesi, özgüven gelişim sürecine olumlu etki etmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hemşirelerin postpartum süreçte verdikleri eğitimlerde annelere destek olunması ve ev ziyaretleriyle ev ortamında danışmanlık yapmaları önerilmektedir. Ev ziyareti tekniğinde kullanılan somutlaştırma araçlarından materyal hazırlama ise annelerin daha kolay anlamasına ve akılda kalış süresinin uzatılmasına etki edebilmektedir. Hemşire, primipar annelerin multipar annelere göre daha fazla eğitime ve beceri geliştirmeye ihtiyacının olduğunu farkında olmalıdır (Öztürk ve Erci, 2016). Primipar annelerde sıkça görülen adaptasyon sorununun temelinde güven eksikliği ve bebeği ile anne-bebek ilişkisinin geliştirilmesi sürecine duyulan kaygı bulunmaktadır. Kadınların ebeveynlik deneyimi arttıkça özgüven düzeylerinde artış sağlandığı ve postpartum altıncı aydan sonra multipar anneler ile arasındaki kapandığı bilinmektedir (Takeda ve Kobayashi, 2013). Doğum sonrası dönemde primipar annelere bireyselleştirilmiş, devamlı ve otonomi kazandırmayı hedefleyen bakış açısıyla eğitim,

danışmanlık ve beceri geliştirimi ile istendik düzeyde anne-bebek sağlığı korunup, geliştirilmesi sağlanabilir (Yıldız ve Akbayrak, 2014).

İlk çocuğu olan annelerin evde bakımda daha fazla güçlük yaşayacağı beklenen bir durumdur ancak bu bebeğin prematüre olması bu güçlük düzeyini daha da arttırdığı bilinmektedir (Taş Aslan ve Turgut, 2013). Literatürde pospartum dönemde annenin öz-bakım ve bebek bakımı ile ilgili bilgi gereksinimlerinin arttığı, primipar annelerde en fazla bebek bakımı ile ilgili kaygılarının olduğu eğitim ve rehberliğe gereksinim duydukları belirtilmektedir (Kavlak ve Şirin, 2007; Altuntuğ, 2013).

2.3.3. Prematüre ve Miad Bebeğe Sahip Annelerde Kaygı Düzeyleri

Küresel olarak, on gebeliğin birden fazlası erken doğumla sonuçlanmaktadır (DSÖ, 2018). Anneler için duygusal ve ani bir süreç olan prematüre bebeğin doğumu çoğu zaman sezeryanla gerçekleşmektedir. Hazırlıksız yakalandığı bir doğum deneyimi yaşayan anne sezeryan doğum ile başka bir travma daha yaşar. Prematüre bebek ve ailesinin beklenmedik bir çok riskle karşı karşıya olması ve elinden bir şey gelmemesi ebeveynler için birçok ruhsal sağlık sorununu beraberinde getirir (Misund ve ark., 2013). Prematüre doğum yapan anneler üzerinde bu sürecin etkileri yedi yıl sonra bile devam etmektedir (Treyvaud ve ark., 2014). Anneler için prematüre bir bebekle taburcu olma deneyimi duygusal olarak zorlayıcı olabilir ve bu geçiş dönemiyle başa çıkmalarına yardımcı olacak bir dizi destek mekanizmasına ihtiyaç duyabilmektedirler. Sağlık uzmanları, anneleri uygun danışmanlık hizmetlerine, içsel-dışsal kaynak kullanımına ve destek gruplarına yönlendirebilir. Toplum temelli sağlık profesyonellerinin, eve ve ötesine geçiş sırasında primer bakım verici olan anneleri uygulamalı ve duygusal olarak hazır şekilde donatmaları için bireyselleştirilmiş özel eğitim ve hizmetler gereklidir. Buna ek olarak, sağlık çalışanları annelerin ihtiyaçlarını öğrenerek o alanlarda onu daha çok destekleyebilirler (Petty ve ark., 2018). Prematüre yenidoğanların annelerine planlı eğitim ve danışmanlık hizmetleri yaygın hale getirilmeli ve bu hizmetler doğum öncesi süreçte başlamalıdır (Balaban, 2016). Literatüre göre erken ebeveynlik deneyim yaşayan kadınların postpartum depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunları, miadında doğum yapan annelere göre daha fazla yaşadıkları bildirilmektedir (Wong ve Wong, 2003; Nicholas ve Amy, 2006; Küçükler, 2006; Erdeve ve ark., 2008; Vigod ve ark., 2010; Bergström ve ark., 2011; Bener, 2013; Bouras ve ark., 2013). Prematüre doğumların önlenmesi, postpartum depresyonun azaltılması açısından da önemlidir (Çetin, 2018). Erken ebeveynlik deneyimi yaşayan annenin, kaygıları en çok bebeğin doğduğu ilk günlerde ve taburculuk sürecinde artmaktadır. Anneler, bebeklerine zarar verebileceği kaygısıyla dokunmaktan bile kaçınabilmektedir (Batman ve Şeker, 2019). Bebeklerin prematüre doğması annelerin bebeklerini

negatif algılanmalarına neden olabilmektedir. Prematüre ve term bebek annelerinin yenidoğanı algılamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı düzeyde farklar olduğu bilinmektedir (Manav ve Yıldırım, 2010). Çetin'in (2018) yaptığı çalışmaya göre; prematüre bebek annelerinde term bebek annelerine oranla daha fazla kaygı yaşandığı tespit edilmiştir. Bu nedenlerle prematüre bebek annelerinin taburculuk sonrası ev ziyaretleriyle desteklenmeleri kaygılarını kontrol edebilmeleri, anne-bebek uyum süreci açısından önem arz etmektedir (Gund ve ark., 2013; Brown ve Johnson, 1998; Johnson ve ark., 2002; Çetin, 2018).

2.3.4. Yenidoğan Yoğun Bakımda Prematüre Bebeği Olan Annede Kaygı

Anneler için tıbbi gereksinim doğrultusunda bebeklerinin YDYBÜ'ne yatırılması kaygı nedenidir. Annelik sıfatı için kadınların; genç yaşlarda ilk doğurganlık sürecini yaşadıkları, tecrübesizlik, ilk kez kendilerine bağımlı aynı zamanda can bağıyla da bağlı bir canlının sorumluluğunu almaları bu süreçte bakımda zorluk yaşamaları ve bu zorluklar sonucunda kaygılarının artması, kaygılarının arttıkça bakım sürecinin zora girmesi gibi bir kısır döngüyü beraberinde getirmektedir (Erdeve ve ark., 2008; Gülçek, 2015). Annelerin, bebeklerin YDYBÜ'ne ihtiyaç duymasından dolayı mutsuzluk, panik ve kaygı gibi olumsuz duygular yaşadıkları bilinmektedir. YDYBÜ'de prematüre bebeği olan annelerin depresyon düzeylerinde artış olduğu gözlenmekle birlikte maternal bağlanma açısından da zorlandıkları kaydedilmiştir. Toplum temelli sağlık profesyonelleri aile merkezli bakım anlayışı ile YDYBÜ'den itibaren maternal bağlanmayı desteleyecek faaliyetler sürdürmelidir. Annenin rollerini gerçekleştiremeden bebeğin tüm sorumluluğunun sağlık ekibine geçmesi annede stres, kaygı, mutsuzluk, sinirlilik ve kıskançlık gibi duyguları ortaya çıkarabilmektedir (Öztürk ve Saruhan, 2013). Anne baba için YDYBÜ, bebekleri için hayalleri ve isteklerinden oldukça uzak ve korkutucudur. Çoğu ailenin doğum öncesi bu ünitelerle ilgili ya hiçbir fikri yoktur ya da kısmi hazırlığı vardır. Anne ve babalar suçluluk, kızgınlık, anlamsızlık ve boyun eğme duyguları ile boğuşurlar. Kendileri ve yaşamları açısından önemli bir olay üzerinde kontrolü kaybettiklerini düşünürler. Bebeklerinin hayatı, tanımadıkları yoğun bakım ekibinin elindedir (Sassá ve ark., 2014). Yaşanılan kaygı, kendilerini ifade etmeyi ve anlatılanı anlama etkileşimini, olayları gerçekçi olarak yorumlanmasını, uygun kararlar vermelerini ve o zamana kadar kullandıkları uygun baş etme yöntemlerini hatırlayıp uygulamalarını engelleyebilir (Akşit ve Cimete 2001; Erdeve ve ark., 2008; Özkars, 2017). Bu durum aile içi bağlarda kopmaya varan problemler bile oluşturabilmektedir. Anneler YDYBÜ deneyimiyle bebeğin verdiği yaşam mücadelesini ve ölüm korkusunu hissetmekte, manevi değerlerini ve inanç sistemlerini sorgulamakta, yaşamda bir anlam arayışına girmekte, spirüüel bir boşluğa düşmekte ve oraya uzatılacak profesyonel bir ele

ihtiyaç duymaktadırlar. Maddi ve manevi açıdan yıpratıcı olan bu süreç prematüre bebek annelerinin yaşam kalitesi algılarını değiştirmektedir. Anneler prematüre bebeklerinin yaşamı ve geleceği hakkında kaygılıdırlar (Erdeve ve ark., 2008; Özkars, 2017). Anne-bebek ilişkisinin böyle bir zor süreçte ve kısıtlı imkanlarla başlatılması anne ve prematüre bebek için uzun süreli olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Treyvaud ve ark., 2014). Prematüre doğum süreci bebeğin dünyaya gelişinden başlayarak travmatik süreçleri içermektedir, bu süreçler annede travma sonrası stres bozukluklarına dahi sebep olabilmektedir (Özkars, 2017). Doğum sürecinde itibaren var olan bu yoğun kaygı hali taburculuk sürecinden uzunca bir süre sonrada devam edebilir ve ailelerin normalleşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Annelerin bebeklerinin hastaneye yatış sürecinden itibaren sosyal destek mekanizmaların aktif edilmesi, akran ve emsal durum yaşayan gruplara yönlendirilmesi ve manevi destek sunulması gerekmektedir. YDYBÜ’de bir anne bebeğini kaybetmişken başka bir annenin emzirmeye yeni başlamasının sevinci aynı anda yaşanabilmektedir. Sağlık profesyonelleri bile bu zorlu duygu geçişiyle baş etmekte zorlanırken lohusalık döneminde ambivalans duyguları olan annelerin stresle baş etmede yetersiz kalması beklendiktir. Prematüre bebekler ve ailesine yaklaşımda taburculuk süreci ve sonrası önemlidir (Erdeve ve ark., 2008). De Mier ve ark. 1996’da YDYBÜ’de bebekleri yatan annelerin, bebekleri iyileştikten 6 ay sonra bile posttravmatik stres bozukluğu semptomları gözlemlemişlerdir. Zaman ve yaşanan zor süreçler geçse de o anlarda hissedilenler baki kalır ve güçlü duygular uyandırır. Bazı anneler doğum anılarını üzerinden uzun zaman geçtikten sonra bile aynı hislerle ve kelimelerle anlatır (Pavoine ve ark., 2004; Özkars, 2017). Kadınlar, bebekleri ilk rahme düştüğü andan itibaren annedir. İçlerinde büyüyen doku ve organ topluluğu değil o andan itibaren hayatını ve refahını sağlama ve koruma sorumluluğunun olduğu bebekleridir. Bu hassasiyetle anneler için bireyselleştirilmiş bakım ve eğitim programları hazırlanmalıdır (Özkars, 2017). Bebek bakımına aktif katılan annelerde durumluk ve sürekli kaygı seviyelerinde azalma olduğu, bebeğinin bakımı ile ilgili konularda problem çözme ve bakım becerileri becerilerinin geliştiği bilinmektedir (Çakmak ve Karaçam, 2017). Her ne kadar bu durum bilinse de anneyi sürecin dışında bırakmak da bakım ve tedavilerini yaparken yatak başında olmasını sağlamak da travmatik ve karar vermesi zor bir durumdur. Toplum sağlığı temelli hemşireler; bebeğin hastanedeki durumunu takip etmeli anneye tıbbi terim kullanmadan açık ve ümit vaad edici bir dille süreci anlatmalıdır, bebeği ile konuşması, dokunmasını önerilmeli ve emosyonel yönden desteklenmelidir (Özyazıcıoğlu ve Güdücü Tüfekçi, 2008).

Hemşireler annelerin, annelik kimliklerini geliştirmek ve uygulama alanları yaratmak için güçlü konumdadırlar. Erken doğmuş bebeğe sahip anneler, bebek yaşantısının ilk haftaları veya ayları boyunca annelik deneyimlerinin hastane ortamı ile sınırlı olmasından dolayı bu deneyimi

yaşamazlar. Bebeğin fiziksel görünümünün ve bebeği çevreleyen destekleyici teknolojilerin fiziksel engeller olarak tecrübe edildiğini, anneler için kaygı verici bir endişe kaynağı olduğunu unutmamak gerekir. Erken doğum veya hastanede kalış sebebi ne olursa olsun, anneler ile bebeğin hastanede kalması sırasında aralarındaki ilişkinin bozulması, bebekleriyle etkileşime girme ve serbestçe dokunma ve kucaklanma fırsatlarının olmaması ortaya çıkan anne-bebek ilişkisi, anne kimliğinin inşasını, bağlanma davranışlarını ve bebeğin temsillerini oluşturma süreçlerini olumsuz etkileyebilir. Bu karmaşık ebeveynlik deneyimini daha büyük ölçüde anlamak, yalnızca ebeveynlerin ihtiyaçlarını, kaygılarını karşılamak ve refahlarını artırmak için değil, aynı zamanda anne-bebek ilişkisini teşvik etmek için de önemlidir (Spinelli ve ark., 2015). Gebelik deneyiminin ve bir bebeğin doğumunun, annelerin yaşamlarında büyük bir dönüm noktası olduğu ve bu sırada birtakım uyarlanabilir ve dönüştürücü görevlerle karşı karşıya olduğu iyi bilinmektedir. Özellikle kadınların, yenidoğanlara bakım yapma, koruma, empati kurma ve yeterince cevap verebilme becerisiyle ilgili yeni işlevleri entegre ederek kimliklerini dönüştürmeleri gerekmektedir. Bir bebeğin erken doğumu, çocuğu için ve kendisi için bir ebeveyn olarak temsillerini oluşturma sürecinde ani bir kesintidir. Böylece prematüre ebeveyni olma gelişim sürecini özgün bir haline getirir. Bebeğin erken doğumu, sürecin yeniden düzenlenmesini gerektiren anneliğe geçişin ani bir şekilde kesilmesine neden olabilir (Spinelli ve ark., 2015). Erken veya kritik derecede hasta bir bebeğin doğumu, özellikle maddi yük, aile ve sosyal bozulma ve kişisel baskıyla ilgili olarak, çifti daha olumsuz etkilemektedir. Zayıf iletişim şekli olan veya problem çözme becerisinin yetersiz olduğu bir çift için, böyle bir doğum altında ezilme şanssızlığını yaşayabilir (Kim ve ark., 2018).

YDYBÜ'de bebeği yatan annelere verilen planlı eğitimin annelerin kaygı düzeyine ve bebekle olan iletişime olumlu etki yaptığı görülmüştür (Türkoğlu ve ark., 2014). Yenidoğana refakat etmek durumunda olan annelere hastanede buldukları süre içerisinde gereksinimleri doğrultusunda bilgi ve destek sağlanması, yenidoğan hemşireleri anne ve bebeklere vakit ayırarak bebek bakımı konusunda destekleyici, danışmanlık edici ve eğitici rolde olması önerilir (Gülçek, 2015). Uludağ ve ark. (2008), bebekleri YYBÜ'de tedavi altında olan annelerin anksiyete, depresyon ve durumluk kaygı puanlarının arttığını göstermiştir. Prematüre bebeklerin YDYBÜ'ye yatışından itibaren aile merkezli bakım verilmeli, taburculuk eğitimi planlanmaya başlanmalıdır (Balaban, 2016). Prematüre bebek ve konjenital anomalili bebek doğumu, birçok kadının psikoteröpatik tedaviye ihtiyaç duyduğu oldukça travmatik bir olaydır. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde başlatılan aile hekimliği uygulaması ile ana-çocuk sağlığı izlemlerine yönelik yeni planlamalar yapılmıştır (Başol ve Işık, 2015). Bu kapsamda aile hekimleri yüksek riskli bebek doğumundan sonra anne ve bebeklerin izlemlerini koordine

etmekle ve özellikle annelerde bu dönemde artmış olan kaygı düzeyleri nedeniyle aileleri yakından takip etmekle sorumludur (Uludağ ve Ünlüoğlu, 2012). Yüksek riskli bebeklerin eve taburculuğu sonrasında bebek bakımı hakkında annenin bilgilendirilmesi, rutin takiplerinin ve yapılması gereken özel testlerin pediatriyle birlikte planlanması, bu arada annenin duygu durumunun belirli aralıklarla değerlendirilip, postpartum depresyon gibi patolojik problemlerin gözden kaçırılmaması, aynı durumdaki annelerin bir araya getirilerek psikolojik destek verilmesi; birinci basamakta çalışan ve kişiyi biyopsikososyal yönden ele alan, görev ilkeleri arasında aile ve toplum yönelimlilik, süreklilik, bütüncülük ve gizlilik toplum temelli sağlık profesyonellerinin görevleri arasında yer almaktadır (Uludağ ve Ünlüoğlu, 2012). Taburcu olduktan sonra geçen 4-6 haftalık sürede çevre desteği ile özgüvenlerinin arttığı düşünülmüştür (Balaban, 2016). Sağlık profesyonelleri yalnızca hasta bebeğe yönelik bakım vermeyip, hastanın ailesinin de yaşadığı problemleri saptayıp bütüncül bakımın planlamasından sorumludur. Ailelerin teröpatik iletişimle kaygılarının giderilmesi, sağlık profesyoneli ve ebeveynler arasındaki güven bağımlı geliştirmektedir. Kullanılan teröpatik dil anne-babaların kaygılarının azaltılmasında ve depresyonun önlenmesinde etkili bir yöntemdir. Ebeveynler ile hastalık ve tedavi sürecine dair tüm detaylar paylaşılmalı aile karar verici pozisyonda hissettirilmelidir (Akbaş ve ark., 2019).

Anne otelinde ya da anne-bebek uyum odasında bebeğin bakımı için konaklayan annelerin gereksinimleri belirlenerek karşılanmalıdır. Sağlık profesyonelleri anneyi bilgi açısından donatmalı, bebek bakımı ile teşvik edici, cesaretlendirici ve danışmanlık edici rolde olmalıdır (Gülçek, 2015). Prematüre bebekler YDYBÜ'ye yattıktan itibaren aile ve bebek bir bütün olarak değerlendirilmeli, her aileye özellikle annelere bireyselleştirilmiş hizmetler sunulmalıdır, bu süreç devamında taburculuğa hazırlık, taburculuk ve taburculuk sonrasında da kapsar nitelikte olmalıdır (Balaban, 2016). Türkiye genelinde 2010 yılında aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Bu uygulama ile toplum temelli sağlık profesyonelleri prematüre bebek doğduktan sonra anne-bebek izlemlerini yapmakla birlikte özellikle annelerde artan kaygı düzeyleri nedeniyle aileleri yakından takip etmekle sorumludur. Bebeğin taburculuk sürecinden sonraki 4.-6. haftalara kadar sosyal destek algısı çok önemlidir (Balaban, 2016). Hemşireler holistik bakış açısıyla sunduğu bütüncül yaklaşım annelerin sürece entegrasyonunu ve kaygılarının azaltılmasını desteklemektedir. Hemşirelerin anne ile etkili iletişim kurması kaygılarını azaltmada etkilidir. Anne-babaların kaygılarının giderilmesine yönelik yapılan her girişim depresyonu önleyici bir adım olarak düşünülebilir. YDYBÜ'de yatan bebek annelerinin sadece fiziksel sağlığı değil ruhsal ve emosyonel durumlarında değerlendirilmeli gerekli hemşirelik planlamaları yapılmalıdır. Hemşireler bebeğin takip ve tedavi sürecine dair açık, anlaşılır ve yeterli bilgilendirmeleri

yapabilmelidir. Günümüzde pek çok birimde bilgilendirme sorumluluğu hekimlere verilmektedir. Oysaki sağlık profesyoneli olarak hemşireler tedavi süreci hakkında olmasa da hastanın genel durumu hakkında bilgilendirme yapabilmelidirler. Anne bebeğine bakımları planlama ve uygulamada, bebeğiyle iletişime geçme onun tepkileri anlamlandırıp etkiler oluşturmada ve bebeğiyle ilgili sorunları erken dönemde tanımlamada desteklenmelidir (Akbaş ve ark., 2019). Hemşireler, annelerin kaygı, kırılganlık, depresyon ve zayıf uyum konusundaki kırılganlıklarını değerlendirmede hem sosyodemografik özellikleri hem de psikososyal kaynakları dikkate almalıdır. Psikososyal kaynaklar ve sosyodemografik özellikler, daha yoğun takip gerektiren bireylerin veya alt grupların belirlenmesini kolaylaştırmak için müdahalelerin geliştirilmesinde faydalı olabilir (Doering ve ark., 2000).

2.3.5. Yenidoğan Yoğun Bakımda Prematüre Bebeği Olan Annede Kaygı ile Mücadelede Baş Etme Yolları ve Farklı Programlar

Aile Merkezli Bakım ve Aynı Odayı Paylaşma

Aile merkezli bakım, “Sağlık hizmeti sağlayıcısı-bebek-ebeveyn” üçgeninde ebeveynleri merkeze alarak aralarındaki bağ ve ilişkiyi güçlendirme, bakım uygulamalarında otonomi ve deneyim kazandırma ve streslerini azaltma uygulamalarını içermektedir (Voos ve ark., 2009). Bu kapsamda kaygı yaşayan aileyi bakımın merkezinde alan uygulamalarda ebeveynlerin, bebeklerinin hastalığı ya da hastaneye yatması ile baş etmelerine güçlendiren hemşirelik bakımı anahtar roldedir. Bu rollerden eğitici ve destekleyici rollere bu süreçte daha çok öncelik verilmelidir. Hemşirelik bakım uygulamaları en önemlileri arasında ise; ortama oryante edilme, hastalık ve tedavi süreçlerine dair bilgi verilmesi, ekipmanların kullanımı ve temizliğinin öğretilmesi, kullanım amaçlarının açıklanması ve ebeveynlerin özellikle de annenin bakıma katılımının teşviki yer almaktadır (Çavuşoğlu, 2015; Çağlar ve ark., 2019). Aile merkezli bakım yaklaşımı saygı, bilgi alışverişi, ailenin bakıma ortak edilmesi ve iş birliği temellerinden oluşmaktadır. Aile bakımın merkezine alındığında, ebeveyn-bebek ilişkisinin erken başlatılması ve sürdürülmesi, kaygıyla başa çıkma ve annelik rollerini yerine getirme, tıbbi karar vermenin ve iyileşmenin hızlandığı, morbidite ve mortalitenin azaltılmasının sağlandığı bilinmektedir (Konukbay ve Arslan, 2011; Çelen, 2013). Anne ve bebeğin 24 saat bir arada kalabileceği ve bebeğin takip-tedavisinin aksamayacağı ortamlar hazırlanmalı, devlet tarafından teşvik edilmeli, bu uygulamaları kurum politikaları haline getirmelidir (Çağlar ve ark., 2019). Annenin bakıma katılması, sağlık personeliyle iletişimin güçlenmesine, kaygı ve stres seviyelerinde azalma, farkındalık ve özgüven geliştirmelerini sağlamaktadır. Böylelikle bebeğe verilen bakım kalitesi

artırılarak anne ve bebek sağlığı açısından öngörülebilir bir iyileşme sağlanır (Erdeve ve ark., 2009). Halk sağlığı hemşireleri ebeveyn-bebek uyumu kolaylaştırmalı, kaygı seviyelerini kontrol altına almayı öğretmeli ve destekleyici uygulamalarda bulunmalıdır (Çelen, 2013; Çağlar ve ark., 2019).

Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı (Neonatal Individualised Developmental Care an Assessment Program- NIDCAP)

Dr. Als ve ekibi tarafından 1980'lerin ortalarında “Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı– NIDCAP” geliştirilmiştir. Bu programın amacı; anne karnı ortamından erken ayrılan prematüre bebekler için YDYBÜ uterus ortamına bir dereceye kadar benzetilerek erken gelen bebeğin gelişimini etkileyen zararlı faktörlerin önlenmesi ve bebeğin gelişim sürecini de iyileştirmektir. Bu programda prematüre bebekler bireyselleştirilmiş ve bütüncül bir bakım alırlar. Bu doğrultuda bebeğin yoğun bakım sürecinde uyarıların şeklinin, miktarının ve bebeğin yatış şekli anne karnı ortamına benzetilir. Aile merkezli bakımı da içeren program, anne-bebek temasını, bebeğin stres olduğu durumlarda ebeveyn desteğini gerektirir. İmmatür olan prematüre bebekte gelişim süreci bu uygulamalardan direkt etkilenmektedir. Bakım ortamı bu şekilde düzenlenerek aile ve bebek açısından gelişim süreçleri hem takip edilebilir hem de müdahale edilebilir hale getirilmektedir (Kleberg ve ark., 2002; Karaaslan, 2008; Pekcici ve Ertem, 2012). NIDCAP, bebekler için bir bakım felsefesi olarak son yıllarda oldukça saygınlık kazanmıştır. Programda sağlık personelinin önemi nedeniyle hemşire, gelişimsel bakımın başarısında önemli bir role sahip olan uygulayıcıdır. Bu nedenle sürekli ve güncel bilgileri takip etmeli ve uygulamalıdır (Baghlani ve ark., 2019).

Kanguru Bakımı

Anne-bebek arasındaki tensel bağ doğum sürecinden itibaren başlatılmalıdır. Acil tıbbi tedavi gereksinimi olan prematüre bebeklerde bu temas göz ardı edilebilmektedir. Fakat unutulmamalıdır ki dokunmak ellerle yapılan bir eylem değildir bir anne bebeğine sesiyle, gözüyle de sarılabilmektedir. Bebeğin genel durumu ve vital bulguları stabilize olduğunda anne-bebek arasında tensel temas da geciktirilmeden başlatılmalıdır. Anne-bebek arasında göz göze ve sesle temasın sağlanması annenin ve bebeğin kaygı ve streslerini azaltmaktadır (Çavuşoğlu, 2015).

Kanguru bakımında; bebek sadece bezi kalacak şekilde çıplak olur, annenin veya babanın göğsü açık olur ve bebek dik bir şekilde iki göğsün ortasına yatırılır. Özellikle annenin kalp sesini duyurulmasının bebeği intrauterin hayattan alışık olduğu bir sesi duymasını sağlayacağından

bebekleri rahatlattığı düşünülmektedir (Moore ve ark. 2012; Çetinkaya ve Erdem, 2017). Ten tene temas (kanguru bakımı) ile bebeklerde ağlamanın azaldığı, apne sıklığının ve sayısının azaldığı ve invaziv işlemlerde ağrı eşiğini artırdığı görülmüştür (Neu ve Robinson, 2010; Chiu ve Anderson, 2009; Kostandy ve ark., 2008; Çavuşoğlu, 2015). Bebeğine temas eden aralarındaki maternal bağlanma gelişen anneler kanguru bakımını “Gerçek anne olmak” diye betimlemişlerdir (Fenwick ve ark., 2008).

Kanguru bakımı ekipman ve teçhizat gerektirmez, kolay uygulanabilir, zaman kısıtlaması olmadan uygun ortamlar olduğunda her zaman yapılabilecek kolay kanıt temelli bir uygulamadır (Güler ve Bigzad, 2019). Anne ve bebek ten tene teması ile, annenin ebeveynlik davranışlarını kolay benimseyeceği, bebeğin tepkilerini daha iyi anlamlandıracağı, otonomi kazanacağı ve bebeklerin hastaneye tekrarlı yatışlarında azalmaların olacağı düşünülmektedir (Bastani ve ark., 2015)

Akran ve Emsal Durum İletişimi

Prematüre bebek anneleri zor bir süreçten geçtikleri için kendilerine benzeyen olumlu örneklerle ya da bu süreci iyi anlayabilen sosyal desteklere ihtiyaç duyarlar. Literatürde bireysel, eğitilmiş akran desteğinin, annelerin kaygılarıyla başa çıkmalarında etkili olduğu bulunmuştur (Preyde ve Ardal, 2003; Alan, 2011; Turgut ve Taş Aslan, 2013). Halk sağlığı hemşirelerinin annelik deneyiminde sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi, etkin kullanımı konusunda prematüre bebek annelerine danışmanlık etmesi gerekmektedir (Alan, 2011).

Düşünce Durdurma

Düşünce durdurma tekniği psikolojide kaygı ile etkin baş etmede tercih edilen bir yöntemdir. Düşünce durdurma tekniği kaygı uyandıran düşünceye odaklanıp ona “dur” diyebilmeyi hedefler. Durdurulan düşünce olumlulanıp, mantık çerçevesinde değiştirilmeye çalışılır. Yurt dışı literatür incelendiğinde bu konuyla ilgili bir çalışmaya rastlanmıştır. Laela ve ark. (2018) prematüre bebek anneleri üzerinde yaptığı 62 annenin dahil edildiği ön test son test değerlendirme temelli araştırmaya göre; düşünce durdurmanın, prematüre bebeklerin annelerinde postpartum depresyon ve kaygı seviyelerini azaltabileceği bulunmuştur. Konu ile ilgili yurt içi literatürde çalışmaya rastlanmamıştır.

2.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım

Çözüm odaklı kısa terapi 1970-1980 arasında Steve de Shazer ve Insoo Kim Berg öncülüğünde geliştirilmiş bir teröpatik danışmanlık uygulamasıdır. Kısa süreli danışma ve aile terapisi hareketlerinden etkilenecek ortaya çıkmıştır (Doğan, 1999). Bu yaklaşımın temsilcileri; Steve de Shazer, Insoo Kim Berg ve Bill O’Hanlon’dır. Yaklaşım uygulanmaya başlandığında bireylerin problemlerine odaklanılmadan yaşamlarında iyiye giden şeylerin belirlenmesi ve o alanların genişletilmesi üzerinde durulmuştur. Her problemin çözümlerinin olduğu ancak problemi düşünen bir beyinle çözümün bulunamayacağı savunulmaktadır. Aslında çözümler bireylerin içinde bulunmakta, sadece odak noktası iyileştirilmeli vurgusu yapılmaktadır. ÇOY’un en temel amacı sorunun olduğu alanı değil çözümün olabileceği alanları konuşmaktır (Gingerich ve Wabeke, 2001; Sklare, 2013). Bu doğrultuda danışanın geçmişte deneyimleri ve başarılarından yola çıkılarak çözüm için yol haritaları oluşturulur (Corcoran, 1998; Doğan, 1999; Selekman, 2005). ÇOY problem olmayan alanlardan yola çıkar. Bireylerin hayatında sorunların olduğu alanlar nasıl oluyor da sorunsuz alanlara bulaşmıyor incelenir. Örneğin bebek bakımında kaygı yaşayan anne yemek yaparken neden kaygı yaşamıyor belirlemek için annenin yemek yaparken ki deneyimleri, başarıları, geçmişte bu konudaki kaygılarını nasıl yendiği değerlendirilir baş etme yolları, istisnaları fark ettirilir (Dölek ve Kunter, 2019). ÇOY sorunun geçmişini irdelemez, neden ve niçinle ilgilenmez, bireylerin kendini ve durumları analiz etmesini beklemez, bir konuda sıkıntısı olan ve değişmek isteyen bireylere uygulanan terapi şeklidir. Uygulanan hiçbir terapi yöntemi bir diğerine göre üstün değildir. Önemli olan teröpatik iletişimin kendisidir. Kurulan teröpatik ilişki değişimi sağlar. ÇOY bireyleri sadece olumluya yönlendirdiğini her bireyin kendi iç kaynaklarıyla sorunlarını çözümü düşünerek çözebileceğini savunur (MacDonald, 2007; Dölek ve Kunter, 2019). Çözüm odaklı danışman; iyi eğitim almış olmalı, zamanı amaca yönelik kullanabilmeli, birikimli bir pragmatist, hayatın olabilirliklerine inanan, istisnaları yakalayan, olumlu ve yapıcı, gerçekçi övgülerde bulunabilen, iş birliği geliştirici ve değişime inanan bir birey olmalıdır (Doğan, 1999; Dölek ve Kunter, 2019). Çözüm odaklı bir bakış açısıyla, bireylerin dünya görüşlerini iş birliği içinde terapötik çözümler geliştirmek amacıyla büyük ölçüde kullanıldığını vurgulamak da önemli olacaktır (Berg ve Miller, 1992).

