

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

---

**ÖZEL EĞİTİM ANABİLİM DALI**  
**ÖZEL EĞİTİM PROGRAMI**

**GELİŞİM GERİLİĞİ RISKİ ALTINDAKİ PREMATÜRE BEBEKLERİN**  
**HASTANEDEN EVE GEÇİŞİNDE ANNE GEREKSİNİMLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SILA ALIŞ**

**Ankara, Ocak, 2018**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

---

**ÖZEL EĞİTİM ANABİLİM DALI**  
**ÖZEL EĞİTİM PROGRAMI**

**GELİŞİM GERİLİĞİ RİSKİ ALTINDAKİ PREMATÜRE BEBEKLERİN**  
**HASTANEDEN EVE GEÇİŞİNDE ANNE GEREKSİNİMLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SILA ALIŞ**

**DANIŞMAN: DOÇ.DR. HATİCE BAKKALOĞLU**

**Ankara, Ocak, 2018**

Eğitim Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne

Sıla ALIŞ'ın hazırladığı "Gelişim Geriliği Riski Altındaki Premat¼re Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişinde Anne Gereksinimleri " baŐlıklı bu çalışma, j¼rimiz tarafından Özel Eğitim Anabilim Dalı, Özel Eğitim Programı'nda Y¼ksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.

İmza

BaŐkan: Doç. Dr. Hatice BAKKALOğLU (Danışman)



¼ye: Doç. Dr. Berrin BAYDIK



¼ye: Doç. Dr. Yasemin ERGENEKON



ONAY

Bu tez Ankara ¼niversitesi Lisans¼st¼ Eğitim - Őđretim ve Sınav Y¼netmeliđi'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından 09./01./2018. tarihinde uygun g¼r¼lm¼Ő ve Enstit¼ Y¼netim Kurulunca ...../...../20..... tarihinde kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail G¼VEN  
Eğitim Bilimleri Enstit¼s¼ M¼d¼r¼

## ETİK BİLDİRİM

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Sıla ALIŞ

## ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasındai kıymetli bilgisi, birikimi ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Hatice BAKKALOĞLU'na, sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan Ankara Üniversitesi Özel Eğitim bölümündeki tüm hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Çalışmalarım boyunca yardımını esirgemeyen değerli arkadaşlarım Murat NARCI'ya, Ceren KILIÇ'a, Cansu Ece AYDINKAL'a, Çağrışım HELHEL'e ve Zafer ERTÜRK'e teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme ve Gökhan UZKUL'a da sonsuz teşekkür ederim.

## ÖZET

### GELİŞİM GERİLİĞİ RISKİ ALTINDAKİ PREMATÜRE BEBEKLERİN HASTANEDEN EVE GEÇİŞİNDE ANNE GEREKSİNİMLERİ

Sıla Alış,  
Yüksek Lisans, Özel Eğitim Anabilim Dalı  
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hatice Bakkaloğlu  
Ocak, 2018, xiv + 111 sayfa

Bu araştırmada gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişlerinde annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. İlişkisel tarama (korelasyonel) modeliyle desenlenen bu araştırmanın çalışma grubunu, 419 prematüre bebek annesi oluşturmuştur. Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla Bilgi Formu ve Geçiş Ölçeği-Türkçe Formu kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan Geçiş Ölçeği ölçek uyarlama çalışması kapsamında Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve Türkçe Formu hazırlanarak ölçeğe "Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği (HEGÖ)" adı verilmiştir.

Veriler, 'internet ortamında anket' yoluyla toplanmıştır. Verilerin analizi için toplanan tüm veriler SPSS 22.0 paket programına yüklenerek araştırma soruları çerçevesinde betimsel (frekans, yüzde, ortalama) analizleri, HEGÖ-Türkçe Formu'nun geçerlik analizi için açımlayıcı faktör analizi yapılmış, güvenilirlik analizleri için Cronbach alfa değeri ve testi iki yarıya bölme yöntemi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi için LISREL 8.8 programı kullanılmıştır. Annelerin gereksinimlerinin anneye ve bebeğe ait demografik değişkenlere göre değişip değişmediğini görmek için tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklem T testi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda gruplar arasında fark çıktığında, gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek için Scheffe ve Dunnet C testleri yapılmıştır.

Yapılan istatistiksel analizlerin sonunda HEGÖ-Türkçe Formu geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak belirlenmiştir. Annelerin HEGÖ-Türkçe Formu'ndan aldıkları puanlara bakıldığında, en fazla gereksinim duydukları faktörün stres faktörü olduğu görülmüştür. Anne yaşı arttıkça annelerin sosyal destek gereksinimlerinin arttığı, bunun aksine anne yaşı azaldıkça stresle baş etme durumlarının arttığı, aile geliri arttıkça stresle baş etme durumlarının iyileştiği, ilk defa bebek sahibi olan annelerin stres, stresle baş etme ve sağlık personeli gereksinimlerinin daha fazla olduğu, doğum sonrası kurs almayan annelerin bilgi, sosyal destek ve sağlık personeli desteği gereksiniminin kurs alan

annelere göre daha fazla olduğu, ağır derecede prematüre bebek (28-32 haftalık doğan) sahibi annelerinin streslerinin daha yüksek olduğu, annelerin bebekleriyle taburcu olup evde buldukları gün sayısı arttıkça bilgi gereksiniminin azaldığı, bebeklerin hastanede kalma süresi azaldıkça annelerin sağlık personeli desteği gereksiniminin arttığı görülmüştür.

*Anahtar Kelimeler:* Gelişimsel risk, prematüre bebek, hastaneden eve geçiş, anne gereksinimleri, Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği.



## SUMMARY

### **MATERNAL NEEDS OF PREMATURE BABIES AT DEVELOPMENTAL RISK IN TRANSITION FROM HOSPITAL TO HOME**

Sıla Alış,

Master's Thesis, Department of Special Education

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Hatice Bakkaloğlu

January, 2018, xiv + 111 pages

The purpose of this study was to determine the needs of parents of prematurely born infants as they transition from hospital to home. In the quantitative research approach, 419 premature infants' mothers were formed the study group of the research, which was designed in a descriptive, correlational model. Information Form and Transition from Hospital to Home Scale (THHS) were used to collect the data of the study. Within the context of adaptation of THHS-Turkish Form, which was used to collect data, the scale was adapted to Turkish, validity and reliability study were made.

The data were collected via 'survey on the internet'. All data collected were loaded on the SPSS 22.0 package program and descriptive (frequency, percentage, mean) analysis, exploratory factor analysis for validity were made. For reliability analysis, Cronbach alpha value and split into two half-test were used. LISREL 8.8 program was used for confirmatory factor analysis. One way ANOVA and independent sample T tests were performed to see whether the needs of the mothers varied according to the demographic variables of the mother and the baby. Scheffe and Dunnett C tests were performed to determine the differences between the groups when the results of the analyzes were different.

At the end of the statistical analyzes, THHS-Turkish Form was determined to be a valid and reliable measurement tool. When scores of mothers from THHS-Turkish Form were taken into consideration, it is seen that the factor that is most needed is the stress factor. As the mother's age increases, the maternal needs for social support also increase. On the contrary, as the mother's age decreases, the stress coping situations increase, the stress coping situations improve as the family income increases, the mothers who have the baby for the first time have more stress, the need for information, social support and healthcare personnel support is higher for mothers who do not receive course, the stress of very preterm infant mothers are higher than other mothers, the need for information decreased as the number of days that mothers stay at home increases, the need for



healthcare personnel support has increased as the length of hospital stay in babies decreases are seen.

*Keywords:* Developmental risk, premature baby, transition from hospital to hospital, maternal needs, Transition from Hospital to Home Scale.



## TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

- Tablo 1.1.** Doğum Haftasına Göre Prematüre Bebek Sınıflaması
- Tablo 1.2.** Düşük Doğum Ağırlığına Göre Prematüre Bebek Sınıflaması
- Tablo 2.1.** Annelerin Demografik Özellikleri
- Tablo 2.2.** Bebeklerin Demografik Özellikleri
- Tablo 3.1.** HEGÖ'nün Türkçe Formu'ndaki Maddelerin Türkçe'ye Uygunluğuna İlişkin Uzmanların Puanlamaları Arasındaki Uyum
- Tablo 3.2.** HEGÖ'ye İlişkin AFA, Madde-Toplam Korelasyonu ve Alt %27-Üst %27 T Testi sonuçları
- Tablo 3.3.** HEGÖ'nün Toplam Puan ve Faktörler Arasındaki Korelasyon Değerleri
- Tablo 3.4.** HEGÖ'nün Uyum İndeksleri ve Uyum İndekslerinin Kabul Sınırları
- Tablo 3.5.** HEGÖ'nün Cronbach Alfa Katsayıları
- Tablo 3.6.** Annelerin HEGÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Betimsel Analizler
- Tablo 3.7.** Annelerin Yaşına Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları
- Tablo 3.8.** Annelerin Mezuniyetine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları
- Tablo 3.9.** Annelerin Gelir Düzeyine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları
- Tablo 3.10.** Annelerin Yerleşim Yerine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları
- Tablo 3.11.** Annelerin Çocuk Sayısına Göre Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları
- Tablo 3.12.** Annelerin Yeni Doğan Problemi Yaşama Durumlarına Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları
- Tablo 3.13.** Annelerin Kurs Alma Durumuna Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları
- Tablo 3.14.** Annelerin Kurs Aldığı Kişiyeye Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları
- Tablo 3.15.** Bebeklerin Cinsiyetine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları
- Tablo 3.16.** Bebeklerin Prematüre Türüne Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları

**Tablo 3.17.** Bebeklerin Doğum Ağırlığı Türüne Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları

**Tablo 3.18.** Bebeklerin Taburcu Olma Durumuna Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları

**Tablo 3.19.** Bebeklerin Hastanede Kalma Sürelerine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları

**Şekil 3.1.** HEGÖ'ye İlişkin DFA Sonuçları



**KISALTMALAR**

AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
ANOVA	: Tek yönlü (one way) varyans analizi
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
ÇGÇM	: Çocuk Görüşmeleri Çalışma Modeli
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DKSÖ	: Depresyon Kaygı Stres Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
GPY	: Geç Prematüre Yeni doğan
GH	: Gelişim Haftası
ÖG	: Özel Gereksinimli
PDPSBA	: Perinatal Dönemde Post Tramvatik Stres Bozukluğu Anketi
SDSKÖ	: Spielberg Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği
SP	: Serebral Palsi
SGS	: Solunum Güçlüğü Sendromu
YDYBÜ	: Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ BİLDİRİMİ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>BÖLÜM 1</b> .....	<b>1</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. <i>Erken Müdahale Programları ve Amaçları</i> .....	1
1.2. <i>Risk Etkenleri</i> .....	4
1.3. <i>Prematüre Doğum ve Olası Riskleri</i> .....	5
1.4. <i>Geçiş Nedir?</i> .....	11
1.5. <i>Risk Grubundaki Bebekler İçin Hastaneden Eve Geçiş</i> .....	11
1.5.1. <i>Ebeveyn Eğitimi</i> .....	12
1.5.2. <i>Hastanede Birinci Basamak Tedavide Uygun Öğelerin Tamamlanması</i> .....	13
1.5.3. <i>Çözümlememiş Sağlık Problemleri İçin Yönetim Planının Geliştirilmesi</i> ..	13
1.5.4. <i>Kapsamlı Ev Bakım Planının Geliştirilmesi</i> .....	14
1.5.4. <i>Destek Hizmetlerinin Belirlenmesi ve İstenmesi</i> .....	14
1.5.6. <i>Tedavi Sonrası Bakımın Belirlenmesi</i> .....	14
1.6. <i>Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinden (YDYBÜ) Anneliğe Geçiş</i> .....	16
1.7. <i>Kenner'in Geçiş Modeli</i> .....	17
1.7.1. <i>Bilgi Gereksinimi</i> .....	17
1.7.2. <i>Keder</i> .....	18
1.7.3. <i>Ebeveyn-Çocuk Rol Gelişimi</i> .....	18
1.7.4. <i>Stres ve Baş Etme</i> .....	19
1.7.5. <i>Sosyal Etkileşim</i> .....	19
1.8. <i>İlgili Araştırmalar</i> .....	19
1.8.1. <i>Uluslararası Araştırmalar</i> .....	20
1.8.2. <i>Türkiye'de Yapılan Araştırmalar</i> .....	26
1.9. <i>Problem</i> .....	33

1.10. Araştırmanın Amacı.....	34
1.11. Araştırmanın Önemi.....	35
1.12. Sınırlılıklar.....	35
1.13. Tanımlar.....	35
<b>BÖLÜM 2.....</b>	<b>37</b>
<b>YÖNTEM.....</b>	<b>37</b>
2.1. Araştırmanın Modeli.....	37
2.2. Çalışma Grubu.....	37
2.3. Veri Toplama Araçları.....	40
2.3.1. Bilgi Formu .....	40
2.3.2. Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği (HEGÖ) .....	41
2.5. Verilerin Analizi .....	43
<b>BÖLÜM 3.....</b>	<b>45</b>
<b>BULGULAR ve TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
3.1. Prematüre bebeklerin annelerinin hastaneden eve geçişte gereksinimlerini belirlemek için geliştirilmiş olan Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği (HEGÖ) geçerlik ve güvenilirliğe sahip midir? .....	45
3.1.1. HEGÖ'nün Çeviri Çalışmaları .....	45
3.1.2. Açıklayıcı Faktör Analizi Öncesinde Sayıtların İncelenmesi ve Analizin Diğer Gereklilikleri .....	47
3.1.3. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA).....	48
3.1.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Öncesinde Sayıtların İncelenmesi ve Analizin Diğer Gereklilikleri .....	52
3.1.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) .....	53
3.1.6. Güvenirlik Çalışması.....	55
3.2. Gelişim Geriliği Riski Altındaki Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişinde Annelerin Gereksinimleri Nelerdir?.....	58
3.3. Gelişim Geriliği Riski Altındaki Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişinde Annelerin Gereksinimleri Anneye İlişkin Değişkenlere Göre Farklılaşmakta mıdır? .....	65
3.3.1. Annelerin Yaşı .....	65
3.3.2. Annelerin Mezuniyeti.....	66

3.3.3. Annelerin Gelir Düzeyi .....	67
3.3.4. Annelerin Yerleşim Yeri .....	68
3.3.5. Annelerin Çocuk Sayısı .....	69
3.3.6. Annelerin Yeni Doğan Problemi Yaşama Durumları.....	70
3.3.7. Annelerin Kurs Alma Durumu .....	71
3.3.8. Annelerin Kurs Aldığı Kişi.....	72
3.4. Gelişim Geriliği Riski Altındaki Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişinde Annelerin Gereksinimleri Bebeğe İlişkin Değişkenlere Göre Farklaşmakta mıdır? 76	
3.4.1. Bebeklerin Cinsiyeti.....	76
3.4.2. Bebeklerin Prematüre Türü .....	77
3.4.3. Bebeklerin Doğum Ağırlığı Türü .....	78
3.4.4. Bebeklerin Taburcu Olma Süresi .....	78
3.4.5. Bebeklerin Hastanede Kalma Süresi .....	79
<b>BÖLÜM 4.....</b>	<b>85</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>85</b>
4.1. Sonuç.....	85
4.2. Öneriler.....	86
4.2.1. İleri Araştırmalara Yönelik Öneriler .....	86
4.2.2. İleri Uygulamalara Yönelik Öneriler .....	87
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>88</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>101</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>111</b>

# BÖLÜM 1

## GİRİŞ

Gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişlerinde annelerin gereksinimlerini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmanın bu bölümünde araştırmanın problem durumu, amacı, önemi, sınırlılıkları üzerinde durulmuş, araştırmada geçen bazı kavramların tanımlarına ve kısaltmalara yer verilmiştir.

Bu bölümde öncelikle kuramsal çerçeve kapsamında erken müdahale programları ve amaçlarına, risk grubuna, geçişe, prematüre doğum ve olası risklerine, risk grubundaki bebekler için hastaneden eve geçişe, yeni doğan yoğun bakım ünitesinden (YDYBÜ) anneliğe geçişe ve Kenner'in geçiş modeline yer verilmiştir.

### 1.1. Erken Müdahale Programları ve Amaçları

Tüm çocukların uygun eğitim ve bakım almaları gelişimleri açısından çok önemlidir ve bu çocukların temel haklarıdır. Çocukların hepsi aynı şartlarda ve imkanlarda dünyaya gelmemektedir. Bazı çocuklar sağlık sorunlarıyla doğmakta, bazıları yeterli beslenme ve barınma imkanına sahip değilken bazılarının da aile üyelerinin sorunları bulunmaktadır. Risklerle çevrili olan bu çocuklar ve aileleri için erken müdahale gereksinimi ortaya çıkmaktadır.

Erken müdahale programları, genel olarak 0-8 yaş arasında (Raver, 2009) gelişimsel yetersizlikleri olan veya gelişimleri risk altında olan çocukların gelişim ve öğrenmelerini destekleyerek fiziksel, bilişsel, duygusal sınırlılıklar ve kaynak sınırlılıklarının etkilerini en aza indirmeyi ya da bu sınırlılıkları önlemeyi amaçlayan programlardır (Blackman, 2002; Widerstrom, Mowder ve Sandall, 1997). Bu programların, ev ziyaretlerini temel alan, ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesini ve ebeveynlerin çocuk gelişimi konusunda bilgilendirilmesini hedefleyen, erken çocukluk eğitime yönelik, sivil toplum örgütlerinin çocuğu okula hazırlamaya yönelik geliştirdiği çeşitli programlar olduğu görülmektedir (Kartal, 2008).

Erken müdahale programları verecekleri hizmetlere göre çeşitlilik göstermektedir. Örneğin bazı programlar sadece çocukları okula hazırlamak için eğitsel hizmetler sağlarken, bazıları doğumdan önce anneyi hedeflemekte, bazıları ise ailenin bütünsel işlevi ile ilgilenerken çocuklara ve ailelere birlikte hizmet sağlamaktadır (Karoly, Kilburn ve Cannon, 2005). Müdahalenin hedef kitlesi belirlenirken tek ebeveynliğe, etnik kökene, sosyoekonomik düzeye, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyine, madde bağımlılığına, annenin yaşına veya diğer özelliklerine göre farklı türde aileler belirlenebileceği gibi gelişimsel



açından yüksek riske sahip veya yetersizlikleri olan çocuklar da tespit edilebilmektedir (Karoly ve diğ., 2005; Ramey ve Ramey, 1999).

Erken müdahalenin amacı, yetersizliği olan çocuklara yönelik uygun hizmetler sağlamak, gelişimsel gecikme ve yetersizlik düzeylerini en aza indirgeyebilmek, her bir çocuğun normal gelişimsel kilometre taşlarına ulaşabilme şansını en yüksek seviyeye çıkarmak ve çocuklarının gelişimi için ailelerin olumlu şekilde yönlendirilmesine yardımcı olmaktır. Erken müdahale bu amacına ulaşmak için çocuğun hayatındaki koruyucu ve risk faktörlerine göre hareket eder. Risk faktörleri, “olumsuz bir durumun ortaya çıkma olasılığını arttıracak ya da olası bir problemin süregelmesine neden olacak etkiler” (Kirby ve Fraser, 1997) olarak tanımlanmaktadır. *Risk faktörleri*, genetik, biyolojik, sosyo-kültürel ve demografik koşulları ya da özellikleri içerebilir. Örneğin, erken doğum, kronik hastalıklar, ebeveynlerin boşanması, ölüm, düşük sosyo ekonomik düzey, evsizlik, çocuk ihmali ve istismarı vb. risk faktörleri arasındadır. *Koruyucu faktörler* ise “risk ya da zorluğun etkisini yumuşatan, azaltan ya da ortadan kaldıran, sağlıklı uyumu ve bireyin yeterliklerini geliştiren durumları” tanımlamaktadır (Masten, 1994). Koruyucu faktörler, bireysel özellikler, ailesel ve çevresel faktörler ya da bu boyutların etkileşiminden kaynaklanan durumları içerebilir. Çocuklara risk faktörlerinin olmadığı bir çevre sunmak mümkün olmayabilir, fakat erken müdahale sayesinde risk ve koruyucu faktörler arasındaki denge değiştirilebilmektedir (Hawkins, Catalano ve Arthur, 2002). Sameroff, Seifer, Zax ve Barocas’ın (1987) Rorchester çalışması, risk faktörlerinin ne olduğunun değil sayısının çocuğun bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimi için daha önemli olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla koruyucu faktörler ile risk faktörlerinin oranı çok önemlidir. Risk faktörleri koruyucu faktörleri geçmemelidir ve olabildiğince risk faktörlerinin sayısı azaltılmalıdır.

Widerstrom ve diğerlerine (1997) göre, müdahale programları amaçlarına göre genel olarak üç şekilde tanımlanmaktadır:

1. Birincil müdahale programları: Yeni bir yetersizlik durumunun oluşmasını engellemek ve belli bir problem durumuna karşı koruyucu becerileri ve yeterlilikleri inşa etmek bu programların amacıdır. Bu programlar genel nüfusu veya risk altında olan nüfusu ele almaktadır.

2. İkincil müdahale programları: Yetersizliğin başlangıcına ilişkin belirtiler gösteren, ancak henüz güçlük yaşamayan bebekleri hedeflemektedir. Bu programlar ilk belirtileri görülen sorunları azaltmayı ve daha önemli sorunların ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlamaktadır.

3. Üçüncül müdahale programları: Yetersizlik yaşayan bireylere yönelik, yetersizliğin etkilerini azaltmayı amaçlamakta ve toplumsal yaşama katılımlarını sağlayıcı hizmetleri sunmaktadır.

Brookes-Gunn, Berlin ve Fuligni (2000) müdahalenin aslında çocuk daha anne karnındayken başladığını vurgulamakta ve erken müdahalenin amaçlarını izleyen şekilde özetlemektedirler:

- Anneye sosyal destek sağlamak
- Ebeveynleri çocuk gelişimi ile bebeğin gelişiminde ilk yılların ve aile desteğinin önemi konusunda bilgilendirmek
- Ailelerin ebeveynlik becerilerini ve problem çözme becerilerini geliştirmek
- Ebeveynlere çocuk disiplini konusunda stratejiler öğretmek
- Ebeveynlere eğitim ve iş olanakları sağlamak ve
- Fiziksel ve toplumsal çevrenin olumsuz etkilerini en aza indirerek çocukların ve ailelerin davranışlarını etkilemek, bu yolla da koruyucu faktörlerin işler kılınmasıyla toplumsal yapıyı sağlamlaştırmak

Erken müdahale programları, sadece gelişime yönelik ileride karşılaşılabilecek problemlerin önlenmesini değil, aynı zamanda ebeveynlerin çocuğa kötü davranmasını, duygusal ve davranışsal problemlerini, uyuşturucu madde kullanımını, suça yönelik davranışlarını engellemeyi; ayrıca bir çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli olan bütün şartların sağlanmasını da amaçlamaktadır (Keating ve Hertzman, 2000).

Beyin gelişimi açısından yaşamın ilk yılları kritik bir öneme sahiptir. Gelişimsel yetersizler veya risk faktörleri çocuğun gelecekte fiziksel, bilişsel, dil ve sosyal gelişim alanlarında olumsuzluklar/yetersizlikler yaşamasına neden olabilir. Bu durumu en aza indirmek için erken müdahale hizmetlerinden olabildiğince erken yararlanılmalıdır. Çünkü erken müdahale programları, biyolojik ve çevresel risk faktörlerinin ve olumsuz etmenlerin etkisinin ortadan kaldırılabilceğinin ve çocuklara çok daha uygun bir gelişim fırsatı verilebileceğinin kanıtıdır (Brookes-Gunn ve diğ., 2000). Guralnick (2011) kavramsal ve deneysel destekli gelişim modellerinin uygulandığı erken müdahale sisteminin risk altındaki çocuklara ve ailelerine büyük destek sağladığını belirtmektedir.

Erken müdahale programlarının önleyicilik ilkesinden yola çıkılarak, gelişimsel yetersizlik ortaya çıkmadan eve dayalı erken müdahale programları uygulandığında ve çevrenin biçimlendirilmesi halinde çocukların okuma-yazma becerilerinin çevresel yeter-

sizliklerden daha az etkilendiği belirtilmiştir (Nancollis, Lawrie ve Dodd, 2005). Son yıllarda yapılan çalışmalar, erken çocukluktaki deneyimlerin çocukların yeteneklerinde, toplumun eğitim düzeyinde, istihdam oranlarında, toplumsal üretkenliğin artmasında rol oynadığını göstermektedir. Bunların yanı sıra erken müdahale uzun vadedeki olumlu sonuçlarıyla da dikkat çekmektedir (Keating ve Hertzman, 2000).

Erken müdahale programlarının uzun vadede sonuçlarını araştıran çalışmalarda ise programlardan yararlanan çocukların sınıf tekrarlama, suç işleme ve çocuk mahkemelerinde yargılanma oranlarının, özel eğitim kurumlarına yerleşme oranlarının ve özel eğitimde geçirdikleri sürenin, aileye sağlanan sosyal yardım maliyetinin azaldığını ortaya koymaktadır. Ayrıca bu çocukların akademik becerilerinin ve başarılarının, eğitim performanslarının ve vergi gelirlerinin arttığı, liseye devam etme ve üniversiteye gitme, bilgisayar, kredi kartı sahibi olma olasılıklarının daha yüksek olduğu, daha yüksek statülü işlerde çalıştıkları, ekonomik gelişimlerine katkı sağladığı da bulunmuştur (Diefendorf ve Goode, 2005; Illig, 1998; Kağıtçıbaşı, Sunar, Bekman ve Cemalcılar, 2005; Schweinhart, 2003). Doyle, Carneiro ve Heckman (2004) erken müdahale programlarının olumlu etkilerinin uzun süreli olduğunu, dolayısıyla yapılan yatırımın ekonomik girdisinin de daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Müdahale programlarının temel amacı, çocukların gelişimlerini tehdit eden etken risk faktörlerini azaltmak ve koruyucu faktörleri çoğaltmaktır. Bu oranlar oluştuğunda ise yıpranmaktan (attrition) dirençli (resistant) olmaya doğru bir geçiş yaratılabilmektedir (Shonkoff ve Meisels, 2000). Çocuğun gelişimi için gelişiminin gerçekleştiği bağlam oldukça önemlidir. Aile de bu bağlamın önemli bir ögesi olarak erken müdahale programlarında etkin bir yer tutmaktadır.

Erken müdahale programları, bir problemi çözmekten daha ziyade çocuğa, aileye ve topluma sosyal ve ekonomik açıdan uzun vadede faydalı olmayı amaçlayan uygulamalardır. Erken müdahale programları çocukların yaşamlarındaki koruyucu faktörleri artırıp, risk faktörlerini azaltarak risk grubundaki çocukların gelişimlerine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Aşağıda gelişimsel problemler açısından risk grubu hakkında bilgi verilecektir.

## 1.2. Risk Etkenleri

Gelişimin olumsuz yöne doğru yönelmesi olasılığını arttıran ve gelişim sorunlarına neden olabilecek özellikler “risk etkenleri” olarak tanımlanmaktadır (Delgado, Vagi ve Scott, 2007). Bir çocuğun hayatındaki risk etkenleri çoğaldıkça gelişim o oranda olumsuz etkilenmektedir (Sameroff ve Fiese, 2000; Wyly, 1997).

İlgili literatürde olası risk etkenleri temel başlıklar altında gruplandırılmaya çalışılmıştır. Örneğin Tjossem üç temel risk etkeninden söz etmektedir (Akt. Sertgil, 2011). Bunlar çevresel riskler, biyolojik riskler ve oluşmuş risklerdir. *Çevresel riskler*, gündelik yaşamda çocuğun gelişimini olumsuz şekilde etkileyen durumlardır. Yoksulluk, istismar ve/veya ihmal, yetersiz beslenme ya da yetersiz bakım bu risklere örnektir (Allen ve Cowdery, 2005). *Biyolojik riskler*, hamilelik döneminde ilaç, alkol vb. zararlı maddelere maruz kalma, doğum sırasında yaşanan sorunlar, erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi risklerdir. *Oluşmuş riskler* ise belirlenebilen ve sonuçları bilinen, genetik ve kromozom bozuklukları, görme ve işitme kayıpları, Down sendromu vb. durumlar olarak belirtilmektedir (Wyly, 1997).

Munsell (2006) ise risk etkenlerini nedenleri açısından dört ana grupta toplamıştır. Bu gruplar doğum öncesi çevresel riskler, ebeveynlerle ilgili riskler, engel oluşturan tıbbi durumlar ve toplumsal risklerdir. *Doğum öncesi çevresel riskler*, hamilelik döneminde yaşanan etkenlerdir. Annenin hamileliğinde yaşadığı çevre içerisinde meydana gelen sorunlar (stres, duygusal dalgalanmalar, beslenme ve çevresel atık ve maddelere maruz kalmak gibi) doğrudan anneyi etkilemekte ve embriyoda nörogelişimsel problemlere neden olabilmektedir. *Ebeveynler ile ilgili riskler*, genç anne-baba olma, zihinsel hastalıklar, madde kullanımı ve eğitim seviyesi gibi etkenlerdir ki, bunlar erken çocukluk gelişimi açısından risk içermektedir. *Toplumsal riskler*, yoksulluk, kurum bakımı almak ve travmalara maruz kalmak olarak tanımlanmaktadır. *Engel oluşturan tıbbi durumlar* ya da biyolojik riskler arasında yer alan prematüre/erken doğum, gelişimi etkileyebilen etmenlerden biridir. Aşağıda prematüre doğum ve olası riskleri konusunda bilgi verilecektir.

### 1.3. Prematüre Doğum ve Olası Riskleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre, annenin son adet tarihinin ilk gününden itibaren 37. haftasını veya 259. gününü tamamlamadan doğan bebekler prematüre olarak kabul edilmektedir (WHO, 1977). DSÖ'nün 2012 yılında 184 ülke verileriyle yayınladığı Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporuna (Born Too Soon the Global Action Report on Preterm Birth) göre, Dünya'da her yıl yaklaşık 15 milyon prematüre doğum gerçekleşmekte ve 1 milyondan fazla bebek prematüre doğum komplikasyonlarından dolayı ölmektedir (Blencowe ve diğ., 2012). Dünyada prematüre doğum oranlarının ülkelere göre %5-18 arasında değiştiği ifade edilirken, Türkiye'nin 2010 yılı canlı doğum sayısı 1.298.300, prematüre doğum oranı ise %11.9 olarak belirlenmiştir (WHO, 2012).

Dünya genelinde her 100 doğum için prematüre doğum oranları karşılaştırıldığında Malavi %18.1 ile en yüksek, Beyaz Rusya %4.1 ile en düşük prematüre doğum oranına sahiptir. Türkiye diğer ülkelerin oranlarıyla karşılaştırıldığında prematüre doğum oranında %11.9 ile 53. sırada yer almaktadır. Tayland, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Somali'deki oranlar da Türkiye ile aynıdır (WHO, 2012). Gelişmiş ülkeler arasında en yüksek prematüre doğum oranına sahip ülkelerden biri de ABD'dir. Her 10 doğumdan biri prematüre doğumdur. ABD, 2015 yılı raporunda 2030 yılı için prematüre doğum oranını %5.5'e düşürmeyi amaçladığını bildirmiştir (<http://www.marchofdimmes.org/materials/2015-annual-report.pdf>).

Prematüre doğumların cinsiyet dağılımına bakıldığında, prematüre doğumların erkek çocuklarda daha yaygın olduğu görülmektedir. Prematüre doğumların %55'ini erkek çocuklar oluşturmaktadır (Zeitlin, 2002).

Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olması açısından prematüreler, gestasyon yaşlarına (gestational age) ve ağırlıklarına göre gruplanmaktadır. Gestasyon yaşı, döllenmeden (son adet tarihi) doğuma kadar olan gebelik süresidir. DSÖ doğum haftasına göre prematüre bebekleri dört grupta sınıflamaktadır (Bkz. Tablo 1.1).

**Tablo 1.1.** Doğum Haftasına Göre Prematüre Bebek Sınıflaması

Prematüre Türü	Doğum Haftaları
Aşırı Prematüre	28 haftadan az
Ağır Prematüre	28-32 hafta arası
Orta Prematüre	32-34 hafta arası
Geç Prematüre	34-37 hafta arası

Bu sınıflamanın dışında alanyazında prematüreler için farklı sınıflamalar da vardır. Üç gruptan oluşan bir sınıflama ileri derecede prematüre (24-31 hafta arası), orta derecede prematüre (32-36 hafta arası) ve sınırda prematüre (37 haftalık) olarak yapılmaktadır (Dağoğlu, Görak, Ovalı ve Samancı, 2002).

DSÖ'nün 41 ülkeyi içeren Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda yer verilen, 1990-2010 yılları arasında doğan prematürelerin doğum haftalarına göre dağılımlarının tüm prematürelere oranının orta ve geç prematürede %84.3, ağır prematürede %10.4 ve aşırı prematürede %5.2 şeklinde olduğu bildirilmiştir (WHO, 2012).

Sağlıklı, zamanında doğan bebeklerin doğum ağırlıkları 2500 gr ile 4500 gr arasında değişebilir (Zenciroğlu ve diğ., 2015). Düşük doğum ağırlığı (DDA), 2500 gramın altında gerçekleşen canlı doğum ağırlığı olarak tanımlanır. Düşük doğum ağırlıklı prematüre yeni doğanlar doğum ağırlığına göre ise üç gruba ayrılmaktadır (Xu ve Filler, 2005)

(Bkz. Tablo 1.2). Prematüre doğan bebekler erken doğdukları için düşük doğum ağırlıklı da olabilirler, fakat düşük doğum ağırlıklı doğan bebekler prematüre olmayabilirler (Sola ve Diken, 2008).

**Tablo 1.2. Düşük Doğum Ağırlığına Göre Prematüre Bebek Sınıflaması**

<b>Düşük Doğum Ağırlığı Türü</b>	<b>Doğum Ağırlığı</b>
Düşük doğum ağırlıklı – DDA	2500-1500 gr
Çok düşük doğum ağırlıklı – ÇDDA	1499-1000 gr
Aşırı düşük doğum ağırlıklı – ADDA	<1000 gr

Genel olarak erken doğumların 2/3'ü kendiliğinden olurken, 1/3'ü tıbbi nedenlerle oluşmaktadır (Özdoğan, Aldemir ve Kavuncuoğlu, 2014). Prematüre doğum nedenlerine bakıldığında, anne yaşının 17'den küçük 35'ten büyük olması, sık doğum, çoğul gebelik, hipertansiyon, diyabet, enfeksiyon, sigara ve madde kullanımı, rahim ve doğum kanalındaki yapısal bozukluklar, düşük sosyo-ekonomik düzey ve yetersiz beslenme gibi nedenlerin prematüre doğuma yol açabildiği görülmektedir (Blondel ve diğ., 2006; Goldenberg, Culhane, Iams ve Romero, 2008; Gravet, Rubens ve Nunes, 2010; Muglia ve Katz, 2010.)

Geç ve orta prematüre doğumların son yıllarda artış gösterdiği görülmektedir. Elektif indüksiyonlar<sup>1</sup>, sezeryan doğumlarda artış, anne olma yaşının ilerlemesi, çoğul gebelikler, hekimler açısından malpraktis (tıpta yanlış, özensiz uygulamalar) ve hasta isteğine göre hareket edilmesi gibi sosyal nedenler artışta rol oynamaktadır (Engle, Tomashek ve Wallman, 2007).

Prematüre doğum oranlarını azaltmak için aile planlaması, iki doğum aralığının düzenlenmesi, ergen dostu hizmetler gibi gebelik öncesi önlemler paketi hazırlanması, özellikle kız çocukları için eğitim ve beslenme, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma eğitimleri verilmesi, tüm kadınlar için özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar, diyabet ve yüksek kan basıncı tarama ve müdahale paketlerini içeren doğum öncesi tarama paketleri uygulanabilmektedir. Yaşam tarzından kaynaklanan riskler için davranış değişiklikleri, erken doğum riski yüksek kadınlara yönelik izlem programları, hamile kadınların sigarayı bırakma ve kadınların istihdamına yönelik politikalar geliştirilmelidir (American Academy of Pediatrics, 2008).

Prematüre bebekler zamanından önce doğdukları için anne karnında tamamlamaları gereken gelişimleri yarım kalmaktadır. Bebekler, organlar yeterince gelişmediği için

<sup>1</sup> Gerekli olmadığı halde doğumun farmakolojik ya da mekanik olarak uyarılması.

dış dünyaya zamanında doğan bebekler gibi uyum sağlayamamakta ve sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar. Bebeğin emme ve yutma koordinasyonu 34 haftalık olmasıyla başladığı için ilk problem olarak beslenme zorlukları annenin karşısına çıkmaktadır. Bu süreden önce doğan bebeklerin beslenmesinde yardıma ihtiyaç vardır. Prematüre bebekler birçok enfeksiyona açıktır, bu yüzden bu bebekler enfeksiyon nedeniyle ölümden yüksek risk grubunda yer almaktadır. Yeni doğan sepsisinden<sup>2</sup> ölen bebeklerin çoğu prematüredir. Risk altındaki veya erken doğum riski altındaki annelere bebeklerinde solunum güçlüğü sendromu<sup>3</sup> (SGS) riskini azaltabilmek için doğum öncesinde kortikostereoid enjeksiyonları yapılmaktadır. Buna rağmen 32 haftadan önce doğan bebeklerin çoğunda SGS gelişmektedir. Prematüre bebeklerin beyinleri, beyni koruyan kan-beyin bariyerinin iyi gelişmemesinden ötürü yüksek risk altındadırlar. Sarılık<sup>4</sup> da prematüre bebeklerde daha sık görülmektedir. Nekrotize enterokolit<sup>5</sup>, ağır prematüre bebeklerde nadir görülen bir durumdur. Bu risk sadece anne sütüyle beslenen bebeklerde daha azdır. Hazır mamalar bu riski arttırmaktadır (Schanler, 2001).

