

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HEMŞİRELİK
BAKIMININ YOĞUNLUĞU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fadik ÇÖKELEK

Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Dilek Yıldırım

ANKARA
Eylül 2012

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HEMŞİRELİK
BAKIMININ YOĞUNLUĞU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fadik ÇÖKELEK

Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Dilek Yıldırım

ANKARA
Eylül 2012

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi: 14/09/2012



**Doç. Dr. Dilek YILDIRIM
Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Jüri Başkanı**



**Yrd. Doç. Dr. Ebru TÖRÜNER
Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi**



**Yrd. Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi**

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Simgeler, Kısaltmalar Ve Tanımlar Dizini Tablolar	vi
Tablolar Dizini	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hemşirelik Bakımı	4
2.2.Hemşirelik Bakım Yoğunluğu	4
2.3.Hemşirelik Bakım Yoğunluğu Ölçüm Araçları	6
2.4. Hemşirelikte iş yükü	8
2.5. Hemşirelik Aktiviteleri	10
2.6. Yeni doğan Yoğun Bakım	13
2.7. Yeni doğan Yoğun Bakım Hemşireliği	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Hedefleri	19
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni	22
3.4. Araştırmanın Örneklemi	22
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	22

3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ	45
6.1. Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	47
7. ÖZET	48
8. SUMMARY	50
9. KAYNAKLAR	52
10. EKLER	59
11. TEŞEKKÜRLER	66
12. ÖZGEÇMİŞ	67

SİMGELER, KISALTMALAR ve TANIMLAR DİZİNİ

BAPM: The British Association of Perinatal Medicine (BAPM)

TISS: Terapötik Müdahale Puanlama Sistemi (Tiss)

NAS: Hemşirelik Aktiviteleri Puanlaması (NAS)

YDYBÜ: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi

NG: Nazogastrik tüp

OG: Orogastrik tüp

IM: Intra musküler (kas içi) enjeksiyon

SC: Sübkütan (yağ dokusu) enjeksiyon

IV: Intra venöz (damar içi) enjeksiyon

EKG: Elektrokardiyografi

CPR: Kradiyopulmoner resistasyon- Canlandırma

AÇT: Aldığı- çıkardığı takibi

NPAP: Nasal Continuous positive airway pressure

USG: Ultrasonografi

EKO: Ekokardiyografi

O2: Oksijen

LP: Lumber Ponksiyon

PET: Periferic Exchange Tranfüzyonu

TET: Total Exzhange Transfüzyonu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Bakım Yoğunluğu Tanımları.....	5
Tablo 2: Çalışma Yapılan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Yatak Sayısı, Yoğun Bakım Düzeyi, Vardiyalara Göre Hemşire Sayısı.....	21
Tablo3: Gündüz ve Gece Vardiyasında Düzeylere Göre Toplanan Verilerin Sıklığı ve Yüzdesi.....	25
Tablo 4: Gündüz Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Direk Ve İndirek Hemşirelik Uygulamalarının Yüzdesi.....	26
Tablo 5: Gündüz Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Direkt Hemşirelik Uygulamalarının Yüzdesi.....	27
Tablo 6: Gündüz Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Hemşirelik Uygulamalarının Arasındaki Farklar.....	29
Tablo 7: Gece Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Direk Ve İndirek Hemşirelik Uygulamalarının Yüzdesi.....	32
Tablo 8: Gece Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Direkt Hemşirelik Uygulamalarının Yüzdesi.....	33
Tablo 9: Gece Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Hemşirelik Uygulamalarının Arasındaki Farklar.....	35
Tablo 10: Yoğun Bakım Düzeylerine Göre Yapılan Hemşirelik Uygulamalarının Yoğunluğu.....	38

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Hemşirelik mesleğinin ortaya çıktığı ilk günden itibaren hastalar her gün daha çok hemşirelik bakımına ihtiyaç duymakta ve hemşirelik bakımının değişkenliği de önemli derecede artmaktadır.⁴⁴

Hemşire liderler, hastane ortamında hastalar tarafından talep edilen bakımı hemşirelik kaynaklarını kullanarak etkin bir şekilde karşılama kararını verebilmek için geçerli ve güvenilir bilgiye ihtiyaç duyarlar. Hemşirelik bakım yoğunluğunu ölçmek, bir ortamda zorunlu personel politikası altında personel sağlama, hemşirelik bakım ücretlerine karar verme ve hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek için klinisyen hemşirelere ve yöneticilere yardımcı olmasıyla önemlidir.⁴⁵ Hemşirelik bakım yoğunluğu verileri her hastane için personel planlama ve maliyet çalışmaları için kullanılabilir. Ayrıca bakım yoğunluğundaki değişikliklerin tanımlanması ile hastaneler arası ve bölgeler arası bakım maliyetleri karşılaştırılabilir.⁴³

Bakım yoğunluğunu ölçme, bir tür yöntem ve hastaların gruplandırılarak sunulan sağlık hizmeti içinde hemşirelik bakım zamanını tahmin etmektir. Çevre, teknoloji ve hasta nüfusu sağlık sistemini hızlı değişime zorunlu kılan faktörlerdir.²³ Müşteriler tarafından oluşan talep ihtiyacı, yöneticilerin yapı standartları geliştirmesine, personel planlaması yapmasına, trend analizi yapmasına, bütçe hazırlamasına ve verimliliği izlemeye itmiştir.¹⁶

Hasta bağımlılığı, hastalıkların çeşitliliği, bakımın karmaşıklığı ve bakım yönetimi hemşirelik bakım yoğunluğu şemsiyesi altında yer almaktadır. Hemşirelik bakım yoğunluğu hemşirelik aktiviteleri, bakım süresi, bakım

aktivitelerinin derecesi ve zorluğu veya gerekli entelektüel faaliyetler ile farklı şekillerde ölçülür.³⁵

Elizabeth ve Peggy (1994)'in yaptıkları çalışmada hemşirelik bakım yoğunluğu sistemi kullanılarak hasta fonksiyonlarını değerlendirme amaçlanmıştır. Zone Smith (2007)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin her hasta için tuttuğu bireysel bakım kayıtları incelenerek direk hemşirelik bakımına ayrılan saat tahmin edilmiş ve hemşirelik bakım yoğunluğu ölçme aracı personele karar verme, faturalandırma ve ödeme ve en yüksek kalitede bakım ve hasta güvenliğine erişme amacıyla tasarlanmıştır. Miranda ve ark. (2003) yoğun bakımda hemşirelik iş yükünü ölçmek amacıyla, yoğun bakımda uygulanan hemşirelik aktivitelerini tanımlamış ve ardından bir hafta boyunca bu aktiviteler gözlemlenerek kayıt altına almış, sonuç olarak hemşirelik aktivite puanlama sisteminin yoğun bakımlarda kullanılmasının uygunluğu önerilmiştir.

Ülkemizde hemşirelik aktivitelerini tanılamaya yönelik olarak yapılan iş ölçüm çalışmalarında sürekli gözlem, çalışanların bildirim, kayıtlar, iş örnekleme yöntemlerinden yararlanılarak hemşire aktivitelerine ayrılan zamanlar incelenmiş ve hemşirelerin direkt ve indirek bakım aktivitelerine ayırdıkları zamanlar hesaplanmıştır.²⁰

Ülkemizde yoğun bakımlarda hemşirelerin direkt ve indirek bakım aktiviteleri ölçme çalışmaları incelendiğinde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan herhangi bir çalışmayla karşılaşılmamıştır.

Yaşamın ilk ayında ölme olasılığı (binde 13) sonraki 11 ayda ölme olasılığından (binde 4) yaklaşık olarak 3 kat daha fazladır. Neonatal dönemde meydana gelen ölümler bebek ölümlerinin %76'sını oluşturmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım, kritik hastalığa sahip bebeklerin sürekli hemşirelik bakımının,

karmaşık cerrahi işlemlerin, solunum desteği ve diğer yoğun müdahalelerin olduğu bir yerdir. Şimdilerde sosyal bir olgu olan genç anne adaylarının varlığı neonatolojideki teknolojik gelişmeler ve doğurganlığa neden olan tıp teknolojisinin birden fazla bebeğe olanak sağlaması yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin sayısını artırmaktadır.¹⁷

Hemşirelik aktiviteleri puanlama (Nursing activities scores NAS) Miranda ve arkadaşları (2003) tarafından, yoğun bakım hastaları için harcanan hemşirelik bakım zamanını belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve 23 maddeden oluşmaktadır. Bu bağlamda bu çalışma için yenidoğan yoğun bakım ünitesine özgü hemşirelik aktiviteleri tanımlanmıştır. Bunun yanında tanımlanan hemşirelik aktiviteleri gruplandırılmıştır.

Ülkemizin en büyük yenidoğan yoğun bakım ünitesine sahip olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapılan bu çalışma ile yenidoğana özgü hemşirelik bakım yoğunluğu verileri ortaya çıkmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşirelik bakım yoğunluğunun ölçülmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımı, hemşirenin, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönde mevcut ya da olası sağlık problemlerine sahip bireyin bakım gereksinimlerini belirlemeye, karar vermeye, uygulamaya, değerlendirmeye ve bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilir düzeye getirmeye yönelik kurduğu yardım edici ve savunucu bir ilişki türü, etik ve yasal bir sorumluluğudur.⁵

2.2.Hemşirelik Bakım Yoğunluğu

Bakım yoğunluğu, bakım eylemleri ve hasta bakım ihtiyaçlarının tahmininde yapılan hemşirelik bakım aktiviteleridir. Diğer bir tanıma göre, belirli bir hastanede bir grup hastaya sunulan toplam hemşirelik bakımının zamanını ölçmektir.⁵⁰ Bakım yoğunluğu, bir hasta tarafından ihtiyaç duyulan hemşirelik bakımının miktarını ve karmaşıklığını ölçmez. Bakım yoğunluğu hemşirelik iş yükünü ölçmek için kullanılır.⁵¹ Hemşirelik bakım faaliyetleri genellikle doğrudan (direk) ve hasta bakımı destekleyen dolaylı (indirek) bakım uygulamalarını içerir.⁵¹

Tablo 1: Bakım Yoğunluğu Tanımları

Bakım Yoğunluğu Tanımları	Ölçüm Tipleri	Ölçüm Teknikleri	Kaynak
“bir hastanın ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakım miktarı ölçüsü”	Ölçme	*Miktar *Güçlük	Adomat, (2004,p.304)
“hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek için hemşire kaynaklarını ölçme yolu ve hemşire kaynakları ile hasta ihtiyaçlarını arasındaki bağlantı kurma yolu”	Operational	*Zaman *Keskinlik noktaları	Diers&Bozzo,(1997,p.125)
“bakım faaliyetleri ve hemşirelerin hastaların ihtiyaç duydukları bakım aktivitelerinin temel tahminidir”	Tanımlayıcı	*Bakım faaliyetleri ve aktiviteleri *İhtiyaçların tahmini	Fagerström, Bergbom Engberg ve Erikson,(1998,p.371)
“Bakım döneminde veya hastanede kalış süresince bireysel hasta bakımı için kullanılan hemşirelik kaynaklarının tipi ve miktarıdır. Daha açık olarak, sunulan hemşirelik hizmetleri içindeki gereksinim duyulan direk ve indirek bakımı tanımlamak ve veri toplamak.”	Ölçme	*Miktar *Tip *Zaman çerçevesi *Süre (direk ve indirek bakım zamanı) *Hemşirenin seviyesi	O’Brien-Pallas ve Giovanetti,(1993,p.69)
“özel bir zaman periyodunda bir hastanın bakım ihtiyaçlarının miktarı ve karmaşıklığının kombinasyonudur.”	Ölçme	*Miktar *Güçlük *Zaman çerçevesi	Prescott ve Philips,(1988,p.17)
“ideal bir hemşirelik bakım yoğunluğu ölçme servis doluluğu ve verilen hizmetin düzeyini kapsmalıdır.”	Ölçme	*Servis doluluğu *Hizmet düzeyi	Thompson, (1984,p.53)
“özellikli bir hastanede verilen hemşirelik hizmeti kapsamında bir grup hastaya sunulan total hemşirelik bakım zamanını ölçme.”	Ölçme	*zaman (toplam zaman) *personelin değişkenliği	Welton, Zone-Smith,Hughes,Stoval,Foul ois ve Crummer,(2003)

Kaynak: Zone- Simith LK, Psychometric Testing Of A Nursing İntensity Workload Measurement Instrument, The Degree Of Doctor. Carolina: Medical University Of South Carolina; 2007

Hemşirelik bakım yoğunluğunun tanımlarından bazıları Tablo 1’de verilmiştir. Oluşturulan tanımlardan yola çıkılarak varılan hemşirelik bakım yoğunluğu, bakım yoğunluğunun içeriği ile ölçüm süresince ihtiyaç duyulan belirlenen kaynakların birleştirilmesidir olarak söylenebilir.

