



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN YENİDOĞANIN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ  
DESTEKLEYİCİ GELİŞİMSEL BAKIMINA YÖNELİK  
BİLGİ VE UYGULAMALARI**

**GAMZE VARLI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. SEVİL İNAL**

**İSTANBUL – 2016**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

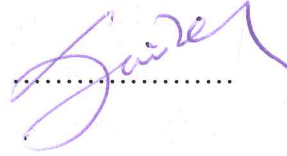
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze KAYA tarafından hazırlanan “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :14.06.2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Doç Dr. Sevil İNAL  
:İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak.  
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Yard. Doç.Dr. Birsen MUTLU  
: İstanbul Üniversitesi F.N. Hemşirelik Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Nesrin İLHAN  
: Haliç Üniversitesi/ HemşirelikYüksekokulu



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof.Dr. M. Güneş YAVUZER  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

# İNTİHAL RAPORU



Ödevler Öğrenciler Not Defteri Kütüphaneler Takım Tartışma Tercihler

GÖRÜNTÜLENİYOR: ANASAYFA > HEMŞİRELİK > HEMŞİRELİK > GAMZE KAYA YL TEZ

## Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev gelen kutunuzdur. Bir ödevi görüntülemek için, ödev başlığına tıklayın. Orijinallik Raporunu görmek için, benzerlik kolonundaki orijinallik raporu ikonuna tıklayın. Bu ikon tıklanabilir durumda değilse, orijinallik raporu henüz oluşturulmamış demektir.

## Gamze KAYA YL Tez

GELEN KUTUSU | GÖRÜNTÜLENİYOR: YENİ ÖDEVLER ▾

Dosyayı Gönder

GradeMark Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

<input type="checkbox"/>	YAZAR	BAŞLIK	BENZERLİK	PUANLA	CEVAP	DOSYA	ÖDEV NUMARASI	TARİH
<input type="checkbox"/>	Gamze Kaya	Gamze KAYA YL Tez	%11 <span style="color: green;">■</span>		*		678537385	26-May-2016

## **I.TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans öğrenimimde ve tez çalışmam süresince benden ilgi, destek, deneyimlerini esirgemeyen ve çalışmamı bilimsel bir temelde sunmamı sağlayan tez danışmanım değerli hocam Sn. Doç. Dr. Sevil İNAL'a,

Araştırmanın uygulanmasında yardımcı olan hastane yönetici ve hemşirelerine,

Değerli çalışma arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olan sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gamze VARLI

## II. İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>İNTİHAL RAPORU</b>	<b>i</b>
<b>I.TEŞEKKÜR</b>	<b>ii</b>
<b>II. İÇİNDEKİLER</b>	<b>iii</b>
<b>III. KISALTMALAR VE SİMGELER</b>	<b>vi</b>
<b>IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ</b>	<b>viii</b>
i. Tablolar Listesi	<b>viii</b>
<b>1. ÖZET</b>	<b>x</b>
<b>2. SUMMARY</b>	<b>xii</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
4.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve İşleyişine Yönelik Yaklaşımlar	4
4.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları	5
4.3. Yenidoğan Bakımı ve İzlemine Yönelik Hemşirelik Eğitimi	6
4.4. Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımı	7
4.5. Yenidoğanda Beslenme	9
4.6. Yenidoğanda Cilt Bütünlüğünün Değerlendirilmesi	11
4.7. Yenidoğanda Uyku-Uyanıklık Düzeninin Sağlanması	13
4.8. Yenidoğanda Ağrı ve Stresin Değerlendirilmesi ve Yönetimi	13
4.8.1. Bakım ve Tedavi Sırasında Yenidoğanın Aktivitelerinin Ağrı/Stres Açısından Değerlendirilmesi	16
4.8.2. Yenidoğanlarda Ağrının Giderilmesinde Non-Farmakolojik Yöntemlerinin Kullanılması	16
4.8.3. Yenidoğanlarda Ağrının Giderilmesinde Farmakolojik Yöntemlerin Kullanılması	19
4.9. Fiziki Çevrenin Düzenlenmesi	22
4.10. Yenidoğanın Aile Merkezli Bakımı	24
4.10.1. İnvaziv Girişimlerde Ailenin Yeri	26
4.11. Bakımın Sürekliliğinin Sağlanması	27
4.12. Yenidoğanın BDGB'ye Yönelik Hemşirelik Eğitimi	27

<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>30</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	30
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri	30
5.5. Araştırmanın Değişkenleri	31
5.6. Veri Toplama Araçları	31
5.6.1. Sosyo-Demografik Bilgiler Soru Formu	31
5.6.2. Gelişimsel Bakım Soru Formu	31
5.7. Verilerin Toplanması	31
5.8. Etik İlkeler	32
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
5.10. Verilerin Değerlendirilmesi	33
<b>6. BULGULAR</b>	<b>34</b>
6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	35
6.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurum ile Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Uygulamaları (BDGB) Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	49
6.3. Hemşirelerin Çalışma Süresi ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	63
6.4. Hemşirelerin Eğitim Durumu ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	66
<b>7. TARTIŞMA</b>	<b>67</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>81</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>85</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>101</b>
Ek 1. Sosyo-Demografik Bilgiler Soru Formu	101
Ek 2. Gelişimsel Bakım Soru Formu	103
Ek 3. Acıbadem Maslak ve Acıbadem Bakırköy Hastanelerinden Alınan İzin	109
Ek 4. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan İzin	111
Ek 5. İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Alınan İzin	112
Ek 6. Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Alınan İzin	113
Ek 7. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan İzin	114

