

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU ANABİLİM DALI

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE YAŞANAN
MEDİKO-LEGAL SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Songül AKIN

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Yahya DERYAL

GAZIANTEP
KASIM 2016

T.C.
ZİRVE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
GAZİANTEP

Sağlık Hukuku Ana Bilim Dalı, Sağlık Hukuku Programı Yüksek Lisans öğrencisi Songül AKIN tarafından hazırlanan “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşanan Mediko-Legal Sorunlar ve Çözüm Önerileri” başlıklı tez, 30/06/2016 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Tez Jürisi	Unvanı, Adı ve Soyadı Kurumu	İmzası:
Başkan	Prof. Dr. Ercan SİVASLI Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Yahya DERYAL Zirve Üniversitesi Hukuk Fakültesi	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Yakup KORKMAZ Zirve Üniversitesi Hukuk Fakültesi	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun sayılı kararıyla tarihinde onaylanmıştır.



Prof. Dr. Abdullah DEMİR
Enstitü Müdür Vekili

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
GAZİANTEP

Bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, materyal ve sonuçların tam olarak kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (30/06/2016)

Adı Soyadı: **SONGÜL AKIN**

S. Akın

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin süresince başta danışmanım Yrd. Doç. Dr. Yahya DERYAL'a bilgi ve deneyimleri, titiz ve özverili yaklaşımı ile beni yönlendiren, her aşamada desteğini esirgemediği için,

Ayrıca bu tez konusunu seçmeme vesile olan ve hayata prematür olarak başlayan ikiz yeğenlerim Aylin ve Muhammed Tarık'a,

İngilizce çeviri hususunda yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Musa ABEŐ'e, her konuda olduğu gibi akademik çalışmalarım konusunda da beni destekleyen, yüreklendiren değerli aileme teşekkür ederim.

Songül AKIN
Gaziantep 2016

ÖZET**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE YAŞANAN
MEDİKO-LEGAL SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Songül AKIN

Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Hukuku Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, 132 sayfa, Kasım 2016

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Yahya DERYAL

Anne karnındaki gelişimini tamamlamadan dünyaya gelen bebekler önlenemez birtakım sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık açısından daha fazla risk ve daha fazla bakıma ihtiyaç duyan prematüre bebekler geri kalan gelişim sürelerini tamamlamak için Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine ihtiyaç duyarlar. Önlenemez bu sorunların yanı sıra; kaliteli bir hizmet sunumu ile insan kaynaklı tutum ve davranışların değişimi sonucu önlenebilir sorunlar, prematüre bebeklerin hayata tutunmaları açısından önemlidir.

Prematüre bebek bakımının; emek, sabır, dikkat ve özen gerektiren bir süreç olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Prematüre Bebek, Yenidoğan Yoğun Bakım.

ABSTRACT

**MEDİKO-LEGAL PROBLEMSİN NEWBORN İNTENSİVE CARE
UNİTAND SUGGESTİONS FOR SOLUTİON**

Songül AKIN

Gaziantep University, Graduate School of Social Science

Department of Health Law

Master Thesis, 132 Pages, November 2016

Supervisor: Yrd. Doç. Dr. Yahya DERYAL

Premature babies, who don't complete their growth during intrauterine period, faced with some problems at postnatal period. The premature babies have more risk in terms of health. They need neonatal intensive care unit for complete their developments. A quality service delivery can prevent many problems and provide the premature babies hold on to life.

It must not be noted that premature baby care is a process that requires effort, patience, and attention.

Key Words: Premature Baby, Neonatal Intensive Care Unit

KISALTMALAR

a.g.e.: Adı geçen eser

ADDA: Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı

Bakanlık: Sağlık Bakanlığı

Bkz.: Bakınız

BPD: Bronkopulmoner Displazi

C.: Cilt

ÇDDA: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı

DDA: Düşük Doğum Ağırlıklı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

E: Esas sayı

EK: Enfeksiyon Kontrol

Epikriz: Çıkış Özeti

ESPGHAN CoN: European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition- Committee on Nutrition

Fe: Demir

HD: Hukuk Dairesi

HE: Hastane Enfeksiyonu/Hastane Enfeksiyonları

HHY: Hasta Hakları Yönetmeliği

ICN: Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)

İnkubasyon: Kuluçka süresi

İntestinal sistem: Bağırsak sistemi

İnvaziv: Girişimsel

IU: Ünite

IV: İntravenöz (damar içi)

IVK: İntraventriküler Kanama

NEK: Nekrotizan Enterekolit (Barsak İltihabı)

Neonatal: Yenidoğan

PDA: Patent Duktus Arteriosus (Prematürelde görülen kalp rahatsızlığı)

Perinatal: Doğum süreci

Postnatal: Doğum sonrası

Preterm: Erken doğan

RDS: Respiratuar Distres Sendromu (Solunum sıkıntısı sendromu)

ROP: Prematüre Retinopatisi

S.: Sayı

Solunum Distresi: Bebeğin solunumla ilgili problem yaşaması

Takipne: Geçici hızlı solunum

TCK: Türk Ceza Kanunu

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

Y: Yıl

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

TABLolar

Tablo I. Erken doğum risk faktörleri.....	8
Tablo II. Prematüre bebeklerin gestasyon haftasına göre sınıflandırılması.....	10
Tablo III. Prematüre bebeklerin vücut ağırlığına göre sınıflandırılması.....	11
Tablo IV. Bebek ve çocuk izlem aralıkları	62



İÇİNDEKİLER**Sayfa No****TEZ KABUL VE ONAY FORMU****BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI**

TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
KISALTMALAR	iv
TABLolar	vi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNE İLİŞKİN****TEMEL KAVRAMLAR**

1. Gebelik (Hamilelik)	3
1.1. Tekli Gebelik.....	3
1.2. Çoklu Gebelik	4
2. Doğum.....	5
2.1. Miyadında Doğum	6
2.2. Erken Doğum	6
2.1.1. Erken Doğum Nedenleri	7
2.1.2. Erken Doğum Risk Faktörleri	7

3. Yenidoğan	8
4. Prematüre Bebek	9
4.1. Prematüre Bebeklerin Sınıflandırılması	9
4.1.1. Prematüre Bebeklerin Gestasyon Haftasına Göre Sınıflandırılması	9
4.1.2. Prematüre Bebeklerin Vücut Ağırlığına Göre Sınıflandırılması	10
4.2. Prematüre Bebeklerin Yaşam Şansları	11
4.3. Prematüre Bebeklerin Özellikleri	12
5. Yoğun Bakım	13

İKİNCİ BÖLÜM

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN İŞLEYİŞİ

1. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri	15
2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması	17
2.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Düzey I	18
2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Düzey II	18
2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Düzey III	19
3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Görevli Sağlık Çalışanları	21
3.1. Hekim	22
3.2. Hemşire	24
4. Prematüre Bebeklerin Yoğun Bakım Ünitelerine Nakil Edilmesi	27

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE YAŞANAN
SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. Sağlık	30
1.1. Sağlık Hakkı.....	31
1.2. Sağlık Hizmeti.....	34
2. Tıbbi Hata.....	35
3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekimlik Hizmetleri	42
4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik Hizmetleri.....	43
5. Hasta Güvenliği.....	46
5.1. Hastayı Aydınlatma.....	48
5.2. Hastanın Rızasının Alınması.....	48
6. Tıbbi Hata Durumlarında Hukuki Süreç	49
6.1. Ceza Sorumluluğu.....	50
6.2. Tazminat Sorumluluğu.....	53
6.3. Disiplin Sorumluluğu.....	54
7. Bebek ve Çocuk Ölümünün Önlenmesi	56
7.1. Temel Yenidoğan Bakımı Programı	57
7.1.1. Yenidoğan Tarama Programı	58
7.1.1.1. FKÜ Testi.....	59
7.1.1.2. İşitme Tarama Testi.....	59
7.1.1.3. Gelişimsel Kalça Displazisi Testi (GKD)	60

7.2. Bebek ve Çocuk İzlemleri Programı	61
7.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Programı.....	62
7.4. Yenidoğan Canlandırma Programı.....	63
7.5. Bebek Ölümlemlerini İzleme Programı	64
7.6. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kursu Programı	65
8. Prematüre Bebeklerde İzlem	66
9. Prematürelerin Karşılaşabileceği Olası Sorunlar ve Çözüm Önerileri	67
9.1. Solunum Sıkıntısı Sendromu	68
9.2. Solunum Duraklaması (Apne).....	69
9.3. Prematürelere Görülen Kalp Problemi.....	69
9.4. Barsak İltihabı	69
9.5. Akciğer Hava Kaçağı (Pnömotoraks)	70
9.6. Sarılık (Hiperbilirubin).....	71
9.7. Kan Değişimi	72
9.8. Prematürenin Retina Hastalığı (ROP).....	72
9.9. Prematüre Bebeklerin Beslenmesi	73
9.9.1. Prematür Bebeklerin Damar Yolu İle Beslenmesi	75
9.9.2. Prematür Bebeklerin Oragastrik ve Nazogastrik (Gavaj) Beslenme ..	76
9.9.3. Prematüre Bebeklerin Biberon İle Beslenmesi	76
9.9.4. Prematür Bebeklerin Oral Yolla (Ağızdan) Beslenmesi	78
10. Radyant Isıtıcı (Açık Yatak)	81
11. Enfeksiyon	82
12. Prematüre Bebek Bakımında El Hijyeni	87

12.1. El Yıkama.....	87
12.2. El Dezenfektanları.....	89
12.3. El Hijyeninde Dikkat Edilecek Hususlar	90
13. YDYB Ünitesinde Bebeği Olan Aileye Psikolojik Destek	91
14. Prematüre Bebeğin Kanguru Bakımı	93
SONUÇ.....	96
KAYNAKÇA.....	100



GİRİŞ

İnsanların yaşamlarında; çocuk sahibi olmak önemli bir olaydır. Anne, baba isteyerek dünyaya getirdiği çocuklarının sağlıklı, normal gelişimini tamamlamış bir bebek olmasını hayal eder.¹

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin değerlendirilmesinde önemli göstergelerden birisi bebek ve hayatın ilk yılında yaşamını yitirme ihtimali olarak tanımlanan yenidoğan ölüm hızı; toplumların sağlık düzeyini ve sosyal refahını karşılaştırmada ilk bakılacak olan anahtar bir ölçüttür.² Kısaca; Ana çocuk sağlığı ile ilgili göstergeler ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile paralellik gösterir dinilebilir.³

Dünya ve ülke genelinde bebek ölümlerinin en sık ve en önemli temel nedeni, aynı zamanda neonatal ölümlerin de en önemli nedeni olan prematürelilik ve ilişkili morbiditelerdir.⁴

Dünyada her yıl yaklaşık 200 milyon kadın gebe kalmakta ve 128 milyon doğum olmaktadır. Bunların yarısı gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar yüzünden hayatını kaybetmektedir. Ölümlerin yaklaşık dört milyonu yaşamın

¹ Ayşegül İşler, “Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü”, **Perinatoloji Dergisi**, Nisan 2007, C. 15, S. 1, s. 1; Aslı Güleşen, Dilek Yıldız, “Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanması Kanıtı Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2013, C. 12, S. 2, s. 177

² Uğur Dilmen, “Ülkemizde Yenidoğan Sağlığı Konusundaki Son Yıllardaki Gelişmeler”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012: s. 25; Sema Özbaş, Şirin Aydın, “Ülkemizde ve Dünyada Durum”, Hayata Prematüre Başlayanlar. (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 20; Levent Midyat, Sadık Akşit, Raşit Vural Yağcı, “İzmir’de Farklı Sosyo Ekonomik Gruptaki Çocukların Anne Sütü İle Beslenme Durumu”, **Ege Pediatri Bülteni**, 2008, C. 15, S. 3, s. 135

³ Emine Dibek Mısırlıoğlu ve diğerleri, “Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumunun Değerlendirilmesi”, **Perinatoloji Dergisi**, Mart 2006, C. 14, S. 1, s. 8

⁴ Ayşe Korkmaz ve diğerleri, “Türkiye’de Bebek Ölüm Nedenlerinin ve Ulusal Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Temmuz-Eylül 2013, C. 56, S. 3, s. 118; Özge Serçe ve diğerleri, “İstanbul’da Bir Referans Hastanesinin Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğanların Klinik Seyri”, **Zeynep Kamil Tıp Bülteni**, 2014, C. 45, S. 1, s. 31

yenidoğan döneminde olmaktadır.⁵ Bunların da %35'ini prematüre bebekler oluşturmaktadır.⁶

Tüm aileleri etkileyen bu durumdan kurtulan prematüre bebeklerin çoğu da bir ömür boyu işitsel, görsel ve öğrenme güçlüğü gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır.⁷

2008 Yılı Bebek Ölümleri Araştırması sonucunda; vakalardaki temel ölüm nedenlerinin İl Kurulu ve Çalışma Grubu'na göre dağılımı incelendiğinde her iki kurulda;

- prematürite (sırasıyla %42.8 ve %45.0),
- konjenital anomali ve sendromlar (sırasıyla %9.8 ve %10.2),
- konjenital kalp hastalıklarının (sırasıyla %9.7 ve %9.2)

en sık ölüm nedenleri olduğu belirlenmiştir. Yine; ölümlerin önlenebilirlik durumu incelendiğinde 1750'sinde (%85.5) ölümün önlenemez olduğu, 296'sında (%14.5) ise önlenebilir olduğu düşünülmüştür. Önlenebilen ölümlerin 78'inin (%3.8) yeterli sağlık personeli ile, 63'ünün (%3.1) uygun sosyokültürel davranış ile, 17'sinin (%0.8) yeterli ve doğru tıbbi bilgi ile, 127'sinin (%6.2) ise tüm bu faktörler ile önlenebileceği belirlenmiştir.⁸

⁵ Belgin Şen Atasayar, "*Yoğun Bakım Servisinde Bebeği Yatan Annelerin Prematüre Bakımı İle İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2015, s. 3

⁶ Fatma Taş Arslan ve Raziye Turgut, "*Prematüre Bebek Annelerinin Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları*", **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Elektronik Dergisi**, 2013, C. 6, S. 3, s. 119; Belgin Şen Atasayar, 2015, s. 3

⁷ Nergis Başer, Muzaffer Eskiocak, "*Yaşama Erken Başlayanlar, Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu*", **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, 2013, C. 22, S. 5, s. 192

⁸THSK, <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/> (08.04.2015)

BİRİNCİ BÖLÜM

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNE İLİŞKİN

TEMEL KAVRAMLAR

1. Gebelik (Hamilelik)

Bir anne adayının hayatında yaşayabileceği mucizevi evrelerden birisi gebelik evresidir. Gebelik veya hamilelik; erkekten gelen sperm ile kadının yumurtalıklarından atılmış olan yumurtanın döllenesi ile meydana gelen fetüsün kadın organ ve dokularında değişiklikler meydana getirdiği, doğuma kadar geçen yaklaşık 9 aylık (266-270 günlük) dönem olarak tanımlanmaktadır.⁹

Gebelik sürecini üç trimester (üç aylık dönem) halinde incelemektedir. İlk trimester yani ilk üç aylık dönemde bebeğin organ gelişiminin başladığı ve tamamlandığı anne adayının gebeliğe uyumunun gerçekleştiği dönem olarak tanımlanmaktadır. İkinci trimesterde (ikinci üç aylık dönem) bebek hızla gelişmeye devam etmektedir. Son trimesterde (son üç aylık dönem) doğuma hazırlık süreci başlar ve doğumla sonuçlanır.

1.1. Tekli Gebelik

Biyolojik olarak insan anatomisi tek bir bebeğin gereksinimlerini karşılamaya uygundur. Kadınlarda normalde yumurtlama döneminde tek yumurta salınarak, bir sperm hücresi ile döllenesinden embriyo (yumurtanın döllenesinden sonra yumurta içinde oluşan canlı) oluşmaktadır. Embriyonun rahim kanallarından rahme gidip rahim duvarına tutunması ile gebelik süreci devam eder. Tekil gebeliklere göre çoğul gebeliklerde annenin enerji ve protein gereksinimi artmaktadır. Besin yetersizliği giderilmediği takdirde hem anne hem de yeni doğan bebek için olumsuz

⁹ Gebelik, <https://tr.wikipedia.org/wiki/Gebelik> (12.03.2016)

sonuçlara yol açabilmektedir.¹⁰ Bu duruma paralel olarak belirtiler ve şikayetlerde de artma söz konusudur.

1.2. Çoklu Gebelik

Günümüzde çiftler genellikle planlı gebeliklerle çocuk sahibi olmaya başlamışlardır. Ancak bu her zaman mümkün olmamaktadır. Normal şartlarda bebek sahibi olamayan anne-baba adaylarında veya üreme yeteneğinde azalma görülen çiftlerde gelişen teknoloji yardımıyla birlikte bebek sahibi olabilme şansları artmıştır.

Son otuz yılda perinatoloji ve neonatoloji alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler ÇDDA bebeklerde sağkalım oranını artırmış, yardımcı üreme teknolojisi uygulamalarının yaygınlaşması prematüre ve ÇDDA bebek oranlarını artırmıştır.¹¹ Üremeye yardımcı tekniklerin başında tüp bebek yöntemi gelmektedir. Gebelik şansının en yüksek olduğu yöntem olması nedeniyle genellikle bu yöntem tercih edilmektedir. Ancak son yıllarda “tüp bebek” gibi yardımcı üreme tekniklerinin daha fazla kullanılması, “çoğul” gebeliklerin, dolayısıyla “zamanından önce” (prematüre) doğumların artmasına yol açmıştır.¹²

Tüp bebek; kadın ve erkeğe ait üreme hücrelerinin (yumurta ve sperm) laboratuvar ortamında yapılan döllenenin, normal yollarla hamile kalamayan anne adaylarına uygulanan üremeye yardımcı bir yöntemdir.

Çoğul bir gebelik durumunda anne ve bebekler için riskli bir gebelik süreci yaşanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda çoğul gebeliği olan kadınlar gebelik nedeniyle yaşadıkları olumsuz faktörlerden dolayı, tekiz gebeliklere göre 6 kez daha sıklıkla hastaneye yatırılırlar ve çoğul gebeliklerin %55-57’si prematüre doğar. Yine ikiz gebeliklerin %12’si, üçüz gebeliklerin %36’sı ve dördüz gebeliklerin %60’ı, 32.

¹⁰ Nalan Hakime Noğay, “Gebe Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi”, **Electronic Journal Of Vocational Colleges**, Aralık 2011, s. 51

¹¹ Sadık Yurttutan ve diğerleri “Bronkopulmoner Displazili Bebeklerin Kısa ve Uzun Süreli İzlemi: On Yıllık Deneyim”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2011, S. 54, s. 2 ; Tutku Özdoğan, Esin Yıldız Aldemir, Sultan Kavuncuoğlu, “Orta Derece ve Geç Prematüre Bebekler ve Sorunları”, **İKSST Dergisi**, 2014, C. 6, S. 2, s. 60

¹² Murat Yurdakök, “Ülkemizde Yenidoğan Bebek Sağlığı Sorunu ve Öneriler”, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, 2008, S. 18, s. 5; Ayşe Korkmaz ve diğerleri, “Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi 2003-2006 Dönemi Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Uzun Süreli İzlem Sonuçları”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Temmuz - Eylül 2009, C. 52, S. 3, s. 102

gebelik haftasından önce doğar ki bu dönem perinatal morbidite (belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde hastalığa tutulanların sayısının sağlıklı kalmış nüfusa oranıdır) ve mortalitenin (ölüm oranı) en yüksek olduğu dönemdir.¹³ Çoğul gebelikler hem anne hem de bebekler için birtakım sorunları da beraberinde taşıyabilir, Bu nedenle bu tür gebelikler riskli gebelikler sınıfında değerlendirilir.

Prematüreliliğin azaltılması için yasal düzenlemeler ile yardımcı üreme teknolojisi ile çoğul gebeliklerin gelişmesinin önlenmesi ve bunun sıkı denetimi, hem yenidoğan hem de bebek ölüm hızının azaltılmasını sağlayacaktır.¹⁴

2. Doğum

Gebeliğin hem anne hem de bebek için sağlıklı devam etmesi gebeliğin başlangıcından sonuna kadar tıbbi kontrolleri gerektirir. Sağlıklı koşullarda meydana gelen doğumun ve doğum sonu lohusalık (doğumdan sonra anne vücudunda gebelikte meydana gelen değişikliklerin doğum öncesi haline geri dönmesi sürecine verilen isimdir) izlemlerinin düzenli yapılması önemlidir. Yenidoğan bakımı, gebelikte ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonların erken tespiti ve tedavisi, ölü doğumların ve bebek ölümlerinin önlenmesi için doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterli ve nitelikli verilmesi hayati önem taşıdığı gibi anne ve perinatal bebek ölümlerini azalttığı da bilinmektedir.¹⁵

Anne ve bebek sağlığını korumak ve anne ölümlerini en aza indirmek için 2008/80 sayılı genelge ile uygulamaya konulan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre izlenen her gebenin doğumunun hastanede gerçekleşmesi sağlanmalıdır.

Doğum sonrası bebeğin durumu mümkün olduğunca çabuk ve doğru olarak değerlendirilmelidir.¹⁶

¹³ Dilek Uygur, “*Çoğul Gebelikler ve Prematürite*”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 67

¹⁴ Ayşe Korkmaz ve diğerleri, 2013, s. 120

¹⁵ Nuriye Ulu, “*Ağrı İli Köyleri Gebe ve Çocuk İzlemleri Durumu ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Değerlendirmesi*”, S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2011, C. 2, S. 3, s. 127

¹⁶ Emel Taşdelen, Ahmet Arvas, “*Yenidoğan Resüsitasyonu*”, Perinatoloji Dergisi, 1993, S. 1, s. 205

2.1. Miyaında Doğum

Annenin son adet kanamasının ilk gününden itibaren doğuma kadar geçen süre normal gebelik süresi olarak ifade edilmektedir. Bu süre normalde 40 haftadır. Bazen 38 ile 42 hafta arasında da değişebilir. ‘Term’ ya da ‘miyaında doğan’ yenidoğanlar, 38. haftadan bir gün almış ve 42. haftayı tamamlamış (260-294 günlük gebelik)bebektir.¹⁷ Aynı zamanda matür bebek te denilmektedir.

2.2. Erken Doğum

Erken doğum; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tüm doğumlar için 37. gebelik haftasını tamamlamamış ya da kadının menstrual periyodunun ilk gününden itibaren 256 günden az olan doğumlar şeklinde tanımlanmıştır.¹⁸

Erken doğum söz konusu olduğu durumlarda bebeğin anne karnında mümkün olduğunca fazla durdurularak yaşamsal organlarının tamamlanması için uğraşılır..

Doğum eyleminin zamanından önce başlaması başta rahim kasılmaları olmak üzere anne adayları tarafından fark edilebilen çok çeşitli belirtiler verir. Bu belirtilerin her anne adayları tarafından bilinmesi gereklidir. Erken doğumun gerçekleşmesi için temel şart rahim kasılmalarının olmasıdır. Kasılma olmadan rahim ağzı açılmaz. Kasılmalar bazı anne adaylarında kendini ağrıyla belli ederken bazı anne adaylarında hiç bir ağrıya yol açmayabilir.¹⁹

Düzenli olarak gebelik kontrollerine gidilmesi ve önlenemeyen risk faktörlerinin saptanarak giderilmesi erken doğum tehdidini riskini azaltabilir. Erken doğum tehdidi riskini açısından yüksek risk altında olan anne adaylarının daha sık doktor kontrollerine gitmesi önemlidir.

¹⁷ Ahu Uğurlu Çağlar, “ *Hastanemizde Doğan Prematüre Bebek Doğum Oranı ve Annelerindeki Risk Faktörleri*”, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006, s. 6

¹⁸ Yeşim Baytur, “*Preterm Doğum ve Progesteron*”, *Perinatoloji Dergisi*, 2005, C. 13, S. 5, s. 123; Nergis Başer ve Muzaffer Eskiocak, 2013, s. 193 ; Belgin Şen Atasayar, 2015, s. 5

¹⁹ <http://www.gebelik.org/>

2.1.1. Erken Doğum Nedenleri

Son yıllarda gerek dünyada gerekse ülkemizde prematüre bakımında ciddi gelişmeler sağlanmıştır. Buna rağmen, prematüre doğum oranlarının azaltılması konusunda ise ciddi bir ilerleme kaydedilememiştir. Bununla birlikte, son yıllarda pek çok ülkede prematüre doğum oranlarının yükselişte olduğu, 1995 yılından günümüze, prematüre doğum oranlarında 2 kata yakın artış olduğu görülmüştür.²⁰

Erken doğum açısından riskli gebeliklerin erken dönemde tanınması, anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemlidir. Gebelik süresinin en erken dönemlerinde, riskli gruplar belirlenmeli, erken doğum eyleminin uyarıcı belirtilerine ait eğitim, tüm gebelere sağlanmalıdır.²¹

Her anne adayının erken doğum tehdidi hakkında bilgi sahibi olması ve belirtilere karşı duyarlı olması önemlidir. Böylelikle erken doğum eylemini engellemenin başarılı olabilmesi, durumun erken saptanmasına bağlıdır denilebilir. Doğum eylemini erken başlatan bir çok sayıda etken yer almaktadır. Buna karşın erken doğumların yarıya yakınında herhangi bir neden bulunamayabilir.

2.1.2. Erken Doğum Risk Faktörleri

Yapılan çalışmalar sonucu erken doğum eyleminin birden fazla sebebi olduğu saptanmış, Bunlar; Tablo I'de²² yer alan yaşam tarzı, tıbbi faktörler, demografik faktörler yer almaktadır.

Bunun yanı sıra amniyos sıvısının (bebeğin içinde bulunduğu su) azlığı veya çokluğu, plasentanın (bebeğin eşinin) erken ayrılması, doğum öncesi bakım (DÖB) veya doğum sonrası bakım (DSB) yetersizliği, uzun süre belli bir pozisyonda veya ayakta durarak yorucu işlerde çalışmak (örneğin mevsimlik tarım işçileri gibi), bilgi düzeyi erken doğum için diğer risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Yine erken

²⁰ Nurullah Okumuş, “*Prematüre ve Sorunlarına Genel Bakış*,” Hayata Prematüre Başlayanlar, Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 13; “*Küçük Doğum Ama Hikayem Büyük*”, Hikaye Yarışması Sonuçlandı, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, 2014, S. 26, s. 20

²¹ Nesrin Reis, “*Erken Doğum Eylemi ve Klinik Yol (Clinical-Pathway) Örneği*”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2001, C. 4, S. 1, s. 55

²² Nurullah Okumuş, a.g.e., s. 14

doğum riski yaşamış olan gebelerin; bir sonraki gebeliklerinde belirgin risk grubuna dahil oldukları unutmamalıdır.

Tablo I. Erken doğum risk faktörleri

Yaşam Tarzı	Tıbbi Faktörler	Demografik Faktörler
-Sigara içmek -Alkol tüketimi -Uyuşturucu kullanımı -Yüksek stres düzeyi/ uzun çalışma saatleri -Geç/hiç olmayan Prenatal bakım -Sosyal desteğin yokluğu	-Enfeksiyonlar (İdrar yolları, vajinal) -Yüksek tansiyon -Diyabet -Pıhtılaşma bozukluğu -Düşük kilo -Obezite -Çoklu gebelik -Kadının daha önce bir erken doğum tecrübesine sahip olması -Uterus ya da serviks anomalileri	-17 yaş altında veya 35 yaş üzerinde olmak -Düşük Sosyo ekonomik statü -Etnik köken

3. Yenidoğan

Bebeğin doğum eylemini tamamlayıp hava ile temasıyla başlayan dönemdir. Yenidoğan: doğum sonrası 0-28 günlük dönemdeki bebekler ile erken doğanlar için düzeltilmiş yaşı elli iki hafta olan bebekleri tanımlamaktadır.²³

²³ Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, m.4.ğ. Bu söz konusu tebliğ 20/07/2011 tarih ve 28000 sayılı RG' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Değişiklik Resmi Gazete tarih ve sayısı: 18/02/2012 tarih ve 28208 sayı

Değişiklik Resmi Gazete tarih ve sayısı: 29/05/2013 tarih ve 28661 sayı

4. Prematüre Bebek

Anne karnındaki bebeğin, büyümesi ve organlarının dış ortama uyum sağlayacak şekilde gelişmesi için belli bir süreyi anne karnında geçirme zorunluluğu bulunmaktadır.²⁴

Doğum kilosundan bağımsız, gebeliğin 37. haftasından önce yani henüz rahim dışında yaşamak için yeterli olgunluğa ulaşmamış bir bebeğin istenmeyen şekilde dünyaya gelmesine erken doğum adı verilir.²⁵ Bu bebeklere prematür bebek denmektedir. Yenidoğan bebeklerdeki ölüm ve problem yaşamının en başta gelen sebebi erken doğumdur.²⁶

4.1. Prematüre Bebeklerin Sınıflandırılması

Prematüre bebekleri gestasyon (bebeğin anne karnında geçirmiş olduğu süre) haftasına ve vücut ağırlığına göre sınıflandırmak mümkündür.

4.1.1. Prematüre Bebeklerin Gestasyon Haftasına Göre Sınıflandırılması

Tüm dünyada ve ülkemizde gün geçtikçe gelişen teknoloji ile birlikte prematüre bebek konusunda ilerlemeler kaydedilmekte ve bu bebeklerin yaşam şansları giderek artmaktadır. Prematüre bebekler için gestasyon yaşı ilerledikçe

²⁴ Canan Sola, İbrahim H. Diken, “Gelişimsel Gerilik Riski Altındaki Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi**, 2008, C. 9, S. 2, s. 22

²⁵ Nergis Başer ve Muzaffer Eskiocak, 2013, s. 193; Fatma Taş Arslan, Raziye Turgut, 2013, s. 119; Canan Sola, İbrahim H. Diken., “Gelişimsel Gerilik Riski Altındaki Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi**, C. 9, S. 2, 2008, s. 22; Burçin Demirel, “Erken Doğum”, <http://www.doktorsitesi.com/makale/erken-dogum>, (23.03.2015); Can Şener, “Prematüre doğum”, <http://www.doktorsitesi.com/makale/premature-dogum>, (23.03.2015); Didem Armangil ve diğerleri, “Antenatal Kortikosteroidlerin Neonatal Mortalite ve Morbidite Üzerine Etkileri”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2007, C. 50, S. 2, s. 80; Hüseyin Demiröz, “Adölesan Gebeliklerin Yaygın Olduğu Bir Bölgede Anne ve Yenidoğan Sağlığı”, Uzmanlık Tezi, Aydın 2008, s. 19

²⁶ Selman Laçın, “Erken Doğum Riski ve Yönetimi”, <http://www.doktorsitesi.com/makale/erken-dogum-riski-ve-yonetimi>, (23.03.2015)

yaşam riskleri de azalmaktadır. Bir başka deyişle; bebek ne kadar düşük gebelik haftasında doğarsa, buna bağlı olarak daha fazla yoğun bakım hizmeti gerektirir.²⁷

Örneğin; 35 haftalık bir bebeğin sorunları ve yoğun bakımda karşılaşılan problemleri, 25 haftalık doğan başka bir prematüre bebekle oldukça farklılık göstermektedir. Prematüre bebeklerin erken doğum sonrası dış dünyaya adaptasyonları, hayatta kalma adına gereklidir.²⁸

Erken doğan bebeklerdeki en önemli problem organ ve sistemlerinin iyi gelişmemiş olmasıdır. Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olmak açısından prematüre bebeğin ne kadar erken doğduğu ve doğum ağırlığı çok önemlidir. Anne karnındaki geçirmiş olduğu süreye göre alacağı destek bazen haftalar bazen de aylar sürebilir. Erken doğan bebekler anne karnında geçirmiş oldukları süreye (gestasyon haftası) göre şu şekilde sınıflandırılır.²⁹

Tablo II. Prematüre bebeklerin gestasyon haftasına göre sınıflandırılması

Prematüre Bebeklerin Sınıflandırması	Gestasyon Haftaları
Ağır Prematüre	32. Gestasyon Haftasının Altında
Orta Prematüre	32-33. Gestasyon Haftasının Altında
Geç Prematüre	34-37. Gestasyon Haftasının Altında

Kaynak: (Belgin Şen Atasayar, 2015, s. 6)

4.1.2. Prematüre Bebeklerin Vücut Ağırlığına Göre Sınıflandırılması

Doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan yenidoğanları düşük doğum ağırlıklı (DDA); 1000-1499 gram arasında olanları çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA); 1000 gramın altında olanları ise aşırı düşük doğum ağırlıklı (ADDA) olarak Tablo III' te ifade edilmiştir.³⁰

²⁷ Nurullah Okumuş, a.g.e., 2012, s. 18; Ayşegül Zenciroğlu, *“Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri, Prematüre Bebeğin Hastanede Takip ve Tedavisi”*, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 95

²⁸ Sadık Yurttutan, F. Emre Canpolat, *“Prematürenin Kronik Akciğer Hastalığı [Bronkopulmoner Displazi (BPD)]”*, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 51

²⁹ Ahu Uğurlu Çağlar, 2006, s. 11

³⁰ Zeynep Eras, E. Bahar Bingöler Pekcici, Gülsüm Atay, *“Prematüre Bebeklerin Mortalite ve*

Tablo III. Prematüre bebeklerin vücut ağırlığına göre sınıflandırılması

Yenidoğanların Doğum Ağırlığı	Yenidoğanların Doğum Ağırlığına Göre Sınıflandırılması
2500 gramın altında	Düşük Doğum Ağırlıklı (DDA)
1000-1499 gram arasında	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı (ÇDDA)
1000 gramın altında	Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı (ADDA)

Prematüre ve ÇDDA ile doğan yüksek riskli bebekler tüm gelişim alanlarında gecikme gelişmesi açısından artmış risk altındadır. İzlemde ortaya çıkabilecek gelişimsel sorunların erken tanısı ve gerekli hizmetlerin sağlanması, çocukların gelişimlerinin en iyi duruma getirilebilmesi için önem taşımaktadır.³¹

4.2. Prematüre Bebeklerin Yaşam Şansları

Günümüz toplumlarında ölüm, uzun ve dolu yaşanmış bir hayattan sonra daha kolay kabul edilebilen bir olgudur. Ancak bazen ölüm, yetişkinliğe ulaşmadan yaşamın başında olmaktadır.³² Yenidoğanın hayata tutunması ve yaşam kalitesinde, erken veya düşük kiloda doğmak önemli bir etken oluşturmaktadır.³³

Anne karnında geçirilen zaman ne kadar ileri ise bebeklerin yaşama şansları da o kadar ilerler. Örneğin 32 haftalık 1500 gr. doğan bir bebek ile 1000 gr. doğan bebeği karşılaştırdığımızda doğum kilosu yüksek olan bebeğin yaşam şansının daha fazla olduğu görülür. Doğum kilosu düşük olan bebeğin aynı zamanda yoğun bakım süreci de uzun olur.³⁴

Morbidity Sonuçları İnceleme, **Bakırköy Tıp Dergisi**, 2011, C. 7, S. 3, s. 85

³¹ Canan Sola, İbrahim H. Diken, 2008, s. 23

³² Müesser Özcan Şenses, *“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim ve Hemşirelerin Tutumları”*, Doktora Tezi, Kocaeli 2009, s. 17; Nermin Ersoy, Müesser Özcan Şenses, *“Türkiye’de Yenidoğan Çalışanlarının Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Görüş ve Uygulamaları”*, **Sağlık Hukuku Dergisi**, Ankara 2012, S. 2, s. 13

³³ Nermin Ersoy, Müesser Özcan Şenses, 2012, s. 13

³⁴ Gülnihal Şarman, *“Bebeğiniz Neden Erken Doğdu?”*, <http://www.elbebekgulbebek.org/saglik-kosesi/bebeginiz-neden-erken-dogdu.html> (19.03.2015)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012’de yayınlanan ve 184 ülkenin yer aldığı “Born Too Soon” Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu’nda;

