



**T. C.  
SANKO ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**PREMATÜRE RETİNOPATİSİNDE (ROP) YENİDOĞAN YOĞUN  
BAKIM HEMŞİRELERİNİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ALEV SİVASLI**

**2017**

**GAZİANTEP**

**T. C.**  
**SANKO ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**PREMATÜRE RETİNOPATİSİNDE (ROP) YENİDOĞAN YOĞUN  
BAKIM HEMŞİRELERİNİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ALEV SİVASLI**

**Danışman**

**PROF. DR. TÜRKAN PASİNLİOĞLU**

**2017**

**GAZİANTEP**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı ( Prematüre Retinopatisinde (ROP) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler) Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi:** 21/07/2017

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışman Üye	Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	SANKO Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM	SANKO Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ	Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	

### ONAY

### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

**Tarih** : ...../...../.....

**Karar No** : ...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

**İmza**

**Prof. Dr. Ayşen BAYRAM**  
**Enstitü Müdürü**

## ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Alev SİVASLI

21 /07 /2017

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazım aşamasında katkısını esirgemeyen, deneyim ve bilgilerini manevi desteği ile birlikte sunan değerli danışmanım, hocam sayın Prof. Dr. Türkan PASİNLİÖĞLU'na,

Değerli katkı ve görüşlerini aldığım sayın Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM'e ve Yrd. Doç. Dr. Betül AKTAŐ'a, çalışmanın istatistiksel analizlerinde çok büyük emeği olan sayın Doç. Dr. Seval KUL'a, sayın Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ'e,

Araştırmanın veri tabanını oluşturan hemşirelere,

Yüksek lisans eęitimim boyunca her türlü desteęini gördüęüm değerli aileme,

Çok teşekkür ederim.

## ÖZET

**Sivashlı, A, Prematüre Retinopatisinde (ROP) yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler, SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017.**

Bu araştırmanın amacı yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin prematür retinopatisi ile ilgili bilgi düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Gaziantep ilindeki 5 yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma Ocak-Nisan 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu ünitelerde çalışan toplam 190 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Evrenin tamamı örnekleme alınmış, ancak çalışma 139 hemşire ile tamamlanabilmiştir. Veriler “Kişisel Bilgi Formu” ve “Prematür Retinopatisi Bilgi Formu” kullanılarak toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırma için Etik Kurul onayı, kurum izinleri ve anket çalışmasına katılan hemşirelerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmanın sonucunda hemşirelerin prematür retinopatisi ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük (20.4) olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetin prematür retinopatisi bilgi düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Kadın olan hemşirelerin prematür retinopatisi bilgi puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen veriler doğrultusunda prematür retinopatisi ve oksijen tedavisinin hemşirelik eğitim müfredatına eklenmesi, mezuniyet sonrası konuyla ilgili eğitim, seminer ve kongrelerin desteklenmesi yönünde önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler;** Hemşire, Retinopati, Prematüre

## **ABSTRACT**

**Sivashi, A, Knowledge levels of neonatal intensive care unit nurses and affecting factors in retinopathy of preterm (ROP), University of SANKO, Health Sciences Institute, Department of Nursing, graduate thesis, Gaziantep, 2017.**

The aim of this study is to determine the level of knowledge and affecting factors of neonatal intensive care nurses about retinopathy of preterm. This descriptive study was conducted on nurses working in 5 newborn intensive care units in Gaziantep province. The research was conducted between January and April 2017. A total of 190 nurses working in these units formed the universe of the study. All of the universe of the study was included in sampling. However, the study was completed with 139 nurses. The data were collected using the "Personal Information Form" and the "Retinopathy of Preterm Information Form". The data were evaluated using the computer. The research was approved by the Ethics Committee approval, institutional permission and sample group. As a result of the research, it was determined that the knowledge level of the nurses working in the NICU was low (20.4). It was found that the ROP knowledge score of nurses was affected by gender. The knowledge level of the female nurses was higher than males. In the direction of the obtained data, we have suggested that adding ROP and oxygen therapy to nursing education curriculum, supporting post-graduate training, seminars and congresses.

**Key words;** Nurse, Retinopathy, Preterm

# İÇİNDEKİLER

## ÖN BÖLÜM

Etik beyan .....	i
Teşekkür .....	ii
Özet .....	iii
Abstract .....	iv
İçindekiler .....	v
Simgeler ve Kısaltmalar .....	vii
Tablolar .....	viii
Şekiller .....	ix

## ANA METİN BÖLÜMÜ

<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. KURAMSAL BİLGİLER VE KAYNAK TARAMASI</b> .....	3
2.1. Prematürite .....	3
2.1.1. Prematüritenin tanımı .....	3
2.1.2. Sınıflama .....	3
2.1.3. Sıklık .....	3
2.1.4. Prematüre doğum patogenezi .....	3
2.1.5. Prematüre bebekte görülen sorunlar .....	4
2.1.5.1. Solunum sistemi problemleri .....	5
2.1.5.2. Kardiyovasküler sistem problemleri .....	7
2.1.5.3. Hematolojik sistem problemleri .....	7
2.1.5.4. Gastrointestinal sistem problemleri .....	7
2.1.5.5. Metabolik-endokrin sistem problemleri .....	8
2.1.5.6. Nörolojik sistem problemleri .....	8
2.2. Prematürite Ratinopatisi .....	9
2.2.1. Epidemiyoloji .....	9
2.2.2. Patogenez .....	9
2.2.3. Risk faktörleri .....	10
2.2.4. Sınıflandırma .....	11
2.2.5. Tarama ve muayene .....	12
2.2.6. Korunma .....	12
2.2.7. Tedavi .....	13
2.2.8. Prognoz .....	13



<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	14
<b>4. BULGULAR</b> .....	18
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	24
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	30
<b>SON BÖLÜM</b>	
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	31
<b>8. EKLER</b> .....	36
8.1. EK-1 Etik kurul kararı .....	36
8.2. EK-2 Kişisel Bilgi Formu .....	37
8.2. EK-3 ROP Bilgi Formu .....	38
8.3.EK-4 İntihal Raporu.....	40
<b>9.ÖZGEÇMİŞ</b> .....	41

## SİMGELER VE KISALTMALAR

BPD	Bronkopulmoner Displazi
CPAP	Devamlı Pozitif Havayolu Basıncı
NEK	Nekrotizan Enterokolit
PDA	Patent Duktus Arteriozus
PVL	Periventriküler Lökomalazi
RDS	Respiratuar Distres Sendromu
ROP	Prematür Ratinopatisi
VEGF	Vasküler Endotelyal Büyüme Faktör
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## TABLÖLAR

Tablo 1: Prematüre bebeklerde sık görülen sorunlar .....	4
Tablo 2: Verilerin analizinde kullanılan testler .....	16
Tablo 3: Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı .....	18
Tablo 4: Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyet durumlarının dağılımı ...	19
Tablo 5: Hemşirelerin oksijen tedavisi eğitimi alma ve son altı ayda ROP'la ilgili bilgi edinme durumlarının dağılımı	20
Tablo 6: ROP bilgi formundan alınabilecek ve hemşirelerin aldığı min-max puanlar ile hemşirelerin ROP puan ortalaması ve ortancası	20
Tablo 7: Hemşirelerin demografik özelliklerine göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması	21
Tablo 8: Hemşirelerin memnuniyet durumlarına göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması	22
Tablo 9: Hemşirelerin oksijen tedavisi eğitimi alma ve son altı ayda ROP'la ilgili bilgi edinme durumlarına göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması	22

## ŞEKİLLER

Şekil 1: Sağ göze göre retinanın bölgelere ayrılması .....	11
Şekil 2: ROP'un evreleri (vasküler proliferasyon derecesi) .....	12



# 1. GİRİŞ

Normal gebelik süresi 37-42 (ortalama 40) haftadır. Bu haftalar arasında gerçekleşen doğumlara term veya miadında doğum adı verilir. Prematür doğum ise 37. gebelik haftasını (259 gün) tamamlamadan gerçekleşen doğumlara denir. Prematüre doğumlar perinatal mortalitenin yaklaşık %75'ini, başta Prematüre retinopatisi (ROP) olmak üzere uzun dönem morbiditenin ise çoğunun nedenidir. Prematüre retinopatisi erken doğan bebeklerde retinal damarların anormal proliferasyonuna bağlı oluşan ve patogenezi tam olarak bilinmeyen fizyopatolojik bir durumdur. Gelişiminde birçok faktör suçlansa da etkinliği birçok uzman tarafından kabul edilen en önemli iki risk faktörü düşük doğum ağırlığı ve erken gebelik yaşıdır. Prematüre retinopatisi çocukluk çağı önlenebilir körlük nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Goldenberg ve diğerleri, 2008, s.75-84).

Dünyada 50 bin çocukta ROP nedeniyle körlük, daha fazlasında ciddi görme bozuklukları olduğu bildirilmektedir. Prematüre retinopatisi gelişen çocuklarda körlük insidansının İngiltere ve ABD de %3-13 iken; Arjantin, Küba ve Çin de sırasıyla %60, %38,6 %1,9 olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde yenidoğan bakımındaki gelişmelere paralel olarak gebelik yaşı ve doğum ağırlığı çok daha düşük prematüre bebeklerin yaşama şanslarının artması görme sorunlarına ve körlüğe neden olan ROP'un daha sık bir sorun olarak karşımıza çıkmasına neden olmaktadır. Türk Neonatoloji Derneği tarafından 2014 yılında yapılan çok merkezli çalışmada çok düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerde ROP sıklığı %42, ileri evre ROP sıklığı %8.2 olarak bulunmuştur. Prematüre retinopatisinin gelişimi multifaktöryel olmakla birlikte temel risk faktörlerinden birisi oksijen tedavisi ve bu tedavinin süresidir. Hiperoksiden ve tekrarlayan hipoksi-hiperoksi dönemlerinden kaçınma, verilen oksijen düzeyinin ölçülmesi ve kısıtlı tutulması ROP gelişimi ve sıklığının azaltılması için en önemli koruyucu faktörlerdir. Oksijen tedavisinde ROP muayenesinde, tedavisinde esas rolü olan yenidoğan hemşirelerinin ROP'u çok iyi anlaması, risk faktörlerini, önlemeye yönelik tedavi ilkelerini, prematüre bebek bakımını iyi bilmesi gerekmektedir (Bas ve diğerleri, 2015, s.1311-1314).

Prematüre bebeklerin bakımından sorumlu yenidoğan hemşireleri kilit nokta niteliğindedir. Gelişmiş ülkelerde yenidoğan hemşirelerinden beklenen yeterlilik artmıştır. Ancak, dünyadaki tüm ülkelerde hemşirelik eğitiminde kullanılan genel hemşirelik programları halen yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki pratik uygulamalara yönelik bilgi ve becerilerin çok az kısmını içermektedir. Prematüre retinopatisi yaşam kalitesini etkileyen, gelişiminde birçok faktörden

etkilenen, basit tarama ve tedavi yöntemleri ile önlenebilen farkında olunması gereken bir hastalıktır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) bebek ile daha çok vakit geçiren hemşirelerin ROP'u, risk faktörlerini, ROP-oksijen-ağrı ilişkisini iyi bilmeleri ve en üst düzey donanıma sahip olarak, kanıta dayalı uygulamalar eşliğinde ROP'lu bebeğin bakımını gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Metreş ve diğerleri, 2014, s.63-67).

Dünyada ve Türkiye'de YYBÜ'de çalışan hemşirelerin ROP hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle ilk olma özelliği taşıyan bu çalışma Türkiye'de ve dünyada en önemli körlük nedeni olan ROP'un önlenmesi ve ilerlemesinin durdurulması açısından önemlidir. Prematüre retinopatisi gibi yaşam kalitesini etkileyen, ülkelerin gelişmişlik düzeyinde belirleyici faktör olan bir hastalığın önlenmesi bireyin yaşam kalitesini artırarak ülke ekonomisine önemli katkı sağlayacaktır. Ayrıca ülkemizde ve dünyada hemşirelik eğitiminde eksikliklerin belirlenmesi ve yeniden düzenlenmesinde yol gösterici olacaktır (Metreş ve diğerleri, 2014, s.63-67).