Profesyoneller tarafından hala ortak bir hemşirelik bakım yoğunluğu kabul edilmiş değildir.⁵¹

2.3.Hemşirelik Bakım Yoğunluğu Ölçüm Araçları

Geliştirilmiş hemşirelik bakım yoğunluğunu ölçme araçları;

➤ **Ambulatory Intensity System (AIS):** AIS ayaktan hastalar ve süreli hasta yoğunluğu ile hastanın hastalığın derecesinin yanı sıra kapsamlı bakım sağlamak için gerekli direk ve indirekt bakım miktarını ölçmek için kullanılan bir mekanizmadır. Aracın amacı yeterli personel atamaları ve olumlu hasta sonuçlarını sağlamaktır.^{26,51}

➤ **Community Health Intensity Rating Scale (CHIRS):** Üç toplum sağlığı hemşire uzmanı tarafından 15 toplum sağlığı parametresi tanımlanarak ve açıklanarak dört seviye olarak CHIRS’i geliştirildi. Parametreler Omaha Sınıflandırma Şeması’nın 44 toplum sağlık sorunundan elde edilmiştir. Toplum sağlığı için kullanılmaktadır.⁵¹

➤ **Nursing Intensity Database (NID):** Mevcut verilerle hemşirelik iş yükünü değerlendirmek, maliyetler ile hemşirelik kaynak harcamalarını karşılaştırmak, hasta ve kalite sonuçlarını değerlendirmek, personel düzeyleri ve varyansını karşılaştırmak için yoğun bakım hemşireleri tarafından geliştirilmiştir.⁵¹

➤ **Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAOINCIL):** PAOINCIL amacı The Oulu Sınıflandırma Sistemi kullanılarak hemşire başına optimal bireysel hasta bakım yoğunluk düzeyini kurmak için personel kaynaklarını tahsis etmektir.⁵¹

➤ **Patient Intensity for Nursing Index (PINI):** Aracın amacı hemşire fatura şemaları kullanmak için hastalar için bireysel bakım masrafları belirlemek; diğer değişkenler ile maliyetlerin ilişkisini incelemek ve hasta yoğunluğu ölçmektir.⁵¹

➤ **Patient Intensity for Nursing Ambulatory Care (PINAC):** Araç hemşireler tarafından ayaktan hastalar için PINI'den türetilerek geliştirilmiştir.⁵¹

➤ **The School Health Intensity Rating Scale (SHIRS):** Okul hemşiresinin öğrencilerle geçirdiği zamanı ölçmek için geliştirilmiştir.⁵¹

➤ **Terapötik Müdahale Puanlama Sistemi (Tiss):** 1974 de Boston Massachusetts Genel Hastanesi'nde Cullen ve arkadaşları tarafından yoğun bakım da hasta sağlık profilini ve hemşirelik iş yükünü ölçme amacıyla oluşturulmuştur. Sistemin ilk sürümü bir grup uzman tarafından hemşirelik faaliyetlerini gerçekleştirmek için gerekli zaman ve efor için birden dörde kadar verilen puanla belirlenen toplam 57 terapötik girişimden oluşuyordu.^{15,32}

➤ **Hemşirelik Aktivite Puanı (NAS):** Yoğun bakım ünitelerinde hemşire iş yükünü ölçen araç kullanmak her hasta ihtiyaçlarını karşılayan kaliteli bakım sağlama ve profesyonellerin eksikliklerini tartışma, teknolojik değişikliklerin etkisini tanımlama ve kritik hastalara yönelik bakımı iyileştirmek için yararlıdır. Bu sorulara yanıt vermek amacı ile Hemşirelik Aktivite Puanı (NAS) geliştirilmiştir.

2.4. Hemşirelikte İş Yüğü

Hemşire ve iş yüğü arasındaki yeterliliğı tanımlama yoğun bakım ünitelerinde artan tedavi ücretleri ve kaynakları etkin kullanma ihtiyacından doğmuştur. Bakım ücretleri hasta bakım ihtiyaçlarına göre ayarlandığı için yoğun bakımlarda diğer elementlerden daha fazla maliyete neden olmaktadır.²⁷

Hemşire personelin sayısını ayarlamak için, güvenilirliğı kanıtlanmış bir iş yüğü ölçüm aracı kullanılması önerilir. Hemşireler ve yönetim arasında güven sağlama için böyle bir egzersizin başarısı oldukça önemlidir. Geçmişte, iş yüğü ölçüm araçları ideolojik ve metodolojik anlaşmazlıklar nedeniyle provoke edilmiştir. İlk durumda, hemşireler bilimsel yönetim tekniklerini mesleki faaliyetleri için tehdit olarak algılamış, ikinci durumda ise farklı iş yüğü ölçüm araçlarının geçerlilik ve güvenilirliğı sorgulanmış ve onların tahminleri şüphe uyandırmış.³⁴

İş yüğü elektif ve acil yatış oranları, işçi devir oranı, hastanede kalış süresi, karmaşık vakalar ve yaş ortalaması gibi farklı faktörlerden etkilenir. Diğer daha az ölçülebilir faktörler iş yükünü direk etkilemektedir. Bunlar; çevre (servis düzeni, uygun ekipman durumu, yoğun bakım servis durumu, yatak yönetim sistemleri vb), hakim olan hemşirelik felsefesi ve hemşirelik ekibinin oluşumu (primer hemşirelik, takım hemşireliğinin görev dağılımı); hemşire personelinin bireysel özellikleri (becerileri, tecrübeleri ve servis bilgisi); ve farklı tıbbi tedavi yaklaşımlardır.³⁴

Hemşirelik iş yüğü genel olarak tanımlanırsa belirli bir zaman periyodunda sergilenen hemşirelik aktivitelerinin miktarının ortaya çıkarılmasıdır. Bu tanım ne karmaşıklıkta bilgilerin farklılığını ne hemşirelik aktivitelerinin

çeşitliliği için gerekli bilgi ve becerileri ne de hemşirelik iş yükünü etkileyen hasta ihtiyaçlarını ve farklı durumları kabul eder.²²

Hemşirelikte iş yükü çeşitli nedenlerden dolayı önemlidir. Birincisi, iş yükü düzeyi hastanedeki hastaların mortalite ve morbitidite sonuçlarını etkilediği gösterilmiştir. İkincisi, iş yükü düzeyi hastane ortamında çalışan hemşireleri işde tutma ve iş doyumunu etkilediği gösterilmiştir. Buna göre hemşirelik iş yükünü ölçme ve yönetme hemşireler, hastalar ve işverenler için sonuçların optimizasyonu için bir potansiyele sahiptir. İş yükü verileri hastanedeki hemşirelik hizmetleri bütçesi ve ücret yönetimi için bilgilendirmesi açısından önemlidir. Hemşirelik iş yükü verileri de araştırma, bütçeleme ve planlama süreçleri ve performans yönetimi, hesap ve finansmanı kolaylaştırmak için destek sağlar.²²

Fagerstrom ve arkadaşları (2000) hemşirelik iş yükünü ölçmek için nitelikli bir yaklaşım kullanmıştır. Hemşireler, hastaların ihtiyacı olan hemşirelik bakım yoğunluğunu düzeyini değerlendirilir. Fagerstrom and Rainio (1999) hastanın bakım ihtiyacı ile bakım sağlayan uygun hemşire sayısı arasındaki dengenin hemşirelik bakım yoğunluğu düzeyi ile tanımladı. Rauhala ve Fagerstrom (2004) bakım düzeyi ile hasta ihtiyaçları arasında yararlı bir ilişki göstermiştir. Buna göre hemşirelerin bireysel özellikleri önemli bir potansiyele sahiptir. Örneğin, hasta yenidoğanların ve ailelerinin değişen ihtiyaçları karşısında sergiledikleri tecrübe ve becerileri gibi.³⁶

Hemşirelik iş yüküne göre (hasta sınıflandırma sistemi) oluşturulan yöntem hastaların günlük bireysel hemşirelik bakım gereksinimlerini ölçtüğü için diğer maliyetleme yöntemlerine göre hemşirelik hizmetini değerlendirmede daha doğru olduğu ileri sürülmektedir. Bir bakım ünitesinde her hasta için gerekli olan bakım ihtiyacı açıkça belirlendiğinde hemşire insan gücü planlaması, hemşirelik

maliyetlerinin belirlenmesi ve hemşirelik bütçesinin oluşturulmasında hemşire yöneticilere oldukça kullanışlı veriler sunar.⁴⁷

Yoğun bakım ünitelerinde otuz yıl içinde maliyet yarar oranını kanıtlama ve hastalıkların çeşitliliğini ölçmenin yanında hemşirelik iş yükünün gerçek maliyetini yakalamak amacıyla çeşitli ölçüm araçları geliştirilmeye teşebbüs edilmiştir.¹⁵

2.5. Hemşirelik Aktiviteleri

Aktivite, hemşirelik personeli üyelerinin hasta üzerindeki işlemler ya da olaylardaki davranışlarını tanımlamaktadır. Hemşirelik girişimleri hemşirenin sergilediği davranış ve hareketlerdir.^{15,32}

Ulusal ve uluslararası literatür hemşirelik iş yüklerini ölçmeyi amaçlayan araçlarının varlığı yeni bir olay olmadığını gösterir; yoğun bakıma özel olmasa da ancak, çeşitli yöntemler yoğun bakım dahil daha geniş bir perspektif çerçevesinde geliştirilmiştir. Bu yüzden bu ünitelerde hedefe odaklanmış bakım ölçüm araçları geliştirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlar arasında Terapötik Müdahale Puanlama Sistemi (Tiss), uluslararası literatürde yoğun bakımda hemşirelik iş yükünü ölçmek için kullanılan öncü araçtır.^{15,32}

Terapötik Müdahale Puanlama Sistemi (Tiss), 1974 de Boston Massachusetts Genel Hastanesi'nde Cullen ve arkadaşları tarafından yoğun bakım da hasta sağlık profilini ve hemşirelik iş yükünü ölçme amacıyla oluşturulmuştur. Sistemin ilk sürümü bir grup uzman tarafından hemşirelik faaliyetlerini gerçekleştirmek için gerekli zaman ve efor için birden dörde kadar verilen puanla belirlenen toplam 57 terapötik girişimden oluşuyordu.^{15,32}

Bu endeks 1983 yılında gözden geçirilerek 76 terapötik girişimi kapsayarak, güçlük, tehlikenin derecesi, hemşire ve doktorlar tarafından gerçekleştirilen zamanı içerecek şekilde güncellenmiştir. Bu versiyonda, hastalar en yüksek ve en düşük yoğun bakım ihtiyaçlarına göre hala dört sınıfta değerlendirildi.^{15,32}

Terapötik Müdahale Puanlama Sistemi (Tiss-76), dünyada uygulanmasından 16 yıl sonra, Miranda ve arkadaşları Hollanda Groningen Üniversitesi Hastanesi'nde, ihtiyaçları karşılamak ve Tiss-76'yı daha pratik uygulanır hale getirmek için girişimde bulunmuşlardır. Terapötik girişimler kategorileştirilip, ögelere ve alt ögelere ayırmışlardır. Ayrıca istatistiksel analiz kullanarak yaygın bir modele dönüştürmüşlerdir. TISS-28 olarak bilinen bu yeni versiyon, solunum desteği, kardiyovasküler destek, böbrek desteği, nörolojik destek, metabolik destek ve spesifik müdahaleleri kapsayan yedi kategoride 28 parça tanımlanmıştır.^{15,32}