- Bu ülkelerin preterm doğum oranlarının %5-18 arasında değişmekte olduğu,
- Pek çok ülkede prematüre doğum oranlarının yükselişte olduğu,
- 1.1 milyon bebeğin prematürite komplikasyonları nedeniyle öldüğü, neonatal ölümlerin ilk ve en önemli nedeninin prematürelilik, 5 yaş altı ölüm nedenlerinde ise ikinci neden olduğu,
- Prematüre ölümlerin %75’inin önlenabilir ölümler olduğu,
- 2015 ve sonrasında ölümlerin azaltılması için prematüre doğumların azaltılmasının acil öncelikli konuyu oluşturduğu,
- Bütün katılımcılar tarafından bu konuda politika, program oluşturmak ve araştırma yapılmasının amaçlandığı ifade edilmektedir.³⁵

4.3. Prematüre Bebeklerin Özellikleri

Prematüre bebeklerin miyadında doğmuş bir bebek ile karşılaştığımız zaman bir çok yönden farklılıklar gösterir. Prematüre bebeklerde gözle görünür en büyük farkları minnacık olmalarıdır. Bundan başka deri koyu renkte olup, deri altı yağ tabakası az olduğundan ince ve buruşuk görünümlüdür. Lanugo kılları (fetüste ilk aylarda çıkan ve doğum anında dökülen ince kıllar) fazladır, vernix caseosa (yenidoğan bebeğin üzerindeki peynirimsi sıvı) az veya hiç yoktur. Kemikler, tırnaklar, kulaklar yumuşak, baş vücuda oranla büyüktür.³⁶

Doğum kilosu 500 gram ile 2500 gram arasında değişebilir. Bu, doğdukları haftaya göre farklılık gösterir. Çok cılız gözükebilirler. Ciltleri daha yumuşak ve inceciktir, bazen jelatine benzer. Zamanında doğan bir bebeğe göre daha küçük kasları olup, kas kuvvetleri henüz olmadığından hareketleri titrek ve atmalar tarzındadır. Büyüdükçe daha düzenli hareket etmeye başlarlar.³⁷

³⁵ Sema Özbaş, Şirin Aydın, 2012, s.22; Nurullah Okumuş, a.g.e., 2012, s. 13; Nergis Başer, Muzaffer Eskiocak, 2013, s. 196; Belgin Şen Atasayar, 2015, s. 5

³⁶ Sacide Karakaş, Mine Bingöl, “Prematüre Bebeklerde Bakım”, *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni*, 1990, C. 22, S. 1, s. 129

³⁷ Pınar Dayanıklı, “Prematürelilik Hakkında Kısa Kısa, Yoğun Bakımda Yaşanabilecek Sorunlar”,

5. Yoğun Bakım

“Orası hayat ve ölümün keskin çizgilerle birbirinden ayrıldığı, bazısının hayata sıfırdan başladığı bazısının da kaderinin bitip nefesinin tükendiği yer. Mekanın kendine has bir soğukluğu, insanı iten bir tarafı var. Burası yaşamla ölüm arasında gidip gelenlerin en çok uğradıkları istasyon: Yoğun Bakım Ünitesi... Zamanın olduğu her yerde hayatın aktığı bir gerçek. Fakat sağlık ekibine göre yoğun bakımdaki zaman kavramı ‘bambaşka’”³⁸

Yoğun Bakım Servisi; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibariyle hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 (yirmi dört) saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı erişkin, çocuk ve yenidoğan hasta birimleridir.³⁹

Alanında uzman ve deneyimli sağlık çalışanları ile ileri teknoloji ve cihazların kullanıldığı yoğun bakım üniteleri, bu özelliklerinden dolayı ölüm riskinin azaltılması ve iyileşmenin erken sağlanmasında hasta ve aileleri için umut kaynağı olmuştur ve umut olmaya da devam edecektir.⁴⁰

Yoğun bakım üniteleri; yaşamı tehdit altında olan hastalara, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bir arada bulunduğu, disiplinler arası bir ekip çalışmasının zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır.⁴¹

<http://www.elbebekgulbebek.org> (19.03.2015)

³⁸ Berna Nilgün Özgürsoy, Asiye Durmaz Akyol, “Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Haziran-Aralık 2008, C. 12, S. 1-2, s. 33

³⁹ Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, m.4.h. Bu söz konusu tebliğ 20/07/2011 tarih ve 28000 sayılı RG’ de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Değişiklik Resmi Gazete tarih ve sayısı: 18/02/2012 tarih ve 28208 sayı

Değişiklik Resmi Gazete tarih ve sayısı: 29/05/2013 tarih ve 28661 sayı

⁴⁰ Sevim Çelik, “Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul ve Taburculuk Kriterleri”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Aralık 2007, C. 11, S. 2, s. 96

⁴¹ Aysel Gürkan, “Bütüncül Yaklaşım: Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyeleri”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Haziran 2009, C. 13, S. 1, s. 1; Banu Terzi, Nurten Kaya, “Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı”, **Yoğun Bakım Dergisi**, 2011, S. 1, s. 21; Belkız Batı, Pakize

Sungurtekin' e göre Yoğun Bakım Ünitesi, durumu kritik hastaların yoğun ve hızlı bir şekilde tedavi aldığı eşsiz bakımın uygulanan bir yer olarak tanımlanmıştır.⁴²

Bu bölümde yatan hastaların çoğu, yaşamla ölüm arasında olup çeşitli destekleyici aletlerin yardımına muhtaç hastalardır.⁴³

Yoğun bakım üniteleri, hasta bakım gereksinimlerinin yoğun olduğu ve burada sunulan bakım hizmetlerinin ileri teknoloji ile sunulduğu, kararların hızlı alındığı ve uzmanlık becerisi gerektiren alanlar olduğu için son derece özellikli üniteler olup, dolayısıyla tıbbi müdahaleler yüksek risk taşımaktadır. Bu bağlamda yoğun bakım ünitelerinde verilen bakımın kalite ve güvenliğinin sağlanması, tıbbi hataların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.⁴⁴

Özyürek, “Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Santral Venöz Kateterlerle İlgili Bilgi Düzeyleri”, **Yoğun Bakım Dergisi**, 2015, S. 6, s. 34; Seval Arabacı, “**Yoğun Bakımlarda Görevli Hemşire Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin Motivasyonu Üzerine Etkisi**”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012, s. 2

⁴² Hülya Sungurtekin, “**Yoğun Bakımda Analjezi**”, **Yoğun Bakım Derneği Dergisi**, 2006, C. 4, S. 1, s. 58

⁴³ Asiye Gül, “**Yoğun Bakım Ünitesi ve Tamamlayıcı Tedaviler**”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2010, C. 14, S. 1, s. 31

⁴⁴ Nehir Somyürek, Esra Uğur, “**Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar, Yoğun Bakımlarda Tıbbi Hatalar**”, **Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi**, 2016, C. 3, S. 1, s. 5

İKİNCİ BÖLÜM

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN İŞLEYİŞİ

1. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri; geri kalan gelişimlerini tamamlamak ve hayata tutunmak için prematüre bebeklerin yanı sıra, miyadında olup henüz yaşama uyum sağlayamayan bebeklerin de tüm sorunlarının ele alındığı bir ortam ve ekipten oluşmaktadır.

Yenidoğan yaşam şansını arttırabilmek için özellikle alanında uzman yenidoğan yoğun bakım uzmanı yani neonatolog, deneyimli pediatri uzmanı, yenidoğan hemşiresi gibi donanımlı sağlık ekibine önem verilmesi gerekmektedir.⁴⁵

Gürsoy'a göre *yenidoğan yoğun bakım ünitesi, devamlı hemşirelik bakımını, komplike ameliyat yöntemlerini, sürekli solunum desteğini ve diğer yoğun bakım girişimlerini gerektiren kritik hastaların veya tıbbi olarak düzene girmemiş yenidoğanların bakımı olarak tanımlanmıştır.*⁴⁶

Türedi' ye göre yoğun bakım, *hastayı hayatta tutucu ve hayat kurtarıcı tedaviyi tam olarak uygulayabilme yeteneğine, tıbbi ekipmana, fiziksel yapıya sahip, üst düzeyde eğitim almış tıbbi personelin optimal tıbbi imkanları sunabildiği servislerdir şeklinde tanımlanabilir.*⁴⁷

Burada ana hedef; başta bebeğin yaşamını en iyi şekilde devam ettirme, ağrı ve acının azaltılması, yenidoğanın gelişim kapasitesinin izlenmesi ve aile bakımını içermelidir.⁴⁸

Önlenebilir yenidoğan ölümlerini azaltabilmek için yenidoğan bakım ve yoğun bakım ünitelerine gereksinim vardır. Günümüzde teknolojinin gelişmesi ve tıbbin

⁴⁵ Özgül Salihoglu, Canan Hasbal Akkuş, Sami Hatipoğlu, “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları”, **Bakırköy Tıp Dergisi**, 2011, C. 7, S. 2, s. 45

⁴⁶ Tuğba Gürsoy, “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Dizaynında Önerilen Standartlar”, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, 2003, S. 8, s. 29

⁴⁷ Didem Türedi, “Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Durum Değişikliklerinin Hasta Yakınlarının Psikolojileri Üzerine Etkileri”, Uzmanlık Tezi, Adana 2011, s. 4

⁴⁸ Diler İmseytoğlu, Suzan Yıldız, “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Müzik Terapisi”, **İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale (İ.Ü.F.N.) Hemşirelik Dergisi**, 2012, C. 20, S. 2, s. 164

ilerlemesi ile yoğun bakım ünitelerinde izlenen, özellikle küçük prematüre olan bebeklerin yaşam olasılıklarını artırmıştır.⁴⁹

Yenidoğan Yoğun Bakım servislerinin fiziki şartları ile hizmet, donanım ve personel asgari standartları, uygulamada görülen eksikliklerin giderilmesi amacıyla 20/07/2011 tarih ve 28000 sayılı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ” madde 8’de yayınlanmıştır.

MADDE 8 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:

a) Çocuk sağlığı hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri hariç, genel hastaneler bünyesindeki yenidoğan yoğun bakım servisleri, doğum yaptırılan birimlere yakın ve tercihen aynı katta olmalıdır. Aynı katlarda olması halinde süratli, kolay ulaşımı sağlayan ve transport kuvüzü taşıyabilecek nitelikte bir asansör bulunmalıdır.

b) **(Değişik birinci cümle: RG-29/5/2013-28661)** Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; özellikle prematüre bebeği olan annelerin, taburcu olmadan önce, bebekleriyle birlikte kalabilecekleri ve tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on kuvüzden sonraki ilave her on kuvüz için bir yatak olacak şekilde anne uyum odaları tahsis edilir. **(Ek cümle: RG-29/5/2013-28661)** Bir anne uyum odasında en fazla üç yatak bulundurulabilir. Anne uyum odaları normal hasta odaları ile aynı standartlara sahip olup bu odalarda, hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, el yıkama lavabosu; oda dışında ise annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulundurulur.

c) Servis bünyesinde anne sütü ile emzirmenin desteklenmesi için uygun koltukları, lavabosu bulunan, görevli personel ile rahat iletişim kurma imkanı sağlayan ayrı bir alan düzenlenir. Bu alanda süt sağlamak ve saklamak için uygun ekipman bulunması sağlanır.

ç) Yenidoğan yoğun bakım servisi ile diğer yoğun bakım servisleri birbirinden ayrı yapılandırılır. Ancak ön geçiş alanları ortak kullanılabilir.

⁴⁹ Sebahat Altundağ Dünder, Meral Bayat, Emine Erdem, “Yenidoğan Ünitelerinin Düzeyleri ve Organizasyonu”, **Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences)**, 2011, C. 20, S. 2 , s.138

- d) (**Değişik: RG-18/2/2012-28208**) Destek alanları hariç, her yenidoğan yoğun bakım yatağı başına en az 6 m² alan ayrılır ve her kuvöz için; birinci seviyede 60 cm, ikinci seviyede 90 cm ve üçüncü seviyede 120 cm yataklar arası mesafe bırakılır.
- e) Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışı önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunur ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmez.
- f) Gereksiz ultraviyole ve infrared radyasyondan korunmak için uygun lambalar, mercekler ve filtreler kullanılır. Işık sistemi yenidoğanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Yenidoğanın gelişmekte olan retinasının ışıktan zarar görmesini engelleyici düzenlemeler yapılır.
- g) Serviste yenidoğan bakım ve diğer destek bölümlerinin yakın olduğu alanlarda görevli personel ile yenidoğanın gereksinimlerini ayrı karşılayabilecek nitelikte, çoklu ışıklandırma düzenlemeleri yapılır.
- ğ) Arka plandaki devamlı ve geçici gürültünün, izolasyon odaları dahil, yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 dB'i, en fazla olarak da 70 dB'i geçmemesi sağlanır.
- h) Yılda ortalama binin altında doğum gerçekleştirilen sağlık tesislerinde her beşyüz doğum için bir kuvöz veya radyan ısıtıcılı açık yataktan oluşan, yeterli neonatal resusitasyon alanı ve resusitasyon için gerekli donanımı bulunan bir birim oluşturulur.
- ı) Yenidoğan cerrahi yoğun bakım servisleri de bu Tebliğin yenidoğan yoğun bakım servislerine ilişkin hükümlerine tabidir.

2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması

Ülkemizde bebek ve yenidoğan ölümleri ile ilgili YYBÜ' nin teknolojik ve nitelikli insan işgücünde yaşanan olumlu gelişmeler sonucu giderek son yıllarda belirgin olarak düzelmeler kaydetmiştir.⁵⁰

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri Sağlık Bakanlığı tarafından; faaliyet gösterdiği yataklı tedavi kuruluşunun statüsüne, hizmet verdiği bölgenin şartlarına,

⁵⁰ Sinan Uslu ve diğerleri, "İstanbul'da Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri (2014-2015)", **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2016, C. 50, S. 1, s. 15

hizmetin yoğunluğuna, fiziki şartları, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkanları bakımından düzey belirlenmesi, yapılmakta ve de kontrol edilmektedir. Ülkemizde 13 Ağustos 2007 tarih ve 17086 (2007/73) sayılı genelge (SBTHGM, 2007; Ek-3) ile yenidoğan yoğun bakım ünitelerine 3 farklı düzey getirilmiştir.

Bunun yanında Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri, hizmet verilen hastaların sorunlarına problemlerine, doğum ağırlıklarına ve anne karnında geçirdikleri süreye göre belirlenmiş bu düzeylerde bakım ve tedavi almaktadırlar. Bebeğin anne karnında geçirmiş olduğu süre kısaldıkça, bakım alması gereken Yenidoğan Yoğun Bakım düzeyi paralel olarak artmaktadır.⁵¹

2.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Düzey I

Düzey I diye adlandırılan bu ünitelerde; doğum sonrası yenidoğanın yeniden canlandırılmasının yapıldığı, 35-37. haftalar arasında dünyaya gelen durumu stabil prematüre bebeklerin hizmet aldığı, 35 hafta altında doğan bebeklerin ise uygun bir üniteye sevk için hazırlığının yapıldığı ünitelerdir.⁵²

Yenidoğan yoğun bakım sorumlusu bir çocuk hastalıkları uzmanı bulunmalıdır. Ayrıca üniteye bir hemşire ya da sertifikalı eşdeğeri sağlık personeli olmalıdır. Tıbbi cihaz ve donanım bakımından;

- İki yatak (kuvöz),
- Bir monitör,
- Bebek ısıtıcısı,

-Ventilatörlü transport kuvöz, bulunmalıdır. Neonatal resusitasyon alanı ve resusitasyon için gerekli donanım mevcut olmalıdır.⁵³

2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Düzey II

Bu düzeydeki yoğun bakım ünitelerinde,32 haftadan büyük veya 1000 gramın üzerinde doğan, prematüre apnesi olan, vücut sıcaklığını koruyamayan, ağızdan

⁵¹ Ayşegül Zenciroğlu, 2012, s. 95

⁵² Sevim Çelik, 2007, s. 97; Ayşegül Zenciroğlu, 2012, s. 95

⁵³ SBTHGM, 2007, Ek-3

beslenemeyen, hasta yeni doğanların, detaylı ve nitelikli gözlem ve girişimlerinin yapılabildiği ve yaşamsal destek gereksinimi bulunan yeni doğanların takip ve tedavisinin yapıldığı ünitelerdir. En az dört yataklı (kuvöz) olmalıdır. Yoğun bakım sorumlusu bir çocuk hastalıkları uzmanı, her vardiyada beş yatak için bir hemşire yada sertifikalı eşdeğeri sağlık personeli bulunmalıdır. Tıbbi cihaz ve donanım bakımından;

- Dört yatak (Kuvöz),
- Her yatak için bir monitör,
- Kan gazı cihazı,
- USG cihazı,
- Bebek ısıtıcısı,
- Fototerapi cihazı,
- İnfüzyon pompası,
- Her beş yatak için bir ventilatör,
- Ventilatörlü transport kuvözü, neonatal resusitasyon alanı ve resusitasyon için gerekli donanım bulunmalıdır.⁵⁴

2.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Düzey III

Üçüncü düzeyde ise 32 hafta veya 1500 gramın altında doğan prematüre bebeklerin bakımlarının yapıldığı ünitelerdir. Yoğun bakım uzmanlarının sürekli olarak servis içinde hizmet verdiği bu üniteler, 24 saat laboratuvar ve radyoloji hizmeti veren, en gelişmiş cihazlar ile donatılmış, ileri monitörizasyon sağlayabilen, kapsamlı yenidoğan yoğun bakım hizmetinin verildiği ünitelerdir. Altta yatan özellikli hastalığı veya birden çok uzmanlık dalını ilgilendiren çoklu organ işlev bozukluğu veya yetmezliğinin de dahil olduğu ya da çok düşük doğum tartılı yenidoğanların (1000 gr. altı veya 32 haftadan küçük) kabul edildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen ünitelerdir. En az altı yataklı (kuvöz) olmalıdır. Yoğun bakım sorumlusu bir çocuk hastalıkları uzmanı, yoğun bakımda çalışan ikinci bir çocuk hastalıkları uzmanı, ihtiyaç duyulacak tüm branşlarda diğer kolayca

⁵⁴ SBTHGM, 2007, Ek-3

ulaşılabilir uzman hekimler, her vardiyada üç yatak başına bir hemşire ya da sertifikalı eşdeğeri sağlık personeli bulunmalıdır. Tıbbi cihaz ve donanım bakımından;

- 6 Yoğun bakım yatağı (kuvöz),
- Her yatak için bir monitör,
- Portabl röntgen cihazı,
- Kan gazı cihazı,
- USG cihazı,
- Bebek ısıtıcısı,
- Fototerapi cihazı,
- İnfüzyon pompası,
- Her beş yatak için bir ventilatör,
- Ventilatörlü transport kuvözü, neonatal resusitasyon alanı ve resusitasyon için gerekli donanım bulunmalıdır. Yoğun bakım girişinde ayrı bir ön geçiş alanı olmalıdır. En az bir izolasyon odası olmalıdır.⁵⁵

YDYBÜ, hizmet vereceği bölge ve o bölgedeki yıllık doğum sayısı göz önüne alınarak yatak sayısı tasarlanmalıdır. İyi bir Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi en son tedavilerin en uygun şekilde uygulanmasını mümkün kılan ve hasta tedavisinde aileyi de içerisine alan bir yapılanma içinde olmalıdır.⁵⁶

III. düzey YDYBÜ'leri de kendi aralarında düzey III-A ve düzey III-B olarak 2'ye ayrılmaktadır. Düzey III-B üniteler en kapsamlı yenidoğan yoğun bakım hizmetinin verildiği, prematüre bebeklerin göz ameliyatlarının da yapılabildiği, ayrıca kalp ve beyin cerrahisi girişimlerinin de uygulanabildiği en küçük ve çok ağır hasta yenidoğan bebeklerin izlendiği ünitelerdir. Yenidoğan Yoğun bakım ünitelerinin hizmet ve personel nitelikleri, ünitenin fiziki şartları, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkanları bakımından düzeyleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmekte ve değerlendirilmektedir. Bu ünitelerinin seviyelendirilmesi; faaliyet gösterdiği yataklı sağlık kuruluşunun statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre yine Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Bakanlığın tebliğleri doğrultusunda YDYBÜ'lerinde en az 4 kuvözün olması, yılda 1000'den

⁵⁵ SBTHGM, 2007, Ek-3

⁵⁶ Sebahat Altundağ Dündar, Meral Bayat, Emine Erdem, 2011, s. 142

fazla doğum yapılan ünitelerde ise en az 1. düzey YDYBÜ'lerinin olması istenmektedir. 2. düzey üniteler genellikle il ya da bölge hastanelerinde yer alır. 3. düzey üniteleri ise çoğunlukla Üniversite, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve bazı özel hastanelerde yer alır.⁵⁷

3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Görevli Sağlık Çalışanları

“Sağlık personeli (çalışanı) Dünya Sağlık Örgütüncce yayımlanan “insan gücü istatistiklerinde” şu başlıklar altında toplanmaktadır:

1. Hekimler (Physicians)
2. Yardımcı hekimler (Medical assistants)
3. Çok görevli sağlık yardımcıları (Multipurpose health auxiliaries)
4. Diş hekimleri (Dentists, dental surgeons)
5. Dişçiler (Dental operating auxiliaries)
6. Diş hekimi yardımcıları (Dental non-operating auxiliaries)
7. Eczacılar (Pharmacists/Chemists)
8. Eczacı yardımcıları (Pharmaceutical assistants)
9. Veterinerler (Veterinarians, veterinary surgeons)
10. Hayvan sağlığı yardımcıları (Animal health assistants)
11. Ebeler (professional midwives)
12. Yardımcı ebeler (Assistant midwives, auxiliary midwives)
13. Yardımcı ebe-hemşireler (Auxiliary nurse-midwives)
14. Hemşireler (Professional nurses)
15. Yardımcı hemşireler (Assistant nurses, auxiliary nurses)
16. Ebe ve hemşire yardımcıları (Nursing and midwifery aids)
17. Fizyoterapistler (Physiotherapists, physical therapists)
18. Laboratuvar teknisyenleri (Medical laboratory technicians)
19. Laboratuvar teknisyen yardımcıları (Assistant medical laboratory technicians)
20. Tıp fizikçileri (Medical physicists)
21. Tıp radyoloji teknisyenleri (Medical radiological technicians)
22. Tıp radyoloji teknisyen yardımcıları (Assistant medical radiology technicians)

⁵⁷ Ayşegül Zenciroğlu, 2012, s. 96

23. Sağlık mühendisleri (Sanitary engineers)
24. Çevre sağlığı teknisyenleri (Sanitarians)
25. Çevre sağlığı teknisyen yardımcıları (Auxiliary sanitarians)
26. Diğer sağlık personeli (other scientific or professional personnel): Biyologlar, biyokimyacılar, entemologlar, psikologlar, beslenmeciler, dieticiler, sağlık eğitimcileri, özel dalda terapistler, sağlık istatistikçileri, tıp kütüphanecileri gibi.
27. Diğer teknik personel (Other technical personnel): Kardiyoloji teknisyenleri, ensefalografi teknisyenleri, işitme cihazı teknisyenleri, istatistik teknisyenleri gibi.
28. Diğer yardımcı personel (Other health auxiliaries and aids): Mikroskopistler, laboratuvar hizmetlileri, film banyo teknisyenleri gibi.
29. Geleneksel Sağlıkçılar (Practitioners of traditional medicine and midwifery) Bitkisel tedavi verenler, ayurvedik hekimler, akapunkturcular)⁵⁸

Yenidoğanın bakımında en çok hekim ve hemşire olduğundan bu tanımlar üzerinde durulacaktır.

3.1. Hekim

Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarının yapıldığı 22 Mayıs 2014 tarih 29007 sayılı sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik Ek 1 de sağlık meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarında Tabip ve Uzman tabip tanımı şöyle yapılmaktadır.

a) Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazanmış olduğu bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve toplumu sağlık sorunlarından, hastalıklardan ve yaralanmalardan koruyucu tedbirleri alır, tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapar ve olası komplikasyonların önlenmesi

⁵⁸ Halide Savaş, "Sağlık Mesleği Mensubunun Gerçeğe Aykırı Belge Düzenlemesi Eyleminde Ceza ve Tazminat Sorumluluğu Boyutlarının Doktrin ve Uygulama Açısından Değerlendirilmesi", **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 282

için çalışır. Ortaya çıkan komplikasyonlarda uygun müdahaleyi yapar, gerektiğinde hastayı sevk eder.

b) Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazandığı bilgi ve becerilere ilaveten, mesleği ile ilgili eğitim ve bilimsel faaliyetler yoluyla kazandığı bilgi ve beceriler çerçevesinde sanatlarını icra ederler.

c) Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlar, izler ve denetler.

ç) Adli vakalarda ilgili mevzuatlarda tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

d) Gerekli gördüğü durumlarda, diğer tabip, uzman tabip veya birimden konsültasyon ister. Konsültasyon istenen tabip veya uzman tabip bu isteğe icabet eder.

e) Başka bir birime veya kuruma sevkı gereken hastaların, tıbben gerekli şartlar sağlanarak sevk edildiği birime veya kuruma ulaşımı için gerekli tedbirleri alır.

Erken doğan bebeklerin yaşatılabilmesi için bazen haftalarca bazen aylarca kuvözde kalmaları, solunum desteği almaları gerekebilir. Yenidoğan bebekler gerek yapıları ve gerekse karşılaştıkları hastalıkları nedeniyle çocukluk çağının ayrı bir dönemi olarak kabul edilirler. Yenidoğan bebekleri inceleyen, izleyen ilgili uzmanlık bilim dalına Neonatoloji denir. Neonatoloji, Çocuk Hastalıkları ve Uzmanlığı bölümünün (pediatri) yan dalı olup, bu bölüm bitiren hekime de Neonatolog denir.

Coşar tarafından Türkçe tercümesi yapılan “Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi”ni ve yine University of North Carolina Hospitals/Kuzey Carolina Üniversitesi Hastaneleri’nin, hem kendi kendini disipline etmek ve hem de diğer hastanelere örnek olmak yönünden, tüm hastalarına kabul ettiğini deklere ettiği “Hasta Hakları ve Sorumlulukları” başlıklı Ek 1 / Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi (Lizbon – 1981) dokümanında hekimi tarif etmiştir.

Hekim; pratik, etik ve yasal tüm zorlukların bilincinde olarak, her koşulda vicdanının sesini dinlemeli ve hasta için en iyi olanı yapmalıdır. Aşağıdaki bildirme hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Yasalar veya hükümet uygulamalarının hastaların bu haklarına uygun olmadığı

durumlarda, hekimler uygun yollarla bu uygulamaları düzeltmeye ve ortadan kaldırmaya çalışmalarıdır.⁵⁹

Hekim icra ettiği meslek uygulamalarından dolayı yasalar önünde sorumludur. Hastanın hayatını tehlikeye sokacak, yaşamını etkileyebilecek acil kararlar alması durumunda sağlam bir hukuk bilgisine sahip olması gerekmektedir. Çünkü her zaman gerekli bilgiyi alabilecek bir hukuk danışmanı bulması olanaksızdır. Türk Ceza Kanunu (TCK)'nın 4(1). Maddesine göre kanunu bilmemek gerekçe değildir.⁶⁰

3.2. Hemşire

2 Mayıs 2007 Çarşamba tarih, 26510 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun madde 1 de hemşireliğin tanımı yapılmaktadır.

Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.

Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme, rehabilite etme ve yaşam kalitesini her durumda yükseltmeyi hedefleyen bir meslek olup, cinsiyet ayrımcılığı olmaksızın her iki cins tarafından da uygulanabilecek bir meslektir. 2007 yılından önce hemşirelik hizmetleri kadınlar tarafından gerçekleştirilmekteydi, Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair kanun Resmi Gazete. Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 numara ile hemşirelik yasası güncellenmiş, Ülkemizde ki erkekler de, hemşire unvanı alabilme hakkını elde etmişlerdir.⁶¹

⁵⁹ Ahsen Coşar, “*Hasta Hakları*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 11

⁶⁰ Murat Kalemoglu, “*Acil Serviste Hekim Sorumluluğu*”, **Türkiye Klinikleri J Med. Sci.**, 2005, S. 25, s. 824

⁶¹ Aslı Kalkım ve diğerleri, “*Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi*”, **Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi**, 2015, S. 4, s. 55; Müesser Özcan Şenses, 2009, s. 16

8 Mart 2010 tarih, 27515 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği madde 6 da hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmiştir. Hemşireler;

a) *Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.*

b) *Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.*

c) *Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.*

ç) *Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbi talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.*

d) *Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.*

e) *Tıbbi tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.*

f) *Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.*

g) *Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.*

h) Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

ı) Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.

i) Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında anahtar grup üyesinin hemşire olduğunu vurgulamaktadır.⁶²

Diğer bir tanıma göre yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici sorunları olan hastaların tanılmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu sağlık profesyonelidir.⁶³

Dünya Sağlık Örgütü Konseyi hemşireyi, “temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde toplumun katkısını alarak hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişi” olarak tanımlamaktadır.⁶⁴

Yoğun Bakım Hemşiresi; lisans mezunu olup, mezuniyet sonrasında yoğun bakım hemşireliği sertifikası,⁶⁵ ileri yaşam desteği ve enfeksiyon kontrol eğitimi almış olmalı ve her yıl birimlerine özel eğitimini güncellemelidir. Yoğun bakım birimlerinde kaliteli hemşirelik hizmetlerinin sürdürülebilmesi için ihtiyaç duyulan özel bilgi ve becerilerin kazanılmasında hemşirenin kendi sorumluluğu kadar, devletin de sorumluluğu bulunmaktadır. Ülkemizde yenidoğan hemşirelerinin sahip olması beklenen bilgi ve becerilere ait eğitim standardizasyon sağlanmış, eğitime süreklilik kazandırılmıştır. Yoğun Bakım hemşiresinin sahip olması beklenen yenidoğan yoğun bakım eğitimi yanında Sağlık Bakanlığı 17086 sayılı genelge ile

⁶² Sevim Çelik , Funda Veren, “Türkiye’de Lisans Düzeyindeki Hemşirelik Okullarında Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi”, **Yeni Tıp Dergisi**, 2009, S. 26, s. 228

⁶³ Yasemin Akbal Ergün, Hanife Demir, Nilay Sağnak, “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları İle İlgili Çalışma”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Aralık 2007, C. 11, S. 2, s. 103

⁶⁴ Seval Arabacı, 2012, s. 6

⁶⁵ Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği 01/07/2014 tarihli ve 13718 sayılı

yoğun bakım hemşiresinin Yenidoğan Canlandırma Eğitimi (NRP) alma koşulunu getirmiştir.⁶⁶

Yoğun Bakım servislerinde görevlendirilen sorumlu uzman tabip, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve ebelerin Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almaları sağlanır.⁶⁷

4. Prematüre Bebeklerin Yoğun Bakım Ünitelerine Nakil Edilmesi

Yenidoğan ölümlerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi için yenidoğan bebeğin bakımının doğumhaneden başlaması, özellikle doğum odası ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin altyapı, organizasyonu, teknik donanım ve sağlık ekibi, yenidoğan bebeğin transportu son derece önemli olup, belirli bir sistem doğrultusunda yapılandırılmalıdır.⁶⁸

Başka bir hastaneden daha donanımlı bir hastaneye sevk edilmesi gereken bebeklerin nakilleri, Sağlık Bakanlığı 112 ekipleri tarafından gerçekleştirilir. Erken doğan bebeklerin başka hastanelerin uygun ünitelerine naklinin koordinasyonu da 112 komuta merkezi sorumluluğundadır. Bebeğin, daha ileri bir üniteye sevk edilmesi konusunda karar alan doktorunun, nakil alacak ünitenin doktoru ile işlem öncesi görüşmesi (önceden haber verilmesi, hasta yatağının hazırlanması, ısıtılması ve tıbbi donanımın hazırlanması açısından çok önemlidir. Bu hazırlıklar, bebeğe yaşamsal önem kazandırmaktadır) çok büyük önem taşımaktadır. Bebeği gönderen sağlık kuruluşu, 112 nakil ekibine bebeğe o ana kadar yapılan tıbbi muayene, girişim, laboratuvar vb. bilgileri içeren epikrizi teslim etmekle yükümlüdür. Prematüre bir bebeğin 112 ekipleri tarafından nakli, gidilecek mesafe, bebeğin durumunun aciliyeti, hava şartları, gidilecek yerin şartları vs. şartlar da göz önüne alınarak, kara

⁶⁶ SBTHM, 2007; Müesser Özcan Şenses, 2009, s. 17

⁶⁷ Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ;

Resmî Gazete Tarih ve Sayısı: 20/07/2011 Tarih Ve 28000 Sayı

Değişiklik Resmî Gazete Tarih ve Sayısı: 18/02/2012 Tarih ve 28208 Sayı

Değişiklik Resmî Gazete Tarih ve Sayısı: 29/05/2013 Tarih ve 28661 Sayı Personelin Eğitimi m.19

⁶⁸ Özgül Salihoğlu, Canan Hasbal Akkuş, Sami Hatipoğlu, "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları", **Bakırköy Tıp Dergisi**, 2011, C. 7, S. 2, s. 51

ambulansı veya hava ambulansı ile nakil gerçekleştirilir. Yenidoğanın nakli, bu konuda özel eğitimden geçen sağlık personeli tarafından yapılır.⁶⁹

Yenidoğan Yoğun Bakım servislerinden sevk ve nakil işlemleri 20/07/2011 tarih ve 28000 sayılı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” madde 22 – (Değişik: RG-29/5/2013-28661) belirtilmiştir.

(1) Yoğun bakım servislerinden hasta sevk ve nakli yapılırken aşağıdaki ilkelere riayet edilir:

a) Yoğun bakım servislerinde yatan hastaların sevk ve nakillerinin 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığı ile yapılması esastır. Sağlık tesisi tarafından hastanın sevk edileceği sağlık tesisi belirlenemiyorsa sevk ve nakil işlemleri, İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezinin koordinasyonunda gerçekleştirilir. Hasta nakillerinde Acil Sağlık Hizmetleri Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemindeki güncellenmiş en son veriler esas alınarak planlama yapılır. Hastanın sevk ve nakli için belirlenen sağlık tesisi hastayı kabul etmekle yükümlüdür.

b) Hastanın, nakledildiği sağlık tesisi tarafından acil serviste bekletilmeden, tıbbi durumunun gerektirdiği seviyedeki yoğun bakım servisine doğrudan yatışının yapılması esastır.

c) Hastanın sevk ve nakil kararı; sorumlu uzman tabip tarafından, gerekiyor ise ilgili dal uzmanları ile de konsültasyon sağlanarak verilir ve sevk prosedürüne uygun olarak sevk edilir. Hasta, stabilize edildikten sonra gerektiğinde ilgili sağlık personeli refakatinde tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun şartlar sağlanarak 112 ambulans ekiplerine teslim edilir. Hastanın sevk gerekçesi sağlık tesisi tarafından 112 Komuta Kontrol Merkezine detaylı olarak bildirilir.

ç) Hastaya ait gerekli bilgi ve belgeler, adli vakalar için düzenlenen raporlar epikriz ile birlikte sevk evrakına eklenir. Yenidoğanların sevklerinde Ek-7’deki Yenidoğan Sevk ve Nakil Formu kullanılır.

d) İlde sağlık tesisleri arasında yapılan nakiller Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) İl Sevkleri Değerlendirme ve Denetleme Komisyonunda, iller arasında gerçekleştirilen sevkler Bölge ASKOM Toplantılarında değerlendirilir.

⁶⁹ Ayşegül Zenciroğlu, 2012, s. 99

Tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirler alınır ve lüzumu halinde sonuçları raporlanarak Bakanlığa bildirilir.

e) Yoğun bakımlarda hasta kabulünü engelleyen arıza, enfeksiyon ve bunun gibi hizmet kesintileri, anında İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezine telefon ve faks ile ve akabinde yazılı olarak müdürlüğe bildirilir. Her türlü teknik bakım ve tadilat işlemlerinin sağlık tesisinin hizmet sunumunu aksatmadan gerçekleştirilebilmesi için gerekli tedbirler alınır.

f) Afet durumlarında yoğun bakım hastalarının nasıl tahliye edileceği Hastane Afet Planında (HAP) ayrıntılı bir şekilde tanımlanır ve fiili tatbikatları yapılır.

