



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PREMATÜRE
BEBEK ANNELERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ANNE
ÖZGÜVENİNE ETKİSİ**

EMRE BALABAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
YENİDOĞAN HEMŞİRELİĞİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Karakoç

İSTANBUL 2016

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Emre BALABAN
Tez Başlığı : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebek Annelerine Verilen Eğitimin Anne Özgüvenine Etkisi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 05.09.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd. Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ
(Danışman)

Kurumu
Marmara Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü


İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd. Doç. Dr. Çağrı ÇÖVENER
ÖZÇELİK

Marmara Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü



~~Yrd.~~ Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ

Marmara Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...0.6/ Ekim/ 2016 tarih ve 7.7 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Göksel ŞENER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

05/09/2016

Emre BALABAN

İmza

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmamda ve aldığım yüksek lisans eğitimimde bana yol gösteren, her aşamada desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ' a,

Veri toplanması aşamasında desteklerini esirgemeyen YYBÜ' deki hemşire ve ebe arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılarak verilerin toplanmasını sağlayan annelere,

Hemşirelik mesleğine adım attığım ilk günden beri hep yanımda olan, bana özel olduğumu hissettiren dostum Özlem Aydemir Dede'ye,

Her koşulda yanımda olan, ilgisini ve sevgisini her zaman hissettiğim hem kardeşim hem meslektaşım olan Nursel Balaban'a,

Hayatımın her aşamasında, attığım her adımda üstün özverilerle beni destekleyen, güçlü kılan, hayatta sahip olduğum en değerli varlığım olan anneme ve babama,

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
TEZ ONAYI	I
BEYAN FORMU	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	VI
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	VII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Prematüre Bebeğin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	5
4.2. Yenidoğan Sağlık Göstergeleri ve Prenatal Dönemdeki Risk Faktörleri.....	5
4.3. Özgüven Gelişiminde Anne Eğitimi ve Hemşirenin Rolü.....	6
4.3.1. Cilt bakımı ve banyo yaptırılması.....	8
4.3.2. Ağız, göz , kulak ve burun bakımı.....	9
4.3.3. Göbek bakımı.....	10
4.3.4. Genital bölge bakımı.....	10
4.3.5. Tırnak bakımı.....	11
4.3.6. Yenidoğan odası, karyolası ve güvenliği.....	11
4.3.7. Bebeğin tutulması.....	11
4.3.8. Beslenme.....	12
4.3.9. Anne sütünü saklama koşulları.....	13
4.4. İlk Yılda Karşılaşılabilecek Sorunlar.....	15
4.4.1. Kusma.....	15
4.4.2. Emmeme.....	15

4.4.3. Ağlama nöbetleri (kolik).....	16
4.4.4. Sarılık	16
4.4.5. Vücut ısı değişiklikleri.....	17
4.5. Preterm Bebeğin Taburculuğa Hazırlanması.....	18
4.5.1. Hastanelerde Uygulanan Preterm Bebek Bakım Programı.....	19
4.5.2. Aşılar.....	19
4.5.3. Tarama testleri.....	19
4.5.4. Göz, işitme, nörolojik muayene.....	20
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
5.1. Araştırmanın Türü.....	21
5.2. Araştırmanın Hipotezi.....	21
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
5.5. Çalışmaya Alınma Ölçütleri.....	22
5.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçlar.....	23
5.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
5.9. Sınırlılıklar	25
6. BULGULAR.....	27
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	36
8. ÖNERİLER.....	42
9. KAYNAKLAR.....	43
10. EKLER.....	52
11. ÖZGEÇMİŞ.....	83

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ADDA: Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı

AWHONN: Association of Woman' s Health Obstetric and Neonatal Nurses

ÇDDA: Çok Düşük Doğum Ağırlığı

DDA: Düşük Doğum Ağırlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FKÜ: Fenilketonüri

KW: Kruskal Wallis H-Testi

NICU: Neonatal Intensitive Care Unit

PÖÖ: Pharis Özgüven Ölçeği

ROP: Prematüre Retinopatisi

SLS: Sodyum Lauryl Sülfat

SLES: Sodyum Laureht Sülfat

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

U: Mann Whitney-U testi

WHO: World Health Organization

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil.1. Dünya Sağlık İstatistikleri 2013

Şekil.2. Deney ve kontrol grubuna göre özgüven puan ortalamaları

Tablo 6.1. Deney/kontrol grubu demografik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 6.2. Deney ve kontrol grubunun ön test/son test pharis özgüven ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo6.3. Deney grubu eğitim öncesi ve sonrası özgüven puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 6.4. Kontrol grubu rutin* eğitim öncesi ve sonrası özgüven puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 6.5. Deney grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin doğum şekline göre puan ortalamaları

Tablo 6.6. Deney grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin planlı gebelik olma durumuna göre puan ortalamaları

Tablo 6.7. Deney grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin sahip olunan çocuk sayısına göre puan ortalamaları

Tablo 6.8. Kontrol grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin yaş grubuna göre puan ortalamaları

Tablo 6.9. Kontrol grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin sahip olunan çocuk sayısına göre puan ortalamaları

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebek Annelerine Verilen Eğitimin Anne Özgüvenine Etkisi

1.ÖZET

Öğrencinin Adı: Emre Balaban

Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayşe Karakoç

Anabilim Dalı: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Bu araştırma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) prematüre bebek annelerine verilen eğitimin anne özgüvenine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç/Yöntem: Araştırma ön test/son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır. Çalışma YYBÜ' de Nisan 2014-Ağustos 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini YYBÜ ikinci düzeye yatışı yapılan bebeklerin anneleri arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 110 anne oluşturmuştur. Anneler 55 deney 55 kontrol grubu olarak ayrılmış ve iki gruba da ön test/son test uygulanmış, deney grubuna ön testten sonra bebek bakım eğitim programı uygulanmıştır. Veriler anket formu kullanılarak toplanmış ve tanımlayıcı istatistikler, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tekyönlü (Oneway) anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde tukey post hoc testi kullanılmıştır. Özgüven düzeyinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası durumları için eşleşmiş t-testi analizleri yapılmıştır.

Bulgular ve Sonuçlar: Deney ve kontrol grubu annelerin eğitim öncesi Pharis Özgüven Ölçeği puan (PÖÖ) ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,174;p=,243$). Eğitim sonrası ise deney grubundaki annelerin PÖÖ puan ortalamaları kontrol grubundaki annelere göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($t=-8,74;p=,000$). Çalışmada planlı eğitimin annelerin preterm bebek bakımına yönelik özgüveni artırmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, preterm, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, özgüven, bebek bakım eğitim programı.

The Effect of Training of Mothers of Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit on Mother's Selfconfidence

2. SUMMARY

Student's name: Emre Balaban

Consultant: Yard. Doç. Dr. Ayşe Karakoç

Department: Children's Health and the Department of Nursing

Aim: The present study was conducted to investigate the effect of training provided to mothers of premature infants in neonatal intensive care unit on selfconfidence of mother.

Material/Method: The study was semi-experimental with pretest/posttest control group. The research was conducted between April 2014-August 2014 at NICU. The sample of the study consists of 110 voluntary mothers among those whose infants were admitted to second level hospitalization at NICU. The mothers were divided into control and experimental group with 55 participants each and were administered both pre-tests and post-tests and experimental group was exposed to training following the pre-tests. The data were collected by questionnaires and descriptive statistics. t-test was used to compare two groups. In case of more than one group, one-way anova test was employed for intergroup comparisons. In order to find the group that leads to difference, tukey post hoc test was conducted. T-test analysis were used to reveal the level of selfconfidence prior and following the training.

Findings and Results: No statistically significant difference was found between average scores of experimental and control group mothers in Pharis Selfconfidence Scale before training ($t=1,174;p= ,243$). Average Scores of Pharis Selfconfidence Scale of mothers in experimental group were higher than those in control group and the difference was statistically significant ($t=-8,74;p= ,000$). The results showed that planned training was more effective on increasing the level of selfconfidence of mothers in preterm infant care.

Keywords: Nurse, preterm, neonatal intensive care unit, selfconfidence, baby care training program.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin sayıca artışı ve kalitelerinin artması preterm bebeklerin yaşam şanslarını artırmaktadır. Ancak bu bebekler, yaşamlarının ilk günlerinde anne yanında değil, yoğun bakım ünitelerinde, yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele ederek geçirmektedirler. Bu süreçte anne ve bebeğin ayrı olması annelerde endişe oluşturmakta, güven azalması ve kendini ebeveyn olarak yeterli hissedememekle beraber profesyonel yardım ve bebeğe özel bakım gereksinimleri artmaktadır (Holditch at all., 2011).

Preterm yenidoğanlara yaklaşımda komplikasyonların en aza indirilmesi, sekelsiz bir yaşam sağlama, yenidoğan ünitelerinde bakım ve taburculuk sonrası düzenli takipler büyük önem taşımaktadır (Yıldırım, 2009).

Hemşirelerin, annenin bebeğin bakımını yaparken kendine güvenmesi ve bebeği ile daha iyi ilişki kurmasını güçlendirmek için onun davranışlarını değerlendirmesine yardımcı olması büyük önem taşımaktadır. Girişimlerin ilk hedefi annenin bebeğini olumlu algılamasının sağlanmasıdır. Daha sonra annenin bebeğini tutması, bakım vermesi, gözlemlemesi ve çevresel uyaranlara karşı duyarlı ve olumlu tepkiler vermesi sağlanmalıdır. Böylece annenin kendine güveni, bebeğin verdiği tepkileri okumadaki yeteneği ve bebeğin davranışlarına uygun cevap verme becerisi artmaktadır (Lutz at all.,2012).Anneler, bebeğin beslenmesi, altının değiştirilmesi gibi bakım görevlerini yerine getirdikçe, bebeğe karşı olan olumsuz davranışlarının giderek azaldığı ve annenin bakım rolünde güven duygusunun arttığı belirlenmiştir (İşler ve Görak, 2007).

Primipar annelerin bebek bakımına yönelik özgüveninin incelendiği bir çalışmada, bebek bakımı konusunda bilgilendirme ve psikososyal destek ile özgüven arasında ilişki olduğu (Kuo at all.,2012) ve primipar annelere verilen eğitim ile annelerin özgüven düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Öztürk ve Erci,2016).

Çalışmalarda preterm doğumun anne-bebek etkileşimini ve çocuğun ileri dönemdeki gelişimini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Preterm bebeklerin zamanında doğan bebeklere göre daha az düzeyde uyanık, dikkatsiz, daha pasif, uyumsuz oldukları ve etkileşime daha az cevap verdikleri, annelerinin ise daha aktif, uyarıcı,

zorlayıcı, bebeklerinin gereksinimlerine daha az duyarlı, onlarla daha mesafeli ve kontrolcü davranışlar gösterdikleri belirtilmektedir. Annelerin tutumları genellikle 18 ay civarında düzelmekle birlikte bebeklerin anneleriyle ilişkide daha pasif, zorlayıcı ve keyifsiz olmaya devam ettikleri bildirilmektedir (Forcada Guex at all.,2006).

Yapılan bir çalışmada, preterm bebeğe sahip ebeveynlerin, bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda ebeveynlere bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin taburculuk öncesi kazandırılması ve taburculuk planlamasının bundan sonra yapılması konularına vurgu yapılmıştır (Taş Arslan ve Turgut, 2013).

Özdoğan (2014) 32-34 ve 34-37 gestasyonel hafta aralığındaki bebeklerin doğumlarından itibaren oluşabilecek sorunlarını göz önünde bulundurarak çok iyi taburculuk planı yapılması ve ailelerin eğitilmesi gerektiğini savunmuştur. Bu bebeklerin riskli bebekler olarak kabul edilmesini ve küçük prematürelere gibi uzun süre izlenmesi gerektiğini ortaya koymuştur (Özdoğan ve ark.,2014).

Preterm doğumların arttığı ülkemizde anne-bebek etkileşimi ve iletişimini sağlamak amaçlı uygulanan hastane temelli programlara ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır. Anne ile bebek arasındaki etkileşim ve ilişkileri kolaylaştırma ise hemşirenin temel görevidir. Yenidoğan hemşireliğinin merkezinde de anne ve bebek bulunmaktadır.

Bu çalışma ile preterm bebek annelerine,beklenmeyen bu ayrılık döneminde hemşireler tarafından bilgi, beceri ve olumlu yaklaşımlar kazandırarak bebek bakımına yönelik öz güvenlerinin artması hedeflenmiştir.

Çalışmanın amacı; yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebeklerin annelerine bebek bakım gereksinimlerine göre verilen planlı eğitimin anne öz güvenine etkisini incelemektir.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Preterm Bebeğin Tanımı ve Sınıflandırılması

37. gestasyon haftasını tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın preterm olarak kabul edilmektedir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Erişim tarihi: 21.01.2015.)

Preterm bebekler gestasyon haftasına ve ağırlıklarına göre gruplanmaktadır.

Preterm bebeklerin gestasyon haftasına göre sınıflandırılması:

I.grup: İleri derecede preterm; 28. haftadan önce doğan bebekler.

II.grup: Orta derecede preterm; 28 – 32. haftalar arasında doğan bebekler.

III.grup: Geç preterm; 32 – 37. haftalar arasında doğan bebekler (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Erişim tarihi: 21.01.2015).

Preterm bebeklerin doğum ağırlıklarına göre sınıflandırılması ise;

Düşük doğum ağırlıklı (DDA): 1500-2500 gr.

Çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA): 1000-1500gr.

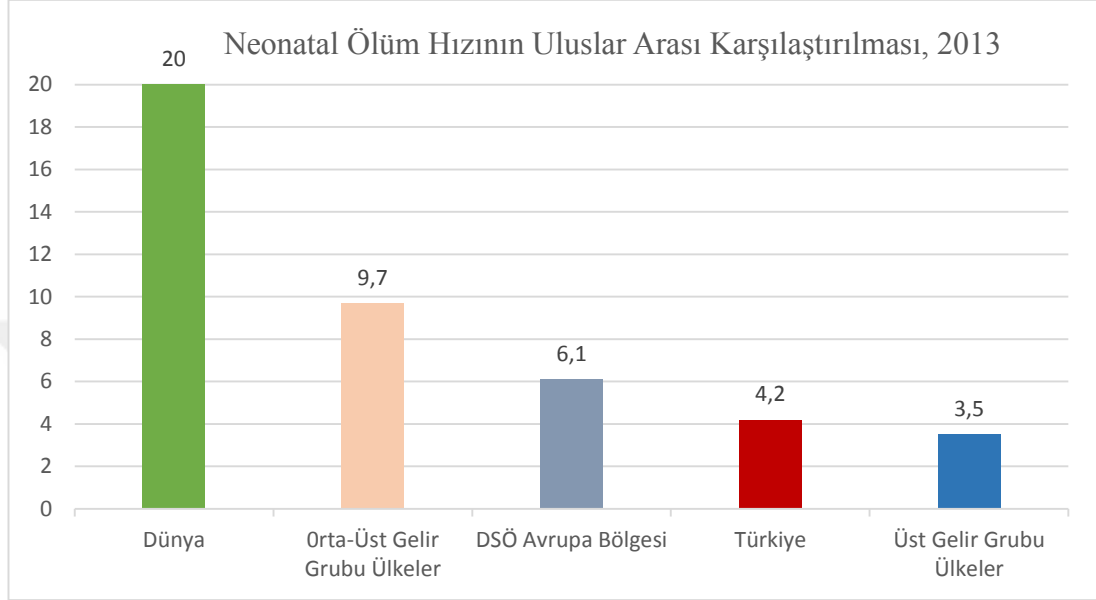
Aşırı düşük doğum ağırlıklı (ADDA): < 1000 gr(Akman,2010).

4.2. Yenidoğan Sağlık Göstergeleri ve Prenatal Dönemdeki Risk Faktörleri

Her yıl tahminen 15 milyon bebek zamanından önce doğmakta ve bu sayı zamanla artmaktadır. Küresel olarak, prematürite beş yaşın altındaki çocuklarda önde gelen ölüm nedenidir. Pek çok araştırmacı pretermelerin öğrenme, görme ve işitme problemleriyle hayat boyu yüzleşeceğini belirtmektedir. Gelir seviyesi düşük ülkelerde, 32. gestasyonel haftadan önce doğan bebeklerin yarısı sıcaklık, emzirme desteği ve temel bakım gibi uygulanabilir desteklerin eksikliği nedeniyle enfeksiyonlardan ve solunum güçlüğünden ölmektedir. Gelir seviyesi yüksek ülkelerde ise bu bebeklerin hemen hemen hepsi hayattadır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Erişim tarihi: 21.01.2015).

Gelir seviyesi düşük ülkelerde bebeklerin % 12'si çok erken doğmaktadır. Gelir seviyesi yüksek ülkelerde bu oran % 9' dur. Erken doğumların yüzde 60' tan fazlası Afrika ve Güney Asya'da meydana gelmektedir (Blencowe at all., 2012).

Şekil.1.Dünya Sağlık İstatistikleri 2013



Bebek ölümlerinin % 53' ü erken yenidoğan (0-6 gün) döneminde, % 18' i geç yenidoğan (7-28 gün) döneminde gerçekleşmektedir. Yani bebek ölümlerinin % 71' i yenidoğan döneminde olmaktadır.

TNSA 2013 verilerine göre ise; neonatal ölüm hızı: % 0,7, bebek ölüm hızı: % 0,13, beş yaş altı ölüm hızı: % 0,15' tir.Önceki verilere bakıldığında Türkiye'de bebek ve çocuk ölüm hızında çok hızlı bir azalma olduğu görülmektedir. Bebek ölüm hızı, 2003-2008 (TNSA-2008) ve 2008-2013 (TNSA-2013) yılları arasındaki beş yıllık dönemde yüzde 24 azalmıştır (www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdfErişim tarihi: 21.01.2015).

4.3. Özgüven Gelişiminde Anne Eğitimi ve Hemşirenin Rolü

Anne olmakla kadının hayatında yeni bir dönem başlar. Bu dönemle beraber, yeni sorumluluklar ortaya çıkar. Annenin bu yeni sorumluluklarını yerine getirebilmesi için özel beceri ve enerjiye ihtiyacı vardır. Bu da annelik özgüveninin yüksek olmasını gerektirir (Çalışır,2003).

Hasta bir bebeğin doğumu anneler için travma ve psikolojik sıkıntıya sebep olmakla beraber preterm bebeğe sahip olma, başlı başına stres verici bir durumdur.

