

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE AİLE MERKEZLİ
BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Özlem BOZBUĞA**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2022
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE AİLE MERKEZLİ
BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Özlem BOZBUĞA**

**Tez Danışmanı
DoÇ. Dr. Zehra ÇALIŞKAN
DoÇ. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2022
NEVŞEHİR**

Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN (1.danışman) ve Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER (2.danışman) danışmanlığında Özlem BOZBUĞA tarafından hazırlanan "**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

21/07/2022

JÜRİ

İMZA

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Özlem AVCI

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN

Üye : Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN (Danışman)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun.....tarih ve..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.../.../2022

Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Özlem BOZBUĞA



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince tüm bilgilerini benimle paylaşan, her türlü konuda desteğini esirgemeyen, her zaman bana ufuk olan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN'a, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünün Değerli Hocalarına, Manevi olarak her zaman desteklerini hissettiren değerli Aileme, Bana benden çok inanan her zaman motivasyon kaynağım olan Sevgili arkadaşım Fatma ÖZDEMİR'e, Her zaman yanımda olduklarını hissettiğim 'hep destek ekibi' Sevgili kuzenlerim Cemile ŞAHİN, Cem ŞAHİN'e, Bu süreçte yardımlarını esirmeyen Sevgili Mehtap BOZBUĞA'ya, Sürecimde yardımcı olan çok değerli çalışma arkadaşlarıma, yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerine ve sekreterimiz Sevgili Fatih KÜÇÜKÇAMUR'a sonsuz kez teşekkür ederim.

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE AİLE MERKEZLİ BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Özlem BOZBUĞA

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2022

ÖZET

Aile merkezli bakım uygulamaları hastaneye yatma sürecinde çocuk ve ailesi için oldukça önemlidir. Bu araştırma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Niğde Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Eylül 2021- Mart 2022 tarihleri arasında yatarak tedavi gören bebeklerin anneleri (n=350) oluşturmuştur. Etik kurul, kurum izni ve annelerin onamı alınan araştırmada veriler; ‘Anne ve Bebek Veri Toplama Formu’ ve ‘Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği’ (YAMBÖ) kullanılarak annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler, independent t test, Anova (Posthoc Bonferroni) ve Çoklu Regresyon Analizi kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 26.92 ± 5.73 yıl ve YAMBÖ toplam puan ortalaması 112.94 ± 19.26 olup, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakımın iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. YAMBÖ alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanlar dikkate alındığında, anneler ‘bakıma katılım’ alt boyut puanını yüksek olarak değerlendirmişlerdir. YAMBÖ toplam puanını etkileyen faktörler, annelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, evdeki çocuklarla ilgilenen bireyin varlığı, annelerin bebeğinin hastalığını, tedavilerini, ilaçlarını ve girişimlerin nedenini bilme olarak belirlenmiş ve bu faktörlerin istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan çoklu regresyon analizine göre; evdeki çocuk bakımı ile ilgilenen birinin olmasının, olmayanlara göre annelerin YAMBÖ toplam puanlarını 4.38 birim arttırdığı ($p = 0.038$) görülmüştür.

Sonuç olarak; eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, ilçede yaşayan, birden fazla çocuğu olup evdeki çocuğuyla ilgilenebilecek biri olmayan annelerin, aile merkezli bakıma katılımda riskli grup olduğu düşünülerek hemşireler tarafından bu annelerin sıklıkla takip edilmesi, aile merkezli bakıma katılımının desteklenmesi ve teşvik edilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile merkezli bakım, hemşirelik, yenidoğan, yenidoğan yoğun bakım ünitesi

Tez Danışmanları:

Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN,

Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER

Sayfa Adeti:91



**EVALUATION OF FAMILY CENTERED CARE PRACTICES IN THE
NEWBORN INTENSIVE CARE UNIT**

(Master Thesis)

Özlem BOZBUĞA

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF SCIENCES**

July 2022

ABSTRACT

Family-centered care practices are very important for the child and his family during the hospitalization process. This descriptive study was conducted to evaluate family-centered care practices in the neonatal intensive care unit. The sample of the study consisted of mothers (n=350) of infants who were hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit of Niğde Education and Research Hospital between September 2021 and March 2022. Ethics committee, institutional permission and the consent of the mothers were obtained in the study; data was collected through face-to-face interviews with mothers using the 'Mother and Baby Data Collection Form' and the 'Newborn Family Centered Care Scale' (NFCCS). Data were evaluated by using descriptive statistics, independent t test, Anova (Posthoc Bonferroni) and Multiple Regression Analysis in computer environment. The mean age of the mothers participating in the study was 26.92 ± 5.73 years and the mean total score of NFCCS was 112.94 ± 19.26 , and it was determined that family-centered care was at a good level in the neonatal intensive care unit. Considering the highest scores that can be obtained from the NFCCS sub-dimensions, the mothers evaluated the 'care participation' sub-dimension score as high. Factors affecting the total score of NFCCS were determined as mothers' education level, employment status, place of residence, the presence of an individual who takes care of children at home, mothers' knowledge of their baby's disease, treatments, medications, and the reason for interventions, and these factors were found to be statistically significant ($p < 0.05$). According to the multiple regression analysis; It was observed that having a caregiver at home increased the mothers' total NFCCS scores by 4.38 units compared to those who did not ($p = 0.038$).

As a result; considering that mothers with low education level, unemployed, living in the district, having more than one child and not being able to take care of their child at home, are considered to be a risky group in participating in family-centered care, it is

recommended that these mothers should be followed frequently by nurses, and their participation in family-centered care should be supported and encouraged.

Keywords: newborn, nursing, family-centered care

Consultant of thesis:

Assoc. Prof. Dr Zehra ÇALIŞKAN

Assoc. Prof. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER

Number of page: 91



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xii
BÖLÜM 1	
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Çalışmanın Amacı.....	3
BÖLÜM 2	
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Aile Merkezli Bakım Kavramı ve Tarihsel Gelişimi	4
2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım.....	6
2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın Yararları	8
2.3.1. Aile Merkezli Bakımın Aileye Sağladığı Yararlar.....	8
2.3.2. Aile Merkezli Bakımın Bebeğe Sağladığı Yararlar	9
2.3.3. Aile Merkezli Bakımın Sağlık Personeline Sağladığı Yararlar	9
2.4. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller	10
2.5. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Yenidoğan Hemşiresinin Rolü	11
2.6. Pandemi Döneminde Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği	13
BÖLÜM 3	
3. GEREÇ YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Türü.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.3.1. Araştırmanın Evreni	14

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	15
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	15
3.5. Verilerin Toplanması	15
3.5.1. Anne ve Bebek Veri Toplama Formu	15
3.5.2. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ).....	15
3.5.3. Ön Uygulama	16
3.5.4. Uygulama	17
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	17
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	17
3.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	17
3.7.2. Bağımsız Değişkenler	18
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	18
BÖLÜM 4	
4. BULGULAR.....	19
BÖLÜM 5	
TARTIşMA VE SONUÇ	45
KAYNAKÇA.....	57
EKLER.....	68
ÖZGEÇMİş	76

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4. 1 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=350).....	19
Tablo 4. 2 Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=350).....	20
Tablo 4. 3 Annelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bebeğine Yönelik Bakıma Katılım/ Bilgi Alabilme / Kendi Gereksinimlerini Karşılatabilme Durumu (N:350)	22
Tablo 4. 4 Annelerin Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği Puanı Ortalamaları.....	24
Tablo 4. 5 Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yambö Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 4. 6 Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Annelerin Yambö Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4. 7 Annelerin Bakım Kararlarına Katılım, Anne Otelinde Kalma, Baba Ziyaret Durumlarına İle Yambö Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4. 8 Annelerin Yambö Toplam Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Regresyon Analizi	40
Tablo 4. 9 Annelerin Yambö'ye Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları	42

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.5. 1 Araştırmanın Akış Şeması	17
---	----



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AMB	Aile Merkezli Bakım
COVID-19	Yeni Koronavirüs Hastalığı
HAMBE	Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SPSS	Statistical Package for Social Science
YAMBÖ	Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bir bebeğin dünyaya gelmesi bireylere yeni ebeveynlik rolleri yükleyerek hayatlarını etkilemektedir. Bu süreçte bebeğin herhangi bir nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılması, bireylerin ebeveynlik rollerinde kesintiye uğratarak bu krizli süreci daha da olumsuz etkilemektedir [1]. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde; solunum sıkıntısı, sepsis, hiperbilirubinemi, beslenme yetersizliği, prematürelilik ve getirdiği sorunlar nedeniyle yatışı yapılan bebekler takip edilmektedir [2, 3]. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YYBÜ), bebeklerin ve ailelerin pek çok stres etkeniyle karşılaştığı yerlerdir [3, 4]. Bu stres, hastaneye yatma sürecinde ebeveyn ile bebeğin ayrılmasına bağlı olarak ebeveynlik rollerinin kesintiye uğraması, bilinmeyen yabancı ortam korkusu, bebeğe uygulanan girişimlerin tam olarak anlaşılabilmesi, ailelerin bilgi ihtiyacının artması, hastanede yatışın uzaması, yenidoğan ünitelerinin yüksek teknolojik aletler ile dizaynının ebeveynlere korkutucu gelmesi gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır [1, 4-10]. Bu olumsuz süreç hem kısa hem de uzun vadede bebeklerde fizyolojik, psikolojik, nörolojik sorunlar ortaya çıkarabilmektedir [11]. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakımın amacı; yalnızca bebeği iyileştirmek için sadece tıbbi gereksinimlerini karşılamak değil, kesintiye uğrayan ebeveyn-bebek ilişkisini devam ettirerek güçlü bir aile ilişkisini başlatmaktır [2, 7, 8, 10]. Bu krizli süreçte aile ile iş birliği içerisinde olmanın yenidoğanın özel gereksinimlerinin karşılanmasını ve bakımın sürekliliğini sağladığı belirtilmiştir [10-13]. Ebeveynler yoğun bakım ünitelerinde, bakıma katılarak aile merkezli bakımın yapı taşını oluştururlar [14]. Aile merkezli bakımın (AMB) çocuğun, ailesinin ve çevresinin birlikte düşünüldüğü ve çocuk ve ailesinin ihtiyaçlarının biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel yönlerden incelendiği, ailelerin çocuğunun sağlık bakım uygulamalarının planlanmasına, uygulanmasına ve sonuçlarının değerlendirilmesine dâhil edilip görüşlerine saygı duyulduğu, aile ile işbirliğine dayalı bütüncül bakım yaklaşımıdır [6, 11, 12, 15-17]. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım, ebeveynleri bebeklerinin günlük rutin bakım faaliyetlerine, kanguru bakımına, bebeğin gelişimsel olarak izlemine dâhil etmeyi, bakım sürecinde ve yenidoğanı etkileyen kararların alınmasında yüksek düzeyde aile katılımının sağlanmasını gerektirmektedir [2, 18]. Yapılan çalışmalarda aile merkezli bakımın (AMB), ebeveynlerin bebeklerinin

hastaneye yatışında bebeğine bakım verme becerilerini, özyeterliliğini artırarak stres ve kaygılarını azalttığı, anne ve bebek arasında sosyal etkileşim sağlayarak maternal bağlanmayı arttırdığı belirlenmiştir [10, 19-22]. Ayrıca ebeveynlere, bebeğinin gelişimsel sürecine dâhil olma fırsatı sunarak çocuk ve ebeveynin baş etme mekanizmalarını güçlendirdiği, taburculuk süresini kısaltarak hastane maliyetlerini ve tekrarlayan yatışları azalttığı bulunmuştur. Yine, çocuk ve ebeveynin bu süreçte memnuniyetini artırıp, annenin emzirme süreçlerini ve bebeklerin kilo alımlarını olumlu etkilediği saptanmıştır [11, 12, 20, 23-31]. Bu olumlu gelişmeler ile birlikte yenidoğan ünitelerinde aile merkezli bakımın etkinliğinin artırılması, kurum politikalarının buna yönelik düzenlenmesi önerilmektedir [32, 33].

Aile merkezli bakımın hem aile hem de çocuk/bebek açısından pek çok faydası olmasına karşın, yapılan çalışmalarda aile merkezli bakımın uygulama pratiğinin istenilen düzeyde olmadığı vurgulanmıştır [6, 9, 11, 12, 34-37]. Yapılan araştırmalarda hemşirelerin anneleri bakıma nasıl dâhil edecekleri konusunda belirsizlikler yaşadığı, bakım kararları verilirken ve ağırlı işlemler yapılırken ebeveyn katılımının istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir [23, 38-40]. Annelerin bebek/çocuğun tıbbi bakımları ile ilgili karar süreçlerinden daha çok, fiziksel bakımlarına katıldıkları saptanmış, bakımına katılmayan annelerin bakım verme becerilerinin düşük olduğu belirlenmiştir [34, 41, 42]. Annelerin bebek/çocuğunun bakımı, takip ve tedavi süreçleri hakkında hemşirelere yeterli soru sorabilme fırsatı bulamadıkları belirlenmiştir [34, 43, 44]. Aile merkezli bakımın uygulanmasında mesleki belirsizliklerin ortaya çıktığı, yol haritalarının eksiklikleri vurgulanmış, kurum politikalarının yetersizliği ve sağlık personelleri ile ilgili sorunlar ortaya konulmuştur [12, 36, 45]. Annelerin bakım uygulamalarına dâhil edilmesi konusunda desteklenmeleri, bebeklerinin yanında olmalarına teşvik edilmeleri, anne ve bebeğinin 24 saat aynı odada kalabilmesi için kurum politikalarının geliştirilerek düzenlemelerin yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır [27, 46-48]. Gelişmiş ülkelerde, hastanelerde bulunan tek aile-oda uygulamasının AMB uygulamalarını artırmakla birlikte, yenidoğan bakımında hastane kaynaklı enfeksiyon oranını azalttığı, yenidoğanların emzirme süresini, sadece anne sütü alımını artırdığı görülmüştür. Aynı zamanda bu uygulamanın genişletilmiş aile desteği ile annelere sosyal, duygusal destek sağladığı, annenin konforunu ve mahremiyeti artırdığı saptanmıştır [47, 48].

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebek ve aile ile sürekli iletişim içinde olan sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Bu nedenle hemşireler YYBÜ'nde AMB uygulamalarının etkinliğinin artırılması yönünde ekip çalışmasında kritik bir konumdadırlar [14, 49]. Yenidoğan hemşiresi bebek ve ailenin gereksinimlerini belirleyerek, aileleri bebeğin gelişimi, hastaneye yatma sürecinde yapılan girişimler, takip ve tedavi süreci, kullanılan araç gereçler hakkında bilgilendirmelidir. Onların görüş ve önerilerine, bireysel farklılıklarına saygı duyarak bebeklerinin bakımına katılım için cesaretlendirmeli, bakım kararları verilirken işbirliği içerisinde olmalı, ebeveynlerin ihtiyaçlarına göre eğitim ve danışmanlık vererek desteklemelidir [1, 23].

Bu bilgiler ışığında aile merkezli bakımın anne ve bebek açısından pek çok olumlu sonuçları olduğu görülmektedir. Ancak aile merkezli bakımın uygulama pratiğinde istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışma; yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım uygulamalarının değerlendirilerek mevcut durumun ortaya çıkarılması ve eksikliklerin saptanarak kurum politikalarının geliştirilmesine yardımcı olması düşünülerek planlanmıştır. Böylelikle aile merkezli bakım ile ilişkili faktörler belirlenerek hemşirelik bakımına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Merkezli Bakım Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Toplumsallaşma sürecinin ilk halkasını oluşturan aile, karşılıklı ilişkiler ve duygusal bağlar ile sahip olunan kültürü biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve hukuksal yolları olan açık bir sistem ile kuşaktan kuşağa aktarır. Bu aktarım toplumun sürekliliğini sağlar. [50, 51]. Bebeğin doğmasıyla birlikte bireylere ‘anne’, ‘baba’ olma rolleri yüklenir. Ebeveyn olmak bireylerin yaşamında gelişimsel bir krizdir [52]. Aile bireylerinden herhangi birinin ya da çocuğun/bebeğin hastalanması veya hastanede yatması tüm aileyi etkilemektedir [50]. Çocuğun hastalanması ve hastaneye yatırılması tüm aile için önemli ve stresli bir durumdur. Bu ailelerin neredeyse tamamı hastane süreci, hastalığın tanısı ve tedavisi hususunda korku yaşamaktadır [53]. Bu doğrultuda aile ile çocuk/bebek arasındaki bağın hastane yatış sürecinde de kesintisiz devam ettirilmesi önemlidir [54]. Aile Merkezli Bakım; çocuk/bebek ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bakım yaklaşımıdır ve aileyi bebeğin/çocuğun yaşam merkezi olarak görmektedir [2, 40]. Yapılan çalışmalarda, AMB'nin bebeğin/çocuğun hastane yatış sürecini kolaylaştırdığı, hastanede yatış gününü azalttığı, ağrıyla daha kolay baş ettiği, ailenin bakımdan memnuniyetini artırdığını ve ebeveynlerin bebeklerine/çocuklarına bakım verme yeterliliğini geliştirdiğini, aile-bebek/çocuk bağına güçlendirdiğini göstermektedir [54, 55]. Bir başka deyişle AMB bebeğin/çocuğun yaşamında ailenin varlığını ve rollerini kabullenen, aileye saygı gösteren, bebeğin/çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlarda ailenin de fikirlerini alarak aile bireylerini güçlendiren, hastalık ve iyileşme sürecini normal yaşam örüntüsünde ve kesintisiz devam etmesini sağlayan bir bakım modelidir [23]. Aile merkezli bakım için yapılabilecek en genel tanım; bebeğin/çocuğun ve ailesinin birlikte ele alındığı fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel yönlerinin ortak incelendiği bütüncül bakım modelidir. AMB ailelere hastane yatış sürecinde olumlu deneyimler yaşatma, bakım sırasında ailenin güven duygusunu geliştirme, bebekleri ile sosyal etkileşim sağlama ve bebeklerinin gelişimsel aktivitelerini gözlemlene fırsatı sunar [5-11].

