



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNDE YENİDOĞAN
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PRETERM
BEBEĞİ YATAN ANNELERİN KAYGI
DÜZEYLERİ**

Ayşegül GENÇTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT

TRABZON-2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNDE YENİDOĞAN
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PRETERM
BEBEĞİ YATAN ANNELERİN KAYGI
DÜZEYLERİ**

Ayşegül GENÇTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT

TRABZON-2022

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Ayşegül GENÇTÜRK'ün hazırladığı “Covid-19 Pandemisinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Preterm Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25.02.2022

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Mustafa YILMAZ
Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Mustafa YILMAZ
Enstitü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

25/02/2022

Ayşegül GENÇTÜRK

İthaf

Yüksek lisans tezimi, küçük bedenleriyle büyük savaş veren preterm bebeklere ve annelerine ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca bilimsel katkılarıyla bana destek veren, motive eden, yol gösteren ve sabırla her zaman yanımda olan değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve donanımlarından yararlandığım değerli hocam Sayın Doç. Dr. İlknur KAHRIMAN'a,

Araştırmanın yürütülmesinde bana destek olan SBÜ Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan mesai arkadaşlarıma ve benimle iş birliği yapmayı kabul eden annelere ve bebeklerine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen ve her an yanımda olduklarını hissettiren arkadaşlarıma,

Beni bugünlere getiren, yaşamımın her alanında ve eğitimim boyunca benden desteğini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan aileme,

Hayatıma girdiği andan itibaren sevgisiyle ve desteğiyle bana güç veren, en büyük motivasyon kaynağım sevgili eşime sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ayşegül GENÇTÜRK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Preterm Bebeğin Tanımı ve Sınıflandırılması	3
2.1.1. Gestasyon Haftasına Göre Sınıflandırma	3
2.1.2. Doğum Kilosuna Göre Sınıflandırma	3
2.2. Preterm Doğum Sıklığı	3
2.3. Preterm Doğum Nedenleri	4
2.4. Preterm Bebeğin Özellikleri	5
2.5. Preterm Bebeklerde Sık Görülen Sağlık Sorunları	6
2.5.1. Neonatal Dönem Sorunları	6
2.5.2. Nörolojik Sorunlar	7
2.6. Preterm Bebeklerde Hemşirelik Bakımı	8
2.6.1. Preterm Bebekte Vücut Isısının Korunması-Sürdürülmesi	8
2.6.2. Preterm Bebekte Solunum Düzenlenmesi-Sürdürülmesi	8
2.6.3. Preterm Bebekte Beslenmenin Sağlanması	9
2.6.4. Preterm Bebeğin Sıvı-Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi	10
2.6.5. Preterm Bebeğin Enfeksiyonlardan Korunması	10
2.6.6. Preterm Bebeğin Deri Bütünlüğünün Korunması	11
2.7. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ve Düzeyleri	11
2.7.1. I. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	12

2.7.2. II. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	12
2.7.3. III. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	12
2.7.4. IIIA Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	12
2.7.5. IIIB Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	13
2.8. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Preterm Bebeği Yatan Annelerin Gereksinimleri	13
2.9. Preterm Bebeğin Taburculuğa Hazırlanması	14
2.10. Kaygı	15
2.10.1. Kaygının Tanımı ve Önemi	15
2.10.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Preterm Bebeği Yatan Annelerde Kaygı	15
2.10.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Preterm Bebeği Yatan Annelerde Kaygı ile Mücadelede Baş Etme Yolları	17
2.10.3.1. Aile Merkezli Bakım	17
2.10.3.2. Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı	18
2.10.3.3. Kanguru Bakımı	19
2.10.3.4. Akran ve Emsal Durum İletişimi	20
2.10.3.5. Düşünce Durdurma	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri	22
3.3.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Anne-Bebek Bilgi Formu	22
3.4.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	22
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.6.1. Bağımsız Değişkenler	23
3.6.2. Bağımlı Değişkenler	24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8. Araştırmanın Sınırlıkları	24
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar	24

3.10. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	25
3.11. Araştırma Planı	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	50
8. EKLER	60
Ek 1. Anne-Bebek Bilgi Formu	61
Ek 2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	62
Ek 3. Kurum İzni	64
Ek 4. Etik Kurul İzni	65
Ek 5. Gönüllü Onam Formu	68
Ek 6. Ölçek İzni	69
ÖZGEÇMİŞ	70

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Preterm doğum nedenleri	5
Tablo 2. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	27
Tablo 3. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı	28
Tablo 4. YYBÜ’de yatan pretermilerin özelliklerinin dağılımı	29
Tablo 5. YYBÜ’de yatan pretermilerin anne-bebek etkileşimi özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 6. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin DKE ve SKE puan ortalamalarının dağılımı	31
Tablo 7. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DKE puan ortalamasının dağılımı	31
Tablo 8. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin obstetrik özelliklerine göre DKE puan ortalamasının dağılımı	32
Tablo 9. YYBÜ’de yatan pretermilerin özelliklerine göre annelerin DKE puan ortalamasının dağılımı	33
Tablo 10. YYBÜ’de yatan pretermilerin anne-bebek etkileşimi özelliklerine göre DKE puan ortalamasının dağılımı	35
Tablo 11. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre SKE puan ortalamasının dağılımı	36
Tablo 12. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin obstetrik özelliklerine göre SKE puan ortalamasının dağılımı	37
Tablo 13. YYBÜ’de yatan pretermilerin özelliklerine göre annelerin SKE puan ortalamasının dağılımı	38
Tablo 14. YYBÜ’de yatan pretermilerin anne-bebek etkileşimi özelliklerine göre DKE puan ortalamasının dağılımı	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1.Canlı doğumlarda preterm doğum oranları	4
Şekil 2.Araştırma planı	26



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BPD	Bronkopulmoner displazi
CPAP	Continuous positive airway pressure
CP	Serebral palsy
DIK	Yaygın damar içi pıhtılaşma
DKE	Durumluk kaygı envanteri
DSKE	Durumluk-sürekli kaygı envanteri
DSÖ	Dünya sağlık örgütü
GH	Gestasyon haftası
GIS	Gastrointestinal sistem
ISK	Insensible sıvı kaybı
IUGG	Intrauterin gelişme geriliği
MV	Mekanik ventilatör
NEK	Nekrotizan enterokolit
NIDCAP	Neonatal individualised developmental care and assessment program
OGS	Orogastrik sonda
PDA	Patent duktus arteriozus
RDS	Respiratuvar distres sendrom
SBÜ	Sağlık bilimleri üniversitesi
SKE	Sürekli kaygı ölçeği
TPN	Total parenteral nutrisyon

Simgeler

F	One way ANOVA analizi
MAX	Maksimum
MIN	Minimum
p	p değeri
SS	Standart sapma
t	Bağımsız gruplarda t test
$\bar{X}$	Ortalama
X^2_{K-W}	Kruskal wallis testi
z	Mann whitney u testi

ÖZET

Covid-19 Pandemisinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Preterm Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri

Araştırma Covid-19 pandemisinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırma, Trabzon il merkezinde bulunan bir eğitim araştırma hastanesinin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan ve dahil edilme kriterlerine uyan 65 preterm annesi ile yapıldı. Araştırma verileri, Anne-Bebek Bilgi Formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız Örneklem t Testi, One Way Anova Analizi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, Bonferroni ve Tamhane testi kullanıldı. Araştırmaya katılan annelerin %53.8'inin 30 yaş altında, %50.8'inin lise eğitim düzeyine sahip olduğu ve %60'ının çalışmadığı saptandı. Pretermilerin %53.8'inin geç preterm (33-37 gebelik haftası), %41.5'inin düşük doğum ağırlıklı (1500-2500 gr) ve %40'ının solunum cihazına bağlı olduğu belirlendi. Annelerin daha önceki düşük öyküsü, preterm doğum haftası, doğum kilosu, solunum cihazına bağlı olma durumu, oral beslenme durumu, preterm bebeği annenin ilk gördüğü yer, yoğun bakım ünitesinde pretermi kucağa alma ve emzirme durumu, preterm hastalığı hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünme ve annenin yoğun bakım ünitesinde pretermi gördüğünde hissettiği ilk duygu ile annelerin durumluk kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Preterm doğum haftası, doğum kilosu, cinsiyeti ve solunum cihazına bağlı olma durumu ile annelerin sürekli kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Sonuç olarak preterm bebeğe sahip annelerin durumluk kaygısı yüksekti. Araştırmada annelerin durumluk kaygısını etkileyen en önemli faktörler; annelerin yoğun bakım ünitesinde pretermi kucağa alma ve emzirme durumu, preterm hastalığı hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünme, preterm durumu ile ilgili bilginin alındığı kişi ve annenin yoğun bakım ünitesinde pretermi gördüğünde hissettiği ilk duygu olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Covid-19, kaygı düzeyi, preterm, yenidoğan yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT

Anxiety Levels of Mothers with Preterm Baby in the Neonatal Intensive Care Unit in the Covid-19 Pandemic

The research was conducted in a descriptive type to examine the anxiety levels of mothers who had preterm babies in the neonatal intensive care unit during the Covid-19 pandemic. The research was conducted with the mothers of 65 preterm infants who were hospitalized in the neonatal intensive care unit of a training and research hospital in the city center of Trabzon and met the inclusion criteria. Research data were collected using the Mother-Infant Information Form and the State-Trait Anxiety Inventory. Descriptive statistics, unpaired t Test, One Way Anova Analysis, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Bonferroni and Tamhane tests were used to evaluate the data. It was determined that 53.8% of the mothers participating in the research were under the age of 30, 50.8% had a high school education level and 60% were not working. It was determined that 53.8% of the preterms were late preterm (33-37 gestational week), 41.5% were low birth weight (1500-2500 gr) and 40% were connected to a ventilator. It was determined that there was a statistically significant difference between the state anxiety of the mothers and the previous abortion history of the mothers, preterm birth week, birth weight, being connected to the ventilator, oral nutrition status, the first place the mother sees the preterm baby, preterm holding and breastfeeding status in the intensive care unit, thinking that they were adequately informed about the preterm disease, mother's first emotion when she saw preterm in the intensive care unit ($p<0.05$). It was determined that there was a statistically significant difference between the preterm birth week, birth weight, gender and being connected to the ventilator, and the preterm status ($p<0.05$). As a result, the state anxiety of mothers with preterm babies was high. In the study, it was determined that the most important factors; affecting the state anxiety of the mothers were the mothers' holding and breastfeeding status in the intensive care unit, thinking that they were adequately informed about the preterm disease, the person from whom the information was received about the preterm status, and the first feeling the mother felt when she saw preterm in the intensive care unit.

Keywords: Anxiety level, Covid-19, neonatal intensive care unit, preterm

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) preterm yenidoğanı doğum kilosuna bakılmaksızın 37. gestasyon haftasını bitirmeden canlı doğan bebekler olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün açıklamasına göre yaklaşık olarak her yıl 15 milyon bebek preterm olarak dünyaya gelmektedir. Preterm doğum nedeniyle ortaya çıkan komplikasyonlar, 5 yaş altı çocuklar arasında önde gelen mortalite nedenidir (1, 2). Preterm doğum oranlarındaki artış neonatal alanda teknolojik gelişmelere neden olmaktadır. Teknolojinin gelişmesiyle pretermilerin sağ kalım oranları da artmaktadır. Ancak preterm doğum birçok sağlık sorununu beraberinde getirmekte ve morbidite oranlarını artırmaktadır. Bu artış pretermilerin uzun süre yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) yatarak tedavi görmesine sebep olmaktadır (2, 3).

YYBÜ'ler ebeveyn ve hasta yakınlarının oldukça yoğun kaygı ve stres yaşadıkları birimlerdendir. Bebeğin preterm doğması ve klinik tablosuna ilişkin yeterli bilgi olmaması, bebekten fiziksel ve duygusal izolasyon, bebeği kucağa alamama, emzirememe, gelecekleriyle ilgili belirsizlik duygusu ve bebeği kaybetme korkusu gibi birçok neden aile üyelerinde korku, kaygı, panik ve suçluluk gibi negatif duyguların yaşanmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda preterm uzun süre yoğun bakımda yatması, ailelerle iletişimlerini kesintiye uğratmakta ve birden çok olumsuz duygu yaşamalarına sebep olmaktadır (4, 5). Yapılan bir çalışmada annelerin %85.5'inin yüksek oranda durumluk kaygı ve %67.8'inin yüksek oranda sürekli kaygı gösterdiği belirtilmektedir (6). Literatürdeki çalışmalar bebek bakımına aktif olarak katılan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin azaldığını, bebekleriyle bağlandıklarını, bebek bakımıyla ilgili sorun çözme yeteneklerinin daha yüksek olduğunu, kendilerini daha yetkin hissettiklerini ve bebeğe bakım sağlama becerilerinde daha başarılı olduklarını belirtmektedir (7-9).

Yeni doğmuş bir bebeğin anne ve baba ile olan uzun süreli yakın temasının hem yenidoğan hem de ebeveyni için fizyolojik ve psikolojik faydaları olduğu gösterilmiştir. Ciltten cilde temas yoluyla yapılan kanguru bakımı, annenin kokusu ve sesi gibi başkaları tarafından kopyalanamayan birçok tanıdık duyusal girdi sağlar (10-12). Erken cilt teması yaşayan bebekler daha az ağrı ve fizyolojik dengesizlik, daha iyi nöro-gelişimsel sonuçlar ve büyüme yaşamaktadırlar. Bebeklerin klinik bakımlarına katılım ebeveynlerin ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirmektedir (13). Aile merkezli bakım uygulamasının YYBÜ'de yatan bebekler için hastanede kalış süresini kısalttığı, bebeklerin ekstrauterin ortama daha iyi

uyum sağladığı ve taburculukta emzirme oranını yükselttiği belirtilmektedir (14-16). Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle alınan önleyici tedbirler YYBÜ’de preterm bebeği yatan ebeveynler için aile merkezli bakım sunumunu etkilemektedir.

Uluslararası literatürde pandemi sürecinde annelerin kaygı düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmaktadır (17). Ulusal literatürde ise pandemi sürecinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu açıdan bakıldığında araştırmanın ilerde yapılacak araştırmaları destekler nitelikte olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma, Covid-19 pandemisinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Preterm Bebeğin Tanımı ve Sınıflandırılması

DSÖ'nün tanımına göre preterm bebekler “doğum ağırlığına bakılmaksızın 37. gebelik haftasını bitirmeden doğan canlı yenidoğanlardır.” Pretermier gestasyon haftasına ve doğum kilolarına göre sınıflandırılırlar (1).

2.1.1. Gestasyon Haftasına (GH) Göre Sınıflandırma

Pretermier GH'ye göre 3 grupta sınıflandırılır:

- 28. GH'den önce doğan yenidoğanlar “aşırı-ileri derecede preterm”,
- 28-32 GH arasında doğan yenidoğanlar “çok erken preterm”,
- 32-37 GH arasında doğan yenidoğanlar “orta-geç preterm” olarak sınıflandırılır (1).

2.1.2. Doğum Kilosuna Göre Sınıflandırma

Pretermier doğum kilolarına göre 3 grupta sınıflandırılır:

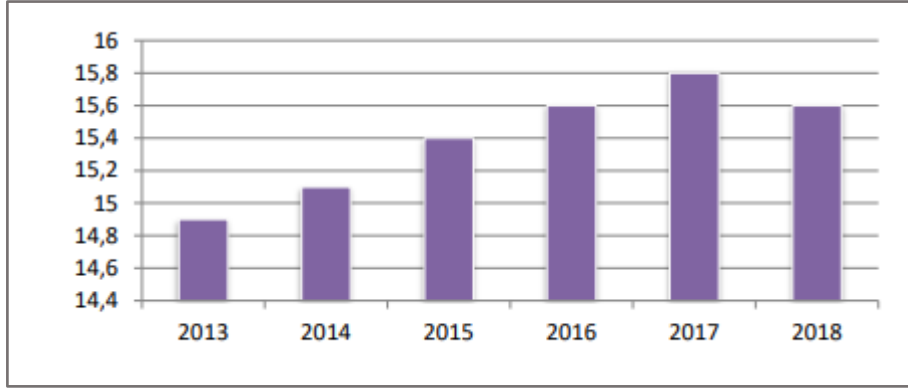
- Doğum kilosu 1000 gr'den az olan yenidoğanlar “Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm”,
- Doğum kilosu 1000-1500 gr arasında olan yenidoğanlar “Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm”,
- Doğum kilosu 1501-2500 gr arasında olan yenidoğanlar “Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm” olarak sınıflandırılır (18).

2.2. Preterm Doğum Sıklığı

DSÖ'nün verilerine göre dünyada tahminen her yıl 15 milyon bebek preterm olarak dünyaya gelmekte ve bu sayı gün geçtikçe artmaktadır. Erken doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar, 5 yaş altı çocuklar arasında önde gelen mortalite nedenidir ve 2015 yılında yaklaşık olarak 1 milyon ölümden sorumludur (1, 2).

Ülkemizde de preterm doğum yıllar içerisinde bu oranla benzerlik göstermektedir. Her yıl 180 bini aşkın bebek hayata erken başlamakta ve bu da yenidoğanların %15'inden fazlasına tekabül etmektedir (19).

Aşağıda yer alan grafikte ülkemizde 2013-2018 yılları arasında canlı doğumlarda prematüre doğum oranları gösterilmiştir (20, 21).



Şekil 1. Canlı doğumlarda prematüre doğum oranları (%)

2.3. Preterm Doğum Nedenleri

Preterm doğum, çeşitli sebeplerle gerçekleşmektedir. Preterm doğumlar çoğunluğu kendiliğinden gerçekleşir, ancak bazıları tıbbi veya tıbbi olmayan sebeplerle doğumun erken başlamasına veya sezaryen doğuma bağlıdır (1). Preterm doğumun asıl nedeni bilinmemekle beraber iyi derecede doğum öncesi bakım alan ve iyi beslenen kadınlarda preterm doğum riskinin daha az olduğu bilinmektedir (21, 22).