Bu çalışmanın amacı, ROP'da yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin rolü, farkındalığı ve bilgi düzeyinin ölçülmesidir.

## **2. KURAMSAL BİLGİLER VE KAYNAK TARAMASI**

### **2.1. Prematürite**

#### **2.1.1. Prematüritenin tanımı**

Normal gebelik süresi son adet tarihine göre 37-42 (ortalama 40) haftadır. Bu süreler içerisinde gerçekleşen doğumlara term veya miadında doğum denir. Prematür doğum ise 37. gebelik haftasını (259 gün) tamamlamadan meydana gelen doğumlara denir. Postterm doğum ise 42. gebelik haftasından sonra gerçekleşen doğumlara verilen addır. Prematür bebek de 37. gebelik haftasını (259 gün) tamamlamadan doğan bebeklere verilen addır. Preterm doğumlar perinatal mortalitenin yaklaşık %75'ini, uzun dönem morbiditynin ise yarısından fazlasını oluşturmaktadırlar (Goldenberg ve diğerleri, 2008, s.75-84).

#### **2.1.2. Sınıflama**

Prematüre bebekler gebelik haftalarına göre kendi içlerinde gruplara ayrılırlar. Gebelik yaşı 28. haftadan erken olarak doğan bebeklere çok aşırı prematüre bebek, 28-32. gebelik haftası arasında doğan bebeklere çok prematüre bebek, 34-37. gebelik haftası arasında doğan bebekler de geç prematüre bebek olarak sınıflandırılırlar (Taner ve diğerleri. 2014, s.1-4).

#### **2.1.3.Sıklık**

Prematüre doğum dünyada tüm gebeliklerin %11'inde görülür (Taner ve diğerleri. 2014, s1-4). Ülkemizde de prematür doğum sıklığı %11 olarak bildirilmiştir (Eras ve diğerleri, 2011, s.85-88).

#### **2.1.4. Prematür doğum patogenezi**

Prematüre doğumların yaklaşık %50'si erken doğum eylemine, %30'u membranların erken açılmasına, kalan %20'lik kısım fetal nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Prematür doğumların yarısının nedeni olan erken doğum eylemi; enfeksiyon, inflamasyon, uteroplasental iskemi veya kanama, uterusun aşırı gerilmesi, stres ve çeşitli immünolojik faktörlerin etkisi ile oluşmaktadır. %20'si ise fetal kaynaklıdır. Bu nedenler; fetal distress, immun hidrops, immun olmayan hidrops ve çoğul gebeliklerdir (Blencowe ve diğerleri. 2012, s.2162-2172).

### 2.1.5. Prematüre bebekte görülen sorunlar

Prematüre bebeklerin başta solunum sistemi olmak üzere, hemen hemen tüm vücut sistemlerinde sorunlar oluşabilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Prematüre bebeklerde sık görülen sorunlar

1. Solunum Sistemi	Respiratuar distres sendromu Pulmoner hava kaçakları Apne Bronkopulmoner displazi Pulmoner hemoraji
2. Kardiyovasküler sistem	Patent duktus arteriozus (PDA) Hipotansiyon
3. Hematolojik sistem	Anemi Hiperbilirubinemi Dissemine intravasküler koagulopati
4. Gastrointestinal sistem	Nekrotizan enterokolit
5. Metabolik-endokrin sistem	Hipoglisemi Hiperglisemi Hipokalsemi
6. Nörolojik sistem	İntrakranial kanama Periventriküler lökomalazi
7. Genitoüriner sistem	Hipernatremi Hiponatremi Hiperpotasemi İnguinal herni
8. Göz	Prematürite retinopatisi



### **2.1.5.1.Solunum sistemi problemleri**

Prematür bebeklerin solunum sisteminde sık görülen problemler, respiratuar distres sendromu, pulmoner hava kaçakları, apne, bronkopulmoner displazi ve pulmoner hemorajidir.

#### **2.1.5.1.1. Respiratuar distres sendromu**

Respiratuar distres sendromu (RDS) surfaktan eksiliği sonucu gelişen, prematüre bebeklerde solunum sıkıntısı ve ölüme neden olan en önemli problemdir. Az gelişmiş Tip-2 pnömosit hücrelerinin yetersiz surfaktan üretimi sonucu gelişen bir hastalıktır. Surfaktanın az salınması, alveollerin yeterince genişleyememesine, kapiller damarlardan ödem sıvısının alveollere doğru sızmasına, bu nedenle akciğerlere yeterli havanın girememesine ve solunum sıkıntısına neden olmaktadır. Kollaps olan alveollere havanın girememesi radyolojik olarak hava bronkogramı ve retikülogranüler görünüm denen tipik görünümü oluşturmaktadır. Kan gazı incelemesinde solunumsal tip asidoz ve tipik radyolojik görünüm olması ile tanı konur. Hastalığın önlenmesinde antenatal dönemde gebe anneye steroid uygulanması Tip-2 pnömositlerin maturasyonunu hızlandıracak ve surfaktan yapımını artırarak prematüre bebekte RDS oluşumunu azaltacaktır. Tedavide intratrakeal surfaktan uygulaması ve mekanik ventilatör tedavisi uygulanır (Ramachandrapa ve diğerleri. 2015, s.577-592).

#### **2.1.5.1.2. Pulmoner hava kaçakları**

Pulmoner hava kaçağı aşırı şişen alveollerin yırtılması sonucu, içindeki havanın damar duvarına, hilusa, plevral boşluğa sızmasıdır. Gebelik yaşı azaldıkça pulmoner hava kaçağı riski artmaktadır. Prematüre bebeklerde akciğerin interstisiyel alanı daha kırılgan ve zayıftır. Ayrıca surfaktan eksikliği ve yetersiz solunum nedeni ile prematüre bebeklerin mekanik solunum cihazına bağlanma oranları yüksektir. Akciğerde eksik olan surfaktan nedeni ile alveollerin genişleyebilmesi ve hava ile dolabilmesi için daha yüksek hava basınçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenlerden dolayı alveoller fazla hava ile dolup yırtılabilir ve yırtılan bu alveollerden hava ilk olarak alveol çevresindeki interstisiyel alana yayılır. Bu duruma pulmoner interstisiyel amfizem adı verilir. Hava buradan mediastinal bölgeye yayılırsa pnömomediastinum, plevral aralığa yayılırsa pnömotoraks adı verilen klinik durumlar ortaya çıkar (Crowley. 2015, s.1113-1136).

### **2.1.5.1.3 Apne**

Apne solunumun 15 saniyeden daha uzun süre ile durması olarak tanımlanır. Eğer solunum 15 saniyeden daha kısa duruyorsa beraberinde kan oksijen saturasyonunda düşme veya bradikardi varsa yine apne olarak tanımlanır. Apne sıklığı prematüre bebeklerde gebelik yaşı ile ters orantılıdır. Gebelik ayı ne kadar düşükse apne sıklığı da o kadar fazladır. Gebelik yaşı 28 ay ve altı olan prematüre bebeklerin neredeyse tamamında görülmektedir. Prematüre bebeklerde apnenin sık görülmesinin nedeni beyin sapında bulunan solunum merkezinin immatür olmasıdır. Bu nedenle solunum merkezi kemoreseptörlerinin duyarlılığı ve hipoksik duruma yanıtları azalmıştır. Prematüre bebekte apne olması kan oksijen saturasyonunda düşmeye, düşük oksijen saturasyonu da bradikardiye neden olmaktadır. Tedavide hava yollarının stabilizasyonunu sağlamak için mekanik ventilatör ile devamlı pozitif hava yolu basıncı (CPAP) uygulaması ve metil ksantin türevi ilaçlar (teofilin ve kafein) kullanılmaktadır (Patrinos. 2015, s.1137-1146).

### **2.1.5.1.4. Bronkopulmoner displazi**

Solunum sıkıntısı ile doğan ve mekanik ventilasyon uygulanan prematüre bebeklerin, hayatlarının 28. gününü doldurduktan sonra hala oksijen ihtiyaçlarının veya solunum desteğine olan bağımlılıklarının devam etmesi durumunda akciğerlerinde gelişmiş olan soruna bronkopulmoner displazi (BPD) adı verilir. BPD sıklığı solunum desteği uygulanan prematüre bebeklerde gebelik yaşı düştükçe artmaktadır. Prematüre bebeklerde oksijenin toksik etkisi, yardımcı solunum tekniklerinin uygulanması ile oluşan basınç ve hacim travması, enfeksiyonlar ve atelektazi sonucu akciğer parankiminde, lokal fibröz doku oluşumu ve duvar kalınlaşmaları, alveollerde yer yer amfizematöz genişlemeler, kollapslar, lenfatik damarlarda genişleme ve kıvrımlar meydana gelmektedir. Prematüre bebeğin oksijen bağımlılığı aylarca devam edebilir. Tedavide kortikosteroidler, bronkodilatatörler, diüretikler, pulmoner vazodilatatörler kullanılmaktadır (Bancalari ve diğerleri. 2015; s.1157-1169).

### **2.1.5.1.5. Pulmoner hemoraji**

Pulmoner hemoraji pulmoner damar direncinin ani düşmesi, pulmoner ödem ve pulmoner damarların yırtılmasına bağlı gelişen kanamadır. Özellikle PDA'sı olan ve surfaktan tedavisi uygulanmış prematüre bebeklerde görülen bir problemdir. Ağır solunum sıkıntısı, hipotansiyon, hipoksi, mekanik ventilatör ihtiyacında artma şeklinde kendini gösterir.

Pulmoner hemoraji mortalitesi %50 gibi çok yüksek oranda tehlikeli bir problemdir (Crowley. 2015, s.1113-1136).

### **2.1.5.2. Kardiyovasküler sistem problemi**

İntrauterin dönemde duktus arteriosus pulmoner arter ile inen aorta arasında bir bağlantı sağlar. Bu bağlantı, göbek kordonundan gelen oksijenize olmuş kanın pulmoner arterden aorta geçmesine ve dokulara gitmesini sağlar. İn utero hayatta fetüsün yaşaması için hayati bir bağlantıdır. Doğumdan sonra kanın oksijenlenmesi görevi akciğerlere geçtiği için bu bağlantıya ihtiyaç kalmaz ve daralarak kapanır. Eğer doğumdan sonra bu bağlantı kapanmaz ve açık kalırsa bu duruma PDA adı verilmektedir. Açık kalan bu bağlantıdan yüksek basınçlı aorttan düşük basınçlı pulmoner artere doğru kan geçişi olur. Pulmoner arterlerin aşırı kanla dolması pulmoner ödem ve kanamaya neden olabilir. Aorttan kanın bir kısmının pulmoner artere kaçması, aortun beslediği organlar özellikle beyin, böbrek ve barsaklarda kan akımında azalmaya ve doku iskemisine neden olur. Bu durum prematüre bebeğin beyinde periventriküler lökomalazi (PVL), böbrek yetmezliği ve barsaklarda nekrotizan enterokolite (NEK) neden olur. Tanı ekokardiyografik inceleme ile konur. Tedavide PDA'yı kapatıcı ilaçlar olan indometazin ve ibuprofen kullanılır (Sallmon ve diğerleri. 2016, s.113-129).

### **2.1.5.3. Hematolojik sistem problemleri**

Prematüre bebeklerde anemi görülme sıklığı zamanında doğan bebeklere göre daha fazladır. Bunu birkaç nedeni vardır. Prematüre bebeklerden çok fazla laboratuvar incelemesi için kan alınması iyatrojenik kan kaybına ve anemiye neden olmaktadır. Ayrıca prematüre bebeklerin eritrosit yaşam ömrü daha kısadır, eritropoetin yapımı daha azdır, vücutlarında demir, folik asit gibi eritrosit yapımında kullanılan maddeler eksiktir (Hasanbegovic ve diğerleri. 2016, s.408-412).