13. HD., 04.03.1994, 8557/2138 sayılı kararda erken doğan bebeğin hemen prematüre servisine nakledilmemesi ve hayli zaman geçtikten sonra gönderilmesi ve orada ölmesi tazminat sorumluluğu gerektirir.⁷⁰

Bu gibi durumları yaşamamak için erken doğum riski olan gebeler önceden tespit edilmeli daha donanımlı ünitelerin olduğu hastanelerde doğum gerçekleştirilmelidir.

Gelişmiş ülkelerde durumu kritik olan yenidoğan bebeklerin nakil edilmesinde, bebeğin transport öncesi stabilizasyonunun sağlanması, yenidoğan merkezinin bilgilendirilmesi ve taşınacak merkezde gerekli hazırlıkların yapılması, transportun olabilecek en hızlı ve hastaya en iyi şartları sağlayabilen, donanımları olan araçlarla yapılması, bu konuda eğitilmiş ve deneyimli sağlık personelinin görev alması ilkeleri doğrultusunda hareket edilmektedir. Yenidoğan transportunun sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için, ambulansın yenidoğana özgü tam donanımlı olması büyük önem taşır.⁷¹

⁷⁰ Yahya Deryal, “Sağlık Hukuku Rehberi,” 2014, s. 123

⁷¹ Pamir Gülez ve diğerleri, “Yenidoğan Nakilleri”, **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2004, C. 5, S. 1, s. 5; Ayşe Karakoç Tarı, Zerrin Çiğdem, “Dünyada ve Türkiye’de Yenidoğan Transportu”, **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi**, 2006, C. 3, S. 2, s. 25

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YENİDOĞAN YOĞUM BAKIM ÜNİTELERİNDE YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. Sağlık

Sağlıklı olmak en temel insan gereksinimlerinden biridir. Gereksinimden de öte vazgeçilmez bir haktır.⁷² Çağdaş dünyada her bireyin, sağlık içinde yaşama, sağlığını koruyup geliştirebilme hakkına sahip olduğu kabul edilmektedir.⁷³

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, sadece hastalık ya da sakatlık hali değil, bireyin bedence ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır.⁷⁴

İnsanın insanca bir yaşam sürdürebilmesi, ancak beden, ruhen ve sosyal yönden sağlıklı olması ile mümkündür. Bu nedenle sağlık korunmalıdır. Sağlığın korunması ise, toplumsal yaşamda, bunun bir hak olduğunu tespit eden hukuki düzenlemelerle sağlanır. Bu bağlamda sağlık hakkı; bireyin yaşamını sürdürmesi için zorunlu bir haktır. Toplum sağlığı açısından sağlık hakkının önemi, sağlık hizmetlerini belirleyen olanakların, ne derece eşit kullanıldığı konusunda kendini gösterir.⁷⁵

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun madde 2’ de; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörün tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”. Sağlık hizmetleri;

- Koruyucu

⁷² Satı Dil, Müge Uzun, Burcu Aykanat, “*Hemşirelik Eğitiminde İnovasyon*”, **International Journal of Human Sciences**, 2012, C. 9, S. 2, s. 1219

⁷³ Tevfik Özlü, Hasta Hakları Bağlamında Sağlık Finansmanı, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 2010, S. 2, s. 10

⁷⁴ Öznur Vuran Doğan, “*Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı ve Uluslararası Dayanakları*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S.1, s. 352; Nizamettin Aydın, “*Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları*”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Aralık 2008, S. 22, s. 4; Halide Savaş, “*Sağlık Mesleği Mensubunun Gerçeğe Aykırı Belge Düzenlemesi Eyleminde Ceza ve Tazminat Sorumluluğu Boyutlarının Doktrin ve Uygulama Açısından Değerlendirilmesi*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 280

⁷⁵ Öznur Vuran Doğan, 2009, s. 354

- Tedavi edici
- Rehabilitasyon edici⁷⁶ olmak üzere, üç ana bölümde incelenmekte ve tanımlanmaktadır.

Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak, sağlığını koruyup geliştirebilmek her insan için vazgeçilemez, devredilemez ve ertelenemez temel insan haklarından birisi olan yaşam hakkının bir gereğidir. Nitekim Anayasanın, 17/I.' inci maddesinde kişilerin "yaşama hakkı" ile "maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme" hakkından söz etmektedir.⁷⁷

1.1. Sağlık Hakkı

Karşılaştırmalı hukukta, bireylerin, sağlıklarını korumak için, toplumun sağladığı imkanlardan, vasitalardan faydalanmaları, ya da kişinin hastalıklar karşısında korunmasını ve hastalık zamanı tedavi edilmesini, iyileştirilmesini, tıbbi bakım görmesini devletten isteyebilmesi hakkı şeklinde tanımlanmaktadır. Aynı kavram Türk hukukunda "*kişinin, toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesidir*" biçiminde bir tanım yapılmaktadır.⁷⁸

Hasta hakları, insan hakları kuramında "sağlık hakkı" olarak ifade edilen temel hakka dayandırılır. Hasta hakları, hastalar için karşılanması gereken temel gereksinimleri ifade eder.⁷⁹

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 4. maddesinin e) bendine göre, hasta hakları, "*Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar*

⁷⁶ Halide Savaş, 2009, s. 280; Yahya Deryal, "**Sağlık Hukuku Rehberi**", 2014, s. 145

⁷⁷ Yahya Deryal, "*Tıbbi Müdahale İçin Hastanın Aydınlatılması ve Onayının Alınması*", **Sağlık Hakkı Dergisi**, Haziran 2007, S. 2, s. 47 (Bakınız www.haksay.org/); Yener Ünver, "*Avrupa Biyo-Hukuk Sözleşmesi'nin Türk Hukuku'na Etkileri*", **Kamu Hukuku Arşivi Dergisi (KHUKA)**, Kasım 2005, s. 182

⁷⁸ Alvina Gojayeva, "*Avrupa Biyotıp Sözleşmesi ve Türk Tıp Hukukuna Etkileri*", **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 30

⁷⁹ Sedat Bostan, "*Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği*", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2007, C. 10, S. 1, s. 2

ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder” diye tanımlanmaktadır.

“Sağlık hakkı” öncelikle devlete, daha sonrada sağlık çalışanlarına ve toplumun diğer kesimlerine hatta uluslararası topluma sorumluluklar yükleyen temel bir insan hakkıdır. Bu hak ülkelerde sağlık sisteminin ve sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesi için çok etkili bir araç olabilir.⁸⁰Bu hak dünyaya zamanından önce gelen yenidoğan bebekler içinde geçerlidir.

Hasta Hakları Yönetmeliği m.6’ ya göre; hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.⁸¹

Özellikle Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin 24. maddesine göre de, “Çocukların en yüksek derecede sağlık ve hastalıkların tedavisi için oluşturulan kurumlardan faydalanma hakkına sahip olduğu” hükme bağlanmaktadır.⁸²

Toplumda farkındalık yaratmak, sağlık çalışanlarının dikkatini çekmek uluslararası enstitülerden etkin geribildirim almak için dünyanın her yerinden 3000'nin üzerinde perinatoloğun katılımıyla Barselona’da 23-27 Eylül 2001 tarihleri arasında gerçekleşen 5. Dünya Perinatal Tıp Kongresi gerçekleşmiştir. Deklarasyon’ da amaç işbirliği yapılan tüm kurumlar ve kuruluşların bildirdede belirtilen Anne ve Yenidoğan Hakları’ nın gerçekleşmesi için bir araya gelmesini, bu haklara sahip çıkmaları, desteklemeleri ve yaşama geçirmelerini sağlamaktır. Her yenidoğan, fiziksel ve zihinsel olgunlaşmasının tamamlanmamış olması nedeniyle kendisi talep edemese de belirli haklara sahip bir bireydir. Bu haklar topluma, ülkelerin yasa yapan ve yürüten kurumlarını zorlayan bir seri sorumluluklar ve zorunlulukları yükler.

⁸⁰ Nazmi Zengin, “Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Ocak 2010, S. 1, s. 44

⁸¹ Hüseyin Şahin, “Sağlık Hizmetlerinde Taksir Uygulaması”, **Zirve Üniversitesi Sağlık Hukuku ve Politikası Dergisi**, Mart 2014, S. 1, s. 184

⁸² Alvina Gojayeveva, 2009, s. 31

Yenidoğan Hakları Deklarasyonu

- İnsan hakları evrensel beyannameyi yaşamın bütün evrelerini kapsar.
- Bir insan olarak yenidoğanın onuru üstün değerdedir.
- Her yenidoğan yaşam hakkına sahiptir.
- Her yenidoğan yaşamının kültürel, politik ya da dini nedenlerle riske atılmaması hakkına sahiptir.
- Her yenidoğanın doğru kimlik, milliyet ve kurumsal güvence tespitine hakkı vardır.
- Her yenidoğan daha sonraki yaşamında kendisinin azami fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimini sağlayacak sağlık, sosyal ve duygusal bakımı alma hakkına sahiptir.
- Her yenidoğan büyümesini garanti altına alacak doğru beslenme hakkına sahiptir.
- Bütün yenidoğanlar doğru tıbbi bakım alma hakkına sahiptir.
- Yaşamla bağdaşmayacak şekilde anomalili bir fetüs taşıyan gebe bir kadının, gebeliğini sürdürme ya da eğer isterse kendi ülkesinin yasal sınırları içinde gebeliğini sonlandırma hakkı vardır.
- Yaşama sınırını aşan derecede immatür olan yenidoğanın yaşatılması için girişimde bulunulmamalıdır.
- Her yenidoğanın ülkesinin sosyal koruma ve güvenlik hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır.
- Yenidoğan ailesinden, onay olmaksızın ayrılamaz.
- Her yenidoğan, evlat edinilme durumunda, en azami garantiler ile evlat edinilme hakkına sahiptir.
- Bütün yenidoğan ve gebe kadınların silahlı çatışmanın olduğu ülkelerde korunma altına alınma hakkı vardır.⁸³

⁸³ Begüm Atasay, Saadet Arslan, “Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu”, **Sted**, 2001, C. 10, S. 12, s. 458

1.2. Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmetleri, toplumun refah seviyesinin ve mutluluğunun geliştirilmesi için insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir.⁸⁴ Sağlık hizmeti üretiminde, hizmeti oluşturan tüm unsurlar entegredir ve bir zincirin halkalarıdır.⁸⁵

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi madde 4 mesleki standartları; “Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.”⁸⁶

Sağlık hizmetleri toplum yararına olmakla birlikte, hizmet sunumuyla ilgili süreçler, teknolojik gelişmeler ve insan faktörünün karmaşık birleşimi nedeniyle hata ve istenmeyen olayların meydana gelme riski bulunmaktadır.⁸⁷

Sağlık bakımı oldukça karmaşık bir konu olup, bakım sırasında kimi zaman tıbbi hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir.⁸⁸

Sağlık hizmetleri insan hayatı için büyük önem taşımaktadır. Tıp, insanı iyileştirebilecek olanaklara sahip olmasına rağmen, bazı durumlarda iyileşmesi mümkün olmayan sonuçlar da doğurmaktadır.⁸⁹

Sağlık hizmetinde kusurlu bir davranışın sonucu insan sağlığı, hatta hayatı açısından geri dönüşümsüz olacağından kuşkusuz kabul edilemez.⁹⁰

⁸⁴ M. Fedai Çavuş, Eray Gemici, “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi” **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi (The Journal of Academic Social Science)**, Y. 1, S. 1, Aralık 2013, s. 238; Müslüme Akyüz ve diğerleri, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta ve Çalışan Memnuniyet Değerlendirilmesi: Malatya Devlet Hastanesinde Bir Alan Çalışması”, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, (Editör: Harun Kırılmaz), 1. Basım – Nisan 2010, C. 1, s. 390

⁸⁵ Müslüme Akyüz ve diğerleri, 2010, s. 390

⁸⁶ Gültezer Hatırmaz Erol, “*Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*,” 3. Baskı, Ankara, Ağustos 2013, s. 280

⁸⁷ Nehir Somyürek, Esra Uğur, 2016, s. 2

⁸⁸ Musa Özata, Handan Altuncan, “*Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği*”, **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 2010, C. 8, S. 2, s. 100

⁸⁹ Serkan Kızılyel, “*Sağlık Hizmetinin Sunumunda Sır Saklama Yükümlülüğünün İdare Hukukuyla Etkileşimi Üzerine*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 328

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü 9/1, “Kötü işleyen sağlık hizmetlerinden, tıbbi yanlışlık ve hatalardan meydana gelen zararlardan her bir bireyin korunma hakkı vardır ve yüksek güvenlik standartlarını karşılayan sağlık hizmetleri ve tedavilerinden de yararlanma hakkı vardır. Bu hakkın garantilenmesi (temini) için hastane ve sağlık hizmetleri risk faktörlerini sürekli kontrol edip elektronik tıbbi cihazların uygun bir şekilde korunduğu ve operatörlerin (bu cihazları kullananların) iyi eğitilmiş olmasını temin etmelidir. Diğer sağlık profesyonelleri tedavinin bütün aşamaları (evreleri) ve unsurlarının güvenliğinden tam olarak sorumludur. Devamlı eğitim alarak ve örnekleri inceleyerek tıp doktorları hata riskine karşı korunmayı sağlamalıdır. Üst amirlerine mevcut riskleri rapor eden sağlık personeli muhtemel ters durumlardan korunmalıdır.”⁹¹

Sağlık sektöründe sunulan hizmetler insan sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu için hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemlidir. İş görenler tarafından yapılacak bir hata bazen öldürücü olabilen çok tehlikeli sonuçlara yol açabilir. Dolayısıyla bu endüstride hedef “sıfır hata” (zero defect) olmalıdır.⁹²

2. Tıbbi Hata

Sağlık kuruluşları ve hastaneler koruyucu ve tedavi edici çok önemli sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bazen bu hizmetin verilmesi sırasında “istenmeyen durumlara” da yol açabilmektedirler.⁹³

Gerekli hareketin sergilenmemesi veya yetersizliği olarak ifade edilen kusur insan faktörünün yer aldığı her yerde yaşamın kaçınılmaz bir gerçeğidir. Hastanelerde alınan pek çok güvenlik önlemine rağmen, sağlık hizmetlerinde de insan hataları yaygın olarak meydana gelmektedir. Hipokrat’a ait olduğu ileri sürülen

⁹⁰ Elif Atıcı, “Sağlık Hizmetleri Sorgulanırken Tek Muhatap Hekim Olmamalıdır”, **Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği Bülteni**, Ocak-Temmuz-2009, S. 7-8, Y. 4, s. 29

⁹¹ Gültezer Hatırmaz Erol, “**Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları**,” 3. Baskı, Ankara , Ağustos 2013, s. 280

⁹² Hüdaverdi Bircan, Serap Baycan, “Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği”, **C. Ü. Sosyal Bilimler Dergisi**, Aralık 2004, C. 28, No. 2, s. 173; M. Fedai Çavuş, Eray Gemici, “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi”, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi** (The Journal of Academic Social Science), Aralık 2013, Y. 1, S. 1, s. 252

⁹³ Ömer Faruk Akıncı, “Hasta Güvenliği”, **Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi**, 2010, C. 7 S. 25, s. 3

“Primum non nocere” deyişi öncelikle hastaya zarar verilmemesini ifade etmekte, ancak hekimlerin hastalarını tedavi ederken aynı zamanda zarar verme potansiyeline de sahip olduklarını vurgulamaktadır.⁹⁴

Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır.⁹⁵

Bir başka tanımda ise tıbbi hata, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması anlamına gelmediği, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem anlamına da geldiği belirtilmektedir.⁹⁶

Mevzuatımızda tıbbi hata kavramı tanımlanmaya çalışılmıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliği madde 11’ de, “Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.

Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.” şeklinde yapılan uygulamaların tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakımı vurgulanmıştır.

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 5’ te; “Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.”

⁹⁴ Lale Karabıyık, “Yoğun Bakımda Sık Yapılan Tıbbi Hatalar”, **Yoğun Bakım Dergisi**, 2012, C. 10, S. 1, s.41; Serap Özer, “Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliğinde Etik”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2009, C. 13, S. 1, s. 8; Mehmet Karataş, Cengiz Yakıncı, “Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2010, C.17, S.3, s. 234

⁹⁵ Yurdanur Demir Dikmen, Songül Yorgun, Nesibe Yeşilçam, “Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, 2014, s.45; Musa Özata, Handan Altuncan, “ Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”, **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 2010, C. 8, S. 2, s. 100;

⁹⁶ Mehmet Karataş, Cengiz Yakıncı, 2010, s. 234; Yurdanur Demir Dikmen, Songül Yorgun, Nesibe Yeşilçam, 2014, s.45

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 13' 'te; Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" anlamına gelir.

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı 3/d; "Tıbbi kötü uygulama: Sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumu," olarak tıbbi kötü uygulamanın tanımı yapılmıştır.⁹⁷

Ovalı' nın belirttiği gibi hasta güvenliğinin aslında hastanın yararına gibi gözükse de hem hastanın hem de sağlık personelinin yararına olduğu unutulmamalıdır. Tıbbi hatalar, iki ana başlık altında incelenebilir:

A) Tanı hataları

- 1) Hastanın muayenesini eksik yapma
- 2) Yanlış tanı koyma
- 3) Uygun ve gerekli tetkikleri yapmama
- 4) Tetkiklerin sonuçlarına göre davranmama/tetkikleri yanlış yorumlama

B) Tedavi hataları

- 1) Tedavinin uygulanmasında gecikme
- 2) Uygun ve gerekli tedaviyi yapmama
- 3) Uygunsuz tedavi yapma
- 4) Tedavi sırasında hata yapma
- 5) İlacın doz ve verilme yönteminde yanlışlık yapma
- 6) Yetersiz ve hatalı tıbbi ekipman kullanma
- 7) Yetersiz takip ve bakım
- 8) İlaç reaksiyonları
- 9) Profilaksi ve diğer hatalar
- 10) Gereken profilaksinin yapılmaması, eksik veya yanlış yapılması
- 11) Yanlış taraf cerrahileri

⁹⁷ Gültezer Hatırnaz Erol, "Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları", 3. Baskı, Ağustos 2013, Ankara, s.280

12) *Transfüzyon hataları*

13) *Düşmeler*

14) *Cerrahi yaralanmalar*

15) *Hastane enfeksiyonları*

16) *İletişim hataları*⁹⁸

Hastanelerde iş yükünün fazlalığı, tıbbi aletlerin kullanımı konusunda bilgi yetersizliği, aletlerin bakımı ve sterilizasyonunun da tıbbi kurallara uymama ve bu aletlerle yapılan tıbbi girişimler sonucu da bir çok hata yaşanmaktadır.

Yapılan sık hatalar arasında kayıt hataları da yer almaktadır. Kayıt tutulması hukuki bir zorunluluktur. Eksiksiz ve düzgün tutulan tıbbi kayıtlar herhangi bir hatalı uygulama iddiası durumunda hekimin savunmasında çok önemli bir delil niteliğindedir. Hekim savunmasını bu kayıtlara dayanarak yapabilir.⁹⁹

Hasta dosyasına yapılan her işlem tüm yönleriyle kayıt edilmesi çok önemlidir. Hastaya imzalatılan belgelerde hasta ile yapılan görüşme ayrıntıları ile hasta dosyasında yer almalıdır.

Hasta kayıtlarının tutulmasının önemi; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 72. maddesinde “İcrayı sanat eden tabipler, diş tabipleri ve ebeler, ... Hastaların isim ve hüviyetlerini kayda mahsus bir protokol defteri tutmağa mecburdurlar”¹⁰⁰ düzenlemesine yer verilmiştir.

Yine Radyoloji Kanunu da (m.5), röntgen ve radyom ve elektrikle tedavi müesseselerinde işlem gören hastaların kaydının tutulması zorunluluğunu emretmektedir. Bu sorumlulukta hekim yalnız değildir. Hastane yönetimi ile birlikte (müteselsil) sorumludur. Muayene için gelen hastanın, kimlik bilgileri yanı sıra, fiziki durumu, hastalık geçmişi, hastaya uygulanan testler, röntgen filmleri, laboratuvar bulguları ve mevcut hastalığına uygulanacak tedavi ve yöntemi, hastanın varsa diğer hastalıkları hakkında konsültasyon raporları hasta dosyasına yazılmalıdır. 1219 sayılı Tababet Kanunu m.73 uyarınca hasta kayıtlarında tahrifat ve gerçek dışı

⁹⁸ Fahri Ovalı, “*Hasta Güvenliği Yaklaşımları*”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Ocak 2010, S.1, s.36

⁹⁹ Oğuz Polat, Işıl Pakiç, “*Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu*”, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Temmuz 2011, C. 2, S. 3, s. 121

¹⁰⁰ Yahya Deryal, “*Sağlık Hukuku Rehberi*”, 2014, s.180; Hayrunnisa Özdemir, “*Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinde Kayda Geçirme ve Sır Saklama Yükümlülüğü*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 150

bilgiler kaydeden hekimler, diş hekimleri ve ebeler, TCK. m. 204 ve 210/2' ye göre cezalandırılırlar.¹⁰¹

Hasta kartına hastayla ilgili tıbbi bilgilerin kaydedilmesi, hasta yatırılarak tedavi edilmiş ise hasta dosyasındaki ilgili kısımlara ayrıntılı olarak kaydedilmesi önemlidir. Adli raporlar bu kayıtlar dikkate alınarak hazırlanmaktadır. Bu nedenle kayıtların düzenli ve ayrıntılı olarak tutulması çok önemlidir. Tıbbi hizmeti bir sağlık kurum ve kuruluşu veriyorsa bu kayıtların saklanma sorumluluğu hizmeti veren sağlık kurum ve kuruluşuna aittir.¹⁰²

Hasta kayıtlarının zorunlu tutulması kadar, saklanıp muhafaza edilmesi de hukuken zorunlu tutulmuştur. 27.03.2002 tarih ve 24707 sayılı zel Hastaneler Yönetmeliği madde 49' da özel hastanelerde, muayene, teşhis ve tedavi amacıyla başvuran hasta, yaralı, acil ve adli vakalar ile ilgili olarak yapılan tıbbi ve idari işlemlere ilişkin kayıtların, düzenlenen ve kullanılan belgelerin toplanması ve bunların müteakip başvurular ile denetim ve adli mercilerce her istenildiğinde hazır bulundurulması amacıyla tasnif ve muhafazaya uygun bir merkezi tıbbi arşiv kurulması zorunlu tutmuştur.

Danıştay 10.Daire, Tarih 29.04.2008, Esas 2007/3301, 2008/2939 (Emsal:10.D.,27.12.2011, 2009/9151-5979) sayılı kararında "idarece tıbbi kayıt ve belgelerin ibraz edilememesinin, meydana gelen zarar nedeniyle idarenin sorumluluğunun bulunup bulunmadığının yargısal denetimini de engellediği açık olduğundan maddi tazminatın reddedilmesinde hukuka aykırılık bulunmamakta ise de oluşan bu durum sonucu meydana gelen manevi zararın idarece tazmini yolunda karar verilmesi gerekirken...hasta dosyasının kaybı manevi tazminatı gerektiren bir zarar teşkil eder."¹⁰³

Sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması, bu hataların tamamen sıfıra indirilmesinin mümkün olmadığı fakat alınacak tedbirler sayesinde yüzde 50 oranında azaltılabileceği kaydedilmektedir.¹⁰⁴

¹⁰¹ Yahya Deryal, "*Hasta Kayıtlarının Tutulması ve Saklanması*", Sağlık Hukuku Problemleri, Seçkin Yayıncılık, Ankara, Temmuz 2012, s. 469

¹⁰² Oğuz Polat, Işıl Pakiş, 2011, C. 2, S. 3, s. 121

¹⁰³ Yahya Deryal, "*Sağlık Hukuku Rehberi*", 2014, s. 132

¹⁰⁴ Erdal Akalın, "*Hasta Güvenliği Konferansı*", *Sağlık Hakkı Dergisi*, Haziran 2007, S. 2, s. 46

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerek yurtdışında gerekse ülkemizde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun önemini büyük bir açıklıkla ortaya koymaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde önde gelen ölüm nedenleri arasındadır. Hastanede yatan her 100 hastadan 10'u tıbbi hatalar nedeni ile zarar görmekte ve istenmeyen olayların %61'inin insan faktörü ile engellenebileceği bildirilmektedir.¹⁰⁵

Akalın, Tıbbi hataları kök nedenlerine göre üçe ayırmıştır:

- İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi yapma
- İhmale bağlı hatalar: Doğru işlemi yapmama
- Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama¹⁰⁶

Bu hataların çoğu insandan kaynaklandığından insana bağlı faktörlerin başında; dikkatsizlik, yorgunluk, zamansızlık, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, yanlış karar, önlem almama, iletişim yetersizliği, mantık hatası, tartışmacı kişilik gibi etkenler yer almaktadır. Yine iş yeri yapısı, politikalar, yetersiz otomasyon, idari ve finansal yapı, liderlik, personelin yanlış dağıtımı, geri bildirim konularında yetersizlik, eksik ve yetersiz cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği olarak sıralanabilir.¹⁰⁷

Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği açısından en sık karşılaşılan hataların başında; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların geldiği belirtilmektedir.¹⁰⁸

Yoğun bakımlarda tedavilerin temel uygulayıcıları olan yoğun bakım hemşirelerine bağlı tedavi hatalarının ilk üç nedenini;

- Kişisel ihmal (%86),
- Yoğun iş yükü (%37) ve

¹⁰⁵ Yurdanur Demir Dikmen, Songül Yorgun, Nesibe Yeşilçam, 2014, s. 46

¹⁰⁶ H. Erdal Akalın, "Hasta Güvenliği Kültürü", **Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi**, 2010, C. 7, S. 25, s. 11

¹⁰⁷ Musa Özata, Handan Altuncan, "Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği", **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 2010, C. 8, S. 2, s. 100

¹⁰⁸ Musa Özata, Handan Altuncan, "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması", T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma-En İyi Uygulama Ödüelleri Kitabı (Editör: Harun Kırılmaz), Ankara 2010, s. 5

- Yeni mezun olunması (%37) oluşturmaktadır.

Bir başka araştırmaya göre ise ilk üç neden;

- Uygulama hataları,
- Kontrolsüz ilaç hazırlanması ve

- Yeni mezun çalışanlar olarak belirlenmiştir. İlaç uygulama hatalarının (yanlış doz, yanlış teknik ve yanlış ilaç) önlenmesi ve azaltılabilmesi için riskli ilaç gruplarının bilinmesi ve bu ilaçların kullanımında daha dikkatli olunması gerekir.¹⁰⁹

Hemşirelik sorumlulukları içinde ilaç uygulamaları çok önemli bir yere sahiptir. İlaç uygulama hatalarının önlenmesi için; hemşirelerin bu konuda uygun bilgi, beceri, tutum ve davranış geliştirilmesine yönelik düzenli olarak eğitilmesi, bu konudaki yayınların takip edilmesi herhangi bir hata durumunda olayı gizlememesi konusunda cesaretlendirilmesi gerekmektedir.

İlaç uygulamalarında özellikle 8 doğru kuralına;

- Doğru hasta,
- Doğru ilaç,
- Doğru zaman,
- Doğru doz,
- Doğru veriliş yolu,
- Doğru veriliş hızı ve süresi,
- Doğru etki,
- Doğru kayıta uygun çalışılmalıdır.

Tedavi temiz bir ortamda uygun tekniklere uyularak hazırlanmalıdır. Dolaptan çıkartılmış ilaçlar tedavi yapılmadan önce oda sıcaklığına gelene kadar bekletilmelidir. Güneşe maruz bırakılmamalı, ısıtılmamalıdır. Damardan verilen bütün ilaçlar uygun sürede verilmeli ve uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Tedavi sırasında serum setlerinin uçları bulaştan korunmalıdır. Kas içi enjeksiyon uygulamalarında uygun iğne ucu seçilmeli ve enjeksiyon hazırlanıp iğne ucu değiştirildikten sonra enjeksiyon yapılmalıdır. Her ne işlem yapılırsa yapılsın mutlaka ilacın veriliş yolu ve son kullanma tarihleri kontrol edilmelidir.

¹⁰⁹ Lale Karabıyık, 2012, s. 44; Musa Özata, Handan Altuncan, *“Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması”*, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma-En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı (editör: Harun Kırılmaz), Ankara, 2010, s. 4

Hemşirenin; ilaçlar hakkında farmakolojik olarak bilgi sahibi olması, alınması gereken önlem ve yapılması gereken girişimler konusunda karar verebilecek düzeyde olması, aldığı önlem veya girişimlerin sorumluluğunu üstlenebilmesi gerekmektedir. Hemşire ilaçların verilmesi ve uygulamasına ilişkin rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi ile hata olasılığını en aza indirecektir.¹¹⁰

3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekimlik Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin en önemli kısmını doktorlar karşılamaktadır. Bu bağlamda doktorların mesleklerinde en makul özeni göstermeleri mesleklerinin bir zorunluluğudur. Bu bağlamda doktor hastanın durumunu iyice kavramalı ve hastanın özelliklerine göre tedavi şeklini belirlemelidir.¹¹¹

Hastaya uygulanacak her müdahalenin (tanı, tedavi yöntemi ve işlemleri) tıbbi gereklere, bilimsel verilere ve yasal kurallara uygun olması gerekir. Bunların dışında hastaya müdahale yapılamaz. Hastanın her türlü tıbbi müdahale esnasında, gereken tıbbi özeni görme hakkı vardır.¹¹²

Hasta Hakları Yönetmeliği madde 14' te vurgulandığı gibi; Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.¹¹³

13. HD., 19.10.2006, 10057/13842 sayılı kararında “ *Hasta, tedavisini üstlenen doktordan mesleğin gerektirdiği ihtimam ve dikkati göstermesini, beden ve ruh sağlığı ile ilgili tehlikelerden kendisini bilgilendirmesini beklemek hakkına sahiptir*”¹¹⁴ Yeni doğan küçük olduğundan veli yada vasisi hastanın hastalığı ile ilgili bilgileri alma, hekimden mesleği ile ilgili gerekli özen ve dikkati göstermesini bekleme ve riskleri bilme hakkına sahip olduğunu vurgulamıştır.

¹¹⁰ Dilek Aygin, Hande Cengiz, “İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu,” **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2011, C.45, S.3, s.110

¹¹¹ Canan Yüksel, “*Etik ve Felsefi Açıdan Hasta-Hekim İlişkisi*”, Sağlık Çalışanı-Hasta İlişkisinde Güncel Konular (Editör: Nazmi Zengin), Kardelen Yayınları, Konya, 2012, s. 9-10

¹¹² Tefik Özlü, “Hasta Hakları ve Hekimler,” *Hekim* 2007; 1:51(www.toraks.org.tr)

¹¹³ Gültezer Hatırmaz Erol, “*Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*,” 3. Baskı, Ağustos 2013, Ankara, s. 121

¹¹⁴ Yahya Deryal, “*Sağlık Hukuku Rehberi*”, 2014, s. 225

Gerek ulusal gerek uluslararası düzeyde hasta güvenliği konusu son dönemlerde üzerinde durulan önemli konular arasına girmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre de her 10 hastadan biri tıbbi hatalar nedeniyle ciddi şekilde zarar görmektedir. Bu sayı trafik kazası, meme kanseri veya AIDS' den ölenlerin sayısından daha fazladır. Sağlık kurumlarında insana özgü olan, insani ve maddi anlamda ciddi kayıplara yol açan hataların düzeltilmesi, hasarlarının azaltılması veya yok edilmesi konusunda ciddi, etkin bir güvenlik kültürünün sağlanması gerekmektedir.¹¹⁵

Hasta güvenliği konusunun bir kalite iyileştirme süreci olduğunu kabul eden, tıbbi hataların bildirilmesinin cezalandırılmadığı ortamı sağlayan sağlık kurumlarının sundukları sağlık hizmetinde farklılık yaratacakları açıktır.¹¹⁶

Ülkemizde sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında çalışmalar başlatılmıştır. Sağlık hizmeti sunan tüm kurumlara her türlü rehberliği de içinde barındıran Hizmet Kalite Standartları yayınlanmıştır. Hasta ve çalışan güvenliğini merkezine alan bu çalışmalar ve ortaya konan bu standartlar, birçok ülkenin ulusal anlamda hayata geçirdiği ulusal kalite sistemlerinde olduğu gibi, ülkemizde de kurulacak olan ulusal kalite sisteminin temeli olan önemli bir çalışmadır.¹¹⁷

4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan hemşirelik; en geniş bölümü kapsamakta olup, hastane çalışanlarının % 60'ını oluşturmaktadır. Önemli işgücünü

¹¹⁵ Emine Kır Biçer ve diğerleri, "Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi", **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi**, 2013, C. 10,S. 1, s. 15

¹¹⁶ Füsün Sayek, "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya", **Türk Tabipleri Birliği Raporları / Kitapları – 2010**, s. 62; Koray Boduroğlu, "Yenidoğan Servislerinde Sunulan Hizmetlerin Kalitesi ve Kalite Yönetim Sistemleri: ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi", **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, Güz 2003, S. 8, s. 40

¹¹⁷ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı SKS-Hastane (versiyon-5; revizyon-00) Sağlıkta Kalite Standartları Hastane <https://www.kalite.saglik.gov.tr/> 1.Baskı: Ankara, Temmuz 2015

oluşturan hemşirelik mesleği, sağlık kurumunun da verimliliğini büyük ölçüde etkilemektedir.¹¹⁸

Hemşireler insan yaşamının ve sağlığının korunması için sahip olunması gereken asgari bilgi ve beceriden yoksun olduğu zaman, hizmet sundukları insanların hayatını tehlikeye sokabilmektedir. Hemşirelik uygulamalarını, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olarak vurgulamaktadır. Bu nedenle hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası, hatta temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir.¹¹⁹

Yoğun bakım hemşireleri; bakım ve tedavi için hastalara uygulanan araç ve gereçlerle ilgili özel bilgi, beceri ve deneyime sahip olmaları gerekmektedir. Yoğun bakım hemşiresi hastalarda oluşan bulguları ilk saptayan, yorumlayan kişilerdir.¹²⁰

Hasta ile kesintisiz 24 saat bir arada olarak sağlık ekibi üyelerinin koordinasyonunu sağlayan, sağlık çalışanlarının en büyük grubunu oluşturan hemşireler, hasta gereksinimlerini belirleyen, bakımı planlayan, uygulayan ve etkinliğini değerlendiren kişiler olarak da tanımlanmaktadır.¹²¹ Bir çok işlemin yoğun uygulandığı yoğun bakım ünitelerinde yenidoğanlar için hayatta kalımları açısından hemşirelik bakımı ve girişimi çok büyük önem arz etmektedir.