Tablo 1. Preterm doğum nedenleri

Fetal Nedenler	Çoğul (multiple) gebelik, Fetal distres, Fetal anomaliler, İntrauterin gelişme geriliği (IUGG), Genetik hastalıklar...
Plasental ve Uterin Nedenler	Ablatio plasenta, Plasenta previa, Servikal yetmezlik, Erken Membran rüptürü, Poli ve oligohidramnios, Uterin ve servikal anomaliler, Geçirilmiş servikal operasyonlar...
Maternal Nedenler	Maternal diyabet, Eklempsi, preeklempsi, Kronik hastalıklar (konjenital kalp hastalığı, böbrek hastalıkları), Enfeksiyonlar, İlaç kullanımı, alkol-sigara kullanımı, Malnütrisyon, Düşük sosyoekonomik düzey, Kötü ağız-diş sağlığı, Anne yaşının 18'den küçük, 35'ten büyük olması, Anemi, Siyah ırk...

Bütün bu nedenlerle birlikte daha önceden pretem doğum öyküsüne sahip olmak en kuvvetli risk faktörüdür (18, 21-25).

2.4. Preterm Bebeğin Özellikleri

Preterm bebeklerde çeşitli karakteristik özellikler vardır. Bu özellikler gestasyon yaşının ve dolayısıyla fizyolojik kapasitenin belirlenmesinde yardımcı olur.

- Küçük görünümlüdürler ve subkutan yağ dokusu azdır.
- Baş gövdeye kıyasla normal yenidoğandan daha büyüktür ve fontaneller geniştir.
- Gözler küçüktür.
- Tonüsleri hipotoniktir.
- Saçları seyrek ve incedir.
- Ciltleri ince, pembe ve yumuşaktır.

- Vücut yüzeyi geniştir ve buna bağlı olarak ısı kaybı daha fazladır.
- Verniks kazeoza gebeliğin erken döneminde yapılmadığı için az veya hiç yoktur.
- Lanugo tüyleri gebelikte son haftalarda kaybolduğu için pretermelerde oldukça fazla miktarda vardır.
- Preterm bebeklerin solunum kasları tam anlamıyla gelişmemiştir.
- Solunumları düzensizdir ve apne epizodları görülür. İnterkostal çekilmeler sık görülür.
- Öğürme ve öksürme refleksleri zayıftır. Bundan dolayı aspirasyon riski fazladır.
- Emme refleksi çok az ya da hiç olmayabilir.
- Kulak kıkırdaklarının yapısı tam oluşmamıştır. Yumuşaktır ve kıvrımları azdır.
- Göğüs kafesi yumuşak ve kostalar esnektir.
- Meme ucu palpe edilemez, pigmentasyonu yoktur.
- Abdomen dışa doğru çıkık görünümde ve distansedir.
- Mide kapasiteleri az ve midenin boşalma zamanı uzundur.
- El ve ayak tırnakları kısa ve yumuşaktır.
- Preterm erkeklerde testisler henüz skrotuma inmemiştir. Kızlarda ise labialar ve klitoris dışa doğrudur ve labia majörler normal gestasyon haftasını tamamlayana kadar labia minörleri örtmez (2, 18, 21, 22, 26, 27).

2.5. Preterm Bebeklerde Sık Görülen Sağlık Sorunları

2.5.1. Neonatal Dönem Sorunları

GH'si düşük preterm bebeklerde, neonatal dönem sorunları daha çok yaşanır. Bu sorunlar pretermelerde mortalite ve morbiditenin artmasına neden olur (21, 27-34).

Solunum Problemleri:

- Akciğerlerde sürfaktan eksikliği ve akciğer immatüritesine bağlı Respiratuvar Distres Sendromu (RDS).
- Neonatal-konjenital pnömoni
- Bradikardi ve siyanozun eşlik ettiği prematüre apnesi
- Neonatal asfiksi
- Preterm bebekte kronik akciğer hastalığı olarak bilinen Bronkopulmoner Displazi (BPD)

- Pulmoner kanama

Kardiyovasküler Problemler:

- Hipotansiyon-hipertansiyon
- Patent Duktus Arteriozus (PDA)
- Apne ile birlikte görülen bradikardi

Hematolojik Problemler:

- Anemi
- Hiperbilirubinemi ve devamında kernikterus tablosu
- K vitamini eksikliği
- Yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC)

Gastrointestinal Sistem (GIS) Problemleri:

- Beslenme intoleransı
- Nekrotizan Enterokolit (NEK)
- Gastrointestinal perforasyonlar

Metabolik ve Endokrin Problemler:

- Hiperglisemi ve hipoglisemi
- Hipotermi

2.5.2. Nörolojik Sorunlar

Pretermelerde nörolojik sekeller ve buna yönelik tedavi, ömür boyu sürececek fonksiyonel ve yapısal bozukluklara sebep olur. Akciğerlerin tepkisine benzer yönde, beyinde oluşabilecek hasar gestasyon yaşı ile ilişkilidir. Bebeğin beyin gelişiminin en hızlı olduğu dönem gebeliğin 3. trimesteri ile erken yenidoğan dönemidir. Gestasyonun 30. haftasında beyin, miat ağırlığının sadece yarısına ulaşmıştır (32). Anne karnındaki gelişimini tamamlamadan dünyaya gelen pretermelerde beyin hasarı ve buna bağlı olarak uzun dönemde nöro-gelişimsel sorunlar görülebilir. Nöro-gelişimsel sekeller, preterm doğum eylemini takiben oluşan morbiditelerin en önemlisidir (35). Nöro-gelişimsel sorunlar GH ve doğum kilosu azaldıkça artar (36, 37). Yoğun bakımda takibi yapılan çok düşük doğum ağırlıklı bebekler nöro-gelişimsel sorunlar açısından en yüksek riskli gruptadırlar (35-39).

Preterm bebeklerin beyinde oluşabilecek hasarlar sonucu major-minör nörolojik sekeller ortaya çıkmaktadır. Mental retardasyon, serebral palsy (CP), intraserebral kanama, körlük, konvülsiyon-epilepsi, hidrosefali ve işitme kaybı majör nörolojik sekellerdir. Konuşma ve dil gecikmeleri, davranış ve dikkat bozuklukları, okuma güçlükleri, görsel veya sözel anlama ve algılama sorunları vb. ise minör nörolojik sekellerdir (32, 36, 38, 39).

2.6. Preterm Bebeklerde Hemşirelik Bakımı

2.6.1. Preterm Bebekte Vücut Isısının Korunması-Sürdürülmesi

Özellikle pretermelerde vücut yüzey alanları geniş, deri altı kahverengi yağ dokuları az ve vücut ısını kontrol eden mekanizmaların immatür olması sebebiyle termoregülasyon etkisizdir. Bu sebepten ötürü term yenidoğanlara kıyasla daha fazla ısı kaybederler (22, 27).

Erken doğan ve savunmasız olan pretermeler için hipotermi büyük bir sorundur. Çeşitli hastalıklara ve hatta ölüme bile yol açabilir. Dış ısı kaynakları kullanılarak ısı kaybı azaltılmalıdır. Bu kapsamda rutin olarak doğum odasının sıcak tutulması, yenidoğanın derhal kafasının kurutulması ve kafasına ısıtılmış başlık takılması, aşırı pretermeler için polietilen örtü kullanılması, doğum sonrasında eğer mümkünse anne ile cilt temasının sağlanması, radyant ısıtıcılar yada inkübatörler kullanılması gerekmektedir (40, 41).

2.6.2. Preterm Bebekte Solunum Düzenlenmesi-Sürdürülmesi

Yenidoğan döneminde yaşamı tehdit eden hastalıkların çoğunluğu solunumsal kaynaklı olmaktadır. Preterm bebekler akciğerlerinin immatür olmasından dolayı solunumu başlatmakta güçlük yaşarlar ve doğum salonunda erken devrede solunum desteğine ihtiyaç duyabilirler (42). Oksijenizasyonu artırmak amacıyla bebeğe uygun pozisyon verilmelidir. Kuvöz içinde bebeğin başının yükseltilmesi iç organların diyafram üzerindeki basısını azaltacaktır (22, 27).

Bebeğin solunum sayısı, kas tonusu ve rengi değerlendirilmelidir. Bebekte solunum sıkıntısı bulguları; takipne, siyanoz, burun kanadı solunumu, interkostal ve/veya subkostal çekilmeler ve inleme gözlemlenmelidir (42). Trakea, nazofarenks ve endotrakeal tüp aspirasyonu gerek duyulduğu zaman yapılmalıdır. Rutin aspirasyon işlemi uygulanmamalıdır (22, 27).

Solunum sıkıntısı olan yenidoğanlarda ve özellikle pretermelerde oksijenizasyonun sağlanması için doğrudan oksijen verilmesi yerine burundan Continuous Positive Airway

Pressure (CPAP) ile mümkün olduğunca en düşük konsantrasyonda oksijen uygulaması tercih edilmelidir (42). Bebeğe nemlendirilmiş ve ısıtılmış oksijen verilmeli ve oksijen akışı düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Oksijen desteği alan pretermilerin oksijen saturasyonu yakından takip edilmelidir (22, 27).

2.6.3. Preterm Bebekte Beslenmenin Sağlanması

Erken doğmuş bebeklerde genellikle beslenme güçlüğü vardır ve beslenme desteğine ihtiyaç duyarlar. Bu beslenme güçlüğü metabolik bozukluklar, kardiyorespiratuvar dengesizlikler, koordine edilemeyen emme-yutma refleksi ve azalmış oromotor tonu gibi çoklu fizyolojik süreçlerin olgunlaşmamışlığı sonucu ortaya çıkmaktadır (43, 44).

Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı ve aşırı düşük doğum ağırlıklı pretermier uygun şekilde ve yeterli beslenemediklerinde doğum sonu dönemde büyüme ve gelişme geriliği riski altındadırlar. Ekstrauterin büyüme geriliğinin pretermierde uzun vadede nöro-gelişimsel olarak olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Enteral beslemenin başlanamadığı durumlarda, zaman kaybedilmeden yoğun olarak parenteral beslemenin yeterli düzeyde enerji ve protein sağlayacak şekilde başlanması, yüksek riskli pretermier için yaşamsal acil bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (45).

Tüm yenidoğanlarda olduğu gibi pretermierde de ideal besin kaynağı anne sütüdür. Amacımız; mümkünse doğumdan sonraki en kısa zamanda anne sütü ile beslenmenin sağlanmasıdır (45). Pretermierde anne sütü ile beslenmenin gelişimsel ve aynı zamanda immünolojik faydaları vardır. Nöro-gelişimsel sonuçları iyileştirir, enfeksiyon insidansını düşürür ve NEK gelişme riskini azaltır (40).

Emerek beslenemeyecek pretermierintotal parenteral beslenme (TPN) ile doğumdan sonraki ilk saatler içerisinde kolostrum alması sağlanmalıdır. Anne memesinden el yardımıyla sağılan kolostrum birkaç damla dâhi olsa bebeğin ağzına damlatılmalıdır. Bu hayati önem taşımaktadır. Kolostrum ile ağız bakımı verilmesi ve minimal enteral beslenme desteği çok önemlidir. Bebeklere yoğun bakım ünitesinde bulundukları süre içinde kanguru bakımı sağlanmalıdır. Aynı zamanda emzik veya boş anne memesi ile “non-nutritif” dediğimiz besleyici olmayan emme desteklenmelidir (45).

Pretermin emme, yutma ve öğürme reflekslerine bakılmalıdır. Emme-yutma refleksi yetersiz olan ve çabuk yorulan pretermiler orogastrik sonda (OGS) yardımıyla beslenmelidir. Bağırsak sesleri değerlendirilmelidir (22).

2.6.4. Preterm Bebeğin Sıvı-Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi

Sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, intrauterin ve doğum sonu ekstrauterin dönemde bebeğin gelişim süreci içinde normal hücre ve organ işlevlerinin yerine getirilmesi için elzemdir. Pretermelerde cilt tabakasının immatür olmasından dolayı cilt yoluyla insensibl sıvı kaybı (ISK) daha fazladır. Yine bu bebeklerin vücut yüzey alanlarının geniş olması ve derilerinin göreceli olarak fazla damarlanması transepidermal sıvı kaybını da artırmaktadır (46, 47). Ortamda yüksek oranda nem sağlanması transepidermal sıvı kaybını en aza indirebilmektedir. Bu nedenle özellikle 32 haftadan küçük preterm bebeklerde yaşamın ilk haftalarında kuvözün nem oranı %70-80 civarlarında tutulmalıdır (47).

İntravenöz sıvı tedavisi, fizyolojik kilo kaybına izin verecek, ancak dehidratasyonun önüne geçecek şekilde dikkatlice hesaplanmalıdır. Her bebeğin kişisel gereksinimleri göz önünde bulundurularak idame sıvı tedavisinin miktarı artırılıp azaltılabilir. Özellikle yoğun bakım ünitesinde takibi yapılan aşırı pretermiler günde en az bir veya iki defa tartılmalı ve günlük olarak kiloları takip edilmelidir (48, 49).

2.6.5. Preterm Bebeğin Enfeksiyonlardan Korunması

Pretermilerin hastanedeki uzun süre izlemleri enfeksiyon görülme olasılığını arttırmaktadır. Bu sebepten ötürü hastane kaynaklı enfeksiyonlar YYBÜ’de takip edilen bebeklerde önemli morbidite ve mortalite sebebidir (50).

Pretermelerde bağışıklık sistemi henüz olgunlaşmamıştır. Anneden gebeliğin son dönemlerinde plasenta aracılığıyla geçecek olan maternal immünglobülinlerin geçmemiş olması, bunun yanında derinin kolay zedelenebilir ve olgunlaşmamış olması, aynı zamanda derinin doğal koruyucu katmanı olan verniks kazeozanın eksikliği hastane kaynaklı enfeksiyon ve sepsis gelişme riskini kolaylaştırır (51).

Hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltmanın en önemli yolu dikkatli el yıkamadır. YYBÜ’ye giriş esnasında, bütün çalışanlar ve ziyaretçiler el hijyenini sağlamalıdır. Bebeğe dokunmadan önce ve dokunduktan sonra, bebeğin çevresi ile temastan önce ve sonra her

defasında eller yıkanmalı veya alkol bazlı dezenfektan kullanılarak el hijyeni sağlanmalıdır.

Respiratör ekipmanların temizlenmesi ve nemlendirici steril suyunun sık aralıklarla değiştirilmesi gereklidir. Her bebeğin ayrı bir stetoskopu bulunmalıdır. İnvaziv girişimlerde aseptik kurallara uyulmalıdır. Enfekte olmuş pretermier için izolasyon önlemleri alınmalıdır. Aşırı kalabalığın önüne geçilmeli ve kliniğin sirkülasyonu en aza indirilmelidir (51, 52).

2.6.6. Preterm Bebeğin Deri Bütünlüğünün Korunması

Pretermierin henüz olgunlaşmamış deri yapıları term bebeklerinkinden çok farklıdır. Bu nedenden ötürü term bebeklere göre pretermierin derileri toksisite ve travmaya daha kolay maruz kalabilir (5, 53, 54). Pretermier olgunlaşmamış cilt, flaster, yapıştırıcı veya tıbbi cihazların kullanılmasına bağılı olarak deride bozulma riski taşırlar (53). Bebeklerin ciltlerine yapıştırılan flaster veya diğier yapışkan maddelerin çıkartılması sırasında deride kızarma, kabarma, soyulma ve aşınma gelişebilir. Flasterler çıkartılırken ıslatılmalı veya yağlanarak çıkartılmalı ve minimum flaster kullanımına dikkat edilmelidir. Ayrıca preterm bebeklerde dermis tabakasında bulunan kollajen ve elastin liflerin azlığı ödeme olan yatkınlığı arttırmaktadır. Dolayısıyla sık aralıklarla pozisyonları değiştirilmelidir. Ödemli bölgelerin basıya ve iskemiye bağılı zedelenmesinin önüne geçilmelidir (54).

2.7. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ve Düzeyleri

YYBÜ'ler, klinik tablosu stabil olmayan, ileri derecede cerrahi ve invaziv girişim ya da mekanik ventilatör (MV) desteğine ihtiyaç duyan, sürekli olarak hemşirelik bakımına gereksinim duyan term ve preterm yenidoğanlara alanında uzman sağıık ekipleri tarafından bakımın verildiğı yerlerdir (2, 21, 27, 55-58).

YYBÜ'ler, bir toplumdaki yıllık nüfus artışı, doğurganlık hızı, neonatal ve perinatal mortalite oranları ve hasta yenidoğanın özelliklerine göre düzenlenmektedir (58). Ülkemizde, 20 Temmuz 2011/28000 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan, "Yataklı Sağıık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" yürürlüğe giren ve ayrıca yapılan değişikliklerle YYBÜ'lere ilişkin düzenlemeler yer almıştır (59). YYBÜ'lerin sınıflandırması I., II., III. ve IV. düzey veya I., II., IIIA, IIIB, olarak yapılmaktadır (58).

2.7.1. I. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Doğum sonrası yenidoğan canlandırma işlemi gerçekleştirmek, 35 ila 37. GH arasında doğan stabil yenidoğanların doğumdan sonra bakımını sağlamak, 35. GH'nin altında doğan veya hasta olan yenidoğanları, uygun düzeyde yenidoğan bakımının sağlanabileceği başka bir tesise transfer edilene kadar stabilize etmek amacıyla kurulan tesislerdir (59, 60).