Ek 8. Etik Kurul Onayı

115

**11. ÖZGEÇMİŞ**

**117**



### III. KISALTMALAR VE SİMGELER

AMB	Aile Merkezli Bakım
APGAR	<b>A</b> ppearance (Görünüm: Cilt Rengi), <b>P</b> ulse (Kalp Atım Sayısı), <b>G</b> rimace (Uyarılara Yanıt: Refleks), <b>A</b> ctivity (Aktivite: Kan Tonusu), <b>R</b> espiration (Solunum)
ATT	Acil Tıp Teknikerliği
AWHONN	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği)
BDGB	Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım
BERA	Brainstem Evoked Response Audiometry (Beyin Sapı İşitsel Uyarılmış Potansiyeller Adyometrisi)
BIIP	Behavioral Indicators of Infant Pain (Yenidoğan Ağrı Davranış Göstergeleri)
BSPPSR	The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk (Braden Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği)
COVERS	Neonatal Pain Scale (Yenidoğan Ağrı Skalası)
CRIES	Neonatal Postoperatif Pain Scale (Yenidoğan Postoperatif Ağrı Skalası)
DAB	Diyastolik Arter Basıncı
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EDIN Scale	Échelle Douleur Inconfort Nouveau (Yenidoğan Ağrı ve Rahatsızlık Ölçeği)
GDGYA	Gelişimsel Destekleyici Günlük Yaşam Aktiviteleri
ISDC	Individualized Supportive Developmental Care
İÇ	İyileştirici Çevre
KAH	Kalp Atım Hızı
KU	Koruyucu Uyku
Mak.	Maksimum
MAX Scale	Maximally Discriminate Facial Movement Coding System (Maksimum Yüz Hareketleri Kodlama Sistemi)
Min.	Minimum
NFISS	Neonatal Facial Image Scoring System (Yenidoğan Yüz Görüntü Puanlama Sistemi)
NFCS	Neonatal Facial Coding Scale (Yenidoğan Yüz Kodlama Skalası)
NG	Nasogastrik



NICU	Newborn Intensive Care Unit
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale (Yenidoğan Ağrı Skalası)
NRP	Yenidoğan Canlandırma Eğitimi
NSCS	Neonatal Skin Condition Scale (Yenidoğan Cilt Durum Skalası)
NSRAS	The Neonatal Skin Risk Assessment Scale (Yenidoğan Cilt Risk Değerlendirme Skalası)
OAB	Ortalama Arter Basıncı
OG	Orogastrik
Ort.	Ortalama
PAT	Pain Assessment Tool (Ağrı Değerlendirme Aracı)
PIPP	Premature Infant Pain Profile (Prematüre Yenidoğan Ağrı Profili)
ROP	Retinopathy of prematurity (Prematüre Retinopatisi)
SAB	Sistolik Arter Basıncı
SADY	Stres ve Ağrının Değerlendirilmesi ve Yönetimi
SS	Standart Sapma
SUN	Scale for Use in Newborns (Yenidoğanlar İçin Skala)
YBDGB	Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımı
YBDGBDP	Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımı ve Değerlendirme Programı
YYB	Yenidoğan Yoğun Bakım
YYBH	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ

### i. Tablolar Listesi

Tablo 6.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=150).....	35
Tablo 6.2. Hemşirelerin Yenidoğanla İlgili Eğitim Alma Durumlarının İncelenmesi (N=150).....	36
Tablo 6.3. Hemşirelerin Yenidoğanda Uygunun Düzenlenmesine Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Dağılımı (N=150) .....	37
Tablo 6.4. Hemşirelerin Yenidoğanda Ağrıyı Değerlendirmeye İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150) .....	39
Tablo 6.5. Hemşirelerin Kullandıkları Non-Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerinin Dağılımı (N=150) .....	40
Tablo 6.6. Hemşirelerin Kullandıkları Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerinin Dağılımı (N=150) .....	42
Tablo 6.7. Hemşirelerin Pozisyon Verme ve Beslenmeye İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150) .....	43
Tablo 6.8. Hemşirelerin Cilt Bütünlüğünü Değerlendirme ve Korumaya İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150) .....	44
Tablo 6.9. Hemşirelerin Aydınlatma ve Ses Düzeyini Değerlendirmeye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Dağılımı (N=150) .....	45
Tablo 6.10. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakımı Vermeye İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150) .....	46
Tablo 6.11. Hemşirelerin İnvaziv Girişimlerde Aile Katılımına izin Verilmesine İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150) .....	47
Tablo 6.12. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre BDGB ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150) .....	49
Tablo 6.13. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Yenidoğanın Uyku Uyanıklık Durumuna İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150).....	50
Tablo 6.14. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Ağrı Giderme Yöntemlerinin Kullanımına İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması(N=150).....	51
Tablo 6.15. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Non-Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerine İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150).....	53
Tablo 6.16. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerine İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150).....	56
Tablo 6.17. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Pozisyon Verme ve Beslenmeye İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150).....	57
Tablo 6.18. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Ses, Aydınlatma ve Cilt Bütünlüğüne İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150) .....	59

Tablo 6.19. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre AMB'ye İlişkin Uygulamaların Karşılaştırılması (N=150) .....	61
Tablo 6.20. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre BDGB'ye ilişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150) .....	63
Tablo 6.21. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre AMB'ye Yönelik Uygulamalarının Karşılaştırılması(N=150) .....	64
Tablo 6.22. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre BDGB'ye yönelik Bazı Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150) .....	66



## 1. ÖZET

YYBÜ çalışan hemşirelerin yenidoğanın BDGB'na yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, 11 Şubat 2013 – 25 Mart 2015 tarihleri arasında, İstanbul ilinde bulunan 2 EAH, 2 üniversite ve 2 özel hastanenin YYBÜ'de çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler; Sosyo-Demografik Bilgiler Soru Formu ve Gelişimsel Bakım Soru Formu ile toplandı. Verilerin analizinde; NCSS 2007 programı kullanıldı. Anlamlılık  $p<0,01$  ve  $p<0,05$  düzeylerinde değerlendirildi. Hemşirelerin yaş ortalamasının  $26,26\pm 3,89$  olduğu, %59,3'ünün üniversite mezunu olduğu, %34,7'sinin 2 yıldan daha kısa süredir YYBÜ'de çalıştığı, %19,3'ünün BDGB eğitimi aldığı görüldü. Hemşirelerin %72,7'sinin ağrıyı değerlendirirken skala kullandığı, %87,3'ünün non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini uyguladığı görüldü. Hemşirelerin %82'sinin yenidoğanın cilt bütünlüğünü değerlendirdiği, ancak sadece %54'ünün cilt bütünlüğünü değerlendirirken skala kullandığı belirlendi. Hemşirelerin sadece %29,3'ünün ünitedeki güvenli ses düzeyini doğru olarak bildiği görüldü. Hemşirelerin %93,3'ünün invaziv girişimler sırasında ailelerin yenidoğanın yanında bulunmasına izin vermediği görüldü. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre BGDB'a yönelik bilgi ve uygulamaları değerlendirildiğinde, Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin BDGB eğitimi alma oranının ( $p=0,001$ ), non-farmakolojik yöntemler kullanma oranının ( $p=0,005$ ), invaziv girişimler sırasında ailelerin yenidoğanın yanında bulunmasına izin verme oranının ( $p=0,007$ ), EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin, toplu bakım kavramını bilme oranının ( $p=0,008$ ), çalışma süresi 5 yıl ve altı olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Üniversite/yüksek lisans mezunu hemşirelerin non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanma oranının ( $p=0,036$ ), lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi. Sonuç olarak, YYBÜ'de çalışan hemşirelerin yenidoğanın BDGB'na yönelik bilgileri olsa da bu bilgiler istendik düzeyde değildir. Hemşirelerin yenidoğanın BDGB'na yönelik bilgi ve uygulamaları çalıştıkları kuruma, çalışma sürelerine ve eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu bilgilerin ışığında, hemşirelerin