Prematüre bebekler arasında solunum sorunları, apne<sup>6</sup>, hipoglisemi<sup>7</sup>, sepsis, sarılık, vücut ısısı düzensizlikleri, beslenme problemleri normal doğan bebeklere göre yedi kat daha fazla ortaya çıkmaktadır (Shapiro ve diğ., 2008, Wang, Dorer, Fleming ve Catlin, 2004).

Prematüre bebeklerde daha sonraki dönemlerde gelişimsel problemlerde de artış görülmektedir. Bunlar düşük zeka puanı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları (DEHB), yorgunluk eşiğinin düşük olması, görsel motor yetersizlikler, uzamsal işleme zorlukları, dili anlama ve konuşma problemleri, duygusal kırılganlık, öz denetim ve özsaygı problemleri ve okul başarısında önemli sınırlılıklardır (Als, 2000).

Hayatlarının ilk üç yılında geç prematüre yeni doğanlar (GPY) sıklıkla gelişim geriliği tanısı almaktadırlar ve okul öncesi özel eğitim gereksinimlerinin zamanında do-

---

<sup>2</sup> Yaşamın ilk ayında sistemik enfeksiyon bulgularının olduğu ve kandan bir patojenin izole edildiği bir klinik sendrom.

<sup>3</sup> Solunum sistemindeki ventilasyon denilen gaz değişimindeki yetersizlik.

<sup>4</sup> Bilirubin maddesinin vücuttan atılımında meydana gelen yavaşlama sonucu oluşan hastalık.

<sup>5</sup> Bağırsakların kısmi veya tamamı ile karakterli önemli bir gastrointestinal hastalık.

<sup>6</sup> Solunumun geçici bir zaman içinde durması.

<sup>7</sup> Kan şekerinin olması gerekenden daha düşük olması.

ğanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda GPY'lerin okul öncesi eğitimlerinde zorlanma akranlarına göre daha sık görülmektedir (Moster, Lie ve Markestad, 2008).

Okul başarısına ilişkin yapılan bir çalışmada 32-36 gelişim haftasında doğan 2780 çocuk anaokulu, 1. sınıf ve 5. sınıfta değerlendirilmiş ve okul başarısı zamanında doğan çocuklarla karşılaştırılmıştır. 32-34 gelişim haftasında doğan çocukların, 34-36 gelişim haftasında doğan çocuklar ve zamanında doğan çocuklara göre daha düşük okul başarısına sahip olduğu ve daha fazla özel eğitime gereksinim duyduğu bulunmuştur. Çoğul doğumlarda okul başarı puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Geç prematüre yeni doğanların, değerlendirmede kullanılan öğretmen akademik değerlendirme ölçeklerine göre, okuma ve matematik becerilerinin zamanında doğanlara göre anasınıfı, 1. sınıf ve 5. sınıfta daha düşük olduğu görülmektedir (Chyi, Lee, Hintz, Gould ve Sutcliffe, 2008).

Serebral Palsili (SP) çocukların %20-25'i prematüre bebeklerdir ve bu bebekler SP'nin bütün tipleri için yüksek risk grubundadır. Ancak SP tipleri arasında en sık görüleni, kas hareketlerinin gerginleşmesi ve koordine olmamasıyla tanımlanan bir sağlık sorunu olarak tanımlanan spastik diplejidir (Lindström, 2011). SP'li olmayan prematüre bebekler orta düzeyde nöromotor problemler için risk grubundadır ve bu da sıklıkla koordinasyon bozuklukları ve motor planlama bozukluklarını içermektedir (Lindström, 2011).

Prematüre çocuklar zihinsel geriliği olan çocukların küçük bir kısmını oluştursa da bilişsel test puanları ve okul performansları doğum haftalarına bağlı olarak düşüktür. Marlow, Wolke, Bracewell ve Samara'nın (2005) yaptığı çalışma, 26 haftadan daha önce doğan aşırı prematürelerin %21'inin zeka bölümünün (IQ) ortalamadan iki standart sapma veya üstünde düşük olduğunu göstermektedir. 2004'te Hollanda'da 32 haftadan önce doğan 484 çocukla yapılan bir çalışmada ergenlik döneminde bu çocukların %50'sinden daha azının, okulda normal performans sergilediği bulunmuştur (Marlow ve Jhonson, 2011).

DEHB, batı ülkelerinde en sık rastlanan nörogelişimsel bozukluktur. İsveç'teki okul çocuklarında DEHB %3-5 oranındadır ve çeşitli çalışmalar dikkat problemlerinin prematüre doğan çocuklar arasında en sık rastlanan bozukluk olduğunu göstermektedir (Marlow ve Jhonson, 2011). Stjernqvist ve Svenningsen'in (1999) çalışmasında İsveç'te 29 haftadan önce doğan 10 yaş çocuklarının dikkat problemlerinin normal doğanlara göre iki kattan biraz daha fazla olduğu bulunmuştur. Fransa'da 5 yaş grubunda 22-32 hafta



arasında doğan 1102 çocukla yapılan çalışmada ise bu çocuklardaki DEHB riskinin zamanında doğan bebeklere kıyasla iki kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Delobel ve diğ., 2009).

Anderson ve Doyle (2003) 1991-1992 yıllarında doğmuş, doğum ağırlığı 1000 gr altında olan veya 28 haftadan önce doğan 298 bebekle yaptıkları çalışmada bu bebeklerin bilişsel, eğitsel ve davranışsal çıktılarını belirlemişlerdir. Bu çalışmanın bulguları, 8. yaşta yapılan Wechsler Zeka Testi (WISC-III) sonuçlarına göre bu çocukların IQ puanlarının (95.5) ortalama aralıkta olduğunu, fakat kontrol grubunun IQ puanlarının (104.9) daha yüksek olduğunu göstermiştir. IQ puanlarındaki bu fark anlamlı değildir. Akademik başarı testlerinin sonuçlarına göre ise düşük doğum ağırlıklı veya prematüre çocuklar, kontrol grubuna göre daha düşük puanlar almıştır. Okuma, heceleme, aritmetik alanlarında aldıkları puanlar ortalama puan aralığında olsa da kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktür. Düşük doğum ağırlıklı veya prematüre çocuklarda sınıf tekrarı (%20'si) ve eğitsel yardım gereksinimi (%39'u) kontrol grubuna göre daha fazladır. Davranış alanında ise bu çocuklarda daha fazla içselleştirilmiş problemler, dikkat problemleri, hiperaktivite, atipik davranışlar, daha düşük uyum becerileri, daha az gelişmiş sosyal ve liderlik becerileri görülmüştür. Ayrıca bu çocukların %55'i orta çocukluk döneminde nöro-davranışsal bozukluklar göstermiştir.

Prematüre doğanlarda görülen zihinsel gerilik, SP, nöromotor problemler, hiperaktivite, dikkat eksikliği gibi güçlükler çocuğun özgüvenini, akran ilişkilerini ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilerken aynı zamanda eğitim sisteminde de daha az olumlu çıktıya neden olmaktadır. Bu bireylerin gelişimlerini desteklemenin, ikincil sonuçları engellenen anahtarı olabileceği ileri sürülmektedir (Lindström, 2011). Amerika Pediatri Akademisi düşük doğum ağırlığı ile doğan bebeklerin takibiyle ilgili bir öneri yayımlamıştır. Bu öneriye göre bu çocuklara 0-6 ve 6-12 ay arasında birer kez yaşa uygun nörogelişimsel tarama testi uygulanmalıdır. Tarama testleri 5 yaşına kadar yılda bir defa olacak şekilde devam etmelidir. Eğer tarama testlerinde yaşa uygun olmayan bulgular varsa veya 0-6 ayda annenin bebeğin gelişimiyle ilgili kaygısı varsa erken müdahale programı başlatılmalıdır.

Prematüre doğumun yukarıda söz edilen bebek ve aile için oluşturduğu riskleri azaltabilmek için bebeklerin doğdukları hastaneden eve sağlıklı bir geçiş yapması gerekmektedir. Aşağıda önce geçiş, daha sonrada ayrıntılı olarak bu çalışmanın odak noktası olan hastaneden eve geçiş konusunda bilgi verilecektir.

#### 1.4. Geçiş Nedir?

Geçiş, bir konumdan, durumdan veya yerden bir diğere akış veya hareket ediştir (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias ve Schumacher, 2000). Alanyazında geçiş iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflamalardan ilki yatay ve dikey geçişler, ikinci sınıflama ise gelişimsel, gelişimsel olmayan sınıf içi geçişler ve günlük geçişler şeklindedir.

İlk sınıflamaya göre dikey geçiş, çocuk ve ailesinin, zamanla sıralı olarak bir sistemden diğere sisteme katılımı (erken müdahaleden okul öncesine , okul öncesinden ana sınıfına geçiş gibi), yatay geçiş ise çocuk ve ailesinin eşzamanlı olarak farklı yerlerde ve farklı kişilerin sunduğu hizmetlere (evden okula, bir merkezdeki özel eğitimden başka bir merkezdeki fizyoterapi hizmetine geçiş gibi) katılımıdır (Rosenkoetter, Whaley, Hains ve Pierce, 2001). Yatay geçişler günlük/haftalık olarak ortaya çıkmakta ve bireye özgü olduğu için yordanamamakta, dikey geçişler ise sıralı olarak ortaya çıkmakta ve gelişimsel bir sıra izlediği için yordanabilmektedir (Stoner, Angell, House ve Bock, 2007).

İkinci sınıflamaya göre gelişimsel geçiş, yaşa dayalı, ardışık programlara katılımıdır. Gelişimsel olmayan geçiş, çocukların gelişimsel geriliği olmayan akranlarıyla birlikte olma derecesi değışen programlara katılımıdır. Sınıf-içi geçiş ise merkeze dayalı programlarda çocuğun bir etkinlikten diğere katılımı olarak tanımlanmaktadır (Wolery, 1989).

Özel gereksinimli (ÖG) ve risk altındaki çocuklar, erken çocuklukta gelişimsel noktalarda dikey geçiş deneyimleri yaşayabilmektedir. Erken çocuklukta önemli dikey geçişler hastaneden eve, evden erken müdahaleye, erken müdahaleden okul öncesi programlarına ve okul öncesi programlarından anasınıfına veya ilköğretime geçistir (Hanson ve diğ.; 2000, Wolery, 1989).

#### 1.5. Risk Grubundaki Bebekler İçin Hastaneden Eve Geçiş

Hastaneden eve geçiş, çocuk ve ailesinin birlikte yaşadığı ilk geçiş noktası olduğu için ayrı bir öneme sahiptir. Bir bebeği hastaneden eve getirmek heyecan verici ve unutulmaz bir olaydır. Ancak bu durum ebeveynler için endişe verici de olabilir. YDYBÜ'nün güvenli çevresinden ayrılıp eve geldiklerinde ebeveynler bebek bakımının bütün sorumluluğunu almakla yüzleşirler (Griffin ve Pickler, 2011).

Geçiş çalışmaları, çocuğa ilişkin olumlu çıktıları en üst düzeye çıkarmak ve çocuk ile ailesinin yeni ortama/duruma en kısa sürede başarılı bir şekilde uyum sağlamasını kolaylaştırmak amacıyla yürütülmektedir (Branson ve Bingham, 2009; Janus ve diğ.,

2007'den aktaran Bakkaloğlu, 2010). Bu amaçla geçiş planlarının hazırlanması önerilmektedir.

Hastaneden eve geçişlerde dikkatli hazırlanılan taburculuk planı ve sonrasında yapılan izleme çalışmaları çocukta oluşabilecek sağlık risklerini azaltmaktadır (AAP, 2008). Geçiş planı, ailenin bebek bakımı için ev ortamını hazırlaması ve gerekli destek hizmetlere ulaşması için zaman sağlamaktadır (AAP, 2008). Ebeveynlerin de katıldığı geçiş planlamaları sonrasında ebeveyn evde daha az endişe yaşamaktadır (Smith ve Daughtrey, 2000).

Çocuğu hastaneden taburcu etmek sağlık ekibi için karmaşık ve çok yönlü bir karardır. AAP ve Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Kongresi'nde (2002) doktorların yüksek risk grubundaki yeni doğanların taburculuk hazır oluşunu dört boyutta değerlendirmesi tavsiye edilmektedir. Bunlar yeni doğanın hazır olması, ev bakım planının hazır olması, aile ve çevrenin hazır olması ile toplum ve sağlık hizmetlerinin hazır olmasıdır. Geçiş planlaması temelde bu dört boyuta dayandırılarak hazırlanmaktadır. Yüksek risk grubundaki yeni doğanın taburculuk planlaması multidisipliner bir ekip tarafından hazırlanmalıdır. Bu ekipte ebeveynler, yeni doğan uzmanı, yeni doğan hemşireleri ve pratisyen hemşireleri<sup>8</sup> ve sosyal çalışmacılar olmalıdır (Bell ve diğ., 2008). Hastane sürecinde erken dönemde hazırlanması gereken taburculuk planı altı kritik öğeyi mutlaka içermelidir. Bunlar ebeveyn eğitimi, hastanede birinci basamak tedavide uygun öğelerin tamamlanması, çözümlenmemiş sağlık problemleri için yönetim planının geliştirilmesi, kapsamlı ev bakım planının geliştirilmesi, destek hizmetlerinin belirlenmesi ve istenmesi halinde tedavi sonrası bakımın belirlenmesidir (Bell ve diğ., 2008). Aşağıda AAP Fetüs ve Yeni Doğan Komitesi'nin bu öğelere ilişkin açıklamalarına yer verilmiştir.

### ***1.5.1.Ebeveyn Eğitimi***

Ebeveynler ve bakıcılar, prematüre bebeğin gelişmemiş olduğunu ve alışlagelmiş ebeveynlik rolünün ötesinde bir bebek bakımı gerektiğini anlamalıdır. Bununla birlikte, ebeveyn ve bakıcılara bireyselleştirilmiş gelişim planı hazırlanır ve bu plan sayesinde ebeveynler bebek bakımıyla ilgili beceriler kazanırlar. Verilen kontrol listeleri sayesinde ebeveyn ve bakıcıların tüm yönergeleri anlamaları sağlanır. Ebeveynler ayrıca bebeğin diğer kardeşleri konusunda da yönlendirilmelidirler. Kardeşler bebeğin durumunu tam olarak

---

<sup>8</sup> Tedavi ile ilgili karar veren ve uygulayan ve aynı zamanda, ilaç reçetesi yazan ve uygun sağlık bölümüne sevk eden sağlık elemanı

anlayamayabilir ve bebeğin bu savunmasız, kırılgan halinden kendilerini sorumlu tutabilirler. Bebeğin babasıyla birlikte yaşamayan anneler (tek ebeveynli) ev bakımının gerginliğine karşı özellikle savunmasız haldedirler. İki ebeveynli ailelerde bile bebek bakımından birinci derece sorumlu kişi hastalanabilir veya rahatlamaya ihtiyaç duyabilir. Bu nedenlerle mümkün olan ölçüde, bebek bakımından sorumlu en az iki kişi belirlenmeli ve bu kişiler gerekli bebek bakımını öğrenmelidirler. Ebeveynlerin bu bebek için fazladan bakım ve gözetim gerektiğini anlamaları önemlidir, fakat bebeğin kırılganlığı çok abartılmamalıdır. Bu durumda ebeveynler aşırı korumacı olup bebeğin sosyal gelişimini sınırlandırabilirler. Bu da davranış problemlerine neden olabilir. Ebeveynlerin bu süreçte katılımları, bebekleriyle ilgilenebilmeleri ve evdeki bebek bakımı sorumluluğunu alabilmeleri için güven kazanmalarında etkilidir.

### ***1.5.2.Hastanede Birinci Basamak Tedavide Uygun Öğelerin Tamamlanması***

Bebek geçişe hazırlanırken doğum sonrası yapılması gereken aşilar yaşına uygun olarak yapılır, metabolik tarama tamamlanır, işitme testleri yapılır ve nörogelişimsel ve nörodavranışsal değerlendirmeleri yapılır. Risk altındaki bebekler için prematüre bebek retinası değerlendirmesi, deneyimli bir göz doktoru tarafından prematüre retinopatisi (iltihapsız retina hastalığı) muayenesi ile yapılmalıdır. Bütün bebekler için hemotolojik (kemik iliği, lenf sistemi ve kan ile ilgili hastalıklar) durumun değerlendirilmesi önerilmektedir, çünkü YDYBÜ'den sonra anemi (kansızlık) oldukça yaygındır. Prematüre bebeklerde beslenme yetersizliği ve metabolik yetersizlik görülebilir, bu nedenle bu değerlendirmelerin de yapılması gerekmektedir. Taburcu olma zamanı yaklaştığında, yüksek risk grubundaki bebekler için uygun araba koltuğu ve yatağının sağlandığı değerlendirilmelidir.

### ***1.5.3.Çözümlememiş Sağlık Problemleri İçin Yönetim Planının Geliştirilmesi***

Hastane planının, her bebeğin aktif problemlerinin listesinin ve dikkatle yapılan fiziksel muayenenin gözden geçirilmesi, çözümlenmemiş sağlık sorunlarını ve gelişimi tamamlanmamış fizyolojik işlevleri ortaya çıkaracaktır. Böyle bir incelemede, bebeğin klinik durumunu gösteren belgeleri gerektiren tanı çalışmaları belirlenebilir ve yönetilebilir. Burada amaç, uygun ev bakımının uygulanmasını sağlamak ve planları hazırlamak olmalıdır.

#### ***1.5.4.Kapsamlı Ev Bakım Planının Geliştirilmesi***

Ev bakım planının içeriği bebeğin tanısına ve tıbbi durumuna göre değişmektedir, fakat bu değişikliklere rağmen içerdikleri ortak öğeler vardır. Bunlar:

1. Evde bebek bakımından sorumlu kişilerin belirlenmesi ve hazırlanması
2. Bebek beslenmesi ve gerekli ilaçların kullanımına dair planın hazırlanması
3. Gerekli araç-gereçlerin ve ulaşılabilir kaynakların listesinin hazırlanması
4. Aile hekimi ve ihtiyaç duyulan ev bakım personelinin ve toplum sosyal hizmetlerinin belirlenmesi
5. Evdeki fiziksel ortamın yeterliliğinin değerlendirilmesi
6. Acil bakım ve hastaneye ulaşım planının hazırlanması ve
7. Ev bakım giderleri için ulaşılabilir finansal kaynakların değerlendirilmesidir.

#### ***1.5.4.Destek Hizmetlerinin Belirlenmesi ve İstenmesi***

Bebeğin hastanede oluşunun başlangıcından itibaren ailenin psikolojik, sosyal, ekonomik ve eğitim durumu ile gereksinimleri belirlenmelidir. Bebeğin devam eden adaptasyonunu, büyümesini ve gelişmesini etkileyebilecek risk faktörleri ve koruyucu faktörler belirlenmelidir.

Yüksek risk grubundaki bebeklerin ev bakımına ebeveynlerin uyumu için sosyal destek oldukça önemlidir. Taburculuktan önce bebeğin ev bakım amaçlarına göre ailenin gereksinimleri, başa çıkma becerileri, ulaşılabilir kaynakları kullanımı ve maddi problemleri değerlendirilmelidir. Ailenin sosyal destek gereksinimi belirlendikten sonra uygun bireyselleştirilmiş müdahale planı uygulanır.

#### ***1.5.6.Tedavi Sonrası Bakımın Belirlenmesi***

Yeni doğan uzmanı veya taburculuktan sorumlu olarak atanan doktor, bebeğin takibinden sorumludur. Aile hekimi, taburculuğu planlamadan sorumlu personel ile birincil bakım uzmanları arasında takip planlamasının koordinasyonunun sağlayabilmesi için taburculuktan önce belirlenmelidir.

Geçiş öncesi özel takip randevuları belirlenmeli, olabildiğince ailenin müsait olduğu zamanlara göre grup randevuları da belirlenmelidir. Erken müdahale programlarından mümkün olan derecede en erken noktada yararlanılabilmesi için her bebeğin gelişim sürecinin periyodik değerlendirmesi oldukça önemlidir.

ABD ve İngiltere'nin sağlık politikasına bakıldığında yeni doğanların hastaneden eve geçişlerine ilişkin iki ülkede de birleşmiş, tek bir uygulama olmadığı görülmektedir.

Her hastane kendi geçiş planlamasını hükümetin sağlık politikasını temel alacak şekilde hazırlamaktadır. Prematüre, düşük doğum ağırlıklı veya ÖG bir bebek doğduğunda ailenin sağlık koçu varsa geçiş planlamasını sağlık koçu yapmaktadır. Sağlık koçu eğitmen rolüyle aileyi bilgilendirmekte ve bilgilendirici bir paket hazırlamaktadır. Sağlık koçlarının olmadığı durumlarda hemşireler aileyi bilgilendirmekte ve aileye bebek bakımına, hastalığın işaret ve semptomlarını anlamaya, ilaçlara, aşılarla ve beslenmeye ilişkin ipuçlarını içeren yazılı bir doküman vermektedirler. Bazı hastanelerde geçiş planlamasını bu konuda eğitim almış ve ‘taburculuk planlaması’ biriminde görev alan uzman hemşireler gerçekleştirir. ABD’de hastanelerde yapılan geçiş planlamalarının yanında kar amacı gütmeyen organizasyonların düzenlediği hastaneden eve geçiş planlaması için eğitimler de bulunmaktadır. Bu eğitimlere ebeveynlerin dışında sağlık çalışanları da katılabilmektedir (<http://www.ipfcc.org/events/NICU-PICU-20120717.pdf>).

Türkiye’de hastaneden eve geçiş için yapılan çalışmalara bakıldığında, Sağlık Bakanlığı tarafından “Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi” yayınladığı görülmektedir. Yine aynı şekilde "Riskli Bebeklerde Hemşirelik Bakımı ve Güvenli Taburculuk" Projesi gerçekleştirilmiş ve geçiş planlaması için bir rehber oluşturulmuştur ([http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/cocuk-ergen/yuksek\\_riskli-111bebek-izlemrehberi.pdf](http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/cocuk-ergen/yuksek_riskli-111bebek-izlemrehberi.pdf)). Ayrıca Neonatoloji Hemşireliği Derneği tarafından da “Bebeğinizin Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı” kitapçığı hazırlanmıştır. Bu kitapçık ÖG olan yeni doğanın hastane ortamından ev ortamına geçişinde bakımının devam ettirilebilmesi, yanlış uygulamaların önlenmesi ve var olan sorunların erken dönemde fark edilebilmesi için hazırlanmıştır. Bu kitapçık iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde bebeğin YDYBÜ’deki bakımı ile ilgili bilgiler, ikinci bölümünde ise yeni doğanın evde bakımında yapılması gereken temel uygulamalar yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından bu rehberler ve kitapçıklar yayınlansa da ülkenin koşulları genel ya da yerel düzeyde yetersiz olabileceği için, yasal olarak uygulanması zorunlu değildir. Türkiye’de özellikle kadın doğum hastaneleri<sup>9</sup>, özel hastaneler<sup>10</sup> ve özel kurumlar<sup>11</sup> kendi bünyelerinde “Lohusalık ve Bebek Bakımı Taburculuk Eğitimi” vermekte olup bazı hastaneler<sup>12</sup>de “Yeni Doğan Ev Ziyareti Ekibi” ile hastanede doğum

<sup>9</sup> <http://zekaitahir.saglik.gov.tr/TR,30926/bebek-dostu-hastane.html>,

<sup>10</sup> <http://centralhospital.com/Haberler/1100-yenidogan-ev-ziyareti/>, <http://samsun.medicana.com.tr/arama?keyword=yeni+dogan>

<sup>11</sup> <http://hamileokulu.com/dogum-sonrasi-egitimi/>

<sup>12</sup> <https://www.istanbulmedicalcenter.com/Anne-Bebek-Hizmetleri/Bebek-Hemşireligi-Hizmeti>, <https://www.florence.com.tr/yenidogan-yogun-bakim>

yapmış annelere taburculuk sonrası ev ziyareti yaparak bebeğin beslenmesi, bakımı, uyku düzeni gibi birçok konuda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektedir. Bazı üniversite hastaneleri<sup>13</sup> ise yeni doğana ilişkin bilgilendirici broşürler sağlamaktadır.

Hastaneden eve geçiş bebek için ilk geçiş noktasıdır. Bu geçişe paralel olarak bebeğin anne ve babası da ebeveynliğe geçiş yapmaktadır. Aşağıda YDYBÜ’de anneliğe geçiş hakkında bilgi verilmektedir.

### **1.6. Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinden (YDYBÜ) Anneliğe Geçiş**

Anneliğe geçiş, bir kadının annelik görevini üstlendiği ve kendisini ‘anne’ olarak benimsediği kişisel ve kişilerarası değişim süreci olarak tanımlanmıştır (Pridham ve Chang, 1992). Kadınlar için anneliğe geçiş evrensel gelişimsel bir deneyimdir (Meleis ve diğ., 2000; Schumacher ve Meleis, 1994). YDYBÜ’de bebeği olan annelerin anneliğe geçişi, sağlıklı bir bebeğe sahip olan annelerden daha farklı ve daha zordur (Shin, 2003). Bu anneler hayal kırıklığı, bebeklerinin ölümünden korkma ve değişmiş annelik deneyimlerini raporlamışlardır (Affleck, Tennen, Rowe ve Higgins, 1990; Affonso, 1992). Annelerin bu deneyimleri buldukları kültürden oldukça etkilenmektedir (Kurtz, Perezwoods, Tse ve Snyder, 1992; Pinch ve Spielman, 1996; Simkin, 1996). Örneğin Koreli anneler YDYBÜ’de olan bebekleri için olumsuz bir izlenim içindedirler (bebeklerinin sağlıklı olmayacağı gibi) ve sağlıklı bir bebek doğurmanın annenin sorumluluğu olduğunu düşünmektedirler (Shin, 2003).

YDYBÜ’de anneliğe geçişin iki sonucu vardır (Shin, 2004). Bunlar ertelenmiş annelik ile aile ve yaşama ilişkin bir anlam duygusu geliştirmedir. Ertelenmiş annelik, YDYBÜ’de anneliğe geçişin sonucudur (Kwon ve Han, 1991; Zabielski, 1994). Sağlıklı bebeğe sahip anneler annelik rollerinde yeteneklidirler ve doğumdan 2-3 ay sonra annelik rolleri sağlamlaşmaktadır (Kitzinger, 1975; Park, 1991; Rubin, 1961). Bu annelere göre YDYBÜ’de bebeği olan annelerin bebek bakımında zorluklar, bebekleriyle bağ kurmakta problemler yaşadıkları ve taburculuktan sonra veya doğumdan 3 ay sonra bile annelik kimliğini benimsemekte güçlük çektikleri görülmektedir (Kwon ve Han, 1991; Shin, 2003; Zabielski, 1994). Bunların yanı sıra bu anneler endişeli ve suçluluk duygusu içindedirler (Choi, 1999; Mun, 2000; Shin, 2003). Devam eden bu endişe ve suçluluk duygularına rağmen, anneler aile ve yaşamın önemini fark edebilmekte, aile ve yaşama dair bir anlam duygusu geliştirebilmektedirler (Able-Boone ve Stevens, 1994; Emily, 1999;

<sup>13</sup> <http://www.pau.edu.tr/hastane/tr/sayfa/hasta-bilgilendirme-brosurleri>

Owens, 2001; Shin, 2003). Bu farkındalığı kişisel gelişim takip etmekte ve sonucunda sağlıklı bir anne ve bebeğe katkıda bulunmaktadır (Emily, 1999; Mun, 2000; Rapacki, 1991).

Yüksek risk grubundaki bebeklerin hastaneden eve geçişleri konusunda çalışmalar yapan Carole Kenner, bu geçişte ebeveyn gereksinimleri üzerine bir geçiş modeli geliştirmiştir. Aşağıda bu model hakkında bilgi verilmektedir.

### **1.7. Kenner'ın Geçiş Modeli**

Bebeğin hastanede kalma süresince, ebeveynler YDYBÜ'nün destekleyici çevresine dayanarak bebeklerinin bakımını, davranışlarını anlamaya ve bunlarla baş etmeye çalışırlar. Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personelleri ailenin bebeğinin yaşaması için ellerinden gelenin en iyisini yaparlar. Ebeveynler bebek bakımını bütünüyle üstlenmeleri gerektiğini fark ettiklerinde ebeveynlik becerilerine dair özgüvenleri azalabilir (Kenner ve Lott, 1990).

Bir bebek YDYBÜ'den eve taburcu olduğunda, bu onun ilk geçişidir. Bu geçiş bebek için fiziksel ortam değişikliği iken ebeveynler için duygusal bir harekettir, bir başka deyişle duygusal bir geçiştir. Bu, zamanla değişen bir süreçtir. Ebeveyn, ebeveynlik rolünün yeni boyutunu alır, çünkü evde ebeveyn olmak yeni bir roldür. Bu rol yeni düzenlemeleri, öncelikleri ve yeni beklentileri gerektirir. Kişinin geçiş sürecine bakış açısına bağlı olarak bu geçiş olumlu veya olumsuz olabilir (Kenner ve Bagwell, 1998).

Kenner (1988, 2001) hastaneden eve geçiş sürecinde sağlıklı ve prematüre bebeklerin anneleriyle yaptığı çalışmalarda annelerin beş alanda endişeleri olduğunu ortaya koymuştur. Kenner'ın Geçiş Modeli'ne göre prematüre bebek anneleri hastaneden eve geçerken, bilgi gereksinimi, keder, ebeveyn-çocuk rol gelişimi, stres ve baş etme ile sosyal etkileşim alanlarında endişelere sahiptirler. Bu beş alana bakıldığında bilgi gereksiniminin diğer tüm alanları etkilediği için merkezde yer aldığı görülmektedir (Kenner, 2001). Aşağıda prematüre annelerin endişe alanları sırasıyla açıklanmıştır.

#### **1.7.1. Bilgi Gereksinimi**

Anneler bebeklerinin bakımı ve ebeveyn olarak kendi rolleri hakkında bilgi gereksinimi içindedirler (Kenner, 1998). Geleneksel sağlık bakımı yeni annelerin gereksinimlerini karşılayamayabilir. Anneler hastaneden taburcu olmadan önce bebek bakımını öğrenmeye hazır olmayabilirler (Evans, 1991). İlk haftalar boyunca, anneler bebek bakımına ilişkin bilgi gereksinimi içindedirler. Bu bilgi gereksinimleri bebek bakım rutinini



nasıl sağlayacakları, normal yeni doğanın hem fiziksel hem davranışsal özelliklerini nasıl anlayacakları, taburcu olduktan sonra bebeklerini nasıl sağlıklı tutacakları, bakım sağlama ile ilişkin sorumluluklarını, YDYBÜ’de bebekleri için kullanılan ekipmanları ve tam açıklamasıyla tıbbi teşhisi ve beklenen tıbbi tahmini içermektedir (Bull ve Lawrence, 1985; Kenner ve Bagwell, 1998; McKim, 1993). McKim (1993) deneyimsizliğin ve bilgi eksikliğinin kişiyi güçsüz hissettireceğini belirtmiştir.

### ***1.7.2.Keder***

Keder, üzüntü veya endişenin nedeni olarak tanımlanır (Webster, 1987). Doğum deneyiminin veya ideal çocuğun ve ‘normal’ etiketinin kaybı ebeveynlerde keder duygusuna yol açar. Sağlıklı ve zamanında doğan bebeklerin anneleri bile hamilelik sürecinde oluşan fantastik çocuk hayalinin kaybını hissettiklerini açıklamışlardır (Blackburn, 1986; Rubin, 1984). Hasta bebeklerin ebeveynleri, yeni doğan problemlerinin gerçeği onların umutlarını yıkmadan önce bekledikleri çocuğun kaybını vurgulamışlardır. Keder duygusu hasta bir bebeğin farkında olunmasıyla oluşur ve yerleşir (Kenner ve Lott, 1990).

Ebeveynler taburcu olup eve geldiklerinde bebeklerinin önünde sonunda öleceği veya hasta olacağı ve tekrar hastaneye yatırılması gerekeceğini düşünerek kederlenebilirler. Ebeveynler bebeklerinin solunumlarına ilişkin olarak endişelenirler (Kenner, 1990). Bebeklerini hasta olarak görürler ve bu nedenle başka çocukları bile olsa ebeveyn olarak rolleri bu çocukları için daha farklıdır. Buna bağlı olarak ebeveynler normal, benzer bir rolün kaybindan dolayı da kederlenirler (Kenner ve Bagwell, 1998). Rajan ve Oakley (1990) birçok annenin bebeklerinin öleceğini düşündüklerinden onlarla yakınlaşmaktan korktuklarını bulmuşlardır.

### ***1.7.3.Ebeveyn-Çocuk Rol Gelişimi***

Ebeveyn-çocuk rol gelişim kavramı ebeveynler ve çocuk arasındaki ilişkinin gelişimini ve etkileşimi gerektirmektedir. Yeni ebeveynler bebek eve gelmeden önce günlük işleri nasıl uygulayacaklarına ilişkin ayarlamalar yaparlar, fakat bebeğin özel gereksinimlerinin olması gibi bir problem ortaya çıktığında tüm bu ayarlamaların ve bekledikleri ideal ebeveynlik rollerinin bir kenara bırakılması gerekir.

Ebeveyn-çocuk rol gelişim kavramı, hasta bebek imajını sağlıklı bebek imajına sokmanın beraberinde rol beklentilerini de değiştirmek için bir süreç gerektirir. Anneler hasta bir bebek annesi olmak nasıldır, neleri bilmeyi gerektirir vb. sorularla yüz yüze gelir (Kenner, 1988). Doğum sonrası döneminde hasta bebek anneleri bebeklerinin sağlıklarını

nasıl kontrol edebileceklerini bilmek isterler (Kenner ve Lott., 1990). Bu ebeveynler bebeklerinin kendilerinden çok yoğun bakım ünitesindeki hemşirelere ait olduğunu hissedebilmekte, ayrıca taburcu olduktan sonra güvensizlik duygusu ve sağlık çalışanlarına bağımlılık hissi içinde olabilmektedirler (Kenner ve Lott, 1990).

#### ***1.7.4. Stres ve Baş Etme***

İnsanlar hazırlıksız ve aniden beklemedikleri bir problemle karşılaştıklarında strese girerler. Hazırlıksız yakalanılan durumlardan biri de bebeğin vaktinden önce doğmasıdır. Bu beklenmedik durumla yaşanan korku, şok ve stres oldukça beklenen bir durumdur. Bu yeni durumla ortaya çıkan stresle baş edebilmek ebeveynlerin becerilerine, bebeğin neye ihtiyacı olduğunu anlamalarına ve yeni ebeveynler olarak kendilerinden ne beklendiğini anlamalarına bağlıdır (Kenner ve Lott, 1990). Yeni duruma alışmanın yanı sıra anneler, bebeklerini kucaklarına alamama, onları hastanede bırakıp eve gitme, bebeklerinin sağlık problemleri ile bebeklerin görünüşü ve davranışlarından dolayı da stres yaşayabilmektedirler (Affonso, 1992). Ayrıca YDYBÜ'nün ortamı ve prosedürler, maddi zorluklar, bebeğin taburculuk hazırlığı da stresle baş etmeyi zorlaştıran etmenler arasındadır (Affonso, 1992).

#### ***1.7.5. Sosyal Etkileşim***

Sosyal etkileşim annenin aileden veya aile dışından biriyle sohbet etmesi, bebek bakımı, rutini ve davranışları hakkında sorular sorması, karar vermesi gereken konularda sorumlulukları paylaşması ve yardım almasıdır. İnsanların anneye sağladığı bu sosyal destek veya bilgiler, hastaneden eve geçişte annenin stresle baş etmesine yardımcı olur (Kenner, 1988). Annelerin sağlıklı bir doğum sonrası dönemi geçirmelerinde, eve geldiklerindeki ilk haftada eşlerinin yardımcı olması etkilidir (Curry, 1983).

Kenner'ın Geçiş Modeli'ne göre prematüre bebek anneleri hastaneden eve geçiş sürecinde, bilgi gereksinimi, keder, ebeveyn-çocuk rol gelişimi, stres ve baş etme ile sosyal etkileşim alanlarında endişelere ve gereksinimlere sahiptirler. Alanyazındaki çalışmaların geneline bakıldığında bu modeli test eden ve bu boyutları inceleyen çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Aşağıda prematüre bebek annelerine ilişkin araştırmalar ayrıntılı bir biçimde yer almaktadır.

### **1.8. İlgili Araştırmalar**

Bu bölümde prematüre bebekler ve annelerine ilişkin yapılan uluslararası ve ulusal çalışmalara yer verilmiştir.

### ***1.8.1.Uluslararası Araştırmalar***

Bu bölümde uluslararası araştırmalar kapsamında prematüre bebek annelerinin annelik (maternal) bağlanmasına ve stres düzeylerine, prematüre bebeklere ve/veya annelerine uygulanan yaklaşım ve programların etkisine ve prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişine ilişkin çalışmalara yer verilmiştir.