Çözümü temel alan ÇOY’da görüşmeler 1-20 arasında değişebilmekte ve ortalama altı görüşme yapılmaktadır (Doğan, 1999). ÇOY bilişsel, hümanistik ve sistemik bakış açısına sahiptir. Postmodernistik yaklaşımlara dahil edilir. ÇOY “gerçekliği dil yaratır” anlayışından hareketle dili değiştirir. Postmodernist bakış açısıyla ÇOY gerçeklerin göreceli olduğunu aynı olayı farklı kişilerin farklı anlayabileceğini savunur. Teröpatik ilişki kurularak dilde pozitiflik yaratılmaya çalışılır. Başarıya ve iyiye odaklanılır. Herkesin kendi sorununu çözecek güçte

olduğunu düşünülür. ÇOY'un görüşmelerde kullanılabileceği çeşitli teknikleri vardır. Her teknik her görüşme için planlanabilmektedir. İlk görüşme tanıma, tanıtma ve güven duygusunun geliştirilmesi, sürece dair bilgilendirilmeyi içerir. Sonrasında danışanın pozitif amaçlarını oluşturması sağlanır. ÇOY'un kendine özgü "Mucize Sorular", "Geleceğe Mektup Yazdırma", "Sihirli Küre", "Yardımlı Tekniği" ve "Derecelendirme Soruları" teknikleri bu görüşmeden itibaren her görüşmede kullanılabilir (MacDonald, 2007; Quick, 1997; Selekman, 2005; Sklare, 2014). Bireylerin pozitif, negatif, zarar verici ve "bilmiyorum" amaçları olabilir. Pozitif amaçlar dışındaki tüm amaçlar pozitifleştirilir. Pozitif amaçlar da ulaşılabilir ve somut hale getirilir. Bireyin negatif amacı "Bunun yerine..." "Eğer ... yapmasaydın, başka ne yapardın?" sorularıyla, zarar verici amaçlarda ise altta yatan zarar verme isteği üretken yapıcı amaçlara çevrilmeye çalışılır. Bilmiyorum amaçları ise "Eğer biliyor olsaydın?", "Tut ki biliyorsun" vb. sorularla desteklenerek pozitif amaca çevrilebilir (MacDonald, 2007; Sklare 2014; Dölek ve Kunter, 2019). İlk oturumdan itibaren danışan belirlediği amaca yönelik cesaretlendirilir ve "Zihin Haritası", "Mayın Tarlası", "Övgüde Bulunma", "Açıklığa Kavuşturma, Güçlendirme, Pekiştirme, Yeniden Çerçeveleme", "Amigoluk" ve "Ev Ödevleri" teknikleri kullanılabilmektedir (Sklare, 2014). İlk oturumla başlayan süreç tekniklerin kullanımıyla desteklenerek birey çözüme ulaştırılır. Her teknik her durum için uyarlanabilmektedir.

ÇOY, danışanların mevcut kaynaklarını kullanarak ve daha önce uygulanan etkili çözümleri kullanarak mevcut sorunları çözmelerine yardımcı olan güç tabanlı bir modeldir. Çözüm odaklılığın altında yatan temel bir varsayım, danışanların kendileri için neyin iyi olduğunu bildiğidir (de Shazer, 1991). ÇOY danışma yaklaşımı geleneksel yaklaşımlara kıyasla daha hızlı bir süreç içerdiğinden çözüme ulaşma sürecini kısaltmaktadır (Meydan, 2013). Her problem için bir istisna olduğu varsayılmaktadır (gerçek ya da potansiyel). İstisnalar tanımlanır ve güçlendirilirse, problem çözümü etkin ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilir (de Shazer, 1991). Bireylerde çözüme götüren değişimler istisnaların keşfedilmesi ve büyütülmesi ile gerçekleşebilmektedir (de Shazer, 1994). İstisnalar bireylerin deneyimlerinden faydalanarak geçmişteki çözüm yollarını ve çözüm kaynaklarını bulmayı sağlayabilmektedir (de Shazer, 1991). Sorun ve çözüm genelde iç içe bulunmaktadır. Bireylerin varsayımsal düşünmeyle etkin ayrıştırılmaları yapabilmeleri çözümü aydınlatmak için önemlidir (O'Hanlon ve Weiner-Davis, 1989).

Bireylerin olumlu beklentilerini desteklemek, onlara umut vaad etmek ve onları şimdi, geleceğe odaklamak ÇOY'un bir parçasıdır. İstisnalar büyütülerek sorunun olduğu ve olmadığı zamanlar kıyaslanır. Bireyler kendilerinde gözlemledikleri küçük değişimlerin zamanla büyüdüğünü gördükçe değişime hevesli ve azimli olurlar. Mucize soru ile birlikte içlerinde bir

yerlerde umut ışığı yakılır (de Castro ve Guterman, 2008). Görüşmeler esnasında bireylerin uygulayıcıya olumsuz olarak ifade ettikleri davranışlarının olumlu yanları bulunur ve yeniden çerçeveleme tekniğiyle bireyin kendisine bu alanda yeni bir kredi açması desteklenir. Sorun ötekileştirilerek bireyin suçluluk duygusu giderilir. Uygulayıcıya göre sorun özge bir varlıktır ve danışanda aslında iyi bir amaca hizmet etmek için böyle davranmaktadır (Corcoran, 2002).

ÇOY bir yaşam felsefesi olarak benimsendiğinde bakış açısı farkıyla teröpatik çözümler doğuran bir anlayış biçimi olarak bireylerin hayatında yer alabilecektir (Berg ve Miller, 1992). ÇOY sorunu çözmeye odaklanmaz sadece çözümün üzerine yoğunlaşır. Görüşmeler amaçların net olarak belirlenmesini, bireylerin motivasyonel desteğini ve olumlu davranışlarını artırmayı hedefler. ÇOY bireylerin iç ve dış kaynaklarını etkin kullanarak planlanan olumlu amaçları nasıl gerçekleştirebileceğini anlatır (Karahan ve Hamarta, 2015).

2.4.1. Çözüm Odaklı Yaklaşımın Temel Felsefesi

de Shazer(1987), Berg ve Miller (1992) ÇOY'un daha etkili kullanılması için üç temel felsefe belirlemişlerdir:

1. **“Bozulmamışsa tamir etme”**; Danışan için hayatında sorun teşkil etmeyen durumlar kurcalanmaz. Başarıya ve iyiye odaklanılır. Sorunun yaşanmadığı ya da çözülmüş olduğu anlar analiz edilir. Birey sorunlarını belirlemede özgür olmalıdır.

2. **“İşe yarayan şeyleri keşfet ve onu daha çok yap, işe yaramayan teknikleri tekrarlama”**; Görüşmeler esnasında birey hakkında çok fazla bilgi edinilebilir. Bireylerin daha önceden böyle bir sorun yaşayıp yaşamadığı yaşadıysa bu sorunu nasıl yendiği, aynı çözüm yolunun şimdiki sorununda da kullanılıp kullanılmayacağı tartışılır. Birey bu yolun işe yaramadığını söylese başka bir yol denenir. Bireylerin başarılı olduğu alanlar belirlenir ve başarıya götüren davranışlar tekrarlanır. Çözüm yollarının fark edilemeyişiyle birey için sorunlar o oranda artar. Unutulmamalıdır ki bireyler başarılarını tekrarlayabilme yetisine sahiptir.

3. **“Eğer çalışmıyorsa tekrar denemeyin, farklı yollar deneyin”**; bireylere uygulanan bir teknik olumlu etki yapmadıysa ya da birey bu tekniği benimsemediyse daha sonraki görüşmelerde tekrarlanmamalıdır. Örneğin bir mucize soru denemesi 3. görüşmede danışana saçma geldiyse siz mucize soru tekniğini 5. görüşmede tekrarlıyorsanız yine danışana saçma gelecek ve danışanla danışman arasındaki güven bağı ve iş birliği zedelenecektir. Danışan denediği yollarda ilerleyemiyorsa başka çözüm yollarının keşfine çıkılmalıdır (Sklare, 2013).

ÇOY'un Diğer İlkeleri

- Danışanın gözünden bakmak; teröpatik ilişkinin temelinde bireyin algıladığı ve duyumsadığı gerçeği kavrayabilmek yatmaktadır. Her kişinin gerçeği yaşadığı deneyimlere ve bu deneyimleri nasıl algıladığına bağlıdır. Danışman, olaylara ve sorunlara onun gözüyle bakabilmelidir. Ancak resmin arka tarafını da görebilmelidir.
- Her kim ne yapıyorsa “Bunun için iyi bir nedeni olmalı” diye düşünülmelidir. Patolojik sorunlar olmadığı müddetçe her birey davranışları ve uygulamaları ne kadar yanlış da olsa sonrasında iyi bir şeyler olsun istiyordur. Her danışanın “iyiyi” istediğine (iyi bir çocuk, iyi bir baba, iyi bir anne vb.) inanılmalıdır.
- Övgülere her zaman yer verilmeli ve altı çizilmelidir. Her görüşmede ortamda bulunan kişi başına en az 3 gerçekçi övgü yapılmalıdır.
- Sorunun olmadığı zamanlar var mı belirlenmeli, detaylandırılmalıdır.
- Kendisi hakkındaki olumsuz yargıları olumlu yansıtılmalıdır. Örneğin bebeğinin bakımını yapmaktan korktuğunu söyleyen bir anneye, bebeğine bakım yaparken tedbirli ve dikkatli davranmayı tercih ediyorsun denilebilir. Sorunun dost yanı gösterilmelidir.
- Herkeste her sorunun üstesinden gelebilecek güç vardır. Sadece bazı zamanlarda desteklenmeye ihtiyaç duyarlar. ÇOY bireylerin özgücünü fark ettirmeyi amaçlar. Danışman, danışanın yaş grubu ne olursa olsun hiçbir şekilde öneride bulunmamalıdır. Danışan böyle yapılabilir derse desteklenmeli, geliştirilmesi gereken bir çözüm yoluysa “Çok güzel bir fikir peki başka neler yapabilirsiniz” şeklinde desteklenmelidir.
- Danışman ve danışan sabırlı olmalı küçük değişikliklerin büyük değişiklikler sağlayacağını bilincinde olmalıdır.
- ÇOY’un zamanı şimdi ve gelecektedir. Her zaman umut yeşertilmeye çalışılır.
- Kullanılan dil her zaman olumlu, içten ve umut vaat edici olmalıdır.
- Her sorun için istisna anlar vardır (gerçek ya da potansiyel). Bireye hiçbir problemin ezeli ve ebedi olmadığı anlatılır.
- Birey ÇOY ile geleceğini kendi oluşturur, sorumluluk ve karar ona aittir (Sparrer, 2012; Doğan, 1999; de Shazer ve ark., 2007; Sklare, 2014; Dölek ve Kunter, 2019).

2.4.2. Çözüm Odaklı Varsayımlar

Çözüm odaklı görüşme, danışanların mevcut kaynaklarını kullanarak ve daha önce uygulanan etkili çözümleri kullanarak mevcut sorunları çözmelerine yardımcı olan güç tabanlı bir modeldir. Çözüm odaklı tedavinin altında yatan temel bir varsayım, danışanların kendileri için neyin iyi olduğunu bildiğidir (de Shazer, 1991). Trepper (2012), bu temel prensibi ihlal etmediği sürece “birçok tekniğin çözüm odaklı tedaviye entegre edilebileceğini” belirtmişlerdir. Bu nedenle, çözüm odaklı terapi, danışanın dünya görüşüne uyduğu sürece hemen hemen her türlü içeriği dahil etme yeteneğine sahiptir (Molnar ve Shazer, 1987). Çözüm odaklı varsayımlar (Walter ve Peller, 1992);

- Bireylerin başarılarına odaklanmak olumlu sonuçlar doğurur. Hatalar, eksiklikler veya sorunlara odaklanmak yerine doğru yapılanlara, yolunda gidenlere, çiçekli alanlara yönelinmelidir. Problemi konuşmak problem, çözümü konuşmak çözüm doğurur.
- Her sorunda bu sorunun görünmediği istisnai alanlar vardır. İstisnalar çözüm için içeri sızan gün ışıklarıdır. Bireyler yaşadıkları probleme o kadar odaklanırlar ki bu istisnalara fark edemezler. Oysaki sorunun yaşanmadığı anlar olmuştur ya da oluyordur.
- Küçük değişimler büyük etkiler yaratabilmektedir (Kartopu etkisi). Bireylerde gerçekleşen küçücük bir değişim bile zincirleme bir değişim sürecini doğurabilmektedir.
- Her birey sorunlarını çözme gücü ve yetisine sahiptir.
- Bireylerin amaçları pozitif ve umut vaad eden cümlelerle kullanılır. Bireyler kendilerini ölçülebilir bir amaca odaklayarak kendilerini daha mücadele edebilir hissedebilir.
- Çözüm için sorunun kaynağının ne olduğunu bilmeye gerek yoktur.

2.4.3. Çözüm Odaklı Yaklaşım Aşama ve Teknikleri

Steve de Shazer ile Insoo Kim Berg'in ve ekiplerinin sıraladıkları aşamalar ışığında ÇOY'daki amaçlara ulaşmak için izlenen yol şöyle özetlenebilir (Wakefield ve ark., 2010; de Shazer ve Berg 1997; Murphy 1997; Gingerich ve Eisengart 2000; Sklare 2014; Dölek ve Kunter, 2019).

1. Gerçek Merak: Uygulayıcının bireylere ve hikayelerine yönelik içten anlama isteğidir. Uygulayıcı bildiği konularda bile birey tarafından detaylandırma talep etmelidir. Bu uygulama olayları bireylerin gözünden de görebilmenin onların yükledikleri anlamları anlamamanın en iyi yoludur. Birlikte olası çözüm stratejileri merak sayesinde geliştirilebilmektedir (Örneğin; Bebeğini kucağına almadan önce ne yapsaydın seni iyi hissettirirdi? Bebeğin ona dokunmana nasıl tepki verirdi? gibi). Uygulayıcı bireyden davranış örnekleri istediğinde ise birey istisnalarını fark etmeye başlar.

2. Bir Alt Pozisyon (One-Down Position): Uygulayıcı gerçek merakla birlikte kendini bir alt pozisyona almayı bireylerden nazikçe daha fazla bilgi almaya çalışmayı içermektedir. Uygulayıcı bireylere kırılıp dökülerek, özürler dileyerek bu pozisyona geçmemelidir. Kendi bildiklerini kendine saklayıp bireyin gözünden süreci değerlendirmelidir. Böylece bireyler uygulayıcı ile içten ve açık bir diyalogta oluşturabilecektir.

3. Uygulayıcının, Bireylerin Dilini Kullanması: Uygulayıcının görüşme esnasında bireylerin kullandığı dili konuşması, kullandığı kelime ve ifadelerle yer vermesi bireyler tarafından uygulayıcı ile aynı tarafta olduğu algısı yaratacak ve süreci kolaylaştıracaktır (bireyin birini her şeye maydanoz olan... şeklinde tanımlaması üzerine uygulayıcı bireyin bahsettiği kişiden bahsederken maydanoz... kişisi gibi). Uygulayıcı sadece kelimelerle değil beden diliyle de bireye ayna olabilir (birey öne eğildiğinde onunda öne eğilmesi, sesini alçaltıp konuştuğunda sesini alçaltarak konuşması gibi). Uygulayıcı duygu ve düşünceleriyle bireyin yanında olduğunu hissettirmelidir.

4. Yeniden Çerçeveleme (Reframing): Bireylerin seçeneklerinin artırılmasını, duygularının daha kolay baş edebilir bir hal almasını ve konuyla ilgili bakış açısını değiştirebilmeyi hedefler. Bireylerin yeniden üretim sürecidir. Sözcüklerin ve olayların olumlu yanlarının bulunup çıkarılmasıdır. Bireyler yeniden çerçevenilmiş duygu, düşünce ve davranışların görülme sıklığını değiştirebilirler. Gerçekliği dil yaratır temel prensibiyle danışanın gerçekleri yeniden şekillendirilir. Yeniden çevreleme, çözüme giden yolda yol gösterici olabilir. Bazı yeniden çevreleme örnekleri verecek olursak; bebek bakımıyla ilgili kaygı yaşayan bir anneye kaygısı, bebeğini önemseme olarak, sık sık ağladığını ifade eden bir anne için ağlama eylemi, duygularını ifade etmekten çekinmediği yönünde yeniden çerçvelenebilir.

5. Amaç Geliştirme: Bireyin kendinde değiştirmek istediği amaçları konuşulur. Amaçlar bireylerin somutlaştırabileceği ve davranışa dökülebileceği şekilde olmalıdır. Amaçlar olumlu olarak tanımlanır, somut ve detaylıca ifade edilir. Amaçların içine süre ifadeleri yerleştirilir ve geleceğini planlaması istenir. ÇOY’da amaçlar; olumsuz, zararlı, bilmiyorum, imkansız ve olumlu amaçlar olarak beşe ayrılır.

Olumsuz Amaçlar; Birey sorumluklarını yerine getirmeme veya yapmaktan kaçınma gibi duygulara kapılabilir. Bu noktada bireye bir şeyin gerçekleşmemesi için yerine başka bir şey koyabilmesinin gerekliliği hatırlatılır. Yerine koymayı planladığı şeyi birey somut bir şekilde açıklayabilmelidir (Örneğin; “Eğer bebeğini kucağına almaktan korkmuyorsaydın ne olurdu?”, “Daha güzel emzirebilirdim”, “ Öyleyse sen daha güzel emzirmeyi istiyorsun peki senin bebeğini daha güzel emzirdiğini anlayacağın şeyler neler olabilir?” gibi.). Birey “... istemiyorum” şeklinde de olumsuz bir amaç sunabilir. Bu noktada uygulayıcı “ Bu konuyla ilgili sende kaygı yaratan ne?” sorusunu sorarak bireyleri sorumluluk alanının içinde tutmaya çalışır.

Zararlı Amaçlar; Bireyler bazı konularda yıkıcı amaçlar edinebilirler. Yıkıcı sebeplerin aslında içlerinde bazı boşlukları doldurma isteğinden kaynaklandığı bilinmektedir. Örneğin; emzirme esnasında bebeğinde aspirasyon yaşayan anne artık bebeğini emzirmek istemediğini ifade edebilir. Uygulayıcı annenin bu isteğinin bebeğini daha az riskle daha uzun süre yaşatma amacından kaynaklandığını açıklamalıdır.

Bilmiyorum Amaçları; Birey amaç geliştirme yolunda bilmiyorum kanalına yöneliyorsa “Eğer biliyor olsaydın...”, “Tut ki tahmin ettin ...” , “Farz et ki senin kontrolünde...” gibi yönlendirmelerle amaç belirlenmeye çalışılır.

İmkansız Amaçlar; Bireyler bazen uygulayıcıya yapılması mümkün olmayan şeyler ya da hayatta olmayan birinin yanında olmasını isteme gibi imkansız amaçlar sunabilirler. Uygulayıcı bireyi şimdiye ve geleceğe odaklayarak gerçeğe getirmelidir. Örneğin; bebeğimin anneannesi keşke yaşasaydı diyen bir anneye, annenizin en çok nesini özleyorsunuz diye sorulur. Böylece bireyin annesinden beklentileri öğrenilir.

Olumlu Amaçlar; Bireyin başarmayı istediği hedefi somut olarak betimlemeyi sağlar. Diğer tüm amaçlar çeşitli ÇOY teknikleriyle (Yeniden çerçeveleme, olumlama gibi) olumlu amaçlara çevrilir. Zaman içinde değişimlerin değerlendirilebilir bir amaç olması önemlidir.

6. Yardımlı Tekniği ve Resim Tekniği: İnsan toplumsal bir varlıktır. Başına gelen her iyi durumda olduğu gibi üzüntülerini, acılarını ve kayıplarını da etrafındakilerle paylaşır. Bireyin etrafındaki bu insan gücüne dış kaynaklar denir. Bireylerin özünde yer alan güçlü özellikleri, kabiliyetleri, sorunlarla baş etme yolları ve gücü ise bireyin iç kaynaklarını oluşturur. İç ve dış

kaynaklar bireyi destekleyici rolde ve çözüme giden yolda kolaylaştırıcı olabilmektedir. Bireyin bu kaynaklarının ortaya çıkmasında ve etkin kullanılmasında yardımcı tekniğinden faydalanılır. Teknik bireyin elini beyaz bir kağıda çizmesi ve ona yardımcı olacak kaynaklarını her bir parmağa yerleştirmesiyle yapılır. Resim tekniğinde ise bireyin sorununu resmetmesi istenir. Uygulayıcı ile birey resmin üzerinden giderek çözüme ulaşmaya çalışılır (Dölek ve Kunter, 2019).

7. Mektup Yazdırma Tekniği: Bireyin kaynaklarını etkin olarak fark etmesinde, geleceğe umutla bakmasını sağlamada kullanılan bir yöntemdir. Mektup Yazdırma Tekniği uygulayıcının yönergeleri doğrultusunda birey gelecekte bir ana götürülür ve o andan şimdiki kendisine mektup yazması istenir. Mektup Yazdırma Tekniği bu şekilde gelecek odaklı yapılabileceği gibi geçmişten günümüze şeklinde de yapılabilmektedir. Bu teknikle hiçbir sorunun ebedi ve ezeli olmadığı bireye anlatılır (Dölek ve Kunter, 2019).

8. Mucize Soru: Uygulamanın temeli “Kristal Top Tekniği”ne dayanır (Murphy, 1997). Bireyin amacını belirlemesinde ve gelecek beklentisini canlandırmasında kullanılır. Bireye değişimin mümkünliğini, değişimi gözlemlediğinde yaşamak istediklerini hayal ettirir. Uygun bir iletişim seviyesi ve ortamda hafif bir tonda soru oluşturulmalıdır (Akgül ve ark., 2018). Örneğin; “Diyelim ki sen uyurken bir mucize oldu ve sorunun çözüldü. Ama sen daha uyuduğun için mucizenin gerçekleştiğinin farkında değilsin. Sabah uykudan uyandıktan sonra bir bakıyorsun mucizenin gerçekleştiğine dair işaretler var, bu işaretler neler olurdu? Sen onları görünce neler hissederdin? Nasıl tepki verirdin? Senden sonra mucizenin gerçekleştiğini ilk kim fark ederdi? Sendeki hangi değişiklik ona bunu hissettirirdi? Sana neler söylerlerdi, senin cevapların neler olurdu? Başka ? Başka?” şeklinde gerçekleştirilebilir. Böylece birey kendini mucizesini yaşarken bulur ve geleceğe ümitle bakabilmesi sağlanır.

9. İstisnaları (sorunsuz alanları) vurgulamak: Çözüm odaklı görüşme bir problemin, problem istisnası olarak kavramsallaştırılmasıdır (de Shazer,1991). Her problemin kendi içinde sorunsuz alanlar barındırdığı inancı hakimdir. ÇOY teknikleri yoluyla bu sorunsuz alanların genişletilmesi hedeflenmektedir. Değişim süreci, bireyin istisnaları (yani etkili bir şekilde başa çıkabileceği zamanlar) tanımlamasına ve büyütmesine yardımcı olacak şekilde organize edilmelidir. Bazı durumlarda, sorun çözme bireyin istisnalar konusundaki farkındalığının artmasıyla sağlanabilir (de Shazer, 1994). İstisnalar, bireyleri problemle daha iyi başa çıktıklarında zamanları gözlemlenmeleri, geçmişte bu veya başka bir problemi çözmeleri için yönlendiren davranışların

çoğunu yapmaları ve istisnalara anlam atmaları için teşvik ederek motivasyon ve içsel güç daha da artırılır (de Shazer, 1991). Çözüm odaklı görüşme uygulaması genellikle beş aşamadan oluşur: (a) bir problem ve hedefin birlikte oluşturulması, (b) istisnaların belirlenmesi ve büyütülmesi, (c) görevlerin verilmesi, (d) görevlerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve (e) problem ve amacın yeniden değerlendirilmesi (de Shazer, 1994; de Shazer ve ark., 1986; Molnar ve de Shazer, 1987).

10. Derecelendirme Soruları: 10 puanlık bir ölçekte hedeflerdeki sıralama ilerlemesini içerir, “0” en başarısız olunan durumu “10” mucizenin ve bireyin istediği değişimin gerçekleştiği durumu ifade etmektedir (de Jong ve Berg, 1998). Her ne kadar ölçekleme soruları öncelikli olarak hedef belirleme için kullanılsa da, bu teknikle çoklu müdahaleler izlenebilir. Ölçeklendirme soruları, aile üyelerinden öncelikli hedefi belirlemeleri istendiğinde başlar. ÇOY, birey tarafından belirlenen hedeflere odaklanır (Corcoran, 2002; Akgül ve ark., 2018). Derecelendirme, hedeflere ulaşmak için gerekli adımları somut ve spesifik hale getirmektedir (Murphy, 1997).

2.4.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Literatür Çalışmaları

Yurt dışı literatürde çözüm odaklı görüşme tekniklerinin alkol bağımlılığı, depresyon ve psikiyatrik hastaların tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanıldığı görülmektedir (Johnson ve Miller, 1994; Rhodes ve Jakes, 2002; de Shazer ve Isebaert, 2004; Macdonald, 2005; Spilsbury, 2012; Javanmiri ve ark., 2013). Aynı zamanda eş terapisinde (Nelson ve Kelley, 2001), dikkat eksikliği, uyum problemleri, kaygı ve hiperaktivite bozukluğu, riskli davranışlarda da (Dielman ve Franklin, 1998; Perkins, 2006; Reimer ve Chatwin, 2006; Franklin, Streeter, Kim vd., 2007), obezite ile mücadelede (Dolan, 1997) ÇOY’un etkili olduğu görülmüştür. ÇOY’un mesleki danışmanlıkta (Bezanson, 2004), hafif düzeyde zihinsel engelli bireylerin yaşam kalitesini arttırmada (Roeden ve ark., 2011), öğrencilerin öğrenme bozukluğu ve sınıf içi davranış sorunları (Atkinson, 2007; Gingerich ve Wabeke, 2001; Franklin, Biever, Moore vd., 2001; Newsome, 2005; Franklin, Moore ve Hopson, 2008; Brown, Powell ve Clark, 2012) ve akademik başarılarını arttırmada (Daki ve Savage, 2010; Vallaire, Hicks ve Growe, 2011) olumlu çıktıları olduğu belirlenmiştir. Akut psikiyatrik ortamlarda çalışan hemşirelerin alternatif çözüm bulma ve iletişim becerileri (Bowles ve ark., 2001; Stevenson ve ark., 2003; Sadeghi-Shermeh ve ark., 2013), hasta bireylerde iletişim sorunları, telefon danışmanlığı (Polaschek ve Polaschek, 2007; Smith ve ark., 2011) vb. konularda çözüm odaklı bakış açısının etkili olduğu belirtilmiştir.

Wichowicz ve ark. (2017) inme sonrası bireylerde ÇOY’un öz yeterlilik, depresyon ve anksiyete belirtileri üzerine etkilerini incelemek amacıyla yaptığı randomize kontrollü

araştırmada ÇOY uygulamasından sonra depresyon ve anksiyete belirtilerinin yoğunluğunda bir azalma gözlenmiştir. ÇOY uygulanan inme sonrası hastalarda kademeli olarak tahrip edici tutumların azaltılması, genel, görevle ilgili veya sosyal olarak yapıcı davranışlarda ve öz-etkinlikte bir artış gözlenmiştir.

Brzezowski yaptığı Öfkeyle Uyum Sağlayan Bireyler İçin Çözüm Odaklı Grup Tedavi Yaklaşımı tezinde “ifade edilen dışsal öfke” tedavisi için kısa bir çözüm odaklı grup tedavi modeli için önerilen bir protokolü açıklamaktadır. Böyle bir yaklaşım olumlu ve kalıcı değişimin, sorunlara odaklanmış bir yaklaşım yerine çözüm odaklı bir yaklaşım kullanarak nispeten kısa bir sürede ortaya çıkabileceğini varsaymaktadır. Uyumsuz öfke ifadesinin olumsuz ve zararlı sonuçlarını en aza indirmeden veya azaltmadan, çözüm odaklı bir yaklaşım, grup üyelerini öfkelerini uygun bir şekilde yönetmedeki zorluklarını tanımak ve kullanmaktan sorumlu tutmak için güçlendirici bir yaklaşım kullanmayı amaçlamaktadır. Önerilen bu protokol, grup sürecinin aşama aşama tanımlanması ve bu aşamaların her birine özgü müdahaleler ve teknikler ile eksiksiz bir çözüm odaklı tedavi yaklaşımı içermektedir (Brzezowski, 2011).

Franklin ve ark. (2001) çalışmalarında, ÇOY’un okulda çocuklar üzerindeki etkililiğini incelemişlerdir. Çalışmada, öğrenme bozukluğu ve sınıf içi davranış sorunları nedeniyle sevk edilen öğrencilerle psikolojik danışma oturumları yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda, ÇOY ile yürütülen oturumlardan sonra öğrencilerin davranış sorunlarının azaldığı görülmüştür. Newsome (2005), risk alma davranışı gösteren ergenlik çağındaki öğrencilerin sosyal ve davranışsal durumlarına ÇOY’un etkisini incelemiştir. Sonuçlar incelendiğinde, sekiz hafta devam eden psikolojik danışma oturumlarına katılan öğrencilerin sosyal becerilerinin geliştiği görülmüştür. İzleme çalışmalarında da, öğrencilerin kazandıkları sosyal becerileri devam ettirme eğilimleri olduğu ve öğrencilerin davranışlarına ilişkin sorunlar yerine geleceğe ilişkin amaçlar oluşturma üzerinde odaklanmaya başladıkları dikkat çekmiştir. Davranışsal alanda ise öğrencilerin sınıf içi davranışlarının düzeldiği görülmüştür. Franklin ve arkadaşları (2007), okulu bırakan lise öğrencilerine yönelik çözüm odaklı müdahalelerin etkililiğini değerlendirmişlerdir. Yarı deneysel olan çalışmada, öğrencilerin tamamladığı ders sayısı, okula devam durumu ve mezuniyet notlarındaki farklılığın incelenmiştir. Sonuçlar, deney grubundaki öğrencilerin tamamladığı ders sayısının kontrol grubundaki öğrencilerin ders sayısından daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmacılar, ÇOY’un egemen olduğu bir okulda eğitim görmenin, riskli davranışlar gösterme eğiliminde olan ergenlik çağındaki öğrencilerin okul bırakma oranlarını azalttığını vurgulamışlardır. Bir diğer araştırma Franklin ve ark., (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar sınıfta davranış problemleri gösteren ortaokul öğrencilerinin davranışlarının düzeltilmesinde ÇOY etkililiğini değerlendirmişlerdir. Sonuçlar, öğrencilerin davranış

problemlerinin azaltılmasında ÇOY uygulamasının etkili olduğunu; süreç sonunda, öğrencilerin olumlu davranış değişiklikleri deneyimlemeye başladığını göstermiştir. Newsome (2005), risk alma davranışı gösteren ergenlik çağındaki öğrencilerin okula devam durumları ve başarı ortalamaları üzerinde çözüm odaklı kısa süreli psikolojik danışma yaklaşımının etkisini değerlendirmiştir. Sonuçta deney grubundaki öğrencilerin uygulama sonrasındaki okula devam durumlarının ve başarı ortalamalarının, kontrol grubundaki öğrencilerden yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, deney grubundaki öğrencilerin uygulama sonrasındaki okula devam durumlarının ve başarı ortalamalarının uygulama öncesindeki durumlarından yüksek olduğu da bulunmuştur. Johnson ve Miller (1994) araştırmalarında, ÇOY tekniklerini kullanarak depresyon tanısı almış bir çocuğun tedavisini incelemiştir. Sonuçta, vakanın depresyon tedavisinin çözüm odaklı kısa süreli psikolojik danışma yaklaşımı ile tam olarak gerçekleşmediği görülmüştür. Ancak, araştırmacılar çözüm odaklı kısa süreli psikolojik danışma yaklaşımının diğer psikolojik danışma yaklaşımlarına göre daha hızlı bir biçimde uygulanmasının yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Dielman ve Franklin (1998) tarafından yapılan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış bir ergen üzerinde ÇOY etkililiğinin değerlendirildiği çalışmada davranış kontrolü açısından ilerleme olduğu görülmüştür. Rhodes ve Jakes (2002) de dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve paranoid şizofreni tanısı almış bir danışanın tedavisinde ÇOY nasıl uyguladıklarını vaka çalışması yoluyla tanıtmışlardır. Sonuçta, çözüm odaklı yaklaşımın vakanın saplantılı inançlarının azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür. Ancak araştırmacılar, ÇOY uygulamasının çok kısa olmasının tedavinin kalıcılığı açısından düşündürücü olduğunu vurgulamaktadırlar. Ayrıca araştırmacılar, ilaçla tedavinin ve yatarak tedavinin paranoid şizofreni gibi psikotik bozukluklarda daha etkili sonuçlar vereceğini de vurgulamaktadırlar. Gingerich ve Eisengart (2000) 15 araştırmayı meta analitik bir yöntem ile inceledikleri çalışmalarında, çözüm odaklı kısa süreli psikolojik danışma yaklaşımının etkili olup olmadığını değerlendirmişlerdir. Araştırmanın sonucunda, çözüm odaklı kısa süreli psikolojik danışma yaklaşımının sorunların düzeltilmesinde etkili sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür. Kim (2008) tarafından ÇOY etkililiğinin değerlendirildiği 22 araştırma meta analitik yöntem ile incelemiş, ÇOY uygulamasının davranış problemlerinde etkili bir yaklaşım olarak kullanılabileceğini desteklemiştir.