yenidoğanın BDGB'ına yönelik eğitimlerde bu özelliklerin göz önünde bulundurulması ve eğitiminde sürekliliğin sağlanması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Hemşirelik, Yenidoğan



## **2. SUMMARY**

### **The Knowledge and Applications of Newborn Intensive Care Unit Nurses Towards Individualized Developmental Supportive Care of Newborn**

This research which was planned as descriptive to describe the knowledge and applications of nurses working at NICU towards IDSC of newborn was held between 11th February 2013 – 25th March 2015 with 150 nurses who was working in NICU of 2 public/training and research hospitals, 2 university hospitals and 2 private hospitals in Istanbul, and who participated voluntarily in the research. Data were collected by Socio-Demographic Status Questionnaire, and Developmental Care Questionnaire. In data analysis, NCSS 2007 program was used. The significance was evaluated at  $p < 0.01$  and  $p < 0.05$  levels. The mean age of the nurses was  $26.26 \pm 3.89$ , of 59.3% were university graduates, 34.7% worked in the NICU less than 2 years, 19.3% received IDSC training. It was observed that 72.7% of nurses used scale when assessing the pain, of 87.3% applied non-pharmacological methods at pain control. It was determined that 82% of nurses assessed the integrity of the skin of newborn, but only 54% used scale when assessing the integrity of the skin. It was seen that only 29.3% of nurses has the enough knowledge on the secure sound level at the unit. It was observed that 93.3% of the nurses did not allow the presence of the family beside the newborn during invasive procedures. When evaluating the knowledge and practice of nurses for ISDC based on the organization they worked, it was seen that the ratio of nurses having ISDC training ( $p=0.001$ ), using non-pharmacological methods ( $p=0.005$ ), letting families be beside the newborn during invasive procedures ( $p=0.007$ ) were significantly higher than the nurses working at TRH. It was found that the ratio of nurses who have working time of 6 years and above to know the notion of mass care ( $p=0.008$ ) was statistically significantly higher than the nurses having working time of 5 years and below. It was found that the ratio of nurses who have undergraduate/graduate degree to use the non-pharmacological methods of pain control ( $p=0.036$ ) was statistically significantly higher than the nurses having high school/associate's degree. As a result, although the NICU nurses have the knowledge on IDSC of newborn, the level of this knowledge is not at a desirable level. The knowledge and applications

of nurses towards IDSC of newborn vary according to their organization, working hours and level of education. In light of this information, it can be advised that these features of nurses should be considered during trainings on IDSC of newborn and the continuity of education should be ensured.

**Key words:** Individualized Developmental Supportive Care, Newborn Intensive Care Unit, Nursing, Newborn



### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yenidoğanlar yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) aşırı gürültü, ses ve ağırlı uyaran gibi stresörlere maruz kalmaktadır, stresörlerle erken dönemde karşılaşılması uzun vadede gelişimsel sekellere neden olmaktadır (Dinçer ve ark., 2011; Kenner and Grath, 2004; Gharavi et al., 2005). Bu sekelleri önlemek adına, gelişen bilim ve teknolojiye paralel olarak yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin rollerinde de değişiklikler olmuştur. YYBÜ'lerinde verilen hemşirelik bakımının kalitesi artmış ve hemşire; yenidoğanın en üst düzeyde tedavi ve bakım almasında ekibin çekirdek üyesi olmuştur.

Hemşirelik bakımının kalitesi; hemşirelerin bilgileri, eğitimleri, deneyimlerinin yanı sıra ünitelerin olanakları ile de yakından ilgilidir. YYBÜ'de bakımın amacı; yenidoğanın yaşamını en iyi ve en konforlu şekilde devam ettirme, ağrı ve stresin azaltılması, yenidoğanın gelişim kapasitesinin izlenmesi ve aile bakımını içermelidir (Karataş, 2008).

Gelişmiş ülkelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım (BDGB) uygulanmaktadır (National Association of Neonatal Nurses, 2002). Bu kavram ilk olarak Heidelise Als ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Bakımı ve Değerlendirme Programı (YBDBDP), yenidoğana YYBÜ'de profesyonel bir destekleyici gelişimsel bakım sağlamak üzere disiplinlerarası bir çalışmadan geliştirilmiş (Lawhon and Hedlung, 2008) ve yenidoğanın 85 farklı davranışını kapsayan bir uygulamadır (Holsty et al., 2004). Programdaki temel amaç, iyileşmeyi destekleme, kritik yenidoğanların gelişimine rehberlik etmeye yönelik yapılandırılmış bakım ortamı sağlamaktır (Kenner C and McGrath JM, 2004). Bu program, preterm yenidoğanların erken beyin gelişiminin desteklenmesi açısından oldukça önemlidir (McAnulty et al., 2010; Als and McAnulty, 2011). Bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel davranış modeli gelişiminde çevrenin ve sosyal etkileşimin etkisi büyüktür. Çevresel faktörler kavramsal gelişimi sağlayıp, zeka düzeyini etkilediği gibi özellikle riskli yenidoğanlarda ve pretermilerin ekstrauterin yaşama adaptasyonunda da etkilidir. Bu nedenle pretermilerin bakım veren kişiyle veya ailesiyle etkileşimi son derece önemlidir (Aydın, 1996).



Heidelise Als, 1980 yılından itibaren yaptığı çalışmalarda Sinaktif Teori'yi geliştirmiş ve teoriye dayalı olarak hasta/riskli yenidoğanın gelişimini desteklemek amacıyla 'Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Programı'nı (BDGB) oluşturmuştur (Karataş, 2008).