Aile merkezli bakım anlayışının temelleri 18. ve 19. yüzyıllara dayanmaktadır. Küreselleşme, kapitalizm, endüstrileşme, ve nükleer olaylar çocuk sağlığı bakımında gelişmelere neden olmuştur [56]. İkinci dünya savaşı sırasında artan bulaşıcı hastalıklar

sebebiyle enfeksiyon dağılımını önlemek için aile ziyaretlerine sınırlandırmalar getirilmiştir [57]. Bu sınırlandırmaların etkisi ve bebekleri/çocukları aileden ayrı düşünme algısı 1960'lı yıllara kadar devam etmiştir. Bu durum uzun süreli hastane yatışlarında anne-bebek bağılılığına engel olmuş ve bebek/çocuğun olumsuz etkilemiştir. Bu durum da uzun süreli hastaneye yatışlarda çocukları kötü etkilemiş ve anne bebek bağılılığının da oluşmasına engel olmuştur [11, 34]. 1950'li yıllarda, İngiliz kuramcılar John Bowlby ve James Robertson anne ve çocuk arasındaki ayrılığın çocuk üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri araştırmıştır. Stres, travma, ayrılık acısı gibi olumsuz etkiler üzerine yapılan çalışmalar 1959 yılında İngiltere'de Sağlık Bakanlığı tarafınca Platt Raporunda AMB kavramı olarak ortaya çıkmıştır [38]. Bu raporda AMB anlayışı doğrultusunda düzenlenmiş ziyaret saatleri, annenin çocukla beraber kalabilmesi, her yaş grubundan çocuğa oyun aktivitelerinin sağlanması, yeterli eğitim düzeyine sahip sağlık personeli bulunması maddelerine değinilse de bu konuların işlevsellik kazanması zaman almıştır [58]. 20. yüzyılın ortalarından sonra önemi artan aile merkezli bakım kavramı 21.yüzyılda pediatri hemşireliğinin temel bakım felsefesi haline gelmiştir. Bu doğrultuda ülkemizde de AMB'yi destekleyen birçok ilke ve uygulama geliştirilmiştir [38, 53].

Hasta ve Aile Merkezli Bakım Enstitüsü (HAMBE)'ye göre AMB dört temel kavramdan oluşmaktadır. Bu kavramlar;

İtibar ve Saygı: Hasta ve ailenin inançlarına, kültürel değerlerine ve geçmiş yaşantılarına saygı duyulması.

Bilgi Paylaşımı: Bakım ve karar verme süreçlerinde sağlık personeli tarafından hasta ve ailesinin doğru ve tarafsız bilgilendirilmesi

Katılım: Hasta ve ailesinin bakım ve karar verme süreçlerine katılımının sağlanması.

İş birliği: Hasta, aile ve sağlık personelinin işbirliği içerisinde sağlık politikası geliştirme, uygulama ve değerlendirme yapmasını içerir[59].

Amerikan Pediatri Akademisi ailelerin görüşleri doğrultusunda 1993 senesinde AMB'nin 10 temel ilkesini yayınlamıştır.

Bu ilkeler;

1. AMB, aile ve sağlık personeli arasında anlaşılır ve güvenilir işbirliği içerisinde gerçekteşmelidir.
2. Aileler uzman sağlık ekibiyle birlikte bakım ve fikirler konusunda karar verme süreçlerinin içerisinde rol alabilmelidirler.
3. Ailenin yüksek mortalite ve morbidite, ağrılı girişimler ve tartışmalı konularda kararlara katılma hakkı bulunmalıdır.
4. Ailelere riskli gebelikler konusunda yeterli ve gerekli bilgiler verildiği gibi bu konuda söz hakkı da verilmelidir.
5. Bebeğin/çocuğun ağrısını hafifletmek ve onlara en uygun rahatlatıcı ortamı sağlamak için aile ve sağlık profesyonelleri ortak hareket etmelidirler.
6. Bebeğe/çocuğa uygulanan girişimlerde aile ve sağlık profesyonelleri ortak hareket etmelidir.
7. Yüksek riskli yenidoğan bebeklerin uzun süreli hastane yatışlarında aileler ve sağlık profesyonelleri uygun ortamı sağlayarak ortak hareket etmelidirler.
8. Ailenin bebeğin/çocuğun bakımına en verimli seviyede katılabilmesi için aile ve sağlık profesyonelleri ile ortak çalışmaladırlar.
9. Bebeklerin /çocukların taburculuk sonrası takiplerinin sorunsuz devam edebilmesi aile ve sağlık profesyonelleri birlikte hareket etmelidirler.
10. Sağlık profesyonelleri yetersiz tedavinin zararlı olduğu bilincinde olduğu kadar, fazla tedavinin de zararlı olduğu bilincinde olup bu doğrultuda tedaviyi sürdürmelidir [60].

2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım

Evde yapılan doğumların 1940'lı yıllardan sonra azalarak, hastanede doğum yapmanın artması ile sağlıklı yenidoğan bebekler bile annelerinden ayrı tutulmuştur [9]. Bir diğer yandan 1970'li yıllarda yüksek riskli doğan bebekler için yenidoğan yoğun bakım üniteleri oluşturulmaya başlanmıştır [9]. Yüksek riskli yenidoğan, gestasyon haftası ve doğum ağrılığına dikkat edilmeksizin mortalite ve morbidite riski fazla olan bebek olarak tanımlanmaktadır [7]. En fazla takip edilen morbidite nedenleri ise solunum sıkıntısı,

sepsis, indirekt hiperbilirubinemi, beslenme yetersizliği, konjenital anomaliler, metabolik hastalıklar, prematürelilik ve getirdiği sorunlardır [1,2]. Gelişen teknoloji ve artan bilgi birikimi ile yenidoğan mortalitesinin %75’den fazlası yenidoğan yoğun bakım şartlarında önlenebilmektedir [61, 62]. Gelişmiş yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin tarihsel gelişimi üç dönemde incelenebilir. 1950 ve öncesi “Hazırlık Dönemi”, 1950-1970’li yıllar “Oluşum Dönemi” ve 1980’den günümüze kadar olan süre ise “Modern Dönem” olarak adlandırılmaktadır. Her dönem bir sonraki dönem için hazırlık niteliği taşımaktadır. Hazırlık döneminde; riskli yenidoğanın özel bakım ihtiyaçlarının fark edilmiş, kuvöz çalışmalarının temellerinin atılarak teknoloji fuarlarında sergiler düzenlenmiştir. Prematüre bebek tanımının yapılmış ve bebeklere oksijen tedavisinin uygulanmaya başlanmıştır. Oluşum döneminde; modern olarak ilk yoğun bakım ünitesi örneklerinin açılmış, bebeklerin gestasyon yaşı ve doğum ağırlığına göre sınıflandırmanın oluşturulmuştur. Ek olarak bebek bakımı ve gereksinimleri konusunda ailenin önemi fark edilmiş ancak o dönemde ailelerin üniteye erişimi sınırlandırılmıştır [63-65]. Bu sınırlar ebeveynlerin bebeklerini bu merkezlerden taburcu edene kadar bebeklerine dokunmamaları için tasarlanmıştır [66]. Çünkü aileler bu dönemlerde enfeksiyon kaynağı olarak algılanmakta ve bebeğin tüm bakımları hemşireler tarafından yapılmaktadır. Bebek aileye taburculuk sırasında gösterilmektedir [9, 34]. Ailelerin bebeklerden uzak tutulması sonucu anne-bebek bağının olumsuz etkilendiği ve ileriki dönemlerde bebeklerde nöro-gelişimsel problemler ortaya çıktığı fark edilmiştir [67, 68]. 1960’lı ve 1970’li yıllarda yapılan çalışmalarda güvenli bebek bağlanması öneminde değinilmiştir. Bu etki hemşireleri, aileyi yenidoğanın bakımına dâhil etmek için cesaretlendirmiştir [66, 69]. Ayrıca modern dönem olarak adlandırılan 1980’lerde yenidoğan döneminde emzirme ve anne desteğinin önemi ortaya konmuştur [66]. Ebeveyn-bebek bağlanmasını ve güvenli bağlanmayı destekleyen kanguru bakımı da yine bu yıllarda uygulanmıştır. Kanguru bakımının bebeğin vücut ısısını dengede tuttuğu, bebekte kilo artırdığı gösterildiğinden kardeşlerde dâhil olmak üzere anne babanın doğumla birlikte aynı odada kalmasının desteklendiği bildirilmiştir [63, 66, 69, 70]. Modern dönemde; riskli yenidoğana özel gelişimsel ve destekleyici aile merkezli bakım yaklaşımının kabul görmeye başladığı ve bu yaklaşımların ünite tasarımında yapılan yeniliklere yansıdığı görülmektedir. Bugün ise riskli yenidoğanların tedavi ve bakım amaçları; yenidoğanı yalnızca hayatta tutmak değil aynı zamanda konforunu ve bakım gereksinimini sağlayarak yaşam kalitesini artırmak ve sağlıklı bebeklerle benzer yaşam

şansını yakalamasını sağlamaktır [71, 72]. 1990'lardaki gelişimsel araştırmalar, aynı zamanda aileyi destekleyerek hem aile merkezli hem de gelişimsel bakım yaklaşımlarının birçok yenidoğan ünitesinde tanınmasını sağlamıştır [66, 69, 70]. Bebeğin rutin bakımlarında aile ile iş birliği içerisinde olmak taburculuğu hızlandırabilmekte ve beraberinde aile-bebek bağına güçlendirebilmektedir. Bu yüzden yenidoğan yoğun bakımlarda aile ve sağlık ekibi arasında işbirliğini artıran güncel uygulamalar üzerinde durulmaktadır [9, 73].

Yenidoğan yoğun bakımlarda AMB modelini geliştirmek için üzerinde durulması gereken maddeler şu şekilde sıralanmaktadır.

- Aile güler yüzlü karşılanmalı, ailelerin bebeklerinde gözlemlediği durumlar dikkate alınmalıdır.
- Bebek bakımına ilişkin eğitimler verilmeli ancak aileye bilgi verilirken tıbbi terimler kullanılmamalıdır.
- Bebeğin sağlık durumu hakkında aileye düzenli, açık ve güvenilir bilgi verilmelidir.
- Aileler bakıma katılma ve bebeğine dokunma konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Sağlık ekibi aile ile karşılıklı saygı çerçevesinde sağlıklı iletişim kurabilmeli ve klinik sadece bebeğin değil ailenin de ihtiyaçlarını karşılayabileceği şekilde tasarlanmalıdır.
- Bu uygulamaların etkili ve verimli yapılabilmesi için hemşire sayısı hasta oranına uygun olmalıdır [9, 22, 74].

2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın Yararları

Aile Merkezli Bakımın yararları aileye, bebeğe ve sağlık çalışanına sağladığı yararlar olarak 3 başlık altında incelenebilir.

2.3.1. Aile Merkezli Bakımın Aileye Sağladığı Yararlar

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ)'ne yatış bebekler ve aileleri için stresli deneyimlerdir. Bu stresli deneyim, bebeğin hastalık durumu, ebeveynlik rollerinin kesintiye uğraması ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinin ortamından kaynaklanmaktadır [3-4]. Ebeveynlerin bebeğin bakımına katılması aile merkezli bakım modelinde temel prensibi oluşturmaktadır [6]. Aile merkezli bakım, ebeveynin bebek bakımına yönelik bilgi, beceri memnuniyeti artırırken uzun vadede ise stres, anksiyete ve depresyonunu

azaltmaktadır (11). Aile- bebek arasındaki bağlılığını güçlendirmektedir [73]. Aile ve sağlık çalışanı arasındaki güveni artırır ve iletişimi verimli kılar [55]. Aile merkezli bakım ile ailenin öz güveni gelişir [74]. Aile merkezli bakım ile aile bakım sürecine aktif katıldığı için bakımın ve eğitimin devamlılığı sağlanmış olur [25].

2.3.2. Aile Merkezli Bakımın Bebeğe Sağladığı Yararlar

Hastane yatış süreci kısa ve uzun vadede bebeklerde fizyolojik, psikolojik, nörolojik sorunlara neden olabilmektedir [5]. Bu süreçte aile ile ortak hareket etmek bebeğin ihtiyaçı olan özel gereksinimlerinin karşılanmasını ve bakımın devamlılığını sağlamaktadır [5,8,10]. Craig ve arkadaşlarına göre (2015); AMB, bebeklerin klinik sonuçlarını olumlu etkilemekte ve kilo alımlarını artırarak taburculuk sürecini hızlandırmaktadır [12]. Karakoç' un çalışmasında (2018) kanguru bakımının prematüre bebeklerin emzirme süreçlerini olumlu etkilediği ve sağlıklı kilo alımlarının olduğu belirtilmiştir [19]. Farideh Bastani ve arkadaşları (2015); AMB prematüre bebeklerin daha az süre hastanede yattıklarını ve taburculuk sonrası tekrarlayan yatışların azaldığını saptamışlardır [20]. Hastanede annesi ile beraber bulunan bebeğin/çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilenmektedir [50, 74]. Aile merkezli bakım ile anne bebek bağlılığı daha erken sağlanır bu durum özellikle prematüre bebeklerde AMB'nin önemini oldukça artırır [75]. Aile merkezli bakım uygulanan bebeklerin daha az ağladığı, analjezi kullanımında azalma, anne ve bebeğin stres düzeyinde azalma olduğu görölmektedir [54, 73].

2.3.3. Aile Merkezli Bakımın Sağlık Personeline Sağladığı Yararlar

Aile merkezli bakım sağlık çalışanına zamanı etkin ve verimli kullanma şansı tanımakta, sağlık sektöründe rekabeti artırarak kaliteli hizmet sunma imkânı vermektedir. Ayrıca AMB, sağlık çalışanları ile aile arasında etkili iletişim ve güçlü işbirliği sağlayacağı için sağlık çalışanlarının iş yükünü de azaltmakta, mesleki memnuniyeti ve iş doyumunu artırmaktadır. Böylelikle sağlık kurumunun bakım maliyeti azalmaktadır [40, 76].

2.4. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller

Aile merkezli bakım uygulanmasının bebek, aile ve sağlık ekibi açısından birçok faydası bulunmasına rağmen, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanması konusunda aşılması gereken birçok engel bulunmaktadır.

Aykanat ve Gözen'in çalışmasında (2014); yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeğinin bakım sorumluluğunu almak istemeyen annelerin bakım verme becerilerinin düşük olduğu ve bu nedenle bebeklerin yeterli bakım alamadıkları görülmüştür [11]. Tosun ve Güdücü'nün çalışmasında (2015); annelerin, bebeklerin günlük bakım uygulamalarına katılmasına izin verildiği ancak tıbbi uygulamalar sırasında bebeklerin yanında bulundurulmadığı saptanmıştır [12]. Literatürde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aile merkezli bakımın istenilen düzeyde uygulanmadığı görülmüş, mesleki belirsizliklerin olduğu ve planlamada yaşanan eksiklikler vurgulanmıştır (24). Aile merkezli bakımın uygulanmasında mesleki belirsizliklerin yaşandığı, sağlık politikalarında eksiklik, sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemi ile ilgili sorunlar ortaya konulmuştur (23).

Bu sorunlar;

- Sağlık ekibinin gizliliği korumayacağını düşünmesi ve aileye güvenmemesi,
- Hasta için en doğru kararı sağlık personelinin vereceği inancı,
- Aile merkezli bakım felsefesine dair yeterli kanıtların bulunmaması,
- Aile merkezli bakıma yönelik yetersiz bilgi,
- Sağlık kurumunun maddi yetersizliği ve rekabet önceliğinin farklı konular olması,
- Ailenin kültürel inançlarının sağlık çalışanları ile uyuşmaması,
- Sağlık çalışanı tarafından aileye verilen eğitimin ailenin anlayış ve beceri eksikliğinden ötürü verimli olmaması,
- Aileye verilmesi gereken eğitimin sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması nedeniyle yeterince sağlanamamasıdır [76].

Yapılan çalışmalarda, ailelere 24 saat refakat izni veren hastanelerde bile AMB istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür. Ailelerin bakım ve tedavi konusundaki kararlara katılmadıkları, tıbbi bakım ve sorumluluklardan ziyade fiziksel sorumluluklar aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca ailelerin çocuklarıyla ilgili kaygı ve düşüncelerini yeterince

konuşamadıkları, sağlık çalışanlarının ailelere çocuklarının bakımını yapmak için yeterli zamanı ve şansı veremedikleri sonucuna ulaşılmıştır [34, 41, 77].

2.5. Aile Merkezli Bakım Uygulamalarında Yenidoğan Hemşiresinin Rolü

19 Nisan 2011/27910 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında yenidoğan hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olup, bu görev ve sorumluluklar AMB anlayışı ile örtüşmektedir [78]. Hemşirelerin AMB anlayışını istenilen düzeyde uygulayabilmesi ve ebeveynler ile iletişimini artırabilmesi için önerilen iki adet model bulunmaktadır [15].

Bu modeller;

1) LEARN Modeli

Bu model Berlin ve Fowkes tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Bu modelin detaylarına baktığımızda;

L= Dinleme (listening): Hemşirenin aileyi sempati ile dinlemesini ve ailenin sorunu nasıl algıladığını anlayabilmesini açıklamaktadır.

E= Açıklama (explaining): Model bu maddede sağlık hemşirenin problemi nasıl algıladığını açıklamaktadır.

A= Bilgilendirme (acknowledging): Bu adım hemşirenin aileyle uyum sağlayabileceği konuların belirlenmesi için ebeveynlerle farklılıkları ve benzerlikleri tartışması gerektiğini içermektedir.

R= Tavsiye etme (recommending): Burada hemşire aileye tedavi ya da bakım planı konularına ilişkin önerileri çalışmaktadır.

N= Uzlaşma (negotiating): Hasta ve ailenin kültürel değerlerine saygı duyularak uygun görülen tedavi ya da bakım planında uzlaşmaya varılmasını içermektedir [11].