Preterm bebeğin hastanede yatması ve bebekten ayrılma annelerde anksiyete, güçsüzlük ve umutsuzluk, keder, kayıp, suçluluk, kaygı gibi sıkıntılar yaşanmasına sebep olur (Fegran at all., 2008;Jotzo and Poets,2005;Arslan ve Turgut,2013).

Doğum sonrası ilk günlerde ebe ve hemşireler tarafından anneye düzenli ve sürekli verilen destek annenin bebek bakımı konusunda öz güvenini geliştirmeyi kolaylaştırmaktadır (Razurel C at all.,2011).

Özellikle doğumdan sonraki iki hafta annelerin daha fazla yardıma ihtiyaç duyduğu dönemdir (Kuo at all,2008). Araştırmalarda doğumdan sonraki dönemde annenin bebek bakımı ile ilgili bilgi gereksinimlerinin arttığı, bebek bakımında eğitim ve rehberliğe gereksinim duydukları belirtilmiştir. Bu dönemde anneye eğitim verilmesiyle sağlanan destek annenin stresini azaltır ve anneliğe uyumuna da katkıda bulunur (Altuntuğ,2013;Waldenström at all.,2006).

Yapılan bir çalışmada bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ailelerin; bebeğin yoğun bakım ünitesinde bakımına katılma ve ebeveynlik rolünün kazanılması, konularında güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Konukbay ve Arslan,2011).

Primipar annelerin bebek bakımına yönelik özgüveninin incelendiği bir çalışmada, bebek bakımı konusunda bilgilendirme desteği ile özgüven arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Kuo at all.,2012).

Özkan ve Polat (2011)' in çalışmasında planlı eğitim verilen annelerin doğumdan sonra dördüncü aya kadar bakım özgüvenlerinde artış belirlenirken, müdahale edilmeyen kontrol grubundaki annelerin bakım özgüvenlerinde değişiklik olmadığı bildirilmiştir. Araştırmalarda postpartum dönemde ebeveynlerin özgüvenlerinin yüksek olmasının ebeveynlik tecrübesini ve bebek bakımı yeteneklerini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Morawska and ark., 2009).

Bebeğin yoğun bakıma alındığı ilk günden itibaren planlanan taburculuk eğitimi, ebeveynlerin evdeki bakıma geçişini başarılı bir şekilde desteklemekte ve aile eğitimi bu plan içinde çok önemli yer tutmaktadır (Balci 2011). Bu nedenle bebek ve ailesi bireysel gereksinimleri doğrultusunda değerlendirilir ve hastaneden eve geçiş sürecinin en iyi şekilde olması sağlanır. Annelerin eğitilmesinde ve girişimlerin planlanmasında hemşirelerin büyük rolü vardır. Bu doğrultuda daha ilk günlerden

bebek-aile ilişkisinin başlatılması hemşirenin en önemli işlevlerinden biridir. Uygun zamanlarda annenin bebek bakımına katılımı sağlanmalı gerekli bilgi ve eğitimler verilmelidir (Dağoğlu ve Görak,2008;Boykova,2008).

Taburculuğu gerçekleşmiş preterm bebeklerin hastane dışında yeterli bakım alabilmesi, sağlığını sürdürebilmesi, annelerin bebeklerine bağımsız bakabiliyor, olumsuz ya da olağan dışı durumları ayırt edebiliyor olabilmelerinde hemşireler çok önemli bir işleve sahiptir.

Preterm bir bebek enfeksiyonlara duyarlılığı, beslenme ve solunum problemleri, vücut ısı değişiklikleri ve bakımı açısından özel ilgiye gereksinim duyar. Bu nedenle evde bakımın başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için, bebeğin yaşadığı ortam ve ne gibi bakımlara ihtiyacı olacağı konusunda ailenin eğitilmesi büyük önem taşır (Keleş,2011). Bu doğrultuda verilen eğitimler aşağıdaki gibi planlanabilir.

4.3.1. Cilt bakımı ve banyo yaptırılması

Cilt yetişkinlerde vücut ağırlılığının %3' ünü oluştururken, preterm bebeklerde % 13' ünü oluşturur. Vücut yüzey alanının vücut ağırlılığına oranı yetişkinlere göre preterm bebeklerde beş kat daha fazladır. Bu özelliklerinden dolayı preterm bebek cildi yetişkin cildine göre daha ince ve daha geçirgendir(iğdem,2015).

Avustralya Klinik Etkililik Komitesi (2013) tarafından onaylanan yenidoğan cilt bakımı klinik hemşirelik rehberine göre yenidoğanlarda cilt bütünlüğünün sağlanması, cilt fonksiyonlarının ve gelecekteki cilt hastalıklardan korunması için önemlidir. Bu doğrultuda kuruluk, fissür ve döküntüler görüldüğünde günde iki kez ya da gerektiğinde ve yenidoğan ailelerinde atopi öyküsü varsa nemlendiriciler koruyucu amaçlı kullanılır (The Royal Children' s Hospital Melbourne,2013).

Nemlendirici bebeğe özel kokusuz olmalı ve koruyucu madde içermeyen nemlendiriciler tercih edilmelidir (AWHONN,2013).

Nemlendiricilerin uygulanma bölgesi olarak ise baş ve kıvrım yerleri gibi daha az hava alan yerler hariç diğer bölgeler nemlendirilmelidir (Karakoç,2015).

Eğer saçlı deride konak oluşmuşsa bebeğin başı zeytinyağı ile yağlanıp 30 dakika beklenip yumuşak bir tarakla hafifçe taranır. Tarama işleminden sonra banyo yaptırılır (Durukan,2012).

Yenidoğanların banyo uygulamasında amaç, cilt bütünlüğünü korumak, enfeksiyonları önlemek, cilt nemliliğini ve cildin sağlıklı gelişimini sağlamaktır (Rosdahl and Kowalski,2012).

İlk banyo bebeğin vücut sıcaklığı ve kardiyovasküler durumu 2-4 saat boyunca stabil olduktan sonra yapılmalı, yaşamın ilk altı saatinde yapılmamalıdır. Verniksin antibakteriyel ve yara iyileşmesini artırıcı özellikleri vardır. Bu nedenle verniks tamamen temizlenmemelidir (Akpınar ve Göçmen,2014;Ovalı,2007). Yaz döneminde hava sıcak ve nemli olduğu için her gün banyo yaptırılabilir. Ancak kış döneminde haftada 2–3 kez banyo yaptırılması yeterlidir (Fernandes at all.,2011).

Loring (2012)' in 35-37 gestasyonel hafta arasındaki 100 bebek üzerinde küvet banyo veya silme banyoyu karşılaştırdığı çalışmada küvet banyo verilen bebeklerin vücut sıcaklığının daha yüksek ve daha az değişkenlik gösterdiği sonucu bulunmuştur (AWHONN,2013). Küvet banyosu verilirken bebeklerde ısı kaybının daha az olması ve küvet banyo verilen bebek annelerinin uygulama memnuniyetinin daha fazla olması nedeniyle küvet banyonun yenidoğanlarda daha sağlıklı bir uygulama olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Gözen,2015).

Kusma ve aspirasyonu önlemek için bebeğin banyosu beslenmeden önce yaptırılır. Banyo, bebek odasında ya da banyo küveti içinde yaptırılabilir. Küvetin içine katlanmış bir havlu yerleştirilir. Oda sıcaklığı üşümeyi önlemek için yaklaşık 24–25°C , banyo suyu ise 38–40° C olmalıdır. Banyo suyunun sıcaklığı en iyi şekilde ön kolun iç yüzeyi ile test edilir. Suyun yüksekliği bebeğin omzunu örtecek kadar olmalıdır. Önce bebeğin vücudu en son başı yıkanır. Yıkama süresi beş dakikayı geçmemelidir. Önceden hazır bulundurulan havluyla hemen kurulanır ve bebeğin başına şapka giydirilir (Gözen,2015).

Yıkama sadece suyla yapılır. Eğer bir ürün kullanılacaksa nötral,boya ve parfüm içermeyen renksiz ve kokusuz olan şampuan ya da sabun kullanılır. Fazla sayıda farklı ürünler kullanılmamalı ve şampuan ya da sabunların içeriğinde Sodyum Lauryl Sülfat (SLS) ve Sodyum Lauret Sülfat (SLES) bulunmamalıdır (AWHONN,2007).

4.3.2. Ağız, göz, kulak ve burun bakımı

Dil ve ağız mukozası normal görünümde olan bebekte ağız bakımına gerek yoktur. Sadece annenin emzirmeden önce meme ucunu kaynamış ılık su ile

temizlemesi yeterlidir. Bebeğin ağız mukozası pamukçuk yönünden gözlenir. Tedavisinde birkaç gün süreyle nistatin (mukostatin) 100.000 Ü/günde 3–4 kez ağıza damlatılır(Taşkın,2009;Eroğlu ve Güner Başara,2012;Bilgili,2009).

Çapaklanma yoksa özel bir göz bakımı gerekmez. Çapaklanma varsa kaynatılmış, ılık suda ısıtılmış steril gazlı bir tampon ile fazla bastırılmadan içten dışa doğru silinir. Her göz için ayrı tampon kullanılır (Hülür ve ark.,2014;Eroğlu ve Güner Başara,2012).

Kulak ve burun ise bükülmüş bir tülbent ucu ile dıştan ve ucundan temizlenir. Bebeğin burnuna süt veya yağlı damlalar damlatılmamalıdır. Burun ve kulak içten temizlenmemeli, sadece dışarı gelen pislikler temizlenmelidir (Riskli Bebeklerde Hemşirelik Bakımı ve Güvenli Taburculuk" Projesi,2014;Eroğlu ve Güner Başara,2012).

4.3.3. Göbek bakımı

Göbek 5–14 günler arasında düşer. Bu süre içinde göbek kanama ve enfeksiyon belirtileri yönünden izlenir. Enfeksiyon durumunda hemen bir sağlık merkezine başvurulur. Göbek kordonunun temiz ve kuru tutulması enfeksiyonu önlemede önemlidir. Göbek kordonu bezin dışında tutulur (Kaynak,2011;Akpınar ve Göçmen,2014).

4.3.4. Genital bölge bakımı

Genital bölge bakımı kız ve erkek bebeklerde farklıdır. Üriner sistem enfeksiyonları erkeklerde kızlara oranla, sünnetsiz bebeklerde de sünnetlilere oranla dahafazladır. Bu yüzden sünnet derisi geriye doğru kıvrılarak penis ucu temizlenir. Kızlarda tüm kıvrımlar ayrılarak önden arkaya doğru silinerek temizlenir (Ovalı ve Gürsoy,2011).

Bez dermatiti yenidoğan döneminde oldukça sık karşılaşılan bir sorundur. Cildin ıslak kalması geçirgenliğin artmasına ve tahrişe yol açar. İdrarla temas eden cildin pH'ı asidikten alkaliye döner ve bölgede mikroorganizmalar çoğalır. Bez dermatitinin oluşumunu engellemek için bebeğin altı havalandırılmalı, yüksek emme kapasitesine sahip bezler tercih edilmeli, bezler sıkı bağlanmamalı ve her 3-4 saatte bir veya bebek altını her kirlettiğinde bez değiştirilmelidir. Bez bölgesi su ve pamukla

temizlenir. Bölge temizlendikten sonra ince tabaka halinde çinko oksit veya vazelin kullanılabilir. Bölge temizleme sırasında ovma işleminden kaçınılmalıdır. Pudra, antibiyotik içeren krem ve A vitamini içeren kremler kullanılmamalıdır. Kandida enfeksiyonu var ise antifungal kremler önerilmektedir (Dağoğlu ve Ovalı,2007;Çağlar,2015;Kılıçarslan ve ark.,2014).

4.3.5. Tırnak bakımı

Bebeğin tırnaklarını kesmek için en uygun zaman banyo yaptırmadan önceki zamandır. Eğer bebek rahat durmuyorsa uyuyorken tırnakları kesilir. Bebeğin tırnak makası bebeğe özel olmalıdır(Dhar,2007).

4.3.6. Yenidoğan odası, karyolası ve güvenliği

Bebek ve anne aynı odada bulunmalıdır. Böylece bebek her ağladığında rahatlıkla emzirilebilir (Eroğlu ve Güner Başara,2012).

Annenin preterm bebeğini beslerken oturabilmesi için rahat bir koltuk bulunmalıdır. Odada oyuncak ve fazla yastık bulundurulmamalıdır (Durukan,2012;Kılıçarslan ve ark.,2014).

Oda ısısı bebek 3 kilogram oluncaya kadar 24-26°C daha sonra 22-24°C olmalıdır. Oda her gün en az bir kez 15 dakika havalandırılmalıdır. Bebek soba, kalorifer gibi ısı kaynaklarına çok yakın yatırılmamalı ve giysileri oda sıcaklığına göre ayarlanmalıdır (Akman,2010;Acunaş ve ark.,2014;Eroğlu ve Başara,2012).

Bebeğin karyolası güvenliği için dikkat edilerek seçilmelidir. Karyolasında kenar parmaklıkları bulunmalı, bu parmaklıkların en az 44 cm yüksek olması ve parmaklık aralarının 4 cm' i geçmemesi gereklidir. Karyolanın belirgin olan uç kısımları sivri köşeli olmamalı, yuvarlak hatlı olmalıdır. İlk altı ay yastık kullanılmamalıdır. Şilte karyolanın içine tam olarak oturmalı, ailenin alerji öyküsüne göre şiltenin yapım malzemesi dikkatli seçilmeli, şilte sağlam ve mümkün olduğunca sert olmalıdır. Yatak çarşafı antialerjik ve pamuklu olmalıdır (Kılıçarslan ve ark.,2014;Durukan,2012).

4.3.7. Bebeğin tutulması

Bebeğin boyun kasları oldukça zayıftır. Bu nedenle üç aylık olana kadar başını dik tutamaz ve destekleyemez. Bu yüzden ilk beş aya kadar başı desteklemek için,

bebek kucaklandığında bir elle vücudundan tutarken diğer el bebeğin başının arkasına yerleştirilir. “Football” pozisyonunda bebeğin başı avuç içi ile desteklenirken, vücudu da aynı elin kolu ile desteklenir. Bu pozisyonda bir el ve kol ile bebeği tutarken diğer el ile başı yıkanabilir veya emzirebilir. Gaz çıkarma pozisyonunda; bebek baş ve omuz hizasında dik tutularak, sırtını sıvazlayıp veya hafifçe vurup gazı çıkartılır. Aynı zamanda bebeği kucağa oturabilir ve bir el ile başı ve göğsü desteklerken diğer el ile sırtı yavaşça ovalanır. Bebeğin dizlerin üzerine yüzükoyun yatırıp, sırtını sıvazlayarak da gazı çıkarılabilir (Dağoğlu ve Görak,2008).

4.3.8. Beslenme

Yenidoğan beslenmesi, temel besin gereksinimlerinin karşılanması ve büyümenin desteklenmesi amacına yöneliktir. Glikojen depolarının azlığı ve glikoneojenik ve glikolitik enzimlerinin eksikliği nedeniyle preterm bebekler hipoglisemi açısından riskli gruptur ve % 10-15’ nde en az bir kez hipoglisemi atağı yaşayabilmektedir(Adamkin,2011).

Besin gereksinimi; gebelik yaşı, doğum ağırlığı, beslenme şekli, hastalık ve tedavilerin yarattığı metabolik değişikliklere göre değişir. Preterm bebeklerde doku onarımı ve büyüme için yaklaşık 110-130 kcal/kg enerjiye gereksinim duyulur(Ovalı,2007).

Bebek taburcu olduktan sonra ise ilk üç ay 25-30 gram/gün ağırlık alımı, boyda haftada 0.7-1 cm uzama yeterli beslenme göstergesidir. 3-12 ay arasında kilo alımı günde 15-20 gram, boy uzaması haftada 0.4-0.6 cm olmalıdır (Ovalı ve Gürsoy,2011).

Emzirilen bebeklerde saat kısıtlaması yoktur. Günde 10-12 kez, altıncı aydan sonra 3-4 saat ara ile beslenir. Beslenme süresi 45 dakikayı geçmemelidir. Bebek anne memesini tutamıyorsa süt sağılarak bebeğe verilir. Preterm bebeklerde ilk birkaç haftadan sonra anne sütü bebeğin büyümeyi yakalayabilmesi için gerekli kaloriyi sağlamaz. Bu yüzden anne sütü veya formül sütlerin güçlendirilmesi gerekir(Dağoğlu ve Görak,2008).

Preterm bebeğin sağlıklı gelişimi için ayrıca vitaminlerden de desteklenmesi gerekir. Anne sütünde D ve K vitaminleri dışındaki tüm vitaminler yeterli ölçüde bulunur. Bu sebeple her yenidoğana doğumun ardından K vitamini enjeksiyonu

yapılır. İlk üç ayda kan yapımı fazladır. Bu nedenle folik asit ve demir desteği de verilmelidir (Şarman ve Keleş,2011;Durukan,2012).

Emzirmeyi desteklemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeleri, tam emzirmenin sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Tam emzirmenin yerine getirilmemesi durumunda; süt salgısında azalma, memeye ilişkin sorunlar, bebeğin memeyi reddetmesi ve emzirmenin erken sonlandırılması sorunları ortaya çıkar. Literatüre göre annelerin bebeklerini tam emzirmemesinin önde gelen nedeni sütün yetersiz olarak algılanması ve bunun sonunda bebeğin doymadığını düşünmesinden kaynaklanmaktadır. Bu durum annenin emzirmeye ilişkin hissettiği öz-yeterlilik ile ilişkilidir. Yapılan bir araştırmada emzirme öz-yeterlilik algısı ile emzirme başarısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Aluş ve Okumuş,2013;Yenal ve ark.,2013).

Her iki memeden de yeterli süt salgılanması için ilk verilen meme tam boşaltılır ve bir sonraki emzirmeye emzirmeyen memeden başlanır. Beslenmeden sonra bebeğin gazı çıkarılır ve bir süre için yatağının başucu yükseltilerek yatırılır. Bebek ne kadar emerse bir sonraki emzirmeye o kadar çok süt salgılanır. Prolaktin hormonu geceleri daha çok salgılanır ve bu hormon vücudu gevşeterek daha rahat bir uyku sağlar. Bu nedenle gece emzirme hem süt yapımını arttırır hem de dinlenmeyi sağlar. Bu bilgiler verilerek anne emzirmeye teşvik edilir (Gür,2007).