Özverili çalışmaları ile gerektiğinde teknolojiden daha değerli ve etkin olabilirler. Prematüre bebeklerin bakımından direk sorumlu olan yenidoğan yoğun bakım hemşireleri kilit nokta niteliğindedir.¹²²

*“Zayıf ve güçsüz yenidoğanlar gözlerini dünyaya açtıklarında, hemşire onların en iyi arkadaşlarından biridir”*¹²³

¹¹⁸ Nilgün Göktepe, Ülkü Baykal, “Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi”, **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**, 2012, C. 14, S. 2, s. 31

¹¹⁹ Musa Özata, Handan Altuncan, “**Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması**,” T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma & En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı, (Editör Harun Kırılmaz), Ankara – 2010, s. 4

¹²⁰ Belkız Batı, Pakize Özyürek, 2015, s. 35

¹²¹ Songül Çınarlıoğlu, Semiha Öner İğci, Bayram Şahin, “*Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Tatmini Düzeylerinin Belirleyicileri*”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2015, C. 18, S. 1, s. 2

¹²² Özlem Metreş, “*Hemşirelik Bakış Açısıyla Prematüre Retinopatisi*”, **Okmeydanı Tıp Dergisi**, 2014, C. 30, S. 2, s. 65

¹²³ Rana Yiğit, “*Fetus - Yenidoğan Hakları ve Hemşirelik*”, **C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 2002, C. 6, S. 2, s. 52

Prematür bebeklerde birçok organ ve sistemin olgunlaşmadığı için çeşitli komplikasyonlar açısından risk grubu oluşturur. Bu özel gruba bakım verirken hemşirelerin bilgili, donanımlı ve becerili olması risk oluşumunu azaltmakta ve bakım kalitesini arttırmaktadır.¹²⁴

Hemşireler, bakım uygularken bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı rollerini uygulayarak hemşirelik yasası başta olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle görev sorumluluklarını yerine getirmektedir. Kısaca hemşire, aile, toplum ve bireyin sağlığını koruma ve geliştirme, hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik çabaların tümünde yer almaktadır.¹²⁵

Somyürek ve Uğur'a göre; hasta güvenliği, tüm sağlık ekibi üyelerinde olduğu gibi hemşirelik bakımında da önemli unsurlardan biridir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses=ICN), hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, güvenli ilaç kullanımı, enfeksiyonla mücadele, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması ve hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bu durumun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine dikkati çekmektedir. Ayrıca tıbbi hataların en önemli nedeni olarak görülen uzun çalışma saatlerinin ve iş yükünün dengelenmesi hasta güvenliği açısından önem arz etmektedir. Hasta güvenliğini tehdit eden hataların ve nedenlerinin yöneticiler tarafından çalışanlar olarak değil sistem sorunu olarak ele alınması, çalışanların yaptıkları hatalardan dolayı ceza alma korkusu yaşamalarının önlenmesi ve cezalandırılmaya dayanmayan sistemlerin geliştirilmesi önerilebilir.¹²⁶

¹²⁴ Naime Altay, Ebru K. Törüner, "Türkiye'de Neonatoloji Hemşirelerinin Çalışma Koşulları ve Sağlıkları Üzerine Etkileri Araştırma Raporu", **Neonatoloji Hemşireliği Derneği**, Ankara Kasım, 2013, s. 6

¹²⁵ Dilek Aygün, Hande Cengiz, "İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu", **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2011, C. 45, S. 3, s. 110

¹²⁶ Nehir Somyürek, Esra Uğur, "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar, Yoğun Bakımlarda Tıbbi Hatalar", **Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi**, 2016, C.3, S.1, s. 6

5. Hasta Güvenliği

Hataların önlenmesi ve düzeltilmesi için en önemli faktörlerden biri hasta güvenliği kültürünün benimsenmesidir. Genelde insanlar yaptıkları hatalardan dolayı sorguya çekilecekleri ve cezai müeyyide ile karşı karşıya kalacakları endişesi duyarlar ve bu nedenle de hataların üzeri örtülmeye, yok sayılmaya çalışılır. Ancak bu durumun en önemli zararı, insanların yapılan hatalardan ders almamaları ve aynı hataları sürekli tekrarlamalarıdır.¹²⁷

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 37. maddesine göre, “herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır”. Bu hak sadece hastalar bakımından geçerli olmayıp, aynı zamanda sağlık çalışanları bakımından da geçerlidir.¹²⁸

Hasta güvenliğinin sağlanması için ilk hedef riskleri azaltmak olmalıdır. Hatalar meydana geldiğinde raporlanması, önceki deneyimlerinden yararlanarak tekrarların önlenmesi için tedbir alınması, nedenlerin araştırılıp önleyici faaliyetleri belirlenmesi, uygulamaya koyma için gerekli davranışlar içine girmek gerekir. Dolayısıyla sürekli olarak aynı hatalar tekrar edilmekte ve hastalar bu önlenemez hatalar nedeniyle zarar görmektedirler. Ancak hasta güvenliğine ilişkin ortaya çıkan sorunların kaynaklarını ve nedenlerini tam ve açık olarak tanımlama, riskli süreç ve uygulamaları belirleme, hasta güvenliğinin gelişmesi için gereklidir.¹²⁹

6 Nisan 2011 tarih 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelikle kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanması, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanması

¹²⁷ Fahri Ovalı, 2010, s. 33

¹²⁸ Hakan Hakeri, “Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Sorumluluk”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi Bilimsel Hakemli Dergisi**, Ocak 2010, S. 1, s. 53

¹²⁹ Selma Altındış, “Bilimsel Hakemli Dergi Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Ocak 2010, S. 1, s. 17

yönelik usul ve esasları düzenlemiş, ilgili yönetmeliğin Hasta ve Çalışan güvenliği ortak uygulamaları MADDE 8 'de gerekli tedbirler aşağıda belirtilmiştir.

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları

MADDE 8 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

a) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak;

- 1) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması,*
- 2) Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik sürveyans çalışmalarının yapılması,*
- 3) El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,*
- 4) İzolasyon önlemlerinin alınması,*
- 5) Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,*

b) Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;

- 1) Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,*
- 2) Laboratuvar da çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,*
- 3) Panik değerlerin bildirimini sağlanması,*

c) Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,

ç) Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;

- 1) Mavi kod uygulamasının yapılması,*
- 2) Pembe kod uygulamasının yapılması,*
- 3) Beyaz kod uygulamasının yapılması,*

d) Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili olarak;

- 1) Güvenlik raporlama sisteminin kurulması,*
- 2) Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamaması,*
- 3) Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması,*

e) Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi,

f) Komitelerin kurulması ile ilgili olarak;

- 1) *Hasta güvenliği komitesi,*
- 2) *Çalışan güvenliği komitesi kurulması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.*

5.1. Hastayı Aydınlatma

Hekimlerin mesleki uygulamalarını hukuka uygun hale getiren temel koşul, hastanın onamıdır. Hasta ya da vasinin onamı olmadan uygulanan tıbbi girişimler hukuka aykırıdır. Hekim tedavi yapacağı hastanın anlayabileceği bir şekilde ve düzeyde aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmelidir. Bir onam belgesinin, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı açısından taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri de içermesi gerekir (Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 26).

Yine Hasta Hakları Yönetmeliği 15. Maddede hastanın, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların yararları ve olası sakıncaları, diğer tıbbi girişim yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek olası sonuçları ve hastalığın seyri ve sonuçları konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Aydınlatılmış onam alınmamasının hukuki sonuçları Hekimin hastasını hastalığı, hastalığın tedavi süreci ve tedavi seçenekleri hakkında aydınlatıp onamını almaması ihmali suç niteliği taşımaktadır.¹³⁰

5.2. Hastanın Rızasının Alınması

Yenidoğan rızası velisinden veya vasisinden alınması gerekmektedir. Biyo-Tıp Sözleşmesi m.6/2' de şöyle bir düzenleme yer almaktadır: “Bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya

¹³⁰ Oğuz Polat, Işıl Pakiç, “Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu”, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Temmuz 2011, C. 2, S. 3, s. 121

kanun tarafından belirlenen makam kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunabilir.”

Hastanın rızası, (yenidoğan küçük olduğundan) 1219 Sayılı Tababet Kanunu m.70' e göre hekim, küçük veya kısıtlı olan hastanın öncelikle veli veya vasisinin rızasını alacaktır. Hasta Hakları Yönetmeliği de buna paralel bir düzenlemeye sahiptir: Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Böylece pozitif hukukumuz bakımından, küçükler üzerinde yapılacak tıbbi müdahaleler için mutlak olarak yasal temsilciler yetkili görülmektedir.¹³¹

Dünya Tabipler Birliği, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin gözden geçirilmiş yeni şeklinde “ Hastanın, yasal ehliyeti yoksa ya da çocuk ise bir yasal temsilcisinin onayının alınması” gerektiği belirtilmektedir. Fetus, küçük çocuklar ve zihinsel engelli gruplar kendilerini ifade edemedikleri ve haklarını koruyamadıkları için, onlarla ilgili yapılacak her işlem ve araştırma için ana-baba ya da yasal koruyucularından onam alınması gerekmektedir.¹³²

6. Tıbbi Hata Durumlarında Hukuki Süreç

Teşhis, tedavi ve bakım süresi boyunca hasta hekim ilişkisinde işler her zaman istenildiği gibi yolunda gitmeyebilir. Hasta yattığı süre boyunca yanlış tıbbi uygulamalara, bazen de istenmeyen sonuçlarla karşı karşıya kalabilir. Bu tür manzaralar karşısında söz konusu ilişkinin aktif tarafında yer alan hekim ya da yardımcı sağlık personelinin cezai sorumluluğu söz konusu olacaktır.¹³³

Hekim gerçekleştirdiği tıbbi müdahale nedeniyle hukuki sorumluluğunun doğabilmesi için yapılan müdahalenin tıbbi uygulama hatası sayılması gerekmektedir. Teşhis ve tedavi sunumunda sağlık hizmetlerini yerine getiren sağlık personelinin yanlış müdahalesi sonucunda hastanın zarara uğraması, sağlık

¹³¹ Deryal Yahya, “*Hasta Çocuğun Hakları*”, **Sağlık Hukuku Problemleri**, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Temmuz 2012, s. 246; Hakan Hakeri, “*Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Şartları*”, **Tıp Hukuku**, Mayıs 2012, 5. Baskı, s. 328; Gültezer Hatırnaz Erol, “*Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*”, 3. Baskı, Ankara, Ağustos 2013, s. 141; Yahya Deryal, “*Tıbbi Müdahale İçin Hastanın Aydınlatılması ve Onayının Alınması*”, **Sağlık Hakkı Dergisi**, Haziran 2007, S. 2, s. 50

¹³² Yiğit Rana, “*Fetus - Yenidoğan Hakları ve Hemşirelik*”, **C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 2002, C. 6, S. 2, s. 52

¹³³ Nizamettin Aydın, “*Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları*”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Aralık 2008, S. 22, s. 27

personelinin bilgi noksanlığından, dikkatsizliğinden, değerlendirme hatalarından, müdahale için gerekli olan araç ve gereç ile müdahalede bulunan mekanın gerekli şartlara sahip olmamasından, özensizlikten dolayı kaynaklanabilir. Hekim hastanın tedavisini gerçekleştirirken başarısızlık, beceri eksikliği veya ihmâl nedeniyle hastayı zarara uğrattır ise malpraktis (tıbbi hata) gerçekleşmiş olur.

Hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili çok sayıda kapsamlı yasal düzenlemelerin varlığına karşın, gerek Ceza gerek Medeni Kanunu'nda hekimlerin "cezai" ve "hukuki" sorumluluğunu düzenleyen özel bir hüküm bulunmamaktadır. Hekim, bir takım mesleki faaliyetleri yerine getirirken, tıbbi etik ilkelere, tıbbın kabul görmüş kural ve kaidelere uygun davranmak zorundadır. Hekimlik faaliyetleri, kişilik hakları kapsamında korunan yaşama ve sağlık hakkı gibi değerler ile yakından ilgilidir. Kanunda düzenlenen bir hukuka uygunluk sebebi bulunmadıkça, hekimin, iyileştirmek amacıyla da olsa hastaya uyguladığı her tür tıbbi müdahale, esas itibariyle kişilik haklarına, vücut bütünlüğüne yapılan hukuka aykırı saldırılardır¹³⁴ şeklinde belirtilmiştir.

Ülkemizde malpraktis ile ilgili özel bir yasa bulunmamaktadır. Ancak, 2005 yılında yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda "bilinçli taksir" ve "olası kast" gibi kavramlar yapılan tıbbi hatalarla ilgili düzenlemeleri içermektedir.¹³⁵

Hekiminin tıbbi hatalardan ötürü sorumluluğu üç boyutta yer alır.

- Ceza sorumluluğu
- Tazminat sorumluluğu
- Disiplin sorumluluğu¹³⁶

6.1. Ceza Sorumluluğu

Yasal düzenlemede, sağlık çalışanlarının kusurlu tıbbi girişimleri çoğunlukla taksir veya kast ve öldürme ile ilgili sorumluluğudur. Uygulamada genellikle hekimin tıbbi hatalarına yönelik taksirli suçlardan dava açılmaktadır.¹³⁷

¹³⁴ Faruk Özalp, "Hekimin Taksirle Yaralama Suçu", **Türkiye Adalet Akademisi Dergisi (TAAD)**, Nisan 2011, C. 1, Y. 2, S. 5, s. 567

¹³⁵ Mehmet Karataş, Cengiz Yakıncı, "Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları", **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2010, C. 17, S. 3, s. 235

¹³⁶ Hakan Hakeri, "Diş Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları", **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 23

Taksir; failin öngörülebilir bir neticeyi öngörmemesidir. Neticeyi istemeyen fail, yeterli dikkat ve özeni göstermiş olsaydı, hareketinden meydana gelen neticeyi hesaplayabilirdi, öngörebilirdi.¹³⁷ Kısaca Taksir, dikkatsizlik, tedbirsizlik, kurallara riayetsizlik veya acemilikten kaynaklanabilir.¹³⁹

Bilinçli taksir; neticenin fail tarafından öngörülmüş olmasına rağmen istenmemiş olmasıdır. Fail, yaptığı hareketin kanunun suç olarak düzenlediği bir neticeye sebebiyet verebileceğini öngörmekle birlikte bunun gerçekleşmesini istememekte ve hareketine devam etmektedir. Kısaca bilinçli taksir, iyi düşünmemek, temkinli hareket etmemektir. Kasttan tek farkı sonucu istememiş olmasıdır (TCK madde 22/3. Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır). Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda herkes kendi kusurundan sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir (TCK madde 22/5).¹⁴⁰

Hekimin taksirli davranışı sonucu hasta ölebilir veya bir takım olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalabilir. Hastanın ölümü durumunda taksirle öldürme vardır. Bu durumda, hekim trafik kazasında istemeden bir kimseye çarpıp da ölümüne sebebiyet veren veya fabrikada çalışırken yanlış bir düğmeye basarak bir arkadaşının ölümüne neden olan kimse gibi cezalandırılır. Hekimler açısından ayrı bir yasal düzenleme yoktur. Özen yükümlülüğüne aykırı davranarak başkasının ölümüne neden olan herkes aynı hükme tabidir ve yasal mevzuatımızda bu hüküm Türk Ceza Kanunu'nun 85. Maddesi hükmüdür. Buna göre, *“taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”*.¹⁴¹

Normalde bir hekimin yapmayacağı hatalar, kötü uygulamalar, yetersiz gözlem, eve erken gönderme, müdahalede gecikme, gecikmeli sevk, hatalı ve

¹³⁷ Oğuz Polat, Işıl Pakiş, *“Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu”*, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Temmuz 2011, C. 2, S. 3, s. 123

¹³⁸ Bülent Mızrak, Osman Celbiş, *“Patoloji ve Malpraktis”*, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2007, C. 14, S. 3, s. 214

¹³⁹ Hakan Hakeri, *“Diş Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları”*, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 25

¹⁴⁰ Bülent Mızrak, Osman Celbiş, *“Patoloji ve Malpraktis”*, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2007, C. 14, S. 3, s. 214; Hüseyin Şahin, *“Sağlık Hizmetlerinde Taksir Uygulaması”*, **Zirve Üniversitesi Sağlık Hukuku ve Politikası Dergisi**, Mart 2014, S. 1, s. 178

¹⁴¹ Hakan Hakeri, *“Diş Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları”*, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 25

dikkatsiz tedavi, yetersiz teşhis, yasalara aykırı uygulama, yanlış teşhis ve tedavi, ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar, hastane idaresinin hataları, hatalı enjeksiyon, hatalı laboratuvar tetkikleri, teşhis ve tedavi hatası, müdahale etmeme, hastanın vücudunda yabancı madde unutma, eksik ön muayene ve yetersiz hasta öyküsü alma, teşhise yönelik gerekli tetkiklerin yapılmaması, yanlış tedavi yöntemi seçme, kontrol ve gözetim hatası, tedavi sonrası danışma ve tavsiye hataları, yanlış ilaç verme ve hasta karıştırma, ölçüsüz tıbbi müdahale, bir komplikasyonun fark edilmemesi, hatalı ameliyat tekniği, teknik aletlerin kullanılmasında yapılan hatalar, enjeksiyon ve hijyen kurallarına uymama, organizasyon kusuru gibi normal bir doktorun veya doktor grubunun yapmayacağı hataları yaparak hekim taksirle bir hastasının ölmeyip de bir zarara uğramasına neden olursa TCK 89. maddeye göre cezalandırılır.¹⁴²

Madde 89- (1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Vücudunda kemik kırılmasına,
- c) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- d) Yüzünde sabit ize,
- e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

(3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

¹⁴² Doğan Soyaslan, "Hekimlerin Ceza Hukuku Yönünden Sorumluluğu", **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 127

Hekimin suçlanabilmesi için zararla hekimin eylemi arasında illiyet bağıının kurulması gerekir. Yani zararın hekimin eylemi sonucu meydana gelmesi gerekmektedir.¹⁴³

6.2. Tazminat Sorumluluğu

Hekimin hatalı tıbbi müdahalesi ile meydana gelen gerek maddi ve gerekse manevi zararı karşılaması söz konusu olmaktadır. Mahkeme tarafından meydana gelen somut zarara göre veya manevi tatmin amacına yönelik olarak belirlenecek ve hekim tarafından da bizzat hastaya veya hasta yakınlarına ödenecektir. Son zamanlarda mahkemelerin çok yüksek miktarlarda tazminata hükmettiği görülmektedir. Hekimlerin yaptırdıkları mali sorumluluk sigortası bu tazminat miktarını karşılamaya yöneliktir. Maddi tazminat, hastanın hatalı tıbbi müdahale dolayısıyla yapmış olduğu harcamaların karşılığı olarak ödenecektir. Sözelimi hastanın hatalı tıbbi müdahale dolayısıyla ikinci bir ameliyat yaptırması, bazı ilaç veya medikal malzemeyi kullanmak zorunda kalması durumunda, bu ikinci ameliyatın, ilaç ve medikal malzemelerin masrafları zarara sebebiyet veren hekiminden talep edilebilecektir. Manevi tazminat ise hastanın hatalı müdahale dolayısıyla çektiği acının, ıstırabın karşılığı olarak ödenmesi gereken tazminattır. Bu tazminat özellikle hastanın ölümü durumunda büyük önem kazanır ve hasta yakınlarına hastanın ölümü dolayısıyla çektikleri acıyı hafifletmek amacıyla ödenir. Keza felç gibi ağır sonuçlarda da yüksek manevi tazminat miktarlarına hükmedilebilmektedir. Manevi tazminat miktarı maddi tazminattan farklı olarak hakim takdirine bırakılmıştır. Somut olayın durumuna, hastanın veya yakınlarının maruz kaldığı olaylara göre hakim bu miktarı belirleyecektir.¹⁴⁴

Kamuda görevli kişilere yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarında tazminat talepli davalar ancak idare aleyhine açılabilir. İdare aleyhine açılacak davanın tazmin kararı verilmesi durumunda, bu zarar idare tarafından tazmin edildikten sonra

¹⁴³ Bülent Mızrak, Osman Celbiş, "Patoloji ve Malpraktis", **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2007, C. 14, S. 3, s. 214; Nizamettin Aydın, 2008, S. 22, s. 27

¹⁴⁴ Hakan Hakeri, "Diş Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları", **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 26

personele rücu edilmektedir. Buna karşın özel sağlık biriminde çalışan hekimlere hemen dava açılabilir. Hastanın doğrudan şikayeti üzerine hem çalıştığı kurum hem de kendine dava açılabilir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun'un 75. maddesine göre, hekimlerin kusurlu tıbbi uygulamalarına ilişkin açılan ceza davalarında mahkemelerin bilirkişi olarak Yüksek Sağlık Şurası (YSS)'na başvurma zorunluluğu bulunmaktadır. Hekimlerin kusurlu bulunmaları durumunda, cezai sorumluluktan ayrı olmak üzere haklarında hukuk davası da açılabilir. Hasta, haksız uygulamaya veya sözleşmeye dayanarak maddi ve manevi tazminat talebinde bulunabilir. Kusurlu tedavi sonucu ölüm meydana gelmiş ise, ölenin desteğinden mahrum kalanlar için tazminat talep hakkı doğabilecektir.¹⁴⁵

6.3. Disiplin Sorumluluğu

Hekimin görev yaptığı tabip odasının (Tabipler Odası) ve/veya kamu görevlisi olan hekim hakkında hastane idaresinin açacağı bir disiplin soruşturması sonucunda uygulanacak olan disiplin yaptırımına neden olan sorumluluktur. Burada hastanın bir talep hakkı yoktur. Soruşturma sonucunda kusurlu bulunan hekimi hakkında disiplin yaptırımı uygulanır. Disiplin yaptırımı, uyarma, kınama, para cezası, geçici olarak meslekten men ve meslekten alıkonma olabilir. Bunlardan uyarma ve kınama dışındakiler aleyhine idare mahkemesinde dava açma olanağı vardır.¹⁴⁶

Odyakmaz' ın örnek verdiği; E. Danıştay 10. Dairesinin 30.5.2007 Tarihli ve E.2004/6540, K.2007/4237 Sayılı Karara baktığımızda;

a) Olay

A..... Ü..... Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilen doğum sırasında gecikmeli ve hatalı tıbbi müdahalelerde bulunulması sonucu bebek, oksijensizliğe

¹⁴⁵ Oğuz Polat, Işıl Pakiç, 2011, s. 123

¹⁴⁶ Hakan Hakeri, "Diş Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları", **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 26

bağlı beyin ölümü tanısıyla dünyaya gelmiş ve sonra da ölmüştür. Anne-baba olan davacılar manevi tazminat talebiyle dava açmışlardır.

b) İdari yargı yerlerinin kararı

İdare mahkemesi, sağlık hizmetinin kuruluşu ve işleyişinde ağır hizmet kusuru bulunduğu gerekçesiyle davacıların manevi tazminat isteminin kısmen kabulüne karar vermiştir. İdare mahkemesinin bilirkişi olarak Adli Tıp Kurumu'na başvurmadığı tespit edilmiştir.

Danıştay, kararında özetle şöyle demektedir:

“..... İdarenin yürütmekle görevli olduğu bir hizmetin kuruluşunda, düzenlenişinde veya işleyişindeki nesnel nitelikli bozukluk, aksaklık veya boşluk olarak tanımlanabilen hizmet kusuru; hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi hallerinde gerçekleşmekte ve idarenin tazmin yükümlülüğünün doğmasına yol açmaktadır..... Yüksek Sağlık Şûrası daha önceki tetkikleri normal kabul ederek, daha ileri tetkik ve tedaviye gerek görmeyen hekimlerin kusurlu olduklarına, hastanın antenetal kayıtlarını ve testlerini incelemeden normal doğuma yönlendirerek, sıkıntıya neden olan doktorun kusurlu olduğuna karar vermiştir. Hastada kalp hızının çok düşmesine rağmen anestezi bulunamadığından acil sezaryen gecikmeli olarak gerçekleşmiştir. Anestezi ekibi ve nöbetçi doktor kusurludur. NST grafileri gibi önemli deliller kaybolmuştur. Gerekli özeni göstermediğinden Yüksek Sağlık Şûrası Kadın Doğum Bölümünü de kusurlu bulmuştur. NST grafilerinin kaybolmasını engellemede gerekli özeni göstermeyen ve hastane acil ameliyat koşullarının organizasyonunda eksikliği bulunan hastane idaresi de kusurludur. Yüksek Sağlık Şûrası'nın yaptığı tespitlere göre, davalı idarenin yürüttüğü sağlık hizmetinin kuruluşunda ve işleyişinde ağır hizmet kusuru bulunmaktadır. Manevi tazminatın zenginleşmeye yol açmayacak şekilde belirlenmesi gerekmekte ise de takdir edilecek miktarın aynı zamanda idarenin kusurunun ağırlığını ortaya koyacak bir oranda olması gerekmektedir....İdare mahkemesinin kararının manevi tazminata faiz yürütülmemesine ilişkin kısmının bozulmasına”

c) Hasta hakları yönetmeliği' ne göre ihlal edilen haklar

Bu olayda hastanın tıbbi özen gösterilmesini isteme hakkı (HHY. md.14), genel olarak bilgi isteme hakkı (HHY. md.15), kayıtları inceleme ve örnek alma hakkı (HHY. md.16) ihlal edilmiştir.

d) Yargı kararının incelenmesi ve yorum

Danıştay, idare mahkemesi kararının hükmedilen manevi tazminata yasal faiz yürütülmesi isteminin reddine ilişkin kısmını haklı olarak bozmuştur.

Danıştay'a göre: “..... Manevi tazminat patrimuanda meydana gelen bir eksilmeyi karşılamaya yönelik tazmin aracı değil, tatmin aracıdır.....”.

Bize göre manevi tazminat; fail bakımından caydırıcı olmalıdır. Mağdur bakımından ise tazminat, düşük olmamalıdır. Diğer yandan mağdurun sosyal seviyesinin üstünde bir düzeyde de tespit edilmemelidir. Sonuç olarak manevi tazminat makul ölçüde olmalıdır.¹⁴⁷

7. Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Önlenmesi

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında yenidoğan bebek ölüm nedenlerinin bilinmesi, önemlidir. Bu ölümler ülkenin ya da bölgenin sağlık durumu hakkında bilgi verir. Ülkenin gelişmişlik durumunu gösteren en önemli göstergelerden biri bebek ölüm hızıdır. Sonuç olarak, yıllar içinde bebek ve yenidoğan ölümlerinin azaldığı, ancak bebek ölümlerinin önemli bir kısmını neonatal ölümlerin oluşturduğu; bunların da büyük bir bölümünün erken yenidoğan döneminde gerçekleştiği, ölüm nedenleri arasında prematürite ve komplikasyonlarının yanı sıra, doğuştan anomalilerin ülkemizde önemli ölüm nedeni olduğu görülmektedir.¹⁴⁸

Annenin ve doğacak olan bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel koruyucu sağlık hizmetleri arasında yer alan doğum öncesi bakım, doğum ve

¹⁴⁷ Zehra Odyakmaz, “İdare Hukuku Açısından Hasta Hakları Uygulamaları”, **Türkiye Adalet Akademisi Dergisi (TAAD)**, Nisan 2011, C. 1, Y. 2, S. 5, s. 23

¹⁴⁸ Asuman Çoban ve diğerleri, “Neonatal Mortalitenin Daha da Azaltılması İçin Geliştirilecek Stratejiler Konusunda Öneriler”, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, 2013, S. 25, s. 13

doğum sonrası bakım hizmetlerinde amaç; mevcut olan durumun ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla bebek ölümlerini en aza indirmektir. Doğum öncesi bakımı tanımlamak gerekirse; anne ve bebeğin tüm gebelik boyunca düzenli belirli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir.¹⁴⁹

Erken doğumun önlenmesi için nedenlerine yönelik önlemlerin alınması ve müdahale çalışmaları yapılmalıdır. Sağlık kuruluşlarına başvuran risk grubundaki bireylere genetik danışmanlık verilmesi, doğum öncesi bakım hizmetleri niteliğinin artırılması, ailelerin bebek bakımı konusunda bilinçlendirilmeleri, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin yaygınlaştırılması önemlidir.¹⁵⁰

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı Bebek ve çocuk ölümlerinin önlenmesi için bir dizi program yürütmektedir. Bu programlar;

- Temel Yenidoğan Bakımı Programı
- Bebek ve Çocuk İzlemleri Programı
- Yenidoğan Yoğun Bakım Programı
- Yenidoğan Canlandırma Programı
- Bebek Ölümlerini İzleme Programı
- Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kursu Programı

7.1. Temel Yenidoğan Bakımı Programı

Yenidoğan ölümlerini azaltabilmek için, yüksek teknolojiye dayanan, pahalı, uzman ağırlıklı, hastane bakımının yanı sıra temel yeni doğan bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Tüm dünyada temel yeni doğan bakım uygulandığı zaman, yenidoğan ölüm hızlarının % 41-72 arasında azalabileceği hesaplanmıştır. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşunda bir yenidoğan bebekle karşılaşıldığında nelere dikkat edilmesi ve ne yapılması gerektiği konularını içeren kolay anlaşılır bir

¹⁴⁹ Türkan Turan, Sibel Serap Ceylan, Sunay Teyikçi, "Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, C. 3, S. 9, s. 159

¹⁵⁰ Rıza Çıtıl ve diğerleri, "Tokat İlinde 2013 Yılında Gerçekleşen Bebek Ölümlerinin Değerlendirilmesi", 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, 20 – 24 Ekim 2014, s. 779

dille yazılmış bir eğitim programı oluşturulması amaçlanmıştır. Sağlıklı doğan yenidoğanın alması gereken temel bakımı verebilecek şekilde sağlık personelinin donanımını artırmak amaçlanmıştır.

- Göbek bakımı
- Canlandırma ihtiyacını belirleme
- Olağan bakım
- Hipotermiden koruma
- K vitamini uygulaması
- Göz bakımı
- Erken emzirme
- Ulusal programda yer alan taramalar
- Aşılar
- Anneye danışmanlık¹⁵¹

7.1.1. Yenidoğan Tarama Programı

Ülkemizde uygulanmakta olan, bebeklerin sağlığını tehdit eden belirti vermeden hastalıkları erken teşhis ve tedavi ile korunabilir olumsuzluklarını önlemek amacıyla yürütülen Neonatal Tarama Programının toplum sağlığı açısından çok önemli olduğu bilinmektedir. Bu program kapsamında yürütülen faaliyetlerin bilinçli sürdürülmesi ve bu hastalıkların bebekler, aileleri ve toplum için yol açacakları yıkıcı etkilerin önlenmesi açısından son derece önemlidir.¹⁵²

Neonatal tarama programı içerisinde ;

- Fenilketonüri, hipotiroidi, biyotidinaz, kistik fibrozis taraması (FKÜ) Testi
- İşitme Tarama Testi
- Gelişimsel Kalça Displazisi Testi (GKD)

¹⁵¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (<http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr>)

¹⁵² Rıza Çıtlı ve diğerleri, 2014, s. 741

7.1.1.1. FKÜ Testi

Tüm dünyada ve ülkemizde uygulanan, her yenidoğan bebeğin topuğundan alınan bir miktar kan örneği ile yapılan tarama testleri fenilketonüri, hipotiroidi, biyotidinaz, kistik fibroz (FKÜ) testi, bazı önemli hastalıkların erken tanısı için yapılmaktadır. Bu hastalıklar erken teşhis edilmez ise büyüme gelişme geriliklerine, geriye dönüşümsüz beyin hasarlarına ve zeka geriliğine yol açmaktadır. Erken tanı ile bu hastalıklar tespit edilerek gerekli önlemler alınarak çocukların sağlıklı büyümelerine imkan vermektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Neonatal Tarama Programı Genelgesi (2006/130) 19 Aralık 2006 tarihinde yayınlanmış ve bu genelge ile ülke genelinde 25.12.2006 tarihinde Neonatal Tarama Programı yenidoğanların Fenilketonüri ve Konjenital Hipotiroidi yönünden taranması zorunlu hale gelmiştir. 2008 Ekim ayı sonunda panele Biyotidinaz taraması da eklenmiştir. Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi 04.03.2014 tarihinde (2014/7) revize edilmiştir. 01 Ocak 2015 tarihinden itibaren panele Kistik Fibrozis taraması da eklenmiştir.¹⁵³

19.03.2012 tarihi itibarıyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kansere Yardım Bakanlığı bünyesinde yer alan Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığınca yürütülmekte olan Yenidoğan Tarama Programı testi yapılması zorunlu bir test olup tüm Aile Hekimliklerinde, Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde ücretsiz alınmaktadır.