Toplam puan 1'den 78 kadar değişen, hemşire iş yükünün belirlenmesi için olanak sağlar, bir TISS 28 puanı bir yoğun bakım ünitesi çalışma saatinin 10,6 dakikasına eşittir. TISS-28 daha sonra yoğun bakımlarda personel miktarı ve hemşire insan kaynaklarının diğer destek ve yönetim faaliyetlerin ayırımında kullanılarak uluslararası kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, pratik uygulamada, bu aracın desteği ve yönetimle ilgili görevleri kapsamadığı için hemşireler tarafından eleştirilmiştir. Böylece yoğun bakımlarda daha güvenilir bir şekilde iş yükü tanımlanarak TISS-28 Hemşirelik Aktiviteleri Puanlaması (NAS)'na dönüşmüştür. NAS gelişiminin ilk aşamasında YBÜ içine başvuran hastaların klinik durumlar ile ilgili bir dizi hemşirelik faaliyetleri, 15 ülkeden 25 profesyonel 15 doktor ve 10 hemşire tarafından tanımlanarak geliştirilmiştir. İkinci aşamada sekiz uzman beş özel hemşirelik aktivitesi; izlem ve kontrol, hijyen, hareket ve pozisyon verme, hasta ve ailesinin desteği ve bakımı, idari ve yönetsel aktiviteleri seçip tanımlamıştır. Aktivite listesi daha sonra Tiss-28 ögeleri

ile birlikte 30 maddeden sonuçlandırılmıştır. Bu işlemler tamamlandıktan sonra, araç 15 ülkede bulunan 99 YBÜ geçerliliği değerlendirilmiştir. Bir hafta boyunca iki tip veri toplandı; yoğun bakımdaki 2,041 hasta örneğinden araçtaki 30 ögenin 24 saat günlük kaydı; ve MultiMoment Kayıtlar (MMR) veya Çoklu Gözlem Moment (MMO) tekniklerine uygun hemşire grubu tarafından 30dk boyunca sergilenen 127, 951 aktivitenin kaydı yapılmıştır. Veriler toplandıktan sonra, toplanan verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi yapılmıştır.^{15,32}

Sonuç olarak, NAS yedi büyük kategoriye ayrılır ve minimum 1,2 den maksimum 32.0 ye kadar değişen değerlere sahiptir. Bu çerçevede, NAS bütün hemşirelik aktivitelerinin %80.8, TISS 28 ise %43.3 ünü kapsar.^{15,32}

Bu yeni çerçevede, TISS-28 hemşire ekibi tarafından harcanan zamanın %43.3 kapsamakta iken NAS hastaların tüm hemşirelik faaliyetlerinin %80.8'ini kapsamaktadır. Ulaşılan puan bir vardiyada hastaya verilen direk hemşirelik bakımı için harcanan zamanın yüzdesini temsil eder ve maksimum 176.8 değere ulaşılabilir.²⁸ Bu yüzden NAS sadece daha geniş kapsamlı değil aynı zamanda 23 maddeye düşürerek uygulamayı kolaylaştırmaktadır.^{15,32}

Yoğun bakım ünitelerinde hemşire iş yükünü ölçen araç kullanmak her hasta ihtiyaçlarını karşılayan kaliteli bakım sağlama ve profesyonellerin eksikliklerini tartışma, teknolojik değişikliklerin etkisini tanımlama ve kritik hastalara yönelik bakımı iyileştirmek için yararlıdır. Bu sorulara yanıt vermek amacı ile Hemşirelik Aktivite Puanı (NAS) geliştirilmiştir. Bir iş yükü ölçüm aracı direk hemşirelik aktivitelerini, yoğun bakım hastaların ailelerin destekleme aktiviteleri, gelişen yönetim aktiviteleri ve diğer aktiviteleri kapsar. Bir bütün olarak, endeks puanları, hemşire ekibi tarafından 23 terapötik ve hemşirelik prosedürü için harcanan zamanı gösterir.¹⁰

Hemşirelik girişimlerinin zamanını hesaplama yöntemi tüm hasta değişkenlerini dikkate alarak hasta için gerekli tüm hemşirelik girişimlerini ve sıklığını, personel gereksinimlerini saptama da iyi bir gösterge olmaktadır. Her hastanın bir gündeki direk bakım ihtiyaçları geliştirilen hemşirelik girişimleri checklistenine kayıt edilir ve her girişimin tamamlanmasıyla zamanı hesaplanır. İndirek ve dinlenme zamanı eklenir.³⁴

2.6. Yenidoğan Yoğun Bakım

Sağlıklı yenidoğan 38–42. gestasyon haftasında doğmuş olan, 2500–4000 gram ağırlığında, doğumdan hemen sonra ağlayan, ekstrauterin yaşama kolay uyum sağlayan, konjenital anomalisi ya da hastalığı olmayan bebektir.⁴¹ Yenidoğan bebek; doğumdan bir aya kadar olan süreyi kapsar.⁹

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YDYBÜ), stabil olmayan, sürekli hemşirelik bakımı ve invaziv girişimler gerektiren bebeklerin izlendiği alanlardır. Her 100 yeni doğandan beşi yeni doğan yoğun bakım ünitesine gereksinim duymaktadır.¹⁰

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ciddi bir problem durumunda yenidoğanın tedavisi için teropotik bir çevre ortamı oluşturur. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler yüksek riskli işlemler ve ilaç hatalarında düşük tolerans nedeniyle yenidoğanlarda daha hassas olmak durumundadırlar.²

Giderek gelişen ve değişen yeni doğan yoğun bakım üniteleri, ileri teknolojinin uygulama alanlarından biri olmaktadır. Yeni doğanların bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılayan, neonatal ve perinatal bakımı içeren yeni doğan ünitelerinin düzey çalışmaları 1970'li yıllardan itibaren yapılmaktadır. Yeni doğan ünitelerinin düzey tanımlamaları ülkeden ülkeye bazı değişiklikler göstermekle birlikte, her ülkenin kendi

ulusal standartlarının geliştirilmesi önerilmektedir. İyi bir YDYBÜ en son tedavilerin uygulandığı ve hasta bakım ve tedavisinde ailenin de yer aldığı bir yapı içinde olmalıdır.¹¹

Birçok önemli faktörden dolayı yenidoğan ünitelerinde sınıflandırma sistemi standardı getirilmiştir. Öncelikle, özellikli bakım seviyeleri için açık standartlara izin vermektedir. İkinci olarak, sistemli olarak hastaların bir yoğun bakımdan diğerine transferinde ortak anlayışı kolaylaştırmaktadır. Üçüncü olarak, kaynakları planlama, paylaşırma ve kullanılan bölgesel kaynakları ve sonuçlarını kıyaslamayı sağlamaktadır. Son olarak da yenidoğan bakım ihtiyaçları için sermayeyi kullanıma tahsis etmeyi imkânı verir.¹²

Yenidoğan ünitelerinin düzey tanımlamaları ülkeden ülkeye bazı değişiklikler göstermekle birlikte, her ülkenin kendi ulusal standartlarını geliştirilmesi önerilmektedir.⁴⁴ Yenidoğan servislerinin düzenlenmesi, toplumdaki doğurganlık hızı, yıllık nüfus artışı, hasta yenidoğanın özellikleri ve neonatal perinatal mortalite oranlarına göre yapılır.³

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde düzeyler:

I. Düzey: Temel yeni doğan bakımı (normal yeni doğan odaları)

1a:

- Doğum sonrası sağlıklı yenidoğan bebeklerin değerlendirilmesi ve fototerapi

1b:

- Gestasyon yaşı 34 hafta üzeri ve ağırlığı 1800 gr dan büyük, hastalıklarının çabuk düzelme beklentisi olan veya yoğun bakım sonrası iyileşen bebeklerin bakımı
- İntravenöz girişim ve tedaviye başlama ve sürdürme gereksiniminde olanlar
- OG/NG beslenme
- Nazal oksijen ve oksijen saturasyon monitarizasyonu

II. Düzey: Yüksek bağımlı yenidoğan bakımı (özel bakım ihtiyacı olan yenidoğanlar)

2a:

- Düzeltilmiş gestasyon yaşı 32 hafta ve üzeri veya kilosu 1500 gr ve üzeri olan hastalıklarının çabuk düzelme beklentisi olan veya yoğun bakım sonrası iyileşen bebeklerin bakımı
- Kısa süreli periferik intravenöz infüzyon ve uygun parantral beslenme
- Hasta bebeklerin bakım alacakları yere transferinden önce canlandırma(resüstasyon) ve stabilize edilmeleri
- Nazal oksijen ve oksijen saturasyon monitarizasyonu

2b:

- Kısa mekanik ventilatör tedavisi (24 saatten az) veya sürekli pozitif basınçlı ventilasyon
- İntravenöz infüzyon, total parantral beslenme ve uygun umbulikal santral yol ve percutan intravenöz santral yol kullanımı

III. Düzey: Yoğun yenidoğan bakımı (yoğun bakım ihtiyacı olan yenidoğanlar)

3a:

- Bütün gestasyon yaşlar ve kilolu bebeklerin bakımı
- Mekanik ventilatör desteği ve uygun inhaler nitrik oksit tedavisi,
- Uzman konsültasyonuna ihtiyaç duyulan

3b:

- Geniş uzman konsültasyonuna ihtiyaç duyulan
- İlerlemiş testleri; bilgisayarlı tomografi, MR ve kalp ekokardiyografisi yapma ve yorumlama
- Temel cerrahi, diyaliz veya konjenital kardiyak deformitelerin cerrahisi

3c: Diyaliz veya konjenital kardiyak deformitelerin cerrahisi.^{11, 44}

IV. Düzey:

Genellikle üniversitelerin bulunduğu bölgesel tıbbi merkezlerde bulunur. Daha çok kompleks yeni doğan bakımı, ileri tanı, yenidoğanların komplikasyonlu durumlarında ileri tedavi ve fetüs tedavisi sağlama gibi işlevleri vardır.¹¹

2.7. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği

Neonatal dönem, yenidoğan için yüksek riskli bir dönemdir. Yenidoğanlar yaşamlarını sürdürebilmek için optimal bir bakıma gereksinim duyarlar. Yenidoğan hemşiresi, yenidoğanın temel bakımını sürdürülmesinde kilit kişidir.⁴¹

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yenidoğanların aile üyeleri ile sürekli etkileşim azlığı sağlık ekibinin bu alanda eğitilip bu alandaki zayıflığın giderilmesi gerekir. Hemşire yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yenidoğanın fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimi için doğrudan bakım sorumluluğuna sahip bir profesyoneldir.^{4,25}

Yenidoğan bakımı klinik yönetimi, hemşire personeli ve servis ekonomisinin temelini kapsayan kanıta dayalı büyük bir gövdeye dayanmaktadır. Diğer uygulamalar klinik tecrübe ve gözlem güçlerinin geliştirmesinden oluşur.³⁸

Türkiye’de yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olabilmek için 4 yıllık hemşirelik veya sağlık meslek lisesi eğitimi ardından bu ünitelerde çalışarak olunabilmektedir. Marmara üniversitesi’nde yenidoğan hemşireliği master programı bulunmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından yenidoğan hemşireliği sertifika programı düzenlenmektedir. Çeşitli eğitim kurumlarının düzenlediği sempozyumlarla da yenidoğan hemşireliğinin eğitimi için katkı sağlamaktadır.¹³

İngiltere ve ABD’de Nurse Practitioner (Uzman Hemşire) uygulaması bulunmaktadır. 2 yıllık deneyimi olan sertifikalı YD hemşiresi 2 yıllık master eğitim programına girer (600 saat klinik deneyim, 40 saat teorik eğitim). Eğitim programı sonunda sertifikasyon sınavı yapılır. Uzman

hemşireler her türlü invaziv girişim yapma, ventilatör tedavisi uygulama, çoğu ilaçları order etme yetkisine sahiptir. Çoğu ünite de fellowların yerine çalışır, nöbet tutmaktadır.¹³

National Association of Neonatal Nurses değerlendirmelerinde; yenidoğana ait hemşire olması, yenidoğan resusitasyonunu bilen en az 2 hemşirenin olması gerektiği belirtilmiştir. Planlamanın;

- I.düzyey bakım verilen hastalar için 4-6 bebeğe 1 hemşire
- II. düzyey bakım verilen hastalar için 2-3 bebeğe 1 hemşire
- III. düzyey 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.^{33,39}