4.3.9. Anne sütünü saklama koşulları

Anneden ya da bebekten kaynaklanabilecek farklı nedenlerden dolayı annelerin bebeklerini emzirmeleri bazen kesintiye uğramaktadır. Annenin çalışmaya başlaması da emzirmeyi azaltan nedenlerden biridir(Balcı ve ark.,2012).

Anne sütünün saklanması, sütün besleyicilik ve immünolojik içeriğinin korunması ve mikroorganizma gelişiminin önlenmesi açısından çok önemlidir. Anne sütünü saklama kapları ve koşulları şöyledir(Başkale ve Serçekuş,2014).

Saklama kapları; anne sütünü 72 saatten daha az süreli saklamak için plastik poşetler kullanılabilir. Plastik poşetler dökülme, sızıntı ya da sert kaplara göre daha kolay kontamine olmaları ve anne sütündeki bazı maddelerin yumuşak plastikle etkileşime girmesi ve kaybolması nedeniyle uzun süreli saklama için

önerilmemektedir. Anne sütünü uzun süreli saklamak için ise sert plastik ya da camdan yapılmış sert kenarlı kaplar tercih edilmelidir(Başkale ve Serçekuş,2014).

Saklama koşulları:

1. Anne sütü sağılmadan ve bebeğe verilmeden önce eller yıkanmalıdır.
2. Saklama kapları ve süt sağma pompası sıcak, sabunlu suyla yıkanmalı ve durulanmalıdır. Mümkünse, bulaşık makinesinde yıkanabilir. Bulaşık makinesi yoksa kaplar yıkandıktan sonra kaynatılmalıdır.
3. Kalan sütün atılmaması için az miktarlarda depolanmalıdır.
4. Acil durumlar için küçük miktarlarda (30-60 ml.) süt saklanmalıdır.
5. Anne sütü günde birkaç kere sağılıp birleştirilerek istenen miktar elde edilebilir. Yeni sağılmış süt buzdolabının rafında ya da buz paketlerinin içinde bir saat tutulabilir ve daha sonra aynı gün sağılıp önceden soğutulan sütün üzerine eklenir. Ilık süt dondurulmuş sütün üzerine eklenmemelidir.
6. Saklama kabı ağzına kadar doldurulmamalıdır.
- 7.Kaplar su geçirmez etiket ve mürekkeple etiketlenmeli, saklama kaplarının üzerine sütün sağıldığı tarih yazılmalıdır. Saklanan süt 40°C' nin altında ısıtılmalıdır.
8. Süt eğer derin dondurucuda saklanacak ise kapağın açılıp kapanmasından dolayı ısınmasını önlemek için derin dondurucunun arka tarafında saklanmalıdır.
9. Çözülmüş süt buzdolabında dört saate kadar saklanabilir, ancak tekrar dondurulmaz.
10. Sağılmış anne sütü mikrodalga fırında ısıtılmamalıdır.
11. Bebeğe vermeden önce sütün sıcaklığı kontrol edilmelidir. Sütün sıcaklığı bileğin iç kısmına birkaç damla süt damlatılarak kontrol edilebilir (Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol,2010;Aschberger at all.,2010).

Saklama yeri	Sıcaklık	Önerilen maksimum saklama süresi
Oda sıcaklığı	16-29 °C	En uygun 3-4 saat
Buzdolabı	≤4°C	En uygun 72 saat, son derece temiz koşullarda 5-8 gün
Derin dondurucu	<-17°C	En uygun 6 ay,12 aya kadar olabilir (Aschberger at all,2010).

4.4. İlk Yılda Karşılaşılabilecek Sorunlar

4.4.1. Kusma

Kusma ataklarının oldukça fazla bir bölümünde tıbbi bir sorun bulunmamaktadır. Bebeğin kustuğu süt yalnızca yemek borusuna kadar gidip oradan geri gelmiş ise fazla değişikliğe uğramaz, bir süre geçtikten sonra bebek tekrar beslenir. Ancak mideye kadar inmiş ise şekli değişmiştir ve ekşi süt kokusu duyulur. Bebeğin tutuş pozisyonuna dikkat edilmediğinde de bir miktar kesik süt gelebilir. Bebeğin kusması durumunda; dik tutuş pozisyonunda tutulur veya bebek sol yanına yatırılır. Eğer süt kesilmiş ise beslenmeyebilir (Burke and Whit Hall,2007).

4.4.2. Emmeme

Preterm bebeklerin emme-yutma koordinasyonu yeterince gelişmediğinden beslenme sorunları ortaya çıkmaktadır. Çok çabuk uykuya dalmaları ve emmeyi bırakmaları süt akışını etkilemektedir. Bebekler uyanırken mutlaka emzirilir, uykulu durumdayken ise sağılmış sütle beslenmeleri sağlanır. Bebeğin tartı alımı başlayıp, anne sütü miktarı arttığında ve emme yutma koordinasyonu kazanıldığında hipoglisemi ve sarılık gibi önemli sorunların görülme olasılığı da azalır. Bu dönem çoğunlukla 40. gestasyonel hafta civarında tamamlanır (Meier at all.,2013).

Emmeyi reddetme sebepleri arasında burun tıkanıklığı, rahat nefes alıp verememesi olabilir. Bu sorunun giderilmesi için; burun damlası veya ucu pamuklu temizlik kürdanları kullanılabilir. Bebek emzik ve biberon kullanımından dolayı da annenin memesini emmede isteksizlik gösterebilir (Myazava at all.,2007).

4.4.3. Ağlama nöbetleri (kolik)

İlk 3-4 ayda başka sorunu olmayan ve yeterli beslenen bebeklerin bir günde üç saatten fazla süren ağlama ve huzursuzluk nöbetleri veya bir haftada üç günden daha sık ortaya çıkan durumdur. Klinik tablo hafif, orta ya da ağır olabilir. Hafif tipte; bebekte yalnızca akşamları nedensiz bir huzursuzluk söz konusu iken, orta ve ağır tipte ise, genellikle akşama doğru yüzde kızarma ve kaşları çatma ile başlayan, ardından bacakların karına doğru çekilmesi ve şiddetli ağlama nöbetleri birkaç dakika sürdükten sonra sonlanır. Birkaç dakika sonra aynı nöbet yinelenir. Bu biçimdeki nöbetler yaklaşık 2-3 saat sürer ve bu tablo gaz ve gaita çıkarılması ve ardından sakinleşme şeklinde biter. Bu durum genellikle yaşamın ikinci haftasında başlar, gittikçe şiddetlenerek 4- 8. haftalarda en şiddetli seviyeye ulaşır. Yavaş yavaş azalarak üçüncü ayın sonunda kaybolur (Sepit,2009;Alagöz,2013).

Etkin tedavi yöntemi aileye bilgi vermektir. Basitçe sorunun bebek 3-4 aylıkken geçeceği anlatılarak ailenin rahatlatılması sağlanmalıdır. Bebeği kucakta hafif hafif sallayarak gezdirmek, bir örtü içine koyup sallamak veya arabada gezintiye çıkarmak, emzik vermek, sessiz bir ortam sağlamak bebeğin sakinleşmesinde etkili yöntemlerdir. Bunun yanı sıra banyo yaptırmak, cildine uygun yağ veya nemlendirici kremler ile masaj yapmak gevşemesini ve sakinleşmesini sağlar(Sepit,2009).

Yapılan bir çalışmada ebeveyn ve bebek iletişimi konusunda eğitim verilen ve grup ile kontrol grubu kıyaslanmış eğitim verilen ebeveynlerin bebeklerindeki kolik bulgularının belirgin şekilde azaldığı bulunmuştur (Garrison and Christakis,2007).

4.4.4. Sarılık

Pretermelerde yaşamın ilk yılında yeniden hastaneye yatış sıklığı ve nedenlerinin incelendiği bir çalışmada ilk iki haftada en önemli yatış nedenlerin birinin hiperbilirubinemi olduğu saptanmıştır (Kavuncuoğlu ve ark.,2011).

Düşük bilirubin kernikterus geç preterm bebeklerde <20 mg/dl değerleriyle ortaya çıkar. Özellikle geç preterm bebeklerin term gibi algılanması nedeniyle bu sorunla sıkça karşılaşılmaktadır (Özdoğan,Yıldız Aldemir ve Kavuncuoğlu,2014).

Anne sütüne bağlı sarılık anne sütü ile beslenen bebeklerde hayatın birinci haftasından başlayarak altıncı haftasına kadar süren sarılıktır. Beslenme bilirubin

düzeyine göre belirlenir. Eğer bilirubin 20 mg/dl fazla ise anne sütü yerine 48 saat süreyle mama verilir veya anne sütü arada az miktarda mama verilerek desteklenir. Geçici olarak anne sütü kesilirse, serum bilirubin düzeyi 24 saat içinde düşer ve 2-3 gün içinde başlangıç düzeyinin yarısına inerse tanı anne sütüne bağlı sarılık olarak doğrulanmış olur. Eğer emzirmeye devam edilirse izleyen 48 saat içinde serum bilirubin düzeyi 1-3 mg/dl yükselir ve kademeli bir düşüş göstermeden önce bir süre stabil kalır daha sonra birkaç ay içinde azalır. Aileye sarılığın 2-3 ay kadar sürebileceği bilgisi verilmelidir. Hangi nedenle olursa olsun ortaya çıkan sarılığa emzirme tamamen kesilmemelidir. Bu durumun tek istinası bebeğin değişim transfüzyonu gerektiren durumda olmasıdır (Stoll and Kliegman,2004).

4.4.5. Vücut ısı değişiklikleri

Pretermilerin kahverengi yağ dokularının azlığı, vücut yüzey alanlarının fazlalığı ve arka hipotalamus bölgesindeki ısı merkezinin tam gelişmemesi nedeniyle tiroksin, norepinefrin gibi termojenik hormonlara yanıtı zayıftır (Laptook and Jackson,2006).

Ayrıca bağışıklık ve nörolojik sistem gelişimini tamamlamadığı için enfeksiyonlara yatkınlık ve ateş cevabının oluşmasında yetersizlik görülür. Ateş, büyük ihtimalle ciddi bir hastalık olduğunu gösterir. Annede koryoamniyonit ve erken membran rüptürü gibi nedenlerle erken ve geç sepsis riski orta derece prematüre ve geç prematüre bebeklerde term bebeklere göre artmıştır (Kalyoncu ve ark.,2010).

Genel olarak 36,1–37,8°C normal vücut sıcaklığı olarak kabul edilir (Pul ve Bükülmez, 2006). Tüm çocuk yaş grupları için sıcaklık ölçümünün; rektal 38°C, oral 37,8°C, aksiller 37,2°C'nin üzerinde oluşu ateş olarak tanımlanmaktadır (Koçoğlu Barlas,2009; İlçe ve Karabay,2009; Halıcıoğlu ve ark.,2011; Celasin Şen ve ark.,2008).

Vücut sıcaklığının korunması pretermier için çok önemlidir. Bu nedenle bebek 3 kg oluncaya kadar günde 3-4 kez vücut ısısı kontrol edilmelidir. Ateş, terlemeyi ve solunum sayısını arttırarak sıvı kaybına neden olmaktadır. Bu yüzden bol miktarda sıvı verilmeli ve beslenme sıklığı arttırılmalıdır. Eğer çocuğun sıvı alımı iyi değilse veya emmiyorsa en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Ilık uygulama yapılacaksa kullanılacak olan suyun sıcaklığı 29–30°C olmalı suya kesinlikle alkol katılmamalıdır. Ilık uygulama ile bir saat içinde vücut sıcaklığı 1,5–2°C den fazla düşürülmemelidir. Ilık uygulama 5-30 dakika yapılır. Ilık uygulama koltuk altı ve

kasık bölgelerine uygulanır. Bezler ısnđıkça değiştirilir. Uygulama öncesinde ve sonrasında devamlı vücut ısısı kontrol edilir (Pul ve Bükölmez, 2006).

4.5. Preterm Bebeğin Taburculuğa Hazırlanması

Taburculuk planlaması bebek üniteye yattığı zaman başlar. Preterm bebeklerin taburcu edilmelerinde destek ve takip sistemleri gerekmektedir. Ailenin tüm kararlarda aktif rol alması sağlanmalıdır. Taburcu olmadan birkaç gün önce bebeğin ailesine haber verilmeli, annenin evde yapması gereken işler veya karşılaşacağı sorunlar ile ilgili eğitim tamamlanmış olmalıdır. Prematüre polikliniğinden randevu alınmalı ve reçetesi yazılıp ayrıntılı anlatılmalıdır(Balcı,2011;Dilli,2012).

Prematüre bebek, aşağıdaki koşullar yerine getirildiğinde taburculuğa hazırdır.

- Yatağında kendi ısısını kontrol edebilmelidir.
- Solunum sıkıntısı olmadan biberon veya anne memesinden beslenebilmelidir.
- Son beş günde apne veya bradikardisi olmamalıdır.
- Tarama testleri yapılmalı, gerekli aşılar uygulanmalıdır.
- Düzeltilmiş 1-3 aylarda kalça ultrasonografisi istenmelidir.
- Total bilirubin düzeyi kontrol edilmiş olmalıdır.
- Bebek en az bir kez dışkı yapmış olmalıdır.
- Tartı kaybı doğum kilosunun %7'sinden fazla olmamalı, günde 10-30 gr tartı almaya başlamalıdır.
- Evde oksijen alması gereken bebekler, eve oksijen tüpü veya ev tipi ventilatör eşliğinde gönderilebilir. Bu bebeklerin evde monitörle izlenmesi gerekebilir. Cihazların evde kullanımı ile ilgili eğitim verilmelidir
- Aile bebeği kabullenmiş ve ailenin tüm eğitim gereksinimleri karşılanmış olmalıdır. Eve çıktıklarında kaynak olarak kullanabilmeleri için bilgiler aileye yazılı olarak verilmelidir (Ovalı ve Gürsoy,2011; AAP,2008;Balcı,2011;Dilli,2012).

4.5.1. Hastanelerde uygulanan preterm bebek bakım programı

YYBÜ' de tedavi gören hastaların taburculuk sonrası takip programları ile ilgili geniş kabul görmüş standart bir uygulama yoktur. Yenidoğanın taşıdığı risk kategorisine göre, ülkelere, bölgelere ve merkezlere göre izlem protokollerinde önemli farklılıklar olmakla birlikte genel kabul gören görüş yüksek risk grubundaki bebeklerin en az okul çağına kadar izlenmesi gerektiğidir.

Araştırmanın uygulandığı hastanede eğitimin içeriği; emzirme eğitimi, evde kullanılacak ilaçların bilgilendirilmesidir. Başka bir eğitim ve araştırma hastanesinde ise bebek odası, bebek yatağı, bebek giysileri, konak bakımı, beslenme, ağız bakımı, burun bakımı, kulak bakımı, tırnak bakımı, göz bakımı, göbek bakımı, cilt ve alt bakımı, bebek banyosu, uyku düzeni yatış pozisyonu, güvenlik, evde kullanılacak ilaçlar konularında eğitim verilmektedir.

Ayrıca çeşitli özel özel kliniklerin preterm bebek ebeveyn danışmanlık hizmetleri bulunmaktadır. Sağlık bakanlığının da hazırlamış olduğu yüksek riskli bebek izlem rehberi bulunmaktadır.

Prematüre bebeklerin değerlendirilmelerinde iki yaşa kadar düzeltilmiş yaş kullanılır. Düzeltilmiş yaşta doğum haftası 40 hafta olarak düşünülür ve bebeğin 40 haftayı tamamlamadan doğduğu her hafta doğum sonrası yaşından düşülür. Düzeltilmiş yaş dikkate alınarak takip aralıkları: Taburculuktan bir hafta sonra, 1. ay, 2. ay, 3. ay, 6. ay, 12. ay, 18. ay, 24. ay, 36. ay, 48. aylarda; kronolojik yaş dikkate alınarak 3., 5/6. ve 12. yaşta, gereken durumlarda daha yakın takip edilir (Eras, 2010).

4.5.2. Aşılar

Prematüre bebekler doğum ağırlığına ve gestasyonel yaşına bakılmaksızın (hepatit B ve BCG aşıları hariç) term bebeklerle aynı zamanda aşılanır. Aşılar tam doz verilir (Kılıçarslan Törüner ve ark.,2014;Eroğlu ve Güner Başara,2012).

4.5.3. Tarama testleri

Taramalar, bebeklerin tedavi edilebilir genetik, endokrinolojik, metabolik ve hematolojik hastalıklar açısından test edilerek bu hastalıkların erken tanınması ve tedavisi ile gelişebilecek mortalite ve morbiditenin önlenmesini sağlar. Ülkemizde ulusal yenidoğan tarama programı ile konjenital hipotiroidi, fenilketonüri (FKÜ) ve

biyotinidaz eksikliği taraması yapılmaktadır. Bütün bebeklerde en erken üçüncü günde, en geç beşinci günde tarama yapılır(Ovalı ve Gürsoy,2011).

01.01.2015 tarihi itibariyle tarama programına kistik fibrozis hastalığı dahil edilmiştir (<http://hatay.hsm.saglik.gov.tr/files/> Erişim Tarihi:25.03.2016).

4.5.4. Göz, işitme ve nörolojik muayene

Preterm doğum ve düşük doğum tartısı ile ilişkili olarak, retinanın damar yapısı tam olarak gelişmeyebilir. Bu durumda, sıklıkla kendi kendine gerileyen, ancak bazı olgularda tedavi edilmediğinde görme kaybına yol açabilen prematüre retinopatisi (ROP) ortaya çıkar. 20. yüzyılın ortalarından beri, kontrolsüz oksijen tedavisinin ROP gelişiminde en önemli risk faktörü olduğu kabul edilmektedir. Ülkemizde 34 haftadan önce doğan tüm bebeklerde ROP taraması önerilmektedir (Başmak,2011).

Ciddi işitme kaybının insidansı 1000 canlı doğumda 1-3'tür. Ancak YYBÜ' de yatan bebeklerde %2-4işitme kaybı görülür. Tarama ilk bir ay içinde veya bebek hastaneden taburcu olmadan önce yapılır. İlk testten geçemeyen bebeklere postnatal üçüncü aydan önce her iki kulak için test tekrarlanır. İşitme kaybı açısından bir veya daha fazla risk taşıyan bebekler ilk testin sonucu normalde olsa odyolog tarafından postnatal 24-30. aylarda tekrar değerlendirilir (Ovalı ve Gürsoy,2011).