#### ***1.8.1.1. Prematüre Bebek Annelerinin Annelik (Maternal) Bağlanması ve Stres Düzeyleri***

Annenin bebeğini görmesi, ona dokunması ve onunla etkileşim başlatması bebeğini algılamasını olumlu etkiler (Korkmaz, 2003). Doğum sonrası dönemde algılamayı hem anneye hem de bebeğe ait pek çok faktör etkileyebilir (Amankwaa, Pickler ve Bonmw, 2007; Youngkin ve Davis, 2004). Algılamayı etkileyen faktörlerden biri de bebeğin prematüre olmasıdır. Prematüre bebek annesi, sağlıklı bir bebek doğuramamaktan dolayı bir başarısızlık ve güvensizlik içinde olabilir, bebeği ile etkileşime girmeyi reddedebilir. Kendine güvende azalma ve beklentilerinin karşılanmaması, bebeğin negatif algılanmasına neden olabilir (Balcı, 1997; Cimete, 1992; McCartney, Owen, Booth, Clarke-Stewart ve Vandell, 2004). Prematüre bebeği olan annelerin, bebeklerini daha geç gördükleri, dokundukları, kucaklarına aldıkları, bebeklerinin kendilerinin olduğunu algılamakta zorluk çektikleri ve anne bebek ilişkisinin olumsuz geliştiği belirtilmektedir (İşler, 2001).

Davis, Edwards, Mohay ve Wollin (2003) ağır prematüre bebeğe sahip annelerin doğumdan bir ay sonraki annelik depresif semptomlarına ilişkin faktörleri belirlemeyi amaçlayan bir çalışmayı yapmışlardır. Çalışma grubunu 62 prematüre bebek annesi oluşturmaktadır. Veriler Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Depresyon Kaygı Stres Ölçeği (DKSÖ), sosyal destek görüşmesi, Hemşire Ebeveyn Destek Aracı, Ebeveynler için Sağlıkla Başa Çıkma Envanteri ve demografik bilgi formu kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre annelerin %40'ında önemli ölçüde depresyon belirtileri saptanmıştır. Aile sosyal destek puanlarının, bebek doğum ağırlığının ve apgar skorlarının doğum sonrası depresyon puanları ile ilişkisi bulunamamıştır, fakat anne eğitimi, hemşire desteği ve bebeğin doğum haftası ile doğum sonrası depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Annenin eğitim düzeyi ve hemşire desteği arttıkça annelerin depresyon puanları azalmıştır. Bebeğin doğum haftası küçüldükçe annelerin depresyon puanı artmıştır.

Borghini ve diğerleri (2006) prematüre bebek annelerinin doğumdan sonraki 6. ve 18. aylardaki annelerin bağlanma işaretlerinin (attachment representations) zamanında

doğan bebek annelerine göre nasıl değiştiğini göstermeyi amaçlayan bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu 50 prematüre bebek ailesi ve 30 zamanında doğan bebek ailesi oluşturmuştur. Çalışmanın verileri perinatal (genellikle 28. gebelik haftasından başlayarak doğumdan sonraki 4. hafta sonuna kadar uzanan zaman aralığı) risk envanteri ve çocuk görüşmeleri çalışma modeli (ÇGÇM) kullanılarak toplanmıştır. Bulgulara göre 6. ayda prematüre bebek annelerinin sadece %20'si güvenli bağlanma işaretleri gösterirken, kontrol grubundaki annelerin %53'ü güvenli bağlanma işaretleri göstermiştir. Algılama zenginliği, değişime açık olma, uyumluluk ve bakım verme hassasiyeti boyutlarında ise kontrol grubu annelerinin puanları daha yüksektir. 18. ayda prematüre bebek annelerinin %30'u güvenli bağlanma işaretleri gösterirken, kontrol grubundaki annelerin %57'si güvenli bağlanma işaretleri göstermiştir. Çalışma sonucunda doğum sonrası bebeğin risk altında olmasının annenin güvenli bağlanmasını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Miles, Holditch-Davis, Schwartz ve Scher (2007) prematüre doğum yapmış annelerin depresyon seviyelerini belirlemeyi amaçladıkları bir çalışmada, 102 prematüre bebek annesiyle çalışmışlardır. Bu çalışmada doğumdan sonra 27 ay boyunca düzenli aralıklarla annelerin depresyon seviyeleri ölçülmüş ve zaman içindeki değişime bakılmıştır. Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanan veriler ışığında annelerin hastanede kaldıkları sürece depresyon belirtilerinin oldukça yüksek olduğu ve %63'nün depresyon riskinde olduğu görülmüştür. Altıncı aya kadar annelerin depresyon belirtileri düşmüştür ve neredeyse sabit kalmıştır. Bekar annelerin, bebeği yeniden hastaneye yatan annelerin ve annelik rol değişim stresi raporlayan annelerin ilk bir yıl boyunca depresyon belirtileri diğer annelere göre daha fazladır. 13. ve 22. aylardaki test sonuçları arasında ise anlamlı fark bulunamamıştır.

Brandon ve diğerleri (2011) geç prematüre bebek anneleri ile zamanında doğan bebek annelerinin duygusal tepkilerini karşılaştırdıkları bir çalışmada, çalışma grubunu 29 geç prematüre bebek annesi ve 31 zamanında doğan bebek annesi oluşturmuştur. Veriler iki aşamada toplanmıştır; ilk olarak anne hastanedeyken, son olarak da anne hastaneden taburcu olduktan bir ay sonra. Annelik duygusal stresi, kaygı, depresyon belirtileri, post travmatik stres belirtileri ve çocuk sağlığına ilişkin üzüntüye dair veriler Spielberg Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (SDSKÖ), EDSDÖ, Çocuk Sağlığı Üzüntü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda annelerin doğum ve bebek bakımı deneyimleri de belgelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, doğumdan sonra hastanede yapılan değerlendirme sonucunda prematüre bebek annelerinin duygusal

stresi, zamanında doğan bebek annelerine göre oldukça fazladır. Birinci aydaki değerlendirme sonuçlarına göre ise prematüre bebek annelerin kaygı, depresyon belirtileri, post travmatik stres belirtileri de zamanında doğan bebek annelerinden daha fazladır. Yapılan görüşmeler sonucu ise erken doğum sonucu anneler hazırlıksız olduklarını ve bebeklerinin sağlığına dair endişeleri olduğunu belirtmişlerdir.

Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet ve Muller-Nix (2011) bir çalışmada, annelik post travmatik stresi, bebeğin anneye bağlanma işaretleri ve anne-bebek ikili etkileşimleri arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışma grubu 47 prematüre bebek ve 25 zamanında doğan bebek ve ailelerinden oluşmaktadır. Veriler Perinatal Dönemde Post Travmatik Stres Bozuluğu Anketi (PDPSBA), ÇGÇM ve Perinatal Risk Envanteri kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre zamanında doğan bebek anneleri bebekleri ile 'işbirliği'ne dayanan bir ilişki halindeyken, yüksek post travmatik stres bozukluğuna sahip prematüre bebek anneleri bebekleriyle 'kontrol'e dayalı bir ilişki sergilemişlerdir. Buna karşın düşük post travmatik stres bozukluğuna sahip prematüre bebek anneleri ise ikili ilişkide heterojen bir grup oluşturmuşlardır. Bu heterojen grubun yarısı 'tepkisiz etkileşimli davranış' sergilemişlerdir.

#### *1.8.1.2. Prematüre Bebeklere ve/veya Annelerine Uygulanan Yaklaşım ve Programların Etkisi*

Preyde ve Ardal (2003) bir çalışmada ebeveyn akran desteğinin YDYBÜ'de ağır prematüre bebekleri olan anneler üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ebeveyn akran programı prematüre bebek anneleri için hastane temelli bir müdahale programı olup stres, kaygı ve depresyonu hafifletmeyi ve sosyal destek sağlamayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada deney grubunda 32, kontrol grubunda ise 28 prematüre bebek annesi bulunmaktadır. Deney grubundaki anneler daha önceden prematüre doğum yapmış ve eğitilmiş annelerle eşleştirilmiştir ve bu anneler telefon görüşmeleriyle deney grubundaki annelere destek vermişlerdir. Ayrıca müdahale kapsamında eğitsel ebeveyn destek grup toplantıları yapılmış ve bu süreç dört hafta sürmüştür. Bu çalışmanın bulgularına göre deney grubundaki anneler daha az stres, kaygı durumu ve depresyon yaşarken daha fazla sosyal destek aldıklarını belirtmişlerdir, fakat sürekli anksiyete için deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Deney grubundaki annelerin %87.5'i programın oldukça yararlı olduğunu belirtmişlerdir.

Parzih, Birjandi, Khazaie ve Sharifzadeh'in (2016) güçlendirme programının prematüre bebek annelerinin bilgisi, öz-yeterliliği, öz-saygısı ve davranışları üzerindeki et-

kilerini belirlemeyi amaçlayan çalışmaları ön test-son test yarı deneysel desende yürütülmüştür. Çalışma grubunu YDYBÜ’de kalan 30 prematüre bebeğin annesi oluşturmaktadır. Güçlendirme eğitim programı bireysel güçlendirme modeline dayanmaktadır ve yedi kez otuz dakikalık yüz yüze gerçekleşen eğitim seanslarından oluşmaktadır. Çalışmanın verileri anne ve Bebek Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgi ve Davranış Anketi, Vahdaninya, Nakhaei, Nasiri, Sharifzadeh ve Abdolrazaghnezhad (2015) tarafından hazırlanan Öz-Yeterlik Anketi ve Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre annelerin bilgi, davranış ve öz-yeterlik son test puanları ön test puanlarından anlamlı bir şekilde yüksektir. Ayrıca annelerin son test güçlendirme puanları da ön testten anlamlı bir şekilde fazladır. Fakat öz-saygının ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir fark yoktur. Bu çalışmada güçlendirme programının annelerin davranışlarını değiştirdiği, yeni doğan prematüre bebek bakımı süreci hakkında annelere bilgi sağladığı ve annelerin öz-yeterliliklerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Welch ve diğerleri (2016) YDYBÜ’de düzeltilmiş yaşı 4 aylık olan prematüre bebek annelerinin depresyon ve kaygı belirtilerinde Aile Eğitim Müdahalesi’nin etkilerini belirlemek amacıyla 115 prematüre bebek annesiyle çalışmışlardır. Bu müdahale programı 24-34 haftalık doğan prematüre bebek annelerine doğumdan sonra klinik açıdan mümkün olan en kısa sürede (ortalama 7 gün) uygulanmaya başlanmış ve bebeğin hastanede kaldığı süre boyunca da devam etmiştir. Aile eğitim müdahale programı anne ve bebeğin ayrı kalma sürecinde oluşan olumsuz sonuçları rahatlatıcı etkinliklerle azaltmayı hedeflemektedir. Bu etkinlikler;

*Koku kıyafet değişimi:* Annelerden pamuktan yapılan bir bezi bir gece öncesinden tenlerine yakın olacak şekilde yerleştirmeleri istenmiş, daha sonra o bez bebeğin yatağına konmuş ve 24 saat sonra bu işlem tekrarlanmıştır.

*Rahatlatıcı dokunuş:* Anneye bebeğin gövdesine, bacaklarına, ayaklarına ve karnına nasıl rahatlatıcı dokunuşlar yapacağı öğretilmiştir. Anne bebeğine bu dokunuşlarla dokunurken eğitim uzmanı anneye düşüncelerini ve duygularını ana diliyle bebeğe anlatması için ipuçları vermiştir. Bu süreçte annenin bebeğiyle olabildiğince göz teması kurması için anne cesaretlendirilmiştir.

*Kucaklama:* Bebek kuvözden çıkarıldığında eğitim uzmanı annenin bebeğine ten tene yakınlaşması için yardımcı olmuştur. Eğitim uzmanı kucaklama seanslarının haftada en az dört kere yapılmasını amaçlamıştır.

Beslenme, anne-bebek etkileşiminde kritik olmasına rağmen anne-bebek etkinliklerine beslenme uzmanı yetersizliğinden dolayı dahil edilememiştir, fakat eğitim uzmanları beslenme, kıyafet değiştirme ve banyo yaptırma gibi konularda anneleri cesaretlendirmişlerdir. Bu çalışmanın bulgularına göre, hastane protokolüne göre standart eğitim alan annelerle karşılaştırıldığında Aile Eğitim Müdahalesi alan annelerin depresyon ve kaygı belirtileri anlamlı ölçüde azalmıştır.

Heidarzadeh, Taheri, Dehghan, Azizadeh-Forouzi ve Akbary (2016) YDYBÜ oryantasyon programının prematüre bebek annelerinin kaygıları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yarı deneysel bir çalışma yürütmüşlerdir. 64 prematüre bebek annesi deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Deney grubundaki anneler üç defa yirmi dakikalık yüz yüze olmak üzere oryantasyon eğitim programına katılmışlardır. Çalışmanın verileri SDSKÖ ile toplanmıştır. Oryantasyon eğitimi, yeni doğan ünitesinin tanıtılması, personeller hakkında bilgi verilmesi, ebeveynlerin yeni doğan ünitesinde görebilecekleri ekipmanların (monitör, solunum cihazı, fototerapi, LED, vb.) tanıtılması, bebek bakım şekilleri, bebeğin görünümü, beslenmesi, emzirilmesi ve tıbbi terminoloji hakkında bilgi verilmesi ve annenin yaşayabileceği duygulara ilişkin konuları kapsamıştır. Çalışmanın bulgularına göre müdahale sonrası deney grubu ile kontrol grubu arasında annelerin kaygı düzeylerinde anlamlı fark çıkmamış ve uygulanan müdahalenin etkisiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ying ve Feng (2017) bir çalışmada prematüre bebek annelerinin depresyon oluşumunu ve hemşirelik müdahalesinin anneler üzerindeki etkilerini tanımlamayı amaçlamışlardır. Çalışma 60 prematüre bebek annesiyle gerçekleştirilmiştir ve veriler Psikosomatik Belirtiler Kontrol Listesi ve Znug Kendini Bildirim Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmadaki kontrol grubu klasik bakım ve semptomatik tedavi alırken, deney grubu bu tedavinin yanı sıra destekleyici psikoterapiyi ve bilişsel terapiyi içeren psikolojik hemşirelik müdahalesi almıştır. Dört haftalık müdahale sonrasında deney grubunun puanları ile kontrol grubunun puanları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Müdahale alan annelerin psikolojik faktör puanları ve depresyon puanları, müdahale almayan annelere göre daha düşüktür. Bu çalışma sonucunda kaliteli psikolojik hemşirelik bakımının etkili bir şekilde depresyonu hafiflettiği sonucuna ulaşılmıştır.

### *1.8.1.3. Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişi*

Neyestani, Saeidi, Salari ve Karbandi (2017) uygulanan taburculuk planının prematüre bebek annelerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla

YDYBÜ'deki 60 prematüre bebeğin annesiyle bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışma grubu deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba bölünmüştür. Veriler demografik bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi-Kısa Formu, EDSÖ ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Müdahale programı kapsamında deney grubundaki annelere yüz yüze dört eğitim seansı verilmiştir. İki seans taburcu olmadan önce YDYBÜ'de, iki seans ise eve geçildikten sonra verilmiştir. İlk seans prematüre bebeğin özellikleri ve hastanede olmasının nedenleri üzerinedir ve bu seansta annelere eğitici bir kitapçık da verilmiştir, ikinci seans yeni doğanın vücut sıcaklığı, pozisyonu, beslenmesi, ilaçları ve enfeksiyonların önlenmesi üzerine, üçüncü seans cilt tahrişi, apne, güvenli uyku çevresi ve kanguru bakımı üzerine, dördüncü seans ise bebeğin büyüme ve gelişmesi, aşılar ve taramaların gerekliliği (görme ve işitme) üzerinedir. Eve geçildikten sonraki dört hafta boyunca haftada bir kez telefonla rehberlik verilmiş ve günün istedikleri saatinde hemşireyi arayabilecekleri söylenmiştir. Çalışmanın bulguları müdahalenin deney grubundaki annelerin yaşamlarının bütün boyutlarında (fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel) kaliteyi arttırdığını ve annelerin yaşam kalitesinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir.

Boykova (2008) hastaneden eve geçişte prematüre bebek ebeveynlerinin deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırmadaki çalışma grubunu 32 prematüre bebek annesi oluşturmuştur. Çalışmanın verileri Geçiş Ölçeği (Transition Questionnaire) kullanılarak toplanmıştır. Anneler eve geçtikten bir ay sonra veriler toplanmıştır. Çalışma bulgularına göre, ebeveynler bebek bakımında yeterli bilgiye sahip oldukları ve bebek bakımına ilişkin bilgilerin çoğunu (%50) akrabalarından aldıkları görülmüştür. Annelerin %87'sinin eşleriyle duygu paylaşımında buldukları, %93.7'sinin birlikte yaşadıkları kişilerin onlara evde destek oldukları ve %93.8'inin yalnız hissetmedikleri bulunmuştur. Fakat annelerin %40'ı taburculuk sonrası hemşire veya doktor tarafından yapılan ev ziyaretlerinin yetersiz olduğunu, ziyaret sürelerinin kısa olduğunu ve memnun kalmadıklarını belirtmişlerdir.

Griffin ve Pickler (2011) hastaneden eve geçişte prematüre bebek annelerinin deneyimlerini ortaya koymak amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışma grubunu 10 prematüre bebek annesi oluşturmuştur. İlk olarak bebekler hastaneden taburcu olmadan önce annelerin demografik bilgileri toplanmıştır. Taburcu olduktan iki ile dört hafta arasında annelerle ayrıntılı görüşmeler yapılmış ve bu görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Çalışma bulgularına göre annelerin deneyimleri beş gruba ayrılmıştır. Birincisi, beklenen hamilelik sonucuyla baş etmedir. Burada anneler duygusal tepkiler vermekte, YDYBÜ ekibi ile



çalışmakta, bebeğini tanımaya çalışmakta ve bu anı en iyi an olarak tanımlamaktadırlar. İkincisi, tek başına bebek bakımını üstlenmenin gerçekliğidir. Anneler durumun gerçekliği ile bebek bakımında yalnız oldukları gerçeğiyle yüzleştiklerini ifade etmişlerdir. Üçüncüsü, annelik rolüne alışmadır. Anneler yaşam stillerini bebeklerinin programlarına göre değiştirmekte, başkalarının deneyimlerini öğrenmekte, anneliğin ne olduğunu anlayıp annelik rolünü bulmaya çabalamakta ve bebeğini korumaktadır. Dördüncüsü, annelik iç kuvvetini arttırmadır. Anneler diğer kişilerin desteğine ihtiyaç duymakta, iletişim kurmak isteği içinde ve kişisel gelişime odaklanmaktadır. Son olarak beşincisi, annelik yaşam stilini değiştirmedir. Anneler doğumdan sonra sosyal hayattan uzaklaştıklarını, kendi annelerine daha çok yaklaştıklarını, negatif etkilerden kaçındıklarını ve yaşamlarını bebeklerine adanmanın daha anlamlı geldiğini söylemişlerdir.

Sonuç olarak, uluslararası alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde, prematüre bebek anneleri üzerine yaygın olarak çalışıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda prematüre bebek annelerinin stres, depresyon, kaygı düzeyleri, deneyimleri araştırılmış ve annelere uygulanan çeşitli müdahalelerin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

### ***1.8.2. Türkiye’de Yapılan Araştırmalar***

Bu bölümde Türkiye’de yapılan araştırmalar kapsamında prematüre bebek annelerinin bebeklerini algılamaları, annelik (maternal) bağlanması ve stres düzeyleri, prematüre bebek annelerinin gereksinimleri ve prematüre bebek bakımına ilişkin bilgi düzeyleri, prematüre bebeklere ve/veya annelerine uygulanan yaklaşım ve programların etkisine ilişkin çalışmalara yer verilmiştir.

#### ***1.8.2.1. Prematüre Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılamaları, Annelik (Maternal) Bağlanması ve Stres Düzeyleri***

Manav ve Yıldırım (2010) çalışmalarında zamanında doğan bebek ve prematüre bebek annelerinin bebeklerini nasıl algıladıklarını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Araştırmanın örneklemini 67 term, 41 prematüre primipar (ilk kez anne olan) bebek annesi oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Anket Formu ve Yenidoğan Algılama Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın sonucunda prematüre bebek annelerinin bebeklerini daha negatif algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Prematüre bebek annelerinin %90,2’si bebeğini negatif algılamakta, zamanında doğan bebek annelerinin %94’ü bebeğini pozitif algılamaktadırlar. Doğum öncesi bilgi almamanın negatif algılamaları ve bebeğin istendik cinsiyette doğmasının pozitif algılamaları artırdığı bulunmuştur.

Öztürk ve Saruhan (2013) hastanede tedavi gören 1-4 aylık prematüre bebeği olan annelerde, doğum sonrası depresyon düzeyi ile annelik (maternal) bağlanma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada 140 prematüre bebek annesi ile çalışmışlardır. Araştırma verileri, Anne-Bebek Tanıtım Formu, Maternal Bağlanma Ölçeği ve EDDÖ kullanılarak toplanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda yeni doğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin maternal bağlanma ve depresyon düzeyleri arasında negatif ilişki bulunduğu saptanmıştır. Annelerin gebeliği isteme durumlarına göre gebeliği isteyen annelerin maternal bağlanma puanları daha yüksek bulunmuştur. Bebeklerin doğum haftaları ile annelerin depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bebekleri 24-29 haftalık doğan annelerin doğum sonu depresyon puan ortalamasının, diğer annelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Annelerin gebelik sayısı ve başka çocukları olma durumu ile depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu da belirlenmiştir. Bir gebelik yaşayan annelerin doğum sonu depresyon puan ortalamasının, diğer annelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Bebeklerin doğum ağırlıkları ile depresyon puan ortalamaları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiştir. Bebeklerinin doğum ağırlıkları 2500 gr ve üzerinde olan annelerin, doğum sonrası depresyon puan ortalamasının, diğerlerinden daha düşük olduğu, 999 gr ve altında olan annelerin ise doğum sonu depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çekin'in (2014) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeylerinin ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesini amaçlayan çalışması 101 prematüre bebeği ve ebeveynlerini kapsamaktadır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anne-baba tanıtım formu, bebek tanıtım formu, ebeveynlerin stresle baş etmede kullandıkları yöntemlerin değerlendirilmesi formu, Stres ile Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri ve YDYBÜ Anne-Baba Stres Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, ebeveynlerin YDYBÜ Anne-Baba Stres Ölçeği puanlarının yaşayan çocuk sayısına göre değişirken, diğer demografik özelliklerden etkilenmediği saptanmıştır. Ebeveynlerin, bebeklerinin cinsiyetleri, gestasyon yaşları, doğum şekilleri, doğum kiloları, bebeğin kaç günlük olduğunun YDYBÜ Anne-Baba Stres Ölçeği'nden aldıkları puanları etkilemediği, fakat solunum cihazına bağlanma durumlarının ise YDYBÜ Anne- Baba Stres Ölçeğinden aldıkları puanları etkilediği saptanmıştır.

### 1.8.2.2. Prematüre Bebek Annelerinin Gereksinimleri ve Prematüre Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Düzeyleri

Çay (1989) prematüre bebeğe sahip olan annelerin bebek bakımı konusunda bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla 100 anneyle bir çalışma yapmıştır. Araştırmanın verileri Çay (1989) tarafından hazırlanan soru formuyla toplanmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre annelerin %82'sinin taburcu olurken prematüre bebek bakımı konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Annelerin %81'i prematüre bebek ile zamanında doğan bebeğin bakımlarının farklı olduğunu belirtmişlerdir, fakat sadece %40'ı bakımda farklılık gösteren noktaları söyleyebilmiştir. Bakımda farklılık gösteren noktalardan biri olan banyo yapma sıklığını ise annelerin sadece %3'ü bilmıştır.

Sola (2008) gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip annelerin gereksinimlerini ve bu gereksinimleri etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmiştir. Araştırmanın çalışma grubunu 146 prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip anne oluşturmuştur. Çalışmanın verileri kişisel bilgi formu ve Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracı-AGBA kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip annelerin "bilgi" boyutunda gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca anneye ilişkin değişkenlere (yaş, eğitim ve aylık gelir düzeyi) ve çocuklara ilişkin değişkenlere (yaş ve cinsiyet) göre gereksinimlerin farklılaşmadığı görülmüştür.

Kabasakal (2012) YDYBÜ'de kalan prematüre bebeklerin annelerinin bebeklerinin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla 80 prematüre bebek annesiyle bir çalışma yapmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Annelerin erken doğum yapma ve bebeğin yoğun bakım ünitesinde yatmasına yönelik duygularının dağılımına bakıldığında ümit, güven ve üzüntü duyduğunu söyleyen anne oranı %32.5 olarak bulunmuştur. Annelerin %10'u suçluluk hissettiğini, %16.3'ünün bebeğin büyüme ve gelişmesi ile ilgili endişeleri olduğunu, %8.7'si bebeğini kaybetme korkusu yaşadığını ifade etmiştir. Annelerin %50.0'si bebek bakımı konusunda kendini yeterli hissettiğini, %50.0'si ise yetersiz hissettiğini söylemiştir. Kendilerini yetersiz hisseden annelerin, %37.5'i bakım konusunda bilgi eksikliğini, %40.5'i bakım vermekten korktuğunu ifade etmiştir. Annelerin %56.2'si evde bebek bakımı ile ilgili güçlükle yaşayacağını düşündüğünü belirtmiştir. Annelerin %37.8'i bebek bakımında yeterli olmama, %33,3'ü bebeğin beslenmesi ve emzirilmesi konusunda başarısızlık korkusunu, güçlükle yaşamayı düşünme nedenleri arasında göstermiştir. Annelerin %76.3'ü hemşireden günlük bilgi almayı, %87.5'i doktordan günlük bilgi almayı çok önemli bulduklarını

ifade etmişlerdir. Annelerin %78.8'inin bebeklerinin genel vücut bakımı ile ilgili bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Annelerin %77.5'inin bebek beslenmesi ile ilgili bilgi sahibi oldukları, %72.5'inin bebeklerinin sağlık bakımına yönelik konularda bilgi sahibi oldukları bulunmuştur. Annelerin sağlık problemlerine yönelik bilgi sahibi oldukları konular %45 olarak bulunmuştur. Annelerin hastanede kaldıkları süre içinde kendileri ile ilgili yaşadıkları en büyük sorunu %31.3'ü ağrı, %25'i uykusuzluk ve dinlememe, %25'i emzirememe, %13.7'si kaygılarını ve duygularını konuşamama olarak belirtmişlerdir. Annelerin 41'i daha iyi hizmet alabilmek için önerilerde bulunmuştur. Annelerin %12.2'si acil durumlarda telefonla sağlık personeline ulaşabilmek, %27.0'si bilgilendirmenin daha fazla olması ve danışmanlık hizmetlerini önermişlerdir. Annelerin %17'si ulaşım probleminin çözümü için kalacak yer sağlanması, %5'i bebek bakımına dâhil edilmelerinin sağlanması, %4.8'i hastane işlemlerinin kolaylaştırılmasını istemişleridir. Annelerin %12.1'si primer hemşirelik bakımının (bir hemşirenin hastanın kabulünden hasta taburcu oluncaya kadar 24 saat hastanın sorumluluğunu ve rehberliğini almasıdır) verilmesi, %17'si bebekle birlikte özel odada kalınması ve %4.9'u kliniğin daha temiz ve düzenli olması konusunda görüş bildirmiştir.

Arslan ve Turgut (2013), 32-37 haftalık prematüre bebeğe sahip annelerin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumlarını belirlemek amacıyla 102 prematüre bebeğin annesi ile bir çalışma yapmışlardır. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırma bulgularına göre, prematüre bebek annelerinin evde bebek bakım gereksinimlerinin banyo (%44.1), beslenme (%35.3), tanı (%34.3), kucağa alma-tutma (%33.4) gibi konularda olduğu belirlenmiştir. Annelerin bakım verme yeterliliklerini algılama durumu incelendiğinde annelerin %61.7'si banyo yaptırma, %53'ü pamukçuk bakımı konularında kendilerini yeterli algılamadıkları görülmüştür. İki ve üzeri çocuğu olan annelerin bebeğe bakım vermede kendilerini yeterli algıladıkları bulunmuştur. Annelerin evde prematüre bebeğe bakım vermede algıladıkları genel yeterlilik durumunun %55.9 olduğu, %64.7'sinin bebek bakımında yardımcı kişi desteğine ihtiyaç duyduğu, destek yardımı alacağı kişinin %53 anne-kayınvalide ve %3.9 eş desteği olduğu saptanmıştır. Araştırmada annelerin %38.2'sinin taburculuk eğitimi aldığı ve bu eğitimin ağırlıklı olarak emzirme üzerine olduğu saptanmıştır. Annelerin yarısına yakınının, evde bebeğe bakım vermede kendilerini yeterli algılamadıkları görülmüştür. Bu sonucun, taburculuk eğitiminin herkese ulaşmaması ve içeriğinin tüm gereksinimleri kapsayacak biçimde oluşturulmamasından kaynaklandığı yargısına varılmıştır.

Atasayar (2015) yoğun bakım servisinde bebeği yatan annelerin prematüre bakımı ile ilgili bilgi düzeylerini incelemek amacı ile 62 prematüre bebek annesi ile çalışmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen anket ile toplanmıştır. Araştırma bulgularına göre annelerin en iyi bildiği bakım konusu %68,3 ile prematüre bebeğin deri-mukoza bakımı, en az bildiği bakım konusu ise %17,7 ile prematüre bebeğin yatacağı yer ile ilgili özellikleri olmuştur. Annelerin tüm bakım konularına verdikleri doğru cevapların ortalaması %57,2 olarak bulunmuştur. Annelerin bilgi düzeyi ile yaşı, eğitim durumu, aile tipi, gelir-gider algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, prematüre bebeğe sahip olma deneyimi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Prematüre doğum öyküsü olan annelerin bilgi düzeyleri, olmayan annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan annelerin %38,7'si prematüre bebek bakımı ile ilgili bilgileri TV ve internetten, %30,6'sı akraba ve komşudan, %19,4'ü kitap ve dergiden, %11,3' ü ise sağlık personelinin (doktor, hemşire, ebe) edindiğini ifade etmiştir. Annelerin %88,7'si taburcu olduktan sonra evde prematüre bebek bakımı ile ilgili güçlük yaşayacağını, %11,3'ü ise yaşamayacağını düşünmektedir.

#### *1.8.2.3. Prematüre Bebeklere ve/veya Annelerine Uygulanan Yaklaşım ve Programların Etkisi*

İşler (2001) prematüre bebek ve anne ilişkisinin başlatılması ve sürdürülmesinde "hemşirelik yaklaşımı" etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel bir çalışma gerçekleştirmiştir. Veriler "bebek ve anneni tanıtıcı bilgileri kapsayan anket formu", araştırmacı tarafından geliştirilen "Anne-bebek İlişkisi Gözlem Formu" kullanılarak toplanmıştır. Annelere hemşireler tarafından bebek bakımına ve ilişkilerine yönelik haftada üç kez olmak üzere 15-20 dakikalık eğitim verilmiştir. "Anne-bebek İlişkisi Gözlem Formu", araştırmacı tarafından, anneler gözlenerek eğitim öncesi ve sonrası doldurulmuştur. Annelerin eğitim öncesi ve sonrası gözlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuş ve prematüre bebek annelerine verilen eğitim ile anne-bebek ilişkisinin olumlu yönde başlatılıp sürdürülebileceği yargısına varılmıştır.

Karaaslan (2002) çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin gelişimi üzerinde ev merkezli erken eğitim programının etkisini incelemek amacıyla bu çalışmayı gerçekleştirmiştir. Çalışmanın örneklemini, on sekiz çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebek oluşturmaktadır. Deney grubunu oluşturan bebek sayısı sekiz, kontrol grubunu oluşturan bebek sayısı ise on olarak belirlenmiştir. Çalışmanın verileri Bayley Bebekler İçin Gelişimsel Değerlendirme Ölçeği-H, Bebekler ve Küçük Çocuklar İçin Ev Ortamı Değerlendirme Ölçeği-Yoksul Aileler İçin Ev Ortamı Değerlendirme Ek Ölçeği, Portage

Erken Çocukluk Dönemi Eğitim Programı Gelişimsel Kontrol Listeleri, Anne-Baba Program Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır. Deney grubundaki her bebek iki haftada bir, ev ortamında ziyaret edilerek ailelerine bebeğin gelişim düzeyine uygun, iki hafta boyunca uygulayabilecekleri destekleyici ev eğitim programları verilmiştir. Altı ay süren eğitim aşamasında deney grubundaki bebekler ve aileleri, toplam 15'er defa ziyaret edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan on bebek ve ailesi için her bebek iki ayda bir toplam dört defa ev ortamında ziyaret edilmiş ve ailelerine gelişimin tüm alanlarını destekleyici öneriler verilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, deney grubunu oluşturan çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin, ön değerlendirme aşamasında aldıkları "Bayley Bebekler İçin Gelişimsel Değerlendirme Ölçeği-H" bilişsel index puanları ile son değerlendirmede aldıkları bilişsel index puanları arasında fark olmadığı, buna karşın son değerlendirmede "Bebekler ve Küçük Çocuklar İçin Ev Ortamını Değerlendirme Ölçeği" puanlarında ön değerlendirmeye göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda son değerlendirmede bilişsel index puanlardaki düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu, "Bebekler ve Küçük Çocuklar İçin Ev Ortamını Değerlendirme Ölçeği" puanlarındaki düşüşün ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Her iki grupta da "Bayley Bebekler İçin Gelişimsel Değerlendirme Ölçeği-H" hareket index puanları ve "Yoksul Aileler İçin Ev Ortamını Değerlendirme Ek Ölçeği" puanları yönünden ön ve son değerlendirmeler arasında fark bulunamamıştır. "Portage Erken Çocukluk Dönemi Eğitim Programı Gelişimsel Kontrol Listeleri" ile yapılan değerlendirmelerde ise her iki grupta kendi içlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu, gruplar arasında fark olmadığı, buna karşın ön ve son değerlendirme ortalama ve ortanca değerler arasındaki farkın deney grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sonucunda, çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebekler ve ailelerine erken dönemde ve yoğun olarak verilen eğitimin bebeklerin gelişimleri ve ev ortamları üzerinde etkili olduğu bulunmuş, uygulanan eğitim programı aileler tarafından da yararlı bir program olarak değerlendirilmiştir.

Turan (2004) YDYBÜ'de Anne-Baba Stres Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak ve YDYBÜ'de prematüre bebeği olan anne babalara, üniteye yatışta uygulanan stres azaltıcı hemşirelik yaklaşımlarının, anne-babaların YDYBÜ'den kaynaklanan stresörleri algılama düzeyine olan etkisini, stresle baş etme ve destek sistemlerinden yararlanma durumlarını saptamak amacıyla çalışmasını toplam 76 anne ve baba ile gerçekleştirmiştir. Veri toplama aracı olarak, Aile-Bebek Tanıtma Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, YDYBÜ Anne-Baba Stres Ölçeği, Anne-Babaların Stresle Baş Etme ve

Destek Sistemlerinden Yararlanma Durumlarını Değerlendiren Form ve araştırmacı tarafından hazırlanan kitapçık kullanılmıştır. Çalışma grubunu oluşturan annelerin stres puan ortalaması, kontrol grubunu oluşturan annelerin stres puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur. Bu farklılığın bulunmasında annelere araştırmacı tarafından uygulanan stres azaltıcı hemşirelik girişimleri, öğretilen baş etme stratejileri ve destek sistemlerinden yararlanma bilgisinin etkili olduğu düşünülmüştür. Kontrol grubu babaların, bebeklerinin gestasyon yaşının YDYBÜ Anne-Baba Stres Ölçeğinden aldıkları puanları etkilediği, bebeklerinin cinsiyeti, doğum şekli, doğum kilosu, 5. dakika Apgar skorları, bebeklerdeki majör problem sayısı, bebeklerin yaşları (gün), bebeklerini YDYBÜ’de ziyaret etme sayılarını etkilemediği, bebeklerinin solunum cihazına bağlanma durumlarının ise etkilediği saptanmıştır. Çalışma grubu babaların, bebelerinin cinsiyeti, gestasyon yaşlan, doğum şekli, doğum kilosu, 5. dakika Apgar skorları, bebeklerdeki majör problem sayısı, bebeklerin yaşlan (gün), bebeklerini yeni doğan yoğun bakım ünitesinde ziyaret etme sayılarını etkilemediği, bebeklerinin solunum cihazına bağlanma durumlarının YDYBÜ Anne-Baba Stres Ölçeğinden aldıkları puanları etkilediği saptanmıştır. Anne ve babaların ölçeğin alt gruplarından aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunamamasına karşın, ölçeğin tümüne bakıldığında annelerin stres puanı ortalamalarının babaların stres puan ortalamasından istatistiksel olarak farklı olduğu ve babaların stres puan ortalamalarının annelerden yüksek olduğu bulunmuştur.