### **2.1.5.4. Gastrointestinal sistem problemleri**

Prematüre bebekte en sık görülen gastrointestinal sistem problemi NEK'dir. Prematüre bebeğin barsakları gelişimini tam tamamlayamadan doğumun gerçekleşmesi, barsak duvarının immatür olmasına neden olur. İmmatür barsak duvarının maruz kaldığı iskemik olaylar, enfeksiyonlar, hipoksi ve aşırı oksijene maruz kalması barsak duvarında hasara, yara açılmasına, hasarın devam etmesi perforasyona neden olmaktadır. Prematüre bebekte kusma, karın distansiyonu, kanlı gaita yapması, vücut ısısında dengesizlikler, apne, bradikardi, sepsis bulguları gibi klinik belirtilere neden olur. Mortalite %10-30 gibi yüksek orandadır. Tedavide,

oral beslenmesin kesilmesi, orogastrik sonda ile mide drenajı, solunum ve dolaşım desteği, antibiyotikler kullanılmaktadır (Cacho ve diğerleri. 2017. s.49-67).

#### **2.1.5.5. Metabolik-endokrin sistem problemleri**

Prematüre bebeklerde en sık görülen metabolik problem hipoglisemidir. Hipoglisemi kan şekerinin 40mg/dl düzeyinin altına düşmesidir. Prematüre bebeklerde sık görülmesinin nedeni, kan glikozu karaciğerde glikojen şeklinde depolanır. Bu işlem gebeliğin son trimestrinde gerçekleşir. Bu dönemden önce doğan prematüre bebeklerin karaciğer glikojen depoları eksiktir. Doğumdan sonra beslenmeleri de yetersiz olursa kan şeker düzeyleri doğumu takiben saatler içerisinde düşmektedir. Hipoglisemi belirtileri apne, emme bozukluğu, siyanoz, tremor (titreme), konvülsiyon ve komadır. Tedavide intravenöz dekstroz solüsyonu kullanılmaktadır (Paundel ve diğerleri. 2017. s.47-52).

#### **2.1.5.6. Nörolojik sistem problemleri**

Beyinde yeni nöron oluşumu 34. gebelik haftasında germinal matriksin regresyona uğraması ile tamamlanır. Germinal matriks kök hücrelerden zengin bir bölgedir ve buradan yeni nöronlar oluşarak görev yerlerine migrasyon yaparlar. 34. gebelik haftasından önce doğan prematür bebeklerde germinal matriks bölgesinden kanama olma sıklığı çok yüksektir. Germinal matriks kanaması ilerler ise ventrikül içine de yayılabilir hatta tüm beyin parankimini sarabilir. Prematüre bebeklerde en önemli mortalite nedenlerinden birisidir, kanama aynı zamanda beyin içerisindeki beyin omurilik sıvısının salınım ve emilimini de bozabilir, hidrosefaliye ve nörolojik sekellere yol açabilir (Lin ve diğerleri. 2016, s.2-8).

Prematüre bebeklerde görülen bir diğer beyin problemi periventriküler lökomalazidir. Beyin çok karmaşık ve yoğun bir damarsal ağ ile kaplanmıştır. Bu karmaşık ağ intrauterin hayat boyunca gelişmektedir. Damar oluşumları beyinde dışta korteksten medullaya doğru ilerlerken, içerden medulladan da kortekse doğru ilerleyerek periventriküler beyaz cevher hizasında buluşup gerekli bağlantılarını yaparlar. Bu buluşma gerçekleşmeden gebelik sonlanır ve bebek prematür olarak doğarsa periventriküler beyaz cevherde henüz damarsal gelişimini tamamlayamamış bir bölge kalır. Bu bölge hipoksi ve iskemik olaylara çok hassastır. Bu bölgede gelişen bir iskemik hipoksik olay burada hücre ölümüne ve kezeifikasyon nekrozuna neden olur. Birkaç hafta içerisinde bu bölgede kistik boşluklar oluşur. Eğer bu patolojik olay gerçekleşirse prematüre bebekte başta zeka geriliği olmak üzere ciddi nörolojik sekeller oluşur (Hüppi ve diğerleri. 2015, s.866-885).

## **2.2. Prematüre Ratinopatisi**

Prematüre retinopatisi (ROP) erken doğan bebeklerde retinanın damarsal yapısında anormal proliferasyon ile karakterize patogenezi hala tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Prematüre retinopatisi 1940'ların sonunda görülmeye başlandı. Başlangıçta bu problem gözün lens tabakasının ardında tam retina dekolmanı olarak tanımlandı ve retrolental displazi olarak adlandırıldı. O dönemde bu problemin nedeni olarak, prematüre bebeklerin iyileşmesine katkı sağlayan küvözlerin içinde tedavi amaçlı oksijen kullanımı görülmekteydi. Ancak günümüzde sadece oksijen kullanımının değil erken doğan bebeğin retinasının immatüritesinin ROP gelişiminde daha önemli bir faktör olduğu gösterilmesine rağmen, tedavi amaçlı verilen oksijen hala ROP gelişiminde önemini korumaktadır (Hellström ve diğerleri, 2013, s.1445-1457; Flynn ve diğerleri, 1992, s.1050-1054; Hartnett ve diğerleri, 2013, s.229-233).

### **2.2.1 Epidemiyoloji**

Tüm dünyada meydana gelen doğumların yaklaşık %10'luk kısmı prematüre doğumlar oluşturmaktadır. Prematüre doğumlar yenidoğan ölümlerinin en sık, 5 yaş altı çocuk ölümlerinin ise en sık ikinci nedenidir. (Lawn ve diğerleri, 2010, s.1; Liu ve diğerleri, 2012,s.2151-2161). Prematüre bebeklerde ROP sıklığı, ülkelere, bebeklerin yaşam oranlarına, gebelik yaşlarına ve uygulanan tedavilere göre değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde ROP genellikle 28 gebelik haftasından düşük doğan prematüre beklerin sorunuyken, gelişmekte olan ülkelerde 34. Gebelik haftasına kadar ağır ROP gelişebilmektedir. Yakın zamanda Türkiye'de ülke çapında yapılmış olan bir çalışmada çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerde ROP sıklığı %42, ileri evre ROP sıklığı ise %8,2 olarak bulunmuştur. 32 gebelik haftasından büyük prematüre bebeklerde genel ROP sıklığı %13,3 ileri ROP sıklığı ise %0,4 olarak bulunmuştur (Bas ve diğerleri, 2015, s.1311-1314).

### **2.2.2. Patogenez**

Prematüre retinopatisi prematüre doğan bebeklerin normal retinal nöronal ve vasküler gelişiminin durması ve bunun sonucunda gözün retina tabakasının anormal vasküler gelişimi ile sonuçlanan bir durumdur. Doğumda retinanın immatür olması, bu dönemde retinanın zararlı bir takım faktörlere maruz kalmasının neticesinde gelişiminin duraksaması ile birlikte normalde inutero dönemde retina gelişimi için sağlanan faktörlerin eksikliği de birleşince, ortaya çıkan problem daha da artmaktadır (Hellström ve diğerleri, 2013, s.1445-1457).

### 2.2.3. Risk faktörleri

Prematüre retinopatisi gelişiminde başlıca risk faktörleri; gebelik yaşının ve doğum ağırlığının düşük olması, oksijen tedavisinin süresi ve konsantrasyonu, hemodinamik anlamlı kardiyorespiratuvar problemler, asfiksi, hipotermi, metabolik asidoz, bir haftadan uzun süren mekanik ventilasyon, sepsis, menejit, sistemik mantar enfeksiyonları, intrakraniyal kanama, kan transfüzyon sayısı, kan değişimi, hiperglisemi, insülin kullanımı, prematüre anemisinin erken tedavisi için eritropoetin kullanımı, çoğul gebeliktir (Bas ve diğerleri, 2015, s.1311-1314).

#### 2.2.3.1. Gebelik yaşı ve doğum ağırlığı

Prematüre retinopatisi riski gebelik yaşı ve doğum ağırlığı azaldıkça artmaktadır. Çünkü bebek ne kadar küçük gebelik ayı ve doğum ağırlığı ile doğarsa gözü de o kadar az gelişmiş olacaktır. Gözün retinal nöronal tabakası, vasküler gelişimi doğumda ne kadar az gelişmiş olursa retinal hasar o kadar açık olacaktır. Bu nedenle düşük doğum ağırlığı ve gebelik ayı en önemli ROP risk faktörüdür (Zengin ve diğerleri, 2014, s.87-96).

#### 2.2.3.2. Oksijen tedavisi

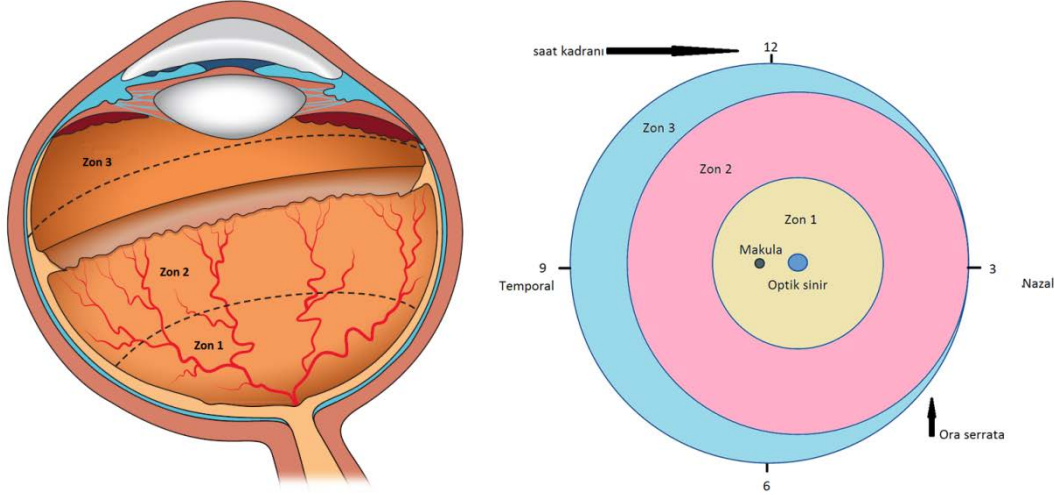
Kontrolsüz ve izlenmeden verilen oksijen ROP'a neden olmaktadır. Ancak ne düzeyde bir oksijen saturasyonunun ROP'a neden olduğu, hangi düzeyde ROP açısından artık risk olmadığı hala tam olarak bilinmemektedir. Çünkü ilk zamanlar %100 oksijen verilen prematüre vakalarda ROP salgını olup bebekler kör kalmış, bu sefer oksijen kısıtlı verilmiş %50'yi aşılmamış, bu seferde bebeklerde ölüm oranı çok artmış. Oksijenin yüksek verilmesi gözün retina tabakasında damar gelişiminde önemli rol oynayan vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF)'ün salınımının baskılanmasına, damar gelişiminin durmasına, oksijenin kısıtlı verilmesi ise VEGF'ün fazla salınmasına ve damar gelişiminin aşırı hızlanmasına neden olmaktadır. Özellikle prematüre bebeklerin hayatlarının ilk birkaç haftasında oksijen düzeylerindeki yukarı aşağı dalgalanmalar damar gelişiminin anormal olmasına ve ROP riskinin artmasına neden olmaktadır (Hartnett ve diğerleri, 2013, s.229-234).

#### 2.2.3.3. Hiperglisemi

Yüksek neonatal kan şekeri düzeyi ROP gelişme riskini artırmaktadır. Hiperglisemi bu bebeklerde aynı zamanda insülin kullanımını da artırmaktadır. İnsülin kullanımı da ROP riskini artırmaktadır (Sun ve diğerleri, 2015, s.1767-1775).