Nörolojik değerlendirmede bebeğin postürü, tonüsü, derin tendon refleksleri, patolojik ve primitif refleksler, baş kontrolü, denge cevapları gibi postürel reaksiyonlar değerlendirilir. Ağır nörolojik sorunları olan bebeklerin pediatrik nöroloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi sağlanır (Ovalı ve Gürsoy,2011).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

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

5.2. Araştırmanın Hipotezi

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebek annelerine verilen eğitim anne özgüveni artırır.

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi YYBÜ' nde Nisan 2014-Ağustos 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi birinci, ikinci, üçüncü düzey yoğun bakım hizmeti vermektedir. YYBÜ birinci düzeyde 20 küvöz, ikinci düzeyde 24 küvöz, üçüncü düzeyde 23 küvözden oluşmaktadır. Üniteye iki birinci düzey yoğun bakım odası, üç ikinci düzey yoğun bakım odası, beş üçüncü düzey yoğun bakım odası, bir izolasyon odası, bir süt ve mama hazırlama odası, bir intravenöz sıvı ve tedavi hazırlama odası ve bir emzirme ve bebek bakım odası bulunmaktadır.

YYBÜ'nde 74 hemşire , iki ebe, iki sorumlu hemşire, bir servis eğitim hemşiresi, beş yenidoğan uzman hekim, iki yenidoğan yan dal asistan hekim, sekiz asistan hekim, 18 yardımcı personel ve iki sekreter görev yapmaktadır. Hemşireler ve ebeler sekiz ve 16 saatlik vardiyalarla, asistan hekimler 36 saatlik nöbet sistemiyle, neonatologlar ise 08.00-16.00 saatleri arasında çalışmaktadır. Hemşireler ve ebeler lisans, ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunudur. Hemşirelik bakımını yönlendiren herhangi bir protokol ya da standart bulunmamaktadır. Hemşireler, bebeklerin genel hijyeninin sağlanması, emziremeyen annelerin sütünü nasıl sağıp saklayacaklarının öğretilmesi, annelere emzirme tekniğinin öğretilmesi, vital bulguların ve kilolarının takip edilmesi, ilaç uygulaması ve aspirasyon işlemlerini yapmaktadır.

Annelerin gereksinim duyduklarında üniteye girip bebekleriyle etkileşimde bulunmalarına izin verilmemektedir. Anne ve babalar bebeklerini ilk doğduğunda

görmekte, daha sonra çarşamba günleri saat 14.00'de sadece 15 dakika görebilmektedirler. Hergün saat 13.00-14.00 arası ebeveynlere hekim tarafından bebekleri konusunda bilgi verilmektedir. Emme yeteneği kazanan bebekler önce yoğun bakım hasta odasında sonra emzirme odasında anneleri tarafından emzirilmekte, diğer bebekler hemşireler tarafından biberonla beslenmektedir. Taburculuğu üniteden yapılmaktadır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışma tarihleri içerisinde İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi YYBÜ ikinci düzeye yatışı yapılan bebeklerin anneleri arasından çalışmaya katılmayı kabul eden anneler oluşturmuştur.

Araştırma öncesi örneklem sayısı hesaplanmasında; %5 anlamlılık düzeyinde, %50 medium düzey effect size ve %80 power' a ulaşmak için her iki grupta toplam 100 hasta alınmalıdır şeklinde bir sonuca ulaşılmıştır. Denek kayıpları da göz önüne alınarak toplam hasta sayısı 110 alınmıştır. Ancak deney grubunda son testte bir anneye kontrol grubunda beş anneye ulaşılamadığı için araştırma 54deney 50 kontrol olmak üzere 104 anne ile tamamlanmıştır.

Çalışmanın başlangıcında, deney ve kontrol grubundaki annelerin birbirlerinden etkilenmemesi için çalışmayı kabul eden ilk 55anne kontrol grubu, sonraki 55 anne deney grubu olarak alınmıştır. Kontrol grubundaki annelerin ön testleri yapıldıktan sonra deney grubunun ön testi yapılmış ve deney grubuna eğitim programı, kontrol grubuna da servis hemşireleri tarafından verilen rutin taburculuk eğitimi uygulanmıştır.

Son test için özgüven ölçeği, deney ve kontrol grubuna taburculuklarından bir ay sonra kontrol muayenesi öncesi hastane ortamında uygulanmıştır.

5.5. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

Annelerin seçilme özellikleri

En az ilkokul mezunu olmak

İletişime ve işbirliğine açık olmak

Tanılanmış psikiyatrik bir hikâyesi bulunmamak

Tekil gebeliğe sahip olmak (homojenliği sağlamak için)

Tedavi ile gebe kalmış olmamak (kıymetli bebek annelerinin diğer annelere göre daha fazla stres yaşar)

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Bebeklerin seçilme özellikleri

1200-2000 gram ağırlığında

32-37. haftalar arası

Üçüncü düzeyden geçiş yapmamış

Sadece prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı sebebiyle yoğun bakıma yatırılmış bebekler.

5.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçlar

Deney ve kontrol grubundaki, çalışmayı kabul eden tüm annelere, doğumdan sonraki birinci hafta içerisinde annelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin kişisel bilgi formu, ön test verilerinin toplanmasında PÖÖ önce kontrol grubunun tamamına sonra deney grubuna uygulanmıştır. Görüşme servisin bebek bakım odasında anne ile yüz yüze görüşme yöntemi ile kaydedilmiştir.

Kontrol grubundaki annelere servis hemşireleri tarafından serviste uygulanan rutin taburculuk eğitimi verilmiştir. Rutin eğitimin içeriği; emzirme eğitimi, evde kullanılacak ilaçların bilgilendirilmesidir. Deney grubundaki annelerin her birine ise bebekleri ünitelerde kaldığı süre içerisinde ikişer kez eğitim verilmiştir. Taburculukta her anneye hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitimin içeriği; araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında annelerin prematüre bebeğin evde bakımına ilişkin kendilerini yetersiz ve güvensiz hissettikleri konular doğrultusunda oluşturulmuştur (Ek I) Bu konular:

Prematüre bebeğin bakımı; cilt bakımı, ağız bakımı, burun, göz, kulak bakımı, göbek bakımı, genital bölge bakımı, tırnak bakımı, banyosu, yenidoğanın odası, karyolası ve güvenliği, bebeğin yastığı, çarşafı, şiltesi, bebeği tutma, beslenmesi, anne sütünü saklama koşulları.

Bebeğin ilk yılında karşılaşılabilecek sorunları; kusma, emmeme, ağlama nöbetleri (kolik), sarılık, vücut ısı değişiklikleri.

Taburculuk eğitimi; prematüre poliklinik izlem planı, aşilar, tarama testleri, göz muayenesi, işitme muayenesi, nörolojik muayene (Ek II).

Eğitim, annelere belirlenen zamanlarda bireysel olarak YYBÜ' de bebek başında interaktif olarak verilmiştir.

Eğitim süresi 40-45 dk tutulmuştur.

Eğitimde düz anlatım, soru-cevap, resim gösterme ve demonstrasyon yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmanın verileri anneleri ve bebekleri tanıtıcı bilgi formu ve PÖÖ ile toplanmıştır.

1.Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan ve annelerin ve bebeklerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin soruları içeren form toplam 13 sorudan oluşmaktadır (Ek III).

Hazırlanan kişisel bilgi formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere yatışı yapılan on prematüre bebek annesinden soruların cevaplanması istenmiştir. Anneler soruların açık ve anlaşılır olduğunu, soruları cevaplamakta zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

2. Pharis Özgüven Ölçeği: Ölçek ilk olarak Pharis (1978) tarafından geliştirilmiş ve sonra Walker (1986) tarafından yapılan bir çalışmada iç tutarlık katsayısı .71-.91 arasında bulunmuştur. PÖÖ Türk toplumuna Çalışır (2003) tarafından uyarlanmıştır. Çalışır' ın çalışmasında ölçeğin alfa güvenilirlik katsayısı 0.85 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise alfa güvenilirlik katsayısı 0,96 bulunmuştur. Annenin günlük bebek bakımı hakkındaki kendi güven duygularını ölçen bu ölçek 13 maddelik, beş puanlı bir ölçüm aracıdır. Her bir bebek bakımı maddesi 1' den 5' e kadar (hiç, çok az, orta kararda, çok, tamamen) derecelendirilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin bebek bakımı konusunda özgüven düzeylerinin de arttığını göstermektedir. "Pharis Özgüven" ölçeğinde en düşük puan 13, en yüksek puan 65 olup 0-1 yaş döneminde bebeği olan tüm annelere uygulanabilmektedir (Ek IV).

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Araştırmaya katılan bireyler, araştırmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılacak bireylere, bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıp aydınlatılmış onam alınmıştır (Ek V).

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan onay alınmıştır(Ek VI).Ayrıca araştırmanın İstanbul il merkezinde bulunan İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi için resmi izin alınmıştır (Ek VII).

Pharis Özgüven ölçeğinin çalışmada kullanılabilmesi için Hüsniye Çalışır’ dan yazılı izin alınmıştır (Ek VIII).

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı eşleştirilmiş gruplarda t-testi ve student t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tekyönlü (Oneway) anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde tukey post hoc testi kullanılmıştır. Özgüven düzeyinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası durumları için eşleşmiş t-testi analizleri yapılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.9. Sınırlılıklar

Pharis özgüven ölçeğindeki yedinci soru olan (erkek) bebek sünnet olmuşsa, sünnet yerinin bakımını yapma sorusuna hiçbir erkek bebek sünnet edilmediği için soru anneler tarafından boş bırakılmıştır.

Deney grubundan bir anneye, kontrol grubundan ise beş anneye taburculuktan sonra uygulanacak pharis özgüven ölçeği annelere ulaşılamamasından dolayı uygulanamamıştır. Bu sebeple bu altı anne çalışmadan çıkarılmıştır.



6. BULGULAR

Çalışmamızın bulguları aşağıdaki gibidir.

Tablo 6.1. Deney/kontrol grubu demografik özelliklerin karşılaştırılması (n=104)

		Deney grubu		Kontrol grubu		χ^2 / p
		n	%	n	%	
Yaş	20-24	16	29,6	9	18,0	2,350 / ,503
	25-29	14	25,9	15	30,0	
	30-35	16	29,6	15	30,0	
	35 ve üstü	8	14,8	11	22,0	
Eğitim durumu	Okur-yazar	14	25,9	11	22,0	1,442 / ,486
	İlköğretim	24	44,4	28	56,0	
	Lise ve üstü	16	26,9	11	22,0	
Aile tipi	Çekirdek aile	39	72,2	39	78,0	,462 / ,326
	Geniş aile	15	27,8	11	22,0	
Doğum şekli	Vajinal	11	20,4	20	40,0	4,781 / ,024
	Sezaryen	43	79,6	30	60,0	
Planlı gebelik	Evet	49	90,7	45	90,0	,016 / ,579
	Hayır	5	9,3	5	10,0	
Bebeğin doğduğu hafta	32-34	39	70,7	22	44,0	3,756 / ,041
	34-37	15	29,3	28	56,0	
	Düşük doğum ağırlığı	28	51,9	20	40,0	
Bebeğin klinik tanısı	Hipoglisemi	5	9,3	6	12,0	2,132 / ,711
	EMR' li anne bebeği	9	16,7	8	16,0	
	Hiperbilirubinemi	4	7,4	4	8,0	
	Solunum sıkıntısı	4	7,4	4	8,0	
Sahip olunan çocuk sayısı	1	8	14,8	12	24,0	3,951 / ,139
	2	26	48,1	17	34,0	
	3 ve üstü	15	27,8	12	24,0	
		13	24,1	21	42,0	
Toplam		54		50		

ki kare, $p < ,05$

Deney grubundaki annelerin yaş ortalaması 29,26, kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması da 29,26 bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu; yaş ($\chi^2=2,350$; $p=,503$), eğitim durumu ($\chi^2=1,442$; $p=,486$), çalışma durumu ($\chi^2=0,998$; $p=,236$), aile tipi ($\chi^2=0,462$; $p=,326$), ailenin gelir seviyesi ($\chi^2=0,268$; $p=,377$), planlı gebelik olma durumu ($\chi^2=0,016$; $p=,579$), bebeğin klinik tanısı ($\chi^2=2,132$; $p=,711$), doğum öncesi bakım alma durumu ($\chi^2=1,783$; $p=,150$), sahip olunan çocuk sayısı ($\chi^2=3,951$; $p=,139$) bakımından istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (Tablo 6.1).

Deney ve kontrol grubu; sosyal güvencesinin olma durumu ($\chi^2=3,939$; $p=,046$), doğum şekli ($\chi^2=4,781$; $p=,024$) ve bebeğin doğduğu hafta ($\chi^2=3,756$; $p=,041$) bakımından istatistiksel olarak benzer bulunmamıştır (Tablo 6.1).

Deney ve kontrol grubu tüm annelerin hepsi evli, doğum öncesi bakım aldığı kişi olarak hepsi hemşireden bakım almışlardır (Tablo 6.1).

Tablo 6.2. Deney ve kontrol grubunun ön test/son test pharis özgüven ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=104)

	Deney		Kontrol		t / p
	n	ort± SS	n	ort± SS	
Ön test	54	43,222±12,974	50	45,880±10,012	1,174 / ,243
Son test	54	58,685±2,590	50	48,360±7,974	-8,739 / ,000

t-testi, $p < ,05$

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1,174$; $p=,243$) (Tablo 6.2).

Eğitim sonrası ise deney grubu annelerin özgüven puan ortalaması, kontrol grubu annelerin özgüven puan ortalamasından yüksek bulunmuştur ($t=-8,74$; $p=,000$).

Deney grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalaması (ort=58,685), kontrol grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalamasından (ort=48,360) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2).

Tablo 6.3. Deney grubu eğitim öncesi ve sonrası özgüven puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=54)

Ölçümler	Ön test ort±SS	Son test ort±SS	t / p
Deney grubuna göre			
eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeyi	43,222±12,974	58,685±2,590	-10,068/ ,000

Eşleştirilmiş grup t-testi, $p < ,05$

Deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven ve sonrası özgüven puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -10,068$; $p = ,000$). Deney grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalaması (ort=58,685), eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından (ort=43,222) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.3).

Tablo 6.4. Kontrol grubu rutin* eğitim öncesi ve sonrası özgüven puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=50)

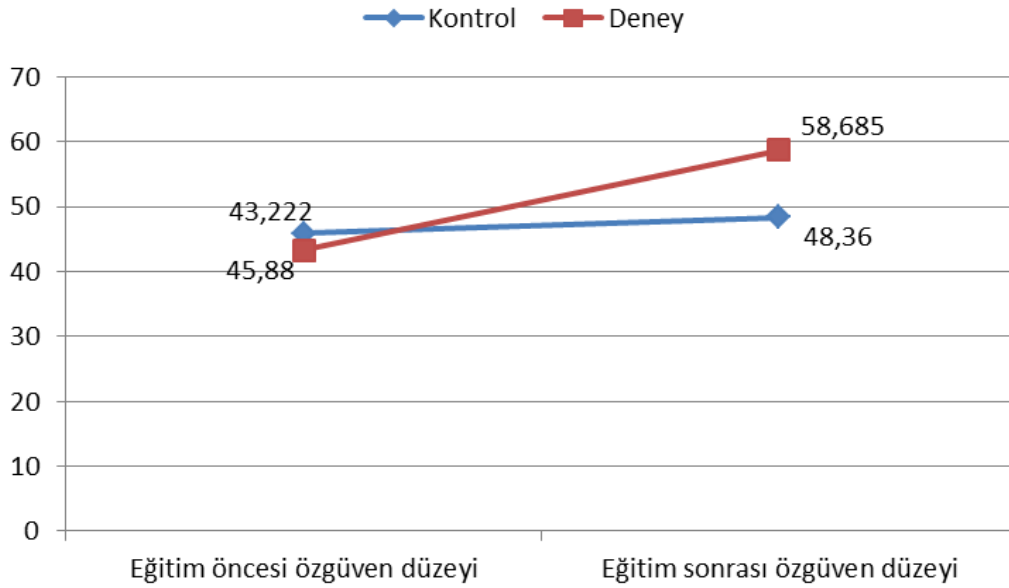
Ölçümler	Ön test ort±SS	Son test ort±SS	t / p
Kontrol grubuna göre			
eğitim öncesi/sonrası özgüven düzeyi	45,880±10,012	48,360±7,974	-3,994/ ,000

Eşleştirilmiş grup t-testi, $p < ,05$

*Rutin eğitim: Emzirme eğitimi, evde kullanılacak ilaçlar hakkında bilgilendirme.

Araştırmaya katılan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası özgüven puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-3,994$; $p=,000$). Kontrol grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalaması ($ort=48,360$), eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından ($ort=45,880$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.4).

Şekil.2. Deney ve Kontrol Grubuna Göre Özgüven Puanları Ortalaması



Deney Grubu Annelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Özgüven Düzeylerinin Kişisel Bilgi Formu Özelliklerine Göre Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven / eğitim sonrası özgüven puan ortalamalarının yaş grubu ($KW=5,665$; $p=,129$) / ($KW=0,859$; $p=,835$), çalışma durumu ($U=92,706$; $p=,152$) / ($U=115,000$; $p=,341$), eğitim durumu ($KW=3,706$; $p=,157$) / ($KW=0,458$; $p=,795$), sosyal güvencesinin olma durumu ($U=73,500$; $p=,910$) / ($U=76,000$; $p=,982$), aile tipi ($U=231,000$; $p=,234$) / ($U=256,000$; $p=,400$), ailenin gelir seviyesi ($U=292,500$; $p=,337$) / ($U=260,500$; $p=,069$), bebeğin doğduğu hafta ($U=263,500$; $p=,170$) / ($U=322,500$; $p=,708$), bebeğin klinik tanısı ($KW=1,816$; $p=,770$) / ($KW=2,504$; $p=,644$), doğum öncesi bakım alma durumu ($U=186,000$; $p=,701$) / ($U=173,000$; $p=,414$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6.5. Deney grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin doğum şekline göre puan ortalamaları (n=54)

Doğum şekli	n	Ön test ort± SS	Son test ort± SS
Vajinal doğum	11	37,727±14,833	57,182±3,188
Sezeryan	43	44,628± 2,251	59,070±2,303
U/p		163,000/ ,114	139,000/ ,012

Mann Whitney-U testi $p < ,05$

Araştırmaya katılan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasının doğum şekline göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=163,000;p= ,114$)(Tablo 6.5).

