



Güzide ÜĞÜCÜ^{1*} 

Rana YİĞİT¹ 

*Sorumlu Yazar e mail:
guzide.ugucu@outlook.com

¹Mersin Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Ana
Bilim Dalı, Mersin

Üğücü G, Yiğit R. Yenidoğan
Yoğun Bakım Ünitelerinde
Yeni Bir Çağın Başlangıcı: Aile
Entegre Bakım. Halic Üniv Sağ
Bil Der. 2021;4(2) 123-135

Üğücü G, Yiğit R. The Dawn of
A New Era in Neonatal Intensive
Care Units: Family Integrated
Care. Halic Uni J Health Sci.
2021;4(2) 123-135

Doi:10.48124/husagbilder.796242

Geliş Tarihi: 17.09.2020

Kabul Tarihi: 12.02.2021

DERLEME

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE YENİ BİR ÇAĞIN BAŞLANGICI: AİLE ENTEGRE BAKIM

Öz

Gelişen teknoloji, antenatal ve neonatal bakım uygulamalarıyla birlikte prematüre bebeklerin yaşama şansı artmıştır. Bebeklerin yaşama şansındaki iyileşmeye karşın, uzun dönem izlemlerde nörogelişimsel sorunlar dikkat çekmektedir. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri riskli bebeklerin bakım gereksinimlerinin karşılandığı özellikli birimlerdir. Günümüzde bu birimlerde amaç; özel bakım gereksinimi olan bebeklerin yalnızca yaşatılması değil, kaliteli ve güvenli bakım sunulması ile sağlıklı term bebeklerle benzer nörogelişimsel şansı yakalamalarını sağlamaktır. “Bilgi, güçtür.” ilkesini benimseyerek ebeveynlerin yeterliliğini artırıp, bebeklerinin primer bakım vericileri olmalarını hedefleyen aile entegre bakım modeli, aile merkezli bakım kültürünün oluşturulması ve gelişimsel bakımın ünitelerde uygulamaya aktarılmasında önemli bir adımdır.

Anahtar Kelimeler: Bebek, Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, Aile entegre bakım, Ebeveyn, Hemşirelik

REVIEW

THE DAWN OF A NEW ERA IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS: FAMILY INTEGRATED CARE

Abstract

The survival chance of premature infants have increased with advanced technology, antenatal and neonatal care implementations. Despite of the improvement in the chance of infants survival, follow-up neurodevelopmental problems have pointed out long-term outcomes. Neonatal intensive care units are specialized eras to meet the care needs of risky infants. Today, the purpose of these units is not only keeping the infants with special care needs alive, but also providing quality and safe care to have similar neurodevelopmental chances with healthy term ones. Family intagrated care is an essential step to create family-centered care culture, to transfer developmental care into practices in units by adopting the principle “knowledge is power” through increasing the competence of parents who will be the primary caregivers of their infants.

Keywords: Infant, Neonatal intensive care unit, Family integrated care, Parent, Nursing

1. Giriş

Gelişen teknoloji, antenatal ve neonatal bakım uygulamalarıyla birlikte prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşama şansı artmıştır. On yıl öncesinde 22 gestasyon haftasında (GH) doğan bir bebeğin yaşama şansı %10 iken, günümüzde %40'tır. Bu şans, 23 GH bebekte %63'e, 24 GH'de ise %81'e yükselmektedir (1). Bebeklerin yaşama şansındaki iyileşmeye karşın, uzun dönem izlemlerde nörogelişimsel olumsuzluklar dikkat çekmektedir. Bunlar arasında; görme ve işitme kayıpları, düzeltilmiş yaşa göre bilişsel, motor ve dil gelişiminde gerilikler yer almaktadır (2,3).

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YYBÜ) riskli bebeklerin bakım gereksinimlerinin karşılandığı özellikli birimlerdir. Günümüzde YYBÜ'lerde amaç; özel bakım gereksinimi olan bu bebeklerin yalnızca yaşatılması değildir. Kaliteli ve güvenli bakım sunulması ile sağlıklı term bebeklerle benzer nörogelişimsel şansı yakalamalarını sağlamaktır. Bu nedenle, 1980'lerde riskli bebeklerin gereksinimlerini karşılamak amacıyla oluşturulan Gelişimsel Bakım Yaklaşımı (GBY) günümüzde önemini korumakta ve artırmaktadır (4).

Gelişimsel Bakım Yaklaşımı, YYBÜ'de bakım alan bebeklerde kısıtlılıkların önlenmesi, uygun nöral yolak ve bağlantıların oluşumunun desteklenmesiyle birlikte sağlıklı gelişimin sağlanması stratejilerini kapsar. GBY'nin yedi ana bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki "iyileştirici çevre" ve ikincisi "aile merkezli bakım (AMB)"dır (4,5).

Aile, bebeğin iyileştirici çevresinin ve gelişimsel bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Yeni bir bebeğin aileye katılmasıyla birlikte ebeveyn rolleri, ailenin işlevi, dinamik ve gereksinimleri farklılaşır. Aile içi süreçlerde bir değişim söz konusudur. Üstelik yeni katılan bireyin özel bakım gereksiniminin olması aile için oldukça stresli bir deneyimdir. Aile Entegre Bakım (AEB) tam olarak bu noktada; bebek ve ailesinin gereksinimlerini bir bütün olarak ele alır. Söz konusu bakım sürecinde; ailenin güçlenmesini, olumlu başatma yöntemleri geliştirmesini, destek kaynaklarına ulaşmasını, esneklik ve dayanıklılığını artırmasını sağlayarak işlevselliğini ve sistemsel bütünlüğünü korumasını sağlar. "Bilgi, güçtür."

ilkesini benimseyerek ebeveynlerin yeterliğini artırıp, bebeklerinin primer bakım vericileri olmalarını hedefler (4-6).

Bu derlemenin amacı; YYBÜ'lerde AMB kültürünün oluşturulmasında önemli bir adım olan AEB modelini tanıtarak hemşirelere ve sağlık organizasyonlarına uygulama aktarmaya yönelik rolleri konusunda bilgi sağlamaktır.

2. Gelişimsel Bakımın Vazgeçilmez Bileşeni: Aile

Türkiye'nin de bulunduğu, 30'dan fazla ülkedeki uzmanların işbirliği ile geliştirilen Avrupa Yenidoğan Sağlığı Bakım Standartları (2018); bebeği, ailesi ile bir bütün olarak ele alan GBY'yi benimser. Ünitelerde AMB kültürünün oluşturulmasını, ebeveynlerin bakımın her aşamasına dahil edilmesini ve güçlendirilmesini destekler. Nöroprotektif stratejilerle birlikte güvenli ebeveyn-bebek bağlanmasını destekleyerek; uzun dönemde bebeğin term bebeklerle benzer nörogelişimsel özelliklere ulaşmasını amaçlar (5,7).

Nöroprotektif stratejiler, gelişen beyni desteklemeyi amaçlayan girişimler için kullanılan bir kavramdır. GBY kapsamında bu stratejiler; a) yeni nöral sinaps ve yolakların oluşumunu desteklemeyi, b) normal nöral gelişimi sağlamayı ve c) kısıtlılık ve engel oluşumunu önlemeyi amaçlar (5). Beyin yapısı ve gelişimini ise, genetik ve çevre etkiler. Genetik, beyin gelişimi için temel yapı planını oluşturur. Sinir hücrelerinin temel özelliklerini ve bağlantı için gerekli kuralları belirler. Çevre ise, beyin ve işlevlerinin tüm potansiyeline ulaşması için gerekli uyarın ve deneyimleri sunar. Ünitelerdeki bebek çevresini deneyimledikçe, aile ve diğer kişilerle etkileşime geçtikçe nöral yolaklar oluşur ve güçlenir (5,8).