2) Karşılıklı Katılımlı Hemşirelik Bakım Modeli

Karşılıklı Katılımlı Hemşirelik Bakım Modeli hemşire ve aile arasında etkili iletişim kurabilmek için geliştirilmiş bir modeldir. 1997-1998 yıllarında Model Curley tarafınca geliştirilmiştir. Bu model riskli hasta çocukların ve ailelerin aldıkları hemşirelik

bakımında bireysellik anlayışını benimsemektedir. Bireysellik modelin temel felsefesidir. Bu modelde hemşire aileye özgü değerlere önem vererek çocuğun hastalık durumu ve bakımı hakkında aileye bilgi vermektedir. Ailelerin AMB modelinde de olduğu gibi bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde hemşire ile eşdeğer karar verme derecesine sahip olduğu ilkesine dayanmaktadır [15].

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakımın geliştirmesi için öneriler şu şekilde sıralanmaktadır;

1. Aile, ziyaret saatleri esas ve usuller konusunda bilgilendirilmeli,
2. Kardeşlerin YYBÜ'ne ziyaretine olanak tanınmalı,
3. Aile destek grupları oluşturulmalı,
4. Formlar oluşturularak ailenin gereksinimleri belirlenmeli,
5. Bebeğin bütün aile üyeleriyle iletişimi sağlanmalı,
6. Toplum destekleri hususunda aile bilgilendirilmeli,
7. Hastane ortamı aileye tanıtılmalı,
8. Ailenin perioperatif dönem korkularını azaltmak için birimler tanıtılmalı ve operasyona yönelik video vb. materyaller ile eğitim verilmeli,
9. Yenidoğan hastane yatış süresince taburculuğa hazırlanmalı,
10. Bakım ortamında değişiklik yapmadan ailenin kültürel inançları kliniğe uyarlanmalı,
11. Bütün aile üyeleri evde bakım konusunda bilgilendirilmeli ve cesaretlendirilmeli,
12. Kronik hastalığı olan bebeklerde ailenin durumla daha kolay baş edebilmesi için yeni sağlık politikaları geliştirilmelidir [23, 50, 75, 79].

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebek ve aile ile sürekli bir iletişim halinde olan sağlık profesyoneli hemşiredir. Bu nedenle hemşireler YYBÜ'nde AMB uygulamalarının etkinliğinin artırılması yönünde ekip çalışmasında kritik bir öneme sahiptirler (4,29).

2.6. Pandemi Döneminde Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği

Aile üyeleri yoğun bakım ünitelerinde hemşireler için vazgeçilmezdir. Hasta bakımında aile üyelerinin varlığının olumlu sonuçları bildirilmiş olmasına karşın COVID-19 pandemisinin başlamasıyla birlikte, enfeksiyon önleme çabalarının bir parçası olarak hastanelerde aile ziyaretleri büyük ölçüde azaltılmış veya tamamen bitirilmiştir. Yoğun bakım ünitelerine büyük ölçüde ziyaretçi alınmamıştır. Bu durum aile üyeleri, hemşireler ve hekimler açısından sürecin yönetiminde zorlukları beraberinde getirmiştir [80].

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, ebeveyn ve bebekler için stresli bir ortamdır ve pandemi ile birlikte ortaya çıkan belirsizlikler hem aile hem de sağlık çalışanları açısından bu stresi arttırmıştır. Yenidoğan ünitelerinde ziyaretçi kısıtlamaları ile yenidoğanların anne-bebek ya da anne-diğer aile üyeleri ilişkisi sekteye uğramıştır [81]. Bu durum anne-bebek bağını, emzirme süreçlerini ve bebeklerin hastane süreci hakkında bilgilendirilmesinde kesintilere uğramasına neden olmuştur [81, 82]. Hemşireler annelerin emzirme süreçlerinin devam ettirilmesi, bakıma katılımı konularında etik ikilemler yaşamıştır [83]. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşireler üniteye yapılan ziyaretçi kısıtlamalarının bebekleri ve personeli korumak için gerekli bir önlem olduğunu, bu durumdan ebeveynlerin olumsuz etkilendiği konusunda hemfikir olduklarını belirtmişlerdir [84]. Bu nedenle pandemi sürecinde aile merkezli bakım uygulamaları etkilenmiştir.

BÖLÜM 3

GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) yürütülmüştür. Hastane 'Bebek Dostu Hastane' dir. YYBÜ 3 düzeyden oluşmaktadır (1.düzye, 2.düzye, 3.düzye). Ünitenin girişinde gelenlerin ellerini yıkamaları ve önlük giymeleri için ayrılmış bir oda bulunmaktadır. Ünite içerisinde hemşire dinlenme odası, laboratuvar odası, annelerin süt sağabileceği buzdolabı bulunan bir beslenme ünitesi, malzeme deposu ve ünitenin hemen yakınında annelerin kalabileceği anne oteli (22 kişilik) bulunmaktadır. Üçüncü düzey yoğun bakım içerisinde yakınlaştırma özelliği bulunan web kamerası ile aile yakınları ünite dışında bir ekran yardımıyla bebeklerini izleyebilmektedirler. YYBÜ'nde 24 küvöz, 2 ısıtıcı(radyan), 8 kot yatak bulunmaktadır. Ünite 8 kot yataklı 1. düzey, 3 küvöz izolasyon odası, 7 küvöz 2. düzey, 14 küvöz 3. düzey olmak üzere 32 yataklıdır. Serviste 1 tane yenidoğan uzmanı ve 27 hemşire görev yapmaktadır. YYBÜ'nde çalışan tüm hemşirelerin neonatal resüsitasyon programı sertifikası ve anne sütü emzirme danışmanlığı sertifikaları mevcuttur. Hemşirelerin %80'i lisans(n=22), %12' si yüksek lisans (n=3), %8'i ön lisans mezunudur (n=2). Hemşirelerin %48,2'si 10 yıl ve üzeri(n=13), %29,6'sı 5-10 yıl arası(n=8), %22,2'si 0-5 yıl deneyime (n=6) sahiptir. 08-16 şiftinde 7, 16-08 şiftinde 6 hemşire görev yapmaktadır. 10 ventilatör ve her hastaya ait monitör bulunmaktadır. Hasta ziyaret ve bilgi saatleri pazartesi, çarşamba, cuma günleri saat 13:30 da anne ve babaların beraber girebildiği günler olup, anneler için 7 gün 24 saat ziyaret edebilme imkânı bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi kapsamında hizmet veren; Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası YYBÜ'ne son bir yıl içerisinde (1 Ocak 2018-1 Ocak 2019) yatan bebeklerin anneleri (N: 1923) oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Hastaneden alınan veriye göre yenidoğan yoğun bakım ünitesine 1 Ocak 2018 – 1 Ocak 2019 yılı arasında hasta yatış sayısı 1923 tür. Çalışma için örneklem büyüklüğü tarafından g power programında hesaplanmıştır. %95 güven (1- α), %80 test gücü (1- β) ile minimum örneklem genişliği 311 olarak belirlenmiş, 350 kişi alınmıştır.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin annelerinin;

- Türkçe okur-yazar olması,
- 18 yaş üzerinde olması,
- Tanımlanmış bir ruhsal hastalığının olmaması,
- Bebeğinin en az üç gün YYBÜ’de yatıyor olması,
- Bebeğinin yanında kalıyor olması veya hemşireyle birlikte en az üç kez bebeğinin bakımına katılmış olması (30)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olup onam vermiş olması, araştırmanın dâhil edilme kriterlerini oluşturmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak (5,8,9,21,24,28) oluşturulan bebek ve annelerin sosyo-demografik özelliklerinden oluşan Anne ve Bebek Veri toplama Formu [EK-2], Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği [EK-3] kullanılmıştır. Verilerin toplanması Eylül 2021- Mart 2022 arasında tamamlanmıştır.

3.5.1. Anne ve Bebek Veri Toplama Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak (5,8,9,21,24,28), annenin ve bebeklerin tanıtıcı özellikleri, annelerin bebeğinin bakım kararlarına katılma, yapılan tedavileri, hastalığını, ilaçlarını, yapılan girişimlerin nedenlerini bilme durumunu, doğduktan sonra bebeği ilk görme, emzirme, kucağa alma zamanı, anne otelinde kalma durumu, babanın ziyarete gelme durumu gibi bilgilerin yer aldığı 28 sorudan oluşmaktadır [EK-2].

3.5.2. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ)

Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ); Yıldız ve Geçkil tarafından (2019) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin aldıkları bakımın aile merkezli bakım yönünden değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 5’li likert tipi olup

(1= hiç katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= kararsızım, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum) toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Geliştirilen ölçekten alınabilecek olan en düşük puan 29, en yüksek puan 145'dir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması AMB'nin olumlu yönde arttığını/yükseldiğini göstermektedir [EK-3]. YAMBÖ ve alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için .93'tür. Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach alfa değeri itibar ve saygı boyutunda .82, bilgi paylaşımı boyutunda .89, bakıma katılma boyutunda .87, aile ile işbirliği boyutunda .84 olarak bulunmuştur [85].

Ölçeğin Alt Boyutları

Maddeler

1. İtibar ve Saygı	7 madde (1-7. Madde arası)
2. Bilgi Paylaşımı	9 madde (8-16. Madde arası)
3. Bakıma Katılım	5 madde (17-21. Madde arası)
4. Aile ile İş birliği	8 madde (22-29. Madde arası)

- İtibar ve Saygı (7 Madde): 1,2,3,4,5,6,7 (Min-Max= 7-35 puan)
- Bilgi paylaşımı (9 madde): 8,9,10,11,12,13,14,15,16 (Min-Max= 9-45 puan)
- Bakıma katılım (5 madde): 17,18,19,20,21 (Min- Max= 5-25)
- Aile ile işbirliği (8 madde): 22,23,24,25,26,27,28,29 (Min- Max=8-40)

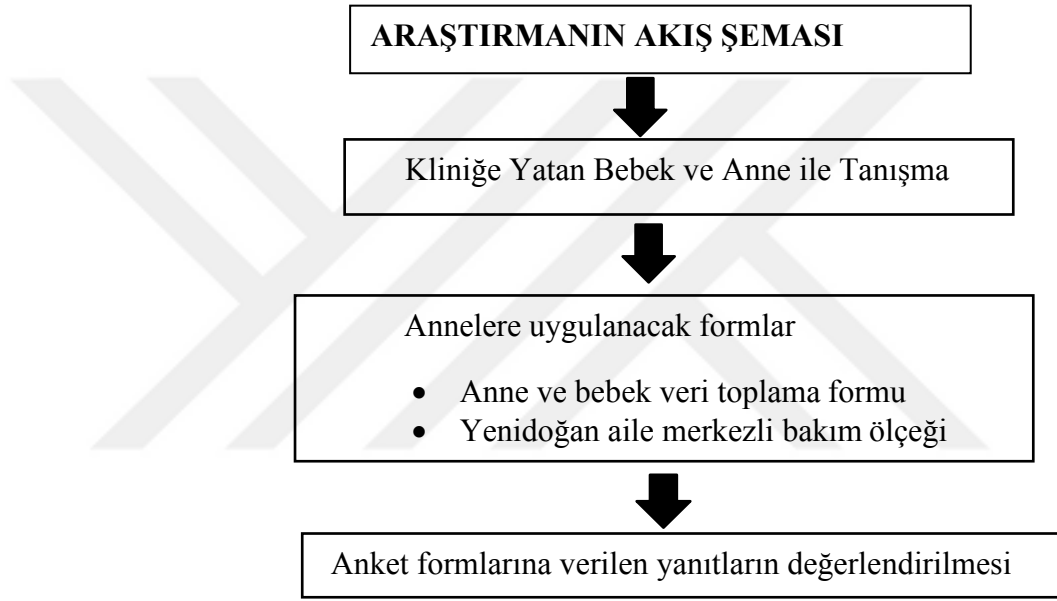
3.5.3. Ön Uygulama

Anket formunun anlaşılabilirliğini ve formların doldurulmasında gereken sürenin belirlenmesi amacıyla, araştırma örneklemini dışında kalan ve araştırma kriterlerini karşılayan 20 anne ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak formlara son hali verilmiştir.

3.5.4. Uygulama

Araştırmaya, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı, çalışmanın yapılacağı kurumdan izin ve örnekleme alınan bebeklerin annelerinden sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra başlanmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve ölçek yüz yüze görüşme tekniği ile annelerin sorularına cevap verilerek gönüllü olan annelere uygulanmış, katılmak istemeyen annelere uygulanmamıştır. Anneler ortalama 20 dakika içerisinde ölçek ve anket sorularını cevaplamıştır.



Şekil 3.5. 1 Araştırmanın akış şeması

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için, çalışmaya başlamadan önce Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (11550/12.01.2021-2021.01.06) [EK-4] ve Niğde İl Sağlık Müdürlüğü'nden (2021/2-01/E.82084098-000-1290 24.02.2021/2) izinler alınmıştır [EK-5]. Annelere çalışmanın amacı açıklanarak, sözel onamları alınmış ve anne rıza Formu [EK-1] imzalatılmıştır. Aynı zamanda çalışmada kullanılan ölçek için yazarlardan da gerekli izin alınmıştır [Ek-6].

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler:

Annelerin Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ)'ne vermiş oldukları puanlar çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Annelerin yaşı, eğitimi, çocuk sayısı, yaşadığı yer, evdeki çocuğuyla ilgilenen birey olma durumu, bebeğini ilk kucağına alma, ilk görme, ilk emzirme günleri, bebeğin haftası, doğum kilosu, postnatal günü, hastaneye yatış günü, annelerin bebeklerinin bakım kararlarına katılımı, tıbbi işlemler yapılırken yanında bulunma durumu, bebeğinin ilaçlarını, hastalığını, tedavisini, uygulanan girişimlerin nedenini bilme, hemşire teslimlerine katılım durumları, anne otelinde kalma, babanın hastaneye ziyarete gelme durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002).

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, 2’den fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini tespit etmek için çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

Aile merkezli bakımı etkileyen faktörler Enter metodu ile belirlenerek regresyon analizi ile değerlendirilmiş, istatistiksel olarak anlamlı bulunan faktörler çoklu doğrusal regresyon analizine dâhil edilmiştir. Sonuçların istatistiksel anlamlılığı $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Bu bölümde, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler incelenmiştir.

Tablo 4. 1. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Gestasyon haftası		
32 hafta ve altı	16	4.6
33-37 hafta	136	39.0
38 hafta ve üzeri	198	56.4
Cinsiyet		
Kız	181	51.7
Erkek	169	49.3
Doğum şekli		
Normal	162	46.3
Sezeryan	188	53.7
Yatış gün sayısı		
3 gün	208	59.4
4 gün	53	15.1
5 gün	19	5.4
6 gün ve üzeri	70	20.0
Doğum kilosu		
1800-2000 gr arası	26	7.4
2001-3000 gr arası	139	39.7
3001-4500 gr arası	185	52.9
Toplam	350	100.0

Tablo 4.1.'de yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Bebeklerin %56.4'ü 38 hafta ve üzeri, %51.7'si kız, %53.7'sinin sezeryan doğumla dünyaya geldiği belirlenmiştir. Bebeklerin %52.9'unun 3000 gr üzeri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 2. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=350)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
18-25	160	45.7
26-32	135	38.6
33-41	55	15.7
Eğitim durumu		
Okur yazar	16	4.6
İlkokul mezunu	40	11.4
Ortaokul mezunu	125	35.7
Lise mezunu	87	24.9
Üniversite mezunu	82	23.4
Çalışma durumu		
Çalışan	66	18.9
Çalışmayan	284	81.1
Yaşadığı yer		
Şehir merkezi	182	52.0
İlçe	64	18.3
Köy	104	29.7
Aile tipi		
Çekirdek aile	274	78.3
Geniş aile	71	20.3
Parçalanmış aile	5	1.4
Ailenin çocuk sayısı		
1 çocuk	145	41.4
2 çocuk	92	26.3
3 çocuk ve üzeri	113	32.3
Evdeki çocukla ilgilenen bireyin varlığı(n=205)		
Var	188	91.7
Yok	17	8.3

Tablo 4. 2.'nin devamı

Evdeki çocuklarla ilgilenen birey (n=205)		
Büyükanne	72	35.2
Eş	33	16.1
Diğer (kız kardeş, bakıcı, hala, teyze)	10	4.8
Yanıt vermeyen	90	43.9
Annenin bebeğini ilk gördüğü gün		
1.gün	272	77.7
2.gün	44	12.6
3.gün	11	3.1
4.gün ve üzeri	23	6.6
Annenin bebeğini ilk kucağına aldığı gün		
1.gün	253	72.3
2.gün	30	8.6
3.gün	23	6.6
4.gün ve üzeri	44	12.6
Annenin bebeğini ilk emzirdiği gün		
1 gün	240	68.6
2. gün	32	9.1
3. gün	26	7.4
4. gün ve üzeri	52	14.9
Anne otelinde kalma durumu		
Evet	340	97.1
Hayır	10	2.9
Anne oteli kalma süresi/gün		
1 gün	161	46.0
2 gün	88	25.1
3 gün ve üzeri	101	28.9
Toplam	350	100.0

Tablo 4.2.'de bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya dâhil edilen annelerin yaş ortalaması 26.92±5.73 olup %45.7'sinin 17-25 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Annelerin %35.7'sinin ortaokul mezunu olduğu, %81.1'inin çalışmadığı, %52'sinin şehir merkezinde yaşadığı, %78.3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Annelerin %41.4'ü bir çocuk sahibi olduğunu, %91.7'si evdeki çocuğuyla ilgilenen birinin olduğunu, %35.2' büyükannenin ilgilendiğini bildirmiştir. Annelerin %77.7'si bebeğini ilk gün gördüğünü, %72.3'ü bebeğini ilk gün kucağına aldığını, %68.6'sı ilk gün emzirdiğini belirtmişlerdir. Annelerin çoğunluğu (%97.1) anne otelinde kaldığı ve %28.9'unun da üç gün ve daha fazla süre ile anne otelinde kaldığını ifade etmiştir.