Eğitim sonrası ise özgüven puan ortalamasının doğum şekline göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=139,000;p= ,012$). Doğum şekli vajinal doğum olan deney grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalaması ($ort=57,182$), doğum şekli sezaryen olan deney grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalamasından ($ort=59,070$) düşük bulunmuştur (Tablo 6.5).

Tablo 6.6. Deney grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin planlı gebelik olma durumuna göre puan ortalamaları (n=54)

Planlı gebelik olma durumu	n	Ön test ort± SS	Son test ort± SS
Evet	49	42,020±12,901	58,571±2,693
Hayır	5	55,000± 6,481	59,800±0,447
u/p		45,000/ ,021	98,000/ ,383

Mann Whitney-U testi $p < ,05$

Araştırmaya katılan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasının planlı gebelik olma durumuna göre fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U=45,000; p= ,021). Gebeliği istenen gebelik olan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalaması (ort=42,020), gebeliği istenen gebelik olmayan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından (ort=55,000)düşük bulunmuştur(Tablo 6.6).

Eğitim sonrası ise özgüven puan ortalamasının planlı gebelik olma durumu değişkenine göre fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U=98,000;p= ,383) (Tablo 6.6).

Tablo 6.7. Deney grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin sahip olunan çocuk sayısına göre puan ortalamaları (n=54)

Sahip olunan çocuk sayısı	n	Ön test ort± SS	Son test ort± SS
1 (a)	26	38,000±12,477	58,115±2,847
2 (b)	15	47,667±10,321	59,533±1,356
3 ve üstü (c)	13	48,539±13,433	58,846±2,996
KW/p		9,263/ ,010	3,900/ ,142
Fark *		b>a c>a	

Kruskal Wallis H-Testi p< ,05

* Mann Whitney-U testi p< ,05

Araştırmaya katılan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasının sahip olunan çocuk sayısına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=9,263;p= ,010). Çocuk sayısı 2 olan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalaması (ort=47,667), çocuk sayısı 1 olan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından (ort=38,000) yüksek

bulunmuştur.Çocuk sayısı 3 ve üstü olan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalaması (ort=48,539), çocuk sayısı 1 olan deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından (ort=38,000) yüksek bulunmuştur(Tablo 6.7).Eğitim sonrası ise özgüven puan ortalamasının sahip olunan çocuk sayısına göre farkıstatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U=3,900; p= ,142) (Tablo 6.7).

Kontrol Grubu Annelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Özgüven Düzeylerinin Kişisel Bilgi Formu Özelliklerine Göre Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven / eğitim sonrası özgüven puan ortalamalarının eğitim durumu (KW=2,289;p= ,318)/(KW=3,216;p= ,200), çalışma durumu(U=133,500;p= ,197)/(U=125,000;p= ,132), sosyal güvencesinin olma durumu (U=174,000;p= ,791)/(U=163,500;p= ,595), aile tipi (U=200,000;p= ,734)/ (U=212,000;p= ,953), ailenin gelir seviyesi (U=236,500;p= ,367)/(U=218,000;p= ,199), doğum şekli (U=295,500;p= ,929)/(U=293,00;p= ,889), planlı gebelik olma durumu (U=71,500;p= ,184)/(U=74,500;p= ,218),bebeğin doğduğu hafta(U=281,500;p= ,604)/(U=286,00;p= ,666), bebeğin klinik tanısı(KW=4,103;p= ,392)/(KW=3,303;p= ,509) ve doğum öncesi bakım alma durumu (U=63,500;p= ,325)/(U=76,500;p= ,578) açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6.8. Kontrol grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin yaş grubuna göre ortalamaları (n=50)

Yaş grubu	n	Ön test ort± SS	Son test ort± SS
20-24 (a)	9	39,667±8,732	42,667±8,441
25-29 (b)	15	44,467±9,531	47,933±7,005
30-34 (c)	15	46,667±10,182	49,067±7,516
35 ve üstü (d)	11	51,818±8,965	52,636±7,514
KW/p		7,850/ ,049	5,875/ ,118
Fark*		d>a d>b	

Kruskal Wallis H-Testi $p < ,05$

* Mann Whitney-U testi $p < ,05$

Araştırmaya katılan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasının yaş grubuna göre fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=7,850;p= ,049). Yaş grubu 35 ve üstü olan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalaması (ort=51,818), yaş grubu 20-24 olan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından (ort=39,667) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 35 ve üstü olan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalaması (ort=51,818), yaş grubu 25-29 olan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından (ort=44,467) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.8).

Eğitim sonrası özgüven puan ortalamasının yaş grubuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U=5,875; p= ,118) (Tablo 6.8).

Tablo 6.9. Kontrol grubu annelerin eğitim öncesi ve sonrası özgüven düzeylerinin sahip olunan çocuk sayısına göre puan ortalamaları (n=50)

Sahip olunan çocuk sayısı	Ön test nort± SS	Son test ort± SS
1 (a)	17 40,353±9,076	44,353±7,280
2 (b)	12 46,750±8,996	47,833±6,753
3 ve üstü (c)	21 49,857±9,598	51,905±7,829
KW/p	8,265/ ,016	6,655/ ,036
Fark *	c>a	c>a

Kruskal Wallis H-Testi $p < ,05$

* Mann Whitney-U testi $p < ,05$

Kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalaması arasındaki fark çocuk sayısına göre anlamlı bulunmuştur (KW=8,265;p= ,016). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çocuk sayısı 3 ve üstü olan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalaması (ort=49,857), çocuk sayısı 1 olan kontrol grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından (ort=40,353) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.9).

Eğitim sonrası ise özgüven puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=6,655;p= ,036). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çocuk sayısı 3 ve üstü olan kontrol grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalaması (ort=51,905), çocuk sayısı 1 olan kontrol grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalamasından (ort=44,353) yüksek bulunmuştur (Tablo 6.9).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Son yıllarda klinik ve teknolojik ilerlemelerle birlikte preterm bebeklerin yaşam oranları artmış, ancak bu durum morbiditeyi olumsuz etkilemiştir. Psikolojik açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyeleri bebeğin doğumu ile birlikte yüksek oranda güvensizlik yaşarlar ve kendi bireysel çözüm ve deneyimlerini kullanarak bu durumla baş etmeye çalışırlar. Bu yüzden preterm bebeklere yaklaşımda taburculuktan sonraki evdeki süreç büyük önem taşımaktadır (İşler, 2007; Erdeve ve ark., 2008).

Annelerin evdeki sürece hazırlanmaları için, anne bebek etkileşimi bebeğin servise yatırıldığı ilk günden itibaren başlatılmalıdır. Böylece anne, evde bebeğine kendine güvenerek bağımsız bakabiliyor ve olumsuz ya da olağan dışı durumları fark edebiliyor olmalıdır.

Taş Arslan ve Turgut (2013) tarafından yapılan çalışmada prematüre bebek annelerinin evde bebek bakım gereksinimlerinin banyo (%44.1), beslenme (%35.3), tanı (%34.3), kucağa alma-tutma (%33.4) konularında olduğu belirlenmiştir. Yine Bilgili ve Pekşan (2007)' in yaptıkları çalışmada annelerin bilgi edinme gereksinimi duydukları konular içinde ilk sırayı (%71,0) bebeklerin sarılık yönünden izlenmesi, bebeklerdeki hastalık belirtileri, burun bakımındır. Kaynak (2011)' in YYBÜ' de bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik yaptığı çalışmada da, annelerin yenidoğan bebek bakımına yönelik özellikle yenidoğanın beslenmesi, banyo gereksinimi, ağız ve göz bakımı, perine temizliği, kullanılan eşyaların temizliği, gaz ve sancı gibi konularda bilgi gereksinimlerinin olduğu bildirilmiştir.

Mutlu Turan ve Bolışık (2003)' in prematüre bebeği olan annelere serviste yapılan planlı eğitimin bebek üzerine etkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada da kontrole gelme aşamasında pişik, ağızda pamukçuk ve konak gibi sağlık sorunları görülmüş ve planlı eğitim verilen grubu destekleyen bir fark bulunmuştur. Bu çalışmalarda göstermektedir ki annelerin eğitim ihtiyacının karşılanması büyük önem arz etmektedir.

YYBÜ' de preterm bebek annelerine verilen eğitimin anne öz güveni üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada preterm yenidoğanların annelerine uygulanan planlı eğitimin annelerin bebek bakımına yönelik pharis özgüven ölçeği (PÖÖ) puanlarını ortaya koymuştur. Bu araştırma, bu konuda ülkemizde yapılan sınırlı çalışmalardan biri olması bakımından önemlidir.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki annelerin ve preterm bebeklerin tanıtıcı özellikleri olan yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, ailenin gelir seviyesi, istenen gebelik olma durumu, bebeğin klinik tanısı, doğum öncesi bakım alma durumu ve sahip olunan çocuk sayısı bakımından benzer özellikte olduğunu göstermektedir. Her iki gruptaki annelerin hepsi medeni durum özelliğine göre evli ve doğum öncesi bakım aldığı kişi özelliğine göre hepsi hemşireden bakım almışlardır (Tablo 6.1). Bu sonuçlar deney ve kontrol gruplarının bu özellikler yönünden homojen ve karşılaştırılabilir özellikte olduğunu göstermektedir. Batman (2014)' ın prematüre yenidoğanların ebeveynlerine verilen web tabanlı eğitimin yenidoğanın bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında da bizim çalışmamızdaki gibi tanıtıcı özellikleri deney ve kontrol grubunda benzer özellikte bulunmuştur. Öztürk ve Erci (2016)' nin postpartum dönemdeki primipar annelere yenidoğan bakımı konusunda verilen eğitimin annelik özgüvenine etkisini incelediği çalışmasında da yaş, eğitim durumu, aile tipi, doğum şekli ve bebeği isteme özelliklerine göre benzer özellikte olduğu görülmüştür. Araştırmada sosyal güvencenin olma durumu, doğum şekli ve bebeğin doğduğu hafta bakımından benzer özellikte olmadığını göstermiştir (Tablo 6.1). Bu özellikler yönünden araştırma homojen değildir ve ileride yapılacak benzer çalışmalarda kıyaslanabilir.

Annelerin özgüvenlerinin karşılaştırıldığı araştırmada, annelerin eğitim öncesi özgüven puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (Tablo 6.2). Bu bulgu deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi PÖÖ puan ortalamalarına göre homojen özellikte olduklarını göstererek eğitim sonrası değerlendirmede çıkan sonucun önemini arttırmaktadır. Öztürk ve Erci (2016)' nin çalışmasında da deney ve kontrol grubundaki annelerin 1. haftadaki PÖÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Batman (2014)' ın çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı

olarak eğitim öncesinde PÖÖ puan ortalamaları kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Eğitim sonrası ise deney grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puan ortalaması da eğitim öncesi özgüven ortalamasından yüksek bulunmuştur (Tablo 6.3). Çınar ve Öztürk (2011)'ün yaptığı çalışmada ise çalışma grubuna ev ortamında birebir planlı bebek bakımı eğitimi yapılmış ve bir eğitim kitapçığı verilmiştir. İlk görüşmelerden 8 hafta sonra, her 2 gruba ulaşılarak ölçekler tekrar uygulanmıştır. Eğitim sonrası kontrol grubundaki annelerin PÖÖ puanlarında eğitim öncesine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Farklılığın olmaması çevreden yeterli destek alamamalarından ya da hastanede kalınan süre içerisinde sağlık personellerinden yeterli bilgi alamamalarından kaynaklı olabilir. Kontrol grubunda ise annelerin özgüven puan ortalaması, eğitim öncesi özgüven puan ortalamasından yüksek bulunmuştur (Tablo 6.4). Bu sonuç doğrultusunda kontrol grubu annelere servis hemşireleri tarafından verilen eğitimin etkili olduğu ya da taburcu olduktan sonra geçen 4-6 haftalık sürede çevre desteği ile öz güvenlerinin arttığı düşünülebilir. Çınar ve arkadaşları (2016)'nın, annelerde postpartum depresyon, sosyal destek ve emzirme özyeterliği arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; sosyal desteğin annelerin emzirme başarısını arttırdığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Gruplar arası ortalamalara bakıldığında ise eğitim sonrası deney grubundaki annelerin PÖÖ puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6.2). Uyguladığımız planlı eğitimin, servis hemşireleri tarafından verilen eğitimden annenin özgüven gelişimine yönelik daha etkili olduğu ve annelerin bebek bakımına yönelik yaşadığı sorunlar ile baş etmesi konusunda önemli katkılar sağladığı sonucuna varılabilir. Bu araştırma ile paralel olarak Batman (2014)'in çalışmasında, çalışma grubundaki ebeveynlerin PÖÖ puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre bizim çalışmamızdaki gibi daha yüksek olduğu görülmüştür. Özkan ve Polat (2011) tarafından yapılan çalışmada da planlı eğitim uygulanan çalışma grubundaki annelerin doğum sonrası 4. aya kadar bakım özgüvenlerinde artış olurken, müdahale edilmeyen kontrol grubundakilerin bakım özgüvenlerinde değişiklik olmadığı bildirilmiştir.

Bu konuda yapılan bir diğerk araştırmada Kuo ve arkadaşları (2009) yenidoğan bakımıyla ilgili web tabanlı eğitimin etkinliğini değerlendirmiş ve eğitim sonrası çalışma grubundaki annelerin özgüven puanının kontrol grubundakilerden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Mutlu Turan ve Bolışık (2003)' ın yaptığı benzer bir çalışmada da prematüre bebeğe sahip kontrol grubu annelere bebeğin taburcu olması sırasında servis hemşireleri tarafından eğitim uygulanırken, deney grubundaki annelere yatıştan taburculuğa kadar planlı eğitim uygulanmıştır. Değerlendirme sonucunda deney grubundaki annelerin post test puan ortalaması kontrol grubu annelerin post test puan ortalaması arasındaki fark deney grubu lehine anlamlı bulunmuştur. Balcı ve Yıldız (2006)' ın yaptığı çalışmada da preterm bebeği olan annelere yönelik hastanede yapılan planlı eğitimin ve ev ortamında sağlanan desteğin bebeklerin gelişimleri ve annelerin sorun çözmeye becerileri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Kalpalp (2006)' ın çalışmasında da eğitim verilen annelerin öz güven puan ortalamalarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca Çalışır (2003)' ın araştırmasında bebek bakımı konusunda bilgi alan annelerin bilgi almayan annelere oranla doğum sonrasında bebek bakımı ve öz güven puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde de görüldüğu gibi annelere verilen eğitim, öz güven oluşturmada önemli bir katkı sağlamaktadır. Bu sonuçlar verilen eğitimlerin preterm bebeği olan annelerin PÖÖ puanlarını artırdığını göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada deney grubu annelerin eğitim öncesi/sonrası özgüven puan ortalamalarının yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesinin olma durumu, aile tipi, ailenin gelir seviyesi, bebeğin doğduğu hafta, bebeğin klinik tanısı, doğum öncesi bakım alma durumu değişkenlerine göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Verilen eğitimin bu değişkenler üzerinde benzer oranda etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Doğum şekline göre deney grubu annelerin eğitim öncesi özgüven puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamasına rağmen eğitim sonrası doğum şekli vajinal doğum olan annelerin özgüven puanları doğum şekli sezaryen olan annelerin puanlarından düşük bulunmuştur (Tablo 6.5). Korkmaz ve arkadaşları (2016)' nın sezaryen uygulamasının algı boyutunu değerlendirdikleri çalışmada katılımcıların

%67'si tıbbi zorunluluk olmasa bile yine sezaryeni tercih edeceklerini bunun yanı sıra %94'ü ise normal doğum yapmanın kendileri için en doğru karar olduğunun farkında olduklarını ve hekimlerin bu konuda kendilerini bilgilendirdiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmadan sezaryen doğumun anneler üzerinde daha olumlu algılandığını ve bu olumlu algının annelerin özgüvenine olumlu etki ettiğini düşünebiliriz. Fakat; Beydağ (2007)' in doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolünü incelediği çalışmasında doğum şeklinin, doğum sonu dönemde anneliği uyumu etkilediğini, çalışmamızın tersine sezaryen doğum yapan annelerin daha fazla güçlük yaşadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuç ileride yapılacak benzer çalışmalarla tartışılabilir.