Aynı zamanda, doğum kilosu 2000 gramın üzerinde olan ve klinik açıdan stabil olan pretermiler, enteral beslenmeye cevap veren hipoglisemi, hipotermi, hafif solunum sıkıntısı olan ancak oksijen gereksinimi olmayan bebekler, hiperbilirubinemi tanısı alan bebeklerin fototerapi tedavisi I. düzey YYBÜ'lerde yapılmaktadır (58, 59).

2.7.2. II. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Temel bebek bakımına ek olarak, 32. GH'nin veya 1500 gramın üzerinde olan yenidoğanların, hızla çözülmesi beklenen ve acil olarak yan uzmanlık hizmetlerine ihtiyacı olmayan orta derecede hasta yenidoğanların, 5 güne kadar MV veya CPAP uygulamasına ihtiyaç duyan, GH'ye bakılmaksızın prematüre apnesi veya oral beslenmede ve ısı sağlamada yetersizliği olan, hızlıca düzelmesi beklenen ve üst düzey yoğun bakım hizmetine ihtiyaç duymayan tüm yenidoğanların bakım ve tedavisinin yapıldığı tesislerdir (59, 60).

2.7.3. III. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Çok küçük immatüre ve preterm bebeklerin yanında ciddi hastalığı olan, sürekli yaşam desteği ve kapsamlı bakıma ihtiyaç duyan ve cerrahi tedavi gerektiren durumlarda yenidoğanların bakım ve tedavilerinin yapıldığı tesislerdir. III. düzey YYBÜ'ler IIIA ve IIIB olarak iki düzeyde yapılandırılmaktadır (59, 60).

2.7.4. IIIA Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Doğum kilosu 1000 gram ve 28. GH'nin üzerinde doğan bebeklerin bakımının yapıldığı tesislerdir. Bu merkezlerde, sürekli yaşam desteği sağlanabilmekte ancak yüksek frekanslı ventilasyon gibi ileri solunum desteği verilmemektedir. GH'ye ve doğum kilosuna bakılmaksızın birden fazla uzmanlık dalını ilgilendiren, altta yatan özellikli hastalığı olan, çoklu organ yetmezliği ve işlev bozukluğu olan yenidoğanlara bakım sağlanır. Ayrıca, inguinal herni onarımı, santral venöz kateter takılması gibi minör cerrahi girişimler de yapılabilir (58, 60).

2.7.5. IIIB Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

28. GH'den önce veya doğum kilosu 1000 gramın altında doğan pretermlere, en riskli grupta olan, yüksek frekanslı ventilasyona ihtiyaç duyan, kompleks ve çok ciddi patolojileri olan yenidoğanlara bakımın sağlandığı tesislerdir (58-60).

2.8. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Preterm Bebeği Yatan Annelerin Gereksinimleri

Her anne doğum yaptıktan sonra ailesi ve bebeğiyle beraber sağlıklı bir şekilde taburcu olup eve dönmek ister. Ancak bebeğin sağlık problemiyle doğması anneleri hazır olmadıkları ve oldukça karmaşık bir durumla karşı karşıya bırakmaktadır (61). Bebeğin YYBÜ'de yatmasını gerektirecek ciddi hastalığının olması, aileler için zor bir süreçtir. Bu durumda aileler bebeğini kaybetme korkusu yaşarlar ve bu süreç onlar için büyük bir stres kaynağıdır. Bununla birlikte, ailelerin yaşadığı stres, bebeklerinden ayrılma ve hayal ettikleri gibi ebeveynlik rollerini yerine getirememeleri ile de ilgilidir. Yüksek stres düzeyinin, ailelerin bebek bakımına katılımını ve sağlıklı karar vermeyi engellediği bilinmektedir (62, 63).

Bebeklerle bağlanma süreci doğumdan önce başlar ve bebeğin dünyaya gelmesiyle gelişir. Preterm ebeveynleri, bebekleri ile bağlanma sürecinde türlü zorluklar ve ani değişikliklerle karşı karşıyadırlar. Doğum beklenenden önce veya çok erken bir zamanda gerçekleşirse, normal bağlanma süreci sekteye uğrar. Bebeğin hastaneye yatırılması annelerde üzüntü, keder, suçluluk, öfke, korku, başarısızlık hissi ve benlik saygısını yitirme gibi çeşitli ve çoğunlukla çelişkili duygusal tepkiler yaratabilir (63, 64).

İran'da YYBÜ'de bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada ebeveynler en önemli gereksinimlerini “bebeğine yakın olma, sağlık çalışanlarının empatik yaklaşımı, eş, akraba ve sağlık çalışanlarının desteği” olarak sıralamışlardır. Aliabadi ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ise “bebeğine yakın olma” ve “empati” ebeveynlerin karşılanmasını bekledikleri en önemli gereksinimleri olarak belirtilmektedir (62, 64).

YYBÜ'de hemşire aile merkezli bakım yürüterek ailelere destek olmalıdır. Anne-bebek ilişkisi en erken dönemde başlatılmalı ve sürdürülmelidir. Annenin bebek bakımına aktif olarak katılması sağlanmalı ve cesaretlendirilmelidir (21). Ailelerin bilgi alma gereksinimleri karşılanmalıdır. Bu süreçte yoğun bakım hemşiresinin, korku, kaygı ve

stresi oldukça yoğun yaşayan ailelere krizle baş etmede yardımcı olması, onların verdiği duygusal tepkileri anlayabilmesi anne-bebek sağlığına büyük katkı sağlayacaktır (62).

2.9. Preterm Bebeğin Taburculuğa Hazırlanması

Preterm ve aileleri, YYBÜ’de kendilerine tanıdık olmayan, oldukça teknik ve çoğunlukla bunaltıcı bir yolculuk yaşarlar. Eve gitme zamanı yaklaştıkça, ebeveynler YYBÜ personelinin desteği olmadan bebeklerine bakabilme becerilerini sorgulayabilirler. Tıbbi olarak stabil bir bebeğin kapsamlı ve iyi planlanmış taburculuğu, taburcu olduktan sonra evde güvenli ve etkili bakıma pozitif bir geçişin sağlanmasına yardımcı olur. Ebeveynleri taburculuk süreci boyunca desteklemek ve bebek bakımına dahil etmek, evde bakım konusunda onlara güven verir (65, 66). Kötü taburculuk planlaması, tıbbi ihtiyaçları devam eden yüksek riskli ve savunmasız bebekler için sonuçları kötüleştirme potansiyeline sahiptir (67).

Preterm bebeklerin taburculuğa hazır olup olmadığının belirlenmesi için, genellikle kilo veya postmenstrüel yaş kriterlerinden ziyade fonksiyonel olgunlaşmanın yeterliliğine bakılmaktadır. Aşırı pretermelerin daha uzun zamana ihtiyaç duymasıyla birlikte, genellikle 34-36. haftalar birçok bebek için fonksiyonel olgunlaşma açısından dönüm noktası olarak kabul edilir. Ancak bireysel değişkenlikler olabileceği unutulmamalıdır. Taburculuğa hazırlık için en önemli dört fizyolojik yeterlilik göstergeleri; termoregülasyon, solunum stabilitesi, solunum kontrolü ve beslenme-emme becerileri/ kilo alımıdır (65, 68). Bebeğin taburculuğunun yapılabilmesi için gerekli kriterler ise; taburcu edilmeden önce en az 12 saat süre ile vital bulguların stabil olması (kalp atım hızı 100-160 atım/dk, solunum hızı < 60/dk, aksiller vücut ısısı 36,5–37,4 °C), kilo alımının yeterli olması (<2 kg günlük 15 g/kg, >2 kg 15-20 g/kg), oda ısısında termoregülasyonun sağlanmış olması, kardiyorespiratuvar herhangi bir sorun olmadan yeterli ve uygun şekilde beslenebilmesi, apne ve bradikardi olmadan solunum kontrolünün yeterli olması, uygun aşılamanın yapılmış, tarama testlerinin yapılmış ya da planlanmış olması ve bireysel evde bakım planının hazırlanmış olmasıdır (65, 68, 69).

Pretermelerin evde bakıma en iyi şekilde geçebilmeleri için ebeveyn ve yenidoğanın ev ortamı değerlendirilmeli ve düzenlenmelidir. Ailenin gereksinimleri belirlenmeli ve evde bakımın devamlılığı etkin bir biçimde sağlanmalıdır. Ailenin destek hizmeti alabileceği yer ve kişilerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Pretermeler taburculuktan sonra da birçok sorunla karşı karşıyadırlar. Bu bebekler özellikle gelişim sürecinde gelişim riski

altındadırlar. Bu nedenle yaşamlarının ilk yılında gelişimsel açıdan yakın takip yapılmalıdır. Oyun çağı, okul dönemi ve yetişkinlik dönemi ile birlikte uzun dönem değerlendirmeleri gerekmektedir (21).

2.10. Kaygı

2.10.1. Kaygının Tanımı ve Önemi

Kaygı; “bireyin temel değerlerine ve varlığına yönelik ‘tehdit edici’ veya ‘tehlikeli’ şeklinde algıladığı durum ya da şartlara karşı bilişsel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç farklı tepki bileşenini içeren normal, uyumsal fakat hoş olmayan duygu” olarak tanımlanabilir (70). Aynı zamanda bir uyarıcı ile ilişkili veya ilişkisiz olabilen, endişe ve korkuyla beliren duygu durumudur. Bireye karşı olası bir tehlike durumunda onu, gerekeni yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan biyolojik bir uyarıcıdır. İnsan oluşun evrensel ve en temel duygularındandır (71).

Kaygı, ‘durumluk kaygı’ ve ‘sürekli kaygı’ olarak iki şekilde ele alınabilir. Durumluk kaygı; otonom sinir sisteminin uyarılması ile karakterize, belli bir zamanda ortaya çıkan gerginlik ve kuruntu gibi duygular ile kendini gösteren, geçici duygusal durumdur. Dolayısıyla kısa süreli ve geçici olarak kabul edilen durumluk kaygı, tehdit edici veya tehlikeli durumlarla mücadelede söz konusudur. Sürekli kaygı ise, devamlı bir kişilik özelliği olup zaman içinde kendini gösteren duygu durumudur (70). Aynı zamanda objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanmasıyla oluşan mutsuzluk ve hoşnutsuzluk duygularıdır (72).

2.10.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Preterm Bebeği Yatan Annelerde Kaygı

YYBÜ’ler ebeveyn ve hasta yakınlarının oldukça yoğun kaygı ve stres yaşadıkları birimlerdenidir. Bebeğin miadından önce doğması, dünyaya gelen bebeğin sağlık sorununun olması gibi birçok neden aile üyelerinde suçluluk, kaygı, korku ve panik gibi negatif duyguların yaşanmasına sebep olmaktadır. Zamanında doğması beklenen bebeğin, aksine beklenmedik bir zamanda doğması ve buna bağlı olarak bebekle ilgili pek çok olumsuzluk yaratan durumla karşılaşılması ailelerin kaygı düzeylerini artırmaktadır (4, 5). YYBÜ’ye yatırılan bebekle birlikte ailenin rutin hayatı değişmektedir. Planlananın dışında gelişen ani durumun verdiği sıkıntı ile kaygı düzeyleri de artış göstermektedir. Hastalık faktörü ve ortama ek olarak hastaneye özgü rutin uygulamalar, yabancı olunan aletler, tedavi ve hastalığın seyrine ilişkin yeterli bilgilerin olmaması ve bunların yanında

bebeklerini kaybetme korkusu ebeveynlerin kaygı düzeylerini daha da arttırmaktadır (73, 74).

Preterm doğum ve ardından bebeğin YYBÜ'ye yatırılması annenin ruh sağlığını olumsuz etkilediği ve term bebek annelerine göre preterm annelerinin daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu, kaygı ve depresyon yaşadığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (75, 76). Pretermilerin, term doğan bebeklere nazaran, annenin ruhsal durumuna karşı daha duyarlı oldukları görülmektedir. Annenin doğum sonrası depresyonu ve kaygısı bebeğin bilişsel, sosyal-duygusal gelişimini ve ebeveyn-bebek etkileşimini de olumsuz etkilemektedir (75). Annelerin bebeğin hayatta kalmasıyla ilgili yaşadıkları endişeleri, bebeklerini emzirememe (tutma/besleme), gelecekleriyle ilgili çaresizlik duygusu hem anneler hem de bebekler için benzersiz ve stresli bir deneyimdir (75, 76). Aynı zamanda suçluluk, utanç ve başarısızlık duyguları yaşarlar. Sağlıksız bir bebek dünyaya getirmekten kendilerini sorumlu tutarlar ve bebeklerinin büyüme-gelişme açısından komplikasyonlar yaşayacaklarını düşünürler. Bu tür sıkıntılı deneyimlerin YYBÜ ortamının yanı sıra bebeğin preterm doğması ve annelerin bebeklerinden fiziksel ve duygusal izolasyon yaşamalarıyla da ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınlar hamilelik esnasında bebekleri ile bir bağlanma geliştirirler ve bu bağlılık, doğum sonu dönemde de devam eder. Preterm anneleri, ebeveynlik deneyimlerine tanıtık olmayan ve korkutucu bir yer olan YYBÜ'de başlarlar. Bu da anneye bağlanmanın gecikmesine neden olabilir. Aynı zamanda aşırı kaygılı veya depresif annelerin, anne-bebek bağlanmasının gelişimindeki olumsuzluklar için en yüksek risk grubunda yer aldıkları gösterilmektedir. Bebeğin anneden erken ayrılması, özellikle YYBÜ'de uzun süre kalması, anne-bebek ilişkisi üzerindeki gerilimi artırmaktadır. Bağlanmayı kolaylaştırmak ve erken bağlanmayı sağlamak için annelerin yeni doğan bebeklerini görebilmeleri, tutabilmeleri ve onlara dokunabilmeleri gerekmektedir (77).

Mevcut veriler, klinik bakıma katılan ebeveynlerin bebekleriyle bağlandıklarını, kendilerini daha yetkin hissettiklerini ve evde yaşam için hazırlandıklarını göstermektedir (8). Yeni doğmuş bir bebeğin anne ve baba ile olan uzun süreli yakın temasının hem yenidoğan hem de ebeveyni için fizyolojik ve psikolojik faydaları olduğu gösterilmiştir (10, 11). Çoğunlukla kanguru bakımı olarak adlandırılan ciltten cilde yapılan bu temas, annenin kokusu ve sesi gibi başkaları tarafından kopyalanamayan birçok tanıdık duyuşal girdi sağlar (10, 12). Erken cilt teması yaşayan bebekler daha az ağrı, daha iyi nöro-

gelişimsel sonuçlar ve büyüme yaşarlar. Aynı zamanda daha az fizyolojik dengesizlik yaşarlar (8, 13). Bebeklerin klinik bakımına katılım ebeveynlerin ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirir (8). Aile merkezli bakımın başlatılması ve özellikle tek aile odaları ortamında 24 saat ebeveyn varlığına izin verilmesi; ebeveyn varlığını artırmaya, bu etkilerin bazılarını iyileştirmeye ve gelişimsel sonuçları iyileştirmeye yardımcı olur (10, 78). YYBÜ’de yatan bebeklerin tedavi süreçlerine ailelerin etkin bir şekilde dahil edilmesi bütüncül yaklaşım açısından önemlidir. Ancak yoğun bakım ünitelerinde hastanın ailesi sürece çok fazla dahil edilmemekte ve daha çok hasta odaklı hizmet vermektedir.

Yaşanan kaygı ile başa çıkılamaması, dikkat dağınıklığına neden olmaktadır. Dikkat dağınıklığı da ailelerde sağlık ekibini anlamamaya, onlara tekrarlayıcı sorular sormaya ve depresyon gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olmaktadır (4). Annelere uygun hemşirelik girişimlerinin yapılabilmesi için öncelikli olarak kaygı düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir. Annelerin bebekleri için kaygılı olmaları, sağlıklı karar verme sürecini etkileyecek ve bebek bakımı hususunda sorun yaşamalarına sebep olacaktır. Dolayısıyla mutlaka kaygıları önemslenmeli ve hemşireler tarafından kaygıya neden olan etmenler belirlenerek uygun hemşirelik girişimleri yapılmalıdır (73). Aileler, ruhsal durumları göz önünde bulundurularak ekibin bir üyesi olarak değerlendirilmelidir. Hastalığın seyri ve tedavi süreci ile ilgili tüm bilgiler açık ve anlaşılır şekilde aile ile paylaşılmalıdır. Sağlık ekibinin etkili iletişim teknikleri kullanması, ailenin yeterli bilgilendirilmesi, ailenin bebek bakımına katılımının desteklenmesi ve sağlanacak duygusal destek ailelerin kaygılarının giderilmesinde katkı olacaktır (4). Annelerin bebekleriyle bir arada olmaları, anne-bebek bağlanma sürecinin mümkün olan en kısa sürede başlatılması annelerin bebekleriyle ilgili kaygı ve endişelerinin azaltılmasını sağlayacaktır (73).

2.10.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Preterm Bebeği Yatan Annelerin Kaygı ile Mücadelede Baş Etme Yolları

2.10.3.1. Aile Merkezli Bakım

YYBÜ’de bebekler fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak ebeveynlerinden ayrılır. Bu deneyimin her iki taraf açısından zararlı olduğunun ve ebeveyn-bebek etkileşimini engellediğinin farkına varılması, aile merkezli bakım, ten tene temas ve kanguru bakımı gibi çeşitli programların geliştirilmesine yol açmıştır (79). Aile merkezli bakım, sağlık ekibi üyeleri, hastalar ve aileler arasındaki ortaklığa dayalı sağlık

hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine yönelik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Yani aile merkezli bakım ebeveynlerin YYBÜ’de bebeklerinin bakımına katılımını destekler (14, 15). Kliniklerde aile merkezli bakım uygulanması, ailelerin sağlık ekibine entegrasyonunu sağlayarak ebeveynlerin bakıma katılım oranlarını artırır, aile bağlarını destekler ve güçlendirir. Hayati belirtilerde iyileşme ve aile bağlarının güçlendirilmesi, bu modelin uygulandığı YYBÜ’lerde ana bakıcı olan annenin kaygısını azaltmakta ve eve geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır (16).