Gelişimsel bakım yaklaşımının yedi ana bileşeni; I) iyileştirici çevre, II) aile merkezli bakım, III) uygun pozisyon verme ve dokunma, IV) uykuyu koruma, V) ağrı ve stresin yönetimi, VI) cilt bütünlüğünün korunması ve VII) beslenmenin sağlanmasıdır (5,9). Aile özellikle ebeveynler, iyileştirici çevrenin oluşturulması ve gelişimsel bakımın sağlanmasında vazgeçilmezdirler. Bebeğin intrauterin yaşamdaki mikroçevresini annesi oluşturur. Annesinin kalp

atımı, kokusu, vücut sıcaklığı, sesi vb. özellikler bebeğin gelişimini destekleyen duyuşsal uyarılar olup tanıdığı ve kendisini güvende hissettiği çevresel özelliklerin başında gelir. Bu durum, tüm yenidoğanlar için geçerlidir. Ebeveynin bakıma dahil olması ile bebek, intrauterin yaşamda alışık olduğu ses, sıcaklık, koku gibi uyarılara maruz kalır. Ayrıca, ebeveynin bebeğine fiziksel olarak yakınlığı, sevgi ve şefkat duygularını güçlendirerek duygusal bağlılığı ve yakınlığını artırır. Fiziksel ve duygusal yakınlık; bebek ve ebeveynin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığı için önemli ve gereklidir. Bu nedenle ebeveynler, üniteadaki bebeklerinin “ziyaretçileri” değildirler. Onlar; sağlık ekibinin aktif üyeleri olarak GBY'nin vazgeçilmez bileşenidirler. Bebeklerinin bakımında “uzman” olma konusunda desteklenme, güçlendirilme ve yeterliliklerinin geliştirilmesine gereksinim duyarlar (6,7,9).

Aile entegre bakım, bir uygulama modeli olarak GBY ve AMB'nin gerçekleştirilmesine kolaylık sağlar. Ailenin, bebek ile fiziksel yakınlığı desteklenir. Üniteadaki fiziksel ve çevresel koşullar buna uygun düzenlenir. Ebeveynler, bakımın tüm süreçlerine entegre edilirler. Bu sayede ebeveynler; bebek için uygun dokunsal, işitsel, görşel, vestibular ve olfaktor uyarı oluşturma becerisinden; ağrı, stres, açlık, uyku gibi durumlarda davranışsal tepkilerini ve mizacını tanıma konularına kadar desteklenirler (9-11). Söz konusu rol ve becerilerin kazandırıldığı ebeveynlerin taburculukta “hemşireyi alıp eve götürmeyi istemek yerine bebeklerinin gereksinimlerini en iyi kendilerinin karşılayabileceğini” düşündüğü, düşük anksiyete, yüksek öz-güven ve öz-yeterliliklerinin olduğu bildirilmektedir (6,9-11).

3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Entegre Bakım

Üst düzey teknolojik donanımın olduğu YYBÜ, ebeveynlerin alışık olmadığı bir ortamdır. Yabancı oldukları bu ortamda; bakım alan diğer bebek ve aileler, nöbet sistemiyle çalışan ve sürekli değişen sağlık ekibi üyeleri, kuvöz, monitör, ventilatör ve cihazlar ailede strese neden olabilmektedir. Yetersiz destek sistemi ve başetme yöntemleri nedeniyle etkili yönetilemeyen

stres; ebeveynlerde; anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunlarına neden olabilmektedir (7,12).

Doğumdan sonra yeni aile üyesiyle güvenli bağlanma süreçlerinin başlaması, eve birlikte dönülmesi planlanırken; YYBÜ'ye kabulü sonucu ebeveynler bebeklerinden fiziksel, fizyolojik ve duygusal olarak ayrılığı deneyimlerler. Bebeğin sağlık durumu ve hastaneye yatışından kendilerinin sorumlu olduğuna inanabilirler. Onların özel gereksinimlerinin karşılanmasında, deneyimli sağlık ekibinin dışında kendilerinin herhangi rolü olmadığını düşünebilirler. Bu nedenle; yoğun öfke, korku, çaresizlik, suçluluk ve umutsuzluk duyguları hissedebilirler (12-14).

Uygulama modeli olarak AEB, bebek ve ailenin sağlığını holistik biçimde ele alır. Ebeveyn ve bebek ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesine önem verir. Bebek ve aileyi merkeze alarak bakım gereksinimlerini karşılamayı sağlayan bu modelin tüm ilkeleri AMB'ye paraleldir. Aile entegre bakımda; ebeveyn ve ekip eğitimi, ebeveynin bakıma dahil olma ve üniteye bulunma süresi gibi özelliklerin yapılandırılmış olması dikkat çekmektedir (15). Yenidoğan yoğun bakım üniteleri için geliştirilen uygulamaya yönelik AEB modelinin amacı, gelişimi, felsefesi, yapıtaşları, ilkeleri ve uygulama planlaması örneği bu bölümde tartışılmaktadır.

3.1. Modelin Amacı

Aile merkezli bakım yaklaşımının dört temel ilkesi “saygı ve onur”, “bilgi paylaşımı”, “katılım” ve “işbirliği”dir. Katılım ve işbirliği ilkeleri doğrultusunda günümüzde YYBÜ'lerde ailelerin varlığı ve bebeklerinin bakımına katılmaları desteklense de bakımın çoğunluğunu hemşirelerin sağladığı görölmektedir (6,15). Bu noktada AEB, AMB yaklaşımını uygulamaya aktarabilmek amacıyla geliştirilen bir modeldir. YYBÜ için geliştirilmiş uygulama odaklı bu model, potansiyel olarak diğer pediatri ve erişkin alanlarında da uygulanabilir (6).

Aile entegre bakım, AMB'nin temel ilkelerinin genişletilmiş bir uzantısıdır. Ebeveynler, sağlık ekibine ve bebeğinin bakımına entegre edilirler. Bu süreçte; üniteye bulunan “ziyaretçi” olmanın ötesine geçerek “ebeveyn”

olurlar. Ebeveynin sağlık ekibiyle işbirliğini, güvenini ve bebeğiyle etkileşimini güçlendirir. AEB, ebeveynlerin ünite ve taburculuktan sonra evde bebeklerinin primer bakım vericisi olmasını hedefler. Ebeveynlere; bebeklerinin bakımı (beslenme, alt bezi değişimi, banyo, oral ilaç uygulama, gastrik sonda ile besleme vb.), büyüme ve gelişmesinin izlenmesi, karar verme süreçlerinin her aşamasına nasıl dahil olması gerektiği öğretilir (15).

Aile entegre bakım modelinin başarılı bir şekilde uygulamaya aktarılması, üniteye be- beklere en iyi bakımı sağlamak için ebeveynlerle birlikte çalışan “multidisipliner sağlık ekibine” bağlıdır. Sağlık ekibi üyeleri arasında açık, net, saygı ve güvene dayalı bir iletişim vardır. Bebek ve ebeveynlerin sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek ekibin ortak amacıdır. Amaç bağı- lılığı doğrultusunda, her bir ekip üyesinin meslek ve profesyonelliğine saygı duyulur. Söz konusu sağlık ekibin kalbinde ise ebeveynler vardır. Ebeveynlik ve bakım verici rollerine uyumları desteklenir ve eğitimler planlanır. Ebeveynlerle bire-bir çalışan, modelin uygulama başarısını belirleyen önemli meslek grubu ise hemşirelerdir. Bu model; hemşirelerin mentor, koç, danışman ve eğitici rolünü ön plana çıkarmaktadır (6,7,15).