2.4.5. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Çözüm Odaklı Hemşirelik

Çözüm Odaklı Hemşireliğin amacı, değişiklik yaratmak için, reaktif olmaktan ziyade proaktif olmak suretiyle problem merkezli bir odaktan çözüm tabanlı bakıma geçmektir: birey ile

iş birliği yapmak, hemşirelik bakımını eleştirel olarak düşünmek ve toplumla bağlantı kurmak, yalnızca sorunu tanımlayarak ve tedavi ederek değil, aynı zamanda mevcut güçlü yönleri, geçmiş başarıları ve hastanın direncini güçlendirmek için gelecekteki kapasitesini tanıyarak ve inşa ederek vücudun ve zihnin bakımını bütünleştirmektir (Chandler ve Wilson, 2016).

Bowles (2001) ise; çözüm odaklı iletişim ile hemşirelerin problem çözmeye yönelik iletişim becerilerine etkisini incelediği araştırması sonucunda, çözüm odaklı eğitimin hemşirelerin iletişim becerilerini artırdığını saptamıştır. Problem odaklılık sağlık hizmetlerinde tercih edilen yaklaşım olarak kalmaya devam etsede eleştirel düşünme ve akıl yürütme birçok biçim alır. Çözüm yöneliminin hemşirenin ilgi alanlarına daha iyi uyduğunu ve hem eğitim hem de uygulamada ileriye yönelik heyecan verici bir yolu temsil ettiği bilinmektedir. Problem odaklı pek çok yaklaşımda düşünce derine gömülür, kabul edilir ve tartışılmaz. Hemşirelik sadece sorunlarla değil, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerde sağlıklı bireylerle de çalışma alanı gerektirdiğinden bakış açısı çok yönlü olabilmelidir. Problem çözüme, toplumumuz tarafından da yaşamın her alanına entegre edilmeye çalışılan bir yaklaşımdır. Özel bir bilişsel beceri gerektiren bu yaklaşım bireyin önceki yaşamışlıklarından kendi zihin haritasını oluşturarak gerek deneme-yanılma yoluyla gerek akıl yürütme içerisinde çözüme kavuşabilmesidir. Hemşire bu noktada sadece yol gösterici ve destekleyici konumdadır, birey önüne çıkan seçeneklerden istediğini seçer. Gözlemci ve destekleyici roldeki hemşire bazen, bir cevap ile problemleri çözebilirken, bireye bu çözüm yolunu açıkça ifade etmez çünkü amaç bireyin özerkliğini sağlayarak onun kendi çözüme giden yolunu çizebilmesini sağlamaktır. Çözüm Odaklı Hemşirelik uygulamalarında çözüm hedefi her problemin çözümünün olduğu anlamına gelmez bazı yas duyguları ya da zararlı amaçlar edinmiş bir birey için bu duygularla baş edebilir seviyeye gelmesi de çözümü içermektedir. Birey böylelikle hayatta kalmak, üstesinden gelmek ve dayanıklılığı sürdürmek için mücadele eder. Bireyin özerkliğinin kurulması ve sağlanması görüşmelerin hemşirenin varlığına odaklanmamasını ve kendi başına var olan başatma mekanizmalarının aktifleştirilmesini kolaylaştırmaktadır (Chandler ve Wilson, 2016). Çözüm odaklılık, hemşire-birey çalışmasının bir parçası olarak problem çözmeyi kabul eder, ancak problemlerin sağladığı güçlü yanları da olumlulama ile öne çıkarır. Çözüm Odaklı Hemşirelik mantık ve yaratıcılık, tündengelimli ve tümevarımlı düşünme, hayal gücü ve akıl, problem çözüme ve çözüm aramayı içerir. Çözüm Odaklı Hemşirelik uygulamaları pratiktir ve süreç odaklıdır. Sağlık hizmetlerinin hem verimliliğine hem de etkinliğine fayda sağlayacaktır. Yaratıcı düşünmeyi vurgular ve düşünce teknik bilginin ötesine geçer. Yeni bilgi için olanaklar yaratır, sınırları zorlar ve hemşireliği potansiyel olarak ilerletir. Çözüm Odaklı Hemşirelik müdahalesinde daha az konuşulur ve daha

çok dinlemeye çalışılır, değişimin gerekli olduğunu kabul edilir. Hemşireler, görüşmeler esnasında esnek kalabilmeyi başarmalıdır. Oluşturulan güzel bir ortam empati, yeniden çerçeveleme, odaklanmayı güçlendirir ve bireyde umut, sosyal bağlantılar gibi yardımcı becerilerin geliştirilmesini destekleyebilmektedir. Çözüm odaklı hemşireler yaşam boyu öğrenme ilkesini, çözümler için yaratıcı düşünmeyi ve kanıta dayalı uygulamaları mesleki kimliklerine entegre etmelidirler (McAllister, 2003).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ön test-son test randomize kontrol gruplu müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, 20.09.2019-01.05.2020 tarihleri arasında, Sivas il merkezinde bulunan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi ve Sivas Medicana Hastanesi'nin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın devamı ise ev ziyareti tekniğiyle annelerin evlerinde yürütülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan hastanelerde prematürelere özel bir yoğun bakım ünitesi bulunmamakta ve prematüre bebekler yenidoğan yoğun bakım ünitelerine alınmaktadır. Her yoğun bakım ünitesinde ortalama 20 adet küvöz bulunmaktadır. Bu merkezlerde ortalama 30 hemşire, 1 neonatoloji uzmanı ve 1 asistan hekim iş birliğiyle çalışmaktadır.

Prematüre bebek ebeveynleri, bebeklerini 12.30-13.00 saatleri arasında ziyaret etmektedir. Her üç YDYBÜ de 3 düzeyden oluşmaktadır. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi'nde anne oteli bulunmaktadır. Hastanelerin hepsi 'Bebek Dostu Hastane'dir. Emzirme saatleri 3 saatte bir yapılmaktadır. Hastanelerin hepsinde yenidoğan ekibinin oluşturduğu taburculuk protokolü bulunmaktadır. Bu protokol kapsamında yenidoğan ekibinin taburculuk sürecinde verdiği ortak eğitimler şunlardır: yenidoğan beslenmesi (emzirme sıklığı, emzirme süresi, emzirme teknikleri), yenidoğan hijyeni (banyo yapma sıklığı ve nasıl yapılacağı, göz, ağız, burun bakımı, alt bakımı), uyutma pozisyonları, aşı ve gelişim takipleri ASM takip kaydı ve takipleri, kalça ultrasonografi takibi, Rop muayenesi kontrolü). Ayrıca taburcu olurken işitme tarama testlerinin yapılması, sarılık belirtileri yönünden takip edilmesi vb. konularda eğitimler verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Sivas il merkezinde bulunan üç hastanenin (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi ve Sivas Medicana Hastanesi) YDYBÜ'nde yatan ve taburculuk süreci başlatılmış prematüre bebeklerin anneleri oluşturmaktadır (n=150).

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme hastanelerin YDYBÜ'lerinde yatan ve taburculuk süreci başlatılmış, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden prematüre bebeklerin anneleri oluşturmuştur. Literatürde prematüre doğum sıklığı ile ilgili çalışmalar doğrultusunda (Akbaş ve ark., 2019), ana kütlelin standart sapması 0,30 ve etki büyüklüğü ise (effect size, difference) 0,35 olarak tahmin edilmiştir. Yüzde 95 (testin gücü $1-\beta=0,948935$) güç ile yüzde beş önem seviyesinde örneklem grubu olarak müdahale ve kontrol grubuna toplam 40 prematüre bebek sahibi anne alınmıştır.

Araştırma uygulamasının yapıldığı tarih aralığında, taburculuk planı yapılan ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nden 20 ve üzerinde puan alan prematüre bebek anneleri belirlenmiştir. Bebeğin doğum haftası, hastanede yatış süresi, annenin yaşı ile annenin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puanına göre Minitab 16 istatistik paket programı yardımı ile randomizasyon yapılmıştır (Çizelge 3.6.2.1). Randomizasyona göre her grupta 20 prematüre bebek annesi olmak üzere toplam 40 anne ile müdahale ve kontrol grubu oluşturulmuştur.

Bu doğrultuda araştırmaya dahil edilmeme ve çıkarılma kriterlerine göre 11 anne araştırma dışı bırakılmıştır. Uygulamaya örneklem sayısına ulaşılan kadar devam edilmiştir. Araştırma, 20 anne müdahale grubu ve 20 anne kontrol grubu olmak üzere toplamda 40 anne ile sonlandırılmıştır.

3.4.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- 1) İlk kez annelik deneyimi yaşamak (Primipar olmak)
- 2) Prematüre bebeğe sahip olmak,
- 3) Okur-yazar olmak,
- 4) Taburculuk sürecinde olmak,
- 5) Anne bebek uyum odasına alınmış veya uyum süreci başlatılmış olmak.
- 6) Kaygı envanterlerinden en az birinden 20 ve üzerinde puan almış olmak

3.4.2. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri

- 1) Taburculuk sürecinde olmamak,
- 2) Annenin görüşme ile anlaşılır düzeyde, ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalığının bulunması,
- 3) Annenin görüşmeleri sonuna kadar sürdüremeyeceğini ifade etmesi,
- 4) Annenin araştırmanın uygulama tarihleri arasında il dışında bulunacak olması.

3.4.3. Sonlandırma Ölçütleri

- 1)Herhangi bir sebeple bebeğin bu süreçte exitus olması (aile araştırma dışından desteklenecektir),
- 2)Araştırma grubunda toplam görüşmelerin %20'sine katılmama,
- 3)Kontrol grubunda tekrarlı ölçümlerden herhangi birine katılmama,
- 4)Araştırmanın herhangi bir aşamasında kendi rızası ile ayrılmak isteme.

3.4.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- 1.Durumluk Kaygı Ölçeği (Durumluk kaygı düzeyi)
- 2.Sürekli Kaygı Ölçeği (Sürekli kaygı düzeyi)
- 3.Çözüm Odaklı Envanter (Çözüm odaklı beceri düzeyleri)

Bağımsız Değişken

1. ÇOY Uygulaması (Prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan anneler için ÇOY yol haritası)

Kontrol Değişkenleri

- 1.Annenin Yaşı
- 2.Annenin Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçek Puanı
- 3.Bebeğin Doğum Haftası
- 4.Bebeğin Hastanede Yatış Süresi

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak; anne ve bebeklerin tanıtıcı özelliklerini içeren “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu”, “Çözüm Odaklı Envanter”, “Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği” kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Sassá ve ark., 2014; Bingöler Pekcici ve ark., 2016; Bora Güneş, 2018; Akbaş ve ark., 2019) oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formunda; anne hakkında 28 soru ve bebeğe ilişkin 10 soru olmak üzere toplam 38 soru bulunmaktadır. Formun doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Tanıtıcı bilgi formunda annenin ve babanın sosyodemografik özellikleri olarak; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, annenin kronik hastalık durumu, sosyal faaliyetlerde bulunma durumu ve madde kullanım durumu sorgulanmıştır. Ayrıca annenin obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik (gebelik sayısı, çoğul gebelik, isteyerek gebe olup olmadığı, gebelik sürecinde bir sağlık problem yaşayıp yaşamadığı, kontrollere gitme durumu ve gebelik şekli) sorular bulunmaktadır. Ek olarak annenin bebek bakımda yardım alacağı primer kişilerin varlığı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeğini görme sıklığı, taburculuk eğitimi alıp almadığı, taburculuğa hazır hissedip hissetmediği, bebeğini ilk ne zaman gördüğü ve bebeğine doğum sonrası ne gibi girişimler uygulandığına dair sorularda yer almaktadır.

Bebek tanıtıcı bilgi formunda ise bebeğin doğum ölçüleri, şimdiki ölçüleri, hastanede kalış süresi ve beslenmesine dair sorular bulunmaktadır.

3.5.2. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu (Ek-2)

Bora Güneş (2015) tarafından geliştirilen bu formda annenin ev ortamında profesyonel destek almadan bebeğin alanlara göre bakım gereksinimlerini karşılayabilme yeterliliği sorgulanmaktadır. Oluşturulan bakım başlıklarının, literatür (Konukbay ve Taş Aslan, 2011; Taş Aslan, 2013; Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2014; Çavuşoğlu, 2015) doğrultusunda ve iki neonatoloji uzmanı ve iki yenidoğan hemşiresinden uzman görüşü alınarak belirlendiği ifade edilmektedir (Bora Güneş, 2015). Gereksinimlere yönelik ifadelerin kapsam geçerliliği için Davis tekniğinden yararlanıldığı, “kapsam geçerlik indeksi”nin tüm ifadeler için kabul edilebilir düzeyde bulunduğu bildirilmiştir (Bora Güneş, 2015).

Formda, “temel beceriler” (4 madde), “beslenme” (10 madde), “banyo” (3 madde), “vücut bakım ve hijyeni” (9 madde), “giyinme” (3 madde), “uyku” (3 madde), “hastalıklardan korunma ve güvenlik” (9 madde) ve “ebeveyn-bebek ilişkisinin güçlendirilmesi” alanlarına yönelik ifadeler maddelenmiştir (Bora Güneş, 2015). Ancak kapsam geçerliliği çerçevesinde oluşturulan bu maddeler için herhangi bir ölçek geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmamıştır. Formun geliştirildiği çalışmada annelerin kendini yetersiz ve kısmen yeterli olarak ifade ettiği yedi bakım alanına ilişkin hemşirelik süreci başlatılmıştır (Bora Güneş, 2015).

Bu çalışmada ise bu form, sekiz bakım alanına dair kendini yetersiz ve kısmen yeterli olarak ifade eden prematüre bebek annelerini tespit etmek amacı ile kullanılmıştır. Formdan elde edilen veriler, her prematüre bebek annesine uygulanan Bireysel Çözüm Odaklı Yaklaşım (BÇOY) müdahalesinin içeriğini yapılandırmada fayda sağlaması amaçlanmıştır.

3.5.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek-3) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-3, Ek-4)

Ölçekler, Spielberger ve ark (1970) tarafından geliştirilmiştir. Durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeği olarak iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Türkçe uyarlaması Öner ve LeCompte (1985) tarafından yapılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) bireyin belirli bir anda belirli koşullarda içinde bulunduğu durumda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesidir. Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ise bireyin kaygı yaşamasına olan yatkınlığıdır. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireyler durumluk kaygıyı daha sık yaşarlar (Öner ve Le Compte, 1985). DKÖ bireylerin kaygı, korku ve şiddet seviyelerindeki değişimleri belirlemek için, aynı bireylere değişik zamanlarda benzer ya da farklı yönergelerle uygulanabilmektedir. SKÖ ise geçici koşullara bağlı olarak değişen duygulara duyarlı değildir (Öner ve Le Compte, 1985). Her iki ölçek için de cevap seçeneklerinin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişir. DKÖ'nin maddeleri duygu veya davranışın şiddet derecesine göre; hiç (1), biraz (2), çok (3), tamamıyla (4) ifadelerinden birinin işaretlenmesiyle cevaplanır. SKÖ'nin maddeleri ise duygu veya davranışın sıklık derecesine göre; hemen hiçbir zaman (1), bazen (2), çok zaman (3), hemen her zaman (4) ifadelerinden birinin işaretlenmesiyle cevaplanır (Spielberger ve ark., 1971; Öner ve Le Compte, 1985; Öner, 2006) .

Ölçeklerde olumsuz duyguları belirleyen doğrudan ya da düz (direct) ve olumlu duyguları belirleyen tersine dönmüş (reverse) ifadeler bulunmaktadır. Ölçekler puanlanırken ters ifadeler; 1=4 puan, 2=3 puan, 3=2 puan, 4=1 puan olarak dönüştürülür. DKÖ'nde 10 (1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. maddeler), SKÖ'nde ise 7 tane (21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeler) tersine dönmüş ifade bulunmaktadır (Öner, 2006; Öner ve Le Compte 1985). Puanlamada, doğrudan olan ifadelerin toplam puanından ters olan ifadelerin toplam puanı çıkarılmaktadır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer DKÖ için 50, SKÖ için 35'dir. En son elde edilen değer, bireyin kaygı puanıdır. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasındadır. Yüksek puan kaygının yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayıları durumluk kaygı ölçeği için .83-.92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .83-.87 arasında saptanmıştır. (Spielberger ve ark., 1971; Öner ve Le Compte, 1985; Öner, 2006).

Önemli bir ayrıntı olarak yönergede, ölçeklerin isimleri bir arada yazıldığında “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri”, ayrı ayrı yazıldığında ise “Durumluk Kaygı Ölçeği” ve “Sürekli Kaygı Ölçeği” şeklinde ifade edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Öner ve Le Compte, 1985; Öner, 2006). Bu araştırmada ayrı ayrı ifade edilmiş ve bu şekilde değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.5.4. Çözüm Odaklı Envanter

Grant ve ark. (2012) tarafından geliştirilen Çözüm Odaklı Envanter (ÇOE)'in Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini Şanal Karahan ve Hamarta (2015) yapmıştır. Çözüm odaklı envanter 12 maddeden oluşan bir ölçektir. 6'lı Likert tipi bir ölçektir (1= kesinlikle katılmıyorum, 6= kesinlikle katılıyorum). Çözüm odaklı envanterin alt boyutları şunlardır:

1.Problemden ayırma: 1., 2., 4., 5. maddeler,

2.Hedefe yönelim: 9., 10., 11., 12. maddeler,

3.Kaynakları harekete geçirme: 3., 6., 7. ve 8. maddelerdir. 1, 2, 4, 5. maddeler ters puanlanmaktadır. Bir bireyin düşünce sisteminin çözüm yapılandırılmasına ne derece eğilimi olduğunu değerlendirmede etkili bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirlenmiştir (Şanal Karahan ve Hamarta, 2015).

Bu araştırmada ise Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Çözüm Odaklı Envanterin ilk ve son izlemlere göre güvenilirlik katsayıları hesaplanmış ve orijinal ölçek katsayıları ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 3.5.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Çözüm Odaklı Envanter Güvenirlik Katsayıları (Cronbach Alpha) İzlemlerine Göre Dağılımı

	N	Orijinal Ölçek	İlk izlem	İkinci izlem	Son izlem
Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçek Puan Katsayıları					
Durumluk Kaygı Puanı	448	.83-.92	.883	.943	.949
Sürekli Kaygı Puanı	448	.83-.87	.818	.910	.902
Çözüm Odaklı Envanteri Ölçek Puan Katsayıları					
Problemden ayırma puanı	564	.78	.850	.698	.850
Hedefe yönelim puanı	564	.78	.868	.906	.875
Kaynakları harekete geçirme puanı	564	.68	.662	.861	.664
Çözüm Odaklı Envanter toplam puanı	564	.83	.686	.856	.898

Ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının incelenmesinde Durumluk ve Sürekli kaygı alt boyutlarının orijinal ölçekteki katsayılara benzer olduğu görülmüştür. Çözüm Odaklı Envanteri Ölçek puan katsayıları incelendiğinde ise problemden ayırma alt boyutu ikinci izlemi, kaynakları harekete geçirme alt boyutu birinci izlemi ile son izlemi ve çözüm odaklı envanterin toplam puanının birinci izleminin orijinal ölçekteki katsayılardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun örneklem sayısındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

3.6.1. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması Eylül 2019 tarihinde Sivas ili merkezinde bulunan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde, araştırma ölçütlerine uyan ve ön uygulama görüşmesini kabul eden beş anne ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında annelerden gelen geri bildirimler ve araştırmacının gözlemleri ile formlar yeniden düzenlenerek son hali verilmiştir. Ön uygulamaya alınan anneler örnekleme dahil edilmemiştir.

3.6.2. Uygulama

Araştırmanın uygulaması 20 Eylül 2019 - 1 Mayıs 2020 tarihleri arasında prematüre bebek anneleri ile hastanede anne uyum odasında ve taburculuk sonrasında evlerinde ev ziyareti yapılarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler yaklaşık yedi ayda tamamlanmıştır.

İlk olarak 20 Eylül 2019- 30 Ocak 2020 tarih aralığında dönüşümlü günlerde, hastanelerin YDYBÜ'lerinde prematüre bebeği yatan annelerden araştırmaya alınma ölçütlerine uygun olan prematüre bebek anneleri ile görüşme yapılmıştır. Görüşmenin tanışma boyutunda araştırmacı önceden tespit ettiği prematüre bebek ve annesinin anne-bebek uyuma alınmadan 2-3 gün öncesinde anneye kendini tanıtmıştır. Annelerin bebek bakımına dair nasıl hissettiklerini ve bu süreci iyi yönetip yönetemediklerini sorgulamıştır. Annelerden kaygı yaşadığını ifade edenlere ve araştırmaya dahil edilme, dışlanma ve çıkarılma kriterlerine uyan annelere anket ve ölçekler uygulanmıştır. Annelere araştırmanın amacı ve süreci ile ilgili bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutularak imzalamaları sağlanmıştır. "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu", "Çözüm Odaklı Envanter", "Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ)" anne-bebek uyum süreci başlamadan bir önceki gün doldurulmuştur. Annelerden DKÖ'yi bebeğine bakım verdiği anda neler hissettiği ve düşündüğüne göre; SKÖ ise kendilerini bakım verirken yaşadıkları hisleri ve düşünceleri ne sıklıkta yaşadıklarına yönelik cevaplandırmaları istenmiştir. Ulaşılabilirliği sağlamak için araştırmacıya ait telefon numarası anneler ile paylaşılmıştır.

Müdahale grubuna seçilen taburculuk sürecinde prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan anneler ile BÇÖY görüşmeleri yapılmıştır. Görüşmelerin ilk dördü hastanede anne-bebek uyum sürecinde diğer dördü anne ile belirlenen gün ve saatte bir gün önceden teyit ederek ev ziyareti tekniği ile gerçekleştirilmiştir.

Görüşme saatlerine prematüre bebek anneleri ile birlikte karar verilmiştir. Bu görüşmeler bebek taburcu olana kadar hastanelerin anne uyum odasında, annelerin anne uyum odası uygun

olduğu saatlerde, taburcu olduktan sonra ise yine anneye uygun olan saatte alınan randevular ile ev ortamında gerçekleştirilmiştir.

Müdahale grubundaki annelere uygulanan çözüm odaklı bireysel görüşmeler ile annelerin, kaygı ile baş etme ve prematüre bebek bakımını sağlıklı bir şekilde yönetme becerisini desteklemek amaçlanmıştır. Literatürde de ÇÖY’da en iyi verimin ortalama 6-10 oturumluk bir görüşme ile sağlandığı belirtilmektedir (Molnar ve Shazer, 1987). Bu doğrultuda annelere sekiz görüşmeden oluşan BÇÖY uygulanmıştır. Ancak daha fazla görüşmeye gereksinimi olduğunu ifade eden üç prematüre bebek annesi ile gereksinim doğrultusunda görüşme sayısı arttırılmıştır. Diğer taraftan dört prematüre bebek annesi beşinci ve altıncı görüşmelerde “istisnaların belirlenmesi”, “olumlu amaç geliştirme”, “yardım eli” ve “mektup yazdırma” tekniklerini kullanarak, bakım gereksinimlerini karşılayabilmede daha yeterli olduğunu ve kaygı düzeyinin azaldığını hissettiğini ifade etmiştir. Bu ifadeleri pozitif geribildirim ile desteklenmiş, ancak görüşmeler sonlandırılmamış, sekiz görüşme tamamlanmıştır. Annelerin kendilerini yetersiz hissettikleri bakım alanlarını, daha rahat görebilmeleri için Prematüre Bebeği Olan Annelerin Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu (Ek-2)’ndaki ifadeler her izlem sonrasında kendilerine somut örnekler olarak sunulmuştur.

Bu doğrultuda BÇÖY uygulamasında, her prematüre bebek annesi ile planlanan görüşmelerden önce, Ek-2 formu aracılığı ile annelerin gereksinim duydukları yedi bakım alanına yönelik maddelenen ifadeler (Bora Güneş, 2015) tespit edilmiştir. Bu tespite göre başlatılan görüşmelerde, annenin yetersiz ve kısmen yeterli olunan bakım alanlarına (temel beceriler, beslenme, banyo, vücut bakım ve hijyeni, giyinme, uyku ve hastalıklardan korunma ve güvenlik) yönelik çözüm odaklı teknikler (olumlu amaçlar belirleme, mucize soru, mektup yazdırma, derecelendirme ve yeniden çerçeveleme) uygulanmıştır. Gereksinime göre her görüşmede birden fazla ÇÖY teknikleri kullanılmıştır.

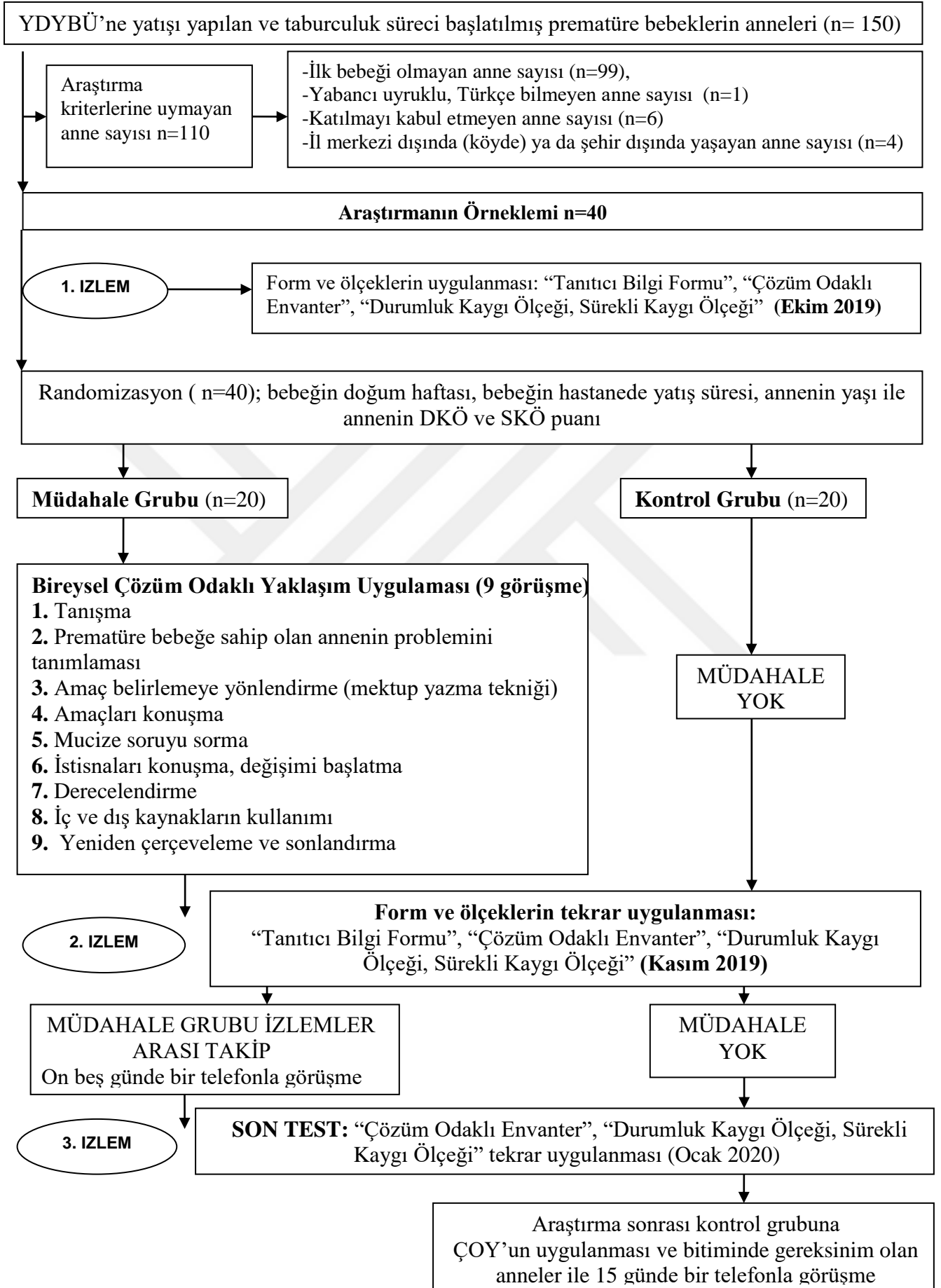
Müdahale grubundaki 20 prematüre bebek annesinin sekiz oturumluk BÇÖY müdahaleleri uygulanmadan önce, uygulandıktan sonra ve iki ay sonra olmak üzere toplam üç izlem yapılmıştır. Prematüre bebeklerin evdeki bakım gereksinimlerinin taburcu olduktan sonraki üç aylık dönemde daha yoğun olması (Taş Arslan ve Turgut 2013; Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi, 2014) ve buna paralel annenin de gereksinimleri karşılamada yetersizlik kaygısının fazla olması (Bora Güneş, 2015) nedeniyle izlemler taburculuk sonrası ilk üç aylık süreçte yapılmıştır. Her izlemden önce görüşmeler başlamadan önce uygulanan “Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu”, “Çözüm Odaklı Envanter”, “Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği” tekrar uygulanmıştır. Ev ziyareti tekniği ile yürütülen izlemler telefon görüşmeleri ile de desteklenmiştir. Prematüre bebek anneleri özellikle telefon

görüşmelerinin ev ziyaretleri sonrasında ya da ev ziyaretleri dışındaki zamanlarda sormak istedikleri konularda kolaylaştırıcı olduğunu ifade etmişlerdir. İkinci izlem sonrası üçüncü izleme kadar on beş gün de bir müdahale grubu ile telefon görüşmeleri yapılarak süreç değerlendirilmiştir. Telefon görüşmelerinin kapsamı; annenin prematüre bebek bakımına ilişkin duyduğu kaygıyı nasıl yönettiğini ve BÇOY görüşmeleri olmadan ÇOY yaklaşımlarını uygulanarak karşılaştığı yeni bakım sorunlarını, kaygısını kontrol edip edemediğini belirlemeyi içermektedir.