Tablo 4. 3. Annelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeğine yönelik bakıma katılım/ bilgi alabilme / kendi gereksinimlerini karşılayabilme durumu (n:350)

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Annelerin hemşirelerle birlikte katıldığı bakımlar *		
Beslenme /emzirme	333	41.5
Hijyen gereksinimlerini karşılama	115	14.3
Ağızdan ilaç uygulama	89	11.0
Pozisyon verme	83	10.3
Vücut sıcaklığı ölçümü yapma	80	10
Oksijen verme	32	4
Aspirasyon yapılırken katılım	24	3
Pansuman yapma	20	2,5
Nazogastrik sonda ile beslemeye katılım	19	2,4
Diğer **	8	1
Annelerin bebeğin bakım kararlarına katılma durumu		
Evet	314	89.7
Hayır	36	10.3
Annelerin tıbbi işlemler yapılırken bebeğin yanında bulunma durumu		
Evet	231	66.0
Hayır	119	34.0

Tablo 4. 3.'ün devamı

Annelerin bebeğinin hastalığını bilme durumu		
Evet	312	89.1
Hayır	38	10.9
Annelerin bebeğinin tedavi protokolünü bilme durumu		
Evet	280	80.0
Hayır	70	20.0
Annelerin bebeğın ilaçlarını bilme durumu		
Evet	233	66.6
Hayır	117	33.4
Annelerin bebeğine uygulanan girişimlerin nedenini bilme durumu		
Evet	268	76.6
Hayır	82	23.4
Annelerin hemşirelere soru sorabilme durumu		
Evet	341	97.4
Hayır	9	2.6
Annelerin hemşire teslimlerine katılma durumu		
Evet	235	67.1
Hayır	115	32.9
Babamın hastaneye gelme durumu		
Evet	184	52.6
Hayır	166	47.4
Hastane ortamında annelerin kendi gereksinimlerini karşılama durumu		
Evet	268	76.6
Hayır	82	23.4
Hastane ortamında annelerin yeterince karşılayabildiklerini düşündüğü gereksinimleri *		
Yemek yeme	275	46.9
Uyku	160	27.3
Banyo	82	13.8
Dinlenme	74	12
Toplam	350	100.0

*Birden fazla cevap verilmiştir, Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir.

**Diğer: Postüral drenaj, buhar uygulaması

Tablo 4.3.'de annelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeğine yönelik bakıma katılım, bilgi alabilme ve kendi gereksinimlerini karşılayabilme durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Annelerin %89.7'si bakım kararları verilirken katıldığını, %66'sı tıbbi işlemler yapılırken bebeğinin yanında bulunduğunu belirtmiştir. Annelerin hemşirelerle birlikte en çok bebeğinin beslenme/ emzirme (%41.5) ye %14.3'ünün hijyen gereksinimlerini karşılamaya katıldıkları belirlenmiştir. Annelerin %89.1'i bebeğinin hastalığını bildiğini, %80'i bebeğinin tedavisini bildiğini, %66.6'sının bebeğinin kullandığı ilaçları bildiğini, %76.6'sı bebeğine uygulanan girişimlerin nedenlerini bildiğini, %97.4'ü hemşirelere soru sorabildiğini ifade etmiştir. Annelerin %67.1'i hasta başı hemşire teslimlere katıldığını, %52.6'sı babanın ziyarete geldiğini, %23.4'ü anne otelinde kaldığı sırada kendi gereksinimlerini yeterince karşılayamadığını belirtmiştir. Bu annelerin %46.9'u yeterince yemek yiyebildiğini. %12'si yeterince dinlenebildiğini belirtmiştir.

Tablo 4. 4. Annelerin yenidoğan aile merkezli bakım ölçeği puanı ortalamaları

ÖLÇEKLER	Alt Boyutlar	Mean ± SD	Ölçeklerden Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puan
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ)	İtibar ve saygı	27.10 ±4.78	7-35
	Bilgi paylaşımı	36.00 ±6.32	9-45
	Bakıma katılım	19.95 ±3.53	5-25
	Aile ile işbirliği	29.88 ±6.41	8-40
	YAMBÖ Toplam Puanı	112.94 ±19.26	29-145

Tablo 4.4'de Annelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ) toplam puan ortalaması ve alt gruplarından (İtibar ve saygı, Bilgi Paylaşımı, Bakıma Katılım ve Aile ile İşbirliği) aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Annelerin YAMBÖ Toplam Puanı Ortalaması 112.94 ±19.26'dır. YAMBÖ alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanlar dikkate alındığında, anneler bakıma katılım puanını yüksek olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 4. 5. Annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre YAMBÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikler		İtibar Saygı	Bilgi Paylaşımı	Bakıma Katılım	Aile İşbirliği	YAMBÖ Puan	Toplam
		SS	SS	SS	SS	SS	
Yaş	18-25	26.98±4.94	36.33±6.43	20.03±3.80	30.18±6.78	113.51±20.25	
	26- 32	27.04±4.83	35.61±6.68	19.72±3.55	29.40±6.58	111.76±19.80	
	33-41	27.60±4.23	36.00±5.01	20.33±2.63	30.24±4.75	114.16±14.62	
	F testi	0.360	0.478	0.635	0.630	0.432	
	P	0.698	0.620	0.530	0.533	0.650	
Eğitim durumu	Okuryazar ¹	27.31±4.92	36.38±6.03	20.06±2.86	28.44±6.91	112.19±17.47	
	İlkokul ²	27.23±4.36	35.60±4.64	19.90±2.94	30.90±4.80	113.63±15.24	
	Ortaokul ³	26.12±5.10	35.11±6.74	19.14±3.71	28.70±6.90	109.07±20.55	
	Lise ⁴	26.75±4.45	35.99±6.27	20.06±3.62	29.59±6.16	112.38±18.87	
	Üniversite ⁵	28.87±4.40	37.49±6.35	21.09±3.33	31.80±6.13	119.24±18.53	
	F testi	4.402	1.821	3.879	3.505	3.594	
	P	0.002*	0.124	0.004*	0.008*	0.007*	
	Bonferroni	5>3.4	-	5>3	5>3	5>3	

Tablo 4.5.'in devamı

Çalışma durumu	Çalışıyor	28.26±5.65	37.17±6.95	21.03±3.95	31.70±6.65	118.15±21.99
	Çalışmıyor	26.83±4.53	35.73±6.15	19.70±3.40	29.46±6.30	111.73±18.41
	t testi	2.194	1.547	2.518	2.565	2.457
	P	0.029*	0.125	0.014*	0.011*	0.015*
Yaşanılan yer	Köy ¹	27.01±5.43	35.87±6.77	19.98±3.66	30.15±6.90	113.01±21.51
	İlçe merkezi ²	25.84±4.91	34.06±6.73	18.72±4.00	28.05±6.29	106.67±19.44
	Şehir merkezi ³	27.59±4.26	36.76±5.78	20.37±3.20	30.38±6.09	115.10±17.39
	F testi	3.233	4.418	5.306	3.297	4.629
	P	0.041*	0.013*	0.005*	0.038*	0.010*
	Bonferroni	3>2	3>2	3>2	3>2	3>2
Çocuk sayısı	1	26.54±5.09	35.19±6.90	19.62±3.89	29.34±6.73	110.69±20.82
	2	27.88±4.25	37.03±6.20	20.75±3.33	30.86±6.30	116.52±18.14
	3 ve üzeri ³	27.19±4.74	36.20±5.52	19.73±3.15	29.79±6.06	112.91±17.75
	F testi	2.259	2.506	3.227	1.590	2.602
	P	0.106	0.083	0.041*	0.205	0.076
	Bonferroni	-	-	2>1	-	-

Tablo 4.5.'in devamı

Evdeki çocuklarla ilgilenen birey olma durumu	Hayır ¹	23.65±4.66	32.00±6.67	18.47±3.41	27.06±6.74	101.18±20.48
	Evet ²	27.56±4.78	36.63±6.13	20.19±3.47	30.21±6.32	114.59±18.92
	Başka çocuk yok ³	26.83±4.63	35.52±6.40	19.78±3.64	29.73±6.49	111.87±19.19
	F testi	5.715	4.883	2.096	1.964	4.188
	P	0.004*	0.008*	0.124	0.142	0.016*
	Bonferroni	3.2>1	2>1	-	-	2>1

*p<0.05 F testi; tek yönlü varyans analizi

Tablo 4.5' e göre annelerin yaşlarına göre YAMBÖ alt boyutları ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Tablo 4.5'e göre annelerin eğitim durumlarına göre itibar saygı, bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Eğitim durumu üniversite olan annelerin itibar saygı boyutunu eğitimi ortaokul ve lise olan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir. Eğitim durumu üniversite olan annelerin bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanlarının eğitim durumu ortaokul olan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir.

Annelerin çalışma durumlarına göre itibar saygı bakıma katılım, aile işbirliği boyutları ve YAMBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Çalışan annelerin itibar saygı, bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanlarının çalışmayan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir.

Annelerin yaşadıkları yerlerine göre itibar saygı, bilgi paylaşımı, bakıma katılım, aile işbirliği boyutları ve YAMBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Yaşadıkları yer şehir merkezi olan annelerin itibar saygı, bilgi paylaşımı, bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanlarının yaşadıkları yer ilçe merkezi olan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir.

Annelerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre bakıma katılım boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Çocuk sayısı 2 olan annelerin bakıma katılım alt boyutunu, çocuk sayısı 1 olan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir. Annelerin evdeki diğer çocuklarıyla ilgilenen biri varlığı durumlarına göre itibar saygı, bilgi paylaşımı alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Evdeki çocuklarla ilgilenen olan ve başka çocuğu olmayan annelerin itibar saygı, bilgi paylaşımı alt boyut ve YAMBÖ toplam puanlarına evdeki çocuklarla ilgilenen olmayan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Bebeklerin tanıtıcı özelliklerine göre annelerin YAMBÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Bebeklerin özellikleri		İtibar Saygı	Bilgi Paylaşımı	Bakıma Katılım	Aile İşbirliği	YAMBÖ Toplam
		SS	SS	SS	SS	SS
Doğum şekli	Normal	27.09±4.36	35.81±5.92	19.99±3.18	29.19±6.65	112.08±18.12
	Sezeryan	27.11±5.14	36.16±6.67	19.93±3.83	30.49±6.17	113.68±20.23
	t testi	-0.027	-0.508	0.163	-1.902	-0.774
	P	0.979	0.612	0.870	0.058	0.439
Bebeğin cinsiyeti	Kız	26.83±4.85	35.60±6.16	19.51±3.64	29.73±6.37	111.67±19.42
	Erkek	27.39±4.71	36.43±6.49	20.43±3.38	30.05±6.48	114.30±19.08
	t testi	-1.098	-1.218	-2.426	-0.471	-1.273
	P	0.273	0.224	0.016*	0.638	0.204
Bebeğin doğum kilosu	1800-2000	27.35±4.41	34.77±6.56	19.65±3.64	29.85±6.63	111.62 ±18.97
	2001-3000	27.24±5.02	36.06±6.92	20.14±3.86	29.96±6.53	113.41±20.79
	3001-4500	26.96±4.67	36.12±5.83	19.85±3.28	29.83±6.34	112.77±18.18
	F testi	0.168	0.534	0.366	0.017	0.109
	P	0.846	0.587	0.694	0.983	0.897

Tablo 4. 6.'nın devamı

Bebeğin yatış günü	3 gün	26.84±4.87	36.12±6.62	19.83±3.74	29.65±6.58	112.43±20.04
	4 gün	27.45±4.69	35.96±6.36	19.98±3.72	30.21±6.95	113.60±19.97
	5 gün	27.51±4.64	35.75±5.63	20.24±2.90	30.25±5.73	113.74±17.07
	F testi	0.778	0.103	0.417	0.348	0.181
	P	0.460	0.902	0.660	0.706	0.834
Annenin doğum sonrası bebeğini ilk gördüğü gün	1. gün	26.81±4.81	35.95±6.00	19.94±3.31	29.61±6.45	112.32±18.75
	2. gün	26.93±4.97	35.20±7.64	19.39±4.61	29.52±6.47	111.05±21.94
	3. gün	29.09±3.78	36.18±6.78	20.45±3.11	32.64±5.55	118.36±18.73
	4 ve üstü	29.87±3.53	38.00±7.11	20.96±4.04	32.52±5.78	121.35±18.96
	F testi	3.629	1.007	1.067	2.203	2.004
	P	0.013*	0.390	0.363	0.088	0.113
	Bonferroni	4>1	-	-	-	-
Annenin doğum sonrası bebeğini ilk kucağına aldığı gün	1.gün	27.13±4.77	36.15±6.17	19.94±3.40	29.85±6.56	113.07±19.13
	2.gün	27.00±5.60	34.77±8.19	19.27±5.09	29.97±6.40	111.00±24.12
	3.gün	25.35±4.73	35.87±5.35	20.26±2.72	30.00±5.24	111.48±16.89
	4. gün ve üstü	27.89±4.18	36.05±6.35	20.34±3.47	30.00±6.33	114.27±18.04
	F testi	1.438	0.430	0.609	0.012	0.218
	P	0.231	0.732	0.610	0.998	0.884

Tablo 4. 6.'nın devamı

Annenin doğum sonrası bebeğini ilk emzirdiği gün	1. gün	27.13±4.76	36.22±6.23	20.02±3.42	30.00±6.65	113.36±19.27
	2.gün	27.13±6.13	34.38±8.10	19.13±4.99	28.53±6.39	109.16±24.14
	3.gün	26.38±4.21	37.08±4.59	20.58±2.32	30.35±5.33	114.38±15.04
	4. gün ve üstü	27.3±4.31	35.44±6.23	19.85±3.55	29.98±5.86	112.60±18.04
	F testi	0.234	1.189	0.897	0.545	0.502
	P	0.873	0.314	0.443	0.652	0.681
Gestasyon Haftası	32 hafta altı	27.75±5.21	36.06±7.26	20.31±3.94	31.19±6.92	115.31±21.05
	33- 37 hafta	27.56±4.56	36.49±6.05	20.40±3.34	30.20±6.11	114.65±18.63
	38 ve üzeri	2.73±4.89	35.66±6.44	19.62±3.62	29.57±6.59	111.58±19.54
	F testi	1.360	0.683	2.098	0.736	1.152
	P	0.258	0.506	0.124	0.480	0.317

*p<0.05 F; tek yönlü varyans analizi

Tablo 4.6'ya göre; annelerin doğum şekli, bebeğin doğum kilosu, bebeğin yatış gün sayısı, annenin ilk kucağa alma, ilk emzirme günü ve gebelik haftasına göre YAMBÖ alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Annelerin bebeğin cinsiyetine göre bakıma katılım boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bebeğin cinsiyeti erkek olan annelerin bakıma katılım boyutuna bebeğin cinsiyeti kız olan annelere göre daha yüksek puanlanmış olduğu görülmektedir.

Annelerin doğum sonrası bebeklerini ilk gördüğü güne göre itibar saygı boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Doğum sonrası bebeğini ilk kez 4. gün ve üzeri gören annelerin itibar saygı boyutu puanlarını ilk gün gören annelere göre daha yüksek değerlendirmiş olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Annelerin bakım kararlarına katılım, anne otelinde kalma, baba ziyaret durumlarına ile YAMBÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Bakım ile ilişkili özellikler		İtibar Saygı	Bilgi Paylaşımı	Bakıma Katılım	Aile İşbirliği	YAMBÖ Toplam
		SS	SS	SS	SS	SS
Bakım Kararlarına Katılma durumu	Hayır	27.11±4.74	35.58±5.75	19.97±3.06	28.89±6.82	111.56±18.99
	Evet	27.10±4.80	36.05±6.39	19.95±3.60	30.00±6.37	113.10±19.33
	t testi	0.015	-0.417	0.032	-0.984	-0.455
	P	0.988	0.677	0.974	0.326	0.650
Tıbbi İşlemler Yapılırken bebeğin Yanında Bulunma Durumu	Hayır	26.90±4.42	35.23±5.63	20.02±2.92	28.78±6.47	110.92±17.81
	Evet	27.20±4.97	36.40±6.63	19.92±3.83	30.45±6.33	113.98±19.94
	t testi	-0.563	-1.645	0.258	-2.324	-1.407
	P	0.574	0.101	0.797	0.021*	0.160
Bebeğin Hastalığını Bilme Durumu	Hayır	26.16±4.55	33.55±6.86	18.71±3.38	27.71±6.73	106.13±19.14
	Evet	27.21±4.81	36.30±6.20	20.11±3.53	30.15±6.34	113.77±19.15
	t testi	-1.287	-2.546	-2.308	-2.225	-2.321
	P	0.199	0.011*	0.022*	0.027*	0.021*

Tablo 4.7.'nin devamı

Bebeğin Tedavi Protokolünü Bilme Durumu	Hayır	26.29±4.39	34.56±6.28	19.60±2.98	28.30±6.46	108.74±17.65
	Evet	27.30±4.86	36.36±6.30	20.04±3.66	30.28±6.36	113.99±19.54
	t testi	-1.595	-2.145	-0.936	-2.325	-2.047
	P	0.112	0.033*	0.350	0.021*	0.041*
Bebeğin İlaçlarını Bilme Durumu	Hayır	26.73±4.88	34.64±6.89	19.38±3.89	29.19±6.83	109.94±20.65
	Evet	27.29±4.73	36.68±5.92	20.24±3.32	30.24±6.19	114.45±18.40
	t testi	-1.035	-2.878	-2.144	-1.443	-2.074
	P	0.301	0.004*	0.033*	0.150	0.039*
Bebeğe Uygulanan Girişimlerin Nedenini Bilme Durumu	Hayır	26.00±4.43	34.52±5.93	19.18±3.00	27.34±6.71	107.05±17.33
	Evet	27.44±4.85	36.45±6.38	20.19±3.66	30.66±6.13	114.74±19.50
	t testi	-2.395	-2.431	-2.268	-4.198	-3.205
	P	0.017*	0.016*	0.024*	0.000*	0.001*
Hemşirelerin Hasta başı Teslimlerine Katılma Durumu	Hayır	26.19±5.04	34.92±6.13	19.89±3.40	29.16±6.54	110.16±19.07
	Evet	27.54±4.60	36.53±6.36	19.99±3.61	30.24±6.34	114.30±19.26
	t testi	-2.504	-2.244	-0.249	-1.489	-1.897
	P	0.013*	0.025*	0.804	0.137	0.059

Tablo 4.7.'nin devamı

Baba Durumu	Ziyaret	Hayır	27.06±4.62	35.73±6.21	19.99±3.36	29.59±6.63	112.37±18.76
		Evet	27.14±4.94	36.24±6.44	19.92±3.70	30.15±6.23	113.45±19.75
		t testi	-0.147	-0.761	0.199	-0.817	-0.522
		P	0.883	0.447	0.842	0.414	0.602
Anne Kalma Durumu	Otelinde	Hayır (n=10)	26.40±8.64	33.20±12.77	17.70±8.21	31.60±8.68	108.90±37.89
		Evet	27.12±4.64	36.08±6.05	20.02±3.31	29.84±6.35	113.06±18.54
		t testi	-0.263	-0.711	-0.892	0.857	-0.346
		P	0.799	0.495	0.395	0.392	0.737
Anne Kalırken Gereksinimleri Karşılama Durumu	Otelinde	Hayır	27.21±5.29	35.66±6.44	20.10±3.59	30.59±6.66	113.55±20.83
	Kişisel	Evet	27.07±4.63	36.10±6.30	19.91±3.53	29.67±6.34	112.75±18.81
		t testi	0.232	-0.558	0.418	1.128	0.327
		P	0.817	0.577	0.676	0.260	0.744

*p<0.05

Tablo 4.7'ye göre babaların YYBÜ'nde anneleri ziyaret etme durumları ile YAMBÖ alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Annelerin bebeğinin bakım kararlarına katılma durumuna göre YAMBÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen bebeğinin bakım kararlarına katılan annelerin YAMBÖ toplam puanını daha yüksek değerlendirmiş olduğu görülmektedir ($p>0.05$).