3.2. Modelin Gelişimi

Estonya Tallinn’de 1979’da kurulan bir YY- BÜ’de, hemşire sayısındaki yetersizlikten dolayı taburculuğa kadar annelerin bebekleri ile birlikte kalmaları desteklenmiştir. Söz konusu yıllarda, bir nöbette genellikle dört hemşirenin özel gereksinimi olan 70 bebeğin bakımından sorumlu olduğu bildirilmiştir. Anne-bebek ayrılığının önlenmesi, bebeklerin bakım gereksinimlerinin karşılanması, intrauterin yaşamdaki fizyolojik ve biyolojik bağın devamlılığının sağlanması hedeflenmiştir. Bu kapsamda üniteye 24 saat süresince annelerin bebekleriyle kalması, diğer aile üyelerinin ise haftada birkaç kez ziyaret etmeleri sağlanmıştır. Her odada iki bebek ve anneleri olacak şekilde fiziksel çevre oluşturulmuştur. Odaları bireyselleştirmek için yatak örtüsü, fotoğraf, çiçek gibi nesneleri evlerinden üniteye getirmeleri desteklenmiştir. Burada anneler bebeklerinin primer bakım vericisi

olarak benimsenmişlerdir. Anneler, bebekleriyle ilgili tüm bakım süreçlerini hemşirelerden öğrenmişlerdir. Banyo, masaj, ten-ten teması, alt bezi değişimi, beslenme gibi bakım faaliyetleri anneler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bebeğin mikrobiyotasının değişmemesi için sağlık ekibi minimal fiziksel temasta bulunmuştur. Hemşireler tarafından; bebeklerin günlük bakım gereksinimi ve sağlık durumları değerlendirilmiş, annelere eğitim verilmiş, danışmanlık sağlanmış ve invaziv girişimler uygulanmıştır. Annelerin, ebeveynlik rolleri güçlendirilmiştir (16-18).

Uygulamanın etkisini değerlendirmek amacıyla Levin (1994) tarafından; anneleri bakıma entegre edilen (n=84) ve rutin bakım alan (n=72) bebeklerin kilo alımı, enfeksiyon ve sepsis gelişme oranları karşılaştırılmıştır. Buna göre; anneleri bakıma entegre edilen grupta, bebeklerin kilo almalarının yüksek, enfeksiyon ve sepsis gelişme oranının düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte; annelerin ve ekip üyelerinin memnuniyetlerinin yüksek ve sağlık ekibine olan bağımlılığın düşük olduğu bildirilmiştir (14). Bu çalışma sonuçları Kanada’da ilgi görmüş; uyarlanabilme ve uygulanabilme durumunu araştırmak üzere bir ekip Estonya’daki üniteyi ziyaret etmiş ve gözlem yapmıştır (19).

Kanada’da ailelerin gereksinimlerinin belirlenebilmesi ve ünite dinamiklerine uygun model geliştirilebilmesi amacıyla oluşturulan ekipte “deneyimli/kıdemli ebeveynlere” yer verilmiştir. Ekip; bir yenidoğan hemşiresi, bir eğitim hemşiresi, bir anne sütü ve emzirme danışmanı olan hemşire, üç ebeveyn, bir neonatolog ve bir sosyal hizmet uzmanından oluşturulmuştur. Söz konusu ebeveynler; daha öncesinde bebeği YYBÜ’de bakım alan, ekiple iletişimi iyi olan ve düşüncelerini uygun şekilde ifade edebilen kişilerdir. AEB modelinin tasarımdan uygulamaya geçişinde 12 aylık izleme çalışmaları yürütülmüştür (6,19). Bu süreçte; bilgilendirilmiş onam, literatür taraması, protokol geliştirme, ebeveynlerin üniteye bir günü, öngörülen sorunlar, yasal sorumluluk ve etik konularda danışmanlık ve geliştirme faaliyetleri gerçekleştirilmiştir. “Aile Merkezli Bakımın Teorik Çerçevesi ve Temel İlkeleri” ile iç-içe geçmiş bir yapı ortaya çıkarılmıştır. Modelin gelişiminde hemşireler ve

önceden YYBÜ deneyimi olan ebeveynlerin (veteran parent) önemli etkisi olduğu görülmektedir (6,18,19).

Güvenliği ve uygulanabilirliğine yönelik yapılan pilot çalışmada AEB grubundaki bebeklerde rutin bakım alanlara göre; stres düzeylerinin düşük, anne sütüyle beslenme oranının yüksek, büyümelerinin hızlı, yatış sürelerinin kısa ve yeniden yatış sıklığının düşük olduğu bildirilmiştir. AEB grubundaki ebeveynlerde rutin bakım alanlara göre; bakım becerisi, öz-güven, bakıma katılma, algılanan destek, memnuniyet ve taburculuğa hazır olmanın yüksek olduğu belirtilmiştir. Geliştirilen bakım modeli günümüzde Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallıklar, Afrika, Almanya ve Çin gibi uluslarda uygulanmaktadır (19,20).

3.3. Modelin Felsefesi

Ünitede bakım verme konusunda AEB, bir paradigma değişimidir. Bunun nedeni, primer bakım verici olması ve bebeklerinin savunuculuğunu yapması için ebeveynlerin güçlendirilmesini benimsemesidir. Bebek ve ailesinin mutlak yararını gözetir. Bununla birlikte, ünite AMB kültürünün oluşumunu destekler (6,15).

- **Ebeveynler, sağlık ekibinin ve bebeğin bakımının vazgeçilmez bileşenidir.** Bakım, bebek ve ebeveynlerinin gereksinimlerine göre bireyselleştirilir. İnsan onuruna saygılı bir yaklaşımla ebeveynler, bebeklerinin bakımı konusunda cesaretlendirilir ve güçlendirilirler. Ebeveynler; medikal testler, ilaç uygulamaları ve invaziv girişimler hariç bebeklerin bakımının çoğunu üstlenirler (6,15).
- **Ebeveyn eğitimi bir gerekliliktir.** Eğitim ile ebeveynlerin bakım becerileri geliştirilir. Bakıma en üst düzeyde dahil olmaları ve işbirliği yapmaları sağlanır. Bebek bakımına yönelik eğitimsel gereksinimleri karşılanır ve kolaylaştırılır. Bu şekilde; ebeveynler güçlendirilerek bağımsızlıkları desteklenir ve bebeklerinin bakımında kontrol kazanmaları sağlanır. Hemşireler, ebeveynlerin eğitimcileri ve danışmanlarıdır (6,15,18).

- **Bakım ekibi, ebeveynleri destekler.** Ebeveynler ile ünite politika ve programı geliştirme, profesyonel eğitim ve bakım sunumu konularında işbirliği yapılır. Akran destek grupları oluşumu desteklenir. YYBÜ politikaları, fiziksel ve çevresel koşullar “ebeveynlerin bebeğin bakımının kalbinde olacağı” şekilde düzenlenir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri AEB modelini destekler. Ebeveynlerle bire-bir çalışan, destekleyen ve güçlendiren meslek grubu olarak hemşireler AEB modelinin “itici gücü”dür (6,15,21).

3.4. Modelin Yapıtaşları

Uygulaması kolay, maliyeti diğer programlardan düşük olan AEB modelinin, dört temel yapıtaşı vardır. Bunlar; I) ekip eğitimi ve desteği, II) ebeveyn eğitimi, III) destekleyici ünite çevresi, IV) psikososyal destektir (21). Ekip ve ebeveynlerin eğitimi, yapılan nitel çalışmalar ve ön görüşmelerde belirlenen gereksinimler doğrultusunda alanının uzmanları tarafından güncel literatür, kanıt ve öneri düzeyleri dikkate alınarak geliştirilmiştir (19,21,22).

3.4.1. Eğitimi ve Desteği

Modeli destekleyen ilk yapıtaşıdır. Ekibin; eğitmen ve mentor rollerini gerçekleştirebilmesi, ebeveynleri destekleyebilmesi için eğitimsel ve araçsal gereksinimlerini karşılamayı amaçlar. Bu sayede ekibin güçlenmesi, AEB’ye yönelik rollerini ve bebeğin yaşamında ailenin önemini benimsemesi sağlanır (6,21).