Hemşire eğitimi, deneyimi, standartlara uygun hasta başına düşen hemşire sayısı ve hemşire yoğunluğu bakım kalitesini etkilemektedir. Hastane kaynaklı enfeksiyonlar yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerde önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Türkiye de yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde hemşire personelinin yetersizliğine bağlı olarak standartlara uygun hasta başına düşen hemşire sayısı değişmektedir. Genel olarak hemşire sayısı, yoğun hasta bakım gereksinimlerini karşılayamayacak kadar azdır. Hafta sonu ve gece hasta başına düşen hemşire sayısı daha da azalmaktadır. Hemşire sayısının azalması ya da uygun yetkinlikte olmaması enfeksiyonların artmasına neden olmaktadır. Aktivite yoğunluğuna göre hemşire personelinin desteklenmesi yenidoğan ölüm oranını düşürmekte, iyileşme gün sayısı artmakta ve personel devir hızını düşürmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Sağlık hizmetlerinin önemli bir kaynağını oluşturan hemşirelerin servislerde yatan hastalara en sık yaptıkları direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının belirlenmesinde örnek olmak amacıyla tasarlanmıştır. Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yoğun bakım düzeyine göre hangi hemşirelik uygulamalarının yapıldığının saptanması ve hemşirelik bakım yoğunluğunun ölçülmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

3.1. Araştırmanın Hedefleri

- Kurumda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gündüz (08-16) ve gece (16-08) vardiyalarında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarının ve bu uygulamalar arasında fark olup olmadığının belirlenmesi,
- Kurumda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının belirlenmesi,
- Kurumda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aldığı hemşirelik bakım yoğunluğunun saptanmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde

yapılmıştır. Burası Türkiye'nin en büyük Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesidir. Ayrıca 120–150 arasında bebek kapasitesi bulunmakta ve yaklaşık olarak da 150 hemşire çalışmaktadır.

Yenidoğan yoğun bakımda yaşamın ilk ayı (28 gün) içinde (cerrahi hastalığı olan ve olmayan) hasta yenidoğan bebeklerin tanı, tedavi ve izlemi yatırılarak yapılmaktadır. Bazı durumlarda bebekler bir aydan uzun kalabilmektedir. Yenidoğan sarılığı, yenidoğanın enfeksiyon hastalıkları ve erken doğan prematüre bebeklere ait olan sorunlar en sık izlenen hastalıklardır.

Hastanede 1 başhemşire, 4 başhemşire yardımcısı, 1 yenidoğan yoğun bakım sorumlu hemşiresi, 3 yenidoğan yoğun bakım sorumlu hemşire yardımcısı ve 3 tane gece gruplarından sorumlu hemşire görev yapmaktadır. Çalışma yapılan yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin hasta sayıları ve hemşire sayıları Tablo 2 de verilmiştir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 10 bölüm bulunmaktadır. 10. bölüm bebeklerin annelele ile kaldıkları bölüm olduğu için bu bölüm araştırmaya katılmamıştır. Diğer 9 yenidoğan bölümü araştırmaya katılmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 08-16 ile 16-08 olmak üzere iki vardiyada çalışılmakta olup, hafta içi 1 tane sorumlu hemşire bulunmaktadır. Hafta sonu servis sorumlu hemşiresi çalışmamaktadır. Gece vardiyasında ve hafta sonlarında sorumlu hemşireye bağlı grup sorumlusu bulunmakta, çalışan hemşirelerden sorumlu olmakta ve hasta bakmamaktadır. Servislerin yatak sayısı, yoğun bakım düzeyleri ve vardiyalara göre çalışan hemşirelerin dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Çalışma Yapılan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Yatak Sayısı, Yoğun Bakım Düzeyi, Vardiyalara Göre Hemşire Sayısı

Servisler	Yatak sayısı	Yoğun bakım düzeyi	Gündüz (08–16) hemşire sayısı*	Gece (16–08) hemşire sayısı*
1	8	2	2	2
2	14	3	5-6	4
3	14	3	5-6	4
4	10	3	3	2-3
5	20	3	4	3-4
6	13	2	2	2
7	14	2	2	2
8	8	2	1	1
9	20	2	3	2-3
Toplam	121		27	22-25

*Servis sorumlu hemşiresi ve gece grup sorumlu hemşiresi dâhil edilmemiştir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 5 servis 2. düzey ve 4 servis 3. düzeydir. Çalışmanın yapıldığı servislerde hemşireler tarafından birimlerde yatan hastalara bakım sunarken vaka yönetimi kullanılmaktadır. Her serviste bir grup koçu bulunmaktadır. Grup koçu hasta bakmaktadır. Grup koçu, serviste bulunan hastaları, o gün, o vardiyada bulunan hemşireler arasında paylaşmaktadır. Hastanın her türlü işlem ve uygulamasından görevlendirilen hemşire sorumludur. Ayrıca ertesi gün hemşire, bir gün önceki baktığı hastalara bakmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışmakta olan hemşireler ve yatan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Primer odak noktası yenidoğan yoğun bakımda uygulanan hemşirelik aktiviteleri olduğu için hastalar ile ilgili veriler dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, 05- 14 Mart 2012 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde gündüz grubu ve gece grubunda çalışan hemşireler ve üniteye bakım gören hastalar oluşturmuştur. Bu tarihte yapılmasının nedeni çalışma için yapılan hazırlıkların süreyi bulmasıdır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından literatüre dayalı hazırlanan hemşirelik bakım aktivite listesi kullanılarak toplanmıştır. Hemşirelik bakım aktivite listesi, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeklere uygulanan hemşirelik aktiviteleri tanımlanarak yapılan işlemler listelenerek oluşturulmuştur. Hemşirelik uygulamaları literatürle uyumlu olarak Direkt Hemşirelik Uygulamaları ve İndirek Hemşirelik Uygulamaları olmak üzere 2 ana başlık altında toplanmıştır.

Direkt hemşirelik bakım uygulamaları ana başlığı altında hasta giriş ve çıkış, bebek ve ailesiyle iletişim, ölçme izleme, tanısal işlemler, laboratuvar işlemleri, ilaç, external, hareket, invaziv, beslenme, boşaltım, hemşirelik bakımı ve hijyen işlemleri olmak üzere 12 alt başlık altında oluşmaktadır.

İndirekt hemşirelik bakım uygulamaları ana başlığı altında toplam 10 maddeden oluşmaktadır.

Oluşturulan hemşirelik aktivite listesi uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü sonrasında hemşirelik aktivite listesi gözden geçirilerek hemşirelik aktiviteleri revize edilmiştir. Oluşturulan veri toplama formunun ön çalışması yenidoğan yoğun bakım ünitesinde uygulanmıştır. Ön çalışmanın ardından bazı hemşirelik aktivitelerinin gözden kaçtığı fark edilmiştir. Gözden kaçan hemşirelik aktiviteleri listeye eklenmiştir.

3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formları her gün 08-16 vardiyasının başında araştırmacı tarafından bölüm koçlarına teslim edilmiştir. Veri toplama formları her bebek için 24 saat kullanılmıştır. Yani 08-16 vardiyasında bir bebeğe doldurulan form 16-08 vardiyasında doldurulmaya devam edilmiştir. Doldurulan formlar ertesi günün sabahında araştırmacı tarafından bölüm koçlarından teslim alınmıştır. Yoğun Bakım düzeylerine göre yapılan hemşirelik uygulamalarının belirlenmesi amacıyla “Hemşirelik Bakım Aktivite Listesi” formları serviste bulunan hastalara, o gün bakımdan sorumlu hemşireler tarafından kendi kendine raporlama yöntemi ile doldurulmuştur. Veri toplama formları bebeklerin dosyalarında muhafaza edilmiştir.

Her bebeğe, her gün ayrı form doldurularak ve her vardiyada yapılan işlemler ayrı ayrı belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilen analizinde Microsoft Exell ve SPSS 13,0 (Statistical Package For Sciences) programı kullanılmıştır.

Verilerin analizinde 2. düzey ve 3. düzey arasındaki verilerin normal dağılım gösterip göstermediği t testi ile analiz edilmiştir. Verilerin homojenliği levene testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca analiz sırasında frekans, yüzde ve standart sapma kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılması ve diğer hastanelerdeki farklılıkların belirlenememesidir.

Direkt ve indirekt hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesinde bazı faaliyetlerin çok seyrek yapılması ya da araştırma yapıldığı zamanlarda uygulanmaması nedeniyle (bazı faaliyetler için) yeterli sayıya ulaşılamamıştır.

Gündüz ve gece vardiyalarında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarının belirlenmesinde, hastanın bakımından sorumlu hemşire yaptığı uygulamaları kendisi kayıt etmiştir. Hemşirelerin kayıtlarında eksik ya da fazla işaretlemenin olup olmadığı takip edilememiştir.

4.BULGULAR

Bu çalışmanın yapılabilmesi için öncelikle kuruma özgü hemşirelik bakım aktivite listesi oluşturulmuştur. Bu sayede servisteki hemşirelik bakım faaliyetleri saptanmıştır. Gündüz ve gece vardiyalarında, yoğun bakım düzeyine göre, yapılan hemşirelik uygulamaları, bu uygulamaların yapılış sıklığı ve yapılış oranları analiz edilmiştir.

4.1.Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yoğun Bakım Düzeyine Göre Gündüz ve Gece Vardiyalarında Yapılan Hemşirelik Uygulamalarının Belirlenmesi

Tablo 3’de gündüz ve gece vardiyasında düzeylere göre toplanan hasta verilerinin sayısı ve yüzdesi gösterilmiştir.

Tablo3: Gündüz ve Gece Vardiyasında Düzeylere Göre Toplanan Hasta Verilerinin Sayısı ve Yüzdesi

Vardiya	Düzy	Frekans	Yüzde
Gündüz	2	402	%49.9
	3	403	%50.1
	Toplam	805	%100
Gece	2	302	%48.1
	3	326	%51,9
	Toplam	628	%100

Tablo 3’de gündüz vardiyasında 2. düzeyde 402 veri, 3. düzeyde 403 olmak üzere toplam 805 değerlendirmeye katıldığı, gece vardiyasında 2.

düzeyde 302, 3. düzeyde 326 veri olmak üzere toplam 628 veri değerlendirmeye katıldığı gösterilmektedir.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının yapılaş sıklığı (frekans) ele alınarak yüzde değerleri Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Gündüz Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Direkt ve İndirekt Hemşirelik Uygulamalarının Yüzdesi

Hemşirelik Uygulamaları	Düzye 2	Düzye 3
Direkt Hemşirelik Uygulamaları	%92	%90.9
İndirekt Hemşirelik Uygulamaları	%8	%9.1
Toplam	%100	%100

Tablo 4’de görüldüğü gibi, gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının sıklığına bakıldığında, en yüksek sayıda (en sık) direkt hemşirelik uygulaması 2. düzeydeki hastalar için (%92) yapılırken; en düşük direkt hemşirelik uygulaması 3. düzeydeki hastalar için (%90,9) yapılmaktadır. Bununla birlikte, en yüksek indirekt hemşirelik uygulaması 3. düzey hastalar için (%9,1) yapılırken; en düşük indirekt hemşirelik uygulaması 2. düzey hastalar için (%8) yapılmaktadır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında (T testi ile) direkt hemşirelik uygulamalarında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), indirekt hemşirelik uygulamalarında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Tablo 5, gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt hemşirelik uygulamalarının yapılaş sıklığının dikkate alındığı yüzde değerleri göstermektedir.