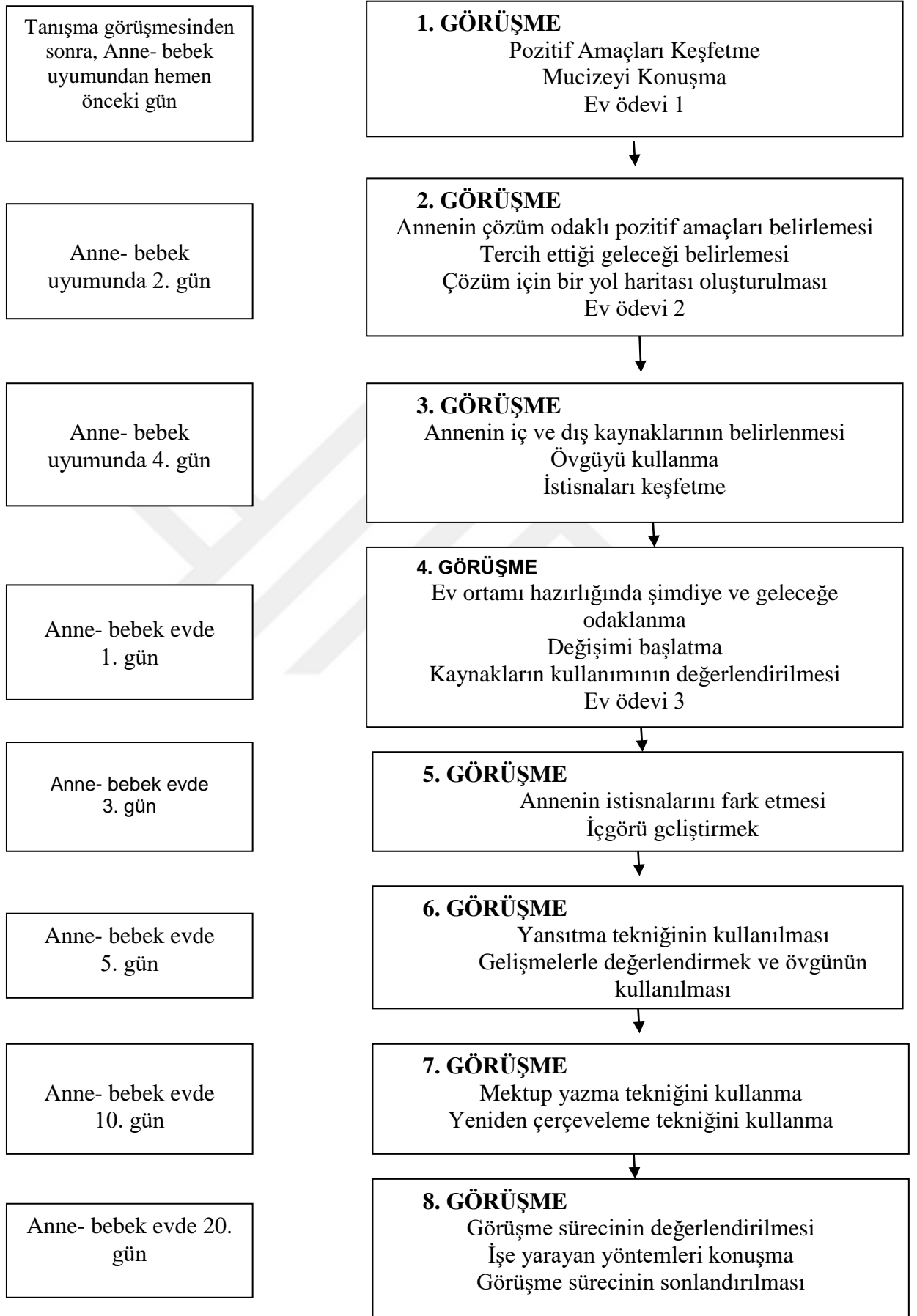
Üçüncü izlemler devam ederken Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alarak yayılan yeni koronavirüs (COVID-19) pandemisinin (DSÖ, 2020) Türkiye'de 11 Mart 2020 tarihinde görülmeye başlaması ile bazı kısıtlamalar yapılmıştır (T.C., Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu önlem ve kısıtlamalar kapsamında Türkiye'de araştırmanın yapıldığı ilin de içinde bulunduğu tüm illerde "Evde Kal", "Hayat Eve Sığar" uygulamaları ile özellikle riskli grupların (bebek, çocuk, kronik hastalığı olan ve 65 yaş ve üzeri olanların) gerekli uyarılara dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (T.C., Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu kapsamda doğum haftaları ve hastanede kalış süreleri kendi içinde farklılık gösteren müdahale ve kontrol grubundaki prematüre bebek ve annelerinin üçüncü izlemlerinde yeni düzenlemeler yapılmasına gereksinim duyulmuştur. Bu doğrultuda COVID-19 Pandemisi nedeniyle üçüncü izlem telefon görüşmeleri yapılarak süreç değerlendirilmiştir (Çizelge 3.6.2.2). Bu süreçte anneler pandemi nedeniyle hastanelere gitmekte tedirginlik yaşadıklarını ifade etmişler ve araştırmacı ile yapılan çözüm odaklı telefon görüşmelerinin etkili olduğunu belirtmişlerdir. Görüşmeler her bir anne için 3 ay sürmüş olup, toplam 7 ayda tamamlanmıştır.

Kontrol grubuna atanan ve ön test uygulamaları tamamlanan prematüre bebek annelerine ise uygulamanın başlamasından izlem aşamasına kadar hiçbir müdahalede bulunulmamıştır. Kontrol grubundaki prematüre bebek anneleri hastanede kaldıkları süre boyunca hastanelerin YDYBÜ'nin taburculuk protokolleri kapsamında bilgilendirilmişlerdir. Kontrol grubundaki aylık birinci, ikinci ve üçüncü izlemleri tamamlanan 20 prematüre bebek annesine ilgili form ve ölçekler ("Durumluk Kaygı Ölçeği", "Sürekli Kaygı Ölçeği", "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu" ve "Çözüm Odaklı Envanter") tekrar uygulanmıştır. Araştırmanın tamamlanması sonrasında kontrol grubuna da BÇOY uygulanmıştır (Çizelge 3.6.2.1).

Çizelge 3.6.2.1. Araştırma Deseni



Çizelge 3.6.2.2. Çözüm Odaklı Görüşme Planı



3.6.3. Araştırmacının Eğitimi

Araştırmacı 2-3 Mart 2019 tarihinde İstanbul'da düzenlenen 16 saatlik "Kısa Süreli Çözüm Odaklı Yaklaşım Danışmanlık Eğitimi" kursuna katılmıştır (Ek-6). Aynı zamanda araştırmacı 2018-2019 Bahar yarıyılında Yüksek Lisans ders kapsamında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programında "Halk Sağlığı Hemşireliğinde Çözüm Odaklı Yaklaşım Uygulamaları" dersini 2019 yılı içerisinde tamamlamıştır.

3.6.4. Prematüre Bebeğe Sahip ve Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Anneler İçin Çözüm Odaklı Yaklaşım (ÇOY) Yol Haritası

Prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan anneler için ÇOY programının her bir görüşme içeriği aşağıda belirtilmiştir. Ergenlerle yapılan ÇOY yaklaşımı çalışmalarında grup odaklı ÇOY uygulamalarının faydalı olduğu düşünülse de yetişkin prematüre bebek annelerinin oluşturduğu bu grupta BÇOY uygulamasının daha faydalı olduğu düşünülmektedir (Köktuna, 2007; Bulut, 2008; Çitemal, 2014; Yıldırım, 2019). Prematüre bebek anneleri bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılamak için kendi özel zamanlarından bile feragat ederek onun bakımını karşılamaya çalışmaktadır. Böyle bir süreçte grup görüşmeleri için vakit ayırmalarının zorlu olacağı öngörülmüştür (Balkaya, 2002; Kurnaz ve Gençalp, 2007; Taş Arslan ve Turgut, 2013). Görüşmeler her prematüre bebek annesi için bireysel yapılmıştır.

Tanışma Görüşmesi; anne-bebek uyum odasına alınmadan ya da anne-bebek uyum süreci başlatılmadan iki-üç gün öncesinde yapılmıştır.

Tanışma görüşmesinin ilk amacı; araştırmacı kendini tanıtmayı, annenin kaygı seviyesini belirlenmesi ve bu kaygısını çözüm odaklı yaklaşım tekniğiyle çözmek için çalışmada yer alıp almayacağının kararının tespit edilmesidir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve araştırma kriterlerine uymayan anneler ile görüşme teşekkür edilip sonlandırılmıştır.

Tanışma görüşmesinin ikinci amacı; araştırmaya katılmayı kabul eden anne ile tanışmanın sağlanması ve araştırmanın amacının anlatılmasını ve ayrıntılı bilgilendirmeyi içermektedir. Anneye gizlilik ilkesi ve sınırları anlatılmıştır. Görüşme sürecinin kuralları belirlenmiştir.

1. GÖRÜŞME: Anne Bebek Uyum Odasına Alınmadan ya da Anne Uyum Süreci Başlatılmadan Bir Önceki Gün

Amaç: Pozitif Amaçları Keşfetme ve Mucizeyi Konuşma teknikleri kullanılmıştır.

Hedefler:

- Prematüre bebek sahibi olma ve prematüre bebek bakımı ilgili düşüncelerinin öğrenilmesi,
- Gerçek merakı kullanarak anne-bebek hakkında geniş bilgi sahibi olma,
- Çözüm odaklı pozitif amaçları belirleme,
- Mucize soruyu sormak, sihirli değnek veya beyaz küre etkinliği gerçekleştirme,
- Mucizenin gerçekleşmesi için kimlerin neler yapacağını belirleme,
- Ev Ödevi 1'i verme çerçevesinde görüşme planlanmıştır.

Görüşme Süresi: 30-40 dk

Uygulama Süreci:

• Annenin kendini ve bebeğini tanıtmayı istenmiştir. Görüşme esnasında gerçek merak, hak verme, övgü ve annenin kullandığı dili kullanma teknikleri kullanılmıştır.

• Anneye “Bu görüşmeler sonucunda kendinizden beklentiniz nedir?”, “Kaygınızı kontrol ettiğinizde bebeğiniz ve sizin için neler daha iyi olabilir?” soruları sorularak gelmek istediği noktayı fark etmesi sağlanmıştır.

“**Ne olursa artık beni görmeye ihtiyacınız kalmadığını düşünürsünüz?**” soruları yönlendirilerek durum somutlaştırılmaya çalışılmıştır.

• Annenin amaçlarını olumlu ve gözlemlenebilir eylemler olarak tanımlaması sağlanmıştır (Amaç belirleme). **Dikenli bir alanın olduğunun kabulü diğer alanların çiçekli olduğunu gölgeleyemez.** Bu doğrultuda annenin amaçları; neyi yapmak istiyor, neyi daha iyi yapmak istiyor bu çerçevede planlanmıştır.

Annenin amaç belirleme sürecinde “olumsuz”, “imkansız” ya da “bilmiyorum” şeklinde amaç oluşturması durumunda araştırmacı amaçları olumlu amaçlara çevirmeye çalışmıştır. Hemşire “..... yerine” ne yapılabilir şeklinde anneye iletir ve olumsuz, imkansız amaçları olumlu amaçlara çevirir. Bilmiyorum amaçlarında ise hemşire, anneye “Düşün ki biliyorsun/bilseydin nasıl olurdu?” gibi sorular sorarak amaçların somut, ölçülebilir ve davranışsal olarak netleştirilmesi sağlanmıştır.

• Hemşire, anneye “Şimdi size bir soru soracağım. Cevap verebilmek için biraz hayal gücü gerekebilir. Ancak bu soru hangi noktaya ulaşmak istediğinizi belirlemede bizim için güzel bir anahtar. İsterseniz gözlerinizi kapatabilirsiniz (Mucize soru tekniği).

Düşünün ki bu gece siz uyurken bir mucize oldu. Mucize, şuan kaygı duyduğunuz her şeyi

çözmüş. Ancak siz uyuduğunuz için daha bu mucizenin olduğunu bilmiyorsunuz. Sabah uyandıığınızda da hiç kimse size mucizeden bahsetmiyor.

Size bu mucizenin gerçekleştiğini gösteren ilk işaret ne olurdu?,

Bu mucizenin gerçekleştiğini ilk kim fark ederdi?,

Sizde fark ettiği şey ne olurdu?,

Bu farklılığı gözlemlediklerinde size yaklaşımları nasıl olurdu?,

Siz bu yaklaşımlarına karşılık onlara nasıl yanıt verirdiniz?,

Bu mucizeden sonra neleri farklı yapıyor olurdunuz?, Bu mucize gerçekleştikten sonra başka ne farklı olurdu? (“Başka ne?” sorusu 3-4 defa sorulur).

Bu gece bu mucizenin gerçekleşmesi için siz dahil kim ne yapmalı?, Bu mucize şimdiden gerçekleşmiş gibi davranabilir misiniz?” gibi sorular sorularak mucize en ince ayrıntısına kadar anneye anlatılmıştır. Böylece annenin yerine getirmesi gereken kendi sorumluluklarını ve değiştirmek istediği yönlerini fark etmesi sağlanmıştır. Anneye olumlu değişim sağlamayı hedeflediği alanları ayrıntılandırma fırsatı sunulmuştur.

• Sonrasında anneye “**Şu an elinizde sihirli bir değneğiniz olsaydı neleri değiştirmek isterdiniz?**, Nelerin aynı kalmasını isterdiniz?” soruları sorularak annenin belirgin mucizelere yönelmesi sağlanmıştır (Sihirli değnek tekniği). Aynı kalmasını istediği şeyleri sürdürmedeki başarısı konuşulmuştur. Geçmişte başardığı şeyler bulunarak, annenin çabası övülmüştür.

• “Başa çıkma soruları” ile bireyin bu sorunla mücadele etmede neleri yararlı bulduğunu, hangi baş etme yöntemlerini kullandığını ortaya çıkarmak için kullanılmıştır.

• Anneye olumlu bir geleceğe odaklanması/hayal etmesi amacıyla beyaz küre etkinliği yapılacağı söylenmiştir (beyaz küre tekniği). “Beyaz sihirli bir kürenizin olduğunu farz edin. Küreye bakın ve 10 yıl sonra sizin ve bebeğinizin bir gününü hayal edin. Siz ve artık minicik bir bebek değil de 10 yaşındaki kızınızla/oğlunuzla neler yaptığınızı görüyorsunuz?” denir. Anneye bundan 10 yıl sonrada şu anda hissettiği duyguları aynı şiddette hissedip hissetmeyeceğini sorulur. Anne, bu sorunun sonsuza kadar sürmeyeceği umudunu güçlendirir. Annenin geçmişte yaşadığı sorunların ebedi olmadığı, bugünkü sorunlarında sürekli olmayacağı anlatılmaya çalışılmıştır.

• Anneye derecelendirme sorusu sorulmuş,. “Bebeğinizin bakımlarını yaparken ki rahatlık düzeyiniz puan cetvelinde 0’dan 10’a kadar puanlanmaktadır. Kendinize bir puan verseniz, şu an ki durumunuza kaç puan verirsiniz?” 0’dan 10’a kadar derecelendirmenin olduğu cetvelde ‘0’ bakım yaparken yaşadığı en yüksek kaygıyı ve ‘10’ bakım yaparken en rahat

ettiği durumu içermektedir. Bir sonraki görüşmede puanınızı 1 puan arttırmak için neler yapabilirsiniz? Başka kimler, neleri yapmalıdır?” konuşulmuştur. Anneden kendisi için söylediği girişimleri uygulaması istenmiştir. Belirlediği kişilerin mucize için çalışmaları ve sorumluluklarını yerine getirmeleri konusunda anne onlara yol göstericilik yapmış ya da isteklerini onlara iletmiştir. “Derecelendirme tekniği” ile danışma sürecinde belirlenen hedeflerin, verilen ödevlerin ne derece sağlanıp sağlanmadığını ya da bireyin sorunun çözümünde aldığı mesafenin ne kadar olup olmadığını belirlemek, bireydeki değişimlere dikkat çekmek ve bireyin kontrolü elinde tuttuğu duygusunu hissettirmek amacıyla kullanılmıştır..

- Geri bildirimde bulunmak için beş dakikalık ara verilmiştir. Hemşire anneye olumlu bildirimlerini açıklamıştır. Ayrıca hemşire anneye güçlü yönleri ve başarılarına dair övgüde bulunulmuştur.(“Amigo etki/ iltifat” tekniğinin kullanılması: Bireyin problemin üstesinden gelebildiği zamanların, durumların, baş etme yöntemlerinin olduğunu vurgulamak ve bu olumlu davranışını pekiştirerek sürdürmesi amaçlanmaktadır. Her görüşmede, görüşme esnasında bulunan her bireye en az 3 övgü yapılmalıdır.)

- Anneye söylemek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Diğer görüşmenin tarih ve saati belirlenmiş, görüşme sonlandırılmıştır.

- Ev Ödevi 1. Anlatılmış, verilmiş ve diğer oturuma kadar yapması rica edilmiştir. Ev ödevi” tekniği ile, annenin bakımlarda yaşadığı kaygı için hayatının içinden bazı noktalara dikkat çekmek için gözleme ve davranışa dayalı ödevler verilmiştir. Bu süreçte anne kendini izlemiş ve problemin yaşanmadığı anları belirlemiştir. Kendinde ve çevresinde olan değişiklikleri gözlemlemiştir. Böylece annenin onu çözüme ulaştıracak yollara başvurmayı sürdürmesi ya da yollar onu çözüme götürmediğinde başka yolların olduğunu fark etmesi amaçlanmıştır.

Ev Ödevi 1: Diğer oturuma kadar sadece bir günlüğüne mucize gerçekleşmiş gibi davranınız. Her günün sonunda gününüzü değerlendiriniz. Mucize gerçekleşmiş gibi davrandığınız o gün iyi yaptığımız, yaptığımızda kendinizi iyi hissettiğiniz şeyler neler?, İyiyeye giden şeylerin kendinizde, bebeğinizde ve çevrenizde sağladığı etki nasıl?, Nelerin daha iyi olmasını sağlayabildiniz? Bu konularda kendinizi gözlemleyerek izlenimlerinizi kağıda dökünüz.

Mucizenin Gerçekleştiğini Varsaydığım Gün;

•Dahada İyi Olmasını Sağladığım Şeyler;.....

•Hissettiklerim;

.....

•Bebeğimdeki Gözlemlediğim Olumlu Değişiklikler;

.....

2. GÖRÜŞME: Anne Bebek Uyumunda 2. Gün

Amaç: Annenin Çözüm Odaklı Pozitif Amaçlarına Ulaşmasında Bir Yol Haritası Oluşturma tekniği kullanılmıştır.

Hedefler:

- Ev Ödevi 1'i ayrıntıları ile değerlendirme,
- Annenin gerçekleşmesini istediği mucizenin bazı parçalarının gerçekleştiğine dair istisnai durumları belirleme,
- Anneye geçmişte mucizenin bazı parçalarının gerçekleştiği zamanları hatırlatarak bugünkü olası çözümleri keşfetmesini sağlama,
- "Mektup yazdırma tekniği" ile annenin iç kaynaklarını (güçlü yanlar, beceriler, kendi kendine yardımcı olma, yetenekler, telkin etme, vb.) keşfedebilmesi,
- Ev Ödevi 2'i verme çerçevesinde görüşme planlanmıştır.

Görüşme Süresi: 30-40 dk.

Uygulama Süreci:

- Anne bebek uyumunda ilk günü anlatması sağlanmıştır. "Zorlandığı şeyler oldu mu? Olduysa bunlarla baş etmek için ne yaptı?" sorulmuştur.
- Bir önceki oturumda verilen Ev Ödevi 1 ayrıntılarıyla değerlendirilmiştir. Anneye ödevi yaptığı için teşekkür edilmiş, çabası övülmüştür.
- Hemşire anne ile daha iyiye giden nelerin olduğunu sorgulamıştır. Böylece annenin kartopu etkisiyle küçük değişimlerin büyük etkiler yaratacağı farkındalığı oluşturması desteklenmiştir. Daha iyiye giden noktalar belirlenerek anne ve bebek üzerindeki etkileri tespit edilmiş, durumun etki alanı arttırılmıştır. Annenin olumsuz durumları olumlularıyla değiştirme potansiyelinin olduğunu görmesi sağlanmıştır. Annenin güçlü yönleri ve kaynakları övülmüştür.
- Anneye bir önceki görüşmede belirlediği olumlu amaçlar hatırlatılmıştır.
- Mucizeyi gerçekleştirmek için kendi payına düşenlerden neleri yaptığı sorgulanmıştır. Bu görüşme için belirlediği adıma ulaşmış ulaşmadığı tartışılmıştır. Annenin her eylemi övülmüş ve cesaretlendirilmiştir.
- Annenin sorunun olmadığı istisnai alanları keşfetmesi sağlanmıştır. Hemşire istisnai durumları belirlemeye yönelik anneye;
"Bakım verirken kaygısız hissettiğiniz zamanlar oluyor mu? "
"Bu zamanlarda ne yapıyorsunuz da kaygınız ortadan kayboluyor?",
"Hangi bakımda daha fazla kaygı yaşıyorsunuz?",

“Bu kaygınızı “.....” bakımında geçen hafta yaşamıştınız ama bu hafta o bakım alanında kendinizi rahat hissettiğinizi ifade ettiniz sizi o bakımda rahatlatan faktörler nelerdi?” soruları yöneltilmiştir. Böylelikle annenin sorununun başka bir boyutunu geçmişte çözdüğü, bu ve bundan sonraki sorunlar içinde sorunu çözme gücünü barındırdığı hissettirilmiştir.

- Anneye derecelendirme sorusu sorulmuştur. Derecede 1 puan artma sağlamak için neler yapılabilir tartışılmıştır. Anneden kendisinin yapabileceği girişimleri uygulaması istenmiştir.
- Geribildirimde bulunmak için beş dakikalık ara verilmiştir. Hemşire, anneye olumlu bildirimlerini yansıtmıştır. Ayrıca hemşire, anneye ve bebeğe dair övgüde bulunmuştur.
- Anneye iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Diğer görüşmenin tarih ve saati belirlenmiş, görüşme sonlandırılmıştır.

Ev Ödevi 2: Anlatılır, ve diğer oturuma kadar yapması rica edilir.

•Eğer bebeğiniz size kendi yazdığı bir mektupla gelmiş olsaydı bu mektupta neler yazılı olurdu? Size neler söylemiş olurdu? Sizinle ilgili hayalleri neler olurdu? Benimle paylaşır mısınız?

• Bu mektuba sizin cevabınız ne olurdu?

3. GÖRÜŞME: Anne Bebek Uyumunda 4. Gün

Amaç: Kaynakların Farkına Varma ve Çözümler İçin Zihinsel Haritalar Oluşturma teknikleri kullanılmıştır.

Hedefler:

- Uyum sürecinin nasıl gittiği sorgulanmıştır. Olumsuz yargılar yeniden çerçeveselendirilmiştir(“Ona hala dokunmaya korkuyorum” diyen bir anneye “Onu koruma içgüdünüz çok yüksek olduğu için böyle hissetmiş olabilirsiniz, onun size hissetmeye ihtiyacı var ve ten teması ikiniz içinde çok önemli.”). Olumlu cümleleri övülmüştür.
- Ev Ödevi 2’yi ayrıntıları ile değerlendirme,
- Mucize ile ilgili istisnaların tanımlanmasından sonra anneye çözüm adımlarını nasıl atacağını keşfettirme,
- Çözümlerle ilgili zihinsel haritalar oluşturmasını destekleme,
- Annenin güçlü yanlarını ve iç kaynaklarını fark etmesini sağlama çerçevesinde görüşme planlanmıştır.

Görüşme Süresi: 30-40 dk.

Uygulama Süreci:

Bir önceki görüşmede verilen Ev Ödevi 2 ayrıntılarıyla değerlendirilmiştir. Anneye ödevi yaptığı teşekkür edilmiş, çabası övülmüştür.

- Hemşire, anneye önceki görüşmeden bu görüşmeye kadar daha iyiye giden nelerin olduğunu sorgulamıştır. Annenin bebeğini ve çevresini etkileme, değiştirme potansiyeline sahip olduğunu görmesi sağlanmıştır. Annenin kaynaklarını iyi yönetmesi övülmüştür.

- Annenin bakım kaygısını hissetmediği zamanları düşünmesi ve bakım kaygısını hiç yaşamadığı bir anı düşünmesi, onu bu noktaya götürebilecek zihinsel haritalar oluşturması istenmiştir. Annenin zihin haritaları ayrıntılı bir şekilde konuşulmuştur. Annenin başarısı övülmüştür.

- Hemşire, annenin bulduğu çözüm yolunu annenin önceden hangi sorunlara karşı kullandığını bulmasını sağlamıştır. Gelecekte yine bu yolu kullanabileceğini söylemiştir.

- Hemşire anneye; “Bu sorunu hallederken kullandığımız beceri ve güçlü yönlerinizi başka nerelerde kullandınız?”, “Önceden kullandığınızda başarılı oldunuz mu?” “Bu güçlü yönlerinizi başka nerelerde kullanabilir misiniz?” sorularını yöneltmiştir. Eğer anne aynı becerileri ile farklı sorunların üstesinden gelebilirdi; hemşire anneye işe yarayan yollarda ısrarcı olmasını önerilmiştir. Eğer tam tersi olmuş ve annenin geliştirdiği zihinsel haritalar ve yollar işe yaramamış ise; hemşire anneye işlemeyen yolları asla tekrar denememesini ve yeni yollar keşfetmesini önerilmiştir. Bu yolların neler olabileceğini keşfetmesi için anneteşvik edilmiştir.

- Anne kaygısına dair azalmaların olduğunu bakımlarında kendini bir önceki görüşmeye göre daha iyi hissettiğini belirttiğinde “Zamanında doğan bir bebeğin bakımı bile çok zorken siz prematüre bir bebeğe bakım yapıyorsunuz, onun tepkilerini anlıyorsunuz! Bunu nasıl başarıyorsunuz? Sizce ne yapıyorsunuz da her şey daha iyiye gidiyor?” soruları sorulur ve başarısını ayrıntılandırılarak somutlaştırması sağlanmıştır.

- Anneye derecelendirme sorusu tekrar sorulmuştur. Verdiği bu puanında 1 adım daha ilerlemek için kimler, neleri, nasıl yapmalıdır tartışılmıştır. Anneden kendisinin yapabileceği girişimleri uygulaması istenmiştir. Belirlediği kişilerin takibini ve yönlendirilmesi sorumluluğu anneye verilmiştir.

- Geribildirimde bulunmak için beş dakikalık ara verilmiştir. Hemşire, anneye olumlu bildirimlerini yansıtmıştır. Anneye güçlü yönleri ve başarılarına dair övgüde bulunulmuştur.

- Anneye iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Diğer görüşmenin tarih, saat ve yeri belirtilerek görüşme sonlandırılmıştır.

4. GÖRÜŞME: Anne-Bebek Evde 1. Gününde

Amaç: Mayın Tarlasını Temizleme tekniği kullanılmıştır.

Hedefler:

- Ev ortamını ve hazırlıkları anne ile değerlendirme,
- Bebeği ile hastanede iken yapamadığı ama ev ortamında yapmak istedikleri konuşulması,.
- Başarının gerçekleşmesinin önündeki engelleri tanımlama,
- Başarının önündeki engellerin üstesinden gelme,
- Amaçlara ulaşmayı engelleyebilecek olası şeyleri ortadan kaldırmaya yönelik plan yapmayı sağlama,
- Annenin dış kaynaklarının (Anneyi destekleyici ilişkiler kurabileceği kişiler; eşi, annesi, kayınvalidesi, kardeşleri, arkadaşları vb.) keşfedilmesi,
- Ev Ödevi 3'ü verme çerçevesinde görüşme planlanmıştır.

Görüşme Süresi: 30-40 dk.

Uygulama Süreci:

- Anne ile birlikte ev ortamı değerlendirilmiştir. Hazırlıkları övülmüştür.
- Hemşire anneye önceki görüşmeden bu yana daha iyi giden şeylerin neler olduğu konuşmuştur. Böylece annenin küçük bile olsa iyi olan değişimleri fark etmesi sağlanmıştır (Kartopu etkisi). ÇOY'a göre küçük değişimler büyükler değişimleri doğurmaktadır. Annenin bu süreçte neleri daha iyi yaptığı sorulmuştur. Daha iyi yaptığını düşündüğü şey bebeğinin tepkilerini değerlendirmesi istenmiştir. Annenin güçlü yönleri ve başarısı övülmüştür.
- Oluşturduğu zihin haritasıyla nasıl ilerleyeceğini tanımlamış olan annenin çözüme ulaşmak için aşması gereken engelleri değerlendirmesi istenmiştir. Anne bu sayede karşılaşabileceği engellere karşı öngörü kazanmıştır. Anne ile bu engellerde nasıl baş edeceği konuşulmuştur. Örneğin "Bebeğimi beslerken boğazına kaçarsa ne yapacağımı bilemem hiçbirşey yapamam." diyen bir anneye "Hiçbir şey yapamazsanız ya da panik olursanız durum daha kötüleşebilir gelin neler yapabiliriz onları konuşalım" diyerek anne çözüm yolları bulmaya yönlendirilmiştir. Bu durum annenin önceden plan yaparak karşılaşabileceği sorunlarla kolayca başa çıkmasına olanak tanımıştır.
- Hemşire, anneden karşılaşacağı engellere karşı neler yapabileceğine dair çözüm yolları oluşturmasını beklemiştir. "Başka bir sorunla karşılaştığınızda ne yapmayı düşünüyorsunuz?" sorusunu yöneltmiştir. Annenin olası sorunlara karşı planları olduğu belirlenmiştir.
- Burada hemşire ayrıca istisnai durumları tekrar sorgulamıştır. Annenin daha önceden

yaşadığı sorunları hangi yollarla aştığı tekrar incelenmiştir. Annenin bunları bulması ona yol gösterici olmuştur. Sonuçta annenin oluşabilecek engelleri fark etmesi, alternatif çözümler üretme fırsatı bulması ve geçmiş başa çıkmalarına odaklanması sağlanmıştır.

- Anneye derecelendirme sorusu sorulmuştur. Derecede 1 puan artma sağlamak için Kimler? Neleri yapmalıdır? tartışılmıştır. Anneden yapabileceği girişimleri uygulaması istenmiştir.
- Anneden bu süreçte kendisine yardımcı olacak 5 kişi belirlemesi istenmiştir. (Her durumda ulaşabileceği bu beş kişi onun bir elinin parmaklarıdır ve her birinin bu bakım serüveninde rol ve sorumlulukları vardır.) Anne onlara sadece yol göstericilik yapmıştır ya da isteklerini onlara iletmiştir (yardımelî tekniği).
- Geribildirimde bulunmak için beş dakikalık ara verilmiştir. Hemşire, anneye olumlu bildirimlerini yansıtmıştır. Ayrıca hemşire, görüşme süresi boyunca anneye ve bebeğe dair en az üç övgüde bulunmuştur.
- Anneye iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Diğer görüşmenin tarih ve saati belirlenmiş, görüşme sonlandırılmıştır.

Ev Ödevi 3: Anlatılmış ve diğer oturuma kadar yapması rica edilmiştir.

Bu kağıt ve kalem sizin. Bu kağıda kendi elinizi çizin. Çizdiğiniz el resminin her parmağına size zor zamanlarda yardımcı olabilecek bir kişiyi yazın. Kağıdın üstüne “.....’nin Yardım Eli”- yazın. Kendinizi kötü hissettiğiniz zamanlarda bu resme bakın.

5. GÖRÜŞME: Anne-Bebek Evde 3. Gün

Amaç: Çözüm içimizde gizli: İstisnaları fark ettirmek tekniği kullanılmıştır.

Hedefler:

- Anne istisnalarını fark edebilmesi,
- İçgörü geliştirebilmesi,
- Geçmişteki başarılarından güç alabilmesi çerçevesinde görüşme planlanmıştır.