#### 2.2.4. Sınıflandırma

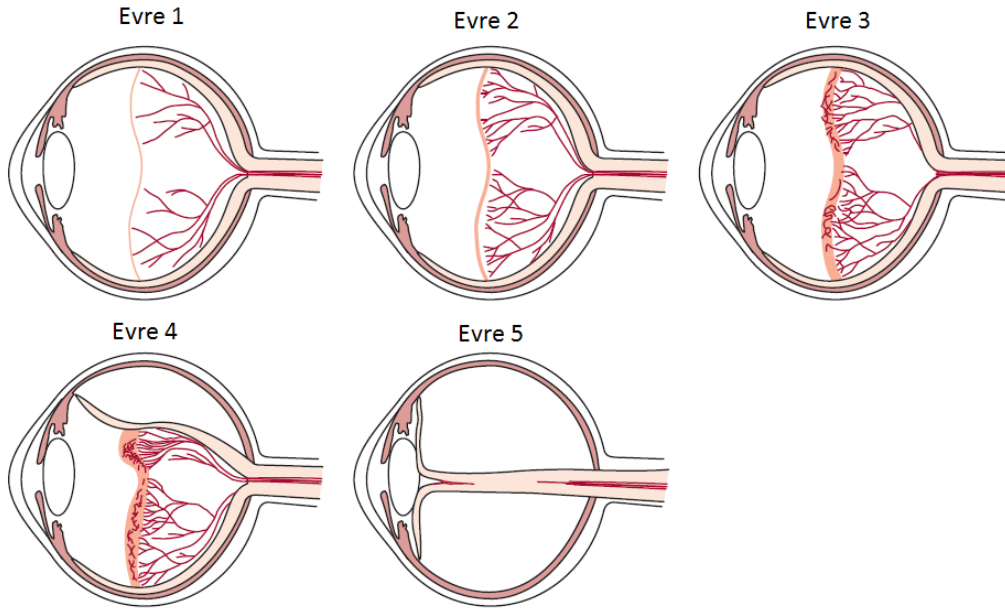
Hastalığın sınıflandırılması Uluslararası ROP Sınıflandırması'na (ICROP) göre yapılmaktadır (ICROP, 2005, 991-999). Yerleşim durumunu göstermek için retina üç bölgeye ayrılır. Optik sinirin giriş yeri merkez alınarak, dairesel olarak üç farklı bölgeye ayrılır ve saat kadranı da kullanılarak lezyonun yeri tarif edilir (Şekil 1).



Şekil 1: Sağ göze göre retinanın bölgelere ayrılması.

Şekil 1'de gösterildiği gibi zon 1; göz arka kutbunun santral zonudur. Yarı çapı optik sinir-makula mesafesinin iki katı olan dairesel alandır. Zon 2; yarı çapı optik sinir-nazal ora serrata mesafesi kadar olan dairesel alandır. Zon 3; temporal alanda hilal şeklinde olan alandır. Zon 1'de makula olduğu için bu bölgede gelişen ROP körlüğe neden olabilir. O nedenle zon 1'de yerleşimli ROP çok tehlikelidir (Hellström ve diğerleri, 2013, s.1445-1457).

Hastalığın şiddetini göstermek için vasküler proliferasyon derecesi göz önüne alınarak 5 evreye ayrılır (Şekil 2).



Şekil 2: ROP'un evreleri (vasküler proliferasyon derecesi).

Evre 1'de vasküler ve avasküler retina alanlarını birbirinden ayıran demarkasyon hattı görülür. Evre 2'de sırt (ridge), yüzeyden kabarıklık yapı oluştuğu, evre 3'te ise sırtta ekstraretinal fibrovasküler proliferasyonun başladığı görülür. Evre 4'de retinada kısmi ayrılma, evre 5'te retinada total ayrılma (total dekolman) görülür. Evre 1 ve 2 hafif hastalık kabul edilir ve genellikle kendiliğinden düzelir. Evre 3 ise körlüğe neden olan evre 5'e ilerleyebilir o nedenle ciddi ROP olarak kabul edilir (Hellström ve diğerleri, 2013, s.1445-1457) .

### 2.2.5. Tarama ve muayene

Doğum ağırlığı 1500 gr altı ve/veya gebelik ayı 32'nin altı olan tüm bebekler ile doğum ağırlığı 1500-2000 gr, gebelik ayı 32 haftadan büyük klinik problemi olan, kardiyopulmoner destek alan bebeklerin ROP açısından taranması gerekmektedir. Hastaların ilk göz muayeneleri 27. gebelik yaşından küçük olan bebekler postmenstrüel 30-31 haftalık olunca, 27 ve üzeri gebelik yaşında doğan bebekler ise doğum sonrası 4. hafta sonunda ilk muayeneleri yapılmalıdır (Koç ve diğerleri. 2016, s.1-53).



### **2.2.6. Korunma**

Prematüre retinopatisi gelişimi birçok faktöre bağlıdır. En önemli neden erken doğumlar olduğu için, öncelikle erken doğumların önlenmesi en önemli koruma yoludur. Ancak tüm doğumların yaklaşık %10 'u erken doğmaktadır. Ülkemizde yılda yaklaşık 1.5 milyon doğum olmaktadır. Bunların 150.000 'i erken doğum sonucu prematüre olarak doğmaktadır. Bu bebeklerde hipoksi ve tekrarlayan hipoksi-hiperoksi dönemlerinden sakınma, bu bebeklere verilen oksijen miktarlarının sıkı takip edilmesi ve kısıtlanması ROP gelişiminin sıklığının azaltılması için çok önemli bir koruyucu faktördür. Yoğun bakım ışıklarının azaltılmasının ROP gelişim sıklığı üzerine etkisi bulunmamaktadır. Vitamin E verilmesi antioksidan etki ile ROP sıklığını azaltmakta, ancak bebeklerde enfeksiyon sıklığını artırdığı için kullanılmamaktadır. Doğum öncesi anneye steroid enjeksiyonu yapılması, doğum salonu ve yoğun bakım ünitelerinde bebeklere iyi bakım uygulanması, bebekleri takip eden doktor ve hemşirelerin ROP konusunda bilgilendirilmeleri ve bilinçlendirilmeleri ROP sıklığını azaltan diğer önemli faktörlerdir (Koç ve diğerleri. 2016, s.1-53).

### **2.2.7. Tedavi**

Lazer fotokoagülasyon tedavi yöntemi ROP tedavisinde kullanılan standart tedavidir. Ağır ROP olgularında mümkün olan en kısa sürede bu tedavi uygulanmalı, ağır olmayan durumlarda ise 48-72 saat içerisinde tedaviye başlanmalıdır. Ayrıca göz içine uygulanan anti-VEGF ajanlar da son yıllarda uygulanmaya başlayan alternatif tedavi yöntemidir (Koç ve diğerleri. 2016, s.1-53).

### **2.2.8. Prognoz**

Prematüre retinopatisi olan bebeklerde görme kaybı ve ciddi görme kaybı sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Ciddi ROP'u olan hastalarda ileriki yaşlarda görme keskinliğinde ve alanında daralma, kırma kusurları (yüksek miyopi ve astigmatizma), şaşılık, göz tembelliği, glokom, retina dekolmanı gibi göz problemleri görülme olasılığı yüksektir. Nistagmus, katarakt, periferik retina yırtılmaları, mikrokornea ve bant keratopati ROP sonucu gelişen diğer problemlerdir (Koç ve diğerleri. 2016, s.1-53, Özkan ve diğerleri. 2005, s.24-28).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Gaziantep ilinde bulunan 5 hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (Özel Sani Konukoğlu Hastanesi, Gaziantep Üniversitesi Hastanesi, NCR International Hospital ve Medikal Park Hastanesi ve Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi) gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerin seçilmesinin nedeni, hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yenidoğan uzmanlarının bulunması ve prematüre bebeklerin (ROP gelişme riski yüksek olan) bu hastanelerde yatmasıdır. Araştırma Eylül 2016-Temmuz 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini, Gaziantep ilindeki yenidoğan uzmanlarının bulunduğu iki kamu ve üç özel hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Yukarıda belirtilen hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire sayısı toplam 190'dır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Verilerin toplandığı tarihlerde izinli/raporlu olan ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşirelerin olması nedeniyle araştırma 139 hemşire ile tamamlanmış ve evrenin %73'üne ulaşılmıştır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "ROP Bilgi Formu" kullanılmıştır. İlgili formlar hemşirelere tanıtılarak nasıl doldurulacağı açıklanmıştır. Daha sonra kendileri tarafından doldurulmak üzere formlar hemşirelere teslim edilmiştir. Formları iş dışında daha sakın bir zamanda doldurmaları için 5 günlük süre verilmiştir. Doldurulan formlar araştırmacı tarafından Ocak-Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3.4.1. Veri Toplama Araçları**

#### *Kişisel Bilgi Formu*

İlgili form, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olup olmadığı, mesleki çalışma süreleri, kıdemli refakatinde çalışma süresi, çalışma ortamı memnuniyeti, oksijen ve ROP eğitimini sorgulayan toplam 16 soru içermektedir (Ek-2).

#### *ROP Bilgi Formu*

Literatür ışığında (Koç ve diğerleri, 2016, s.1-53, Metreş ve diğerleri, 2014, s.63-67) araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, doğru ve yanlış seçeneklerin bulunduğu toplam 33 soru içermektedir. Bu soruların 25 tanesi ROP bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. ROP bilgi düzeyini ölçmeye yönelik 25 sorunun 12'si OP genel bilgi düzeyi, 9'u ROP tedavisi hakkında bilgi düzeyi ve 5'i ROP'ta ağrı ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeye yönelik sorulardır. Bu 33 sorunun kalan 8 sorusu ise oksijen tedavisinin ROP gelişimine etkileri hakkında bilgi düzeylerini ölçmeye yöneliktir. Sorulara verilen cevaplar doğru ve yanlış olarak değerlendirilmiştir. Doğru cevaba "1" puan, yanlış cevaba "0" puan verilmiştir. En düşük puan 0, en yüksek puan 34'tür. Puanların yükselmesi artan bilgi düzeyini göstermektedir (Ek-3).

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

*Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:* Hemşirelerin ROP bilgi düzeyidir.

*Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:* Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, hemşirelik mesleğinde çalışma süresi, YYBÜ'de çalışma süresi, yoğun bakım ünitesindeki memnuniyet düzeyleri, ROP ile ilgili bilgilenme durumlarıdır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır.  $P < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 2. Verilerin deęerlendirilmesinde kullanılan testler

Veri	Test
Demografik özellikler, memnuniyet durumları ve bilgi edinme durumlarının değerlendirmesi	Yüzdelik
Hemşirelerin yaş ortalamasının karşılaştırılması	Pearson korelasyon testi
Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, oksijen tedavisi eğitimi, ROP ile ilgili kitap, makale, internet incelemesi ile aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması	t testi
Hemşirelerin, eğitim, genel çalışma süresi, yenidoğan çalışma süresi, yenidoğanda kıdemli refakatinde çalışma süresi, çalışma ortamı memnuniyet durumu ile aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması	One-way ANOVA testi

### 3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için Sanko Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 14.12.2016 tarih ve 2016/5 sayılı onay alınmıştır (Ek-1). Kurum izinleri sözlü olarak alınmıştır. Hemşirelerden gönüllü olanlar araştırmaya dâhil edilmiş ve böylece “*aydınlatılmış onam*” ilkesi yerine getirilmiştir.

### 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Çalışmanın tüm yenidoğan ünitelerinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmamış olması araştırmanın sınırlılığdır. Bu araştırma, yalnızca araştırma kapsamına alınan hemşirelere genellenebilir.

### 3.8. Araştırmanın Zaman Çizelgesi ve Çalışma Planı

FAALİYETLER	TEZ DÖNEMİ (AYLAR)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Literatür tarama	■	■	■	■	■	■	■				
Kaynakları tarama ve not alma	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tez konusunun netleştirilmesi ve geçici plan	■	■	■								
Evren belirleme ve örneklem seçimi			■								
Anket hazırlama				■	■						
Anketin son şekli						■					
Araştırma verilerinin toplanması/anket uygulama							■	■	■	■	
Veri girişi ve analizi										■	■
Tez yazımı									■	■	■
Tezin SBE teslimi											■

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular ve bunlardan oluşturulan tablolar sunulmuştur.