Balcı (2006) prematüre bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözmeye becerilerine etkisini belirlemek amacıyla 31 deney, 32 kontrol grubu olmak üzere 63 anne ve 75 prematüre bebekle çalışma yapmıştır. Deney grubuna taburcu olmadan önce, Prematüre Bebeği Olan Ailelere Yönelik Eğitim Protokolü doğrultusunda 3 oturum şeklinde eğitim yapılmıştır. Taburcu olduktan sonra, bebekler düzeltilmiş yaşa göre 1. ayını doldurduğunda ev ziyareti yapılarak Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu (SÇBDF) doldurulmuştur. Ayrıca bebeklerin büyümelerini değerlendirmek amacı ile fiziksel ölçümleri alınmıştır. Bebekler, düzeltilmiş yaşa göre 3 ,6 ve 9 aylık olduklarında ev ziyareti tekrar edilerek Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) kullanılmış ve tekrar izlemleri yapılmıştır. Sonuç olarak, prematüre bebeği olan annelere yönelik hastanede yapılan planlı eğitimin ve ev ortamında sağlanan desteğin bebeklerin gelişimleri ve annelerin sorun çözmeye becerileri üzerinde etkili olduğu, ancak bebeklerin büyümeleri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Batman (2014) prematüre yeni doğanların ebeveynlerine verilen web tabanlı eğitimin yeni doğanın bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel desende 172 ebeveyn ile bir çalışma yapmıştır. Araştırmanın verileri Ebeveynleri ve Bebeği Tanıtıcı Bilgi Formu, Pharis Özgüven Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Son Test Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Çalışmanın bulguları prematüre yeni doğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin ebeveynlerin bebek bakımına yönelik Pharis Özgüven Ölçeği puanlarını artırdığı ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarını azalttığı sonuçlarını ortaya koymuştur. Web tabanlı eğitim sonrasında çalışma grubundaki ebeveynlerin Pharis Özgüven Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği maddelerine verdikleri cevapların kontrol grubundaki ebeveynlerinkine göre daha olumlu yönde değiştiği sonuçları elde edilmiştir.

#### 1.8.2.4. Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişi

Türkiye’de erken çocukluk dönemindeki geçiş üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında, okul öncesi döneme ilişkin olarak özel gereksinimi olan çocukların gelişimsel geçişlerine ilişkin çalışmaların var olduğu (Altın, 2014; Bakkaloğlu, 2004, 2008a, 2008b, 2013; Karahan, 2007; Kargın, Akçamete ve Baydık, 2001; Tekinarslan ve Bircan, 2009; Yıldırım Hacıibrahimoğlu, 2013), ayrıca okul öncesinde sınıf içi geçişlere ilişkin çalışmaların da bulunduğu (Ergin ve Bakkaloğlu, 2015; Ergin, 2016; Ergin ve Bakkaloğlu, 2017) görülmüştür.

Sonuç olarak ulusal alanyazın incelendiğinde, Türkiye’de gelişimsel geçişler konusunda bazı çalışmalar bulunmuş, buna karşın hastaneden eve geçişte risk altında bulunan veya ÖG çocukların gereksinimleri, ebeveyn gereksinimleri veya deneyimleri üzerine bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

### 1.9. Problem

Prematüre bebekler anne karnında gelişimlerini tamamlayamadan doğdukları için gelişimsel gerilik riski altındadırlar. ÖG ve gelişim geriliği riski altındaki bebekler/çocuklar erken çocukluk döneminde gelişimsel olarak birçok geçiş noktasından geçerler. Bu geçiş noktaları hem çocuklar hem de ebeveynler için kritik öneme sahiptir. Geçiş rahatlatmak, kolaylaştırmak ve çocuğun çıktılarını en üst seviyede tutabilmek için iyi hazırlanmış geçiş planlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

ÖG ve gelişim geriliği riski altındaki bebeklerin yaşadıkları ilk geçiş noktası, hastaneden eve geçiştir. İlk geçiş noktası olması nedeniyle hastaneden eve geçiş ayrı bir öneme sahiptir. Bu noktada prematüre bebeklerin ebeveynleri, hastaneden eve geçmenin



yanı sıra anne/baba olmaya da geçiş yaptıkları için mutluluk, korku, kaygı gibi zıt duyguları da aynı anda yaşamaktadırlar ve zamanında doğan bebek ebeveynlerine göre daha fazla stres altındadırlar.

Gelişim geriliği riski altındaki bebekler için hastaneden eve geçişteki planlamayı yapabilmek için anne gereksinimlerinin doğru bir şekilde belirlenmesi oldukça önemlidir. Ulusal alanyazın incelendiğinde gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin anne gereksinimlerine ilişkin az sayıda çalışmaya (Arslan ve Turgut, 2013; Atasayar, 2015; Çay, 1989; Kabasakal, 2012; Sola, 2008) rastlanmıştır. Gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişlerinde anne gereksinimleri ile ilgili bir çalışmaya ise ulaşılamamıştır. Oysaki bu geçişte yapılacak planlamada anne gereksinimlerine odaklanmak geçişin başarılı olmasında önemlidir. Başarılı ve etkili bir hastaneden eve geçiş planının oluşturulabilmesi için geçiş sürecindeki anne gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca prematüre bebek annelerinin hastaneden eve geçişteki gereksinimlerinin anneye ve bebeğe ilişkin değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının da incelenmesi gerekmektedir.

Dolayısıyla prematüre bebek annelerinin hastaneden eve geçişteki gereksinimlerini belirlemede kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı üzerinde çalışılması ve bu gereksinimlerin hangi değişkenlere göre farklılaştığının incelenmesine duyulan gereksinim nedeniyle bu çalışma planlanmıştır.

### **1.10. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın genel amacı, gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişlerinde annelerin gereksinimlerini belirlemek ve bu gereksinimlerin anneye ve bebeğe ilişkin değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektir. Bu genel amaç çerçevesinde aşağıda belirlenen araştırma sorularına yanıt aranacaktır.

1. Prematüre bebeklerin annelerinin hastaneden eve geçişte gereksinimlerini belirlemek için geliştirilmiş olan Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği (HEGÖ) geçerlik ve güvenilirliğe sahip midir?
2. Gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişinde annelerin HEGÖ ile belirlenen gereksinimleri nelerdir?
3. Gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişinde annelerin HEGÖ ile belirlenen gereksinimleri anneye ilişkin değişkenlere (yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşanan il/ilçe/köy, çocuk sayısı vb.) göre farklılaşmakta mıdır?

4. Gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişinde annelerin HEGÖ ile belirlenen gereksinimleri bebeğe ilişkin değişkenlere (doğum haftası, doğum ağırlığı ve cinsiyet) göre farklılaşmakta mıdır?

### 1.11. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de gelişim geriliği riski altındaki bebeklerin hastaneden eve geçişinde ebeveyn gereksinimlerini belirlemeye yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan bir ölçme aracı yoktur. Bu çalışma ile Dr. Carole Kenner’ın geliştirdiği Geçiş Ölçeği’nin (Transition Scale) Türkçe’ye uyarlanmasıyla, hastaneden eve geçişte prematüre bebeğe sahip ebeveynlerin gereksinimlerini belirlemek amacıyla kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçme aracının ulusal alanyazına kazandırılması beklenmektedir.

HEGÖ ile yapılan değerlendirmeler sonrasında gelişim geriliği riski olan prematüre bebek annelerin hastaneden eve geçişteki gereksinimlerinin belirlenmesi ile bu gereksinimlerin annelere ve bebeğe ilişkin özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi sayesinde belirlenen özelliklere göre geçiş planlamasına şekil verilebilecektir.

Uyarlanan ölçekle prematüre bebek annelerinin hastaneden eve geçişlerindeki gereksinimlerinin belirlenmesi ile hazırlanacak geçiş planlamalarının ve verilecek hizmetlerin kalitesinin artacağı, kaliteli bir geçiş planı ile ailelerin bu süreci daha bilinçli ve huzurlu geçireceği, toplumsal hizmetlerden daha etkili bir şekilde yararlanacağı ve risk durumunun ortadan kalkmasına katkıda bulunacağı umulmaktadır.

Bilimsel birikim açısından uluslararası alanyazında hastaneden eve geçişte prematüre bebek annelerinin gereksinimlerinin neler olduğunun belirlenmesine yönelik sınırlı sayıda araştırmaya (Boykova, 2008, 2016) ulaşılabildiğinden, ayrıca hastaneden eve geçişte annelerin gereksinimleri konusunda ulusal hiç bir çalışmaya ulaşılamadığından, yapılacak bu çalışmanın sonuçlarının uluslararası ve ulusal bilimsel birikime katkı sağlayacağı ve ileri çalışmalara temel oluşturacağı beklenmektedir.

### 1.12. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma Türkiye’de yaşayan, internet erişimi olan, cep telefonu veya bilgisayara sahip ve bu araçlardan en az birini kullanmayı bilen prematüre bebeğe sahip anneler ile sınırlıdır.

### 1.13. Tanımlar

**Gelişim Geriliği Riski:** İlk üç yaştaki gelişim sürecinin çeşitli faktörlerden dolayı olumsuz etkilenmesi, çocukların akranlarıyla aralarında gelişimsel farkların oluşma riskidir (Kahraman ve Çetin, 2015).

**Hastaneden Eve Geçiř:** Anne ve bebeęin hastaneden taburcu olarak eve geçiř yaptığı sūreçtir.

**Prematüre Bebek:** Annenin son adet tarihinin ilk gūnūnden itibaren 37. haftasını veya 259. gūnūnū tamamlamadan doęan bebeklerdir (WHO, 1977).



## BÖLÜM 2

### YÖNTEM

Bu bölümde gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişlerinde annelerin gereksinimlerini belirlemeyi amaçlayan çalışma kapsamında belirlenen araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizine yer verilmiştir.

#### 2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma nicel araştırma yaklaşımıdır. Araştırma, betimsel nitelikli ilişkisel tarama (korelasyonel) modelinde desenlenmiştir. Nicel araştırmalar, olay ve olguların dışarıdan ölçülünerek, gözlemlenerek veya deney yapılarak, betimleme veya nedensellik yoluyla gerçeklere ulaşmaya çalışan araştırmalardır (Arıkan, 2011). Diğer bir deyişle nicel araştırmalar, gözlem ve ölçmelerin tekrarlanabildiği ve objektif yapıldığı araştırmalardır.

Betimsel araştırmalar, araştırma konusuyla ilgili mevcut durumu belirlemeyi, olayı betimleyerek problemi anlamayı amaçlarken ne, nasıl ve kim sorularını yanıtlamaya çalışmaktadır (Arıkan, 2011). Betimsel araştırma, tarama, etnografik ve tarihi araştırma modellerini kapsamaktadır. Tarama modeli, geçmişte veya hala var olan bir durumu olduğu haliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır (Karasar, 2012). Tarama araştırmasının bir türü olan ilişkisel tarama modeli, iki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2005).

#### 2.2. Çalışma Grubu

Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Prematüre bebek sahibi olup, hastaneden eve geçen 419 annenin gönüllü katılımlarıyla çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışma grubuna 37. haftadan önce doğum yapmış olan ve bebeği ile hastaneden eve geçiş yapmasının üzerinden en az 15 gün ve en fazla 12 ay geçmiş olan anneler dahil edilmiştir.

Annelerin bilgi formunda doldurdıkları bilgilere dayanılarak doğumda 37 haftayı tamamlamış bebeklerin, genetik bir bozukluğu olan bebeklerin, eve geçiş süreci 15 günün altında olan bebeklerin veya geçiş süreci 12 ayı geçen bebeklerin ve ölçeği yarım bırakan annelerin doldurdıkları formlar elenmiştir.

Araştırmanın çalışma grubunun büyüklüğü belirlenirken çalışma grubunun büyüklüğünün ölçekteki madde sayısının en az 5 katı olması gerektiği kuralı göz önüne alınmıştır (Erkuş, 2012; MacCallum, Widaman, Zhang ve Hong, 1999). HEGÖ 37 maddeden oluştuğu için çalışma grubunun en az 185 kişiden oluşması gerekmektedir.

Çalışma grubunu oluşturan annelerin 21'i ikiz ve biri de üçüz annesidir (%5.25). İkiz ve üçüz doğan bebekler için anneler tek form doldurdıkları için analize doğum ağırlığı en az olan bebeğin bilgileri dahil edilmiştir.

419 kişilik çalışma grubundan ilk 220 anneden elde edilen veriler açıklayıcı faktör analizi için ayrılmıştır. Bu veri grubu, 1. grup olarak adlandırılmıştır. 419 kişiden elde edilen verilere doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu grup ise 2. grup olarak adlandırılmıştır ve bu grupta annelerin gereksinimlerine de bakılmıştır. İki farklı grupta yer alan annelerin demografik özellikleri Tablo 2.1'de, bebeklerin demografik özellikleri ise Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.1. Annelerin Demografik Özellikleri**

Değişkenler	1. Grup		2. Grup		
	n	%	n	%	
Yaş	25 yaş ve altı	39	17.7	71	16.9
	26-29	67	30.5	131	31.3
	30-33	66	30	123	29.4
	34 yaş ve üzeri	48	21.8	94	22.4
	Toplam	220	100	419	100
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	0	0	1	0.2
	İlköğretim	13	5.9	29	6.9
	Lise	71	32.3	133	31.7
	Önlisans	45	20.5	82	19.6
	Lisans	73	33.2	137	32.7
	Lisansüstü	18	8.2	37	8.9
	Toplam	220	100	419	100
Gelir	2000 TL ve altı	51	23.2	120	28.6
	2001-4000 TL	81	36.8	145	34.6
	4001-6000 TL	50	22.7	89	21.2
	6001 TL ve üzeri	38	17.3	65	15.5
	Toplam	220	100	419	100
Yerleşim Yeri	İlçe ve altı	147	66.8	79	18.9
	Şehir	31	14.1	65	15.5
	Büyükşehir	42	19.1	275	65.6
	Toplam	220	100	419	100
Çocuk Sayısı	1	143	65	273	65.2
	2 ve üzeri	77	35	146	34.8
	Toplam	220	100	419	100
Yeni Doğan Problemi	Olan	64	29.1	125	29.8
	Olmayan	156	70.9	294	70.2
	Toplam	220	100	419	100
Bilgi Alma	Hemşire	136	61.8	242	57.8
	Doktor	192	87.3	373	89
	Eğitimci	17	7.7	30	7.2
	Akraba	29	13.2	67	16
	Arkadaş	44	20	72	17.2
	Diğer	44	20	62	14.8
Duygu Paylaşımı	Eş	211	95.9	402	95.9
	Akraba	103	46.8	202	48.2
	Arkadaş	124	56.4	230	54.9
	Doktor	121	50	239	57
	Hemşire	26	25.5	111	26.5
	Eğitimci	15	6.8	25	6
	Diğer	5	2.3	8	1.9
Kurs Alma	Evet	116	52.7	224	53.5
	Hayır	104	47.3	195	46.5
	Toplam	220	100	419	100
Kursu Kimden Aldığı	Çocuk doktoru	11	9.5	22	9.8
	Hemşire	90	77.6	174	77.7
	Ebe	11	9.5	21	9.4
	Diğer	4	3.4	7	3.1
	Toplam	116	100	224	100

Anneye ait demografik özelliklerden ‘yeni doğan problemi’ annenin önceki gebeliklerinde kürtaj, erken doğum, ölü doğum gibi yeni doğan problemleri yaşayıp yaşamadığı anlamına gelmektedir.

**Tablo 2.2.** *Bebeklerin Demografik Özellikleri*

Değişkenler		1. Grup		2. Grup	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kız	108	49.1	207	49.4
	Erkek	112	50.9	212	50.6
	Toplam	220	100	419	100
Prematüre Türü	Geç prematüre	43	19.5	79	18.9
	Orta prematüre	59	26.8	118	28.2
	Ağır prematüre	83	37.7	158	37.7
	Aşırı prematüre	35	15.9	64	15.3
	Toplam	220	100	419	100
Doğum Ağırlığı	Normal doğum ağırlıklı	89	40.5	26	6.2
	Düşük doğum ağırlıklı	73	33.2	174	41.5
	Çok düşük doğum ağırlıklı	42	19.1	138	32.9
	Aşırı düşük doğum ağırlıklı	16	7.3	81	19.3
	Toplam	220	100	419	100
Taburcu Olma Süresi	2-16 hafta	87	39.5	187	44.6
	17-32 hafta	64	29.1	117	27.9
	33 hafta ve üzeri	69	31.4	115	27.4
	Toplam	220	100	419	100
Hastanede Kalma Süresi	15 gün ve altı	47	21.4	87	20.8
	16-30 gün	53	24.1	103	24.6
	31-45 gün	32	14.5	65	15.5
	46-60 gün	36	16.4	61	14.5
	61 gün ve üzeri	52	23.6	103	24.6
	Toplam	220	100	419	100

### 2.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırma veri toplamak amacıyla Bilgi Formu (Ek A) ve Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği-HEGÖ (Ek B) kullanılmıştır.

#### 2.3.1. Bilgi Formu

Annelerin ve bebeklerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla Flanderme-yer ve diğerleri (1992) tarafından geliştirilen “Bilgi Formu” (Bkz. Ek A) güncellenerek kullanılmıştır. 27 tane açık uçlu ve çoktan seçmeli sorudan oluşan bilgi formundan çalışma kapsamındaki araştırma soruları ile ilgili değişkenler arasında yer almadıkları için aşağıdaki sorular çıkartılmıştır:

1. Kaç kere hamile kaldınız?
2. Sağlık güvenceniz nedir?

3. Eğer sağlık güvenceniz varsa bebeğinizin hastanede yatışını karşıladı mı?
4. Bebeğiniz hastanedeyseniz bebeğin bakımına yardımcı olabildiniz mi? Cevabınız evetse ne derece? Çok \_\_\_\_\_, Biraz \_\_\_\_\_, Hiç \_\_\_\_\_
5. Son hastane muayenenizden bu yana ne tür endişeleriniz veya problemlerinizi oldu?
6. Çocuğun doktor ziyareti için tekrar gelip gelmediğini, hastaneyi arayıp aramadığını/hastanede kalıp kalmadığını ya da acil servise gelip gelmediğini sorunuz.
7. Son hastane muayenenizden bu yana ne tür endişeleriniz veya problemlerinizi oldu?
8. Sizin için bunu daha kolay hale getirmek için çocuğunuzun son muayenesinde yapılabilecek bir şey var mı?
9. Çocuğunuza bakmanın sizin için neye benzediğini bana anlatın.

Annenin yaşı, eğitimi, gelir düzeyi, yaşadığı yerleşim yeri, bebeğin cinsiyeti, kaç haftalık doğduğu, doğum ağırlığı, bebeğin hastanede ne kadar kaldığı, bebek ile annenin ayrı kalma süresi, annenin kimlerden bilgi aldığı, hastanede kurs alıp almadığı ve kimlerle duygu paylaşımında bulunduğu bilgilerini içeren form maddelerinin sırası değiştirilerek ve yeniden düzenlenerek araştırmada kullanılmıştır.

### **2.3.2.Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği (HEGÖ)**

YDYBÜ’de kalan yüksek risk grubundaki bebeklerin hastaneden eve geçişinde ebeveyn gereksinimlerini belirlemek için geliştirilen ve özgün formun adı ‘Transition Questionnaire’ olan ölçek Flandermeyer, Kenner, Spaite ve Hostiuck (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun adının Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği-HEGÖ olarak kullanılmasına karar verilmiştir (Bkz. Ek B).

Ölçeğin özgün dili İngilizce’dir. Ölçeğin İngilizce özgün formu Marina Boykova’dan e-posta yoluyla alınmıştır. Ölçeğin uyarlama çalışmasının yapılması için gerekli izin, bu konuda yetkili olan Carole Kenner’dan (01.12.2015) e-posta yoluyla alınmıştır (Bkz. Ek C).

Bu ölçeği YDYBÜ’de kalmış ve eve geçmiş, yüksek risk grubundaki bebeklerin anneleri ve babaları doldurabilmektedir (Boykova ve Kenner, 2012). Ölçeğin uygulanma süresi 10 ile 20 dakika arasında değişmektedir.

Ölçek 37 maddeden oluşmaktadır (+1 madde kontrol maddesi) ve beşli likert tipindedir. Katılımcılar ölçekteki her ifade için katılma seviyelerini “Kesinlikle katılmıyo-



rum (1)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kararsızım (3)”, “Katılıyorum (4)” ile “Kesinlikle katılıyorum (5)” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmektedirler. Ölçek maddelerindeki ifadeler, durum bildirir niteliktedir. Örneğin, ‘Çocuğuma nasıl bakacağımı biliyorum’, ‘Çocuğumla baş başa olduğumda kendimi stresli ve bunalmış hissediyorum’ gibi. Ölçekteki maddelerinin 20’si olumlu (1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 28, 30, 33, 34 ve 37. maddeler), 17’si olumsuz (4, 5, 9, 11, 16, 17, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 35 ve 36. maddeler) ifadeler içeren maddelerden oluşmaktadır. Olumsuz ifade içeren 17 madde ölçek puanlamasında tersten puanlanmalıdır. Ölçekten alınabilecek puanlar 37-185 arasında değişmektedir ve alınan puanın yüksek olması taburculuk sonrası daha az problem yaşandığı ve daha az gereksinim bulunduğu anlamına gelmektedir (Boykova ve Kenner, 2012) Ölçek ebeveynlerin gereksinimlerini beş alt boyutta belirlemektedir; bilgi ihtiyacı (6 madde), stres ve baş etme (15 madde), üzüntü/keder (4 madde), sosyal etkileşim (3 madde) ve ebeveyn-çocuk rol gelişimi (9 madde) (Flandermeyer ve diğ., 1992).

Orjinal ölçeğe ilişkin geçerlik güvenirlik çalışmaları için ölçek YDYBÜ’den taburcu olmuş bebeklerin ve prematüre bebeklerin ebeveynlerine uygulanmıştır. Varimax döndürme metodu ile faktör analizi yapılmıştır. Beş faktörlü yapıya sahip olan ölçekte maddeler arası korelasyon 0.2’den büyük çıkmıştır. Faktör yükleri 0.40 ile 0.69 arasında değişen ölçeğin toplam varyansı %69’dur. Cronbach alfa değeri tüm ölçek ve alt ölçekler için 0.57 ve 0.74 arasında değişmektedir (Boykova ve Kenner, 2012).

Kenner (2012) ölçeğin Birleşik Devletler dışında (Kanada, Güney Kore, Tayland, Hollanda, Rusya ve Ürdün) tezlerde kullanıldığını, ancak ya bu çalışmaların yayınlanmasından ya da dil farklılıklarından dolayı sonuçlara ulaşamadığını belirtmiştir. Yapılan alanyazın taraması sonucunda ölçeğin başka ülkelerdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına rastlanmamıştır. Boykova'nın (2008) YDYBÜ’den taburcu olduktan sonra ebeveyn deneyimlerini ve sağlanan hizmetlerin ebeveyn bakış açısına göre algılanmasını değerlendirmek için bu ölçeği kullanarak Rusya'da yaptığı çalışmada ölçeğin iç tutarlığına bakılmış ve Cronbach alfa değeri 0.70 bulunmuştur.

#### 2.4. Verilerin Toplanması

Anket ile veri yüz yüze uygulama, posta ile uygulama, telefonla uygulama ve bilgisayarla uygulama olmak üzere dört farklı şekilde toplanmaktadır (Aiken, 1997; Anderson, 1990). Bilgisayar yoluyla anket uygulama, bilgisayar ve internetin yaygın kullanımına bağlı olarak son yıllarda tercih edilen bir yöntemdir. Bu yöntem, çeşitli paket programlardan yararlanılarak veya bu amaçla yazılım yapılarak, elektronik haberleşme

adreslerini veya internet sitelerini kullanarak çok büyük bir kesime hızlı bir şekilde ulaşma olanağı sunar ve maliyeti de çok düşüktür (Büyüköztürk, 2005).

Veriler, veri toplama yöntemlerinden biri olan 'internet ortamında anket' yoluyla (Arıkan, 2011) toplanmıştır. Bunun için öncelikle, çeviri çalışması tamamlanan ölçek, Qualtrics adlı online anket portalına yüklenmiş ve ölçeğe ulaşmak için link oluşturulmuştur. Ölçek linki tüm mobil cihazlara uyumlu hale getirilmiştir. Bu link, prematüre bebek ve anneleriyle ilgili sosyal medya hesaplarında site yöneticilerinden gerekli izinler alındıktan sonra bu sitelerde paylaşılmıştır. Ayrıca prematüre bebekler ile ilgili dergi, site ve dernek yöneticileri ile de görüşülmüş ve link sosyal medya hesaplarında da paylaşılmıştır. Bu süreçte bir dernek, bir blog, üç dergi, iki internet sitesi ve yedi sosyal medya hesabı olmak üzere toplamda 14 sosyal medya yöneticisi ile görüşülmüş ve bunlardan sekizi linki yayınlamayı kabul etmiştir.

## 2.5. Verilerin Analizi

Bilgi Formu ve HEGÖ ile toplanan veriler, bilgisayar ortamına aktarılmış ve elde edilen verilerin tümü aşağıda açıklandığı gibi istatistiksel yöntemler kullanılarak incelenmiştir:

- Annelerin yaş, eğitim düzeyi, gelir, yerleşim yeri, çocuk sayısı, yeni doğan problemi, bilgi alma, duygu paylaşımı, kurs alma ve kursu kimden aldığına göre dağılımlarına ilişkin bilgileri betimlemek amacıyla frekans ve yüzde hesabı yapılmıştır.
- Bebeklerin cinsiyet, prematüre türü, doğum ağırlığı, taburcu olma süresi ve hastanede kalma süresine göre dağılımlarına ilişkin bilgileri betimlemek amacıyla frekans ve yüzde hesabı yapılmıştır.
- HEGÖ'nün Türkçe'ye uyarlanmasında yapı geçerliliğini belirlemek için faktör analizi öncesinde sayıtlar incelenmiştir.
- HEGÖ'nün Türkçe'ye uyarlanmasında yapı geçerliliğini belirlemek için 220 anne AFA yapılmıştır.
- Elde edilen AFA sonuçlarını doğrulamak için 419 anne formundan elde edilen verilere DFA yapılmıştır.
- HEGÖ'nün güvenilirliğini incelemek için Cronbach alfa değeri hesaplaması ve testi iki yarıya bölme yöntemi kullanılmıştır.

- Annelerin ölçek toplam puanları ve faktör puanları için ortalama, standart sapma, ranj, maksimum ve minimum puanları betimsel istatistiksel yöntem kullanılarak incelenmiştir.
- Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının yaş, mezuniyet, gelir, yerleşim yeri değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin her değişken için tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA<sup>14</sup>) yapılmıştır.
- Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının çocuk sayısı, yeni doğan problemi, kurs alma ve kursu kimden aldığı değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin her değişken için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.
- Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının bebeklerin cinsiyeti değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.
- Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının bebeklerin prematüre türü, doğum ağırlığı, taburcu olma süresi, hastanede kalma süresi değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin her değişken için ANOVA yapılmıştır.
- Yapılan analizler sonucunda gruplar arasında fark çıktığında, gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek için Scheffe ve Dunnet C testleri yapılmıştır. Alanyazında belirtildiği üzere, gözlem sayılarının eşit olması zorunluluğunu gerektirmeyen Scheffe çoklu karşılaştırma istatistiği, gruplar arası belirlenen farkı ve bu farkın anlamlılık seviyesini kararlı ve I. ve II. tip hata tiplerinden maksimum arınık bir şekilde sonuçlandırabilmektedir (Miller, 1969; Scheffe, 1953; Scheffe, 1959'den aktaran Kayri ,2009). Dunnet (1955) ise sadece bir örneğin diğer örneklerle kıyaslanması durumunda, Dunnet testinin kullanılabilmesini belirtmektedir. Bu nedenle çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffe ve Dunnet C testleri tercih edilmiştir.

---

<sup>14</sup> Bu çalışmada verilen analizi için kullanılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) metinde kısaca ANOVA olarak kullanılmıştır.

## BÖLÜM 3

### BULGULAR ve TARTIŞMA

Gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişlerinde annelerin gereksinimlerini belirlemeyi amaçlayan çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın amaçları doğrultusunda HEGÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ile anne gereksinimlerine ilişkin sonuçlar verilmiştir. İstatistiksel analizlerden elde edilen bu bulgular, alanyazındaki ilgili araştırma bulguları doğrultusunda tartışılmıştır. Bulgular ve tartışmanın sunulmasında 'Amaçlar' kısmında yer alan araştırma sorularının sırası gözetilmiştir.

#### **3.1. Prematüre bebeklerin annelerinin hastaneden eve geçişte gereksinimlerini belirlemek için geliştirilmiş olan Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği (HEGÖ) geçerlik ve güvenilirliğe sahip midir?**

Bu bölümde öncelikle HEGÖ'nün çeviri çalışmaları, faktör analizleri öncesinde sayıltılar ve analizin diğer gereklilikleri, AFA, DFA ve güvenilirlik çalışmaları ele alınmıştır.

##### **3.1.1. HEGÖ'nün Çeviri Çalışmaları**

Dr. Kenner'dan alınan izinle (01.12.2015) (Ek C) HEGÖ'nün özgün dili İngilizce'den Türkçe'ye çevrilme süreci başlatılmıştır. Bu aşamada çevirmenler kaynak ve hedef dili iyi bilmeleri, ölçeğin ilgili olduğu konuyu bilmeleri ve her iki kültürde deneyim sahibi olmaları kriterleri dikkate alınarak belirlenmelidir (Savaşır, 1977). Bu çalışmada da bu kriterler dikkate alınarak çevirmenler belirlenmiştir. Bir ölçme aracı başka bir dile uyarlanmaya karar verildiğinde dil geçerliliği ile ilgili olarak şu adımlar önerilmektedir (Hall, Wilson ve Frenkenfield, 2003):

1. Kısa ve basit bir dil kullanılmalıdır.
2. İşin uzmanı ve çevrilen konuya aşina çevirmenlerden yararlanılmalıdır.
3. İki çevirmen kullanılmalıdır. Çevirmenlerden biri orjinal dili hedef dile çeviri yaparken, diğeri orjinal metnini görmeden birinci çevirmenin çevirisini orjinal dile çevirmelidir.
4. Her iki çeviri üzerinde de düzeltmeler yapacak uzman grupları kullanılmalıdır.

Alanyazında dil geçerliliğini sağlamada iki çeşit çeviri yöntemi karşımıza çıkmaktadır, bunlardan biri ileri çeviri diğeri ise geri çeviri yöntemidir. İleri çeviride ölçek, hedef dile bir ya da birkaç çevirmen tarafından çevrilmektedir. Geri çeviride ise

ölçek hedef dile çevrilir, daha sonra farklı çevirmenler hedef dilden kaynak dile geri çeviri yaparlar. İki yönteme de bakıldığında ileri çeviri yöntemi zaman ve maliyet açısından daha tasarruflu olmasına rağmen geri çeviri yönteminin kaynak dil ve hedef dil arasındaki anlamsal denkliğin doğrulanabilmesini sağladığı görülmektedir (Maneesriwongul ve Dixon, 2004). Çeviri yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yönleri göz önüne alınarak bu çalışmada geri çeviri yöntemi ile çeviri yapılmasına karar verilmiştir. İlk olarak İngilizce'den Türkçe'ye çeviriyi her iki dile de hakim beş araştırma görevlisi ayrı ayrı yapmıştır. Çevrilen versiyonlar karşılaştırılarak ölçeğin her maddesi için ortak bir karara varılmıştır. Türkçe çevirisinden sonra ölçeğin orijinalini bilmeyen, her iki dile de hakim üç kişi ölçeği Türkçe'den İngilizce'ye çevirmiştir. Geri çeviriden sonra orijinal form ile geri çevirisi yapılan formlar karşılaştırılarak ölçek maddeleri yeniden gözden geçirilmiştir. İngilizce-Türkçe ve Türkçe-İngilizce çevirileri tamamlanan ölçeğin Türkçe versiyonu araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. Dil bilgisi açısından da incelenen ölçek maddeleri, uzman görüşlerine hazır hale getirilmiştir.

HEGÖ'nün hazırlanan Türkçe formundaki maddelerin içerik olarak Türkçe'ye uygunluğuna dair alan uzmanlarının görüşleri Uzman Değerlendirme Formu (UDF) kullanılarak toplanmıştır. Uzmanlardan maddelerin Türkçe'ye uygunluğunu Likert tipi 4'lü derecelendirme ölçeğine (1=Uygun değil, 4=Çok uygun) işaretlemeleri istenmiştir. Uzmanların arzu ettiklerinde açıklama yapabilmelerine imkan vermek için her maddenin yanına boş alan ayrılmıştır. Uzmanlara isterlerse maddeler üzerinde de düzeltme yapabilecekleri belirtilmiştir. İki Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı ile dört alan uzmanı öğretim üyesi tarafından maddeler kontrol edilmiştir. Uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar arasındaki uyumu görebilmek için Kendall Uyuşum Katsayısı (W) testi uygulanmıştır ve sonuçlar Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.1.** HEGÖ'nün Türkçe Formu'ndaki Maddelerin Türkçe'ye Uygunluğuna İlişkin Uzmanların Puanlamaları Arasındaki Uyum

Uzmanlar	Ort.	Ranj	SS	Minimum	Maksimum
1	3.157	3	0.754	1	4
2	3.473	2	0.646	2	4
3	3.473	2	0.556	2	4
4	3.236	2	0.6.75	2	4
5	3.236	3	0.883	1	4
6	2.868	3	0.811	1	4

Kendall W= 0.104. *p*,0.001

Tablo 3.1'e bakıldığında altı uzmandan elde edilen puanlar arasındaki uyum .001 düzeyinde anlamlı ve  $W=0.104$  olarak saptanmıştır. Kendall W değeri 0-1 arasında olması gerektiğinden altı uzmanın puanları arasında uyum olduğu söylenebilir, bu da Türkçe'ye çevrilen ölçeğin kültürümüze uygunluğu yönünden 'bağımsız gözlemciler arası uyum' güvenilirliğinin, dil ve içerik geçerliliği ölçütlerinin sağlandığını göstermektedir (Erkuş, 2003). Uzmanların gerekli gördükleri yerde maddeler için yaptıkları düzeltmeler ve öneriler göz önüne alınarak, ölçeğin Türkçe Formu yeniden düzenlenerek son halini almıştır. Örneğin ölçekdeki maddelerin fiilleri geniş zaman halinde yazılmıştı, uzmanların önerisi üzerine konuşma diline daha yakın olması için fiiller şimdiki zaman haline çevrilmiştir, düşük cümleler düzeltilmiştir. Örneğin 'Bir hemşirenin ev ziyareti daha rahat hissetmeme yardımcı olur.' maddesi 'Bir hemşirenin ev ziyareti yapması kendimi daha rahat hissetmeme yardımcı olur.' şeklinde düzeltilmiştir. Çeviri aşamasında yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin Türkçe formunun özgün ölçek ile dilsel eşdeğerliliğinin sağlandığı kabul edilmiştir.

### ***3.1.2. Açımlayıcı Faktör Analizi Öncesinde Sayıtların İncelenmesi ve Analizin Diğer Gereklilikleri***

AFA uygulama sürecine geçmeden önce ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirebilmek için veri setinde bazı temel kavramların sorgulanması gerekmektedir. Bunlar örneklem büyüklüğü, kayıp değerler, normallik, doğrusallık, uç değerler, çoklu bağlantı ve tekilliktir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2016; Tabachnick ve Fidell, 2015).

İlk olarak örneklem büyüklüğü incelenmiştir. Alanyazındaki ilgili çalışmalara bakıldığında, faktör analizi için örneklem büyüklüğüne ilişkin farklı görüşlerin olduğu görülmektedir. Comrey ve Lee (1992) faktör analizi için örneklem sayısı olarak 50'nin çok zayıf, 100'ün zayıf, 200'ün orta, 300'ün iyi, 500'ün çok iyi ve 1000'in mükemmel olduğunu belirtmektedir. Kline (1994) faktör analizinde 200 kişilik örneklem yeterli olacağını bildirmektedir. Btyman ve Cramer (2001) ölçekte yer alan madde sayısının beş ya da 10 katı kadar örneklem büyüklüğünü önermektedir. MacCallum ve diğerleri (1999) ile Erkuş (2012) ise faktör analizi için ölçekteki madde sayısının en az beş katı olması gerektiğini ifade etmektedirler. Bu çalışmada çalışma grubunun büyüklüğü belirlenirken çalışma grubunun büyüklüğünün ölçekteki madde sayısının en az beş katı olması gerektiği kuralı göz önüne alınmıştır (Erkuş, 2012; MacCallum ve diğ., 1999). Bu kurala göre 37 maddelik HEGÖ'nün faktör analizi için en az 185 kişilik çalışma grubuna

ihtiyaç vardır. Bu durumda araştırmada açımlayıcı faktör analizi için 220 kişilik çalışma grubu büyüklüğünün yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Çalışma grubunun büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunu test etmek amacıyla Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değeri hesaplanmıştır. Çalışma grubunun faktör analizine uygunluğu için KMO değerinin 0.70'dan yüksek ve Barlett testinin anlamlı çıkması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2015). Yapılan analiz sonucu KMO değeri 0.82 bulunmuştur. KMO değeri için 0.90–1.00 arası mükemmel, 0.80–0.89 arası çok iyi, 0.70–0.79 arası iyi, 0.60–0.69 arası orta ve 0.50–0.59 arası zayıf olarak değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005). Bu değerlendirme ölçütleri açısından bakıldığında, HEGÖ'nün çalışma grubu faktör analizi yapmak için “çok iyi” düzeydedir. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediği “Barlett Küresellik Testi” ile incelenmiştir. Barlett küresellik test sonucunda,  $\chi^2$  değeri 2105.485 ( $p < 0.001$ ) olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu bulguda verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini göstermektedir (Çokluk ve diğ., 2016).