Annelerin bebeğine tıbbi işlemler yapılırken yanında bulunma durumlarına göre aile işbirliği boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Tıbbi işlemler yapılırken yanında bulunan annelerin aile işbirliği boyutuna, tıbbi işlemler yapılırken yanında bulunmayan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir.

Annelerin bebeğinin hastalığını bilme durumlarına göre bilgi paylaşımı, bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bebeğinin hastalığını bilen annelerin bilgi paylaşımı, bakıma katılım, aile işbirliği alt boyut ve YAMBÖ toplam puanlarını bebeğinin hastalığını bilmeyen annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir.

Annelerin bebeğinin tedavi protokolünü bilme durumlarına göre bilgi paylaşımı, aile işbirliği alt boyutu ve YAMBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bebeğinin tedavi protokolünü bilen annelerin bilgi paylaşımı, aile ile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanlarını tedavi protokolünü bilmeyen annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir.

Annelerin bebeğinin ilaçlarını bilme durumlarına göre bilgi paylaşımı, bakıma katılım alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bebeğinin ilaçlarını bilen annelerin bilgi paylaşımı, bakıma katılım alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanlarını ilaçları bilmeyen annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir.

Annelerin bebeğe uygulanan girişimlerin nedenini bilme durumlarına göre itibar saygı, bilgi paylaşımı, bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bebeğine uygulanan girişimlerin nedenini bilen annelerin bilgi paylaşımı, bakıma katılım alt

boyutları ve YAMBÖ toplam puanlarını bebeğe uygulanan girişimlerin nedenini bilmeyen annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görölmektedir.

Annelerin bebeğinin hasta başı teslimlere katılım durumlarına göre itibar ve saygı, bilgi paylaşımı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ($p<0.05$). Bebeğinin hasta başı teslimlere katılan annelerin itibar ve saygı, bilgi paylaşımı alt boyutları puanlarının hasta başı teslimlere katılmayan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görölmektedir.

Anne otelinde kalan annelerin, kalmayan annelere göre YAMBÖ toplam puanını daha yüksek değerlendirmiş olduğu görölmüş, fakat aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 8. Annelerin YAMBÖ toplam puan ortalamalarını etkileyen faktörlerin çoklu regresyon analizi

Etkileyen Faktörler	YAMBÖ Toplam	
	Beta	P
Anne eğitim durumu		
Okuryazar	1.000	-
İlkokul mezunu	0.072	0.990
Ortaokul mezunu	-5.806	0.261
Lise mezunu	-2.230	0.677
Üniversite mezunu	3.071	0.584
Çalışma durumu		
Çalışmayan	1.000	-
Çalışan	1.566	0.594
Evdeki çocuklarla ilgilenen birey varlığı		
Hayır	1.000	-
Evet	4.384	0.038*
Annenin bebeğinin hastalığını bilme durumu		
Hayır	1.000	-
Evet	4.066	0.272
Annenin bebeğinin tedavilerini bilme durumu		
Hayır	1.000	-
Evet	2.174	0.481
Annenin bebeğinin ilaçlarını bilme durumu		
Hayır	1.000	-
Evet	1.273	0.588
Annenin bebeğine uygulanan girişimlerin nedenini bilme durumu		
Hayır	1.000	-
Evet	4.295	0.122

*p<0.05

Tablo 4.8'e göre araştırmada kullanılan annelerin YAMBÖ toplam puan ortalamalarını etkileyen faktörleri araştırmak üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre. F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmektedir ($F=3.381$; $p<0.05$). Bağımsız değişkenlere ait beta katsayı değerine. t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; evdeki çocuklarla ilgilenen varlığı YAMBÖ toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görölmektedir ($p<0.05$). Model tarafından YAMBÖ toplam puanları üzerindeki değişimin %9.3'ünün açıklandığı görölmektedir (Düzenlenmiş $R^2=0.093$). Modelde otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunu bulunmamaktadır (DW:1.586; VIF<10).

Evdeki çocuk bakımı ile ilgilenen biri bulunan annelerin YAMBÖ toplam puanlarının çocuk bakımı ile ilgilenen bulunmayan annelere göre 4.38 puan daha fazla olduğu görölmektedir.

Tablo 4. 9. Annelerin YAMBÖ'ye verdikleri cevaplara göre dağılımları

Ölçek maddeleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Hemşireler ebeveyn olarak bana saygı duyarlar.	10 (2.9)	27 (7.7)	15(4.3)	213 (60.9)	85 (24.3)
2. Hemşireler beni görünce selam verirler.	33 (9.4)	75 (21.4)	41 (11.7)	150 (42.9)	51 (14.6)
3. Hemşireler aile üyelerine güler yüzlü davranırlar.	4 (1.1)	24(6.9)	45 (12.9)	201 (57.4)	76 (21.7)
4. Hemşirelere bir şey sormak istediğimde bana iyi davranırlar.	2 (0.57)	11 (3.14)	33 (9.42)	220 (62.85)	84 (24)
5. Hemşireler benim yaşadığım sorunlarıma ilgi gösterirler.	2 (0.57)	28 (8)	46 (13.1)	208 (59.42)	66 (18.85)
6. Hemşireler kültürel farklılıklarına saygı duyarlar.	8 (2.3)	22 (6.3)	32 (9.1)	219 (62.6)	69 (19.7)
7. Hemşireler dini gereksinimlerime saygı duyarlar.	3 (0.9)	14 (4)	26 (7.4)	227 (64.9)	80 (22.9)
8.Hemşireler bebeğimin hastalığı hakkında beni bilgilendirirler.	1 (0.3)	20 (5.7)	23 (6.6)	211 (60.3)	95 (27.1)
9.Hemşireler bebeğimin sağlık durumu hakkında anlayabileceğim şekilde bana açıklama yaparlar.	2 (0.6)	19 (5.4)	25 (7.1)	204 (58.3)	100 (28.6)
10. Hemşireler bebeğime yapılan tedaviler hakkında beni bilgilendirirler.	2 (0.6)	27 (7.7)	30 (8.6)	201 (57.4)	90 (25.7)
11. Hemşireler bebeğimin tahlil ve laboratuvar sonuçları hakkında beni bilgilendirirler.	11 (3.1)	31 (8.9)	37 (10.6)	181 (51.7)	90 (25.7)
12. Hemşireler bebeğim için kullanılan tıbbi araçlar (monitör,serum, sonda) hakkında bana açıklama yaparlar.	5 (1.4)	35 (10)	47 (13.4)	178 (50.9)	85 (24.3)
13. Hemşireler bebeğimin bakımı (beslenme, banyo, alt değişimi) hakkında bana bilgi verirler.	7 (2)	16 (4.6)	16 (4.6)	214 (61.1)	97 (27.7)
14. Hemşireler bebeğimin klinikteki büyüme gelişmesi ile ilgili beni bilgilendirirler.	5 (1.4)	22 (6.3)	21 (6)	205 (58.6)	97 (27.7)

Tablo 4.9.'un devamı

Ölçek maddeleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
15. Hemşireler evde bebek bakımı ile ilgili bana bilgi verirler.	6 (1.7)	26 (7.4)	39 (11.1)	191 (54.6)	88 (25.1)
16. Hemşireler bebeğimin düzenli izlem ve aşıları hakkındabana bilgi verirler.	2 (0.6)	24 (6.9)	28 (8)	209 (59.7)	87 (24.9)
17. Hemşireler bebeğim ile temas kurmam (dokunmam, kucaklamam ve kanguru bakımı yapmam) için beni teşvik ederler.	4 (1.1)	26 (7.4)	33 (9.4)	208 (59.4)	79 (22.6)
18. Hemşireler bebeğimle konuşmam/iletişim kurmam için beni teşvik ederler.	5 (1.4)	31 (8.9)	39 (11.1)	189 (54)	86 (24.6)
19. Hemşireler bebeğime bakım verirken kendime güvenmem için beni cesaretlendirirler.	3 (0.9)	22 (6.3)	45 (12.9)	185 (52.9)	95 (27.1)
20. Hemşireler bebeğimin bakımında (banyo, alt değişimi, giydirilmesi) rol almamı sağlarlar.	5 (1.4)	31 (8.9)	39 (11.1)	189 (54)	86 (24.6)
21. Hemşireler bebeğimin beslenmesinde aktif yer almamı sağlarlar.	5 (1.4)	16 (4.6)	13 (3.7)	230 (65.7)	86 (24.6)
22. Hemşireler bebeğim ile ilgili tıbbi kayıtları incelememe izin verirler.	11 (3.1)	49 (14)	51 (14.6)	176 (50.3)	63 (18)
23. Hemşireler bebeğimin bakım planı hakkında görüşümü alırlar.	8 (2.3)	47 (13.4)	55 (15.7)	181 (51.7)	59 (16.9)
24. Hemşireler bebeğimin bakımı sırasında onları izlememe izin verirler.	10 (2.9)	26 (7.4)	36 (10.3)	214 (61.1)	64 (18.3)
25. Hemşireler ağırlı işlemler sırasında bebeğimin yanında bulunmam ile ilgili tercihim sorarlar.	15 (4.3)	49 (14)	52 (14.9)	176 (50.3)	58 (16.6)
26. Hemşireler bebeğim ile ilgili gözlemlerimi sorarlar.	11 (3.1)	35 (10)	48 (13.7)	181 (51.7)	75 (21.4)
27. Hemşireler bebeğim ile ilgili önerilerimi dikkate alırlar.	7 (2)	36 (10.3)	37 (10.6)	197 (56.3)	73 (20.9)
28. Hemşireler bebeğim ile ilgili vizitelere katılmama izin verirler.	14 (4)	40 (11.4)	63 (18)	170 (48.6)	63 (18.0)
29. Hemşireler bebeğimin taburculuk planı ile ilgili benimle işbirliği yaparlar.	10 (2.9)	28 (8)	48 (13.7)	191 (54.6)	73 (20.9)

Tablo 4.9’da annelerin YAMBÖ sorularına verdikleri cevaplarına göre dağılımı görülmektedir. İtibar ve saygı alt boyutu maddelerinden olan ‘**hemşireler beni görünce selam verirler**’ ifadesine anneler [Hiç katılmıyorum: %9.4; Katılmıyorum: %21.4] cevaplarını vererek, hemşirelerin kendilerine selam vermediklerini (%30.8) belirtmişlerdir.

Aile ile işbirliği alt boyutu maddelerinden olan ‘**hemşireler bebeğim ile ilgili tıbbi kayıtları incelememe izin verirler**’ ifadesine anneler [Katılmıyorum: %14; Kesinlikle Katılmıyorum: %3.1] ‘**hemşireler bebeğimin bakım planı hakkında görüşümü alırlar**’ ifadesine [Katılmıyorum: %13.4; Kesinlikle Katılmıyorum: %2.3]. ‘**Hemşireler ağırlı işlemler sırasında bebeğiminin yanında bulunmam ile ilgili tercihim sorarlar**’ [Katılmıyorum %14.; Kesinlikle Katılmıyorum: %4.3] şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir. Annelerin ‘**hemşireler bebeğim ile ilgili vizitelere katılmama izin verirler**’ ifadesine [Katılmıyorum %11.4; Kesinlikle Katılmıyorum; %4] şeklinde cevap vermişlerdir.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bir bebeğin dünyaya gelmesi ile birlikte bireylerin ebeveyn (anne-baba) olması gelişimsel bir krizdir. Bu süreçte bebeğin herhangi bir nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılması ise bu krizli süreci olumsuz etkilemektedir [86]. Bebeğin hastaneye yatması ebeveyn rollerini aksatarak güvenli bağlanmayı olumsuz etkilemektedir [1, 19, 44]. Bu stresli deneyim aynı zamanda aile içinde yeni ebeveynlik rollerine uyum sağlanmasında kesintiye uğratması nedeniyle, ebeveynlerin fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal sağlıklarını tehdit etmektedir [19, 44]. Bu süreçte aile ile bebek arasındaki sevgiye dayalı ilişki hem bebek hem de aile için en önemli destek kaynağıdır. Anne ve bebek sağlığı ayrılmaz bir bütündür. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım kavramı hem anne hem de bebek açısından ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanmasını içerir[23]. Bu süreçte hemşireler gerek aile ile gerekse bebekle en çok iletişimde bulunan kilit noktadaki kişilerdir. Hastaneye yatma sürecinde hemşireler ebeveynlere bebeklerinin takip tedavi süreci hakkında bilgilendirme yaparak, bebek bakımına ve kararlarına katılım konusunda destekleyerek, anne bebek uyumunun ve taburculuğa hazırlığın sağlanmasına yardımcı olurlar. Ayrıca hemşireler bebeğin evde bakım süreci konusunda danışmanlık vererek, annenin endişelerini azaltabilir, stresle başetmesine yardımcı olabilirler [25, 87]. Yapılan çalışmalarda sağlık kuruluşlarında yapılan iyileştirmelere rağmen literatürde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakıma yönelik yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte aile merkezli bakımın istenilen düzeyde olmadığı vurgulanmaktadır [12, 34, 54, 88, 89]. Bu nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakımın ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, eksikliklerin saptanarak oluşturulacak yeni stratejilerin belirlenmesine yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada, annelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki aile merkezli bakım uygulamalarını değerlendirmeleri istenmiştir. Bu amaçla da Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ) kullanılmıştır. Ölçeğin kesme noktası olmayıp, ölçekten alınabilecek en düşük puan 29, en yüksek puan 145'dir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması aile merkezli bakımın olumlu yönde arttığını göstermektedir [85]. Bu çalışmada annelerin YAMBÖ toplam puan ortalaması 112.94 ± 19.26 olup, aile merkezli bakımın iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Başka bir deyişle anneler yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım uygulamalarının olumlu olduğunu bildirmişlerdir.

YAMBÖ toplam puanını etkileyen faktörlere bakıldığında; annelerin eğitimi, çalışma durumu, yaşadığı yer, evdeki çocuklarla ilgilenen birinin varlığı, annelerin bebeğinin hastalığını, tedavilerini, ilaçlarını ve girişimlerin nedenini bilmenin etkili olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7) ($p<0.05$). Çalışma da YAMBÖ toplam puanını etkileyen faktörler çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizine göre; evdeki çocuk bakımı ile ilgilenen birinin olması, olmayanlara göre annelerin YAMBÖ toplam puanlarını 4.38 birim arttırdığı ($p=0.038$) görülmüştür. (Tablo 4.8)

Kadının eğitim seviyesinin artması, çalışma yaşamına katılması ile beraber aile içindeki konumu ve çocuk yetiştirmesine yönelik davranışları da değişkenlik göstermektedir [90]. Bu çalışmada üniversite mezunu annelerin, ortaokul mezunu annelere göre YAMBÖ toplam ve itibar ve saygı, bakıma katılım ve aile ile işbirliği alt boyutlarını daha yüksek puanlamış olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5) ($p<0.05$). Bu durum üniversite mezunu annelerin sorgulayıcı olmaları, iletişim becerileri, bebeklerinin bakımına yönelik bilinçli kararlar almaları ve sağlık ekibi tarafından yapılan bilgilendirmeleri algılama düzeyleri ile ilişkili olabilir. Yapılan bir çalışma da eğitim düzeyi düşük olan annelerin hemşirelere soru somakta güçlük yaşadığı, kendilerini ifade etmekte zorlandıkları belirlenmiştir [42]. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde annelerin eğitim düzeyi arttıkça bebeklerinin durumu hakkında bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir [42, 88, 91].

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre (2021) üniversite mezunu annelerin daha fazla çalışma hayatına katıldığı bilinmektedir [92]. Bu çalışmada annelerin %18.9'u çalıştığını bildirmiş (Tablo 4.2), çalışan annelerin itibar saygı, bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanını, çalışmayan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5) ($p<0.05$). Pediatri kliniklerinde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde çalışan ve eğitim düzeyi yüksek olan annelerin aile merkezli bakım puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [43, 91]. Literatürde bu sonuçlardan farklı olarak annelerin çalışma durumunun aile merkezli bakımı etkilemediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur [39, 91]. Yılmaz'ın (2021) çocuk kliniklerinde yapılan çalışmasında da annelerin çalışma durumu aile merkezli bakımı etkilemiş, bu çalışmanın aksine çalışan ebeveynlerin çocuk bakımına aktif katılmadıkları bildirilmiştir [93]. Çalışma bulguları arasındaki bu fark, çalışmanın yenidoğan ünitesinde

yapılmış olmasından, doğum yapmış annelere tanınan ‘Analık İzni Hakkı’ sayesinde annelerin bebeklerinin yanında kalabilmelerine ve aile merkezli bakıma daha çok katılabilmiş olmalarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca annelerin çalışma durumunun aile merkezli bakım üzerinde etkili olmasının annelerin eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışan ve eğitim düzeyi yüksek olan annelerin sosyal ortamlarının daha fazla olduğu, doğru bilgi kaynaklarının kullanılarak aile merkezli bakımın daha iyi anlaşıldığını düşündürmektedir. Bu nedenle annelerin aile merkezli bakıma katılımını artırmak için; bebekleri ile ilgili bilgilendirme yapılırken eğitim düzeyine göre tıbbi terimleri anlayabileceği şekilde açık, anlaşılır bir dil kullanılmalı, onların kaygı ve stres faktörleri göz önünde bulundurularak gerekirse tekrarlanmalıdır.

