

2018



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
HEMŞİRELERİNİN YENİDOĞAN BAKIMINA İLİŞKİN
ROLLERİNİ BİLME DURUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine YARAR

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine YARAR



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
HEMŞİRELERİNİN YENİDOĞAN BAKIMINA İLİŞKİN
ROLLERİNİ BİLME DURUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine YARAR

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
HEMŞİRELERİNİN YENİDOĞAN BAKIMINA İLİŞKİN
ROLLERİNİ BİLME DURUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine YARAR

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Yenidoğan Bakımına İlişkin
Rollerini Bilme Durumları

Emine YARAR

Yüksek Lisans Tezi

11.05.2018

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Sibel KÜÇÜK

Jüri Üyeleri

Dr. Öğretim Üyesi Özlem AVCI

Dr. Öğretim Üyesi Nigar Ünlüsoy DİNÇER

Dr. Öğretim Üyesi Sibel KÜÇÜK

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.



Dr. Öğretim Üyesi Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü V.

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik
ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

11.05.2018



Emine YARAR

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans öğrencilik hayatım boyunca bana yol gösterici olan, araştırma süresi boyunca bilimsel-akademik anlamda beceri kazanmamı sağlayan, yönlendirmeleriyle bilimsel bir bakış açısı ve titiz çalışma alışkanlığı kazanmamı sağlayan, planlama ve düşünsel anlamda ufkumu açan, dürüst, anlayışlı ve mütevazı tavırları ile hatırlayacağım, akademik anlamda kendisinden çok şey öğrendiğim, öğrencisi olmakla onur ve gurur duyduğum ve yolunda ilerlemeyi seçtiğim çok değerli Sayın Hocam Dr. Öğretim Üyesi Sibel Küçük'e en içten teşekkürlerimi,

Yüksek lisans eğitimime başlamamda beni yönlendiren ve bana her zaman güvenen, yaşamıma girdiğinden beri bana destek olan, gösterdiği anlayışla ilgisini, sevgisini, hoşgörüsünü hiç bir zaman eksiltmeyen, her zaman hayatımı etkileyecek kararlarda yol gösterici olan, yanımda olmadığı zamanlarda bile varlığını yanımda hissettiğim ve eşim olmasından gurur duyduğum eşim Mehmet Yarar ve her daim anlayışlı olan kıymetli çocuklarıma sevgi dolu teşekkürlerimi,

Hayatım boyunca her konuda beni destekleyen, sevgilerini, anlayışlarını hiç bir zaman esirgemeyen, bütün öğrencilik hayatım boyunca daha iyi bir eğitim alabilmem için maddi manevi çaba sarf eden, her an yanımda olup bana güvenen babam Nurettin Atıcıöz, annem Behice Atıcıöz ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi,

İçtenlikle sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
2.1. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hemşirelik, Hemşirelikte Bakımın Önemi Ve Amacı	4
2.1.1. Kuramcılara Göre Hemşirelik ve Hemşirelik Bakımı	4
2.1.2. Kurum ve Kuruluşlara Göre Hemşirelik ve Hemşirelik Bakımı	6
2.2. Yenidoğanda Bakım	7
2.3. Hemşirelik Rollerini	8
2.3.1. Hekim İstemine Göre Gerçekleştirilen Roller	8
2.3.2. Diğer Sağlık Disiplinleri ile Birlikte Karar Verip	
2.3.3. Bağımsız Olarak Karar Verip Gerçekleştirilen Roller	15
2.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ve Düzeyleri	19
2.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Personel Sayısı	20
3. MATERYAL VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	22
3.3.1. Araştırmanın Evreni	22
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	23
3.4.2. Bağımsız Değişkenleri.....	23
3.5. Araştırma Sorusu	23
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
3.7. Verilerin Toplanması.....	24
3.7.1. Veri Toplama Araçları.....	24
3.7.2. Araştırmanın Ön Uygulanması.....	24

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	25
4. BULGULAR	33
5. TARTIşMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
7. KAYNAKLAR	67
8. EKLER.....	82
EK-1. Anket Formu	82
EK-2. AYBÜ Etik Kurul İzin.....	88
EK-3. Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi EPK İzin.....	92
EK-4. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi EPK İzin.....	94
EK-5. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi EPK İzin.....	95
EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	97
EK-7. Özgeçmiş	99

ÖZET

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Yenidoğan Bakımına İlişkin Rollerini Bilme Durumları

Hemşirelik mesleğinde bakım uygulamaları önemli yer tutmaktadır. Özel hasta gruplarından biri olan yenidoğanların hemşirelik rollerine uygun bakım almaları maksimum iyilik haline ulaşmalarına yardımcı olmaktadır. Hemşirelerin hemşirelik rollerinin farkında olmaları hastalara verilen bakımın verimliliği-işlevselliği arttırabilecektir.

Araştırma yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bilme durumları amacıyla, 116 hemşire ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Veriler 33 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ki kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Hemşirelerin çoğunluğu 21-35 yaşlarında, lisans/yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip, 1-5 yıldır yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşireler diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollere karar vermede fototerapi gereksinimini, yara bakımını, yenidoğanın oral beslenmeye başlamasını konularında doğru yanıt oranları yüksektir. Bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollere ise en fazla alt/pişik bakımı, yenidoğan-aile iletişimi konularında doğru yanıt vermiştir. Öğrenim durumu ile ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı, ağrı yönetimi ve termoregülasyon düzenlemesi, oral beslenmeye başlama kriterleri arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Meslekte çalışma yılı ile yenidoğanın alt/pişik bakımı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile yara bakımı kriterlerini bilme durumu arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Hemşirelerin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen ve diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rolleri kesin bir ayırım yapamadıkları belirlenmiştir. Hemşirelik rollerinin farkına varılması ve uygulamada etkin kullanılabilmesi amacıyla eğitim programları ile hemşirelerin farkındalıklarının artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, rol, yenidoğan yoğun bakım

ABSTRACT

Knowledge Statutes Relation to Newborn Care of Nurses in Newborn Intensive Care Unit

Care applications are very important in nursing. Appropriate nursing care roles for newborns who are special patient groups help them to reach optimal wellness level. Nurses' awareness about their nursing roles could increase functionality of patient care.

The study was conducted to determine knowledge level of newborn intensive care unit nurses about roles relation to newborn care, with 116 nurses, as descriptive. Data was collected a questionnaire form that included in 33 questions. For data evaluation, frequency, percentage, chi-square tests were used. Significance level was accepted as $p < 0.05$.

Most of nurses were between 21-35 years, graduated from undergraduate/master degree, worked at newborn intensive care unit for 1-5 years. True answer levels about phototherapy need, wound care, starting to oral feeding as roles that are decided with other health disciplines were high. Again, the most true answer was given for independent roles as diaper rash care, newborn-family communication. There was a significant difference between education level with newborn care whom for took ventilator support, pain management, thermoregulation setting, starting to oral feeding ($p < 0.05$). Also, there was a significant difference between working time (year) and diaper rash care, working time at intensive care unit and wound care, knowing wound care criterias ($p < 0.05$).

It is determined that nurses could not do any certain analysis between roles that are decided as independent and together with other health disciplines. It is suggested that awareness of nurses about this issue should be increased by education programs for supplying their recognize and using as effective.

Keywords: Newborn intensive care, nurse, role

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliğı
THD	: Türk Hemşireler Derneğı
NG	: Nazogastrik Sonda
CPAP	: Contnous Positive Airway Pressure
WHO	: World Health Organization
YGT	: Yenidoğanın Geçici Takipnesi
MV	: Mekanik Ventilasyon
n	: Sayı
Bkz	: Bakınız
%	: Yüzde
p	: İstatistiksel anlamlılık düzeyi
X ²	: Ki-kare
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1.	Hastanelere göre yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısı, yoğun bakım düzeyi araştırmaya katılan ve toplam hemşire sayısı	22
Tablo 4.1.	Sosyodemografik özellikler	26
Tablo 4.2.	YYBÜ bakım düzeylerine göre bir hemşirenin bakması gereken yenidoğan sayılarına ait yanıtların dağılımı.....	27
Tablo 4.3.	Hemşirelerin yenidoğan bakım uygulamaları durumuna göre rollerine karar vermelerine ilişkin yanıtların dağılımı	28
Tablo 4.4.	Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yenidoğan bakımına ilişkin rollere karar verme kriterlerini bilme durumuna ilişkin yanıtların dağılımı.....	29
Tablo 4.5.	Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için banyo sıklığını bilme durumlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.6.	Sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için ağız bakımı yapma sıklığı bilme durumunun karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.7.	Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için oral beslenmeye başlanması ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması	32
Tablo 4.8.	Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için alt/pişik bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması	33
Tablo 4.9.	Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için umbikal kateter bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması	34
Tablo 4.10.	Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için yara bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması	35
Tablo 4.11.	Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması	36

Tablo 4.12. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de yenidoğanın geçici takipnesinin klinik bulguları bilme durumunun karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.13. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de ağırlı yönetimi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.14. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de yenidoğan-aile iletişimini sağlama iletişimine karar verilmesi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.15. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de yenidoğanın aspirasyon gereksinimi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması	40
Tablo 4.16. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de yenidoğanda fototerapi gereksinimi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması	41
Tablo 4.17. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.18. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de termogülasyon düzenlemesi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.....	43

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Hemşirelik bakımı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden mevcut ya da olası sağlık problemlerine sahip bireyin bakım gereksinimlerini belirleme, karar verme, uygulama, değerlendirme ve kendi gereksinimlerini karşılayabilir düzeye getirmeye yönelik yardım edici ve savunucu bir ilişkidir. Hemşirelik bakımı aynı zamanda hemşirelik mesleğinin etik ve yasal bir sorumluluğudur (1). Bireyler her geçen gün daha çok hemşirelik bakımına ihtiyaç duymakta ve hemşirelik bakımının değişkenliği de önemli derecede artmaktadır (2).

Hemşirelik kuramsal bilgi ve beceriyi içeren, uygulamalı bir sağlık disiplini olması nedeniyle eğitim, uygulama, görev tanımları, meslek işlevleri ve rolleri açısından sürekli olarak gelişmekte ve değişmektedir. Bu değişiklikler içerisinde değişmeyen tek gerçek, hemşireliğin bireylere bakım verme sürecini devam ettirmesidir (1). Hemşirelik bakım uygulamalarının önemsenmesi hemşireliğin gelişimi ve niteliği açısından da önemlidir (3). Sağlıklı/hasta bireyin ve ailesinin gereksinimlerini karşılama ve en kısa zamanda onları bağımsız hale getirerek yaşam kalitelerini arttırmayı amaçlayan hemşirelik, günümüzde hala sadece hekimin planladığı tedaviyi uygulayan, yardım eden ve destekleyen meslek grubu olarak görülmektedir. Oysaki bu durum gerçeği yansıtmamaktadır (1). Hemşirelik, hekim istemine göre gerçekleştirilen roller, diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren roller ve bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rolleri ile önemli bir konumda yer almaktadır. Hekim istemine göre gerçekleştirilen roller hekim direktifini uygulama, tanı ve tedavi işlemlerine yardım etmeyi içerirken, diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren roller ve bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen roller aşamalı olarak direktiften insiyatif kullanmaya doğru değişmekte ve mesleğe özgü bilgi, becerileri ve deneyimleri uygulamaya olanak vererek mesleksel otonomiye desteklemektedir. Bu nedenle hemşireliği kendine özgü bir meslek haline getiren önemli bir unsur bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rolleridir. Bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen roller bilgi ve deneyimler kullanılarak sağlığını sürdürmesi, yükseltilmesi, sağlığını yeniden

kazanması ve taburculuk sonrası en üst düzeyde yaşam kalitesine ulaşılabilmesi için kullanılmaktadır (4).

Hemşirelerin çalıştıkları ve belirtilen rolleri aktif olarak uyguladıkları özel gruplardan biri ise yenidoğanlardır. Yenidoğanlara bakım veren, Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri (YYBÜ) bakım seviyeleri, hasta transferi, kaynakların planlanması, paylaşılması, bölgesel kaynakların ve sonuçların karşılaştırılabilmesi amacıyla kendine özgü sınıflandırılmaktadır (2). Ülkeden ülkeye değişiklik gösteren YYBÜ'nin düzey tanımlamaları her ülkenin kendi standartlarına göre şekillenmekte, toplumdaki doğurganlık hızı, yıllık nüfus artışı, hasta yenidoğanın özellikleri ve neonatal/perinatal mortalite oranlarına göre değişmektedir (5).

Yıldırım (2006) gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin %53'ünün, Avcı ve arkadaşları (2012) ise hemşirelerin gündüz vardiyasında %37'sinin, gece vardiyasında %34'ünün doğrudan bakım uygulamalarına zaman ayırdıklarını bildirmiştir (6, 7). Bir başka çalışmada ise; koroner yoğun bakım ünitesinde hemşireler hemşirelik uygulamalarına %39, genel yoğun bakımda hemşirelik uygulamalarına %40.2, nöroşüirji yoğun bakım ünitesinde hemşirelik uygulamalarına %43.2 ve cerrahi yoğun bakım ünitesinde hemşirelik uygulamalarına %41.4 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir (8).

Yenidoğan yoğun bakım servislerinde çalışan hemşireler gerilimin ve iş baskısının yoğun yaşandığı alanlarda çalışmaları, hastaların daha kritik olması, hassas bir hasta grubu olan yenidoğanlar ve aileleriyle çalışmaları nedeniyle stresi daha yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (9). Hemşireliğin bağımsız olarak karar verdiği rollerinde artış sağlanması, mesleğin bilimsel bilgi birikiminin ve uygulama olanaklarının yanı sıra yetkilerinin artmasına, otonominin sağlanmasına katkıda bulunabilecektir (10).

Diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren roller ve bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollerinin sayısının artırılması hemşireliğin gelecekte daha etkili ve verimli bir meslek olması ve hastalara verilen bakımın verimliliği-işlevselliği açısından önemlidir. YYBÜ hemşirelerinin bu rollerinin farkına varmaları ve rolleri etkin bir şekilde üstlenmelerine olanak sağlayarak gerek mesleki yetilerinin ve otonomilerinin, gerekse hasta bakımının kalitesinin ve iş

doyumlarının artmasına yardımcı olabilecektir (10).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bilme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik, Hemşirelikte Bakımın Önemi ve Amacı

2.1.1. Kuramcılara Göre Hemşirelik ve Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik kendine özgü yapısı, biçimi ve özellikleriyle meslek örgütleri ve düşünürlerince benzer ya da farklı açılardan ele alınarak tanımlanan, üç önemli odağı ve kendine özgü yapısı biçimi ve özellikleri bulunan bir dinamiktir. Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, en önemlisi de optimum sağlık ve metabolizma düzenini elde etmek için profesyonel yardıma gereksinimi olanlara mükemmel hemşirelik bakımı sağlaması ve bunun için araştırmalar yapması önem taşımaktadır (11). Bakım ise bakım alanlarına ilişkin verilerin elde edilmesi, bu veriler doğrultusunda bireyin gereksinimlerinin saptanması, gereksinimlere yönelik planlamanın yapılması, bakımın uygulanması ve değerlendirilmesini içeren bilimsel bir süreçtir. Bu süreci uygulayabilecek profesyonel bir grubun varlığının gereklidir (12).

1860 yılında Florence Nightingale hemşireliği “Hastayı iyileştirmek için hastanın çevresini düzenlemek, fiziksel şartları iyileştirmek eylemi” olarak tanımlamıştır. Hemşirenin görevinin hastalığa değil, hasta bireye yönelik olduğunu belirtmiştir. Hemşirelik bakımını ise hastanın yaşamsal ihtiyaçlarına göre hastaya yardım etme felsefesi üzerine kurulmaktadır. Nightingale hastaların bakım ve tedavisinde fiziksel şartların düzenlenmesi, ortamın havalandırılması, aydınlatılması, ısı, hastaların beslenmesi, temizliği, rahatlıklarının sağlanması ve bireysel bakım gereksinimlerinin önemli olduğunu belirtmiştir (13). Ayrıca Nightingale hemşirelerin hekimlerin direktiflerini yerine getirmekle yükümlü olduklarını bununla birlikte kendi eylemlerinden sorumlu olduklarını da vurgulamıştır (12).

Bir diğer hemşirelik kuramcılarında Virginia Henderson 1950 yılında hemşireliği “Bireyin bağımsız hareket edebilme gücüne kavuşması, sağlığa ve iyileşmeye yönelik faaliyetlerde sağlıklı ya da hasta bireye yardımcı olmak tedavilerini sürdürmelerini sağlamak ve son olarak huzur içinde ölmelerine yardımcı olmak” şeklinde tanımlamıştır (12). Hemşirelik bakımını ise, Maslow'un temel insan

gereksinimlerinden yola çıkarak öncelikle hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesi, hastanın bakım planının hazırlanması daha sonra hastanın bağımlı rolünden bağımsız rolüne, kendi öz bakımına kavuşması olarak belirtmiştir (13).

Hall ise kuramını Carl Rogers'ın 'hasta merkezli terapi' görüşünü temel alarak, hastaların öğrenme işlevlerini en üst düzeye çıkarmak üzerine odaklanmaktadır. 1960'lı yıllarda profesyonel hemşireliği "Hastalara bakım sunan, bakımını koordine eden kişiler" olarak tanımlamaktadır (11, 14, 15). Hall'e göre bakım verme hemşirenin hasta olan bireyin günlük gereksinimlerini karşılmasına yardım etmesinden oluşmaktadır. Bakımın ilk amacı "Öz" hasta bakımının sağlanmasıdır. Öz bakım, bakımın merkez halkasıdır ve hemşire yansıtıcı teknikleri kullanarak hastanın var olan sağlık durumunu görmesine, duygularını ve yaşam biçimindeki değişiklikleri açıklamasına yardımcı olmalıdır. İkinci halka olan "Bakım" hastaların tüm bakım ve eğitiminin tamamen profesyonel hemşireler tarafından verilmesini gerekliliğinden oluşmaktadır. Bakım, kişinin kendini gerçekleştirmesine yardım eden bir araçtır. Üçüncü ve son halka "Tedavi" ise hemşirelik bakımında hastaya aktif olarak tıbbi girişimler gerçekleştirilmesinden meydana gelmektedir (11).

Madeleine Leininger ise kültürler arası hemşirelik bakımının hemşireliğin tüm alanlarında baskın odağı haline gelmesi gerektiğini, bakımın korunması ve sürdürülmesi için kültürel yeterliliğin, kültür çatışmalarının ya da kültürü zorla kabul ettirmenin hemşirelik bakımına ters olduğunu vurgulamaktadır (11, 16). Dorothea E. Orem öz bakıma herkesin gereksiniminin olduğunu ve hemşireliğin temelinde de insanların bu gereksinimlerini karşılamaya yardım etmenin olduğunu belirtmekte ve hemşireliğin insanın kendine yeterli olmadığı durumlar için geliştiğini öne sürmektedir (14). Orem'in öz bakım modelinin ikinci kuramı olan "Öz Bakım Yetersizliği Kuramı" hemşireliğin ne zaman ve niçin gerekli olduğunu açıklayarak diğer alt kuramlarla birlikte işlev kazanmaktadır (12).

Özetle; Nightingale hemşireyi, hekimin emrindeki yardımcı sağlık personeli olarak görürken, Henderson hemşireyi mesleki sorumluluğu olan bir birey, hemşireliği kendine ait sorumluluk alanı olan bir disiplin olarak tanımlamaktadır. Hall ve Orem ise, hemşirenin bakım verici rolüne vurgu yapmaktadır. Gelişen teknoloji ve değişen insan ihtiyaçları tüm alanlarda olduğu gibi hemşirelik tanım ve

bakımı konularında da farklılık ve gelişmeleri beraberinde getirmektedir.

2.1.2. Kurum ve Kuruluşlara Göre Hemşirelik ve Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik kuramcılarının dışında çeşitli kurum ve kuruluşlar hemşireliği ve hemşireliğin amacını farklı şekillerde tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1983'te öz bakımı "Sağlığı kazanmak, hastalıkları sınırlamak, hastalıkları önlemek ve sağlığı iyileştirmek amacıyla toplumun, ailenin ve bireylerin yükledikleri aktiviteler" olarak tanımlamıştır (17).

DSÖ Hemşirelik Uzman Konseyi'nin 5. raporunda hemşireyi "Hemşire temel bir eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişidir" olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşireliği tüm yaş gruplarındaki bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık ve hastalık durumlarında onlarla işbirliği içinde bakım vermeyi kapsayan meslek grubu olarak belirtmektedir. ICN'e göre hemşirelik bakımı sağlığı korumayı, hastalıkları önlemeyi, hasta, sakat veya ölmekte olan bireye bakım vermeyi kapsamaktadır. Bakım vermenin yanı sıra çevre güvenliğini sağlama, sağlık politikalarına katılma, yönetim ve eğitim gibi hemşirelerin başka temel rolleri de bulunmaktadır. Profesyonel hemşire, mesleğine ilişkin her türlü karara katılmaya istekli bir yaklaşım sergilemelidir. ICN'e göre hemşirelik tüm yaş gruplarındaki bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık ve hastalık durumlarında onlarla işbirliği içinde bakım vermeyi kapsamaktadır (18).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşireyi, sağlıklı ya da hasta bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarına göre ayırım yapmadan kendi değerleri ve kararlarına saygı çerçevesinde, sağlık problemlerine yönelik mesleki uygulamalarını gerçekleştiren kişi olarak tanımlamaktadır (19). ANA'nın tanımında, özellikle hemşirenin bakım uygulaması sırasında dikkat etmesi gereken mesleki değerler vurgulanmaktadır. Bu tanım ve yaklaşım, hemşireliğin yalnızca teknik bir iş olmadığını, onun değerlerle yüklü bir disiplin olduğunu ortaya koymasından oldukça önem taşımaktadır.

Türk Hemşireler Derneği (THD) de farklı yıllarda hemşireliğin tanımını

yapmıştır. THD Eğitim Komisyonu 1981 yılında hemşireliği "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" olarak tanımlamıştır (12).

Hemşirelik Kanunu'nun 2007 yılında değişmesi ile birlikte hemşire "Bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli" şeklinde tanımlanmıştır (20). THD ve Hemşirelik Kanunu'ndaki tanımlarda hemşireliğin hizmet verdiği alanlar belirtilmekte ve hemşirenin, hemşirelik sürecini kullanarak problemi saptama, bakıma karar verme, uygulama ve sonuçları değerlendirme gibi mesleki bilgi ve beceriye sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır (21).