Görüşme Süresi: 30-40 dk.

Uygulama Süreci:

- Anneye bir önceki günün nasıl geçtiği ve neleri artık daha iyi yaptığı sorulmuştur. Olumlu cümleleri övülmüş, olumsuz cümleleri yeniden çerçevlendirilmiştir.
- Ev ödevi 3 tüm detaylarıyla değerlendirilmiştir. Anneye ödevini yaptığı için teşekkür edilmiştir.

- Annenin bebek bakımında iyi yaptığı şeyleri hayatında iyi yaptığı başka şeylerle bağdaştırması istenmiştir.
- Annenin bir adım daha ilerlemesi için bu bağdaştırmaları göz önünde tutması istenmiştir.
- Anneye “Siz prematüre bebeğinizin bakımında kendi rahatlığınız ...’dan ...’ya (derecelendirme puanı ifade edilir) derecesine getirdiğinizi ifade ettiniz, şimdiye kadar bakımlarda karşılaştığınız sorunlarla başa çıkmış olmanız ve bebeğiniz açısında da her şey yolunda görünüyor olması bazı şeylerin daha iyiye gittiğini gösteriyor. Sizce bebeğiniz prematüre bir bebek olmasına rağmen nasıl böyle iyi bakmayı başarıyorsunuz?” diye sorulmuştur. Övgüde bulunulmuştur.
- Annenin yardımcı tekniğiyle belirlediği beş kişinin onun üzerindeki etkisi konuşulmuştur. Bu görevlendirilen beş kişiye görev ve sorumlulukları paylaşabilmesi, kendisi bu süreçte neler hissettiği, onların bakıma katılmaya nasıl tepki verdiği gibi konular tartışılmıştır.
- Bu görüşmede kendini kaç puanda gördüğü sorgulanmıştır. “Gelecek görüşmede sizi bir puan da olsa ileri götürecek ne yapacaksınız?” diye sorulmuştur.
- Anneye iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Diğer görüşmenin tarih ve saati belirlenmiş, görüşme sonlandırılmıştır.

6. GÖRÜŞME: Anne-Bebek Evde 5. Gün

Amaç: Kendi Gözünden Kendi Resmini Görmek tekniği kullanılmıştır.

Hedefler:

- Yansıtma tekniği kullanılarak kendisini ve şimdiye kadar yaptıklarını görmesini sağlama,
- Gelişmeleri hissettirme,
- Kaygıları ile daha iyi baş edebildiğini ifade etmesi çerçevesinde görüşme planlanmıştır.

Görüşme Süresi: 30-40 dk.

Uygulama Süreci:

- İçinde bulunduğu süreci en baştaki süreçle karşılaştırması istenmiştir.
- İlerlemelerine dikkat çekilmiş ve övülmüştür.
- Küçük değişikliklerin yarattığı büyük etkileri düşünmesi istenmiştir. Kendisinde ve bebeğinde gözlemlediği değişikliklerin en az birer tanesini ifade etmesi istenmiştir.
- Yansıtma tekniği kullanılmış, onun dilinden kendi cümleleri tekrarlanmıştır.
- Kendi bulunduğu noktayı ve başarısını fark etmesi sağlanmıştır.
- Anneye iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Diğer görüşmenin tarih ve saati belirtilerek görüşme sonlandırılmıştır.

7. GÖRÜŞME: Anne-Bebek Evde 10.Gün

Amaç: Gelecekte Mektup Tekniği ile Bakım Yaparken Duyduğu Kaygıyı Yeniden Çerçevelemek tekniği kullanılmıştır.

Hedefler:

- Annenin iç kaynakları ve dış kaynakları etkin kullanabilmesi,
- Kaygının olumlu yanlarını keşfedebilmesi çerçevesinde görüşme planlanmıştır.

Görüşme Süresi: 30-40 dk.

Uygulama Süreci:

• Anneye gelecekteki bir noktadan bugünkü kendine mektup yazması istenmiştir. Yazma aşamasında uygun ortam sağlanmıştır kağıt ve kalem temin edilmiştir. “Sizinle biraz hayal gücü gerektirecek bir uygulama yapacağız. Belki size garip gelebilir ama bu uygulamayı çok faydalı buluyorum. Gözlerinizi kapatmanızı ve söylediklerimi hayal etmenizi istiyorum. Ama gözlerinizi kapatmak zor geliyorsa kapatmayabilirsiniz. Bana cevap vermenize gerek yok. Sadece hayal edin. Bebeğiniz 10 yaşında ve ilkokul 4. sınıfta sağlıklı ve başarılı bir öğrenci. Günlerden pazartesi sabah kahvaltısı hazırladınız, beslenme çantasına sevdiği meyveden koydunuz. Onu uyandırmaya gittiniz. Nasıl uyandırılıyorsunuz? (5 sn beklenir), O size ne diyor nasıl tepki veriyor (5 sn beklenir). Güzel bir uyandırmanın ardından kahvaltı yaptınız ve okula gönderdiniz. Ne hissediyorsunuz?, Okula gönderirken ne düşünüyor olursunuz? (10 sn beklenir). Ardından sizde işe gitmek veya alışverişe gitmek için dışarı çıktığınız esnada komşunuzu ve prematüre bebeğiyle hastaneden dönüşünü gördünüz. Hastaneden eve döndüğünüz günü, hislerinizi hatırladınız (10 sn beklenir). Komşunuz çok telaşlı ve kaygılı görünüyor. Ona neler söylemek istersiniz? (10 sn beklenir), Ona neleri yapmasını önerirsiniz? Eğer isterseniz tüm bu düşüncelerinizi yazabilirsiniz.” denilmiş ve uygulama anneye övgüyle bitirilmiştir.

- Anneye hayatında neyin hiç değişmemesini istediği sorulmuştur.
- Anne bakım konusunda az da olsa daha iyiye giden nelerin olduğunu ifade edilmiştir.
- Anneye yeniden çerçeveleme tekniğiyle sorunun iyi yönlerini fark etmesi ve sorunla ilgili bulunduğu olumlu amaçları keşfetmesi sağlanmıştır.
- Anne ve bebeğe en az üçer gerçekçi övgü yapılmıştır.
- Anneye iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Diğer görüşmenin tarih ve saati belirlenerek görüşme sonlandırılmıştır.

8. GÖRÜŞME: Anne-Bebek Evde 20. Gün

Amaç: Görüşme süreci değerlendirilmiş ve sonlandırılmıştır.

Hedefler:

- Görüşme sürecinin genel değerlendirmesini yapma,
- Görüşme sürecinden edinilen kazanımları değerlendirme,
- Olumlu değişime dikkati çekme,
- Görüşme süreci ile ilgili duygu ve düşünceleri paylaşma,
- Övgüyü kullanarak anneyi olumluya yöneltme,
- Derecelendirme sorularını sorma,
- Görüşme sürecini sonlandırma çerçevesinde görüşme planlanmıştır.

Görüşme Süresi: 30-40 dk.

Uygulama Süreci:

- Hemşire anneye önceki görüşmeden bu yana daha iyi giden şeylerin neler olduğu konuşmuştur. Böylece annenin küçük bile olsa iyi olan değişimleri fark etmesi sağlanmıştır. ÇOY'a göre küçük değişimler büyük beraberinde getirmektedir bu bilgi anneye tekrar paylaşılmıştır. Daha iyi olmaya başlayan şeylerin etki alanını güçlendirmek için iyiye giden şeylerin anne, bebek ve çevresini nasıl etkilediği sorulmuştur. Annenin fark edemediği başarılarını keşfetmesini sağlamak için ise iyiye gidişi sağlamayı nasıl başardığı sorulmuştur. Annenin güçlü yönleri ve kaynakları övülmüştür.
- Kaygı kötü birşey olmasın diye iyi şeyler olmasını isteme isteğidir. Belli bir düzeyde ve kontrol altında tutulması gerekir. Annenin bu kaygılarını kontrol edebildiğini ve baş edebildiğini ifade edip etmediği konuşmalarıyla değerlendirilmiştir.
- Anneye derecelendirme sorusu sorulmuştur. Hemşire anneden ilk oturumda belirledikleri derece ile bugünü karşılaştırmalarını istemiştir.
- Anneden görüşme sürecini genel olarak değerlendirmesi istenmiştir.
- Anne görüşme sürecinden elde ettikleri kazanımları, görüşme süreci ile ilgili duygu ve düşünceleri, şimdiye kadar olan değişimleri paylaşmaya teşvik edilmiştir.
- Anneye iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulmuştur.
- Hemşire görüşme sürecini genel olarak özetlemiş ve görüşme sürecinin genel değerlendirmesini yapmıştır. Hemşire anneye görüşme sürecine katkıda bulunduğu için teşekkür etmiştir. Bundan sonraki süreçte 15 gün arayla 4 kez daha telefonla takip edileceklerini ama istedikleri takdirde kendisiyle iletişime geçebileceğini bilgisi verilmiştir. Anneye iletişim bilgileri tekrar teyit edilmiş, vedalaşmış ve görüşme sonlandırılmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın verileri SPSS 23.0 programı ile değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerin normalliğine Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır. Normal dağılmayan veriler için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Değerlerin ± 2 olması durumunda verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Sayısal değişkenlerin özet istatistikleri normal dağılım gösteren değişkenler için ortalama \pm standart sapma, normal dağılım göstermeyen değişkenler için medyan, 25 ve 75. Persentil [medyan (Q1-Q3)] değerleri olarak verilmiştir. Veriler parametrik şartları sağlayan değişkenlerde bağımsız iki grup için Independent Sample t test, ikiden fazla grup F testi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. İki den fazla gruplu karşılaştırmalar için ANOVA kullanılırken, hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik varsayımı sağlayanlarda Tukey, homojenlik varsayımını sağlamayanlarda ise Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu", "Durumluk Kaygı Ölçeği" ve "Sürekli Kaygı Ölçeği" için geliştiren araştırmacılar den sözel ve yazılı kullanma izni alınmıştır (Ek-9, Ek-10). Araştırma için etik kurul/kurum izni, araştırmaya katılan annelerden yazılı ve sözel onam alınmıştır (Ek-7, Ek-8, Ek-11). Bu araştırmadan toplanan verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, gizliliğin sağlanacağı belirtilmiştir. Katılımcılara istedikleri zaman araştırmadan ayrılabilceği bilgisi verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, bir il merkezindeki hastaneleri ve belli bir zaman diliminde prematüre bebek anneleri ile yapılan örneklemeden oluşmaktadır. Dış geçerlilik sağlanamadığından dolayı çalışma sonuçları genellenemez ancak genellemeye katkı sunabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelere uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın kaygıya etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları verilmiştir.

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Anne ve Babaya Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (n=40)

Tanıtıcı Özellikleri	Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		p*	
	N	%	N	%		
Babaya Ait Özellikler						
Babanın Yaş Ortalaması (Ort.+S.S.)	29.15±3.73		27.65±5.28		.505	
Babanın Eğitim Durumu	İlkokul	2	10.0	-	-	.305
	Ortaokul	5	25.0	9	45.0	
	Lise	8	40.0	5	25.0	
	Üniversite/ Doktora	5	25.0	6	30.0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	18	90.0	16	80.0	.376
	Çalışmıyor	2	10.0	4	20.0	
Anneye Ait Özellikler						
Annenin Yaş Ortalaması (Ort.+S.S.)	26.00±4.79		24.05±5.11		.638	
Annenin Evlilik Yaş Ortalaması (Ort.+S.S.)	23.00±3.57		21.80±4.51		.199	
Annenin Eğitim Durumu	Okuryazar	2	10.0	-	-	.315
	İlkokul	4	20.0	2	10.0	
	Ortaokul	5	25.0	5	25.0	
	Lise	5	25.0	8	40.0	
	Üniversite/Doktora	4	20.0	5	25.0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	3	15.0	3	15.0	1.00
	Çalışmıyor	17	85.0	17	85.0	
Aile Tipi	Çekirdek	17	85.0	11	55.0	.038
	Geniş	3	15.0	9	45.0	
Ailenin Sağlık Güvencesi	Var	18	90.0	17	85.0	.633
	Yok	2	10.0	3	15.0	
Ailenin Ekonomik Durumu	Gelir giderden düşük	7	35.0	6	30.0	.673
	Gelir gidere eşit	11	55.0	10	50.0	
	Gelir giderden fazla	2	10.0	4	20.0	
Tanısı Konulmuş Hastalığı Olma Durumu	Olan	4	20.0	2	10.0	.376
	Olmayan	16	80.0	18	90.0	
Sigara içme durumu	Sigara içen	2	10.0	2	10.0	.698
	Sigara içmeyen	18	90.0	18	90.0	

*Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.1.'de babaya ve anneye ait tanıtıcı özelliklerin dağılımları incelendiğinde, babaların yaş ortalaması 29.15±3.73 (müdahale grubu)-27.65±5.28 (kontrol grubu)dir. Kontrol grubundaki babaların %45'inin ortaokul mezunu olduğu ve müdahale grubundaki babaların

%90'nın çalıştığı belirlenmiştir. Annelere ait özellikler incelendiğinde ise annelerin yaş ortalaması 26±4.79 (müdahale grubu)-24.05±5.11 (kontrol grubu)dir. Kontrol grubundaki %40'ı lise mezunu olan annelerin, %85'i çalışmamaktadır. Annelerin evlilik yaşının ortalamasının 23.00±3.57 (müdahale grubu) - 21.80±4.51 (kontrol grubu) olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki ailelerin %85'i, kontrol grubundaki ailelerin ise %55'i çekirdek aile özelliğindedir. Müdahale grubundaki ailelerin %90'mın sağlık güvencesi vardır, geliri gidere eşit olanların oranı %55'tir. Kontrol grubundaki annelerin %90'mın tanısı konulmuş hastalığı yokken, örnekleme oluşturan annelerin %90'ı sigara kullanmamaktadır. Annelere ve babalara ait tanıtıcı özelliklerin müdahale ve kontrol gruplarında aile tipi hariç ($p<0.05$) birbirlerine benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).



Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=40)

		Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		p*
		N	%	N	%	
Annenin Obstetrik Özellikleri						
Annenin Gebelik Sayısı	Gestasyon 1 abortus 0	13	65.0	14	70.0	.499
	Gestasyon 2 abortus 1	6	30.0	3	15.0	
	Gestasyon 3 abortus 2	1	5.0	2	10.0	
	Gestasyon 5 abortus 4	-	-	1	5.0	
Gebe Kalma Şekli	Normal yolla gebelik	16	80.0	19	95.0	.151
	Tüp bebek(IVF)	4	20.0	1	5.0	
Doğum Şekli	Normal(vajinal) doğum	5	25.0	7	35.0	.490
	Sezaryen	15	75.0	13	65.0	
Çoğul Gebelik Olma Durumu	Çoğul gebelik yok	17	85.0	18	90.0	.598
	İkiz gebelik	2	10.0	2	10.0	
	Üçüz gebelik	1	5.0	-	-	
Gebelik Süresince Herhangi Bir Sağlık Problem Yaşama Durumu	Var	16	80.0	14	70.0	.465
	Yok	4	20.0	6	30.0	
Gebelik Süresince Düzenli Kontrollere Gitme Durumu	Gitmiş	18	90.0	18	90.0	1.00
	Gitmemiş	2	10.0	2	10.0	
Gebelik Süresince Bebek Bakımı İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Almış	3	15.0	1	5.0	.292
	Almamış	17	85.0	19	95.0	
Bebeğini İlk Görme Zamanı	Doğum anında	9	45.0	9	45.0	.358
	Doğumdan 1 saat sonra	2	10.0	1	5.0	
	Doğumdan 2-23 saat sonra	3	15.0	5	25.0	
	Doğumdan 1 gün sonra	5	25.0	1	5.0	
	Doğumdan 2 gün sonra	1	5.0	3	15.0	
	Doğumdan 3 ve daha fazla gün sonra	-	-	1	5.0	
Bebeği İlk Kucağına Alma Zamanı	Doğum anında	2	10.0	3	15.0	.354
	Doğumdan 1 saat sonra	1	5.0	2	10.0	
	Doğumdan 2-23 saat sonra	1	5.0	3	15.0	
	Doğumdan 1 gün sonra	1	5.0	-	-	
	Doğumdan 2 gün sonra	15	75.0	2	10.0	
	Doğumdan 3 ve daha fazla gün sonra	-	-	10	50.0	
Taburculuk Sonrası Evde Bebek Bakımı İçin Destek Alabileceği Kişi Varlığı	Var	16	80.0	19	95.0	.151
	Yok	4	20.0	1	5.0	

*Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.'de annelerin obstetrik özellikleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Kontrol grubundaki annelerin %70'inin Gestasyon 1 abortus 0 olduğu ve annelerin %95'inin normal yolla gebe kaldığı belirlenmiştir. Müdahale grubundaki annelerin %75'i sezaryenle doğum yaparken, %5'inin üçüz gebeliğinin olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki annelerin %80'inin gebelik süresince sağlık problemi yaşadığı, %90'ının düzenli kontrollere gittiği belirlenmiştir. Müdahale grubundaki annelerin %95'inin gebelik süresince bebek bakımı ile ilgili eğitim almadığı ve taburculuk sonrası evde bebek bakımı için destek alabilecek kişilerin olduğu tespit edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki annelerin %45'inin doğum anında bebeğini gördüğü belirlenirken, müdahale grubundaki annelerin %75'inin doğumdan 2 gün sonra bebeğini kucağına aldığını ifade etmiştir. Annenin obstetrik özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarında birbirlerine benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2. (Devamı) Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=40)

		Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		p*
		N	%	N	%	
Doğum Sonrası Bebeğin Küvöze Alınma Durumu	Evet	20	100	20	100.0	1.000
Doğum Sonrası Bebeğin Kota Alınma Durumu	Evet	7	35.0	4	20.0	.288
	Hayır	13	65.0	16	80.0	
Doğum Sonrası Bebeğin Solunum Cihazına Bağlanma Durumu	Evet	18	90.0	17	85.0	.633
	Hayır	2	10.0	3	15.0	
Yenidoğan Ünitesinde Bebeği Görme Sıklığı	Günde 1	15	75.0	9	45.0	.047
	Günde 2	3	15.0	1	5.0	
	Günde 3	-	-	1	5.0	
	Günde 4 ve daha fazla	2	10.0	9	45.0	
Taburculuğu Hazır Hissetme Durumu	Evet	13	65.0	16	80.0	.288
	Hayır	7	35.0	4	20.0	
Taburculuk Eğitimi Alma Durumu	Evet	5	25.0	9	45.0	.185
	Hayır	15	75.0	11	55.0	

*Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.'nin devamı incelendiğinde bütün bebeklerin doğum sonrasında küvöze, kontrol grubundaki bebeklerin ise %80'inin kota alınmadığı ve müdahale grubundaki bebeklerin %90'ının solunum cihazına bağlandığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki annelerin %75'inin, kontrol grubundaki annelerin ise %45'inin yenidoğan ünitesinde bebeğini günde bir

defa görebildikleri belirlenmiştir. Müdahale grubundaki annelerin %65'inin, kontrol grubundaki annelerin ise %80'inin bebeğini taburculuğa hazır hissettiği, müdahale grubundaki annelerin %75'inin, kontrol grubundaki annelerin ise %55'inin taburculuk eğitimi almadıkları belirlenmiştir. Bu bölümdeki tanıtıcı özellikler annelerin YDYBÜ'de bebeği görme sıklığı hariç ($p<0.05$) benzerdir ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebeğin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=40)

Prematüre Bebeğin Bazı Tanıtıcı Özellikleri		Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		p*
		N	%	N	%	
Doğum Haftası Ortalaması (Ort.+S.S.)		32.28±3.24		33.48±2.94		.440
Şimdiki Haftası Ortalaması (Ort.+S.S.)		36.63±4.10		35.77±1.53		.408
Cinsiyeti	Erkek	13	65.0	12	60.0	.744
	Kız	7	35.0	8	40.0	
Doğum Kilosu Ortalaması (gr) (Ort.+S.S.)		1877.15±728.07		2112.35±642.73		.362
Doğum Boyu Ortalaması (cm) (Ort.+S.S.)		43.05±5.29		43.9±4.68		.639
Şimdiki Kilo Ortalaması (gr) (Ort.+S.S.)		2115.8±548.29		2304.25±394.58		.469
Şimdiki Boy Ortalaması (cm) (Ort.+S.S.)		52±30.78		44.70±3.59		.207
Tıbbi Tanısı	Prematüre	3	15.0	9	45.0	.155
	Prematüre ve Solunum Sıkıntısı	14	70.0	8	40.0	
	Prematüre ve Erken Membran Rupturu	1	5.0	-	-	
	Prematüre+Nec Opere+Sendromik Bebek	1	5.0	-	-	
	Prematüre ve Hiperbilirubinemi	1	5.0	1	5.0	
	Prematüre ve Polistemi	-	-	1	5.0	
	Yarık Dudak+Yarık Damak+Prematüre	-	-	1	5.0	
Hastanede Kalış Süresi Ortalaması (Ort.+S.S.)		39.2±38.09		21±17.84		.377
Şimdiki Beslenme Şekli	Emzirme	7	35.0	8	40.0	.262
	Biberon	-	-	2	10.0	
	OG/NG	-	-	1	5.0	
	Emzirme+biberon/enjektör	13	65.0	8	40.0	
	OG/NG Biberon	-	-	1	5.0	
Özel Bir Diyeti Olma Durumu	Var	8	40.0	3	15.0	.077
	Yok	12	60.0	17	85.0	
Bebeğin Şu An Ne İle Beslendiği	Anne sütü	12	60.0	13	65.0	.744
	Anne sütü + mama	8	40.0	7	35.0	

*Ki-kare testi yapılmıştır.

Müdahale grubunda bulunan prematüre bebeklerin ortalama doğum haftası 32.28 ± 3.24 iken kontrol grubunda bulunan prematüre bebeklerin şimdiki ortalama haftası 35.77 ± 1.53 bulunmuştur. Kontrol grubunda yer alan prematüre bebeklerin %60'ını erkek bebekler oluşturmaktadır. Müdahale grubunun ortalama doğum kilosu 1877.15 ± 728.07 gram ve şimdiki kilo ortalaması 2115.8 ± 548.29 gram olarak belirlenmiştir. Müdahale grubundaki prematüre bebeklerin %70'inin "Prematüre ve Solunum Sıkıntısı" tanısı aldığı ve hastanede ortalama kalış süresinin 39.2 ± 38.09 gün olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki prematüre bebeklerin %40'ının sadece emzirme ile beslendiği ve %15'inin özel diyetinin olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan prematüre bebeklerin %60'ı kontrol grubunda yer alan prematüre bebeklerin ise %65 sadece anne sütü ile beslenmektedir. Tablo 4.3.'te prematüre bebek özelliklerine ait bilgilerin birbirlerine benzer olduğu görülmektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin İlk, İkinci ve Son İzlemlerindeki Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Çözüm Odaklı Envanter Puanlarının Grup İçi Dağılımı (n=40)

Değişkenler	Müdahale Grubu (n=20)							Kontrol Grubu (n=20)						
	İlk izlem $\bar{x} \pm SS$ Medyan (%25- %75)	İkinci izlem $\bar{x} \pm SS$ Medyan (%25- %75)	Son izlem $\bar{x} \pm SS$ Medyan (%25- %75)	Genel p^{**} değeri	Grup içi fark			İlk izlem $\bar{x} \pm SS$ Medyan (%25- %75)	İkinci izlem $\bar{x} \pm SS$ Medyan (%25- %75)	Son izlem $\bar{x} \pm SS$ Medyan (%25- %75)	Genel p^{**} değeri	Grup içi fark		
					(1-2)	(1-3)	(2-3)					(1-2)	(1-3)	(2-3)
					p^*	p^*	p^*					p^*	p^*	p^*
Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları														
Durumluk kaygı puanı	41.45±10.63 40 (33-48.5)	26.1±3.23 26 (23.25-29.75)	22.65±2.11 22 (21.25-23)	<0.001	<0.001	<0.001	<0.05	43.65±11.22 44 (38.5-49)	42.3±7.26 42.5 (36.25-47)	39±6.63 42.5 (34.25-43.75)	.110	.544	<0.001	<0.05
Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları														
Sürekli kaygı puanı	47.2±8.33 47 (42.5-52.25)	31±4.34 31 (29-35.75)	28.25-3.95 28.5 (26-30.5)	<0.001	<0.001	<0.001	<0.05	46.25±9.00 44.5 (42.25-51)	45.9±7.52 46 (41-53)	44.25±5.69 43.5 (40.5-49.75)	.144	.810	.231	.209
Çözüm Odaklı Beceri Puan Ortalamaları														
Problemler ayırma puanı	12.2±3.00 13 (9-14)	18.85±3.20 19 (16-21.75)	21.6±2.14 21.5 (20-24)	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	13.3±4.19 12.5 (10.25-17.75)	12.65±2.78 13 (12-14)	12.65±3.31 12 (11-15)	.525	.393	.420	1.00
Hedefe yönelim puanı	17.5±3.90 17 (15.25-20.75)	19.45±1.90 19.5 (18-20.75)	19.45±1.90 19.5 (18-21.75)	<0.05	<0.05	<0.05	.156	16±4.94 16 (14-20)	15.7±3.85 16 (12-19.5)	15.95±3.25 16 (13.25-18)	.593	.693	.955	.729
Kaynakları harekete geçirme puanı	18.65±3.42 19 (17.25-21)	21.10±1.77 21 (20-22.75)	22.05±1.64 22 (21-23.75)	<0.05	<0.05	<0.05	.067	18.55±3.53 19 (15.25-21)	17.7±3.45 18.5 (17-20)	18.05±2.52 19 (17-20)	.163	.245	.514	.634
ÇOE Topla Ölçek Puanı	48.35±5.90 49.5 (43.5-53)	59.4±5.05 59 (55.75-63.75)	63.9±4.51 64.5 (59-68.5)	<0.001	<0.001	<0.001	<0.05	47.85±9.08 47 (40.25-56.75)	46.05±6.20 46.5 (41.25-52)	46.65±6.43 47 (40.5-52.5)	.397	.151	.512	.690

*Farklar normal dağılıma uyduğu için RM Anova testi kullanılmıştır.

**Farklar normal dağılıma uymadığı için analizde Freidman testi kullanılmıştır.

Tablo 4.4.'te müdahale ve kontrol grubundaki annelerin ilk, ikinci ve son izlemlerindeki durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları ile çözüm odaklı beceri puan ortalamalarındaki dağılımlar incelenmiştir. Müdahale grubunun ikinci ve son izlemdeki hedefe yönelim ($p=.156$) ve kaynakları harekete geçirme puan ortalamaları hariç ($p=.067$), diğer tüm ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Kontrol grubundaki annelerin durumluk kaygı puan ortalamalarının birinci ve son izlem ile ikinci ve son izlem puan ortalamaları hariç istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Müdahale grubundaki izlemlere göre ölçek puan farklılıklarının, kontrol grubundaki puan farklılıklarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunda hedefe yönelim ve kaynakları harekete geçirme puanları birinci ve ikinci izlem ile birinci ve son izlem arasında anlamlı olarak farklıyken, ikinci ve son izlem arasındaki puan farkı anlamlı değildir ($p>0.05$). Kontrol grubunun durumluk kaygı ölçek puan ortalaması birinci ve son izlem ($p<.001$) ile ikinci ve son izlem ($p<0.05$) puanları istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan genel karşılaştırmada kontrol grubunda izlemler arasında, ölçek puan ortalamalarına ilişkin fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin İlk, İkinci ve Son İzlemlerindeki Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Çözüm Odaklı Envanter Puanlarının Gruplar Arası Dağılımı (n=40)

Değişkenler	Müdahale grubu fark (1-2)	Kontrol grubu fark (1-2)	Gruplar arası Fark	Müdahale grubu fark (1-3)	Kontrol grubu fark (1-3)	Gruplar arası fark	Müdahale grubu fark (2-3)	Kontrol grubu fark (2-3)	Gruplar arası fark
	$\bar{x} \pm ss$ Medyan (%25- 75)	$\bar{x} \pm ss$ Medyan (%25- 75)	p^*	$\bar{x} \pm ss$ Medyan (%25- 75)	$\bar{x} \pm ss$ Medyan (%25- 75)	p^*	$\bar{x} \pm ss$ Medyan (%25- 75)	$\bar{x} \pm ss$ Medyan (%25- 75)	p^*
Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları									
Durumluk kaygı puanı	15.35±11.31 14.5 (7.5-23.25)	1.35±9.76 2.5 ((-6.5)-10)	<0.001	18.8±9.47 18 (11.25-25.75)	4.65±8.57 6 ((-1.5)-11)	<0.001	3.45±3.94 4.5 .25-7	3.3±5.99 2 ((-1.75)-9)	.926
Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları									
Sürekli kaygı puanı	16.2±6.85 14.5 (11-20)	.35±6.41 1.5 ((-5.5)-5.75)	<0.001	18.95±7.29 18.5 (14.25-24)	2±7.23 2 ((-3.5)-8)	<0.001	2.75±4.28 3 (0-5.75)	1.65±3.11 -1 ((-2)-1.75)	.493
Çözüm Odaklı Beceri Puan Ortalamaları									
Problemden ayırma puanı	-6.65±3.27 -6.5 ((-9)-(-4))	.65±3.33 1.5 ((-5.5)-5.75)	<0.001	-9.4±3.47 -10 (12)-(-6.25)	.65±3.53 0 ((-2)-3.5)	<0.001	-2.75±2.75 -3 (-4.75)-(-1)	0±3.11 -1 ((-2)-1.75)	<0.05
Hedefe yönelim puanı	-1.95±3.53 -2 ((-4)-.75)	.30±3.34 1 ((-2)-2)	<0.05	-2.75±4.27 -2 ((-6.5)-0)	.05±3.94 .5 ((-2)-2.75)	<0.05	-.8±2.42 -5 ((-2.75)-1)	-.25±3.18 0 ((-2.75)-2)	.542
Kaynakları harekete geçirme puanı	-2.45±3.14 -2 ((-4.75)-(-.25))	.85±3.17 1.5 ((-1.75)-3)	<0.05	-3.4±3.68 -2.5 ((-5.75)-(-1))	.5±3.36 1 ((-1)-2.75)	<0.05	-.95±2.19 -1 ((-3)-1)	-.35±3.23 0 ((-1)-1.75)	.496
ÇOE Toplam Öçek Puanı	-11.05±5.89 -11 ((-14.75)-(-6.5))	1.8±5.39 3 ((-2.5)-6)	<0.001	-15.55±7.61 -14.5 ((-19.75)-(-8.5))	1.2±8.02 3.5 ((-2.5)-6)	<0.001	-4.5±4.85 -4 ((-7.75)-0)	-.6±6.64 -15 ((-5.5)-4.5)	<0.05

*Normal dağılım gösteren değişkenlerde bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

**Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.5.'te müdahale ve kontrol gruplarındaki ilk, ikinci ve son izlemlerindeki farklılıklar incelenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarının durumluk kaygı puan ortalamalarındaki farklılıklar birinci ve ikinci izlem ile birinci ve üçüncü izlem arasında anlamlıdır ($p<.001$). İkinci ve son izlem arasındaki farklılık ise anlamlı değildir ($p=.926$). Müdahale ve kontrol gruplarının sürekli kaygı puan ortalamalarındaki farklılıklar birinci ve ikinci izlem ile birinci ve üçüncü izlem arasında anlamlıdır ($p<.001$). İkinci ve son izlem arasındaki farklılık ise anlamlı değildir ($p=.493$).

Müdahale ve kontrol gruplarının problemden ayırma puan ortalamalarındaki farklılıklar bütün izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Müdahale ve kontrol gruplarının hedefe yönelim puan ortalamalarındaki farklılıklar birinci ve ikinci izlem ile birinci ve üçüncü izlem arasında anlamlıdır ($p<.05$). İkinci ve son izlem arasındaki farklılık ise anlamlı değildir ($p=.542$). Müdahale ve kontrol gruplarının kaynakları harekete geçirme puan ortalamalarındaki farklılıklar birinci ve ikinci izlem ile birinci ve üçüncü izlem

arasında anlamlıdır ($p<.001$). İkinci ve son izlem arasındaki farklılık ise anlamlı değildir ($p=.496$). Müdahale ve kontrol gruplarının Çözüm Odaklı Envanterden alınan puan ortalamalarındaki farklılıklar bütün izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$).