Araştırmada eğitim öncesi gebeliği planlı olan deney grubu annelerin özgüven puanları, gebeliği planlı olmayan annelerin puanından düşük bulunmasının (Tablo 6.6) nedeni; prematüre doğumunun gebeliği planlı gebelik olan annelerde daha fazla olumsuz algılanmasıyla erken doğumun yarattığı gerilimi daha fazla hissetmelerinden dolayı olabilir. Frank ve arkadaşları (2005)' nin yaptığı bir çalışmada ailelerin bebeklerinin rahatı ve ağrı düzeyleri konusunda kaygı duydukları ve bu gibi koşullarda annenin bebeğini rahatlatamaması anne için ciddi bir stres kaynağı olarak gösterilmiştir. Bu bilgiye paralel olarak Crnic ve arkadaşları (1983)' nin yaptığı çalışmada da stresli annelerin bebeklerine karşı daha az pozitif duygulara sahip oldukları ve bebeklerinin ihtiyaçlarına daha az yanıt verdikleri gösterilmiştir. Eğitim sonrasında ise eğitim öncesi düşük puanlı gebeliği planlı olan deney grubu anneler, gebeliği planlı olmayan deney grubu annelerin puanını yakalamıştır. Bu sonuca göre gebeliği planlı gebelik olan annelerin eğitim sonrası puanlarının daha fazla artması bebeğin planlı gebelik olması sebebiyle eğitime daha açık ve istekli olmasından kaynaklı olabilir. Fakat Kaynak (2011)'in yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeylerini araştırdığı çalışmasında ise araştırmaya katılan annelerin gebeliği isteyerek gerçekleştirme durumları ile bilgi puanı ve bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmada hem deney hem de kontrol grubu, sahip olunan çocuk sayısı 2 veya 3 ve üstü olan annelerin eğitim öncesi özgüven puanları, çocuk sayısı 1 olan annelerin puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 6.7-Tablo 6.9). Bu farklılığın

çocuk sayısı 2 veya 3 ve üstü olan annelerin çocuk sahibi olma deneyimlerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Yıldız ve Albayrak (2014) doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne etkisini değerlendirmiş ve primipar annelerde bebek bakımı, büyüme - gelişme, bebeğin normal özellikleri ve davranışları, hastalıklarıyla ilgili bilgi eksikliği kaygıya ve annelik rolünden memnuniyeti azaltarak annelerin yaşamlarındaki değişikliği olumsuz etkileyeceği sonucuna varmışlardır. Taş Arslan ve Turgut (2013)' un çalışmasında araştırmamıza benzer şekilde çocuk sayısı iki ve üstü olan annelerin evde bakım verme yeterliliklerini olumlu algılama puanı çocuk sayısı 1 olan annelerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Eğitim sonrasında ise deney grubu annelerin puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Çocuk sayısı 1 olan deneyimsiz annelerin puanı çocuk sayısı 2 veya 3 ve üstü olan annelerin puanını yakalamıştır. Bu sonuca göre verilen eğitimin ilk defa anne olan anneler için yararının daha fazla olduğu çocuk sayısı 2 veya 3 ve üstü olan annelerin özgüven puan ortalamalarını yakaladığı söylenebilir. Kontrol grubunda ise sahip olunan çocuk sayısı 3 ve üstü olan kontrol grubu annelerin eğitim sonrası özgüven puanları çocuk sayısı 1 olan annelerin özgüven puanlarından yine yüksek bulunmuştur (Tablo 6.9). Sahip olunan çocuk sayısı bir olan deney grubu annelerde görülen özgüven artışı kontrol grubunda gözlenmemiştir. Servis hemşireleri tarafından verilen eğitimin çocuk sayısı değişkeni üzerine etkili olmadığını verdiğimiz planlı eğitimin deney grubu primipar annelerde özgüveni arttırdığını söyleyebiliriz.

Eğitim öncesi, yaş grubu 35 ve üstü olan kontrol grubu annelerin özgüven puanları, yaş grubu 20-24 ve 25-29 olan annelerin puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 6.8). Yaş grubu 35 ve üstü olan annelerin yaşlarının getirdiği deneyimden dolayı özgüven puanlarının daha yüksek olduğu düşünülebilir. Eğitim sonrası özgüven puanları ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç servis hemşireleri tarafından verilen rutin eğitimin yaş grubu 20-24 ve 25-29 olan annelerde etkili olduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada görüldüğü üzere YYBÜ' de hemşirelerin aile merkezli yaklaşımı uygulaması ve ebeveynlere taburculuk öncesi prematüre bebeğin evde bakımı ile ilgili kapsamlı eğitimler verilmelidir.

8. ÖNERİLER

Prematüre yenidoğanların annelerine verilen planlı eğitimin, annelerin bebek bakımına yönelik özgüven düzeylerine etkisinin araştırıldığı bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Prematüre yenidoğanların annelerine verilen eğitimin etkinliğini artırmak için planlı eğitim kullanılmalı ve yaygın hale getirilmelidir.
- Prematüre yenidoğanların annelerine eğitim veren hemşirelere eğitim yöntemlerini kullanabilmeleri için hizmet içi eğitim verilmelidir.
- Annelere verilecek eğitim, doğum öncesi dönemde vermeye başlanmalıdır.
- Prematüre yenidoğan annelerine verilen planlı eğitimle eğitimin etkinliğinin karşılaştırıldığı çalışmalar yapılmalıdır.
- Prematüre bebeklerin taburculuk sonrası takipleri ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır.
- Prematüre bebeklerin YYBÜ' ye yatışından itibaren aile merkezli bakım verilmeli, taburculuk eğitimi planlanmaya başlanmalıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personellerinin prematüre bebek izlemine yönelik bilgi düzeylerini belirleyen çalışmalar planlanmalıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personellerine prematüre bebek takibi ile ilgili eğitimler düzenlenmelidir.
- Bu çalışmanın sınırlılıklarını ortadan kaldıran benzer çalışmaların yapılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. AAP American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newbornhospital discharge of the high-risk neonate. Pediatrics. 2008;122:1119-1126.
2. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol (AB). Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants, Breastfeeding Medicine.2010; 5 (3): 127-130.
3. Acunaş B,Baş AY,Uslu S,Dilli D,Özbaş S,Tezel B,Aydın Ş. Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi.Ankara,2014.
4. Adamkin DH. Committee on Fetus and Newborn. Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term babies. Pediatrics. 2011;127(3):575-579.
5. Akman G. Sevgiyle Büyü Prematüre Bebek. Göztepe Matbaacılık Reklam Hiz. Ltd. ğti.2010.
6. Akpınar F, Göçmen İ. Yenidoğanlarda Deri Bakımı. Maltepe tıp dergisi.cilt 6.sayı.2014.
7. Alagöz H. İnfantil Kolik: Etyoloji ve Tedavi Seçenekleri. Çağdaş Tıp Dergisi 2013;3(2): 148-154
8. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013;15(2): 45-56.
9. Aluş Tokat M,Okumuş H.Güçlendirmeye Temelli Antenatal Eğitimin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10 (1): 21-29.
10. Aschberger K, Castello P, Hoekstra E, Karakitsios S, Munn S, Pakalın S.Bisphenol A and baby bottles: challenges and perspectives, JRC scientific and technical reports. European Commission Joint Research Centre Institute for Health and Consumer Protection. Italy. 2010,162-170.

11. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Neonatal Skin Care (AWHONN). Neonatal Skin Care.Evidence-Based Clinical Practice Guideline.2.ed, 2007.
12. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Neonatal Skin Care (AWHONN). Neonatal Skin Care.Evidence-Based Clinical Practice Guideline.3.ed,2013.
13. Balcı E, Kondolot M, Horo D, Elmalı F, Çiçek B, Demirtaş T. The factors affecting the duration of breastfeeding: a cross-sectional study from Kayseri, Turkey. Turkish Archives of Pediatrics. 2012; 47: 101-105.
14. Balcı S. Bebek ve Annenin Taburculuğa Hazırlanması. I.Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği ve I. Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu Bildirileri,2011, İstanbul.
15. Balcı S. Preterm Bebeğin Evdeki Bakımına Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Bebeğin Büyüme-Gelişmesine ve Annelerin Bakım Sorunlarını Çözme Becerilerine Etkisi.İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. S Yıdız).
16. Başkale H,Serçekuş P.Anne Sütünün Saklama Koşullarına Yönelik Güncel Bilgi ve Uygulamalar. DEUHYO. ED 2014;7 (4): 311-314.
17. Başmak H. Prematüre Retinopatisi.Turkiye Klinikleri J Ophthalmol-Special Topics 2011;4(2): 20-26.
18. Batman D. Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerine Uygulanan WEB Tabanlı Eğitimin Bebeğin Bakımına Yönelik Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi.A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Aydın (Danışman: Yard. Dr. S. Şeker)
19. Beydağ KD.Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü.TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007: 6(6): 479-484.
20. Bilgili N. Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri. O.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Samsun (Danışman: Prof. Dr. Y. Pekşen).

21. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, Regional and Worldwide Estimates of Preterm Birth. *The Lancet*;2012, p:2162-2172.
22. Boykova M. Follow-up care of premature babies in Russia: evaluating parental experiences and associated services. *Infant* 2008;4(4):101-105.
23. Burke B, Whit Hall R. Yenidoğan Bakımı:Uygulamayı Biçimlendiren 12 İnanış. *The Journal of Family Practice* Vol.2007; 56, No 10.
24. Celasin Şen N, Ergin D, Atman Ü. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008;22(6): 315-322.
25. Condo V, Colnaghi M, Vanzatiz M. Respiratory failure in “late preterm” babies: a retrospective cohort study. *Pediatr Med Chir.* 2009;31: 241-245.
26. Crnic KA, Grenberg MT, Ragozin SA. Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Dev.* 1983; 54: 209-217.
27. Çağlar S. Bez dermatiti ve bakımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics* 2015;1(2): 29-33.
28. Çalışır H. İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Z. Başbakkal).
29. Çınar İÖ. Primipar Annelere Verilen Planlı Bebek Bakımı Eğitiminin Maternal Bağlanma ve Özgüven Düzeylerine Etkisi.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. A. Öztürk).
30. Çınar N,Köse D, Doğu Ö.Çoğul Bebeklerin Anne Sütü ile Beslenmesi. *Sakaryamj.* 2012;2(3):115-121.
31. Çınar N, Topal S, Yalınzoğlu Caka S, Altinkaynak S. Annelerde Pospartum Depresyon, Sosyal Destek Ve Emzirme Özyeterliği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi.14-15 Nisan,2016; s:446-448.

32. Çiğdem Z. Yenidoğan cildinin özellikleri ve değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics 2015;1(2): 1-5.
33. Dağoğlu T, Görak G. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri.Nobel Tıp Kitapevleri. Yenilenmiş 2. Baskı, İstanbul:2008,s:133-134
34. Dağoğlu T,Ovalı F. Neonatoloji. Nobel Tıp Kitapevleri.2. basım. İstanbul:2007, s:221.
35. Dhar S. Newborn Skin Care Revisited.Indian J Dermatol.2007; 52: 1-4.
36. Dilli D. Hayata prematüre başlayanlar, Kasım 2012, Ankara s:103.
37. Durukan M. Hayata Tutunan Prematüre Bebekler. Armonia Reklam Ajansı. 2012.
38. Eras Z. Yenidoğan Rehberi. Ankara: O2 Medya Bilişim Teknolojileri Yayıncılık.2010, s:367-368.
39. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:104-109.
40. Eroğlu D, Güner Başara S. Prematüre Bebeğin Evde Bakımı. içinden: Okumuş N,editör. Hayata Prematüre Başlayanlar. Aysun Yayıncılık.Ankara; 2012,s: 111-125.
41. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. Journal of Clinical Nursing 2008;17(6): 810-816.
42. Fernandes DJ, Machado MC, Oliveria ZN. Children and Newborn Skin Care and Prevention. An Bras Dermatol; 2011, 86(1):102-10.
43. Forcada Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. Pediatrics. 2006 Jul;118(1):e107-14.
44. Franck LS, Allen A, Cox S, Winter I. Parents' views about pain in the neonatal intensive care unit. Clin J Pain. 2005; 21: 133-139.

45. Garrison MM, Christakis DA. Early childhood colic: Colic, child development and poisoning prevention: a systematic review of interventions for infant colic. *Pediatrics*. 2007;106(1): 184-190.
46. Gözen D. Yenidoğanda verniks kazeozanın önemi ve banyo uygulaması. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics* 2015;1(2):11-16.
47. Halıcioğlu O, Koç F, Akman SA, Teyin A. Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 2011;1(1): 13-19.
48. Holditch-Davis D, Miles MS, Burchinal MR, Goldman BD. Maternal role attainment with medically fragile infants: part 2: relationship to the quality of parenting, *Research in Nursing and Health* 2011;34(1):35-48.
49. Hülür Ü, Çetin Kaşıkçioğlu F, Efe E, Öncel S, Kırca N, Bilge Taşkiran. Riskli Bebeklerde Hemşirelik Bakımı Ve Güvenli Taburculuk Standartları. Atalla Matbaacılık San. Ltd. Şti. Antalya: 2014, s:24.
50. İlçe A, Karabay O. Ateş ölçümünde dört farklı vücut bölgesinin karşılaştırılması ve hasta tercihinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;1(3): 5-10.
51. İşler A, Görak G. Prematüre Bebeği Olan Annelerde Olumlu Anne Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. *Çocuk Dergisi*. 2007.7(1):36-41.
52. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005;115(4): 915-919.
53. Kalpalp Uz B. Adölesan Annelere Verilen Eğitiminin Özgüven ve Özbakım Güçlerine Etkisinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Doç. Dr. N. B. Bolışık).
54. Kalyoncu O, Aygün C, Cetinoğlu E, Küçüköyük S. Neonatal morbidity and mortality of late-preterm babies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010;23(7): 607-612

55. Karakoç A, Öztürk C. Nemlendiricilerin önemi ve kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics 2015;1(2): 17-22.
56. Kavuncuoğlu S, Altuncu E, Baysoy N, Arduç A, Alparıslan S, Hanedan S, Aldemir H, Özbek S, Aldemir E. Prematürelerde Yaşamın İlk Yılında Yeniden Hastaneye Yatış Sıklığı ve Nedenleri. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2011;20(2): 104-12.
57. Kaynak S. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri. A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Afyonkarahisar (Danışman: Yard. Dr. N. Sunal).
58. Keleş ÖD, Şarman G. Kuvözden Dünyaya. Ankara, Oksijen Yayınları, 2011.
59. Kılıçarslan Törüner E, ve ark. Bebeğinizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı. Neonatoloji Hemşireliği Derneği. Ankara; 2014.
60. Koçoğlu Barlas Ü. Çocuk Acil Servisine Ateş Şikayeti ile Başvuran Hastaların Kısa Dönem Sonuçları. İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Uzmanlık tezi, 2009, İstanbul
61. Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14: 2.
62. Korkmaz M, Terzioğlu F, Yücel A S, Şahbudak E, Karacabey S, Aydoğan A, Saçan S, Özyürek A, Yıldız S, Şengün H, Öztaş D, Kırık A M. Sezaryen Uygulamasına Yönelik Toplumsal Algının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi. 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi. 14-15 Nisan, 2016; s:225-226.
63. Kuo S, Chen Y, Mao H, Tsou K. Effects of individual nursing instruction on infant care knowledge and maternal confidence of primiparas. Nursing Research (China); 2008:152-164.
64. Kuo SC, Chen YS, Lin KC, Lee TY, Hsu CH. Evaluating the effects of an Internet education programme on newborn care in Taiwan. Journal of Clinical Nursing 2009;18: 1592-1601.

65. Kuo CP, Chuang HL, Lee SH, Liao WC, Li-Yu Chang LY, Lee MC. Parenting confidence and needs for parents of newborns in Taiwan. *Iranian Journal of Pediatrics* 2012;22(2): 177-184.
66. Lupton A, Jackson GL. Cold stress and hypoglycemia in late preterm (“near term”) baby: impact on nursery admission. *Semin Perinatol.* 2006;30:24-27.
67. Lutz KF, Burnson C, Hane A, Samuelson A, Maleck S, Poehlmann J. Parenting Stress, Social Support, and Mother-Child Interactions in Families of Multiple and Singleton Preterm Toddlers. *Fam Relat* 2012; 61(4): 642–656.
68. Meier P, Patel AL, Wright K, Engstrom JL. Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm babies. *Clin Perinatol.* 2013;40: 689-705.
69. Morawska A, Winter L, Sanders MR. Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child Care Health Development* 2009;35(2): 217-226.
70. Mutlu Turan T, Bolşık B. Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Etkilerinin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003,7(1).
71. Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer RG. Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015; 16(6): 440-450.
72. Ovalı F. Yenidoğan ve çocuklarda aseptiklerin kullanımı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi .2007.s:561-566.
73. Ovalı F, Gürsoy T. Neonatoloji Cep Kitabı. Akademi Yayınevi. İstanbul:2011.s:472-476.
74. Özdoğan T, Yıldız Aldemir E, Kavuncuoğlu S. Orta Derece ve Geç Prematüre Bebekler ve Sorunları. *İKSST Dergisi* 2014; 6(2): 57-64.
75. Özkan H, Polat S. Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. *Asian Nursing Research* 2011;5(2): 108-117.

76. Öztürk S, Erci B. Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa ve Yenidoğan Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Annelik Özgüvenine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;5(2): 25-31.
77. Powell K. Fever. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier;2007,s:88-93.
78. Pul S. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Yaklaşımları ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. AKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Bükülmez).
79. Razurel C, Schweitzer MB, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stresful Events, Social Support And Coping Strategies Of Primiparous Women During The Postpartum Period:A Qualitative Study, Midwifery. 2011; 27: 237-242.
80. Rosdahl CB, Kowalski MT. Textbook of Basic Nursing. Lippincott's Williams&Wilkins, 10th ed, 2012. p: 1047.
81. Sahni R, Polin RA. Physiologic Underpinnings for Clinical Soruns in Moderately Preterm and Late Preterm Babies. Clin Perinatol. 2013;40: 645-663.
82. Seguin J. Dealing with the first four months of a premature infant's life: a parenting experience. Master Thesis, Queen's University, Canada. 2005.
83. Sepit D. Yenidoğan Koliğine Yönelik Girişimlerin Etkinliği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009; 6 (1): 14-19.
84. Shapiro Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. Pediatrics. 2008;121:223-232.
85. Stoll B, Kliegman R. Digestiva system Disorders. In: Behrman R, Kliegman R, Jenson H,eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed.Philadelphia: PA Wb Saunders;2004,p:32-42.

86. Şarman G, Keleş ÖD. Küvözden Dünyaya: Erken Doğan Bebeğin El Kitabı. Birinci Basım.Mart, 2011.
87. Taş Arslan F,Turgut R. Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları.DEUHYO ED 2013,6 (3): 119-124.
88. Taşkın L.Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Sistem Ofset Matbaacılık. 9. Baskı, Ankara:2009,
89. The Royal Children' s Hospital Melbourne.Clinical Guidelines (Nursing) Neonatal-Infants Skin Care,2013.
90. Yenal K, Aluş M,Tokat Y, Durgun O,Çeçe Ö,Bakılan F. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10 (2):14-19.
91. Yıldırım G. Kanguru Bakımının Düşük Doğum Tartılı Preterm Yenidoğanların Beslenme ve Gelişimine Etkisi. M.Ü. Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Hatice Pek).
92. Yıldız D, Albayrak N. Doğum Sonrası Primipar Annelere Verilen Eğitim Ve Danışmanlık Hizmetlerinin Bebek Bakımı, Kaygı Düzeyleri Ve Annelik Rolüne Etkisi, Gülhane Tıp Dergisi, 2014; 56, 36-41.
93. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum And Postpartum Care In Sweden: Women's Opinions And Risk Factors For Not Being Satisfied, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2006; 85(5): 551-560.