2.2. Yenidoğanda Bakım

Sağlıklı yenidoğan 2500-4000 gram ağırlığında, 38-42. gestasyon haftasında doğmuş olan, 0-28 günü kapsayan, ekstrauterin yaşama kolay uyum sağlayan, konjenital anomalisi ya da hastalığı olmayan yenidoğandır (22). Yenidoğan yaşamlarını sürdürebilmek için optimal bir bakıma gereksinim duymaktadır. Neonatal dönem, yenidoğan için yüksek riskli bir dönemdir ve yenidoğan hemşiresi yenidoğanın temel bakımını sürdürülmesinde kilit kişi olarak görev almaktadır (23).

Yenidoğan hemşiresi yenidoğanın fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimi için doğrudan bakım sorumluluğuna sahip olmalıdır. Ülkemizde yenidoğan hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları 19 Nisan 2011/27910 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde yer almıştır. Bu yönetmeliğe göre yenidoğan hemşiresi "Profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğanların dış ortama uyumunun sağlanması, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, anne sütü ile beslenmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılmasında önemli rolleri olan; hastalandığında bakımından sorumlu olduğu yenidoğanı kapsamlı olarak değerlendirip klinik belirti ve bulguları yorumlayabilen, ailesi ile birlikte değerlendiren, yenidoğanın bakım

gereksinimlerini tespit ederek kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda uygun bakımı planlayabilen, ünitadaki araç-gereçleri kullanabilen, araçlardaki verileri değerlendirip yorumlayabilen, yenidoğanlar ve yakınları ile iletişimi ve onlara uygun terapötik yaklaşım kurabilen, eğitim ve danışmanlık yapabilen ve ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip hemşiredir” şeklinde tanımlamaktadır (24).

2.3. Hemşirelik Roller

Hemşirelik rollerinin biçimlenmesi yaşama yüklenen anlamın, yaşamdan beklentilerin ve yaşam biçiminin bireyler ve toplumlar ölçeğinde geçirdiği değişimler çerçevesinde gerçekleşmektedir. Bu genel çerçevede özellikle toplumların, toplumsal dinamiklerin, sağlık gereksinimlerinin ve sağlık politikalarının değişmesi söz konusu biçimlenme üzerinde etkili olmaktadır. Hemşirelik bağlamında yürütülen mesleki etkinlikler hemşirenin kendi kararı ile ya da özerk olarak, hekim istemine göre ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yaparak gerçekleştirdiği roller şeklinde üçe ayrılarak incelenebilmektedir (24, 25).

2.3.1. Hekim İstemine Göre Gerçekleştirilen Roller

Hemşirelerin hekim istemine göre gerçekleştirilen rolleri hekim direktifine bağlı kalarak, tedavi edici işlemleri uygulama ve yardım etme şeklinde karşımıza çıkmaktadır (22). Hekim istemine göre gerçekleştirilen rollerde karar veren ile uygulayan farklı kişilerdir. Hemşire bu rolleri yerine getirirken sorumluluğu yapılması gerektiği belirlenen tanı ve tedaviyi kendisi belirlememekte, kendisinden ne yapılması isteniyorsa tanı ve tedavinin o şekilde gerçekleştirilmektedir. Yani işin kararlaştırılmasından değil, sadece işin teknik anlamda gerçekleştirilmesinden sorumludur. Örneğin; hemşire hekimin direktif ettiği bir ilaç uygulamasını kendisinden nasıl istendi ise o şekilde uygulaması bağımlı uygulamalardandır (10).

Günümüzde daha çok etkin olan hemşireliğin özerklik işlevi ile bu bağımlılığın mutlak, koşulsuz, sorgulama ve itiraz haklarının devre dışı bırakılması özellikle, tıba, bilime, akla aykırı direktifleri hemşirenin körü körüne bir itaatle yerine getirmesi söz konusu değildir. Bu direktiflere uyulması halinde hemşirenin de istenmeyen sonuçlardan sorumlu olması söz konusudur. Hekim istemine göre

gerçekleştirilen rollerin yerine getirilmesinde diğer önemli bir saptama hemşirenin her zaman her uygulamayı bizzat yapmayıp, kimi zaman bazılarını kendisinden direktif alan elemanlara yaptırtması, koordinatör olarak devreye girmesidir (25). Klinik sorunlu hemşiresinin hekimin istediği bağımlı rollerine giren uygulamaları diğer klinik hemşirelere uygulatması, koordine ve kontrol etmesi bu duruma örnek olarak verilebilir (25).

2.3.2. Diğer Sağlık Disiplinleri Birlikte Karar Verip Gerçekleştiren Roller(Hekim Direktifi Hemşire Kararı İle Gerçekleştiren Roller)

Diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rol, profesyonelliğin olgunluk düzeyine ulaşabilme göstergelerinden birisidir. Destekleyici rol, hekim direktifi olmakla birlikte, bu direktifin yerine getirilip getirilmemesi hemşirenin inisiyatifinde olma durumudur. Bir başka deyişle diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rol hemşirenin bilgi ve deneyimleri doğrultusunda, hastanın durumundaki değişiklikler göz önüne alınarak, hasta değerlendirilerek, hekimin direktifini gerekirse değiştirerek, planlanan tanı ve tedavinin yapılmasıdır (12, 25). Hekimin dijital ilaç tedavisi düzenlediği bir hastada, hemşirenin her yeni ilaç dozunu vermeden önce dijital ilaç toksikasyonu belirtilerinin kontrol etmesi ve herhangi bir belirti varsa ilacı uygulamayıp hekime haber vermesi destekleyici role örnek gösterilebilir. Destekleyici roller hekim direktifinin değişen koşullar nedeni ile istenmeyen sonuçlara yol açabileceği durumları engelleyen bir emniyet mekanizmasıdır (12).

Oral Beslenme

Yenidoğanın sağlıklı büyümesi başarılı bir beslenme ile sağlanmaktadır (26). Yetersiz ve dengesiz beslenme büyüme gelişme geriliklerine hatta ölümlere yol açmaktadır (27). Sağlıklı yenidoğanlar için en uygun beslenme şekli kendi annesi tarafından emzirilmesidir (28). YYBÜ'nde 34. gestasyon haftasından büyük doğan, sağlıklı, emme ve yutma koordinasyonu gelişmiş, solunum hızı < 60/dk'nın altında olan yenidoğanlar oral beslenmektedir (29).

Yenidoğan hemşiresinin yenidoğanın oral beslenmeye hazır olduğuna karar vermek için sistematik bir değerlendirme yapması gerekmektedir. Oral beslenecek

yenidoğanın karnı yumuşak, bağırsak sesleri normal, emmesi kuvvetli ve ritmik olduğu, beslenme sırasında öğürme refleksi olup olmadığı, aspire edip etmediği, bradikardi gelişip gelişmediği değerlendirilmelidir. Solunum sıkıntısı gözlemlendiğinde beslenme sonlandırılmalıdır (30). Yenidoğanda beslenmeye karar verme kriterleri mekonyum çıkışı olması, distansiyonu olmaması, stabilize edilmesi, solunum problemi olmaması ve asfiktik olmamasından oluşmaktadır. Apne ve bradikardi, solunum distressi, hipo-hipertansiyonu mevcut yenidoğanlar beslenmemelidir. Klinik durumu stabil olan, CPAP ya da mekanik ventilatör izlemindeki yenidoğanlar hekim istemi ile beslenmeli, 1000 g. altındaki prematüre yenidoğanlar ve komplikasyonlu tüm yenidoğanlar beslenmelerine minimal enteral beslenme ile başlanması gerekmektedir (30, 31, 32).

Umbilikal Katater Bakımı

Yenidoğanda umbilikal kordun nekrotik dokulardan oluşması ve bakteriyel kolonizasyon riski taşıyan bölgelerden biri olması nedeniyle (33, 34) doğumdan sonra ilk üç gün, günde bir kez antiseptik sıvılarla göbek bakımı yapılması ve kuru tutulması önerilmektedir (35). Umbilikal kord enfeksiyonlarını önlemede antiseptiklerin kullanımı gerekmektedir. Enfeksiyonlarını önlemede farklı antiseptiklerin kullanımına ilişkin çalışmalar yapılmakla birlikte alkol, povidon iyodür, gümüş sülfadiyazın, klorheksidin, basitrasın göbek bakımında kullanılan başlıca antiseptiklerdir (36). ık bırakılması, gazlı bez sarılmaması, bezin dışında ve kuru tutulması ve göbek bağı kullanılmaması gerekmektedir. Umbilikal kord yaklaşık 7-15 gün içinde düşeceği için, bakımı sırasında akıntı, kızarıklık, koku, kanama olup olmadığının kontrol edilmelidir (23, 37). YYBÜ'ne yatırılan genel durumu kötü olan yenidoğanlarda, sık kan örneği alınması ya da çoklu tedavilerinin olması nedeniyle umbilikal arter veya umbilikal ven kateteri takılması gerekebilmektedir. Umbilikal kateter uygulamasında gerekli malzemeler hazırlanmalı, işlem sırasında yenidoğanın oksijen saturasyonu ve tansiyon monitörize edilerek, kanama ve enfeksiyon belirtileri yönünden izlenmeli, kateter alanı kuru tutulmalı, umbilikal kateterden ilaç veya sıvı verilmemesi gerekmektedir (23, 38).

Yara Bakımı

Yenidoğanın derisinin travma ve enfeksiyonlara yatkın ve son derece hassas olması nedeniyle derinin bariyer fonksiyonlarını bozmayacak, yenidoğana zarar vermeyecek uygun yöntemlerin ve deri bakım ürünlerinin kullanılması gerekmektedir (39). Yenidoğanlar doğumdan itibaren 12 ay sonrasına kadar cilt gelişimini tamamlamaktadır. Bu nedenle cilt sorunlarına karşı planlı bir bakım, düzenli pozisyon değişimi, basınç altındaki bölgelere destekler konulması (40), yataklarının yumuşak, gergin olması, açık yara varsa steril edilmiş çarşaflar kullanılması (41) ve uygun temizlik ve bakımın sağlanması önerilmektedir (42).

Ventilatörde Yenidoğan Bakımı

YYBÜ'nde mekanik ventilasyon (MV) desteği sık uygulanan tedavi yöntemlerindedir ve solunum fonksiyonu yetersiz veya hiç olmayan yenidoğanlarda solunumu desteklemek, MV aracılığıyla alveolar oksijenizasyonu ve biriken karbondioksit atılımını sağlama amacıyla kullanılmaktadır (43). MV uygulamasına başlanması, uygulamanın sürdürülmesi ve sonlandırılması hekimin sorumluluğunda olmasına karşın yenidoğanların izlenmesi ve hastada olası komplikasyonların önlenmesi ve ya erken fark edilmesinde hemşirelere çok önemli sorumluluklar düşmektedir (44). Bu nedenle hastaya bakım veren hemşirelerin mekanik ventilasyon endikasyonları, mekanik ventilasyonda kullanılan modları, ayarları bilmesi, setleri, aspirasyon ekipmanını 24 saat, yenidoğanın pozisyonunu iki üç saat arayla değiştirilmesi ve mutlaka ağız bakımı yapmaları gerekmektedir (44).

Yenidoğanın Geçici Takipnesi

Yenidoğanın geçici takipnesi (YGT) yenidoğanda en sık görülen solunum sıkıntısı nedeni olarak bilinmektedir. YGT'si 1000 yenidoğanın 11'inde özellikle sezeryan ile doğan ve diyabetik anne yenidoğanlarında daha sık görülmektedir (45). Sezeryan doğum (46), diyabetik anne (47), prematürite, umbilikal kordun geç klemplenmesi, anneye aşırı sıvı verilmesi YGT risk faktörleridir (48). Klinik bulgu olarak yenidoğanlarda doğumdan sonra ilk birkaç saat içinde takipne (100-120/dk), siyanoz, inleme, burun kanadı solunumu, retraksiyonlar görülmektedir. Yenidoğan döneminde akciğer enfeksiyonu ve sepsis de benzer bulgularla ortaya çıkabileceği

için bu yenidoğanların yakından izlenmesi gerekmektedir. YGT doğumdan itibaren ilk 48 saat içerisinde, çoğunlukla yardımcı ventilasyon gerektirmeden düzelebilmektedir (48).

Ağrı Yönetimi

Ağrı var olan veya olası doku hasarına eşlik eden ya da bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim olarak tanımlanmaktadır (49). YYBÜ'nde tedavi edilen preterm ve term yenidoğanlar ağrıyı topuktan kan alma, venöz girişimde bulunma, arteriyel kateter uygulaması, lomber ponksiyon, yenidoğan muayenesi, pansuman değişimi, gavaj tüpü takılması, İM enjeksiyon, postüral drenaj, dikişlerin alınması gibi sayısız ve çok farklı nedenlerle deneyimleyebilmektedir. Yenidoğanlarda ağrının algılanması için gerekli olan anatomik, fonksiyonel ve nörokimyasal yapılar bulunmaktadır. Yenidoğanın yaşadığı ağrı, davranışlarını, yenidoğan aile etkileşimini, yenidoğanın dış dünyaya uyumunu engelleyebileceği gibi beyin ve duyu gelişiminde de değişikliklere neden olmakta ve büyüme olumsuz etkilenmektedir (50, 51). Bu nedenle yenidoğanda ağrı türlerinin belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin alınması, uygun ve etkili farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle yenidoğanın ağrısının giderilmesi ve ailelere bu konuda eğitimlerin verilmesi gerekmektedir (23).

Farmakolojik yöntemler hekim sorumluluğunda, tedavi yöntemlerinin uygulanmasında ilaçların yan etkileri, emilimi, dağılımı, atılımı ise hemşirelerin sorumluluğundadır (51). İlaç kullanılmadan ağrının kontrolü için yapılan tüm uygulamalar, nonfarmakolojik uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (23). Ağrı algılamasını azaltmak için uygulanan nonfarmakolojik teknikler analjeziklerle birlikte kullanıldıklarında ilaçların etkinliğini arttırmaktadırlar. Kullanılan nonfarmakolojik yöntemler arasında pozisyon değiştirme, kanguru bakımı, masaj, emzik, oral sukroz verme, anne sütü ve müzik yer almaktadır (52-59).

Nonfarmakolojik yöntemleri uygulamakla birlikte ağrı yönetiminde hemşirenin çeşitli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar şu şekilde sıralanabilir:

1. Yenidoğan ünitelerinde yenidoğanın gelişimini destekler şekilde, stres bulgularını azaltmak, stabilite bulgularını arttırmak için, bireysel bakım düzenlenmesini amaçlayan direkt bakım uygulanmalıdır.
2. Anne ve babanın olabildiğince erken, yenidoğanın multidisipliner bakım planında ve yapabilecekleri işlemlerde rol alabilmesini sağlanmalıdır.
3. Tıbbi uygulamalar ile iyi primer bakım arasındaki dengeyi koruyarak yenidoğanın stres, ağrı, endişe belirtilerinin azalmasını sağlanmalıdır.
4. Yenidoğan yoğun bakım uniteleri fiziksel ortamı (yüksek ses ışık), stres verici olumsuz uygulamaları azaltılması sağlanmalıdır.
5. Ağrıya neden olabilecek durumlardan en önemlisi invaziv işlemlerdir bu yüzden deneyimli sağlık personelinin işlemleri bir arada ve en kısa zamanda yapması sağlanmalıdır (55, 58, 60, 61).

Aspirasyon Gereksinimi

Aspirasyon solunum sistemi sekresyonlarının negatif basınçla çalışan bir vakum aleti yardımıyla dışarı alınması işlemidir ve açık ve kapalı aspirasyon yöntemi ile sağlanabilmektedir. Açık aspirasyon uygulanan hastalarda her aspirasyon için yeni ve steril bir katater kullanılması, solunum sekresyonlarının aspirasyonu sırasında steril eldiven giyilmesi ve aynı katater kesinlikle tekrar kullanılmaması gerekmektedir. Kapalı sistem aspirasyon kataterlerinin fonksiyon bozukluğu gelişmesi, kataterin tıkanması ve katater kılıfının delinmesi gibi durumlarda rutin olarak değiştirilmesi gerekmektedir (62, 63). Kapalı aspirasyon uygulanan hastaların ağız içi sekresyonlarının aspirasyonu ayrı steril kataterle yapılmaktadır. Aspirasyon süresi 15 saniyeyi geçmeyecek şekilde, iki uygulama arasında hastanın 20-30 saniye dinlenerek yapılması, bir aspirasyon uygulaması süresince üç kereden fazla aspirasyon işlemi yapılmaması önerilmektedir. Solunum sekresyonları aspire edilirken endotrakeal tüp içine sıvı verilmemesi, aspirasyon hortumlarının temizlenmesi için yıkama solüsyonu olarak 500 ml.'lik plastik veya cam şişeler içindeki steril sıvıların sekiz saatte bir değiştirilmesi, hastane vakum sistemine bağlı sabit aspiratörler aracılığı ile aspirasyon uygulanan her hastada aspiratörün içindeki tek kullanımlık torba işaretli seviyeye gelince değiştirilmesi gerekmektedir (64-66).

Fototerapi Tedavisi

Yenidoğan sarılığı yenidoğanlarda %60 (67), preterm yenidoğanlarda ise %70-80 oranlarında görülmektedir (68). Sarılık, genellikle doğumdan iki-üç gün sonra görülüp, 7-10 gün içinde ve en son göz aklarında kaybolmaktadır. Prematüre yenidoğanlarda sarılık daha sık ve şiddetli görülmekte ve dördüncü-beşinci günde belli olmaktadır (67). Yenidoğan sarılığının uygun şekilde yakın takibi, tedavisi yenidoğan hemşiresi tarafından sağlanmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin fototerapinin uzaklığı, açık cilt yüzeyinin sağlanması ve fototerapi alan yenidoğanın beslenmesi, koruyucu olarak göz bandının uygun yerleştirilmesi ve genital organların fototerapiden korunması konusunda yeterli bilgi ve beceri özelliklerine sahip olması gerekmektedir (69). Etkili hemşirelik bakımı ile fototerapinin etkisi artırılmakta ve komplikasyonlar en az düzeye indirilmektedir (70).

İntravenöz İlaç İnfiltrasyonu

İnfiltrasyon mekanik, obstrüktif ve inflamatuvar nedenlere bağlı olarak vezikan olmayan madde veya solüsyonların yanlışlıkla damar dışına, çevre dokuya sızarak deri altında birikmesi olarak tanımlanmaktadır (71, 72). İnfiltrasyon doğru kateterin seçilmemesi, kateterin hareketli eklem bölgesine yerleştirilmesi, kateterin yerinden oynaması, ven içine yerleştirilen iğne ya da kateterin ucunun ven duvarını delerek subkütan dokuya geçmesi, uygunsuz sabitleme, ven içinde ya da kateterin etrafında pıhtı oluşumu, geçirilmiş infiltrasyon öyküsü, infüzyon pompasının kullanımı gibi nedenlere bağlı gelişebilmektedir (73). Yenidoğanda immatür cilt yapısı, esnek derialtı dokusu, küçük kan damarları, venöz bütünlük olmaması, venlerin ve dokuların dirençsiz olması nedeniyle infiltrasyon ve ya kızarıklık daha sık görülmektedir (74). İntravenöz infiltrasyon oluşmuşsa ilacın enjeksiyonu sırasında dirençle karşılaşma, İntravenöz kanülden geriye kan gelmemesi, infüzyon hızının yavaşlaması ve damar akışında azalma, pump cihazının sürekli tıkanıklık alarmı vermesi, İntravenöz kanül çevresinde ödem, şişlik, kızarıklık, hassasiyet, lokal ısı artışı görülmektedir. Bu yüzden infiltrasyon riskini minimum düzeye indirebilmek için İntravenöz kanüller uygulanırken distal bölgelerden başlanıp proximale doğru bir yol izlenerek uygulanması, İntravenöz kanül çevresi ve infüzyon bölgesinin sık aralıklarla gözlenmesi, mümkünse İntravenöz kanüllerin şeffaf örtü ile tespit edilmesi, damar yolunun mutlaka en geç 72 saat içinde yenilenmesi, ilaçların

mümkün olduğu kadar yavaş bolus şeklinde verilmesi gerektiği önerilmektedir (74). İnfiltrasyon geliştiğinde hemşirelik bakımı için infüzyonun sonlandırılması, İntravenöz kateter damardan çıkartılıp, steril bir gaz bezi ile bölgeye birkaç dakika basınç yapılması, bölgede venöz dönüşü hızlandırmak ve ödemi azaltmak için periferik ekstremitelere yükseğe alınması, ılık ya da soğuk kompres 20 dakikalık süreler ile uygulanarak ağrının azaltılması ve dolaşımın hızlandırılması sağlanması, etkilenen ekstremitenin motor fonksiyonu ve dolaşımını izlenmesi, hekimin bilgilendirilmesi, kayıt ve rapor tutulması gerekmektedir (73-75).

2.3.3. Bağımsız Olarak Karar Verilip Gerçekleştirilen Roller (Sadece Hemşire Kararı ile Gerçekleştirilen Hemşirelik Bakım Uygulamaları)

Bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rol, hemşirelerin yetki ve özerkliklerinin genişletilmesidir. Hekim istemine göre gerçekleştirilen rolde sadece hekimin direktifini uygulayan, destekleyici rolde kısmen hekim direktiflerini uygulayan hemşirelik anlayışı, bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rolle birlikte değişmeye, hemşirelere hastanın bakımına ilişkin kararlar alma sorumluluğunu yükleyerek, hemşirelerin çağa uygun mesleki bilgi, beceri ve deneyimlere sahip olmasını, uygulamalarına ilişkin doğru ve hızlı kararlar vermeleri konusunda alan sağlamaktadır (1, 23).

Bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen roller kapsamında hemşire, öncelikle birey hakkında topladığı verileri değerlendirip bir "hemşirelik tanısı"nı, sonra tanı koyduğu soruna çözüm getirecek olan "hemşirelik uygulamaları"nı planlamaktadır. Daha sonra bireyin ve ailenin katılımını da sağladığı bu bakım sürecinin son değerlendirmesini bizzat kendisi yapmaktadır. İdeal olarak tüm bunlar "hemşirelik bakım planı" şeklinde yazılı olarak düzenlenmektedir (12).