Tablo 4.6. Müdahale Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Bakım Gereksinimlerine Göre Müdahale Öncesi ve Sonrası Dağılımı (n=20)

Bakım Alanları		Müdahale Öncesi(n=20)						Müdahale Sonrası (n=20)			
		Yeterli		Kısmen Yeterli		Yetersiz		Yeterli		Kısmen Yeterli	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Temel beceriler	Bebeği Kucağına Alma- Tutma	15	75.0	4	20.0	1	5.0	20	100.0	-	-
	Bebeğin Taşınması	13	65.0	7	35.0	-	-	18	90.0	2	10.0
	Alt Değişirme	12	60.0	6	30.0	2	10.0	18	90.0	2	10.0
	Bebeği Giydirme	5	25.0	10	50.0	5	25.0	15	75.0	5	25.0
Beslenme	Emzirme Tekniği (Emzirenler için)	11	55.0	8	40.0	1	5.0	14	70.0	6	30.0
	Meme Başı Bakımı ve Hijyeni (Emzirenler için)	6	30.0	10	50.0	4	20.0	17	85.0	3	15.0
	Anne Sütünün Özellikleri. Saklanması	6	30.0	5	25.0	9	45.0	19	95.0	1	5.0
	Mama Hazırlama (Mama kullananlar için)	4	20.0	1	5.0	7	35.0	15	75.0	1	5.0
	Biberon Hijyeni (Mama kullananlar için)	3	15.0	3	15.0	6	30.0	14	70.0	3	15.0
	Beslenme Sıklığı	12	60.0	3	15.0	5	25.0	19	95.0	1	5.0
	Beslenme Sırasında Bebeğin Pozisyonu	8	40.0	10	50.0	2	10.0	17	85.0	3	15.0
	Gaz Çıkarma	4	20.0	8	40.0	8	40.0	14	70.0	6	30.0
	Kolikte (gaz sancısı) Yapılacaklar	1	5.0	4	20.0	15	75.0	13	65.0	7	35.0
	İdrar ve Dışkıının Takibi	8	40.0	3	15.0	9	45.0	17	85.0	3	15.0
Banyo	Banyo Suyunun Sıcaklığı	4	20.0	5	25.0	11	55.0	19	95.0	1	5.0
	Banyo Sırasında Oda Sıcaklığı	4	20.0	5	25.0	11	55.0	19	95.0	1	5.0
	Banyo Sırasında Bebeğin Tutulması	3	15.0	1	5.0	16	80.0	13	65.0	7	35.0
Vücut bakımı ve hijyen	Ağız Bakımı	2	10.0	18	90.0	-	-	18	90.0	2	10.0
	Burun Bakımı	2	10.0	1	5.0	17	85.0	19	95.0	1	5.0
	Göz Bakımı	-	-	3	15.0	17	85.0	19	95.0	1	5.0
	Kulak Bakımı	2	10.0	1	5.0	17	85.0	18	90.0	2	10.0
	Cilt Bakımı	2	10.0	2	10.0	16	80.0	19	95.0	1	5.0
	Pişmişin Önlenmesi	6	30.0	11	55.0	3	15.0	20	100.0	-	-
	Pişik Bakımı	6	30.0	10	50.0	4	20.0	18	90.0	2	10.0
	Konak Bakımı	-	-	1	5.0	19	95.0	14	70.0	6	30.0
	Pamukçuk Bakımı	3	15.0	-	-	17	85.0	17	85.0	3	15.0
Giyinme	Uygun Kıyafet Seçimi	15	75.0	3	15.0	2	10.0	20	100.0	-	-
	Kıyafetlerin Temizliği	15	75.0	3	15.0	2	10.0	20	100.0	-	-
	Günlük kıyafet değişimi	15	75.0	3	15.0	2	10.0	19	95.0	1	5.0
Uyku	Uyku düzeni	9	45.0	4	20.0	7	35.0	15	75.0	5	25.0
	Yatak, yastık ve yorgan seçimi	8	40.0	3	15.0	9	45.0	20	100.0	-	-
	Uyuma pozisyonu	7	35.0	5	25.0	8	40.0	17	85.0	3	15.0
Hastalıklardan korunma ve güvenlik	Enfeksiyonlardan Koruma	13	65.0	5	25.0	2	10.0	20	100.0	-	-
	Aşılar	19	95.0	1	5.0	-	-	20	100.0	-	-
	Yenidoğan ekibine ulaştırılması gereken durumlar	2	10.0	10	50.0	8	40.0	20	100.0	-	-
	Bebeğin Kontrolleri	19	95.0	1	5.0	-	-	20	100.0	-	-
	Büyüme ve Gelişiminin İzlenmesi	3	15.0	8	40.0	9	45.0	14	70.0	6	30.0
	Vücut Sıcaklığını Ölçme	17	85.0	3	15.0	-	-	19	95.0	1	5.0
	Kazalardan Korunma, Güvenlik Önlemleri	13	65.0	7	35.0	-	-	15	75.0	5	25.0
	Araba koltuğu ve ana kucağı seçim ve kullanımı	15	75.0	4	20.0	1	5.0	20	100.0	-	-
Oda-ev Düzeni	7	35.0	9	45.0	4	20.0	18	90.0	2	10.0	
Ebeveyn-Bebek İlişkisinin Güçlendirilmesi	6	30.0	30.0	-	14	70	17	85.0	3	15.0	

Tablo 4.6.'da prematüre bebek annelerinin müdahale öncesi ve sonrası bakım gereksinimlerine göre dağılımlarına yer verilmiştir. Temel beceriler incelendiğinde müdahale sonrasında bütün annelerin bilgilerinde artış olduğu görülmektedir. En belirgin değişim ise bebeğin giydirilmesi alanındadır. Müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %25-75 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hisseden annelerin oranının %75-100 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Beslenme boyutuna göre verilen cevaplar incelendiğinde annelerin bu alanda bilgilerinde artış olmuştur. Müdahale sonrasında en belirgin artışın “meme başı bakımı ve hijyeni (emzirenler için)”, “anne sütünün özellikleri ve saklanması”, “mama hazırlama (mama kullananlar için)”, “biberon hijyeni (mama kullananlar için)”, “gaz çıkarma ile kolikte (gaz sancısı) yapılacaklar” bölümlerinde olduğu belirlenmiştir. Müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %5-60 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hmisseden annelerin oranının %65-95 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Banyo boyutunda müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %15-20 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hisseden annelerin oranının %65-95 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Vücut bakımı ve hijyen boyutuna göre verilen cevaplar incelendiğinde annelerin bu alanda bilgilerinde artış olmuştur. Müdahale sonrasında bütün becerilerde belirgin bir artış olmuştur. Vücut bakımı ve hijyen boyutunda müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %10-30 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hisseden annelerin oranının %70-100 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Giyinme boyutunda annelerin müdahale öncesinde %75 oranında yeterli bilgiye sahipken, müdahale sonrasında bu oranın %95-100 arasına yükseldiği belirlenmiştir. Hastalıklardan korunma ve güvenlik boyutunda müdahale öncesinde annelerin aşı, bebeğin kontrolleri ve vücut sıcaklığı ölçme konularında yeterli bilgisi varken, müdahale sonrasında bu alanlarda %5-10 oranında artış olmuştur. En belirgin artışlar yenidoğan ekibine ulaşılması gereken durumlar, büyüme ve gelişmenin izlenmesi ile oda-ev düzeninde olmuştur. Korunma ve güvenlik boyutunda müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %15-95 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hisseden annelerin oranının %70-100 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Kontrol Grubundaki Prematüre Bebek Annelerinin Bakım Gereksinimlerine Göre Birinci İzlem ve Son İzlem Dağılımı (n=20)

Bakım Alanları		Birinci İzlem (n=20)						Son İzlem(n=20)					
		Yeterli		Kısmen Yeterli		Yetersiz		Yeterli		Kısmen Yeterli		Yetersiz	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Temel beceriler	Bebeği Kucağına Alma- Tutma	18	90.0	1	5.0	1	5.0	20	100.0	-	-	-	-
	Bebeğin Taşınması	19	95.0	1	5.0	-	-	20	100.0	-	-	-	-
	Alt Değişirme	18	90.0	2	10.0	-	-	20	100.0	-	-	-	-
	Bebeği Giydirme	10	50.0	7	35.0	3	15.0	20	100.0	-	-	-	-
Beslenme	Emzirme Tekniği (Emzirenler için)	9	45.0	8	40.0	2	10.0	15	75.0	3	15.0	-	-
	Meme Başı Bakımı ve Hijyeni (Emzirenler için)	7	35.0	4	20.0	9	45.0	11	55.0	6	30.0	1	5.0
	Anne Sütünün Özellikleri. Saklanması	4	20.0	4	20.0	12	60.0	8	40.0	6	30.0	4	20.0
	Mama Hazırlama (Mama kullananlar için)	2	10.0	5	25.0	6	30.0	11	55.0	1	5.0	-	-
	Biberon Hijyeni (Mama kullananlar için)	5	25.0	2	10.0	6	30.0	9	45.0	3	15.0	-	-
	Beslenme Sıklığı	11	55.0	7	35.0	2	10.0	15	75.0	4	20.0	1	5.0
	Beslenme Sırasında Bebeğin Pozisyonu	13	65.0	7	35.0	-	-	19	95.0	1	5.0	-	-
	Gaz Çıkarma	11	55.0	6	30.0	3	15.0	13	65.0	7	35.0	-	-
	Kolikte (gaz sancısı) Yapılacaklar	1	5.0	6	30.0	13	65.0	4	20.0	14	70.0	2	10
İdrar ve Dışkının Takibi	10	50.0	9	45.0	1	5.0	14	70.0	6	30.0	-	-	
Banyo	Banyo Suyunun Sıcaklığı	5	25.0	5	25.0	10	50.0	16	80.0	1	5.0	3	15
	Banyo Sırasında Oda Sıcaklığı	7	35.0	4	20.0	9	45.0	16	80.0	1	5.0	3	15
	Banyo Sırasında Bebeğin Tutulması	7	35.0	3	15.0	10	50.0	15	75.0	2	10.0	3	15
Vücut Bakımı ve Hijyen	Ağız Bakımı	3	15.0	-	-	17	85.0	2	10.0	5	25.0	13	65
	Burun Bakımı	2	10.0	2	10.0	16	80.0	3	15.0	5	25.0	12	60
	Göz Bakımı	2	10.0	1	5.0	17	85.0	4	20.0	3	15.0	13	65
	Kulak Bakımı	3	15.0	2	10.0	15	75.0	3	15.0	4	20.0	13	65
	Cilt Bakımı	3	15.0	5	25.0	12	60.0	4	20.0	14	70.0	2	10
	Pişişin Önlenmesi	6	30.0	11	55.0	3	15.0	12	60.0	7	35.0	1	5
	Pişik Bakımı	9	45.0	7	35.0	4	20.0	10	50.0	9	45.0	1	5.0
	Konak Bakımı	1	5.0	1	5.0	18	90.0	2	10.0	5	25.0	13	65
	Pamukçuk Bakımı	1	5.0	1	5.0	18	90.0	3	15.0	4	20.0	13	65
	Giyinme	Uygun Kıyafet Seçimi	16	80.0	4	20.0	-	-	20	100.0	-	-	-
Kıyafetlerin Temizliği		17	85.0	3	15.0	-	-	19	95.0	1	5.0	-	-
Günlük kıyafet değişimi		15	75.0	5	25.0	-	-	19	95.0	1	5.0	-	-
Uyku	Uyku düzeni	10	50.0	6	30.0	4	20.0	13	65.0	7	35.0	-	-
	Yatak, yastık ve yorgan seçimi	6	30.0	5	25.0	9	45.0	5	25.0	12	60.0	3	15.0
	Uyuma pozisyonu	6	30.0	9	45.0	5	25.0	11	55.0	8	40.0	1	5.0
Hastalıklardan Korunma ve Güvenlik	Enfeksiyonlardan Koruma	13	65.0	5	25.0	2	10.0	11	55.0	8	40.0	1	5.0
	Aşılar	18	90.0	2	10.0	-	-	20	100.0	-	-	-	-
	Yenidoğan Ekibine Ulaşılmaması Gereken Durumlar	2	10.0	15	75.0	3	15.0	10	50.0	10	50.0	-	-
	Bebeğin Kontrolleri	17	85.0	2	10.0	1	5.0	18	90.0	2	10.0	-	-
	Büyüme ve Gelişiminin İzlenmesi	4	20.0	13	65.0	3	15.0	4	20.0	16	80.0	-	-
	Vücut Sıcaklığını Ölçme	15	75.0	2	10.0	3	15.0	18	90.0	1	5.0	1	5.0
	Kazalardan Korunma, Güvenlik Önlemleri	13	65.0	7	35.0	-	-	9	45.0	11	55.0	-	-
	Araba koltuğu ve Ana Kucağı Seçim ve Kullanımı	12	60.0	7	35.0	1	5.0	7	35.0	13	65.0	-	-
Oda-ev Düzeni	7	35.0	10	50.0	3	15.0	2	10.0	17	85.0	1	5.0	
Ebeveyn-Bebek İlişkisinin Güçlendirilmesi	1	5.0	10	50.0	9	45.0	4	20.0	16	80.0	-	-	

Tablo 4.7’de kontrol grubundaki prematüre bebek annelerinin bakım gereksinimlerine göre birinci izlem ve son izlem dağılımlarına yer verilmiştir. Temel beceriler incelendiğinde müdahale sonrasında bütün annelerin bilgilerinde artış olduğu görülmektedir. En belirgin değişim ise bebeğin giydirilmesi alanındadır. Müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %15-60 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hisseden annelerin oranının %100 olduğu tespit edilmiştir.

Beslenme boyutuna göre verilen cevaplar incelendiğinde annelerin bu alanda bilgilerinde artış olmuştur. Müdahale sonrasında en belirgin artışın Emzirme Tekniği, Meme Başı Bakımı ve Hijyeni (Emzirenler için), Anne Sütünün Özellikleri ve Saklanması, Mama Hazırlama (Mama kullananlar için), Biberon Hijyeni (Mama kullananlar için), Beslenme Sırasında Bebeğin Pozisyonu, Kolikte (gaz sancısı) Yapılacaklar ile İdrar ve Dışkıının Takibi bölümünde olduğu belirlenmiştir. Müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %5-50 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hisseden annelerin oranının %5-95 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Banyo boyutunda müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %25-50 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hisseden annelerin oranının %15-80 arasında olduğu tespit edilmiştir. Vücut bakımı ve hijyen boyutuna göre verilen cevaplar incelendiğinde annelerin bu alanda bilgilerinde artış olmuştur. Müdahale sonrasında bütün becerilerde bir artış olmuştur. Vücut bakımı ve hijyen boyutunda müdahale öncesinde kendisini yeterli hisseden annelerin oranı %5-45 arasında değişirken, müdahale sonrasında kendisini yeterli hisseden annelerin oranının %10-60 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Giyinme boyutunda anneler müdahale öncesinde %75-85 oranında yeterli bilgiye sahipken, müdahale sonrasında bu oranın %95-100 arasına yükseldiği belirlenmiştir. Uyku boyutunda anneler müdahale öncesinde %30-50 oranında yeterli bilgiye sahipken, müdahale sonrasında bu oranın %25-65 arasında olduğu belirlenmiştir. Hastalıklardan korunma ve güvenlik boyutunda anneler müdahale öncesinde %5-85 oranında yeterli bilgiye sahipken, müdahale sonrasında bu oranın %10-100 arasında olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Doğal deneyimlere ve literatüre göre annelik, desteklenilmesi gereken bir süreçtir (Şahin ve Tiryaki, 2011; Güleç ve ark., 2014). Çünkü bu süreçte artık hamile olmayan, fakat annelik süreci başlatılmamış prematüre bebek annesinin (Taş Aslan ve Turgut, 2013; Deliktaş ve ark. 2015; Galeano ve Carvajal, 2016; Özkars, 2017) her açıdan daha fazla olan gereksinimleri nedeniyle artan kaygı düzeyi, miad bebek annesinin kaygı düzeyinden daha yüksektir (Padovani ve ark., 2008; Manav ve Yıldırım, 2010; Şen ve Şirin, 2013; Ghorbani ve ark., 2014). Bu nedenle anne, yoğun kaygı yaşadığı prematüre bebek bakımı konusunda bilgilendirilmeye, bakış açısı kazanmaya, kendisi ve diğer aile üyelerinin sağlığını korumaya ve geliştirmeye gereksinim duymaktadır (Kültürsay ve ark., 2017). Gereksinime göre toplum temelli koruyucu sağlık hizmeti sunan hemşirenin, annenin gereksinimlerini karşılaması için kısa süreli etkili müdahalelere ihtiyacı vardır (Büyükkayacı Duman, 2009; Öztürk ve Erci, 2016; Aslan, 2020). Çünkü gereksinimlerinin karşılanmasını bekleyen prematüre bebek, hızla büyümekte, annenin ise bakım yönetimine ilişkin kaygı düzeyi artmaktadır. Nitekim kaygılı olduğunu ifade eden annelerin, kaygıyı arttıran faktörler ile birlikte psikososyal olarak karmaşık duygulanımlar içerisinde bulunduğu bildirilmektedir (Doering ve ark., 2000).

Bu doğrultuda bu araştırma, annelerin prematüre bebeklerinin bakım gereksinimlerine yönelik yaşadıkları kaygıyı ÇOY müdahalesi ile kontrol altına almaları, bu davranışı yaşam tarzı haline getirmelerine yardımcı olabileme adına hemşireler için öncü bir araştırmadır. Ayrıca bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmeti çerçevesinde halk sağlığı hemşirelerine, bebek bakımına yönelik kaygısı olan annelerde kısa süreli ve etkili bir yaklaşım olarak ÇOY'un yararını göstermede önemli bir kanıt temeli oluşturacak ilk araştırmadır.

Araştırmada $H_{1,1}$, $H_{1,2}$, $H_{1,3}$, $H_{1,4}$ ve $H_{1,5}$ hipotezleri kabul edilmiştir. Dolayısıyla prematüre bebek annelerinin bebek bakımına yönelik kaygılarında BÇOY'un durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerini azaltmada ve çözüm odaklı yaklaşım becerilerini geliştirmede etkisi olduğu belirlenmiştir. Bireysel (Wichowicz ve ark., 2017; Ayar ve Sabancıoğulları, 2020) ya da grup (Brzezowski, 2011; Yıldırım, 2016; Ateş ve Gençdoğan, 2017; Wichowicz ve ark., 2017; Akgül ve ark., 2018) görüşmeleri ile gerçekleştirilen ÇOY uygulaması, bu araştırmada ev ziyaretleri ve bakım alanları çerçevesinde tamamlandığı için çözüm odaklı görüşmelerin bireysel yapılması tercih edilmiştir. Literatürde ÇOY uygulamasının bebek bakımına yönelik kaygıyı gidermede kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanılmadığı için tartışma, araştırmanın anahtar kelimelerini oluşturan kavramlar üzerinden yapılmıştır. Bu müdahaleye vurgu yapılırken “araştırma” ifadesi, literatür taramalarına vurgu yapılırken ise “çalışma” ifadesi kullanılmıştır.

Araştırmada müdahale ve kontrol grupları, kontrol değişkeni olarak alınan, annenin yaşı, bebeğin doğum haftası, bebeğin hastanedeki yatış süresi, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları açısından benzerdir (Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3). Her iki gruptaki annelerin prematüre bebeklerinin de doğum sonrasında küvöze alındığı, %90 (müdahale)-%85 (kontrol)'inin solunum cihazına bağlandığı, annelerin %75 (müdahale) - %45 (kontrol)'inin bebeğini günde bir kez gördüğü (Tablo 4.2), doğum haftasının ortalama 32 ve hastanede kalma süresinin ortalama 39 (müdahale), 21(kontrol) gün olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Literatürde de bu değişkenler çerçevesinde prematüre bebeğin yaşam mücadelesi verdiği; annesinin ise YDYBÜ ve taburculuk sonrası, bebek bakımı ve psikososyal yönden gereksinimleri olduğu bildirilmektedir (Doering ve ark. 2000; Padovani ve ark., 2014; Bora Güneş, 2018; Laela ve ark., 2018). Ayrıca annenin bu süreçte desteklenmesi için müdahale planlamalarının yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Doering ve ark. 2000; Preyde ve Ardal, 2003; Sassá ve ark., 2014; Hemati ve ark., 2017). Bu doğrultuda, geliştirilen “arkadaş programı (ilk gebeliğinde YDYBÜ deneyimi olan ve yeni prematüre bebek annesi olan annelerin, program dahilinde eşleştirilmesi)” kapsamında yapılan bir çalışmada, müdahale grubundaki annelerin durumluk kaygı puan ortalamalarında azalma olurken, gruplar arası sürekli kaygı puan ortalamalarında fark olmadığı tespit edilmiştir (Preyde ve Ardal, 2003). Bu araştırmada ise kontrol değişkenleri yönünden her iki grupta da benzerlik gösteren (Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3) bu bulgulara sahip annelere BÇOY uygulanmış, annelerin kaygı düzeylerine etkisi değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, Preyde ve Ardal (2003)'in program geliştirerek yaptığı çalışma sonuçlarından farklı olarak, müdahale grubundaki annelerin grup içi; hem DKÖ, hem de SKÖ ve alt ölçek puan ortalamalarında birinci ve üçüncü izlemler arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.4). Aynı şekilde bu araştırmada, annelerin gruplararası birinci ve ikinci izlem, birinci ve üçüncü izlem arasında her iki grup arasında durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5). Öte yandan annelerin, ikinci ve üçüncü izlemleri arasında gruplar arası kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmaması, annelerin annelik sürecine alışmasından etkilendiği şeklinde yorumlanabilir (Tablo 4.5). İzlemler arasındaki bu değişim, uygulanan müdahale sonucunda annelerin ÇOY bakış açısını hayat felsefesi olarak görmelerinden kaynaklanabilir. Müdahale grubundaki annelerin ÇOE puan ortalamalarındaki artış bulgusu (Tablo 4.4) da annelere uygulanan BÇOY'un annelerin çözüm odaklı becerilerini güçlendirdiği sonucunu desteklemektedir. Nitekim farklı gruplarda (üniversite öğrencileri, beslenme bozukluğu olan yetişkinler) yapılan çalışmalarda da ÇOY müdahalesinin kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (Elemo, 2019; Yıldırım,

2019). Bu müdahale çalışmalarının yanında, bireyin çözüm odaklı düşünme becerilerini anlayabilmek için geliştirilen ve bu araştırmada da kullanılan bir ölçme aracı (ÇOE) bu bakışı güçlendirmeyi amaçlamıştır (Grant ve ark., 2012). Literatürde ise bu ölçek kullanılarak yapılan sınırlı sayıda tanımlayıcı-ilişkisel (Koç ve Arslan, 2017; Şanal karahan ve ark., 2017; Manasha, 2019) ve deneysel (Ulaşan, 2018; Gündoğdu, 2020) çalışmaya rastlanmıştır. Çözüm odaklı müdahale sonrasında ÇOE alt başlıklarının incelendiği sınırlı sayıdaki çalışmada problemden ayırma, hedefe yönelim, kaynakları harekete geçirme alt başlıkları (Şanal karahan ve ark., 2017; Gündoğdu, 2020), psikolojik iyi oluş (Ulaşan, 2018), empati düzeyleri (Şanal Karahan ve ark., 2017) ile pozitif yönde; olumsuz problem çözme yaklaşımı sergileyen bireylerde (Koç ve Arslan, 2017), depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri (Ulaşan, 2018) ile ise negatif yönde anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Kaygıya yönelik BÇOY müdahalesi içeren bu araştırmamızda ise müdahale grubundaki annelerin ilk ve son izlemlerinde tüm alt boyutlarında (problemden ayırma, kaynakları harekete geçirme, hedefe yönelim) ve ÇOE toplam ölçek puanında istatistiki anlamlılık görüldüğü buradan hareketle annelerin çözüm odaklı yaklaşım ile çözüm odaklı beceri puan ortalamaları geliştiktiklerini düşünülmektedir. Ancak hemşirelikte ÇOE kullanılarak yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bakış açısıyla da bu araştırma, BÇOY müdahalesinin ÇOE kullanılarak prematüre bebek annesinin kaygı düzeyine etkisinin değerlendirildiği ilk araştırmadır.

Etkili müdahaleler ile desteklenme ihtiyacı olan prematüre bebek annesi, prematüre bebeğin tedavi ve bakımının merkezinde yer almalıdır. Özellikle yoğun bakım deneyimi, birey ve ailesi ile teröpatik iletişim kurmayı, bakıma dahil edilmeyi gerektirmektedir (Cleveland, 2009). Literatürde prematüre bebek annesinin kaygı durumu değerlendirildiğinde rastlanılan tüm araştırmalarda ebeveynlerin bebek bakımı konusunda kaygılı oldukları tespit edilmiştir (Şahin ve Tiryaki, 2011; Sassá ve ark., 2014; Spinelli ve ark., 2015; Çelen ve Taş Arslan, 2017; Hemati ve ark., 2017; Petty ve ark., 2018). Bu kaygı düzeyi ile taburculuğu beklemek, annelerin kendilerini bebekleri ile taburculuğa hazır hissetmelerini etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada annelerin %66'sı, kendilerini bebeklerinin taburculuğuna hazır hissettiklerini belirtmişlerdir (Çelen ve Taş Aslan, 2017). Bu araştırmanın müdahale grubunda ise bu oran %65 'tir (Tablo 4.3). Taş Aslan ve Turgut (2013)'un anneler ile yaptığı çalışmada, annelerin %38.2'si taburculuk eğitimi aldığını ifade ederken, bu araştırmada müdahale grubundaki annelerin %25'i taburculuk eğitimi aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Erken doğan bebeğin annesinin hemşirelik uygulamalarıyla desteklenmesi gerektiği ve kademeli bakım ile annenin özerkliğinin sağlanabildiği bildirilmektedir (Çalışır ve Karaçam, 2011; Güleç ve ark., 2014; Sassá ve ark., 2014). Nitekim, bu araştırmada kullanılan ölçekler

(Tablo 4.4; Tablo 4.5) yönü ile benzer bir çalışmada, YDYBÜ’de bebeği olan ve kaygı düzeyi yüksek annelere verilen planlı eğitim göstermektedir ki; eğitim etkilidir ancak bu öğrenmenin davranışa dönüşmesi için farklı yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır (Gülçek, 2015). Ebeveynlerin kaygılarını belirlemek için yapılan bir çalışmada, gebelik sürecinden doğum sonrası üçüncü aya kadar ki süreçte, annelerin babalara göre daha kaygılı oldukları ve bu dönemde daha yoğun olan kaygının bu süreçten sonra azalmaya başladığı belirlenmiştir (Figueiredo ve Conde, 2011). Bu çalışmadaki dönem vurgusu ile bu araştırmada izlem aralığı için taburculuk sonrası, üç aylık dönemin seçilmesi, benzerdir. Ve, kaygı düzeyi yüksek olan annenin bu dönemde desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Literatürde de prematüre bebek annesinin anneliğe geçişte ve özellikle ev ortamında premature bebek bakımını yönetimde zorlandığı, hemşirenin ise bu noktada kilit rolde olduğu ifade edilmektedir (Yıldız ve Akbayrak 2014; Spinelli ve ark., 2015). Bu profesyonel destek için, çözüm odaklı görüşmeler ile tespit edilen gereksinimler doğrultusunda başlatılan, planlı bir hemşirelik sürecine gereksinim vardır. Çünkü ÇOY görüşmeleri, hemşirelik sürecinin her aşamasına entegre edilebilir (Mc Allister, 2007; Evans ve Evans, 2013). Bu süreçte prematüre bebek anneleri için hemşirelik eylemleri; rehberlik, açıklama, tavsiye ve uyarılar ile güçlendirilmesini ve kademeli bakımla annenin özerkliğini kolaylaştırmayı içermelidir. Çünkü prematüre bebek ve annesinin ev ortamında bu desteğe ihtiyacı vardır. Literatürde, annelerin eve geçişlerde zorlandıkları (Sassá ve ark., 2014; Spinelli ve ark., 2015) ve taburcu olduktan sonra yoğun kaygı yaşadıkları (Hemati ve ark., 2017) belirlenmiştir. Prematüre bebeği olan anneler ile yapılan nitel bir çalışmada ise, anneler taburculuk sonrası sağlık profesyonellerinin eğitim ve çeşitli destek mekanizmalarıyla desteklenmeyi istediklerini ifade etmişlerdir (Petty ve ark., 2018). Yine prematüre bebeğin bakımına yönelik planlanan hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin değerlendirildiği başka bir çalışmadaki (Balcı ve Yıldız, 2017), hastanede ve ev ortamında yapılan planlı eğitim ve desteğin annelerin sorun çözme becerilerini artırdığı bulgusu bu araştırma bulgularını (Tablo 4.4; Tablo 4.5; Tablo 4.6) desteklemektedir. Prematüre bebeklerin ve annelerinin taburculuk sonrasında evde izlemlerinde bebek bakımına yönelik kaygı gibi sorunlarda hemşirelere büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir (Pazarcıkcı ve Efe, 2017). Uludağ ve Ünlü (2012) yaptığı çalışmayla da prematüre bebek annelerin bakım anlamında kaygılarını azaltmada birinci basamak koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamıştır.

Bu doğrultuda bu araştırmada, hem müdahale hem de kontrol grubundaki prematüre bebek annelerinin ilk izlemlerinde, durumluk kaygı, sürekli kaygı ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının yüksek, ÇOE puan ortalamalarının ise düşük olduğu bulgusu bu sonuçlar ile

benzerdir (Tablo 4.4). Bu bulgular da göstermektedir ki, etkili bir hemşirelik süreci içerisinde “planlı ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı (tele-hemşirelik)” yer almalıdır. Nitekim bu araştırmaya benzer olarak literatürde, bebeğin hastaneye yatışından itibaren altı aylık süreçte, anneleri, bu yol ile bebek bakımı konusunda destekleyen çalışmalarda, anneyi taburculuk sonrası takip etmenin annenin başatmelerini güçlendirdiği belirlenmiştir (Sassá ve ark. 2014; Ersoy ve ark., 2015). Bu araştırmada annelerin özerkliğinin desteklenmesi, bakım alanlarına göre tespit edilen bakım gereksinimlerine (Tablo 4.6) yönelik uygulanan ÇOY teknikleriyle sağlanmıştır (Tablo 4.4). Ancak prematüre bebek annesinin bu kaygı yoğunluğu ile başederek, ev ortamında bebek bakımını yönetebilmesi için öncelikle iç ve dış kaynaklarını gözden geçirmesi gerekmektedir. Bu noktada araştırmada, müdahale grubundaki annelerin kaygı düzeylerini kontrol altına almak amacıyla sosyal destek mekanizmalarını keşfetmeleri için “Yardımlı Tekniği” gibi ÇOY tekniklerini kullanmalarının sonucu şöyledir: Bu etki ile müdahale grubunun grup içi; birinci izlem ile üçüncü izlem DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında (Tablo 4.4) ve gruplar arası müdahale ve kontrol grubu arasında (Tablo 4.5) istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, sosyal desteği olmadığı için taburculuktan kaçındığını açıklayan annelerin (Hemati ve ark., 2017), BÇOY ile desteklenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Yine bu kapsamda yapılan bir çalışmada YDYBÜ’de bebeği olan ebeveynlerin rahatlık düzeylerinin bebeklerin genel durumu ve doğum özellikleriyle ilişkili olduğunu belirlenmiş, ulaşım sorunu yaşayan aileler için iyileştirilmiş konaklama imkanlarının sunulması önerilmiştir (Çırlak ve Erdemir, 2013). Bu araştırmadaki uygulama alanları içerisinde yer alan hastanelerin bir tanesi hariç diğer ikisinde anne oteli imkanının bulunması annenin bu zorlu sürecini destekler nitelikte bir güç olmuştur. Ayrıca bu kapsamda sosyal desteğin, güvenli bağlanmayı da desteklediği ifade edilmektedir (Coppola ve ark., 2013). Yine prematüre bebeğe uygulanan kanguru bakımının, bebeğin büyümesi ve maternal bağlanmayı destekleyerek maternal kaygı faktörlerini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Ahn ve ark., 2010; Peker, 2015). Diğer taraftan bu araştırmada olduğu gibi annelerin özerkliğinin desteklenmesi için bakım gereksinimlerinin bakım alanlarına göre tespit edilmesi (Tablo 4.6) önemlidir. Nitekim literatürde de gereksinimlerin bakım alanlarına göre veri toplanarak tespit edilmesinin kısa sürede doğru ve etkili bir hemşirelik müdahalesini sağladığı vurgulanmıştır (Taş Arslan ve Turgut, 2013). Bu doğrultuda, bebek bakımını bilmeme nedeniyle kaygı düzeyi artan ve bakımı yönetmede güçlük yaşadığını ifade eden ebeveynler (%19.6) ile yapılan bir çalışmada (Çelen ve Taş Arslan, 2017), bakım alanlarına yönelik müdahale yapılması önerisi, bu araştırmada bakım alanlarının BÇOY’a entegre edilmesi (Tablo 4.6; Tablo 4.7) ile benzerdir. Bu araştırma sonuçları da göstermektedir ki;

annelerin müdahale sonrasında, müdahale öncesine göre bebeklerinin bakım gereksinimlerini karşılamada kendilerini yeterli hissetme yüzdeleri artmıştır (Tablo 4.6).