Sağlık ekibi multidisipliner ve interdisipliner yaklaşımla AEB’yi sunar. Ekip; ebeveynler, hemşire, hekim, dil ve konuşma terapisti, diyetisyen, fizyoterapist, ergoterapist, gelişimsel pediatri, emzirme danışmanı, eczacı, taburculuk koordinatörü, klinik psikolog vb. gibi kişilerden oluşabilir. Ekibin tüm üyelerinin eğitimi ve desteklenmesi önemlidir (21,23).

Ekibin özellikle hemşirelerin, AEB’ye yönelik desteğini almak uygulama başarısının anahtarıdır. Bu nedenle; öncelikle hemşireler AEB’nin temel ilke ve yapıtaşları konusunda bilgilendirilirler ve planlama sürecine dahil edilirler. Bu süreçte; programın bebek, aile ve ekip

için yararları açıkça ifade edilir. Bilgilendirme uygulamaları; hemşirelerin değişen bakım modeline yönelik endişe, düşünce ve gereksinimlerini belirleme fırsatı sunar. Ailelerin bakıma entegre edilmesi ve güçlendirilmesini kolaylaştırmaya yönelik sürekli hizmet içi eğitimlerle uygulama stratejileri oluşturulur (6,15,21,24).

Eğitimler için planlanan süre önemlidir. Ünitelerdeki yoğun çalışma saatleri nedeniyle “gereksinime yönelik ve kolay uygulanabilirlik” birinci koşuldur. AEB’de hemşirenin rolü, ebeveyn eğitiminde nasıl danışmanlık ve rehberlik yapacağı, kullanılacak mobil uygulamaların neler olduğu, ebeveyn yeterlilik-rollerini ne şekilde değerlendireceği, destekleyeceği, kayıt, iletişim, taburculuk vb. konuları içeren modüller geliştirilmiştir (19,21,25). Ön çalışma ve hemşirelerle görüşmeler yapılarak eğitim gereksinimleri belirlenmiştir. Her bir modülün kendi öğretim hedefleri, planı, kuramsal altyapısı, sunumu ve kaynakları mevcuttur. Örneğin; hemşire-ebeveyn iletişimi ve ilişkisi, Watson’ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiştir (21,25).

Hemşirelere, yorum yapma ve soru sorma fırsatı sunan kısa süreli eğitimler planlanmıştır. Küçük grup oturumlarından, workshop ve online modüllere kadar farklı şekillerde eğitimler gerçekleştirilmiştir. Söz konusu modüllere, ekip üyeleri tarafından telefon uygulaması ve internetten her an ulaşılabilmiştir. Bu eğitimler, hizmetiçi eğitimlerin bir parçası haline getirilmiştir. Her bir modül en çok 30 dk süren eğitimler şeklinde planlanmıştır. Bu ise, “bite sized teaching = tek lokmalık/sıyrımlık öğretim” olarak isimlendirilmiştir. Klinikte buldukları süre içerisinde öğrenme stilleri dikkate alınarak öğretim yöntemleri kullanılmış ve eğitim gereksinimleri karşılanmıştır (21,22).

Kanada’da AEB modelinin tanıtımının yapıldığı sırada yapılan nitel çalışmada, uygulama öncesi hemşirelerin “değişen rolleri, yasal sorumlulukları, iş yükü ve bebeklerin güvenliği” konularında endişelerinin olduğu belirtilmiştir (20). Bunun için; her bir nöbetteki hemşire sayısı değiştirilmeden gönüllü hemşire ve ailelerle, AEB modeli uygulanmaya başlanmıştır. Ebeveynlerin eğitimsel faaliyetlerine, hemşirelerin katılımı desteklenmiştir. Bu sayede hemşirelere, ebeveyne öğretilenin ne olduğu ve uygulamalara

paralellik gösterme durumunu gözleme fırsatı sunulmuştur (19-21,25). Ebeveynlerin bakım konusunda uygulama yeterlilikleri yine hemşireler tarafından değerlendirilmiştir. Ekibin gereksinimlerine yönelik hazırlanan 23 konuya yönelik AEB Ekip Modülleri arasında “İyi Bir Başlangıç: Yenidoğan Yolculuğunda Bebek-Ebeveyn İlişkisini Desteklemek, Gastrik Sondadan Emmeye Geçiş, Gelişimsel Bakım Uygulama Becerileri, Solunumu Destekleme, Konfor Sağlama ve Gelişim İçin Konumlandırma, Uygulamalı Ten-Tene Temas İlkeleri, Pulmoner Gelişim Fizyolojisi ve Kan Gazı Analizi, Belgelendirme ve Kayıt” gibi başlıklara yer verilmiştir. Altı modül, UNICEF’in Bebek Dostu Kuruluşlar için zorunlu tuttuğu konulara yöneliktir. (21,25).

Eğitimler aracılığıyla ebeveyn ve ekibin rol ve sorumlulukları açıkça belirtilir. Bu ise, sınırların net bir şekilde çizilmesi anlamına gelir. Ebeveyn yeterliliklerinin hemşire tarafından değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması, her iki gruba yasal olarak koruma sağlar. Ekip eğitimi sayesinde, AEB için ortak dil oluşturulur. Ayrıca, kanıta dayalı güncel uygulamaları kapsamı nedeniyle ekibe bilgi ve becerilerini güncelleme fırsatı sunar (7,21,25).

3.4.2. Ebeveyn Eğitimi

Ebeveynin kendi bebeğinin bakımında “uzman” olması desteklenir. Ebeveynlerin eğitimlerle güçlendirilmesi ile bebeklerinin bakımına en üst düzeyde katılım sağlamaları amaçlanır. Burada ebeveynler zamanla, bebeğiyle ilgili en iyi kararı verebilir ve savunuculuğunu yapabilir düzeye getirilir (6,15,18,19). Ebeveynlerin bakıma dahil olma dereceleri **Şekil 1**’de gösterilmektedir (7).

Erişkin eğitiminde kullanılan temel ilkeler dikkate alınır. Gereksinime yönelik, ekip çalışmasını güçlendiren, iletişimi kolaylaştıran, becerilerini geliştiren eğitimler planlanır. Ebeveynlerin öğrenme stiline göre eğitim içeriği ve materyaller oluşturulur. Bu özellikler dikkate alınarak AEB’ye özel mobil uygulama geliştirilmiştir. Söz konusu uygulama; ebeveynlere interaktif olan ve olmayan eğitimsel, gelişimsel ve terimsel bilgiler sunmaktadır. Yeterlilik değerlendirme listeleri, günlük bakım planı,

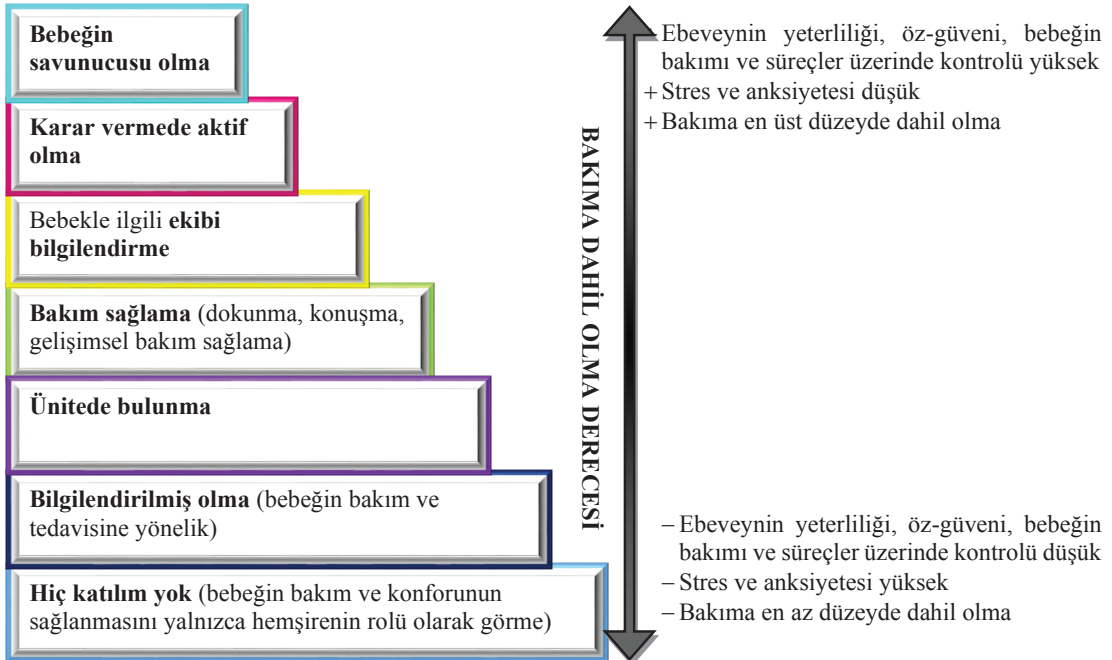
beslenme ve gözlem formları da uygulamada bulunmaktadır (18,19,22,26). AEB modelinin ne olduğu, bebeğin gelişimsel gereksinimleri ve nasıl karşılanabileceği gibi konulara yer verilmiştir. Uygulamayı kullanma ve indirme konusunda sorun yaşayan ebeveynlere kitapçık şeklinde modüller sağlanmıştır. Ebeveynlere yönelik proje ekibi tarafından oluşturulan eğitim modüllerinde “YYBÜ’de Başetme, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşam, Ekip Olarak Çalışmak, Yaşamsal Bulguların İzlemi, Emzirme Macerası, Tıbbi Durumlar ve Girişimler, Ventilasyon, Bebeğiniz için Anne Sütü” gibi başlıklar yer almaktadır (26).