Tablo 3. Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı

<b>Demografik Özellikler (S=139)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
19 ve altı	10	7.2
20-30	106	76.3
31 ve üzeri	23	16.5
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	40	28.8
Kadın	99	71.2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	76	54.7
Ön lisans	21	15.1
Lisans	42	30.2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	45	32.4
Bekar	94	67.6
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Yok	111	79.9
Var	28	20.1
<b>Genel Çalışma Süresi</b>		
2 yıldan az	66	47.5
2-3 yıl	38	27.3
3 yıl ve üzeri	35	25.2
<b>YYBÜ'de Çalışma Süresi</b>		
2 yıldan az	53	38.1
2-3 yıl	37	26.6
3 yıl ve üzeri	49	35.3
<b>YYBÜ'de Kıdemli Refakatinde Çalışma Süresi</b>		
Hiç	15	10.8
1 hafta	30	21.6
2 hafta	40	28.8
3 hafta	21	15.1
1 ay ve üzeri	33	23.7

Çalışmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Hemşirelerin 76.3'ü 20-30 yaş grubundadır. Hemşirelerin en küçüğü 18, en büyüğü 43 yaşında olup yaş ortalaması 25'tir. Hemşirelerin %71.2'si kadındır. YYBÜ'de çalışan hemşirelerin %54.7'sini lise mezunu hemşireler oluşturmaktadır. Yalnızca %30.3'ü lisans düzeyinde eğitime sahiptir. Hemşirelerin %67.6'sı bekar ve %79.9'u çocuksuzdur. Hemşirelerin YYBÜ'de çalışma süreleri en kısa 1 ay, en uzun 32 yıl olup ortalama 3.5 yıldır.

Hemşirelerin %35.3'ü 3 yıl ve daha fazla süreden beri YYBÜ'de çalışmaktadır. Hemşirelerin %10.8'i hariç, diğerleri kıdemli refakatinde çalışmışlardır.

Tablo 4. Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyet durumlarının dağılımı

<b>Memnuniyet (S=139)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Çalışma Memnuniyeti</b>		
İyi	121	87.1
Kötü	7	5.0
Kararsızım	11	7.9
<b>Yoğun Bakım Doktorları ile İlişki</b>		
İyi	131	94.2
Kötü	8	5.8
<b>Yoğun Bakım Hemşireleri ile İlişki</b>		
İyi	136	97.9
Kötü	3	2.1
<b>Yoğun Bakım Personeli ile İlişki</b>		
İyi	131	94.2
Kötü	8	5.8

Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyet durumlarının dağılımı Tablo 4' te verilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%87.1) YYBÜ'de çalışmaktan memnun oldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde, hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştıkları üniteadaki doktorlarla (%94.2), hemşirelerle (%97.9) ve diğer personel (%94.2) ile olan ilişkilerden memnun oldukları belirlenmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin oksijen tedavisi eğitimi alma ve son altı ayda ROP'la ilgili bilgi edinme durumlarının dağılımı

<b>Bilgi Edinme (S=139)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>O<sub>2</sub> Tedavisi Eğitimi Alma</b>		
Evet	49	35.3
Hayır	90	64.7
<b>Son 6 ayda ROP İle İlgili Kitap Okuma</b>		
Evet	26	18.7
Hayır	113	81.3
<b>Son 6 ayda ROP İle İlgili İnternet Sitesi İnceleme</b>		
Evet	39	28.1
Hayır	100	71.9
<b>Son 6 ayda ROP İle İlgili Makale Okuma</b>		
Evet	19	13.7
Hayır	120	86.3

Hemşirelerin oksijen tedavisi eğitimi alma ve son altı ayda ROP'la ilgili bilgi edinme durumlarının dağılımı Tablo 5' te verilmiştir.

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin %64.7'si oksijen ile ilgili bir eğitim almamıştır. Eğitim alan hemşirelerin çoğu eğitimi kurumunda hizmet içi eğitimlerde almıştır. Ayrıca hemşirelerin büyük bir çoğunluğu ROP ile ilgili yazılı ve sanal kaynaklara ilgi göstermemektedirler.

Tablo 6. ROP bilgi formundan alınabilecek ve hemşirelerin aldığı min-max puanlar ile hemşirelerin ROP puan ortalaması ve ortancası

<b>Sayı</b>	<b>ROP Bilgi Formundan Alınabilecek Min – Max Puan</b>	<b>ROP Bilgi Formundan Alınan Min – Max Puan</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Ortanca</b>
139	0 - 33	10 - 26	20.4 $\pm$ 2.9	21

ROP bilgi formundan alınabilecek ve hemşirelerin aldığı min-max puanlar ile hemşirelerin ROP puan ortalaması ve ortancası Tablo 6' da verilmiştir.



Hemşirelerin ROP bilgi formundan en az 10 puan ve en çok 26 puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin ROP bilgi formundan aldıkları puan ortalamasının ise 20.4 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Hemşirelerin demografik özelliklerine göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması

<b>Demografik Özellikler</b>	<b>S</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Test</b>	<b>Önemlilik</b>
<b>Yaş</b>	139	24.9 ± 5.4	r = 0.030	P = 0.725
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	40	16.1 ± 4.3	<b>t = 2.131</b>	<b>P = 0,035</b>
Kadın	99	14.6 ± 3.4		
<b>Eğitim</b>				
Lise	76	15.1 ± 3.3	F = 0,200	P = 0,819
Önlisans	21	14.6 ± 2.0		
Lisans	42	15.0 ± 4.8		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	45	14.5 ± 3.6	t= 1.007	P = 0,316
Bekar	94	15.2 ± 3.7		
<b>Çocuk Sayısı</b>				
Yok	111	14.9 ± 3.4	t = 1.311	P = 0.192
Var	28	15.9 ± 4.6		
<b>Genel Çalışma Süresi</b>				
2 yıldan az	66	15.1 ± 2.9	F = 1.645	P = 0.197
2-3 yıl	38	15.7 ± 4.5		
3 yıl ve üzeri	35	14.2 ± 3.9		
<b>YYBÜ Çalışma Süresi</b>				
2 yıldan az	53	15.1 ± 3.1	F = 0.121	P = 0,886
2-3 yıl	37	14.8 ± 2.3		
3 yıl ve üzeri	49	15.0 ± 3.7		
<b>YYBÜ'de Kıdemli Refakatinde Çalışma Süresi</b>				
Hiç	15	14.7 ± 3.3	F = 1.337	P = 0.259
1 hafta	30	15.0 ± 2.1		
2 hafta	40	15.8 ± 5.0		
3 hafta	21	15.6 ± 4.2		
1 ay ve üzeri	33	14.0 ± 2.4		

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7'de verilmiştir.

Hemşirelerin cinsiyet ile ilgili olarak gruplar arasındaki puan farklarının istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p < 0.05$ ) belirlenmiştir. Diğer gruplarda ise gruplar arasındaki puan farklarının istatistiksel olarak önemli olmadığı ( $p > 0.05$ ) tespit edilmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyet durumlarına göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Memnuniyet	S	$\bar{X} \pm SS$	Test	Önemlilik
İyi	121	$47.8 \pm 3.3$	F = 1.171	P = 0.313
Kötü	7	$49.4 \pm 4.0$		
Kararsızım	11	$46.9 \pm 2.4$		

Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyet durumlarına göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyet durumlarına göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda gruplar arasındaki puan farklarının istatistiksel olarak önemli olmadığı ( $p < 0.05$ ) belirlenmiştir.

Tablo 9. Hemşirelerin oksijen tedavisi eğitimi alma ve son altı ayda ROP’la ilgili bilgi edinme durumlarına göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bilgi Edinme	S	$\bar{X} \pm SS$	Test	Önemlilik
<b>O<sub>2</sub> Tedavisi Eğitimi Alma</b>				
Evet	90	$47.9 \pm 3.8$	t = 0.161	P = 0,872
Hayır	49	$47.8 \pm 2.4$		
<b>ROP ile İlgili Kitap Okuma</b>				
Evet	26	$47.5 \pm 2.2$	t = 0.648	P = 0,512
Hayır	113	$47.9 \pm 3.5$		
<b>ROP ile İlgili İnternet Sitesi İnceleme</b>				
Evet	39	$47.2 \pm 2.1$	t = 1.420	P = 0,158
Hayır	100	$48.1 \pm 3.7$		
<b>ROP ile İlgili Makale Okuma</b>				
Evet	19	$47.3 \pm 2.0$	t = 0.657	P = 0.512
Hayır	120	$47.9 \pm 3.5$		

Hemşirelerin oksijen tedavisi eğitimi alma ve son altı ayda ROP'la ilgili bilgi edinme durumlarına göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9'da verilmiştir.

Hemşirelerin oksijen tedavisi eğitimi alma ve son altı ayda ROP'la ilgili bilgi edinme durumlarına göre aldıkları ROP bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda gruplar arasındaki puan farklarının istatistiksel olarak önemli olmadığı ( $p < 0.05$ ) belirlenmiştir.



## 5. TARTIŞMA

Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ROP konusunu ne kadar bildiklerine dair literatürde yapılmış herhangi bir araştırma bulunamamıştır. Bu çalışma YYBÜ hemşirelerinin ROP ile ilgili bilgi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış olup, elde edilen bulgular literatür ışığında, aşağıda tartışılmıştır. Dünyada ve Türkiye’de ilk olan bu çalışmanın hemşirelik bilimine ciddi katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunun (%87.1) YYBÜ’lerinde çalışmaktan memnun oldukları, bu üniteye çalışan doktor, hemşire ve diğer personel ile ilişkilerinin büyük oranda iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Bu durum memnuniyet vericidir. Çünkü, çalıştığı işten memnun olmanın yaptığı işe olumlu yansımalarının olacağı bir gerçektir.

Hemşirelerin çoğunun (%64.7) oksijen tedavisi ile ilgili bir eğitim almadığı ve yine çoğunun son altı ayda ROP ile ilgili bir bilgi kaynağından (kitap, internet, makale) yararlanmadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Bir işin daha iyi yapılması için o işi yapan kişinin yaptığı iş ile ilgili bilgisini artırması ve güncellemesi gerekmektedir. Aksi halde verdiği sağlık hizmetinin kalitesini artıramayacaktır. Oysa bilim ve teknoloji her geçen gün ilerlemeye devam etmektedir.

Hemşirelerin ROP bilgi formundan aldıkları puanlar incelendiğinde, alınan en yüksek puan ile ortalama puanın oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). YYBÜ’de çalışan hemşirelerin ROP bilgi puanlarının düşük olması, ilgilendikleri prematüre bebeklerin en önemli sorunlarından birisi olan ROP’u yeterince bilmediklerini göstermektedir. YYBÜ’de çalışan hemşirelerin bakım verdikleri hastaların büyük çoğunluğunu prematüre bebekler oluşturmaktadır. Son yıllarda tıp alanındaki ilerlemeler ve teknolojik gelişmeler, çok düşük doğum ağırlığında ki bebeklerin yaşama şansını artırmıştır. Fakat buna paralel olarak ROP riski de giderek artmıştır (Bas ve diğerleri, 2015, s.1311-4). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler yoğun bakım ekibi içerisinde hasta bebekler ile en fazla vakit geçiren kişilerdir. Bu özellikleri nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ekibinin en önemli üyesidir. Yoğun bakımın stresli ve çok karmaşık ortamında sorunları pratik ve akılcı yöntemlerle çözebilen, değişikliklere açık, araştırmacı, meraklı, girişimci, gözlem yeteneği iyi olan bir meslek grubudur (Metreş, Ö. 2014, s.63-67).