Çağdaş profesyonel hemşirelik anlayışı, başka disiplinlere özellikle hekime bağımlılığı sadece "amaç bağımlılığı" ile sınırlamaktadır (10). Fakat bu amaç bağımlılığı hemşireyi, hekime bağımlı bakım uygulayan, kendi bilgi ve deneyimlerini kullanamayan bir meslek üyesi olarak görülmesine yol açmaktadır. Ancak hemşirelik mesleğinde bakımının öneminin anlaşılmasıyla hemşirelerin hemşirelik bakımına özerk karar vermelerini arttırmakta, özerkliği desteklenen

meslek üyesi ise bakıma bağımsız olarak karar vermesine ve bakımı daha istendik düzeyde gerçekleştirebilir olmasına olanak sağlamaktadır (1). Hemşirenin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rolü sağlıklı bireyin sağlığını geliştirmesi ve sürdürmesi desteklenmesi, hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerinde desteklenmesi, hasta bireye sağlığını ve bağımsızlığını yeniden kazanması için gerekli yardımın sağlanmasıdır (12). Örneğin hastaya ihtiyacı olan egzersizi yaptırmak, hemşirenin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rolü arasında sayılabilmektedir (10).

Banyo

Yenidoğanın cildinin verniks kazeoza ile kaplı olması hidrasyon, ısı düzenleme ve mikrobiyal koruma etkili bir şekilde sağlanabilmektedir (33). Doğumla birlikte maternal kan, selüler debris ve mekonyumla bulaş söz konusu olduğu için özellikle anneden enfeksiyon bulaşma riski taşıyan yenidoğanlarda, doğum sonrası verniks kazeozanın silinmesi yerine yıkama tercih edilmektedir (76). İlk banyonun ne zaman yaptırılacağına dair literatürde kesin bir bilgi olmamakla birlikte yaşam bulguları normal olan yenidoğanlar iki-dört saat içinde banyo yaptırabileceği vurgulanmaktadır (40). Yenidoğanın banyo sıklığı konusunda standart bir bilgi bulunmamakla birlikte, bu konu ile ilgili varılan ortak görüş, günlük banyonun cilt pH'ını değiştirebileceği, irritasyon ve kuruluğu arttırabileceği şeklindedir (76). Term yenidoğanlarda haftada iki-üç kez, preterm yenidoğanlarda ise dört günde bir yaptırılan banyonun cilt temizliği açısından yeterli olacağı ileri sürülmektedir (33, 34). Banyo sırasında yenidoğanın hipotermiden korunması, banyo suyu sıcaklığı en fazla 37°C olması, oda ısısı ise 26-27°C olması, banyo süresi beş dakikayı geçmemesi ve yenidoğanın cildinin ovulmaması gerektiği belirtilmektedir (23, 34).

Göz Bakımı

Yenidoğanın gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakıma gerek olmadığı, çapaklanma olduğunda gözlerin kaynamış suda ıslatılmış pamuklu bezlerle, içten dışa doğru, her göz için ayrı bez kullanılarak nazikçe temizlenmesi gerektiği belirtilmektedir (39, 42). Enfeksiyon belirtisi varsa, yenidoğanın gözleri ödemli veya kızarıklık ise parenteral antibiyotik tedavisi önerilmektedir (23).

Burun Bakımı

Yenidoğanın burun solunumu yaptığı için burunun tıkalı olmamasına dikkat edilmeli, özellikle nazogastrik sonda (NG) ve continuous positive airway pressure (CPAP) takılı olan yenidoğanlarda burun temizliği mutlaka yapılmalı, flaster tespitleri kontrol edilmelidir (37). Sekresyon var ise birkaç damla serum fizyolojik damlatılarak burun mukozasının nemlendirilmesi gerekmektedir (77).

Ağız Bakımı

Yenidoğanda kontamine doğum kanalından bulaşan kandida enfeksiyonuna bağlı pamukçuk gelişebilmektedir. Bu durumda en iyi korunma yöntemi hijyenin sağlanmasıdır (23,78). Bunun yanı sıra sodyum bikarbonatlı ağız bakım solüsyonu ile günde iki kez ağız içi dil gazlı bez yardımı ile temizlenmesi gerekmektedir (37,77-79).

Alt / Pişik Bakımı

Pişik yenidoğan döneminde %7-35 oranında, perine bölgesi başta olmak üzere, kasık, uyluk ve anal bölgede, en sık 9-12 ay arası görülen akut enflamatuvar reaksiyon olarak tanımlanmaktadır (80, 81). Yenidoğanda pişiğin tedavisi ve önlenmesinde son yıllarda varılan ortak nokta bez değişiminin sık yapılması, havalandırılması, alkol içerikli ıslak mendiller yerine ılık suyla ıslatılmış mendille perianal bölgenin temizlenmesi, perianal bölge temizliğinden sonra koruyucu bariyer olarak çinko oksitli, saf vazelinli ya da aloe veralı krem sürülmesi, Candida albicans enfeksiyonunda kortikosteroid içermeyen antifungal pomadlar kullanılmasıdır (80,82,83). Ayrıca, bebeğin alt temizliğinin önden arkaya doğru yapılması ve her alt değişiminden önce ve sonra ellerini yıkaması gerektiği belirtilmektedir (84).

Yenidoğan-Aile İletişiminin Sağlanması

Yenidoğanın herhangi bir nedenle YYBÜ'ye yatırılması aileler için kaygı uyandırmaktadır. Bu kaygı özellikle sağlık personelin davranışları, koşuşturmaları ve aralarında kullandıkları dil, ailelerin kendilerini ortamda aşırı izole etmelerine neden olmaktadır (85). Yenidoğan hemşirelerinin anne ile iletişim içinde olması annenin

yenidoğanına verilen bakım ile ilgili hemşireye güven duymasına, anne-yenidoğan ilişkisini erken dönemde kurulmasında önemlidir. Hemşirelerin annenin, bireysel ihtiyaçlarını dikkate alması (86), anne-yenidoğan arasındaki iletişimin niteliğinin artmasına, benlik saygısının yükseltilmesine ve yenidoğana karşı olumlu duygular geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (87, 88). Olumlu ebeveynlik davranışını güçlendirmek için emzirme, sarılma, bakım verme, göz göze iletişim, cilde temas, kanguru bakımı, yenidoğan hakkında konuşmaları konusunda ebeveynler cesaretlendirilmelidirler (89-92). Yenidoğan-anne ilişkisinin kurulamaması annenin yenidoğana vermesi gereken bakımın kalitesinin azalmasına ve yenidoğanın ilerleyen yaşlarda kişilerarası ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (93). Yenidoğan hemşirelerinin anne ve yenidoğanlara zaman ayırarak yenidoğanın davranışları, bu davranışları annelerin nasıl yorumlayacağı ve nasıl tepki vereceği konusunda destekleyici, danışmanlık edici ve eğitici rolde olmaları gerekmektedir (92).

Yenidoğanda Termoregülasyon

Yenidoğanlar vücut yüzeyi alanı erişkinden fazla olması nedeniyle ısı kaybına yatkındır. Vücut ısılarını metabolizma hızını, kas aktivitesini arttırarak ve vücut yüzey alanını azaltarak düzenlemektedir (23). Yenidoğan doğumdan sonraki ilk 6-12 saat hipotermiye yatkın olması nedeniyle miad, küvöz ihtiyacı yok ise mümkünse servo kontrollü radyan ısıtıcı altında izlenmesi, vücut ısısının ölçülmesi gerekmektedir (94). Düşük ağırlıklı yenidoğanların ise küvöz içinde izlenmesi, mümkünse monitörize edilerek 24 saat boyunca kontrol edilmesi önerilmektedir (23, 95).

2.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ve Düzeyleri

YYBÜ'nde stabil olmayan, sürekli hemşirelik bakımı, kritik derecede medikal ve cerrahi sorunu olan ve özel bakım gerektiren term ve preterm doğan yenidoğanlara bakım verilmektedir. Son yıllarda yenidoğan ölüm oranlarında gözlemlenen belirgin azalmada YYBÜ'nin yeri oldukça büyüktür. YYBÜ'nde uygulanacak olan bakımın aile merkezli olması yenidoğan ve ebeveynlerin stresinin azalmasına, aynı zamanda tüm ailenin fiziksel, psikolojik ve duygusal gereksinimleri karşılanabilmesine katkı sağlamaktadır (5, 96). YYBÜ hastane bünyesi içinde, iyi

kontrol edilen ayrı bir alanda ve perinatal servisin hemen yanında olmalıdır. Aile birlikteliğini sağlayan aile-yenidoğan odaları, odalarda lavabo, tuvalet, telefon, ebeveyn yatağı, yenidoğan yatağı ve gerekli cihazlar için yeterli alan bulunmalıdır (5, 97). Prematüre yenidoğanların bakımı amacıyla çocuk kliniklerinden ayrı yenidoğan ünitelerinin kurulması fikri ilk kez 1920’li yıllarda ABD’nde gündeme gelmiştir. Kanadalı neonatolog Paul Swyer, 1970 yılında bölgesel neonatal-perinatal bakımı savunmuştur. Neonatal mortalite oranının, az sayıda yenidoğanın doğduğu küçük hastanelerde daha yüksek olduğunu gözlemlemiş ve hastanelerin her bir bölge için üç düzeyde sınıflandırılması gerektiğini önermiştir:

1. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Hastası

Doğum sonrası resusitasyonu gereken, 35-37. haftalarda doğan stabil yenidoğanlar, hasta yenidoğanlar ve 35 hafta altı pretermilerin uygun merkeze nakli sağlanana kadar izlenen yerlerdir (5, 98).

2. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Hastası

1000 gr’ın üzeri ya da 32 haftadan büyük yenidoğanlar ile prematüre apnesi olup, sıcaklığını koruyamayan, oral beslenemeyen, hasta yenidoğanların, detaylı ve nitelikli gözlem ve girişim gerektirebilen ve yaşamsal destek gereksinimi bulunan yenidoğanlar bu gruptadır (5, 98).

3. Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Hastası

Altta yatan özellikli hastalığı ya da birden çok uzmanlık dalını ilgilendiren çoklu organ işlev bozukluğu ya da yetmezliği olan ya da çok düşük doğum tartılı olup (1000 gr altı veya 32 haftadan küçük) en üst düzeyde tıbbi bakım gereken yenidoğanlar bu gruptadır (5, 98).

2.5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Personel Sayısı

YYBÜ’nde yeterli sayıda personel bulundurulmasının hastaların yatış süresini kısalttığı, bakım kalitesini artırdığı (97), enfeksiyonların azaltıldığı ve yenidoğan ölümlerinin azaltıldığı bilinmektedir (99, 100). Çökelek’in aktardığına göre (2012) National Association of Neonatal Nurses değerlendirmelerinde yenidoğana ait

hemşire olması, yenidoğan resusitasyonunu bilen en az 2 hemşirenin olması gerektiği belirtilmiştir. Planlamanın;

- I. düzey bakım verilen hastalar için 4-6 bebeğe 1 hemşire
- II. düzey bakım verilen hastalar için 2-3 bebeğe 1 hemşire
- III. düzey bakım verilen hastalar için 1 bebeğe 1 hemşire ek olarak 1 sorumlu hemşire ve 1 destek hizmet alınabilen (klinik eğitim hemşiresi) hemşire olacak şekilde yapılmasını önerilmektedir (5, 98, 101).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Araştırma yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bilme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Çocuk Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde yapılmıştır.

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde; 1 sağlık bakım hizmetleri müdürü, 1 sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, 2 yenidoğan yoğun bakım sorumlu hemşiresi ve 2 tane gece gruplarından sorumlu toplam 66 yenidoğan hemşiresi görev yapmaktadır. A ve B blokta olmak üzere iki ayrı yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır.

Ankara Çocuk Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde; 1 sağlık bakım hizmetleri müdürü, 3 sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, 1 yenidoğan yoğun bakım sorumlu hemşiresi, 1 tane gece gruplarından sorumlu toplam 27 yenidoğan hemşiresi görev yapmaktadır.

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Hastanesinde; 1 sağlık bakım hizmetleri müdürü, 1 sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, 2 yenidoğan yoğun bakım sorumlu hemşiresi ve 2 tane gece gruplarından sorumlu toplam 72 yenidoğan hemşiresi görev yapmaktadır. C ve D blokta olmak üzere iki ayrı yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır.

Üç hastanede de 1.2.3. düzey yoğun bakım bulunmaktadır ve her üç düzeyde de tüm hemşireler 1.2.3. düzey yoğun bakımda dönüşümlü görev yapmaktadır.

Tablo 3.1. Hastanelere göre yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısı, yoğun bakım düzeyi araştırmaya katılan ve toplam hemşire sayısı.

Kurumlar	Yatak Sayısı	Yoğun Bakım Düzeyi	Hemşire Sayısı	Araştırmaya Katılan Hemşire Sayısı
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	74	1-2-3. Düzey	66	45
Ankara Çocuk Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30	1-2-3. Düzey	27	27
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	77	1-2-3. Düzey	72	44
Toplam	181	1-2-3. Düzey	165	116

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ankara il merkezinde hizmet veren Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 66, Ankara Çocuk Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 27 ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 72 olmak üzere toplam 165 yenidoğan hemşiresi oluşturmuştur (Tablo 1). Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden araştırma için kurum izni alınmadığından ilgili hastanede görev yapan 260 yenidoğan hemşiresi araştırma örnekleme dahil edilememiştir.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden en az 6 aydır YYBÜ’ünde çalışan 116 yenidoğan yoğun bakım hemşiresi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Hemşirelerin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren ve bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollerine ilişkin anket soruları

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu ve sayısı, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, YYBÜ’ünde çalışma yılı, haftalık çalışma süresi, seviyelere göre bakılması gereken yenidoğan sayısına ilişkin anket soruları

3.5. Araştırma Sorusu

YYBÜ hemşireleri;

1. Yenidoğan bakımına ilişkin rollerinin farkında mıdır?
2. Yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bakım uygulamalarında kullanabilmekte midir?

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini;

- En az 6 ay YYBÜ’ünde çalışmak,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek oluşturmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ile 25.12.2015-25.06.2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anket uygulaması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.7.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerin araştırmacı tarafından hazırlanan ve iki bölümden ve 36 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır (Ek 1).

Anket formunun ilk bölümü; katılımcıların yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, mezuniyet durumu, meslekte ve YYBÜ'da çalışma yılı, haftalık çalışma süreleri, YYBÜ bakım düzeylerine göre bir hemşirenin bakması gereken yenidoğan sayılarına ait yanıtları içeren sosyodemografik özelliklerine ait beşi açık, üçü kapalı uçlu 8 sorudan oluşmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümü; hekim direktifi hemşire kararı ile yapılan bakım uygulamalarından oral beslenme, umbilikal kateter bakımı, yara bakımı, ventilatörde olan yenidoğan bakımı, yenidoğan geçici takipnesi, ağrı yönetimi, aspirasyon gereksinimi ve IV ilaç uygulamalarında infiltrasyon oluşmuş ise bilmeye ait literatür doğrultusunda oluşturulan (1, 22, 24, 101) ve sadece hemşire kararı ile yapılan bakım uygulamalarından banyo yaptırma, göz bakımı, burun bakımı, ağız bakımı, alt/pişik bakımı, anne-yenidoğan iletişimini sağlama, termoregülasyonu düzenlemesine ait literatür doğrultusunda oluşturulan (1, 22, 24, 101) toplam 25 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Araştırmanın Ön Uygulaması

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bilme durumları için oluşturulan anket soruları 07.04.2016-10.04.2016 tarihleri arasında Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi YYBÜ'sinde çalışan araştırma kapsamına alınmayan 20 yenidoğan hemşiresine uygulanarak test edilmiştir. Ön uygulamanın ardından bazı sorularda eksiklikler tespit edilmiştir. Gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra araştırmanın uygulamasına geçilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket sorularının değerlendirilmesinde birden fazla doğru şık verilen sorularda istendik doğru yanıtların tümüne yanıt veren katılımcıların soruyu bilindiği kabul edilmiştir. Her soruya için doğru yanıtlar ilgili tablonun altına verilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ki kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir (Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20)).

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlanmadan önce AYBÜ Etik Kurul izni (03.09.2015/08) (Ek-2) alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (07.04.2016/73799008) (Ek-3), Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (03.03.2016/90057707-900) (Ek-4), Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi (24.12.2015/07870) (Ek-5) EPK kurulundan araştırma izni alınmıştır.

Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden araştırmanın amacı, yöntemi, görüşme kayıtlarının araştırmacı dışında başkası ile paylaşılmayacağı konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (EK-6).

4. BULGULAR

Bu bölümde yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bilme durumlarına ilişkin verilerin analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler.

Değişkenler (n=116)	n	%
Yaş		
21-35 Yaş	99	85.3
36 Yaş ve Üstü	27	14.7
Cinsiyet		
Kadın	103	88.8
Erkek	13	11.2
Çocuk		
Var	69	59.5
Yok	47	40.5
Çocuk Sayısı (n=69)		
1	47	40.5
2	16	13.8
3	6	5.2
Mezun Olduğu Okul		
Lise-Ön Lisans	29	25.0
Lisans- Yüksek Lisans	87	75.0
Meslekte Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	35	30.2
6-10 Yıl	53	45.7
11 Yıl ve Üstü	28	24.1
YYBÜ'de Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	71	61.2
6-10 Yıl	35	30.2
11 Yıl ve Üstü	10	8.6
Haftalık Çalışma Saati		
40 Saat	46	39.7
41 Saat ve Üstü	70	60.3

Hemşirelerin %85.3'ünün 21-35 yaşlarında, %88.8'inin kadın, %59.5'inin çocuk sahibi ve %75.0'inin lisans/yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %45.7'si 6-10 yıldır hemşire, %61.2'si 1-5 yıldır yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olarak, %60.3'ü haftada 41 saat ve üzerinde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. YYBÜ bakım düzeylerine göre bir hemşirenin bakması gereken yenidoğan sayılarına ait yanıtların dağılımı.

Yanıtlar (n=116)		
Bebek Sayısı*	n	%
1. Düzey		
1-3	32	27.5
4-6	73	68.9
7-9	11	9.4
2. Düzey		
1	9	7.6
2-3	50	43.1
4-7	57	49.1
3. Düzey		
1	35	30.1
2-10	81	69.8

*1.Düzeyde bir hemşirenin bakması gereken yenidoğan sayısı 4-6 yenidoğan, 2.Düzeyde 2-3 yenidoğan, 3.Düzeyde 1 yenidoğan

Hemşirelerin %68.9'u 1.düzeyde 4-6, %43.1'i 2. düzeyde 2-3, %30.1'i 3.düzeyde 1 yenidoğanın bir hemşirenin bakması gereken yenidoğan sayısına doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hemşirelerin yenidoğan bakım uygulamaları durumuna göre rollerine karar vermelerine ilişkin yanıtların dağılımı.

Yanıtlar (n=116)*	Hekim direktifi hemşire kararı ile		Sadece hemşire kararı ile	
	n	%	n	%
Diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren roller				
Oral beslenmeye başlanması	106	91.4	10	8.6
Umlikal kateter bakımı	87	75.0	29	25.0
Yara bakımı	107	92.2	9	7.8
Ventilatörde olan yenidoğan bakımı	86	74.1	30	25.9
Ağrı yönetimi	82	70.7	34	29.3
Aspirasyon gereksinimi	65	56.0	51	44.0
Fototerapi gereksinimi	114	98.3	2	1.7
IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür	99	85.3	17	14.7
Bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen roller				
Standart bir yenidoğan için alt/pişik bakımı	41	35.3	75	64.7
Yenidoğan-aile iletişimi	54	46.6	62	53.4
Termogülasyon düzenlemesi	80	69.0	36	31.0

* Soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Hemşirelerin fototerapi gereksinimine (%98.3), yara bakımına (%92.2), yenidoğanın oral beslenmeye başlamasına (%91.4) karar vermenin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rolleri olduğunu doğru yanıtlarken; termogülasyon düzenlemesine (%69.0) karar verme de ise yanlış yanıt verdikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin standart bir yenidoğan için alt/ pişik bakımına (%64.7), yenidoğan-aile iletişimine (%53.4) karar verme bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rolleri olduğunu doğru yanıtlarken; yenidoğanın aspirasyon gereksinimine (%44.0), yenidoğanda ağrı yönetimine (%29.3) karar verme de ise yanlış yanıt verdikleri saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yenidoğan bakımına ilişkin rollere karar verme kriterlerini bilme durumuna ilişkin yanıtların dağılımı.