Ebeveynlere düzenlenecek olan bu eğitimler en çok 45 dakika sürmektedir. Fırsat bulunan her yerde (çay içerken, bekleme odasında, öğle yemeği yerken vb...) eğitimler yapılabilir. Ebeveynlerin bireysel gereksinimlerini karşılayabilecekleri güvenli bir çevre oluşturulması eğitimler için önemlidir. Duyularını ve sorularını rahatlıkla ifade edeceği şekilde ortam düzenlenir ve eğitimler verilir. “Ekip olarak çalışma” ve ünite de bulunma konusunda desteklenir

ve cesaretlendirilirler. Ebeveynlerin değer ve inançları, hazırbulunuşlukları, öğrenme stilleri ve bireysel gereksinimleri dikkate alınarak bilgi ve becerileri geliştirilir (18,19,22).

Genellikle eğitimler, kısa bir sunum ya da video sonrası oyuncak bebek üzerinde demonstrasyon ile uygulanmaktadır. Sırasıyla ebeveynlerin; önce oyuncak bebek üzerinde yapması, hemşireyi uygulama yaparken izlemesi, uygulama basamaklarını açıklayabilmesi, hemşire ile birlikte yapması, son olarak bağımsız bir şekilde yapmasını takiben yeterliliği geliştirilir (6,18,19,23). Yeterlilik takip çizelgesine mevcut durum kaydedilir. Her değerlendirmede tarih, hemşire ve ebeveynin imzası alınır (26).

Eğitimlerin başarısını değerlendirmede, ebeveynlerin geri bildirimleri dikkate alınmaktadır. Her konunun sonunda ebeveynler katıldıkları eğitimi “1= çok kötü” ve “5= çok iyi” biçiminde derecelendirmektedir. Ayrıca eğitime yönelik öneri ve yorumları, gelecekte hangi eğitim konularının ele alınmasına yönelik talepleri kaydedilmektedir (18,23).



Şekil 1. Ebeveynin bakıma dahil olma derecesi

Kaynak: European Foundation for the Care of Newborn Infants, Pallás-Alonso C, Westrup B, et al. (2018). European Standards of Care for Newborn Health: Parental involvement. 49-55.

3.4.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Çevresi

Bebeklerin bakımına katılımı cesaretlendiren, ebeveynlerin gereksinimlerini karşılayan konforlu çevrenin oluşturulması AEB modelinin üçüncü yapıtaşdır. Bu ise; prosedür ve politikaların modeli destekleyecek biçimde düzenlenmesi, uygun fiziksel ve sosyal çevrenin oluşturulmasını kapsar (6,22,24,27).

— **Prosedür ve politikalar:** Ünite ve ziyaret kurallarının ebeveyn katılımı konusunda engel oluşturma durumu değerlendirilir. “Ziyaret saatleri belirli zamanlarda mı?, Belirli sürelerle kısıtlı mı?, Başka bir bebeğe müdahale sırasında ya da hemşire teslimlerinde ebeveynler üniteden çıkarılır mı?” gibi ailenin üniteye fiziksel olarak varlığını ve bakıma entegrasyonunu etkileyen standart uygulamalar yeniden incelenir. Örneğin; bebeğin banyosunun gece nöbeti için planlanması, ebeveynin öğrenmesi ve uygulama becerisi geliştirmesini engelleyebilir. Bu gibi rutin bakıma yönelik uygulamalar gözden geçirilir ve alternatif çözümler geliştirilir. Gece yapılması planlanan banyo, ebeveynin üniteye uygun olduğu bir saate planlanabilir. Ebeveynlerin üniteye günün 24 saati erişimleri sağlanır (7,19,22,23,25).

— **Fiziksel ve sosyal çevre:** Üniteye bu buldukları süreçte ebeveynlerin memnuniyetini sağlayacak ve gereksinimlerini karşılayacak, olabildiğince konforlu fiziksel çevre oluşturmak önemlidir. Onlar için oluşturulan bu alanlar; sözsüz olarak “ünitede bulunmaları ve bakıma katılmalarına verilen değeri” ifade eder. Deneysel ailelerin önerilerine göre fiziksel çevrede düzenleme yapılabilir. Örneğin; yiyeceklerini hazırlayabilecekleri su ısıtıcısı, mikrodalga fırın, buzdolabı gibi gereçlerin olduğu bir mutfağın sağlanması ile ebeveynler kendi yiyeceklerini yanlarında getirebilir, hazırlayabilir ve üniteye ziyareti kolaylaştırılmış olur. Ten-tene teması sağlayabilmek amacıyla kuvözlerin yanına konforlu koltuklar yerleştirilebilir. Anne sütünü sağlayabilmek için özel bir oda ve pompa cihazı temin edilebilir. Ailelerin birlikte oturabileceği, dinlenebileceği bir salon oluşturulabilir. Çeket, mont gibi eşyalarını bırakabilecekleri bir alan ya da kilitli dolaplar gerekli olabilir (6,7,18,19,23,27).

Her YYBÜ, kendi engelleri ve kolaylaştırıcılarına sahiptir. Bu nedenle her YYBÜ, aileyi bakıma entegre etmeyi destekleme yönünde ne şekilde bir değişime gereksinimi olduğu yönünde değerlendirilmelidir (27).

3.4.4. Psikososyal Destek

Dördüncü yapıtaşı olan psikososyal destek, ailelerin AEB’ye katılımını sağlamak, güçlükleri aşmak, korku ve stresle başatmayı desteklemek için gereklidir. Psikososyal destek birçok şekilde sağlanabilir. Çoğu üniteye hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve klinik psikologlar, ailelere profesyonel destek sunmaktadırlar. Ailelere, akran destek grupları oluşturma olanakları sunmak önemlidir (25-27).

Akran desteği; benzer süreçleri deneyimleyen ebeveynlerin duygu, düşünce ve yaşadıklarını paylaşmalarını kolaylaştırır. Bu ise, anlaşılabilir olmalarını sağlar. Duygularının kabul edildiği bu ortamda yalnız olmadığı düşüncesi izolasyon hissini azaltır. Bu şekilde, ebeveynlerin psikososyal sağlığı desteklenir (18,19,27).