Sinaktif teoriye göre yenidoğan; sürekli birbiriyle ve aynı zamanda yenidoğan ile temas halindeki çevresel uyaranlarla (ısı, ışık, ses, sosyal etkileşim, dokunma vb.) etkileşim halinde olan "otonomik/fizyolojik", "motor", "durum düzenleme", "dikkat-etkileşim" ve "kendi kendini düzenleme" sistemi olmak üzere 5 alt sistemden oluşur (Aydın, 1996). Bu sistemler birbiriyle sürekli etkileşim halindedir. Bu yaklaşımda yenidoğanın stresinin azaltılması yoluyla beş alt sistemin uyumunun sağlanması ve yenidoğanın stabil hale gelmesi amaçlanmaktadır (Karataş, 2008).

Gelişimsel bakım, prematüre veya riskli yenidoğanların aileleri bakıma dahil edilerek hem yenidoğanı hem ailesine duygusal olarak destek sağlayarak uzun vadede oluşabilecek potansiyel komplikasyonları minimize etmeye odaklanmıştır. Als ve arkadaşları yaptığı çalışmada, yenidoğanın beyin gelişiminde çevresel faktörlerin önemli etkisi olduğunu belirtmiştir (Als, 1982; Als et al., 1988a, 1988b).

Yenidoğanın davranışları bir iletişim şeklidir ve yenidoğan stresini hareketleri ile belirtir. Sağlık profesyonelleri yenidoğanı gözlemleyerek strese girmesine neden olan durumu ortadan kaldırarak, gelişimine uygun ortam sağlamalıdır. Yapılan çalışmalarda, BDGB'nin hastanede kalış süresini ve hastane maliyetini azalttığı, tam enteral beslenmeye geçişi hızlandırdığı ve 9-12. ayda nöro-gelişimsel değerlendirme puanını arttırdığı belirtilmiştir (Jacobs et al., 2002; Symington, Pinelli 2002, Symington and Pinelli 2006).

Yapılan literatür incelemesinde, belirtilen yararlarına rağmen BDGB uygulamalarının yaygın olmadığı ve gelişimsel bakım konusunda sağlık profesyonellerinin yeteri kadar bilgi sahibi olmadığı görülmüştür (Coughlin et al., 2009). Türkiye'de BDGB'nin YYBÜ'de kullanılma durumunu ortaya koyan çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, YYBÜ'lerde yenidoğanın BDGB'i kapsamında yer alan pozisyon verme ve ağrıya ilişkin yenidoğan hemşirelerinin bilgi ve uygulamalarına yönelik çalışmalar aşağıda özetlenmiştir:

Aydın ve Karaca Çiftçi'nin (2015) YYBH'lerin preterm yenidoğanlara uygulanacak terapötik pozisyonlar hakkındaki bilgi düzeyini belirlemek üzere 52 yenidoğan hemşiresiyle yaptığı çalışmada; hemşirelerin preterm yenidoğanlara YYBÜ'de ve taburculuk sonrasında uygulanabilecek terapötik pozisyonlara ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve bu konuda verilecek eğitimlerle artırılması gerektiği saptanmıştır.

Mathew, Mathew ve Singhi'nin (2011) YYBÜ'de çalışan hemşirelerin yenidoğanda ağrıya ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek üzere 81 yenidoğan hemşiresiyle yaptığı çalışmada; gelişmekte olan ülkelerdeki YYBH'lerde bilgi ve uygulama noktasında sayısız eksiklik olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırma, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın BDGB'a yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen verilerin Türkiye'deki YYBÜ'lerde çalışan hemşirelerin BDGB konusundaki gereksinimlerinin belirlenmesine ve hemşirelerin bu konudaki eğitim içeriğinin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve İşleyişine Yönelik Yaklaşımlar**

Bu bölümde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ) bakım ve tedavinin işleyişine yönelik yaklaşımlar ve toplu bakım konuları ele alınacaktır. YYBÜ'de hasta bakım ve tedavisine yönelik hemşireler tarafından benimsenen ve uygulanan yaklaşımlar temel olarak hasta merkezli ve iş merkezli olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır.

#### **Hasta Merkezli Yaklaşım**

Çağdaş hemşirelik rolü, iş merkezli bakım yerine hasta merkezli bakım uygulamalarını gerektirir (Görak, 1994). Sağlık bakımında hasta merkezli bakım yaklaşımı; hastanın istek, ihtiyaç ve değerlerine uygun bakım sağlama olarak tanımlanır ve ancak sağlık bakımına ilişkin görüş ve kararlara hastanın da dahil edilmesiyle (Constand et al., 2014) yani hastanın düşüncelerinin (Hutchings et al., 2012) ve psikososyal durumunun değerlendirilmesiyle başarılabilir (Epstein et al., 2005). Gelişimsel bakımın temelinde de hasta merkezli yaklaşım yer almaktadır (Coughlin et al., 2009).

#### **İş Merkezli Yaklaşım**

İş merkezli yaklaşımda bakım ve tedavinin temelinde görevler bulunmaktadır. Buna göre işleyişin bozulmaması, hemşirelerin görevlerini eksiksiz bir biçimde yerine getirilmesi, hastane yöneticisi ve doktorların istediği işlere öncelik vermeleri, hastaların bireysel istek ve ihtiyaçlarından önce gelmektedir. Hemşirelerin yalnızca hastane yönetiminin veya yöneticilerinin istediği işleri yapma sorumluluğunu üstlenmesi, yalnızca bağımlı bakım ve tedavi fonksiyonlarını yerine getirmesi anlamına gelmekte, bu da hemşirelerin hastaların bakıma yönelik ihtiyaçlarında iş merkezli bir yaklaşım sergilemesine neden olmaktadır (Adar Uyanıker, 2014). Hemşireler tarafından iş merkezli yaklaşım uygulanan hastalardaki memnuniyet düzeyinin, hasta merkezli yaklaşımla bakım verilen hastaların memnuniyet düzeyinden daha düşük olduğu bildirilmiştir (Eker ve Yurdakul, 2008). İş merkezli yaklaşım bir yandan değişen

hemşirelik rolleriyle uyum sağlamazken, diğer yandan hastanın ekip işbirliği içinde üst düzey bir tedavi görmesine de engel teşkil etmektedir (Çam vd., 2010).