Bu çalışmada yaşanan yerin aile merkezli bakımı etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur. Yaşadığı yer şehir merkezi olan annelerin, ilçe merkezi olan annelere göre YAMBÖ toplam ve alt boyutlarına verdikleri puan ortalamaları ilçede yaşayanlara göre daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 4.5) ($p<0.05$). Çimke'nin (2013) çalışmasında da bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikte şehir merkezinde yaşayan, eğitim düzeyi yüksek, çalışan annelerin aile merkezli bakım puanları daha yüksektir [43]. Bu durumun şehir merkezinde yaşayan annelerin ilçede yaşayan annelere göre sosyal, ekonomik ve ulaşım açısından sahip oldukları olanaklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle ilçede yaşayan annelerin aile merkezli bakıma katılımında riskli grup olduğu düşünülerek, hemşireler tarafından bu annelerin sıklıkla takip edilmesi, aile merkezli bakıma katılımının desteklenmesi ve teşvik edilmesi önerilebilir.

Aile merkezli bakımın amacı, sadece bebeğe bakım vermek değil, ailenin bir bütün olarak ele alınmasıdır. Bebek ve aile arasındaki bağı devam ettirmek, bebeğin bakımında ailenin etkili olmasını sağlamak ve bebeğin hastaneye yatışının olumsuz etkilerini en aza indirmeye çalışmaktır [34, 54]. Bu çalışmada, annelerin yoğun bakım ünitesinde yatan bebeği ile birlikteyken %58,6'sı evdeki diğer çocuk/çocuklarla ilgilenen birinin olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2). Yapılan çoklu regresyon analizine göre; evdeki çocuk bakımı ile ilgilenen birinin olması, olmayanlara göre annelerin YAMBÖ toplam puanlarını 4.38 birim arttırdığı ($p=0.038$) görülmüştür (Tablo 4.8). Bu bulgu birden fazla çocuğu olan annelerin hastaneye yatma sürecinde sosyal desteğe ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir. Sosyal destek kişilerin yaşamında zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olan

faktörlerdendir. Yapılan bir çalışmada çocuğu hastanede yatan annelerin üçte ikisinin depresyon belirtisi gösterdiği belirtilmiş ve sosyal destek alan annelerin depresyon düzeyleri daha düşük bulunmuştur [94]. Çocuğu hastaneye yatan annelerin en çok sosyal desteği eşlerinden, annelerinden ve akrabalarından aldığı belirlenmiştir [95, 96]. Bu çalışmada da bebeği hastanede yatan annelerin hastanede kalma sürecinde %35.2'si evdeki çocuklar ile büyükannenin ilgilendiğini belirtmiştir (Tablo 4.2). Ek olarak bu çalışmada annelerin %52.6'sı babaların hastaneye ziyarete geldiğini belirtmiş (Tablo 4.3), babaların bebeği yenidoğan ünitesine yatan anneleri hastaneye ziyarete gelme durumlarının bu çalışmada YAMBÖ toplam ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak etkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.7) ($p>0.05$). Bu durumun pandemi koşulları nedeniyle, babaların bebeklerini ziyaret etmelerinin yasaklanması ve anneleri ziyaretlerinin kısıtlandırılması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Annelerin bu süreçte en önemli sosyal desteklerinin eşleri olduğu bildirilmiş [97, 98] olmasına karşın, bu durumun pandemi koşulları nedeniyle, babaların bebeklerini ziyaret etmelerinin yasaklanması ve eşlerinin ziyaretlerinin kısıtlandırılması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Aile merkezli bakımın bir diğer amacı ailelerin güçlü yönlerinin desteklenerek yeterliliklerinin artırılmasının sağlanmasıdır [1]. Annelerin çocuğun gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelerin desteğine ve bu gereksinimleri nasıl karşılayacaklarını öğrenmeye ihtiyaçları vardır. Bu doğrultuda; hemşireler ve diğer sağlık personellerinin, annelerin sosyal desteğe ihtiyaçları olduğunu göz önünde bulundurmaları gerektiği söylenebilir. Ayrıca hemşireler ailelere sosyal destek kaynakları, tedavi ve eğitim olanakları ile ilgili kurumlar hakkında bilgi verebilirler. Kurum politikalarının el verdiği sürece anneye genişletilmiş aile desteğine yönelik imkanların sağlanması önerilmektedir. Böylelikle annelerin eş ve büyükanne desteğinin artırılarak sürdürülmesi tedavi sürecinde bebek kadar annelerin de desteklenmesine, annelerin sosyal destek ihtiyacına olumlu katkı verebilir.

Pediyatri hemşireliğinde aile merkezli bakım felsefesi dört temel kavramdan oluşmaktadır. Bunlar itibar ve saygı, bilgi paylaşımı, bakıma katılım ve aile ile işbirliğidir [9, 16, 24, 25, 36, 99, 100]. Aile merkezli bakımda önemli bir kavram olan itibar ve saygı; sağlık çalışanlarının ailelerin değerleri, inançları ve kültürel geçmişlerinden kaynaklanan tercihlerine saygı duyularak aile merkezli bakıma dahil edilmesini ifade eder [53, 85]. Bu çalışmada annelerin YAMBÖ alt boyutlarından olan itibar ve saygı alt boyutuna

verdikleri ortalama puan 27.10 ± 4.78 'dir (Tablo 4.4). Çalışmada, bebeğinin hasta başı hemşire teslimlerine katılan, bebeğine uygulanan girişimlerin nedenini bilen, doğum sonrası bebeğini ilk kez 4. gün ve sonrasında gören annelerin itibar saygı alt boyutunu daha yüksek puanlamış oldukları ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7) ($p < 0.05$). Bu durumun bebeğin yoğun bakımda yatış süresinin artması ile annelerin yoğun bakım ortamına uyum sağlaması, annelerin hemşirelerin hasta başı teslimlerine katılması ile birlikte bilgi ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Yine çalışmada, annelerin itibar saygı alt boyutunda yer alan ölçek maddelerine vermiş oldukları yanıtlar değerlendirildiğinde; yanıtların olumlu olduğu görülmesine karşın '*hemşireler beni görünce selam verirler*' ifadesine katılmadıklarını (%30.8'i) (Hiç katılmıyorum: %9.4 ve Katılmıyorum: %21.4) belirtmeleri dikkat çekicidir (Tablo 4.9). Bu durumun çalışmanın verilerinin pandemi sürecinde toplanmış olması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda pandemi sürecinde hemşirelerin artan iş yükü, değişen prosedürlere uyum sağlamaya çalışması, kaotik çalışma ortamından kaynaklı artan stres nedeniyle tükenmişlik sendromu yaşadıkları bildirilmektedir [101-103]. Belirtilen tüm bu nedenlerden dolayı hemşireler anneleri görünce selam vermeyi ihmal etmiş olabilir.

Aile merkezli bakımın önemli bir diğer alt boyutu olan bilgi paylaşımı; sağlık çalışanlarının hastaları ile ilgili bilgileri ailelerle düzenli, doğru ve tarafsız bir şekilde paylaşması olarak tanımlanmaktadır [6, 16, 24]. Yapılan çalışmalarda annelerin çocuk/bebekleriyle ilgili bilgi alamamasının en önemli stres faktörü olduğu saptanmış, çocuğun yoğun bakımda kalma süresi arttıkça annelerin kaygısının arttığı, sağlık personelinden yeterince bilgi alabilen annelerin kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur [40, 44, 104]. Bu çalışmada annelerin bilgi paylaşım alt boyutuna verdikleri ortalama puan 36.0 ± 6.32 olup yüksektir (Tablo 4.4). Bu çalışmada bebeğinin hastalığını, aldığı tedavileri, kullandığı ilaçları ve uygulanan girişimlerin nedenlerini bilen annelerin YAMBÖ toplam puanları ile bilgi paylaşım alt boyutu puan ortalamalarını daha yüksek puanlamış olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.7). Bu durumun; hekim tarafından, bebeğin durumu ve durum değişiklikleri hakkında anneyi düzenli bilgilendirmiş olmasından ve yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin deneyimlerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu çalışmada annelerin %97.4'ü hemşirelere soru sorabildiğini ifade etmiştir (Tablo 4.3). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelere soru

sorabilen annelerin fazla olması, hemşirelerin uygun iletişim tekniklerini kullandığını ve sorularına yanıt alan annelerin bu duruma olumlu katkı verdiği söylenebilir. Çalışmada annelerin bilgi paylaşımı alt boyutuna yönelik ölçek sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde; hemşirelerin (%86.9, %77.4, %75.2) (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum) ‘Bebeklerinin sağlık durumu hakkında anlayabilecekleri şekilde açıklamalar yaptıklarını, yapılan tedaviler, tahlil ve laboratuvar sonuçları, bebek için kullanılan tıbbi araçlar hakkında açıklama yaptıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.9). Bu bulgular aile merkezli bakımda bilgi paylaşımı açısından çok önemlidir. Bununla beraber hemşireler tarafından annelere hastane ortamına uyumun sağlanmasına yardımcı olunması ve annelerin kendilerini ifade edebileceği ortamın sağlanması da bu duruma katkı vermiş olabilir. Ebeveynlerin bilgilendirilmesi, bebeğin bakımına ve verilen kararlara katılma sürecinde iletişim önemli rol oynamaktadır. Sağlık personeli ve ebeveyn arasındaki açık iletişim, ebeveynlerin endişelerini giderip ihtiyaçlarını anlayabilmesine yardımcı olmaktadır. Ebeveynler ve sağlık personeli endişelerini ifade edebilmek ve fikirlerini paylaşabilmek için karşılıklı saygıya dayalı etkin bir iletişim kurmalıdırlar. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre aile merkezli bakımda sağlık personeli tarafından kurulan etkili iletişim annelerin bakımdan aldığı memnuniyeti, bakımdaki yeterliliği ve özgüveni artırmaktadır [1, 15, 105, 106]. Bu nedenle annelerin bilgi gereksinimi dikkate alınarak, bebeğinin durumu ve hastane ortamı hakkında sağlık personelleri tarafından uygun, açık ve anlaşılır açıklamalar yapılarak bilgilendirilmesi ile onların aile merkezli bakıma katılımlarına katkı verilebilir.

Aile merkezli bakımda diğer önemli bir kavram da ‘bakıma katılım’dır. Ailenin bakıma katılımı; hemşirelerin ailelerin kendi tercihleri ve hazırlıklı olma durumuna göre hasta bakımında yer alması için desteklenmesidir [9, 16, 85]. Bu çalışmada YAMBÖ alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanlar dikkate alındığında, annelerin ‘Bakıma Katılım’ alt boyut puan ortalaması 19.95 ± 3.5 olup yüksek olarak değerlendirilmiş, (Tablo 4.9), ayrıca annelerin büyük çoğunluğu (%89.7’si) bakım kararları verilirken katıldığını belirtmiştir (Tablo 4.7). Tüm bu bulguların aile merkezli bakım açısından oldukça olumlu olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalara göre hemşirelerin, ebeveynlerin çocuklarının bakımına ve bakım kararlarına katılımına yönelik olumlu görüşlere sahip oldukları belirlenmiştir [6, 36, 37, 100], hemşirelerin, çocukların bakım kararları alınırken ailelerinde dahil edilmesinin çocuk ve ailenin yaşayacağı olumsuz durumların önüne

geçtiği belirlenmiştir [94, 107]. Yapılan çalışmalarda, annelerin çoğunlukla çocuğunun fiziksel bakımlarına katıldığı belirtilmiş [12, 28, 34, 43, 91] (beslenme, hijyen gereksinimlerini karşılama), bu çalışmada da benzer şekilde annelerin en çok bebeğinin beslenme (% 41.6), hijyen gereksinimlerini karşılama (%14.2) bakımlarına katıldığı bulunmuştur (tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda annelerin çocuklarının bakım kararlarına katılımının istenilen düzeyde olmadığı [12, 15, 45, 91, 108] bildirilmesine karşın, bu çalışmada annelerin büyük çoğunluğu (%89.7'si) bakım kararları verilirken katıldığını belirtmiştir (Tablo 4.7). Çalışmamızda annelerin bakım kararlarına katılım durumunun YAMBÖ toplam ve alt boyut puanlarında etkili olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiş olmasına karşın, bakım kararlarına katılan annelerin YAMBÖ toplamını daha yüksek puanlamış olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4.7) ($p>0.05$). Bu durumun bakım kararlarına katılmayan anne sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir ($n=36$) (Tablo 4.3). Tabakçioğlu'nun (2019) çalışmasında hemşirelerin mesleki tecrübeleri arttıkça aile merkezli bakım yaklaşımı tutumunun olumlu etkilendiği belirlenmiştir [108]. Bu çalışmada YAMBÖ alt boyutlarından bakıma katılım alt boyutunun anneler tarafından en yüksek puanlanmış olmasının nedeninin; YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun en az lisans mezunu olması ve deneyimlerinin 10 yıl ve üzeri olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle YYBÜ'nde çalışan, mesleki deneyimi az olan hemşirelerin aile merkezli bakım ile ilgili eğitimlerle desteklenerek, aile merkezli bakımın ünitelerde uygulama pratiğinin iyi düzeylerde olması sağlanabilir.

Yapılan çalışmalarda yenidoğan ünitesinde aile merkezli bakım uygulamalarının maternal bağlanmayı artırdığı belirlenmiş, bebeğini doğumdan hemen sonra emziren, kucağına alan annelerin maternal bağlanmaları daha yüksek bulunmuştur [6, 20]. Bu çalışmada annelerin bebeklerini ilk kucağına alma, ilk emzirme zamanlarının YAMBÖ toplam puanları ve alt boyutlarında etkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6) ($p>0.05$). Bu durumun pandemi koşulları nedeniyle annelerin ziyaretlerinin kısıtlandırılması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Pandemi döneminde alınan sosyal izolasyon önlemlerinin maternal bağlanma, emzirme açısından annelere zorluklar yaşattığı bildirilmiştir [21]. Yapılan çalışmalarda, pandemi sürecinde kanıt temelli çalışmaların yetersizliği/sınırlı olması nedeniyle, Covid-19 pozitif ebeveynlerin izolasyonu konusunda sağlık çalışanlarında da kararsızlık yaşandığı, sürecin yönetiminde aileler ve sağlık çalışanlarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Aynı zamanda pandemi sürecinde,

yenidoğan bakımı ve emzirme uygulamalarında zorluklar ve etik ikilemler yaşandığı saptanmıştır [80, 83, 109].

Annelerin aile merkezli bakıma katılımında sahip oldukları çocuk sayısının etkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma da çocuk sayısı 2 olan annelerin bakıma katılım alt boyutunu, çocuk sayısı 1 olan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5) ($p<0.05$). Yapılan benzer çalışmalarda da annelerin çocuk sayısı arttıkça ailelerin hemşirelerin aile merkezli bakım yaklaşımından memnun oldukları görülmektedir[43, 91]. Bu durumun annenin tecrübesinin artması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada bebeğin cinsiyetinin annelerin YAMBÖ bakıma katılım alt boyut puanında etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5) ($p<0.05$). Bebeğin cinsiyeti erkek olan annelerin bakıma katılım puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.5) ($p<0.05$). Literatürde bu bulgunun aksine bebeğin cinsiyetinin aile merkezli bakımı etkilemediğini bildiren çalışmalar vardır [28, 43, 91, 96]. Bulgular arasındaki bu farklılığın nedeninin, bu çalışmanın İç Anadolu bölgesinde yapılmış olması ve annelerin erkek bebek cinsiyetine bakış açısından, aynı zamanda çalışmaların yapıldığı yıllar ve bölgeler arasındaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, anne otelinde kalan annelerin YAMBÖ toplam puan ortalamalarını daha yüksek değerlendirmiş olduğu görülmüş ancak aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Bu bulgunun sebebinin, hastanenin bebek dostu olması, anne bebek için en iyi çevresel koşulların sağlanması, anne bebek uyumunun optimum sağlanabilmesi açısından annelerin anne otelinde kalmasının desteklenmesinin YAMBÖ toplam puanını olumlu etkilemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Anne otelinde kalma hem anne hem bebeğin uyumunda olumlu olsa da, bu çalışmada annelerin %23.4'ü, kendi gereksinimlerini yeterince karşılayamadıklarını sadece %12'si yeterince dinlenebildiğini ifade etmiştir (Tablo 4.3). Çocuk kliniklerinde yapılan benzer çalışmalarda da annelerin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadıkları belirlenmiştir [12, 34, 91]. Bu bulgu, annelerin bu süreçte anne otelinde kalırken kendi gereksinimlerini karşılayabilmesi ve yeterince dinlenebilmesi açısından desteğe ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgunun kurum politikaları, fiziki şartların yetersizliği, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin tasarlanırken ailenin varlığının ihmal edilmiş olması gibi eksiklikler nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde aile merkezli bakım uygulamaları daha iyi olduğu göz önünde bulundurularak yapılan çalışmalarda,

ailelerin bebekleriyle tek-aile oda tasarımıyla ünite de 24 saat kalabilmesi mümkün olup bu şekilde bebeklerin daha fazla sadece anne sütü aldığı, annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirdiği, bakımlarına daha fazla katıldığı[110], enfeksiyon kontrolü, ailelere mahremiyet konfor avantajı sağladığı ve bebeklerin nörolojik, fizyolojik açıdan olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir [46-48]. Tek aile-oda tasarımının aile merkezli bakım uygulamalarında daha etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle anne oteli uygulamasının kurum politikalarınca geliştirilmesi ailelerin bakıma katılımının artmasına katkı sağlayabilir.