Gelişen teknoloji ve tıp bilimi ile yaşama oranları artan prematüre bebeklerin ROP sıklığı da buna paralel artmaktadır. Bu hastalarla daha fazla vakit geçiren YYBÜ hemşirelerinin ROP'un risk faktörlerini, önlemeye yönelik stratejileri, tedavi ve göz muayene yöntemlerini çok iyi bilmeleri gereklidir. Ancak çalışmada YYBÜ hemşirelerinin ROP ile ilgili bilgilerinin oldukça yetersiz olduğu belirlenmiştir. Prematüreliliğin yanı sıra, oksijen tedavisi, kardiyorespiratuvar problemler, bir haftadan uzun süren mekanik ventilatör tedavisi, hiperoksi/hipoksi, hiperkapni/hipokapni, metabolik asidoz, asfiksi, hipotermi, hiperglisemi/insülin tedavisi, bronkopulmoner displazi, intrakraniyal kanama, sepsis/menanjit, sistemik mantar enfeksiyonları, kan transfüzyonu sayısı, kan değişimi, erken eritropoetin tedavisi, çoğul gebelik ROP gelişimi açısından başlıca risk faktörleridir (Koç ve diğerleri, 2016, s.1-53). Bu risk faktörlerinin YYBÜ'de çalışan hemşirelerin mutlaka çok iyi bilmesi gerekmektedir. YYBÜ'de yatan prematüre bebeklerin ROP muayene zamanlarının kaçırılmaması, hayati önem taşımaktadır. Jefferies ve arkadaşlarının çalışmasında, prematüre yenidoğanların muayenelerinin gecikmesinin körlüğe neden olabileceği, bu nedenle YYBÜ'deki hastayı takip eden hemşirenin ROP muayene zamanını kaydetmesinin önemli olduğu (postgestasyonel 32. hafta ve postnatal 4. hafta), muayene zamanı gelince bu muayenenin yapılmasını sağlaması gerektiği vurgulanmıştır (Jefferies ve diğerleri, 2010, s.667-670). Ayrıca muayeneden yaklaşık 1 saat önce midriazis işlemine başlanmalıdır. Beş dakika ara ile 2-3 kez birer damla %2.5'luk fenilefrin ve %0.5'lik tropikamid ile pupilla genişletilir. Son damladan sonra 45-60. dakika genellikle pupilla dilatasyonunun en iyi olduğu zamandır. ROP muayenesi esnasında bebeklerin vital bulgularında bozulma olabileceği için acil resüsitasyon ekipmanı hazır bulunmalıdır (Koç ve diğerleri, 2016, s.1-53) (Tablo 6).

Hemşirelerin yenidoğanda ağrı ile ilgili bilgi düzeyleri de yetersiz bulunmuştur. Başta prematüre bebekler olmak üzere yenidoğan bebekler ağrıyı büyük çocuklara göre daha fazla hissederek. Yoğun bakım ünitesinde prematüre bebekler birçok ağrılı işleme maruz kalırlar (kan alma, itratrakeal aspirasyon, entübasyon işlemi, damar yolu açma gibi). Bu ağrılı dönemlerde prematüre bebeğin kan oksijen ve karbondioksit düzeylerinde dalgalanmalar meydana gelebilir. Bu durum ROP gelişimi açısından ciddi bir risk faktörüdür. Ayrıca ROP muayenesi de oldukça ağrılı bir işlemdir. Ağrı kontrolünde kullanılan ilaçlar ve nonfarmakolojik hemşirelik uygulamaları değerli yöntemlerdir. Bu uygulamalar bebekleri rahatlatan, yan etkileri olmayan, muayenenin daha konforlu geçmesini sağlayan hemşirelik girişimleridir (Metreş, Ö. 2014, s.63-67) (Yiğit ve diğerleri, 2016, s.1-42). Bütün bu nedenlerden dolayı YYBÜ'de çalışan hemşirelerin ağrı farkındalığı, yaklaşımı, kontrolü ve

tedavisini bilmeleri önemlidir. Prematüre retinopatisinin önlenmesinde ise prematüre bebeğin klinik özelliklerini ve bakımını iyi bilmek, ROP taraması, takibi ve tedavisinin titizlikle yapılması büyük önem taşımaktadır (Tablo 6).

Çalışmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerinin bilgi düzeylerine olan etkisine bakıldığı zaman, hemşirelerin cinsiyet hariç diğerlerinde gruplar arasındaki puan farklarının istatistiksel olarak önemli olmadığı ( $p > 0.05$ ) belirlenmiştir (Tablo 7).

Dizer ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada; hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin artmasının mesleki heyecanlarını kaybetmeye başlamalarına sebep olduğu gösterilmiştir. Bu durum duydukları merakı köreltmekte, araştırma ve bilgi edinme yönlerinin zamanla kaybolmasına sebep olmaktadır (Dizer ve diğerleri, 2008, s.1-11). Bununla birlikte, Günüşen ve arkadaşlarının hemşirelerde tükenmişlik düzeyi ile ilgili yaptığı çalışmada yaş ile tükenmişlik puanları arasında fark bulmamışlardır (Günüşen ve diğerleri, 2008, s.48-58). Bu bulgular, YYBÜ'ye hemşire seçiminde yaşın dikkate alınmaması gerektiğini, daha ziyade YYBÜ'nün stresli ve karmaşık ortamına kolay adapte olabilecek kadar enerjik, bilimsel ve akılcı metotlarla sorunların üstesinden gelebilecek yeterliliğe ve donanıma sahip, araştırmacı yeteneği iyi olan, meraklı ve iyi gözlem yapabilen hemşirelerin YYBÜ'de çalışmalarının sağlanması gerektiğini göstermektedir. Bu çalışmada hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ölçülmemiştir, ancak yaşın bilgi düzeyini etkilememesi yukarıda belirtilen literatür bilgilerini desteklemektedir.

Çalışmada cinsiyetin bilgi düzeyini etkilediği bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre ROP bilgi düzeyleri yüksektir. Türkiye'de ilk hemşirelik kanunu 1954 yılında çıkarılmış, 50 yıldan fazla bir süre yürürlükte kalan bu kanunda hemşirelik bir kadın mesleği olarak tanımlanmıştır. 2007 yılında hemşirelik kanununda yapılan değişiklik ile bu durum değiştirilmiş ve hemşirelik mesleğinde cinsiyet ayrımı ortadan kalkmıştır. Tüm dünyada erkek hemşireler gerek toplumda gerek üniversitelerde birçok önyargı ve sosyal engel ile karşılaşmaktadır. Üniversitelerdeki engeller arasında özellikle cinsiyetçi ders kitapları (hemşirelik mesleği ile ilgili örnek fotoğraflarda sadece kadınların yer alması vb.), okul programlarının cinsiyetçi bir şekilde düzenlenmesi ve ders hocalarının hemşirelerin sadece kadınlarmış gibi ders anlatmaları yer almaktadır (Kahraman ve diğerleri, 2015, s.108-144). Zamanzadeh ve arkadaşlarının İran'da yaptığı çalışmada; gelişmekte olan ve erkek egemen toplumlarda, kadınlarla özdeşleştirilmiş mesleklerde çalışan erkeklerin mesleğe karşı ilgisizlik ve soğuma gösterdiğini bildirmişlerdir (Zamanzadeh ve diğerleri, 2013, s.49-56).

Türkiye’de de hemşireliğin kadın mesleği olarak algılanması, mesleğe yakın bir geçmişte girmeye başlayan erkek hemşirelerin mesleklerine ilgisiz kalmalarına yol açmıştır. Bu nedenle erkek hemşirelerin bilgi eksikliği içinde oldukları düşünülmektedir. Tıp biliminin ve hasta bakımının cinsiyet üstü bir alan olması, bu doğrultuda kadın hemşire erkek hemşire ayrımının olmaması gerekir.

Hakmal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelerin eğitim durumları arttıkça bilgi, beceri ve tecrübelerinin arttığı gösterilmiştir (Hakmal ve diğerleri, 2012, s.181-187). Korkmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, günümüzde hemşirelik eğitiminin yürütüldüğü kurumlar irdelenmiş, yükseköğrenim kurumları ile ortaöğrenim kurumlarının aynı anda, aynı ünvana sahip ancak farklı düzeyden mesleki bilgi ve özelliklere sahip hemşireler yetiştirdiği görülmüştür (Korkmaz ve diğerleri, 2011, 59-67). Ancak bu çalışmada eğitim durumunun ROP bilgi düzeyi üzerine etki etmediği görülmektedir ( $p>0.05$ ). Prematüre Retinopatisi oldukça özellikli bir konu olmakla birlikte, hem lise mezunu, hem de üniversite mezunu bir hemşire bu problem ile karşı karşıya olan bebeklerin yatırıldığı yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadır. Eğitim durumunun bu konudaki bilgi düzeyini etkilememesinin nedeninin, hemşirelik eğitimi veren kurumların müfredatlarında ROP konusuna yer verilmemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Medeni durum ve çocuk sayısı dikkate alındığında, hemşirelerin evli veya bekâr olmaları, çocuk sayıları ROP bilgi puanlarını etkilememektedir. Literatürde de medeni durum ve çocuk sayısının hemşirelik mesleğinde, bilgi ve beceri durumunu etkilemediği belirlenmiştir (Durmuş ve diğerleri, 2007, s.139-146, Günüşen ve diğerleri, 2010, s.40-51). Bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Hemşirelerin genel hemşirelik mesleğinde ve YYBÜ’deki çalışma süreleri dikkate alındığında, çalışma sürelerinin ROP bilgi puanlarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bu durum hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitimlerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalar mezuniyet sonrası eğitimin hemşirelik mesleğindeki bilgi düzeylerini artırdığını göstermiştir (Atay ve diğerleri, 2009, s.84-93, Kurt ve diğerleri, 2016, s.263-274, Özel ve diğerleri, 2012, s.146-150). Hizmet içi eğitim başta olmak üzere meslek ile ilgili kongre ve seminerlere katılım mezuniyet sonrası eğitimin ana unsurlarıdır. YYBÜ’de çalışan hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin fazla olması, mesai ve dinlenme harici zamanlarının kalmamasına neden olmaktadır. Bu durum hemşirelerin hizmet içi eğitimlerini aksatmalarına, eğitim sırasında dikkatlerini toplayamamalarına neden olmaktadır. Bununla birlikte YYBÜ’de

çalışan hemşirelerin ücretlerinin düşük olması, eğitim için maddi kaynak ayıramamalarına, mesleki seminer ve kongrelere katılamamalarına neden olmaktadır. Tüm bu nedenler; hemşirelerin genel çalışma ve YYBÜ'deki çalışma sürelerinin artmasının, bilgi seviyelerini etkilememesini açıklamaktadır.

YYBÜ'de kıdemli refakatinde çalışma süreleri bilgi düzeylerini etkilememektedir. Bu durum YYBÜ'de daha fazla çalışan ve kıdemli ünvanı alan hemşirelerin, yoğun bakımda daha uzun çalışmalarına rağmen bilgi düzeylerinin düşük olması ile açıklanabilir.

YYBÜ'de çalışan hemşirelerin aynı üniteye çalışan diğer hizmet sunucuları ile ilişkilerinin iyi olmasının, mesleki konulardaki bilgi düzeylerine etkisi gösterilememiştir (Tablo 8).

Hemşirelik mesleği kendi içerisinde kuralları olan otonom bir meslektir. Ciddi bir bilgi birikimini, bilgiyi kullanmayı, analiz etmeyi, sonuçlandırmayı ve uygulama becerisini gerektirir. Saluvan ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitelerinde çalışan hizmet sunucuları arasındaki iletişimle ilgili yaptığı çalışmada; çalışanlar arasındaki iletişimin iyi olması ile mortalite, hasta güvenliği, kronik ve şiddetli hastalıkların gelişimi, hasta yatış süreleri, hasta memnuniyeti, sunulan bakımın teknik kalitesi ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanma derecesi ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir (Saluvan ve diğerleri, 2013, s.101-122). Adıgüzel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelik mesleğinin özerkliğinin gelişmesini engelleyen faktörler belirtilmiştir. Hemşirelik mesleğinin çoğunlukla kadınlardan oluşması, bununla birlikte 'doktor istemlerini yerine getirme' gibi bağımlı fonksiyonlarının ön planda tutulması, hemşirelerin itaatkâr yapıda olmaları, sağlık bakım sisteminde hekimin yardımcısı olarak görülmeleri bu duruma neden olan önemli faktörler olarak gösterilmiştir (Adıgüzel ve diğerleri, 2011, s.237-259). Buradaki faktörler nedeniyle ülkemizdeki hemşireler otonom fonksiyonlarını kaybetmiş, itaatkâr tutumları, benimsedikleri hekim yardımcısı fonksiyonlarını ne kadar iyi uygularlarsa, özellikle hekimler ile o kadar ilişkileri iyi olacağını kabullenmişlerdir. Bu durum çalışma ortamı memnuniyeti sağlamakta, fakat mesleki bilgi ve becerilerini geliştirme çabasını yok etmektedir. Bağımlı rolünden dolayı denileni yapan bir çalışma prensibinde, uygulanması gereken sağlık işinin doğru olup olmadığı, mesleki bilgi kaynaklarından doğrulanmamakta, doktor ve kıdemli hemşiresi söylüyorsa doğru kabul edilmektedir. Bu durum; tüm çalışma ekibi ile ilişkileri iyi olan hemşirelerin, bilgi düzeyinin düşük olmasına yol açmış olabilir (Tablo 8).