Veri setinde kayıp veri olup olmadığı incelenmiş ve kayıp veri olmadığı görülmüştür. Daha sonra çok değişkenli uç değer olup olmadığını kontrol etmek için Leverage uzaklıkları hesaplanmış ve Leverage değerlerine göre uç değer olmadığı belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi belirlemek için saçılma diyagramına bakılmış ve doğrusal ilişkilerin olduğu görülmüştür. Madde puanları arası ilişkilere yönelik hesaplanan korelasyon katsayıları incelenmiş ve 0.80'den büyük değer olmadığı, yani çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür (Çokluk ve diğ., 2016). Tüm sayıtların değerlendirilmesinden sonra AFA'ya geçilmiştir.

### ***3.1.3. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)***

HEGÖ'nün yapı geçerliğini incelemek üzere 220 kişilik çalışma grubunun verilerine AFA uygulanmıştır. AFA'da ölçeğin faktör yapısını ortaya koymak ve orjinal ölçeğin faktör yapısına uygunluğunu belirlemek için faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi, döndürme yöntemi olarak da dik döndürme yöntemlerinden varimax yöntemi seçilmiştir.

AFA'ya 37 madde ile başlanmıştır. Ancak orjinal ölçekte 4. ve 32. maddeler kontrol maddesi olarak kullanıldıkları için 32. madde analiz dışı bırakılmıştır. Böylece AFA 36 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. Döndürme uygulanmadan yapılan AFA sonucunda öz değeri 1'in üzerinde olan 10 faktör olduğu görülmüştür. Faktör sayısının belirlenmesinde kullanılan yöntemlerden biri faktörlere göre yeri belirlenen özdeğerlerin

yamaç-birikinti grafiği testidir (Cattell, 1966). Yamaç-birikinti grafiği sıralaması negatif olarak azalır, noktaların birleşimi ile oluşan doğrunun eğiminin değiştii yerlere dikkat edilir ve faktör sayısı belirlenir (Tabachnick ve Fidell, 2015). Söz konusu 10 faktör açıklanan toplam varyans tablosu ve yamaç-birikinti grafiği de incelenerek, toplam varyansa yaptıkları katkının önemi çerçevesinde değerlendirildiğinde, beş faktörden sonra katkının hem küçük hem de yaklaşık olarak aynı olduğu görölmüştür. Orjinal ölçeğin faktör yapısı da beş faktör olduğu için analizin beş faktör için tekrarlanmasına karar verilmiştir. Ayrıca bu karar, teorik yapıda beklenen faktör sayısı ile uyumlu olması açısından da anlamlı görölmüştür (Tabachnick ve Fidell, 2015)

Beş faktörlü yapı için Varimax dik döndürme yöntemi kullanılmıştır. Döndürme sonucu ortaya çıkan faktör yapıları incelendiğinde bazı maddelerin (18, 20, 31, 36) karşılanması gereken faktör yük değeri olan 0.30 (Şencan, 2005) altında olduğu görölmüştür. Dolayısıyla bu maddeler analiz dışı bırakılmıştır. Ayrıca 27. maddenin birinci faktöre 0.499 ve ikinci faktöre 0.483 faktör yük değerleriyle yüklendiği görölmüştür. Madde seçiminde maddelerin buldukları yük değerleriyle, diğer faktör yük değerleri arasındaki farkın 0.10 ve daha yukarı olmasına dikkat edilmiştir (Büyüköztürk, 2003). 27. madde benzer faktör yüküyle iki faktöre birden yüklendiği için binişik madde olarak kabul edilip analiz dışı bırakılmıştır. Bu beş madde atılarak yeniden AFA yapılmıştır. Yenilenen AFA sonucunda ölçekte öz değeri 1'den büyük olan beş faktörün olduğu görölmüştür. Bu beş faktör toplam varyansın %46.78'ini açıklamaktadır. Sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli olarak kabul edilmektedir (Scherer ve Wiebe 1988). Öz değeri 4.57 olan birinci faktörün açıkladığı varyans 14.75; öz değeri 2.72 olan ikinci faktörün açıkladığı varyans 8.77; öz değeri 2.61 olan üçüncü faktörün açıkladığı varyans 8.42; öz değeri 2.49 olan dördüncü faktörün açıkladığı varyans 8.04 ve öz değeri 2.13 olan beşinci faktörün açıkladığı varyans 6,88'dir. Açıklanan varyans miktarları, maddelerin faktör yük değerleri, madde-toplam korelasyon katsayıları ve alt %27-üst %27 t-testi sonuçları Tablo 3.2'de verilmiştir.



**Tablo 3.2.** HEGÖ'ye İlişkin AFA, Madde-Toplam Korelasyonu ve Alt %27-Üst %27 T-Testi Sonuçları

Madde No	Faktör Yük Değerleri					Madde-Toplam Korelasyonu	t (Üst%27-Alt %27)
	F1	F2	F3	F4	F5		
34	.77					0.62**	8.07**
6	.71					0.61**	8.47**
8	.66					0.54**	7.36**
1	.63					0.52**	8.33**
28	.61					0.40**	5.19**
2	.58					0.53**	8.66**
23	.57					0.42**	5.41**
22	.53					0.47**	6.37**
3	.51					0.41**	5.79**
30	.47					0.38**	4.54**
14	.46					0.54**	8.25**
12		.76				0.45**	6.88**
21		.68				0.43**	6.35**
9		.66				0.60**	10.60**
19		.57				0.56**	8.11**
10		.54				0.57**	9.19**
13		.31				0.34**	5.29**
26			.70			0.41**	6.21**
24			.67			0.27**	3.67**
4			.58			0.42**	6.38**
35			.56			0.16**	1.96
17			.52			0.46**	6.27**
25			.33			0.38**	5.01**
37				.74		0.40**	5.91**
33				.72		0.48**	7.49**
7				.61		0.47**	7.39**
15				.53		0.50**	7.24**
5					.69	0.24**	3.41**
16					.61	0.31**	4.96**
11					.61	0.29**	3.93**
29					.60	0.34**	4.18**
Öz Değer (Toplam=14.532)	4.57	2.72	2.61	2.49	2.13		
Açıklanan Varyans (%) (Toplam=46.78)	%14.75	%8.77	%8.42	%8.04	%6.8		

\*\*p<0.05

Başka kültür için hazırlanan boyutlar, uyarılmanın yapılacağı kültür için aynı boyutlarda algılanmayabilmekte ve bazen ölçekten madde atılması bile gerekebilmektedir (Erkuş, 2003). Alanyazındaki bu bilgiye dayanarak gerekli görülen beş madde ölçekten atılmış ve her bir faktöre yüklenen maddelerin ortak özellikleri ve ölçeğin orjinal yapısı göz önünde bulundurularak, faktörler yeniden adlandırılmıştır. Birinci faktör “bilgi”,

ikinci faktör “sosyal destek”, üçüncü faktör “stres”, dördüncü faktör “sağlık personeli desteği”, beşinci faktör “stresle baş etme” olarak adlandırılmıştır.

Ölçekte yer alan maddelerin kişileri ne derece ayırt ettiğini incelemek için madde toplam korelasyonları hesaplanmış ve üst %27 ile alt %27 grupların madde ortalama puanları arasındaki farkların anlamlılığı için t-testi yapılmıştır. Elde edilen analiz sonuçları Tablo 3.2’de verilmiştir. Tablo 3.2 incelendiğinde üst %27 ile alt %27’lik grupların madde ortalama puanları arasında yapılan t-testi sonuçları 1.96 ile 10.60 arasında değişmektedir ve bir madde (35.madde) hariç diğer tüm maddelerin puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. 35. maddenin faktör yük değeri 0.56’dır ve 0.30-0.59 arası yük değeri orta büyüklük olarak tanımlandığı (Büyüköztürk, 2002) için 35. madde orta büyüklükte faktör yük değerine sahip olduğundan ve bu faktör için önemli olduğundan bu maddenin ölçekte kalmasına karar verilmiştir. Buna göre maddeler için t-testi sonuçlarının anlamlı çıkması ölçekteki maddelerin güvenilirliklerinin yüksek olduğunu ve aynı davranışları ölçmeye yönelik olduklarını göstermektedir (Büyüköztürk, 2015).

Ölçekteki maddelerin madde-toplam korelasyon değerleri 0.16 ile 0.62 arasında değişmektedir ve tüm maddelere dair korelasyon değerleri 0.05 düzeyinde anlamlıdır. Madde toplam korelasyonun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir (Çokluk ve diğ., 2016).

HEGÖ’nün toplam puanı ve faktörler arasındaki korelasyon değerleri de hesaplanmış ve Tablo 3.3’de gösterilmiştir. Ölçek toplam puanı ile faktörleri arasında 0.05 düzeyinde anlamlı ve orta düzeyde (0.43-0.79) korelasyon bulunmaktadır. Ancak, alt faktörler arasındaki ilişki incelendiğinde, F1 ile F5 (0.08), F3 ile F4 (0.09)ve F4 ile F5 (0.10) faktörleri arasında çok düşük ve anlamlı olmayan bir ilişki bulunmaktadır. Faktörler arası korelasyonun düşük olması faktörlerin bağımsızlığını ve ölçtüğü faktör yapısının güçlü olduğunu ifade etmektedir. Bir faktörün altında toplanan maddelerin birbiriyle korelasyonun yüksek, faktörün ise diğer faktörler ile korelasyonun düşük olması faktörün ölçtüğü söz konusu durumu güçlü olduğu anlamına gelmektedir. İdeal olarak elde edilen korelasyon katsayısının, güvenilirlik ve/veya yakınsak geçerlik katsayılarından düşük olması beklenmektedir (Çokluk ve diğ., 2016).

**Tablo 3.3.** HEGÖ'nün Toplam Puan ve Faktörleri Arasındaki Korelasyon Değerleri

HEGÖ Faktörleri	F1	F2	F3	F4	F5	Toplam Puan
F1 (Bilgi)	-	0.47**	0.24**	0.49**	0.08	0.79**
F2 (Sosyal Destek)		-	0.31**	0.36**	0.26**	0.75**
F3 (Stres)			-	0.09	0.32**	0.58**
F4 (Sağlık Personeli Desteği)				-	0.10	0.63**
F5 (Stresle Baş Etme)					-	0.43**

### 3.1.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Öncesinde Sayıtların İncelenmesi ve Analizin Diğer Gereklilikleri

DFA uygulama sürecine geçmeden önce ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirebilmek için veri setinde bazı temel kavramların sorgulanması gerekmektedir. Bunlar örneklem büyüklüğü, kayıp değerler, normallik, doğrusallık, uç değerler, çoklu bağlantı ve tekilliktir (Çokluk ve diğ., 2016; Tabachnick ve Fidell, 2015).

Çalışma grubunun büyüklüğü belirlenirken çalışma grubunun büyüklüğünün ölçekteki madde sayısının en az beş katı olması gerektiği kuralı göz önüne alınmıştır (Erkuş, 2012; MacCallum ve diğ., 1999). Bu kurala göre 31 maddelik HEGÖ'nün faktör analizi için en az 155 kişilik çalışma grubuna ihtiyaç vardır. Dolayısıyla araştırmanın doğrulayıcı faktör analizi için kullanılan 419 kişilik çalışma grubu büyüklüğünün yeterli olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışma grubunun büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunu test etmek amacıyla KMO değeri hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucu KMO değeri 0.76 bulunmuştur. KMO değeri için HEGÖ'nün çalışma grubu faktör analizi yapmak için "iyi" düzeydedir. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediği "Barlett Küresellik Testi" ile incelenmiştir. Barlett küresellik test sonucunda,  $\chi^2$  değeri 1723.56 ( $p < 0.001$ ) olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu bulguda verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini göstermektedir (Çokluk ve diğ., 2016).

Veri setinde kayıp veri olup olmadığı incelenmiş ve kayıp veri olmadığı görülmüştür. Daha sonra çok değişkenli uç değer olup olmadığını kontrol etmek için Leverage uzaklıkları hesaplanmış ve Leverage değerlerine göre uç değer olmadığı belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi belirlemek için saçılma diyagramına bakılmış ve doğrusal ilişkilerin olduğu görülmüştür. Madde puanları arası ilişkilere yönelik hesaplanan korelasyon katsayıları incelenmiş ve 0.80'den büyük değer olmadığı, bir başka deyişle çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür (Çokluk ve diğ.,

2016). Tüm sayıtların değerlendirilmesinden sonra Doğrulayıcı Faktör Analizine geçilmiştir.

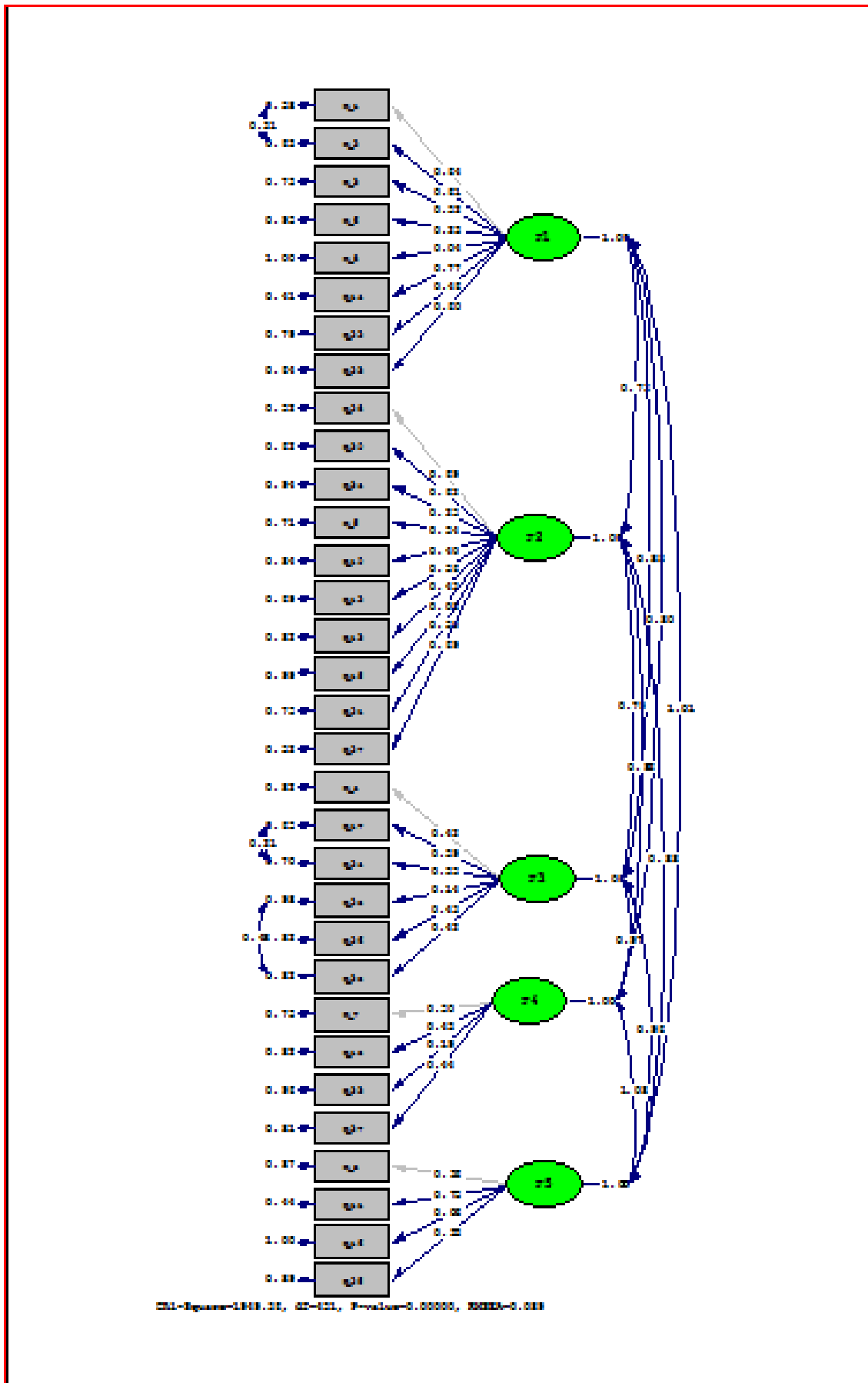
### 3.1.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

HEGÖ'nün geçerlik çalışmalarında AFA sonucunda elde edilen model göz önüne alınarak DFA ile modelin doğruluğu test edilmiştir. DFA, 419 kişilik bir çalışma grubuna uygulanmıştır. DFA'nın uygulanmasında LISREL 8.8 programı kullanılmıştır. DFA'ya beş faktör ve 31 madde ile başlanmıştır. İlk olarak maddelere ilişkin t değerleri incelenmiş ve 8, 16, 19 ve 25. maddelerin t değerlerinin manidar olmadığı, bir diğer deyişle 1.96'yı aşan t değerlerine sahip olmadığı bulunmuştur. Ayrıca bu maddelere ilişkin standartlaştırılmış çözüm (standardized solution) değerleri de incelendiğinde faktör yük değerlerinin 0.30'dan küçük olduğu ve hata varyansı değerlerinin 0.90'dan büyük olduğu görülmüştür. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra yapılan DFA sonuçlarında ise başka maddelerin t değerlerinin 1.96'dan düşük çıktığı görülmüştür. Ölçeğin teorik yapısı da incelendiğinde bu maddelerin yapıyı açıklamada önemli maddeler oldukları görülmüştür. Bu nedenle, 8, 16, 19 ve 25. maddelerin analizde tutulmasına karar verilmiştir. DFA'ya ilişkin yol analizi Şekil 3.1'de gösterilmiştir. DFA'da modelin veri setine uygunluğunu belirlemek için belirli uyum indeksleri kullanılmıştır. Bu uyum indeksleri Ki-Kare, RMSEA, CFI, NFI ve NNFI değerleridir. Bu indekslere ilişkin elde edilen değerler Tablo 3.4'te gösterilmektedir.

**Tablo 3.4.** HEGÖ'nün Uyum İndeksleri ve Uyum İndekslerinin Kabul Sınırları

Uyum İndeksleri	HEGÖ	Sınır Değerler
$\chi^2/sd$	4.32	$\leq 5$
RMSEA	0.08	$\leq 0.10$
CFI	0.87	0-1
NFI	0.84	0-1
NNFI	0.86	0-1

Tablo 3.4 incelendiğinde, model-veri uyumuna ilişkin değerlerin tamamı dikkate alındığında, kurulan modelin iyilik uyum değerlerinin ölçüt değerlerini karşıladıkları görülmüştür. Sonuçlara göre ölçeği oluşturan maddelerin örtük değişkeni ölçebildiğinin kabul edilebileceği düşünülmektedir (Çokluk ve diğ., 2016)



Şekil 3.1. HEGÖ'ye İlişkin DFA Sonuçları

### 3.1.6. Güvenirlilik Çalışması

HEGÖ'nin güvenirliliğini incelemek amacıyla iki çalışma yürütülmüştür. İlk olarak ölçek geliştirme ve kültürel uyarlama çalışmalarında güvenirliliğin saptanmasında kullanılan yöntemlerden biri olan Cronbach alfa katsayısı HEGÖ'nün iç tutarlılığını incelemek amacıyla kullanılmıştır. Elde edilen değerler Tablo 3.5'te gösterilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde ölçek faktörlerinin Cronbach alfa değerlerinin 0.61 ile 0.85 arasında olduğu ve ölçek toplamı için Cronbach alfa değerinin 0.85 olarak yüksek derecede güvenilir olduğu bulunmuştur (Alpar, 2013).

**Tablo 3.5.** HEGÖ'nün Cronbach Alfa Katsayıları

HEGÖ	Cronbach Alpha Değeri
Bilgi	0.85
Sosyal Destek	0.74
Stres	0.66
Sağlık Personeli Desteği	0.70
Stresle Baş Etme	0.61
Toplam	0.85

İkinci olarak ise 31 maddelik HEGÖ'nün güvenirliliğine testin iki yarıya bölünmesi yöntemiyle bakılmıştır. Ölçek maddeleri tek-çift madde numaralarına göre iki yarıya bölünmüştür. Analiz sonucunda Spearman-brown katsayısının 0.87 ve Guttman Split-Half değerinin ise 0.87 olduğu bulunmuştur.

HEGÖ'nün geçerlik ve güvenirlilik bulguları hep birlikte incelendiğinde, bulguların alanyazındaki bilgilerle örtüştüğü söylenebilir. İlk olarak AFA ve DFA aynı gruplar üzerinde uygulanmamıştır. Bu yöntemle doğrulanmış kehanetten kaçınılmıştır. Yapılan AFA sonucunda, orjinal ölçekle aynı sayıda faktör sayısı elde edilmiştir. Ölçek maddeleri orjinal ölçekteki maddelerle aynı şekilde dağılmadığı için faktörler yeniden isimlendirilmiştir. Faktör isimlerinin seçilmesinde seçilen isimlerin anlamlı olmasına, ifadeleri kapsayan ve bilinen bir sözcük olmasına (Çokluk ve diğ., 2016), en yüksek yük değerine sahip maddelerin dikkate alınmasına ve maddeleri grup yapan ortak özelliği belirlemeye çalışılarak (Çokluk ve diğ., 2016) araştırmacı ve danışmanı tarafından beş faktör isimlendirilmiştir. Faktörleşmeyi netleştirmek ya da faktörleri daha kolay yorumlayabilecek bir yapıya getirmek amacıyla (Alpar, 2013) faktör döndürme yöntemlerinden varimax dik döndürme yöntemi kullanılmıştır. Orjinal çalışmada da bu faktör döndürme yöntemi kullanılmıştır (Boykova ve Kenner, 2012). Varimax dik döndürme yöntemi sonrasında maddelerin faktör yük değerlerine bakılmıştır. Tabachnick ve Fidell (2015) 0.32 ve daha yüksek yüklere sahip değişkenler yorumlanır derken,

Şencan (2005) 0.30 ve üzeri olması gerektiğini söylemiştir. Alanyazındaki bu bilgiye dayanarak 0.30 altında yük değeri olan dört madde analiz dışı bırakılmıştır. Comrey ve Lee (1992) 0.71'i aşan yüklerin mükemmel olarak, 0.63'ün çok iyi olarak, 0.55'in iyi olarak, 0.45'in makul ve 0.32'nin ise zayıf olarak düşünülmesi gerektiğini önermişlerdir. Buna göre çalışmada beş madde 0.71'in üzerinde yani mükemmel, yedi madde 0.63'ün üzerinde yani çok iyi, dokuz madde 0.55'in üzerinde yani iyi, yedi madde 0.45'in üzerinde yani makul ve bir madde ise 0.32'nin üzerinde zayıf olarak düşünülebilir. Faktör yük değerleri büyüklük açısından incelendiğinde, iki madde haricinde yük değerlerini 'iyi'den 'mükemmel'e doğru nitelendirmek olanaklıdır. Ölçekteki bir madde 0.31 yük değeri almıştır ve Şencan'ın (2015) 0.30 ve üzeri uygundur ifadesine dayanılarak bu madde analiz dışı bırakılmamıştır. Binişik madde olması durumunda ölçekten madde çıkarılması kararı verilebileceğinden (Çokluk ve diğ., 2016) ölçekteki 27. madde binişik madde olduğundan analiz dışı bırakılmıştır. Madde çıkarımları sonunda yenilenen AFA sonucunda açıklanan toplam varyansın %46 olduğu bulunmuştur. Bu sonuç alanyazınla uyumaktadır. Büyüköztürk (2007) ve Tavşancıl (2005) çok faktörlü desenlerde açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olmasını yeterli olarak kabul etmektedirler. Sosyal bilimlerde de açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli görülmektedir (Scherer ve Wiebe, 1988). Orjinal ölçekte ise açıklanan toplam varyans %69 bulunmuştur (Boykova ve Kenner, 2012). Ölçek faktörleri arasındaki korelasyonlara bakıldığında ise F1-F5, F3-F4 ve F4-F5 faktörleri arasında düşük korelasyon görülmüştür. Faktörler arası korelasyonun düşük olması faktörlerin bağımsızlığını ve ölçtüğü faktör yapısının güçlü olduğunu ifade etmektedir. Bir faktörün altında toplanan maddelerin birbiriyle korelasyonun yüksek, faktörün ise diğer faktörler ile korelasyonunun düşük olması faktörün ölçtüğü söz konusu durumu güçlü olduğu anlamına gelmektedir. İdeal olarak elde edilen korelasyon katsayısının, güvenilirlik ve/veya yakınsak geçerlik katsayılarından düşük olması beklenmektedir (Çokluk ve diğ., 2016).

Doğrulayıcı faktör analizinde modelin veri setine uygunluğuna uyum indeksleri ile bakılmaktadır. Alanyazın incelendiğinde bir uyum indeksi olan  $\chi^2/sd$  oranının beşten küçük olması, model veri uyumu için ölçüt değeri olarak kabul edilmektedir (Jöreskog ve Sörbom, 1993; Marsh ve Hocevar, 1988; Sümer, 2000; Şimşek, 2007). Çalışmada  $\chi^2/sd$  oranı 4.32 bulunduğu için model veri uyumu için istenilen ölçütü sağlamaktadır. RMSEA uyum indeksi 0 ile 1 arasında değer almaktadır. RMSEA'nın 0 olması mükemmel uyuma işaret etmektedir (Çokluk ve diğ., 2016). Bununla birlikte, RMSEA değerlerinin 0.10'dan düşük çıkması, model veri uyumu için kabul edilebilir alt sınırlar olarak da verilmektedir

(Anderson ve Gerbing, 1984; Cole, 1987; Marsh ve diğ., 1988). Sümer (2000) ve Şimşek (2007) ise, RMSEA değerinin 0.08 veya altında olmasının iyi uyumu göstereceğini ifade etmektedirler. Çalışmada RMSEA değeri 0.08 bulunmuştur, dolayısıyla iyi düzeyde uyum değeri verdiği ifade edilebilir. Diğer bir uyum indeksi olan NFI ise 0 ile 1 arasında değişmektedir ve 1'e yakın olması uyumun iyi olduğunu göstermektedir. Byrne'a (1998) göre ise, NFI değerlerinin 0.90 üzerinde, olması iyi uyumu göstermektedir. Çalışmada NFI değeri 0.84 bulunmuştur. Alanyazına bakıldığında, bu değer kabul edilebilir değerler arasında olduğu ve iyi uyuma yakın olduğu söylenebilir. Uyum indekslerinden biri olan CFI örneklem büyüklüğünden daha az etkilenmektedir ve 0 ile 1 arasında değişmektedir ve 1'e yakın olması uyumun iyi olduğunu göstermektedir (Çapık, 2014; Jöreskog ve Sörbom, 1993). Byrne'a (1998) göre CFI değerlerinin 0.90 üzerinde olması iyi uyumu göstermektedir. Sümer (2000) de CFI indekslerinin 0.95'in üzerinde olmasının mükemmel uyuma, 0.90'ın üzerinde olmasının ise iyi uyuma karşılık geldiğini söylemektedir. Çalışmada CFI değeri 0.87'dir. dolayısıyla CFI değerinin de istenilen aralıkta olduğu görülmektedir. NNFI uyum indeksi ise 0 ile 1 arasında değer almaktadır ve 1'e yaklaştıkça iyi uyumu göstermektedir (Erkorkmaz, 2012). Bu çalışmadaki sonuç 1'e yakın olduğundan kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir. Byrne'a (1998) göre NNFI değerlerinin 0.90 üzerinde olması iyi uyumu göstermektedir. Sümer (2000) de NNFI indeksinin 0.95'in üzerinde olmasının mükemmel uyuma, 0.90'ın üzerinde olmasının ise iyi uyuma karşılık geldiğini belirtmektedir. Çalışmada NNFI değeri 0.86 bulunmuştur ve alanyazına göre uygun değerler aralığındadır. Model-veri uyumuna ilişkin değerlerin tamamı dikkate alındığında, kurulan modelin iyilik uyum değerlerinin ölçüt değerlerini karşıladıkları ve bu değerlerin alanyazınla örtüştüğü görülmektedir.

Bir ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için aynı testin aynı gruba iki kez uygulanmasının getireceği bazı zorluklar vardır. Örneğin bu çalışmada veriler internet üzerinden katılımla toplandığı için aynı anketi ikinci kez aynı katılımcılara uygulamak mümkün değildir. Testin bir kez uygulanması ile elde edilebilecek değişik güvenilirlik yöntemlerinden en çok kullanılanı, bir testin iki yarıya bölünmesi yöntemidir (Alpar, 2013). Bu yöntemde test maddelerinin iki eş değer yarıya bölünmesi esas olsa da her iki yarıdaki madde sayısı eşit değilse testin bütününe ilişkin Spearman-Brown katsayısı (unequal-length Spearman-Brown coefficient) bazı istatistiksel yazılımlarda çıktı olarak verilmektedir (Alpar, 2013). Bu çalışmada 31 madde olduğu için tek sayılardan oluşan birinci kısım 16 maddeden ve çift sayılardan oluşan ikinci kısım 15 maddeden oluştuğundan, bulgularda eşit olmayan uzunluk (unequal length) değeri verildiye de



analiz sonucunda eşit olan ve olmayan uzunluk (equal ve unequal length) değerleri eşit çıkmıştır (0.87).

Cronbach alfa katsayısı, çoktan seçmeli ve toplam puanlar üzerine kurulu ölçeklerin güvenilirliğinin belirlenmesinde sıklıkla tercih edilmektedir (Alpar, 2013), bu sebeple HEGÖ'nün güvenilirliğinin belirlenmesinde de tercih edilmiştir. Bu yöntemle göre iç tutarlılık katsayısı 0.00–0.40 arası ölçek güvenilir değil, 0.40–0.60 arası düşük düzeyde güvenilir, 0.60–0.80 arası oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Alpar, 2013; Özdamar, 1997). Bayram (2004) ise Cronbach alfa değerinin güvenilirlik için 0.70'in üzerinde olmasının yeterli olduğunu belirtmektedir. Güvenilirlik katsayısını gösteren Cronbach alfa değeri HEGÖ için 0.85 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin faktörlerine bakıldığında Bilgi faktörü 0.85 ile yüksek derecede güvenilir, Sosyal Destek ve Sağlık Personeli Desteği faktörleri 0.74 ve 0.70 ile güvenilir, fakat Stres ve Stresle Baş Etme faktörlerinin değerleri 0.66 ve 0.61 ile daha düşük düzeyde güvenilir olmalarına rağmen alanyazına göre uygun güvenilirlik aralığındadır. Bu iki faktörün Cronbach alfa katsayılarının 0.70'den düşük olmasının madde sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Kılıç, 2016).

Güvenirlik yöntemlerinden olan bir testin iki yarıya bölünmesi yöntemi ve Cronbach alfa katsayısı 0-1 arasında değer alabilmektedir ve bu değer bire yaklaştıkça testin güvenilirliği artmaktadır (Alpar, 2013). Çalışmada HEGÖ'nün Spearman-Brown değeri 0.87, Guttman Split-Half değeri 0.87 ve Cronbach alfa değeri 0.85 bulunmuştur, dolayısıyla bu değerler ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin diğer bir kültürdeki (Rusya) uyarlamadaki güvenilirliğine bakıldığında ise Cronbach alfa değerinin tüm ölçek ve alt ölçekler için 0.57 ve 0.74 arasında değiştiği görülmektedir (Boykova ve Kenner, 2012). Dolayısıyla güvenilirlik yöntemleri sonucu elde edilen değerler alanyazınla örtüşmektedir ve buna dayanarak HEGÖ'nün güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

### **3.2. Gelişim Geriliği Riski Altındaki Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişinde Annelerin Gereksinimleri Nelerdir?**

Bu bölümde, HEGÖ ile yapılan değerlendirme sonucunda annelerin ölçek üzerinden aldıkları puanlara ilişkin ortalama, standart sapma, ranj, minimum ve maksimum değerleri belirlenmiş ve sonuçlar Tablo 3.6'da verilmiş ve bulgular alanyazın çerçevesince tartışılmıştır.

**Tablo 3.6.** *Annelerin HEGÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Betimsel Analizler*

HEGÖ	Ort.	SS	Ranj	Minumum	Maksimum
Bilgi	44.74 (4.06)*	6.18	41	14	55
Sosyal Destek	19.41 (3.23)*	4.97	24	6	30
Stres	16.68 (2.78)*	4.34	24	6	30
Sağlık Personeli Desteği	12.19 (3.04)*	3.80	16	4	20
Stresle Baş Etme	7.84 (1.96)*	2.92	16	4	20
Ölçek Toplam	100.87	14.8	85	60	145

\*Ortalama puanın madde sayısına bölünerek elde edilen madde ortalama puanı

Annelerin HEGÖ'den alabilecekleri toplam puan 32 ile 160 arasındadır. HEGÖ'den alınan puanların artması, annelerin taburculuk sonrası daha az problem yaşadığı ve daha az gereksinim duyduğu anlamına gelmektedir. Bu çalışmada en düşük anne puanı 60 iken en yüksek anne puanı 145'tir. Annelerin tüm ölçekten aldıkları ortalama puan ise 100.87'dir.

Annelerin *bilgi* faktöründen alabilecekleri puan 11 ile 55 arasında değişebilmektedir. Tablo 3.6'ya bakıldığında, annelerin verdikleri cevaplara göre en düşük puan 14, en yüksek puan ise 55'tir. Annelerin bilgi faktöründen aldıkları ortalama puan ise 44.74'tür. Annelerin bilgi faktöründeki maddelere verdikleri cevapların yüzdesi tablo olarak verilmiştir (Bkz. Ek D). Annelerin bilgi faktöründeki puanlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Madde ortalama puanına göre annelerin en az gereksinim içinde oldukları boyut bilgi boyutudur. 'Çocuğuma nasıl bakacağımı biliyorum.' maddesine annelerin %82.4'ü katılmışken, 'Doktoru ne zaman aramam gerektiğini biliyorum.' maddesine katılım %85.2'dir. 'Çocuğumu ne ile ve ne kadar besleyeceğimi biliyorum.' maddesine annelerin %81.4'ü katılmıştır. Annelerin en yüksek katıldıkları madde %91.4 ile 'Doktorların bana söylediklerini anlayabiliyorum.', en düşük katıldıkları madde ise %70.4 ile 'Çocuğumun bakımı konusunda kendimi rahat hissediyorum.'dur. Bilgi faktöründeki maddelere katılım oranlarına bakıldığında, prematüre bebek annelerinin hastaneden eve geçiş sürecinde bilgi gereksinimlerinin çok yüksek olmadığı söylenebilir.

Alanyazın incelendiğinde, bu çalışmada olduğu gibi hastanede veya hastaneden eve geçişte ebeveyn gereksinimlerinin ölçekler ya da kontrol listeleriyle belirlendiği görülmektedir. Boykova (2008) tarafından Geçiş Ölçeği (Transition Scale) kullanarak prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişlerinde ebeveyn gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, annelerin bebek bakımı için bilgi hazırlıklarının yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Boykova'nın (2008) çalışmasında annelerin %81.3'ü 'Çocuğuma nasıl bakacağımı biliyorum.' maddesine katılmışlardır.

Annelerin %84.4'ü 'Doktoru ne zaman aramam gerektiğini biliyorum.' maddesine katılırken, %78'i 'Çocuğumu ne ile ve ne kadar besleyeceğimi biliyorum.' maddesine katılmıştır. Kabasakal (2012) tarafından YDYBÜ'de yatan prematüre bebeklerinin bakımına yönelik annelerin bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, annelerin %50'si bebek bakımı konusunda kendilerini yeterli hissettiklerini ifade etmişlerdir. Kabasakal'ın (2012) çalışmasında annelerin %77.5'inin beslenme ve %72.5'inin sağlık bakımına yönelik konularda bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Sola (2008) tarafından Aile Gereksinimleri Belirleme Aracı ile prematüre bebek annelerinin gereksinimleri değerlendirilmiş ve bilgi alma boyutundaki 11 maddenin 9'una annelerin katılım oranının (bilgi gereksiniminin) %50'nin altında olduğu görülmüştür. Sola'nın (2008) çalışmasında annelerin en çok katıldıkları madde %60.6 oranı ile 'Çocuğumun durumu hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.' maddesidir. Ward'ın (2001) YDYBÜ'deki bebeklerin ebeveynlerinin gereksinimlerini belirlemek için yaptığı çalışmada ise ebeveynler en önemli faktörlerden biri olarak bilgi ihtiyacını belirtmişlerdir. Diğer araştırma bulgularıyla Ward'ın (2001) bulgusu örtüşmemektedir. Bunun nedeni, hastaneden eve geçiş yapmış prematüre bebek annelerinin bebek bakımında yeterli bilgiye sahip olmaları için hastanede geçirdikleri sürecin yeterli olması olabilir. Ward'ın (2001) çalışmasında bebekler hala YDYBÜ'de iken Boykova'nın (2008) çalışmasında bebeklerin hastanede kalma süresi ortalama 47 gün, bu çalışmada ise ortalama 45.2 gündür. Sonuç olarak bu çalışmada olduğu gibi alanyazındaki araştırmalarda prematüre bebek annelerinin temel bebek bakımı hakkında yeterli bilgi ve beceriye sahip oldukları görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın bulgularının alanyazındaki diğer araştırma bulgularını desteklediği düşünülmektedir.