Yanıtlar (n=116)*	Bilen		Bilmeyen	
	n	%	n	%
Diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren roller				
Oral beslenmeye başlanması	78	67.2	38	32.7
Umlikal kateter bakımı	60	51.7	56	48.2
Yara bakımı	32	27.5	84	72.4
Ventilatörde olan yenidoğan bakımı	32	27.5	84	72.4
Geçici takipne klinik bulguları	63	54.3	53	45.6
Ağrı yönetimi	25	21.5	91	78.4
Aspirasyon gereksinimi	81	69.8	35	30.1
Fototerapi gereksinimi	68	58.6	48	41.3
IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür	47	40.5	69	59.4
Bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen roller				
Banyo sıklığı	43	37.0	73	62.9
Ağız bakımı	25	21.5	91	78.4
Alt/pişik bakımı	28	24.1	88	75.8
Yenidoğan-aile iletişimi	78	67.2	38	32.7
Termogülasyon düzenlemesi	43	37.0	73	62.9

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler n sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Hemşirelerin %67.2 yenidoğanın oral beslenmeye başlaması, %51.7 umblikal kateter, %27.5 yara bakımı, %27.5 ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı, %21.5 ağrı yönetimi, %69.8 aspirasyon gereksinimi, %58.6 fototerapi gereksinimi, %40.5 IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür, %54.3 geçici takipne klinik bulgularını yenidoğan bakımı uygulamalarına göre diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerine ilişkin kriterleri doğru bilmektedir. Hemşirelerin %24.1 standart bir yenidoğan için alt/pişik bakımı, %67.2 yenidoğan-aile iletişimi, %37.0 termogülasyon düzenlemesi, %37.0 banyo sıklığı, %21.5 ağız bakımını yenidoğan bakımı uygulamalarına göre bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollerine ilişkin kriterleri doğru bilmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için banyo sıklığını bilme durumlarının karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Banyo sıklığı*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	37	37.4	62	62.6	0.02	1.00
36 Yaş ve Üstü	6	35.3	11	64.7		
Cinsiyet						
Kadın	41	39.8	62	60.2	2.45	0.20
Erkek	2	15.4	11	84.6		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	13	27.7	34	72.3	2.99	0.11
Var	30	43.5	39	56.5		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	8	27.6	21	72.4	1.49	0.27
Lisans- Yüksek Lisans	35	40.2	52	59.8		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	14	40.0	21	60.0	0.43	0.80
6-10 Yıl	20	37.7	33	62.3		
11 Yıl ve Üstü	9	32.1	19	67.9		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	30	42.3	41	57.7	2.78	0.24
6-10 Yıl	9	25.7	26	74.3		
11 Yıl ve Üstü	4	40.0	6	60.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	21	45.7	25	54.3	2.40	0.16
41 Saat ve Üstü	22	31.4	48	68.6		

* Doğru yanıt: Haftada üç kez

Hemşirelerin 21-35 yaş (%37.4), kadın (%39.8), çocuk sahibi olan (%43.5), lisans ve üstü eğitim durumuna (%40.2), meslekte çalışma yılı 1-5 yıl (%40.0), YYBÜ’de 1-5 yıl arasında (%42.3) ve haftalık çalışma saat 40 saat (%45.7) standart bir yenidoğan için banyo sıklığını haftada üç kez banyo yaptırılması gerektiğini bilme durumuna doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılları ve haftalık çalışma saatleri ile YYBÜ’de tedavi gören standart bir yenidoğan için “haftada üç kez banyo yaptırılması” gerektiğini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için ağız bakımı yapma sıklığı bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Ağız bakımı sıklığı*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	20	20.2	79	79.8	0.72	0.52
36 Yaş ve Üstü	5	29.4	12	70.6		
Cinsiyet						
Kadın	22	21.4	81	78.6	0.20	1.00
Erkek	3	23.1	10	76.9		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	12	25.5	35	74.5	0.74	0.49
Var	13	18.8	56	81.2		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	7	24.1	22	75.9	0.15	0.79
Lisans- Yüksek Lisans	18	20.7	69	79.3		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	7	20.0	28	80.0	2.56	0.27
6-10 Yıl	9	17.0	44	83.0		
11 Yıl ve Üstü	9	32.1	19	67.9		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	12	16.9	59	83.1	5.05	0.08
6-10 Yıl	12	34.3	23	65.7		
11 Yıl ve Üstü	1	10.0	9	90.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	7	15.2	39	84.8	1.80	0.24
41 Saat ve Üstü	18	25.7	52	74.3		

* Doğru yanıt: Günde iki kez

Hemşirelerin 36 yaş ve üstü (%29.4), erkek (%23.1), çocuk sahibi olmayan (%25.5), lise önlisans eğitim durumuna (%24.1), meslekte çalışma yılı 11 yıl ve üzeri (%32.1), YYBÜ’de 6-10 yıl arasında (%34.3) ve haftalık çalışma saati 41 saat ve üstü olan çalışanların (%25.7) standart bir yenidoğan için günde 2 kez ağız bakımı yapma sıklığı bilme durumuna doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılları ve haftalık çalışma saatleri ile YYBÜ’de tedavi gören standart bir yenidoğan için günde iki kez ağız bakımı yaptırılması gerektiğini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için oral beslenmeye başlanması ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Oral beslenmeye başlama kriterleri*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	67	67.7	32	32.3	0.05	0.78
36 Yaş ve Üstü	11	64.7	6	35.3		
Cinsiyet						
Kadın	72	69.9	31	30.1	2.95	0.11
Erkek	6	46.2	7	53.8		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	30	63.8	17	36.2	0.41	0.55
Var	48	69.6	21	30.4		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	14	48.3	15	51.7	6.31	0.02
Lisans- Yüksek Lisans	64	73.6	23	26.4		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	25	71.4	10	28.6	1.09	0.57
6-10 Yıl	33	62.3	20	37.7		
11 Yıl ve Üstü	20	71.4	8	28.6		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	46	64.8	25	35.2	5.37	0.06
6-10 Yıl	22	62.9	13	37.1		
11 Yıl ve Üstü	10	10.0	0	0.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	30	65.2	16	34.8	0.14	0.84
41 Saat ve Üstü	48	68.6	22	31.4		

* Doğru yanıt: Mekonyum çıkışı olan, distansiyon, sık apne ve bradikardi, solunum distresi, asfiktik ve hipotansiyonu olmayan, stabilize edilmiş, 1000 gr. altındaki prematüre ve komplikasyonlu tüm yenidoğanların beslenmelerine minimal enteral beslenme ile başlanma; Biberonla beslemede biberon emziği, dilinin 2/3 arka kısmına gelecek şekilde yerleştirilmeli, emzik kısmında hava kalmayacak şekilde mama ile dolu olması sağlanmalı.

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%67.7), kadın (%69.9), çocuk sahibi olan (%69.6), lisans ve üstü eğitim durumuna (%73.6), meslekte çalışma yılı 1-5 yıl ve 11 yıl ve üzeri (%74.1), YYBÜ’de 1-5 yıl arasında (%64.8) ve haftalık çalışma saati 41 saat ve üstü olan çalışanların (% 68.6) standart bir yenidoğan için oral beslenmesi ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin öğrenim durumları ile yenidoğanın oral beslenmesi ile ilgili kriterleri bilme durumu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken (p=0.02) yaş, cinsiyet, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılları ve haftalık çalışma saatleri ile YYBÜ’de tedavi gören standart bir yenidoğan için oral beslenmesi ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için alt/pişik bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Alt/pişik bakımı ile ilgili kriterler*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	27	27.3	72	72.7	3.62	0.06
36 Yaş ve Üstü	1	5.9	16	94.1		
Cinsiyet						
Kadın	25	24.3	78	75.7	0.09	1.00
Erkek	3	23.1	10	76.9		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	14	29.8	33	70.2	1.37	0.27
Var	14	20.3	55	79.1		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	4	13.8	25	86.2	2.26	0.20
Lisans- Yüksek Lisans	24	27.6	63	72.4		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	10	28.6	25	71.4	5.85	0.04
6-10 Yıl	16	30.2	37	69.8		
11 Yıl ve Üstü	2	7,2	26	92.8		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	17	23,9	54	76.1	0.14	0.93
6-10 Yıl	9	25,7	26	74.3		
11 Yıl ve Üstü	2	20,0	8	80.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	11	23,9	35	76.1	0.02	1.00
41 Saat ve Üstü	17	24,3	53	75.7		

* Doğru yanıt: Yenidoğanın altı, günde en az 6 defa ve kirlendikçe mutlaka değiştirilmeli, dışkılama sonrası genel durumu iyi olan yenidoğanların altı sabun kullanmadan veya çok kirli ise düşük pH’lı sabunla yıkanmalı, pişik oluşma riski olan yenidoğanlara (antibiyotik kullanımı, sepsis vb), pişik oluşmadan müdahale edilmeli ve her alt bakımı yapıldığında gaita ve idrar çıkışı kaydedilmeli

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%27.3), kadın (%24.3), çocuk sahibi olmayan (%29.8), lisans ve üstü eğitim durumuna (%27.6), meslekte çalışma yılı 6-10 yıl (%30.2) ve YYBÜ’de 6-10 yıl arasında (%25.7) ve haftalık çalışma saati 41 saat ve üstü olan çalışanların (%24.3) standart bir yenidoğan için alt/pişik bakımı ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile yenidoğanın alt/pişik bakımı ile ilgili kriterleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken (p=0.04) yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, YYBÜ’de çalışma yılı ve haftalık çalışma saatleri ile YYBÜ’de tedavi gören standart bir yenidoğan için alt/pişik bakımı ile ilgili kurallar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için umbikal kateter bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Umbikal kateter bakımı ile ilgili kriterler*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	50	50.5	49	49.5	0.40	0.60
36 Yaş ve Üstü	10	58.8	7	41.2		
Cinsiyet						
Kadın	52	50.5	51	49.5	0.56	0.56
Erkek	8	61.5	5	38.5		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	20	42.6	27	57.4	2.66	0.13
Var	40	58.0	29	42.0		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	13	44.8	16	55.2	0.73	0.40
Lisans- Yüksek Lisans	47	54.0	40	46.0		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	19	54.3	16	45.7	0.86	0.65
6-10 Yıl	25	47.2	28	52.8		
11 Yıl ve Üstü	16	57.1	12	42.9		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	31	43.7	40	56.3	6.01	0.05
6-10 Yıl	21	60.0	14	40.0		
11 Yıl ve Üstü	8	80.0	2	20.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	25	54.3	21	45.7	0.21	0.70
41 Saat ve Üstü	35	50.0	35	50.0		

* Doğru yanıt: Girişim esnasında resüsitasyon için gerekli malzemeler ve oksijen hazırlanır. Kateter takılan hastada kanama ve enfeksiyon belirtileri ile mayide sızıntı olup olmadığı, alt ekstremitelerde dolaşım bozukluğu; morarma, renk ve ısı değişikliği kontrolleri yapılmalıdır. Umbikal arter kataterinden ilaç veya sıvı verilmez. Katater alanı (idrar ve gaitadan) kuru tutulur.

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında ve kadın (%50.5), çocuk sahibi olan (%58.0), lisans ve üstü eğitim durumuna (%54.0), meslekte çalışma yılı 11 yıl ve üzeri (%57.1) YYBÜ’de çalışma yılı 11 yıl ve üzeri (%80.0) ve haftalık çalışma saati 40 saat (%54.3) olanların umbikal kateter bakımı ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılları, haftalık çalışma saatleri umbikal kateter bakımı ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de standart bir yenidoğan için yara bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Yara bakımı ile ilgili kriterler*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	28	28.3	71	71.7	0.16	0.77
36 Yaş ve Üstü	4	23.5	13	76.5		
Cinsiyet						
Kadın	29	28.2	74	71.8	0.14	1.00
Erkek	3	23.1	10	76.9		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	12	25.5	35	74.5	0.16	0.83
Var	20	29.0	49	71.0		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	9	31.0	20	69.0	0.23	0.63
Lisans- Yüksek Lisans	23	26.4	64	73.6		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	9	25.7	26	74.3	2.62	0.27
6-10 Yıl	12	22.6	41	77.4		
11 Yıl ve Üstü	11	39.3	17	60.7		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süresi						
1-5 Yıl	14	19.7	57	80.3	6.31	0.04
6-10 Yıl	13	37.1	22	62.9		
11 Yıl ve Üstü	5	50.0	5	50.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	19	41.3	27	58.7	7.18	0.01
41 Saat ve Üstü	13	18.6	57	81.4		

* Doğru yanıt: Yara bakımı; cilt hasarı, enfeksiyöz ajanlarla, flastere bağlı cilt hasarı, basınç ve sürtünme ile meydana geldiğinden yapılacak bakım nedene göre planlanmalıdır. Basınç altındaki bölgelere (oksiput, kulaklar, omuz, kalça, dirsek gibi) koruyucu ped, su yastığı, destek rulolar konmalıdır. Yenidoğanın yattığı yüzey yumuşak, gergin, açık ve enfekte yaraları olanlara steril edilmiş çarşaf kullanılmı ve çok sık değiştirilmelidir. Lezyon oluşmuş ise; dört saatte bir steril serum fizyolojik ile lezyonlu bölge yıkanmalıdır.

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%28.3) ve kadın (%28.2), çocuk sahibi olan (%29.0), lise ve ön lisans (%31.0), meslekte çalışma yılı 11 yıl ve üstü (%39.3), YYBÜ’ünde çalışma süresi 11 yıl ve üstü (% 50.0) ve haftalık çalışma saati 40 saat (%41.3) yara bakımı ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin YYBÜ’de çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile yara bakımı ile ilgili kurallar arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken (sırasıyla; p=0.04, p=0.01), yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu ve meslekte çalışma yılı ile yara bakımı ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı ile ilgili kriterler*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	31	31.3	68	68.7	4.69	0.03
36 Yaş ve Üstü	1	5.9	16	94.1		
Cinsiyet						
Kadın	26	25.2	77	74.8	2.52	0.18
Erkek	6	46.2	7	53.8		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	11	23.4	36	76.6	0.69	0.52
Var	21	30.4	48	69.6		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	3	10.3	26	89.7	5.75	0.01
Lisans- Yüksek Lisans	29	33.3	58	66.7		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	12	34.3	23	65.7	3.44	0.18
6-10 Yıl	16	30.2	37	69.8		
11 Yıl ve Üstü	4	14.3	24	85.7		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süresi						
1-5 Yıl	21	29.6	50	70.4	0.49	0.78
6-10 Yıl	9	25.7	26	74.3		
11 Yıl ve Üstü	2	20.0	8	80.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	14	30.4	32	69.6	0.31	0.67
41 Saat ve Üstü	18	25.7	52	74.3		

* Doğru yanıt: Yenidoğanın ne zaman ventilatöre bağlandığı, kaç numara tüple entübe edildiği ve tüpün kaç cm’de olduğu kaydedilir, monitöre bağlanır. Yenidoğanın pozisyonu iki-üç saat arayla değiştirilir ve dekübit oluşumu önleyici tedbirler alınır. Yenidoğanın hangi modda ventile edildiği kaydedilmeli, her bakımda ventilatör parametreleri kontrol edilmelidir.

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%31.3), erkek (%46.2), çocuk sahibi olan (%30.4), lisans ve üstü eğitim durumuna (%33.3) meslekte çalışma yılı 1-5 yıl (%34.3), YYBÜ’de çalışma yılı 1-5yıl (%29.6) ve haftalık çalışma saati ortalama 40 saat çalışanların (%30.4) ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin yaş, lisans ve üstü eğitim durumu ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı ile ilgili kriterler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken sırasıyla (p=0.03), (p=0.01) cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de yenidoğanın geçici takipnesinin klinik bulguları bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Yenidoğanın geçici takipnesi klinik bulguları*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	56	56.6	43	43.4	1.38	0.29
36 Yaş ve Üstü	7	41.2	10	58.8		
Cinsiyet						
Kadın	57	55.3	46	44.7	0.39	0.56
Erkek	6	46.2	7	53.8		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	24	51.1	23	48.9	0.33	0.57
Var	39	56.5	30	43.5		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	14	48.3	15	51.7	0.56	0.52
Lisans- Yüksek Lisans	49	56.3	38	43.7		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	24	68.6	11	31.4	4.15	0.12
6-10 Yıl	26	49.1	27	50.9		
11 Yıl ve Üstü	13	46.4	15	53.6		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süresi						
1-5 Yıl	37	52.1	34	47.9	2.91	0.23
6-10 Yıl	18	51.4	17	48.6		
11 Yıl ve Üstü	8	80.0	2	20.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	25	54.3	21	45.7	0.0	1.00
41 Saat ve Üstü	38	54.3	32	45.7		

* Takipne (100-120/dk), inleme, burun kanadı solunumu, siyanoz, retraksiyonlar

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%56.6), kadın (%55.3), çocuk sahibi olan (%56.5), lisans ve üstü eğitim durumuna (%56.3), meslekte çalışma yılı 1-5 yıl (%68.6), YYBÜ’de çalışma yılı 11 yıl ve üstü (%80.0) ve haftalık çalışma saati 41 saat ve üstü olan çalışanların (%54.3) yenidoğanın geçici takipnesinin klinik bulgularına doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile yenidoğanın geçici takipnesinin klinik bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de ağrı yönetimi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Ağrı yönetimi kriterleri*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	25	25.3	74	74.7	5.47	0.02
36 Yaş ve Üstü	0	0.0	17	100.0		
Cinsiyet						
Kadın	21	20.4	82	79.6	0.73	0.47
Erkek	4	30.8	9	69.2		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	10	21.3	37	78.7	0.04	1.00
Var	15	21.7	54	78.3		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	2	6.9	27	93.1	4.91	0.03
Lisans- Yüksek Lisans	23	26.4	64	73.6		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	10	28.6	25	71.4	3.00	0.22
6-10 Yıl	12	22.6	41	77.4		
11 Yıl ve Üstü	3	10.7	25	89.3		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	12	16.9	59	83.1	2.94	0.23
6-10 Yıl	11	31.4	24	68.6		
11 Yıl ve Üstü	2	20.0	8	80.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	12	26.1	34	73.9	0.92	0.36
41 Saat ve Üstü	13	18.6	57	81.4		

* Doğru yanıt: Yenidoğanın stres, endişe belirtilerinin azaltılması sağlanmalı, işlemler sırasında yenidoğana rahat edebileceği uygun pozisyon verilmeli, uygun zamanlı ve etkili farmakolojik, nonfarmakolojik ağrı yönetimi stratejileri uygulanarak bakım planı değerlendirilmeli, çevresel uyaranların azaltılması sağlanmalı (radyo ve/veya monitörlerin yüksek sesi, yenidoğanın uyuduğu alandaki ani ve sarsıcı hareketler, ışıklar), invaziv girişimlerin deneyimli sağlık personelleri tarafından en kısa zamanda yerine getirilmesi sağlanmalıdır.

Hemşirelerin 21-35 yaş (%25.3), erkeklerin (%30.8), çocuk sahibi olan (%21.7), lisans ve üstü eğitim durumuna (%26.4), meslekte çalışma yılı 1-5 yıl (%28.6), YYBÜ’de çalışma yılı 6-10 yıl (%31.4) ve haftalık çalışma saati 40 saat çalışanların ve ortalama 40 saat haftalık çalışma saatinde (%26.1) çalışanların yenidoğanda ağrı yönetimi ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin yaş ve öğrenim durumu ile yenidoğanda ağrı yönetimi ile ilgili kriterler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken (sırasıyla; p=0.02, p=0.03) yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılı, ve haftalık çalışma saati ile ağrı yönetimi ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de yenidoğan-aile iletişimini sağlama iletişimine karar verilmesi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Yenidoğan-aile iletişimine karar verilme kriterleri*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	70	70.7	29	29.3	3.68	0.09
36 Yaş ve Üstü	8	47.1	9	52.9		
Cinsiyet						
Kadın	71	68.9	32	31.1	3.68	0.09
Erkek	7	53.8	6	46.2		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	29	61.7	18	38.3	1.10	0.31
Var	49	71.0	20	29.0		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	15	51.7	14	48.3	4.27	0.06
Lisans- Yüksek Lisans	63	72.4	24	27.6		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	26	74.3	9	25.7	1.36	0.50
6-10 Yıl	35	66.0	18	34.0		
11 Yıl ve Üstü	17	60.7	11	39.3		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	47	66.2	24	33.8	0.09	0.95
6-10 Yıl	24	68.6	11	31.4		
11 Yıl ve Üstü	7	70.0	3	30.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	30	65.2	16	34.8	0.14	0.84
41 Saat ve Üstü	48	68.6	22	31.4		

* Doğru yanıt: Aileye kendimi, kliniği tanıttım. Aileye her zaman danışabilecekleri birisi olduğu güvenini veririm. Ebeveynlerin, yenidoğanın hastalığı hakkında duygu, düşünce, deneyim ve beklentilerini anlatmalarını sağladım. Yenidoğan-anne iletişimini (ten teması/göz teması/kucağa alma) erken dönemde başlatılmasını sağladım. Ebeveynleri yenidoğan bakımına katarım ve bakımın sürekliliğini sağladım. Yenidoğanın ailesine hakları ve seçimleri konusunda bilgi veririm.

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%70.7), kadın (%68.9), çocuk sahibi olan (%71.0), lisans ve üstü eğitim durumuna (%72.4), meslekte çalışma yılı 1-5 yıl (%74.3), YYBÜ’de çalışma yılı 11 yıl ve üstü (%70.0) ve haftalık çalışma saati 41 saat ve üstü olan çalışanların (%68.6) yenidoğan-aile iletişimine karar verilmesi ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile yenidoğan-aile iletişimine karar verilmesi ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de yenidoğanın aspirasyon gereksinimi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Aspirasyon gereksinimi ile ilgili kriterler*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	70	70.7	29	29.3	0.24	0.77
36 Yaş ve Üstü	11	64.7	6	35.3		
Cinsiyet						
Kadın	74	71.8	29	28.2	1.77	0.20
Erkek	7	53.8	6	46.2		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	36	76.6	11	23,4	1,71	0.22
Var	45	65.2	24	34,8		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	16	55.2	13	44.8	3.94	0.06
Lisans- Yüksek Lisans	65	74.7	22	25.3		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	24	68.6	11	31.4	0.47	0.78
6-10 Yıl	36	67.9	17	32.1		
11 Yıl ve Üstü	21	75.0	7	25.0		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	50	70.4	21	29.6	0.78	0.67
6-10 Yıl	23	65.7	12	34.3		
11 Yıl ve Üstü	8	80.0	2	20.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	30	65.2	16	34.8	0.76	0.41
41 Saat ve Üstü	51	72.9	19	27.1		

* Doğru yanıt: Hemşire öncelikle yenidoğanın aspirasyon gereksiniminin olup olmadığına doğru olarak karar verebilmelidir. Fark edilmemiş aspirasyon gereksinimi, yenidoğanın havayollarının tıkanıklığına ve hatta ölümüne neden olabileceken; gereksiz yere sık yapılan aspirasyonlar, komplikasyonların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Yenidoğanın aspirasyon gereksinimi doğru şekilde saptandıktan sonra "aseptik tekniklere uygun şekilde aspire etmek" gerekir. Aseptik tekniklere uyulmaksızın yapılan aspirasyon hastada enfeksiyon gelişmesine neden olabilirken, yeterince havalandırılmadan ve oksijenlendirilmeden, uzun süreli yapılan aspirasyonlar da kalp ritim bozukluklarına ve kardiyak arreste neden olabilmektedir.

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%70.7), kadın (%71.8), çocuk sahibi olmayan (%76.6), lisans ve üstü eğitim durumuna (%74.7), meslekte çalışma yılı 11 yıl ve üstü (%75.0), YYBÜ’de çalışma yılı 11 yıl ve üstü (%80.0) ve haftalık 41 saat ve üstü olan çalışanların (%72.9) yenidoğanın aspirasyon gereksinimi ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile yenidoğanın aspirasyon gereksinimi ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de yenidoğanda fototerapi gereksinimi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Fototerapi gereksinimi ile ilgili kriterler*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	56	56.6	43	43.4	1.17	0.42
36 Yaş ve Üstü	12	70.6	5	29.4		
Cinsiyet						
Kadın	63	61.2	40	38.8	2.45	0.14
Erkek	5	38.5	8	61.5		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	22	46.8	25	53.2	4.54	0.03
Var	46	66.7	23	33.3		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	13	44.8	16	55.2	3.03	0.08
Lisans- Yüksek Lisans	55	63.2	32	36.8		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	21	60.0	14	40.0	1.74	0.41
6-10 Yıl	28	52.8	25	47.2		
11 Yıl ve Üstü	19	67.9	9	32.1		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	39	54.9	32	45.1	2.31	0.31
6-10 Yıl	21	60.0	14	40.0		
11 Yıl ve Üstü	8	80.0	2	20.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	24	52.2	22	47.8	1.30	0.33
41 Saat ve Üstü	44	62.9	26	37.1		

* Doğru yanıt: Sarılık, genellikle doğumdan 2-3 gün sonra görülüp, 7-10 gün içinde kaybolur ve sarılığın kaybolması en son göz aklarında olur. Prematüre yenidoğanlarda sarılık daha sık ve şiddetli görülür ve 4-5. günde belli olur. Yenidoğanın yeterli sıvı ve kalori alması sağlanmalı fototerapi, zamanında doğan veya erken doğan tüm yenidoğanlarda uygulanmalı, alacağı açığı ayarlandıktan sonra, gözleri fototerapi gözlüğü ile kapatılmalı, yenidoğanın üstünde bezi dışında hiçbir giysi olmamalı, yenidoğan küçük veya prematüre ise bezi katlanarak küçültülmeli, foto alacağı vücut alanı genişletilmelidir.