Çalışmaya katılan hemşirelerin oksijen tedavisi ile ilgili eğitim alıp almamalarının ve ROP ile ilgili her hangi bir kaynak (kitap, internet, makale) takip edip etmemelerinin ROP ile



ilgili bilgi düzeylerini etkilemediği görülmüştür (Tablo 9). Çalışmaya katılan hemşireler YYBÜ’de oksijen kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen soruların yaklaşık yarısını doğru cevaplayabilmişlerdir. Oksijen desteği, yenidoğan bebeklerin yoğun bakım desteklerinin en önemli öğelerinden birisidir. Yenidoğan bebeklerin oksijen azlığı da, oksijen fazlalığı da oldukça tehlikeli bir durumdur. Lim ve arkadaşlarının prematüre bebeklerde oksijen saturasyonlarının önemi ile ilgili yaptıkları çalışmada; oksijenin yetersiz kullanımı sonucu oluşan düşük oksijen saturasyonunun nörogelişimsel geriliğe ve bebeğin mortalite oranının artmasına neden olduğunu ve oksijenin aşırı kullanımının en önemli iki komplikasyonunun ise akciğer hasarı ve ROP olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle YYBÜ’de yatan bebeklerin oksijen saturasyonları optimal dar bir aralıkta tutulması gerektiğini vurgulamışlardır (Lim ve diğerleri, 2014, s.730-736). Hipoksi ve hiperoksinin bu çok zararlı etkileri nedeniyle YYBÜ hemşirelerinin bebekte hipoksi-hiperoksi aralığında normookside tutacak ve komplikasyonlara neden olmayacak bir oksijen tedavisi uygulamaları ve bu uygulamayı çok dikkatli izlemeleri önemlidir. Hemşirelerin oksijen desteği sağlarken en önemli izlem aracı nabız oksimetre ve yoğun bakım monitör cihazlarıdır. Bu cihazlar ile ölçülen oksijen saturasyonu prematüre bebeklerde % 90-95 arasında tutulursa, nörogelişimsel gerilik, ROP riski ve ölüm oranı azalmaktadır (Bancalari ve diğerleri, 2013, s.2161-20162, Manja ve diğerleri, 2015, s.332-340).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

*Araştırmada elde edilen başlıca sonuçlar aşağıdaki gibidir;*

- Hemşirelerin mesleki hayatlarında ROP ile ilgili bilgi edinmelerinin zayıf olduğu bulunmuştur (Tablo 5).
- YYBÜ'de çalışan hemşirelerin ROP ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük (20.4) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).
- Kadın olan hemşirelerin ROP ile ilgili bilgi düzeyinin erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

*Yukarıda belirtilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilebilir;*

- YYBÜ'de çalışan hemşirelerin ROP ile ilgili bilgi düzeylerini artırmak, geliştirmek hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle hemşirelik eğitim müfredatına prematüre bebek sorunları ve ROP oksijen tedavisi ile ilgili konuların eklenmesi,
- Hemşirelerin mesleki hayatlarında ROP ve tedavisi hakkında hizmet içi eğitimlerin, seminer ve kursların düzenlenmesi, bu etkinliklerin sayısı ve niteliklerinin artırılması,
- YYBÜ'de çalışan hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitimine önem verilmesi, konu ile ilgili mesleki kongre, seminer vb. etkinliklere katılımlarının teşvik edilmesi ve desteklenmesi,
- Erkek hemşirelerin ROP ile ilgili bilgi düzeyinin kadın hemşirelere göre düşük olmasının nedenlerinin araştırılması ve bu doğrultuda gerekli düzenlemelerin yapılması,

önerilir.

## 7. KAYNAKLAR

**Adıgüzel, O., Tanrıverdi, H., Özkan, D.S.** (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. Vol 9; 237-259.

**Atay, S., Gider, D., Karadere, G., Şenyüz, P.** (2009). Hastanede çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitime yönelik görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. Vol 6; 84-93.

**Balcı, G.U., Demir, Ş., Kurdal, Y., Koyuncu, G., Deniz, Y., Tereci, Ö., ve ark.** (2013). Hemşirelerde tükenmişlik ve yorgunluk semptomları. *Tepecik Eğit. Hast. Der.* Vol 23(2): 83-87.

**Bancaları, E.H., Walsh, M.C.** (2015). Bronchopulmonary dysplasia in the neonate. Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, M.C. (Ed) *Fanaroff and Martin's Neonatal and Perinatal Medicine*. (s. 1157-1169). Philadelphia: Elsevier inc.

**Bancalari, E., Claure, N.** (2013). Oxygenation targets and outcomes in premature infants. *JAMA* Vol 309 (20): 2161-2162.

**Bas, A.Y., Koc, E., Dilmen, U.** (2015). ROP Neonatal Study Group. Incidence and severity of retinopathy of prematurity in Turkey. *Br J Ophthalmol*. Vol 99(10):1311-4.

**Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M.Z., Chou, D., Moller, A.B., Narwal, R., et al.** (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. Vol 379:2162-2172.

**Cacho, N.T., Parker, L.A., Neu, J.** (2017). Necrotizing Enterocolitis and Human Milk Feeding: A Systematic Review. *Clin Perinathol*. Vol 44(1): 49-67.

**Crowley, M.A.** (2015). Neonatal respiratory disorders. Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, M.C. (Ed) *Fanaroff and Martin's Neonatal and Perinatal Medicine*. (s. 1113-1136). Philadelphia: Elsevier inc.

**Dizer, B., İyigün, E., Kılıç, S.** (2008). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. Vol 12: 1-11.

**Durmuş, S., Günay, O.** (2007). Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. Vol 29(2): 139-146.

**Eras, Z., Pekici, B., Atay, G.** (2011). Prematüre bebeklerin mortalite ve morbidite Sonuçları. Bakırköy Tıp Dergisi. Vol 7: 85-88.

**Flynn, J.T., Bancalari, E., Snyder, E.S., Goldberg, R.N., Feuer W., Cassady J., et al.** (1992). A cohort study of transcutaneous oxygen tension and the incidence and severity of retinopathy of prematurity. NEJM. Vol 326:1050-1054.

**Goldenberg, R.L., Culhane, J.F., Lams, J.D., Romero, R.**(2008). Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet Vol 371:75-84.

**Günüşen, N., Üstün, B.** (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Vol 11: 48-58.

**Günüşen,N.P., Üstün, B.** (2010). Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. Vol 3(1): 40-51.

**Hakmal,H., Karadağ, M., Demir, C.** (2012). Hemşirelerin motivasyon düzeylerine etki eden faktörler: Gülhane askeri tıp fakültesi eğitim hastanesinde bir uygulama. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. Vol 15: 181-187.

**Hartnett, M.E., Lane. R.H.**(2013). Effects of oxygen on the development and severity of retinopathy of prematurity. J AAPOS. Vol 17(3): 229-234.

**Hasanbegovic, E., Cengic, N., Hasanbegovic, S., Heljic, J., Lutolli, I., Begic, E.**(2016). Evaluation and Treatment of Anemia in Premature Infants. Med Arch. Vol 70(6): 408-412.

**Hellström, A., Smith. E.H., Dammann, O.** (2013). Retinopathy of prematurity. Lancet. Vol 382: 1445-1457.

**Hüppi, P.S., Gressens, S.** (2015). White Matter Damage and Encephalopathy of Prematurity. Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, M.C. (Ed) Fanaroff and Martin’s Neonatal and Perinatal Medicine. (s. 866-885). Philadelphia: Elsevier inc.

**International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity** (2005). The International Classification of Retinopathy of Prematurity revisited. Arch Ophthalmol. Vol 123: 991–999.

**Jefferies, A.L., Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee.** (2010). Retinopathy of prematurity: Recommendations for screening. Paediatr. Child. Health. Vol 15(10): 667-670.

**Kahraman, A.B., Tunçdemir, N.O., Özcan, A.** (2015). Toplumsal cinsiyet bağlamında hemşirelik bölümünde öğrenim gören erkek öğrencilerin mesleğe yönelik algıları. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, Vol 18: 108-144.

**Koç, E., Baş, A.Y., Özdek, Ş., Ovalı, F., Başmak, H., TOD ROP Komisyonu., TND ROP çalışma Grubu.**(2016). Türkiye premature retinopatisi rehberi. Vol 1: 1-53.

**Korkmaz, F.** (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. Vol 18(2): 59-67.

**Kurt, M.E., Ceylan, A., Sevinç, K.** (2016). Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi: diyarbakır selahaddin eyyübi devlet hastanesi örneği. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Vol 6;263-274.

**Lawn, J.E., Gravett, M.G., Nunes, T.M., Rubens, .CE., Stanton. C., GAPPS Review Group.** (2010). Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. BMC Pregnancy Childbirth. Vol 10 (suppl 1): S1.

**Lim,K., Wheeler, K.I., Gale, T., Jackson, H.D., Kihlstrand, J.F., Sand, ., et al.** (2014). Oxygen Saturation Targeting in Preterm Infants Receiving Continuous Positive Airway Pressure. J. Pediatr. Vol 164: 730-736.

**Lin, P.Y., Hagan, K., Fenoglio, A., Grant, P.E., Franceschini, M.A.**(2016). Reduced cerebral blood flow and oxygen metabolism in extremely preterm neonates with low-grade germinal matrix- intraventricular hemorrhage.Sci Rep. Vol 6; 2-8.

**Liu, L., Oza, S., Hogan ,D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., et al.** (2012). Global,regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet.Vol 379: 2151–2161.

**Manja,V., Lakshminrusimha, S., Cook, D.J.**(2015). Oxygen saturation target range for extremely preterm infants: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. Vol 169 (4): 332-340.

**Metreş, Ö.** (2014). Hemşirelik bakış açısıyla prematüre retinopatisi. Okmeydanı Tıp Dergisi. Vol 30(2): 63-67.

**Özel, H.Ö., Yurtsever, D., Mutlu, S.** (2012). Temel Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Hizmet İçi Eğitimin Değerlendirilmesi. Okmeydanı Tıp Dergisi. Vol 28(3); 146-150.

**Patrinos, E.** (2015). Neonatal apnea and the foundation of respiratory control. Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, M.C. (Ed) Fanaroff and Martin's Neonatal and Perinatal Medicine. (s. 1137-1146). Philedelphia: Elsevier inc.

**Paudel, N., Chakraborty, A., Anstice, N., Jacobs, R.J., Hegarty, J.E., Harding, J.E., et al.** (2017). Neonatal Hypoglycaemia and Visual Development: A Review. Vol 112(1): 47-52.

**Ramachandrappa, A., Jain, L.** (2015). The Late Preterm Infant. Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, M.C. (Ed) Fanaroff and Martin's Neonatal and Perinatal Medicine. (s. 577-592). Philedelphia: Elsevier inc.

**Sallmon, H., Koehne, P., Hansmann, G.** (2016). Recent advances in the treatment of preterm newborn infants with patent ductus arteriosus. Clin Perinatol. Vol 43(1):113-129.