10. EKLER

EK-I EĞİTİM KİTAPÇIĞI



MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

YENİDOĞAN HEMŞİRELİĞİ

PREMATÜRE BEBEK BAKIMI ANNE EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Proje yönetmeni: Yrd. Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ

Hazırlayan: Emre BALABAN

İçindekiler

I. Prematürelilik	3
II. Prematüre bebek bakımı	
➤ Cilt bakımı	4
➤ Ağız bakımı	4
➤ Burun, göz, kulak bakımı	5
➤ Göbek bakımı	5
➤ Genital bölge bakımı	6
➤ Tırnak bakımı	6
➤ Banyo	7
➤ Giysiler	9
➤ Yenidoğanın odası	9
➤ Karyolası ve güvenliği	10
➤ Bebeğin tutulması	10
III. Beslenmesi	
➤ Emzirme	12
➤ Anne sütü	13
➤ Anne sütünü saklama koşulları	14
IV. İlk yılda karşılaşılabilecek sorunlar	
➤ Kusma	15
➤ Emmeme	15
➤ Ağlama nöbetleri (kolik)	16
➤ Sarılık	16
➤ Vücut ısı değişiklikleri	16
➤ Prematüre poliklinik izlem planı	18
➤ Aşılar	19
	2

PREMATÜRELİK

37. gestasyon haftasından erken doğan
bebek prematüre veya **preterm**
yenidoğan olarak adlandırılır.



PREMATÜRE BEBEK BAKIMI

Cilt bakımı

- ✓ Deri ince olduğundan kolayca zedelenebilir.
- ✓ Derisinin kirli kalması nedeniyle pişikler, deri enfeksiyonları daha çok gelişir.
- ✓ Çok sıcak ortamda kalan veya çok giydirilen bebeklerde isilik olabilir.
- ✓ Kuruluk görüldüğünde günde iki kez ya da gerektiğinde nemlendiriciler koruyucu amaçlı kullanılır.
- ✓ Pudra kullanılmaz.
- ✓ İç çamaşırları her gün değiştirilmelidir.



Ağız bakımı

Dil ve ağız mukozası normal görünümde olan bebekte ağız bakımına gerek yoktur.

Sadece emzirmeden önce meme ucunu kaynamış ılık su ile temizlemek yeterlidir. Bebeğin ağız mukozası pamukçuk yönünden gözlenmelidir, pamukçuk çok yaygın değilse emme gücünü yaratmaz. Tedavisinde birkaç gün süreyle nistatin (mukostatin) 100.000 Ü/günde 3-4 kez ağıza damlatılır.

Burun, göz, kulak bakımı

- ✓ Çapaklanma yoksa özel bir göz bakımı gerekmez.
- ✓ Çapaklanma varsa kaynatılmış, ılık suda ısıtılmış steril gazlı bir tampon ile fazla bastırılmadan gözler içten dışa doğru silinir.
- ✓ Her göz için başka bir tampon kullanılır.
- ✓ Kulak ve burun ise bükülmüş bir tülbent ucu ile dıştan ve ucundan temizlenir.
- ✓ Bebeğin burnuna süt veya yağlı damlalar damlatılmamalı.
- ✓ Burun ve kulak içten temizlenmemeli, sadece dışarı gelen pislikler temizlenmelidir.

Göbek bakımı

- ✓ Göbek 5–14 günler arasında düşer. Bu süre zarfında göbek kanama ve enfeksiyon yönünden izlenmelidir.
- ✓ Bebeği bezlerken bezin ön tarafı aşağı katlanarak göbek bölgesinin hava alması sağlanarak idrarla teması da engellenmiş olur.
- ✓ Enfeksiyon belirtileri kızarıklık, **ates, akıntı, sislik, hassasiyet, ve kanama** olarak sayılabilir. Enfeksiyon durumunun ortaya çıkmasında mutlaka bir doktora başvurulmalıdır.
- ✓ Bebeğin göbek kısmında şişlik veya et görünümünde büyümeler yönünden de dikkat edilmeli, göbek fıtığı ihtimali düşünülerek doktora başvurulmalıdır.

Genital bölge bakımı

Erkek çocuklarda sünnet derisi geriye doğru kıvrılarak penis ucu temizlenmelidir

Kızlarda tüm kıvrımlar ayrılarak ıslak bir bezle önden arkaya doğru silinerek tüm dışkılar temizlenir.

Her 3-4 saatte bir veya bebek altını her kirlendiğinde su ve pamukla ya da tek kullanımlık alkol ve deterjan içermeyen ıslak mendiller ile temizlenir.

Bölge temizlendikten sonra ince tabaka halinde çinko oksit veya vazelin kullanılabilir.



Tırnak bakımı

Bebeğin tırnaklarını kesmek için en uygun vakit banyo yaptırmadan önce olmalı, eğer bebek rahat durmuyorsa uyuyor iken kesmek en uygun olan zamandır. Aynı zamanda bebeğin tırnak makası ona özel olmalıdır



Bebeğin banyosu

Yaz döneminde hava sıcak ve nemli olduğu için her gün banyo yaptırılabilir. Ancak kış döneminde haftada 2–3 kez banyo yaptırılması yeterlidir.

Deri aşırı derecede kuru görünüyorsa ve enfeksiyon giriş yerleri varsa bebeğin banyo suyuna bebe yağı ilave edilebilir ya da direkt vücuduna sürülebilir.

Kusma ve aspirasyon olasılığını önlemek için bebeğin banyosu beslenmeden önce yaptırılır.

Yenidoğanın banyosu, bebek odasında ya da banyo küveti içinde yaptırılabilir. Eğer bebeğe küvet içinde banyo yaptırılacaksa aşağıda belirtilen güvenlik önlemleri alınmalıdır;



*Küvetin içine katlanmış bir havlu yerleştirilir.

*Küvete uygun sıcaklıkta su konur. Kaza ile yanmaları önlemek için suyun sıcaklığı kontrol edilir.

Oda sıcaklığı üşümeyi önlemek için yaklaşık 24–25°C , banyo suyu ise 38–40 °C olmalıdır. Banyo suyunun sıcaklığı en iyi şekilde ön kolun iç yüzeyi ile test edilir.

Önce bebeğin vücudu en son başı yıkanır. Yıkama süresi 5 dakikayı geçmemelidir. Önceden hazır bulundurulmuş havluyla hemen kurulanır ve bebeğin başına şapka giydirilir. Suyun yüksekliği bebeğin omzunu örtecek kadar olmalıdır.



Nötral (ph=7),boya ve
parfüm içermeyen
şampuan ya da sabun
kullanılmalıdır.

Şampuan ya da
sabunların içeriğinde
Sodyum Lauryl Sülfat
(SLS) ve Sodyum
Laureht Sülfat **(SLES)**
bulunmamalıdır.
Banyo sonrası, özellikle
bebeğin kıvrım yerleri
bebe yağı ile
yağlanabilir.

Giysiler



Odası

- ✓ Giysiler; yumuşak, pamuklu, nem çekici kumaştan yapılmış, giydirilmesi kolay, basit emniyetli, kolay yıkanan, kaşıntı yapmayan ve mevsimine uygun olmalıdır.
- ✓ Bebeğin tüm giysileri ve bezleri beyaz sabun ile yıkanmalı ve bol su ile durulanmalıdır.

Deterjan ve çamaşır suyu kullanılmamalı, kullanılırsa çok iyi durulanmalıdır

Kundaklanmamalıdır.

Oda ısısı bebek 3kg oluncaya kadar 25°C daha sonra 18-20°C olmalıdır.

Bebek soba kalorifer gibi ısı kaynaklarına çok yakın yatırılmamalı, ceryanlı ortamda bırakılmamalı, giysileri

oda sıcaklığında ayarlanmalıdır.

Karyolası ve güvenliği



Bebeğin karyolası zamanının neredeyse tümünü geçireceği yer olduğu için bebeğin güvenliği için dikkat edilecek bir eŐyadır. Karyolasının kenar çubuklarının bulunması, bu parmaklıkların en az 44 cm yüksek olması ve parmaklık aralarının 4 cm' i geçmemesi gereklidir. Karyolanın belirgin olan u kısımları sivri köşeli olmamalı, yuvarlak hatlı olmalıdır.

Bebeğin tutulması

Bebeğin boyun kasları oldukça zayıftır. Bu nedenle 3 aylık olana kadar ağır olan başını dik tutamaz ve destekleyemez.

Baş desteği: ilk beş aya kadar başı desteklemek için, bebek kucaklandığında bir elle vücudundan tutarken diğer el bebeğin başının arkasına yerleştirilir.



“Football” pozisyonunda bebeğin başı avuç içi ile desteklenirken, vücudu da aynı elin kolu ile desteklenir. Bu pozisyonda bir el ve kol ile çocuğu tutarken diğer el ile başı yıkanabilir veya emzirebilir.

Gaz çıkarma pozisyonu: Bu pozisyonda bebek baş ve omuz hizasında dik tutarak, sırtını sıvazlayıp veya hafifçe vurup gazı çıkartılabilir(1). Aynı zamanda bebeği kucağa oturtabilir ve bir el ile başı ve göğsü desteklerken diğer el ile sırtı yavaşça ovalanabilir(2). Bebeğin dizlerin üzerine yüzükoyun yatırıp, sırtını sıvazlayarak da gazı çıkarılabilir (3).



Beslenme

Emzirilen bebeklerde saat kısıtlaması yoktur. Preterm bebeklerin mide kapasiteleri küçük olduğundan sık sık beslenmeleri gerekir.

✓ **Beslenme aralığı; günde 10-12 kez, 6 aydan sonra 3-4 saat ara ile beslenmelidir.**

- ✓ **Beslenme süresi 45 dakikanın üzerine çıkılmamalı.**
- ✓ **Bebek memeyi emiyorsa doyuncaya kadar yalnızca bir tek memeyi emebilir ve çabuk yorulurlar.**
- ✓ **Anne göğsünü tutamıyorsa anne sütü sağılarak verilmeli.**

Preterm bebeğin sağlıklı gelişimi için ayrıca vitaminlerden de desteklenmesi gerekir. Anne sütünde D ve K vitaminleri dışındaki tüm vitaminler yeterli ölçüde bulunur. Bu sebeple her yenidoğana doğumun ardından K vitamini enjeksiyonu yapılır. İlk üç ayda kan yapımı fazladır. Bu nedenle folik asit ve demir desteği de verilmelidir

Emzirme

- ✓ Bebeğin başı ve tüm gövdesi aynı hizada
- ✓ Yüzü memeye dönük ve burnu tam meme ucunun karşısında
- ✓ Başı, ensesi ve omuzları annenin dirseğinin iç yüzüyle ya da yastıkla destekli
- ✓ İşaret parmağı ile memeyi alttan destekli, başparmak memenin üstünde ve meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalıdır.
- ✓ Bebeğin ağzını genişçe açması beklenmeli, bebek ağzını açar açmaz alt dudak; meme ucunun altında kalan koyu renkli kısmın tamamını kavramalı, alt dudak dışa kıvrık olmalı, çenesi memeye dayanmalıdır.



Ayrıca her iki memeden de yeterli süt salgılanması için ilk verilen memenin tam boşaltılması ve bir sonraki emzirmeye emzirmeyen memeden başlanır.

- ✓ Beslenmeden sonra gazı çıkarılır ve beslenmeden sonra kısa bir süre için yatağının başucu yükseltilerek yatırılır.
- ✓ Emzirme genelde bebek her istediğinde yapılır.

Bebek ne kadar emerse bir sonraki emmeye o kadar çok süt salgılanır.



- Prolaktin hormonu geceleri daha çok salgılanır ve bu hormon gevşeterek uykunuzu getirir. Bu nedenle gece emzirme hem süt yapımını artırır hem de sizin dinlenmenizi sağlar.



Anne sütü

Anne sütü yaşamın ilk altı ayında en ideal besindir ve büyüme-gelişmeyi de en üst düzeyde sağlar.

-
-
- Anne sütü bakteri içermez aksine içerdiği immünolojik faktörler nedeniyle enfeksiyonlara karşı korur ve allerjik sorunlara yol açmaz.
 - İdeal sıcaklıkta olduğu için hazırlık gerektirmez ve ekonomiktir. Bebeğin gelişim özelliğine uygun miktarda, sindirimi kolay protein ve büyüme faktörü içerir.
 - Anne sütündeki demirin bağırsaktan emilim oranı çok yüksektir.
 - Anne sütü A vitamininden zengin olduğu için bebeğin görme gelişimini sağlamaktadır. Anne sütündeki kalsiyum- fosfor oranı ve içeriği kemiklerdeki normal mineralizasyon için uygundur.
 - Tek başına anne sütü ile beslenen bebeklerde kansızlık görülme olasılığı azdır.

Anne sütünün yararları yalnızca fizyolojik değildir.

- Bebek ve anne arasında göz teması sağlamasıyla bebek ve annenin duygusal doyumunu sağlar. Hiçbir formüle sütte bulunmayan taurin bebeğin mental gelişimini destekleyen tek maddedir ve sadece anne sütünde bulunmaktadır.
- Anne sütü su dahil başka hiçbir şey verilmeksizin yaşamın ilk altı ayında bebeğin tüm fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini karşılar

Anne sütünü saklama koşulları

- Saklama kapları; anne sütünü 72 saatten daha az süreli saklamak için plastik poşetler kullanılabilir. [Anne sütünü uzun süreli saklamak için](#) ise [sert plastik ya da camdan yapılmış sert kenarlı kaplar tercih edilmelidir](#)

Saklama yeri	Sıcaklık	Önerilen maksimum saklama süresi
Oda sıcaklığı	16-29 °C	En uygun 3-4 saat
Buzdolabı	≤4°C	En uygun 72 saat, son derece temiz koşullarda 5-8 gün
Derin dondurucu	<-17°C	En uygun 6 ay, 12 aya kadar olabilir.

İLK YILDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Kusma

Yenidoğanlardaki kusma ataklarının oldukça fazla bir bölümünde eşlik eden tıbbi bir sorun bulunmamaktadır. Bebeğin kustuğu süt yalnızca yemek borusuna kadar gidip oradan geri geldi ise bir süre geçtikten sonra bebek tekrar beslenir. Ancak mideye kadar inmiş ise her şekli değişmiştir. Hem de ekşi süt kokusu bulunur. Aynı zamanda hava ile karışan beslenmelerde geğirme ile bir miktar süt gelebilir. Bebeğin tutuş pozisyonuna dikkat edilmediğinde de bir miktar kesik süt gelebilir. Bebeğin kusması durumunda;

- **dik tutuş pozisyonunda tutulmalı veya sol yanına yatırılmalıdır. Kusmuş olduğu sütün niteliğine göre de tekrardan beslenebilir.**
- **Eğer süt kesilmiş ise beslenmeyebilir.**

Emmeme

Emmeyi reddetme sebepleri **arasında burun tıkanıklığı, rahat nefes alıp verememesi** olabilir. Bu sorunun giderilmesi için;

- **burun damlası veya ucu pamuklu temizlik kürdanları kullanılabilir.**
- **Bebek emzik ve biberon kullanımından dolayı da annenin göğsünü emmede isteksizlik gösterebilir. Aynı zamanda bebek tok olabilir. Bebek bir müddet beklendikten sonra tekrar emzirmelidir**



Ağlama nöbetleri (kolik)

İlk 3-4 ayda başka sorunu olmayan ve yeterli beslenen bebeklerin bir günde 3 saatten fazla süren ağlama ve huzursuzluk nöbetleri veya bir haftada üç günden daha sık ortaya çıkan durumdur. Bebeği kucakta

**bebek 3-4
aylıkken
ağlama
nöbetleri son
bulur.**

hafif hafif sallayarak gezdirmek, bir örtü içine koyup sallamak veya arabada gezintiye çıkarmak, emzik vermek, sessiz bir ortam sağlamak bebeğin sakinleşmesinde etkili yöntemlerdir. Bunun yanı sıra banyo yaptırarak, cildine uygun yağ veya nemlendirici kremler ile masaj yapmak gevşemesini ve sakinleşmesini sağlar

Sarılık

Hangi nedenle olursa olsun ortaya çıkan sarılıkta emzirmeye ara verilmemelidir.



Bu durumun tek **istinası bebeğin** değişim transfüzyonu gerektiren risk altında olmasıdır.

Vücut ısı değişiklikleri

- ✓ Genel olarak 36,1–37,8° C normal vücut sıcaklığıdır.
- ✓ Vücut sıcaklığını korumak prematüreler için çok önemlidir. Bu bebek nedenle 3 kđ. oluncaya kadar günde 3-4 kez vücut ısı kontrol edilmelidir.



- ✓ 36 °C altında ise giydirilmeli, ortam ısısı arttırılmalı, yine yükselmezse doktora başvurulmalıdır.
- ✓ Ateş, terlemeyi ve solunum sayısını arttırarak sıvı kaybına neden olmaktadır. Bu yüzden bol miktarda sıvı verilmeli ve beslenme sıklığı arttırılmalıdır. Eğer çocuğun sıvı alımı iyi değilse veya emmiyorsa en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir.
- ✓ Ilık uygulama yapılacaksa kullanılacak olan suyun sıcaklığı 29–30° C olmalı suya kesinlikle alkol katılmamalıdır. Ilık uygulama ile bir saat içinde vücut sıcaklığı 1,5–2° C den fazla düşürülmemelidir. Ilık uygulama 5-30 dakika yapılır. Ilık uygulama koltuk altı ve kasık bölgelerine uygulanır. Bezler ısındıkça değiştirilir. Uygulama öncesinde ve sonrasında devamlı vücut ısısı kontrol edilir.



PREMATÜRE POLİKLİNİK İZLEM PLANI

Hangi bebekler taburcu edilebilir?

- Solunum tedavisi ve her çeşit damardan ilaç tedavisi kesilen bebekler
 - Ağızdan yeterli beslenenler
 - Oda oksijeni ve sıcaklığında yatakta kalabilen bebekler
 - Tüm biyokimya ve bakteriyolojik testleri normal olanlar
 - Annesinin bebeğine alıştığı, bakımını üstlenebileceği ve güveninin sağlandığı zaman taburcu edilebilirler.
- Düzeltilmiş yaş dikkate alınarak takip aralıkları: Taburculuktan bir hafta sonra, 1. ay, 2. ay, 3. ay, 6. ay, 12. ay, 18. ay, 24. ay, 36. ay, 48. aylarda; kronolojik yaş dikkate alınarak 3., 5/6. ve 12. yaşta, gereken durumlarda daha yakın takip edilir.
- Ülkemizde Ulusal Yenidoğan Tarama Programı ile konjenital hipotiroidi, fenilketonüri (FKÜ), kistik fibrozis ve biyotinidaz eksikliği taraması yapılmaktadır.
- 34. haftadan önce doğan tüm bebeklerde ROP taraması yapılır.
- İşitme testi ilk bir ay içinde veya bebek hastaneden taburcu olmadan önce yapılır. İlk testten geçemeyen bebeklere postnatal 3. aydan önce her iki kulak için test tekrarlanır. İşitme kaybı açısından bir veya daha fazla risk taşıyan bebekler postnatal 24-30. aylarda tekrar değerlendirilir.
- Nörolojik değerlendirmede bebeğin postürü, tonüsü, derin tendon refleksleri, patolojik ve primitif refleksler, baş kontrolü, denge cevapları gibi postürel reaksiyonlar değerlendirilir. Ağır nörolojik sorunları olan bebeklerin pediatrik nöroloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi yapılır.