Tablo 5: Gündüz Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Direkt Hemşirelik Uygulamalarının Yüzdesi

Direkt Hemşirelik Uygulamaları	Düzyey 2	Düzyey 3
Hasta Giriş- Çıkışı	%0,3	%0,5
Bebek-Aile İle İletişim	%7	%5
Ölçme İzleme Uygulamaları	%35	%39,7
Tanısal İşlemler	%0,7	%1
Laborauar İşlemleri	%0,4	%0,8
İlaç Hazırlama Ve Uygulamaları	%7,3	%10,9
External Uygulamalar	%1	%3,5
Hareket Egzersiz Uygulamaları	%7,5	%5,4
İnvaziv İşlemleri Asiste Etme	%0,4	%0,4
Beslenme	%21,7	%13
Boşaltım	%0,6	%3,8
Bakım Ve Hijyen	%18	%16,1
Toplam	%100	%100

Tablo 5'e göre gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarında (Tablo 5), 2. düzeyde ve 3. düzeyde yapılan en sık uygulama ölçme izleme uygulamaları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5'e göre gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda **hasta giriş çıkışı** uygulamalarına 3. düzeyde (%0,5) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Bebek-ailesiyle iletişim** uygulamalarına 2. düzeyde (%7) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Ölçme izleme** uygulamalarına 3. düzeyde (%39,7) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Tanısal işlem** uygulamaları 3. düzeyde (%1) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Labvratuar işlemleri** uygulamalarına 3. düzeyde (%0,8) daha fazla zaman

ayrılmaktadır. **İlaç hazırlama ve uygulama** girişimlerine 3. düzeyde (%10,9) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **External uygulamalara** 3. düzeyde (%3,5) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Hareket egzersiz** uygulamalarına 2. düzeyde (%7,5) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **İnvaziv işlemleri asiste etme** uygulamalarına her iki düzeyde de eşit (0,4) zaman almaktadır. **Beslenme** uygulamalarına 2. düzeyde (%21,7) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Boşaltım** uygulamalarına 3. düzeyde (%3,8) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Bakım ve hijyen** uygulamalarına 2. düzeyde (%18) daha fazla zaman ayrılmaktadır.

Tablo 6’de gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamaları arasındaki farklar verilmiştir.

Tablo 6: Gündüz Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Hemşirelik Uygulamalarının Arasındaki Farklar

Direk Hemşirelik Uygulamaları	Düzy	Ortalama	Standart sapma	P
Hasta Giriş Çıkışı	2	,1097	,35061	,000
	3	,1985	,80440	
Bebek-Aile İle İletişim	2	2,8603	2,16574	,199
	3	2,3921	2,51565	
Ölçme İzleme Uygulamaları	2	13,0200	6,67904	,000
	3	15,7370	8,64475	
Tanısal İşlemler	2	,2319	,73388	,000
	3	,3945	,90090	
Laboruar İşlemleri	2	,1521	,54250	,000
	3	,3375	,65050	
İlaç Hazırlama Ve Uygulamaları	2	2,7214	2,42945	,000
	3	4,3275	3,27920	
External Uygulamalar	2	,4005	1,15454	,000
	3	1,3821	2,30894	
Hareket Egzersiz Uygulamaları	2	2,7910	1,79806	,001
	3	2,1290	1,57979	
İnvaziv İşlemleri Asiste Etme	2	,1542	1,22162	,598
	3	,1414	,50603	
Beslenme	2	8,0498	4,60862	,000
	3	5,1017	3,29058	
Boşaltım	2	,2338	,67373	,000
	3	1,5112	1,76668	
Bakım Ve Hijyen	2	6,6866	3,07533	,258
	3	6,3871	3,24674	

*p<0,05

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt hemşirelik uygulamaları ana kriterlerinin istatistiksel analizi (t testi ve levene's testi ile) sonucu şunlar belirlenmiştir.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hasta giriş çıkışında** 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **bebek-ailesiyle iletişim** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **ölçme izleme** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **tanısal işlem** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **labvratuar işlemleri** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,005$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **ilaç hazırlama ve uygulama** işlemleri 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **external uygulamalarında** 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hareket egzersiz** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **invaziv işlemleri asiste etme** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **beslenme** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **boşaltım** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **bakım ve hijyen** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direk ve indirekt hemşirelik uygulamalarının yapılış sıklığı (frekans) ele alınarak yüzde değerleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Gece Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Direkt ve İndirek Hemşirelik Uygulamalarının Yüzdesi

Hemşirelik Uygulamaları	Düzy 2	Düzy 3
Direkt Hemşirelik Uygulamaları	%92,7	%91,6
İndirekt Hemşirelik Uygulamaları	%7,3	%8,4
Toplam	%100	%100

Tablo 7'de görüldüğü gibi, gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının sıklığına bakıldığında, en yüksek sayıda (en sık) direkt hemşirelik uygulaması 2. düzeydeki hastalar için (%92,7) yapılırken; en düşük direkt hemşirelik uygulaması 3. düzeydeki hastalar için (%91,6) yapılmaktadır. Bununla birlikte, en yüksek indirekt hemşirelik uygulaması 3. düzey hastalar için (%8,4) yapılırken; en düşük indirekt hemşirelik uygulaması 2. düzey hastalar için (%7,3) yapılmaktadır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında (t testi ile) direkt hemşirelik uygulamalarında anlamlı fark olduğu ($p < 0,05$), indirekt hemşirelik uygulamalarında anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) görülmüştür.

Tablo 8, gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt hemşirelik uygulamalarının yapılaş sıklığının dikkate alındığı yüzde değerleri göstermektedir.

Tablo 8: Gece Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Direkt Hemşirelik Uygulamalarının Yüzdesi

Direkt Hemşirelik Uygulamaları	Düzy 2	Düzy 3
Hasta Giriş- Çıkışı	%0,3	%0,1
Bebek-Aile İle İletişim	%2,5	%1,5
Ölçme İzleme Uygulamaları	%36,5	%40,9
Tanısal İşlemler	%0,2	%0,7
Laborauar İşlemleri	%0,8	%1,9
İlaç Hazırlama Ve Uygulamaları	%5,62	%9,1
External Uygulamalar	%0,6	%3,1
Hareket Egzersiz Uygulamaları	%7,3	%5,9
İnvaziv İşlemleri Asiste Etme	%0,1	%0,2
Beslenme	%27,1	%14,2
Boşaltım	%0,3	%4,1
Bakım Ve Hijen	%18,7	%18,4
Toplam	%100	%100

Tablo 8'e göre gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarında (Tablo 8), 2. düzeyde ve 3. düzeyde en sık yapılan uygulama ölçme izleme uygulamaları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8'e göre gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda **hasta giriş çıkışı** uygulamalarına 3. düzeyde (%0,3) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Bebek-ailesiyle iletişim** uygulamalarına 2. düzeyde (%2,5) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Ölçme izleme**

uygulamalarına 3. düzeyde (%40,9) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Tanısal işlem** uygulamaları 3. düzeyde (%0,7) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Labvratuar işlemleri** uygulamalarına 3. düzeyde (%1,9) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **İlaç hazırlama ve uygulama** girişimlerine 3. düzeyde (%9,1) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **External uygulamalara** 3. düzeyde (%3,1) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Hareket egzersiz** uygulamalarına 2. düzeyde (%7,3) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **İnvaziv işlemleri asiste etme** uygulamalarına 3.düzye (0,2) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Beslenme** uygulamalarına 2. düzeyde (%27,1) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Boşaltım** uygulamalarına 3. düzeyde (%4,1) daha fazla zaman ayrılmaktadır. **Bakım ve hijyen** uygulamalarına 2. düzeyde (%18,2) daha fazla zaman ayrılmaktadır.

Tablo 9’da gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamaları arasındaki farklar verilmiştir.

Tablo 9: Gece Vardiyasında Yoğun Bakım Düzeyine Göre Yapılan Hemşirelik Uygulamalarının Arasındaki Farklar

Direkt Hemşirelik Uygulamaları	Düzy	Ortalama	Standart sapma	P
Hasta Giriş Çıkışı	2	,1424	,47136	,000
	3	,0644	,28092	
Bebek-Aile İle İletişim	2	1,1656	1,73274	,000
	3	,7362	1,24938	
Ölçme İzleme Uygulamaları	2	17,0033	10,62733	,000
	3	20,5061	14,71321	
Tanısal İşlemler	2	,0861	,62549	,000
	3	,3405	,83979	
Laboruar İşlemleri	2	,3742	,68858	,115
	3	,9387	,94588	
İlaç Hazırlama Ve Uygulamaları	2	2,6192	2,44352	,000
	3	4,5429	4,63263	
External Uygulamalar	2	,2583	,80252	,000
	3	1,5460	2,69404	
Hareket Egzersiz Uygulamaları	2	3,4073	2,60520	,320
	3	2,9816	2,48187	
İnvaziv İşlemleri Asiste Etme	2	,0563	,76909	,409
	3	,0798	,34161	
Beslenme	2	12,6258	8,45208	,000
	3	7,1104	5,15902	
Boşaltım	2	,1325	,64366	,000
	3	2,0675	2,48473	
Bakım Ve Hijyen	2	8,6821	3,74764	,000
	3	9,2209	4,70943	

*p<0,05

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt hemşirelik uygulamaları ana kriterlerinin istatistiksel analizi (t testi ile) sonucu şunlar belirlenmiştir.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hasta giriş çıkışında** 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **bebek-ailesiyle iletişim** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **ölçme izleme** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **tanısal işlem** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **labvratuar işlemleri** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **ilaç hazırlama ve uygulama** işlemleri 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **external uygulamalarında** 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hareket egzersiz** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **invaziv işlemleri asiste etme** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **beslenme** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **boşaltım** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **bakım ve hijyen** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır.

Tablo 10'da yoğun bakım düzeylerine göre yapılan hemşirelik aktivitelerinin yoğunluğu verimiştir.

Tablo 10: Yoğun Bakım Düzeylerine Göre Yapılan Hemşirelik Uygulamalarının Yoğunluğu

Hemşirelik Uygulamaları	Gündüz	Gündüz	Gece	Gece
	2. düzey	3. düzey	2.düzyey	3.düzyey
Direkt Hemşirelik Uygulamaları				
Hasta Giriş Çıkışı	44	80	43	21
Bebek-Aile İle İletişim	1059	804	352	240
Ölçme İzleme Uygulamaları	4759	7393	2771	3648
Tanısal İşlemler	94	159	26	111
Laboratuvar İşlemleri	61	136	113	306
İlaç Hazırlama ve Uygulamaları	896	693	657	707
External Uygulamalar	161	557	78	504
Hareket Egzersiz Uygulamaları	1122	858	1029	972
İnvaziv İşlemleri Asiste Etme	62	57	18	26
Beslenme	3236	2056	3813	2318
Boşaltım	94	609	40	674
Bakım ve Hijyen	2688	2574	2622	3006
Toplam	14276	15976	11562	12533
İndirekt Hemşirelik Uygulamaları	1297	1589	1106	1489
Toplam	15573	17565	12668	14022

Tablo 10' a göre yoğun bakım düzeyine göre yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan hemşirelik uygulamalarının yoğunluğu verilmiştir. Tablo 10'a göre gündüz ve gece vardiyasında 2. düzey ve 3. düzey yoğun bakımda en sık yapılan hemşirelik uygulaması **ölçme ve izleme** uygulamaları olduğu saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yoğun bakım düzeyine göre hangi hemşirelik uygulamalarının yapıldığının saptanması amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıda bulgular tartışmaya sunulmuştur.

Hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin, hastaların yoğun bakım düzeyine göre değişeceği hipotezini test etmeye elverişli verilere ulaşılmıştır. Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının sıklığına bakıldığında, en yüksek sayıda (en sık) direkt hemşirelik uygulaması 2. düzeydeki hastalar için (%92) yapılırken; en düşük direkt hemşirelik uygulaması 3. düzeydeki hastalar için (%90,9) yapılmaktadır. Bununla birlikte, en yüksek indirekt hemşirelik uygulaması 3. düzey hastalar için (%9,1) yapılırken; en düşük indirekt hemşirelik uygulaması 2. düzey hastalar için (%8) yapılmaktadır (Tablo 4). İndirekt hemşirelik uygulamalarında yoğun bakım düzeyine göre değişmediği ortaya çıkmıştır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda (Tablo 5), 2. ve 3. düzeyde en sık yapılan uygulama **ölçme izleme uygulamaları** olduğu belirlenmiştir.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda (Tablo 5) **ilaç hazırlama ve uygulama** girişimlerinin 3. düzeyde (%10,9) daha fazla zaman ayrılmaktadır. Bunu etkileyen en büyük faktörün üçüncü düzeydeki bebeklerin durumlarının stabil olmayışından kaynaklı fazla ilaç kullanmalarına bağlı olmasıdır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda (Tablo 5) **boşaltım** uygulamalarına 3. düzeyde (%3,8) daha fazla zaman ayrılmaktadır. Doğumdan sonra bebeklerin üçüncü düzeye gelmeleri ve yaşamın ilk zamanlarında sıvı elektrolit dengesinin önemine bağlı olarak aldığı çıkardığı sıvı takibinin yapılmasına bağlı üçüncü düzeyde boşaltım uygulamalarında önemli derecede fark bulunmaktadır.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda (Tablo 5) **beslenme** uygulamalarına 2. düzeyde (%21,7) daha fazla zaman ayrılmaktadır. İkinci düzeydeki bebeklerin hem oragastrik sonda hem de biberon ile beslenmeye çalışmanın ve bebeklere emme fonksiyonunu öğretmeden kaynaklı bir farklılık olduğu düşünülmektedir.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **bebek-ailesiyle iletişim, invaziv işlemleri asiste etme ve bakım ve hijyen** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hasta giriş çıkışında, ölçme izleme, tanısal işlemler, laboratuvar işlemleri, ilaç hazırlama ve uygulama, external uygulamalar, hareket egzersiz, beslenme ve boşaltım** 2. düzey ve 3 düzey arasında farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının sıklığına bakıldığında, en yüksek sayıda (en sık) direkt hemşirelik uygulaması 2. düzeydeki hastalar için (%92,7) yapılırken; en düşük direkt hemşirelik uygulaması 3. düzeydeki hastalar için (%91,6) yapılmaktadır. Bununla birlikte, en yüksek indirekt hemşirelik uygulaması 3. düzey hastalar için (%8,4) yapılırken; en düşük indirekt hemşirelik uygulaması 2. düzey hastalar için (%7,3) yapılmaktadır (Tablo 7). Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamaları istatistiksel olarak

karşılaştırıldığında (t testi ile) direk hemşirelik uygulamalarında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), indirekt hemşirelik uygulamalarında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarında (Tablo 8), 2. ve 3. düzeyde en sık yapılan uygulama uygulama **ölçme izleme uygulamaları** olduğu belirlenmiştir. Ölçme izleme uygulamalarının yüksek çıkmasının en büyük nedenlerin başında yenidoğan yoğun bakım ünitesinde vital bulguların ve ventilatör ayarlarının saatlik takip edilmesinin etkisinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda (Tablo 8) **laboratuvar işlemleri** uygulamalarına 3. düzeyde (%1,9) daha fazla zaman ayrılmaktadır. Ayrıca gündüz vardiyasına göre de gece vardiyasında laboratuvar işlemlerine daha fazla zaman ayrılmaktadır. Bunun nedeni olarak da bebeklerden kan alma işlemlerinin rutin olarak gece vardiyasında saat 18:00 ve 06:00 da alınmasından kaynaklanmaktadır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda (Tablo 8) **beslenme** uygulamalarına 2. düzeyde (%27,1) daha fazla zaman ayrılmaktadır. İkinci düzeydeki bebeklerin hem oragastrik sonda hem de biberon ile beslenmeye çalışmanın ve bebeklere emme fonksiyonunu öğretmeden kaynaklı bir farklılık olduğu düşünülmektedir.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarına baktığımızda (Tablo 8) **boşaltım** uygulamalarına 3. düzeyde (%4,1) daha fazla zaman ayrılmaktadır. Doğumdan sonra bebeklerin üçüncü düzeye gelmeleri ve yaşamın ilk zamanlarında sıvı elektrolit dengesinin önemine

bağlı olarak aldığı çıkardığı sıvı takibinin yapılmasına bağlı üçüncü düzeyde boşaltım uygulamalarında önemli derecede fark bulunmaktadır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **laboratuvar işlemleri, hareket egzersiz ve invaziv işlemleri asiste etme** uygulamalarında 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **bebek-ailesiyle iletişim, hasta giriş çıkışında, ölçme izleme, tanısal işlemler, ilaç hazırlama ve uygulama, external uygulamalar, beslenme, boşaltım ve bakım ve hijyen** 2. düzey ve 3 düzey arasında farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Platin, ocakçı ve Güçsavaş (1982)'in anket yöntemi ile yaptıkları çalışmada, hemşireler 8 saatlik çalışma sürelerinin %39'unu hasta bakımına, %59'unu indirekt hemşirelik hizmetlerine ayırdıklarını ifade etmişler^{19,31,48}.

Norrie (1997)'nin yaptığı çalışmada, hasta değerlendirme dâhil direk hemşirelik uygulamalarına %63, sekreterlik işlemleri %19, hemşirelik dışı işlemlere %7, kişisel işlemlere %11 oranında süre ayrıldığı saptamıştır^{19,48}.

Ekizler, Bahçecik ve Tekin (1997)'in cerrahi kliniğinde yaptığı bir başka çalışmada hemşireler sekiz saatlik çalışmalarının %39.5'ini direkt hemşirelik bakımına (Hasta kabul ve taburcu, pansuman ve yara bakımı, kateter bakımı, solunum ve öksürük egzersizleri, aspirasyon, pozisyon verme, vücut hijyeni, yemek için yardım, damaryolu takip ve hemşirelik viziti) ve %60.5'ini indirekt hemşirelik bakımını (tanı ve tedavi için katkısı olan müdahaleler, iletişim, kayıt, eğitim ve rehberlik ve koordinasyon ve organizasyon) oluşturmaktadır^{12,19,48}.

Harrison and Nixon (2002)'nin İngiltere'de genel yoğun bakım ünitesinde yaptığı çalışmada hemşireler zamanlarının %24'sini direkt hemşirelik bakımına, %38'ini hasta değerlendirmesine ve %17'sini diğer hemşirelik görevlerine ayırmaktadır.¹⁹

Kaya ve arkadaşlarının 2011'de yaptığı çalışmada koroner yoğun bakım ünitesinde hemşireler direkt hemşirelik uygulamalarına gündüz vardiyasında %39, gece vardiyasında %47.4, genel yoğun bakımda; direkt hemşirelik uygulamalarına gündüz vardiyasında 40.2%, gece vardiyasında 33.9%, nöroşüriji yoğun bakım ünitesinde direkt hemşirelik uygulamalarına gündüz vardiyasında %43.2 ve gece vardiyasında %45.8 ve cerrahi yoğun bakım ünitesinde direkt hemşirelik uygulamalarına gündüz vardiyasında %41.4 ve gece vardiyasında %39.6 zaman ayırmaktadır.¹⁹

Kaya ve arkadaşlarının (2011) genel yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, nöroşüriji yoğun bakım ve koroner yoğun bakım ünitesinde direkt hemşirelik uygulamaların arasında en sık yapılan hemşirelik uygulamalar gözlemlerin kaydedilmesi, sıvı dengesi ve ventilatör parametreler olarak tanımlanmıştır. yapılan çalışmada olduğu gibi ölçüm ve izlem yoğun bakım ünitelerinde önemli hemşirelik uygulamalarının başında gelmektedir.¹⁹

Sonuç olarak; gündüz ve gece vardiyasında da yoğun bakım düzeyine göre hastaların bakım gereksinimi, bağımlılık durumları ve hastalıkların şiddeti değişmekte ve buna bağlı olarak da yapılan hemşirelik bakım uygulamalarının sıklığı da etkilenmektedir.

6. SONUÇLAR Ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yoğun bakım düzeyine göre hangi hemşirelik uygulamalarının yapıldığının saptanması ve hemşirelik bakım yoğunluğunun ölçülmesi amacıyla yapılan bu çalışmada:

- Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının sıklığına bakıldığında, en yüksek sayıda (en sık) direkt hemşirelik uygulaması 2. düzeydeki hastalar için (%92) yapılırken; en düşük direkt hemşirelik uygulaması 3. düzeydeki hastalar için (%90,9) yapılmaktadır. Bununla birlikte, en yüksek indirekt hemşirelik uygulaması 3. düzey hastalar için (%9,1) yapılırken; en düşük indirekt hemşirelik uygulaması 2. düzey hastalar için (%8) yapılmaktadır (Tablo 4).
- Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarında (Tablo 5), 2. düzeyde en sık yapılan uygulama ölçme izleme uygulamaları, 3. düzeyde en sık yapılan uygulama ölçme izleme uygulamaları olduğu belirlenmiştir.
- Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hasta giriş çıkışında, ölçme izleme, tanısal işlem, laboratuvar işlemleri, ilaç hazırlama ve uygulama, external uygulamaları, hareket egzersiz, beslenme, boşaltım** uygulaması 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. **Bebek-ailesiyle iletişim, İnvaziv işlemleri**

asiste etme, bakım ve hijyen uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 6).

- Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan direkt ve indirekt hemşirelik uygulamalarının sıklığına bakıldığında, en yüksek sayıda (en sık) direkt hemşirelik uygulaması 2. düzeydeki hastalar için (%92,7) yapılırken; en düşük direkt hemşirelik uygulaması 3. düzeydeki hastalar için (%91,6) yapılmaktadır. Bununla birlikte, en yüksek indirekt hemşirelik uygulaması 3. düzey hastalar için (%8,4) yapılırken; en düşük indirekt hemşirelik uygulaması 2. düzey hastalar için (%7,3) yapılmaktadır (Tablo 7).
- Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarında (Tablo 8), 2. düzeyde en sık yapılan uygulama ölçme izleme uygulamaları, 3. düzeyde en sık yapılan uygulama ölçme izleme uygulamaları olduğu belirlenmiştir.
- Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hasta giriş çıkışında, bebek-ailesiyle iletişim, ölçme izleme, tanısal işlem, , ilaç hazırlama ve uygulama, external uygulamaları, , beslenme, boşaltım, bakım ve hijyen** uygulaması 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. **Laboratuar işlemleri, invaziv işlemleri asiste etme, hareket egzersiz** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 9).

6.2. Öneriler

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde direkt hemşirelik uygulamalarının önemli olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin eğitimine önem verilmelidir. Yenidoğan yoğun bakımda uygulanan hemşirelik uygulamalarına yönelik bakım prosedürleri oluşturulmalıdır.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde en sık yapılan ölçme ve izleme, ilaç uygulamaları, beslenme ve bakım ve hijyen uygulamaları konusunda personel eğitilmeli ve takibinin daha fazla yapılması gereklidir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde en sık yapılan ölçme ve izleme, ilaç uygulamaları, beslenme ve bakım ve hijyen uygulamaları konusunda prosedürlerin oluşturulması ve bu prosedürlerin sık revize edilmesi gereklidir.

İndirekt hemşirelik uygulamaları 3. düzey yoğun bakımda daha fazla yapılmaktadır. 3. düzeyde hemşirenin yaptığı indirekt hemşirelik uygulamaları azaltılmaya yönelik çalışmalar yapılmalı ve hemşirenin bakıma daha fazla zaman ayırması sağlanmalıdır. Bu şekilde bakımın kalitesi artırılabilir.

Bilgisayarda yoğun bakım düzeyine göre hemşirelik uygulamalarının niteliğinin ve niceliğinin değerlendirildiği, hasta bakım gereksinimlerine göre hemşire sayılarının belirlendiği ve hemşirelik maliyetlerinin hesaplandığı veri tabanları geliştirilerek günlük kullanıma geçirilebilir.

Hemşirelik bakım yoğunluğu kullanılarak personel planlaması yapıp yenidoğan yoğun bakımda hasta hemşire oranı hesaplanabilir.

7. ÖZET

Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yoğun bakım düzeyine göre hangi hemşirelik uygulamalarının yapıldığının saptanması ve hemşirelik bakım yoğunluğunun ölçülmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır. Burası Türkiye'nin en büyük Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesidir. Ayrıca 120–150 arasında küvöz kapasitesi bulunmakta ve yaklaşık olarak da 150 hemşire çalışmaktadır.

Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından literatüre dayalı hazırlanan hemşirelik bakım aktivite listesi kullanılarak toplanmıştır. Hemşirelik bakım aktivite listesi Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeklere uygulanan hemşirelik aktiviteleri tanımlanarak yapılan işlemler listelenerek oluşturulmuştur.

Yoğun Bakım düzeylerine göre yapılan hemşirelik uygulamalarının belirlenmesi amacıyla “Hemşirelik Bakım Aktivite Listesi” formları serviste bulunan hastalara, o gün bakımdan sorumlu hemşireler tarafından kendi kendine raporlama yöntemi ile doldurulmuştur.

Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarında, 2. düzeyde ve 3. düzeyde en sık yapılan uygulama ölçme izleme uygulamaları olduğu belirlenmiştir. Gündüz vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hasta giriş çıkışında, ölçme izleme, tanısal işlem, laboratuvar işlemleri, ilaç hazırlama ve uygulama, external uygulamaları, hareket egzersiz, beslenme, boşaltım** uygulaması 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. **Bebek-ailesiyle iletişim, invaziv işlemleri asiste etme, bakım ve hijyen**

uygulamaları 2. düzey ve 3. düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan hemşirelik uygulamalarında, 2. düzeyde en sık yapılan uygulama ölçme izleme uygulamaları, 3. düzeyde en sık yapılan uygulama ölçme izleme uygulamaları olduğu belirlenmiştir. Gece vardiyasında yoğun bakım düzeyine göre yapılan işlemlerden **hasta giriş çıkışında, bebek-ailesiyle iletişim, ölçme izleme, tanısal işlem, , ilaç hazırlama ve uygulama, external uygulamaları, beslenme, boşaltım, bakım ve hijyen** uygulaması 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. **Laboratuvar işlemleri, invaziv işlemleri asiste etme, hareket egzersiz** uygulamaları 2. düzey ve 3 düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik bakım yoğunluğu, direkt hemşirelik uygulamaları, indirekt hemşirelik uygulamaları, yenidoğan yoğun bakım

8. SUMMARY

The research was planned as descriptive and cross-sectional in order to determine which nursing practice was done according to level of intensive care in neonatal intensive care unit of Dr. Zekai Tahir Burak of Health Women 's Health, Education and Research Hospital of the Ministry of Health, to measure the intensity of nursing care. This is the largest neonatal intensive care unit of Turkey. It also has a capacity of 120–150 babies and approximately 150 nurses working in.

Data of study were collected by the researcher using a list of nursing care activities which was based on literature. List of nursing care activity was created by listing the actions taken by defining the activities of nurses for the babies in neonatal intensive care unit. With the aim of determining the nursing practice according to the level of intensive care, ‘List of Nursing Care Activity’ forms were given to available patients in the service by nurses who were responsible for maintenance that day with self-reporting method.

By the level of intensive care nursing practice which was performed during the day shift, measurement- monitoring practice was found to be the most common application in levels 2 and 3. By the level of intensive care procedures performed during the day shift (patient input-output, measurement-monitoring, diagnostic procedures, laboratory procedures, drug preparation and implementation, external applications, movement, exercise, nutrition and excretion) the second-level and third level were found to be a statistically significant difference ($p < 0.05$). In communication with the babies family, assisting invasive procedures, care and hygiene applications, there were no statistically significant differences in level 2. and 3 ($p > 0.05$).

By the level of intensive care nursing practice which was performed during the night shift, measurement- monitoring practice was found to be the most common application in levels 2 and 3. By the level of intensive care prosedures performed during the day shift (patient input-output, communication with the babies family, measurement-monitoring, diagnostic prosedures, drug preperation and implementation, external applications, nutrition, excretion, care and hygiene) the second-level and third level were found to be a statictically significant difference ($p < 0.05$). In laboratory prosedures,asisting invasive prosedures, movement and exercise practice, it was determined that there were no statistically significant differences in level 2. and 3 ($p > 0.05$).

Keywords: the intensity of nursing care, direct nursing practice, indirect nursing practice, neonatal intensive care unit

9. KAYNAKLAR

1. Akdeniz S, Ünlü H. Intensive care nursing. Journal of Intensive Care 2004; 4: 179–185.
2. Alton M, Mericle J, Brandon D. One Intensive Care Nursery's Experience with Enhancing Patient Safety. Adv Neonatal Care. 2006;6(3):112-9
3. American (Academy of Pediatrics, Levels of neonatal care, Pediatrics 2004; 114(5): 1341–1347. <http://aappolicy.aappublications.org/gi/content/abstract/pediatrics;114.5.134.>))
4. Aita M, Snider L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. J Adv Nurs 2003;41(3):223–32.
5. Baykara Göçmen Z. Hemşirelik bakımında hemşirenin mesleki özerkliğinin değerlendirilmesi: Niteliksel bir çalışma. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi; 2010.
6. Büyükkayhan D, Çagasıoğlu D, Toksoy H, Alkan N, Simsek Y. Cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi yenidoğan servisinde gerekli hemşire sayısının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 24:119–122.
7. Canadian Nurses Association, Nursing Staf Mix: A literature Review; 2005.

8. Chiang B, Estimating nursing costs—A methodological review, *International Journal of Nursing Studies* 46 (2009) 716–722
9. Çavuşoğlu H, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Normal Yenidoğan Ve Hemşirelik Bakımı, Geliştirilmiş 7. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 2004, Cilt2,S 23.
10. Ducci1 AJ, Padilha KG, Nursing activities score: a comparative study about retrospective and prospective applications in intensive care units, *Acta Paul Enferm* 2008;21(4):581-7.
11. DüNDAR SA, Bayat M, Erdem E, The Levels and Organization of Neonatal Units, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2011;20(2) 137–142.
12. Ekizler H, Hemşire İnsan Gücünün Rowland Sınıflandırma Sistemine Göre Planlanması, Gata 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Ankara.1997;153–158.
13. Ergenekon E., Türkiye’de Ve Dünyada **Yenidoğan** Hemşireliği ppt sunusu,Gazi Üniversitesi, Neonatoloji Bilim Dalı, 2010.
14. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society (CPS), Levels of neonatal care, *Paediatr Child Health* 2006;11(5):303–6 (Reaffirmed February 2011).

15. Goncalves LA, Padilha KG, Cardoso Sousa RM, Nursing activities score (NAS): A proposal for practical application in intensive care units, *Intensive and Critical Care Nursing* (2007) 23, 355—361.
16. Haas SA, Hackbarth DP, Dimensions of the Staff Nurse Role In Ambulatory Care: Part IV- Developing Nursing Intensity Measures, Standards, Clinical Ladders, and IQ Programs, *Nursing Economic/September-October 1995/Vol. 13/ No.5*
17. Hardy NP, Cost And Design Analysis Of Neonatal Intensive Care Units: Comparing Single Family Room, Double-Occupancy, Open-Bay, And Combination Settings For Best Design Practices, A Thesis For The Degree Of Master. Florida: University Of Florida; 2005.
18. Harrison L., Nixon G., Nursing Activity In General Intensive Care, *Journal of Clinical Nursing* 2002,11:158-167.
19. 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.
20. Kılıçaslan N, Yoğun Bakımda Hemşire Aktivitelerine Harcanan Zamanların Saptanması Ve Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi, Yüksek Lisans. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 1998.
21. Lundgr'en-Laine H, Suominen T, Nursing intensity and patient classification at an adult intensive care unit (ICU) *Intensive and Critical Care Nursing* (2007) 23, 97—103.

22. Mildon, B.L., The Concept of Home Care Nursing Workload: Analysis and Significance, Doctor of Philosophy Graduate Department of Nursing Science University of Toronto, 2011.
23. Milligan DWA, Nursing workload in UK tertiary neonatal units Arch Dis Child 2008; **93**:1059-1064.
24. Miranda DR, Nursing Activities Score, Critical Care Medicine: February 2003 - Volume 31 - Issue 2 - 374-382.
25. Montanholi1, L.L., The Role of the Nurse in the Neonatal Intensive Care Unit: Between the Ideal, the Real and the Possible, Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011 Mar-Apr; **19**(2):301-8
26. Moore M, Hastings C, The Evolution of an Ambulatory Nursing Intensity System Measuring Nursing Workload in a Day Hospital Setting, The Journal of Nursing Administration 2006; Volume 36, Number 5, pp 241-248.
27. Padilha KG, Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28), Intensive and Critical Care Nursing (2007) **23**, 162—169.
28. Padilha, KG., Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score, intensive and critical care nursing (2010) **26**, 108-113.

29. Perscott Pa, Nursing İntensity: Needed Today For More Than Staffing, Nursing Economic/November-December 1991/Vol. 9/ No.6.
30. Pickering J, Measuring neonatal nursing workload, Archives of Disease in Childhood 1993; 68: 539-543.
31. Platin N, Ocakçı A, Güçsavaş, N. Hemşirelerin 8 saatlik çalışma sürelerinin içeriği. Türk Hemşire Dergisi 1982; 3:52–61.
32. Queijo Af, Padilha Kg, Nursing Activities Score (Nas): Cross-Cultural Adaptation And Validation To Portuguese Language, Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Spe):1001-8
33. Salihoğlu Ö, Hasbal Akkuş C, Hatipoğlu S. (2011). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları, Bakırköy Tıp Dergisi; 7:45-51, <http://www.bakirkoytip.org/pdf/137201118167-2-1.pdf>.
34. Scott, C.,setting safe nurse staffing levels; an exploration of the issues,royal college of nursing report, 2005.
35. Sermeus W, Delesie L, Van den Heede K, Diya L, Lesaffre E, Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set, International Journal of Nursing Studies (2008) 45 1011–1021.
36. Spence K, Measuring Nursing Workload In Neonatal Intensive Care, J Nurs Manag 2006; 14 (3):227-34.

37. Spence K., Tarnow-Mordı W., Duncan G. , Jayasuria N. , Elliott J . , King J . & Kite F., Measuring nursing workload in neonatal intensive care, Journal of Nursing Management 2006, 14, 227–234.
38. Standards for Hospitals Providing Neonatal Intensive and High Dependency Care (Second Edition) and Categories of Babies requiring Neonatal Care, British Association of Perinatal Medicine, December 2004.
39. Tekin N, Akşit A, Kırel B. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Ünitesinde Hasta Bağımlılık Düzeylerine Göre Gereken Hemşire Sayısının Belirlenmesi. 45. Milli Pediatri Kongresi; 2001: 85.
40. Thompson JD, Diers D, Management of nursing intensity, Nurs Clin North Am. 1988 Sep;23(3):473-92.
41. Törüner E, Büyükgönceç L, Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Ankara, Göktuğ Ofset, 2012, 360.
42. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008.
43. Welton JM, Dismuke CE, Testing an Inpatient Nursing Intensity Billing Model Policy, Politics, & Nursing Practice Volume 9 Number 2 May 2008 103-111.
44. Welton, JM, Zone-Smith L, Fischer MH, Adjustment of Inpatient Care Reimbursement for Nursing Intensity, Policy Polit Nurs Pract 2006; 7; 270.

45. Welton, JM, Zone-Smith L, Bandyopadhyay D, Estimating nursing intensity and direct cost using the nurse-patient assignment, J Nurs Adm. 2009 Jun;39(6):276-84.
46. Welton, JM, Unruh L, Halloran EJ, Nurse Staffing, Nursing Intensity, Staff Mix, And Direct Nursing Care Costs Across Massachusetts Hospitals, The Journal of Nursing Administration 2006; Volume 36, Number 9, 416-425.
47. Yıldırım D, Hemşire İnsan Gücü Planlaması Yapararak Hasta ve Hemşirelik Maliyetlerinin Hesaplanması, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2001, Cilt 5, Sayı 2-3, S:17-23.
48. Yıldırım D, Hemşirelik Uygulama Maliyetlerinin Belirlenmesi, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi;2004.
49. Yıldırım D, Oktay S. İki Farklı Hastanede Hasta Tiplerine Göre Hemşirelik Bakım Süreleri Arasındaki Farkın Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi 2005; 13: 21–36.
50. Zenciroglu A. I., II., III. Düzey yenidoğan ünitelerinin organizasyonu ve III. düzey ünitelerde gerekleri, 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemsireliği Kongresi Bildiri Kitabı, Erciyes Üniversitesi, Kayseri 13-17 Nisan 2005; ss:27-30.
51. Zone- Simith LK, Psychometric Testing Of A Nursing İntensity Workload Measurement Instrument, The Degree Of Doctor. Carolina: Medical University Of South Carolina; 2007

10. EKLER

Ek-1



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DR. ZEKAI TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI



Karar No:4
Konu: Tez Başvurusu Hkk.