#### **4.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları**

24.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu 4. Maddesi gereğince Türkiye Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (YBHD) tarafından yoğun bakım hemşireliği *“ karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını yapmak, sürekli hastaları 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 profesyoneli ”* olarak tanımlanmaktadır (Özcan Şenses, 2009: 16).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Ekim 2004’de yayınlanıp Ağustos 2013’de revize edilen “Yenidoğan ve Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi Hemşiresi Görev Yetki ve Sorumluluklar” yönergesine göre ise;

“Yenidoğan hemşiresi; profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda yenidoğan ve YYBÜ’de yatan yenidoğanların; dış ortama uyumunun sağlanması, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, anne sütü ile beslenmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılmasında önemli rolleri olan; hastalandığında bakımından sorumlu olduğu yenidoğanı kapsamlı olarak değerlendirip klinik belirti ve bulguları yorumlayabilen, ailesi ile birlikte değerlendiren, yenidoğanın bakım gereksinimlerini tespit ederek kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda uygun bakımı planlayabilen, ünitedeki araç gereçleri kullanabilen, araçlardaki verileri değerlendirip yorumlayabilen, yenidoğanlar ve yakınları ile iletişimi ve onlara uygun terapötik yaklaşım kurabilen, eğitim ve danışmanlık yapabilen ve ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa göre hemşirelik mesleğini icra etmeye yetkili sağlık personeli” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013)

Yenidoğanların yoğun bakım ünitelerinde maruz kaldığı aşırı gürültü, ses ve ağırlı uyaran gibi stresörlerle erken dönemde karşılaşılması halinde uzun vadede yol açtığı gelişimsel sekelleri (Dinçer vd., 2011; Kenner and Grath, 2004; Gharavi, Schott and Linderkamp, 2005) önlemek adına, gelişen bilimsel ve teknolojiye paralel olarak yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin rollerinde de değişiklikler olmuştur.

YYBÜ'lerinde verilen hemşirelik bakımının kalitesi artmış ve hemşire; yenidoğanın en üst düzeyde tedavi ve bakım almasında ekibin çekirdek üyesi olmuştur. Hemşirelik bakımının kalitesi; hemşirelerin bilgileri, eğitimleri, deneyimlerinin yanı sıra ünitelerin olanakları ile de yakından ilgilidir. YYBÜ'de bakımın amacı; yenidoğanın yaşamını en iyi ve en konforlu şekilde devam ettirme, ağrı ve stresin azaltılması, yenidoğanın gelişim kapasitesinin izlenmesi ve aile bakımını içermelidir (Karataş, 2008).

24.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda yoğun bakım ünitesi hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları elli sekiz maddede açıklanmıştır. Buna göre YYB hemşiresi; hasta ve ailesinin bütünlüğüne, haklarına, özerkliklerine ve farklılıklarına saygı göstererek, yargılayıcı ve ayrımcı olmayacak şekilde bakım sağlamalı; hasta yararına olan karar ve girişimleri etik ilkeler doğrultusunda belirlemelidir (Özcan Şenses, 2009).

#### **4.3. Yenidoğan Bakımı ve İzlemine Yönelik Hemşirelik Eğitimi**

Yoğun bakım hemşiresinden beklenen temel görev ve sorumlulukların yerine getirilebilmesini sağlamak amacıyla 25/2/1954 tarih ve 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair 25/4/2007 tarih ve 5634 Sayılı kanunda hemşirenin eğitimine açıklık getirilmiştir. Buna göre *“yoğun bakım hemşiresi lisans mezunu olmalı, mezuniyet sonrasında yoğun bakım hemşireliği sertifikası, ileri yaşam desteği ve enfeksiyon eğitimi almış olmalı ve her yıl birimlerine özel eğitimini güncellemelidir”* (5634 Say. Hemşirelik Kanunu, 2007).

Yoğun bakım birimlerinde kaliteli hemşirelik hizmetlerinin sürdürülebilmesi için ihtiyaç duyulan özel bilgi ve becerilerin kazanılmasında hemşirenin kendi sorumluluğu kadar, devletin de sorumluluğu bulunmaktadır. Bu bağlamda Türkiye'de 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 bir yıl yenidoğan yoğun bakım biriminde çalışmış olması gerekmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı 2007 yılında 17086 sayılı genelge ile yoğun bakım hemşiresinin Yenidoğan Canlandırma Eğitimi (NRP) alma koşulunu da getirmiştir (Özcan Şenses, 2009).

#### **4.4. Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımı**

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde (YYBÜ) verilen bakımın niteliği son yüz yılda hızlı bir şekilde değişmiş, yeni yaklaşımlar yenidoğanın bireysel ihtiyaçları ve psikolojik durumundaki değişikliklere odaklı bir bakımı hedeflemiştir (Thoman, 2003: 29). Gelişmiş ülkelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım (BDGB) yaygın olarak uygulanmaktadır (National Association of Neonatal Nurses, 2002). Bu kavram ilk olarak Heidelise Als ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Heidelise Als, 1980 yılından itibaren yaptığı çalışmalarda Sinaktif Teori'yi geliştirmiş ve teoriye dayalı olarak hasta/riskli yenidoğanın gelişimini desteklemek amacıyla 'Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Programı'nı oluşturmuştur. Sinaktif teoriye göre yenidoğan; sürekli birbirleriyle ve aynı zamanda yenidoğanla temas halindeki çevresel uyaranlarla (ısı, ışık, ses, sosyal etkileşim, dokunma vb.) etkileşim halinde olan otonomik/fizyolojik, motor, durum düzenleme, dikkat etkileşim ve kendi kendini düzenleme sistemi olmak üzere 5 alt sistemden oluşur (Aydın, 1996). Bu alt sistemler belirli bir sırada olgunlaşır, sürekli birbirleri ve aynı zamanda yenidoğanla temas halindeki çevreyle de etkileşim içindedir (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013). Bu yaklaşımda yenidoğanın stresinin azaltılması yoluyla beş alt sistemin uyumunun sağlanması ve yenidoğanın stabil hale gelmesi amaçlanmaktadır (Karataş, 2008).