“Deneyimli ya da kıdemli ebeveynler = veteran parents” diğeri bir söylemle bebeği konusunda gerekli bakım becerilerini AEB modeli ile kazanarak YYBÜ’den başarılı bir şekilde taburcu olmuş aileleri ifade etmede kullanılan kavramdır (19). Bu ebeveynlerin üniteye gelmesi ve eğitimlere katılması desteklenir. Liderlik rolleri ön plana çıkarılır ve güçlendirilir. Akran eğitimi, desteği, sosyal organizasyonların düzenlenmesi, AEB programı ve kalite geliştirme süreçlerinde komisyon üyeliği gibi önemli rolleri vardır. AEB’nin gerçekleştirilmesinde ebeveynler ve ekip arasında köprü görevi görürler. Üniteye yeni ebeveynlere rehberlik yaparlar. Akran eğitimi konusunda hemşirelerden destek alırlar (18,19,23,24).

Hemşireler, YYBÜ’de ilk andan taburculuğun sonuna kadar ebeveyn ve bebeklerle yakın çalışan meslek profesyonelleridir. YYBÜ’nün fiziksel çevresi, enfeksiyon kontrol prosedürleri gibi süreçlere ebeveynlerin oryantasyonunu sağlarlar. Bu aşamada, bebeğin bakımında ebeveynlerin rolleri ve önemi konusunda bilgilendirme yaparlar (18,24,26). Ebeveynlerle güvene dayalı bir ilişki oluştururlar. Ebeveynlerin

bakım konusunda becerileri artıka, hemşirenin müdahalesi de azalır. Bebeklerinin bakımında gerekli olan becerileri (örneğin: ten-tene temas, giydirme, alt bezi değişimi, yaşamsal bulguların ölçümü, banyo vb.) ünitelerde bire-bir öğretir. Kurum ve birim politikaları doğrultusunda tıbbi konulara yönelik ek eğitimler yapabilir. Örneğin; ebeveynlere apne, bradikardi, desatürasyon gibi durumların ne olduğu, nasıl tanımlandığı ve ne zaman yardım çağrılmaları gerektiği konusunda eğitim vermek gibi (26,27)... İlaç uygulamalarına ne derece dahil olacakları, kurum ve birim politikalarına göre belirlenir. Hemşireler bakım planı oluştururken ebeveynlerle işbirliği yapar. Ebeveynin eğitim saatlerini dikkate alarak bebeğin temel bakımına katılabileceği şekilde planlama yapılır. Hemşireler, ebeveynlerin bilgi ve becerilerini değerlendirirler. Ebeveynlerin beceri kontrol listelerini tamamlama konusunda birlikte çalışırlar. Modelin uygulanmasında profesyonel hemşirelik sorumlulukları değişmemiştir. AEB modelini uygulayacak kurum ve birimlerin temel yapıtaşlarına uygun standart ve politikaları oluşturmasının yanında profesyonel rehberlere ve kanıta dayalı uygulamalara paralel olması sağlanmalıdır (24-27).

3.5. Modelin Uygulanması

Aile Entegre Bakım Modelini her ünite kendi dinamiklerine göre düzenler. Burada uygulama öncesi “Ünitelerde başarılmak istenen ve amaçlanan nedir?, Uygulamanın değişim ve gelişim yarattığı nasıl bilinebilir ve ölçülebilir?, Ne gibi bir değişim uygulama sonucunda gelişimi destekler?” sorularına yanıtlar oluşturulur. Kurum ve birim olarak amaçlar belirlenir. Modelin felsefesi benimsenir. Sürekli gelişimi ve değişimi sağlayacak planlama yapılır. Bu doğrultuda “Planla, Uygula, Kontrol Et ve Önlem Al (PUKÖ) Döngüsü” kullanılır (27,28).

Planlama, ilk ve kritik aşamadır. Bu aşamada AEB modelinin; kimler tarafından, neden, nasıl, ne zaman ve ne kadar sürede uygulanacağı belirlenir. Bu aşamada, birimin güçlü olan ve güçlendirilmesi gereken yönlerinin bilinmesi, ön görülen fırsat ve tehditlerin belirlenmesi son aşamanın yükünü azaltır. Amaç ve hedefler, kısa ve

uzun dönem biçiminde belirlenir. Bu doğrultuda; detaylı uygulama planı hazırlanır (28-30).

Uygulama, ikinci aşamadır ve Kontrol Et aşamasının girdilerini oluşturur. Uygulama sonuçları yakından takip edilir. Planlanan amaç ve hedeflere ne kadar ulaşıldığının belirlenmesi Kontrol Et aşamasında gerçekleştirilir. Önlem Al aşaması kendi içinde PUKÖ döngüsü içerir. Planlama ve uygulama arasındaki farklılıkların ve sapmaların nedenleri araştırılır. Etkili olan uygulamalar standartlaştırılır. Gerekli eğitim ve yönlendirmeler sağlanır. Kalıcı bir uygulama değerlendirme sistemi kurulur (27-30). **Şekil 2**'de bir YYBÜ'de AEB modeli uygulamasına yönelik örnek PUKÖ döngüsü gösterilmektedir (28-30).

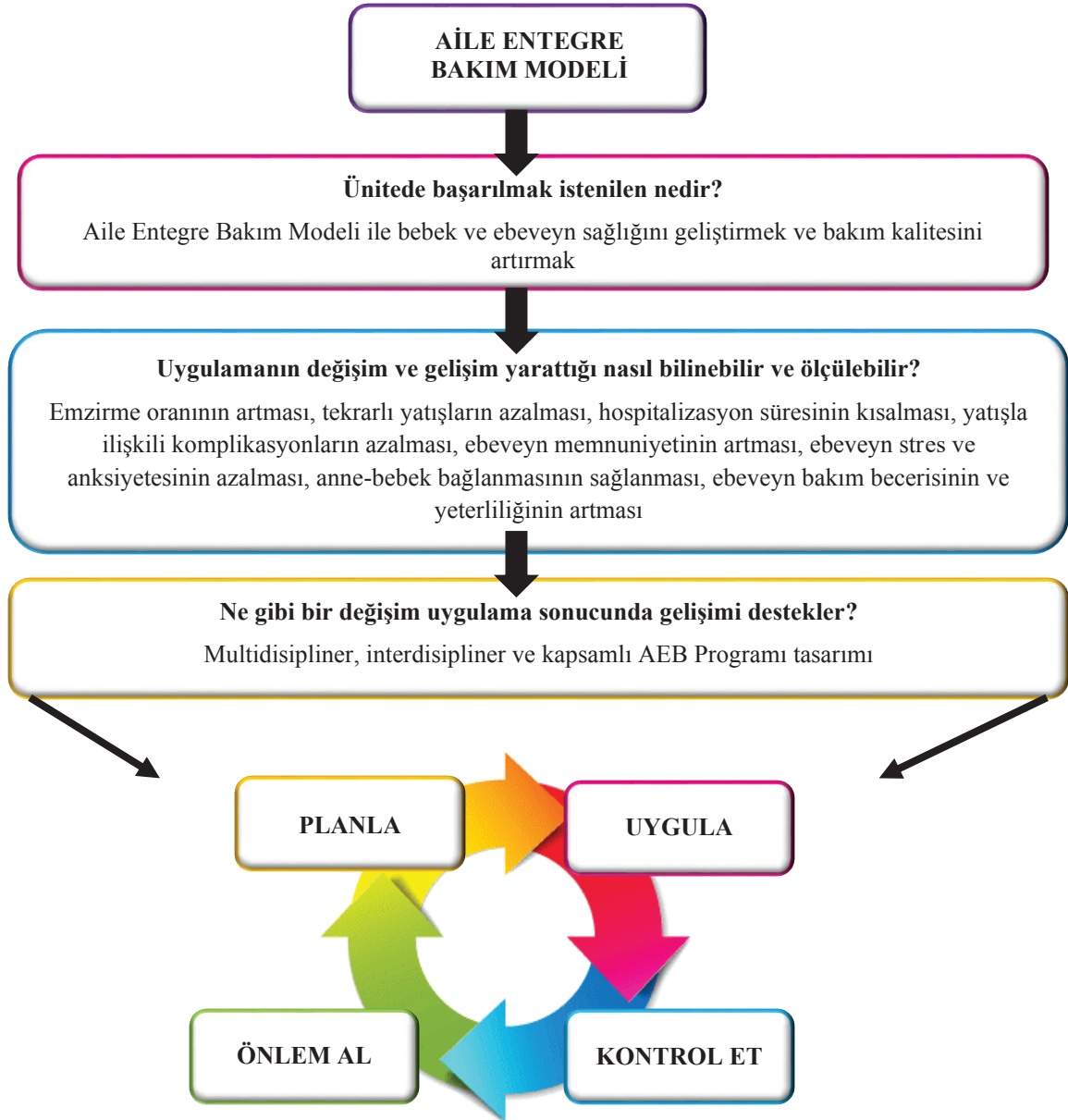
Modelin uygulanma amacı, bebek ve ailenin kısa ve uzun dönemde sağlığını olumlu yönde etkilemektir. Bu doğrultuda; günlük bakım planları, kuvöz başında birebir ebeveyn eğitimi, teslim ve vizitlere katılımı destekleme, ebeveyn eğitim oturumları, akran destek grupları, rutin bakımlar ve ebeveyn form, çizelgeleri kullanılabilir. (28,29).