Hemşirelerin 36 yaş ve üstü (%70.6), kadın (%61.2), çocuk sahibi olan (%66.7), lisans ve üstü eğitim durumuna (%63.2), meslekte çalışma yılı 11 yıl ve üstü (%67.9), YYBÜ’de çalışma yılı 11 yıl ve üstü (%80.0) ve haftalık 41 saat ve üstü olan çalışanların (%62.9) yenidoğanın fototerapi gereksinimi ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu ile yenidoğanın fototerapi gereksinimi ile kriterler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken (sırasıyla; p=0.03) yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılı, haftalık çalışma saati ile yenidoğanın fototerapi gereksinimi ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de IV İlaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	IV İlaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	41	41.4	58	58.6	0.22	0.79
36 Yaş ve Üstü	6	35.3	11	64.7		
Cinsiyet						
Kadın	44	42.7	59	57.3	1.84	0.23
Erkek	3	23.1	10	76.9		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	18	38.3	29	61.7	0.16	0.70
Var	29	42.0	40	58.0		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	11	37.9	18	62.1	0.10	0.82
Lisans- Yüksek Lisans	36	41.4	51	58.6		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	13	37.1	22	62.9	1.95	0.37
6-10 Yıl	25	47.2	28	52.8		
11 Yıl ve Üstü	9	32.1	19	67.9		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	32	45.1	39	54.9	2.52	0.28
6-10 Yıl	13	37.1	22	62.9		
11 Yıl ve Üstü	2	20.0	8	80.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	15	32.6	31	67.4	1.97	0.18
41 Saat ve Üstü	32	45.7	38	54.3		

* Doğru yanıt: IV kanül çevresi ve infüzyon bölgesi sık aralıklarla gözlenmeli, kanüller uygulanırken distal bölgelerden başlanıp proximale doğru bir yol izlenerek uygulanmalı, şeffaf örtü ile tespit edilmeli, üzerleri aşırı kapatılmamalı ve çok sıkı tespit edilmemeli.

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%41.4), kadın (%42.7), çocuk sahibi olan (%42.0), lisans ve üstü eğitim durumuna (%41.4), meslekte çalışma yılı 6-10 yıl (%47.2), YYBÜ’de çalışma yılı 1-5 yıl (%45.1) ve haftalık çalışma saati 41 saat ve üstü olan çalışanların (%45.7) yenidoğanda IV İlaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile yenidoğanda IV İlaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile YYBÜ’de termoregülasyon düzenlemesi ile ilgili kriterleri bilme durumunun karşılaştırılması.

Değişkenler (n=116)	Termoregülasyon düzenlemesi ile ilgili kriterler*				X ²	p
	Bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%		
Yaş						
21-35 Yaş	37	37.4	62	62.6	0.02	1.00
36 Yaş ve Üstü	6	35.3	11	64.7		
Cinsiyet						
Kadın	42	40.8	61	59.2	5.41	0.03
Erkek	1	7.7	12	92.3		
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Yok	20	42.6	27	57.4	1.01	0.33
Var	23	33.3	46	66.7		
Öğrenim Durumu						
Lise- Ön Lisans	6	20.7	23	79.3	4.44	0.04
Lisans- Yüksek Lisans	37	42.5	50	57.5		
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	11	31.4	24	68.6	1.63	0.47
6-10 Yıl	23	43.4	30	56.6		
11 Yıl ve Üstü	9	32.1	19	67.9		
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süresi						
1-5 Yıl	28	39.4	43	60.6	0.50	0.77
6-10 Yıl	12	34.3	23	65.7		
11 Yıl ve Üstü	3	30.0	7	70.0		
Haftalık Çalışma Saati						
40 Saat	15	32.6	31	67.4	0.65	0.44
41 Saat ve Üstü	28	40.0	42	60.0		

* Doğru yanıt: 1500 gr dan küçük, küvöz içinde izlenen, hipotermi ve hipertermisi bulunan, septik, asfiktik, prematür, SGA ve immatür yenidoğanın vücut ısıları mümkünse monitörize edilerek 24 saat boyunca kontrol edilmeli, mümkünse çift duvarlı küvöz kullanılmalı, yenidoğanın hızla ısıtılması durumunda apne ve hipotansiyon gelişebileceği unutulmamalı gözlemlenmeli, yenidoğanın başı bir şapka/örtü ile örtülmeli.

Hemşirelerin 21-35 yaş arasında (%37.4), kadın (%40.8), çocuk sahibi olmayan (%42.6), lisans ve üstü eğitim durumuna (%42.5), meslekte çalışma yılı 6-10 yıl (%43.4), YYBÜ’de çalışma yılı 1-5 yıl (%39.4) ve haftalık çalışma saati 41 saat ve üstü olan çalışanların (%40.0) termogülasyon düzenlemesi ile ilgili kriterlere doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin cinsiyet ve öğrenim durumu ile termogülasyon düzenlemesi ile ilgili kriterler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken (sırasıyla; p=0.03, p=0.04) yaş, çocuk sahibi olma durumu, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile termogülasyon düzenlemesi ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.18).

5. TARTIŞMA

Litaratürde yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakım aktivitelerinin karşılaştırılması ile ilgili çalışma bulunmasına rağmen (7, 101-104) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren ve bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollerinin bakım kriterlerine göre belirlenmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırma grubundaki hemşirelerin %85.3'ünün 21-35 yaşlarında, %88.8'inin kadın, %40.5'inin çocuk sahibi ve %75.0'inin lisans/yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Benzer şekilde Çalık ve arkadaşları (2015) YYBÜ hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun genç, kadın, çocuk sahibi olduğu, lisans mezunu olduğunu bildirmiştir (54). Çelik ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada YYBÜ hemşirelerinin çoğunluğunun kadın olduğu ve %55.2'sinin 1-5 yıl arasında hemşirelik yaptığını belirlemiştir (104). Aytekin ve arkadaşları (2014) ise hemşirelerin yarısına yakını genç (%39,5), çoğunluğunun lisans düzeyinde eğitime sahip (%59.3), çocuk sahibi olduğunu (%64.0) bildirmiştir. (9). Bu çalışmada elde edilen veriler literatür ile uyumludur (Tablo 4.1). YYBÜ'sindeki hemşirelerin çoğunluğunun genç ve yarıdan fazlasının öğrenim durumu lisans ve lisansüstü eğitime sahip olduğunu görülmektedir.

Araştırma grubundaki hemşirelerin %45.7'si 6-10 yıldır hemşire, %61.2'si 1-5 yıldır yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olarak, %60.3'ü haftada ortama 41 saat ve üzerinde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Aytekin ve arkadaşları (2014) ise hemşirelerin 7-14 yıl çalışma süresine sahip olduğu (%30.2), çalışmamızla benzer şekilde ise çoğunluğunun yenidoğan yoğun bakım kliniğinde çalışma süresinin 1-5 yıl olduğu (%72.1) belirtmişlerdir (9). Benzer şekilde Karadaş (2010) YYBÜ'sinde hemşirelerin çoğunluğunun beş yıldan az süredir meslekte, beş yıldan az bir süredir yenidoğan ünitesinde çalışmakta olduğu bildirmiştir (105). Çalık ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada YYBÜ'nde hemşirelerin beş yıldan daha az süredir yenidoğan yoğun bakım servislerinde çalıştığını bildirmiştir (54). Varlı'nın (2014) yaptığı çalışmada YYBÜ hemşirelerin çoğunluğunun deneyiminin beş yıldan az olduğu bildirerek çalışmamızla benzerlik göstermektedir (106). YYBÜ gibi spesifik

bir birimde hemşirelerin çalışma yıllarının az olması ve genç yaş grubunda olmaları dikkat çekmektedir.

Çökelek'in aktardığına göre (2012) National Association of Neonatal Nurses YYBÜ'de yeterli sayıda personel bulundurulmasının hastaların yatış süresini kısalttığı ve hemşirelik bakımının kalite standartlarına uygun olarak gerçekleştiğini bildirmektedir (101). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 3. basamak yenidoğan yoğun bakımlarda iki hastaya en az bir, 2. basamak yoğun bakımlarda dört hastaya en az bir, 1. basamak yoğun bakımlarda ise beş hastaya en az bir hemşire olması gerektiğini belirtmektedir (98). Ayrıca, Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde, hastanelerin tüm yatakları için yatak başına istihdam edilecek hemşire sayısı yer almakta (1:7) olup bu rakam vardiyada bulunması gereken hemşire sayısına projekte edildiğinde hemşire başına düşen hasta sayısının çok yüksek olduğu (1:25) görülmektedir (107). Bu araştırmada hemşirelerin büyük çoğunluğu birinci düzeyde bakılması gereken hasta sayısının dört-altı olması gerektiğini bilmektedir (Tablo 4.2). Ancak hemşireler iki ve üçüncü düzeyde çalışan bir hemşirenin bakması gereken yenidoğan sayısına standartlarda bildirilenden fazla sayıda yenidoğana bakmaları gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2). Hemşirelerin özellikle üçüncü düzey yoğun bakımlarda hemşire başına düşen hasta sayısının çok daha yüksek olduğunu belirtmelerinin iş yoğunlukları nedeniyle birden fazla hasta bakmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

YYBÜ bakılması gereken hasta sayısının iş yüküne göre belirlenmesi gerektiği (7, 102) ve hemşire sayısının gerekenden az olmasının iş yükünü (108-109) ve mortalite oranlarını arttırdığı (97), hemşire sayısının arttırmasının hemşirelik bakımının kalitesini yükselterek mortalite oranı düşürdüğü (99, 100, 109-111) bilinmektedir. Türkiye'de gece, hafta sonu vardiyalarında hemşirelerin bakılması gerekenden daha fazla hasta baktıkları ve iş yüklerinin arttığı bilinmektedir (112). Bozkurt ve arkadaşları (2017) yoğun bakım hemşirelerinin bağımsız işlevlerine ilişkin iş yükünü belirledikleri çalışmalarında üst düzey bağımlı bir hastaya bir hemşirenin ya da orta düzey bağımlı bir hasta ile alt düzey bağımlı iki hastaya bir hemşirenin bakması önermektedirler (103). Bu araştırmada hemşirelerin çok fazla sayıda hasta bakmalarını işin doğası olarak değerlendirdiği ve bu nedenle bakılması gereken hasta sayılarının olması gerekenden daha yüksek sayılarda belirttikleri görülmektedir.

Term bebeklerde haftada iki ya da üç kez, preterm bebeklerde ise dört günde bir yaptırılan banyonun cilt temizliği için yeterlidir (33, 34, 113). Literatürde yenidoğanda banyo yaptırmanın cilt temizliği sağlamada, enfeksiyonlardan korumada ve güven duygusunu oluşturmada hemşirelerin önemli bir rolü olduğu (33, 34, 113, 114) ve haftada yaptırılması gereken banyo sıklığının üç kez olduğu (114) bildirilmesine karşın araştırmada hemşirelerin yarısından fazlası (%62.9) banyo yaptırma sıklığının haftada üç kez olduğunu bilmemektedir (Tablo 4.3). Bu durum bilgi güncellemelerinin eksik olduğu, banyo sıklığı konusunda farkındalıklarının artırılması gerektiğini düşünülmüştür. Ayrıca hemşirelerden hiçbiri banyo yaptırmanın bağımsız karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu belirtmemiştir (Tablo 4.3). Hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılları ve haftalık çalışma saatleri ile YYBÜ’de tedavi gören standart bir yenidoğan için “haftada üç kez banyo yaptırılması” gerektiğini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Standart bir yenidoğanın günde günde iki, entübe yenidoğanın günde dört, moniliazis gibi bir sorun gelişen yenidoğanın ise günde sekiz kez ağız bakımı yapılması gerektiği bildirilmektedir (79). Ayrıca ağız bakımı ve sıklığının standardize edilmesi ve protokoller kullanılması gerektiği belirtilmektedir (115, 116). Bu çalışmada hemşirelerin azımsanmayacak bir kısmının günde kaç kez ağız bakımı vermeleri gerektiğini bilmediği de saptanmıştır (Tablo 4.4). Hemşirelerin ağız bakımının kendi kararları ile uygulanabileceğini ve sıklığının bilememeleri yeteri kadar ağız bakımı yapamadığında ise birçok komplikasyonu (115, 116) (ağız kuruluğu, tat alma bozuklukları, enfeksiyonların gelişebileceğini) beraberinde getirebileceğini düşündürmüştür. Ayrıca hemşirelerden hiçbiri ağız bakımının bağımsız karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu belirtmemiştir (Tablo 4.3). Hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte ve YYBÜ’de çalışma yılları ve haftalık çalışma saatleri ile ise YYBÜ’de tedavi gören standart bir yenidoğan için “günde iki kez ağız bakımı yaptırılması” gerektiğini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Beslenme yenidoğanın sağlıklı bir biçimde büyüüp gelişmesinde en önemli etkenlerden biri olarak tanımlanmaktadır (30, 117). Yenidoğan hemşiresinin oral beslenmeye başlanmasında önemli sorumlulukları vardır. Yenidoğanın oral beslenmeye hazır olup olmadığına karar vermek için mekonyum çıkışının olan,

distansiyonun bulunmayan, stabilize, solunum problemi ve asfiksi olmayan yenidoğanlar beslenmemesi gerekmektedir (30, 32). Yenidoğanda oral beslenmeye karar verme hemşirenin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rolleri içerisinde yer almaktadır (1, 22, 24, 101). Oral beslenmeye başlamasına hemşirelerinin büyük bir çoğunluğunun (%91.4) hekim direktifi hemşire kararı ile karar verilmesi gerektiğini bildikleri görülmüştür (Tablo 4.3). Oral beslenmeye başlama ile ilgili karar verme kriterlerine ise hemşirelerin %62.7'sinin doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.4). Hemşireler çoğunlukla rollerinin farkındadır ancak karar verme kriterlerini eksik bilmektedir. Benzer şekilde Tengir'in (2008) çalışmasında hemşirelerin yenidoğan beslenmesi konusunda bilgi ve uygulamalarında eksiklikleri olduğu ancak yenidoğan beslenmesi konusunda yapılan kısa süreli eğitimin bilgi ve uygulama puanları üzerinde olumlu yönde etkili olduğu bildirilmiştir (31). Eğitim düzeyi arttıkça, özellikle lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olanların beslenmeye başlamanın diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rolleri olduğuna dair daha fazla doğru yanıt verdikleri ve beslenmeye başlama kriterlerini bilme ile öğrenim durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.02$) (Tablo 4.7). Yaş, cinsiyet, meslekte ve YYBÜ'de çalışma yılları ve haftalık çalışma saatleri oral beslenmeye başlama kriterlerini bilme konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Yenidoğanın büyüme-gelişmesi için çok önemli bir yeri olan oral beslenmede uygulama kriterleri hemşirelerin rutin uyguladıkları bakımlardan biri olmasına karşın bakıma karar verme kriterlerini eksik bilmeleri önemli bulunmuştur.

Yenidoğanın cilt bütünlüğünün korunması önemli olduğu (113) ve alt bakımına dikkat edilmesi, pişik oluşumunun önlemek için alt bezinin sık değiştirilmesi, havalandırılması, gaita yaptığı bölgenin ılık su ile yıkanması ve alt değişiminde koruyucu krem sürülmesi gerektiği belirtilmektedir (23). Alt bakımı sırasında pişik gibi bir sorunla karşılaşıldığında iyileştirilmesi için anne sütü, hidrokortizon, çinko oksitli kremlerin kullanılması önerilmektedir (83). Farahani ve arkadaşları (2013) pişiğin iyileştirilmesine anne sütü ve hidrokortizonun kullanılmasını eşit düzeyde etkili olduğunu (118). Visscher, (2009) ise ıslak mendil kullanılmasının eritem oluşturduklarını bildirmektedir (119). Gözen ve arkadaşları (2014) pişiğin iyileştirilmesinde anne sütü ve çinko oksit içeren kremler kullanılmasını eşit düzeyde etkili olduğunu saptamıştır (120). Candida albicans

enfeksiyonunda kortikosteroid içermeyen antifungal pomadlar kullanılması da önerilmektedir (80, 83). Alt/pişik bakımı hemşirenin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rollerinden olduğu açıkça vurgulanmaktadır (1, 22, 24, 101). Yenidoğanda alt/pişik bakımına kimin karar vermesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin %64.7'si alt/pişik bakımını hemşirenin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rollerinden olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3). Yenidoğanda cilt bütünlüğü ve pişik oluşumunu önlemek önemli olmasına (80, 120, 121) karşın yenidoğanın alt bakımı/pişik bakımı ile ilgili karar verme kriterlerine hemşirelerin yalnızca %24.1'inin doğru yanıt verdiği görülmektedir (Tablo 4.4). Hemşireler karar verme kriterlerini tam olarak bilmemektedirler. Bu sonuç hemşirelerin cilt bütünlüğünü değerlendirme kriterleri ile ilgili bilgilerinin güncellenme gereksinimi olduğunu düşündürmüştür. Meslekte çalışma yılı yüksek olan hemşirelerin yenidoğanın alt/pişik bakımı konusunda daha az doğru yanıt vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.04$) (Tablo 4.8). İstatistiksel anlamlı bir fark oluşturmamasına karşın lisans/yüksek lisans eğitim düzeyine sahip, 1-5 yıl arasında YYBÜ'de ve haftada 41 ve üzerinde çalışan hemşirelerin alt/pişik bakımı ile ilişkili kriterleri doğru bilme oranları daha yüksektir (Tablo 4.8). Yenidoğan hemşireleri alt/pişik bakımı gibi sık karşılaştıkları bir bakım için karar verme kriterlerini ve hangi rol kapsamında ele almaları gerektiği konusunda yetersizdir. Hemşirelerin yaklaşık 1/3'ünün alt/pişik bakımında hekime bağımlı olduklarını düşünmeleri önemli bulunmuştur. Özellikle meslekte çalışma yılı yüksek olan hemşireler mesleki bağımsız rollerinin daha az farkındadır.

Umbilikal kordon, mikroorganizma ve enfeksiyona açık olması nedeniyle (122) doğumdan sonra ilk üç gün, günde bir kez antiseptik sıvılarla göbek bakımı uygulaması ve kuru tutulması gerektiği (36, 123), umbilikal kateter bakımında el hijyeni sağlanması, kanama açısından izlenmesi, monitörize edilmesi, umbilikal arterden ilaç veya sıvı verilmemesi gerektiği bilinmektedir (38, 117). Umbilikal kord bakımında %70'lik alkol, povidon iyot, klorheksidin, gümüş sülfadiyazin, hidrojen peroxide ile yapılması gerektiği bilinmektedir (123, 124). Golshan ve Hossein (2013) 300 yenidoğanla umbilikal kord bakımında ethanol, anne sütü, doğal kurutmaya bıraktıkları çalışmalarında göbek güdüğü düşme zamanı anne sütü grubunda diğer iki gruba göre daha kısa olduğunu tespit etmişlerdir (125). Yenidoğanlarda umbilikal kateter bakımına karar vermenin hemşirenin diğer sağlık

disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğu belirtilmektedir (1, 22, 24, 101). Umblikal katater bakımına kimin karar vermesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin %75.0'ı hemşirenin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3). Umblikal katater bakımına karar verme kriterlerini ise hemşirelerin neredeyse yarısının bilmediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu meslekte ve YYBÜ'de çalışma yılları, haftalık çalışma saatleri umblikal katater bakımı ile ilgili kriterler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Hemşirelerin rutin uyguladıkları bakımlardan biri olmasına karşın bakıma karar verme kriterlerini eksik bildikleri görülmüştür.

Yenidoğanın sağlığının sürdürülmesinde cilt bakım uygulamaları önemli olduğu, düzenli cilt temizliği sağlanması ve aynı zamanda yenidoğan cilt hasarları yönünden koruması gerekmektedir (40). Yenidoğanlarda yara bakımına karar verme hemşirenin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rolleri arasında yer almaktadır (1, 22, 24, 101). Yara bakımına kimin direktifi ile karar verilmesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin %90'ından fazlası diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Yenidoğanda yara bakımı bu kadar önemli olmasına karşın araştırmada yara bakımı uygulama kriterlerini doğru bilme oranının düşük olduğu saptanmıştır (%27.5) (Tablo 4.4). Hemşireler rutin olarak uyguladıkları bakımın yara bakımına yönelik olduğunu hekim istemi hemşire kararıyla uygulayabileceklerini bilmekte ancak yara bakımı uygulama kriterlerini tam olarak bilmemektedir. Bu sonuç hemşirelerin yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bakım uygulamalarında yeterince kullanamadıklarını düşündürmüştür. YYBÜ'de çalışma süresi arttıkça hemşirelerin daha fazla oranda yara bakımı kriterleri ile ilgili doğru yanıt verdikleri görülmektedir. YYBÜ'de çalışma süresi ile yara bakımı kriterleri arasında anlamlı bir fark vardır ($p=0.04$) (Tablo 4.10). Haftalık çalışma süresi ortalama 40 saat olan hemşirelerin yara bakımı kriterlerini bilme oranlarının yükseldiği ve çalışma saatiyle yara bakımı kriterlerini bilme arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.01$) (Tablo 4.10) Yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma ve meslekte çalışma yılı ile yara bakımının nasıl olması gerektiği konusunda verilen yanıtların hemşirelik rollerini bilme üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

YYBÜ’de ventilatörle solunum desteği gereksinimi olan yenidoğanların bakımı özel bilgi birikimi gerektirmektedir. Bu nedenle yenidoğanla sürekli temas halinde olan ve gözlem yapan hemşirelerin bilgi düzeyleri önemlidir (126, 127). Ayrıca mekanik ventilatördeki yenidoğanın bakımın yapacak profesyonellerin bakımında ortak bir dil kullanması önerilmektedir (128). Yapılan çalışmalar hemşirelik bakımının ortak prosedür doğrultusunda yapıldığında yenidoğanın ventilatörden ayrılma süresinin de kısalabileceğini göstermektedir (115, 116, 129, 130). Ventilatör desteği alan yenidoğanın bakımına karar verme hemşiresinin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğu belirtilmektedir (1, 22, 24, 101). Bu araştırmada ventilatör desteği alan yenidoğan bakımına kimin direktifi ile karar verilmesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin %70’inden fazlası diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu doğru yanıtlamışlardır (Tablo 4.3). Ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı bu kadar önemli olmasına karşın araştırmada sadece %27.5’i ventilatör desteği alan yenidoğan bakımında uygulanacak kriterlere doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.4). 21-35 yaş arasında genç olan hemşirelerin doğru yanıt verme oranlarının arttığı, yaş ile ventilatör desteği alan yenidoğan bakımına verilen doğru yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.03$) (Tablo 4.11). Öğrenim düzeyi arttıkça özellikle lisans ve üzerinde eğitime sahip olan hemşireler daha yüksek oranda ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı ile ilgili doğru yanıt vermiştir ve öğrenim düzeyi ve bakım arasında anlamlı bir fark vardır ($p=0.01$) (Tablo 4.11). Cinsiyet, çocuk sahibi olma, meslekte ve YYBÜ’de çalışma süresi ve haftalık çalışma saatlerinin ventilatör desteği alan yenidoğan bakımının nasıl olması gerektiği konusunda verilen yanıtların hemşirelik rollerini bilme üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Ventilatör desteği alan yenidoğanın bakım kriterlerini hemşirelerin çoğunluğu bilememekte ancak verilen bakımın hangi rol içerisinde yer aldığını bilmektedir. Özellikle eğitim seviyesinin yükselmesi ve sık ventilatör desteği alan yenidoğan ile karşılaşma konu hakkındaki doğru yanıtları arttırmaktadır.