Yenidoğanın BDGB'si ve Değerlendirme Programı (YBDGBDP), yenidoğana YYBÜ'de profesyonel bir destekleyici gelişimsel bakım sağlamak üzere disiplinlerarası bir çalışmadan geliştirilmiş (Lawhon and Hedlung, 2008) ve yenidoğanın 85 farklı davranışını kapsayan (Holsty et al., 2004) bir uygulamadır. Programdaki temel amaç, iyileşmeyi destekleme, kritik yenidoğanların gelişimine rehberlik etmeye yönelik yapılandırılmış bakım ortamı sağlamaktır (Kenner C, McGrath JM, 2004). Bu program, preterm yenidoğanların erken beyin gelişiminin desteklenmesi açısından oldukça önemlidir (McAnulty et al., 2010; Als and McAnulty, 2011). Bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel davranış modeli gelişiminde çevrenin ve sosyal etkileşimin etkisi büyüktür. Çevresel faktörler kavramsal gelişimi sağlayıp, zeka düzeyini etkilediği gibi özellikle riskli yenidoğanlarda ve pretermilerin ekstrauterin yaşama adaptasyonunda da

etkilidir. Bu nedenle pretermilerin bakım veren kişiyle veya ailesiyle etkileşimi son derece önemlidir (Aydın, 1996).

BDGB'nin planlanması; beslenme, kan alma, bakım verme gibi her türlü girişimin öncesinde, sırasında ve sonrasında yenidoğanın fizyolojik, davranışsal (motor) ve durumsal özellikleri yönünden tekrarlı ve yapılandırılmış bir şekilde gözlemi ve değerlendirilmesiyle gerçekleştirilir. Bu gözlemler, yenidoğanın stres belirtileri ve bu stresle başedebilmede yaklaşma ya da sakınma davranışları olarak sergilediği kendi kendini düzenleme çabalarına odaklanır. Gelişimsel bakım planında; “fizyolojik dengenin sağlanması”, “enerjinin korunması”, “uyaranların azaltılması” ve “kendi-kendini sakinleştirmenin kolaylaştırılması” hedeflenir. Bakım planı yenidoğanın var olan gelişimsel düzeyine dayandırılarak, çevresel değişiklikler, bireysel bakım ilkeleri ve aile gereksinimleri göz önüne alınacak şekilde yenidoğanın gelişimine uygun olarak planlanır (Westrup, 2007; Beal, 2005; Karakoç, 2003).

Temel olarak YYBÜ'deki gelişimsel bakım; pretermi işaret ve iletişimi odaklı olup aşağıdaki girişim ve uygulamaları kapsamalıdır (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013).

- Fizik çevrenin kontrolü,
- Uygun pozisyonun (fleksiyon pozisyonunun sağlanması) verilmesi,
- Toplu bakım verilmesi,
- Besleyici olmayan emmenin desteklenmesi,
- Kanguru bakımı ve bu bakımın yürütülmesi,
- Çoğul doğmuş yenidoğanların birlikte yatırılması,
- Kendi-kendini sakinleştirmenin öğretilmesi,
- Tüm değerlendirme ve girişimlerde işbirlikçi bakımın sürdürülmesi,
- Yenidoğanın rahatı ve iyiliğini desteklemek için ebeveynlerin mümkün olduğunca bakıma katılımının sağlanması,
- Ailenin rahatlığı, yenidoğanı sevmesi ve yaklaşmasına olanak sağlayan bir çevrenin desteklenmesi,
- Taburculuk planı
- Toplumsal bağın sürdürülmesi.

Yukarıdaki girişimleri kapsayan yenidoğanın BDGB'nin planlanması 4 temel grupta toplanabilir. Bunlar:

- Girişimsel ve Ruhsal Bakım: Anne Yenidoğan Uyumu, Duyusal Uyarı, Yenidoğanda Ağrı Kontrolü
- Çevresel Bakım: Ses, Işık ve Ağrılı Uyaranların Azaltılması
- Yenidoğanın Aile Katılımı ve Desteği ile Bakımı
- Yenidoğanın Bakımının Sürekliliğinin Sağlanması

#### **4.5. Yenidoğanda Beslenme**

YYBÜ'de yenidoğanın beslenmesi; hem anne memesinden emmeyle hem de kaşıkla, fincanla ya da enjektörle ağızdan besin verilmesi şeklinde "ağızdan (oral) beslenme"yle; anne sütü veya mamanın, yenidoğanın ağızından veya burnundan midesine doğru ilerletilerek yerleştirilen yumuşak bir tüp ucuna yerleştirilen enjektör aracılığıyla yer çekiminin etkisi yardımıyla yavaşça gönderildiği "gavaj beslenme"yle ya da yenidoğana, damarına yerleştirilen yumuşak bir tüp (kateter) aracılığı ile yenidoğanın beslenmesini sağlayan, şeker, yağ, protein ve vitamin içeren steril özel solüsyonların verildiği "Intravenöz sıvılarla beslenme"yle yapılabilir (Kılıçarslan Törüner ve ark., 2014).

Oral beslenmeye geçişte ilk tercih anne sütü olmalıdır. Anne memeleri, gebeliğin 6-7. ayından itibaren hipofizden salgılanan prolaktin hormonu aracılığıyla alveollerindeki epitelyal hücrelerden süt yapmaya başlar. Yenidoğanın meme ucunu uyarmasıyla süt yapımı ve süt inme refleksi meydana gelir. Her emzirme sonrasında prolaktin salgılanır ve bir sonraki emzirme için süt oluşturur. Anne sütü; kolostrum, geçiş sütü ve matür süt olarak salgılanır (Çetin Kaşıkçıoğlu ve ark., 2014).