**Saluvan, M., Kaya, S.** (2013). Doktor-hemşire etkileşiminin hastane performansına etkisi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. Vol 5: 101-122.

**Sun, Y., Hellström, A., Smith, E.H.** (2015). Retinopathy of Prematurity. Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, M.C. (Ed) Fanaroff and Martin's Neonatal and Perinatal Medicine. (s. 1767-1775). Philedelphia: Elsevier inc.

**Taner, C.E., Ekin, A.**(2014). Preterm doğumun tanımı, klasifikasyonu ve önemi. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics. Vol 4: 1-4.

**Yiğit, Ş., Ecevit, A., Köroğlu, Ö.A.**(2016). Yenidoğan döneminde ağrı ve tedavisi rehberi. Vol 1: 1-42.

**Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Negarandeh, R., Monadi, M., Azadi, A.** (2013). Factors influencing men entering the nursing profession, and understanding the challenges faced by them: iranian and developed countries' perspectives. Nurs Midwifery Stud, Vol 2(4): 49-56.

**Zengin, N., Özer, E.A., Zengin, M.Ö., Türe, G., Sütçüoğlu, S., Talay, E.** (2014). Prematüre retinopatisi sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. Vol57: 87-96.



## 8. EKLER

### EK-1. Etik kurul kararı

**SANKO ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmannın Başlığı	<b>Prematüre Retinopatisinde (ROP) Yenidoğan Yoğunbakım Hemşirelerinin Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler</b>
	Sorumlu Araştırmacı	<b>Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU</b>
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	13.12.2016
	Araştırmannın Türü	İlaç dışı klinik araştırma, Anket Çalışması
	Katılan Merkezler	Çok Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: <b>2016/05</b>	Karar No: <b>3</b>	Tarih: <b>14.12.2016</b>
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin <b>uygun olduğuna oy birliği</b> ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Üye	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X		X	Girmedi
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X		X	Girmedi
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		



## KİŞİSEL BİLGİ FORMU

<p>Değerli meslektaşım, bu çalışma, ROP'da yenidoğan yoğunbakım hemşirelerinin bilgi düzeyinin ölçülmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılanların kimlik bilgisi gizli tutulacaktır. Araştırma sırasında ve sonrasında ortaya çıkan ve katılımcıları ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda katılımcılar bilgilendirilecektir. Bu çalışmanın değeri sorulan soruları cevaplandırmada göstereceğiniz samimiyet ve dikkate bağlıdır.</p> <p>İlgi ve içtenliğiniz için teşekkür ederim. <span style="float: right;">Yük.Lisans Öğrencisi: Alev Sivash</span></p>	
1. Kaç yaşındasınız?	.....
2. Cinsiyetiniz	Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>
3. Eğitim durumunuz?	Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/>
4. Medeni durumunuz ?	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>
5. Çocuğunuz varmı	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
6. Ne kadar süredir hemşire olarak çalışıyorsunuz?	.....yıl, .....ay
7. Ne kadar süredir yenidoğan yoğunbakım hemşiresi olarak çalışıyorsunuz?	.....yıl, .....ay
8. Yenidoğan yoğunbakım ünitesine ilk başladığınızda ne kadar süre kıdemli bir hemşire refakatinde çalıştınız?	Hiç <input type="checkbox"/> 1 hafta <input type="checkbox"/> 2 Hafta <input type="checkbox"/> 3 hafta <input type="checkbox"/> 1ay ve üzeri <input type="checkbox"/>
9. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde çalışma memnuniyetiniz nasıl?	İyi <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Kötü <input type="checkbox"/></span>
10. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde çalışan doktorlar ile ilişkileriniz nasıl?	İyi <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Kötü <input type="checkbox"/></span>
11. Yoğunbakım ünitesinde çalışan hemşireler ile ilişkileriniz nasıl?	İyi <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Kötü <input type="checkbox"/></span>
12. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde çalışan diğer personel ile ilişkileriniz nasıl?	İyi <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Kötü <input type="checkbox"/></span>
13. Daha önce okul eğitimi dışında oksijen tedavisine ilişkin bir eğitim aldınız mı?	Evet <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Hayır <input type="checkbox"/></span>
14. Son 6 ay içerisinde ROP ile ilgili bir kitap okudunuz mu?	Evet <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Hayır <input type="checkbox"/></span>
15. Son 6 ay içerisinde ROP ile ilgili bir internet sitesi incelediniz mi?	Evet <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Hayır <input type="checkbox"/></span>
16. Son 6 ay içerisinde ROP ile ilgili bir makale okudunuz mu?	Evet <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">Hayır <input type="checkbox"/></span>

## ROP BİLGİ FORMU

Değerli meslektaşım, bu çalışma, ROP'da yenidoğan yoğunbakım hemşirelerinin bilgi düzeyinin ölçülmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılanların kimlik bilgisi gizli tutulacaktır. Araştırma sırasında ve sonrasında ortaya çıkan ve katılımcıları ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda katılımcılar bilgilendirilecektir. Bu çalışmanın değeri sorulan soruları cevaplandırmada göstereceğiniz samimiyet ve dikkate bağlıdır.


İlgi ve içtenliğiniz için teşekkür ederim.

Yük.Lisans Öğrencisi: Alev Sivasslı

SORU	DOĞRU	YANLIŞ
1. Prematüre retinopatisi (ROP) sadece prematüre bebeklerde görülen bir göz problemdir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
2. ROP retina damarlanmasını ilgilendiren bir hastalıktır.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
3. ROP önlenemez körlüklerin en önemli nedenidir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
4. Gebelik yaşı küçüldükçe ROP riski azalmaktadır.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
5. İntrakranial kanama ROP'a neden olabilir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
6. Fazla verilen oksijen ROP'a neden olur.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
7. Hipotermi ROP'a neden olur.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
8. Bebek ventilatörde kaç günden fazla kalırsa ROP riski artar?	3 gün <input type="checkbox"/> 7 gün <input type="checkbox"/> 2 hafta <input type="checkbox"/> 1 ay <input type="checkbox"/>	
9. Sepsis bebekte ROP riskini değiştirmez.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
10. ROP muayenesinden kaç dakika önce midriazis (göz bebeğini genişletme) işlemine başlanır?	60 dk <input type="checkbox"/> 30 dk <input type="checkbox"/> 15 dk <input type="checkbox"/> 5 dk <input type="checkbox"/>	
11. ROP muayenesinde göz damlalarının damlatılmasından sonraki ilk 5 dakika göz bebeği genişlemesinin en fazla olduğu zamandır.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
12. Ciddi derece ROP olan bebeklerde göz bebekleri göz damlaları ile iyi genişlemeyebilir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
13. Hangisi ROP muayenesi sırasında kullanılan göz damlalarının yan etkisidir ?	a. Bradikardi b. Kusma c. Apne d. Hipertansiyon e. Taşikardi f. Desaturasyon g. Kardiyak aritmi h. Gastrikrezidü i. Paralitikileus j. Ölüm	
14. ROP'ta kullanılan göz damlalarının yan etkilerini azaltmak için yandaki uygulamalardan hangisi yapılır?	a. Küçük damlalar şekline uygulama b. Gözün etrafına sızan ilacın silinmesi c. Damla uygulandıktan sonra göz kapağının kapatılması d. Damlatma sonrası göz kapağının iç köşesine parmak ile basılması e. İlaç tekrarından kaçınılması	

15. ROP muayenesinde anestezi veya sedasyon gereklidir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
16. Bebek ROP muayenesinden sonra en az 15 dakika beslenmemelidir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
17. Ciddi ROP gelişmiş veya tedavi uygulanmış hastalar en az 5 yaşına kadar takip edilmelidir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
18. ROP gelişimi ve sıklığını azaltılması için en önemli koruyucu faktör oksijen kontrolüdür.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
19. Bebeğin ışığa maruz kalmasının azaltılması ROP sıklığını etkilemez.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
20. Ünitenizde ROP muayenesi sırasında acil resüsitasyonekipmanını hazır bulunduruyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
21. ROP muayenesi ağrılı bir işlem değildir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
22. Bebeğin ağrı duyması ROP'a neden olur.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
23. Derin trakeal aspirasyon ağrıya neden olmaz.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
24. Yenidoğan erişkine göre daha az ağrı duyar.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
25. ROP muayenesi sırasında oral sükröz (meyve şekeri), yuvaya alma, glikoz ve emzik kullanımı ağrıyı azaltmak için kullanılacak işlemlerdir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
26. Prematüre bebeklere destek amaçlı verilen oksijen zarar verebilir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
27. Bu yöntemlerden hangisi oksijen kontrolünün sağlanmasında etkilidir?	a. Nabız oksimetre cihazı b. Yoğunbakım monitörü c. Göbek arter kateteri d. Ventilatör	
28. Prematüre bebekte nabız oksimetre oksijen saturasyon alt limiti kaç olmalıdır?	a. 85 b. 88 c. 93 d. 95	
29. Prematüre bebekte nabız oksimetre oksijen saturasyon üst limiti kaç olmalıdır?	a. 90 b. 93 c. 95 d. 100	
30. Kliniğinizde oksijen kaynağı olarak ne kullanıyorsunuz?	Oksijen-hava karıştırıcısı(blender) <input type="checkbox"/>	Sulu %100 oksijen <input type="checkbox"/>
31. Oksijeni nemlendirmek için hangi sıvı kullanıyorsunuz?	a. Normal su b. Distile su c. Serum fizyolojik	
32. Bebeğe verilen oksijeni ısıtmak önemlidir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
33. Bebeğe verilen oksijen yoğunluğu en az 3 saatte bir takip ve kayıt edilmelidir.	D <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>

## İNTİHAL RAPORU

 <b>SANKO</b> ÜNİVERSİTESİ	T.C. <b>SANKO ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ</b> <b>TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</b>	<b>TEZ</b> <b>FORM</b> <b>2</b>
---	---	---------------------------------------

## I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Alev Anabilim Dalı : Hemşirelik  
 Soyadı : SIVASLI Programı : Hemşirelik (Tezli)  
 Öğrenci No : 161101012 Statüsü :  Yüksek Lisans  Doktora

## II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU  
 Tez Adı : Prematüre Retinopatisinde (ROP) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin, Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 39 sayfalık kısmına ilişkin, 07/07/2017 tarihinde URKUND adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 1'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Onay Sayfası hariç   | <input checked="" type="checkbox"/> Simge ve Kısaltmalar İçindekiler hariç |
| <input checked="" type="checkbox"/> Önsöz hariç  | <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> İçindekiler hariç  | <input checked="" type="checkbox"/> Özgeçmiş                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beş kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç |  |

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

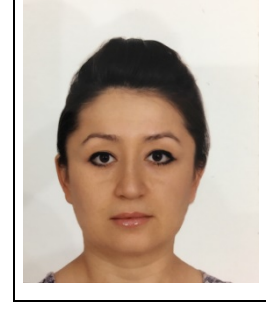


Duygu ALANGİL  
 Enstitü Sekreteri  
 13.07.2017

**ACIKLAMA**

\*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (URKUND) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.  
 \*Raporadaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

## 9. ÖZGEÇMİŞ



Adı	Alev	Soyadı	SİVASLI
Doğum Yeri	Gaziantep	Doğum Tarihi	11.02.1983
Uyruğu	T.C.	Telefon	0507 666 10 69
E-mail	alevakdis@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van	2007

### İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	Hemşire	Gaziantep Özel Primer Hastanesi	1
2	Hemşire	Gaziantep Özel Hatem Hastanesi	1
3	Yenidoğan Yoğun bakım Sorumlu Hemşire	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Hastanesi	8

Yabancı Dilleri	Girdiği Ulusal Sınav Adı ve Notu	Girdiği Uluslararası Sınav Adı ve Notu
İngilizce	YÖKDİL - 55	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71.01175	74.11459	70.32608
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Program Bilgisi	Kullanma Becerisi*
Microsoft Office	Çok iyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

**Yayınlar :**Diğer Bilimsel Faaliyetler (yayın, kongre bildirisi vs.)

**Hobiler :**Felsefe, treking, kitap, seyahat, dans, satranç