Araştırmada müdahale grubundaki prematüre bebeği olan annelerin, müdahale öncesine göre bu bakım alanlarından, beslenme başlığındaki uygulamalarda, kendilerini daha yeterli hissettiği tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Literatürde ise yapılan bir çalışmada YDYBÜ’de daha fazla bakıma katılması desteklenen ve taburcu olduktan sonrada görüşmeleri sürdürülen annelerin bebeklerinin beslenmesi konusunda daha yeterli oldukları bulgusu benzerdir (Hemati ve ark., 2017). Annelerdeki kaygı azaltmada farklı yaklaşım yöntemi kullanan bir çalışmada, ailelerin Aile Merkezli Yaklaşım uygulamasından memnun oldukları ancak yüksek oranda annenin taburculuk sonrasında da desteğe gereksinim duyduğunu sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi gerektiği ifade edilmiştir (Çağlar ve ark., 2019). Yıldız ve Akbayrak (2014)’ın primipar anneler ile yaptığı bir çalışmada ise verilen hemşirelik danışmanlık hizmeti ve eğitimin annelerin durumluk kaygı düzeylerini, bu araştırmadaki izlem aralığı ile benzer olarak taburculuk sonrası ilk 3 aylık dönemde azalttığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, aynı zamanda bu araştırmanın primipar annelerde müdahale sonrası bebek bakımıyla ilgili bilgi düzeylerinin artırması bulgusu ile paraleldir (Tablo 4.4; Tablo 4.6; Tablo 4.7). Müdahale ve kontrol gruplarının birinci izlemlerindeki durumluk kaygı puan ortalamalarının yüksek olması, annelerin ilk bebekleri olduğu için deneyimsiz ve baş etme mekanizmalarını aktif kullanmamaları ile ilişkili olabilir. Yine yurt içi (Akbaş ve ark, 2019; Özyacıoğlu ve Güdücü-Tüfekçi, 2009; Çakmak ve Karaçam, 2016) ve yurt dışı literatürde (Doering ve ark., 2000; Ahn ve ark., 2010) taranan çalışmalar prematüre bebek ebeveynlerinin yüksek kaygı ile depresyon düzeyleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Postpartum süreçte ve evdeki dönemde anneler bebek bakımı konusunda yenidoğan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi açısından desteklenmelidir (Çetin, 2011; Başaran ve Gürsoy, 2018). Bu araştırmada görüşmeler esnasında annelerin çözüm odaklı becerilerini geliştirerek olası sorunlarla nasıl baş edebileceklerine yönelik gözlemlerde yapılmıştır. Örneğin annelerin 6. ayda ek gıda da karşılaşılabileceği bir aspirasyon sorununda ne yapacakları sorulduğunda annelerin çoğunluğu durumu SKÖ ölçeğinin alt cevaplarından çabuk karar verme mekanizmalarını kullanarak soğuk kanlılıkla bildiklerini uygulayacaklarını ifade etmişlerdir. Müdahale grubunun SKÖ puanındaki istatistiki anlamlı farkta bunu doğrulamaktadır (Tablo 4.4).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde çözüm odaklı yaklaşımın etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- BÇÖY uygulanan müdahale grubunda Durumluk Kaygı Düzeyi ve Sürekli Kaygı Düzeyi ölçek puanlarındaki izlemlerarası farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.5).
- BÇÖY uygulanan müdahale grubunda Çözüm Odaklı Envanter toplam ölçek puanları izlemler arası istatistiksel olarak anlamlı olmakla beraber alt başlıkları Hedefe yönelim puanı ($p=.156$) ve Kaynakları harekete geçirme puanı ($p=.067$) ikinci ve son izlem arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Problemden ayırma puanı alt başlığı tüm izlemler arası anlamlıdır (Tablo 4.5).
- BÇÖY uygulanmayan kontrol grubunda ise durumluk kaygı birinci ve ikinci izleme ile ikinci ve üçüncü izlem durumluk kaygı puanı dışındaki izlem ve ölçekler anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).
- BÇÖY uygulanan müdahale grubunun birinci ve üçüncü izlemi ile kontrol grubunun birinci ve ikinci izlemi arasındaki grup farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.6).
- Müdahale grubundaki annelerin bakım gereksinimlerinde kendilerini algıladıkları yeterlilik düzeyinde müdahale sonrası tüm becerilerde artış gözlemlenmiştir. Kontrol grubunda ise bazı becerilerde azalma olduğu bazıların ise aynı kaldığı fakat çoğu beceride bir artış olduğu gözlemlenmiştir.
- Sonuç olarak; halk sağlığı hemşireleri için ana-çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi kapsamında BÇÖY uygulaması; prematüre bebek bakımında güçlük yaşayan annelerin Durumluk ve Sürekli Kaygılarını kontrol edebilmelerine ve çözüm odaklı yaklaşım becerileri geliştirebilmelerine katkı sağlamaktadır. BÇÖY müdahalesinin annenin prematüre bebek bakımına yönelik kaygıyı azaltmada ve hemşirelik boyutuyla kanıt temeli oluşturacağı düşünülmektedir. Halk sağlığı hemşireleri prematüre bebek annelerine bebek bakımı konusunda yaşadıkları kaygıyla mücadelede, çözümünü hedef göstererek annelerin kaygı ile baş etme mekanizmalarını güçlendirebilmektedir.

6.2.ÖNERİLER

Prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde Bireysel Çözüm Odaklı Yaklaşım müdahalesinin etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları doğrultusunda hemşirelere şunlar önerilmektedir;

- Her kadın için annelik bireysel bir süreçtir. Bu nedenle hemşirelik bakımı da bireysel olmalıdır.
- YDYBÜ deneyimi açısından annelerin kalabilecekleri anne otelleri bulundurulmalı ve var olan konaklama imkanları kaygıyı azaltmak için iyileştirilmelidir.
- Annelerin gereksinim duyduğu her yeni büyüme-gelişme döneminde (oyun çağı, okul dönemi vb.) BÇOY ve grup temelli ÇOY müdahaleleri planlanması önerilebilir.
- Planlı ev ziyareti ve hemşirelikte inovatif bir alan olan, pandemi sürecinde ciddi gereksinim duyulduğunu gözlemlediğimiz tele-izlem ve tele-hemşirelik müdahalelerinin artırılarak geliştirilmesinin ana-çocuk sağlığını koruma ve geliştirmede etkili olacağı düşünülmektedir.
- YDYBÜ hemşirelerinin yanında aynı zamanda anne-bebek uyum rehber hemşiresi de olmalı ve ÇOY uygulamalarıyla bu zorlu süreçte annelere destek olmalıdır.
- Araştırma uygulamasının müdahale öncesi veri tabanını oluşturan ve hemşirelik bakım sürecine entegre edilen “Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu”nun geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılması önerilmektedir.
- Hemşirelik sürecini ÇOY teknikleri ile entegre edilen kanıt temelli randomize kontrollü çalışmalar yapılabilir.
- Araştırmanın önce prospektif kohort yöntemiyle daha büyük bir örnekleme yapılması daha sonra da artan prematüre doğum oranlarındaki sağaltımı arttırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı desteğiyle projelendirilip ASM’lerde pilot uygulamalar yapılması,
- ASM’de ve YDYBÜ’de bulunan tüm sağlık profesyonelleri başta hemşireler olmak üzere çözüme yönelik bakış açılarını geliştirmeleri ve teröpatik iletişim için hizmet içi ÇOY ve çözüm odaklı hemşirelik eğitimleri almalıdır.
- Halk Sağlığı hemşireleri ana-çocuk sağlığının geliştirilmesinde ÇOY uygulayabilir.
- Hemşireliğin her alanında etkin, kolay ve maliyetsiz olarak uygulanabilen ÇOY bakış açısının Çözüm Odaklı Hemşirelik dersi kapsamında Hemşirelik lisans ve yüksek lisans programlarında yer verilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Adama, E. A., Bayes, S., Sundin, D. (2016). Parents' Experiences of Caring for Preterm Infants After Discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A Meta-synthesis of the Literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(1), 27–51. DOI:10.1016/j.jnn.2015.07.006
- Ahn, H.Y., Lee, J., Shin, H.J. (2010). Kangaroo Care on Premature Infant Growth and Maternal Attachment and Post-partum Depression in South Korea. *Journal Of Tropical Pediatrics*, 56: 5.
- Akbaş, M., Akça, E., Şenoğlu, A., Gökyıldız Sürücü, Ş. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anne-Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28 (2), 87-97. DOI: 10.17942/sted.457029.
- Akgül Gündoğdu, N., Seviğ, E.U., Güler, N. (2018). The Effect of The Solution-Focused Approach On Nutrition– Exercise Attitudes and Behaviours of Overweight and Obese Adolescents: Randomised Controlled Trial. *J Clin Nurs.*, 27:e1660–e1672. <https://doi.org/10.1111/jocn.14246>.
- Akgül Gündoğdu, N., Zincir, H., Güler, N. (2016). Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelikte Kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 145-152.
- Akşit, S., Cimete, G. (2001). Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünde, Annelere Uygulanan Hemşirelik Bakımının Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *C. Ü. H.Y.O. Dergisi*, 5 (2), 25-36.
- Altuntuğ, K., Ege, E. (2013). Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,15(2), 45-56.
- Arslan, N., Akın, A. (2016). Çözüm Odaklı Kısa Süreli Grupla Psikolojik Danışmanın Lise Öğrencilerinin Akran Zorbalığına Etkisi. *Sakarya University Journal of Education*, 6 (1), 72-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.19126/suje.62580>.
- Aslan, F. (2020). Sağlığı Geliştirme Uygulamalarında Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 3-8.
- Ateş, B., Gençdoğan, B. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Fobi ile Başa Çıkmalarında Çözüm Odaklı Grupla Psikolojik Danışmanın Etkisinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(1), 188-203. DOI: 10.17679/inuefd.306513
- Atkinson, C. (2007). Using Solution Focused Approaches in Motivation Interviewing with Young People. *Pastoral Care*, 7, 31-37.
- Ayar, D., Sabancıoğulları, S. (2020). The effect of a solution Oriented Approach in Depressive Patients on Social Functioning Levels and Suicide Probability. *Perspect Psychiatr Care*. 2020; 1–11. <https://doi.org/10.1111/ppc.12554>
- Azim, D. (2016). Preterm Bebeklerde Nöromotor Gelişimin Farklı Hareket Analizleri ile Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, 1-53. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Baghlani, R., Hosseini, M.-B., Safaiyan, A., Alizadeh, M., Arshadi-Bostanabad, M. (2019). Neonatal Intensive Care Unit Nurses' Perceptions and Knowledge of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program: A Multicenter Study. *Iranian Journal of Nursing*, 24 (2), 113-117. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_54_18.

- Bağcı, S., Altuntuğ, K. (2016). Annelerin Doğum Sonunda Yaşadıkları Sorunlar ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13 (2), 3266-3279. DOI:10.14687/jhs.v13i2.3884.
- Balaban, E. (2016). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebek Annelerine Verilen Eğitimin Anne Özgüvenine Etkisi. İstanbul, Türkiye: Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1-51.
- Balcı, S., Yıldız, (2017). Preterm Bebeği Olan Annelere Yapılan Taburculuk Eğitimi ve Ev Ziyaretlerinin Bebeğin Büyüme –Gelişmesine ve Annelerin Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri Üzerine Etkisi. *HSP*; 4(3):212-220. DOI: 10.17681/hsp.323922
- Balkaya, N.A. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe- Hemşirenin Rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 6(2), 42-49.
- Bastani F, Abadi TA, Haghani H. (2015). Effect of Family-Centered Care on Improving Parental Satisfaction and Reducing Readmission Among Prematüre Infants: a Randomized Controlled Trial. *J Clin Diagn Res*; 9(1): SC04.
- Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler . *IAAOJ, Social Science*, , 1-26.
- Batman, D. , Şeker, S. (2019). Web Tabanlı Eğitimin Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerinin Bakımdaki Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *DEUHFED*, 12(2), 107-115
- Baydemir, S. (2019). Ortopedik Cerrahi Girişim Esnasında Hasta Yakınlarını Kısa Mesaj İle Bilgilendirmenin Anksiyete Ve Memnuniyet Düzeyine Etkisi. 1-65. Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli, Türkiye: T.C. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tez no: 559468.
- Baysoy, N. (2011). Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Bebeklerin Taburculuk Sonrasında İzlemi ve Rehospitalizasyon Sıklığının ve Nedenlerinin Araştırılması. İstanbul, Türkiye: T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, 1-82.
- Bezanson, B.J. (2004). The Application of Solution-focused Work in Employment Counseling. *Journal of Employment Counseling*, 41:183-191.
- Bingöler Pekcici, E. B., Şahinöz Kaya, A., Ayrancı Sucaklı, İ., Yakut, H. İ. (2016). Prematüre Bebeklerin Ev Ortamlarındaki Uyarıların Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hast Dergisi*, 2, 77-83. DOI: 10.12956/tjpd.2015.143.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard ,M., Chou, D., Moller, A.B., Narwal, R. et all (June, 2012). National, Regional and Worldwide Estimates of Preterm Birth . *The Lancet* ,9; 379(9832):2162-72.
- Bora Güneş, N. (2018). Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşadıkları Sorunlara, Kaygı Ve Depresyon Düzeylerine Etkisi . Ankara, Türkiye: Doktora tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı.
- Bowles, N., Mackintosh, C. ve Torn, A. (2001). Nurses’ Communication Skills: An Evaluation of The Impact of Solution-Focused Communication Training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 347-354.
- Brown, E.L., Powell, E., Clark, A. (2012). Working on What Works: Working with Teachers to Improve Classroom Behaviour and Relationships. *Educational Psychology in Practice*, 28:19-30.

- Brzezowski, K. M. (2011). A Solution-Focused Group Treatment Approach for Individuals Maladaptively Expressing Anger. Browse all Theses and Dissertations. Erişim Adresi: https://corescholar.libraries.wright.edu/etd_all/1124.
- Büyükkayacı Duman, N. (2009). Postpartum Erken Taburculuk Sonrası Evde Bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(1), 83-92.
- Can, G., İnce, Z. (2010). Preterm doğanlar, İntrauterin Büyüme Geriliği, Makrozomi, Çoğul gebelikler. İçinde O. Neyzi, T. Ertugrul (Ed.), Pediyatri 1. İstanbul: Nobel Matbaacılık ; 367-385.
- Carter J.D., Mulder R.T., Bartram A.F. ve ark. (2005). Infants in a Neonatal Intensive Care Unit: Parental Response. Archives of Disease in Childhood. Fetal Neonatal Edition, 90(2), 109-13.
- Cerrah Celayir, A. (2015). Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Prematürelere Bekleyen Sorunlar ve Sonuçları. Çocuk Cerrahisi Dergisi, 29 (1), 14-26.
- Chandler, G. E., Wilson, D. (2016). Solution-Focused Nursing in A Crisis Situation Improves Patient Outcomes. Global Insights, 15-18. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000504690.97120.14.
- Cheng, C.D., Volk, A.A., Marini, Z.A. (2011). Supporting Fathering through Infant Massage. The Journal of Perinatal Education, 20(4), 200-9.
- Cleveland, L. M. (2009). A Mexican American Mother's Experience in the Neonatal Intensive Care Unit. Perinatal Neonatal Nursing Journal, 23(2), 178-185.
- Coppola, G., Cassibba, R., Bosco, A., Papagna, S. (2013). In Search of Social Support in the NICU: Features, Benefits and Antecedents of Parents' Tendency to Share with Others the Premature Birth of Their Baby. J Matern Fetal Neonatal Med. , 26 (17), 1737–1741.
- Corcoran, J. (2002). Developmental Adaptations of Solution-Focused Family Therapy. Brief Treatment and Crisis Intervention , 2 (4), 301-313. DOI: 10.1093/brief-treatment/2.4.301.
- Creswell, C., Violato, M., Fairbanks, H., White, E., Parkinson, M., Abitabile, G., Cooper, P. J. (2017). Clinical Outcomes and Cost-effectiveness of Brief Guided Parent-delivered Cognitive Behavioural Therapy and Solution-focused Brief Therapy for Treatment of Childhood Anxiety Disorders: A Randomised Controlled Trial. The Lancet Psychiatry, 4(7), 529–539. DOI:10.1016/s2215-0366(17)30149-9
- Çağlar, S., Ar, I., Yaşa, B., ve Kurt, Ş. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım: Anne Görüşleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 28 (2), 120-126.
- Çakır, S. Ç., Dorum, B. A., Köksal, N., Özkan, H., Coşkun, M., ve Özcan, N. (2018). Geç Pretermelerin Erken Dönem Sorunları. Journal of Clinical Periodontology, 16 (1), 2-18.
- Çakmak, E., Karaçam, Z. (2017). The Correlation Between Mothers' Participation in Infant Care in The NICU and Their Anxiety and Problem-Solving Skill Levels in Caregiving. The Journal of Maternal-Fetal ve Neonatal Medicine, 31(1), 21–31. DOI:10.1080/14767058.2016.1271412.
- Çalışır, H., Karaçam, Z. (2011). Factors Associated with Parenting Behavior of Mothers in The Early Postpartum Period in Turkey. Nursing ve Health Sciences, 13(4), 488–494. DOI:10.1111/j.1442-2018.2011.00646.x
- Çalışır, H., Şeker, S., Güler, F., Anaç, G.T., Türkmen, M. (2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 31–44.

- Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 11. Baskı, Cilt 2. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2015.
- Çelen, R., Taş Arslan, F. (2017). The Anxiety Levels of the Parents of Premature Infants and Related Factors. *J Pediatr Res.*, 4(2), 68-74.
- Çetin, S. (2018). Pediatri Acil Servise Başvuran Prematüre Bebek Anneleri ve Term Bebek Annelerinin Postpartum Depresyon ve Stresle Baş Etme Düzeyleri Açısından Karşılaştırma. İstanbul, Türkiye: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-52.
- Çırlak, A., Erdemir, F. (2013). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Bebeklerin Ebeveynlerinin Rahatlık Düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (2), 73-81.
- de Castro, S., Guterman, J. T. (2008). Solution-Focused Therapy for Families Coping with Suicide. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34 (1), 93–106.
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., et al. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Fam Proc.* (25), 207-221.
- de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., et all (2007). More Than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy. Haworth Press: New York: ss 2-18.
- Deliktaş, A., Körükcü, Ö., Kukulcu, K. (2015). Farklı Gruplarda Annelik Deneyimi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(4), 274-283. DOI: 10.5455/musbed.20150831014409.
- Dielman, M.C., Franklin, C. (1998). Brief Solution Focused Therapy with Parents and Adolescents with ADHD. *Social Work in Education*, 20, 261-268.
- Doering, L.V., Moser, D.K., Dracup, K. (2000). Correlates of Anxiety, Hostility, Depression, and Psychosocial Adjustment in Parents of NICU Infants. *Neonatal Network*, 19(5), 15- 23.
- Doğan, S., (1999). Çözüm-Odaklı Kısa Süreli Terapi: Kuramsal Bir İnceleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*; 2: 23-38.
- Dolan, Y. (1997). I'll Start My Diet Tomorrow: A Solution-Focused Approach to Weight Loss. *Contemporary Family Therapy*; 19: 41-48.
- Dölek, N., Kunter, F., (2019). Çözüm Odaklı Danışmanlık Yaklaşımı, Seminer Notları, İstanbul.
- Dönmez, M., Civan, H.Y., Ahlatçioğlu, E.N., Dülgeroğlu, D., Aydın, N. (2017). Annelerin Çalışma Durumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri İlişkisinin İncelenmesi-Bir Ön Çalışma. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 17-22.
- Duman Büyükkayacı, N., Yılmazel, G., Topuz, Ş., ve Büyükgönenç, L. (2014). Prematüre Bebeği Olan Annelere Yapılan Ev Ziyaretlerinin Postpartum Depresyon, Annelik Rolü ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (1-2-3), 67-86.
- Eisengart, S., W. J. Gingerich. (2000). Solution-focused Brief Therapy. A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39, 4, 477-498.

- Elemo, A. S. (2019). The Effects of Solution-Focused and Social Skills Training Groups On Social Anxiety and Coping Strategies of Ethiopian University Students. Eğitim Bilimleri (Rehberlik ve Psikolojik Danışma) Anabilim Dalı Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Erdem, Y., Kutluk, Ş, (2005). Doğum Sonu Bebekleri Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerle, Yanında Olan Annelerin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı. 13-17 Nisan 2005. Kayseri, sayfa:480.
- Erdeve, Ö. (2009). Aile Merkezli Bakım ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri. Gülhane Tıp Dergisi, 51, 199-203.
- Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S., ve Türmen, T. (2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Deneyiminin Aile Ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51, 104-109.
- Ergenekon E. (2001). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı. Türkiye Klinikleri, 10: 1-5.
- Ergeshkyzy, A. (2012). Aile İçi Roller Ve Manevî Yaklaşım. Ankara, Türkiye: T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ersoy, S., Yıldırım, Y., Şenuzun Aykar, F., Fadiloğlu, Ç. (2015). Hemşirelikte İnovatif Alan: Evde Bakımda Telehemşirelik ve Telesaglık. ACU Sağlık Bil. Derg., (4):194-201
- Evans, N., Evans, A.M. (2013). Solution-focused Approach Therapy for Mental Health Nursing Students. British Journal of Nursing , 22 (21), 1222-1225.
- Evcili, F. (2013). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Annelik Rolüne Hazıroluşluk Durumlarının Ve Özgüvenlerinin Değerlendirilmesi. STED.; 27(1):56-61.
- Fırıncık, S. (2019). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Uygulanan Çözüm Odaklı Danışmanlığın Başa Çıkma Ve Hastalık Uyumuna Etkisi. Ankara, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- Field, T. (2018). Postnatal Anxiety Prevalance, Predictors And Effects on Development: A Narrative Rewiev. Infant Behavior and Development; 51, 24-32.
- Figueiredo, B., Conde, A. (2011). Anxiety and Depression in Women and Men from Early Pregnancy to 3-months Postpartum. Arch Womens Ment Health, 14(3):247-255. DOI:10.1007/s00737-011-0217-3
- Franklin, C. (2015). An Update on Strengths-Based,Solution-Focused Brief Therapy. Health & Social Work , 40 (2), 73-76.
- Franklin, C., Biever, J., Moore, K., ve ark. (2001). The Effectiveness of Solution-Focused Therapy with Children in a School Setting. Research on Social Work Practice; 11:4:411-434.
- Galeano, M. D., Carvajal B. V. (2016). Coping in Mothers of Premature Newborns After Hospital Discharge. Newborn & Infant Nursing Reviews,16, 105–109.
- Gingerich, W.J., Wabeke, T. A. (2001). Solution Focused Approach to Mental Health Intervation in School Settings. Children ve Schools; 23, 33-47.
- Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2), 15-22.

- Göv, P. (2019).Çözüm Odaklı Danışmanlığın Astımlı Adölesanların Özetkililik, Astım Kontrolü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Kayseri,Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, HemşirelikAnabilim Dalı, Doktora Tezi.
- Griffin T. (2006). Family-Centered Care in the NICU. J Perinat Neonat Nurs., 20:98-102.
- Gullino, S., Kaiser, A., Khan, H., et all (2016). New Mothers Experiences Of The Urban Environment With Their Preterm Infants Involve Complex Social, Emotional And Psychological Processes. Acta Paediatrica , 1, 1-18.
- Gund, A., Sjöqvist, B.A., Wigert, H., Hentz, E., Lindecrantz, K., Bry, K. A. (2013) Randomized Controlled Study About the Use of e-health in the Home Health Care of Premature Infants, BMC Medical Informatics and Decision Making, 13-22.
- Gülçek, E. (2015). Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde Bebeği Yatan Annelere Verilen Planlı Eğitimin Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Malatya, Türkiye: Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1-40.
- Güleç, D., Kavlak, O., Sevil, Ü. (2014). Ebeveynlerin Doğum Sonu Yaşadıkları Duygusal Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 11 (1), 54-60.
- Güler, İ., Bigzad, M. (2019). Kanıt Dayalı Kanguru Bakımının Prematüre Üzerindeki Etkileri. 124-125. Maltepe Üniversitesi Uluslararası Öğrenci Kongresi: “Hemşirelikte Kanıt Temelli Uygulamalar” 2019 İstanbul.
- Gündoğdu, R. (2020). Psikolojik Danışman Adaylarıyla Çözüm Odaklı Grupla Psikolojik Danışmanın Çözüm Odaklı Eğilim ve Otomatik Düşüncelere Etkisi. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 15(10),5149-48.
- Grant, A. M. (2011). The Solution-Focused Inventory: A Tripartite Taxonomy For Teaching, Measuring and Conceptualising Solution-Focused Approaches to Coaching. The Coaching Psychologist, Vol.7, No. 2, December 2011, 98-106.
- Grant, A. M. , Cavanagh, M. J. , Kleitman, S. , Spence, G. , Lakota, M. , Yu, N. (2012). Development and Validation of the Solution-focused Inventory. The Journal of Positive Psychology. Vol. 7, No. 4, 334-348.
- Hafizoğlu, T. (2015). Short-Term Complications and Management of Preterm Infants. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics, 7(1), 73-8.
- Hemati, Z., Namnabati, M., Taleghani, F., & Sadeghnia, A. (2017). Mothers' Challenges after Infants' Discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative Study. Iranian Journal of Neonatology , 8 (1), 31-36. DOI: 10.22038/ijn.2017.15546.1174.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T. C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, sayı: 27910. Erişim tarihi: 10.10.2019.
- Hoban, E., Liamputtong, P. (2012). Cambodian Migrant Women’s Postpartum Experiences in Victoria, Australia. Midwifery, 29(7), 772-778.

- Horwitz, S. M., Leibovitz, A., Lilo, E., Jo, B., Debattista, A., St. John, N., & Shaw, R. J. (2014). Does an Intervention to Reduce Maternal Anxiety, Depression and Trauma Also Improve Mothers' Perceptions of Their Preterm Infants' Vulnerability. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 42–52. DOI:10.1002/imhj.21484
- İşlek, M. Çözüm Odaklı Yaklaşımlara Göre Düzenlenmiş Sınav Kaygısıyla Sınav Kaygısı Düzeylerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2006.
- İşler, A. (2007). Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerin Rolü, *Perinatoloji Dergisi*, 15(1), 1-6.
- Johnson, L., Miller, S.D. (1994). Modification of Depression Risk Factors: A Solution-Focused Approach. *Psychotherapy*, 31, 244- 253.
- Karahan, F. Ş., Bakalım, O., Yoleri, S. (2017). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinde Çözüm Odaklı Düşünme ve Empati. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4383-4392. DOI:10.14687/jhs.v14i4.5024
- Karakaya, D. (2016). Çözüm Odaklı Yaklaşımın Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerin Özyeterlik Düzeyi ve Benlik Saygısına Etkisi. 1-78. İzmir, Türkiye: T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi.
- Kavlak, O., Şirin, A. (2007). Anne ve Babaya Bağlanma ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23(2), 183–194.
- Keleş, Ö. D., Şarman, G. (2011). Kuvözden Dünyaya: Erken Doğan Bebeğin El Kitapçığı. Türkiye: El Bebek Gül Bebek Derneği.
- Kim, J.S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107–116
- Kleberg, A., Westrup, B., Stjernqvist, K., Lagercrantz, H. (2002). Indications of Improved Cognitive Development at One Year of Age Among Infants Born Very Prematurely Who Received Care Based on the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) Intervention. *Early Hum Dev*, 68, 83-91.
- Koç, H., Arslan, C. (2017). Analyzing Interpersonal Problem Solving in Terms of Solution Focused Approach and Humor Styles of University Student. *Journal of Education and Practice*, 8(27):18-28. ERIC Number: ED578206.
- Konukbay, D., Arslan, F. (2011). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16-22.
- Korja, R., Latva, R., Lehtonen, L. (2012). The Effects of Preterm Birth on Mother–Infant Interaction and Attachment During the Infant's First Two Years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164-173.
- Korkmaz, A., Aydın, Ş., Çamurdan, A. D., Okumuş, N., Onat, F. N., Özbaş, S., ve ark. (2013). Türkiye'de Bebek Ölüm Nedenlerinin ve Ulusal Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56, 105-121.
- Kurnaz, E., Gençalp, N.S. (2007). Bebeği Yenidoğan Bakım Ünitesinde Olan Annelerin Endişeleri ve Bakım Gereksinimleri. 4. Uluslararası, 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı, 5-8 Eylül 2007, Ankara. Sayfa:265.
- Kavuncuoğlu, S., Yıldız Aldemir, E. (2016). Prematüre Yenidoğanlarda Patent Duktus Arteriyozus.

- Laela, S., Anna Keliat, B., Mustikasari. (2018). Thought Stopping and Supportive Therapy Can Reduce Postpartum Blues and Anxiety Parents of Premature Babies. *Enfermería Clínica*, 28, 126–129. DOI:10.16/s1130-8621(18)30051-2
- Lambert, M.J., Okiishi, J. C., Finch, A. E. ve Johnson, L. D. (1998). Outcome Assessment: From Conceptualization to Implementation. *Professional Psychology: Research and Practice* 29, 63–70.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J. (2016). Global, Regional, and National Causes of Under-5 Mortality in 2000-15: An Updated Systematic Analysis with Implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet.*, 388(10063):3027.
- Manasha A. (2019). Solution Focused Thinking in Relationship with the Discipling Experience Among Adolescents. *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP)*, 9(2) (ISSN: 2250-3153), DOI: <http://dx.doi.org/10.29322/IJSRP.9.02.2019.p8666>.
- Manav, G., Yıldırım, F. (2010). Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 149-157.
- McAllister, M. (2003). Doing Practice Differently: Solution-Focused Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (6), 528–535.
- Meydan, B. (2013). Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma:Okullardaki Etkililiği Üzerine Bir İnceleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (39), 120-129.
- Misund, A. R., Nerdrum, P., Bråten, S., Pripp, A., Diseth, T. H. (2013). Long-Term Risk of Mental Health Problems in Women Experiencing Preterm Birth: A Longitudinal Study of 29 Mothers. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 33. DOI:10.1186/1744-859x-12-33.
- Murdock, N.L., (2012). Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları, Akkoyun F (Çev.) Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara: ss 461-489.
- Newsome, W.S.(2005). The Impact of Solution-Focused Brief Therapy with At-Risk Junior High School Students. *Children and Schools*, 27(2), 83-90.
- Olgaç, Z., Karaçam, Z. (2017). Doğum ve Kadın Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Anne-Dostu Doğum Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 153-165. <https://doi.org/10.17672/fnfn.343250>
- Öner, N. (2006). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler Bir Başvuru Kaynağı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Öner, N., Le Compte, A.(1985). Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Birinci Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1-26.
- Özdoğan, T., Aldemir, E. Y., Kavuncuoğlu, S. (2014). Orta Derece ve Geç Prematüre Bebekler ve Sorunları. *İKSST Dergisi* , 6 (2), 57-64. DOI:10.5222/iksst.2014.0057.
- Özen Çınar, İ., Öztürk, A. (2014). The Effect of Planned Baby Care Education Given to Primiparous Mothers on Maternal Attachment and Self-Confidence Levels. *Health Care for Women Int.*, 35, 320-333.
- Özen Kutanis, R., Tunç, T. (2013). Hemşirelerde Benlik Saygısı ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. "İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 15 (2), 1-13. DOI:10.4026/1303-2860.2013.0222.x.