#### **Yenidoğanın Beslenmesinde Anne Sütünün Önemi**

Besin içeriği yüksek ve sindirimi kolay olan anne sütünün gastrointestinal sistem fonksiyonlarına katkısının yanısıra nörogelişimsel faydaları da bulunmaktadır. Anne sütünün temel özellikleri ve faydaları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Çetin Kaşıkçıoğlu ve ark., 2014; Kılıçarslan Törüner ve ark., 2014):



- Steril olması, içinde bol miktarda antikor bulunması, enfeksiyona yol açmaması gibi immünolojik özellikleriyle yenidoğanı enfeksiyonlara karşı korur, yenidoğan bağışıklık sistemini kuvvetlendirir.
- Yenidoğanın ihtiyacı olan bütün besin öğelerini içermesi nedeniyle yenidoğanın büyümesini ve gelişmesini hızlandırır. Özellikle yenidoğanın beyin gelişimi için gerekli olan taurin anne sütünde 40 kat daha fazladır. Ayrıca, büyümeyi düzenleyen faktörlerden, yenidoğanın gelişiminde önemli olan yağ asitleri ve laktoz yönüyle zengindir.
- Anne sütü ile beslenen yenidoğanlarda pişik ve benzeri cilt sorunları ile ishal, karın ağrısı, kabızlık gibi birçok enfeksiyon ve egzema, alerjik hastalıklar, diş eti hastalıkları, kanser, diyabet ve obezite gibi hastalıklar daha az görülür.
- Hazır ve pratik bir besin olması nedeniyle her zaman taze ve içilmeye hazır haldedir.
- Sindirimi yenidoğan için en kolay besin maddesidir.
- Ekonomiktir.
- Alerjen değildir.
- Mineral içeriği çok uygundur, böbrek yükü oluşturmaz.
- Annede uterus involüsyonunu sağlayarak postpartum kanamayı azaltır.
- Annenin gebelik öncesi kilosuna dönmesine yardımcı olur.
- Meme ve over kanseri riskini azaltır.
- Postmenopozal osteoporoz ve kalça kırığı riskini azaltır.
- Anne ile çocuk arasında psikolojik, duygusal bağı güçlendirir.
- Prolaktin hormonu anneyi sakinleştirir.
- Sağlık harcamalarını azaltarak ülke ekonomisine de fayda sağlar.

Yukarıda sayılan sayısız yararı göz önünden bulundurularak ailelere, yenidoğanı anne sütü ile beslenmesinin yenidoğana ve anneye yararları anlatılmalı, aileler bu yönde teşvik edilmelidir.

Anne sütünün yetersiz kalması halinde doktor önerisi doğrultusunda yenidoğana uygun olan, steril malzemelerle ve kutusunda önerilen ölçüde hazırlanan formüle mama verilebilir. Her beslenmede yenidoğanın aldığı miktarda formüle mama yeniden hazırlanmalı, artanı dökülmelidir (Çetin Kaşıkçoğlu, 2014). YYBÜ'de formüle

mamaların saklanması, yenidoğan bakımı için gerekli malzemeler, ilaçlar ve anne sütlerinde olduğu gibi temiz ortamda gerçekleştirilmelidir (Salihoğlu ve ark., 2011).

#### **4.6. Yenidoğanda Cilt Bütünlüğünün Değerlendirilmesi**

Anne karnındaki sıvı ortamdan kuru hava ortamına geçen yenidoğanın cilt bütünlüğünün değerlendirilmesi ve korunması oldukça önemlidir. Yenidoğanın cilt kalınlığı erişkine göre daha ince olup epidermis ince, epidermis yüzeyi verniksle kaplıdır. Yenidoğanda stratum korneumdaki hücre sayısı erişkine göre daha azdır. Cilt özellikleri özellikle yağda çözünen maddelere karşı erişkinlere göre daha yüksek olup, cilt pH'ı yenidoğanda 4. gün aside dönüşebilmektedir (Çöllü, 2012). Cilt yüzey pH değeri birinci ayın sonunda erişkin ve büyük çocuklardaki düzeye çok yakın (5,0-5,5) bir değere düşer (Karabulut, 2011). Dolayısıyla yenidoğanların etkin ter bezi fonksiyonu ve enfeksiyona direnç yetersiz olup, alerjene duyarlılık erişkine göre daha az, fotosensivite daha fazladır (Çöllü, 2012). Deri pH değeri asiditeye doğru kaydıka Stratum korneum oluşumunda rol alan enzimler üzerinden etkiyle, cilt bütünlüğüne katkı sağlar (Karabulut, 2011). Bu bakımdan, cilt bütünlüğünün değerlendirilmesinde, yenidoğanın cildinin normal insan cildinden farklı olduğu ve bu özelliklere göre değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır (Çöllü, 2012; Gözen, 2015).

AWHONN Kanıta Dayalı Yenidoğan Cilt Bakımı Klinik Uygulama Rehberi'ne (Neonatal Skin Care AWHONN Evidence-Based Clinical Practice Guideline) göre; yenidoğanın cilt bütünlüğü, yenidoğan hemşiresi tarafından günlük olarak değerlendirilmeli (Karakoç, 2011), bulguları yenidoğan izlem formuna kaydedilmeli, bir anormallik tespit edildiğinde diğer ekip üyeleri bilgilendirilmeli ve yenidoğanın BDGB'de yenidoğana özel uygulamaların hayata geçmesi sağlanmalıdır (Dursun ve Bülbül, 2014).

#### **Yenidoğanın Cilt Bütünlüğünü Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler**

Cilt bütünlüğünü değerlendirmede birçok değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır(Gözen, 2015). Ancak yenidoğanların bakım uygulamalarında Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği'nin (AWHONN: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses) cilt bakımı üzerine 200'ün üzerinde çalışmayı inceleyerek, yenidoğan hemşireleri ve pediatrik dermatolojistlerden oluşan bir

ekip tarafından 2.830 yenidoğan ve 51 hemşireyi kapsayan, ilk kez 2001 yılında hazırladığı, 2007 ve 2013 yıllarında güncellediği AWHONN Yenidoğan Cilt Bakımı Klinik Uygulama Rehberi (AWHONN Clinical Practice Guideline For Neonatal Skin Care) ve yenidoğan cilt bütünlüğünü değerlendirmede bu rehberde yer alan Yenidoğan Cilt Durum Skalası (NSCS: Neonatal Skin Condition Scale) önerilmektedir (Karakoç, 2011; Lund, 2013). Bu skalada; cilde ilişkin (1) Kuruluk, (2) Kızartı ve (3) Soyulma/Bozulma durumları 1'den 3'e değerlendirilmektedir. Normal/kuru olmayan, görünür kızartısı olmayan, soyulma/bozulma olmayan cilt toplam 3 puanla mükemmel cilt durumunu gösterirken, çok kuru/çatlak, görünür kızartısı olan, soyulma/bozulması fazla olan cilt 9 puanla en kötü cilt durumunu göstermektedir (Lund et al., 2001).