Yapılan araştırmalar, ebeveynler ve bebekler için aile merkezli bakım uygulamasının çeşitli faydaları olduğunu göstermektedir. YYBÜ’de yatan bebekler için hastanede kalış süresini kısalttığı, bebeklerin ekstrauterin ortama daha iyi uyum sağladığı, pretermelerde nöro-davranışsal sonuçları iyileştirdiği, yaşamsal belirtileri düzenlediği, daha fazla kilo alımını desteklediği ve bebeklerin taburculukta emzirme oranını yükselttiği görülmektedir (14-16). Bu yöntemin uygulanması ebeveynlerin kaygı düzeyinde azalma, kontrol ve güvenlik duygusunda artış ile sonuçlanır (16). Dolayısıyla ebeveynlerin YYBÜ’deki varlığını desteklemek, onların kaygı düzeylerini azaltmak, bilgi ve güvenlerini geliştirmek için destek ve eğitim sağlamak, pretermelerin sonuçlarını iyileştirmek için esastır (79).

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

Pretermelerin gelişimi üzerine yapılan çalışmalar, bebeklerin gelişimlerinin ve yaşam becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermiştir. Bu gelişim büyük oranda bakım yönteminden ve tıbbi ortamdan etkilenmektedir. Pretermelere bakım verilirken sadece hayatta kalmaları değil, aynı zamanda sağlıklarının geliştirilmesi de önemlidir. Dr. Als, 1980’lerin ortalarında NIDCAP’ı tasarlamıştır ve YYBÜ’lerde uygulanmasını önermiştir (80). NIDCAP, preterm bebeğin davranışsal ipuçlarını okumaya, bebeğin güçlü yönlerini geliştiren ve temel alan bir bakım formüle etmeye dayalıdır. Dolayısıyla destek ve bakıma yönelik bireyselleştirilmiş bir gelişimsel bakım yaklaşımıdır. Programın amacı, uzun vadede çocuk ve aile sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesidir. Aynı zamanda optimal sağlık ve gelişimin gerçekleşmesini desteklemek ve preterm doğmuş her bebek ve aileye kanguru bakımı içeren bireyselleştirilmiş, gelişimsel olarak destekleyici, aile merkezli bakım sağlamaktır (81). NIDCAP, pretermeler için sonuçları iyileştiren, hastanede kalış

süresini azaltan ve ilk 9 ayda nöro-gelişim için faydaları olan kanıta dayalı, kapsamlı, uluslararası kabul görmüş bir programdır (82).

NIDCAP, YYBÜ'deki ortamın anne rahmine benzetilerek bebeğin gelişim sürecinin desteklenmesinin yanında pretermin gelişimini etkileyen zararlı faktörlere de engel olan ve bebeğin gelişim sürecini pozitif yönde etkileyen bir programdır. Bebekler için yeni bir bakım felsefesi olarak tasarlanmış ve son yıllarda epey kabul görmüştür. Program personel odaklıdır ve program yürütücüsü olan hemşire, gelişimsel bakımın başarısında anahtar role sahiptir. Dolayısıyla YYBÜ'de çalışan her hemşirenin bebeklerin gelişimsel bakımında daha iyi performans gösterebilmeleri için farkındalığını ve bilgilerini geliştirmesi gerekmektedir (80).

2.10.3.3. Kanguru Bakımı

Kanguru bakımı, 1978 yılında Kolombiya, Bogota'da Rey ve Martinez tarafından geliştirilmiştir. Amacı, preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin erken taburcu edilebilmesini desteklemektir. Aynı zamanda aşırı kalabalığı, profesyonellerin yokluğunu, ekipman eksikliğini ve yüksek çapraz enfeksiyon oranlarını çözmek amacıyla bir öneri olarak tasarlanmıştır (83).

DSÖ kanguru bakımını, bebeğin artık o pozisyonda kalmak istemeyene kadar sürekli olarak ten tene temasta olduğu ve annenin göğsünde tutulduğu düşük doğum ağırlıklı ve preterm bebeklerin bakımı olarak tanımlamaktadır (84). Preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebekler için standart protokol oluşturan bir bakım sistemidir ve anne-bebek arasındaki ten tene teması temel alır. Anne ve aileyi güçlendirmeyi, bebeğin ana bakıcısı olma, aynı zamanda bebeğin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilme becerisini ve sorumluluğunu kademeli olarak anneye aktarmayı amaçlar (83). Ebeveynler ve bebekler için stresi azaltır, rahat ve pozitif sosyal etkileşim sağlayan bir ortam yaratır. Bebeğin ekstrauterin yaşama geçişini kolaylaştırır, erken ebeveyn-bebek bağlanmasını teşvik eder. Bunların yanı sıra bebeğin uyku düzeni üzerinde olumlu etkileri vardır. Sinir gelişimini de desteklemektedir (85). Preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebekler, ten tene teması ile günlük daha fazla kilo alırken aynı zamanda daha iyi solunum regülasyonuna ve kalp atış hızına sahiptirler. Kanıtlar, kanguru bakımının, termoregülasyonun sürdürülmesine ve korunmasına yardımcı olduğunu, hastane kaynaklı enfeksiyon riskini ve apne ataklarını azalttığını ve anne-bebek bağlanmasını teşvik ederek mortaliteyi azalttığını

göstermektedir. Ayrıca, etkili emzirmeyi kolaylaştırarak pretermilerin önde gelen ölüm sebebi olan NEK insidansını azaltmaktadır (84, 86, 87).

2.10.3.4. Akran ve Emsal Durum İletişimi

Preterm anneleri zorlu bir süreçten geçtiklerinden dolayı kendilerine benzerlik gösteren olumlu örneklerle veya içinde bulundukları süreci iyi anlayan sosyal destek programlarına ihtiyaç duyabilirler. Literatürde akran desteğinin, annelerde kaygıyla başa çıkmada etkili olduğu gösterilmiştir. Hemşire, sosyal destek kaynaklarını belirlemeli ve bu kaynakların etkin kullanımı konusunda annelerine danışmanlık etmelidir (21).

2.10.3.5. Düşünce Durdurma

Düşünce durdurma terapisi, zihni durduran bir tekniktir. Bu teknik doğumdan sonra anne tarafından öğrenilebilir. Birey kendini rahatsız eden durum veya olumsuzluğu ortadan kaldırmak istediğinde bu tekniği kullanabilir. Düşünce durdurma terapisi preterm sahip anne ve babalarda doğum sonu hüznü ve yüksek kaygı seviyelerini düşürmede önemli etki sağlamaktadır (88).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Covid-19 pandemisinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü'nde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde Ekim 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

SBÜ Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü IIIB basamaklı olup, toplam 44 kuvöz bulunmakta, 3 yenidoğan uzman hekimi ve 53 hemşire çalışmaktadır.

Covid-19 pandemisinden önce klinikteki rutin uygulamada haftanın yedi günü öğle ve akşam saatlerinde kliniğe anne-baba ziyareti ve hafta içi beş gün süreyle hastanın primer hekimi tarafından ailelere bebeklerinin klinik seyri ile ilgili bilgilendirme yapılmıyordu. Kanguru bakımı, emzirme eğitimi ve ailenin bebek bakımına katılımı gibi aile merkezli bakım uygulamaları mevcuttu. Covid-19 pandemi sürecinde Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı'nın aldığı izolasyon tedbirleri çerçevesinde kliniklere hasta ziyareti kısıtlanması uygulandı. Uzun bir süre ebeveynler YYBÜ'de yatan bebeklerini kliniğe yatıştan sonra bir kez görebildi. Kliniklerde aile merkezli bakım uygulamaları yapılamadı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini SBÜ Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü II. ve III. basamak YYBÜ'de yatan preterm bebeğe sahip anneler oluşturdu. I. basamakta Covid-19 şüpheli-pozitif ve Covid-19 pozitif anneden doğan yenidoğan vakaları izlendiği için çalışma dışında tutuldu. Araştırmada örneklem büyüklüğü hesaplanmasında bir önceki yılın evreni kullanılarak (n=198), STATCALC programında %95 güven aralığında, Tip-1 hata düzeyi %9.9, prevalans %50 (en yüksek örneklem büyüklüğünün hesaplandığı prevalans değeri), “design effect” 1, “cluster” 1 alındığında örneklem büyüklüğü 65 olarak hesaplandı. Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul etmeyen iki ve ön uygulama yapılan beş anne çalışmaya dâhil edilmedi. Toplam 65 pretermin annesi çalışmaya dahil edildi.

3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

1. 37. gebelik haftasını doldurmadan doğum yapan,
2. Türkçe konuşabilen, anlayabilen,
3. YYBÜ’de en az 7-10 gün bebeği yatan,
4. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden anneler çalışmaya kabul edilme ölçütleridir.

3.3.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

1. Fiziksel, zihinsel ve kalıtsal hastalığı olan anneler,
2. Bebeğinde konjenital bir anomali bulunanlar,
3. Çoğul gebeliği olan anneler çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler Anne-Bebek Bilgi Formu (Ek-1) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) (Ek-2) kullanılarak toplandı.

3.4.1. Anne-Bebek Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bu form üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda annenin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine (yaşı, cinsiyeti, eğitimi, gelir durumu, gebelik sayısı vb.) yönelik 12 soru, ikinci kısımda bebeğe yönelik 6 soru, üçüncü kısımda ise anne-bebek etkileşimine ilişkin 6 soru yer almaktadır (4, 7, 55, 56).

3.4.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve ark. (1970) tarafından geliştirilen envanter, Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe'ye uyarlandı. Envanterin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayıları durumluk kaygı envanteri için .94-.96 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .83-.87 arasında saptanmıştır. İngilizce formunda bu güvenirlik katsayıları durumluk kaygı envanteri için .83-.92, sürekli kaygı envanteri için .86-.92 arasındadır. DSKE likert tipinde ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Envanter Durumluk ve Sürekli Kaygı olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) puanlaması, 1=Hiç, 2=Biraz, 3=Çok ve 4=Tamamıyla şeklindedir. Envanter 20 maddeden oluşmakta ve 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20) tersine çevrilmiş ifade bulunmaktadır. Sürekli

Kaygı Envanteri (SKE) puanlaması ise 1=Hemen hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Çok zaman ve 4=Hemen her zaman şeklindedir. Envanter 20 maddeden oluşmakta ve 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39) tersine çevrilmiş ifade bulunmaktadır. Puanlama elle ve bilgisayar kullanılarak iki şekilde yapılabilir (72). Elle puanlamada doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer DKE için 50, SKE için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Bu envantere göre eğer üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, form geçersizdir ve puanlanamaz. Her iki boyuttan ayrı ayrı toplam puan elde edilmekte ve en az 20 en çok 80 puan alınmaktadır. Puanın yükselmesi kaygı seviyesinin arttığını, puanın düşük olması ise kaygı seviyesinin azaldığını gösterir (4, 56, 72).

3.5. Verilerin Toplanması

Anne-Bebek Bilgi Formunun anlaşılabilirlik ve kapsayıcılığını değerlendirmek amacıyla beş anne ile görüşülerek ön uygulama yapıldı. Ön uygulama neticesinde, formda gerekli değişiklikler yapıldı ve forma son hali verildi. Ön uygulama yapılan anneler çalışma dışında tutuldu.

Veriler preterm doğmuş bebeklerini YYBÜ'de ziyarete gelen annelerden toplandı. Veriler toplanmadan önce annelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi ve onayları alındı. Anne-Bebek Bilgi Formu (Ek-1) bebeklerin annelerinden (anneye ait bilgiler) ve bebeklerin dosyalarından (bebeğe ait bilgiler) alınan bilgilerle dolduruldu. Anne-Bebek Bilgi Formu (Ek-1) ve DSKE (Ek-2) hemşire eğitim odasında annelerle yüz yüze görüşme tekniği ile yaklaşık 20 dakikada toplandı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Annelerin yaş, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, gelir düzeyini algılama durumu, yaşadığı yer, aile yapısı, gebelik sayısı, düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı, daha önce preterm bebeğe sahip olma durumu, annenin hastanede yatış süresi, bebeğin doğum haftası, bebeğin doğum kilosuna, doğum şekli, cinsiyeti, solunum cihazına bağı olma durumu, bebeğin beslenme durumu ve anne bebek etkileşimine ilişkin görüşleri bağımsız değişkenleri oluşturdu.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri bağımlı değişkenleri oluşturdu.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24.0 programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde standart sapma, aritmetik ortalama, frekans ve yüzde kullanıldı. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnow testi ((-)-1-(+)-1), Skewness-Kurtosis değerleri ((-)-2-(+)-2) ve Z değeri ((-)-3-(+)-3) ile değerlendirdi. Normal dağılım gösteren veriler, ikili gruplarda "Bağımsız Örneklem t Testi", ikiden fazla gruplarda "Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi" ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen ikili gruplarda "Mann Whitney U Testi" ve normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ise "Kruskal Wallis Testi" kullanıldı. İki den fazla gruplarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için normal dağılım gösterenlerde Bonferroni Post Hoc testi, normal dağılım göstermeyenlerde Tamhane Post Hoc testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve istatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlıkları

Araştırmanın örneklemini SBÜ Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü II. ve III. basamak YYBÜ’de yatan pretermilerin annelerinden araştırmaya katılmayı kabul edenler oluşturduğu için Türkiye’deki tüm anneleri temsil ettiği düşünülemez. Dolayısıyla çalışmanın sonuçlarının yapıldığı bölgeye genellenebilir olması çalışmanın sınırlılığıdır. Araştırmanın diğ er bir sınırlılığı da veriler çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden annelerden elde edildiği için gönüllü olmayan annelerde bulguların farklılık gösterip göstermediğ inin bilinmediğ idir.

3.9. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

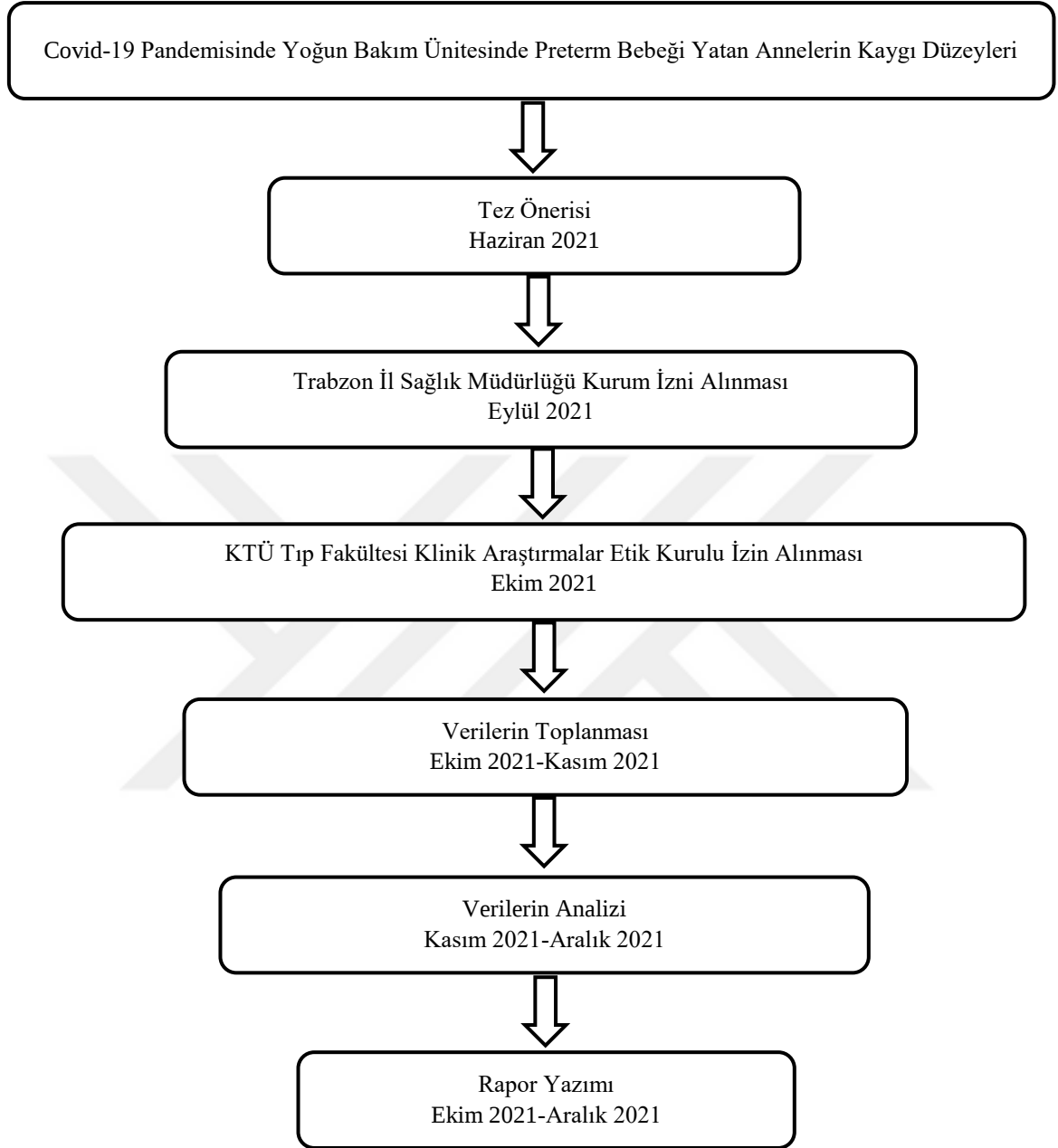
Araştırma kriterlerine uyan bebeklerin anneleriyle yoğun bakımda bebeklerini ziyaretleri sırasında görüşüldü. Sağlık Bakanlığı Covid-19 izolasyon tedbirleri çerçevesinde yoğun bakımlara hasta ziyareti kısıtlaması nedeniyle görüşülemeyen anneler ve bazı annelerin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi çalışmanın zorlukları olarak belirlendi.