Yenidoğanın geçici takipnesi solunum sıkıntısı nedeniyle YYBÜ tedavisi alan, sezeryan doğumla dünyaya gelen, maternal diyabet varlığı olan yenidoğanlarda ve erkek cinsiyette daha sık görülmektedir (46, 47). Köksal ve arkadaşları (2002) geçici takipneli yenidoğan olguların irdelenmesi konulu yaptıkları araştırmada erkek

cinsiyet, prematürite, sezeryanla doğum ve fetal distresin risk faktörü olduğunu bildirmektedir (131). Yenidoğanda doğumdan sonra ilk birkaç saat içinde; klinik bulgularda takipne (100-120/dk), siyanoz, inleme, burun kanadı solunumu, retraksiyonlar görülebilmektedir (45). Bu araştırmada geçici takipnenin klinik bulguları açık bir şekilde verildiğinde hemşirelerin %54.3'ü geçici takipnenin klinik bulgularına doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.4). Ancak hemşirelerin hiçbiri yenidoğanın geçici takipnesi takibinin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu belirtmemiştir (Tablo 4.3). Bu durumun yenidoğanın takibinde eksiklik ve dolayısıyla sorunlara yol açabileceği düşünülmüştür. Yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, meslekte ve YYBÜ'de çalışma yılı ve haftalık çalışma saati ile yenidoğanın geçici takipnesinin klinik bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Hemşireler yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bakım uygulamalarında yeteri kadar kullanamamaktadırlar.

Ağrı fiziksel ve emosyonel stresi artırabilmektedir (52, 132). Artan stres düzeyi ise yenidoğan döneminde büyüme ve gelişme düzeyini olumsuz etkileyebilmektedir (133). Gereksiz ses ve gürültü kontrollü gibi uygun çevre şartlarının sağlanması ve invaziv girişimlerin azaltılması stres ve ağrı düzeyini kontrol etmenin önemli yollarındadır (60). Bütün bu girişimlere ek olarak ağrı yönetiminde yenidoğan ünitelerinde çalışan hemşirelerin ağrıyı azaltmada farmakolojik yöntemlerle birlikte alternatif tedavi yöntemlerinden masaj, emzik verme, kanguru bakımı, cenin pozisyonu, oral sukroz, anne sütü verme, müzik dinletme gibi nonfarmakolojik yöntemler konusunda da bilgi sahibi olmaları da gerekmektedir (23, 52-59). Kostak ve arkadaşları (2015) YYBÜ hemşirelerin çoğunluğunun (%74.9) ağrı gidermede nonfarmakolojik yöntemleri tercih ettiğini bildirmişlerdir (134). Johnson ve arkadaşları (2009) tek başına kanguru bakımı ile koku, dokunma gibi duyuşal uyarının prematüre bebeklerde ağrıyı azalttığını belirlemişlerdir (135). Neal (2008) müziğin YYBÜ'de yenidoğanlarda ağrıyı azaltıcı, oksijen saturasyonunu artırıcı, kalp atımını, kan basıncını, stres davranışlarını ve hastanede kalış süresini azaltıcı etkileri olduğunu göstermiştir (136). Yenidoğanlarda ağrı yönetimine karar verme diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerindedir (1, 22, 24, 101). Bu araştırmada ağrı yönetimine kimin direktifi ile karar verilmesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin %70'inden fazlası

diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu belirterek doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.3). Yenidoğanda ağrı yoneti mi bu kadar onemli olmasına karşın hemşirelerin sadece %21.5'i ağrı yoneti minde uygulanacak kriterlere doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.4). Yani hemşireler çoğunlukla rollerinin farkındadır ancak karar verme kriterlerini bilememektedir. Yaşı 36 ve uzerinde olan hemşirelerin hiç birinin ağrı yoneti mi ile ilgili doğru yanıt vermediği ve yaş ile ağrı yoneti mi ile ilgili verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamalı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.02$) (Tablo 4.13). Oğrenim duzeyi arttıkaa ozellikle lisans ve uzerinde eğitime sahip olan hemşirelerin daha fazla oranda ağrı yoneti mi ile ilgili doğru yanıt verdikleri gorulmektedir. Oğrenim durumu ile ağrı yoneti mi ile ilgili yanıtlar arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.03$) (Tablo 4.13). ocuk sahibi olma, meslekte ve YYBÜ'de çalışma suresi, ve haftalık çalışma saatlerinin ağrı yoneti mi nasıl olması gerektiği konusunda verilen yanıtların hemşirelik rollerini bilme uzerinde herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13). Ağrı yoneti mine ilişkin kriterleri bilmemelerini hemşirelerin rol karmaşası yaşamalarına neden olabileceği ve ağrı yoneti minde tamamen hekime bağımlı hale gelmelerine neden olabileceği duşunulmuştur.

Yenidoğanlarda aile iletişimine karar verme hemşirenin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rolleri arasındadır (1, 22, 24, 101). Yenidoğanda anne yenidoğan ilişkisinin niteliğinin yenidoğanın gelişimini ve annenin benlik saygısını doğrudan etkilediği bildirilmektedir. Bu ilişkinin sağlanması hemşirelerin onemli rolleri bulunmaktadır (87, 137-139). Ozellikle emzirme, goz ve ten teması, kanguru bakımının (89-91) sağlanması ve suzdurulmesi bu rollerin başında gelmektedir. Anne yenidoğan ilişkisinin kurulmasında gecikme veya sağlıklı olmayan iletişim anne ve yenidoğan açısında kısa ve uzun du nemde onemli sorunlara yol açabildiği belirtilmektedir (87, 89, 93, 140). Bu araştırmada yenidoğan-aile iletişimine kimin direktifi ile karar verilmesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin yarısından fazlası bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rol u olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.3). Yenidoğan-aile iletişimine karar verme kriterlerine ise hemşirelerin %67.2'sinin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rollerinden olduğunu belirterek doğru yanıt verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Ayrıca sosyodemografik ve çalışma ozellikleri ile yenidoğan-aile iletişimi arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (4.14). Hemşireler çoğunlukla yenidoğan aile ilişkisinin bağımsız olarak karar verilip

gerçekleştirdiği rollerinden olduğunu bilmektedir ancak rollerini uygulama kriterlerini bilme oranları düşüktür. Hemşirelerin yenidoğan aile iletişimini başlatmadaki görev ve sorumluluklara ait farkındalıklarının yeterli olmadığı söylenebilir.

Hava yolundan sekresyonları uzaklaştırılarak hava yolunun açık ve temiz tutulması, yenidoğanın daha etkin ve rahat solunum yapabilmesi amacıyla uygulanan aspirasyon yöntemi, hekim direktifi ve hemşirelerin sorumluluğunda gerçekleştirilmektedir (66). Hemşirenin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden biri olan yenidoğan aspirasyonunda (1, 22, 24, 101) önemli bir nokta hemşirenin yenidoğanın aspirasyon gereksiniminin olup olmadığına karar verebilme yetkinliğinde olmasıdır. Aspirasyon gereksinimin doğru belirlenmemesi yenidoğanın havayollarının tıkanıklığı ve ölümüne neden olabilmektedir. Gereksiz, sık aspirasyon yapılması ise komplikasyonlarla sonuçlanabilmektedir (64, 65). Yenidoğanın aspirasyon gereksinimi doğru şekilde saptandıktan sonra aseptik tekniklere uygun şekilde aspirasyon yapılması gerekmektedir. Aspirasyon süresinin 15 saniyeyi geçmemesi, iki aspirasyon arasında hastanın 20-30 saniye dinlenmesi, bir aspirasyon uygulamasında üç kereden fazla aspirasyon işlemi yapılmaması gerektiği belirtilmektedir (66). Yeterince oksijenlendirilmeden, uzun süreli yapılan aspirasyonlar da kalp ritm bozukluklarına ve kardiyak arreste neden olabildiği bilinmektedir (62). Bu araştırmada aspirasyon gereksiniminin kimin direktifi ile karar verilmesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin %44'ü bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rollerinden olduğunu belirterek yanlış yanıt vermiştir (Tablo 4.3). Aspirasyonun uygun olmayan teknik ve sürede yapılmaması pek çok yan etki ile sonuçlanabilmektedir (62, 66). Bu önemine karşın YYBÜ'lerinde sıklıkla uygulanan yenidoğan aspirasyonu gereksinimi ile ilgili karar verme kriterlerine hemşirelerin %30.1'i yanlış yanıt vermiştir (Tablo 4.4). Yani hemşireler çoğunlukla karar verme kriterlerini bilmektedir ancak aspirasyonun hangi hemşirelik rolüne girdiğini bilmemektedir. Hemşirelik mesleğinde ve YYBÜ'de çalışma yılı fazla olan hemşirelerin daha yüksek oranda aspirasyon kriterleri ve uygulamalarına ait doğru yanıtlar verdiği ancak hemşirelik rollerini bilme ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15). Hemşirelerin yenidoğanın aspirasyon gereksinimine karar verme konusunda kesin bir ayırım yapamadıkları görülmektedir. Yenidoğan aspirasyon gereksinimi diğer sağlık disiplinleri birlikte

karar verip gerçekleştiren rollerden biri olmasına karşın hemşirelerin yarısına yakınının yenidoğan aspirasyon gereksinimini bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rolleri olarak tanımlaması anlamlı bulunmuştur.

Fototerapi tedavisi esnasında hemşirelik bakım esasları içerisinde öncelikle yenidoğanın yeterli sıvı ve kalori alması, gözlerin fototerapi gözlüğü ile kapatılması, yenidoğanın üstünde bezi dışında hiçbir giysi olmaması gerektiği, vücut alanının genişletilmesi gerektiği belirtilmektedir (70, 141). Yenidoğanlarda fototerapi gereksinimine karar verme hemşiresinin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerindedir (1, 22, 24, 101). Bu araştırmada fototerapi gereksinimine kimin direktifi ile karar verilmesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin %90'ından fazlası diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu belirterek doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.3). Yenidoğanda fototerapi gereksinimi bu kadar önemli olmasına karşın bu araştırmada hemşirelerin yarısına yakını (%41.3) fototerapi tedavisi sırasında uyulması gereken kurallara yanlış yanıt verdiği saptanmıştır (Tablo 4.4). Çocuk sahibi olma durumu ile yenidoğanın fototerapi gereksinimi arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0.03$) (Tablo 4.16). Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslekte ve YYBÜ'de çalışma yılı, haftalık çalışma saatinin yenidoğanda fototerapi gereksinimi nasıl olması gerektiği konusunda verilen yanıtların hemşirelik rollerini bilme üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.16). Hemşireler fototerapi tedavisinin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren ve bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirdiği rolleri olduğu konusunda bir ayırım yapabilmekte ancak yenidoğanda fototerapi gereksinimi kriterlerini eksik bildikleri görülmektedir. Bu araştırma benzer şekilde Selalmaz ve arkadaşları (2015) yenidoğan bakımı ile ilgilenen hemşirelerin sarılığın klinik bulgularını, gelişimindeki risk faktörlerini, fototerapinin etkinliğini artırma ve fototerapi esnasında beslenme yöntemlerini önemli bir oranda doğru olarak bildiğini, ancak fototerapinin yan etkilerini ve konvansiyonel fototerapi cihazı ile yenidoğan arasındaki mesafeyi doğru bilme oranlarının düşük olduğu belirlemişlerdir (69).

İlaç ve sıvı infiltrasyonları YYBÜ'de sık karşılaşılan sorunlar arasında yer almaktadır. Literatürde sık görülen bir komplikasyon olduğu belirtilmesine rağmen görülme sıklığına ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunduğu belirtilmektedir (141).

İnfiltrasyon oranlarının acil serviste %31.5 (143), yenidoğanlarda %79.2 (75), çocuklarda ise %16 (73) olduğu bildirilmektedir. İlaç ve sıvı infiltrasyonunun belirtilerinin IV kanülden geriye kan gelmemesi, infüzyon hızının yavaşlaması ve IV kanül çevresinde ödem, şişlik, kızarıklık, hassasiyet, lokal ısı artışının görülmesi olduğu bildirilmektedir (74, 144). İnfiltrasyon riskini en az düzeye indirebilmek için infiltrasyon belirtilerinden biri veya birkaçı gözleniyorsa infüzyona son verilmesi, IV kanül çevresi ve infüzyon bölgesi sık aralıklarla gözlemlenmesi, IV kanüller uygulanırken distal bölgelerden başlanıp proximale doğru bir yol izlenerek uygulanması, mümkünse IV kanüller şeffaf örtü ile tespit edilmesi, damar yolu mutlaka en geç 72 saat içinde yenilenmesi, ilaçlar mümkün olduğu kadar yavaş bolus şeklinde verilmesi önerilmektedir (128). İnfiltrasyon belirti ve bulgularının geçerli ve güvenilir bir değerlendirme yöntemi ile düzenli olarak değerlendirilmesi erken dönemde gerekli bakım ve tedaviyi başlatmak için oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (71, 72). Erdoğan (2014) hemşirelerin infiltrasyon geliştiğinde yapılması gerekenlere ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmanın yanında infiltrasyonu önlemek için nelere dikkat etmesi gerektiği konusunda da bilgi ve beceriye sahip olması gerektiğini belirtmektedir (145, 146). Yenidoğanlarda IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedüre karar verme hemşiresinin diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerindedir (1, 22, 24, 101). Bu araştırmada IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedüre kimin direktifi ile karar verilmesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin %85.3'ü diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollerinden olduğunu belirterek doğru yanıt vermiştir (Bkz Tablo 3). IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumu yenidoğanda sık karşılaşılan bir problem olmasına karşın araştırmamızda hemşirelerin %60'ına yakını IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedüre yanlış yanıt vermiştir (Tablo 4.4). Benzer şekilde Gomes ACR ve arkadaşları (2011) çalışmalarında hemşirelerin IV kanül çevresi ve infüzyon bölgesi sık aralıklarla izlenmediği ve komplikasyon bulguları saptandığında gerekli müdahaleler hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıklarını tespit etmişlerdir (75). Hemşirelerin yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, eğitim durumu ve çalışma yılları ve haftalık çalışma süreleri ile IV ilaç uygulamasına bağlı infiltrasyon, kızarıklık gibi bir semptom oluşmuşsa izlenilecek prosedür ile ilgili kriterler arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.17). Hemşirelerin IV ilaç uygulamasına bağlı oluşabilecek

semptomlarla karşılaşıldığında izlenilmesi gereken prosedürleri bilmediği ancak bu semptom yönetiminin hangi hemşirelik rolleri içerisinde yer aldığını bildikleri görülmektedir.

Yenidoğanda termoregülasyonun düzenlenmesi önemli bir kriterdir. Termoregülasyonun sağlanması için genellikle yoğun bakım ünitelerinde küvöz bakımı kullanılmaktadır (94). Yenidoğanın 1500 gr.'dan küçük olması termoregülasyonun kontrolü amacıyla mutlaka küvöz içinde izlenmesi gerektiği belirtilmektedir (147). Yenidoğanlarda termoregülasyon düzenlemesine karar verme hemşiresinin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirildiği rollerindedir (1, 22, 24, 101). Bu araştırmada termoregülasyon düzenlemesine kimin direktifi ile karar verilmesi gerektiği sorulduğunda hemşirelerinin yalnızca %31.0'ı bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollerinden olduğunu belirterek doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.3). Yenidoğanda termoregülasyon düzenlemesi ile ilgili uygulanacak kriterlerine ise hemşirelerin doğru yanıt verme oranları düşüktür (%37.0) (Tablo 4.4). Hemşirelerin çoğunluğu termoregülasyon düzenlemesinin bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollerinden olduğunu ve termoregülasyon düzenlenmesine ait rollerini uygulama kriterlerini bilmedikleri belirlenmiştir. Kadınların ve lisans ve lisansüstü eğitime sahip olanların daha fazla termoregülasyon düzenlemesi kriterlerini bildiği ve cinsiyet, eğitim durumu ile termoregülasyon düzenlemesi kriterlerini bilme arasında istatistiksel anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.03$; $p=0.04$) (Tablo 4.18). Benzer şekilde Abdel Rasoul (2017) preterm yenidoğanlarda termoregülasyonun düzenlenmesi hipotermisinin önlenmesi için hemşirelerin bilgi durumlarını inceledikleri çalışmada yenidoğanlarda termoregülasyonun sağlanmasında ve özellikle preterm yenidoğanlarda hipotermisinin önlenmesi için hemşirelerin bilgi ve performansının düşük olduğunu ve artırılması gerektiğini bildirmektedir (147). Yaş, çocuk sahibi olma, meslekte çalışma yılı, haftalık çalışılan süre ile termoregülasyon düzenlemesi kriterlerini bilme arasında herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.18). YYBÜ hemşirelerinin termoregülasyon sağlanması ve sürdürülmesi gibi önem bir bakım kriteri konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olması ve hangi rolleri içerisinde yer aldığını bilmemeleri önemli bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin;

- Çoğunluğu 21-35 yaş grubunda, kadın ve lisans/yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip, 6-10 yıldır meslekte, 1-5 yıldır YYBÜ hemşiresi olarak ve haftada 41 saat çalışmaktadır (Tablo 4.1).
- %68.9'u 1.düzye 4-6, %43.1'i 2. düzeyde 2-3, %30.1'i 3.düzye 1 hemşirenin bakması gereken yenidoğan sayısını doğru bilmektedir (Tablo 4.2).
- Diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollere karar vermede fototerapi gereksinimini, yara bakımını, yenidoğanın oral beslenmeye başlamasını konularında doğru yanıt oranları yüksektir. Bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollere en fazla alt/pişik bakımı, yenidoğan-aile iletişimi konularında doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.3).
- Yenidoğan bakımı uygulamalarına göre diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren rollere karar verme kriterlerinden aspirasyon gereksinimi, oral beslenmeye başlama en fazla bilinen konulardır. Ağrı yönetimi, yara bakımı kriterlerine doğru yanıt verme oranları düşüktür (Tablo 4.4).
- Bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rollerden en fazla yenidoğan-aile iletişimine karar verme kriterleri bilinmektedir. Alt/pişik bakımı, banyo sıklığı, ağız bakımı, termogölasyon düzenlemesi kriterleri bilme oranları düşüktür (Tablo 4.4).
- Haftada yaptırılması gereken banyo sıklığı ve günde iki kez ağız bakımı yaptırılmasını bilme ile sosyodemografik ve YYBÜ çalışma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).
- Yenidoğanın oral beslenmesi ile ilgili kriterleri bilme durumu ile öğrenim durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken ($p=0.02$); diğer sosyodemografik ve YYBÜ çalışma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

- Yenidoğanda alt/pişik bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumu ile meslekte çalışma yılı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki belirlenirken ($p=0.04$); diğer sosyodemografik ve YYBÜ çalışma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).
- Yenidoğanda yara bakımı ile ilgili kriterleri bilme durumu ile YYBÜ'nde çalışma yılı ve haftalık çalışma saati arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenirken (sırasıyla; $p=0.04$, $p=0.01$); diğer sosyodemografik ve YYBÜ çalışma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).
- Öğrenim durumu ile ventilatör desteği alan yenidoğan bakımı, ağrı yönetimi ve termoregülasyon düzenlemesi ile ilgili kriterleri bilme durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.11, Tablo 4.13, Tablo 4.18).
- Yenidoğan-aile iletişimine ve aspirasyon gereksinimine karar verilmesi, IV ilaç uygulamasına bağlı semptom oluşumunda izlenilecek prosedür ile sosyodemografik ve YYBÜ çalışma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14, Tablo 4.15, Tablo 4.17).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yenidoğan hemşirelerine bakım kavramı ve kavramı oluşturan öğelere ilişkin çalışmaların yapılması, diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren, bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rolleri ve bu rollerin uygulamaları prosedürler doğrultusunda netleştirilmesi,
- Hemşirelerin bakıma karar vermelerine rağmen kurumların çalışma koşulları, çalışma saati, hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı, fiziksel şartların uygunsuzluğu nedeniyle bakımın eyleme dönüştürülememesinin yasal ve kurumsal boyutta çözümlenmesi,
- Diğer sağlık disiplinleri birlikte karar verip gerçekleştiren, bağımsız olarak karar verilip gerçekleştirilen rolleri konusunda kesin bir ayırım

yapamamaları ve rol karmaşasını önlemek için eğitim programları düzenlenmesi ve hizmet içi eğitimler verilmesi,

- Hemşirelerin görev, yetki, rollerini ve sorumluluklarını ortaya koyacak kurum politikalarının belirlenmesi, bakım kriterlerinin prosedürler doğrultusunda netleştirilmesi ve kurumsal prosedürleri geliştirilmesi,
- Hemşirelerin karar verme ve problem çözme becerileri geliştirmeye yönelik uygulamalar yapılması,
- Yenidoğan hemşirelerine bakım kavramı ve kavramı oluşturan öğelere ilişkin çalışmaların yapılması,

önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Baykara ZG. Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi, Niteliksel Bir Çalışma, Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2010.
2. Welton JM, Zone-Smith L, Fischer MH. Adjustment of inpatient care reimbursement for nursing intensity, *Policy Polit Nurs Pract*, 2006, 7:271-278.
3. Aştı T, Karadağ A. *Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı*, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2012:226-227.
4. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, Adana, 2012, 3:66-74.
5. Salihoğlu Ö, Akkuş CH, Hatipoğlu S. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi standartları, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2011, 7:45-51.
6. Yıldırım D. Hemşirelerin servislerde hastalarla ilgili ve diğer işlere ayırdıkları sürelerin belirlenmesi, *İstanbul Üniversitesi Florence Nighthingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 14(56):177-192.
7. Avcı GG, Türker S, Çifçi M, Sürücü Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 4: 21-24.
8. Kaya H, Kaya N, Turan Y, Tan YM, Terzi B, Barlas DB. Nursing activities in intensive care units in Turkey, *International Journal of Nursing Practice*, 2011,17:304-314.
9. Aytekin A, Kurt FY. Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde çalışan hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler, *Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, İzmir, 2014, 4(1):51-58.
10. Baykara Z. Hemşirelikte mesleki özerklik kavramının incelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16:3.