7.1.1.2. İşitme Tarama Testi

Ülkemizde Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi (2014/27) uyarınca işitme kaybını erken dönemde tespit etmek ve uygun tedaviyi sağlamak amacıyla her yenidoğana işitme tarama testi yapılması zorunludur.¹⁵⁴

İşitme taraması testinin bebek doğduktan sonraki ilk bir ay içerisinde çoğunlukla da hastaneden taburcu olmadan yapılır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen riskli bebeklerde nöronal işitme kaybı olasılığı daha yüksek

¹⁵³ Temel Yenidoğan Bakımı, “*Yenidoğan Taramaları*”, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Kitapçık, Ankara 2015, s. 148

¹⁵⁴ Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi, Bebeklik ve Çocukluk Dönemi, Ankara 2015, s. 14

olduğu için ilk test olarak tarama ABR önerilmekte ve kullanılmaktadır. Sağlıklı yenidoğanların taramasında, ilk test olarak tarama OAE, geçemezse ikinci test olarak tarama ABR kullanılmaktadır.¹⁵⁵

İşitme kaybı erken dönemde tanımlanıp tedavi edilmediğinde konuşma ve dil gelişimi zarar görür. Tanıyı geç almış bebeklerle karşılaştırıldığında, erken tanı ve müdahale almış bebeklerin dil gelişiminde belirgin düzelme olduğu saptanmıştır.¹⁵⁶

Yenidoğanlarda işitme taraması, ileri ve çok ileri derecede işitme kaybı olan bebeklerin mümkün olduğunca erken, en ucuz şekilde ve kesin olarak tanı almasını amaçlar. Sağlıklı yenidoğanlarda görülen konjenital işitme kaybı oranı %0.1-0.6 arasında değişir. Başarılı bir yenidoğan işitme taraması programı, dil gelişimini, duyu durumunu, sosyal ve bilişsel algısı gelişiminin başarısını engelleyecek işitme kayıplarının tanısını sağlayacaktır.¹⁵⁷

7.1.1.3. Gelişimsel Kalça Displazisi Testi (GKD)

Gelişimsel kalça displazisi (GKD), kalçayı oluşturan yapıların anne karnında iken normal olmalarına karşın, çeşitli nedenlerle sonradan yapısal bozulma gösterdiği bir hastalıktır. Doğuştan femur başının normal olması gereken yerin dışında olması olarak da tanımlanabilir ve önlenebilir bir sakatlıktır.¹⁵⁸

Tüm yenidoğanların kalça çıkığı yönünden muayenelerinin yapılması, riskli ve klinik muayene protokolüne uygun değerlendirilmesi, tespit edilen vakaların ileri tetkik için ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Genelgesi 2013/4 uyarınca yapılması zorunludur.¹⁵⁹

Yenidoğan ve süt çocuğu dönemindeki GKD problemleri %95 oranında geri dönüşümlü olup, bandaj ve diğer kapalı yöntemlerle tedavi edilebilir.¹⁶⁰

¹⁵⁵ Betül Acunaş ve diğerleri, “**Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi**”, THSK Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara 2014, s. 34

¹⁵⁶ Temel Yenidoğan Bakımı, “**Yenidoğan Taramaları**”, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Kitapçık, Ankara 2015, s. 158

¹⁵⁷ G. Aydan Genç ve diğerleri, “**Hacettepe Üniversitesi Yenidoğan İşitme Taraması Bulguları**”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2005, S. 48, s. 119

¹⁵⁸ Nusret Köse, Hakan Ömeroğlu, Bülent Dağlar, “**Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı ve Tedavi Programı**”, **TOTBID Çocuk Ortopedisi Dergisi Şubesi**, 2010, s. 3, s.13

¹⁵⁹ Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi, Bebeklik ve Çocukluk Dönemi, Ankara 2015, s. 11

Gelişimsel kalça displazisinde erken tanı, tedavinin başarısında en önemli etkenlerden birisidir. Ultrasonografi tanıda kullanılan, kıkırdak ve yumuşak dokular için kolay yapılabilen, radyasyon riski olmayan en güvenilir radyolojik tetkiktir. Doğru yapılmış kalça ultrasonografisi tartışmasız tanıda altın standarttır.¹⁶¹

7.2. Bebek ve Çocuk İzlemleri Programı

Ailenin en önemli üyesi olan annenin sağlığı, başta kendisi için önemli olduğu kadar doğacak çocukların sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır. Ülke nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlığı, aile sağlığından ve toplumun sağlığından farklı düşünülmemelidir. Kadın sağlıklı olursa gebelikte sağlıklı olur, neticede doğacak olan çocuklarda sağlıklı olup sağlıklı toplum oluştururlar.¹⁶²

Ülkemizde 1.basamak sağlık kurumlarında görevli sağlık çalışanlarının, öncelikli bölge ve öncelikli meslek gruplarından başlanarak, çerçeve eğitim olan Birinci Basamakta Bebek ve Çocuk İzlemi eğitimini alması temel amaçlanmıştır. Çocuk sağlığına yönelik programların temel hedefi artık yalnızca ölümleri önlemekten çıkıp, giderek sağlık sorunlarının yarattığı diğer olumsuzlukları da önlemek ve gidermek olmaktadır. 2005 yılından itibaren Aile Hekimliği Sistemine geçmiş ve 2010 yılı sonu itibariyle de ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. Bebek ve çocuk izlemlerinde temel öngörü, hastalık ortaya çıktıktan sonra iyileştirmek için uğraşmak yerine, hastalığa zemin hazırlayan koşulların önceden saptanarak önlenmesidir. Bu hem daha sağlıklı, hem de daha ekonomik bir yaklaşımdır. İzlemlerde ağırlıklı sorumluluk, Aile Hekimleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerindedir. Aşağıdaki tabloda izlem aralıkları verilmiştir (Tablo IV.).¹⁶³

¹⁶⁰ Mehmet Erdem , Güven Bulut, Deniz Gülabi, Göksel Çakar, “Gelişimsel Kalça Displazisi Tanısında Ultrasonografinin Önemi”, **Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi**, 2002, C. 13, S. 1, s. 58

¹⁶¹ İsmail Cengiz Tuncay, “Yenidoğan Kalça Ultrasonografisinin Değerlendirilmesi”, **TOTBİD (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) Dergisi**, 2004, C. 3, S. 3-4, s. 1-9

¹⁶² Türkan Turan, Sibel Serap Ceylan, Sunay Teyikçi, “Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2008, C. 3, S. 9, s. 158

¹⁶³ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (<http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr>)

Tablo IV. Bebek ve çocuk izlem aralıkları

İzlem Aralıkları	
Bebek İzlem	Çocuk İzlem
1. İzlem: doğumda	1. İzlem: 12. ay izlemi
2. İzlem: ilk 48 saat (yaşamlarının ilk 48 saati içinde)	2. İzlem: 18. ay izlemi
3. İzlem: 15. gün	3. İzlem: 24. ay izlemi
4. İzlem: 41. gün	4. İzlem: 30. ay izlemi
5. İzlem: 2. ay	5. İzlem: 36. ay izlemi
6. izlem: 3. ay	6. İzlem: 48. ay izlemi
7. İzlem: 4. ay	7. İzlem: 60. ay izlemi
8. İzlem: 6. ay	
9. İzlem: 9. ay	

7.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Programı

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ölüm nedenlerinin belirlenmesi, prematüre bebek ölümlerini önlemeye yönelik planlamalar yapmak açısından önemlidir. Günümüzde uygun gebe izlem oranlarının artması, surfaktan (yetişkinlerde ve normal bebeklerin akciğerlerinde bulunan sabunsu bir madde) uygulaması, daha az zarar verici ventilasyon tekniklerinin uygulanması ve antibiyotiklerin akılcı kullanımı sayesinde prematüre bebeklerde önlenebilir ölüm nedenleri azaltılabilmektedir.¹⁶⁴

Ülkemizde yenidoğan yan dalı uzmanlığı yapmış Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı sayısının yetersiz olması nedeniyle, ülkemizde bebek ölüm nedenleri arasında önemli bir yere sahip olan ve halen yüksek seyreden yenidoğan dönemi bebek ölümlerini azaltmak amacıyla Sağlık Bakanlığınca Türk Neonatoloji Derneği işbirliğinde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yönelik “Yenidoğan Yoğun

¹⁶⁴ Selda Arslan ve diğerleri, “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beş Yıllık Sürede (2007-2011) Neonatal Ölüm Nedenleri”, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2013, C. 47, S. 1, s. 17

Bakım Programı” başlatılmıştır. Program ikinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. Bu eğitimi alan uzmanların kurulacak yenidoğan yoğun bakım merkezlerinde görev yapması ve il düzeyinde yenidoğana doğru ve etkili müdahale olanaklarının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Sağlık Bakanlığı ikinci basamak hastanelerinde kurulan ve kurulacak olan Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri’ ne, eğitim almış Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları’ nın yerleştirilmesi ile üçüncü basamak yoğun bakımların hasta yükünün azaltılması ve bu merkezlere destek sağlanması da amaçlanmaktadır. Eğitimde prematüre bakımı, yenidoğan’da mekanik ventilasyon ve yenidoğanda acil sorunlar teorik eğitimin konularını oluşturmaktadır. Teorik eğitimin ardından gerçekleştirilen pratik eğitim Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde verilmektedir.¹⁶⁵

7.4. Yenidoğan Canlandırma Programı

Yenidoğan ölümlerinin azalmasında önemli etkenlerden biri de, yenidoğan resusitasyon programı eğitimi alan personel sayısının artması olmuştur.¹⁶⁶

Dünyada her yıl 4 milyon bebek ilk 1 ay içinde ölmekte olup bu ölümlerin 3 milyonu ilk haftada gerçekleşmektedir. Yenidoğanlar daha büyük bebek ve çocuklardan farklı nedenlerle ölürlür. Yenidoğan ölüm nedenleri içinde doğum asfiksisi, prematürite ve konjenital anomaliler ön plana çıkmaktadır. Doğum asfiksisi dünyada her yıl gerçekleşen 4 milyon yenidoğan ölümünün %23’ünü oluşturur. Asfiksiden ölümlerin önemi, bu ölümlerin önlenabilir olmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizdeki duruma baktığımızda her yıl yaklaşık 1,3 milyon bebek dünyaya gelmektedir. Bunların yaklaşık 30 bini 5 yaşına, 20 bini ise 1 yaşına gelmeden ölmektedir. Bu ölümlerin 17 bini neonatal dönemde, 5 bini postneonatal dönemde olmaktadır. Yeni bir yaşamın başlangıcı olan doğum, fizyolojik ve doğal bir olay olmakla birlikte, zaman zaman destek gereksinimi gösterebilmektedir.

¹⁶⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (<http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr>)

¹⁶⁶ Uğur Dilmen, 2012, s. 28

Doğumda karşılaşılan en büyük zorluk, su içinde yaşayan bebeğin hava solumaya başlaması için gerçekleşen geçiş sürecidir. Bebeklerin yaklaşık %90'ı bu geçiş sürecini sorunsuz atlatırken, %10 kadarı biraz yardıma gereksinim duyarlar. Tüm doğumların %1 kadarında ise yoğun yardım gerekmektedir. Doğumun ardından soluk almakta güçlük çeken bir bebeğe, yaşamın ilk birkaç dakikasında yapılan girişimlerin sonuçları yaşamın niteliğini doğrudan etkileyerek tüm bir yaşam boyunca sürecek sonuçlar doğurur. Her yenidoğanın, yeterli bir resusitasyon hakkı vardır. Bu; doğum odasında uygun gereçlerin her an hazır olmasıyla birlikte, ilgili birimlerde çalışan sağlık personelinin de yenidoğan resusitasyonunda becerili olmalarını ve bir ekip olarak uyumlu çalışabilmelerini gerektirir. Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) 1998 yılından bu yana ülke genelinde doğumda bebeğe eli değen tüm sağlık çalışanlarını hedef alan ve başarıyla yürütülen bir hizmet içi eğitim programıdır. Temel resusitasyon uygulamalarının yerleştirilmesi için bu konuda standart uygulama yapacak, eğitim almış sağlık personelinin yetiştirilmesiyle önlenebilir ölüm nedenlerinden olan asfiksiye bağlı mortalite ve morbiditede gelişmiş ülke değerlerine ulaşılması amaçlanmaktadır.¹⁶⁷

7.5. Bebek Ölümelerini İzleme Programı

Bebek ve perinatal dönem ölüm hızları ve nedenlerine ilişkin bilgi edinilmesi, her bebek ölümünün nedenleri araştırılarak aynı nedenle başka bebek ölümlerinin önlenmesi için tedbirler alınmaktadır. 5 yaş altı ölüm nedenlerine yönelik Devlet İstatistik Enstitüsünün verileri olmakla birlikte, ülkemizde bebek ölümlerinin tespitine ve nedenlerinin belirlenmesine yönelik sağlıklı bir kayıt sistemi bulunmamaktadır. Ayrıca doğum ve ölüm kayıtlarının yetersizliği, diğer sağlık hizmet kayıtlarının geçerli işlenmemesi sorunların sıklığı ve nedenleri hakkında bilgi edinmemizi sınırlamaktadır.¹⁶⁸

¹⁶⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (<http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr>)

¹⁶⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (<http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr>)

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında “Bebek Ölümü Kayıt ve Bildirim Sistemi” yürürlüğe girmiştir. Bu sistemde ilde yer alan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarında “doğumdan sonraki 365 gün içinde tüm nedenlerle gerçekleşen ölümler” (gebelik yaşı 22 hafta ve üzerinde veya doğum ağırlığı 500 gr ve üzerinde olup canlı doğan tüm bebekler) özel bir form ile önce her ildeki İl Sağlık Müdürlüğü’ne, daha sonra da Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı’na gönderilerek kayıt edilmeye başlanmıştır. İlgili form 2006 yılında kapsamı genişletilerek yenilenmiş, 2007 yılından itibaren de elektronik kayıt sistemine geçirilmeye başlanmıştır. Bebek ölüm hızının azaltılması için bebek ölümlerinin izlenmesi yanında ölüm nedenlerinin de doğru olarak belirlenmesi ve bunlara yönelik koruyucu ve önleyici önlemlerin alınması gerekmektedir.¹⁶⁹

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında ülkemizde yürütülen programlar sonucunda gerek anne gerekse bebek ölümlerinde önceki yıllarla kıyaslanamayacak ölçüde büyük başarılar elde edilmiş, 2012 yılı bebek ölüm hızı binde 7,4 olarak tespit edilmiştir. Bebek ölümlerini bu seviyeden daha aşağı seviyelere düşürebilmek için her bir bebek ölümünü izleyerek nedenini ortaya çıkarmak ve bir daha aynı nedenlerle oluşabilecek bebek ölümlerini önlemek amacıyla genelge ile kayıt ve bildirim sistemi uygulamaya konularak ülkemizde gerçekleşen perinatal ve bebek ölümlerinin tespiti ve incelemeleri gerçekleştirilmektedir.¹⁷⁰

7.6. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kursu Programı

Ülkemizde çocuk yoğun bakım ve acil uzmanı sayısının istenen düzeyde olmaması nedeniyle Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının çocuk yoğun bakımı ve çocuk acil alanındaki bilgi ve becerilerini geliştirmek için bu program başlatılmıştır. Çocukluk çağı ölümlerini azaltmak, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çocuk yoğun bakım ve çocuk acil hizmetlerine yönelik bilgilerini desteklemek amacıyla, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının yeteri kadar bir

¹⁶⁹ Ayşe Korkmaz ve diğerleri, 2013, s. 106

¹⁷⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı-Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi.04.03.2014 tarih/ 67414668 Sayılı Evrak İlgisi:

a) 06.05.2005 tarih ve 78 Sayılı Genelge,

b) 04.05.2009 tarih ve 31 Sayılı Genelge,

c) 26.12.2012 tarih ve 5 Sayılı Ölüm Bildirim Sistemi Genelgesi

bölümünün bu kursa katılımını yıllar içerisinde sağlayarak, öncelikle 2.basamak çocuk yoğun bakım üniteleri ve çocuk acil servislerindeki hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek amaçlanmıştır.¹⁷¹

Şunu belirtmek gerekir ki erken doğumlar tümüyle önlenememektedir. Ancak daha iyi beslenme, sık doğumların önlenmesi, anne sağlığının düzeltilmesi, sosyoekonomik ve sosyokültürel yapının iyileştirilmesi, gebelik süresince çok iyi izleme ile prematürelilik oranı azaltılabilir. Preterm bebeklerin sekelsiz yaşatılabilmesi için doğum şekli ve anındaki yaklaşımlar çok önemlidir. Günümüzde doğum ve yenidoğan servislerinin olanaklarının ve deneyimlerinin yeterli olması koşulu ile preterm doğumlarda genel eğilim, doğum sırasındaki olumsuz olayların daha kolay denetlenebilmesi açısından, doğumun sezaryanla yaptırılmasıdır.¹⁷² Erken tespit ve tanı hayat kurtarır.

8. Prematüre Bebeklerde İzlem

Prematüre bebekler anne karnındaki gelişimlerini tamamlayamadıkları için, büyüme süreçlerinde miadında doğan bebeklere göre farklılıkları vardır. Bu nedenle prematüre bebeklerin büyümeyi yakalaması biraz zaman almaktadır.

Prematüre bebeklere zamanında ve uygun yapılan bir müdahale bu bebeklerde görülme riski yüksek olan sorunların büyük bir kısmını önleyebilir.¹⁷³

Prematüre bebek izleminin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin aynı yerde ve aynı ekip tarafından verilmesini sağlayan Bütüncül İzlem Modeli ile yapılması önerilmektedir.¹⁷⁴

Bu bebeklerin gelişimlerinin izlemi ve desteklenmesi, okul çağı, ergenlik ve genç erişkinliğe kadar hayatın her evresinde etkin sağlanmalıdır. Ülkemizde,

¹⁷¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (<http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr>)

¹⁷² Çağlar Ahu Uğurlu, "*Hastanemizde Doğan Prematüre Bebek Doğum Oranı ve Annelerindeki Risk Faktörleri*", Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006, s. 10

¹⁷³ Betül Acunaş ve diğerleri, "*Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi*", THSK Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014, s. 4

¹⁷⁴ Zeynep Eras ve diğerleri, "*Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Veren Bir Hastanede Taburculuk Sonrasında Bütüncül İzlem Modeli İle İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Düzeltilmiş 12-18 Ayda Gelişimsel Değerlendirmesi*", *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011, C. 18, S. 3, s. 175

yenidoğan yoğun bakım ortamlarının başarısı, prematüre bebeklerin gelişiminin destekleneceği programların başarıları ile eşleşmelidir.¹⁷⁵

9. Prematürelerin Karşılaşabileceği Olası Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Prematüre bebekler anne rahmindeki gelişimlerini tamamlamadan doğdukları için, doğduktan sonra önlemez ve önlenebilir bir çok sorun ile karşı karşıya kalırlar. Son yıllarda yenidoğan yoğun bakımındaki hızlı teknolojik ve bilimsel gelişmeye paralel olarak günümüzde daha fazla sayıda ve daha küçük preterm bebek yaşatılmaktadır.¹⁷⁶

Erken ve düşük doğum tartısı ile doğmak, tüm gelişim alanlarında gecikme için bir risk faktörü olmaktadır.¹⁷⁷

Bir diğer taraftan şunu da unutmamak gerekir; Bebeğinizin prematüre olması mutlaka sorunlar yaşayacağı anlamına gelmez. 28. haftadan sonra doğanların yaşama şansı gibi normal olma şansları da çok yüksektir. Sıkıntılı yoğun bakım süreci atlatıldıktan sonra zihinsel, sosyal ve motor yetenekleri zamanında doğmuş bebekler kadar normal olur.¹⁷⁸

Prematüreler, miyadında doğan bebeklerle kıyaslandığında hem hastane sürecinde hem de taburcu edildikten sonra daha fazla tıbbi problem yaşamaktadır.¹⁷⁹

¹⁷⁵ Bahar Bingöler Pekcici , İlgi Ertem, “**Prematüre Bebeklerin Gelişimlerinin Desteklenmesi**”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 139

¹⁷⁶ Neslihan Çiçek ve diğerleri, “**Prematüre Bebeklerin İzlem Sonuçları**”, **Türk Pediatri Arşivi**, 2005, S. 40, s. 33; Gülşen Erdem ve diğerleri, “**Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde İzlenen Prematüre Bebeklerin Nörogelişimsel İzlemi**”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2006, S. 49, s. 185; Sümer Sütçüoğlu ve diğerleri, “**Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Prematüre Bebeklerde Nörogelişimsel İzlem Sonuçları ve Etkileyen Faktörler**”, **İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi**, 2012, C. 2, S. 2, s. 95 ; Münevver Türkmen, Ayça Altıncık, Çağlar Acar, Ayşe Tosun, Ayvaz Aydoğdu, “**Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Değerlendirilmesi**”, **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2006, C. 7, S. 3, s. 3

¹⁷⁷ Zeynep Eras ve diğerleri, “**Prematüre Bebeklerin Perinatal Dönem Sorunlarının Uzun Dönem Gelişimleri Üzerine Etkileri**”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2012, C. 46, S. 2, s. 99

¹⁷⁸ Gülnihal Şarman, **Bebeğiniz Neden Erken Doğdu?**

<http://www.elbebekgulbebek.org/saglik-kosesi/bebeginiz-neden-erken-dogdu.html> (19.03.2015)

¹⁷⁹ Emel Okulu ve diğerleri, “**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Gebelik Haftası ve Doğum Ağırlıklarına Göre Sağmalım, Hastanede Yatış Süreleri ve Rehospitalizasyon Oranları**”, **Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi**, 2010, C. 4, S. 2, s. 82

9.1. Solunum Sıkıntısı Sendromu

Genellikle 28. haftanın altında doğan bebeklerde görülen solunum problemlerinden en çok karşılaşılanı Solunum Sıkıntısı Sendromu (RDS)'dur. Akciğerlerdeki hava keseciklerini kaplayan ve onların havayla dolmasını sağlayan surfaktan maddesi gebeliğin son 3 ayına dek akciğerlerde yeterince bulunmaz. Bu yüzden erken doğan bebekler nefes almak ve akciğerlerini açık tutabilmek için çok çaba sarfederler. Böyle durumlarda burundan oksijen verilerek, solunum yoluna dışarıdan surfaktan uygulanarak ya da solunum cihazına bağlanarak hayatta kalmaları sağlanabilir. Yine erken doğum riski taşıyan gebelere surfaktan verilerek RDS önlenir. Solunum cihazına bağlı bebeklerin cihaz temizliğine dikkat edilmeli, hastaların ventilatör setleri uygun aralıklarla mutlaka değiştirilmelidir. Kullanılan aspiratör sondası ve torbası her gün değiştirilmelidir.

Kullanılan tüm tıbbi cihaz kalibrasyonlarının düzenli yaptırılması, sarf malzemenin doğru temin edilmesi, son kullanma tarihlerinin ve sterilizasyon sürelerinin kontrol edilmesi, yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesi prematürelere hayata bağlanması açısından önemlidir.¹⁸⁰

Diğer taraftan hemşire kullanılan aletlerin doğru çalıştığından emin olmalı ve bebeğin tedaviye yanıtını takip edilmelidir. Kan gazı ölçümleri, bebeğin rengi ve aktivite düzeyi sık izlenmeli, yapılan kan gazı ölçümleri kaydedilmelidir.¹⁸¹

Yoğun bakım hemşireleri solunum yoluyla bulaşan enfeksiyonların önlenir enfeksiyonlar olduğunu bilmeli, korunma ile ilgili tüm tedbirler alınmalı, önlemler konusunda güncel bilgileri takip ederek, sürekli hizmet içi eğitimlerle etkili hasta bakımı sunmalıdır.¹⁸²

¹⁸⁰ Yurdanur Demir Dikmen, Songül Yorgun, Nesibe Yeşilçam, 2014, s.53

¹⁸¹ Gülçin Bozkurt, "Akut Respiratuar Distres Sendromlu Yenidoğanın Bakımı", **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2009, C. 13, S. 1, s. 21

¹⁸² Gülçin Bozkurt, "Yoğun Bakımda Ventilatöre Bağlı Gelişen Pnömoninin Önlenmesi", **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2010, C. 14, S. 1, s. 20

9.2. Solunum Duraklaması (Apne)

Prematüre bebeklerin akciğerlerinde surfaktan denen bir madde yeterince bulunmaz ve erken doğan bebeklerin beyindeki solunum merkezi tam olarak gelişmediği için düzensiz solumaları normaldir hatta ara ara solunumları duraksayabilir. 10-15 saniye süreli solunum durmasına Apne denir.¹⁸³

Apnenin bir çok sebebi olabilir fakat prematüredeki esas sebebi beyindeki soluma merkezinin henüz olgunlaşmamış olmasıdır. Apne durumlarında kalp ve solunum monitörleri hemen alarm verir ve yenidoğan yoğun bakım hemşiresi bebeğin sırtını hafif ovalayarak uyarması sonucu yeniden solunumunun başlaması sağlanır. Hemşire bu konuda dikkatli olmalıdır. Çoğunlukla bebek büyüdükçe kendiliğinden düzelir.

9.3. Prematürelere Görülen Kalp Problemi

PDA (Duktus) Prematüre bebeklerde görülen bir kalp rahatsızlığıdır. Bebek anne karnındayken akciğerleri çalışmaz. Kalbin dışında Duktus adı verilen özel bir damar vardır. Bu damar anne karnındayken bebeğin kanının akciğerlere gitmeden tekrar plasentaya dönmesini sağlayan özel bir ara damardır. Doğumdan sonra plasenta görevini akciğerler devralır. Bebeğin dünya ya gelmesiyle bu kanalın doğumdan hemen sonra kapanması gerekir. Çok küçük prematürelere bu kapanma hemen gerçekleşmeyebilir. Kapanma gecikir ve bazı sorunlara neden olur. Bu durumda ilaçla tedavisi vardır. Tedavi sonuç vermezse cerrahi girişimle kapatılır.¹⁸⁴

9.4. Barsak İltihabı

Nekrotizan Barsak İltihabı (NEK), özellikle prematüre yenidoğanları etkileyen önemli bir gastrointestinal sorundur. Prematürelere sindirim sistemleri tam olarak gelişemediğinden, beslenmeye başladıktan kısa bir süre sonra nekrotizan enterokolit denen barsak duvarının enfeksiyonu gelişebilir. Bu durumda ağızdan beslenme

¹⁸³ <http://www.cocukgelisimi.gen.tr/gebelik-ve-dogum/dogum/159-premature-bebek.html>(22.04.2015)

¹⁸⁴ Sultan Kavuncuoğlu, Esin Yıldız Aldemir, "Prematüre Yenidoğanlarda Patent Duktus Arteriyozus", *İKSST(İstanbul Kanuni Sulta Süleyman Tıp) Dergisi*, 2016, C. 8, S. 1, s. 9

hemen kesilir ve damar yolu ile beslenmeye geçilir. Genellikle tespit edilen rahatsızlıkların çoğu iyileşir. Bazen barsakların çok etkilendiği durumlarda da cerrahi olarak temizleme ya da bir kısmının çıkarılması söz konusu olabilir.

Nedenleri arasında; prematürite, mama ile beslenme, beslenme volümünün hızlı artırılması, doğumsal hipoksi (dokularda oksijen oranının azalması), barsak kanlanmasının bozulması, yeterince gelişmemiş intestinal sistem ve sepsis gibi birçok durum risk faktörü olarak kabul edilmektedir.¹⁸⁵

Yenidoğan yoğun bakım hemşiresi mamanın hazırlanmasında ve verilmesinde dikkatli davranmalı, özellikle mama verilmesi işleminde hızlı vermeye dikkat etmelidir.

Nekrotizan enterokolit (NEK) hastalığı, infeksiyonları önleme ve kontrol altına alma kural ve kaidelerine sıkı uyum ile azaltılabilir.¹⁸⁶

Yine önleyici önlemler arasında; doğum öncesi iyi bakım, doğumda uygun yaşam desteği, yoğun bakım ünitesinde uygun solunum ve dolaşım desteği, enfeksiyondan koruma, erken anne sütü ile beslenme uygulandığında Nekrotizan enterokolit hastalığında azalma olacaktır.¹⁸⁷

9.5. Akciğer Hava Kaçağı (Pnömotoraks)

Pnömotoraks, solunum sıkıntısı nedenlerinden biri olup acil müdahale gerektiren bir sorundur.¹⁸⁸

Bazen akciğerdeki hava, hava keseciklerinden, akciğerlerle göğüs duvarı arasındaki mesafeye sızar. Buraya dolan hava, alttaki akciğeri bastırır ve genişlemesine izin vermez. Eğer hava çoksa, solunumu ve dolaşımı tehlikeye sokar ve bir tüp yardımıyla boşaltılması gerekebilir. Tüp bir kaç gün yerinde kalır. Hava

¹⁸⁵ Leyla Kolsuz, “*Nekrotizan Enterokolit (Nek)*”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 39

¹⁸⁶ Eren Çağan ve diğerleri, “*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Hizmeti İlişkili Nekrotizan Enterokolit Prevalansı: İlk Nokta Prevalans Çalışmasının Sonuçları*”, **İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi**, 2014, C. 4, S. 3, s. 157

¹⁸⁷ Sultan Kavuncuoğlu ve diğerleri, “*Prematüre Bebeklerde Önemli Bir Morbidite Nedeni; Nekrotizan Enterokolit: Dokuz Yıllık Çalışmanın Sonuçları*”, **Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi**, Ocak 2013, C. 5, S. 1, s. 19

¹⁸⁸ Nergül Çördük ve diğerleri, “*Yenidoğan Pnömotorakslı Olguların Değerlendirilmesi*”, **Pamukkale Tıp Dergisi**, 2014, C. 7, S. 1, s. 47

kaçağı bittiğinde, çıkarılabilir. Kullanılan tüplerin enfeksiyon açısından steril olmalarına dikkat edilmesi gerekir. Tedavi edilmediği veya tedaviye geç başlanıldığı zaman ölümle sonuçlanabilir.¹⁸⁹

9.6. Sarılık (Hiperbilirubin)

Normal miyadında doğan yenidoğanlarda ve prematürlerde de görülen sarılık; vücutta bilirubin maddesinin birikmesiyle cildin sarı renge boyanması durumudur.

“Preterm yenidoğanların % 80’inde term yenidoğanlarında % 40-60’ında hiperbilirubinemi gelişmektedir.”¹⁹⁰

Yenidoğanlarda bilirubin düzeylerinin yüksek olması çok sık görülen bir durumdur. Fizyolojik sarılık olarak adlandırılan bu durum ilk 24 saatten sonra başlar. Bilirubin deri ve mukozalarda birikmesi sonucu bu bölgeler sarı renkte görülür ve bazen de bilirubin beyinde birikebilir. Beyinde birikmesi geçici ve kalıcı hasarlara neden olabilmektedir. Miyadında doğmuş bebeklerde (matür) 3-5. günlerde, prematürlerde 5-6. günlerde pik yapar. Maksimum düzeyi matürlerde 12.9 mg/dL’ yi, prematürlerde 10 mg/dL’ yi geçmez. Matürlerde 2-3 gün içinde hızla azalır, daha sonra yavaşça düşerek 1-2 hafta içinde erişkin düzeyine iner. Prematürlerde normale dönüş daha uzun sürer ve haftalarca devam edebilir. Sarılık anne sütü ile beslenen bebeklerde 14 güne kadar görülebilir. Ancak 14 günden daha uzun süren sarılıktaki altta yatan ciddi bir patoloji olabileceği düşünülmelidir. Matür bebeklerde 14 günü, prematür bebeklerde ise 21 günü geçen 10 mg/ dL üzerinde olan bir hiperbilirubinemi varlığında uzamış sarılıktan bahsedilir ve altta yatan ciddi bir patolojinin belirtisi olabilir.¹⁹¹

Bazen fizyolojik sınırları aştığı durumlar söz konusu olduğunda ışık tedavisi (fototerapi) veya kan değişimi gerekebilir. Özel dalga boyunda ultraviyole ışık veren fototerapi yöntemi deride biriken ve sarılığa yol açan bilirubin denilen madde,

¹⁸⁹ Zekeriya İlçe ve diğerleri, “Yenidoğan Pnömotorakslı Olgularda Mortalite ve Morbiditenin Değerlendirilmesi”, **Cerrahpaşa Tıp Dergisi**, Temmuz-Eylül 2002, C. 33, S. 3, s. 187

¹⁹⁰ Nejla Canbulat, Meltem Demirgöz, “Yenidoğanın Işık Tedavisi: Fototerapi”, **Zeynep Kamil Tıp Bülteni**, 2009, C. 40, S. 1, s. 37-41 ; Özkan İlhan ve diğerleri, “Yenidoğan Sarılığı Nedeni İle Hastaneye Yatırılan Olgularda Tedavi Kılavuzlarına Uyumun Araştırılması”, **Selçuk Tıp Dergisi**, 2014, C. 30, S. 1, s.10

¹⁹¹ Ercan Sivaslı, “Yenidoğan Bebeklerde Uzamış Sarılık”, **Gaziantep Tıp Dergisi**, 2009, C. 15, S. 2, s. 50

parçalanarak idrar yolu ile atılarak sarılık azaltılabilir. Isı yanıklarına neden olmamak için bebekle olan mesafeye dikkat edilmeli, tedavi sırasında bebeğin gözleri kumaştan bir parça ile kapatılması gerekmektedir. Bebek hareketli olduğundan gözlerindeki bağ çözülebilir, bu nedenle bebeğin tedavisinden sorumlu sağlık personeli dikkatli olmalıdır aksi takdirde fototerapi gözde kalıcı hasarlara neden olabilir.

Işık tedavisinin etkili olabilmesi için vücudunun büyük bir alanının ışık görmesi, bu nedenle bebeğin çıplak ve alt bezinin küçük tutulması yada açık olması gerekir.¹⁹²

Erken ve düşük kiloda doğan bebeklere fototerapi uygulanırken daha dikkatli olmak gerekir. Özellikle 1000 gr altındaki (ADDA altındaki) bebeklerde cilt yapılarından dolayı yan etkiler daha fazla görülebilir.¹⁹³

Fototerapiye bağlı gelişebilecek yan etkilere neden olmamak için vakaların düzenli bir şekilde izlenmesi ve tedavi kurallarına uygun davranılması kanısı benimsenmiştir. Fototerapiye rağmen sarılık düşmezse bu durumda kan değişimi yapılabilir.¹⁹⁴

9.7. Kan Değişimi

Yoğun Bakıma yatan prematürelere çoğu, yattıkları süreç içinde özellikle ÇDDA bebeklere birden fazla kan verilebilir. Prematüre bebeklerin sınırlı kan üretebilmeleri ve sık yapılan kan tetkikleri nedenlerinden dolayı kansızlığa neden olabilir.

9.8. Prematürenin Retina Hastalığı (ROP)

Prematüre retinopatisi yaşam kalitesini etkileyen, basit tarama ve tedavi yöntemleri ile önlenemeyen, çocukluk dönemi körlükleri arasında yer alan ve farkında

¹⁹² Ayşegül Zenciroğlu, 2012, s. 101

¹⁹³ Asuman Çoban, Münevver Türkmen, Tuğba Gürsoy, “*Türk Neonatoloji Derneği Yenidoğan Sarılıklarında Yaklaşım, İzlem ve Tedavi Rehberi*”, 2014, s. 23

¹⁹⁴ Özkan İlhan ve diğerleri, 2014, s. 10

olunması gereken bir hastalıktır. Prematüre bebeklerde görme kaybının en önemli nedeni prematüre retinopatisidir.¹⁹⁵

Retina gözün arkasındaki görmeyi sağlayan kısımdır. Prematüre bebeklerin retinası henüz gelişmemiş olduğundan, doğumdan sonraki dönemde hastalıklara açıktır. Prematürenin Retina hastalığı potansiyel olarak kalıcı görme kaybına ve körlüğe neden olabilir; fakat en önemli bir özelliği uygun ve zamanında gerçekleştirilen tarama ve tedavi programları ile önlenabilir ve tedavi edilebilir olmasıdır. Koruyucu faktörler arasında doğumla birlikte monitörizasyona başlama, verilen oksijen düzeyinin ölçülmesi ve kısıtlı tutulması, ROP gelişimi ve sıklığının azaltılması için en önemlisi diyebiliriz.¹⁹⁶

Yine koruyucu faktörler arasında prematüre doğum yapan annelerin sütü retinopati riskini de azaltmaktadır. Prematüre doğum yapan annelerin sütü, vaktinde doğum yapan annelerin sütünden daha farklıdır. Bu annelerin sütünde bulunan yağ, sodyum, protein ve lizozim (tükürük, gözyaşı, ter, anne sütü ve mukus gibi vücut salgılarında bulunan glikozit hidrolaz cinsi bir enzim) yüksek miktarda bulunur, bu da miyadında doğum yapan annelerin sütünden daha zengin kılıp, prematüre bebeğin daha hızlı büyümesini sağlar.¹⁹⁷

9.9. Prematüre Bebeklerin Beslenmesi

UNICEF ve DSÖ bebeğin doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirmenin yenidoğan ölümlerinin %22'sini, ilk 1 gün içerisinde emzirmenin ise yenidoğan ölümlerinin %16'sını önlediğinin önemi vurgulanmıştır.¹⁹⁸

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde bebeklerin beslenmesi çeşitli yollarla yapılabilir. Bunlar;

¹⁹⁵ Özlem Metreş, "Hemşirelik Bakış Açısıyla Prematüre Retinopatisi", **Okmeydanı Tıp Dergisi**, 2014, C. 30, S. 2, s. 64; Zeynep Eras ve diğerleri, 2012, s. 99

¹⁹⁶ S. Ümit Sarıcı, F. Mehmet Mutlu, H. İbrahim Altınsoy, "Prematüre Retinopatisi", **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Ocak –Mart 2008, C. 51, S. 1, s. 56

¹⁹⁷ Fatma Taş Arslan, Elanur Yeniterzi, "Prematüre Bebeklerin Anne Sütü Alımı ve Ebeveynlerinin Görüşleri", **Perinatoloji Dergisi**, Ağustos 2013, C. 21, S. 2, s. 78 ; Sevilay Topçuoğlu, "**Prematüre Bebeklerde Beslenme Sorunları**", Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1.Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 37

¹⁹⁸ Nilgün Doğan, Rana Yiğit, Semra Erdoğan, "Annelere Doğum Öncesinde Verilen Yenidoğan Bakımı İle İlgili Eğitimin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrasında Değerlendirilmesi", **Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi**, 2013, C. 6, S. 3, s. 16

- Prematür bebeklerin damar yolu ile beslenmesi
- Prematür bebeklerin oragastrik ve nazogastrik (gavaj) besleme
- Prematüre bebeklerin biberon ile beslenmesi
- Prematür bebeklerin oral yolla (ağızdan) beslenme şeklinde yapılabilmektedir.