Annelerin *sosyal destek* faktöründen alabilecekleri puan 6 ile 30 arasında değişebilmektedir. Tablo 3.6'ya bakıldığında, annelerin verdikleri cevaplara göre en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur. Annelerin sosyal destek faktöründen aldıkları ortalama puan ise 19.41'dir. Annelerin sosyal destek faktöründeki maddelere verdikleri cevapların yüzdesi tablo olarak verilmiştir (Bkz. Ek E). Annelerin %60.7'si 'Çocuğumun bakım sorumluluğunu paylaşacağım biri var.' maddesine katılmaktadır. 'Kendimi tamamen yalnız hissediyorum.' maddesine annelerin %56.8'i katılmazken 'Eşim ve ben kendimize zaman ayırıyoruz.' maddesine katılım %31.5'tir. Annelerin en çok katıldıkları madde %71.8 ile 'Birlikte yaşadığım insanlar bana destek oluyor.' maddesidir. Annelerin en az katıldıkları madde %23.2 ile 'Her gün kendime zaman ayırıyorum.' maddesidir. Sosyal destek faktöründeki maddelere katılım oranlarına bakıldığında prematüre bebek

annelerinin hastaneden eve geçiş sürecinde özellikle kişisel zaman ve eşleriyle zaman geçirme gereksinimleri olduğunu söylenebilir.

Boykova'nın (2008) çalışmasının sonuçlarına bakıldığında, annelerin %93.7'si 'Birlikte yaşadığım insanlar bana destek oluyor.' maddesine katılırken %81.3'ü 'Çocuğumun bakım sorumluluğunu paylaşacağım biri var.' maddesine katılmışlardır ve annelerin %93.8'inin yalnız hissetmedikleri bulunmuştur. 'Eşim ve ben kendimize zaman ayırıyoruz.' maddesine ise annelerin katılım oranı %50'dir. Kabasakal (2012) çalışmasında ise ebeveynlerinin %81.3'ü prematüre bebeğe sahip diğer ebeveynlerle konuşma gereksinimleri olduğu sonucuna ulaşmıştır. Sola'nın (2008) çalışmasında ise annelerin %27.9'unun konuşabilecek daha fazla arkadaş gereksinimi içinde oldukları bulunmuştur. Sola'nın (2008) çalışmasında 'Kendime ayırabilecek daha fazla zaman gereksinimi duyuyorum.' maddesine prematüre annelerinin %53.8'i katılmışlardır ve annelerin maddelere verdikleri cevaplara bakıldığında sosyal destek gereksinimleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Davis, Longsdon ve Birkmer'in (1996) çalışma sonuçlarında anneler sosyal destekte açıklar olduğunu ve taburculuk sonrası desteğin önemini vurgulamışlardır. Boykova (2016) hastaneden eve geçişte prematüre bebek annelerinin gereksinimlerini belirlemek amacıyla 11 açık uçlu soru kullanarak yaptığı çalışma sonucunda, anneler bebeklerinin ev dışında sağlık riskleri olduğunu düşündüklerinden bebeklerini korumak için kendilerini sosyal etkinliklerden kısıtladıkları için sosyal izolasyonda olduklarını hissettikleri bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine Ward (2001) YDYBÜ'deki bebeklerin ebeveynleri ile yaptığı çalışmada, ebeveynlerin en az ihtiyaç duydukları destek (support) olduğunu belirtmiştir. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın nedeni, YDYBÜ'de bebeği yatan annelerin bebeklerinin özel durumlarını açıklamada güçlük çekmeleri ve diğer insanlarla konuşmaktan kaçınmaları olabilir. Sonuç olarak, bu çalışmada olduğu gibi alanyazındaki araştırmalar prematüre bebek annelerinin sosyal destek alanında kişisel zamana ve eşleriyle zaman geçirmeye gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın bulgularının alanyazındaki diğer araştırma bulgularını desteklediği düşünülmektedir.

Annelerin *stres* faktöründen alabilecekleri puan 6 ile 30 arasında değişebilmektedir. Tablo 3.6'ya bakıldığında, annelerin verdikleri cevaplara göre en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur. Annelerin stres faktöründen aldıkları ortalama puan ise 16.68'dir. Annelerin stres faktöründeki maddelere verdikleri cevapların yüzdesi tablo olarak verilmiştir (Bkz. Ek F). Ebeveynler çocuklarını hastaneden eve

getirdiklerinde hem olumlu hem de olumsuz duygular yaşarlar, çünkü yüksek seviyede kontrol altında tutulan bebeklerini daha az kontrollü olan eve getirmişlerdir. Mutluluk duygusuna, korku ve düşük özgüven de eşlik etmektedir. Çalışmada annelerin %77.3'ü 'Çocuğumun hayatını kaybetmesinden korkuyorum.' maddesine, %51.5'i 'Yanlış bir şey yapacağımdan ve hastalanacağımdan korkuyorum.' maddesine katılmışlardır. Aslında bu sonuç annelerin anlık durum dışında gelecek kaygılarının da olduğunu göstermektedir. Annelerin %46.1'i 'Çocuğum hakkında endişelendiğim için gece uyumakta zorlanıyorum.' maddesine katılmışlardır. Çalışmada annelerin %87.8 oranı ile en çok katıldıkları madde 'Çocuğumun hastalanmasından korkuyorum.' iken en az katıldıkları 'Çocuğumun sağlığını kontrol edemem.' maddesidir. Stres faktöründeki maddelere katılım oranlarına bakıldığında prematüre bebek annelerinin hastaneden eve geçiş sürecinde özellikle bebeklerinin hastalık ve ölüm risklerinden dolayı kaygılı oldukları görülmektedir.

Sarapat, Fongkaew, Jintrawet, Mesukko ve Ray (2017) çalışmalarında hastanedeki prematüre bebek ebeveynlerinin bebeklerinin ölmesinden korktuklarını belirtmişlerdir. Kenner'ın (2006) çalışmasında anneler özellikle hastaneden eve geçişten sonra bebeklerinin ölebileceğinden korktuklarını ifade etmişlerdir. Boykova'nın (2016) çalışmasında anneler en büyük korkularının bebeklerinin yeniden hastalanması veya başlarına kötü bir şey gelmesi olduğunu belirtmişlerdir. Çelen ve Arslan'ın (2017) çalışmasında da ebeveynler hastaneden eve geçince bebeklerini kaybetme korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. İngiltere, ABD ve Kanada'daki çalışmalar hasta bebeklerin annelerinin bebeklerinin ölüm korkusu yüzünden üzüntü içinde olduklarını, bunun yanı sıra savunmasız ve zayıf bebeklerinin yeniden hastalanacağından korktuklarını göstermektedir (Kenner ve Lott, 1990; McHaffie, 1990; McKim 1993; Rajan ve Oakley, 1990). Arzani (2015) prematüre bebek anneleriyle yaptığı görüşmeler sonucunda iştahsızlıktan, özbakım yetersizliğinden ve prematüre bebeğe bakımın güçlüğünden annelerin dinlenmeye ve yeterli uykuya vakitleri olmadığını ve dolayısıyla annelerde somatik semptom bozukluğu oluştuğunu rapor etmiştir. Holditch-Davis ve Miles (2000) prematüre bebek ebeveynleri ile hastaneden taburcu olduktan altı ay sonra görüşme yaptıklarında, ebeveynlerin şu ana ilişkin zorluklara dair endişeleri olduğu gibi geleceğin ne getireceğinden de korktuklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak, bu çalışmada olduğu gibi alanyazındaki araştırmalarda da prematüre bebek annelerinin bebeklerinin hastalık ve ölüm risklerinden dolayı kaygılı oldukları görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın bulgularının alanyazındaki diğer araştırma bulgularını desteklediği düşünülmektedir.

Annelerin *sağlık personeli desteği* faktöründen alabilecekleri puan 4 ile 20 arasında değişebilmektedir. Tablo 3.6'ya bakıldığında, annelerin verdikleri cevaplara göre en düşük puan 4, en yüksek puan ise 20'dir. Annelerin sağlık personeli desteği faktöründen aldıkları ortalama puan ise 12.19'dur. Annelerin sağlık personeli desteği faktöründeki maddelere verdikleri cevapların yüzdesi tablo olarak verilmiştir (Bkz. Ek G). Hastaneden taburcu olurken ebeveynler sağlık personeli desteği olmadan bütün sorumluluğu almakta ve bebeklerini kaybetme korkusu duyabilmekte (Affleck ve Tennen, 1991; Tracey, 2000), bu nedenle de anneler doğru şeyi yapabilmek adına sağlık personelinin onayını istemektedirler (Kenner ve Lott,1990). Çalışmada annelerin %80.2'si 'Çocuk bakımındaki problemlerim hakkında çocuğumun doktoruna sorarken kendimi rahat hissediyorum.' maddesine katılmışlardır ve annelerin %89'u doktorlardan, %57.8'i hemşirelerden bilgi aldıklarını belirtmiştir. Anneler 'Hemşireler bana kendimi nasıl hissettiğimi sordular.' maddesine %36.3 oranında, 'Hemşireler bana destek oluyor.' maddesine ise %40.7 oranında katılmışlardır. Annelerin sağlık personeli desteği faktöründeki maddelere verdikleri yanıtlara bakılacak olursa genel olarak sağlık personeli desteği gereksinimlerinin fazla olmadığı, fakat hemşireler ile iletişim konusunda ve hemşirelerin desteğine gereksinimleri olduğu söylenebilir.

Galeano, Marín ve Semenec (2017) yeni doğan ünitesinden taburcu olan prematüre bebek ebeveynlerinin deneyimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, anne ve babalar taburculuk sürecinde hastane çalışanlarıyla iletişimin önemini vurgulamışlar, ayrıca eve geçtikten sonra hemşirelerle telefon görüşmelerinin bu süreci kolaylaştıran bir etmen olduğunu belirtmişlerdir. Steyn, Poggenpoel ve Myburgh (2017) yoğun bakım ünitesindeki prematüre bebek ebeveynlerinin yaşadıkları deneyimleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin hemşire davranışlarıyla ilgili deneyimlerinin hemşirelerle aralarındaki ilişkilerde önemli rol oynadığı, ebeveynlerin sağlık personellerinden ve hemşirelerden bu süreçte kendilerini cesaretlendirmelerini umdukları ve bebekleri yoğun bakım ünitesinden taburcu edildikten sonra bile hemşireleri en büyük destek kaynağı olarak gördükleri sonucuna ulaşmışlardır. Kabasakal (2012) çalışmasında annelerin %87.5'i doktordan günlük bilgi almayı çok önemli bulduklarını ifade etmişler ve anneler %76.3'le ikinci sırada hemşirelerden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Çekin'in (2014) YDYBÜ'de prematüre bebeği bulunan ebeveynlerin stres düzeyi ve baş etme yöntemlerini belirlemek için yaptığı çalışmada, annelerin %68'inin her gün doktorlar ile görüşmek istediğini, %72.8'inin ise hemşireler ile konuşmak istediğini belirtmiştir. Çekin'in (2014) çalışmasında annelerin %25.2'si ihtiyaçları

olduğunda hemşire ile konuşmalarının streslerini azaltacağını ifade etmişlerdir. Aliabadi ve diğerlerinin (2014) YDYBÜ’de kalmış prematüre bebeklerin ebeveynlerinin duygusal destek ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda, ebeveynler sağlık ekibinin empatisine ihtiyaç duyduklarını, çalışanlardan uygun yanıt alma ihtiyaçlarını ve sorularına cevap alamadıklarında endişe ve korkularının artabildiğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak, bu çalışmada olduğu gibi alanyazındaki araştırmalarda da prematüre bebek annelerinin hemşirelerin desteğine gereksinimleri olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın bulgularının alanyazındaki diğer araştırma bulgularını desteklediği düşünülmektedir.

Annelerin *stresle baş etme* faktöründen alabilecekleri puan 4 ile 20 arasında değişebilmektedir. Tablo 3.6’ya bakıldığında, annelerin verdikleri cevaplara göre en düşük puan 4, en yüksek puan ise 20’dir. Annelerin stresle baş etme faktöründen aldıkları ortalama puan ise 7.84’dir. Annelerin stresle baş etme faktöründeki maddelere verdikleri cevapların yüzdesi tablo olarak verilmiştir (Bkz. Ek H). Madde ortalama puanına göre annelerin en çok gereksinim içinde oldukları boyut stresle baş etme boyutudur. Prematüre bebek anneleri zamanında doğan bebek annelerine göre daha streslidirler ve bunun sonucu olarak stresle baş etme yolları için daha fazla destek almaları gerekmektedir. Annelerin bilgi gereksinimlerini belirlemek ve bunları gidermek annenin stresle baş etmesini kolaylaştıracaktır, çünkü anneler kendi durumlarını kontrol altına alıp, annelik becerilerine dair güven kazandıklarında stres seviyeleri düşmektedir (Flandermeyer ve diğ., 1992, Kenner ve diğ., 1992; McKim 1993). Bu çalışmada da annelerin %81.7’si ‘Çocuğumun davranışları hakkında daha fazla bilgi istiyorum.’ maddesine katılmışlardır ve ‘Çocuğumun sağlığını nasıl koruyacağıma ilişkin daha fazla bilgi istiyorum.’ maddesine katılım %86.1’dir. Çalışmada annelerin %62.5’i ‘Çocuğumu bir başkasına bırakırken kendimi suçlu hissediyorum.’ maddesine katılırken, ‘Çocuğumu bakıcıyla bırakmaya korkuyorum.’ maddesine annelerin %75.9’u katılmışlardır. Annelerin stresle baş etme faktöründeki maddelere verdikleri yanıtlara bakılacak olursa genel olarak çocuk davranışlarını anlayamadıkları, çocuklarını sağlıklı tutma konusunda kendilerini yeterli hissetmedikleri ve dolayısıyla çocuklarından ayrılırken korku ve suçluluk duygusu içinde oldukları görülmektedir.

Boykova’nın (2008) çalışmasında da annelerin %62.5’i bebek davranışları hakkında bilgi istemişlerdir. McKim (1993) ile Kenner’in (1988) çalışmalarında da anneler bebek davranışları hakkında bilgi istemişlerdir. Sola’nın (2008) çalışmasında prematüre bebek annelerinin %43’ü ‘Çocuğumun davranışlarını nasıl kontrol

edebileceğim hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorum.’ maddesine katılmışlardır. Annelerin bebeklerinin sağlığı ve davranışları konusunda daha fazla bilgi sahibi olmalarının onların stresle baş etmelerine yardımcı olduğu düşünülebilir. Annenin bebek bakımıyla ilgili kendine güveni dışında aile ve arkadaşların anneye yardım konusundaki özgüvensizlikleri de annede strese sebep olabilmektedir (McKim, 1993). Sonuç olarak, bu çalışmada olduğu gibi alanyazındaki araştırmalar prematüre bebek annelerinin çocuk davranışlarını anlama ve çocuk sağlığı konusunda yeterli olmadıkları görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın bulgularının alanyazındaki diğer araştırma bulgularını desteklediği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, annelerin HEGÖ’den aldıkları toplam puanlar 60-145 arasında değişmektedir. Ölçek alt faktör puanlarına bakıldığında ise annelerin en az gereksinim duydukları boyutun ‘bilgi’, en fazla gereksinim duydukları boyutun ise ‘stresle baş etme’ olduğu görülmüştür.

### **3.3. Gelişim Geriliği Riski Altındaki Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişinde Annelerin Gereksinimleri Anneye İlişkin Değişkenlere Göre Farklılaşmakta mıdır?**

Bu bölümde, annelerin HEGÖ’den aldıkları toplam puan ve faktör puanlarının annelerin demografik değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Analizler, annelerin yaşına (Tablo 3.7), mezuniyetine (Tablo 3.8), gelirine (Tablo 3.9), yerleşim yerine (Tablo 3.10), çocuk sayısına (Tablo 3.11), yeni doğan problemlerine (Tablo 3.12), kurs alma durumuna (Tablo 3.13) ve kurs aldığı kişiye (Tablo 3.14) ilişkin olarak yapılmış, bulgular aşağıda verilerek alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

#### **3.3.1. Annelerin Yaşı**

Anneler yaşlarına göre dört gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; 25 yaş ve altı, 26-29 yaş arası, 30-33 yaş arası ve 34 yaş ve üzeridir. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.7’de verilmiştir.

Tablo 3.7’de görüldüğü gibi, Bilgi, Stres ve Sağlık Personeli Desteği faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının annelerin yaşına göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür. Sosyal Destek faktörü puanlarında annelerin yaşına göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Yaş grupları arasındaki farklılığın hangi yaş



aralıklarında olduğunu belirlemek için yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, 26-29 yaş aralığındaki anneler ile 30-33 yaş aralığındaki annelerin puanları arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 26-29 yaş aralığındaki annelerin “Sosyal Destek” faktörü puanlarının ortalaması 20.17 iken 30-33 yaş aralığındaki annelerin puanlarının ortalaması 18.20’dir. Stresle Baş Etme faktörü puanlarında da annelerin yaşına göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Yaş grupları arasındaki farklılığın hangi yaş aralıklarında olduğunu belirlemek için yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, 25 yaş ve altındaki anneler ile 34 yaş ve üzeri annelerin puanları arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 25 yaş altındaki annelerin “Stresle Baş Etme” faktörü puanlarının ortalaması 7.15 iken 34 yaş ve üzerindeki annelerin puanlarının ortalaması 8.63’dür. Sonuç olarak 30-33 yaş aralığındaki annelerin sosyal destek gereksinimi 26-29 yaş aralığındaki annelere göre daha fazladır. 25 yaş altındaki annelerin stresle baş etme gereksinimi ise 34 yaş ve üzerindeki annelere göre daha fazladır.

**Tablo 3.7.** *Annelerin Yaşına Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Toplam Puanı ANOVA Sonuçları*

HEGÖ	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi	Gruplararası	171.93	3	57.31	1.50	0.21	
	Gruplariçi	15835.74	415	38.15			
	Toplam	16007.67	418				
Sosyal Destek	Gruplararası	275.65	3	91.88	3.78	0.01*	26-29 ile 30-33 arasında
	Gruplariçi	10087.91	415	24.30			
	Toplam	10363.57	418				
Stres	Gruplararası	58.02	3	19.34	1.02	0.38	
	Gruplariçi	7820.39	415	18.84			
	Toplam	7878.41	418				
Sağlık Personeli Desteği	Gruplararası	19.79	3	6.59	0.45	0.71	
	Gruplariçi	6019.68	415	14.50			
	Toplam	6039.48	418				
Stresle Baş Etme	Gruplararası	98.84	3	31.61	3.75	0.01*	25 ve altı ile 34 ve üstü arasında
	Gruplariçi	3490.12	415	8.41			
	Toplam	3584.96	418				
Ölçek Toplam	Gruplararası	845.70	3	281.90	1.28	0.28	
	Gruplariçi	91238.81	415	219.85			
	Toplam	92084.51	418				

\*p<0.05

### 3.3.2. Annelerin Mezuniyeti

Anneler mezuniyet durumlarına göre altı gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; okur yazar değil, ilköğretim, lise, önlisans, lisans ve lisansüstüdür. Annelerin aldıkları ölçek

toplam puanının ve faktör puanlarının mezuniyet değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.8’de verilmiştir.

Tablo 3.8’de görüldüğü gibi Bilgi, Sosyal Destek, Stres, Sağlık Personeli Desteği ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının annelerin mezuniyet durumlarına göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür.

**Tablo 3.8.** *Annelerin Mezuniyetine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları*

HEGÖ	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Bilgi	Gruplararası	65.31	4	16.32	0.42	0.79
	Gruplariçi	15942.35	414	38.50		
	Toplam	16007.67	418			
Sosyal Destek	Gruplararası	65.35	4	16.33	0.65	0.62
	Gruplariçi	10298.21	414	24.87		
	Toplam	10363.57	418			
Stres	Gruplararası	35.68	4	8.92	0.47	0.75
	Gruplariçi	7842.72	414	18.94		
	Toplam	7878.41	418			
Sağlık Personeli Desteği	Gruplararası	75.10	4	18.77	1.30	0.26
	Gruplariçi	5964.37	414	14.40		
	Toplam	6039.48	418			
Stresle Baş Etme	Gruplararası	60.33	4	15.08	1.77	0.13
	Gruplariçi	3524.62	414	8.51		
	Toplam	3584.96	418			
Ölçek Toplam	Gruplararası	179.73	4	44.93	0.20	0.93
	Gruplariçi	91904.77	414	221.99		
	Toplam	92084.52	418			

\*p<0.05

### 3.3.3. Annelerin Gelir Düzeyi

Anneler ailenin aylık gelir düzeyine göre dört gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; 2000 TL ve altı, 2001-4000 TL arası, 4001-6000 TL arası ve 6001 TL ve üzeridir. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının gelir değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.9’da verilmiştir.

Tablo 3.9’daki bulgulara bakıldığında Bilgi, Sosyal Destek, Stres, Sağlık Personeli Desteği ve ölçek toplam puanlarının annelerin gelir düzeyine göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür. Stresle Baş Etme faktörü puanlarının ise gelir düzeylerine göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmüştür. ANOVA sonucunun anlamlı çıkması sonucunda yapılan Scheffe testine göre 2000 TL ve altı gelir düzeyine sahip

annelerin diğer gruplar ile aralarında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. 2000 TL ve altı gelir düzeyine sahip annelerin puanlarının ortalaması 6.99; gelir düzeyi 2001-4000 TL arasında olan annelerin faktör puanı 8.03; 4001-6000 TL arasında gelir düzeyine sahip annelerin faktör puan ortalaması 8.21 ve son olarak 6001 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip annelerin puan ortalaması ise 8.49'dur. Sonuç olarak gelir düzeyi arttıkça annelerin strese baş etmesi kolaylaşmaktadır.

**Tablo 3.9.** *Annelerin Gelir Düzeyine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları*

HEGÖ	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi	Gruplararası	69.66	3	23.22	0.60	0.61	
	Gruplariçi	1577.47	411	38.37			
	Toplam	15842.13	414				
Sosyal Destek	Gruplararası	115.96	3	38.65	1.56	0.19	
	Gruplariçi	10152.91	411	24.7			
	Toplam	10268.88	414				
Stres	Gruplararası	32.81	3	10.93	0.58	0.62	
	Gruplariçi	7737.95	411	18.82			
	Toplam	7770.77	414				
Sağlık Personeli Desteği	Gruplararası	38.75	3	12.92	0.89	0.44	
	Gruplariçi	5937.64	411	14.44			
	Toplam	5976.4	414				
Stresle Baş Etme	Gruplararası	129.02	3	43	5.41	0.00*	2000 TL ve altı ile diğer üç grup arasında
	Gruplariçi	3433	411	8.35			
	Toplam	3562.03	414				
Ölçek Toplam	Gruplararası	1030.16	3	343.38	1.56	0.19	
	Gruplariçi	90128.02	411	219.29			
	Toplam	91158.18	414				

\*p<0.05

### 3.3.4. Annelerin Yerleşim Yeri

Anneler yerleşim yerlerine göre üç gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; ilçe ve altı, şehir ve büyükşehirdir. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının yerleşim yeri değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.10' da verilmiştir.

Tablo 3.10'da görüldüğü gibi, Bilgi, Sosyal Destek, Stres, Sağlık Personeli Desteği ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının annelerin yerleşim yerlerine göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür.

**Tablo 3.10.** *Annelerin Yerleşim Yerine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları*

HEGÖ	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	P
Bilgi	Gruplararası	220.2	2	110.1	2.9	0.06
	Gruplariçi	15787.46	416	37.95		
	Toplam	16007.76	418			
Sosyal Destek	Gruplararası	95.02	2	47.51	1.92	0.14
	Gruplariçi	10268.54	416	24.68		
	Toplam	10363.57	418			
Stres	Gruplararası	5.61	2	2.8	0.14	0.86
	Gruplariçi	7872.8	416	18.92		
	Toplam	7878.41	418			
Sağlık Personeli Desteği	Gruplararası	31.91	2	15.95	1.1	0.33
	Gruplariçi	6007.56	416	14.44		
	Toplam	6039.48	418			
Stresle Baş Etme	Gruplararası	15.15	2	7.57	0.88	0.41
	Gruplariçi	3569.81	416	8.58		
	Toplam	3584.96	418			
Ölçek Toplam	Gruplararası	1007.88	2	503.94	2.3	0.10
	Gruplariçi	91076.63	416	218.93		
	Toplam	92084.51	418			

\*p<0.05

### 3.3.5. Annelerin Çocuk Sayısı

Anneler çocuk sayısına göre iki gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; ‘1 çocuk’ ve ‘2 çocuk ve üzeri’. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının çocuk sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ilişkin bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır ve bulgular Tablo 3.11’de verilmiştir.

Tablo 3.11’deki bulgulara göre, Bilgi ve Sosyal Destek faktör puanlarının çocuk sayısına göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür. Stres faktörü puanlarının ise çocuk sayısına göre anlamlı bir şekilde değişiklik gösterdiği bulunmuştur. İki ve üzeri çocuğa sahip olanların Stres faktörü puanı ortalaması 17.31 iken, 1 çocuğu sahip olanların ortalaması 16.35’tir. Sağlık Personeli Desteği faktörü puanlarının da çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir şekilde değişiklik gösterdiği bulunmuştur. İki ve üzeri çocuk sahip olanların Sağlık Personeli Desteği faktörü puanlarının ortalaması 13.03 iken 1 çocuğa sahip olanların ortalaması, 11.73’tür. Stesle Baş Etme faktörü puanlarının da çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir şekilde değişiklik gösterdiği bulunmuştur. İki ve üzeri çocuk sahip olanların Stesle Baş Etme faktörü puanlarının ortalaması 8.55 iken, 1 çocuğa sahip olanların ortalaması, 7.45’tir. Ölçek toplam puanlarında da çocuk sayısına

göre anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. İki ve üzeri çocuk sahibi olanların toplam puanlarının ortalaması 103.80 iken 1 çocuk sahibi olanların ortalaması 99.30'dur. Sonuç olarak tek çocuklu annelerin stres, sağlık personeli desteği ve stresle baş etme gereksinimlerinin daha fazla olduğu bunun yanı sıra ölçek toplam puanlarına bakıldığında da tek çocuğu olan annelerin ölçekten aldıkları puanın daha düşük olduğu, bir başka deyişle daha fazla gereksinim içinde oldukları söylenebilir.

**Tablo 3.11.** *Annelerin Çocuk Sayısına Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları*

HEGÖ	Çocuk Sayısı	n	Ort.	SS	sd	t	P
Bilgi	2 ve üzeri	146	45.53	5.61	417	1.89	0.06
	1	273	44.33	6.44			
Sosyal Destek	2 ve üzeri	146	19.38	4.59	417	-0.10	0.91
	1	273	19.43	5.18			
Stres	2 ve üzeri	146	17.31	4.17	417	2.15	0.03*
	1	273	16.35	4.4			
Sağlık Personeli Desteği	2 ve üzeri	146	13.03	3.73	417	3.38	0.00*
	1	273	11.73	3.76			
Stresle Baş Etme	2 ve üzeri	146	8.55	2.80	417	3.72	0.00*
	1	273	7.45	2.92			
Ölçek Toplam	2 ve üzeri	146	103.8	13.62	417	2.99	0.00*
	1	273	99.3	15.24			

\*p<0.05

### 3.3.6. Annelerin Yeni Doğan Problemi Yaşama Durumları

Anneler prematüre bebek sahibi olmadan önceki gebeliklerinde yeni doğan problemi yaşayıp yaşamama durumlarına göre iki gruba ayrılmaktadırlar. Bu gruplar; önceki gebeliklerde yeni doğan problemi yaşayanlar ve yaşamayanlardır. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının yeni doğan problemin yaşamaya göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ilişkin bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.12'de verilmiştir.

Tablo 3.12'deki bulgulara göre, Bilgi, Sosyal Destek, Stres, Sağlık Personeli Desteği ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının annelerin yeni doğan problemlerine göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür.

**Tablo 3.12.** *Annelerin Yeni Doğan Problemi Yaşama Durumlarına Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları*

HEGÖ	Yeni Doğan Problemi	n	Ort.	SS	sd	T	P
Bilgi	Evet	125	44.93	6.66	417	0.39	0.69
	Hayır	294	44.67	5.98			
Sosyal Destek	Evet	125	19.14	4.71	417	-0.72	0.47
	Hayır	294	19.53	5.09			
Stres	Evet	125	16.74	4.37	417	0.15	0.87
	Hayır	294	16.66	4.33			
Sağlık Personeli Desteği	Evet	125	12.71	3.78	417	1.85	0.06
	Hayır	294	11.96	3.79			
Stresle Baş Etme	Evet	125	8.14	3.08	417	1.39	0.16
	Hayır	294	7.71	2.85			
Ölçek Toplam	Evet	125	101.66	14.41	417	0.71	0.47
	Hayır	294	100.53	15.03			

\*p<0.05

### 3.3.7. Annelerin Kurs Alma Durumu

Anneler doğum sonrası prematüre bebek bakımına ilişkin hastanede kurs alma durumuna göre iki gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; kurs alan ve almayanlardır. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının kurs almaya göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ilişkin bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.13'te verilmiştir.

Tablo 3.13'deki bulgulara göre, Stres ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının annelerin kurs alma durumlarına göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür. Bilgi faktörünün kurs alma değişkenine göre anlamlı bir şekilde değiştiği sonucu bulunmuştur. Buna göre kurs alan annelerin Bilgi faktörü puanlarının ortalaması 45.83 iken almayanların ortalaması ise 43.51'dir. Sosyal Destek faktörü puanlarının da kurs alma değişkenine göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmüştür. Kurs alan annelerin Sosyal Destek faktörü puanlarının ortalaması 20.13 iken, kurs almayan annelerin puan ortalaması 18.60'dır. Sağlık Personeli Desteği faktörü puanlarının da kurs alma değişkenine göre anlamlı bir şekilde değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Kurs alan annelerin Sağlık Personeli Desteği faktörü puanlarının ortalaması 13.71 iken kurs almayan annelerin ortalaması, 10.45'dir. Ölçek toplam puanlarında da kurs alma durumuna göre anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Kurs alanların toplam puanlarının ortalaması 104.60 iken kurs almayanların ortalaması 96.62'dir. Sonuç olarak kurs almayan annelerin bilgi, sosyal destek ve sağlık personeli desteği gereksinimlerinin kurs alan annelere göre daha fazla

olduğu görülmüştür. Ölçek toplam puanlarına bakıldığında da kurs almayan annelerin toplam puanı daha düşüktür, bu da kurs almayan annelerin gereksinimlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3.13.** *Annelerin Kurs Alma Durumuna Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları*

HEGÖ	Kurs Alma Durumu	n	Ort.	SS	sd	T	p
Bilgi	Evet	223	45.83	5.89	417	3.89	0.00*
	Hayır	196	43.51	6.29			
Sosyal Destek	Evet	223	20.13	4.89	417	3.15	0.00*
	Hayır	196	18.60	4.97			
Stres	Evet	223	16.95	4.05	417	1.33	0.18
	Hayır	196	16.38	4.63			
Sağlık Personeli Desteği	Evet	223	13.71	3.71	417	9.66	0.00*
	Hayır	196	10.45	3.10			
Stresle Baş Etme	Evet	223	7.99	2.86	417	1.11	0.26
	Hayır	196	7.67	3.00			
Ölçek Toplam	Evet	223	104.6	14.41	417	5.96	0.00*
	Hayır	196	96.62	14.19			

\*p<0.05

### 3.3.8. Annelerin Kurs Aldığı Kişi

Doğum sonrası kurs alan anneler kursu kimden aldıklarına göre dört gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; çocuk doktoru, hemşire, ebe ve diğer. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının kursu kimden aldıklarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ilişkin bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.14'te verilmiştir.

Tablo 3.14'deki bulgulara göre Bilgi, Sosyal Destek, Stres, Sağlık Personeli Desteği ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının annelerin kurs aldıkları kişiye göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür.

**Tablo 3.14.** *Annelerin Kurs Aldığı Kişiye Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları*

HEGÖ	Kurs Alınan Kişi	n	Ort	SS	sd	t	p
Bilgi	Hemşire	174	45.57	5.78	222	-1.22	0.22
	Diğer	50	46.72	6.15			
Sosyal Destek	Hemşire	174	19.78	4.96	222	-1.60	0.11
	Diğer	50	21.04	4.75			
Stres	Hemşire	174	16.71	3.97	222	-1.28	0.20
	Diğer	50	17.54	4.28			
Sağlık Personeli Desteği	Hemşire	174	13.51	3.61	222	-1.60	0.11
	Diğer	50	14.46	3.99			
Stresle Baş Etme	Hemşire	174	8.18	2.93	222	1.73	0.08
	Diğer	50	7.38	2.67			
Ölçek Toplam	Hemşire	174	103.74	14.18	222	-1.46	0.14
	Diğer	50	107.14	15.38			

\*p<0.05

Alanyazın incelendiğinde prematüre bebek annelerinin gereksinimleri ile anne özellikleri arasındaki ilişkiye bakan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çalışmanın bulgularının, anne gereksinimleri konusunda yapılan diğer araştırmaların bulgularıyla paralellik gösterdiğini söylemek mümkündür. Genel olarak bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, ölçek toplam puanı ile yaş değişkeni arasında anlamlı fark bulunmamıştır, fakat ölçeğin sosyal destek ve stresle baş etme faktörleriyle anlamlı fark bulunmuştur. 30-33 yaş aralığındaki annelerin sosyal destek gereksinimi 26-29 yaş aralığındaki annelere göre daha fazladır. 25 yaş altındaki annelerin stresle baş etme gereksinimi ise 34 yaş ve üzerindeki annelere göre daha fazladır. Alanyazındaki çalışmalar prematüre bebek annelerinin gereksinimlerinin yaşa göre farklılaşmadığını (Sola, 2008), prematüre bebek annelerinin üzüntüsü ile yaş arasında ilişki olmadığını (Holditch-Davis ve diğ., 2015), prematüre annelerinin yaşları ile psikolojik sıkıntıları arasında ilişki bulunmadığını (Meijssen ve diğ., 2011), yoğun bakım servisinde bebeği yatan annelerin yaşlarının prematüre bebek bakım bilgisi ile ilişkili olmadığını (Atasayar, 2015), çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin anne yaşları ile doğum sonrası depresyon arasında ilişki bulunmadığını (Hergüner, 2011) ve anne yaşı ile annenin kaygı düzeyi arasında ilişki bulunmadığı (Çelen ve Arslan, 2017) göstermektedir. HEGÖ alt faktörü sosyal destek gereksiniminin anne yaşının artmasına bağlı artması ise Affleckt ve Tennen'in (1991) yaptığı çalışma ile paralellik göstermektedir. Çalışma sonucunda duygusal desteği en çok ihtiyacı daha yaşlı annelerin vurguladığı bulunmuştur. Olshtain



ve Auslander'ın (2008) yaptığı çalışma sonucunda da daha yaşlı annelerde daha yüksek ebeveyn yeterliliği görülmüştür.

Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, ölçek toplam puanı ve faktörleri ile annenin eğitim düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sola'nın (2008) yaptığı çalışmanın istatistiksel analizleri sonucunda annelerin gereksinimleri eğitim düzeyine göre farklılaşmasına rağmen farkın kaynağını bulmak için yapılan Tukey HSD testinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Ancak annelerin eğitim düzeylerine ilişkin AGBA'dan aldıkları toplam puanların ortalaması incelendiğinde bu araştırmada en çok gereksinim belirten grubun üniversite mezunu grup olduğu görülmektedir. Alanyazındaki çalışmalar annenin eğitim seviyesinin annelik stresi ile anlamlı ilişkisi olmadığını (Meijssen ve diğ., 2011), annelerin eğitim durumu ile prematüre bebek bakımı bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını (Atasayar, 2015), ebeveynlerin Anne-Baba Stres Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığını (Çekin, 2014), ebeveyn stresinin anne eğitiminden etkilenmediğini (Gray, Edwards, O'Callaghan, Cuskelly ve Gibbons, 2013), annenin eğitim seviyesi ile doğum sonrası depresyonu arasında ilişki bulunmadığını (Hergüner, 2011) ve anne eğitimi ile annenin kaygı düzeyi arasında ilişki bulunmadığını (Çelen ve Arslan, 2017) göstermektedir.

Araştırmanın bulguları incelendiğinde, ölçek toplam puanı ile gelir değişkeni arasında anlamlı fark bulunmamıştır, fakat ölçeğin stresle baş etme faktörüyle anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Bu bulguya göre gelir düzeyi arttıkça annenin stresle baş etme gereksinimi azalmaktadır. Alanyazın incelendiğinde gelir ile annenin kaygı düzeyi arasında ilişki bulunmadığı (Çelen ve Arslan, 2017), yeterli kaynakların olmasının olumlu aile uyumu için en önemli faktör olduğunu (Pinelli, 2000) göstermiştir. Ekonomik durum, bilgiye ulaşma ve gereklilikleri karşılamada önemli bir rol oynamaktadır, bu da ailenin stresle baş etmesine yardımcı olmaktadır (Çelen ve Arslan, 2017). Galeano, Marin ve Semenics'in (2017) çalışmasında ebeveynler sosyoekonomik zorlukları taburculuk sürecine hazırlanmada engel olarak tanımlanmıştır. Yoğun bakımda tedavi görme oldukça pahalı olduğundan ailelerin bebekleri ile ilgili olan endişelerine ekonomik sorunlar da eklendiğinde stresle baş etmeleri güç olabilmektedir (Çekin, 2014).