11. Ocakçı AF, Alpar ŞE. *Hemşirelikte kavram kuram ve model örnekleri, hemşirelik metapradigmalarının yorumlanması*, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2013:79.
12. Birol L. *Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*, 9. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2009:16-189.
13. Öz F. *Sağlık alanında temel kavramlar*, Yenilenmiş 2.Baskı, Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010: 35.
14. Velioğlu P. *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*, 2. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 149-314.
15. Taylor C.R, Carol L, LeMone P,Lynn P. *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*, 6th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2008:86.
16. Temel AB. Kültürlerarası hemşirelik eğitimi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 11(2):92.
17. WHO: World Health Organization, Nursing. [www. who.int/topics/nursing/en](http://www.who.int/topics/nursing/en) Erişim Tarihi: 15.03.2018.
18. ICN: International Council of Nurses: [www.http://icn.ch/who we are/Definition of Nursing](http://icn.ch/who%20we%20are/Definition%20of%20Nursing). Erişim Tarihi:14.03.2016.
19. ANA: American Nurses Association: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>. Erişim Tarihi:14.03.2016.
20. Hemşirelik Kanunu, Yayımlandığı Resmi Gazete, Kanun Numarası: 6283, Kabul Tarihi: 25/2/1954, Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun Numarası: 5634, Yayımlandığı Resmi Gazete sayı: 26510, 2 Mayıs 2007.
21. Şentürk SE. *Meslek olarak hemşirelik ve hemşirelikte etik ilkeler, hemşire ve hemşirelik tanımı*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2013: 13.

22. Çavuşoğlu H. *Çocuk sağlığı hemşireliği, normal yenidoğan ve hemşirelik bakımı*, Geliştirilmiş 7. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 2004, 2:23.
23. Törüner E, Büyükgöncü L. *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları*, Ankara, Göktuğ Ofset, 2012, 360-388.
24. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C Resmi Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011.
25. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998:59-62.
26. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları, *Sted*, 2006,15(9):58-63.
27. Dann MH. The lactation consult: Problem solving, teaching, and support for the breastfeeding family, *Journal of Pediatric Health Care*, 2005, 19(1):12-16.
28. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. Türk Neonatoloji Derneği, Ankara, *Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi*, 2014, 5-20.
29. Koenig JS, Davies AM, Thach BT. Coordination of breathing, sucking and swallowing during bottle feeding in human infants, *Journal Apply Physiol*, 1990, 69:1623-1629.
30. Çay S, Güleç S. Yenidoğan beslenmesinde kullanılan enteral yöntemler ve hemşirelik bakımı, *Gaziosman Paşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Jaren*, 2015, 1(1):39-44.
31. Tengir T, Çetinkaya Ş. Yenidoğan beslenmesinde kullanılan yöntemler ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3:119-140.
32. Yıldız A. Prematüre Bebeklerde Emzik Verme ve Ninni Dinletme Yöntemlerinin Total Oral Beslenmeye Geçiş Süresi ve Emme Başarısı Üzerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk sağlığı ve Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2009.

33. Ness MJ, Davis DMR, Carey WA. Neonatal skin care: a concise review, *International Journal of Dermatology*, 2013, 52:14–22.
34. Dyer JD. Newborn skin care, *Seminars in Perinatology*, 2013, 37:3–7.
35. WHO, Recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Retrieved from:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/ Access date: 02 Nisan 2017.
36. Mullany LC, Shah R, El Arifeen S, Mannan I, Darmstadt GL, Baqui AH. Chlorhexidine cleansing of the umbilical cord and separation time: A cluster-randomized trial, *Pediatrics*, 2013, 131:708-715.
37. Akkaya B. Girişimsel işlemlerde güncel hemşirelik bakımı, 5. Çocuk Hakları Kongresi, İstanbul, *Kongre Bildiri Özetleri Kitabı*, 2017, 40-41.
38. Bülbül A, Okan F. Yenidoğanda sık kullanılan girişimler, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2008, 42:1-9.
39. Utaş S. Yenidoğanlarda deri bakımı, *Türkderm*, 2011, 45:123-126.
40. Blume-Peytavi U, Cork MJ, Faergemann J, Szczapa J, Vanaclocha F, Gelmetti C. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting, *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 2009, 23(7):751-759.
41. Tayran N. Yara enfeksiyonlarından korunma ve kontrol, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, *Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi*, 2008, 67:159-166.
42. Sarkar R, Basu S, Agrawal RK, Gupta P. Skin care for the newborn, *Indian Pediatr*, 2010, 47:593-598.
43. Nabi G. Mechanical Ventilation in Infants, *Practitioner*, 2005, 12:31-33.

44. Türkmen E, İnvaziv mekanik ventilasyon uygulanması ve mekanik ventilasyon uygulanan hastanın bakımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2005, 2(2):22-29.
45. Kicklighter SD. Transient Tachypnea of the Newborn. 2008; <http://Inx.mednemo.it/wp-content/uploads/2008/11/transient-tachypnea-of-thenewborn>. Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2016.
46. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns, *Obstet Gynecol*, 2001, 97:439-442.
47. Persson B, Hanson U. Neonatal morbidities in gestational diabetes mellitus, *Diabetes Care*, 1998, 21:79-84.
48. Çakan M. Yenidoğanın Geçici Takipnesi Olgularında Süt Çocukluğu Döneminde Hışıltı Atağı Sıklığı, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Uzmanlık tezi, 2006.
49. Akdemir N, Akyar İ, Görgülü Ü. Hemşirelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatan ya da polikliniğe başvuran hastaların ağrı sorununa yönelik yaklaşımları, *Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 2008, 54:157-163.
50. Taddio A, Chambers CT, Halperin SA. Inadequate pain management during routine childhood immunizations: The nevre of it, *Clinical Therapeutics*, 2009, 31:152-63.
51. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008, 14: 53-58.
52. Yılmaz F, Ağrılı Girişimde Bulunan Yenidoğanlara Uygulanan Farklı Girişimlerin Ağlama Sürelerine ve Ağrıya Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2008.
53. Akyürek B, Conk Z. Yenidoğan bebeklere uygulanan iğneli girişimlerde nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin etkisinin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006, 22 (1): 1-17.

54. Çalık C, Çalık C, Esenay FI, Sezer TF. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanguru bakımı uygulama durumları ve engeller, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2015, 17(1):1-9.
55. Sarı HY, Çiğdem Z. Gestasyon haftalarına göre bebeğin gelişimsel bakımının planlanması, *Deuhyo Elektronik Dergisi*, 2013, 6 (1):40-48.
56. Çağlayan N, Balcı S. Preterm yenidoğanlarda ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem: cenin pozisyonu, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2014, 22(1): 63-68.
57. İmseytoğlu D, Yıldız S. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde müzik terapi, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20(2):160-165.
58. Efe E, Altun E, Çetin H, İşler A. Türkiye’de bazı illerde çocuk servislerinde çalışan çocuk hekimi ve hemşirelerin yenidoğanlarda ağrı konusundaki bilgi ve uygulamaları, *Experimental And Clinical Studies, Ağrı*, 2007,19:3.
59. Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, *Clinical Trials, Ağrı*, 2012, 24(3):123-129.
60. Jarus T, Bart O, Rabinovich G, Sadeh A, Bloch L, Dolfin T, Litmanovitz I. Effects of prone and supine positions on sleep state and stres responses in preterm infants, *İnfant Behavior & Development*, 2011, 34:257-263.
61. Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA. Pain relief for neonatal circumcision, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, Issue 3. Art. No: CD004217. Doi: 10.1002/14651858.CD004217.
62. Ferrer R, Artigas A. Clinical Review: Non–antibiotic strategies for preventing ventilator–associated pneumonia, *Critical Care*, 2002, 6(1):45-51.
63. Çelik S. Mekanik ventilasyonda hasta bakımı, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2006, 10 (1-2):19-25.

64. İltuş F, Durmaz A. Dahili yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2005, 9(1-2): 35-40.
65. Arman D, Arda B, Çetinkaya Y, Kavacan ÇB, Esen F, İskit Topeli, A. Sağlık ile hizmeti ilişkili pnömoninin önlenmesi klavuzu, *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 2008, 12 (2):1-14.
66. Özden D. Kapalı sistem aspirasyon yöntemi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(3):29-37.
67. Alpay F. Yenidoğan sarılığı, *Türkiye Klinikleri Journal Pediatr*, 2004, 7:689-697.
68. Bülbül A, Okan F, Uslu S, İşçi E, Nuhuğlu A. Term bebeklerde hiperbilirubineminin klinik özellikleri ve risk etmenlerinin araştırılması, *Türk Pediatri Arşivi*, 2005, 40:204-210.
69. Selalmaz M, Bülbül A, Sözeri ř, Özcan F, Kunt A, Atar G, Zübarioğlu U, Ünal E, Uslu S. Yenidoğan ünitelerinde çalışan hemşirelerin sarılık tedavisi konusunda uygulama düzeylerinin değerlendirilmesi, *şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 2015, 49(3):195-199.
70. Stokowski LA. Fundamentals of phototherapy for neonatal jaundice, *Advances in Neonatal Care*, 2011, 5:10-21.
71. Gorski L. Standart 54: Infiltration, *Journal of Infusion Nursing*, 2007, 30(6):330-1, doi: 10.1097/01.NAN.0000300307.72906.69.
72. Dougherty L, Bravery K, Gabriel J, Kayley J, Malster M, Scales K, Inwood S. Standards for infusion therapy, The RCN IV Therapy Forum, 8nd Ed. London, *Royal College of Nursing*, 2010:60-81.
73. Jacinto AK, Avelar AFM, Pedreira MLG. Predisposing factors for infiltration in children submitted to peripheral venous catheterization, *Journal of Infusion Nursing*, 2011, 34(6): 391-8. doi:10.1097/ NAN.0b013e3182306491.

74. Amjad I, Murphy T, Nylander-Housholder L, Ranft A. A new approach to management of intravenous infiltration in pediatric patients, *Journal of Infusion Nursing*, 2011, 34:242–249.
75. Gomes ACR, Silva CAG, Gamarra CJ, Fario JCO, Avelar AFM, Rodrigues EC. Assessment of phlebitis, infiltration and extravasation events in neonates submitted to intravenous therapy, *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro Brasil*, 2011, 15(3):472-479.
76. Jackson A. Time to review newborn skincare, *Skincare*, 2008, 4(5):168-171.
77. De Paoli AG, Davis PG, Faber B, Morley CJ. Devices and pressure sources for administration of nasal continuous positive airway pressure in preterm neonates, *The Cochrane Library*, 2008, Doi: 10.1002/14651858.CD002977.
78. Kitiş Y, Karaçam Z. Emzirmeyi olumsuz etkileyen bir faktör olarak pamukçuk: Önleme, tanı, ve tedavide hemşire/ebenin rolü, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004, 8(1):46-52.
79. İlgün S, Ovayolu N. Yoğun bakım ünitelerinde görülen hastane enfeksiyonları ve alınması gereken önlemler, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2005, 9(1-2):14-19.
80. Adam R. Skin care of the diaper area, *Pediatric Dermatology*, 2008, 25(4):427–433.
81. Gupta AK, Skinner AR. Management of diaper dermatitis, *International Journal Dermatol*, 2004, 43:830-834.
82. Concannon P, Gisoldi E, Phillips S, Grossman R. Diaper dermatitis: a therapeutic dilemma. Results of a double-blind placebo controlled trial of miconazole nitrate 0.25%, *Pediatr Dermatol*, 2001, 18:149-155.
83. Chatterjee S, PramanickN, Chattopadhyay S, Munian K, Kolhapure SA. Evaluation of the efficacy and safety of “Diaper Rash Cream” in the management of infantile irritant diaper dermatitis, *The Antiseptic*, 2005, 102(5):251-255.

84. Önder M, Adışen E, Velagiç Z. Diaper dermatit, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2007, 50:129-135.
85. Fowlie PW, McHaffie H. Supporting parents in the neonatal unit, *British Medical Journal*, 2004, 329:1336-1338.
86. Lindberg B, Öhrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern sweden, *International Journal Circumpolar Health*, 2008, 67(5):461-471.
87. Manav G, Yıldırım F. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2010, 32:149-157.
88. Amankwaa L, Pickler R, Boonmee J. Maternal responsiveness in mothers of preterm infants, *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2007, 7(1):25-30.
89. Pollock PH, Percy A. Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse, *Child Abuse Neglect*, 1999, 23(12):1345-1357.
90. Nirmala P, Rekha S, Washington M. Kangaroo Mother Care: Effect and perception of mothers and health personel, *Journal Neonatal Nurse*, 2006,12(5):177-184.
91. Ali SM, Sharma J, Sharma R, Alam S. Kangaroo mother care as compared to conventional care for low birth weight babies, *Dicle Medical Journal*, 2009, 36(3):155-160.
92. Akdolun B. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe hemşirenin rolleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6:42-49.
93. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2008, 51:104-109.
94. Çınar N, Filiz T. Neonatal thermoregulation, *Journal of Neonatal Nursing*, 2006, 12:69-74.

95. Nuhoğlu A. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin özellikleri ve aletlerin tanıtımı, Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, *Yenidoğan Günleri Sunum Kitabı*, 2009, 304-305.
96. Dündar AS, Bayat M, Erdem E. Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 20(2):137-142.
97. Kiekkas P, Sakellaropoulos GC, Brokalaki H, Manolis E, Samios A, Skartsani C, Baltopoulos GI. Association between nursing workload and mortality of intensive care unit patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008, 40(4):385–390.
98. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğe Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Ek-3, Resmî Gazete, Sayı: 29447, 16 Ağustos 2015.
99. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals, *New England Journal of Medical*, 2002, 22:346.
100. Duffield CM, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, Aisbett K. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes, *Nursing work environment, patient outcomes*, 2007, 1-22.
101. Çökelek F. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Bakımının Yoğunluğu, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi, 2012.
102. **102.** Ersoy EO, Abdülkerim ř, Öz A, Aslan G, Kavak PB, Fakılı D, Topeli A. Yoğun bakım ünitelerinde hemşire iş yükünün değerlendirilmesi, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2017, 8:1-5.
103. **103.** Bozkurt G, Türkmen E, Zengin N. Yoğun bakım hemşirelerinin bağımsız işlevlerine ilişkin iş yükü, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2017, 21(2):36-41.

104. Çelik S, Karaman D, Yanık F, Veren F. Yoğun bakım hemşirelerinin kateter ile ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi hakkındaki bilgi durumları, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 2:203-208.
105. Karadaş GE. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Preterm Bebeklere Uygulanacak Terapötik Pozisyonlar Konusunda Farkındalık Düzeyinin Arttırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2010.
106. Varlı G. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2016.
107. Özel Hastaneler Yönetmeliği, Özel Hastanelerde Asgarî Bulundurulacak Sağlık Personeli, Ek-1, Resmi Gazete, Sayı: 24708, 27 Mart 2002.
108. Al-Kandari F, Thomas D. Adverse nurse outcomes: correlation to nurses' workload, staffing and shift rotation in Kuwaiti hospitals, *Applied Nursing Research*, 2008, 21:139-146.
109. Kramer M, Maguire P, Brewer BB. Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments, *Journal of Nursing Management*, 2011, 19(1):5-17.
110. Farsi Z, Nayeri N, Negarandeh R, Broomand S. Nursing profession in Iran: an overview of opportunities and challenges, *Japan Journal of Nursing Science*, 2010, 7(1):9-18.
111. Nayeri, ND. Nazari, AA. Salsali, M. Ahmadi, F. Iranian staff nurses' views of their productivity and human resource factors improving and impeding it: A qualitative study. *Human Resources for Health*, 2005, 5(3):1-11.
112. Türk Tabipler Birliği, Yenidoğan yoğun bakım birimlerinde bebek ölümleriyle ilgili komisyon raporu Aralık 2005, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/bebek_olumleri.pdf. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2018.

113. Lavender T, Bedwell C, Roberts S. Randomized, controlled trial evaluating a baby wash product on skin barrier function in healthy, term neonates, *Journal of Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 2013, 42(2):203-214.
114. Yılmaz HB. Yenidoğan bakımında kanıta dayalı uygulamalar, I.Uluslararası ve II.Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, *Kongre Bildiri Kitabı*, 2016, 289-293.
115. American Association of Critical – Care Nurses, Practice Allert: Oral care in the critically ill. *Clin Issus Adv Pract Acute Crit Care Adv Pract Nurs*, 2007, 1: 1-2.
116. Tolentino-Delos Reyes AF, Ruppert SD, Shiao SYPK. Evidence –based practice: use of the ventilator bundle to prevent ventilator–associated pneumonia, *American Journal of Critical Care*, 2007, 16(1):20-27.
117. Karadağ F. Gebelere Lohusalık Bakımı Ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Afyonkarahisar, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.
118. Farahani LA, Ghobadzadeh M, Yousefi P. Comparison of the Effect of Human Milk and Topical Hydrocortisone 1% on Diaper Dermatitis, *Pediatric Dermatology*, 2013, 30(6): 725–729.
119. Visscher MO. Update on the use of topical agents in neonates, *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 2009, 9(1):31-47.
120. Gozen D, Çağlar S, Bayraktar S, Atici F. Diaper dermatitis care of newborns human breast milk or barrier cream, *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 23: 515–523.
121. Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *Royal College of Midwives*, 2004, 7(7):288-290.

122. Ireland J, Rennie AM, Hundly V, Fitzmaurice A, Graham W. Cord-care practice in scotland, *Midwifery*, 2000, 16:237-245.
123. Kul M, Gürsel O, Gülgün M, Kesik V, Sarıcı SÜ, Alpay F. Sağlıklı term yenidoğanlarda farklı göbek bakımı uygulamalarının göbek düşme zamanı ve diğer klinik sonuçlar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi, *Türk Pediatri Arşivi*, 2005, 40:227-231.
124. Soğukpınar N, Saydam BK, Oktay AK, Yücel U. Yenidoğanların göbek düşme süresi ve etkileyen etmenler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16:1.
125. Golshan M, Hossein N. Impact of ethanol, dry care and human milk on the time for umbilical cord separation, *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2013, 63(9):117-119.
126. Dursun M, Bülbül A. Mekanik ventilasyondaki yenidoğan bebeğin bakımı, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2014, 48(2):67-77.
127. Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı:27679, 21 Ağustos 2010.
128. Sant'Anna GM, Keszler M. Developing a neonatal unit ventilation protocol for the preterm baby, *Early Human Development*, 2012, 88:925–929.
129. Koyuncu A, Yava A, Kürklüoğlu M, Güler A, Demirkılıç U, Mekanik ventilasyondan ayırma ve hemşirelik, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi*, 2011, 19(4):671-681.
130. Kapucu S, Özden G. Ventilatör İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 99–110.
131. Köksal N, Bayram Y, Durmaz O. Geçici takipneli yenidoğan olguların irdelenmesi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 28 (1):9-12.
132. Özyazıcıoğlu N, Çelebioğlu A. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin yenidoğanda ağrıya ilişkin bilgi ve görüşleri, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11:3.

133. Aslan FE, Badır F. Ağrı kontrol gerçeği; hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları, *Ağrı*, 2005, 17:44-51.
134. Kostak M, İnal S, Efe E, Yılmaz H, Şenel Z. Determination of methods used by the neonatal care unit nurses for management of procedural pain in Turkey, *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2015, 65:526-531.
135. Johnston CC, Filion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, Mc Naughton K, Byron J. Enhanced kangaroo mother-care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial, *Journal Perinatol*, 2009, 29(1):51-56.
136. Neal DO. Music as a health patterning modality for preterm infants in the NICU, In partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, The Faculty of The Graduate School of The University of Minnesota, 2008.
137. Özkan H, Polat S. Annelik davranışını öğrenme süreci ve hemşirelik desteği, *Bozok Tıp Dergisi*, 2011, 1(3):35-39.
138. Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç M, Ağapınar S, Özorhan EY. Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2013, 47(3):117-121.
139. Çalışır H, Karacam Z, Akgül AF, Kurnaz DA. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12(1):1-8.
140. Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013,16(2):103-109.
141. Petrova A, Mehta R, Birchwood G, Ostfeld B, Hegyi T. Management of neonatal hyperbilirubinemia: Pediatricians' practices and educational needs, *BioMed Central Pediatrics*, 2006, 6:6.

142. Kagel E, Rayan G. Intravenous catheter complications in the hand and forearm, *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 2004, 56(1):123-7.
143. Saini R, Agnihotri M, Gupta A, Walia I. Epidemiology of infiltration and phlebitis, *Nursing and Midwifery Research Journal*, 2011, 7(1):22-33.
144. Beall V, Hall B, Mulholland JT, Gephart SM. Neonatal Extravasation Overview and Algorithm for Evidence-Based Treatment, *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2013, 13(4):189-195.
145. Erdoğan CB. Nöroşirurji Kliniğinde Periferik İntravenöz Kateter Uygulanan Hastalarda Flebit ve İnfiltrasyon Gelişme Durumu ve Etkileyen Etmenler, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.
146. Coughlin, M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice, *Journal Adverse Nurse*, 2009, 65(10): 2239-2248.
147. Abdel Rasoul GM, Zein El Dein NA, Khalaf SM, Ibrahim ASH. Effect of Designed Guidelines on Nurses' Performance to Prevent Preterm Infants' Hypothermia, *Nurse Health Care International Journal*, 2017, 1(1):1-9.