Doğum sonu bebeklerde hipoglisemiye önlemek ve yeterli sıvı alımını sağlamak için beslenmeye erken dönemde başlanması gerekir. Bebeğin erken dönemde beslenmesi ile bağırsak enzimleri uyarılır, mekonyum (bebeğin doğumundan sonraki ilk 24 saat içinde görülen ilk dışkısı) daha erken çıkmaya başlar, sarılık riski azalır ve besinler daha kolay tolere edilir.¹⁹⁹

Yaşamın her döneminde beslenme önemlidir. Büyümenin ve gelişmenin en hızlı olduğu evrelerden biri de bebeklik dönemidir. Özellikle prematüre bebekler beslenme döneminde ayrı bir önem taşımaktadır. Yenidoğanlarda yetersiz beslenmenin kısa ve uzun dönemde bir çok olumsuz sonuçları bilinmektedir.²⁰⁰

Anne karnındaki bebekler göbek kordonu aracılığıyla beslenirler. Prematüre bebekler anne karnındaki gelişimlerini tamamlamadan doğdukları için tüm sistemleri yeterince olgunlaşmamıştır. Bu sistemler arasında gastrointestinal sistemleri de yer almaktadır.²⁰¹

Erken doğan bebeklerin çoğunda, emme refleksi gelişmemiştir. Mide kapasiteleri küçük, asit salgısı eksik ve sindirim enzimleri yetersizdir. Prematüre bebeklerin %50 'sinden fazlası doğumdan 12 saat sonra, yaklaşık %80'ide 24 saatte ilk defa büyük tuvalete çıkarlar. Bebekler, ikinci beslenme öncesinde açlık aktivitesi göstermelidir.²⁰²

Prematüre bebeklerin nasıl besleneceği konusu; bebeğin anne karnında geçirdiği haftasına, hasta olup olmamasına ve bireysel tolerasyonuna göre farklılık gösterebilir.²⁰³

¹⁹⁹ Antalya Sağlık Müdürlüğü, Antalya 2014, s. 26

²⁰⁰ H. Tolga Çelik, Şule Yiğit, "Yenidoğan ve Prematüre Bebeklerde Parenteral Beslenmede Yenilikler", **Hacettepe Tıp Dergisi**, 2009, S. 40, s. 176

²⁰¹ Fatma Taş Arslan, Elanur Yeniterzi, 2013, s. 78

²⁰² Sacide Karakaş, Mine Bingöl, 1990, s. 133

²⁰³ Ayşe Karakoç Tarı, Zerrin Çiğdem, "Preterm Bebeklerde Biberonla Beslenmeye Geçiş Sırasında Uygulanan Geleneksel ve Gelişimsel Bakım Yönteminin Karşılaştırılması", **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, 2008, C. 1, S. 2, s. 4

9.9.1. Prematür Bebeklerin Damar Yolu İle Beslenmesi

Dünyaya erken gelen bebeklerde emme ve yutma yeteneği yeterli olgunluğa erişmediği için genellikle ağızdan beslenme ilk günlerde mümkün olmamaktadır. Bu bebeklere yeterli beslenme sağlanana kadar günlük ihtiyaçlarını karşılayacak besin maddeleri ve vitaminlerin en kısa sürede damardan verilmesi gerekmektedir. Bu şekilde uygulanan damardan beslenmeye total parenteral beslenme adı verilmektedir.

Bebeğin beslenmesini sağlayan, şeker, yağ, protein ve vitamin içeren steril özel solüsyonlara İntravenöz (IV) sıvılar denilmektedir. Bu sıvılar bebeğin damarına yerleştirilen yumuşak bir tüp aracılığı ile verilir. Bu tüpe kateter adı verilir.²⁰⁴

Damar yoluyla beslenme sıvısı, uzman ekip tarafından prematür bebeğin ihtiyaçlarına göre hesaplanır. Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde damar yoluyla glukoz infüzyonuna, doğumdan sonra en kısa zamanda, aminoasitlere ilk 12 saatte, yağ solüsyonlarına 24-48 saatte başlanmalıdır.²⁰⁵ Parenteral beslenmenin uygun koşullarda kullanılması, bu bebeklerde enfeksiyonu azaltır.²⁰⁶ Ayrıca kateterlerin steril durumuna, takılırken uygun koşullara ve hijyene dikkat edilmelidir.

Bebeklerin doğumdan sonra hiçbir zaman aç bırakılmamaları ve özellikle çok düşük doğum kilosu ile doğan bebeklerde doğumdan hemen sonra damardan beslenme başlanmaktadır. Damardan beslenme çözeltileri içine, bebeğin ihtiyacı olan tüm besin öğelerinin katılması gerekmektedir. Bu da, oldukça zahmetli, zor, titizlik ve özen gerektiren bir durumdur. Gerek bebeğin ihtiyaçlarının hesaplanmasında, gerekse dolumların yapılmasında birçok hatalar yapılabilmektedir. Bu hataların en önemlilerinden birisi de mikrobiyal kontaminasyondur. Bebeğin bakımında görevli personelin azami dikkat ve ihtimam göstermesi gerekmektedir. Belli aralıklarla hizmet içi eğitimlerinin yapılması, dolumda kullanılan tüm ilaç ve malzemelerin zamanında ve yeterli bir şekilde temin edilmesi, dolum için kullanılan aletlerin bakımının sağlanması gerekmektedir. Bu solüsyonlarının kontamine olması,

²⁰⁴ **Bebeğinizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı El Kitabı**, Neonatoloji Hemşireliği Derneği, Ankara Ocak, 2014, s. 21

²⁰⁵ Tuğba Gürsoy, Murat Yurdakök, "Prematüre Bebeklerin Beslenmesi", **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2008, C. 51, S. 4, s. 240 ; Dilek Dilli, "Prematüre Bebeklerde Beslenme", Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s.79

²⁰⁶ Dilek Dilli, 2012, s. 79 ;Tuğba Gürsoy, Murat Yurdakök, 2008, s. 240

bebeklerde hızlı bir şekilde ölüme neden olabilir. Bu nedenden dolayı, dolumlarının steril koşullarda yapılması gerekir.²⁰⁷

9.9.2. Prematür Bebeklerin Oragastrik ve Nazogastrik (Gavaj) Beslenme

Oragastrik ve Nazogastrik besleme yönteminde, yumuşak bir tüp bebeğin ağzından ya da burnundan midesine doğru ilerletilerek yerleştirilir. Besinlerin (anne sütü yada mama) enjektör aracılığı ile yavaşça verilmesi işlemidir.

Tüm bebeklerde olduğu gibi prematüre bebeklerin beslenmesinde de anne sütü büyük önem arz etmektedir. Emme ve yutma refleksi 32 haftadan önce gelişmez. Sindirim ise daha ilk günlerden başlayabilir, bu nedenle mümkün olan en erken zamanda anne sütü mide tüpüyle bebeğe verilebilir.²⁰⁸

Anne sütü yetersiz, yokluğunda yada kullanılamıyorsa uygun mama tercih edilmelidir. Nazogastrik/Oragastrik tüple beslenen bebeklerde besleme sonrası 1cc kaynatılıp ılıtılmış su vermesi sonda içinde kalan mama artığı temizleyip tıkanıklığı giderir ve enfeksiyonu önlenmiş olacaktır. Enfeksiyon açısından oragastrik ve nazogastrik tüpler mümkün olan en kısa zamanda çıkarılmalıdır.

9.9.3. Prematüre Bebeklerin Biberon İle Beslenmesi

Oragastrik ve Nazogastrik beslemeden sonraki aşama bebeğin emme ve yutma reflekslerine bakılarak direk göğüs emmesi yada biberon verilmesine geçiş yapılabilir.

Ağızdan besleme yapılırken bebekte solunum gücü olup olmadığı, (burun kanadı solunumu, ağız çevresinde morluk ve hızlı nefes alıp verme vb.) gösteren belirti ve bulgu olmamalıdır. Beslenme sırasında bebek kucakta yarı dik pozisyonda tutulur beslenme işlemi gerçekleştirilir.²⁰⁹

²⁰⁷ Fahri Ovalı, “Yenidoğan Ünitelerindeki TPN Uygulamalarında DAS”, 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2009, s. 347

²⁰⁸ Pınar Dayanıklı, “Prematürelilik Hakkında Kısa Kısa, Yoğun Bakımda Yaşanabilecek Sorunlar”, www.elbebekgulbebek.org (19.03.2015)

²⁰⁹ Antalya Sağlık Müdürlüğü, “Riskli Bebeklerde Hemşirelik Bakımı ve Güvenli Taburculuk Standartları Kitabı”, Antalya 2014, s. 29

Prematüre bebeklerin çene kasları tam olarak gelişmediği için, emme işlemi esnasında çok çabuk yorulurlar ve hemen uykuya geçebilirler. Özellikle biberon ile beslerken, parmakla çeneye destek vererek bebeğe yardımcı olunabilir. Beslenme sırasında bebeğin başını 45 derece açı ile tutulmalı ve süresi 30 dakikayı geçmeyecek şekilde ayarlanmalıdır. Aksi takdirde beslenme işlemi ne kadar uzarsa, öğün sayısı da o kadar azalır ve kilo kaybı da o kadar fazla olur.²¹⁰

Anne sütünün verilmesi, hazırlanması, saklanma koşulları, bebeğe kullanılan, emzik ve biberonların sık kaynatılması, yıpranan emziklerin ve biberon başlıklarının değiştirilmesi, temiz ve bebeğe özel olması, tek bir biberon veya emzikle bebekten bebeğe geçilmemesi konularında dikkatli olunmalıdır. Bebeğin beslenmesinde kullanılan biberonlar ısıya dayanıklı camdan olmalıdır. Biberonların temizliği sağlanmalıdır.

Bebeğin prematüre evresinde beslenmesini ve bakımını sağlık personeli üstlendiği için bebeğe; anne sütünün yanında mama verildiği durumlarda uygun mama ile beslenmesi, her bebeğin ayrı ayrı beslenmesinde, mama hazırlamadan önce, bebeğin altının değiştirilmesi öncesi ve sonrası eller mutlaka yıkanmalıdır. Mama veya anne sütü ile beslemesi biten bebeğe ağızdan 1cc kaynatılıp ılıtılmış su verilmesi ağızda pamukçuk oluşumunu engellemesi açısından yarar sağlayacaktır.

Yenidoğan servislerinde mama mutfağının hijyeni enfeksiyon açısından çok önemlidir. Mama mutfağından salgınlar olabilir, bu nedenle belli aralıklarla kontrol edilip, hazırlanan mamalardan kültür alınıp gönderilmelidir. Buralarda çalışan personelin taşıyıcı olmamasına dikkat edilmelidir.²¹¹

Prematürenin hastanede yattığı dönemde anneye; anne sütünün önemi ,süt salınımı ile ilgili bilgilerin verilmesi, sütün saklanma koşulları, süt pompası kullanımı, temizliği, meme bakımı ve yapay meme uçlarının temizliği, emzirme yöntemleri, emzirme pozisyonları, hastane sonrası evde yapacakları vb. konularda sağlık personeli tarafından eğitim vermelidir.

²¹⁰ Dilek Dilli, 2012, s. 80

²¹¹ Mustafa Hacımustafaoğlu, “*Pediatride Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlardan Korunma*”, **Güncel pediatri Dergisi**, 2005, S. 4, s. 98

9.9.4. Prematür Bebeklerin Oral Yolla (Ağızdan) Beslenmesi

Ağızdan beslenme; hem bebeğin annenin memesini direk emmesi hem de kaşık ya da enjektör yardımı ile ağızdan besin verilmesi şeklinde olabilir.

Hayatın ilk yılı büyüme hızının fazla olması sebebiyle yenidoğan bir bebeğin büyüme ve gelişiminde kritik bir dönemdir. Anne sütü her bebeğin gereksinimine göre ayarlanmış, biyolojik yararlılığı çok yüksek ideal doğal bir besindir. “UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını ve altıncı aydan itibaren ek gıdalara başlanılmasını önermektedir. İlk 6 aydan sonra ek gıda verilmesinin yanında, emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesi önerilmektedir.” Anne sütü sadece bir besin olmayıp, bebeğin hayata sağlıklı başlangıç yapmasını sağlayan ve ilerde yaşamın getireceği çeşitli risklerden koruyan canlı sıvı özelliğindedir. Ayrıca yenidoğanın gelişimini destekleyecek özelliklere sahiptir ve besin değeri bakımından tüm yapay besinlerden üstündür.²¹²

Bebekler doğdukları ilk hafta sonunda kilo kaybı yaşarlar. Beslenme süreleri yarım saati geçmemeli. Beslenme uzarsa, öğün sayısı paralele olarak o kadar azalır ve kilo kaybı olur. Beslenme saatlerinde öğün sırasında kusan bebeğe bir öğün atladıktan sonra beslenmeye geçilmelidir. Bu süreç iyi takip edilip özellikle nöbet devirlerinde dikkatli olunmalıdır. Aksi takdirde bebek hipoglisemiye (şekerin düşmesi) girebilir.

European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition-Committee on Nutrition tarafından yayınlanan makalenin öneriler kısmında “*preterm bebekler için ilk seçilecek besin maddesinin kendi annelerinin sütü olduğu, yetmediği ya da olmadığı durumlarda ise uluslararası standartlara uygun çalışan bir bankadan alınan bağış sütünün tercih edilmesi gerektiği*” belirtilmektedir. Avrupa

²¹² Pınar Peker Gürel, “*Polikliniğimize Başvuran 6ay- 12ay Arası Çocukların Annelerinin; Anne Sütü İle Beslenme ve Emzirme Konusunda Bilgi Düzeyinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi*”, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2009, s. 8; Selda Bülbül, Muhammet Fevzi Kılınçkaya, “*0-2 Yaş Grubu Bebeklerin Anne Sütü İle Beslenme Durumları ve Etkileyen Faktörler*”, **Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2013, C. 15, S. 1, s. 16; Fatma Taş Arslan, Elanur Yeniterzi, 2013, s. 78; Emre Yanıkerem, Semra Ay, Aslı Göker, “*Primipar ve Multipar Gebelerin Emzirme Tutumu ve Yaşadıkları Endişeler*”, **Van Tıp Dergisi**, Ocak 2014, C. 21, S. 1, s. 7 ; **Bebeğinizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı El Kitabı**, Neonatoloji Hemşireliği Derneği, Ankara Ocak, 2014, s. 22

ve Amerika’da anne sütü bankacılığının geçmişi uzun yıllara dayanmaktadır ve pek çok gelişmiş ülkede Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde standart bakımın bir parçası halini almıştır. Ülkemizde ve nüfusunun büyük çoğunluğu Müslüman olan diğer ülkelerde anne sütü bankası kurul(a)mamıştır. Burada engel olarak algılanan nokta “anne sütü kardeşliği” dir.²¹³

Prematüre bebeğin sindirim sisteminin beslenmeye geçişini sağlamak için anne sütünün çok küçük miktarlarda dahi olsa verilmesi faydalı olacaktır. Faydalı olmasının yanı sıra, uzun süre damardan beslenmenin getireceği olumsuz etkileri de azaltması açısından çok büyük önem teşkil etmektedir. Eğer bebek herhangi bir nedenle beslenemiyorsa, anne sütünü mutlaka sağlamalıdır.²¹⁴

Bebeğin durumu düzelir düzelmez enfeksiyona karşı koruyucu özelliğinden dolayı, anne sütü ile beslenmesi sağlanır. Anne sütünün taşınması ve saklanması esnasında uygun koşulların sağlanması gerekir.²¹⁵

Anne sütü ile beslenen bebeklerin %26’sında enfeksiyon gelişirken, mama ile beslenen bebeklerin %49’unda enfeksiyon gelişir.²¹⁶

Anne sütü direk bebek emebiliyor ise emzirmeli yada emmede problem var ise bebeğin emeceği sıklıkta sağılıp verilmelidir. Süt hemen bebeğe verilecekse sağılan süt; kaynatılmış, ağzı kapalı bir biberon içerisinde hastaneye hemen getirilmelidir. İleride kullanılmak üzere sağılan anne sütleri steril süt sağma poşetlerine konulup derin dondurucuda saklanmalıdır. Poşetlere tek seferde verilebilecek kadar süt konulmalıdır. Her sağmada süt ayrı steril poşetlerde toplanmalı ve üzerine bebeğe ait olduğunu gösteren bilgiler adı/soyadı, adı konmamış ise soyadı, bebeğin anne adı, tarih ve saat yazılmalı. Sütü sağmadan önce poşet üzerine gerekli bilgiler yazılmalıdır. Kurallara uygun sağılmayan ve getirilmeyen anne sütlerine mikrop bulaşabilir ve bebeğin hasta olmasına neden olabilir.

²¹³ Sertaç Arslanoğlu, “Türkiye’de Anne Sütü Bankacılığını Merkezlerinin Kuruluşu”, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, 2014, S. 26, s. 30

²¹⁴ Sevilay Topçuoğlu, 2012, s. 37

²¹⁵ Bilge Demirel, “**Prematüre Bebeklerde İnfeksiyonlar**”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı , Ankara, Kasım 2012, s. 36

²¹⁶ Tuğba Gürsoy, Murat Yurdakök, 2008, s. 249

Bebek hastanede kaldığı sürede süt sağılmalı ve uygun koşullarda saklanmalıdır. Anne bu dönemde süt salınımını arttırmaya çalışmalıdır. Yeni sağılan anne sütü;

- 3 saat oda sıcaklığında (22-26°C)
- 3 gün buzdolabı rafında (4°C)
- 3 ay derin dondurucuda (-8°C) muhafaza edilebilir.

Saklanan anne sütü bebeğe verileceği zaman ocağın üstüne veya mikrodalga fırına konulmamalı ve kaynatılmamalıdır. Sütün proteinini bozdu için bu tür uygulamalardan kaçınılmalıdır. Derin dondurucudan çıkarılmış anne sütü, kabıyla beraber ılık suyun içerisinde bekletilip, süt ılıdıktan sonra tüketilmesine özen gösterilmelidir.²¹⁷

Şayet anne sütü bir prematüre maması ile birlikte verilecek ise, anne sütü ve mama karıştırılarak verilmesi anne sütündeki lipazların yağ emilimi üzerindeki olumlu etkisi adına, daha yararlı olacaktır.²¹⁸

Zenginleştirilmiş anne sütü günlük hazırlanıp buzdolabında öğünlere uygun bölünerek saklanmalıdır.²¹⁹

Derin dondurucudaki anne sütü eritildikten sonra tekrar dondurulmamalıdır. Bebeğe verilen anne sütü veya mamanın sıcaklığına çok dikkat edilmelidir. Sıcak veya soğuk olması apneye neden olabilir, sıcak olması yanıklara, enfeksiyona yol açabilir.

Anne sütünün yenidoğanlarda topuktan kan alma işlemi sırasında oluşan ağrıyı azaltmada analjezik etkisinin olduğu bilinmektedir. Emzirme yöntemi hazırlık gerektirmemesi, ekonomik ve doğal bir yöntem olması nedeniyle ağırlı girişimlerde tercih edilen bir uygulamadır.²²⁰

Şunu unutmamak gerekir ki; yenidoğan bebeklerin sağlıklı olmasının, annelerinin eğitimleri yanı sıra, doğum öncesi dönemde aldıkları bakımla da

²¹⁷ **Bebeğinizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı El Kitabı**, Neonatoloji Hemşireliği Derneği, Ankara Ocak, 2014, s. 24

²¹⁸ Yasemin Akın, Ayça Vitrişnel, "Prematüre Bebeklerin Beslenmesi", **Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi**, 2000, C. 11, S. 3, s. 942

²¹⁹ Tuğba Gürsoy, Murat Yurdakök, 2008, s. 249

²²⁰ Esmâ Derebent, Rana Yiğit, "Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim", **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2006, C. 10, S. 2, s. 46

yakından ilgili olduğu ve beslenme konusundaki eğilimlerinin de buna katkıda bulunduğu bilinmektedir.²²¹

10. Radyant Isıtıcı (Açık Yatak)

Doğum sonrası bebekler kendilerini anne karnındaki ısı ortamından farklı, daha düşük bir ısı ortamda bulurlar. Bebekteki ısı kaybı önlenemez ise; bebek hipotermiye girer ve hatta ölümlle sonuçlanabilir. Bu gibi sonuçlara engel olmak için bebek doğmadan önce ortam ısıtılmış olmalı, radyant ısıtıcı çalıştırılmalı ve bebek doğduktan sonra kurulmalıdır.

Radyant ısıtıcı; doğumhanelerde kullanılan bir çeşit hasta yatağıdır. Bebek işlem esnasında yukarıdan bir düzenele hem ısıtılır, hem de aydınlatılır. Aşırı ısı kaybının engellenmesi ile yenidoğanların yaşama şansı önemli ölçüde artmaktadır.

Isı kaynağı olarak radyant ısıtıcıların yenidoğanlarda kullanılmasıyla birlikte, özellikle çok küçük prematüre bebeklerde vücut ısısı dengesinin sürdürülmesinde sorunlara sebep olabilir.²²²

Radyant ısıtıcılarda nemlendirme olanağı olmadığı için, prematürelerin henüz gelişmemiş olan ciltlerinden aşırı sıvı kaybına neden olabilmektedir. Bu yataklarda takip ve tedavisi yapılan bebeklerde sıvı kaybının önlenmesi için bebeklerin takipleri düzenli yapılmalıdır. Aksi takdirde ciddi yanıklara da neden olunabilir.

Nitekim 01 Nisan 2015 te Siirt'te doğum sonrası radyan ısıtıcıda bebeğin unutulduğu ve vücudunun yüzde 40 oranında yanık olduğu haberleri yer almıştır.²²³

10. D., 12.03.2007, 2004/10732-911: Doğum sırasında annenin ve bebeğin iyi takip edilmemesi ağır hizmet kusuru gerektirir.²²⁴

²²¹ Didem Aliefendioğlu ve diğerleri, "Yenidoğan Servisinde İzlenen Bebeklerin Annelerinin Doğum Öncesi Bakımları", **Perinatoloji Dergisi**, Mart 2002, C. 10, S. 1, s. 12

²²² Nursan Dede Çınar, Cemile Dede, "Yenidoğanda Hipotermi", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2006, C. 1, S. 2, s. 120

²²³ www.haberturk.com (10.05.2015)

²²⁴ Yahya Deryal, "**Sağlık Hukuku Rehberi**", Adalet Yayınevi, Ankara, 2014, s. 180

11. Enfeksiyon

Normal şartlarda hamileliğin son haftasında anneden bebeğe göbek kordonu ile immünglobülinler geçer ve bunun sonucunda bebek enfeksiyonlara karşı pasif bağışıklık kazanır. Erken doğan bebeklerde bu durum gerçekleşmediğinden dolayı enfeksiyonlara karşı savunmasız olurlar.²²⁵

Bağışıklık sistemleri tam olarak gelişmediği için de bebeklere yapılan ve yapılacak her türlü girişim enfeksiyona sebep olabilmektedir.²²⁶

Yenidoğan yoğun bakımdaki gelişmeler çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin hayatta kalışlarını artırmıştır. Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, yaşama oranlarının artışıyla buna paralel olarak hastanede kalış sürelerini uzatmıştır. Bu durum enfeksiyon riskini artırmaktadır. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde sunulan yetersiz ve kalitesiz bakım bebek ölümlerinin artmasına zemin hazırlamaktadır.²²⁷

*Sağlık çalışanları ve hekimlerde mesleklerini tercih ettiği andan itibaren ,en “meşakkatli”, en “yorucu”, en “riskli” ve en “duyarlıklı” bir iş seçmiş olduklarını bilmelidirler.*²²⁸

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 2. maddesinde *“Tabip, ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi, hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.”* demektedir.²²⁹

Hekim, hastası üzerinde teşhisi koyduktan sonra tedavisi için riski en az başarı şansı en yüksek olan yöntemi seçip uygulamalıdır.²³⁰

²²⁵ Müesser Özcan Şenses, 2009, s. 12

²²⁶ Fatih Akova ve diğerleri, *“Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Sepsis Olgularının Değerlendirilmesi”*, **Cerrahpaşa Tıp Dergisi**, Ekim-Aralık 2001, C. 32, S. 4, s. 214 ; Müesser Özcan Şenses, 2009, s. 12

²²⁷ Hasan Çetin ve diğerleri, *“Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerde Nozokomiyal Sepsis İnsidansı ve Koruyucu Önlemler”*, **Ege Pediatri Bülteni**, 2006, C. 13,S. 1, s. 2 ; Sinan Uslu ve diğerleri, *“Yenidoğan Döneminde Nozokomiyal Sepsis ve Kontrol Stratejileri”*, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2010, C. 44, S. 2, s. 45

²²⁸ Yahya Deryal, *“Sağlık ve Sorumluluk”*, Sağlık Hukuku Problemleri, Temmuz 2012, s. 426

²²⁹ Hakan Hakeri, *“Meslek Etiği”*, Tıp Hukuku, Mayıs 2012, 5. Baskı, s. 45 ; Yahya Deryal, 2012 , s. 394

²³⁰ Mustafa Ertek, *“Hastane İnfeksiyonu Gelişen Hastada Sorumluluğumuz, Yoğun Bakım Ünitelerinde ve İnfeksiyonlarında Etik ve Yasal Sorunlar”*, **Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun**

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyadaki yenidoğan bebek ölümlerinin ilk üç sırasında;

- Enfeksiyonlar (%32),
- Doğum asfiksisi ve travması (%29),
- Prematürelikle ilgili sorunlar (%24) yer almaktadır.

Ayrıca anne ve yenidoğan ölüm nedenlerinin başında bilgi, deneyim ve organizasyon eksikliğinden kaynaklandığı ve bu nedenlerin önemli bir kısmının basit önlemlerle çözümlenebileceği belirtilmektedir.²³¹

Prematüre bebeklerin hayata bağlanabilmeleri için en önemli konu enfeksiyondur. Bu nedenle yoğun bakım servisi büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda hastane enfeksiyonlarının gelişmemesi, gelişmesi halinde acil tedbirlerin alınması ve hastaların dikkatle izlenerek tedavilerinin en üst seviyede yapılması konusunda hekime büyük görevler düştüğünü ortaya koymaktadır.²³²

Hastane enfeksiyonunu tanımlamak gerekirse; hastaneye yatışta inkübasyon döneminde olmayan, hastaneye yatıştan 48-72 saat veya çıkıştan 10 gün sonra görülen enfeksiyonları tanımlanmaktadır.²³³

Hastane enfeksiyonları konusu, 11 Ağustos 2005 tarih ve 25903 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği” ile yasal olarak düzenlenmiş olup, bu yönetmelik; yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilgili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları tespit etmek, çözüme yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve yataklı tedavi kurumları düzeyinde alınması gerekli kararları gerekli mercilere iletmek üzere enfeksiyon kontrol komitesi teşkili ile bu komitenin çalışma

Bakım Dergisi, 2007, C. 7, S. 1, s. 43

²³¹ Sebahat Altundağ Dünder, Meral Bayat, Emine Erdem, “Yenidoğan Ünitelerinin Düzeyleri ve Organizasyonu”, **Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences)**, 2011, C. 20, S. 2, s. 137

²³² Tülay Yıldız Akar, “*Hastane Enfeksiyonlarının Hukuki Yansımaları*”, İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi Sağlık Hukuku Makaleleri 10/17 Eylül 2011 Orhan Apaydın Konferans Salonu İstanbul Barosu Yayınları Basım: Nisan 2012, s. 12

²³³ Mustafa Ertek, “*Hastane İnfeksiyonu Gelişen Hastada Sorumluluğumuz, Yoğun Bakım Ünitelerinde ve İnfeksiyonlarında Etik ve Yasal Sorunlar*”, **Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi**, 2007, C. 7, S. 1, s. 42 ; Nazlım Aktuğ Demir ve diğerleri, “*Sağlık Çalışanlarının El Hijyeni Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve El Hijyenine Uyumu*”, **Nobel Medicus 27**, 2013, C. 9, S. 3, s. 105; Eren Çağan, Ahmet Soysal, Mustafa Bakır, Eren Özek, YBÜ-SHİE Çalışma Grubu, “*Yenidoğan Yoğunbakım Ünitelerinde Sağlık Hizmeti İlişkili Kan Akım Enfeksiyonlarının Prevalansı; İlk Ulusal Nokta Prevalans Çalışmasının Sonuçları*”, **Cukurova Medical Journal**, 2015, C. 40, S. 1, s. 120

şekline; görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır. Burada düzenlenmiş olan hastane enfeksiyonu kavramı; yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen tüm enfeksiyonları ifade etmektedir.²³⁴

Bu kapsamda 18/11/2006 tarihli ve 26350 sayılı yayımlanan Resmi Gazete’de Yataklı tedavi kurumlarında hastane enfeksiyonlarının önlenmesi çalışmaları kapsamında 2007 yılından itibaren Enfeksiyon Kontrol Hekimliği ve Hemşireliği sertifika eğitimleri yapılmaktadır.

Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için ciddi bir halk sağlığı sorunu olup, yaklaşık olarak % 30- 40’ı önlenabilir enfeksiyonlardır. DSÖ el hijyeninin ana önlem olduğu yayınlarında vurgulanmaktadır.²³⁵

Sağlık personeli yenidoğan için enfeksiyon kaynağı olabilir. Yenidoğanın bakımıyla görevli sağlık personeli aşularını tam yapmalı grip, kızamık, kızamıkçık ve suçiçeğine karşı bağışıklığının bilinmesi gerekir. Her yıl grip aşısı önerilir. Periyodik olarak tüberkülin deri testi yapılmalıdır. Bebekten bebeğe enfeksiyon bulaşımın önlenmesi için her kuvözde bir bebeğin yatması gerekmektedir.²³⁶

Maalesef bazen uygulamada bir kuvözde iki bebeğe rastlanma durumları da olabilmektedir. Özellikle bebeklerin bir yerden başka bir yere nakilleri sırasında bu gibi durumlar söz konusu olabilmektedir.

Yenidoğan döneminde özellikle idrar yolu enfeksiyonları ve sepsis sık sarılık nedenleri arasında yer almaktadır.²³⁷

²³⁴ THSK, Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği 11 Ağustos 2005 tarih Sayı:25903, madde 1, <http://www.saglik.gov.tr> (Erişim tarihi 11.05.2015); T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetimi Raporu (Aralık 2007): **“Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele”**, Hastane Enfeksiyonlarını İzleme ve Önleme Çalışmalarının Etkinliği, s. 35; Muhammet Güven, **“Enfeksiyon Kontrol Programı”**, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri 2012, s. 9 ; Tuğba Tanrıverdi, **“Hastane Enfeksiyonlarının Hukuksal Boyutu, Hak ve Hukuki Sorumluluk”**, Enfeksiyon Kontrol Programı, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri – 2012, s. 10

²³⁵ Ahmet Atasoy, Salim Aksoy, **“El Hijyeni Programında Çok Modelli El Hijyeni Geliştirme Stratejisinin Uygulanması: Sandıklı Devlet Hastanesi Örneği”**, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bilimsel Araştırma- En İyi Uygulama Ödüelleri Kitabı, (Editör: Harun Kırılmaz), 1. Basım, Ankara 2010, s. 53-74

²³⁶ Ayşegül Ulu Kılıç, **“Yenidoğan Ünitesinin Yapılanması ve Enfeksiyon Kontrolü”**, Enfeksiyon Kontrol Programı Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri 2012, s. 102

²³⁷ Ercan Sivaslı, **“Yenidoğan Bebeklerde Uzamış Sarılık”**, **Gaziantep Tıp Dergisi**, 2009, C. 15, S. 2, s. 53

Mikroorganizmaların bulaşmasını ve yayılmasını önlemenin tek yolu “enfeksiyonların önlenmesi” dir. Bir sağlık kuruluşunda enfeksiyonları önlemenin en iyi yolu standart önlemlere uymaktır.²³⁸

Hastane enfeksiyonlarının tamamen ortadan kaldırılması mümkün olmasa da gerekli tıbbi özenin gösterilmesi, önlemlerin alınması ve alınan önlemlerin sıkı denetlemesiyle görülme sıklığı önemli bir ölçüde düşecektir.

20/07/2011 tarih ve 28000 sayılı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ” Üçüncü Bölüm Enfeksiyon Kontrolü, İzolasyon Odası ve Güvenlik Önlemleri, Enfeksiyon Kontrolü; **MADDE 11** – (1) *Yoğun bakım servislerinde 11/08/2005 tarihli ve 25903 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği doğrultusunda etkin enfeksiyon kontrol programlarının uygulanması zorunludur. Üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak alınacak ilave önlemler şunlardır:*

a) *(Değişik:RG-16/8/2015-29447) Birinci seviye erişkin yoğun bakım servisleri hariç, tüm yoğun bakım servislerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılır. Üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde ise en az % 90 filtrasyon sağlayan, saatte asgari altı kez dış hava değişimi yapabilen, sıcaklığın 22-26°C, bağıl nemin %30-60 arasında ayarlanabildiği, Bakanlıkça belirlenen ulusal standarda uygun, merkezi havalandırma sistemleri kurulur. Havalandırma sisteminin validasyonu sağlanır, düzenli olarak fiziksel ve mikrobiyolojik kontrolleri gerçekleştirilerek performans kalifikasyon uygunluğu izlenir ve kayıt altına alınır. Standardizasyonun yetkili kuruluşlara yaptırılması sağlanır. Fiziki altyapı yetersizliği nedeniyle merkezi havalandırma sistemi kurulamadığı belgelenen yoğun bakım servislerinde merkezi havalandırma özelliklerine haiz ve yukarıda tanımlanan özellikleri sağlayabilen lokal havalandırma teknikleri de kullanılabilir.*

b) *Üçüncü seviye yenidoğan servisi bulunan sağlık tesislerinde otomatik beslenme servisleri (TPN) kurulur ya da (Mülga ibare:RG-16/8/2015-29447) (...) hizmet alımı yoluna gidilir. Otomatik beslenme servislerinin Bakanlıkça yayımlanan Total*

²³⁸ “Sağlık Bakanlığı Rehberi Enfeksiyonu Önlemede Bildiğimiz Ama Her Zaman Uygulamadığımız Basit Yöntemler”, **Kadın Doğum Dergisi**, (Editör: Ferit Saraçoğlu) 2008, C. 6, S. 3, s. 1441

Parenteral Nütrisyon (TPN) İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi'nde belirtilen standartlara uygun olması sağlanır.

İzolasyon odası

MADDE 12 – (Değişik:RG-18/2/2012-28208)

(1) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) İkinci seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile tüm üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon yatağı bulunur. Yatak sayısı altıdan fazla olan üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatağa kadar en az bir ilave temas izolasyon yatağı oluşturulur.

(2) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Temas izolasyon odalarının tek yataklı olarak düzenlenmesi zorunlu olup yenidoğan yoğun bakım servisindeki izolasyon odaları için giriş alanı dahil en az 10 m², çocuk ve erişkin yoğun bakım servislerindeki izolasyon odaları için ise en az 15 m² alan ayrılır. Aynı hastalık grubuna ait hastaların kullanabilmesi için iki yataklı düzenlenebilir ancak fiziki şartlar iki yatağa uygun olarak oluşturulmalıdır.

(3) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Temas ve solunum izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılmaz, ortak koridora açılabilir. Oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunur.

(4) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Bakanlık tarafından uygun görülen sağlık kuruluşlarında; üçüncü seviye erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinde havanın %100'ünü dışarı atabilen en az bir negatif basınçlı solunum izolasyon odası tesis edilir.

(5) Negatif basınçlı solunum izolasyon odalarının duvarları, tavanı ve zemini sızdırma olmayacak şekilde tasarlanır. İzolasyon odalarının tüm çıkış kapılarının kendiliğinden kapanabilir nitelikte olması sağlanır. Bu odalarda ayrıca acil iletişim ve uzaktan hasta monitorizasyon sistemi de bulunur.

(6)(Değişik:RG-16/8/2015-29447) Basınçlı solunum izolasyon odalarında, odanın basınç durumunu sürekli olarak izlemeyi sağlayan oda içi basıncın dış ortama göre kıyaslanabildiği monitorizasyon sistemi bulunur.

(7) Hemşire sayısı yeterli olan sağlık tesislerinde solunum ve temas izolasyon odaları için ayrı görevlendirme yapılır.

Hastane enfeksiyonlarının meydana gelmesinde en önemli etkenlerden biri, el hijyenine dikkat edilmemesidir.