Aşılar

Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12. ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hep-A							I	II		
Suçiçeği						I				

Hep-B : Hepatit B Aşısı

R: Rapel (Pekiştirme)

BCG : Bacille Calmette-Guerin Aşısı

DaBT-İPA-Hib : Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KPA : Konjuge Pnömonokok Aşısı

KKK : Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

DaBT-İPA : Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

OPA : Oral Polio Aşısı

Td : Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

EK-II EĞİTİM PROGRAMI İÇERİK PLANI

HEDEFLER	İÇERİK	YÖNTEM	ARAÇG EREÇ	SÜRE
<p>PREMATÜRE BEBEK VE ÖZELLİKLERİ</p> <p>1 Prematüre bebek tanımını bilmesi</p> <p>2 Prematüre bebeğin özelliklerini bilmesi</p>	<p>1.1 Prematüre bebek tanımı</p> <p>2.1 Prematüre bebek özellikleri</p>	<p>Düz anlatım</p> <p>Soru cevap</p> <p>Resim gösterme</p>	<p>Slayt</p> <p>Video</p>	15 dk.
<p>PREMATÜRE BEBEĞİN BAKIMI</p> <p>1 Prematüre bebek bakımını kendine güvenle yapması</p> <p>2 Prematüre bebeğin odası, uyku, giysiler, karyola ve güvenlik, yastık, çarşafı, şiltesi, ziyaretçi özelliklerini bilmesi ve özellikler doğrultusunda hazırlıklarını yapması</p> <p>3 Prematüre bebeği doğru bir şekilde tutması</p>	<p>1.1 Cilt bakımı,</p> <p>1.2 Ağız bakımı,</p> <p>1.3 Burun, göz, kulak bakımı</p> <p>göbek bakımı</p> <p>1.4 Genital bölge bakımı</p> <p>1.5 Tırnak bakımı</p> <p>1.6 Banyosu</p> <p>2.1 Odası</p> <p>2.2 Uyku</p> <p>2.3 Giysiler</p> <p>2.4 Karyola ve güvenlik</p> <p>2.5 Yastığı</p> <p>2.6 Çarşafı, şiltesi</p> <p>2.7 Ziyaretçiler</p> <p>3.1 Bebeği tutma</p>	<p>Düz anlatım</p> <p>Demostrasyon</p> <p>Resim gösterme</p>	<p>Slayt</p> <p>Video</p> <p>Kitapçık</p> <p>Maket</p>	45 dk.

<p>PREMATÜRE BEBEGİN BESLENMESİ</p> <p>1 Beslenmenin önemini kavraması</p> <p>2 Düzeltilmiş yaş kavramını bilmesi</p> <p>3 Beslenme aralığı, beslenme miktarlarını bilmesi ve bebeğini doyurabilmesi</p> <p>4 Doğru pozisyonda ve kendine güvenerek rahat bir şekilde bebeği emzirmesi</p> <p>5 Anne sütünün yararlarına inanması ve benimsemesi</p> <p>6 Anne sütünü saklama koşullarını bilmesi</p>	<p>1.1 Beslenmenin içeriği ve önemi</p> <p>2.1 Düzeltilmiş yaş tanımı</p> <p>3.1 Beslenme aralıkları ve günlük beslenme miktarları</p> <p>4.1 Emzirme pozisyonları</p> <p>5.1 Anne sütünün özellikleri ve yararları</p> <p>6.1 Anne sütünü saklama koşulları</p> <p>6.2 Anne sütünü saklama kaplarının özellikleri</p>	<p>Düz anlatım</p> <p>Soru cevap</p> <p>Demostrasyon</p> <p>Beyin fırtınası</p> <p>Resim gösterme</p>	<p>Slayt</p> <p>Kitapçık</p> <p>Maket</p>	<p>45 dk.</p>
<p>İLK YILDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR</p> <p>1 Kusmanın nedenleri ve dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi sahibi olması</p> <p>2 Emmeme nedenlerinin farkına varması</p> <p>3 Emmeme sorunun giderilmesi için yapılması gerekenleri bilmesi</p> <p>4 Ağlama nöbetlerinin (kolik) nedenlerini bilmesi</p> <p>5 Sakinleştirme yöntemlerini uygulaması</p> <p>6 Sarılığın nedenlerini bilmesi</p> <p>7 Vücut ısısı değişikliklerinin</p>	<p>1.1 Kusma nedenleri</p> <p>1.2 Kusma esnasında dikkat edilecek noktalar</p> <p>2.1 Emmeme nedenleri</p> <p>3.1 Emmeme durumunda uygulanması gerekenler</p> <p>4.1 Ağlama nöbetleri (kolik) nedenleri</p> <p>5.1 Ağlama nöbetinde</p>	<p>Düz anlatım</p> <p>Soru cevap</p> <p>Beyin fırtınası</p>	<p>Slayt</p> <p>Kitapçık</p>	<p>35 dk.</p>

<p>8 Vücut ısı değişikliği sorunun giderilmesi için yapılması gerekenleri bilmesi</p> <p>9 Bez dermatiti nedenlerini bilmesi</p> <p>10 Bez dermatitinin önlenmesi için yapılması gerekenleri bilmesi</p> <p>11 Bez dermatiti sorunun giderilmesi için yapılması gerekenleri bilmesi</p> <p>TABURCULUK EĞİTİMİ</p> <p>1 Tabuculuk eğitiminin gerekliliğinin farkına varması</p> <p>2 İzlemlerini belirlenen gün ve saatte yaptırması</p> <p>3 Aşılarını zamanında yaptırması</p>	<p>şakinleştirme yöntemleri</p> <p>6.1 Sarılık nedenleri</p> <p>7.1 Vücut ısı değişiklikleri nedenleri</p> <p>8.Vücut ısı değişikliğinde yapılacaklar</p> <p>9.1Bez dermatitinin nedenleri</p> <p>10.Bez dermatitini önlemeye yönelik girişimler</p> <p>11.Bez dermatiti sorununda uygulanacak yöntemler</p> <p>1.1 Taburcu edilme kriterleri</p> <p>1.2Taburculuk eğitimi neden önemli</p> <p>2.1İzlemler hakkında genel bilgi</p> <p>2.2 İzlemlerin önemi ve gerekliliğı</p> <p>2.3Prematüre poliklinik izlem planı aşamaları</p> <p>3.1Aşılar hakkında genel bilgi</p> <p>3.2Aşıların</p>	<p>Düz anlatım</p> <p>Soru cevap</p> <p>Beyin fırtınası</p>	<p>Slayt</p> <p>Kitapçık</p>	<p>45 dk.</p>
--	--	---	------------------------------	---------------

<p>4 Tarama testlerini zamanında yaptırması</p>	<p>zamanları</p> <p>4.1 Tarama testleri hakkında genel bilgi</p> <p>4.2Tarama testlerinin önemi ve gerekliliği</p> <p>4.3 Tarama testleri zamanları</p> <p>4.4Tarama testlerinin yaptırılmaması durumunda oluşabilecek zararlar</p>			
<p>5 Göz muayenesinin gerekliliğinin farkında olması</p>	<p>5.1Gözmuayenesinin önemi ve gerekliliği hakkında genel bilgi</p> <p>5.2 Göz muayenesi tarihi hakkında bilgilendirme</p> <p>6.1İşitme muayenesinin önemi ve gerekliliği hakkında genel bilgi</p>			
<p>6 İşitme muayenesini zamanında yaptırması</p>	<p>6.2 İşitme muayenesi tarihi hakkında bilgilendirme</p>			
<p>7 Nörolojik muayenesini zamanında yaptırması</p>	<p>7.1Nörolojik muayenesinin önemi ve gerekliliği hakkında genel bilgi</p> <p>7.2Nörolojik muayene hakkında bilgilendirme</p>			

EK-III KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1)Kaç yaşındasınız?

2)Medeni Durumunuz?

1-evli

2-bekar

3-boşanmış

3) Eğitim durumunuz nedir?

1- Okur-yazar değil 2- Okur-yazar 3- İlköğretim 4-Lise 5-Üniversite ve üstü

4)Çalışıyor musunuz?

1-Çalışıyorum

2- Çalışmıyorum

5) Sosyal güvenceniz var mı ?

1-Var

2- Yok

6) Aile tipiniz nedir ?

1-Çekirdek aile

2-Geniş aile

3- Yalnız yaşıyor

7) Ailenizin gelir seviyesi nedir?

1-gelir giderden fazla

2-gelir gidere denk

3-gelir giderden az

8) Doğum şekli nedir ?

1-Vajinal doğum

2-Sezeryan

9) İstenen gebelik mi ?1-Evet

2-Hayır

10) Bebeğinizin doğduğu hafta nedir? (gestasyonel hafta)

1-32-34 hafta

2- 34-37 hafta

11) Bebeğin klinik tanısı nedir?

12) Doğum öncesi bakım aldınız mı?1-aldım

2-almadım

13) Doğum öncesi bakımı kimden aldınız?

1-hemşire

2-ebe

3-doktor

4-diğer

EK-IV PHARİS ÖZ GÜVEN ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ölçek bir yaştan altındaki çocukların bakımını gerçekleştirmede beceriniz hakkında sizin güven duyunuzun ne kadar olduğunu göstermektedir. Bir yaştan altındaki bir çocuğun bakımını gerçekleştirmede ne kadar kendinize güvendiğinizi düşünün. Şu anda, bugün, aşağıdaki işleri yapmak için kendinize ne kadar güveniyorsunuz? İfadelerden her birini okuduktan sonra ifadenin karşısındaki uygun bulunduğunuz kutucuğa (X) işareti koyunuz?

Aşağıdaki İşleri Yaparken Kendinize Ne Kadar Güveniyorsunuz	Hiç	Çok AZ	Orta Kararda	Çok	Tamamen
1. Sebepsiz yere ağlayan bir bebeği yatıştırma					
2. Bir yaştan küçük bir çocuğa banyo yaptırma					
3. Bir yaştan küçük bir çocuğu besleme					
4. Bebek altını ıslattığında ustalıkla bezini değiştirme					
5. Bebek kakasını yaptığinde ustalıkla bezini değiştirme					
6. Yenidoğan bir bebeğin bakımını yapma					
7. (erkek) Bebek sünnet olmuşsa, sünnet yerinin bakımını yapma					
8. Bir ayın altındaki bir bebeği					

kollarınızda doğru bir şekilde tutma					
9.Bir yaşın altındaki çocuğun hastalandığını fark etme					
10.Bir yaşın altındaki çocuğun ateşini ölçme					
11.Bir yaşın altındaki çocuğun tırnaklarını kesme					
12.Bir yaşın altındaki çocuğun kulaklarını temizleme					
13.Bir yaşın altındaki çocuğa iyi bir anne (veya baba olma)					

EK -V. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı:Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebeklerin annelerine bebek bakım gereksinimlerine göre verilen eğitimin anne öz güvenine etkisi.

Sevgili anneler; doğumun gerçekleşmesiyle birlikte anne ve bebeğin yaşamında önemli bir dönem başlamış olur. Bebeğin anne karnından sonra dış ortama uyumu; annenin bebeğe alışması, onu tanması, bebeğin dilinden anlayabilmesi önemlidir.

İlk kez anne olan kadınlar yeni rolüne uyumda zorluklar yaşayabilir. Annenin yeni görevlerini başarabilmesi için özel beceri ve enerjiye gereksinimi vardır. Ailenin, özellikle annenin kaygıları bebeğin doğduğu ilk günlerde ve taburculuk aşamalarında artmaktadır. Anne bebeğe zarar verebileceği korkusuyla ona dokunmaktan bile kaçınabilir. Bebek bakımına katılması ise oldukça zor ve kaygı yaratıcıdır. Annenin bebeğine bakım verme deneyimlerini ve onunla sosyal iletişimini arttırmaya yönelik yenidoğan yoğun bakım uygulamalarının ve girişimlerinin geliştirilmesi erken dönemde olumlu anne- bebek etkileşiminin kurulmasına yardımcı olmaktadır. Yoğun bakımdaki sağlık çalışanlarının ve diğer çalışanların annenin bebeğin bakımını üstlenmede kendine güvenini arttırmaları ve bebeği ile daha iyi ilişki kurmasını güçlendirmek için onun davranışlarını değerlendirmede iyi bir gözlemci olmasına yardımcı olması bu girişimlerin en önemli bileşenidir.

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan premature bebeklerin annelerine bebeğin gereksinimleri yönünde verilen planlı eğitimin anne öz güvenine etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır. Böylece yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan premature bebeğe sahip annelere bebeğin bakım gereksinimlerine göre verilen eğitimin anne özgüvenine etkisi ile ilgili hemşirelik bakımının planlanmasına katkı sağlamış olacaktır.

Bu araştırmaya katılma, katılmama veya istediğiniz zaman araştırmayı bırakma hakkına sahipsiniz. İsminiz ve sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu işlem size ek bir mali yük getirmeyecektir. Bu koşullarda araştırmamıza hiçbir baskı ve

zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıya adınızı ve soyadınızı yazarak formu imzalayınız. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Hem. Emre Balaban

05544847759

Adı- Soyadı

İmza


Tarih

Ebeveyn

Araştırmacı



EK-VI. MARMARA ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZİN YAZISI


T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebek Annelerine Verilen Eğitimin Anne Öz Güvenine Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd.Doç.Dr. Ayşe KARAKOÇ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Emre BAYRAM
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 28.03.2014-19

Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayşe KARAKOÇ

28 protokol nolu "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebek Annelerine Verilen Eğitimin Anne Öz Güvenine Etkisi" isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

İnci Alican
Prof. Dr. İnci ALICAN

Serap Akyüz
Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Levent Kabasakal
Prof. Dr. Levent KABASAKAL

Aysel Pehlivan
Prof. Dr. Aysel PEHLIVAN

Nurhan Bahçecik
Doç. Dr. Nurhan BAHÇECİK

Hakkı Arıkan
Doç. Dr. Hakkı ARIKAN





Asım Cingi
Doç. Dr. Asım CİNGİ

Pınar Ay
Prof. Dr. Pınar AY

Murat Çekin
Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Zübeyir Sarı
Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Tojga Güven
Yrd. Doç. Dr. Tojga GÜVEN


    Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

sağlık.enstitusu@marmara.edu.tr
<http://sağlık.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için.

EK-VII. KURUM İZİN YAZISI


Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :75231446/604.01.06/12018
Konu: Emre BALABAN BAYRAM'ın
Kurum İzni Hk.

22/07/2014

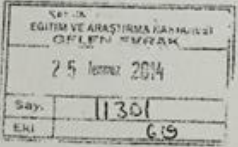
**İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE**

İlgi: 16/07/2014 tarih ve 9685 sayılı yazınız.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yenidoğan Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Emre BALABAN BAYRAM'ın "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebek Annelerine Verilen Eğitimin Anne Özgüvenine Etkisi" konulu çalışmasını İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapması Genel Sekreterliğimizce de uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Fatma Nur KESKİTAŞ
Tıbbi Hizmetler Başkanı


25 Temmuz 2014
Sayı: 11301
EKİ: 69

SİGİL
24.07.2014

Değerlendirme ve Geliştirme Hizmetleri Birimi
Zuhurababa Mahallesi, Doktor Tevlik Sağlam Caddesi, 252 Ruh
Sağlığı ve Simir Hastanesi, Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği Binası
Telefon: 0 212 409 16 00 -4031

Ayrıntılı Bilgi için İrtibat: Hacer KÜPELİ

EK-VIII. PHARİS ÖZ GÜVEN ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Sayın Emre Balaban,

Yüksek lisans tez çalışmanızda Türkçe uyarlamasını yaptığım “Ebeveynlik Davranışı Ölçeği”ni kullanmanıza izin veriyorum. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

18.02.2014



Doç.Dr. HÜSNİYE ÇALIŞIR

ADRES: Adnan Menderes Üniversitesi
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Gençlik Cad. No: 7
09100 Aydın

TELEFON: 05056807219
02562138866-208

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EMRE	Soyadı	BALABAN
Doğum Yeri	EDREMİT	Doğum Tarihi	05.01.1986
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	27307229248
E-mail	emre.blbn@hotmail.com	Tel	0554 484 7759

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2008
Lise	Burhaniye Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise)	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Kurum	Görevi	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi E.A.H	Cerrahi Servisi Hemşiresi	2015-
2.	Kanuni Sultan Süleyman E.A.H	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	2012-2015
3.	Zeynep Kamil Kadın Doğum E.A.H	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	2009-2012

Yabancı Dilleri		Okuduğunu Anlama*		Konuşma*		Yazma*		
İngilizce		iyi		orta		İyi		
Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	48.75							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72.962	75.698	77.189

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	Çok iyi
Power point	Çok iyi
Exel	İyi

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.

Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, 2 Aralık 2009

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2. Yenidoğan Hemşireliği Sempozyumu ,20 Ekim 2009

3. Uluslar Arası – 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 07-10 Eylül 2005, İzmir (Tiyatro)

6. Ulusal HEMŞİRELİK Öğrencileri Kongresi, 26-29 Haziran 2007, İstanbul (Poster Sunumu)

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1. Lisans Üstü Eğitim Sempozyumu, 4 Nisan 2008

Yenidoğan Hemşireliği Sempozyumu, 4-5 Kasım 2010, Kayseri

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, 5 Nisan, 2011

1.Ulusal Farklı Ortamlarda Büyüyen Çocuklar Sempozyumu, 27-28 Ekim 2011, İstanbul

Kardiyopulmoner Resüsitasyon Kursu Sertifikası,

Neonatal Resüsitasyon Kursu Sertifikası