3.10. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden tez izni (08/06/2021 tarihli/25 sayılı), Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni (26/08/2021 tarihli/E-55568733-604.01.02 sayılı) (Ek3), Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni (07/10/2021 tarihli/ 24237859-792 sayılı) (Ek4) alındı.

Tüm insan denekleri üzerinde yapılan araştırmalarda olduğu gibi bu araştırmada da Helsinki Deklarasyonu'na bağlı kalındı. Araştırmanın amacı, yöntemi, süresi, önemi ve elde edilen verilerin hangi amaçla kullanılacağı annelere açıklanarak (toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı) sözlü ve yazılı onamları alındı (aydınlatılmış onamları) (Ek-5). Annelere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda bilgi verildi ve “gizlilik ilkesine” uyuldu. Ayrıca çalışmada kullanılan envanterin Türkçe uyarlamasını yapan araştırmacılardan izin alındı (Ek-6)

3.11. Araştırma Planı



Şekil 2. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde Covid-19 pandemisinde yoğun bakım ünitesinde preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla planlanan çalışmada elde edilen bulgular sunuldu.

Tablo 2. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=65)

Sosyo-Demografik Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min.-Max
Annenin Yaşı	30.52±5.081	18-42
	n	%
Anne Yaş Grupları		
30 yaş ve altı	35	53.8
31 yaş ve üstü	30	46.2
Anne Öğrenim Durumu		
İlkokul-ortaokul	9	13.8
Lise	33	50.8
Ön lisans ve üstü	23	35.4
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	39	60
Çalışıyor	26	40
Sosyal Güvence		
Var	59	90.8
Yok	6	9.2
Gelir Düzeyi Algısı		
Kötü	4	6.2
Orta	43	66.2
İyi	18	27.7
Yaşanılan Yer		
İl	31	47.7
İlçe	34	52.3
Aile Yapısı		
Çekirdek	59	90.8
Geniş	6	9.2

Tablo 2’de araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Buna göre, annelerin yaş ortalaması 30.52±5.081 olup, en küçüğü 18, en büyüğü 42 yaşındadır ve %53.8’i 30 yaşın altındadır. Annelerin %50.8’inin lise eğitim düzeyine sahip olduğu ve %60’ının çalışmadığı belirlendi. Çalışmaya

katılanların %90.8'i sosyal güvencesinin olduğunu, %66.2'si gelir algısının orta düzeyde olduğunu, %52.3'ü ilçede yaşadığını ve %90.8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğunu belirtti.

Tablo 3. YYBÜ'de preterm bebeği yatan annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=65)

Obstetrik Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min.-Max
Annenin Bu Doğumunda Hastanede Yatış Süresi	4.15±2.181	1-9
	n	%
Gebelik Sayısı		
Primipar	21	32.3
Multipar	44	67.7
Düşük Yapma Durumu		
Evet	14	21.5
Hayır	51	78.5
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Bir	27	41.5
İki	24	36.9
Üç ve üzeri	14	21.5
Daha Önce Preterm Bebeğe Sahip Olma		
Evet	5	7.7
Hayır	60	92.3
Annenin Bu Doğumunda Hastanede Yatış Süresi		
4 gün ve altı	37	56.9
5 gün ve üzeri	28	43.1

Tablo 3'te annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre; araştırmaya katılan annelerin %67.7'sinin birden fazla gebelik öyküsünün olduğu, %21.5'inin daha önce düşük yaptığı ve %41.5'inin yaşayan 1 çocuğu, %36.9'unun yaşayan iki çocuğu olduğu belirlendi. Annelerin %7.7'si daha önce preterm doğum yaptıklarını ve %56.9'u 4 gün ve daha az hastanede yattıklarını belirtti.

Tablo 4. YYBÜ’de yatan pretermilerin özelliklerinin dağılımı (n=65)

Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min.-Max
Gebelik Haftası	31.75±3.505	24-36
Doğum Ağırlığı	1800.92±743.89	570-3550
	n	%
Cinsiyet		
Kız	26	40
Erkek	39	60
Gebelik Haftası		
Aşırı preterm (28. hafta ve altı)	13	20
Erken preterm (29-32. hafta)	17	26.2
Geç preterm (33-37. hafta)	35	53.8
Doğum Ağırlığı (gr)		
Son derece düşük doğum ağırlıklı (1000 gr altı)	13	20
Çok düşük doğum ağırlıklı (1000-1500 gr)	12	18.5
Düşük doğum ağırlıklı (1501-2500 gr)	27	41.5
2500 gr üzeri doğan pretermier	13	20
Doğum Şekli		
Normal	7	10.8
Sezaryen	58	89.2
Solunum Cihazına Bağlı Olma Durumu		
MV (Mekanik Ventilator)	13	20
CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)	13	20
Hayır	39	60
Oral Beslenme		
Besleniyor	52	80
Beslenmiyor	13	20

Tablo 4’te pretermilerin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre bebeklerin %60’ının erkek cinsiyette olduğu, ortalama gebelik hastasının 31.75±3.505 olduğu ve %53.8’inin 33-37. GH’de doğduğu saptandı. Bebeklerin doğum kilosu ortalama 1800.92±743.89 gr olarak tespit edildi. Çalışma kapsamına alınan pretermilerin sadece %10.8’inin normal doğumla, %89.2’sinin ise sezaryen doğum ile doğduğu, çalışmanın yapıldığı tarih itibari ile totalde %40’ının solunum cihazına bağlı olduğu ve %20’sinin oral beslenmediği belirlendi.

Tablo 5. YYBÜ’de yatan pretermilerin anne-bebek etkileşimi özelliklerinin dağılımı (n=65)

Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min.-Max
Anne YYBÜ’de Bebeğini Kaç Kez Gördü (Gün)	1.65±0.73	1-3
	n	%
Annenin Bebeğini İlk Gördüğü Yer		
Doğumhane	22	33.8
YYBÜ	43	66.2
Bebeği Kucağa Alma		
Evet	16	24.6
Hayır	49	75.4
Bebeği Emzirme		
Evet	6	9.2
Hayır	59	90.8
Bebeğin Hastalığı Hakkında Yeterince Bilgilendirildiğini Düşünme		
Evet	31	47.7
Hayır	34	52.3
Annenin Bebeğini Gördüğünde Hissettiği İlk Duygu		
Pozitif duygulanım*	14	21.5
Negatif duygulanım**	51	78.5
Anne YYBÜ’de Bebeğini Kaç Kez Gördü		
Bir	33	50.8
İki ve üstü	32	49.2

**Pozitif duygulanım: mutluluk/heyecan-şefkat/merhamet

***Negatif duygulanım: üzüntü/hüzün-korku/endişe

Tablo 5’te anne-bebek etkileşimi özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, annelerin %66.2’si bebeklerini ilk kez YYBÜ’de gördüklerini, YYBÜ’de bebeklerini ortalama 1.65±0.73 gün gördüklerini ve %50.8’inin de YYBÜ’de bebeklerini sadece bir kez gördükleri belirlendi. Çalışma kapsamına alınan annelerin %75.4’ünün bebeğin yatışından çalışmanın yapıldığı tarihe kadar geçen süre içerisinde YYBÜ’de bebeklerini kucaklarına almadıkları ve %90.8’inin de bebeklerini hiç emzirmediği saptandı. Araştırmaya katılan annelerin %52.3’ünün bebeğin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirilmedikleri, annelerin %78.5’i bebeklerini gördüklerinde hissettikleri ilk duygunun negatif duygulanım olduğunu, bu duyguların %40’ının korku/endişe ve %38.5’inin üzüntü/hüzün olduğunu belirtti.

Tablo 6. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin DKE ve SKE puan ortalamalarının dağılımı

Kaygı Durumu	Ölçekten Alınabilecek Min-Max Puan	$\bar{X} \pm Ss$	Min.-Max
DKE Puan Ortalaması	20-80	51.38±12.978	26-76
SKE Puan Ortalaması	20-80	41.54±9.007	24-68

Tablo 6’da YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin DKE ve SKE puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre, annelerin DKE puan ortalaması 51.38±12.978 ve SKE puan ortalaması 41.54±9.007 olarak belirlendi.

Tablo 7. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DKE puan ortalamasının dağılımı (n=65)

Özellikler	n	Durumluk Kaygı Envanteri	
		$\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel analiz
Anne Yaş Grupları			
30 yaş ve altı	35	52.57±13.554	$z^* = 444.500$ $p = 0.289$
31 yaş ve üstü	30	50.00±12.354	
Anne Öğrenim Durumu			
İlkokul-ortaokul	9	47.89±11.720	$X^2_{K-W} = 0.944$ $p = 0.624$
Lise	33	51.82±13.742	
Ön lisans ve üstü	23	52.13±12.629	
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	39	51.33±13.861	$z^* = 506.500$ $p = 0.995$
Çalışıyor	26	51.46±11.796	
Sosyal Güvence			
Var	59	51.88±13.094	$z^* = 131.500$ $p = 0.302$
Yok	6	46.50±11.640	
Gelir Düzeyi Algısı			
Kötü	4	55.25±12.842	$X^2_{K-W} = 0.620$ $p = 0.733$
Orta	43	51.12±13.371	
İyi	18	51.17±12.632	
Yaşanılan Yer			
İl	31	50.35±13.610	$z^* = 491.500$ $p = 0.641$
İlçe	34	52.32±12.504	
Aile Yapısı			
Çekirdek Aile	59	51.81±13.173	$z^* = 136.500$ $p = 0.358$
Geniş Aile	6	47.17±10.926	

*z: Mann Whitney U Testi

** X^2_{K-W} : Kruskal Wallis Testi

Tablo 7’de annelerin sosyo-demografik özellikleri ile DKE puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; 30 yaş altı olan (52.57±13.554), ön lisans ve

üstü eğitim düzeyine sahip (52.13 ± 12.629), çalışan (51.46 ± 11.796), sosyal güvencesi olan (51.88 ± 13.094), gelir düzeyi algısı kötü olan (55.25 ± 12.842), ilçede yaşayan (52.32 ± 12.504) ve çekirdek aile yapısına sahip olan annelerin (51.81 ± 13.173), DKE puan ortalamasının yüksek olduğu tespit edildi. Ancak DKE puan ortalaması ile annenin yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi algısı, yaşadığı yer ve aile yapısı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Tablo 8. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin obstetrik özelliklerine göre DKE puan ortalamasını dağılımı (n=65)

Özellikler	n	Durumluk Kaygı Envanteri	
		$\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel analiz
Gebelik Sayısı			
Primipar	21	49.14 ± 14.361	$z^* = 405.000$
Multipar	44	52.45 ± 12.294	$p = 0.424$
Düşük Yapma			
Evet	14	57.71 ± 10.637	$z^{**} = 229.500$
Hayır	51	49.65 ± 13.110	$p = 0.042$
Yaşayan Çocuk Sayısı			
Bir	27	52.07 ± 13.994	$X^2_{K-W} = 1.583$
İki	24	49.04 ± 11.468	$p = 0.453$
Üç ve üzeri	14	54.07 ± 13.635	
Daha Önce Preterm Bebeğe Sahip Olma			
Evet	5	55.40 ± 3.912	$z^* = 124.000$
Hayır	60	51.05 ± 13.423	$p = 0.522$
Annenin Bu Doğumunda Hastanede Yatış Süresi			
4 gün ve altı	37	50.35 ± 13.307	$z^* = 469.000$
5 gün ve üzeri	28	52.75 ± 12.639	$p = 0.516$

*z: Mann Whitney U Testi

** X^2_{K-W} : Kruskal Wallis Testi

Tablo 8’de annelerin obstetrik özellikleri ile DKE puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; gebelik sayısı iki ve üzeri olan (52.45 ± 12.294), düşük yapan (57.71 ± 10.637), üç ve üzeri çocuğa sahip olan (54.07 ± 13.635), daha önce preterm bebeğe sahip olan (55.40 ± 3.912) ve bu doğumunda hastanede yatış süresi 5 gün ve üzeri olan annelerin (52.75 ± 12.639) DKE puan ortalaması yüksek tespit edildi. DKE puan

ortalaması ile düşük yapan anne grubu ($z=229.500$; $p=0.042$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Bununla birlikte, DKE puan ortalaması ile gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, daha önce preterm bebeğe sahip olma durumu ve annenin bu doğumunda hastanede yatış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 9. YYBÜ’de yatan pretermilerin özelliklerine göre annelerin DKE puan ortalamasının dağılımı (n=65)

Özellikler	n	Durumluk Kaygı Envanteri	
		$\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel analiz
Gebelik Haftası			
Aşırı preterm (28. hafta ve altı)	13	59.54±7.688	$X^2_{K-W} = 6.239$ p=0.044
Erken preterm (29-32. hafta)	17	49.47±13.528	
Geç preterm (33-37. hafta)	35	49.29±13.352	
Doğum Ağırlığı (gr)			
Son derece düşük doğum ağırlıklı (1000 gr altı)	13	60.85±7.313	$X^2_{K-W} = 10.243$ p=0.017
Çok düşük doğum ağırlıklı (1000-1500 gr)	12	49.92±12.566	
Düşük doğum ağırlıklı (1501-2500 gr)	27	47.22±11.953	
2500 gr üzeri doğan pretermier	13	51.92±15.877	
Cinsiyet			
Kız	26	51.35±13.600	$z^{**} = 504.500$ p=0.973
Erkek	39	51.41±12.725	
Doğum Şekli			
Normal	7	45.00±14.071	$z^{**} = 143.000$ p=0.204
Sezaryen	58	52.16±12.752	
Solunum Cihazına Bağlı Olma Durumu			
MV (Mekanik Ventilatör)	13	59.62±8.088	$X^2_{K-W} = 8.787$ p=0.012
CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)	13	53.92±12.440	
Hayır	39	47.79±13.249	
Oral Beslenme			
Besleniyor	52	49.42±13.063	$z^{**} = 190.500$ p=0.015
Beslenmiyor	13	59.23±9.471	

* X^2_{K-W} : Kruskal Wallis Testi

**z: Mann Whitney U Testi

Tablo 9’da pretermilerin özellikleri ile annelerin DKE puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; aşırı preterm doğan (59.54 $\pm$ 7.688), doğum

ağırlığı 1000 gr altında olan (60.85 ± 7.313), erkek cinsiyette olan (51.41 ± 12.725), sezaryen doğum ile doğan (52.16 ± 12.752), entübe olup MV’de takip edilen (59.62 ± 8.088) ve oral beslenmeyen pretermilerin (59.23 ± 9.471) annelerinin DKE puan ortalaması yüksek bulundu.

Annelerinin DKE puan ortalaması ile bebeğin doğum haftası ($X^2_{K-W}=6.239$; $p=0.044$), doğum ağırlığı ($X^2_{K-W}=10.243$; $p=0.017$), solunum cihazına bağlı olma durumu ($X^2_{K-W}=8.787$; $p=0.012$) ve oral beslenme durumu ($z=190.500$; $p=0.015$) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. Bebeğin doğum haftasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde farkın aşırı preterm (28. hafta ve altı) doğan bebeğe sahip anne grubundan kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile aşırı preterm sahip annelerin DKE puan ortalaması erken ve geç preterm sahip annelere göre yüksektir. Pretermilerin doğum ağırlığındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde farkın son derece düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip anne grubu ile düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip anne grubu arasında kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.01$). Başka bir ifadeyle son derece düşük doğum ağırlıklı preterm sahip annelerin durumluk kaygısı düşük doğum ağırlıklı preterm sahip annelere göre yüksektir. Pretermilerin solunum cihazına bağlı olma durumu açısından farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde farkın entübe olup MV’de takip edilen preterm sahip anne grubu ile spontan solunumda takip edilen preterm sahip anne grubu arasından kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.01$). Diğer bir ifade ile bebeği MV’de takip edilen annelerin durumluk kaygısı bebeği spontan solunumda takip edilen annelere göre yüksektir. Annelerin DKE puan ortalaması ile bebeğin cinsiyeti ve doğum şekli grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 10. YYBÜ’de yatan pretermilerin anne-bebek etkileşimi özelliklerine göre annelerin DKE puan ortalamasının dağılımı (n=65)

Özellikler	n	Durumluk Kaygı Envanteri	
		$\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel analiz
Annenin Bebeğini İlk Gördüğü Yer			
Doğumhane	22	46.55±11.710	$z^*=318.000$
YYBÜ	43	53.86±13.021	p=0.032
Anne YYBÜ’de Bebeğini Kaç Kez Gördü (Gün)			
Bir	33	53.82±12.071	$z^*=410.000$
İki ve üstü	32	48.88±13.583	p=0.121
Bebeği Kucağa Alma			
Evet	16	39.00±8.327	$z^*=104.500$
Hayır	49	55.43±11.623	p<0.01
Bebeği Emzirme			
Evet	6	35.17±6.178	$z^*=41.000$
Hayır	59	53.03±12.353	p<0.01
Bebeğin Hastalığı Hakkında Yeterince Bilgilendirildiğini Düşünme			
Evet	31	44.68±11.609	$z^*=228.000$
Hayır	34	57.50±11.106	p<0.01
Annenin Bebeğini YYBÜ’de Gördüğünde Hissettiği İlk Duygu			
Pozitif duygulanım ^a	14	43.57±9.271	$z^*=190.500$
Negatif duygulanım ^b	51	53.53±13.094	p<0.01

*z: Mann Whitney U Testi

^a Pozitif duygulanım: mutluluk/heyecan-şefkat/merhamet

^b Negatif duygulanım: üzüntü hüzn-korku/endişe

Tablo 10’da anne-bebek etkileşimi özellikleri ile annelerin DKE puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; bebeğini YYBÜ’de gören (53.86±13.021), bebeğini YYBÜ’de bir kez gören (53.82±12.071), bebeğini kucağına almayan (55.43±11.623), emzirmeyen (53.03±12.353), bebeğin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünmeyen (57.50±11.106) ve YYBÜ’de bebeğini ilk defa gördüğünde negatif duygulanım yaşayan (53.53±13.094) annelerin DKE puan ortalamaları yüksek bulundu.