12. Prematüre Bebek Bakımında El Hijyeni

Sağlığı korumaya yönelik yapılan tüm uygulamalara hijyen denilmektedir. Sağlık sorunlarını çözebilmek ve bulaşıcı hastalıkları önlemek için hijyen çok büyük önem taşımaktadır. Günümüzde halen dünyada en sık görülen ve en sık öldüren hastalıklar grubunu enfeksiyon hastalıkları oluşturmaktadır ve el yıkama, enfeksiyon kontrolünün en önemli ve etkili yolu olarak kabul edilmektedir.²³⁹

12.1. El Yıkama

El yıkama kişisel bakımın ilk adımı olup, bireyin günlük yaşantısı içerisinde başta kişisel bakımı ve sağlığı olmak üzere, daha sonra çalışma ortamında diğer kişilerin sağlığı için büyük önem taşımaktadır. Özellikle sağlık sektöründe çalışanların özellikle yenidoğan bakımında yer alan sağlık personelinin el temizliğine gerekli dikkat ve özeni göstermemesi hayatı tehdit eden ciddi sorunlara yol açabilmektedir.²⁴⁰

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde yatan prematüre bebeklerde, çoğunluğu önlenemez olan enfeksiyonlardır ve bunlar çok hızlı ilerler. Enfeksiyon kontrolünün başında el hijyeni, çalışanların periyodik eğitimi, hastanelerde sürveyans verilerinin takip edilmesi, yoğun bakımların kendi enfeksiyon etken durumlarını ve direnç oranlarını belirlemesidir.²⁴¹

²³⁹ Muhammed Fatih Önsüz, Seyhan Hıdıroğlu, "İstanbul'da Farklı İki İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Kişisel Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi", **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2008, C. 9, S. 1, s. 10

²⁴⁰Emel Özerdoğan, Öznur Usta Yeşilbalkan, "Yardımcı Hizmet Personeli El Hijyeni Uyum Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", **Hemşirelik, Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi**, 2015, S. 4, s. 2 ; Saniye Bilici, Hasan Irmak, Turan Buzgan, "**Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama ve El Dezenfeksiyonu Rehberi**", Şubat 2008, Ankara, s. 7

²⁴¹Emine Parlak, Hasan Kahveci, Handan Köksal Alay, "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastane Enfeksiyonları", **Güncel Pediatri Dergisi**, 2014, C. 1, S. 1, s. 7

El yıkama gereksinimi, özellikle hastane enfeksiyonlarının en fazla görüldüğü yüksek riskli klinikler arasında yer alan yoğun bakım ünitelerinde daha fazladır. El yıkama işlemi doğru teknikle ve yeteri sıklıkla yapıldığında hastane enfeksiyonlarının %50 oranında azaltılabileceğinin bilinmektedir. YBÜ' nde görülen hastane enfeksiyonlarının %53.6' sının ölüme sonuçlandığı göz önüne alındığında, bu enfeksiyonların önlenmesinin önemi daha da iyi anlaşılmaktadır.²⁴²

Danıştay 15. Daire Kararı Esas: 2013/6205 Karar: 2013/3357 Tarih: 09.05.2013; Enfeksiyon sebebiyle ölüme sebep olmak prematüre doğan bebek hastanenin sorumluluğu maddi ve manevi tazminat davasında; Temyizen incelenen karar, usul ve hukuka uygun olup, dilekçede ileri sürülen temyiz nedenleri kararın bozulmasını gerektirecek nitelikte görülmediğinden, temyiz isteminin reddi ile Edirne İdare Mahkemesi'nin 05/10/2012 tarih ve E:2012/703;K:2012/822 sayılı kararının (onanmasına), oybirliğiyle karar verildi.²⁴³

Hastane enfeksiyonlarının en fazla görüldüğü yerler arasında yoğun bakım üniteleri yer almaktadır. Hastane enfeksiyonlarının %20-40'ında kaynağın veya bulaş yolları içinde en önemlisi sağlık çalışanlarının elleri olduğu tespit edilmiştir. Bu yüzden, hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en etkili, en basit en ucuz ve en eski tıbbi uygulama el yıkamadır. Her ne kadar pahalı ve sıkı önlemler alınsa da el hijyenine uyum arttırılmadığı sürece tüm çabalar boşa gidecektir.²⁴⁴

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en etkin yöntemin el yıkama olduğu, Ancak, birçok çalışma sağlık çalışanlarının çoğunun gerekli hallerde ellerini yıkamadığını göstermektedir.²⁴⁵

Eller ile meydana gelen bulaşmanın önlenmesinde hastadan hastaya her geçişte son derece önemli olan ellerin yıkanmasıdır.²⁴⁶

²⁴² Emel Özerdoğan, Öznur Usta Yeşilbalkan, 2015, s. 3

²⁴³ Kazancı Hukuk (www.kazancihukuk.com)

²⁴⁴ Serap Gencer, "*Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Kontrolün Olmazsa Olmazı: El Yıkama*", İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi No:60, Ocak 2008, s.71

²⁴⁵ A.Ruhi Toraman ve diğerleri, "*Yoğun Bakım Ünitesinde Sağlık Personelinin El Yıkama Alışkanlıkları*", *Yeni Tıp Dergisi*, 2009, S. 26, s. 85

²⁴⁶ Kutay Akpir, "*Yoğun Bakım Ünitelerinde İnfeksiyon*", *ANKEM Dergisi*, 1989, C. 3, S. 3, s. 482

El hijyeninde kullanılan ajan kadar el yıkama tekniği ve süresi de el hijyeninin etkinliğini etkilemektedir. Mikroorganizmaları tamamıyla ellerden uzaklaştırmak için elleri en az 30 saniye sabunla yıkamak gerekir.²⁴⁷

El yıkamada öncelikle yüzük, saat, bilezik, künye gibi aksesuarlar çıkarılır. Kontaminasyonu engellemek için musluklar sensorlu veya ayak pedallı olmalı, değil ise musluk kağıt havlu ile açılarak eller ılık su ile ıslatıldıktan sonra 3-5 ml. tercih edilen ajan alınarak en az 30 saniye uygun teknikle yıkanmalıdır. Hijyenik el yıkamada ellerin iç yüzeyleri, ellerin sırt yüzeyleri, parmak araları, baş parmak arası, avuç ortası ve bilekler, önkol, sırayla bu yüzeylere iyice friksiyon yapıp özen gösterilmelidir. Eller akan su altında bilekleri yukarıda tutarak iyice durulanmalı ve kağıt havlu ile parmak ucundan dirseğe doğru kurulanmalıdır. Kontamine olmadan musluk yine kağıt havlu ile kapatılıp çöpe atılmalıdır.²⁴⁸

El yıkamada ılık su kullanılmalı, dermatit riskini arttırabileceği için sıcak su kullanımından kaçınılmalıdır.²⁴⁹

12.2. El Dezenfektanları

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde el hijyeninin önemi kanıtlanmış olup, hastadan hastaya mikroorganizmaların bulaşmasını, uygun el hijyeni ile en aza indirilebilir.²⁵⁰

Alkollü el antiseptiği kullanılacak ise ellere en az 3 ml çözelti alınarak tüm el yüzeylerine dağıtılmalı ve kuruyana kadar eller ovuşturulmalıdır. Alkollü el antiseptikleri ıslak veya nemli ellere uygulanmamalıdır.²⁵¹

Dezenfektanların etkinliği ellerin sürülmeden önce temiz, kuru olmasına ve uygun miktarda kullanılmasına bağlıdır.²⁵²

²⁴⁷ Serap Gencer, 2008, s. 74

²⁴⁸ Sinan Uslu ve diğerleri, 2010, s. 48

²⁴⁹ Saniye Bilici, Hasan Irmak, Turan Buzgan, 2008, s. 26; Selma Karabey ve diğerleri, "El Hijyeni Klavuzu", **Hastane İnfeksiyonları Dergisi**, 2008, Ek 1, C. 12, s. 21

²⁵⁰ Emine Alp, "El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı", Enfeksiyon Kontrol Programı, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri 2012, s. 37

²⁵¹ Selma Karabey ve diğerleri, 2008, s. 21; Saniye Bilici, Hasan Irmak, Turan Buzgan, 2008, s. 14

²⁵² Sinan Uslu ve diğerleri, 2010, s. 48

12.3. El Hijyeninde Dikkat Edilecek Hususlar

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde, her bebeğe dokunmadan önce ve sonrası, el hijyenine çok dikkat etmek gerekir. Bebeklere kuvözde bakım verilirken sağlık personelin elleri dirseklere kadar kuvözün içine girmektedir. Bu nedenle kollar dirseğe kadar açık ve ön kolun da yıkanmasına dikkat edilmelidir. El hijyenine dikkat edilmediği durumlarda sağlık personelinin elleri ile, bebekten bebeğe mikroorganizmalar bulaşacak ve bu da ciddi sorunlara hatta salgınlara neden olacaktır. Saat, yüzük gibi takıların bu ünitelerde kullanımı enfeksiyon açısından risk taşımaktadır. Personelin tırnaklarının kısa ve temiz olması, tırnak ojesi ve cilası kullanılmaması gereklidir.²⁵³

Bebeklerle temasın en aza indirilmesi, ağızdan beslemeye erken başlanması, damar yolu girişimlerinin azaltılması, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımının sınırlandırılması gibi önlemler enfeksiyonu azaltmak için oldukça önemlidir.²⁵⁴

Bebekten bebeğe enfeksiyon riskinin önlenmesi için her kuvözde bir bebeğin yatması gerekmektedir. Kuvözlerin temizliği bebekler içindeyken yapılmamalıdır. Temizlik için kullanılan malzemelerin kuvözün yapısına zarar vermeyecek maddeler olmasına dikkat edilmelidir kuvözün içi temizlendikten sonra mutlaka 15 dakika havalandırılması gerekmektedir.²⁵⁵

Hastanelerde iş yükünün fazlalığı, personel ve zaman yetersizliği, hatta lavabo yetersizliği, hijyeni gerçekleştirirken elin tahriş olması ve hatta fiziki yetersizlikler gibi nedenlerle de el hijyenine, hala tam anlamıyla dikkat edilmemekte, gereken özen tam anlamıyla gösterilmemektedir. Oysa el yıkama ile ilgili eğitimlerin artırılması, hastane enfeksiyonu oranının azaltılmasına tek başına basit ama etkin bir yoldur. "Hastane enfeksiyonları da trafik kazaları gibi konulan kurallara uymamaktan dolayı meydana gelmektedir".²⁵⁶

²⁵³ Ayşegül Ulu Kılıç, 2012, s. 100; Ayşegül Zenciroğlu, "*Yenidoğan Yoğun Bakımlarda Çevre, Alet, Araç Temizlik ve Dezenfeksiyonu*," 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007, s. 570; Serap Gencer, 2008, s.74; Mustafa Hacımustafaoğlu, 2005, s. 95

²⁵⁴ Hasan Çetin ve diğerleri, 2006, s. 2

²⁵⁵ Ayşegül Ulu Kılıç, 2012, s. 102

²⁵⁶ Tülay Yıldız Akar, 2012, s. 32

Bebeğe temiz dokunuş yaşam kurtarır,²⁵⁷ altın kuralı unutulmamalıdır.

13. YDYB Ünitesinde Bebeği Olan Aileye Psikolojik Destek

Sağlıklı doğmasını hayal ettikleri bebeklerinin prematüre doğması durumunda ebeveynler endişe, şok, suçluluk gibi olumsuz duygular yaşayabilirler. Anne ve babaların, bebeğin hastalığı, tedavisi ve yapılan işlemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması kaygı yaşamalarına neden olabilir. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının, hastanede bebeği yatan anne ve babaların gereksinimlerini bilmeleri ve bunları gerçekleştirirken kaygı düzeylerini azaltmak için etkili iletişim yöntemlerini kullanmalıdırlar.²⁵⁸

Prematüre anneleri bebek ile iletişimde güçlük yaşayabilirler. Bebeğin uzun süre anneden ayrı olması bu iletişimin geç başlamasına sebep olur.

Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesin'e yatırılması, aile için bir kriz olarak yorumlanabilir. Hastalığın durumuna bakılmaksızın, çok kısa süreli hastane yatışları bile travmatik olarak tanımlanmaktadır.²⁵⁹

Erken dünyaya gelen bir bebeğe sahip olan ailenin, miyadında bir bebeğe sahip olan aileden daha fazla ilgi, alaka ve anlayışa gereksinimi vardır. Beklenmedik bir anda sağlıksız bir bebeğin doğması, bebeğin kısa veya uzun süre de olsa aileden ayrı, farklı bir ortamda, karmaşık araç gereçlerin arasında tutulması bu ailelerde bazı duyu durum değişikliklerine neden olmaktadır. Bu aşamada en yüksek anksiyete annede gözlenir.²⁶⁰

²⁵⁷ Nilgün Kültürsay, "Yenidoğanda Hastane İnfeksiyonlarının Önlenmesi", **Perinatoloji Dergisi**, 2005, C. 13, S. 5, s. 237; Emine Alp, 2012, s. 37

²⁵⁸ Hüsniye Çalışır, Sibel Şeker, Funda Güler, Gamze Taşçıoğlu Anaç, Münevver Türkmen, "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri", **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2008, C. 12, S. 1, s. 32

²⁵⁹ Ayda Çelebioğlu, "Yenidoğanın Hastaneye Kabulünde Ebeveynlerin Duyguları ve Hemşirelik Yaklaşımı", **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, 2004, s. 2; Ömer Erdeve ve diğerleri, "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Deneyiminin Aile ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri", **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2008, C. 51, S. 2, s. 104

²⁶⁰ Türkan Mutlu, "Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Bebek ve Aile Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi", **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 2010, C. 26, S. Ek, s. 265

Annenin bebeğini görmesi, ona dokunması ve algılaması anne bebek arasındaki etkileşimi başlatmak için anne ile bebeğinin doğumdan hemen sonra birlikteliklerinin sağlanması gerekmektedir.²⁶¹

Anneler bebeklerine zarar verebilecekleri korkusuyla bebeğe dokunmaktan, kucaklamaktan, bakım vermekten çekinebilirler. Bu nedenle anneler başarılı etkili emzirme konusunda sorun yaşayabilmektedir. Riskli bebeklerde anne ile bebek ilişkisinin başlatılması için annelere bakım en kısa sürede öğretilmeye başlanmalıdır.²⁶²

Ruhsal açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyelerine yapılan eğitimde hemşire nelere dikkat etmelidir;

- Doğumdan hemen sonra ilk fırsatta anneyi bebeği tutması için teşvik etmeli, anneyi bilgilendirmeli.
- Hastane kurallarına uygun olarak annenin her gün veya istediği zaman bebeğini görebilmesi ve ona verilen bakımı izleyebilmesi sağlanmalıdır.
- Hemşire, bebek hastaneden taburcu olmadan önce anneyi mutlaka üniteye alarak bebeğe evde vereceği bakımı denetlemesi gerekmektedir.²⁶³

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan hemşireler annelerin ve babaların kaygı düzeylerini azaltmak için;

- Gece ya da gündüz kalabilecekleri veya dinlenebilecekleri ortamlar sağlanmalıdır.
- Çocuklarıyla benzer sağlık sorunlarına sahip anne ve babalarla bir araya gelmeleri sağlanmalı,
- Çocukları için yapabileceklerinin neler olduğu paylaşılmalı ve bakıma katılımları arttırılmalıdır,
- Hastanede mümkün olduğunca uzun süreyle bebekleriyle birlikte olmaları sağlanmalı,

²⁶¹ Gülay Manav, Ferda Yıldırım, "Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları", **Cumhuriyet Tıp Dergisi**, 2010, 32, s. 150; Taş Arslan Fatma ve Turgut Raziye, 2013, s. 119

²⁶² Antalya Sağlık Müdürlüğü, "**Riskli Bebeklerde Hemşirelik Bakımı ve Güvenli Taburculuk Standartları kitabı**", Antalya 2014, s. 19

²⁶³ Türkan Mutlu Turan, Bahire Bolışık, "Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi", **C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 2003, C. 7, S. 1, s. 40

- Sağlık ekibi üyeleri anneye ve babaya zaman ayırmalı, onları dinlemeli, sorularına doğru ve yeterli düzeyde yanıt vermelidir.²⁶⁴

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde olan bebeğin ailesinin bakıma ortak olması, yenidoğan ünitesi çalışanlarına duyduğu güvenin gelişmesine, kendileri açısından ise kaygı ve stresin azalmasına paralel öz güvenin artmasına neden olur. Tüm bunlar bebeğin bakım kalitesini artırarak, uzun dönem gelişimsel sonuçların olumlu olmasına katkıda bulunur. Yine ailelerin bakıma ortak edilmesi taburculuk öncesi deneyimlerini artırmaktadır.²⁶⁵

Yenidoğan bebeğe sağlık bakımı veren; ebelerin, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin doğum sonu dönemde erken anne ile bebek etkileşimi, ten tene temas, emzirmenin önemi konularında bilgi ve farkındalıklarını artırmak gerekmektedir. Anne - bebek bağlanma sürecinin güçlendirilmesinde ebelerin ve hemşirelerin anahtar role sahip olduğu unutulmamalıdır.²⁶⁶

14. Prematüre Bebeğin Kanguru Bakımı

Doğum sonrası bebeğin durumu stabil olur olmaz anne ile yenidoğanın yakın teması başlatılmalıdır. Bunu sağlamanın en iyi yolu kanguru bakımıdır.

Kanguru bakımı yenidoğanın doğum sonrası erken dönemde annesi ile kurduğu yoğun tensesel teması tanımlamaktadır. Bebeğin hayati fonksiyonlarının daha erken stabil hale getirdiği gözlemlenmiştir.²⁶⁷

Kanguru bakımı annenin bebeği bir çeşit kucaklama yöntemidir.²⁶⁸ İlk defa 1978 yılında düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelen ve prematüre olan bebeklerin geleneksel bakımına alternatif olarak geliştirilmiştir. Bu yöntem "kanguru bakımı" denilmesinin nedeni, kanguruların yavrularını aynı yöntem ile taşıyor olmalarıdır.²⁶⁹

²⁶⁴ Hüsniye Çalışır ve diğerleri, 2008, s. 43

²⁶⁵ Ömer Erdeve, "Aile Merkezli Bakım ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri", **Gülhane Tıp Dergisi**, 2009, C. 51, S. 3, s. 203

²⁶⁶ Funda Evcili, Gülçin Abak, Berrin Tali, Z. Burcu Yurtsal, "Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Lohusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri", **Sürekli Tıp Eğitim Dergisi**, 2014, C. 23, S. 4, s. 142

²⁶⁷ Ayşe Anıl Karabulut, "Yenidoğanda Deri Fizyolojisi ve Topikal İlaç Kullanımı", **Türkderm**, 2011, C. 45, Ek 2, s. 60

²⁶⁸ Nergis Başer, Muzaffer Eskiocak, 2013, s. 196

²⁶⁹ Arzu Dursun, "**Kanguru Bakımı**", Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş) Aysun Yayıncılık, 1.Baskı , Ankara, Kasım 2012, s. 85

Kanguru bakımında, bebek annenin çıplak göğsüne yatırılıp, anne ile bebeğin ten tene teması bebeğin vücut ısısının daha kolay kontrol edilmesini sağlamaktadır.²⁷⁰

Annenin üzerinde kolayca açılabilen, rahat bir giysi bulunabilir veya anne ile bebeğin üzeri yumuşak bir battaniye ile örtülebilir. Bebeğin üzerinde ise sadece bezi bulunur. Yenidoğan annenin vücut ısısını hisseder ve üzeri örtülü olduğu için ısı kaybetmez. Kanguru bakımı bebek ile anne arasında bir bağ oluşmanın yanı sıra anne sütünü artırır ve anneyi emzirmeye teşvik eder. Prematüre bebeğin daha hızlı kilo almasını sağlar ve daha derin uyumasına yardımcı olur.²⁷¹

Dokunma, kucaklama, bebeğin bakımına katılma ve emzirme, anne ile bebek bağlanmasını olumlu etkileyen faktörlerdir. Anne ile bebeğin duygusal bağının güçlü olması, bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlayan ve tüm yaşamını olumlu yönde etkileyen en önemli öğelerden biridir. Erken doğum yapan anne, bebeğini daha az görür, daha az dokunur ve daha az kucağına alır bu yüzden yüksek düzeyde psikososyal stres yaşar, Ten tene temas ile sağlanan uyaranlar, anne ile bebeğin arasındaki duygusal bağın güçlenmesini sağlayarak, tüm olumsuzlukları giderebilir.²⁷²

Göz göze temasın miyadında ki bebeklerle anneleri arasında olduğu kadar, prematüre bebeklerle anneleri arasında da olumlu iletişim sağladığı gözlenmiştir.²⁷³

Kanguru bakımı ebeveynlerin bebekleri ile ilgili anksiyete ve korkularının, bebeklerin de yoğun bakım stresinin azalmasını sağlar. Yenidoğan bebeklerde ağrı veren uygulamalarda kanguru bakımının endorfin salınımını artırarak analjezik etki yaptığı görülmüştür.²⁷⁴ Gerek annelerin gerek babaların kanguru bakımına katılımları sağlanmalıdır.

Günümüzde kanguru bakımı, maliyeti düşük, uygulaması kolay ve yarar oranı yüksek bir yöntem olup, önemsenmesi gereken girişimlerdenidir. Bu yöntemin

²⁷⁰ Satı Dil, Müge Uzun, Burcu Aykanat, "Hemşirelik Eğitiminde İnovasyon", **International Journal of Human Sciences [Online]**, 2012, C. 9, S. 2, s. 1220

²⁷¹ Belgin Şen Atasayar, 2015, s. 17

²⁷² Dilek Köse, Nursan Çınar, Sevin Altunkaynak, "Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci", **Sted**, 2013, C. 22, S. 6, s. 243; Arzu Dursun, 2012, s. 86

²⁷³ Antalya Sağlık Müdürlüğü, "Riskli Bebeklerde Hemşirelik Bakımı ve Güvenli Taburculuk Standartları kitabı", Antalya 2014, s. 38

²⁷⁴ Esmâ Derebent, Rana Yiğit, 2006, s. 46

bebeklerde oksijen gereksinimini, kilo alımını, annenin süt salınımını ve hastanede yatış süresini ve ayrıca annenin yeterlilik duygusunu, anne-bebek bağlanma ilişkisini olumlu yönde etkilediğini belirtilmektedir.²⁷⁵

Yenidoğana bakım ve tedavi uygulamalarının uyanık iken bebeğin kucağa alınıp konuşarak yapılması gelişimine destek verildiği görülmüştür.²⁷⁶



²⁷⁵ Bahar Bingöler Pekcici , İlgi Ertem, 2012, s. 138

²⁷⁶ Gülçin Bozkurt, 2009, s. 23

SONUÇ

Ülkemizde ve dünyada gelişen teknoloji ile birlikte gerek bebek sahibi olma gerek prematüre bebeklerin sağkalımlarında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bir takım tedbirlerle ve düzeltilebilir unsurlarla neonatal ölümlerin azaltılmasında ciddi sonuçlar elde edilebilir. Olgunlaşmasını henüz tamamlamamış bir bebek için en iyi ortam anne rahmi olduğundan erken doğum riskinin azaltılması ve erken tanı için düzenli takiplere devam edilmesi sağlıklı bir gebelik için vazgeçilmez bir unsurdur. Sonuç olarak;

- İyi bir gebelik öncesi bakım ile muhtemel sorunlar tespit edilip tedaviye erken başlanmalı,
- Erken doğum riskini artıran risk faktörleri tespit edilip en az seviyeye indirilmeli,
- 18 yaş altı adölesan evlilikler (çocuk gelinler) önlenmeli,
- Anne uyum odalarının yaygınlaştırılması, hayata geçirilmesi sağlanmalı,
- Prematüre ebeveynlerine yönelik özellikle yoğun bakım sürecinde uygulanan psikolojik destek veren bütüncül bir sistem benimsenmeli ve hayata geçirilmeli,
- Prematüre bebeğe sahip çalışan annelere gerekli yasal destekler sağlanmalı,
- YDYBÜ'leri arttırılmalı, gelişen teknolojiye paralel cihazlarla donatılmalı, mevcut cihazların yıllık bakımları yapılmalı, nasıl kullanılması gerektiği konusunda personele hizmet içi eğitimler düzenlenmeli ve devamı sağlanmalı, kalite ve hizmet standartları uluslar arası seviyeye çıkartılmalı,
- Yenidoğan ölümlerini azaltmak ve bakım standartlarını arttırmak için gerekli kurum ve kuruluşlar, meslek gurupları eşgüdüm içinde çalışmalı,
- Akraba evliliklerinin neticeleri konusunda eğitim verilmeli,
- YDYBÜ'lerinde Yenidoğan Uzmanı ve Yenidoğan Hemşire sayıları arttırılmalı, sürekli eğitimler düzenlenmeli, ekibe yeni meslek gurupları dahil edilip, ekip genişletilmeli,
- Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde hasta sayısına göre yeterli sayıda ve eğitimli, nitelikli sağlık personeli yetiştirilmeli,

- Yeni mezun personelin tecrübe edinmeden direk yoğun bakımlarda çalıştırılmamalı,
- Hasta oranlarının hastanelere ve özellikle yenidoğan yoğun bakım düzeylerine göre, ülke genelindeki hastaneler arası aktif ,güncel bilgi ağı ile hastaların dengeli dağılımı sağlanmalı,
- Tüp bebek uygulamalarının yaygınlaşması sonucu çoğul bebeklerin sayısının artması erken doğumlara ve sakatlıklara neden olmaktadır. Bu tür yanlış uygulamaların denetlemeleri sağlanmalı, amaç; tek bebek sağlıklı bebek olmalı,
- Ülke genelinde anneye anne adaylarının eğitimleri sağlanması,
- Tüm doğumların sağlık kuruluşunda gerçekleşmesi sağlanmalı,
- Problemlı gebeliklerde erken tanı ve tedavi başlanmalı, gebelikte diyabet, hipertansiyon ve preeklampsi gibi problemler yakından izlenmeli, önceden koruyucu tedbirler alınmalı,
- Erken doğumun önlenmesi için tüm kadınları kapsayan gebelik öncesi bakım hizmetleri yaygınlaştırılmalı, ulaşılabilir olmalı,
- Yeni evlenecek olan çiftlere evlilik öncesi danışmanlık verilmeli, erken doğum belirtileri hakkında bilinçlendirilmeli,
- Şartlar el verdiğinde ailelerin yoğun bakımda bebekleri ile daha fazla zaman geçirmelerine imkan tanınmalı, bebekleri ile sağlıklı bağ kurmalarına olanak sağlanmalı,
- Prematüre doğum riski olan gebenin, öncelikle gebelik haftasına uygun bir yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan merkezde doğum yapması amaçlanmalı,
- Doğum anında prematüre bebeğe uygun bakım en erken dönemde deneyimli personel tarafından uygun resusitasyonun yapılması sağlanmalı,
- Erken doğumların önlenmesine yönelik tedbirler alınmalı ve bu tedbirlerin uygulanması sağlanmalı,
- Yenidoğan ölüm oranlarını azaltmak için, bebeklerin önlenebilir ölüm nedenlerinin saptanarak bunları azaltmaya yönelik önlemler geliştirilmeli,
- Bebeğin durumu uygun olduğunda aile bakıma dahil edilmeli, emzirmeye erken dönemde başlanmalı,

- Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nin alt yapı organizasyonu gibi standartlar sağlanmalı,
- Bebeğin transportu uygun şartlarda ve nitelikli personel tarafından gerçekleştirilmesi sağlanmalı,
- Riskli gebeliklerin sevki çok küçük prematüre bebeklerin üçüncü düzey üniversite veya eğitim hastanelerinde doğması sağlanmalı,
- Önceliğimizizin olarak prematürenin tedavisi yerine, erken doğumun önlenmesi konusu benimsenmeli,
- Bebek ölüm düzeyi ve nedenlerinin belirlenmesi sağlık sistemine yön verdiği ve bebeğin hayatta kalması için gösterilen çabaların geliştirilmesine katkıda bulunduğu unutulmamalı,
- Prematüre bebek bakımında görevli personel sorumluluklarını benimsenmeli,
- İnvaziv işlemler deneyimli sağlık personelleri tarafından en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmeli ve rutinde uygulanan invaziv girişimlerin en aza indirilmeli,
- Erken doğum ve prematürelığe dair farkındalık eğitimlerinin yapılması,
- Gebelik öncesi mevcut hastalıkların kontrol altına alınması,
- Gebelerin düzenli beslenmesi, kimyasallara maruz bırakılmaması, sigara, alkol, madde bağımlılıklarından arındırılması sağlanmalı,
- Çapraz doktor kontrollerinin uygulanması sağlanmalı,
- Prematüre doğumlar ve sağlık problemlerinin bakımı, takibi ve rehabilitesi tek merkezde toplanmalı ve kurumsallaştırılmalı,
- Sağlıklı gebe; sağlıklı bebek ve sağlıklı toplumun en önemli faktörü olan annenin eğitimi sağlanmalı,
- Sağlık hizmeti sunumuna bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının en aza indirilmesi amaçlanmalı,
- Bakım uygularken kişilik haklarına ve değerlerine saygı çerçevesinde uygulanmalı,(anne sütü bankası)
- Gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemle ilgili konularda eğitim almaları ve bilinçli doğum yapmaları sağlanmalı,

- Tüm gebeler, gebelikleri boyunca yapılması gereken rutin tetkikler, izlenmesi gereken işlem basamakları, beslenme, cinsel yaşam, uyku, kişisel hijyen vb. konularında aydınlatılmalı, bilinçlendirilmeli,
- Hemşirelerin yoğun bakımlarda gönüllülük esası olarak çalışmaları ve özellikli yerlerin ücret bakımından farkının sağlanması,
- Yenidoğanın bakımında yer alan sağlık personelinin enfeksiyon kaynağı oluşturacak etkenlerden uzak durması, özellikle elde cep telefonları, takma tırnak, yüzük, künnye vb. olmamalı,
- El hijyenine azami ölçüde dikkat edilmeli,
- Ziyaretçilere uygulanan hijyen kurallarının çalışan personel tarafından benimsenmesi sağlanmalı,
- Eğitimlere yön vermek için en çok hangi alanlarda ve konularda eksiklik olduğu tespit edilerek, yapılan tıbbi hatalardan ders çıkarılmalı, tekrarlanmamalı,
- Deneyimli personelin YBÜ çalışması sağlanmalı,
- Taburcu olmadan önce evde yapabilecekleri konusunda eğitim verilmeli,
- Ülkemizde kanguru bakımının genişletilmesi sağlanmalı,
- Erken doğumun önlenmesi için nedenlerine yönelik önlemlerin alınması ve müdahale çalışmaları yapılmalı, böylelikle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşanan birçok sorun çözümlenmiş olacaktır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin umut kapısı olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKÇA

- Acunaş Betül, Baş Ahmet Yağmur, Uslu Sinan, Dilli Dilek, Özbaş Sema, Tezel Başak, Aydın Şirin, **“Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi”**, THSK Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara 2014, s. 1-55
- Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi, Bebeklik ve Çocukluk Dönemi, Ankara 2015, s. 1-78
- Akalın Erdal, **“Hasta Güvenliği Konferansı”**, **Sağlık Hakkı Dergisi**, Haziran 2007, S. 2, s. 1-67
- Akalın H. Erdal, **“Hasta Güvenliği Kültürü,” Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi**, 2010, C. 7, S. 25, s. 1-68
- Akar Tülay Yıldız, **“Hastane Enfeksiyonlarının Hukuki Yansımaları”**, İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi "Sağlık Hukuku Makaleleri" 10/17 Eylül 2011 Orhan Apaydın Konferans Salonu İstanbul Barosu Yayınları basım: nisan 2012, s. 6-33
- Akın Yasemin, Vitrinel Ayça, **“Prematüre Bebeklerin Beslenmesi”**, **Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi**, 2000, C.11, S. 3, s. 941-945
- Akıncı Ömer Faruk, **“Hasta Güvenliği”**, **Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi**, 2010, C. 7, S. 25, s. 1-68
- Akova Fatih, İlçe Zekeriya, Köksal Fatma, Celayir Sinan, **“Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Sepsis Olgularının Değerlendirilmesi”**, **Cerrahpaşa Tıp Dergisi**, Ekim-Aralık 2001, C. 32, S. 4, s. 214-220
- Akpir Kutay, **“Yoğun Bakım Ünitelerinde İnfeksiyon”**, **ANKEM Dergisi**, C. 3, S. 3, 1989, s. 480-486
- Akyüz Müslüme, Omaç Mehtap, Taşlıyan Mustafa, Murat Emin, **“Sağlık Hizmetlerinde Hasta ve Çalışan Memnuniyet Değerlendirilmesi: Malatya Devlet Hastanesinde Bir Alan Çalışması”**, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, (Editör: Harun Kırılmaz), 1. Basım – Nisan 2010, C. 1, s. 389-399

- Aliefendioğlu Didem, Hançer Şerife, Çahin Mürvet, Çakmak Fatmanur, “*Yenidoğan Servisinde İzlenen Bebeklerin Annelerinin Doğum Öncesi Bakımları*”, **Perinatoloji Dergisi**, Mart 2002, C. 10, S. 1, s. 11-13
- Alp Emine, “*El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı*”, Enfeksiyon Kontrol Programı, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri 2012, s. 37-41
- Altay Naime, Törüner Ebru K., “*Türkiye’de Neonatoloji Hemşirelerinin Çalışma Koşulları ve Sağlıkları Üzerine Etkileri Araştırma Raporu*”, **Neonatoloji Hemşireliği Derneği**, Ankara Kasım, 2013, s. 1-44
- Altındış Selma, “*Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri*”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Ocak 2010, S.1, s.17-32
- Antalya Sağlık Müdürlüğü, “*Riskli Bebeklerde Hemşirelik Bakımı ve Güvenli Taburculuk Standartları kitabı*,” Antalya 2014, s.1-54
- Arabacı Seval, “*Yoğun Bakımlarda Görevli Hemşire Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin Motivasyonu Üzerine Etkisi*”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012, s. 1-150
- Armangil Didem, Yiğit Şule, Tekinalp Gülsevin, Durukan Tekin, Yurdakök Murat, Korkmaz Ayşe, “*Antenatal Kortikosteroidlerin Neonatal Mortalite ve Morbidite Üzerine Etkileri*”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2007, C. 50, S. 2, s. 79-90
- Arslan Fatma Taş, Turgut Raziye, “*Prematüre Bebek Annelerinin Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları*”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Elektronik Dergisi**, 2013, C. 6, S. 3, s. 119-124.
- Arslan Fatma Taş, Yeniterzi Elanur, “*Prematüre Bebeklerin Anne Sütü Alımı ve Ebeveynlerinin Görüşleri*”, **Perinatoloji Dergisi**, Ağustos 2013, C. 21, S. 2, s. 77-84
- Arslan Selda, Bülbül Ali, Aslan Ayşe Şirin, Baş Evrim Kıray, Dursun Mesut, Uslu Sinan, Nuhoglu Asiye, “*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beş Yıllık Sürede (2007-2011) Neonatal Ölüm Nedenleri*”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2013, C. 47, S. 1, s. 16-20

- Arslanoğlu Sertaç, “*Türkiye’de Anne Sütü Bankacılığını Merkezlerinin Kuruluşu*”, İkinci Uluslararası EMBA Kongresi, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, 2014, S. 26, s. 1-59
- Atasay Begüm, Arslan Saadet, “*Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu*”, **Sted**, 2001, C. 10, S. 12, s. 457-459
- Atasayar Belgin Şen, “*Yoğun Bakım Servisinde Bebeği Yatan Annelerin Prematüre Bakımı İle İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2015, s. 1-76
- Atasoy Ahmet, Aksoy Salim, “*El Hijyeni Programında Çok Modelli El Hijyeni Geliştirme Stratejisinin Uygulanması: Sandıklı Devlet Hastanesi Örneği*”, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bilimsel Araştırma-En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı, (Editör: Harun Kırılmaz), 1. Basım, Ankara 2010, s. 53-74
- Atıcı Elif, “*Sağlık Hizmetleri Sorgulanırken Tek Muhatap Hekim Olmamalıdır*”, **Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği Bülteni**, Ocak-Temmuz-2009, Y. 4, S. 7-8, s. 28-30
- Aydın Nizamettin, “*Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları*”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Aralık 2008, S. 22, s. 1-33
- Aygin Dilek, Cengiz Hande, “*İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu*”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2011, C. 45, S. 3, s. 110-114
- Başer Nergis, Eskiocak Muzaffer, “*Yaşama Erken Başlayanlar, Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu*”, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, 2013, C. 22, S. 5, s. 192-196
- Batı Belkız, Özyürek Pakize, “*Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Santral Venöz Kateterlerle İlgili Bilgi Düzeyleri*”, **Yoğun Bakım Dergisi**, 2015, S. 6, s. 34-38
- Baytur Yeşim, “*Preterm Doğum ve Progesteron*”, **Perinatoloji Dergisi**, C. 13, S. 5, 2005, s. 123-125
- Bebeğinizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı El Kitapçığı, Neonatoloji Hemşireliği Derneği, Ankara Ocak, 2014, s. 1-44