— **Günlük bakım planı:** Her sabah ebeveynler, hemşirelerin oluşturduğu bakım planına dahil olurlar ve danışmanlık alırlar. Burada amaç, ebeveyn-hemşire ilişkisini güçlendirmek ve bebeğin gelişimsel bakım gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaktır. Danışmanlık sırasında bebeğin günlük bakım gereksinimleri (beslenme, banyo vb.), ebeveyn eğitim oturumları gibi aktivitelerin ana hatları oluşturulur. Bebeğin ve ebeveynin gereksinimleri değiştiğinde her gün yeniden yapılır. Ebeveyn hangi saatte bebeğini besleyeceğini, banyo yaptıracağını ve eğitime katılacağını bilir (6,18,23,26).

— **Ebeveyn form ve çizelgeleri:** Ebeveynlere, ekiple daha iyi iletişim kurması ve bebeklerinin ilerlemesini kaydetmesi amacıyla kullanabilecekleri çeşitli araçlar sunulmaktadır. Bu araçlar; bir ebeveyn şeması/günlüğü, beceri kontrol listesi ve bebeğin olduğu yerde iletişim panosudur. Hemşireler, bilgi paylaşımlarını geliştirmek için bu araçları kullanarak ebeveynlerle ortak çalışırlar. Form ve çizelgeler; bebeklerin gelişimi, davranışsal belirtileri tanıma, süreci kayıt altına alma ve yansıtma fırsatı sunar (21,26).

— **Hemşire ile ünitede ebeveyn eğitimi:** Bebeğin gelişimsel ve günlük bakım gereksinimlerini nasıl karşılanacağını öğreten hemşireler; ebeveynlerin bire-bir mentoru, koçu ya da danışmanlarıdır. Bire-bir kuvöz başında yapılan öğretimler yoluyla ebeveynler bebek bakımında

yeterliliklerini geliştirir ve güven kazanır. Örneğin; bebeğin gelişimine uygun duyuşsal uyarın oluşturma, banyo yaptırma, giydirme, alt bezi değiştirme, besleme, pozisyon verme, vital bulgularını ölçme, büyüme ve gelişmesini izleme ve değerlendirme gibi (21,23,27)...



Şekil 2. Aile entegre bakım modeline yönelik PUKO döngüsü

Kaynak: Deierl et.al. (2018); NHS Institute for Innovation and Improvement (2010); Arian et. al. (2016).

— **Teslim ve vizitlere katılım:** Ebeveynlerin mevcut becerileri doğrultusunda; teslim ve vizitlere katılımlarından, bebeğini tanıtmaya, gelişimi ve genel durumuyla ilgili ayrıntıları sağlık ekibine sunmaya kadar desteklenirler. Bebeklerinin sağlık durumu, tedavi ve bakım gereksinimlerini anlamaları bu şekilde kolaylaşır. Ayrıca, bebeklerinin savunucuları ve karar-vericileri olarak ekibe seslerini rahatça duyururlar. Yeterlilikleri geliştikçe ebeveynler, bebekleri hakkında önemli ve tutarlı bilgi kaynağı olabilirler. Tüm bu yaklaşım sonucu; sağlık ekibinin değerli bir üyesi ve bebeğin bakımının vazgeçilmez bir parçası olarak hissederler (26,27).

— **Ebeveyn eğitim oturumları:** Esnek içeriğe sahip küçük grup eğitimleri, ebeveynleri ünite ve taburculuk sonrası evde bebeklerinin bakımı konusunda destekler. Riskli yenidoğan, gelişimsel bakım, ebeveyn-bebek etkileşimi, beslenme, enfeksiyon kontrolü, ağrı yönetimi, taburculuk planlama, ebeveynde başatma ve öz bakım gibi konular eğitim içeriğine dahildir (18,19,26,28).

— **Akran desteği:** Oluşturulan gruplar, ebeveynlerin YYBÜ ve süreçle etkili başatmalarını destekler. Duygu ve deneyimlerin paylaşılmasıyla, duygusal odaklı başatma sağlanır. Sağlık ekibiyle rahat bir şekilde etkileşime geçerler (19,21,26).

— **Bebek bakımı:** Ebeveyn ünite ve var olduğu sürece; bebeklerinin bakımına katılabilir, ten-tene temas sağlarken rahat hissedebilir, emzirmeye hazırlanabilir, ağırlı girişimlerde bebeğini destekleyebilir. Ebeveyn-bebek etkileşimi, güvenli bağlanma ve bebeğin gelişimi için ten-tene temas süresi olabildiğince uzun tutulur. Bebek bakımında yeterliliği artan ebeveyn ve bebekler güvenli taburculuğa hazırlanmış olurlar (18,19,26,31).

Ebeveyn-bebek etkileşiminin sağlanması, bakım konusunda bilgi, beceri ve güven kazanması için ünite ve olabildiğince uzun zaman geçirmeleri teşvik edilir. En az altı saat bulunmaları sağlanır. Olabildiğince büyük anne ve babaların da üniteyi ziyaret etmeleri, bakıma katılmaları desteklenir (6,15).

O'Brien ve arkadaşlarının AEB etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları küme tasarımı randomize kontrollü çalışmada müdahale

grubundaki bebeklerin rutin bakım grubundakilere göre doğumu takiben 21. günde toplam ve günlük ortalama vücut ağırlığındaki artışın, taburculuk sırasında emzirilme oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Ebeveynlerde ise stres ve anksiyetenin rutin bakım grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir (32). Liu ve arkadaşlarının (2018) meta-analiz çalışmasında YYBÜ bebeği olan ebeveynlerin bakıma dahil olmalarının nazokomiyal enfeksiyonu artırmadığı bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerin bakıma dahil olan bebeklerde vücut ağırlığı artışı ve anne sütü ile beslenme oranlarının yüksek, tekrarlayan yatışların düşük olduğu bildirilmiştir (33).

4. Sonuç ve Öneriler

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde AMB ve GBY'yi gerçekleştirmede AEB önemli bir adımdır. Mevcut teorik bilgi ve kanıtların uygulamaya aktarılmasına kolaylık sağlamaktadır. Gereksinimden doğan uygulama modelinde aile, bebeğin hemşirelik bakımının merkezindedir. Diğer söylemlerle bu durum aileler için; üniteye "ziyaretçiden ebeveyn kimliğine geçiş" anlamı taşır (6,15,19).