Çalışmanın bulgularına bakıldığında, ölçek toplam puanı ve faktörleri ile yerleşim yeri değişkeni arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çekin'in (2014) çalışmasında da

ebeveynlerin Anne-Baba Stres Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bu araştırmanın bulgularına bakıldığında, ölçek toplam puanı ile çocuk sayısı arasında anlamlı fark bulunmuştur, ayrıca ölçeğin stres, stresle baş etme ve sağlık personeli desteği faktörleriyle arasında da anlamlı ilişkili bulunmuştur. Tek çocuklu annelerin stres, sağlık personeli desteği ve stresle baş etme gereksinimlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Ölçek toplam puanlarına bakıldığında ise tek çocuğu olan annelerin ölçekten aldıkları puanın daha düşük olduğu yani daha fazla gereksinim içinde oldukları söylenebilir. Çekin'in (2014) çalışmasında da ebeveynlerin Anne-Baba Stres Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile yaşayan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu çalışmada ebeveynlerin sağlıklı çocukları ile yeteri kadar ilgilenemediklerinden dolayı strese girdikleri ve suçluluk yaşadıkları ileri sürülmüştür. Ayrıca tek çocuklu annelerin aynı zamanda ilk kez anne olduklarından ve daha deneyimsiz olduklarından dolayı da daha fazla gereksinim içinde oldukları düşünülmektedir.

Çalışmanın bulgularına bakıldığında, ölçek toplam puanı ile kurs alma arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin bilgi, sosyal destek ve sağlık personeli desteği faktörleriyle da arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur. Kurs almayan annelerin bilgi, sosyal destek ve sağlık personeli desteği gereksinimlerinin kurs alan annelere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ölçek toplam puanlarına bakıldığında da kurs almayan annelerin toplam puanı daha düşüktür, bu da kurs almayan annelerin gereksinimlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Neyestani, Saeidi, Salari ve Karbandi (2017) hastane taburculuk programının anne yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, müdahale programına katılan annelerin bütün yönlerden (fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel) yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur. Ballantyne, Melnyk, Feinstein ve Alpert-Gillis (2007) anne güçlendirme programının prematüre bebek ebeveynleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, YDYBÜ'de eğitsel-davranışsal müdahale alan ebeveynlerin zihin sağlığı düzelmiştir. Khajeh, Karimi ve Hosseini (2013) anne güçlendirme programının prematüre bebeklerin davranışları ve karakterlerine dair ebeveyn rolü hakkındaki fikirleri arttırmadaki etkisine bakılan çalışmalarında da programın etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak, anne yaşı arttıkça annelerin sosyal destek gereksinimlerinin de arttığı, bunun aksine anne yaşı azaldıkça stresle baş etme durumlarının da arttığı, annenin gelir düzeyi arttıkça stresle baş etme durumlarının iyileştiği, ilk defa bebek sahibi olan

annelerin stres, stresle baş etme ve sağlık personeli gereksinimlerinin daha fazla olduğu ve doğum sonrası kurs almayan annelerin bilgi, sosyal destek ve sağlık personeli desteği gereksiniminin kurs alan annelere göre daha fazla olduğu görülmüştür.

### 3.4. Gelişim Geriliği Riski Altındaki Prematüre Bebeklerin Hastaneden Eve Geçişinde Annelerin Gereksinimleri Bebeğe İlişkin Değişkenlere Göre Farklılaşmakta mıdır?

Bu bölümde, annelerin HEGÖ'den aldıkları toplam puan ve faktör puanlarının bebeklerin demografik değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Analizler, bebeklerin cinsiyetine (Tablo 3.15), prematüre türüne (Tablo 3.16), doğum ağırlığı türüne (Tablo 3.17), taburcu olma süresine (Tablo 3.18) ve hastanede kalma süresine (Tablo 3.19) ilişkin olarak yapılmış ve bulgular aşağıda verilerek alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

#### 3.4.1. Bebeklerin Cinsiyeti

Bebekler cinsiyetlerine göre iki gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; kız ve erkektir. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının bebeklerin cinsiyetine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ilişkin bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.15'te verilmiştir.

Tablo 3.15'teki bulgulara göre, Bilgi, Sosyal Destek, Stres, Sağlık Personeli Desteği ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının bebeklerin cinsiyetlerine göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür.

**Tablo 3.15.** *Bebeklerin Cinsiyetine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları*

HEGÖ	Cinsiyet	n	Ort.	SS	sd	t	p
Bilgi	Kız	207	45.03	6.27	417	0.92	0.35
	Erkek	212	44.47	6.1			
Sosyal Destek	Kız	207	19.45	4.9	417	0.16	0.86
	Erkek	212	19.37	5.06			
Stres	Kız	207	16.56	4.35	417	-0.58	0.56
	Erkek	212	16.81	4.33			
Sağlık Personeli Desteği	Kız	207	12.34	3.77	417	0.83	0.40
	Erkek	212	12.03	3.82			
Stresle Baş Etme	Kız	207	7.66	2.84	417	-1.21	0.22
	Erkek	212	8.01	3			
Ölçek Toplam	Kız	207	101.05	14.54	417	0.24	0.80
	Erkek	212	100.69	15.16			

\*p<0.05

### 3.4.2. Bebeklerin Prematüre Türü

Bebekler prematüre türlerine göre dört gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; geç prematüre, orta prematüre, ağır prematüre ve aşırı prematüredir. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının bebeklerin prematüre türlerine göre farklılaşım farklılaşmadığına ilişkin ANOVA yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.16’da verilmiştir.

Tablo 3.16’daki bulgulara göre, “Bilgi, Sosyal Destek, Sağlık Personeli Desteği, Stresle Baş Etme ve ölçek toplam puanlarının prematüre türüne göre anlamlı bir şekilde değişmediği, ancak “Stres” faktörü puanlarının prematüre türüne göre anlamlı bir şekilde değiştiği bulunmuştur. Hangi prematüre türleri arasında anlamlı farklılık olduğunu bulmak için yapılan Dunnet C testi sonucunda geç prematüre türleri ile ağır prematüre türleri arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Geç prematürelerin Stres faktörü puanları ortalaması 17.39 iken, ağır prematürelerin ortalaması 15.87’dir. Sonuç olarak, ağır prematüre bebek annelerinin Stres alanındaki gereksinimleri geç prematüre bebek annelerine göre daha fazladır.

**Tablo 3.16.** *Bebeklerin Prematüre Türüne Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları*

HEGÖ	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi	Gruplararası	19.23	3	6.41	0.16	0.91	
	Gruplariçi	15935.67	414	38.49			
	Toplam	15954.9	417				
Sosyal Destek	Gruplararası	35.79	3	11.93	0.47	0.69	
	Gruplariçi	10321.06	414	24.93			
	Toplam	10356.86	417				
Stres	Gruplararası	173.81	3	57.93	3.12	0.02*	Geç prematüre ile ağır prematüre arasında
	Gruplariçi	7685.93	414	18.56			
	Toplam	7859.75	417				
Sağlık Personeli Desteği	Gruplararası	28.28	3	9.42	0.65	0.58	
	Gruplariçi	5987.96	414	14.46			
	Toplam	6016.25	417				
Stresle Baş Etme	Gruplararası	2.01	3	0.67	0.07	0.97	
	Gruplariçi	3579.56	414	8.64			
	Toplam	3581.57	417				
Ölçek Toplam	Gruplararası	78.13	3	26.04	0.11	0.11	
	Gruplariçi	91712.11	414	221.52			
	Toplam	91790.25	417				

\*p<0.05

### 3.4.3. Bebeklerin Doğum Ağırlığı Türü

Bebekler doğum ağırlıklarına göre dört gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; normal doğum ağırlıklı, düşük doğum ağırlıklı, çok düşük doğum ağırlıklı ve aşırı düşük doğum ağırlıklıdır. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının bebeklerin doğum ağırlığı türüne göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.17’de verilmiştir.

Tablo 3.17’deki bulgulara göre, Bilgi, Sosyal Destek, Stres, Sağlık Personeli Desteği ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının bebeklerin doğum ağırlığı türüne göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür.

**Tablo 3.17.** *Bebeklerin Doğum Ağırlığı Türüne Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları*

HEGÖ	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Bilgi	Gruplararası	33.25	3	11.08	0.28	0.83
	Gruplariçi	15974.42	415	38.49		
	Toplam	16007.67	418			
Sosyal Destek	Gruplararası	25.2	3	8.4	0.33	0.79
	Gruplariçi	10338.36	415	24.91		
	Toplam	10363.57	418			
Stres	Gruplararası	136.94	3	45.64	2.44	0.06
	Gruplariçi	7741.47	415	18.65		
	Toplam	787.41	418			
Sağlık Personeli Desteği	Gruplararası	23.82	3	7.49	0.54	0.65
	Gruplariçi	6015.65	415	14.49		
	Toplam	6039.48	418			
Stresle Baş Etme	Gruplararası	5.32	3	1.77	0.20	0.89
	Gruplariçi	3579.64	415	8.62		
	Toplam	3584.96	418			
Ölçek Toplam	Gruplararası	243.72	3	81.24	0.36	0.77
	Gruplariçi	91840.79	415	221.3		
	Toplam	92084.51	418			

\*p<0.05

### 3.4.4. Bebeklerin Taburcu Olma Süresi

Bebekler hastaneden taburcu olduktan sonraki geçen süreye göre üç gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; 2-16 hafta arası, 17-32 hafta arası ve 33 hafta ve üzeridir. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının bebeklerin taburcu olma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.18’de verilmiştir.

Tablo 3.18’deki bulgulara göre, Sosyal Destek, Stres, Sağlık Personeli Desteği ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının bebeklerin taburcu olma

durumlarına göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür. Ancak Bilgi faktörü puanlarının bebeklerin taburcu olma durumlarına göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmüştür. ANOVA sonucunun anlamlı çıkması sonucunda yapılan Scheffe testine göre taburcu olalı 2-16 hafta olan anneler ile 17-32 hafta olan anneler arasında anlamlı farklılık olduğu sonucu bulunmuştur. Taburcu olduktan sonra 2-16 hafta geçen annelerin puanlarının ortalaması 44.02 iken, 17-32 hafta olan annelerin puanlarının ortalaması 45.83'tür. Sonuç olarak, taburcu olalı 2-16 hafta olmuş annelerin bilgi gereksinimleri, 17-32 hafta önce taburcu olmuş annelere göre daha fazladır.

**Tablo 3.18.** *Bebeklerin Taburcu Olma Süresine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları*

HEGÖ	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi	Gruplararası	236.495	2	118.247	3.11	0.04*	2-16 Hafta ile 17-32 Hafta arasında
	Gruplariçi	15771.18	416	37.91			
	Toplam	16007.67	418				
Sosyal Destek	Gruplararası	56.95	2	28.47	1.14	0.31	
	Gruplariçi	10306.61	416	24.77			
	Toplam	10363.57	418				
Stres	Gruplararası	82.72	2	41.36	2.20	0.11	
	Gruplariçi	7795.69	416	18.74			
	Toplam	7878.41	418				
Sağlık Personeli Desteği	Gruplararası	5.4	2	2.7	0.18	0.83	
	Gruplariçi	6034.07	416	14.5			
	Toplam	6039.48	418				
Stresle Baş Etme	Gruplararası	9.81	2	4.9	0.57	0.56	
	Gruplariçi	3575.14	416	8.59			
	Toplam	3584.96	418				
Ölçek Toplam	Gruplararası	1058.84	2	529.42	2.42	0.09	
	Gruplariçi	91025.67	416	218.81			
	Toplam	92084.51	418				

\*p<0.05

#### 3.4.5. Bebeklerin Hastanede Kalma Süresi

Bebekler hastanede kalma sürelerine göre beş gruptan oluşmaktadır. Bu gruplar; 15 gün ve altı, 16-30 gün arası, 31-45 gün arası, 46-60 gün arası ve 61 gün ve üzeridir. Annelerin aldıkları ölçek toplam puanının ve faktör puanlarının bebeklerin hastanede kalma süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA yapılmıştır ve bulgular Tablo 3.19'da verilmiştir.

Tablo 3.19'daki bulgulara göre, Bilgi, Sosyal Destek, Stres ve Stresle Baş Etme faktör puanlarının ve ölçek toplam puanlarının bebeklerin hastanede kalma sürelerine göre anlamlı bir şekilde değişmediği görülmüştür. Ancak Sağlık Personeli Desteği faktörü

puanlarının bebeklerin hastanede kalma durumlarına göre anlamlı bir şekilde değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Yapılan Dunnet C karşılaştırma testi sonucunda ise 15 gün ve altında hastanede kalan bebeklerin Sağlık Personeli Desteği puanlarının ortalaması 11.26 iken 61 gün ve üzeri hastanede kalan bebeklerin puanlarının ortalaması ise 12.88'dir. Sonuç olarak, 15 gün ve altında hastanede kalan bebeklerin annelerinin sağlık personeli desteği, 61 gün ve üzeri hastanede kalan bebeklerin annelerinkinden fazladır.

**Tablo 3.19.** *Bebeklerin Hastanede Kalma Süresine Göre HEGÖ Faktör Puanları ve Ölçek Toplam Puanı ANOVA Sonuçları*

HEGÖ	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi	Gruplararası	15.86	4	3.96	0.10	0.98	
	Gruplariçi	15991.81	414	38.62			
	Toplam	16007.67	418				
Sosyal Destek	Gruplararası	52.06	4	13.01	0.52	0.71	
	Gruplariçi	10311.5	414	24.9			
	Toplam	10363.57	418				
Stres	Gruplararası	108.11	4	27.02	1.44	0.22	
	Gruplariçi	7770.3	414	18.76			
	Toplam	7878.41	418				
Sağlık Personeli Desteği	Gruplararası	138.18	4	34.54	2.42	0.04*	15 gün ve altı ile 61 gün ve üzeri arasında
	Gruplariçi	5901.29	414	14.25			
	Toplam	6039.48	418				
Stresle Baş Etme	Gruplararası	1.68	4	0.42	0.049	0.99	
	Gruplariçi	3583.27	414	8.65			
	Toplam	3584.96	418				
Ölçek Toplam	Gruplararası	489.43	4	122.35	0.55	0.69	
	Gruplariçi	91595.08	414	221.24			
	Toplam	92084.51	418				

\*p<0.05

Alanyazın incelendiğinde prematüre bebek annelerinin gereksinimleri ile bebek özellikleri arasındaki ilişkiye bakan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çalışmanın bulgularının, genel olarak anne gereksinimleri konusunda yapılan diğer araştırmaların bulgularıyla paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Araştırmanın bulgularına bakıldığında, ölçek toplam puanı ile faktörlerin bebek cinsiyeti değişkeni arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Alanyazındaki çalışmalar prematüre bebeklerin cinsiyetinin annelerin ebeveyn yeterliliğini veya stresini etkilemediğini (Olshtain ve Auslander, 2008), prematüre bebeklerin cinsiyetlerinin anne gereksinimleri üzerine etkili olmadığını (Sola, 2008), ebeveyn stresi ile bebek cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını (Çekin, 2014; Meijssen ve diğ., 2011), bebeğin cinsiyeti ile

doğum sonrası anne depresyonu arasında ilişki bulunmadığını (Hergüner, 2011) ve bebek cinsiyeti ve ebeveynlerin kaygı düzeyi arasında ilişki bulunamadığı (Çelen ve Arslan, 2017) göstermektedir.

Çalışmanın bulgularına bakıldığında, ölçek toplam puanı ile prematüre türü arasında anlamlı ilişki bulunamamışken, Stres faktörüyle anlamlı fark bulunmuştur. Ağır prematüre bebek annelerinin Stres alanındaki gereksinimleri geç prematüre bebek annelerine göre daha fazladır, yani bu anneler daha streslidirler. Auslander, Netzer ve Arad'ın (2003) yaptığı çalışma, bu sonuçları desteklemektedir. Bu çalışmaya göre de prematüre bebeğin doğum haftası küçüldükçe annenin stresi artmaktadır. Olshtain ve Auslander'ın (2008) yaptığı çalışma sonucuna göre ise, bebeğin doğum haftası anne stresi ile ilişkilidir, bebek ne kadar erken doğarsa annenin stresi o kadar yüksekmektedir. Harrison ve Magill Evan'ın (1996) çalışmalarında doğum haftası ortalama 34 hafta olan annelerin 3. aydaki ebeveyn stresi ile zamanında doğan bebek annelerin ebeveyn stresi arasında anlamlı ilişki bulunmamışken, Kaaresen, Ronning, Ulvund ve Dahl (2006) prematüre doğumdan sonra 1 yaşa kadar olan erken müdahale programının ebeveyn stresi üzerindeki etkilerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, doğum haftası ortalama 30 hafta olan prematüre annelerinin 6. aydaki ebeveyn stresinin zamanında doğan bebek annelerine göre önemli ölçüde fazla olduğunu bulmuşlardır. Bu iki çalışmanın bulguları aslında bebeğin doğum haftası küçüldükçe anne stresinin de ilişkili olarak arttığını göstermektedir. Pierrehumbert Nicole, Muller Nix, Forcada Guex ve Ansermet'ın (2003) çalışmaları sonucunda taburcu olduktan sonraki 18 ay süresince yüksek risk grubundaki prematüre bebek ebeveynlerinin düşük risk grubundaki bebeklerin ebeveynlerine göre daha fazla doğum sonrası stres reaksiyonları gösterdikleri görülmüştür. Gondwe, White-Traut, Brandon, Pan ve Holditch-Davis'in (2017) taburcu olduktan bir ay sonra prematüre bebek annelerinin duygusal sıkıntısını ölçmeyi amaçlayan çalışmalarının sonucuna göre, geç prematüre annelerinin duygusal sıkıntısı zamanında doğan bebek annelerine göre çok daha fazladır. Hergüner (2011) çalışmasında da 33 haftadan küçük doğan bebeklerin annelerinin, 33-35 hafta arasında doğan bebeklerin annelerine göre daha yüksek depresyon puanına sahip oldukları görülmüştür.

Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, ölçek toplam puanı ile faktörlerinin bebek doğum ağırlığı türü değişkeni arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Meijssen ve diğerlerinin (2011) çalışması sonucunda da annelerin stresi ile bebek doğum ağırlığı arasında ilişki bulunamamıştır. Çekin'in (2014) çalışmasında ebeveynlerin Anne-Baba Stres Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile bebeğin doğum ağırlığı arasında



istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu çalışmaların aksine Boykova'nın (2008) çalışmasında bebeğin doğum ağırlığı ile keder arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Bebeklerin doğum ağırlığı arttıkça annelerin keder seviyeleri de artmaktadır. Bu yüksek endişe kültürel özellikten kaynaklanıyor olabilir veya anneler bebeklerinin doğum ağırlığı arttıkça onları neredeyse zamanında doğan bebek bebekler olarak görüyor ve neredeyse normal doğan bebeklerinin hasta olmalarından dolayı kederleniyor olabilirler (Boykova, 2008).

Araştırmanın bulguları incelendiğinde, ölçek toplam puanı ile hastanede kalma süresi değişkeni arasında anlamlı fark bulunamamıştır, fakat sağlık personeli desteği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. 15 gün ve altında hastanede kalan bebeklerin anneleri, 61 gün ve üzeri hastanede kalan bebeklerin annelerine göre daha fazla sağlık personeli desteği içindedirler. Yeni doğan bebekten erken ayrılma ebeveynlerin YDYBÜ ile ilişkili stresini arttırırken, bu uzun süreli ayrılık anne stresine, endişesine, depresyonuna, psikolojik reaksiyonlara ve düş kırıklığı, suçluluk, düşmanlık, sinirlilik, korku, keder ve başarısızlık gibi hislere neden olmaktadır (Valizadeh, 2009; Melnyk, 2006). Hergüner'in (2011) çalışmasında hastanede kalış süresinin doğum sonrası depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bebeklerin hastanede kalış süreci uzadıkça annelerin psikolojik olarak yıprandığı, bu sebeple özellikle de bebekleriyle ilgili bilgi almak için sağlık personeli desteğine ihtiyaç duydukları söylenebilir. Alanyazındaki bulgular anne stresinin ve sağlık personeli desteğinin hastanede kalma süresi ile ilişkili olduğunu göstermesine karşın, bu çalışmada Stres boyutunun hastanede kalmaya göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ve Sağlık Personeli Desteği boyutundaki farkında alanyazınla örtüşmediği görülmüştür. Bunun sebebi hastanede kalma sürecinde annelerin YDYBÜ hakkında bilgi edinmeleri ve bebekleri hastanede olduğu sürece sağlık personeliyle düzenli iletişim halinde olmaları, dolayısıyla uzun süre hastanede bebeği kalan annelerin sağlık personeli desteğini hastanede geçirdikleri o uzun süreçte aldıkları ve bu gereksinimlerini daha fazla giderdikleri düşünülebilir.

Sonuç olarak, ağır derecede prematüre bebeği olan annelerin streslerinin daha yüksek olduğu, eve geçme süresi arttıkça yani annelerin bebekleriyle taburcu olup, evde buldukları gün sayısı arttıkça bilgi gereksiniminin azaldığı ve bebeklerin hastanede kalma süresi azaldıkça annelerin sağlık personeli desteği gereksiniminin arttığı bulunmuştur.

Araştırma bulgularına genel olarak bakıldığında, annelerin bilgi gereksinimlerinin diğer boyutlara göre daha az olduğu, bunun yanı sıra kurs alan ve hastanede daha

uzun süre kalan bebeklerin annelerinin bilgi gereksinimlerinin daha da az olduğu görülmektedir. Prematüre bebeklerin hastanede uzun süre kalması (ort. 45.2 gün) ve evde de uzun süre geçirilmesi annelerin bilgi edinmeleri için gerekli zamanı sağlamaktadır. Bunun yanı sıra bu çalışma grubunu sadece internet kullanıcısı olan anneler oluşturmaktadır. İnternet erişimine sahip olmak aynı zamanda kolay ulaşılabilir bir bilgi kaynağına da sahip olmak anlamına gelmektedir. İnternet erişimi olan anneler sürekli ve rahat ulaşılabilir bir bilgi kaynağına sahip oldukları için de bilgi gereksinimleri az çıkmış olabilir. Ayrıca çalışma grubundaki annelerin %65.6'sı büyükşehirlerde ikamet etmektedirler. Büyükşehirlerde annelerin ulaşabileceği bilgi kaynaklarının daha çeşitli ve çok olması da bilgi boyutundaki gereksinimin az olmasını etkilemiş olabilir. Taburcu olma süresi yani hastaneden ayrılıp eve geçeli 2-16 hafta olan annelerin bilgi gereksinimlerinin 17-32 hafta olan annelere göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmaya katılan annelerin dağılımına bakacak olursak grubun %44.6'sını taburcu olma süresi 2-16 hafta olan anneler oluşturmaktadır. Geçiş sürecinin başında olan yani daha çok bilgi gereksinimi içinde olan annelerin bu çalışmaya katılmaya daha çok ilgi gösterdiği sonucuna da varılmıştır.

Annelerin en az gereksinim duydukları ikinci boyut ise sosyal destektir. Türk aile yapısına bakıldığında, daha bireyci olan batı toplumlarına kıyasla daha kollektivist/toplulukçu olan Türk toplumunda (Kağıtçıbaşı, 2000) yakın/sıcak ilişkilere dayalı bir sistem olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada da annelerin %95'nin eşleriyle, %57'sinin doktorlarla, %54.9'unun arkadaşlarıyla ve %48.2'sinin akrabalarıyla duygu paylaşımında buldukları görülmektedir. Bunun yanı sıra Türk kültüründeki farklılıklar da bu sonucu etkilemiş olabilir. Boykova (2016) bebek ve anneye ilişkin tüm sosyal etkinliklerin doğum öncesi yapılmasından dolayı annenin doğum sonrası yalnızlaştığını vurgulamaktadır. Amerika ve Avrupa'daki toplumlar bebek doğmadan önce bebeğe hediye vermek için partiler (baby shower) veya eğlenceler düzenlerken bu Türk toplumunda bu durum tam tersidir. Türk toplumunda bebek doğduktan sonra bebek ve annesi ziyaret edilmekte ve hediyeler verilmektedir. Böylece Türk anneleri doğum öncesine göre doğum sonrasında daha çok sosyal destek almaktadır. Kültürel farklılıklardan ötürü Türk annelerinin sosyal destek gereksinimleri çok fazla olmayabilir. Bu unsurlara ek olarak, internet sosyal etkileşim amaçlı da kullanılabileceğinden dolayı internet kullanıcılarından oluşan çalışma grubunun bu yolla da sosyal destek gereksinimlerini giderdikleri düşünülebilir. 30-33 yaş aralığındaki annelerin sosyal destek gereksiniminin 26-29 yaş aralığındaki annelerden daha fazla olmasının sebebi 26-29 yaş aralığındaki annelerin daha genç olmasından do-

layı daha aktif ve yoğun bir şekilde internet kullanmaları olduğu da düşünölebilir. Annelerin yaş aralığına göre çalışmaya katılımlarına da bakıldığında, çalışma grubunun %31.3'ünü 26-29 yaş aralığındaki anneler, %29.4'ünü 30-33 yaş aralığındaki annelerin oluşturduğu görölmektedir.

Annelerin en çok gereksinim içinde oldukları boyut ise stresle baş etme iken tek çocuk sahibi annelerin bu gereksinimleri çok daha fazla olduğu görölmektedir. Bu sonuca göre tek çocuk sahibi annelerin çok daha stresli ve daha fazla gereksinim içinde olduğunu söylemek mümkündür. Annenin ilk defa annelik rolüne geçiş yapmasından ve bebek bakma ve büyütme deneyiminin olmamasından dolayı tek çocuklu annelerin stres, sağlık personeli, stresle baş etme ve ölçek toplamı için daha fazla gereksinim içinde oldukları düşünölebilir.



## BÖLÜM 4

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Gelişim geriliği riski altındaki prematüre bebeklerin hastaneden eve geçişlerinde annelerin gereksinimlerini belirlemeyi amaçlayan çalışmanın bu bölümünde sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

#### 4.1. Sonuç

HEGÖ'yü Türkçe'ye uyarlamak, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak ve gelişimsel risk altındaki prematüre bebek annelerinin hastaneden eve geçişlerinde gereksinimlerini belirlemek amacı ile planlanan ve uygulanan bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre:

- Türkçe'ye çevrilen HEGÖ'nün dilsel eş değerlik çalışması sonucunda ölçeğin İngilizce formundan farklılık göstermediği orjinale uygun bir biçimde çevrildiği sonucuna ulaşılmıştır.
- Kapsam geçerliliği ve bağımsız gözlemciler arasında uyum güvenirlik ölçütü ile Türkçe'ye uyarlanan ölçek maddeleri için uzmanlar arasında görüş farklılıkları Kendall iyi uyum testi ile değerlendirilmiştir. Bu sonuca göre uzmanlar arasında görüş farklılığı olmadığı ve ölçeğin Türk kültürü için kullanılabilir uygunlukta olduğu saptanmıştır.
- Yapılan faktör analizi sonucunda elde edilen faktörlerin sayısı orjinal ölçeğin sahip olduğu faktör sayısına eşittir. Fakat faktörleri oluşturan maddeler orjinal ölçeğin sahip olduğu maddelerle birebir uyuşmamaktadır. Bunun nedeninin maddelerin tam olarak ayırt edicilik özelliğinin yansıtamamasından kaynaklanabileceği ya da Türk annelerin sahip oldukları düşüncelerin veya deneyimlerin orjinal ölçeğin uygulandığı bölgedeki annelerin düşüncelerinden veya deneyimlerinden farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.
- HEGÖ'nün yapı geçerliğini belirlemek amacı ile temel bileşenler analizi kullanılarak yapılan açımlayıcı faktör analizinde faktör yük değeri .30'un altında olan dört madde ve binişik madde olduğu belirlenen bir madde ölçekten çıkarılmıştır. 31 madde ile yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda beş faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu beş faktör toplam varyansın %46.78'ini açıklamaktadır.
- Ölçek maddelerinin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, madde

toplam korelasyon değerleri 0.16 ile 0.62 arasında değiştiği görülmektedir ve tüm maddelere dair korelasyon değerleri 0.05 düzeyinde anlamlıdır. Bu sonuca göre her bir maddenin kullanılabilir güvenilirlikte olduğu saptanmıştır.

- Açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen modeli doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Model-veri uyumuna ilişkin değerlerin tamamı dikkate alındığında kurulan modelin ölçütleri karşıladığı görülmüştür.
- Güvenirlik çalışması için testi iki yarıya bölme yöntemi ve Cronbach alfa değerleri kullanılmıştır. Testi iki yarıya bölme sonucunda Spearman-Brown katsayısı 0.87, Guttman Split-Half değeri 0.87 ve Cronbach alfa değeri 0.85 bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.
- Annelerin HEGÖ'den aldıkları puanlara bakıldığında en az gereksinim duydukları faktörün bilgi, en fazla gereksinim duydukları faktörün stresle baş etme faktörü olduğu bulunmuştur.
- Anne yaşı arttıkça annelerin sosyal destek gereksinimlerinin de arttığı, bunun aksine anne yaşı azaldıkça stresle baş etme durumlarının da arttığı görülmüştür.
- Aile geliri arttıkça stresle baş etme durumlarının iyileştiği saptanmıştır.
- İlk defa bebek sahibi olan annelerin stres, stresle baş etme ve sağlık personeli gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.
- Doğum sonrası kurs almayan annelerin bilgi, sosyal destek ve sağlık personeli desteği gereksiniminin kurs alan annelere göre daha fazla olduğu görülmüştür.
- Ağır derecede prematüre bebek sahibi annelerinin streslerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Eve geçme süresi arttıkça bir başka deyişle annelerin bebekleriyle taburcu olup evde buldukları gün sayısı arttıkça bilgi gereksiniminin azaldığı görülmüştür.
- Bebeklerin hastanede kalma süresi azaldıkça annelerin sağlık personeli desteği gereksiniminin arttığı belirlenmiştir.

## 4.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen bulgular dikkate alındığında ileri araştırmalara ve uygulamaya ilişkin öneriler aşağıda verilmiştir.

### 4.2.1.İleri Araştırmalara Yönelik Öneriler

- HEGÖ'de güvenilirlik katsayısı 0.61 ve 0.66 olarak bulunan stresle baş etme ve stres faktörleri ile ilgili maddeler tekrar gözden geçirilerek ya da yeni maddeler

eklenerek bu faktörler güçlendirilebilir.

- HEGÖ'nün Türkçe formunda birden fazla faktöre, yüksek faktör yükleri ile yüklenen ve faktör yük değeri düşük olan maddeler yeniden yazılıp, faktör analizi uygulanarak Türkçe formu tekrar sınanabilir.
- HEGÖ'nün prematüre bebeklerin baba gereksinimlerini de belirlemek için kullanılabilir. Böylece ebeveyn gereksinimleri bir bütün olarak ele alınabilir.
- HEGÖ yüksek risk grubundaki diğer bebeklerin ebeveynlerine de uygulanabilir ve hastaneden eve geçiş sürecindeki gereksinimler karşılaştırılabilir.
- HEGÖ doğumda gelişim geriliği ya da özel gereksinimli tanısı alan bebeklerin ebeveynlerine de uygulanabilir ve sonuçlar karşılaştırılabilir.
- HEGÖ yüz yüze görüşme yöntemiyle de annelere uygulanabilir.
- Hastaneden eve geçişi kolaylaştırmak amacıyla geliştirilen müdahale programlarının etkililiğine HEGÖ kullanılarak bakılabilir.

#### 4.2.2. İleri Uygulamalara Yönelik Öneriler

- Türkiye'de erken doğum yapan anneler için her hastane (devlet, özel ve araştırma hastaneleri) kendi bünyesinde geliştirdiği bir bilgilendirme programını anneye sunmaktadır veya bu bilgilendirme hiç verilmemektedir. Bu sebeple Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından özel gereksinimli veya gelişimsel risk altında doğan bebekler için standartlaştırılmış bir anne eğitimi programı sağlanabilir. Böylelikle uygulamalardaki farklılıklar giderilebilir.
- Türkiye'de hastaneden eve geçiş planı hastaneler tarafından yapılmadığı için hastanelerde bu amaçla, multidisipliner bir yaklaşımla geçiş birimleri oluşturulabilir. Bu birimlerde görev alacak ekipte ebe, hemşire, doktor, çocuk gelişim uzmanı, özel eğitim uzmanı ve psikolog yer alabilir.
- Müdahale programları geliştirmek amacıyla bu çalışmanın sonuçları kullanılabilir. Türkiye'de geliştirilecek müdahale programları geçiş sürecinde prematüre bebek annelerine stresle baş etme stratejileri öğretme, anneler için sosyal destek grupları oluşturma veya sosyal destek sağlama, doğum sonrası kurs verme veya sağlık personeli desteği sağlama konularını içerebilir.

## KAYNAKÇA

- Able-Boone H., and Stevens E. (1994). After the intensive care nursery experience: Families' perceptions of their well being. *Children's Health Care*, 23(2), 99-114.
- Affleck G., Tennen H., Rowe J., and Higgins P. (1990). Mothers' remembrances of newborn intensive care: A predictive study. *Journal of Pediatric Psychology*, 15(1), 67-81.
- Affleck, G., and Tennen, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Children's Health Care*, 20(1), 6-14.
- Affonso, D. D. (1992). Stressors reported by mothers of hospitalized premature infants. *Neonatal Network*, 11(6), 63-78.
- Aiken, L. R. (1997). *Questionnaires and inventories: Surveying opinions and assessing personality*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Aliabadi, F., Kamali, M., Borimnejad, L., Rassafiani, M., Rasti, M., Shafaroodi, N., and Kachoosangy, R. A. (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(1), 324-331.
- Allen, K. E., and Cowdery, G. E. (2005). *The exceptional child: Inclusion in early childhood education*. New York: Thomson Delmar Learning.
- Alpar, R. (2013). *Çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Als, H. (2000). Earliest intervention for preterm infants in the newborn intensive care unit. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 47-76). Paul H. Publishing.
- Altın, D. (2014). *Annelerin özel gereksinimli çocuklarının okul öncesi dönemden ilkökula geçiş sürecine ilişkin yaşantılarının incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>' den alındı.
- Amankwaa, L., Pickler, R., and Boonmee, J. (2007). Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn Infant Nursing Reviews*, 7(1), 25-30.
- American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002). *Guidelines for perinatal care* (5<sup>th</sup> ed.). Elk Grove Village, IL and Washington, DC: AAP and ACOG.
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. (2008). Hospital discharge of the high risk neonate. *Pediatrics*, 122(5), 1119-1126.
- Anderson, J. C., and Gerbing, D. W. (1984). The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika*, 49(2), 155-173.
- Anderson, G. (1990). *Fundamentals of educational research*. Bristol: The Falmer Press.
- Anderson, P., Doyle, L. W., and Victorian Infant Collaborative Study Group. (2003). Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *Journal of American Medical Association*, 289(24), 3264-3272.
- Arıkan, R. (2011). *Araştırma yöntem ve teknikleri*. Ankara. Nobel Yayınları.

- Arslan, F., ve Turgut, R. (2013). Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(3), 119-124.
- Arzani, A., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., and Mohammadi, E. (2015). Mothers' strategies in handling the prematurely born infant: A qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, 4(1), 13-24.
- Atasayar, B. Ş. (2015). *Yoğun bakım servisinde bebeği yatan annelerin prematüre bakımı ile ilgili bilgi düzeylerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Auslander, G. K., Netzer, D., and Arad, I. (2003). Parental anxiety following discharge from hospital of their very low birth weight infants. *Family Relations*, 52(1), 12-21.
- Bakkaloğlu, H. (2004). *Etkinliğe dayalı müdahale programının 3-6 yaş gelişimsel geriliği olan çocukların geçiş becerilerine etkisi* (Yayınlanmış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Bakkaloğlu, H. (2008a). Etkinliğe dayalı müdahale programının 3-6 yaş gelişimsel geriliği olan çocukların geçiş becerilerine etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 8(2), 355-406.
- Bakkaloğlu, H. (2008b). Okulöncesi Geçiş Becerilerini Değerlendirme Ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 293-314.
- Bakkaloğlu, H. (2013). Ebeveynlerin gözüyle özel gereksinimli çocukların erken müdahaleden okul öncesi programlara geçiş süreci. *Eğitim ve Bilim*, 38(169), 311-326.
- Balcı, S. (1997). *İlk kez doğum yapan annelerin bebeklerini algılama durumları*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Balcı, S. (2006). *Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi* (Yayımlanmamış doktora tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Ballantyne, M., Melnyk, B., Feinstein, N. F., and Alpert-Gillis, L. (2007). An educational-behavioural intervention for parents of preterm infants reduced parental stress in the NICU and infant length of stay. *Evidence-based Nursing*, 10(2), 41-42.
- Batman, D. (2014). *Prematüre yeni doğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeylerine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Bayram, N. (2004). *Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi*. Bursa: 4 Nokta Matbaacılık Ltd. Şti.
- Blackburn, S., and Lowen, L. (1986). Impact of an infant's premature birth on the grandparents and parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 15(2), 173-178.
- Blackman, J. A. (2002). Early intervention: A global perspective. *Infants and Young Children*, 15(2), 11-19.



- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moller A. B., Narwall, R., and Lawn, J. E. (2012). National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: A systematic analysis. *The Lancet*, 379(9832), 2162-2172.
- Blondel, B., Macfarlane, A., Gissler, M., Breart, G., and Zeitlin, J. (2006). Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(5), 528-535.
- Boosfeld, B., and O'Toole, M. (2000). Technology-dependent children: Transition from hospital to home. *Nursing Children and Young People*, 12(6), 20-22.
- Borghini, A., Pierehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., and Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 27(5) 494-508.
- Boykova, M. V. (2008). Follow-up care of premature babies in Russia: Evaluating parental experiences and associated services. *Infant Journal*, 4(4), 126-130.
- Boykova, M., and Kenner, C. (2012). Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 26(1), 81-87.
- Boykova, M. (2016). Transition from hospital to home in preterm infants and their families. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 30(3), 270-272.
- Brandon, D. H., Tully, K. P., Silva, S. G., Malcolm, W. F., Murtha, A. P., Turner, B. S., and Holditch-Davis, D. (2011). Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 40(6), 719-731.
- Brookes-Gunn, J., Berlin, L. J., and Fuligni, A. S. (2000). Early childhood intervention programs: What about the family? In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 549-588). New York: Cambridge University Press.
- Bryman, A., and Cramer, D. (2001). *Quantitative analysis with SPSS release 10 for Windows: A guide for social scientists*. Philadelphia: Routledge.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic concepts, applications and programming*. Mahwah. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bull, M., and Lawrence, D. (1985). Mothers' use of knowledge during the first postpartum weeks. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 14(4), 315-320.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32(32), 470-483.
- Büyüköztürk Ş. (2003). *Sosyal bilimlere için veri analizi elkitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş., Akgün, Ö. E., Kahveci, Ö., ve Demirel, F. (2004). Güdülenme ve öğrenme stratejileri ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 4(2), 207-239.
- Büyüköztürk, Ş. (2005). Anket geliştirme. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 133-151.

- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2008). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Choi, E. J. (1999). *A phenomenological study on mother's experience of premature infants* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://www.pusan.ac.kr/uPNU>'dan alındı.
- Chyi, L. J., Lee, H. C., Hintz, S. R., Gould, J. B., and Sutcliffe, T. L. (2008). School outcomes of late preterm infants: Special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. *The Journal of Pediatrics*, 153(1), 25-31.
- Cimete, G. (1992). Doğum sonrası erken dönemde anne bebek yaklaşması. *Türk Hemşireler Dergisi*, 42(1), 7-8.
- Cole, D. A. (1987). Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 584-590.
- Curry, M. (1983). Variables related to adaptation to motherhood in "normal" primiparous women. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 12(2), 115-120.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çay, G (1989) *Prematüre bebeğe sahip annelerin bebek bakımı konusunda bilgi gereksinimleri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Çekin, B. (2014). *Bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeyleri ve baş etme yöntemleri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Çelen, R., and Arslan, F. T. (2017). The anxiety levels of the parents of premature infants and related factors. *The Journal of Pediatric Research*, 4(2), 68-74.
- Çokluk, Ö., Şekercioglu, G., ve Büyüköztürk, Ş. (2016). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Dağoğlu, T., Görak, G., Ovalı, F., ve Samancı, N. (2002). *Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Davis, D. W., Logsdon, M. C., and Birkmer, J. C. (1996). Types of support expected and received by mothers after their infants' discharge from the NICU. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 19(4), 263-273.
- Davis L., Edwards H., Mohay H., and Wollin J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73, 61-70.
- Delgado, C. E. F., Vagi, S. J., and Scott, K. G. (2007). Identification of early risk factors for developmental delay. *Exceptionality*, 15, 119-136.
- Delobel-Ayoub, M., Arnaud, C., White-Koning, M., Casper, C., Pierrat, V., and Garel, M. (2009). Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE Study. *Pediatrics*, 123(6), 1485-1492.
- Dersai, A. D., Durkin, L. K., Jacob-Files, E. A., and Mangione-Smith, R. (2015). Caregiver perceptions of hospital to home transitions according to medical complexity: A qualitative study. *Academic Pediatrics*, 16(2), 136-144.

- Diefendorf, M., and Goode, S. (2005). *The long term economic benefits of high quality early childhood intervention programs. Clearinghouse on Early Intervention and Early Childhood Special Education*. Chapel Hill, NC: NECTAC.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., and Tremblay, R. E. (2009). Investing in early human development: Timing and economic efficiency. *Economics and Human Biology*, 7(1), 1-6.
- Emily, J. (1999). A mother's perspective: reflections on the NICU. *American Journal of Nursing*, 99(3), 22.
- Engle, W. A., Tomashek, K. M., and Wallman, C. (2007). Late preterm babies: A population at risk. *Pediatrics*, 120(6), 1390-1401.
- Ergin, E. ve Bakkaloğlu, H. (2015). Kaynaştırma uygulamaları yürütülen okul öncesi sınıflarda sınıf içi geçişlerin kolaylaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 16(2), 173-191.
- Ergin, E. (2016). *Kaynaştırma uygulamaları yürütülen okul öncesi sınıflarda sınıf içi geçişlerin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Ergin, E., ve Bakkaloğlu, H. (2017). Examination of in-classroom transitions in inclusive preschool classrooms. *Early Child Development and Care*, 1-15.
- Erkuş, A. (2003). *Psikometri üzerine yazılar*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Erkuş, A. (2012). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme*. Ankara: Pegem Yayınları.
- Evans, J. C. (1991). Incidence of hypoxemia associated with caregiving in premature infants. *Neonatal Network*, 10(2), 17-24.
- Flandermeyer, A., Kenner, C., Spaite, M. E., and Hostiuck, J. (1992). Transition from hospital to home. *Neonatal Network*, 11(5), 62-63.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., and Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development*, 87, 21-26.
- Galeano, S. P. O., Marín, S. C. O., and Semenic, S. (2017). Preparing for post-discharge care of premature infants: Experiences of parents. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(1), 100-106.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., and Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75-84.
- Gomby, D. S., Culross, P. L., and Behrman, R. E. (1999). Home visiting: Recent program evaluations: Analysis and recommendations. *The Future of Children*, 9(1), 4-26.
- Gondwe, K. W., White-Traut, R., Brandon, D., Pan, W., and Holditch-Davis, D. (2017). The role of sociodemographic factors in maternal psychological distress and mother-preterm infant interactions. *Research in Nursing and Health*, 40(6), 528-540.
- Gravett, M. G., Rubens, C. E., and Nunes, T. M. (2010). Global report on preterm birth and stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1), 2-10.
- Gray, P. H., Edwards, D. M., O'Callaghan, M. J., Cuskelly, M., and Gibbons, K. (2013). Parenting stress in mothers of very preterm infants-influence of development, temperament and maternal depression. *Early Human Development*, 89(9), 625-629.

- Griffin, J. B., and Pickler, R. (2011). Hospital to home: Transition of mothers of preterm infants. *Lippincott Williams and Wilkins*, 36(4), 252-257.
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6-28.
- Hall, E. O. C., Wilson, M. E., and Frankenfield, J. A. (2003). Translation and restandardization of an instrument: The early infant temperament questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 159-168.
- Hambleton, R. K., and Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1(1), 1-30.
- Hanson, M. J., Beckman, P. J., Horn, E., Marquart, J., Sandall, S. R., Greig, D., and Brennan, E. (2000). Entering preschool: Family and professional experiences in this transition process. *Journal of Early Intervention*, 23(4), 279-293.
- Harrison, M. J., and Magill-Evans, J. (1996). Mother and father interactions over the first year with term and preterm infants. *Research in Nursing and Health*, 19(6), 451-459.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., and Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951-976.
- Heidarzadeh, A., Taheri, Z., Dehghan, M., Azizadeh-Forouzi, M., and Akbary, A. (2016). The effect of neonatal intensive care unit orientation program on decreasing the anxiety of premature infants mothers. *Nursing Practice Today*, 3(4), 152-160.
- Hergüner, S., Annagür, A., Çiçek, E., Altunhan, H., ve Örs, H. (2013). Çok düşük doğum ağırlığı olan bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 30-33.
- Holditch-Davis, D., and Shandor Miles, M. (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 19(3), 13-21.
- Holditch-Davis, D., Santos, H., Levy, J., White-Traut, R., O'Shea, T. M., Geraldo, V., and David, R. (2015). Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 41, 154-163.
- Howson, C. P., Kinney, M. V., and Lawn, J. E. (2012). Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth. *World Health Organization*, Sayı??? 1-112.
- [http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/cocuk-ergen/yuksek\\_riskli-bebek-izlem-rehberi.pdf](http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/cocuk-ergen/yuksek_riskli-bebek-izlem-rehberi.pdf)
- <http://www.ipfcc.org/events/NICU-PICU-20120717.pdf>
- <http://www.marchofdimes.org/materials/2015-annual-report.pdf>
- [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_born\\_too\\_soon\\_report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_too_soon_report.pdf)
- Illig, D. C. (1998). *Birth to kindergarten: The importance of the early years*. Sacramento, CA: California State Library-California Research Bureau.
- İşler, A. (2001). *Prematüre bebeği olan annelerde olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında hemşirelik yaklaşımının önemi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 'den alındı.
- Johnson, S., and Marlow, N. (2011). Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatric Research*, 69(5), 11-18.

- Kaaresen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E., and Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118(1), 9-19.
- Kabasakal, A. (2012). *Annelerin yeni doğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebeklerinin bakımına yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi* (yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (200). *Kültürel psikoloji: kültür bağlamında insan ve aile*. İstanbul: Evrim Yayınları.
- Kağıtçıbaşı, Ç., Sunar, D., Bekman, S., ve Cemalcılar, Z. (2005). *Erken müdahalenin erişkinlikte süren etkileri, erken destek projesinin ikinci takip araştırmasının ön bulguları*. İstanbul: Mother Child Education Foundation (AÇEV) Publishing.
- Kahraman, Ö. G., ve Çetin, A. (2015). Gelişimsel geriliği olan bebeğe sahip annelerin tanı sonrası yaşadıkları sürece ilişkin görüşlerinin ve gereksinimlerinin belirlenmesi. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 7(1), 97-128.
- Karahan, H. S. (2007). *İşitme engelli öğrencilerin okul yaşamından sosyal yaşama geçişte sahip olmaları gereken bağımsız yaşam becerileri ile ilgili anne-baba ve öğretmen görüşlerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Kargın, T., Akçamete, G., ve Baydık, B. (2001). Okul öncesi yaşta engelli çocuğu bulunan ailelerin anasınıfına geçiş sürecindeki gereksinimlerinin belirlenmesi. *Özel Eğitim Dergisi*, 3(1),13-24.
- Karoly, L. A., Kilburn, M. R., and Cannon, J. (2005). *Proven benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Kartal, H. (2008). Çocuk ve aileyi desteklemeye yönelik ev ziyaretlerine dayalı erken müdahale programları ve programların etkileri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 41(1), 1-28.
- Kayri, M. (2009). Araştırmalardaki Gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma teknikleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 51-64.
- Keating, D. P., and Hertzman, C. (2000). *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological, and educational dynamics*. New York: The Guilford Press.
- Kenner, C., and Lott, J. W. (1990). Parent transition after discharge from the NICU. *Neonatal Network*, 9(2), 31-37.
- Kenner, C., and Bagwell, G. A. (1998). Assessment and management of the transition to home. In C. Kenner, J. W. Lott, and A. A. Flandermeyer (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing: A physiologic perspective* (pp. 969-979). Philadelphia: Saunders.
- Kenner, C., and Boykova, M. (2007). Transition to home: family perspectives on care in Russia. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 20-24.

- Kenner, C. (2012). Transition from hospital to home: post-neonatal intensive care unit discharge: A global perspective. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 12(4), 184-186.
- Khajeh, M., Karimi, R., and Sadat Hosseini, A. S. (2013). The Effect of Parents Empowerment Program on Their Beliefs About Parental Role, Behaviors and Characteristics of Their Premature Infants in NICU. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*, 11(6), 410-427.
- Kılıç, S. (2013). Örneklem yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 44-46.
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Kirby, L. D., and Fraser, M. W. (1997). *Risk and resilience in childhood*. In M. Fraser (Ed). Risk and resilience in childhood (pp. 13-66). Washington, DC: NASW Press.
- Kitzinger, S. (1975). The fourth trimester? *Midwife, Health Visitor and Community Nurse*, 11(4), 118-121.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. New York: Routledge.
- Korkmaz, Z. (2003). *Primipar annelerin bebeklerini algılama durumu* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSocYeni.jsp>'den alındı.
- Kwon M. K., and Han K. J. (1991). A study on mother-infant interaction and maternal identity in mother-infant dyads of premature and full-term infants. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 21(1), 79-87.
- Kurtz M. M., Perez-woods R.C., Tse A. M., and Snyder D. J. (1992). Antecedents of behavior: parents of high-risk newborns. *Children's Health Care*, 21(4), 213-223.
- Lindström, K. (2011). *Long-term consequences of preterm birth: Swedish National Cohort Studies* (Yayımlanmamış doktora tezi). <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/40491>'den alındı.
- Lopez, G., Anderson, K. H., and Feutchinger, J. (2012). Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Network*, 31(4), 207-214.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., and Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-99.
- Manav, G., ve Yıldırım, F. (2010). Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 32(2), 149-157.
- Maneesriwongul, W., and Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175-186.
- Marlow, D. M., Wolkie, D., Bracewell, M. A., and Samara, M. (2005). Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 352(1), 9-19.
- Marsh, H. W., and Hocevar, D. (1988). A new, more powerful approach to multitrait-multimethod analyses: Application of second-order confirmatory factor analysis. *Journal of Applied Psychology*, 73(1), 107-117.

- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang and E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- McCartney K., Owen M. T., Booth C. L., Clarke-Stewart A., and Vandell D. L. (2004). Testing a Maternal Attachment Model of Behavior Problems in Early Childhood. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 45(4), 765-678.
- McHaffie, H. E. (1990). Mothers of very low birthweight babies: How do they adjust? *Journal of Advanced Nursing*, 15(1), 6-11.
- McKim, E. M. (1993). The information and support needs of mothers of premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(4), 233-244.
- Meijssen, D. E., Wolf, M. J., Koldewijn, K., Van Wassenaer, A. G., Kok, J. H., and Van Baar, A. L. (2011). Parenting stress in mothers after very preterm birth and the effect of the infant behavioural assessment and intervention program. *Child: Care, Health and Development*, 37(2), 195-202.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., and Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R., and Gross, S. J. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the COPE NICU program: A randomized clinical trial. *Pediatrics*, 118(5), 1414-1427.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., and Scher, M. (2007). Depressive Symptoms in Mothers of Prematurely Born Infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(1), 36-44.
- Moster, D., Lie, R. T., and Markestad, T. (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 359(3), 262-273.
- Muglia, L. J., and Katz, M. (2010). The enigma of spontaneous preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 362(6), 529-535.
- Mun, J. H. (2000). *The lived experience of mothers whose first baby is premature* (Yayımlanmamış doktora tezi). <http://dcollection.yonsei.ac.kr/jsp/index.jsp>'dan alındı.
- Munsell, K. L. (2006). *A screening battery for identifying at risk infants: prediction of outcome on bayley scales on infant-toddler development III* (Yayımlanmamış doktora tezi). ProQuest Dissertations and Theses Global. (UMI No: 3222771)
- Nancollis, A., Lawrie, B. A., and Dodd, B. (2005). Phonological awareness intervention and the acquisition of literacy skills in children from deprived social background. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 36(4), 325-352.
- Neyestani, A., Saeidi, R., Salari, M., and Karbandi, S. (2017). The effect of implementing a discharge program on quality of life of mothers with premature infants. *Evidence Based Care*, 7(1), 60-71.
- Olshtain-Mann, O., and Auslander, G. K. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health and Social Work*, 33(4), 299-308.

- Owens K. (2001). The NICU experience: A parent's perspective. *Neonatal Network: Journal of Neonatal Nursing*, 20(4), 67-69.
- Özdamar, K. (1997). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi-I*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Fen Fakültesi Yayınları.
- Özdoğan, T., Aldemir, E. Y., ve Kavuncuoğlu, S. (2014). Orta derece ve geç prematüre bebekler ve sorunları. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 6(2), 57-64.
- Öztürk, R., ve Saruhan, A. (2013). 1-4 Aylık premature bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 15(1), 33-47.
- Parhiz, Z., Birjandi, M. H., Khazaie, T., and Sharifzadeh, G. (2016). The effects of an empowerment program on the knowledge, self-efficacy, self-esteem, and attitudes of mothers of preterm neonates. *Modern Care Journal*, 13(3), 2-4.
- Park Y. S. (1991). *Transition to motherhood of primipara in postpartum period* (Yayımlanmamış doktora tezi). <http://www.useoul.edu>'dan alındı.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller Nix, C., Forcada Guex, M., and Ansermet, F. (2003). Parental post traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), 400-404.
- Pinch, W. J. E., and Spielman, M. L. (1996). Ethics in the neonatal intensive care unit: parental perceptions at four years postdischarge. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 72-85.
- Pinelli, J. (2000). Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Network*, 19(6), 27-37.
- Preyde, M., and Ardal, F. (2003). Effectiveness of a parent 'buddy' program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Canadian Medical Association Journal*, 168(8), 969-973.
- Pridham, K. F., and Chang, A. S. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: Maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 204-216.
- Rajan, L., and Oakley, A. (1990). Low birth weight babies: the mother's point of view. *Midwifery*, 6(2), 73-85.
- Ramey, S., and Ramey, C. T. (1999). Early experience and early intervention for children "at risk" for developmental delay and mental retardation. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 5(1), 1-10.
- Rapacki J. D. (1991). The neonatal intensive care experience. *Children's Health Care*, 20(1), 15-18.
- Ravey, S. A. (2009). *Early childhood special education- 0 to 8 years*. Columbus, Ohio: Pearson.
- Rosenkoetter, S. E., Whaley, K. T., Hains, A. H., and Pierce, L. (2001). The evolution of transition policy for young children with special needs and their families. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21(1), 3-16.
- Rubin R. (1961). Puerperal change. *Nursing Outlook*, 9(3), 743-755.



- Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. *The American Journal of Nursing*, 84(12), 1480-1484.
- Sameroff, A., Seifer, R., Zax, M., and Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 383-394.
- Sameroff, A. J., and Fiese, B. (2000). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah (Ed.). *Handbook of infant mental health* (pp. 3-19). New York: The Guilford Press.
- Sarapat, P., Fongkaew, W., Jintrawet, U., Mesukko, J., and Ray, L. (2017). Perceptions and Practices of Parents in Caring for their Hospitalized Preterm Infants. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(3), 220-233.
- Savaşır, I. (1977). *Cognitive-behavioral therapy assessment, scales are frequently used*. Ankara: Turkish Psychological Association Publications.
- Schanler, R. J. (2001). The use of human milk for premature infants. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 207-219.
- Scherer, R. F. (1988). Dimensionality of coping: Factor stability using the ways of coping questionnaire. *Psychological Report*, 62(3), 763-770.
- Schumacher, K. L., and Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schweinhart, L. J. (2003, April). *Benefits, costs, and explanation of the High/Scope Perry Preschool Program*. Meeting of the Society for Research in Child Development'da sunulan çalışma. Tampa, Florida.
- Sertgil, N. (2011). *Bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimsel risk tespiti için sosyal iletişim alanı tarama testi (SİATT) norm, geçerlik ve güvenilirlik çalışması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp'den> alındı.
- Shapiro-Mendoza, C.K., Tomashek, K.M., Kotelchuck, M., Barfield, W., Nannini, A., Weiss, J., and Declercq, E. (2008). Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics*, 121(2), 223-232.
- Shimkin, P. (1996). The experience of maternity in a woman's life. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25(3), 247-252.
- Shin H. J. (2003). *Maternal transition in mothers with high risk newborns* (Yayımlanmamış doktora tezi). <http://www.korea.edu>'den alındı.
- Shin H. J. (2004). Situational meaning and maternal self-esteem in mothers with high-risk newborns. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(1), 93-101.
- Shonkoff, J. P., and Meisels, S. J. (2000). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith, L., and Daughtrey, H. (2000). Weaving the seamless web of care: An analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 812-820.
- Sola, C. (2008). *Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp'den> alındı.

- Sola, C., ve Diken, İ. H. (2008). Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 9(2), 21-36.
- Steyn, E., Poggenpoel, M., and Myburgh, C. (2017). Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. *Curationis*, 40(1), 1-8.
- Stjernqvist, K., and Svenningsen, N. W. (1999). Ten-year follow-up of children born before 29 gestational weeks: Health, cognitive development, behaviour and school achievement. *Acta Paediatr*, 88(5), 557-562.
- Stoner, J. B., Angell, M. E., House, J. J., and Bock, S. J. (2007). Transitions: Perspectives from parents of young children with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of Development and Physical Disabilities*, 19(1), 23-39.
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Ekinoks Yayıncılık.
- Tabachnick, B. G., and Fidell, L. S. (2015). *Çok değişkenli istatistiklerin kullanımı*. M. Baloğlu (Çev. Ed.). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi SPSS veri analizi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Tekinarslan, İ., ve Bircan, Ö. (2009). Zihin engelli çocukların anasınına geçiş sürecinde ebeveyn gereksinimlerinin belirlenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1), 63-74.
- Tracey, N. E. (2000). *Parents of premature infants: Their emotional world*. Philadelphia: Whurr Publishers.
- Turan, T. (2004). *Prematüre bebeği olan anne-babaların yoğun bakım ünitesindeki stresörlerden etkilenme düzeylerine hemşirelik yaklaşımlarının etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> den alındı.
- Vahdaninya, Z., Nakhaei, M., Nasiri, A., Sharifzadeh, G., and Abdolrazagh-nezha, M. (2015). Training based on Orem's model on knowledge, attitude and self-efficacy of mothers in preventing domestic accidents. *Modern Care Journal*, 12(3), 119-24.
- Valizadeh, L., Akbarbegloo, M., and Asadollahi, M. (2009). Supports provided by nurses for mothers of premature newborns hospitalized in NICU. *Iran Journal of Nursing*, 22(58), 89-98.
- Wang, M. L., Dorer, D. J., Fleming, M. P., and Catlin, E. A. (2004). Clinical outcomes of near-term babies. *Pediatrics*, 114(2), 372-376.
- Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27(3), 281-286.
- Webster. (1987). *The new lexicon Webster's dictionary of the English language*. New York: Lexicon Publications.

- Welch, M. G., Halperin, M. S., Austin, J., Stark, R. I., Hofer, M. A., Hane, A. A., and Myers, M. M. (2016). Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with family nutrition intervention in the NICU. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 51-61.
- WHO (1977). WHO: Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 56(3), 247-253.
- Widerstrom, A. H., Mowder, B. A., and Sandal, S. R. (1997). *Infant development and risk: An introduction*. USA: Paul Brookes Pub.
- Wolery, M. (1989). Transitions in early childhood special education: Issues and procedures. *Focus on Exceptional Children*, 22(2), 1-16.
- Wyly, M. V. (1997). *Infant assessment*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Xu, Y., and Filler, J. W. (2005). Linking assessment and intervention for developmental/functional outcomes of premature, lowbirth-weight children. *Early Childhood Education Journal*, 32(6), 6-13.
- Yıldırım Hacıbrahimoğlu, B. (2013). *Özel gereksinimli öğrencilerin ilköğretime geçişte yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi* (Yayınlanmamış doktora tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>'den alındı.
- Ying, L., and Feng, C. (2017). The occurrence of depression and nursing intervention for mothers of preterm infants. *Biomedical Research*, 28(12), 5530-5534.
- Youngkin, E. Q., and Davis, M. S. (2004). *Postpartum care: Women's health a primary care clinical guide*. Pearson Prentice Hall.
- Zabielski, M. T. (1994) Recognition of maternal identity in preterm and full term mothers. *Maternal Child Nursing Journal*, 22(1), 22-35.
- Zeitlin, J., Saurel-Cubizolles, M. J., De Mouzon, J., Rivera, L., Ancel, P. Y., Blondel, B., and Kaminski, M. (2002). Fetal sex and preterm birth: Are males at greater risk? *Human Reproduction*, 17(10), 2762-2768.
- Zenciroğlu, A., Gündüz, R., Onat, R., Dilli, D., İpek, M., Aydın, M., Karagöl, B., Hakan, N., Dursun, A., Karadağ, N., Aydın, B., Uzunaliç, N., Erol, S., Sorguç, N., Özyazıcı, E., Özbaş, S., Tezel, B., Bolat, H., Aydın, Ş. (2015). Temel yeni doğan bakımı. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. [http://ihs.istanbul.saglik.gov.tr/data/content/cekush\\_dosyalar/8-%20temel\\_yenidogan\\_bakimi.pdf](http://ihs.istanbul.saglik.gov.tr/data/content/cekush_dosyalar/8-%20temel_yenidogan_bakimi.pdf) den alınmıştır.



**EKLER**

**Ek A:**  
**BİLGİ FORMU**

1. Anketi cevaplayan kişi

- Anne
- Baba

2. Kaç yaşındasınız? \_\_\_\_\_

3. En son mezun olduğunuz okul nedir ?

- Okur yazar değilim
- Okur yazarım
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Önlisans
- Lisans
- Yüksek lisans
- Doktora

4. Ailenizin aylık ortalama geliri nedir? \_\_\_\_\_

5. Hangi yerleşim yerinde ikamet ediyorsunuz?

- Büyükşehir
- Şehir
- İlçe
- Kasaba
- Köy

6. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- Kız
- Erkek

7. Bebeğinizin tıbbi tanısı nedir? \_\_\_\_\_

8. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu? \_\_\_\_\_

9. Bebeğiniz kaç kilo doğdu? (Gram cinsinden yazınız) \_\_\_\_\_

10. Bebeğiniz hastaneden taburcu edileli ne kadar oldu? (Gün/Ay) \_\_\_\_\_

11. Bebeğiniz ne kadar süre hastanede kaldı? (Gün/Ay) \_\_\_\_\_

12. Siz ve bebeğiniz ne kadar süre ayrı kaldınız? (Gün/Ay) \_\_\_\_\_

13. Hayatta olan kaç çocuğunuz var? \_\_\_\_\_

14. Kürtaj/düşük veya ölü doğum veya diğer yeni doğan problemleri olan bebeğiniz oldu mu?

- Evet
- Hayır

Eğer cevabınız evet ise kürtaj/düşük veya ölü doğum veya diğer yeni doğan problemlerinizi açıklayınız? \_\_\_\_\_

15.Çocuğumun bakımına ilişkin bilgilerin çoğunu şu kişilerden alırım:

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Hemşire
- Doktor
- Eğitimci
- Akrabalar
- Arkadaşlar
- Diğer \_\_\_\_\_

16.Çocuğuma ilişkin duygularımı şu kişilerle paylaşabilirim:

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

17.Hastanede, bebek bakımına ilişkin eğitim/kurs aldınız mı?

- Evet
- Hayır

18.Eğer cevabınız evet ise, bebek bakımına ilişkin eğitimi/kursu kimden aldınız ?

Toplamda kaç saat eğitim aldınız? \_\_\_\_\_

**Ek B:****HASTANEDEN EVE GEÇİŞ ÖLÇEĞİ (HEGÖ)**

Lütfen duygularınızı en iyi yansıtan yanıtın altına tik (✓) atınız.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Çocuğuma nasıl bakacağımı biliyorum.					
2.Çocuğumu ne ile ve ne kadar besleyeceğimi biliyorum.					
3.Çocuk bakımı konusunda yazılı kaynaklara/materyallere sahibim.					
4.Çocuğum hakkında endişelendiğim için gece uyumakta zorlanıyorum.					
5.Çocuğumun sağlığını nasıl koruyacağıma ilişkin daha fazla bilgi sahibi olmak istiyorum.					
6.Çocuğumun bakımı konusunda kendimi rahat hissediyorum.					
7.Hemşireler bana kendimi nasıl hissettiğimi sordular.					
8.Çocuğum ağladığında çocuğumun neye ihtiyacı olduğunu biliyorum.					
9.Kendimi tamamen yalnız hissediyorum.					
10.Her gün kendime zaman ayırıyorum.					
11.Çocuğumu bir başkasına bırakırken kendimi suçlu hissediyorum.					
12.Birlikte yaşadığım insanlar beni destekleyici oluyor.					
13. Bana yardımcı olabilecek sosyal/ toplumsal gruplar olduğunu biliyorum.					
14. Aldığım bilgiler beni çocuğuma bakmaya hazırladı.					
15.Çocuk bakımındaki problemlerim hakkında çocuğumun doktoruna soru sorarken kendimi rahat hissediyorum.					
16.Çocuğumu bakıcıyla bırakmaya korkuyorum.					
17.Evde çocuğumla baş başa olduğumda kendimi stresli ve bunalmış hissediyorum.					
18.Çocuğumun günlük bakımında herhangi bir değişiklik yapmak için bir doktordan izin almam gerektiğini hissediyorum.*					
19.Eşim ve ben kendimize zaman ayırıyoruz.					
20.Diğer çocuklarımdan kaynaklanan baskı hissediyorum. *Başka çocuğunuz yoksa "Hiç katılmıyorum"u işaretleyiniz.*					
21.Çocuğumun bakım sorumluluğunu paylaşacağım biri var.					
22.Doktoru ne zaman aramam gerektiğini biliyorum.					
23.Doktorların bana söylediklerini anlayabiliyorum.					
24.Çocuğumun hastalanmasından korkuyorum.					
25.Çocuğumun sağlığını kontrol edemem.					
26.Yanlış bir şey yapacağımdan ve çocuğumun hastalanacağından korkuyorum.					
27.Hiç kimse kendimi gerçekten nasıl hissettiğimi anlamıyor.*					
28.Ebeveyn olarak benden ne beklediğini biliyorum.					
29.Çocuğumun davranışları hakkında daha fazla bilgi istiyorum.					
30.Çocuğum sağlıklı ve normaldir.					
31.Bir hemşirenin ev ziyareti yapması daha rahat hissetmeme yardımcı olur.*					
32.Çocuğum konusunda endişelendiğim için geceleri uyumakta zorlanıyorum.					
33.Çocuk bakımı ve ebeveynlik hakkında katıldığım kurstan memnunum.					
34.Çocuğumun bakımı konusunda kendimi yeterli hissediyorum.					
35.Çocuğumun hayatını kaybetmesinden korkuyorum.					
36.Diğerler kişilerin çocuğumu benden daha iyi tanıdığını düşünüyorum.*					
37.Hemşireler bana destek oluyorlar.					


\*Bu maddeler ölçeğin Türkçe Formu'nda yer almamaktadır. HEGÖ-Türkçe Formu 32 (+1 kontrol maddesi) maddeden oluşmaktadır.

**Ek C:**  
**İZİN YAZISI**

İleti Gönder Cevapla Toplu Ceva.. İlet Sil Taşı Yazdır İşaretle Diğer

İleti: 897 / 948

**Re: Transition Questionnaire**

	Gönderen: Carole Kenner
	Alınan: Sila.Alis@ankara.edu.tr
	Kopya: marina boykova
	Tarih: 2015-12-01 19:22

Yes of course.

Sent from my iPhone

On Dec 1, 2015, at 11:20 AM, Sila.Alis@ankara.edu.tr wrote:

Dr.Kenner, I have a question about using the questionnaire. If I want to use it in my thesis , I have to need permission to use it. Can I use the Transition Questionnaire with your permission ?

Sincerely,

Sıla Aliş  
Ankara University  
Faculty of Education  
Department of Special Education  
Ankara/TURKEY

2015-11-30 23:51, Carole Kenner yazmış:

Thank you.  
Carole Kenner, PhD, FN, FAAN  
Carol Kuser Loser Dean/Professor  
School of Nursing, Health, and Exercise Science  
The College of New Jersey  
P.O. Box 7718  
Ewing, NJ 08628-0718  
kennerc@nrci.edu



**Ek D:****HEGÖ'NÜN BİLGİ BOYUTUNDAKİ MADDELERE ANNELERİN KATILIM YÜZDELERİ**

<b>HEGÖ Maddeleri</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
Çocuğuma nasıl bakacağımı biliyorum	%4.5	%3.3	%9.8	%39.9	%42.5
Çocuğumu ne ile ve ne kadar besleyeceğimi biliyorum.	%3.1	%4.3	%11.2	%38.9	%42.5
Çocuk bakımı konusunda yazılı kaynaklara/ materyallere sahibim.	%4.5	%10.3	%11	%40.8	%33.4
Çocuğumun bakımı konusunda kendimi rahat hissediyorum.	%3.6	%8.8	%17.2	%42.5	%27.9
Çocuğum ağladığında çocuğumun neye ihtiyacı olduğunu biliyorum.	%1.7	%2.6	%15.8	%48.9	%31
Aldığım bilgiler beni çocuğuma bakmaya hazırladı.	%6	%7.4	%14.8	%43.7	%28.2
Doktoru ne zaman aramam gerektiğini biliyorum.	%2.6	%2.1	%10	%49.6	%35.6
Doktorların bana söylediklerini anlayabiliyorum.	%1.2	%2.4	%5	%37	%54.4
Çocuğumun davranışları hakkında daha fazla bilgi istiyorum.	%1.9	%3.3	%11.5	%50.1	%33.2
Bir hemşirenin ev ziyareti yapması kendimi daha rahat hissetmeme yardımcı olur.	%1.7	%2.9	%13.8	%35.1	%46.5
Çocuğumun hayatını kaybetmesinden korkuyorum.	%2.9	%2.4	%14.6	%45.6	%34.6

**Ek E:****HEGÖ'NÜN SOSYAL DESTEK BOYUTUNDAKİ MADDELERE ANNELERİN KATILIM YÜZDELERİ**

<b>HEGÖ Maddeleri</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
Kendimi tamamen yalnız hissediyorum.	%27	%29.8	%14.3	%15.8	%13.1
Her gün kendime zaman ayırıyorum.	%25.8	%27.4	%23.6	%18.9	%4.3
Birlikte yaşadığım insanlar bana destek oluyor.	%6	%10.3	%11.9	%36.5	%35.3
Bana yardımcı olabilecek sosyal/toplumsal gruplar olduğunu biliyorum.	%8.8	%10	%21	%37.2	%22.9
Eşim ve ben kendimize zaman ayırıyoruz.	%20.5	%24.1	%23.9	%24.1	%7.4
Çocuğumun bakım sorumluluğunu paylaşacağım biri var.	%16.5	%13.8	%9.1	%37.5	%23.2

**Ek F:****HEGÖ'NÜN STRES BOYUTUNDAKİ MADDELERE ANNELERİN KATILIM YÜZDELERİ**

<b>HEGÖ Maddeleri</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
Çocuğum hakkında endişelendiğim için gece uyumakta zorlanıyorum.	% 11	%29.4	% 13.6	%25.3	%20.8
Evde çocuğumla baş başa olduğumda kendimi stresli ve bunalmış hissediyorum.	%37.5	%31.5	% 12.4	% 16.7	%7.9
Çocuğumun hastalanmasından korkuyorum.	%2.1	%5.3	%4.8	%26.5	%61.3
Çocuğumun sağlığını kontrol edemem.	%32.9	%35.1	% 19.1	% 8.6	%4.3
Yanlış bir şey yapacağımdan ve çocuğumun hastalanacağından korkuyorum.	% 11.9	%23.9	% 12.6	%26	%25.5
Çocuğumun hayatını kaybetmesinden korkuyorum.	%8.1	%9.1	%5.5	% 18.6	%58.7

**Ek G:****HEGÖ'NÜN SAĞLIK PERSONELİ DESTEĞİ BOYUTUNDAKİ MADDELERE  
ANNELERİN KATILIM YÜZDELERİ**

<b>HEGÖ Maddeleri</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
Hemşireler bana kendimi nasıl hissettiğimi sordular.	%33.4	%21	%9.9	%21	15.3
Çocuk bakımındaki problemlerim hakkında çocuğumun doktoruna sorarken kendimi rahat hissediyorum.	%3.8	%8.6	%7.4	%36.3	%43.9
Çocuk bakımı ve ebeveynlik hakkında katıldığım kurstan memnunum.	%31.5	%16	%19.1	%23.6	%9.8
Hemşireler bana destek oluyorlar	%23.4	%20	%16.7	%30.9	%9.8

**Ek H:****HEGÖ'NÜN STRESLE BAŞ ETME BOYUTUNDAKİ MADDELERE ANNELE-  
RİN KATILIM YÜZDELERİ**

<b>HEGÖ Maddeleri</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
Çocuğumun sağlığını nasıl koruyacağıma ilişkin daha fazla bilgi istiyorum.	%4.1	%3.3	%6.4	%34.1	%52
Çocuğumu bir başkasına bırakırken kendimi suçlu hissediyorum.	%4.8	%18.6	%14.1	%30.3	%32.2
Çocuğumu bakıcıyla bırakmaya korkuyorum.	%6.7	%5	%12.4	%25.3	%50.6
Çocuğumun davranışları hakkında daha fazla bilgi istiyorum.	%2.6	%6.4	%9.3	%36.8	%44.9

## ÖZGEÇMİŞ

Sıla ALIŞ

Özel Eğitim Anabilim Dalı

Yüksek Lisans

### Eğitim

Lisans : Boğaziçi Üniversitesi Okul Öncesi Öğretmenliği Bölümü

Lise : Sinop Anadolu Öğretmen Lisesi

### Yayınlar

Alış, S. & Bakkaloğlu, H. (2016, Ekim). *Özel gereksinimli ve risk altında olan çocukların hastaneden eve geçişleri*. 26. Ulusal Özel Eğitim Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri, Eskişehir.

### Proje Deneyimi

Bursiyer (15 Temmuz 2015-15 Temmuz 2018), Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından desteklenen 114K649 kodlu “Okul Öncesinde Kaynaştırma Eğitimine Devam Eden Özel Gereksinimli Olan ve Olmayan Çocukların Gelişimlerinin Boylamsal Analizi” isimli proje (Bütçe: 200.469,44 TL).