- Biçer Emine Kır, Güçlüel Yasemin, Neymen Aysun, Yiğit Şenay, “*Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi*”, **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi**, 2013, C. 10, S. 1, s. 15
- Bilici Saniye, Irmak Hasan, Buzgan Turan, “**Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama ve El Dezenfeksiyonu Rehberi**”, Ankara, Şubat 2008, s. 1-32
- Bircan Hüdaverdi, Baycan Serap, “*Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği*”, **C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi**, Aralık 2004, C. 28, No. 2, s. 173-185
- Boduroğlu Koray, “*Yenidoğan Servislerinde Sunulan Hizmetlerin Kalitesi Ve Kalite Yönetim Sistemleri: ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi*”, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, Güz 2003, S. 8, s. 1-40
- Bostan Sedat, “*Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği*”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2007, C. 10, S. 1, s. 1-18
- Bozkurt Gülçin, “*Akut Respiratuar Distres Sendromlu Yenidoğanın Bakımı*”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2009, C. 13, S. 1, s. 19-23
- Bozkurt Gülçin, “*Yoğun Bakımda Ventilatöre Bağlı Gelişen Pnömoninin Önlenmesi*”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2010, C. 14, S. 1, s. 1-36
- Bülbül Selda, Kılınçkaya Muhammet Fevzi, “*0-2 Yaş Grubu Bebeklerin Anne Sütü İle Beslenme Durumları ve Etkileyen Faktörler*”, **Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2013, C. 5, S. 1, s. 15-20
- Canbulat Nejla, Demirgöz Meltem, “*Yenidoğanın Işık Tedavisi: Fototerapi*”, **Zeynep Kamil Tıp Bülteni**, 2009, C. 40, S. 1, s. 37
- Coşar Ahsen, “*Hasta Hakları*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 1-391
- Çağan Eren, Soysal Ahmet, Bakır Mustafa, Özek Eren, “*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Hizmeti İlişkili Nekrotizan Enterokolit Prevalansı: İlk Nokta Prevalans Çalışmasının Sonuçları*”, **İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi**, 2014, C. 4, S. 3, s. 153-159
- Çağan Eren, Soysal Ahmet, Bakır Mustafa, Özek Eren, YYBÜ-SHİE Çalışma Grubu, “*Yenidoğan Yoğunbakım Ünitelerinde Sağlık Hizmeti İlişkili Kan*

- Akım Enfeksiyonlarının Prevalansı; İlk Ulusal Nokta Prevalans Çalışmasının Sonuçları*, **Cukurova Medical Journal**, 2015, C. 40, S. 1, s. 119-128
- Çağlar Ahu Uğurlu, *“Hastanemizde Doğan Prematüre Bebek Doğum Oranı ve Annelerindeki Risk Faktörleri”*, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2006, s. 1-49
- Çalışır Hüsniye, Şeker Sibel, Güler Funda, Anaç Gamze Taşcıoğlu, Türkmen Münevver, *“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri”*, **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2008, C. 12, S. 1, s. 31-44
- Çavuş M. Fedai, Gemici Eray, *“Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi”*, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi (The Journal of Academic Social Science)**, Aralık 2013, Y. 1, S. 1, s. 238-257
- Çelebioğlu Ayda, *“Yenidoğanın Hastaneye Kabulünde Ebeveynlerin Duyguları ve Hemşirelik Yaklaşımı”*, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, 2004, s. 1-8
- Çelik H. Tolga, Yiğit Şule, *“Yenidoğan ve Prematüre Bebeklerde Parenteral Beslenmede Yenilikler”*, **Hacettepe Tıp Dergisi**, 2009, S. 40, s. 176-189
- Çelik Sevim, *“Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul ve Taburculuk Kriterleri”*, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Aralık 2007, C. 11, S. 2, , s. 96-101
- Çelik Sevim, Veren Funda, *“Türkiye’de Lisans Düzeyindeki Hemşirelik Okullarında Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi”*, **Yeni Tıp Dergisi**, 2009, S. 26, s. 226-229
- Çetin Hasan, Arslan Meltem Koyuncu, Akçam Zeynep, Kaya Selçuk, *“Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerde Nozokomiyal Sepsis İnsidansı ve Koruyucu Önlemler”*, **Ege Pediatri Bülteni**, 2006, C. 13, S. 1, s. 1-64
- Çınar Nursan Dede, Dede Cemile, *“Yenidoğanda Hipotermi”*, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2006, C. 1, S. 2, s. 120-123
- Çınarlıoğlu Songül, İğici Semiha Öner, Şahin Bayram, *“Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Tatmini Düzeylerinin Belirleyicileri”*, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2015, C. 18, S. 1, s. 1-86
- Çıtıl Rıza, Zülfüoğulları Cihat, Önder Yalçın, Bulut Yunus Emre, Emekdar Gizem, Eğri Mücahit, *“Tokat İlinde 2013 Yılında Gerçekleşen Bebek Ölümünün*

- Değerlendirilmesi*”, 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne 20 – 24 Ekim 2014, s. 1-1560
- Çiçek Neslihan, Vitrinel Ayça, Cömert Serdar, Erdağ Gülay, Aksoy Feza, Akın Yasemin, “*Prematüre Bebeklerin İzlem Sonuçları*”, **Türk Pediatri Arşivi**, 2005, S. 40, s. 33- 38
- Çoban Asuman, Bilgen Hülya, Karatekin Güner, Önal Esra, Tatlı Mansur, “*Neonatal Mortalitenin Daha da Azaltılması İçin Geliştirilecek Stratejiler Konusunda Öneriler*”, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, 2013, S. 25, s. 13-18
- Çoban Asuman, Türkmen Münevver, Gürsoy Tuğba, Türk Neonatoloji Derneği Yenidoğan Sarılıklarında Yaklaşım, İzlem ve Tedavi Rehberi, 2014, s. 1-35
- Çördük Nergül, Ürey Turgut, Küçüktaşçı Kazım, Özdemir Özmert Muhammet Ali, Herek Özkan, Büke Akile Sarioğlu, Koltuksuz Uğur, Hacer Ergin, “*Yenidoğan Pnömotorakslı Olguların Değerlendirilmesi*”, **Pamukkale Tıp Dergisi**, 2014, C. 7, S. 1, s. 47
- Dayanıklı Pınar, **Prematürelilik Hakkında Kısa Kısa, Yoğun Bakımda Yaşanabilecek Sorunlar**, <http://www.elbebekgulbebek.org/saglik-kosesi/bebeginiz-neden-erken-dogdu.html>, (19.03.2015)
- Demir Nazlım Aktuğ, Kölgeliler Servet, Küçük Ahmet, Özçimen Serap, Sönmez Bilgehan, Demir Lütfi Saltuk, İnkaya Ahmet Çağkan, “*Sağlık Çalışanlarının El Hijyeni Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve El Hijyenine Uyumunu*”, **Nobel Medicus**27, 2013, C. 9, S. 3, s. 104-109
- Demirel Bilge, “*Prematüre Bebeklerde İnfeksiyonlar*”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 34-36
- Demirel Burçin, “*Erken Doğum*”, <http://www.doktorsitesi.com/makale/erken-dogum>, (23.03.2015)
- Demiröz Hüseyin, “*Adölesan Gebeliklerin Yaygın Olduğu Bir Bölgede Anne ve Yenidoğan Sağlığı*”, Uzmanlık Tezi, Aydın 2008, s. 1-125
- Derebent Esmâ, Yiğit Rana, “*Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim*”, **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2006, C. 10, S. 2, s. 41-48
- Deryal Yahya, **Sağlık Hukuku Rehberi**, Adalet Yayınevi, Ankara, 2014, s. 1-239

- Deryal Yahya, “*Sağlık ve sorumluluk*”, **Sağlık Hukuku Problemleri**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, Temmuz 2012, s. 1-497
- Deryal Yahya, “*Tıbbi Müdahale İçin Hastanın Aydınlatılması ve Onayının Alınması*”, **Sağlık Hakkı Dergisi**, Haziran 2007, S. 2, s. 47-52
- Dikmen Yurdanur Demir, Yorgun Songül, Yeşilçam Nesibe, “*Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi*”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, 2014, s. 44–56
- Dil Satı, Uzun Müge, Aykanat Burcu, “*Hemşirelik Eğitiminde İnovasyon*”, **International Journal of Human Sciences [Online]**, 2012, C. 9, S. 2, s. 1217-1228
- Dilli Dilek, “*Prematüre Bebeklerde Beslenme*”, Hayata Prematüre Başlayanlar. (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 78-80
- Dilmen Uğur, “*Ülkemizde Yenidoğan Sağlığı Konusundaki Son Yıllardaki Gelişmeler*”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 25-30
- Doğan Nilgün, Yiğit Rana, Erdoğan Semra, “*Annelere Doğum Öncesinde Verilen Yenidoğan Bakımı İle İlgili Eğitimin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrasında Değerlendirilmesi*”, **Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi**, 2013, C. 6, S. 3, s. 10-18
- Doğan Öznur Vuran, “*Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı ve Uluslararası Dayanakları*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 1-391
- Dursun Arzu, “*Kanguru Bakımı*”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş) Ankara, Aysun Yayıncılık, 1.Baskı, Kasım 2012, s. 1-168
- Dündar Sebahat Altundağ, Bayat Meral, Erdem Emine, “*Yenidoğan Ünitelerinin Düzeyleri ve Organizasyonu*”, **Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2011, C. 20, S. 2, s. 137-142
- Eras Zeynep, Atay Gülsüm, Dizdar Evrim Alyamaç, Pekcici E. Bahar Bingöler, Dilmen Uğur, “*Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Veren Bir Hastanede Taburculuk Sonrasında Bütüncül İzlem Modeli İle İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Düzeltilmiş 12-18 Ayda Gelişimsel*

- Değerlendirmesi*”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2011, C. 18, S. 3, s. 174-179
- Eras Zeynep, Pekcici E. Bahar Bingöler, Atay Gülsüm, “*Prematüre Bebeklerin Mortalite ve Morbidite Sonuçları İnceleme*”, **Bakırköy Tıp Dergisi**, 2011, C. 7, S. 3, s. 85-88
- Eras Zeynep, Pekcici E. Bahar Bingöler, Atay Gülsüm, Şakrucu Evrim Durgut, Sarıdaş Bağdagül, “*Prematüre Bebeklerin Perinatal Dönem Sorunlarının Uzun Dönem Gelişimleri Üzerine Etkileri*”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2012, C. 46, S. 2, s. 97-100
- Erdem Gülşen, Baka Emel Erdoğan, Yiğit Şule, Turanlı Güzide, “*Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde İzlenen Prematüre Bebeklerin Nörogelişimsel İzlemi*”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2006, S. 49, s. 185-192
- Erdem Mehmet , Bulut Güven, Gülabi Deniz, Çakar Göksel, “*Gelişimsel Kalça Displazisi Tanısında Ultrasonografinin Önemi*”, **Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi**, 2002, C. 13, S. 1, s. 58
- Erdeve Ömer, “Aile Merkezli Bakım ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımında Ailenin Yeri,” **Gülhane Tıp Dergisi**, 2009, C. 51, S. 3, s. 199-203
- Erdeve Ömer, Atasay Begüm, Arsan Saadet, Türmen Tomris, “*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Deneyiminin Aile ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri*”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2008, C. 51, S. 2, s. 104-109
- Ergün Yasemin Akbal, Demir Hanife, Sağnak Nilay, “*Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları İle İlgili Çalışma*”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Aralık 2007, C. 11, S. 2, s. 1-120
- Erol Gültezer Hatırnaz, **Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları**, 3. Baskı, Ankara, Ağustos 2013, s. 1-645
- Ersoy Nermin, Şenses Müesser Özcan, “*Türkiye’de Yenidoğan Çalışanlarının Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Görüş ve Uygulamaları*”, **Sağlık Hukuku Digestası Dergisi**, Ankara 2012, S. 2, s. 11-29

- Ertek Mustafa, “*Hastane İnfeksiyonu Gelişen Hastada Sorumluluğumuz, Yoğun Bakım Ünitelerinde ve İnfeksiyonlarında Etik ve Yasal Sorunlar*”, **Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi**, 2007, C. 7, S. 1, s. 42-46
- Evcili Funda, Abak Gülçin, Tali Berrin, Yurtsal Z. Burcu, “*Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Lohusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri*”, **Sürekli Tıp Eğitim Dergisi**, 2014, C. 23, S. 4, s. 1-163
- Gebelik, <https://tr.wikipedia.org/wiki/Gebelik> (12.03.2016)
- Gencer Serap, “*Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Kontrolün Olmazsa Olmazı: El yıkama*”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi Ocak 2008, No: 60, s. 71-78
- Genç G. Aydan, Başar Figen, Kayıkçı Maviş E., Türkyılmaz Didem, Fırat Zerrin, Duran Öznur, Ulusoy Özlem, Belgin Erol, Budak Bilgehan, Tekinalp Gülsevin, Yurdakök Murat, Yiğit Şule, Korkmaz Ayşe, “*Hacettepe Üniversitesi Yenidoğan İşitme Taraması Bulguları*”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2005, S. 48, s. 119-124
- Gojayeva Alvina, “*Avrupa Biyotıp Sözleşmesi ve Türk Tıp Hukukuna Etkileri*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 1-391
- Göktepe Nilgün, Baykal Ülkü, “*Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*”, **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**, 2012, C. 14, S. 2, s. 29-41
- Gül Asiye, “*Yoğun Bakım Ünitesi ve Tamamlayıcı Tedaviler*”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2010, C. 14, S. 1, s. 1-42
- Güleşen Aslı, Yıldız Dilek, “*Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi*”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2013, C. 12, S. 2, s. 177-182
- Gülezer Pamir, Kayserili Ertan, Sarıtaş Türkay, Hızarcıoğlu Murat, Yener Hale, Çelik Tanju, “*Yenidoğan Nakilleri*”, **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2004, C. 5, S. 1, s. 5 - 10
- Gürel Pınar Peker, “*Polikliniğimize Başvuran 6ay- 12ay Arası Çocukların Annelerinin; Anne Sütü İle Beslenme ve Emzirme Konusunda Bilgi*

- Düzeyinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi*”, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2009, s. 1-137
- Gürkan Aysel, “Bütüncül Yaklaşım: Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyeleri”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Haziran 2009, C. 13, S. 1, s. 1-53
- Gürsoy Tuğba, “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Dizaynında Önerilen Standartlar”, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, Güz 2003, S. 8, s. 29-39
- Gürsoy Tuğba, Yurdakök Murat, “Prematüre Bebeklerin Beslenmesi”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2008, C. 51, S. 4, s. 240-251
- Güven Muhammet, “Enfeksiyon Kontrol Programı”, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri 2012, s. 1-192
- Hacımustafaoğlu Mustafa, “Pediatriye Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlardan Korunma”, **Güncel Pediatri**, 2005, S. 4, s. 95-99
- Hakeri Hakan, “Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Sorumluluk”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi Bilimsel Hakemli Dergisi**, Ocak 2010, S. 1, s. 53
- Hakeri Hakan, “Diş Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 19-27
- Hakeri Hakan, “Meslek Etiği”, **Tıp Hukuku**, Mayıs 2012, 5. Baskı, s. 1-888
- İlçe Zekeriya, Gündoğdu Gökhan, İlıkkan Barboros, Celayir Sinan, “Yenidoğan Pnömotorakslı Olgularda Mortalite ve Morbiditenin Değerlendirilmesi”, **Cerrahpaşa Tıp Dergisi**, Temmuz-Eylül 2002, C. 33, S. 3, s. 185-188
- İlhan Özkan, Özer Esra Arun, Sütçüoğlu Sümer, Alkan Senem, “Yenidoğan Sarılığı Nedeni İle Hastaneye Yatırılan Olgularda Tedavi Kılavuzlarına Uyumun Araştırılması”, **Selçuk Tıp Dergisi**, 2014, C. 30, S. 1, s. 8-11
- İmseytoğlu Diler, Yıldız Suzan, “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Müzik Terapi”, **İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale (İ.Ü.F.N.) Hemşirelik Dergisi**, 2012, C. 20, S. 2, s. 160-165
- İşler Ayşegül, “Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü”, **Perinatoloji Dergisi**, Nisan 2007, C. 15, S. 1, s. 1-6
- Kalemoğlu Murat, “Acil Serviste Hekim Sorumluluğu”, **Türkiye Klinikleri J Med. Sci.**, 2005, S. 25, s. 824-828

- Kalkım Aslı, Midilli Tülay Sağkal, Uğurlu Esmâ, Gülcan Ebru, “*Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi*”, **Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi**, 2015, S. 4, s. 42-60
- Karabey Selma, Şardan Yeşim Çetinkaya, Alp Emine, Ergönül Önder, Esen Şaban, Kaymakçı Hatice, “*El Hijyeni Klavuzu*”, **Hastane İnfeksiyonları Dergisi**, 2008, C. 12, Ek 1, s. 1-30
- Karabıyık Lale, “*Yoğun Bakımda Sık Yapılan Tıbbi Hatalar*”, **Yoğun Bakım Dergisi**, 2012, C. 10, S. 1, s. 40-49
- Karabulut Ayşe Anıl, “*Yenidoğanda Deri Fizyolojisi ve Topikal İlaç Kullanımı*”, **Türkderm**, 2011, C. 45, Ek 2, s. 60-67
- Karakaş Sacide, Bingöl Mine, “*Prematüre Bebeklerde Bakım*”, **Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni**, 1990, C. 22, S. 1, s. 129-133
- Karataş Mehmet, Yakıncı Cengiz, “*Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları*”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2010, C. 17, S. 3, s. 233-236
- Kavuncuoğlu Sultan, Aldemir Esin Yıldız, “*Prematüre Yenidoğanlarda Patent Duktus Arteriyozus,*” **İKSST(İstanbul Kanuni Sulta Süleyman Tıp) Dergisi**, 2016, C. 8, S. 1, s. 1-9
- Kavuncuoğlu Sultan, Aldemir Esin Yıldız, Çelik Nida, Çetindağ Ferhan, Sander Serdar, Payaslı Müge, Özbek Sibel, “*Prematüre Bebeklerde Önemli Bir Morbidite Nedeni; Nekrotizan Enterokolit: Dokuz Yıllık Çalışmanın Sonuçları*”, **Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi**, Ocak 2013, C. 5, S. 1, s. 13-20
- Kazancı Hukuk (www.kazancihukuk.com).
- Kılıç Ayşegül Ulu, “*Yenidoğan Ünitesinin Yapılanması ve Enfeksiyon Kontrolü*”, Enfeksiyon Kontrol Programı Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri 2012, s. 97-102
- Kızılyel Serkan, “*Sağlık Hizmetinin Sunumunda Sır Saklama Yükümlülüğünün İdare Hukukuyla Etkileşimi Üzerine*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 1-391

- Kolsuz Leyla, “**Nekrotizan Enterokolit (Nek)**”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık,1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 38-39
- Korkmaz Ayşe, Aydın Şirin, Çamurdan Aysu Duyan, Okumuş Nurullah, Onat Fatma Neşe, Özbaş Sema, Polat Emine, Şenel Saliha, Tezel Başak, Tezer Hasan, Köse Mehmet Rifat, “*Türkiye’de Bebek Ölüm Nedenlerinin ve Ulusal Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi*”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Temmuz-Eylül 2013, C. 56, S. 3, s. 105-121
- Korkmaz Ayşe, Canpolat Fuat Emre, Armangil Didem, Anlar Banu, Yiğit Şule, Yurdakök Murat, Tekinalp Gülsevin, “*Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi 2003-2006 Dönemi Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Uzun Süreli İzlem Sonuçları*”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Temmuz - Eylül 2009, C. 52, S. 3, s. 101-112
- Köse Dilek, Çınar Nursan, Altınkaynak Sevin, “*Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci*”, **Sted**, 2013, C. 22, S. 6, s. 239-245
- Köse Nusret, Ömeroğlu Hakan, Dağlar Bülent, “*Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı ve Tedavi Programı*”, **TOTBID Çocuk Ortopedisi Dergisi Şubesi**, 2010, S. 3, s. 1-19
- “*Küçük Doğdum Ama Hikayem Büyük*”, Hikaye Yarışması Sonuçlandı, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, 2014, S. 26, s. 20-21
- Kültürsay Nilgün, “*Yenidoğanda Hastane İnfeksiyonlarının Önlenmesi*”, **Perinatoloji Dergisi**, 2005, C. 13, S. 5, s. 235-339
- Laçın Selman, Erken Doğum Riski ve Yönetimi
<http://www.doktorsitesi.com/makale/erken-dogum-riski-ve-yonetimi>,
(23.03.2015)
- Manav Gülay, Yıldırım Ferda, “*Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları*”, **Cumhuriyet Tıp Dergisi**, 2010, S. 32, s. 147-150
- Metreş Özlem, “*Hemşirelik Bakış Açısıyla Prematüre Retinopatisi*”, **Okmeydanı Tıp Dergisi**, 2014, C. 30, S. 2, s. 63-67
- Mısırlıoğlu Emine Dibek, Aliefendioğlu Didem, Fidan Kibriya, Çakmak Fatma Nur, Haberal Ali, “*Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin*

- Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumunun Değerlendirilmesi*”, **Perinatoloji Dergisi**, Mart 2006, C. 14, S. 1, s.1-55
- Mızrak Bülent, Osman Celbiş, “*Patoloji ve Malpraktis*”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2007, C. 14, S. 3, s. 213-217
- Midyat Levent, Akşit Sadık, Yağcı Raşit Vural, “*İzmir’de Farklı Sosyo Ekonomik Gruptaki Çocukların Anne Sütü İle Beslenme Durumu*”, **Ege Pediatri Bülteni**, 2008, C. 15, S. 3, s. 135-140
- Mutlu Türkan, “*Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Bebek ve Aile Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi*”, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 2010, C. 26, S. Ek, s. 1-486
- Noğay Nalan Hakime, “*Gebe Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi*”, **Electronic Journal Of Vocational Colleges**, Aralık 2011, s. 51-57
- Odyakmaz Zehra, “*İdare Hukuku Açısından Hasta Hakları Uygulamaları*”, **Türkiye Adalet Akademisi Dergisi (TAAD)**, Nisan 2011, C. 1, Y. 2, S. 5, s. 1-56
- Okulu Emel, Akın İlke Mungan, Atasay Begüm, Arsan Saadet, Türmen Tomris, “*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Gebelik Haftası ve Doğum Ağırlıklarına Göre Sağmalım, Hastanede Yatış Süreleri ve Rehospitalizasyon Oranları*”, **Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi**, 2010, C. 4, S. 2, s. 77-83
- Okumuş Nurullah, “*Prematüre ve Sorunlarına Genel Bakış*”, Hayata Prematüre Başlayanlar, Aysun Yayıncılık, Ankara, 1. Baskı, Kasım 2012, s. 13-30
- Ovalı Fahri, “*Hasta Güvenliği Yaklaşımları*”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Ocak 2010, S. 1, s. 33-43
- Ovalı Fahri, “*Yenidoğan Ünitelerindeki TPN Uygulamalarında DAS*”, 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2009, s. 347-354
- Önsüz Muhammed Fatih, Hıdıroğlu Seyhan, “*İstanbul’da Farklı İki İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Kişisel Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi*”, **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2008, C. 9, S. 1, s. 9 – 17
- Özalp Faruk, “*Hekimin Taksirle Yaralama Suçu*”, **Türkiye Adalet Akademisi Dergisi (TAAD)**, Nisan 2011, C. 1, Y. 2, S. 5, s. 567-584

- Özata Musa, Altuncan Handan, **“Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması”**, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma-En İyi Uygulama Ödüelleri Kitabı (Editör: Harun Kırılmaz), Ankara 2010, s. 1-144
- Özata Musa, Altuncan Handan, **“Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”**, **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 2010, C. 8, S. 2, s. 100 -111
- Özbaş Sema, Aydın Şirin, **“Ülkemizde ve Dünyada Durum”**, Hayata Prematüre Başlayanlar, (editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, Ankara, Kasım 2012, 1. Baskı, s. 13-30
- Özdemir Hayrunnisa, **“Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinde Kayda Geçirme ve Sır Saklama Yükümlülüğü”**, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 1-391
- Özdoğan Tutku, Aldemir Esin Yıldız, Kavuncuoğlu Sultan, **“Orta Derece ve Geç Prematüre Bebekler ve Sorunları”**, **İKSST Dergisi**, 2014, C. 6, S. 2, s. 57-64
- Özer Serap, **“Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliğinde Etik”**, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Haziran 2009, C. 13, S. 1, s. 6-12
- Özerdoğan Emel, Yeşilbalkan Öznur Usta, **“Yardımcı Hizmet Personeli El Hijyeni Uyum Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”**, **Hemşirelik, Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi**, 2015, S. 4, s. 1-25
- Özgürsoy Berna Nilgün, Akyol Asiye Durmaz, **“Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri”**, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2008, C. 12, S. 1-2, s. 33-38
- Özlu Tefik, **“Hasta Hakları Bağlamında Sağlık Finansmanı”**, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 2010, S. 2, s. 1-178
- Özlu Tefik, **“Hasta Hakları ve Hekimler”**, Hekim 2007, S. 1, s. 51-59
- Parlak Emine, Kahveci Hasan, Alay Handan Köksal, **“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastane Enfeksiyonları”**, **Güncel Pediatri Dergisi**, 2014, C. 1, S. 1, s. 1-8

- Pekcici Bahar Bingöler, Ertem İlgi, “**Prematüre Bebeklerin Gelişimlerinin Desteklenmesi**”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 1-168
- Polat Oğuz, Pakiç Işıl, “**Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu**”, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Temmuz 2011, C. 2, S. 3, s. 119-125
- Reis Nesrin, “**Erken Doğum Eylemi ve Klinik Yol (Clinical-Pathway) Örneği**”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2001, C. 4, S. 1, s. 54-62
- Sağlık Bakanlığı Rehberi Enfeksiyonu Önlemede Bildiğimiz Ama Her Zaman Uygulamadığımız Basit Yöntemler, **Kadın Doğum Dergisi**, (Editör: Ferit Saraçoğlu) 2008, C. 6, S. 3, s. 1441-1443
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00) 1. Baskı: Ankara, Temmuz 2015 Sağlıkta Kalite Standartları Hastane
- Salihoğlu Özgül, Akkuş Canan Hasbal, Hatipoğlu Sami, “**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartları**”, **Bakırköy Tıp Dergisi**, 2011, C. 7, S. 2, s. 45-51
- Sarıcı S. Ümit, Mutlu F. Mehmet, Altınsoy H. İbrahim, “**Prematüre Retinopatisi**”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Ocak –Mart 2008, C. 51, S. 1, s. 51-61
- Savaş Halide, “**Sağlık Mesleği Mensubunun Gerçeğe Aykırı Belge Düzenlemesi Eyleminde Ceza ve Tazminat Sorumluluğu Boyutlarının Doktrin ve Uygulama Açısından Değerlendirilmesi**”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 1-391
- Sayek Füsun, “**Hasta Güvenliği**”, Türkiye ve Dünya, Türk Tabipleri Birliği Raporları / Kitapları - 2010, s. 1-191
- Serçe Özge, Benzer Derya, Gürsoy Tuğba, Ovalı Fahri, Karatekin Güner, “**İstanbul’da Bir Referans Hastanesinin Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğanların Klinik Seyri**”, **Zeynep Kamil Tıp Bülteni**, 2014, C. 45, S. 1, s. 30-37
- Sivaslı Ercan, “**Yenidoğan Bebeklerde Uzamış Sarılık**”, **Gaziantep Tıp Dergisi**, 2009, C. 15, S. 2, s. 49-55

- Sola Canan, Diken İbrahim H., “*Gelişimsel Gerilik Riski Altındaki Prematüre ve Düşük Doğum Ağırlıklı Çocuğa Sahip Annelerin Gereksinimlerinin Belirlenmesi*”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi**, 2008, C. 9, S. 2, s. 21-36
- Somyürek Nehir, Uğur Esra, “*Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar, Yoğun Bakımlarda Tıbbi Hatalar*”, **Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi**, 2016, C. 3, S. 1, s. 1-7
- Soyaslan Doğan, “*Hekimlerin Ceza Hukuku Yönünden Sorumluluğu*”, **Sağlık Hukuku Digestası**, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2009, Y. 1, S. 1, s. 1-391
- Sungurtekin Hülya, “*Yoğun Bakımda Analjezi*”, **Yoğun Bakım Derneği Dergisi**, 2006, C. 4, S. 1, s. 58-64
- Sütçüoğlu Sümer, Dikerler Aysu, Halıcıoğlu Oya, Akkaya Mine İnal, Öztürk Can, Akman Sezin Aşık, Özer Esra, “*Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Prematüre Bebeklerde Nörogelişimsel İzlem Sonuçları ve Etkileyen Faktörler*”, **İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi**, 2012, C. 2, S. 2, s. 94-101
- Şahin Hüseyin, “*Sağlık Hizmetlerinde Taksir Uygulaması*”, **Zirve Üniversitesi Sağlık Hukuku ve Politikası Dergisi**, Mart 2014, S. 1, s. 153-198
- Şarman Gülnihal, **Bebeğiniz Neden Erken Doğdu?**
<http://www.elbebekgulbebek.org/saglik-kosesi/bebeginiz-neden-erken-dogdu.html> (19.03.2015)
- Şener Can, Prematüre doğum, <http://www.doktorsitesi.com/makale/premature-dogum>, (23.03.2015)
- Şenses Müesser Özcan, “*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim ve Hemşirelerin Tutumları*”, Doktora Tezi, Kocaeli 2009, s. 1-167
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (<http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr>)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetimi Raporu (Aralık 2007), “*Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele*”, Hastane Enfeksiyonlarını İzleme ve Önleme Çalışmalarının Etkinliği, s. 35-50

- Tanrıverdi Tuğba, Hastane Enfeksiyonlarının Hukuksal Boyutu, Hak ve Hukuki Sorumluluk, Enfeksiyon Kontrol Programı Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Kayseri – 2012, s. 1-192
- Tarı Ayşe Karakoç, Çiğdem Zerrin, “*Dünyada ve Türkiye’de Yenidoğan Transportu*”, **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi**, 2006, C. 3, S. 2, s. 24-31
- Tarı Ayşe Karakoç, Çiğdem Zerrin, “*Preterm Bebeklerde Biberonla Beslenmeye Geçiş Sırasında Uygulanan Geleneksel ve Gelişimsel Bakım Yönteminin Karşılaştırılması*”, **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, 2008, C. 1, S. 2, s. 3-12
- Taşdelen Emel, Arvas Ahmet, “*Yenidoğan Resüsitasyonu*”, **Perinatoloji Dergisi**, 1993, S. 1, s. 205-212
- Temel Yenidoğan Bakımı, “*Yenidoğan Taramaları*”, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Kitapçık, Ankara 2015, s. 1-225
- Terzi Banu, Kaya Nurten, “*Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı*”, **Yoğun Bakım Dergisi**, 2011, S. 1, s. 21-5
- THSK, <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/> (08.04.2015)
- Topçuoğlu Sevilay, “*Prematüre Bebeklerde Beslenme Sorunları*”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 37 -38
- Toraman A.Ruhi, Battal Fatma, Çaşkurlu Hülya, Gürel Ahmet, Korkmaz Feride, “*Yoğun Bakım Ünitesinde Sağlık Personelinin El Yıkama Alışkanlıkları*”, **Yeni Tıp Dergisi**, 2009, S. 26, s. 85-89
- Tuncay İsmail Cengiz, “*Yenidoğan Kalça Ultrasonografisinin Değerlendirilmesi*”, **TOTBİD (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) Dergisi**, 2004, C. 3, S. 3-4, s. 1-9
- Turan Türkan Mutlu, Bahire Bolışık, “*Prematüre Bebeği Olan Ailelere Serviste Uygulanan Planlı Eğitimin Anne ve Bebek Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi*”, **C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 2003, C. 7, S. 1, s. 39-45

- Turan Türkan, Ceylan Sibel Serap, Teyikçi Sunay, “*Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler,*” **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2008, C. 3, S. 9, s. 157-172
- Türedi Didem, “*Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Durum Değişikliklerinin Hasta Yakınlarının Psikolojileri Üzerine Etkileri*”, Uzmanlık Tezi, Adana 2011, s. 1-80
- Türkmen Münevver, Altıncık Ayça, Acar Çağlar, Tosun Ayşe, Aydoğdu Ayvaz, “*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Değerlendirilmesi*”, **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2006, C. 7, S. 3, s. 3 - 6
- Ulu Nuriye, “*Ağrı İli Köyleri Gebe ve Çocuk İzlemleri Durumu ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Değerlendirmesi*”, **S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 2011, C. 2, S. 3, s. 127-133
- Uslu Sinan, Can Emrah, Bolat Fatih, Cömert Serdar, Nuhoglu Asiye, “*Yenidoğan Döneminde Nozokomiyal Sepsis ve Kontrol Stratejileri*”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2010, C. 44, S. 2, s. 45-51
- Uslu Sinan, Yüksel Aslı, Uslu Ayşegül, Turan Bekir, Bülbül Ali, Egici Memet Taşkın, Albayrak Selami, Bektemur Güven, “*İstanbul’da Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri (2014-2015)*”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2016, C. 50, S. 1, s. 14-19
- Uygur Dilek, “*Çoğul Gebelikler ve Prematürite*”, Hayata Prematüre Başlayanlar, (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 65-69
- Ünver Yener, “*Avrupa Biyo-Hukuk Sözleşmesi’nin Türk Hukuku’na Etkileri*”, Kamu Hukuku Arşivi Dergisi (KHUKA), Kasım 2005, s. 182-198
- Yanikkerem Emre, Ay Semra, Göker Aslı, “*Primipar ve Multipar Gebelerin Emzirme Tutumu ve Yaşadıkları Endişeler*”, **Van Tıp Dergisi**, Ocak/2014 C. 21, S. 1, s. 6-16
- Yiğit Rana, “*Fetus - Yenidoğan Hakları ve Hemşirelik*”, **C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 2002, C. 6, S. 2, s. 50-56
- Yurdakök Murat, “*Ülkemizde Yenidoğan Bebek Sağlığı Sorunu ve Öneriler*”, **Türk Neonatoloji Derneği Bülteni**, Güz 2008, S. 18, s. 5-9

- Yurttutan Sadık, Canpolat F. Emre, **“Prematürenin Kronik Akciğer Hastalığı [Bronkopulmoner Displazi (BPD)],”** Hayata Prematüre Başlayanlar, (editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 51-54
- Yurttutan Sadık, Korkmaz Ayşe, Yiğit Şule, Yurdakök Murat, Tekinalp Gülsevin, **“Bronkopulmoner Displazili Bebeklerin Kısa ve Uzun Süreli İzlemi: On Yıllık Deneyim”**, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 2011, S. 54, s. 1-15
- Yüksel Canan, **“Etik ve Felsefi Açından Hasta-Hekim İlişkisi”**, Sağlık Çalışanı-Hasta İlişkisinde Güncel Konular (Editör: Nazmi Zengin), Kardelen Yayınları, Konya, 2012, s. 9-10
- Zenciroğlu Ayşegül, **“Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri, Prematüre Bebeğin Hastanede Takip ve Tedavisi”**, Hayata Prematüre Başlayanlar. (Editör: Nurullah Okumuş), Aysun Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım 2012, s. 95-102
- Zenciroğlu Ayşegül, **“Yenidoğan Yoğun Bakımlarda Çevre, Alet, Araç Temizlik ve Dezenfeksiyonu”**, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007, s. 567-577
- Zengin Nazmi, **“Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”**, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Ocak 2010, S. 1, s. 44-52

İnternet adresleri:

1. www.haberturk.com
2. <http://www.cocukgelisimi.gen.tr/gebelik-ve-dogum/dogum/159-premature-bebek.html>
3. <http://www.deuhyoedergi.org>
4. <http://www.insanbilimleri.com>
5. www.haksay.org/
6. www.toraks.org.tr
7. <http://www.saglik.gov.tr>
8. <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/>
9. <http://www.gebelik.org/>