Ailenin bakıma dahil olması bebek ve ebeveyn sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Her ne kadar ebeveynin bakıma dahil olma derecesi arttıkça risk ve karmaşa artsa da, AEB iyi ve güvenli uygulama örneğidir. Bu nedenle farklı ülkelerde YYBÜ'lerde hızlı bir şekilde uygulamaya aktarılmaktadır. Yalnızca ebeveyn ya da ekip eğitimine odaklanmayan bu uygulama modelinde, psikososyal yön ve ünite çevresinin iyileştirilmesi temel yapıtaşlardır. Ayrıca söz konusu model kullanılarak; her ünite kendi amaç, hedef ve gereksinimleri doğrultusunda AEB programı geliştirilebilir. Organizasyon olarak güçlü olan ve güçlendirilmesi gereken yönlerini tanımlayarak sürdürülebilir ve bakım standardına dönüştürülebilir bir AEB programı oluşturulabilir (21-27).

Ünitelerde bebek ve ailelerle bire bir ve sürekli etkileşimde olan meslek, hemşireliktir. Bu nedenle; hemşirenin aileleri bakıma dahil etmede anahtar rolü vardır. Söz konusu programın başarısında hemşirelerin önemi büyüktür. Deneyimli ebeveynlerin süreçlere dahil edilmesi, ünite

bulunan yeni ebeveynlerin izolasyon hissiden kurtulmasını destekler. Akran desteği sağlayan bu deneyimli ebeveynler, bire-bir eğitimlerle akranlarını beceri gelişimi ve psikososyal olarak yönden desteklerler. Bu ebeveynlerin de eğitimsel gereksinimleri ve yeterliliklerini değerlendiren hemşirelerdir (6,19,23,27,28).

Günümüzdeki Türkiye'deki "Anne-Bebek Uyum Odaları" Tallin'de 1994 yılındaki fiziksel ortamın iyileştirilmiş şeklini anımsatmaktadır. Hemşirelik bakımının kalitesini artırmak ve değerlendirmek seçime bağlı olmayan bir zorunluluktur. Bu nedenle YYBÜ'ler; organizasyonel gereksinimleri ve ebeveynlerin bakıma dahil olma derecelerini belirleyerek AEB programı geliştirilebilirler. Söz konusu programın bakımın çıktılarını ne şekilde etkileyebileceği, sonuç göstergelerinin neler olabileceği, nasıl değerlendirilebileceği konusunda adım atılabilir. Bu değişimin sağlanması bir seçim değil, gereksinim ve zorunluluktur. Bu süreçte; yenidoğan ve ailelerine bakım veren hemşireler rollerinin farkında olmalıdırlar. Değişimi gerçekleştirebilmek için liderlik, danışmanlık ve eğitici özelliklerini etkili biçimde kullanabilmelidirler (6,28,31).

Yazarların Katkıları: Fikir ve Kavram: GÜ, RY; **Literatür Taraması:** GÜ, RY; **Makalenin Yazımı:** GÜ, RY; **Eleştirel İnceleme:** RY, GÜ.

Teşekkür: Makalenin eleştirel incelemesinde verdiği katkıdan dolayı Sayın Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU'na teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Myrhaug HT, Brurberg KG, Hov L, Markestad T. Survival and Impairment of Extremely Premature Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2019; 143(2), 1-14.
2. Ding S, Mew EJ, Chee-A-Tow A, Offringa M, Butche NJ, Moore GP. Neurodevelopmental outcome descriptions in cohorts of extremely preterm children. *Archives of disease in childhood* 2020. Fetal and neonatal edition. 1-10.
3. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, Kaminski M, Resche-Rigon M, Lebeaux C, et. al. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in

France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ* 2017, 358, 1-13.

4. Yiğit R, Üğücü G. Yüksek Riskli Yenidoğan ve Bakımının Tarihsel Gelişimi: Dünya ve Türkiye. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019, 3(3), 200-11.
5. Phillips RM. Seven core measures of neuroprotective family-centered developmental care: Creating an infrastructure for implementation. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2015, 15(3), 87-90.
6. Lee SK, O'Brien K. Family integrated care: Changing the NICU culture to improve whole-family health. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 1-3.
7. European Foundation for the Care of Newborn Infants. *European Standards of Care for Newborn Health: Infant- & family-centered developmental care*. 2018. Available from: URL: https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2019/10/TEG_IFCDC_complete.pdf Accessed 26 June 2020.
8. Yiğit R, Üğücü G. Beyin Gelişimi. *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme Gelişme*, Güncellenmiş 2. Baskı. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi: Antalya, 2020; 43-50.
9. Altimier L, Boyle B. The role of families in providing neuroprotection for infants in the NICU. *Journal of Neonatal Nursing* 2019, 25, 155-9.
10. Pineda R, Raney M, Smith J. Supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE): Defining developmentally-appropriate sensory exposures for high-risk infants. *Early Human Development* 2019, 133, 29-35.
11. Altimier L, Phillips RM. The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2013, 13(1), 9-22.
12. Palma EI, Von Wussow FK, Morales IB, Cifuentes J, Ambiado S. Stress in parents of newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Rev. Chil. Pediatr* 2017, 88(3), 332-9.
13. Treherne SC, Feeley N, Charbonneau L, Axelin A. Parents' perspectives of closeness and separation with their preterm infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2017, 46(5), 737-47.
14. Lundqvist P, Weis J, Sivberg B. Parents' journey caring for a preterm infant until discharge from hospital-based neonatal home care—A

- challenging process to cope with. *Journal of Clinical Nursing* 2019, 28(15-16), 2966-2978.
15. Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Deierl A. Family centred care and family delivered care – What are we talking about?. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24, 8-12.
 16. Levin A. The mother-infant unit at Tallinn children's hospital, Estonia: A truly baby-friendly unit. *Birth* 1994, 21(1), 39-44.
 17. Levin A. Humane neonatal care initiative. *Acta Paediatr* 1999, 88: 353-5.
 18. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: a parent education and support program. *Advances in Neonatal Care* 2013, 13(2), 115-26.
 19. Macdonell K, Christie K, Robson K, Pytlik K, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: engaging veteran parents in program design and delivery. *Advances in Neonatal Care* 2013, 13(4), 262-9.
 20. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, Lee SK. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13(1), 12.
 21. Aloysius A, Platonos K, Owen A, Deierl A, Banerjee J. Integrated family delivered care: Development a staff education programme. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24, 35-8.
 22. Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Deierl A. Innovations: supporting family integrated care. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 48-54.
 23. Kelly, H. Putting families at the heart of their baby's care. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 13-6.
 24. Aloysius A, Kharusi M, Winter R, Platonos K, Banerjee J, Deierl A. Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 55-60.
 25. Galarza-Winton ME, Dicky T, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurses. *Advances in Neonatal Care* 2013, 13(5), 335-40.
 26. Platonos K, Aloysius A, Banerjee J, Deierl A. Integrated family delivered care project: Parent education programme. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 29-34.
 27. Franck LS, Waddington C, O'Brien K. Family Integrated Care for Preterm Infants. *Critical Care Nursing Clinics* 2020.32;149-65.
 28. Deierl A, Williams S, Aloysius A, Hurlston R, Banerjee J. Development of outcome measurement tools for the integrated family delivered care project. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 61-5.
 29. NHS Institute for Innovation and Improvement. (2010). Sustainability: Model and guide. Available from: URL: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/NHS-Sustainability-Model-2010.pdf> Accessed 26 June 2020.
 30. Arian M, Mortazavi H, TabatabaiChehr M, Navipour H, Vanaki Z. Institutionalizing the educational role of nurses by Deming cycle (PDCA). *Quarterly Journal of Nursing Management* 2016, 4(4), 45-57.
 31. Warre R, O'Brien K, Lee SK. Parents as the primary caregivers for their infant in the NICU: benefits and challenges. *NeoReviews* 2014, 15(11), 472-7.
 32. O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, Soraisham A. Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multi-centre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2018, 2(4), 245-54.
 33. Liu TT, Lei MJ, Li YF, Liu YQ, Meng LN, Jin CD. Effects of parental involvement in infant care in neonatal intensive care units: a meta-analysis. *Frontiers of Nursing* 2018, 5(3), 207-15.