Annelerinin DKE puan ortalaması ile bebeğin görüldüğü ilk yer ($z=318.000$; $p=0.032$), bebeği kucağa alma durumu ($z=104.500$; $p<0.01$), emzirme durumu ($z=41.000$; $p<0.01$), bebeğin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünme durumu ($z=228.000$; $p<0.01$) ve bebeğini YYBÜ’de gördüğünde hissedilen ilk duygu ($z=190.500$;

p<0.01) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı (p<0.05). Yalnızca DKE puan ortalaması ile annenin bebeğini YYBÜ’de kaç kez gördüğü arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

Tablo 11. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre SKE puan ortalamasının dağılımı (n=65)

Özellikler	n	Sürekli Kaygı Envanteri	
		$\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel analiz
Yaş			
30 yaş ve altı	35	43.37±8.103	t* = 1.803
31 yaş ve üstü	30	39.40±9.658	p= 0.076
Anne Öğrenim Durumu			
İlkokul-ortaokul	9	44.11±6.314	F** = 2.423 p= 0.657
Lise	33	41.03±7.951	
Ön lisans ve üstü	23	41.26±11.242	
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	39	42.44±8.768	t* = 0.984
Çalışıyor	26	40.19±9.364	p= 0.326
Sosyal Güvence			
Var	59	41.27±9.288	t* = -0.748
Yok	6	44.17±5.345	p= 0.452
Gelir Düzeyi Algısı			
Kötü	4	44.00±4.761	F** = 2.286 p= 0.110
Orta	43	42.88±9.223	
İyi	18	37.78±8.385	
Yaşanılan Yer			
İl	31	42.48±7.348	t* = 0.806
İlçe	34	40.68±10.327	p= 0.423
Aile Yapısı			
Çekirdek Aile	59	41.14±8.939	t* = -1.133
Geniş Aile	6	45.50±9.524	p= 0.261

* t: Bağımsız Gruplarda t Testi

** F: One-Way ANOVA

Tablo 11’de annelerin sosyo-demografik özellikleri ile SKE puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; 30 yaş altı (43.37±8.103), ilk ve orta okul düzeyinde eğitime sahip (44.11±6.314), çalışmayan (42.44±8.768), sosyal güvencesi olmayan (44.17±5.345), gelir düzeyi algısı kötü olan (44.00±4.761), ilde yaşayan (42.48±7.348) ve geniş aile yapısına sahip olan annelerin (45.50±9.524) SKE puan

ortalaması yüksek tespit edildi, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 12. YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin obstetrik özelliklerine göre SKE puan ortalamasının dağılımı (n=65)

Özellikler	n	Sürekli Kaygı Envanteri	
		$\bar{X} \pm S_s$	İstatistiksel analiz
Gebelik Sayısı			
Primipar	21	39.76±9.132	t* = -1.100
Multipar	44	42.39±8.927	p= 0.275
Düşük Yapma			
Evet	14	43.43±11.161	t* = 0.885
Hayır	51	41.02±8.377	p= 0.380
Yaşayan Çocuk Sayısı			
Bir	27	40.48±9.308	F**= 0.985 p= 0.379
İki	24	41.00±10.181	
Üç ve üzeri	14	44.50±5.516	
Daha Önce Preterm Bebeğe Sahip Olma			
Evet	5	45.80±5.167	t* = 1.103
Hayır	60	41.18±9.194	p= 0.274
Annenin Bu Doğumunda Hastanede Yatış Süresi			
4 gün ve altı	37	41.43±8.150	t* = -0.108
5 gün ve üzeri	28	41.68±10.184	p= 0.914

* t: Bağımsız Gruplarda t Testi

** F: One-Way ANOVA

Tablo 12’de annelerin obstetrik özellikleri ile SKE puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; gebelik sayısı iki ve üzeri olan (42.39±8.927), düşük yapan (43.43±11.161), üç ve üzeri çocuğa sahip olan (44.50±5.516), daha önce preterm bebeğe sahip olan (45.80±5.167) ve hastanede yatış süresi 5 gün ve üzeri olan annelerin (41.68±10.184) SKE puan ortalamaları yüksek tespit edildi, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 13. YYBÜ’de yatan pretermilerin özelliklerine göre annelerin SKE puan ortalamasının dağılımı (n=65)

Özellikler	n	Sürekli Kaygı Envanteri	
		$\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel analiz
Gebelik Haftası			
Aşırı preterm (28. hafta ve altı)	13	34.77±8.217	F* = 5.475 p<0.01
Erken preterm (29-32. hafta)	17	42.06±7.693	
Geç preterm (33-37. hafta)	35	43.80±8.838	
Doğum Ağırlığı (gr)			
Son derece düşük doğum ağırlıklı (1000 gr altı)	13	36.31±8.240	F* = 3.022 p= 0.036
Çok düşük doğum ağırlıklı (1000-1500 gr)	12	39.25±9.430	
Düşük doğum ağırlıklı (1501-2500 gr)	27	43.37±7.889	
2500 gr üzeri doğan pretermier	13	45.08±9.613	
Cinsiyet			
Kız	26	38.42±8.837	t** = -2.356
Erkek	39	43.62±8.613	p= 0.022
Doğum Şekli			
Normal	7	39.71±11.324	t** = -0.564
Sezaryen	58	41.76±8.783	p= 0.575
Solunum Cihazına Bağlı Olma Durumu			
MV (Mekanik Ventilatör)	13	33.85±8.133	F* = 7.158 p<0.01
CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)	13	42.62±6.172	
Hayır	39	43.74±8.837	
Oral Beslenme			
Besleniyor	52	41.81±9.204	t** = 0.479
Beslenmiyor	13	40.46±8.432	p= 0.634

*F: One-Way ANOVA

**t: Bağımsız Gruplarda t Testi

Tablo 13’te pretermilerin özellikleri ile annelerin SKE puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; geç preterm doğan (43.80±8.838), doğum kilosu normal ağırlıkta olan (45.08±9.613), erkek cinsiyette olan (43.62±8.613), sezaryen doğum ile doğan (41.76±8.783), solunum cihazına bağlı olmayan (43.74±8.837) ve oral beslenen pretermilerin (41.81±9.204) annelerinin SKE puan ortalaması yüksek bulundu.

Annelerinin SKE puan ortalaması ile bebeğin doğum haftası (F=5.475; p<0.01), doğum kilosu (F=3.022; p=0.036), cinsiyeti (t=-2.356; p=0.022) ve solunum cihazına bağlı olma durumu (F=7.158; p<0.01) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

olduğu saptandı. Bebeğin doğum haftasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni Post Hoc testinde bu farkın geç preterm sahibi anne grubu ile aşırı preterm sahibi anne grubu arasında kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.01$). Diğer bir ifade ile geç preterm doğum yapan annelerin sürekli kaygısı aşırı preterm doğum yapan annelerden yüksektir. Bebeğin doğum ağırlığındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni Post Hoc testinde bu farkın ağırlığı 2500 gr üzerinde doğan preterm sahibi anne grubu ile ağırlığı son derece düşük preterm sahibi anne grubu arasında kaynaklandığı saptandı ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile doğum ağırlığı 2500 gr ve üzeri olan preterm sahibi annelerin SKE puan ortalaması doğum ağırlığı son derece düşük olan preterm sahibi annelerden yüksektir. Bebeğin solunum cihazına bağlı olma durumu açısından farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni Post Hoc testinde bu farkın spontan solunumda ve NCPAP'ta takip edilen preterm sahibi anne grupları ile MV'de takip edilen preterm sahibi anne grubu arasında kaynaklandığı belirlendi ($p<0.01$). Diğer bir ifade ile spontan solunumda ve NCPAP'ta takip edilen preterm annelerinin sürekli kaygısı MV'de takip edilen preterm annelerinden yüksektir.

Annelerin SKE puan ortalaması ile doğum şekli ve beslenme durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 14. YYBÜ’de yatan pretermilerin anne-bebek etkileşimi özelliklerine göre annelerin SKE puan ortalamasının dağılımı (n=65)

Özellikler	n	Sürekli Kaygı Envanteri	
		$\bar{X} \pm Ss$	İstatistiksel analiz
Annenin Bebeğini İlk Gördüğü Yer			
Doğumhane	22	43.00±8.907	t* = 0.935
YYBÜ	43	40.79±9.070	p= 0.353
Anne YYBÜ’de Bebeğini Kaç Kez Gördü (Gün)			
Bir	33	41.82±8.516	t* = 0.252
İki ve üstü	32	41.25±9.615	p= 0.802
Bebeği Kucağa Alma			
Evet	16	42.00±7.358	t* = 0.234
Hayır	49	41.39±9.548	p= 0.815
Bebeği Emzirme			
Evet	6	38.67±7.312	t* = -0.818
Hayır	59	41.83±9.164	p= 0.417
Bebeğin Hastalığı Hakkında Yeterince Bilgilendirildiğini Düşünme			
Evet	31	40.19±9.042	t* = -1.52
Hayır	34	42.76±8.931	p= 0.253
Annenin Bebeğini YYBÜ’de Gördüğünde Hissettiği İlk Duygu			
Pozitif duygulanım ^a	14	42.50±9.436	t* = 0.448
Negatif duygulanım ^b	51	41.27±8.965	p= 0.656

*t: Bağımsız Gruplarda t Testi

^a Pozitif duygulanım: mutluluk/heyecan-şefkat/merhamet

^b Negatif duygulanım: üzüntü/hüzün-korku/endişe

Tablo 14’te anne-bebek etkileşimi özellikleri ile annelerin SKE puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; bebeğini doğumhanede gören (43.00±8.907), YYBÜ’de bebeğini bir kez gören (41.82±8.516), bebeğini kucağına alan (42.00±7.358), bebeğini emzirmeyen (41.83±9.164), bebeğin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünmeyen (42.76±8.931) ve YYBÜ’de bebeğini ilk defa gördüğünde pozitif duygulanım yaşayan (42.50±9.436) annelerin SKE puan ortalaması yüksek bulundu, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0.05).

5. TARTIŞMA

Preterm bebeklerin çoğu YYBÜ’de yatarak tedavi görmektedir (3). Bebeğin beklenilen zamandan önce doğması birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. Bu bebekler beslenmelerinden solunumlarını düzenleyebilmelerine kadar hemen her alanda özel bakıma ihtiyaç duymaktadır (2). Bu ihtiyaçlarından dolayı YYBÜ’ye yatırılmakta ve uzun süre annelerinden ayrı kalmaktadırlar (21, 89). Gelişimsel olarak hazır olmayan preterm, yoğun bakım ortamında ı ışık, gürültü, ani ısı değişimleri, invaziv uygulamalar ve tekrarlayan ağırlı uyaranlar gibi etmenler ile karşılaşır. Bunun yanında emme, dokunma, koku alma, anne sesi gibi olağan ve anne-bebek etkileşimini sağlayan etmenlerden uzaktırlar (21, 90). YYBÜ’ler genel olarak bebeği merkez alarak yapılandırılmıştır. Bu ortamda annelere ve annelerin gereksinimlerine gereken önem verilemeyebilir (56, 91). Yapılan çalışmalarda YYBÜ’de bebekleri yatan ebeveynlerin çeşitli nedenlerden dolayı kaygı yaşadıkları ve oldukça fazla gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (56, 89). Yabancı olunan aletler, hastaneye özgü rutin uygulamalar, tedavi ve hastalığın seyrine ilişkin yeterli bilgilerinin olmaması, gelecekleriyle ilgili belirsizlik duygusu, bebeklerinden fiziksel ve duygusal izolasyon yaşamaları, bebeklerini kucağa alamama, emzirememe ve bebeklerini kaybetme korkusu annelerin kaygı düzeylerini arttırmaktadır. Literatürdeki çalışmalar bebek bakımına aktif biçimde katılan annelerin katılmayanlara göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin azaldığını, bebek bakımıyla ilgili sorun çözme yeteneklerinin daha yüksek olduğunu ve bebeğe bakım sağlama becerilerinde daha başarılı olduklarını bildirmiştir (7-9).

Covid-19 pandemisinde bulaşmayı azaltma stratejilerinin başında fiziksel ve sosyal mesafeyi kısıtlama yer almaktadır (92, 93). Bu çalışmanın amacı; Covid-19 pandemisinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin incelenmesine yöneliktir ve bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Literatürde salgın öncesi dönemde YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini inceleyen (4, 7, 27, 55, 56, 63, 73, 89) çalışmalar bulunmakla birlikte salgın döneminde YYBÜ’de preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerini inceleyen bir çalışmaya ulaşılmıştır (17). Bu çalışmanın literatüre bu anlamda önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular salgın öncesi dönemde yapılan çalışmalarla tartışılmıştır.

Bu çalışmada annelerin DKE puan ortalaması 51.38 ± 12.978 ve SKE puan ortalaması 41.54 ± 9.007 bulundu. Uluslararası literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde Polloni ve ark. (2021) tarafından 44 pretermin ebeveyni ile yapılan çalışmada DKE puan ortalaması 42, SKE puan ortalaması 40 olarak belirtilmektedir (17). Trumello ve ark. (2018) yaptığı çalışmada aşırı preterm ve erken preterm sahibi annelerin durumluk kaygı (48.55 ± 13.68) düzeylerinin geç preterm (42.85 ± 12.69) sahip annelere göre yüksek olduğu, sürekli kaygı düzeylerinin benzer olduğu belirtilmektedir (63). Ulusal literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada preterm sahibi annelerin DKE puan ortalaması 40.15 ± 11.25 , SKE puan ortalaması 44.30 ± 8.98 olarak belirtilmektedir (27). Başka bir çalışmada ise preterm sahibi annelerin DKE puan ortalaması 39.30 ± 9.05 , SKE puan ortalaması 41.79 ± 6.90 olarak bildirilmektedir (55). Akbaş ve ark. (2019) yaptığı çalışmada ise DKE puan ortalaması 45.13 ± 9.459 , SKE puan ortalaması 44.66 ± 7.266 olarak belirtilmektedir (4). Omak (2015) tarafından yapılan çalışmada preterm bebeğe sahip annelerin durumluk kaygısı 40.43 ± 4.1 , sürekli kaygısı ise 41.43 ± 4.89 olarak belirtilmektedir (73). DSKE puan ortalamalarının yüksek olması kaygı düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Bu çalışmaya dahil edilen preterm annelerinin durumluk kaygı düzeyi (51.38 ± 12.978) ulusal ve uluslararası literatürdeki çalışmalara göre daha yüksektir (4, 17, 55, 63, 73) ve sürekli kaygı düzeyi (41.54 ± 9.007) ise ulusal ve uluslararası literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (4, 17, 55, 63, 73, 94). Annelerin durumluk kaygısının ulusal ve uluslararası literatüre göre yüksek çıkmasını pandemide ziyaretlerin kısıtlanması nedeniyle annelerin bebeklerini görememeleri, bebek bakımına katılamamaları ve yeterli bilgi alamamalarından kaynaklandığını düşünülmektedir. Özellikle pandemi nedeniyle kliniklere aile ziyaretlerinin kısıtlanması, önleyici tedbirler nedeniyle bebekleriyle fiziksel temas kısıtlamaları, zaman kısıtlamaları ve bebeklerinin sağlıklarıyla ilgili endişe duygusu ebeveynlik deneyimlerini olumsuz etkilemektedir. Bu süreçte emzirme, kanguru bakımı ve aile merkezli bakım gibi kaygıyı azaltmak için kullanılan besleyici deneyimler daha az sıklıkta veya mümkün değildir (17).

Bu çalışmada anneye ait sosyo-demografik özelliklerin durumluk kaygısını etkilemediği bulundu. Ulusal literatürde yapılan çalışmalarda da anneye ait sosyo-demografik faktörlerin (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi algısı vb.) durumluk kaygı düzeyini etkilemediği belirtilmektedir (4, 7, 27, 55, 73, 95). Ulusal literatürdeki bir çalışmada 35 yaş ve üzerinde olan annelerin durumluk kaygısının yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe kaygı puanlarının arttığı belirtilmektedir (73). Bu çalışmada ise 30

yaş altı annelerin durumluk kaygı düzeyi 31 yaş ve üzeri annelere göre daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.289$).

Çalışmada düşük yapma öyküsü dışındaki obstetrik özelliklerin (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, daha önce preterm bebeğe sahip olma durumu ve annelerin hastanede yatış süresi) annelerin durumluk kaygı düzeyini etkilemediği görüldü. Bu çalışmada düşük öyküsü olan annelerin durumluk kaygısının yüksek olduğu saptandı ($p=0.042$). Ulusal literatürdeki bir çalışmanın bulgusu çalışmanın bu bulgusuyla benzerlik göstermektedir (89).

Bu çalışmada pretermilerin gebelik haftası, doğum ağırlığı, solunum cihazına bağlı olma ve beslenme durumu gibi bebeğe ait özellikler annelerin durumluk kaygısını yükseltirken, bebeğin cinsiyeti ve doğum şeklinin annelerin durumluk kaygısını etkilemediği bulundu. Aşırı pretermine sahip annelerin durumluk kaygısı erken ve geç pretermine sahip annelere göre yüksek bulundu ($p=0.044$). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde bebeğin gebelik haftası düştükçe annelerin durumluk kaygı puan ortalamasının arttığı bildirilmektedir (63, 89) ve literatürdeki çalışmalarla çalışmanın bu bulgusu benzerlik göstermektedir.