Aile merkezli bakımın önemli bir alt boyutu olan aile ile işbirliği kavramı, sağlık çalışanlarının ailelerle bakımın uygulanması ve değerlendirilmesinde işbirliği içerisinde olmasını içerir. Bu çalışmada YAMBÖ alt boyutlarından aile ile işbirliği alt boyutu puanı 29.88 ± 6.41 'dir (Tablo 4.4). Bu çalışmada, tıbbi işlemler yapılırken bebeğinin yanında bulunan, bebeğinin hastalığını bilen, bebeğine uygulanan girişimlerin nedenini bilen anneler YAMBÖ aile ile işbirliği alt boyutu puanlarını daha yüksek olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.7) ($p < 0.05$). Hindistan'da yenidoğan ünitesinde yapılan (2019) bir çalışmada sağlık ekibiyle aile ile işbirliğinin bebeklerin refah seviyesini artırdığı ailenin de bakıma katılmasının aile merkezli bakım anlayışının olumlu etkilendiği vurgulanmıştır [105]. Bu çalışmada, YAMBÖ alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanlar dikkate alındığında, diğer alt boyutlara kıyasla anneler aile ile işbirliği alt boyutunu düşük puanlamışlardır. Annelerin aile ile işbirliği alt boyutuna yönelik ölçek sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde; (%17.1, %18.3, %15.4) hemşirelerin bebeklerinin tıbbi kayıtları incelenmesine, ağırlı işlemler sırasında bebeğimin yanında bulunmasına, bebeğimle ilgili vizitelere katılmama izin verirler ifadelerine (katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum) cevaplarını vermişlerdir (Tablo 4.9). Bu durumun nedeninin aile merkezli bakım uygulamaları konusunda sağlık personelinin bilgi eksiklikleri ve kurum politikaları ile ilgili olabileceğini düşündürmüştür. Amerikan Pediatri Akademisi invaziv ve resüsitatif işlemler sırasında ailelerin ortamda bulunmasını önermektedir [6]. Yapılan çalışmalarda annelerin tıbbi işlemler yapılırken çocuğunun yanında bulunmasının, hem çocuğun hem de ebeveynin anksiyetesini azalttığını bildirmekle birlikte (22, 35, 36), annelerin tıbbi işlemler yapılırken çocuklarının yanında bulunmak istediklerini ama annelerin katılımının istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır [11, 12, 15, 34, 40, 88, 111]. Bu çalışmada da benzer şekilde tıbbi işlemler yapılırken bebeklerinin

yanında bulunma durumuna annelerin %34'ü hayır cevabını vermiştir (Tablo 4.3). Bu bulgu aile merkezli bakım uygulamaları açısından önemlidir. Çünkü sağlık çalışanları ağırlı işlemler yapılırken ebeveynlerin çocuklarının yanında olmasının bu süreci olumsuz etkileyebileceği konusunda endişelenmektedirler [34, 88, 112]. Aile merkezli bakımın uygulanmasında hemşirelik deneyiminin etkili olduğu deneyimi fazla olan hemşirelerin aile merkezli bakımı uygulamada daha başarılı oldukları bildirilmiştir [106]. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarında bilgiye gereksinim duydukları ve ailenin günlük bakıma nasıl dahil edileceği konusunda kararsızlıklar yaşadıklarını bildirmişlerdir [45]. Bu nedenle aile merkezli bakımda aile ile işbirliğinin artırılmasına; annelerin ağırlı işlemler sırasında tercihine göre bebeğinin yanında bulunmalarına izin verilmesi ve hemşirelerin bu konuda eğitimlerle desteklenmesi ile katkı verilebilir.

Sonuç olarak aile merkezli bakımın uygulamalarında sağlık personeli ve anne arasında güven ortamının sağlanması, bebeğin tedavisi, ilaçları, uygulanan girişimlerin nedenleri hakkında bilgilendirilme yapılması ve bakım kararları alınırken ebeveynlerin bakıma aktif bir şekilde katılımlarının sağlanması için aile ile işbirliği içerisinde olunması oldukça önemlidir.

Araştırmanın Sonuç ve Önerileri;

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir;

- Bu çalışmada, annelerin YAMBÖ toplam puan ortalaması 112.94 ± 19.26 olup, aile merkezli bakımın iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4)
- YAMBÖ alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanlar dikkate alındığında, anneler 'bakıma katılım' puanını yüksek olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4.4).
- Yine, YAMBÖ alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanlar dikkate alındığında, diğer alt boyutlara kıyasla anneler 'aile ile işbirliği' alt boyutunu düşük puanlamışlardır (Tablo 4.4)
- Aile merkezli bakım toplam puanını etkileyen faktörlere bakıldığında; annelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, evdeki çocuklarla ilgilenen bireyin varlığı, annelerin bebeğinin hastalığını, tedavilerini, ilaçlarını ve girişimlerin nedenini

bilme durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5, Tablo 4.7).

- Eğitim durumu üniversite olan annelerin bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanlarının eğitim durumu ortaokul olan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir (Tablo 4.5).
- Çalışan annelerin itibar saygı, bakıma katılım, aile işbirliği alt boyutları ve YAMBÖ toplam puanlarının çalışmayan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir (Tablo 4.5)
- Annelerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre bakıma katılım boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çocuk sayısı 2 olan annelerin bakıma katılım alt boyutunu, çocuk sayısı 1 olan annelere göre daha yüksek puanlamış olduğu görülmektedir (Tablo 4.5).
- Annelerin doğum şekli, bebeğin doğum kilosu, gebelik haftası, bebeğin yatış gün sayısı, annenin bebeğini ilk kucağa alma, ilk emzirme gününe göre YAMBÖ alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).
- Bebeğinin hastalığını, aldığı tedavileri, kullandığı ilaçları ve uygulanan girişimlerin nedenlerini bilen annelerin YAMBÖ toplam puanının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7) ($p<0.05$).
- Yaşadığı yer şehir merkezi olan annelerin, ilçe merkezi olan annelere göre YAMBÖ toplam ve alt boyutlarına verdikleri puanlar ilçede yaşayanlara göre daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 4.5) ($p<0.05$).
- Annelerin bakım kararlarına katılma durumuna göre, YAMBÖ alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark olmamasına karşın bakım kararlarına katılan annelerin YAMBÖ toplam puanını daha yüksek değerlendirmiş olduğu görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.7).
- Yapılan çoklu regresyon analizine göre; evdeki çocuk bakımı ile ilgilenen birinin olması, olmayanlara göre annelerin YAMBÖ toplam puanlarını 4.38 birim arttırdığı ($p=0.038$) görülmüştür. (Tablo 4.8).

Bu çalışmanın sonuçlarından yola çıkılarak;

- Hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rollerinin gereği olarak hem de aile merkezli bakım uygulamalarının artırılmasına katkı vermek amacıyla, bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelere, bebeğinin hastalık süreci, tedavisi, uygulanan girişimlerin nedenleri hakkında bilgi vermesi,
- Annelerin eğitim düzeyinin aile merkezli bakım uygulamalarını etkilediği göz önünde bulundurularak, annelere bilgilendirme yapılırken sağlık profesyonelleri tarafından açık ve anlaşılır bir dil kullanılması,
- Annelerin bebekleri ile ilgili kararlara katılımının desteklenmesi, bebeklerine yapılan işlemlerde tercih ettikleri takdirde bebeğinin yanında kalmalarına izin verilmesi,
- Eğitim düzeyi düşük, çalışmayan ve ilçede yaşayan annelerin aile merkezli bakıma katılımında riskli grup olduğu düşünülerek, hemşireler tarafından bu annelerin sıklıkla takip edilmesi, aile merkezli bakıma katılımının desteklenmesi ve teşvik edilmesi,
- Birden fazla çocuğu olan annelerin sosyal destek ihtiyacı göz önünde bulundurularak, annelere yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeklerine bakarken genişletilmiş aile ve eş desteği verilmesi için teşvik edilmesi,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin ailelerin 24 saat ziyaret edebileceği şekilde düzenlenmesi, bebeği yoğun bakımda yatan annelerin de gereksinimlerinin olduğu hatırd tutularak tek aile- bebek odası şeklinde düzenlemelerin yapılması için kurum politikalarının oluşturulması,
- Aile merkezli bakım uygulamalarında aile ile işbirliğinin artırılması için annelerin tercihine göre bebeğinin yanında bulunmalarına izin verilerek hemşirelerin bu konuda eğitimlerle desteklenerek aile merkezli bakıma katılımın artırılması,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım ve etkileyen faktörlere ilişkin nitel çalışmalar, benzer veri toplama araçları kullanılarak çok merkezli, karşılaştırılmalı ve deneysel araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Caner, N., Erdem, E. "Yenidoğan ünitelerinde aile", Editör, *Bayat, M., Türkiye Klinikleri, Yenidoğan Hemşireliği*, 1. Baskı, Ankara, 43-7, 2021.
2. Büyükgönenç, L., Törüner E." *Çocuk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımları*", Ankara, "Göktuğ Yay.". 172-182, 2013.
3. Okulu, E., Akin, İ. M., Atasay, B., Arsan, S., & Türmen, T. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Gebelik Haftası ve Doğum Ağırlıklarına Göre Sağkalım, Hastanede Yatış Süreleri Ve Rehospitalizasyon Oranları", *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(2): 77-83, 2010.
4. Al Maghaireh, DAF., Abdullah, KL., Chan, CM., Piaw, CY. ve Al Kawafha. "Systematic Review of Qualitative Studies Exploring Parental Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit", *Journal of clinical nursing* , 25(19-20), 2745-2756, 2016.
5. Care, F.C. "The Pediatrician's Role", *American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, Pediatrics*, 112(3), 2003.
6. Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. "What Does Family-Centred Care Mean To Nurses And How Do They Think It Could Be Enhanced in Practice", *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2561-2573, 2011.
7. Çavuşoğlu, H. "Çocuk Sağlığı Hemşireliği", Sistem Ofset Basımevi, Ankara, s. 237-239, 2013.
8. Franklin, C. "The Neonatal Nurse's Role in Parental Attachment in the NICU", *Critical Care Nursing Quarterly*, 29(1), 81-85, 2006.
9. Erdeve, Ö. "Aile Merkezli Bakım ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri", *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 199-203, 2009.
10. Eryürek, D., Başdaş, Ö., Korkmaz, Z., Yıldız, İ., Mumcu, Ö., & Bayat, M. "Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 196-202, 2021.

11. Aykanat, B., Gözen, D. "Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1): 683-695, 2014.
12. Tosun, A., Tüfekci, F.G. "Çocuk Kliniklerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının İncelenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2),131-139, 2015.
13. Bernaix, L.W., Schmidt, CA., Jamerson, PA., Seiter, L., & Smith, J. "The NICU Experience of Lactation And Its Relationship To Family Management Style", *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(2), 95-100, 2006.
14. Griffin, T. "Family-Centered Care in the NICU", *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 20(1), 98-102, 2006.
15. Öztürk, C., Dijle, A. "Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4), 315-320, 2014.
16. Coughlin, M.E., "Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed, Age-Appropriate Care", *Springer Publishing Company*, 115-122, 2021.
17. Öztürk, C., Ayar, D. "Pediatri Aile Merkezli Bakımın Çocuk, Aile ve Hemşireler Üzerine Yansımaları", Editör/Geçkil, E., *Türkiye Klinikleri Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım*, 1. Baskı, Ankara, 12-7, 2019.
18. Coşkun G.U., Şimşek D., Polat S., Bayat. M., "Term ve Preterm Yenidoğanda Kanguru Bakımına Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar", *Türkiye Klinikleri Yenidoğan Hemşireliği*, 1. Baskı, Ankara., 53-7, 2021.
19. Öztürk, R., Saruhan, A. "1-4 Aylık Premature Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(1), P. 32-47, 2013.
20. Talipoğlu, Y. "Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi", *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Mersin, 2012.
21. Altay, G., Arıkan, D. "COVID-19 Pandemi Sürecinde Yenidoğanlarda Güvenli Maternal Bağlanma ve Emzirme", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 993-999, 2021.

22. Özyazicioğlu, N., Tüfekci, F. G. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 66-73, 2009.
23. Balcı, S., Balkan, Z.Y. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım,". *Türkiye Klin. Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği- Özel Konular*, vol. 5, 18-23, 2019.
24. Yılmaz, Ö., Gözen, D." Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakımın Önemi ve Bakım Kalitesini Geliştirmedeki Değeri", Geçkil E, editör, *Türkiye Klinikleri Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım*, 1. Baskı, Ankara, 5-11, 2019.
25. Cooper, L.G., Gooding, J. S., Gallagher, J., Sternesky, L., Ledsy, R., & Berns, S. D., "Impact of a Family-Centered Care İnitiativ on NICU Care, Staff And Families", *Journal of Perinatology*, 27(2),32-37,2007.
26. Ding, X., Zhu, L., Zhang, R., Wang, L., Wang, TT ve Latour, JM. " Effects of Family-Centred Care İnterventions On Preterm İnfants And Parents İn Neonatal İntensive Care Units: A Systematic Review And Meta-Analysis of Randomised Controlled Trial", *Australian Critical Care*, 32(1), 63-75, 2019.
27. Bastani, F., Abadi T. A., Haghani, H. " Effect Of Family-Centered Care on İmproving Parental Satisfaction And Reducing Readmission Among Premature İnfants: A Randomized Controlled Trial", *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(1),SC04, 2015.
28. Çakmak, E., Karaçam, Z. "The Correlation Between Mothers' Participation in İnfant Care İn The NICU And Their Anxiety And Problem-Solving Skill Levels in Caregiving", *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(1), 21-31, 2018.
29. Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. "Recommendations For İnvolving The Family in Developmental Care Of The NICU Baby", *Journal of Perinatology*,35(1), S5-S8, 2015.

30. Geçici, A.K. " Prematüre Bebeklerde Kanguru Bakımının Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik ve Emzirme Başarısına Etkisi", *Necmettin Erbakan Üniversitesi, Doktora Tezi*, Konya, 2018.
31. Coşkun, Şimşek, D., Günay, U., Polat, S. "Term ve Preterm Yenidoğanda Kanguru Bakımına Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar", Editör, Bayat, M., *Türkiye Klinikleri Yenidoğan Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, 53-7, 2021.
32. Balbino, F.S., Balbino, F. S., Meschini, G. F. G., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. "Percepção Do Cuidado Centrado Na Família Em Unidade Neonatal", *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 6 (1), 84, 2016. (2016).
33. İşler, A., Conk, Z. "Pediatriye Aile Merkezli Bakım,"*Ege Pediatri Bülteni*, 13(3),187-193, 2006.
34. Boztepe, A.G.H., Çavuşoğlu, H., "Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16 (1), 11-24,2009.
35. Aagaard, H., Uhrenfeldt, L., Spliid, M., & Fegran, L. "Parents' Experiences Of Transition When Their Infants Are Discharged From The Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review Protocol", *JBIC Evidence Synthesis*, 13 (10), 123-132, 2015. Aagaard, H., (2015).
36. Coyne, I., Murphy, M., Costello, T., O'Neill, C., & Donnellan, C. " A Survey of Nurses' Practices And Perceptions of Family-Centered Care In Ireland", *Journal of family nursing*, 19(4), 469-488, 2013.
37. Smith, J., Swallow,V., Coyne, I. " Involving Parents In Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis Of Family-Centered Care And Partnership-In-Care", *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 143-159, 2015.
38. Kürtüncü, M., Özdemir, A. " Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım" Editör, Geçkil, E., *Türkiye Klinikleri Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım*, 1. Baskı, Ankara; 24-9, 2019.
39. Garlı, E. "Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri", *Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2018.

40. Günay, U. "Aile Merkezli Bakımın Kanserli Çocuk ve Ebeveynlerinin Kaygı Düzeyine Etkisi", *Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Kayseri, 2014.
41. Kuzlu, T., Kalıncı, N., Topan, A. "Üniversite Hastanesinde Çocuklara Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6 (16), 1-17,2011.
42. Oktay, H. " Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi ", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2004.
43. Çimke, S. "Annelerin Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Katılma ve Memnuniyet Durumları", *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Kayseri, 2013.
44. Konukbay, D.,Arslan, F. "Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi", *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 16-22, 2011.
45. Boztepe, H., Kerimoğlu Y. " Nurses Perceptions of Barriers to Implementing Family-Centered Care In A Pediatric Setting: A Qualitative Study", *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 22(2), e12175, 2017.
46. Steinhorn, R.H. " Making The Most of The Single-Family-Room NICU", *The Journal of Pediatrics*, 177: 1-2, 2016.
47. Jobe, A.H. "The Single-Family Room Neonatal Intensive Care Unit–Critical for Improving Outcomes?", *The Journal of Pediatrics*, 185, 10-12, 2017.
48. Grundt, H., Tandberg, BS., Flacking, R., Drageset, J., & Moen, A. " Associations Between Single-Family Room Care and Breastfeeding Rates in Preterm Infants ", *J Hum Lact*, 37(3), 593-602, 2021.
49. Erdem, E., Sezer, Efe, Y., Başdaş, Ö. " Yenidoğan Hemşiresinin Rol ve İşlevleri", *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 4(1), 38-42, 2018.
50. Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal Yılmaz, H., Bolışık,B. " Çocuk Sağlığına Genel Bakış içinde", *Pediatric Hemşireliği*, 2:, 33-43., 2018.