- Özkars, B. N. (2017). Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi . İstanbul , T.C. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü .
- Öztürk Çopur, E. (2019). Çözüm Odaklı Kısa Süreli Yaklaşımın Akran Zorbalığı İle Baş Etme Becerileri Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Ankara, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Doktora Tezi.
- Öztürk, R., Saruhan, A. (2013). 1-4 Aylık Prematüre Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 32-47
- Öztürk, S., Erci, B. (2016). Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa ve Yenidoğan Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Annelik Özgüvenine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5 (2), 25-31.
- Özyazıcıoğlu, N., Güdücü Tüfekçi, F. (2009). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (4), 66-73.
- Padovani, F.H., Linhares, M.B., Carvalho, A.E. (2004). Anxiety and Depression Symptoms Assessment in Pre-term Neonates' Mothers During and After Hospitalization in Neonatal Intensive Care Unit. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(4), 251-255.
- Padovani, F. H., Linhares, M. B., Pinto, I. D., Duarte, G., Martinez, F. E. (2008). Maternal Concepts and Expectations regarding a Preterm Infant. The Spanish Journal of Psychology, 11(2), 581-592.
- Pazarcıkcı, F., Efe, E. (2017). Preterm Bebeklerin Taburculuk Sonrası Evde Bakımının Sağlanmasında Hemşirenin Rolü. MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg., 5(1). 45-52.
- Peker, N. (2015). Prematüre Yenidoğanlarda Kanguru Bakımının Bebeğin Büyümesi Ve Anne-Bebek İlişkisine Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın. Tez No:414991.
- Petty J, Whiting L, Green J et all (2018). Parents' Views on Preparation to Care for Extremely Premature Infants at Home. Nursing Children and Young People. DOI: 10.7748/ncyp.2018.e1084.
- Pinkerton, R. S., Rockwell, W. J. K. (1994). Very Brief Psychological Interventions with University Students. Journal of American College Health, 42(4), 156-162.
- Preyde, M., Ardal, F. (2003). Effectiveness of a Parent "Buddy" Program for Mothers of Very Preterm Infants in a Neonatal Intensive Care Unit. CMAJ, 168 (8) 969-973.
- Rahmani, S., Armanian, A. M., Namnabati, M. (2018). Effects of Feeding Nozzle and Cup Feeding on Reaching the Time of Full Oral Feeding in the Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. Iranian Journal of Neonatology, 9 (1), 65-70. DOI: 10.22038/ijn.2018.26771.1357.
- Rhodes, J., ve Jakes, S., (2002). Using Solution-focused Therapy During a Psychotic Crisis: A Case Study. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 139-148.
- Roeden, M.J., Maaskant, A.M., Bannink, P.F., et all. (2011). Solution Focused Brief Therapy with People with Mild Intellectual Disabilities. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 8, 247-255.

- Rossman, B., Greene, M. M., Meier, P. P. (2015). The Role of Peer Support in the Development of Maternal Identity for “NICU Moms.” *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 3–16. doi:10.1111/1552-6909.12527
- Sarıcı Bulut, S. (2010). İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Sınav Kaygıları, Saldırganlık Eğilimleri Ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizliklerin Sağaltımında Grupla Çözüm Odaklı Kısa Terapinin Etkileri. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 30, Sayı 2 (2010) 325-356.
- Sassá, A. H., Gaíva, M. A., Higarashi, L. H., Marcon, S. S. (2014). Nursing Actions in Homecare to Extremely Low Birth Weight Infant. *Acta Paul Enferm.*, 27 (5), 492-500.
- Say, B. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Yatırılan Orta ve Geç Prematüre Bebeklerin Değerlendirilmesi. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg.*, 33 (1): 21 - 26
- Siyez, D. M., Tan Tuna, D. (2014). Lise Öğrencilerinin Öfke Kontrolü ve İletişim Becerilerinde Çözüm Odaklı Psiko-Eğitim Programının Etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5 (41), 11-22.
- Sklare, G.B. (2013). Okul Araştırmacıları İçin Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma, Siyez, D.M. (Çev.) Kaya, A., Pegem Akademi, 4. Baskı: ss 17-83.
- Sparrer I. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Sistemik Yapısal Dizime Giriş (1.Baskım), Suvarierol E (Çev.) Pan Yayıncılık, 2012: ss 12-86.
- Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F., Natalicio, D. S. (1971). Development of the Spanish Edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, 5, (3-4).
- Spilsbury, G. (2012). Solution-focused Brief Therapy for Depression and Alcohol Dependence: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 11, 263-275.
- Spinelli, M., Frigerio, A., Montali, L., Fasolo, M., Spada, M. S., Mangili, G. (2015). I Still Have Difficulties Feeling Like a Mother”: The Transition to Motherhood of Preterm Infants Mothers. *Psychology ve Health* , 1-33. DOI:10.1080/08870446.2015.1088015.
- Şahin, E., Tiryaki, A. (2011). Düşük Doğum Ağırlıklı Prematüre Bebek Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 21(3), 155-163.
- Şahin, F. (2001). Sosyal Hizmette Güçler Perspektifi ve Çözüm Odaklı Mülakat. *Aile ve Toplum Dergisi*, 1 (4), 1-13.
- Şanal Karahan, F., Hamarta, E. (2015). The Solution Focused Inventory: Reliability and Validity Study. *İlköğretim Online [Online]*, 14 (2), 757-769. Erişim Adresi: <http://ilkogretim-online.org.tr>.
- Şayık, D., Örsal, Ö. (2019). Türkiye’de Ebeveynlerin Bebek Bakımı Konusundaki Özgüvenleri ve Etkileyen Faktörler: Sistemik Derleme, *Osmangazi Tıp Dergisi*. DOI: 10.20515/otd.475583.
- Şentürk Erenel, A., Eroğlu, K. (2009). Doğum Sonrası Dönemde Ev Ziyareti Yoluyla Desteklenen Emzirme Eğitim Modelinin Laktasyonel Amenore Metoduna Etkisi. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2009; 19(4):179-88
- Takeda, E., Kobayashi, Y. (2013). The Development of a Maternal Caregiving System: Based on Changes in the Attachment—Caregiving Balance Scale up to 6-7 Months Postpartum. *J Jpn Acad Midwif.*, 27(2), 237-246.

- Taş Arslan, F., Turgut, R.(2013). Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6(3), 119-124.
- Turan, T. (2004). Prematüre Bebeği Olan Anne Babaların Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerden Etkilenme Düzeylerine Hemşirelik Yaklaşımlarının Etkisi (Doctoral dissertation, Ege Üniversitesi).
- Türkoğlu, N., Yalçınöz B. H., Küçüköglü, S. (2014). Sağlıklı ve Hasta Bebeğe Sahip Annelerin Doğum Sonu Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 3(1), 1-8.
- Taş, Y. (2006). Kaygı nedir? Ankara: Bilkent Üniversitesi Öğrenci Gelişim ve Danışma Merkezi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (2019). Temel Yenidoğan Bakımı. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/1.2_revizyon_19.11.2019_Temel_Yenidogan_Bakimi_Kitabi_1.pdf. Erişim Tarihi: 05.05.2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Prematüre Doğum Nedir ve Ne Tür Sorunlara Yol Açar? Erişim Adresi: <https://sagligim.gov.tr/bebek-sagligi/prematurite.html> Erişim Tarihi:25.04.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Prematüre Doğum oranı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/premature.pdf Erişim Tarihi:29.04.2020
- Turan, T. M., Bolışık, B. (2003). Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne Ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1), 39-46.
- Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü. Erişim Adresi: <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/bebek-l-mleri>. Erişim Tarihi:12.05.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri, 2019. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33706>. Erişim Tarihi:13.05.2020
- Trepper, T. S. (2012). Solution-focused brief therapy with families. Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy, 3(2), 137–148.doi:10.1080/21507686.2012.718285
- Treyvaud, K., Lee, K.J., Doyle, L.W., Anderson, P.J. (2014). Very Preterm Birth Influences Parental Mental Health and Family Outcomes Seven Years After Birth. J Pediatr, 164, 515–521.
- Törüner, E.K., Büyükgönenç, L. (2011). Riskli Yenidoğan. In: Törüner EK, Büyükgönenç L.(Eds). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 393-398.
- Ulaşan, H. (2018). Çözüm Odaklı Yaklaşım Dayalı Psikoeğitim Programının Sosyal Duygusal Öğrenme Becerilerine Etkisi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi.
- Uludağ, A., Ünlüoğlu, İ. (2012). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkma Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 19-26 .

- UNICEF (Tarih yok). Every Child Alive. Erişim Adresi: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/UA_kuruluslar/every_child_alive.pdf . Erişim Tarihi: 31.05.2019.
- Uygur, Ö. F. (2015). Prematüre Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-58.
- Voos, K., Ross, G., Ward, M.J., Yoahy, A.L., Perlman, J. (2009). Factors Contributing to Stress in a Neonatal Intensive Care Unit. Pediatric Academic Societies Conference 2009 May 2–5; Baltimore, Maryland.
- Walter, J.L., Peller, J.E. (2012). Becoming Solution Focused in Brief Therapy. New York: Brunner/Mazel.1992.https://books.google.com.tr/books?id=FqYsVUvhrZgC&pg=PA262&dq=walter+peller&hl=tr&sa=X&ei=QoLxVJ3BOZHKaLC4gMgE&redir_esc=y#v=onepage&q=walter%20peller&f=false. (Erişim Tarihi: 17.10.2019)
- Wichowicz, H. M., Puchalska, L., Rybak-Korneluk, A. M., Gąsecki, D., & Wiśniewska, A. (2017). Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) in Individuals After Stroke. Brain Injury, 1-6. DOI: 10.1080/02699052.2017.1341997.
- World Health Organization (WHO). Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> Erişim tarihi:18.04.2020.
- World Health Organization (WHO). Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) İstatistikleri (2018). Erişim Tarihi:05.08.2019.
- World Health Organization (2018). Prematüre Birth. WHO, Geneva. [who.int/news-room/fact-sheets/detail/prematüre-birth](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/prematüre-birth)
- Yıldırım, G. (2009).Kanguru Bakımının Düşük Doğum Tartılı Preterm Yenidoğanların Beslenme ve Gelişimine Etkisi. M.Ü. Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Tez No: 236758 .
- Yıldırım, H. (2019). Beslenme Davranış Bozukluğu Olan Bireylerde Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Danışmanlığının Kaygı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Malatya, Tez No: 569011.
- Yıldız, D., Akbayrak N. (2014). Doğum Sonrası Primipar Annelere Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Bebek Bakımı, Kaygı Düzeyleri ve Annelik Rolüne Etkisi, Gülhane Tıp Dergisi, 56, 36-41.
- Yıldız, H., Boyacı, B. (2019). Postpartum Dönemde Annelerin Taburculuk Öncesi Yenidoğan Bakımına İlişkin Bilgi Düzeyleri, Gereksinimleri ve İlişkili Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12 (1), 1-10. DOI: 10.26559/mersinsbd.396373.
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S., & Mori, R. (2013). Schedules for Home Visits in the Early Postpartum Period. Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI:10.1002/14651858.cd009326.pub2

EKLER

EK 1. TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, prematüre bebeği olan ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde çözüm odaklı yaklaşımın etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda ankete verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacaktır. Lütfen sizin için en uygun olan cevabı veriniz.

I. Anne-Baba Kişisel Özellikleri

1. Yaşınız:..... 2. Adresiniz:.....

3. İletişim Numaranız:Ulaşılmadığında aranacak kişi:.....

4. Evlilik yaşı:.....

5. En son bitirdiğiniz okulu lütfen işaretleyiniz.

1)Okuryazar 2)İlkokul 3) Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite 6)Diğer.....(Lütfen belirtiniz)

6. Çalışma durumunuz?

1)Evet.....(Mesleği) 2)Hayır 3) Sezonluk işçi

7. Çocuğunuzun babasının yaşı:.....

8. Çocuğunuzun babasının en son bitirdiğiniz okulu lütfen işaretleyiniz.

1)Okuryazar 2)İlkokul 3) Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite 6)Diğer.....(Lütfen belirtiniz)

9. Çocuğunuzun babasının çalışma durumu?

1)Evet.....(Mesleği) 2)Hayır 3) Sezonluk işçi

10. Ailenizin sağlık güvencesi var mı?

1)Evet(Lütfen belirtiniz) 2)Hayır

11. Aile tipiniz hangi seçeneğe uygundur? 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile

12. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl algılıyorsunuz?

1)Gelir giderden düşük 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

13. Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?:

1. Hayır 2. Evet(Lütfen hastalığınızın adını yazınız)

14. Sosyal faaliyetlerde bulunma durumu: 1.Hayır 2.Evet.....(Nedir?)

15. Madde kullanımı durumunuz;

1. Sigara 1)Evet.....(paket/gün/yıl) 2)Hayır

2. Alkol 1)Evet.....(miktar/ay) 2)Hayır

3. Diğer 1)Evet.....(adı/kullanım süresi/kullanım miktarı) 2)Hayır

II. Annelerin Obstetrik Özellikleri

- 1.Toplam gebelik sayınız:.....
- 2.Bu çocuğunuza isteyerek mi gebe kaldınız? 1)Evet 2)Kararsızım 3)Hayır
- 3.Doğum şekliniz: 1)Normal(vajinal) doğum 2)Sezaryen 3)Forseps/ Vakum ile vajinal
- 4.Gebelik süresince herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?
1)Evet.....(belirtiniz) 2)Hayır
- 5.Gebelik süresince düzenli kontrole gittiniz mi?
1)Evet(Sıklıkta) 2) Hayır
- 6.Gebelik süresince bebek bakımı ile ilgili eğitim alma durumu 1)Evet 2) Hayır
- 7.Gebelik Şekliniz: 1)Normal yolla gebelik 2)Tüp bebek(IVF) 3)İnseminasyon (aşılama)
- 8.Taburcu olduktan sonra evde bebek bakımı ile ilgili destek alabileceğiniz kişi var mı?
1.Evet 2. Hayır
a. Varsa Bebek bakımında size yardımcı olacak kişi/kişiler kimlerdir?.....
- 9.Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeyken bebeğinizi görme sıklığınız.....
- 10.Taburculuğa hazır hissediyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
11. Bebek bakımıyla ilgili taburculuk eğitimi aldınız mı? 1)Evet 2)Hayır
- 12.Bebeğinizi ilk ne zaman gördünüz?..... İlk ne zaman kucağımıza aldınız?.....
- 13.Bebeğinize doğum sonrası ne gibi girişimler uygulandı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
1)Kuvöze alındı 2)Kota alındı 3)Solunum cihazına bağlandı 4)Bilmiyorum

III-Prematüre Bebek Tanıtıcı Özellikleri

- 1.Doğum tarihi:.....
- 2.Doğum haftası:
- 3.Şimdiki haftası:
- 4.Cinsiyeti:
- 5.Doğum kilosu/boyu:
- 6.Şimdiki kilosu/boyu:
- 7.Bebeğin tanısı:
- 8.Hastanede kalış süresi:
- 9.Şimdiki beslenme şekli: 1)Emzirme 2)Biberon 3)OG/NG
a.Özel diyet 1)Var.....(Belirtiniz) 2)Yok
- 10.Bebeği ne ile besliyorsunuz? 1)Anne Sütü 2)Mama 3) Anne sütü+Mama

EK-2.**Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu**

Sayın katılımcı,

Aşağıda bebek bakımıyla ilgili belirtilen alanlara ilişkin bilgi ve becerilerin her birinde kendinizi ne kadar yeterli hissettiğinizi belirtiniz.

Bakım Alanları		Yeterli	Kısmen Yeterli	Yetersiz
Temel beceriler	Bebeği Kucağına Alma- Tutma			
	Bebeğin Taşınması			
	Alt Değiştirme			
	Bebeği Giydirme			
Beslenme	Emzirme Tekniği (Emzirenler için)			
	Meme Başı Bakımı ve Hijyeni (Emzirenler için)			
	Anne Sütünün Özellikleri, Saklanması			
	Mama Hazırlama (Mama kullananlar için)			
	Biberon Hijyeni (Mama kullananlar için)			
	Beslenme Sıklığı			
	Beslenme Sırasında Bebeğin Pozisyonu			
	Gaz Çıkarma			
	Kolikte (gaz sancısı) Yapılacaklar			
	İdrar ve Dışkıının Takibi			
Banyo	Banyo Suyunun Sıcaklığı			
	Banyo Sırasında Oda Sıcaklığı			
	Banyo Sırasında Bebeğin Tutulması			
Vücut Bakımı ve Hijyen	Ağız Bakımı			
	Burun Bakımı			
	Göz Bakımı			
	Kulak Bakımı			
	Cilt Bakımı			
	Pişğin Önlenmesi			
	Pişik Bakımı			
	Konak Bakımı			
	Pamukçuk Bakımı			
Giyinme	Uygun Kıyafet Seçimi			
	Kıyafetlerin Temizliği			
	Günlük kıyafet değişimi			
Uyku	Uyku düzeni			
	Yatak, yastık ve yorgan seçimi			
	Uyuma pozisyonu			
Hastalıklardan Korunma ve Güvenlik	Enfeksiyonlardan Koruma			
	Aşılar			
	Yenidoğan Ekibine Ulaşılması Gereken Durumlar			
	Bebeğin Kontrolleri			
	Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi			
	Vücut Sıcaklığını Ölçme			
	Kazalardan Korunma, Güvenlik Önlemleri			
	Araba koltuğu ve Ana Kucağı Seçim ve Kullanımı			
	Oda-ev Düzeni			
Ebeveyn-Bebek İlişkisinin Güçlendirilmesi				
Diğer.....				
Diğer.....				

**EK-3. STAI FORM TX-1
(DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)**

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

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

EK-4.**STAI FORM TX-2****(SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)**

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

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

EK- 5. ÇÖZÜM ODAKLI ENVANTER

Aşağıda çözüm odaklı düşünmeyi temel alan bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyunuz ve bu ifadelere katılıp katılmadığınızı 1-6 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Her bir maddeye tek yanıt veriniz ve kesinlikle boş bırakmayınız. Teşekkürler ☺

1. Kesinlikle katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Biraz katılmıyorum
4. Biraz katılıyorum
5. Katılıyorum
6. Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5	6
1.Olası çözümlere ağırlık vermektense zamanımın çoğunu problemlerimi analiz etmeye yönelirim.	1	2	3	4	5	6
2.Problemlerimi düşünmeye takılıp kalmaya eğilimliyim.	1	2	3	4	5	6
3.Her problemin mutlaka bir çözümü vardır.	1	2	3	4	5	6
4.Olumsuzza odaklanmaya eğilimliyim.	1	2	3	4	5	6
5.İşlerin yolunda gittiğini fark etmede çok iyi değilim.	1	2	3	4	5	6
6.Nereye bakacağınızı bilerseniz bir problemi çözmek için her zaman yeterli kaynaklar vardır.	1	2	3	4	5	6
7.Birçok insan zannettiğinden daha fazla dayanıklıdır.	1	2	3	4	5	6
8.Aksilikler başarısızlığı başarıya dönüştüren gerçek birer fırsattır.	1	2	3	4	5	6
9.Hedeflerimi kafamda canlandırırım ve sonra onlara yönelik çalışırım.	1	2	3	4	5	6
10. Hedeflerimin izinde ilerlerim.	1	2	3	4	5	6
11. Etkili eylem planları geliştirmede çok iyiyim.	1	2	3	4	5	6
12. Her zaman hedeflerimi gerçekleştiririm.	1	2	3	4	5	6

EK- 6. ARAŞTIRMACININ ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM KURS SERTİFİKASI



EK 7. ETİK KURUL KARARI



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Prematüre Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Akgül Gündoğdu		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Prematüre Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-07/22	Tarih: 04.07.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		<i>Muhittin Sönmez</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyostatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		<i>Katılmadı</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		<i>Raporlu</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		<i>Ercan Özdemir</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		<i>Katılmadı</i>
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		<i>Binnur Bağcı</i>
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		<i>Mehmet Ataş</i>
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altunkaya	İç hastalıkları	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		<i>Katılmadı</i>
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		<i>Melih Ülgey</i>

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

EK 8. KURUM İZİNLERİ



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.410496
Konu : Uygulama İzni

03/10/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26/08/2019 tarihli ve 28090 sayılı yazımız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Canan DEMİR'in "**Prematüre Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi**" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait anketleri hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılması talebiniz değerlendirilmiş olup, anket yapılacak kişilerin de onayının alınması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon : 0 346 2581326 Belgegeçer : 0 346 258 0024
e-Posta : hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ : www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için : Elif KILIÇ
Unvanı : "

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS NUMUNE HASTANESİ



Sayı : 93848782/799
Konu : Anket Çalışması Talebi- Canan DEMİR

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Canan DEMİR 'Prematüre Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelere Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi' başlıklı Bilimsel Araştırma kapsamındaki anket çalışmasını kişisel verilerin korunması ve bilgi güvenliği kurallarına uyulması kaydıyla 02.09.2019-20.06.2020 tarihleri arasında hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ

Başhekim

MEDICANA

05.09.2019

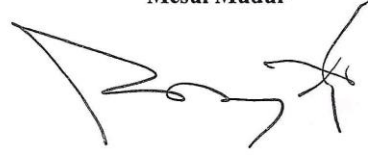
Sayı : 2019/312
Konu : Uygulama İzni Hk.
İlgi : 26.08.2019 tarihli 88354726-044-E.28090
Sayılı yazı

T.C.
SİVAS
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgili yazınızda talep edilen; Öğrenciniz Canan DEMİR'in '**Prematüre Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi**' uygulama izni uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederiz

Prof. Dr. Mustafa GÜRELİK
Mesul Müdür



EK-9. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ KULLANIM İZİNİ


13.06.2019


Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında tez çalışması yapan Canan DEMİR'in, TABURCULUK SÜRECİNDE PREMATÜRE BEBEĞE SAHİP VE BEBEK BAKIMI KONUSUNDA KAYGI YAŞAYAN ANNELERDE ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN ETKİSİ konulu yüksek lisans tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.


Necla Öner





EK-10. PREMATÜRE BEBEĞİ OLAN ANNELERİN EVDE BEBEK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU KULLANIM İZİNİ

 Geri Arşivle Spam Sil Okunmadı olarak işaretle Ertele Görevlere ekle Gelen Kutusuna taşı Etiketler Diğer < >


 Gelen Kutusu 4.211


 Yıldızlı

 Ertelenenler


 Önemli




Meet


 Toplantı başlat

 Toplantıya katıl

Chat


 Canan +

 **Canan DEMİR** <canandemir.60@gmail.com> 25 Haz 2019 Sal 00:11 ☆ ↩ Yanıtla ⋮
Alıcı: nebahatgunes ▾

Merhaba Hocam,
Ben Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Canan DEMİR. 2019-2020 tarihleri arasında yapmayı planladığım, "Prematüre Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi" isimli belirlediğim bitirme tezi araştırmamda "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde İzleminin Bebeğin Bakımında Yaşadıkları Sorunlara, Kaygı Ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" adlı çalışmamda geliştirdiğiniz "Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu" nuzdan sizin için de uygunsu yararlanmak istemekteyim.
Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Telefon: 0539 633 74 78

 **Nebahat bora güneş** <nebahatgunes@gmail.com> 25 Haz 2019 Sal 08:47 ☆ ↩ Yanıtla ⋮
Alıcı: ben ▾

Merhaba Canan,
Kullanabilirsin.
Başarılar dilerim.

EK 11. BİLGİLENDİRİLMİŞ YAZILI ONAM FORMU



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın.....

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Prematüre Bebeğe Sahip ve Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi”dir.

Bu araştırmanın amacı, prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde çözüm odaklı yaklaşımın etkisini değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. Bu çalışmada, önceki çalışmalardan farklı olarak çözüm odaklı yaklaşımın prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşayan annelerde kaygıyla baş etme olasılığını arttırmaya yönelik etkisi incelenerek literatüre yeni bir bilgi sağlanması hedeflenmektedir. Hemşirelerin prematüre bebeğe sahip ve bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde bakım sürecinde çözüm odaklı yaklaşımı temel alarak, annelerin kaygı ile baş etme becerisinin gelişmesine ve kaygı düzeylerinin azaltılmasına katkı sağlayabilecekleri ön görülmektedir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen; sizinle önce hastanede sonra evinizde görüşecek olan araştırmacınızın size vereceği form ve ölçekteki sorulara uygun ve doğru cevap vermeniz, sizin kaygı durumunuza yönelik yapılacak olan çözüm odaklı yaklaşımın etkisinin değerlendirilmesine izin vermenizdir. Siz anneden; öncelikle sosyo-demografik özelliklerinizi(yaş, ekonomik durum, ailesel faktörler, çevresel faktörler vb.), obstetrik özelliklerinizi(doğum haftanız, doğum şekliniz, isteyerek gebe kalıp kalmama durumunuz vb.) içeren ve bebeğinizi tanıtıcı özelliklerini içeren (doğum kilosu,boyu,yenidoğan yoğun bakımda yattığı gün sayısı vb.) toplam 45 sorunun yer aldığı “Anne-Bebek Tanıtıcı Bilgi Formu”nu ve “Prematüre Bebeği Olan Annelerin Evde Bebek Bakım Gereksinimlerini Değerlendirme Formu”nu doldurmanız istenecektir. Formun nasıl uygulanacağı araştırmacılar tarafından size açıklanacak ve hastane ortamında, uygun bir zaman diliminde formdaki sorulara doğru cevap vermeniz istenecektir. Bilgi formunu doldurduktan sonra sizden 20 maddeden oluşan “Durumluk Kaygı Ölçeği(DKÖ)”, 20 sorudan oluşan “Sürekli Kaygı Ölçeği”ni ve 12 soruluk “Çözüm Odaklı Envanter”i doldurmanız istenecektir. Formlar ve ölçeklere, kimlik bilgilerinizin gizliliğini sağlamak adına isim yazmanız istenmeyecektir. Ölçeklerde ve formda doğru ya da yanlış cevap yoktur, size daha yakın ve uygun gelen her soru için tek bir ifadeyi işaretlemeniz yeterli olacaktır. Ölçeklerin ve formun uygulanması toplam 15-20 dakika kadar sürecektir. Ölçekler ve formu doldurduktan sonra sizinle 8 kez ev ziyareti şeklinde ardından 15 günde bir telefon görüşmesiyle iletişiminizi sürdüreceğiz. 2. ayın sonunda ölçek ve formları tekrarlayıp görüşmelerimizi sonlandıracağız.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar; siz annelerin kaygı ile baş etme becerisinin gelişmesine ve kaygı düzeylerinin azaltılmasına katkı sağlanması, diğer prematüre anneleri için yol gösterici olması, sizin kendi yaşamınız için pozitif amaçlar belirleyebilmemiz, pozitif amaçlarınıza ulaşabilmesi için bir yol haritası oluşturabilmeniz, kendi kaynak ve güçlerini fark etmeniz, çözüm için kendi zihinsel haritalarını oluşturabilmeniz, çözümün/başarının önündeki engelleri ortadan kaldırmaya yönelik planlar yapabilemenizdir Bu araştırmaya katılması beklenen sizin gibi gönüllü prematüre anne sayısının 40-45 kişi kadar olacağı tahmin edilmektedir. Çalışma 1 Eylül 2019-1 Haziran 2020 arasında yapılacak, sizinle üç kez form ve ölçeklerin doldurulması için ve toplamda 9 kez yaklaşık 30-40 dakika süresince görüşülecektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için “0 539 633 74 78” numaralı telefondan araştırmacınız Canan Demir’e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen siz annelerin isteğine bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız veya programın etkinliğini arttırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

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

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

ÖZGEÇMİŞ

1. Genel Bilgi	
Adı Soyadı :	Canan DEMİR
Yazışma Adresi:	Yeni Mahalle Omcalık 5. Sokak No:2 Daire:2 Merkez/Tokat
Doğum Tarihi ve Yeri:	03.06.1994/ Niksar-TOKAT
Sürücü Belgesi:	B Sınıfı
Elektronik Posta Adresi:	canandemir.60@gmail.com

2. Eğitim:

Öğrenim Dönemi	Okul	Öğrenim Alanı
2012-2016	Balıkesir Üniversitesi- Bandırma Sağlık Yüksekokulu	Lisans-Hemşirelik (Türkçe)
2013-2015	Anadolu Üniversitesi - Açıköğretim Fakültesi	Önlisans-Sağlık Kurumları İşletmeciliği (MYO) (Türkçe)
2018- devam ediyor	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Yüksek Lisans- Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

3. Mesleki Deneyim:

Çalışma Dönemi	Kurum
Haziran- Temmuz 2013	Staj-Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hst.
Haziran- Temmuz 2014	Staj-İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hst.
Haziran- Temmuz 2015	Staj-Bandırma Devlet Hastanesi
17/08/2016- 13/09/2017	Özel Esencan Hastanesi
06/12/2017- 31/08/2018	Özel Avcılar Hospital
10/06/2019- Halen	Tokat Devlet Hastanesi

4. Akademik Çalışmalar:

1.	Baydemir S., Demir C., Akay B. (2016). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Bilgisayar Okuryazarlığı Durumunun Belirlenmesi. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi), Sözel Bildiri
2.	Demir C., Güven G., Işık E., Avcı D. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı: İletişim Becerileri ve Ruhsal Belirtilerin Etkisi. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi) Poster Bildiri Üçüncülük Ödülü
3.	15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi – 04.2016) *Prof.Dr.Perihan Velioglu Hemşirelik Fonu Teşvik Ödülü
4.	15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi , (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi – 04.2016) *Şiir Yarışması Birincilik Ödülü-İşim İçimden
5.	Demir C., Tarı Selçuk K. (2015). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Etik Duyarlılık Düzeyi Ve Etkileyen Etmenler.14.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Kayseri Melikşah Üniversitesi – 04.2015) Poster Bildiri Üçüncülük Ödülü
6.	Demir C., Baydemir S., Tarı Selçuk K. (2016). Hemşirelik Bölümü

	Öğrencilerinde Madde Kullanım Yaygınlığı.VIII.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Buluşması (İzmir-05.2016), Poster Sunum
7.	Kocataş S., Demir C., Ünsal H. M. (2019) Ortaokul Öğrencilerinin Sağlık Geliştiren Okul ve Sağlık Algıları Arasındaki İlişki. INCARE 2019 Ulusal Hemşirelik Kongresi(Gaziantep) Sözel Sunum.

Sertifika ve Katılım Belgeleri:

1.	Kayseri Melikşah Üniversitesi – 22.04.2015-22.04.2015(8 Saat) Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Kursu
2.	14.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Kayseri Melikşah Üniversitesi – 04.2015)
3.	15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi – 04.2016)
4.	Hero Baby Yenidoğan Beslenmesi, 2017
5.	Çözüm Odaklı Yaklaşım Kursu Sertifikası, 2019
6.	INCARE 2019 Ulusal Hemşirelik Kongresi (Gaziantep), 2019

Bilgisayar Bilgisi:

1.	Microsoft Office Word
2.	Microsoft Office Excel
3.	Microsoft Office Power point
4.	SPSS Programı

Yabancı Dil Bilgisi:

B1

Üyelikler:

1.	Öğrenci Hemşireler Derneği
2.	Türk Hemşireler Derneği