Gebelik haftasının düşmesiyle annelerin durumluk kaygısının arttığını destekleyen diğer bir bulgu da pretermilerin doğum ağırlıklarıdır. Bu çalışmada pretermilerin doğum ağırlığı düştükçe annelerin durumluk kaygısının yükseldiği görülmektedir. Son derece düşük doğum ağırlıklı preterm annelerinin düşük doğum ağırlıklı preterm annelerinden daha yüksek durumluk kaygısına sahip olduğu belirlendi ($p=0.017$). Bunun morbidite nedeniyle aşırı düşük doğum ağırlıklı pretermilerin uzun süre YYBÜ'de yatmasından, erken ve geç preterm bebeklerin annelerine kıyasla bebeklerinin hayatta kalması konusunda daha endişeli olabileceklerinden ve sonuçta anne-bebek ilişkisinin sürdürülememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bebeğin doğum ağırlığının annelerin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelendiği çalışmalarda bebeğin ağırlığının kaygı düzeyini etkilemediği bildirilmektedir. Örneğin Tekin (2019), Trumello (2018), Çakmak (2015), Omak (2015), Özsoylu (2019) ve Mızrak ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda bebeğin doğum ağırlığının annelerin durumluk kaygı puan ortalamasını etkilemediği belirtilmektedir (7, 55, 63, 73, 94, 96).

Çalışmada solunum cihazına bağlı olan preterm annelerinin durumluk kaygısı spontan solunumda takip edilen preterm annelerine göre yüksek bulundu ($p=0.012$).

Bebeğin solunum cihazına bağlı olma durumunun annelerin kaygı düzeyine etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamadı. Bebeğin solunum cihazına bağlı olma durumu ile annelerin maternal bağlanma puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, MV’de takip edilen preterm annelerinin maternal bağlanma puanları kuvöz içi oksijenle ve spontan solunumda takip edilen preterm annelerine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bildirilmektedir (97). Bebeğin solunum cihazına bağlı olması klinik tablosunun ağır seyrettiğini göstermekte ve pretermin hayati risk taşıdığı anlamına gelmektedir. Bu durum pretermin YYBÜ’de yatış süresinin uzatmakla birlikte anne-bebek etkileşiminin daha geç başlatılmasına neden olmakta ve annelerin kaygı düzeyini arttırdığı düşünülmektedir.

Aynı zamanda çalışmada oral beslenmeyen preterm annelerinin durumluk kaygısının oral beslenen preterm annelerinden daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.015$). Çelen (2013) tarafından yapılan çalışmada, çalışmanın bu bulgusunun aksine bebeğin beslenme şekli ile anne ve babaların durumluk kaygısı arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmektedir (27).

Ulusal literatür bebeğin ilk görüldüğü yer ile annelerin durumluk kaygısı arasında anlamlı fark olmadığını bildirmektedir (73). Ancak bu çalışmada bebeğin görüldüğü ilk yerin annelerin durumluk kaygısını etkilediği görüldü. Bebeğini ilk kez YYBÜ’de gören annelerin durumluk kaygısının doğumhanede görenlerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0.032$). Doğum sonrası ilk anlarda bebeği görmek erken anne-bebek ilişkisinin başlatılmasıyla birlikte kaygının azalmasını sağlarken, bu çalışmada ortaya koyulduğu gibi bebeğin görülme süresinin uzaması ve ilk defa YYBÜ’de görülmesinin annelerin kaygısını arttırdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada YYBÜ’de pretermi kucağına alamayan annelerin alan annelere göre durumluk kaygısı ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.01$). Ulusal ve uluslararası literatürde doğrudan yoğun bakım ünitesinde bebeği kucağına almanın annelerin durumluk kaygısına etkisinin araştırıldığı çalışmaya ulaşılamadı. Ancak literatürde bebek masajı ve kanguru bakımı gibi uygulamaların annelerin kaygısını azalttığı ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur (98-101). YYBÜ’de en erken sürede anne-bebek ilişkisinin başlatılması, kanguru bakımı gibi tekniklerin uygulanması ve aile merkezli bakımın sürdürülmesi annelerin kaygı düzeylerini azaltacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın diğer bir bulgusu, YYBÜ’de pretermi emzirmeyen annelerin durumluk kaygısı emzirenlere göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.01$). Ulusal

literatürdeki bir çalışmada bu çalışmanın aksine bebeğini emziren annelerin durumluk kaygısının emzirmeyenlere göre yüksek olduğu belirtilmektedir (73).

Bu çalışmada bebeğin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirilmediğini düşünen annelerin durumluk kaygısı bilgilendirildiğini düşünenlere göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.01$). Ulusal literatürdeki çalışmalarda preterm bebeğin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirilmeyen annelerin durumluk kaygı düzeyinin yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmektedir (4, 73, 95). Çalışmada annelerin durumluk kaygısının ulusal literatüre göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek çıkması, pandemi nedeniyle ziyaret kısıtlamalarının devam ediyor olmasından dolayı bebeklerini görememeleri ve yeterli bilgi alamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmanın diğer bir bulgusu annenin bebeğini ilk gördüğünde hissettiği duygunun durumluk kaygısı üzerine olumsuz etki yarattığını gösterdi. YYBÜ’de bebeklerini ilk gördüklerinde negatif duygu (üzüntü/hüzün-korku/endişe) hisseden annelerin durumluk kaygısı pozitif duygu (mutluluk/heyecan-şefkat/merhamet) hissedenlere kıyasla ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.01$). Literatürde çalışmamızın bu bulgusunu doğrudan destekleyen çalışmaya ulaşılamadı. Preterm ve term bebek annelerinin bebeklerini nasıl algıladıklarının araştırıldığı bir çalışmada, preterm bebek annelerinin, term bebek annelerine kıyasla bebeklerini daha negatif algıladıkları belirtilmekte ve çalışmanın bu bulgusunu desteklemektedir (102).

Bu çalışmada YYBÜ’de preterm bebeği yatan anneye ait sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin sürekli kaygı puan ortalamasını etkilemediği bulundu. Literatürde annelerin sürekli kaygısının incelendiği bazı çalışmalarda anneye ait sosyo-demografik ve obstetrik faktörlerin kaygı düzeyini etkilemediği (27, 55, 56, 96), bazı çalışmalarda ise etkilediği (yaş, eğitim durumu, yaşanan yer, ekonomik durum, sağlık güvencesi) (4, 7, 94) bildirilmektedir.

Çalışmada pretermelerin gebelik haftası, doğum ağırlığı, solunum cihazına bağlı olma ve beslenme durumu gibi bebeğe ait özellikler annelerin sürekli kaygısını etkilerken, pretermin cinsiyeti ve doğum şeklinin annelerin sürekli kaygısını etkilemediği bulundu.

Çalışmada bebeğin doğum haftasının annelerinin sürekli kaygı puan ortalamasını etkilediği belirlendi. Geç preterm doğum yapan annelerin sürekli kaygısı aşırı preterm doğum yapanlara göre ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.01$). Ulusal

literatürdeki çalışmalarda bu çalışmanın aksine bebeğin doğum haftasının annelerin sürekli kaygı düzeyini etkilemediği bildirilmektedir (7, 27, 56).

Çalışmanın diğer bir bulgusu, bebeğin doğum ağırlığının annelerin sürekli kaygısını etkilediğini gösterdi. 2500 gr üzerinde doğan preterm sahip annelerin sürekli kaygısı son derece düşük doğum ağırlıklı preterm sahip annelerden anlamlı olarak yüksek bulundu ($p= 0.036$). Bu çalışmanın aksine literatürdeki çalışmalar bebeğin doğum ağırlığının sürekli kaygı düzeyini etkilemediğini bildirmektedir (7, 73, 94, 96).

Bu çalışma preterm cinsiyetinin annelerin sürekli kaygısını etkilediğini gösterdi. Erkek preterm sahip annelerin sürekli kaygısı kız preterm sahip annelerden anlamlı olarak yüksek bulundu ($p= 0.022$). Ulusal ve uluslararası literatürdeki çalışmalar preterm cinsiyetinin annelerin sürekli kaygısını etkilemediğini bildirmekte ve çalışmanın bu bulgusu ile benzerlik göstermemektedir (27, 56, 63, 73, 96).

Çalışmada preterm solunum cihazına bağlı olma durumunun annelerin sürekli kaygısını etkilediği bulundu. Spontan solunumda ve NCPAP'ta takip edilen preterm annelerinin sürekli kaygısı MV'de takip edilen preterm annelerinden ileri derecede anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p<0.01$). Literatürde çalışmanın bu bulgusunu destekleyecek herhangi bir çalışmaya ulaşılamadı.

Çalışmada annenin bebeğini ilk gördüğü yer, annenin YYBÜ'de bebeğini kaç kez gördüğü, bebeği kucağa alma, bebeği emzirme, bebeğin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünme ve annenin bebeğini YYBÜ'de gördüğünde hissettiği ilk duygu değişkenlerinin annelerin sürekli kaygı düzeyini etkilemediği görüldü.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Covid-19 pandemisinde preterm doğmuş bebeklerin annelerinin kaygı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtildi.

- Annelerin yaş ortalamasının 30.52 ± 5.081 olduğu, %50.8'inin lise mezunu olduğu, yarısından fazlasının (%60) çalışmadığı, %90.8'inin sosyal güvencesinin olduğu, %66.2'sinin gelir algısının orta düzeyde olduğu, yarısından fazlasının (%52.3) ilçede yaşadığı ve %90.8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptandı (Tablo 2).
- Çalışmaya katılan annelerin %67.7'sinin birden fazla gebelik öyküsünün olduğu, %21.5'inin daha önce düşük yaptığı, %41.5'inin yaşayan 1 çocuğu olduğu, çok az bir kısmının (%7.7) daha önce preterm doğum yaptığı ve annelerin yarısından fazlasının bu doğumunda (%56.9) 4 gün ve daha az hastanede yattıkları belirlendi (Tablo 3).
- Pretermilerin ortalama gestasyon haftalarının 31.75 ± 3.505 olduğu ve yarısından fazlasının (%53.8) 33-37. gestasyon haftalarında doğduğu, doğum kilosu ortalamamalarının 1800.92 ± 743.89 gr ve %60'ının erkek olduğu, sadece %10.8'inin normal doğumla doğduğu, totalde %40'ının solunum cihazına bağlı olduğu ve %20'sinin oral beslenmediği saptandı (Tablo 4).
- Annelerin %66.2'sinin bebeklerini ilk kez YYBÜ'de gördüğü, YYBÜ'de bebeklerini ortalama 1.65 ± 0.73 gün gördükleri ve yarısının (%50.8) YYBÜ'de bebeklerini sadece bir kez gördüğü, büyük çoğunluğunun (%75.4) YYBÜ'de bebeklerini kucaklarına almadıkları ve tamamına yakınının (%90.8) YYBÜ'de bebeklerini hiç emzirmediikleri, %52.3'ünün pretermileri hakkında yeterince bilgilendirilmedikleri, %78.5'inin pretermileri gördüklerinde negatif duygulanımlarının olduğu ve bu duyguların %40'ının korku/endişe olduğu belirlendi (Tablo 5).
- Annelerin DKE puan ortalamasının 51.38 ± 12.978 ve SKE puan ortalamasının 41.54 ± 9.007 olduğu saptandı (Tablo 6).
- Annelerin düşük yapma öyküsünün DKE puan ortalamasını arttırdığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 8) ($p < 0.05$).

- Pretermin doğum haftası, doğum ağırlığı, solunum cihazına bağlı olma durumu ve oral beslenme durumunun annelerinin DKE puan ortalamasını arttırdığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 9) ($p<0.05$).
- Annelerinin DKE puan ortalaması ile bebeğin görüldüğü ilk yer, bebeği kucağa alma durumu, emzirme durumu, bebeğin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünme durumu ve annenin bebeği gördüğünde hissettiği ilk duygu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 10) ($p<0.05$).
- Bebeğin doğum haftasının, doğum kilosunun, cinsiyetinin ve solunum cihazına bağlı olma durumunun annelerin SKE puan ortalamasını arttırdığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 13) ($p<0.05$).

Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda, preterm bebeğe sahip annelerin kaygı düzeylerini azaltmak için önerilerimiz aşağıda belirtilmiştir;

- Aileler ekip üyesi olarak değerlendirilmeli, preterm ilişkin tüm bilgiler sağlık profesyonelleri tarafından açık ve anlaşılır bir biçimde ailelerle paylaşılmalıdır.
- YYBÜ'ler genel olarak bebeği merkez alarak yapılandırılmıştır. Bu ortamda annelere ve annelerin gereksinimlerine gereken önem verilemeyebilir. Bu klinik yapılanma pandemi gibi kriz yaratan durumu daha da ağırlaştırır. Bu anlamda YYBÜ'lerinin yapısal olarak anneleri de kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmesi annelerin kaygı düzeylerini azaltacaktır.
- YYBÜ'de uygun şekilde düzenlenmiş anne-bebek odaları bulunmalıdır. Özellikle tek aile odaları ortamında 24 saat ebeveyn varlığına izin verilmeli ve aile merkezli bakım kesintisiz uygulanmalıdır. Aynı zamanda aileler için eğitim odaları da yer almalıdır.
- Pandemi sürecinde yoğun bakımlarda uygulanan ziyaret politikaları gözden geçirilmeli, annelerin bakıma katılımı çalışanlar ve hastane yönetimi tarafından desteklenmeli, içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde ve gelecekte tekrar kısıtlamalara ihtiyaç duyulursa ailelere her türlü fiziksel ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Bu politika değişikliklerinin kısa ve uzun vadeli etkilerine ilişkin daha fazla araştırma yapılmalıdır.
- Anne-bebek etkileşimini erkenden başlatmak amacıyla alternatif olarak gerçek zamanlı video konferans gibi yöntemler, ailelerin bebeklerini görmeleri ve

sağlık ekibiyle iletişim kurmaları için ziyaret kısıtlaması uygulanan tüm YYBÜ'ler tarafından düşünölmelidir.

- Ebeveyn ziyaretinin bebekler üzerindeki nöro-davranışsal etkisi inkâr edilemez. Bu nedenle, ziyaretin azaldığı zamanlarda, YYBÜ ekibi aile merkezli bakımı sürdürmeli ve ilgili önlemleri almalıdır.
- Bebeğini doğduğu anda doğumhanede gören annelerin durumluk kaygısı YYBÜ'de gören annelerden düşük bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda, anne-bebek ilişkisi en erken dönemde doğumhanede başlatılmalıdır.
- Annelerin kaygı düzeylerinin bebeğı kucağı alma ve emzirme durumunda azaldığı bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda, anneler bebek bakımına dahil edilmeli, kanguru bakımı yapılmalı, annenin bebeğı ile yakın teması en kısa sürede başlatılmalı ve sürdürölmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Preterm birth (2018) [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. [Accessed 15 September 2021].
2. Gül U (2020). Preterm doğmuş bebeklerin baba-bebek bağlanmasının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon.
3. Uygur ÖF (2015). Prematür bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya.
4. Akbaş M, Akça E, Şenoğlu A, Sürücü ŞG (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 28(2): 87-97.
5. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç GT, Türkmen M (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1): 31-44.
6. Ong SL, Abdullah KL, Danaee M, Soh KL, Soh KG, Japar S (2019). Stress and anxiety among mothers of premature infants in a Malaysian neonatal intensive care unit. Journal of Reproductive and Infant Psychology 37(2): 193-205.
7. Çakmak E, Karaçam Z (2018). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anneler için bakıma katılımı değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 21(2): 69-78.
8. Lemmon ME, Chapman I, Malcolm W, Kelley K, Shaw RJ, Milazzo A, Hintz SR (2020). Beyond the first wave: consequences of Covid-19 on high-risk infants and families. American Journal of Perinatology 37(12): 1283-1288.
9. Benzie KM, Magill-Evans JE, Hayden KA, Ballantyne M (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 13(1): 1-15.
10. Mahoney AD, White RD, Velasquez A, Barrett TS, Clark RH, Ahmad KA (2020). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. Journal of Perinatology 40(1): 36-46.

11. Baley J (2015). Skin-to-skin care for term and preterm infants in the neonatal ICU. *Pediatrics* 136(3): 596-599.
12. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*8: 1-75.
13. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E, Chan GJ (2016). Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics* 137(1): 1-16.
14. Lv B, Gao XR, Sun J, Li TT, Liu Y, Zhu LH, Latour JM (2019). Family-centered care improves clinical outcomes of very-low-birth-weight infants: a quasi-experimental study. *Frontiers in Pediatrics* 7(138): 1-6.
15. Oude Maatman SM, Bohlin K, Lilliesköld S, Garberg HT, Uitewaal-Poslawky I, Kars MC, Van Den Hoogen A (2020). Factors influencing implementation of family-centered care in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Pediatrics* 8(222): 1-7.
16. Gomez-Cantarino S, Garcia-Valdivieso I, Moncunill-Martinez E, Yanez-Araque B, Ugarte Gurrutxaga MI (2020). Developing a family-centered care model in the neonatal intensive care unit (NICU): a new vision to manage healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(19): 7197.
17. Polloni L, Cavallin F, Lolli E, Schiavo R, Bua M, Volpe B, Trevisanuto D (2021). Psychological wellbeing of parents with infants admitted to the neonatal intensive care unit during SARS-COV-2 pandemic. *Children* 8(9): 755.
18. Conk Z, Başbakal Z, Yılmaz HB, Bolışık B (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Birinci baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; Sayfa: 314-315.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). Prematüre doğum nedir ve ne tür sorunlara yol açar? [online]. Available from: <https://sagligim.gov.tr/bebek-sagligi/prematurite.html>. [Accessed 15 September 2021].
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Prematüre doğum oranı [online]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/Prem.pdf. [Accessed 15 September 2021].