51. Hallaç, S., Öz, F. "Aile kavramına kuramsal bir bakış", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 142-153, 2014.
52. Sözer, Y. "Psikiyatride Kriz Kavramı ve Krize Müdahale", *Kriz Dergisi*, 008-012, 2008.
53. Geçkil, E. " Pediatri Servisinde Aile Merkezli Bakımın Değerlendirmesi", *Pediatric Practice And Research*, 7(Ek), 453-457, 2019.
54. Çelik, M.Y. "Çocuk Hastalarda Aile Merkezli Bakım ve Hemşirelik", *Sağlık ve Toplum*, 28(1), 26-31, 2018.
55. Altıparmak, D., Arslan, F. T. "Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *J Pediatr Res*, 3(2), 97-103,2016.
56. Shields, L., Tanner, A. "Pilot Study Of A Tool To Investigate Perceptions Of Family- Centered Care In Different Care Settings", *Pediatric nursing*, 30(3), 2004.
57. Jolley, J., Shields, L. "The Evolution of Family-Centered Care", *Journal Of Pediatric Nursing*, 24(2), 164-170, 2009.
58. Davies, R. "Marking The 50th Anniversary of The Platt Report: From Exclusion, To Toleration and Parental Participation in the Care of The Hospitalized Child", *Journal of Child Health Care*, 14(1), 6-23, 2010.
59. Johnson, B.H., Abraham, M.r. "Partnering with Patients, Residents and Families: a Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities", Bethesda, MD: *Institute for Patient-and Family-Centered Care*, 2012.
60. Committee on Hospital Care American Academy of Pediatrics, " Family-Centered Care And The Pediatrician's Role", *Pediatrics*, PMID: 12949306, 2003.
61. Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., & Black, RE. "Global, Regional, And National Causes Of Under-5 Mortality In 2000-15: An Updated Systematic Analysis with Implications for The Sustainable Development Goals", *Lancet*, 388(10063),3027-3035, 2006.

62. Waitzman, N.J., Jalali, A., Grosse, S.D. " Preterm Birth Lifetime Costs in The United States in 2016: an Update ", *Seminars In Perinatology*, 45(3),151390, 2021.
63. Jorgensen, A.M. " Born in The USA–The History of Neonatology in the United States: A Century Of Caring ", *NICU Currents*, 1(1),8-11, 2010.
64. 종우배, " The History of Neonatology in Korea", *Journal of the Korean Medical Association*, 59(7), 490-497, 2016.
65. Payne, E. " A Brief History of Advances In Neonatal Care ", *Neonatal Intensive Care Awareness Month*, 2016.
66. Polat, S." Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Aileler ", Ed. A.D. Çeviri Editörü: Tüfekçi, F.G., Özdemir, F.K., *Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği*, 2.Basımdan Çeviri, İstanbul 41-64, 2017.
67. Çalışır, H., Şeker, S., Güler, F., Anaç, G. T., & Türkmen, M. " Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri ", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 31-44, 2008.
68. Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, VH. "Closeness And Separation In Neonatal Intensive Care ", *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032-1037, 2012.
69. Thomas, L. " The Changing Role of Parents in Neonatal Care: A Historical Review ", *Neonatal Network*, 27(2):, 91-100, 2008.
70. Davis, L., Mohay, H., Edwards, H. " Mothers' Involvement in Caring for Their Premature Infants: An Historical Overview ", *Journal of Advanced Nursing*, 42(6): 578-586, 2003.
71. İnternet: Türk Neonatoloji Derneği, "Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi."2018.
<http://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/Y%C3%BCksek-Riskli-Bebek-%C4%B0zlem-Rehberi-V3.pdf>
72. Altimier, L., Kenner, C., Damus, K., " The Wee Care Neuroprotective NICU Program (Wee Care): The Effect of a Comprehensive Developmental Care Training Program on Seven Neuroprotective Core Measures For Family-

- Centered Developmental Care of premature neonates ", *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(1), 6-16, 2015.
73. Özkan, S., Arslan, T.F. " Hastaneye Yatan Çocukta Aile Merkezli Bakım ", *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 12,161-179,2018.
74. Cockcroft, S., " How Can Family Centred Care Be Improved To Meet The Needs of Parents with a Premature Baby in Neonatal İntensive Care? ", *Journal of Neonatal Nursing*, 18(3):,105-110, 2012.
75. Eras, Z., Atay, G., Şakrucu, E. D., Bingöler, E. B., & Dilmen, U. " Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Destek", *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 97-103, 2013.
76. Günay, U., Polat, S. " Pediatrik Onkoloji Kliniğinde Verilen Aile Merkezli Bakım Eğitiminin Değerlendirilmesi: Hekim ve Hemşire Görüşleri ", *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1):, 12-21, 2017.
77. Karabudak, S.S., Ak, B.; Başbakkal, Z. " Girişimler Sırasında Aile Üyeleri Nerede Olmalı? ", *Turkish Archives of Pediatrics*, 45.1, 2010.
78. İnternet: Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazete, S. 17 Kasım 2021 tarihinde; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
79. Hugelius, K., Harada, N., Marutani, M. " Consequences of Visiting Restrictions During the COVID-19 Pandemic: an İntegrative Review ", *Int J Nurs Stud*, 121: P. 104000, 2021.
80. Mcculloch, H., Campbell-Yeo, M., Richardson, B., Dol, J., Hundert, A., Dorling, J., & Smit, M. " The Impact Of Restrictive Family Presence Policies in Response to COVID-19 on Family Integrated Care in the NICU: a Qualitative Study ", *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 15(2): , 49-62, 2022.
81. Veenendaal, N.R., Deierl, A., Bacchini, F., O'Brien, K., Franck, L. S., & International Steering Committee For Family Integrated Care., " Supporting Parents as Essential Care Partners in Neonatal Units During the SARSCov-2 Pandemic", *Acta Paediatrica*, 110(7): 2008-2022, 2022.
82. Ertuğrul, S., Deger, İ., Yilmaz, S.T. " Covid-19 ve Yenidoğan ", *Dicle Tıp*

- Dergisi*, 48, 29-38, 2021.
83. Garfield, H., Westgate, B., Chaudhary, R., King, M., O'Curry, S., & Archibald, S. J. " Parental And Staff Experiences Of Restricted Parental Presence On A Neonatal Intensive Care Unit During COVID-19 ", *Acta Paediatrica*, 110(12), 3308-3314, 2021.
84. Yıldız, N. " Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım Ölçeğinin Geliştirilmesi ", *Necmettin Erbakan Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, Konya, 2018.
85. Erkan, S. " Krize müdahale planı Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi ", 8(8), 547-554, 1996.
86. Cheng, C., Franck, L. S., Ye, X. Y., Hutchinson, S. A., Lee, S. K., & O'Brien, K. " Evaluating The Effect Of Family Integrated Care On Maternal Stress And Anxiety İn Neonatal İntensive Care Units ", *J Reprod Infant Psychol*, 39(2), 166-179,2021.
87. Boztepe, H., Yıldız, G. K., Çınar, S., & Ayşe, A. Y." Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakım Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi", *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*, 748-755, 2019.
88. Dur, S., Gözen, D., Bilgin, M., "Attitudes And Behavior Of Nurses İn State And Private Hospitals With Respect To Family-Centered Care " , *Güncel Pediatri*, 14(1):, 1-9, 2016.
89. Aktaş, E., Teksöz, E., Ocakçı, A.F. " Ailede Kadının Değişen Rolünün Çocuk Sağlığına Etkisi Ve Aile Merkezli Bakımın Önemi ", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1):, 73-80, 2012.
90. Özcan, F.G." Pediatri Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımının Aile Merkezli Bakım Açısından Değerlendirilmesi ", *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2017.
91. İnternet: Tüik, " İstatistiklerle Kadın ", 2021.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,1'ini%20ise%20erke>

kler%20olu%C5%9Fturdu.

92. Yılmaz, H. "Pediatri Ünitelerinde Aile Merkezli Bakım İle Ebeveynlere Sağlanan Destek Düzeyi Arasındaki İlişki", *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2021.
93. Yüzer, S., Yiğit, R., Taşdelen, B. " Çocuğu Hastanede Yatan Annelerin Aldığı Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,9(4):,54-62, 2006.
94. Erdim, L., Bozkurt, G., Sevil, İ. " Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması', *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 36-43, 2006.
95. Anol, S. " Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Sağlık Personeli ile Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Aile Merkezli Bakıma Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması ", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2016.
96. Maleki Saghooni, N., Karshki, H., Esmaily, H., Feroz, FZ ve Najmabadi, KM. " Mothers' Breastfeeding Experiences of Emotional Support Needs: A Qualitative Study in Iran ", *Journal of Caring Sciences*, 10(3), 169-176, 2021.
97. Naz, S., Muhammad, D., Ahmad, A., & Ali, P. " Pregnant Women Perceptions Regarding Their Husbands And İn-Laws' Support During Pregnancy: A Qualitative Study ", *Pan African Medical Journal*, 39: , 229, 2021.
98. Backman, C., Chartrand, J., Dingwall, O. ve Shea, B. " Effectiveness of Person- and Family-Centered Care Transition Interventions: a Systematic Review Protocol," *Systematic Review*, 6(1), 158, 2017.
99. Committee on Hospital Care And Institute For Patient. " Patient and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role", *Pediatrics*, 129(2):, 394-404, 2012.
100. Kiraner, E., Terzi, B. "Covid-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği" *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24, 83-88, 2021.
101. Kiraner, E., Terzi, B., Türkmen, E., Kebapçı, A., & Bozkurt, G. "Türk Yoğun Bakım Hemşirelerinin Covid-19 Salgınındaki Deneyimleri", *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(3), 284-286, 2020.

102. Karasu, F. "Koronavirus (Covid-19) Vakaları Artarken Salgının Ön Safındaki Bir Yoğun Bakım Hemşiresi: "Cephede Duran Kahramanlar"", *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 11-14, 2020.
103. Akbaş, M., Emine, A. K. Ç. A., Şenoğlu, A., & Sürücü, Ş. G. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anne-Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2), 87-97, 2019.
104. Sarin, E., Maria, A. "Acceptability of a Family-Centered Newborn Care Model Among Providers And Receivers of care in a Public Health Setting: a Qualitative Study From India", *BMC Health Serv Res*, 19(1), 184, 2019.
105. Petersen, M.F., Cohen, J., Parsons, V. "Family-centered care: Do We Practice What We Preach?", *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4):,421- 427, 2004.
106. Sarman, A., Sarman, E. "Gözden Kaçırılan Bir Konu: Çocuğun Hastanede Yatmasının Aile Üzerindeki Olumsuz Etkileri ve Önleyici Hemşirelik Yaklaşımları", *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2):,113-120, 2020.
107. Tabakçioğlu, M. "Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumları", Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
108. Palandöken, E.A. "Covid-19 Pandemisi ve Hemşireler için Etik Sorunlar", İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(2):,139-142, 2020.
109. Tandberg, B.S., Frøslie, K. F., Markestad, T., Flacking, R., Grundt, H., & Moen, A. "Single-Family Room Design in the Neonatal Intensive Care Unit Did Not Improve Growth", *Acta Paediatrica*, 108(6):, 1028-1035, 2019. (2019).
110. Çağlar, S. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım: Anne görüşleri", *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2):,120-126, 2019.
111. Barreto, M.D.S., Peruzzo, H. E., Garcia-Vivar, C., & Marcon, S. S. "Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation and Invasive Procedures: a meta- synthesis", *Rev Esc Enferm USP*, 53:, e03435, 2019.. (2019).

EKLER

Ek-1 Anne Rıza Formu

Bu çalışma, Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Çalışmaya katılım için gönüllülük ilkesi esastır.

Çalışma öncesinde bu çalışmada yer almak için, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo demografik özelliklerin bulunduğu Anne ve Bebek Veri Toplama Formu ve Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeğini uygulamanız ve görüşmelere gönüllü olarak katılmak istediğinize dair onay vermeniz gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Araştırma sırasında sizden bir ücret talep edilmeyecek olup bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecek, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizde size verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilme hakkınız olduğunu bildiririm. Böyle bir durumda sağlık çalışanıyla ilişkiniz olumsuz etkilenmeyecek tedavi ve bakım alma durumunuz değişmeyecektir. Araştırma sonuçları eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyete saygı gösterilecektir.

Bana yapılan açıklamayı tüm ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: .../.../.....

Ebeveynin Adı Soyadı:

Araştırmacı Adı Soyadı:

ÖZLEM BOZBUĞA

Ek-2 Anne ve Bebek Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı;

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım uygulamalarını değerlendirme ile ilgili bir çalışma düzenlemekteyiz. Aşağıda bulunan sorulara içtenlikle yanıt vermeniz çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bilgileriniz hiçbir kişi ve kurumla paylaşılmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim

1. Anket no:
2. Görüşme Tarihi:
3. Annenin yaşı:
4. Öğrenim durumunuz nedir?
 - a) Okur-Yazar b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu
5. Çalışma durumunuz nedir?
 - a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
6. Aile tipiniz nedir?
 - a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile
7. Kaç çocuğunuz var? ...
8. Şu an yaşadığınız yer?
 - a) Köy b) İlçe merkezi c) Şehir merkezi
9. Siz hastanedeiken evdeki çocuklarınızla ilgilenen var mı?
 - a) Evet (ise belirtiniz) b) Hayır c) Başka çocuğum yok
10. Yapmış olduğunuz doğum şekli nedir?
 - a) Normal doğum b) Sezaryen doğum
11. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?
 - a) Kız b) Erkek
12. Doğumunuzdaki bebek sayısı nedir....
13. Bebeğin doğum kilosu....
14. Bebeğiniz doğumunun kaçınıcı gününde?....
15. Bebeğiniz yatışının kaçınıcı gününde?
16. Bebeğinizi doğduktan sonra ilk ne zaman gördünüz? (.... Gün, Saat)
17. Bebeğinizi doğduktan sonra ilk ne zaman kucağınıza aldınız? (.... Gün, ...Saat)

18. Bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?
19. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?
20. Bebeğinizin bakımına katılıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
21. Bebeğinizin hangi bakımlarına katılıyorsunuz? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

Ağızdan ilaç uygulama	
Pansuman yapma	
Vücut sıcaklığı ölçümü yapma	
Nazogastrik sonda ile besleme	
Aspirasyon yapma	
Oksijen verme	
Hijyen gereksinimlerini karşılama	
Beslenme /emzirme	
Pozisyon verme	
Diğer ise belirtiniz ...	

22. Bebeğinizin bakım kararları verilirken katılıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
23. Tıbbi işlemler yapılırken bebeğinizin yanında bulunuyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
24. Bebeğinizin hastalığını biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
25. Bebeğinizin tedavi protokolünü biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
26. Bebeğinizin kullandığı ilaçları biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
27. Bebeğinize uygulanan girişimlerin nedenini biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
28. Klinikte hemşirelere soru sorabiliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
29. Baba ziyarete geliyor mu?
a) Evet b) Hayır

30. Anne otelinde kalıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

31. Anne otelinde kaç gündür kalıyorsunuz?

32. Bebeğinizin hastaneye yatma sürecinde kendi kişisel gereksinimlerinizi yeterli şekilde karşılayabiliyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

33. Hastane ortamında hangi gereksinimlerinizi yeterince karşılayabildiğinizi düşünüyorsunuz?

Yemek yeme	
Uyku	
Banyo	
Dinlenme	
Diğer ise belirtiniz....	

Ek 3: Yenidoğan Aile Merkezli Bakım Ölçeği (YAMBÖ)

	Ölçek Maddeleri	Hiç	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle	Katılıyorum
İtibar ve Saygı	1. Hemşireler ebeveyn olarak bana saygı duyarlar.							
	2. Hemşireler beni görünce selam verirler.							
	3. Hemşireler aile üyelerine güler yüzlü davranırlar.							
	4. Hemşirelere bir şey sormak istediğimde bana iyi davranırlar.							
	5. Hemşireler benim yaşadığım sorunlarıma ilgi gösterirler.							
	6. Hemşireler kültürel farklılıklarına saygı duyarlar.							
	7. Hemşireler dini gereksinimlerime saygı duyarlar.							
Bilgi Paylaşımı	8. Hemşireler bebeğimin hastalığı hakkında beni bilgilendirirler.							
	9. Hemşireler bebeğimin sağlık durumu hakkında anlayabileceğim şekilde bana açıklama yaparlar.							
	10. Hemşireler bebeğime yapılan tedaviler hakkında beni bilgilendirirler.							
	11. Hemşireler bebeğimin tahlil ve laboratuvar sonuçları hakkında beni bilgilendirirler.							
	12. Hemşireler bebeğim için kullanılan tıbbi araçlar (monitör, serum, sonda) hakkında bana açıklama yaparlar.							
	13. Hemşireler bebeğimin bakımı (beslenme, banyo, alt değişimi) hakkında bana bilgi verirler.							
	14. Hemşireler bebeğimin klinikteki büyüme gelişmesi ile ilgili beni bilgilendirirler.							
	15. Hemşireler evde bebek bakımı ile ilgili bana bilgi verirler.							
16. Hemşireler bebeğimin düzenli izlem ve aşıları hakkındabana bilgi verirler.								
Bakıma Katılma	17. Hemşireler bebeğim ile temas kurmam (dokunmam, kucaklamam ve kanguru bakımı yapmam) için beni teşvik ederler.							
	18. Hemşireler bebeğimle konuşmam/iletişim kurmam için beni teşvik ederler.							
	19. Hemşireler bebeğime bakım verirken kendime güvenmem için beni cesaretlendirirler.							
	20. Hemşireler bebeğimin bakımında (banyo, alt değişimi, giydirilmesi) rol almamı sağlarlar.							
	21. Hemşireler bebeğimin beslenmesinde aktif yer almamı sağlarlar.							
Aile ile işbirliği	22. Hemşireler bebeğim ile ilgili tıbbi kayıtları incelememe izin verirler.							
	23. Hemşireler bebeğimin bakım planı hakkında görüşümü alırlar.							
	24. Hemşireler bebeğimin bakımı sırasında onları izlememe izin verirler.							
	25. Hemşireler ağrılı işlemler sırasında bebeğimin yanında bulunmam ile ilgili tercihim sorarlar.							
	26. Hemşireler bebeğim ile ilgili gözlemlerimi sorarlar.							
	27. Hemşireler bebeğim ile ilgili önerilerimi dikkate alırlar.							
	28. Hemşireler bebeğim ile ilgili vizitelere katılmama izin verirler.							
	29. Hemşireler bebeğimin taburculuk planı ile ilgili benimle işbirliği yaparlar.							

Ek-4: Etik Kurul Kararı



Ek-5: Kurum İzni



Ek-6: Ölçek İzni