09/01/2012

EĞİTİM PLANLAMA KOORDİNASYON KURULU KARARI

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Fadik ÇÖKELEK'in "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Bakımının Yoğunluğu" tez başvurusu görüşülmüş ve sözkonusu çalışmanın hastanemiz Yenidoğan Kliniği'nde yapılması; Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Doç.Dr.Cavidan GÜLERMAN
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Doç.Dr.Nuri DANIŞMAN
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Prof.Dr.İğur DİLMEN
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Op.Dr.Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
EPKK Başkanı/Başhekim

Ek-2**Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi****Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelik Bakım Aktivite Listesi**

Kliniğinizde tedavi gören hastalara yapılan hemşirelik işlemleri aşağıda listelenmiştir. Lütfen hastanıza yaptığınız her girişimi aşağıdaki listede (X) işareti ile gösteriniz. Eğer aynı işlemi birden fazla tekrarladıysanız, her bir işlemi (X) ile gösteriniz. Hastanın refakatçisi tarafından yapılan işlemleri işaretlemezsiniz. 08:00–16:00 saatleri arasında gündüz grubu hemşireleri tarafından 16:00–08:00 saatleri arasında ise gece grubu hemşireleri tarafından doldurulacaktır.

Bebeğin Adı-Soyadı/Kabul No:**Tarih:****Cinsiyet:****Kaçıncı Bebek(ikiz/z):****Gestasyonel****Haftası:****Doğum Tarihi:****Doğum Kilosu:****Yenidoğan Bölümü:****Yatış Günü:****Tanı:****Yoğun Bakım****Düzeyi:****Servise nereden geldi****112 ile Dış merkezden:****Doğum Salonundan:****Katlar:****Poliklinikten:****Ameliyathane:****Yenidoğan nitesi:****Yenidoğan Yoğun bakımdan çıkış tarihi:**

	Hemşirelik Bakım Aktivite Listesi	08:00-16:00	16:00-08:00
	DİREK BAKIM		
	Hasta Kabul İşlemleri		
1	Cinsiyet ve Kolbağı Kontrolü/Tartı/Baş evresi lm/Monitorize etme /Vital bulguların ölçümü(ateş, nabız, solunum, tansiyon)/Damaryolu açılması/n değerlendirme formu doldurma/Fiziksel değerlendirme		
2	Diğer işlemler varsa açıklayınız:		
	Taburculuk İşlemleri		
1	Hasta taburculuk formlarının doldurulması/Aileye evde		

	bebek bakımının, ilaçlarının ve kontrollerinin anlatılması/Bebek dosyasının taburculuk defterine kayıt edilmesi		
2	Diğer işlemler varsa açıklayınız:		
	Bebek-Aile İletişimi ve Eğitim		
1	Ziyaret saatinde bebek hakkında ailenin bilgilendirilmesi		
2	Ailenin telefon ile bebeği hakkında bilgilendirilmesi		
3	Aileye bebeği hakkında bilgi verildiğine dair hemşire gözlem formuna not düşülmesi		
4	Hastanenin kan bankasında uygun kan bulunmaması halinde ailenin aratılması ve kan bulmalarını isteme		
5	Anne/Baba ile birlikte bebeği dış merkeze tetkike/ameliyata götürme		
6	Anneye bebeği emzirmesini öğretme		
7	Anneye bebeğini biberonla beslenmesini öğretme		
8	Aile odasında bebeği ile kalan anneye bebeğin ilaçlarını uygulamasını öğretme		
9	Annenin bebeğin bakımı sırasında değerlendirilmesi		
10	Anneye alt değişimin öğretilmesi		
11	Diğer sağlık personeli ile iletişim(fizyoterapist, diyetisyen..)		
	Ölçme- İzleme Uygulamaları		
1	Fenülketonüri kanı alınması ve kaydının yapılması		
2	Baş çevresi ölçümü		
3	Bebeğin tartılması		
4	Boy ölçümü		
5	Aşı yapılması (snagis vb)		
6	Kateteri olan bebeğin kateter bölgesinde komplikasyon bulgusu saptama		
7	Kateteri olan bebeğe kateter formu doldurulması		
8	Bebeğin cildinin rengi, ısısının kontrol edilmesi		
9	Kuvöz sıcaklığı ve nem değerlerini normal sınırlarda tutma		
10	Konvülsiyon geçiren bebeği saptama		
11	Apne geçiren bebeğin apne süresini sayma ve kaydetme		
12	Respiratör bağlantılarını ve modlarının takibi (saatlik)		
13	Göğüs tüpünden hava çıkışının kontrolü ve kaydı (saatlik)		
14	IV kateter bölgesinde komplikasyon saptama (infiltrasyon, tromboflebit gibi..)		
15	Nasal CPAP'te izlenen bebeğin bebeğe giden oksijen ve hava miktarlarının kontrolü ve		

16	Reflekslerin değerlendirilmesi		
17	Nörolojik değerlendirme		
18	Distansiyon kontrolü		
19	Fontanelerin kontrolü		
20	Bebeği monitorize etme		
21	Kalp sorunu olan bebeğe EKG monitorizasyonu		
22	Ateş ölçümü(timpanik-aksiller)		
23	Tansiyon ölçümü		
24	Nabız takibi		
25	Solunum sayısı takibi		
	Tanısal İşlemler		
1	Bebeğin EKO/USG/Göz kontrolüne götürülmesi		
2	Bebeğin başka bir sağlık kurumuna tetkik/ameliyat için götürülmesi		
3	Ayakta akciğer grafisi çektilirirken bebeğin tutulması		
4	Akciğer grafisi çektilirirken röntgen teknisyene yardım etme		
5	EKG çekilmesi		
	Laboratuvar Uygulamaları		
1	Bebekten kan alma		
2	Dış merkeze bebeğin kanının gönderilmesi		
3	Gaita kültürü alma		
4	İdrar numunesini alma ve laboratuvara gönderme		
5	Kan kültürü alma		
	İlaç Hazırlama ve Uygulamaları		
1	IV kateter takma		
2	IV infüzyonun hazırlanması ve takılması		
3	IV infüzyonun takibi		
4	IV infüzyonun değişimi		
5	O2 verme(küvöz içi, serbest, hood ile)		
6	Nasal CPAP uygulama		
7	Bebeğin ekstübe edilmesi		
8	Oral ilaç uygulama		
9	IM ilaç uygulama		
10	IV ilaç uygulama		
11	SC ilaç uygulama		
12	Lokal ilaç uygulamalar(göz,kulak,burun..)		
13	NG/OG tüpten ilaç uygulama		
14	Nebulizatör ile ilaç uygulama		
15	Rektal gliserin uygulama		
	External Uygulamalar		

1	Nazofarengial aspirasyon		
2	Endotrekeal aspirasyon		
3	Orafarengial aspirasyon		
4	Pişiği olan bebeğe ışık uygulaması		
5	Fototerapi açma		
6	Fototerapi izlemi(bebeğin ısısı, göz bandının kontrolü..)		
7	Fototerapi kapama		
8	Soğuk uygulama		
9	Bebeğin ısıtılması		
	Hareket- Egzersiz Uygulamaları		
1	Ağlayan bebeği kucağa alıp sakinleştirme(durumu uygunsa)		
2	Bebeğe pozisyon verme		
3	Posturel drenaj		
4	Pasif egzersiz		
	İnvaziv İşlemleri Asiste Etme		
1	Kateter ucu kültür alma işlemini asiste etme		
2	LP işlemini asiste etme		
3	Santral kateter/umbulikal katater takıma işlemini asiste etme		
4	Santral kateter/umbulikal katater çıkartma işlemini asiste etme		
5	Bebeğin entübe edilmesini asiste etme		
6	Gögüs tüpü takılmasını asiste etme		
7	Bebeğe CPR uygulamasını asiste etme		
8	TEP uygulamasını asiste etme		
9	PET (Periferik Exchange transfüzyonu) uygulamasını asiste etme		
10	TET (Total Exchange Transfüzyonu) uygulamasını asiste etme		
11	Surfaktan uygulamasını asiste etme		
12	İdrar kültürü alma işlemini asiste etme		
13	Göz muayenesini asiste etme		
	Beslenme		
1	Bebeği biberon ile besleme		
2	Bebeği OG ile besleme		
3	Bebeğin gazının çıkarılması		
4	Total parenteral beslenme infüzyonunu		
5	OG takılması		
6	OG dekompresyonu		
7	OG'den gelen sıvı içeriğinin ve miktarının ölçülmesi, kaydı		

8	Beslenmesine zeytinyağı katılması		
	Boşaltım		
1	SF/Asist ile Lavman uygulaması		
2	Mide lavajı		
3	İdrar torbası takılması		
4	AÇT takibi		
8	Bebek bezinin tartılması		
	Bakım ve Hijyen		
1	Silme banyosu		
2	Vücut banyosu		
3	Göbek bakımı		
4	Göz bakımı		
5	Bebeğin yağlanması		
6	Bebeğin kıyafetlerinin değiştirilmesi		
7	Bebeğin alt değişimi ve alt bakımı		
8	Pişik bakımı ve takibi		
9	Omfalysel ve meningomyelysel bakımı		
10	Trakeostomi bakımı		
11	Respiratörlü bebeğe ağız bakımı		
12	Kolostomi/ileostomi bakımı		
13	Dren bakımı ve takibi		
14	Ameliyat sonrası yara bakımı		
15	Bebeğin küvözünün çarşaflarını değiştirme		
16	Tırnak kesimi		
17	Deri hastalığı olan bebeğin cilt bakımı		
18	NCPAP uygulanan bebeğin burun bakımı		
19	Exitus hazırlama		
20	Diğer işlemler varsa yazınız:		
	İNDİREKT BAKIM UYGULAMALARI		
1	Bebeğin kan tetkiklerinin laboratuara/sekreterlik deksine bırakılması		
2	Kan sonuçların laboratuara sorulması		
3	Bebeğin kuvözü/beşiğinin değiştirilmesi		
4	Bebeğin kan sonuçlarına bilgisayardan öğrenme		
5	Bebeğin probleminin doktoruna iletilmesi		
6	Bebeğin kan barkodunun çıkartılması için not yazılması ve sekreterliğe bırakılması		
7	Bebeğin ilaçlarının alınması için bilgisayara giriş yapılması		
8	Bebeğin ilaçlarının eczanedan alınması		
9	Bebek güvenliğini sağlama (kuvöz kapaklarının ve frenlerinin kapalı tutma)		

10	Kan tranfüzyonu için kan merkezine kan hazırlanması		
11	Diğer işlemler varsa yazınız:		

11. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin tüm aşamalarında ve çalışmanın istatistik analizinde bana rehberlik eden, ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgisiyle daima bana yol gösteren, sabrı ve anlayışından dolayı Sevgili Hocam, *Doç Dr. Sayın Dilek YILDIRIM*'a ve bilgisini ve desteğini benden esirgemeyen Sevgili Hocam *Doç. Dr. Filiz Hisar*'a

Tezimin uygulanmasının her aşamasında her zaman benimle birlikte olan, bana destek olan çalışma arkadaşım ve yakın arkadaşım *Sayın Dilek AYDIN*'a, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemşiresi *Sayın Ülkü Yılmaz*'a, yenidoğan yoğun bakım sorumlu Başhemşire Yardımcısı *Sayın Berrin ATEŞ*'e, yenidoğan yoğun bakım sorumlu hemşiresi *Sayın Müşerref COŞKUN*'a ve serviste çalışan ve bana yardım eden tüm hemşire arkadaşlarıma,

Eğitim yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu dönemde de beni sürekli destekleyen, her zaman yanımda olan anneme, babama,

En büyük destekcim eşim *Mesut Çökelek* ve kızıma

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

12. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Çorum'da doğdu. Lise öğrenimini Ankara Kurtuluş Lisesi'nde tamamladı. 2003 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne başladı ve 2008'de mezun oldu. 2006'da Lisans eğitimi sırasında Leonarda Da Vinci öğrenci değişim programı ile Romanya da 3 ay staj yaptı.

2008 yılında Bayındır Hastanesi kardiyoloji servisinde servis hemşiresi olarak çalıştı. 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Kemik İliği Ünitesi'nde servis hemşiresi olarak çalıştı. 2010 yılında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olarak işe başladı ve halen burada yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır. Sağlık bakanlığı yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahibidir. Evli ve bir çocuk annesidir.