21. Demir C (2020). Prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde çözüm odaklı yaklaşımın etkisi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sivas.
22. Törüner EK, Büyükgönenç L (2017). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Birinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara; Sayfa: 254-255.
23. Bayram N (2006). Riskli pretermelerde transport edilen ve edilmeyen grupların morbidite ve mortalite yönünden karşılaştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
24. Perinatoloji Uzmanları Derneği (2020). Preterm eylem ve doğum kılavuzu [online]. Available from: <http://puder.org.tr/wp-content/uploads/2020/11/PUDER-Preterm-Eylem-ve-Dogum-Kilavuzu.pdf>. [Accessed 15 September 2021].
25. Taşkın L (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. On birinci baskı. Sistem Ofset Yayınevi, Ankara; Sayfa: 356-366.
26. Çavuşoğlu H (2013). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. İkinci baskı. Sistem Ofset Yayınevi, Ankara; Sayfa: 64-67.
27. Çelen R (2013). Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
28. Çekin B (2014). Bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeyi ve baş etme yöntemleri. Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli.
29. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (2003). Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. U.S.A, W.B.Saunders Company, America; Page: 551-577.
30. Özlü F, Tunç A, Yıldızdaş HY (2017). Geç prematüre doğan bebeklerin sorunları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 26(4):521-539.
31. Özdoğan T, Aldemir EY, Kavuncuoğlu S (2014). Orta derece ve geç prematüre bebekler ve sorunları. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi 6(2): 57-64.

32. Glass HC, Costarino AT, Stayer SA, Brett C, Cladis F, Davis PJ (2015). Outcomes for extremely premature infants. *Anesthesia and Analgesia* 120(6): 1337.
33. Luu TM, Mian MOR, Nuyt AM (2017). Long-term impact of preterm birth: neurodevelopmental and physical health outcomes. *Clinics in Perinatology* 44(2): 305-314.
34. Köksal N, Aygün C, Uras N (2018). Türk Neonatoloji Derneği prematüre bebekte patent duktus arteriozus tanı ve tedavi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi* 53(1): 76-87.
35. Önal EE (2017). Prematüre bebeklerde nörolojik sorunlar ve izlemi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* 9(4): 45-49.
36. Akman I, Hacıfazlıoğlu EN (2018). Nörogelişimsel problemler açısından yüksek riskli bebeklerde erken tanı ve izlem prensipleri. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 17: 405-413.
37. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, Green C, Higgins RD (2008). Intensive care for extreme prematurity-moving beyond gestational age. *New England Journal of Medicine* 358(16): 1672-1681.
38. Özdoğan T, Şenel Y, Kavuncuoğlu S (2012). Nörolojik muayene olarak doksan yedi prematüre bebekte amiel-tison yönteminin kullanılması ve perinatal risk faktörleriyle ilişkisi. *Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi* 4(1): 16-23.
39. Wang CJ, Mcglynn EA, Brook RH, Leonard CH, Piecuch RE, Hsueh SI, Schuster MA (2006). Quality-of-care indicators for the neurodevelopmental follow-up of very low birth weight children: results of an expert panel process. *Pediatrics* 117(6): 2080-2092.
40. Lawn JE, Davidge R, Paul VK, Von Xylander S, De Graft Johnson J, Costello A, Molyneux L (2013). Born too soon: Care for the preterm baby. *Reproductive Health* 10(1): 1-19.
41. Mccall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S (2006). Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight babies. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal* 1(1): 287-324.
42. Duman N, Yücesoy E (2017). Prematürrede solunum problemleri ve yönetimi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* 9(4): 17-32.

43. Lapillonne A, Bronsky J, Campoy C, Embleton N, Fewtrell M, Mis NF, ESPGHAN Committee on Nutrition (2019). Feeding the late and moderately preterm infant: a position paper of the european society for paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 69(2): 259-270.
44. Radtke JV (2011). The paradox of breastfeeding-associated morbidity among late preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 40(1): 9-24.
45. Türk Neonatoloji Derneği (2018). Prematüre ve hasta term bebeğin beslenmesi rehberi [online]. Available from: https://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/term_beslenme_2018.pdf. [Accessed 20 September 2021].
46. Türk Neonatoloji Derneği (2021).Yenidoğanda sıvı ve elektrolit dengesi rehberi 2021 güncellemesi [online]. Available from: <https://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2021/09/Yenidoganda-Sivi-ve-Elektrolit-Dengesi-Rehberi-2021-Guncellemesi.pdf>. [Accessed 20 September 2021].
47. Bülbül A, Uslu S (2012). Yenidoğan döneminde sıvı ve elektrolit dengesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni* 46(1): 36-42.
48. Demirel N (2016). Yenidoğanda sıvı ve elektrolit dengesi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*8(2): 34-37.
49. Yıldızdaş HY, Demirel N, Ince Z (2018). Türk Neonatoloji Derneği yenidoğanda sıvı ve elektrolit dengesi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi* 53(1): 55-64.
50. Perk Y (2008). Yenidoğan yoğun bakım enfeksiyonları; korunma ve kontrol. *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi* 60: 137-141.
51. Türk Neonatoloji Derneği (2018). Yenidoğan enfeksiyonları tanı ve tedavi rehberi 2018 güncellemesi [online]. Available from: http://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/yenidogan-enfeksiyonlari-tani-ve-tedavi_rehberi-2018.pdf. [Accessed 20 September 2021].
52. Satar M, Arısoy AE, Çelik IH (2018). Türk Neonatoloji Derneği yenidoğan enfeksiyonları tanı ve tedavi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi* 53(1): 88-100.

53. Arslan FT, Akkoyun S (2019). Yenidoğan bütünleştirici gelişimsel bakım modeli: nöroprotektif aile merkezli gelişimsel bakım için yedi temel ölçüm. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2(3): 170-180.
54. Dursun M, Bülbül A (2014). Mekanik ventilasyondaki yenidoğan bebeğin bakımı. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 48(2): 67-78.
55. Tekin N (2019). Yenidoğan yoğun bakımda bebeği yatan annelerin durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile emzirme başarısını etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bursa.
56. Gülçek E (2015). Yenidoğan yoğun bakım servisinde bebeği yatan annelere verilen planlı eğitimin annelerin anksiyete düzeyine etkisi. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
57. Ergenekon E (2001). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 10(1): 1-5.
58. DüNDAR SA, Bayat M, Erdem E (2011). Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. Sağlık Bilimleri Dergisi 20(2): 137-142.
59. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. T.C. Resmi Gazete, 28000, 20 Temmuz 2011.
60. Stark AR (2004). Levels of neonatal care. Pediatrics 114(5): 1341-1347.
61. Griffin T (2006). Family-centered care in the NICU. The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing 20(1): 98-102.
62. Küçüköğlu S, Aytekin A, Gülhaş NF. (2015). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 12(3): 182-188.
63. Trumello C, Candelori C, Cofini M, Cimino S, Cerniglia L, Paciello M, Babore A (2018). Mothers' depression, anxiety and mental representations after preterm birth: a study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. Frontiers in Public Health 6(359): 1-9.

64. Aliabadi F, Kamali M, Borimnejad L, Rassafiani M, Rasti M, Shafaroodi N, Kachoosangy RA (2014). Supporting-emotional needs of Iranian parents with premature infants admitted to neonatal intensive care units. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 28(53): 1-8.
65. Jefferies AL, Canadian Paediatric Society and Fetus, Newborn Committee (2014). Going home: facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics and Child Health* 19(1): 31-36.
66. Whyte RK, Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee (2011). Safe discharge of the late preterm infant. *Paediatrics and Child Health* 15(10): 655-660.
67. Petty J, Whiting L, Green J, Fowler C (2021). Parents' views on preparation to care for extremely premature infants at home. *Nursing Children and Young People* 33(4): 1-17.
68. Okumuş N (2017). Prematüre bebeğin taburculuğa hazırlanması. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* 9(4): 71-80.
69. Acunaş B, Uslu S, Baş AY(2018). Türk Neonatoloji Derneği yüksek riskli bebek izlem rehberi. *Türk Pediatri Arşivi* 53(1): 180-195.
70. Kutanis RÖ, Tunç T (2013). Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki: bir üniversite hastanesi örneği. *İş, Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 15(2): 1-15.
71. Aydın PÇ (2017). Kaygı ve endişe. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 10(4):228-36.
72. Öner N, Lecompte WA (1985). Süreksiz Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İkinci baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul; Sayfa: 1-26
73. Omak D, Kahrman İ, Özorun Y(2021). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 13(2): 212-218.
74. Wigert H, Berg M, Hellström AL (2010). Parental presence when their child is in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(1): 139-146.
75. Rogers CE, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder TE (2013). Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *Journal of Perinatology* 33(3): 171-176.

76. Gerstein ED, Njoroge WF, Paul RA, Smyser CD, Rogers CE (2019). Maternal depression and stress in the neonatal intensive care unit: associations with mother-child interactions at age 5 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 58(3): 350-358.
77. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education* 18(3): 23-29.
78. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. In *Seminars in Perinatology* 35(1): 20-28.
79. O'Brien K, Bracht M, Robson K, Xiang YY, Mirea L, Cruz M, Le SK (2015). Evaluation of the family integrated care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatrics* 15(1): 1-9.
80. Baghlani R, Hosseini MB, Safaiyan A, Alizadeh M, Bostanabad MA (2019). Neonatal intensive care unit nurses' perceptions and knowledge of newborn individualized developmental care and assessment program: a multicenter study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 24(2): 113.
81. Als H, B Mcanulty G. (2011). The newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) with kangaroo mother care (KMC): comprehensive care for preterm infants. *Current Women's Health Reviews* 7(3): 288-301.
82. Chandebois L, Nogue E, Bouschbacher C, Durand S, Masson F, Mesnage R, Cambonie G (2021). Dissemination of newborn behavior observation skills after newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) implementation. *Nursing Open* 8(6): 3547-3557.
83. Narciso LM, Beleza LO, Imoto AM (2021). The effectiveness of kangaroo mother care in hospitalization period of preterm and low birth weight infants: systematic review and meta-analysis. *Jornal de Pediatria* 14(31): 1-9.
84. Bahl R, Who Immediate KMC Study Group (2020). Impact of continuous kangaroo mother care initiated immediately after birth (IKMC) on survival of newborns with birth weight between 1.0 to <1.8 kg: study protocol for a randomized controlled trial. *WHO Immediate KMC Study Group Trials* 21(280): 1-13.

85. Coutts S, Woldring A, Pederson A, De Salaberry J, Osiovič H, Brotto LA (2021). What is stopping us? An implementation science study of kangaroo care in British Columbia's neonatal intensive care units. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21(1): 1-15.
86. Mekonnen AG, Yehualashet SS, Bayleyegn AD (2019). The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and lbw infants: a meta-analysis of published studies. *International Breastfeeding Journal* 14(1): 1-6.
87. Parsa P, Karimi S, Basiri B, Roshanaei G (2018). The effect of kangaroo mother care on physiological parameters of premature infants in Hamadan City, Iran. *The Pan African Medical Journal* 30 (89): 1-8.
88. Laela S, Keliat BA (2018). Thought stopping and supportive therapy can reduce postpartum blues and anxiety parents of premature babies. *Enfermeria Clinica* 27(1): 126-129.
89. Uludağ A, Uludağ A, Ünlüoğlu İ (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Medical Journal* 4(3): 19-26.
90. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 51(2): 104-9.
91. Konukbay D, Arslan F (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 14(2): 16-22.
92. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR (2020). Family-centered care during the Covid-19 era. *Journal of Pain and Symptom Management* 60(2): 93-97.
93. Lewnard JA, Lo NC (2020). Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against Covid-19. *The Lancet Infectious Diseases* 20(6): 631-633.
94. Özsoylu D (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin emzirme özyeterlilik ve anksiyete düzeylerinin emzirme başarısına etkisi. Yüksek lisans tezi, İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

95. Özyazıcıoğlu N, Tüfekci FG (2009). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 12(4): 66-73.
96. Mizrak B, Deniz AO, Açıkgöz A (2015). Anxiety levels of mothers with newborns in a neonatal intensive care unit in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 31(5): 1176.
97. Balcı ME (2018). Prematüre bebeği yenidoğan yoğun bakımda yatan annelerde anne bebek bağlanması ve ilişkili faktörler. Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
98. Holditch-Davis D, White-Traut RC, Levy JA, O'Shea TM, Geraldo V, David RJ (2014). Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship. *Infant Behavior and Development* 37(4): 695-710.
99. Liu X, Li Z, Chen X, Cao B, Yue S, Yang C, Feng Q (2020). Utilization pattern of kangaroo mother care after introduction in eight selected neonatal intensive care units in China. *BMC Pediatrics* 20(260): 1-9.
100. Kristoffersen L, Stoen R, Rygh H, Sognnæs M, Follestad T, Mohn HS, Bergseng H (2016). Early skin-to-skin contact or incubator for very preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 17(593): 1-9.
101. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11.
102. Manav G, Yıldırım F (2010). Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Medical Journal* 32(2): 149-157.



EKLER

Ek 1: Anne ve Bebek Bilgi Formu

ANNE VE BEBEK BİLGİ FORMU

SEVGİLİ ANNELER;

Mevcut pandemi döneminde Trabzon ilinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde prematüre bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerine yönelik bir tez çalışması yapılmaktadır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz prematüre bebek ile ilgili kaygılarınıza yönelik, sizlere daha iyi destek olmamızı sağlayacaktır. Katılımlarınız için teşekkür ederim.

Not: Araştırmaya katılan annelerin kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Araştırmacı: Ayşegül GENÇTÜRK

Danışman: Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT

A-ANNEYE AİT BİLGİLER

1. Yaş:
2. Öğrenim Durumu: 1. İlkokul-Ortaokul 3. Lise 4. Önlisans ve üzeri
3. Çalışma Durumu: 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
4. Sosyal Güvence: 1. Var 2. Yok
5. Gelir Düzeyi Algısı: 1. Kötü 2. Orta 3. İyi
6. Yaşadığı Yer: 1. İl 2. İlçe
7. Aile Yapısı: 1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile
8. Gebelik Sayısı: 1. 1 2. 2 ve üzeri
9. Düşük Yapma: 1. Evet 2. Hayır
10. Yaşayan Çocuk Sayısı: 1. 1 2. 2 3. 3 ve üzeri
11. Daha Önce Preterm Bebeğe Sahip Olma Durumu: 1. Evet 2. Hayır
12. Hastanede Yatış Süresi:

B-BEBEĞE AİT BİLGİLER

1. Bebeğin Gebelik Haftası:
2. Bebeğin Doğum Ağırlığı:
3. Bebeğin Doğum Şekli: 1. Normal 2. Sezaryen
4. Bebeğin Cinsiyeti: 1. Kız 2. Erkek
5. Şuan Solunum Cihazına Bağlı Olma Durumu: 1. Evet (MV) 2. Evet (NCPAP) 3. Hayır
6. Bebeğin Oral Beslenme Durumu: 1. Besleniyor 2. Beslenmiyor

C-ANNENİN BEBEĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

1. Bebeğinizi ilk nerede gördünüz? 1. Doğumhane 2. YYBÜ
2. Bu Süreç İçerisinde Bebeğinizi Yoğun Bakım Ünitesi'nde kaç kez gördünüz?
3. Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeğinizi Kucağınıza Aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
4. Bebeğinizi Hiç Emzirdiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
5. Bebeğinizin hastalığı hakkında yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
6. Bebeğinizi Yoğun Bakımda Gördüğünüzde Hissettiğiniz İlk Duygu Nedir?
1. Mutluluk/ Heyecan
2. Üzüntü/ Hüzün
3. Korku/ Endişe
4. Şefkat/ Merhamet
5. Özlem

Ek 2: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

Ek 2. (Devam)

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

Ek 3. Kurum İzni



Ek 4. Etik Kurul İzni



Ek 4. (Devam)



Ek 4. (Devam)



Ek 5: Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Ayşegül GENÇTÜRK tarafından yürütülen “Covid-19 Pandemisinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Preterm Bebeği Yatan Annelerin Kaygı Düzeyleri” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Araştırmanın Amacı:

Covid-19 salgını, tüm dünya ülkelerinde yüksek riskli yenidoğanlar ve aileler için bakım sunumunu etkilemiştir ve kliniklere hasta ziyaretlerinin kısıtlanmasına neden olmuştur. Bu araştırmada, Covid-19 pandemisinde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde preterm bebeği yatan annelerin kaygı düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Çalışmada 2 adet anket doldurulacaktır. Tarafımdan literatür taranarak hazırlanan ‘Anne-Bebek Bilgi Formu’ üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde annenin sosyo-demografik özelliklerine (yaşı, cinsiyeti, eğitimi, gelir durumu vb.) yönelik 12 soru, ikinci bölümde bebeğe yönelik 6 soru, üçüncü bölümde ise annenin bebeğe ilişkin görüşlerini içeren 6 soru yer almaktadır. İkinci bölümde kaygı düzeyinizi ölçmek için 20’şer sorudan oluşan ‘Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’ kullanılacaktır.

Araştırmanın Süresi: 3 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 65

Araştırmanın Yapılacağı Yer: Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

I. Gönüllü (birden fazla gönüllü bu formu okuyup imzalayabilir.)

Adı soyadı:

İmza:

Ek 6. Ölçek İzni



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : GENÇTÜRK, Ayşegül

Uyruğu :

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon (İş)

E-Posta

Yazışma Adresi (İş)

Kampüsü III. Basamak YYBÜ/ Trabzon

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisan	RTEÜ Sağlık Yüksekokulu/ Hemşirelik	2016
Lise	Sürmene Cevdet Cavit Şenkaya Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2012

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. Hemşire	Ardahan Devlet Hastanesi	2013-2013
2. Hemşire	Rize Devlet Hastanesi	2013-2017
3. Hemşire	SBÜ Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi	2017-

YABANCI DİL

İngilizce