8. EKLER

EK-1. Anket Formu

A.Sosyodemografik Özellikler
1-Doğum tarihiniz (gün, ay, yıl) lütfen yazınız:
2- Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek
3-En son mezun olduğunuz okul: ()Lise ()Ön lisans ()Lisans ()Yüksek Lisans ()Doktora
4-Çocuğunuz var mı? ()Yok ()Var Var ise sayısı:.....
5- Meslekte çalışma yılınızı lütfen yazınız:
6- Yenidoğan Yoğun Bakım servisinde çalışma yılınızı lütfen yazınız:
7- Haftalık çalıştığınız süre nedir? () 40 saat () 41 saat ve üstü
8- Sizce Yenidoğan Yoğun Bakım seviyelerinde bir hemşire kaç yenidoğana bakmalıdır? 1.düzeyde bir hemşire.....yenidoğana 2.düzeyde bir hemşire.....yenidoğana 3.düzeyde bir hemşire.....yenidoğana
9- Sizce Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde standart bir yenidoğan için banyo hangi sıklıkla yapılmalıdır? () Haftada 1 kez () Haftada 2 kez () Haftada 3 kez () Hekim istemedikçe gerek yok () Diğer
10-Sizce Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde standart bir yenidoğan için ağız bakımı hangi sıklıkla yapılmalıdır? () Günde 1 kez () Günde 2 kez () Günde 3 kez () Hekim istemedikçe gerek yok () Diğer

EK-1. (devam) Anket Formu

<p>11-Yenidoğanın oral yolla beslenmesine/beslenmeye başlamasına nasıl karar verilir?</p> <p>()Hekim direktifi ve hemşire kararıyla ()Sadece hemşire kararıyla</p>
<p>12-Yenidoğanın oral yolla beslenmesine/beslenmeye başlamasına neye göre karar verirsiniz? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p>()Mekonyum çıkışı olan, distansiyon, solunum problemi ve asfiksi olmayan stabilize edilmiş yenidoğanlar beslenmeye başlanmalıdır. ()Sık apne ve bradikardisi, solunum distressi, hipo-hipertansiyonu olan yenidoğanlar beslenmemelidir. ()1000 gr. altındaki prematüre yenidoğanlar ve komplikasyonlu tüm bebeklerin beslenmelerine minimal enteral beslenme ile başlanmalıdır. ()Biberonla beslenecek yenidoğanlara biberon emziği, dilinin 2/3 arka kısmına gelecek şekilde yerleştirilmeli ve biberon emzik kısmında hava kalmayacak şekilde mama ile dolu olması sağlanmalıdır.</p>
<p>13-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde standart bir yenidoğan için alt/pişik bakımına nasıl karar verilmelidir?</p> <p>()Hekim direktifi ve hemşire kararıyla ()Sadece hemşire kararıyla</p>
<p>14-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde standart bir yenidoğan için alt/pişik bakımına neye göre karar verilmelidir? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p>()Yenidoğanın altı, günde en az 6 defa ve kirlendikçe mutlaka değiştirilmelidir. ()Dışkılama sonrası genel durumu iyi olan yenidoğanların altı sabun kullanmadan veya çok kirli ise düşük pH'lı sabunla yıkanabilir. ()Yenidoğanın altı temizledikten sonra açık tutulmamalıdır. ()Pişik oluşma riski olan yenidoğanlara (antibiyotik kullanımı, sepsis vb), pişik oluşmadan müdahale edilmelidir. ()Her alt bakımı yapıldığında gaita ve idrar çıkışı kaydedilmelidir.</p>
<p>15-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde standart bir yenidoğan için umlikal kateter bakımına nasıl karar verilmelidir?</p> <p>()Hekim direktifi ve hemşire kararıyla ()Sadece hemşire kararıyla</p>
<p>16-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde standart bir yenidoğan için umlikal kateter bakımı nasıl ve neye göre yapılmalıdır? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p>() Girişim esnasında resüsitasyon için gerekli malzemeler ve oksijen hazırlanır. () Kateter takılan hastada kanama ve enfeksiyon belirtileri ile mayide sızıntı olup olmadığı kontrol edilir. ()Alt ekstremitelerde dolaşım bozukluğu; morarma, renk ve ısı değişikliği kontrolleri yapılmalıdır. () Umbilikal arter kateterinden ilaç veya sıvı verilmez. ()Kateter alanı kuru tutulur (idrar ve gaitadan)</p>

EK-1. (devam) Anket Formu

<p>17-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yara bakımına nasıl karar verilmelidir?</p> <p><input type="checkbox"/>Hekim direktifi ve hemşire kararıyla <input type="checkbox"/>Sadece hemşire kararıyla</p>
<p>18-Sizce Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yara bakımına neye göre karar verilmelidir? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p><input type="checkbox"/>Yara bakımı; cilt hasarı, enfeksiyöz ajanlarla, flastere bağlı cilt hasarı, basınç ve sürtünme ile meydana geldiğinden yapılacak bakım nedene göre planlanmalıdır. <input type="checkbox"/>Basınç altındaki bölgelere (oksiput, kulaklar, omuz, kalça, topuk, dirsek gibi) koruyucu ped, su yastığı, destek, rulolar konulmalıdır. <input type="checkbox"/>Yenidoğanların yattığı yüzey yumuşak, gergin, açık ve enfekte olmuş, yarası olanlara steril edilmiş çarşaflar kullanılmalı ve çok sık değiştirilmelidir. <input type="checkbox"/>Lezyon oluşmuş ise; 4 saatte bir steril serum fizyolojik ile lezyonlu bölge yıkanmalıdır. <input type="checkbox"/>Yaralı olan bölgeye povidon iyot, alkol vb. antiseptikler sürülmelidir.</p>
<p>19-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ventilatörde olan yenidoğan bakımına nasıl karar verilmelidir?</p> <p><input type="checkbox"/>Hekim direktifi ve hemşire kararıyla <input type="checkbox"/>Sadece hemşire kararıyla</p>
<p>20-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ventilatörde olan yenidoğan bakımı nasıl olmalıdır? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p><input type="checkbox"/>Yenidoğanın ne zaman ventilatöre bağlandığı, kaç numara tüple entübe edildiği ve tüpün kaç cm'de olduğu kaydedilir. Hasta monitöre bağlanır. <input type="checkbox"/>IV set, IV sıvılar, üçlü musluklar ve aspirasyon ekipmanı 72 saat arayla değiştirilir. <input type="checkbox"/>Yenidoğanın pozisyonu 2-3 saat arayla değiştirilir. Dekübit oluşumu önleyici tedbirler alınır. <input type="checkbox"/>Ventilatörde olan yenidoğanda ağız bakımı ağız içinde oluşan pamukçuk ve yaralara göre değerlendirilmeli, uygun bakım yöntemi ağız içi aspirasyondan önce uygulanmalıdır. <input type="checkbox"/>Yenidoğanın hangi modda ventile edildiği kaydedilmeli, her bakımda ventilatör parametreleri kontrol edilmelidir.</p>
<p>21-Sizce yenidoğanın geçici takipnesinin klinik bulguları hangisi veya hangileridir? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p><input type="checkbox"/>Takipne (100-120/dk) <input type="checkbox"/>İnleme <input type="checkbox"/>Burun kanadı solunumu <input type="checkbox"/>Siyanoz <input type="checkbox"/>Retraksiyonlar</p>
<p>22-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğanlarda ağrı yönetimine nasıl karar verilmelidir?</p> <p><input type="checkbox"/>Hekim direktifi ve hemşire kararıyla <input type="checkbox"/>Sadece hemşire kararıyla</p>

EK-1. (devam) Anket Formu

<p>23-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğanda ağrı yönetimi nasıl olmalıdır? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p>() Yenidoğanların stres, ağrı, endişe belirtilerinin azaltılması sağlanmalı, işlem sırasında bebeğe rahat edebileceği uygun pozisyon verilmeli, () Uygun zamanlı ve etkili farmakolojik, nonfarmakolojik ağrı yönetimi stratejileri uygulanarak bakım planı değerlendirilmeli, () Çevresel uyaranların azaltılması sağlanmalı (radyo ve/veya monitörlerin yüksek sesi, yenidoğanın uyuduğu alandaki ani ve sarsıcı hareketler, ışıklar) () İnvaziv girişimlerin deneyimli sağlık personelleri tarafından en kısa zamanda yerine getirilmesi sağlanmalı, () Huzursuzluk yaratacak, ağrılı işlemler sırasıyla, beklenecek yapılmalı ve ekibin buna uyması sağlanmalı.</p>
<p>24-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğan-aile iletişimine nasıl karar verilmelidir?</p> <p>() Hekim direktifi ve hemşire kararıyla () Sadece hemşire kararıyla</p>
<p>25-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğan-aile iletişimde nelere dikkat edilmelidir? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p>() Aileye kendimi, kliniği tanıttım. Aileye her zaman danışabilecekleri birisi olduğu güvenini veririm. () Ebeveynlerin, yenidoğanın hastalığı hakkında duygu, düşünce, deneyim ve beklentilerini anlatmalarını sağladım. () Anne-yenidoğan iletişimini (ten teması/göz teması/kucağa alma) erken dönemde başlatılmasını sağladım. () Ebeveynleri yenidoğanın bakımına katarım ve bakımın sürekliliğini sağladım. () Yenidoğanın ailesine hakları ve seçimleri konusunda bilgi veririm.</p>
<p>26-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğanın aspirasyon gereksinimine nasıl karar verilmelidir?</p> <p>() Hekim direktifi ve hemşire kararıyla () Sadece hemşire kararıyla</p>
<p>27-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğanın aspirasyon gereksinimine neler dikkate alınarak karar verilmelidir? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.</p> <p>() Hemşire öncelikle yenidoğanın aspirasyon gereksiniminin olup olmadığına doğru olarak karar verebilmelidir. () Farkedilmemiş aspirasyon gereksinimi, hastanın havayollarının tıkanıklığına ve hatta ölümüne neden olabileceken; gereksiz yere sık yapılan aspirasyonlar, daha önce sayılan komplikasyonların ortaya çıkışına zemin hazırlayabilir. () Yenidoğanın aspirasyon gereksinimi doğru şekilde saptandıktan sonra "aseptik tekniklere uygun şekilde aspire etmek" gerekir. () Aseptik tekniklere uyulmaksızın yapılan aspirasyon yenidoğanda enfeksiyon gelişmesine neden olabilirken, yeterince havalandırılmadan ve oksijenlendirilmeden, uzun süreli yapılan aspirasyonlar da kalp ritim bozukluklarına ve kardiyak arreste neden olabilmektedir.</p>

EK-1. (devam) Anket Formu

28-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğan sarılığı olduğunda fototerapi gereksinimine nasıl karar verilmelidir?

- Hekim direktifi ve hemşire kararıyla
 Sadece hemşire kararıyla

29-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğan sarılığı olduğunda fototerapi gereksinimi hangi kriterlere göre karar yapılmalıdır? **Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.**

- Sarılık, genellikle doğumdan 2-3 gün sonra görülüp, 7-10 gün içinde kaybolur ve sarılığın kaybolması en son göz aklarında olur. Yenidoğanda sarılık daha sık ve şiddetli görülür ve 4-5. günde belli olur.
 Yenidoğanın yeterli sıvı ve kalori alması sağlanmalıdır.
 Fototerapi, zamanında doğan veya erken doğan tüm yenidoğanlarda uygulanır.
 Yenidoğanın alacağı açığı ayarlandıktan sonra, gözleri fototerapi gözlüğü ile kapatılmalıdır. Yenidoğanın üstünde bezi dışında hiçbir giysi olmamalıdır, yenidoğan küçük veya prematüre ise bezi katlanarak küçültülmeli, foto alacağı vücut alanı genişletilmelidir.
 Cildi yağlanmış olmalıdır. Genital organlar ışığa maruz kalacak ise, ışık geçirmeyen bir örtü (steril spanç ile sarılmış karbon kağıdı) yerleştirilmelidir.

30-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğanda IV İlaç uygulamasına bağlı infiltrasyon, kızarıklık gibi bir semptom oluşmuşsa izlenilecek prosedüre nasıl karar verilmelidir?

- Hekim direktifi ve hemşire kararıyla
 Sadece hemşire kararıyla

31-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğanda IV İlaç uygulamasına bağlı infiltrasyon, kızarıklık gibi bir semptom oluşmuşsa ne yapılmalıdır? **Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.**

- IV kanül çevresi ve infüzyon bölgesi sık aralıklarla gözlenmelidir.
 IV kanüller uygulanırken distal bölgelerden başlanıp proximale doğru bir yol izlenerek uygulanmalıdır.
 IV kanüller şeffaf örtü ile tespit edilmeli, üzerleri aşırı kapatılmamalı ve çok sıkı tespit edilmemeli.
 Damar yolu mutlaka en geç 72 saat içinde yenilenmelidir. İlaçlar mümkün olduğu kadar yavaş bolus şeklinde verilmelidir.

32-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde termogülasyon düzenlemesi nasıl sağlanmalıdır?

- Hekim direktifi ve hemşire kararıyla
 Sadece hemşire kararıyla

EK-1. (devam) Anket Formu

33-Sizce yenidoğan yoğun bakım ünitesinde termogölasyon nasıl kontrol edilmelidir? **Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.**


()1500 gr dan küçük, küvöz içinde izlenen, hipotermi ve hipertermisi bulunan, septik, asfiktik, prematür, SGA ve immatür yenidoğanların vücut ısıları mümkünse monitörize edilerek 24 saat boyunca kontrol edilmelidir.

()Yenidoğanın cildi transepidermal sıvı kaybını önlemek amaçlı olarak nemlendirilmemelidir.

()Mümkünse çift duvarlı küvöz kullanılmalıdır ve yenidoğanın başı bir şapka/örtü ile örtülmelidir.

()Yenidoğanın hızla ısıtılması durumunda apne ve hipotansiyon gelişebileceği unutulmamalı ve yenidoğan bu açıdan dikkatle gözlenmelidir.

EK-2. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Kararı

	T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI	
TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO
03/09/2015	20	08

Enstitümüz Yönetim Kurulu 03/09/2015 Perşembe günü saat 15:00'da, Enstitü Müdür Vekili Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER'in, 03/08/2015 tarih ve 78033166/522 sayılı toplantıya çağrı yazısına istinaden toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

GÜNDEM:

- Enstitümüz bünyesinde bulunan Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine YARAR'ın, tez öneri formu görüşüldü.


KARAR NO 2015/20-08:

- Enstitümüz bünyesinde bulunan Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine YARAR'ın, "**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yarı Bağımlı ve Bağımsız Rollerinin Bakım Standartlarına Göre Karşılaştırılması ve Belirlenmesi**" başlıklı tez konusunun kabulüne, adı geçen öğrencinin tez yazımına başlamasına ve gereği yapılmak üzere Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına bildirilmesine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir


ASLI GİBİDİR.
11/09/2015
Raportör
Mehmet KAYA
Enstitü Sekreter V.

EK-2. (devam) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Enstitüsü Yrd. Doç. Dr. Sibel Küçük 'ün öğrencilerinden Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yarı Bağımlı Ve Bağımsız Rollerinin Bakım Standartlarına Göre Karşılaştırılması Ve Belirlenmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. 
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ()
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ()

ETİK KURUL KARARI

Oturum / Sıra No.	05/06
Karar Tarihi	14.10.2015
Karar No.	122

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

İMZA		
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	
Doç. Dr. Cenksu ÜÇER	Üye	
Doç. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Musa Kazım ARICAN	Üye	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	

EK-2. (devam) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Kararı



**T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**
Genel Sekreterlik

Sayı : 75265783-7333
Konu : Araştırma İzni (Emine YARAR).

25...02.2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği' nin 22.02.2016 tarihli, E.2508 sayılı ve "Araştırma İzni (Emine YARAR)" konulu yazısı.

İlgi yazı sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz / rica ederim.

Suat CİHANGİR
Rektör a.
Genel Sekreter

Ek: İlgi Yazı Sureti.

EK-2. (devam) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Kararı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 2. BÖLGE KHGBS
EĞİTİM BİRİMİ
22 02 2016 12:17 - 85346189 - 605.01 - E.2508
00019557901

Sayı : 85346189/605.01
Konu : Araştırma İzni/Emine YARAR

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi: a) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörlüğü'nün 23.12.2015 tarihli ve 75265783/7821 sayılı yazısı.
b) Emine YARAR'ın 19.02.2016 tarihli başvurusu.

İlgi (a) yazı ve (b) başvuru ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik bölümü yüksek lisans programı öğrencisi Emine YARAR'ın "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yarı Bağımlı ve Bağımsız Rollerinin Bakım Standartlarına Göre Karşılaştırılması ve Belirlenmesi" konulu tez çalışması kapsamında Birliğimize bağlı muhtelif sağlık tesislerinde anket uygulaması yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi talep edilmektedir.

Bahsi geçen talebin Yöneticiliğinizce değerlendirilmesi uygun bulunması halinde; çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Emine YARAR tarafından belirtilen tarihler arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi gerekmektedir.

Konu hakkında Genel Sekreterliğimize ve mezkur üniversiteye bilgi verilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Aziz Alper BİTEN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: İlgi (b) Başvuru Örneği (14 sayfa)

Dağıtım:
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörlüğü (Ek Konulmadı)
Dr. Sami Ulus Kadın Doğ. Çocuk Sağ. ve Hst. E.A.H.
Etlik Z. Hanım Kadın Hst. E.A.H.
Ankara Çocuk Sağ. ve Hst. Hem. Onk. E.A.H.

Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastahkları
E.A.H. Aşağı Eğlence Mah. Yeni Etlik Cad. Etlik-Keçiören/ANKARA
gulden.bayraktar@saglik.gov.tr (Eğitim Birimi)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3fc47e4e-d185-4e98-85d6-4ff6cab408bc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 73799008
Konu : Emine YARAR/Araştırma İzni

SAĞLIK BAKANLIĞI T.K.H.K.
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları E.A.H.
Giden No:4580 11/04/2016 10:45:03

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)



Üniversiteniz Sağlık Bilimler Enstitüsü hemşirelik bölümü yüksek lisans programı öğrencisi Emine YARAR'ın dilekçesi ve Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 22/02/2016 tarihli ve 85346189-605.01-E.2508 sayılı araştırma izni konulu yazı gereğince "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yarı Bağımlı ve Bağımsız Rollerinin Bakım Standartlarına Göre Karşılaştırılması ve Belirlenmesi" konulu araştırmanızı Hastanemizde hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat öğrencinin kendisi tarafından , katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamların alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliğine gönderilmesi kaydıyla Hastanemiz Yöneticiliğince uygun bulunmuş olup EPK kararı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Y. SARI
Hastane Yöneticisi V.

Ek:1

**EK-3. (devam) Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzni**

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 73799008
Konu: Araştırma İzni Hk.

...../...../2016

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ EĞİTİM PLANLAMA KURULU
07/04/2016 Perşembe günü saat 09:00' da toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik bölümü yüksek lisans programı öğrencisi Emine YARAR'ın "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yarı Bağımlı ve Bağımsız Rollerinin Bakım Standartlarına Göre Karşılaştırılması ve Belirlenmesi" konulu çalışmasını Hastanemizde gerçekleştirme isteği Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulunca uygun bulunmuştur.

BAŞKAN
Uzm. Dr. Eyüp SARI
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Uzmanı

BAŞKAN YARDIMCISI
Uzm. Dr. Pelin ZORLU
Çocuk Sağlığı Hastalıkları
Eğitim ve İdari Sorumlusu

ÜYE
Prof. Dr. Zehra AYCAN
Çocuk Endokrinolojisi
Eğitim ve İdari Sorumlusu

..../04/2016

Uzm. Dr. Eyüp SARI
Hastane Yöneticisi V.

EK-4. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzni

İADELİ TAHHÜTLÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 2.BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hastane Yöneticiliği

SAYI : 90057706-900/EĞİTİM SEKR.
KONU: Araştırma İzni/ Emine YARAR


1326

03 Mart 2016

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
ANKARA

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine YARAR tarafından sunulan “yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yarı bağımlı ve bağımsız rollerin bakım standartlarına göre karşılaştırılması ve belirlenmesi ” konulu tez çalışması 25.02.2016 tarih ve 205 sayılı karar ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Op.Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
Hastane Yöneticisi

**EK-5. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Araştırma İzni**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı :
Konu : Çalışma İzni (Emine YARAR)


07870 *24.12.2015

TC
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

İlgi: 11.12.2015 tarihli 7772 sayılı yazınıza istinaden;

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine Yarar'ın tez çalışması kapsamında hastanemizde anket uygulaması yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.


Doç. Dr. Murat KIZILGÜN
Hastane Yöneticisi

**EK-5. (devam) Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzni**



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : 75265783- 8006
Konu : Çalışma İzni (Emine YARAR).

3.12.2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nin 24.12.2015 tarihli, 7870 sayılı ve Çalışma İzni (Emine YARAR) konulu yazısı.

İlgi yazı sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz / rica ederim.

Suat CİHANGİR
Rektör a.
Genel Sekreter

Ek: İlgi Yazı Sureti.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Emine YARAR tarafından yürütülen "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Yenidoğan Bakımına İlişkin Rollerini Bilme Durumları" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Amacı: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yenidoğan bakımına ilişkin rollerini bilme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.
- b. Araştırmanın İçeriği: Araştırmacı tarafından hazırlanan ve iki bölümden ve 36 sorudan oluşan anket formu ile toplanacaktır. Anket formunun ilk bölümü; katılımcıların yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, mezuniyet durumu, meslekte ve YYBÜ'da çalışma yılı, haftalık çalışma süreleri, YYBÜ bakım düzeylerine göre bir hemşirenin bakması gereken yenidoğan sayılarına ait yanıtları içeren sosyodemografik özelliklerine ait beşi açık, üçü kapalı uçlu 8 sorudan oluşmaktadır. Anket formunun ikinci bölümü; hekim direktifi hemşire kararı ile yapılan bakım uygulamalarından oral beslenme, umbilikal kateter bakımı, yara bakımı, ventilatörde olan yenidoğan bakımı, yenidoğan geçici takipnesi, ağrı yönetimi, aspirasyon gereksinimi ve IV ilaç uygulamalarında infiltrasyon oluşmuş ise bilmeye ait literatür doğrultusunda oluşturulan ve sadece hemşire kararı ile yapılan bakım uygulamalarından banyo yaptırma, göz bakımı, burun bakımı, ağız bakımı, alt/pişik bakımı, anne-yenidoğan iletişimini sağlama, termoregülasyonu düzenlemesine ait literatür doğrultusunda oluşturulan toplam 25 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.
- c. Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez çalışması
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
- e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: En az 6 ay YYBÜ'sinde çalışmak, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenler olacaktır
- f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Çocuk Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk

EK-6. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde yapılacaktır.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığımda herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK-7. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Emine YARAR
Doğum tarihi	: 21.05.1981
Doğum yeri	: Amasya/Merzifon
Medeni hali	: Evli (3 Çocuk Annesi)
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 05313710130
Faks	: -
E-mail	: emineyarar1968.ey@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Fatih Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi
Lisans	: Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Yüksek lisans	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora	: -
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: 57.50
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	