Yenidoğanların cilt bütünlüğünü değerlendirilmede kullanılan bir diğer skala da Huffines ve Lodgson'ın (1997) yenidoğanların 26-40. gestasyon haftalarında cilt durumunu değerlendirmek üzere erişkinler için kullanılan Braden Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği'nden (BSPPSR The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) uyarlayarak geliştirdiği Yenidoğan Cilt Risk Değerlendirme Skalası'dır (NSRAS: The Neonatal Skin Risk Assessment Scale) (Huffines and Lodgson, 1997; Baharestani and Ratliff, 2007).

### **Yenidoğanda Yapıştırıcıların (Flaster) Kullanımı**

Cilt yüzeyi yapıştırıcılarını kullanırken ya da çıkarırken yenidoğanın cilt bütünlüğünü korumaya yönelik girişimlerde bulunma, YYBÜ'de yenidoğanın destekleyici gelişimsel günlük yaşam aktivitelerinin temel gerekliliklerinden biridir (Coughlin et al., 2009). Yenidoğanda mümkün olduğunca flaster kullanımından kaçınılmalı, eğer flaster kullanılacaksa cilt ile flaster arasında koruyucu bir bariyer kullanılmalıdır. Flaster çıkarılırken 90 derece açıyla yukarı çekmek yerine, flasterin bitiminden cilt tutularak cilde paralel olarak çekilmelidir. Flasterle cilt arası yüzey suyla ıslatılmış pamuk kullanılarak ıslatılmalı, çözücü kullanılmamalıdır. Tekrar flaster kullanılmayacaksa bölgeye vazelin sürülmelidir (Karakoç, 2011).

## **Cilt Temizleyicileri ve Nemlendiricilerin Kullanımı**

Yenidoğanın cilt bakımında kullanılan cilt temizleyicileri ve nemlendiricilerinin; pH seviyesi nötral (5,5-7), boya, kimyasal, parfüm ve koruyucu madde içermeyen, formülü yenidoğanları için uygun, zararsız olduğu kanıtlanmış, vazelin bazlı ve suda çözünen yumuşak sıvı ürünler olmasına dikkat edilmelidir (Karakoç, 2011; Kelenderer ve ark., 2013; Çetin Kaşıkçioğlu ve ark., 2014).

### **4.7. Yenidoğanda Uyku-Uyanıklık Düzeninin Sağlanması**

Yenidoğanda görme sisteminin gelişimi 30-32. gestasyon haftalarında başlayarak gelişimini tamamlaması 3 yaşına kadar sürer. Yenidoğanın beyin fonksiyonlarının sağlıklı gelişimi, genel hareketlerinin ve bu hareketlerin kalitesini, bu da motor gelişimini etkiler (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013). Diğer yandan yenidoğanın uyku-uyanıklık durumu, canlılık düzeyi, ağlama süresi, sessiz uyanıklık durumu ve yenidoğanın ağrısı arasında da ilişki bulunmaktadır. Yenidoğanın sessiz uyanıklık durumunu arttıran, ağlama süresini azaltan uygulamaların, aynı zamanda yenidoğanın ağrısını da azalttığı bildirilmiştir (Çetin Kaşıkçioğlu, 2014). Bu bakımdan yenidoğanın uyku-uyanıklık durumunun değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Yenidoğan ilk günlerde uyumakta zorlanabilir ve zaman içinde uyku alışkanlıklarının değişimine paralel olarak uykuya daldığı ve uyanık olduğu zamanlar ve uyku-uyanıklık süreleri değişebilir (Ovalı, 2013). Bu bakımdan yenidoğanın uyku-uyanıklık zaman ve sürelerinin kaydedilmesi, uyku kalitesinin belirlenebilmesi, diğer bakım uygulamalarının bu zaman ve sürelerle uygun olarak ayarlanabilmesi ve yenidoğanın motor fonksiyonlarının sağlıklı gelişimi açısından önem taşır (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013).

### **4.8. Yenidoğanda Ağrı ve Stresin Değerlendirilmesi ve Yönetimi**

Mevcut ölçüm yöntemlerine göre ağrının değerlendirilmesi için henüz ideal bir yöntem yoktur. Yenidoğanın ağrı ve stresinin değerlendirilmesinde, davranışsal ve fizyolojik yaklaşımlara uygun olarak farklı ölçekler kullanılmaktadır (Güzeldemir, 1995). Yenidoğanlarda ağrı ve stresin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin bazıları aşağıda kısaca incelenmiştir. (Güzeldemir, 1995; Akyürek ve Conk, 2006; Derebent ve Yiğit,

2006; Dinçer ve ark., 2011; Aliefendioğlu ve Güzöğlu, 2015; Aslan, 2015; Şengöz, 2015).

**Yenidoğan Ağrı Skalası - Neonatal Infant Pain Scale (NIPS):** Bu skala Lawrence ve arkadaşları (1993) tarafından yenidoğanların invaziv girişim öncesinde, işlem sırasında ve sonrasında verdikleri davranışsal ağrı yanıtlarını değerlendirmek için geliştirilen bir skaladır. (1) Yüz ifadesi, (2) Solunum şekli, (3) Kol hareketleri, (4) bacak hareketleri, (5) Uyanıklık durumu ve (6) Ağlama olmak üzere 6 parametre değerlendirilmektedir.

**Yenidoğan Postoperatif Ağrı Skalası - Neonatal Postoperatif Pain Scale (CRIES):** Krechel ve Bildner (1995) tarafından gebelik yaşı 32 hafta üzerinde ve ameliyat sonrası dönemde olan yenidoğanlarda fizyolojik ağrıyı değerlendirmek için geliştirilen, yatak başında uygulanabilen bu skala; (1) Ağlama, (2) O<sub>2</sub> gereksinimi, (3) Yaşam bulguları, (4) Yüz ifadesi ve (5) Uykusuzluk değerlendirilmektedir.

**Prematüre Yenidoğan Ağrı Profili - Premature Infant Pain Profile (PIPP):** Stevens ve arkadaşları (1996) tarafından 28-36 haftalık yenidoğanlarda girişimsel ağrıda ve ameliyat sonrası dönemde kullanılmak üzere geliştirilen, yatak başında uygulanabilen bir skaladır. Bu skalada (1) Gebelik yaşı (2) Davranışsal durum (3) Kalp atım hızı (4) O<sub>2</sub> doygunluğu (5) Alın kırıştırma (6) Göz sıkma (7) Nazolabial oluğun belirginleşmesi değerlendirilmektedir.

**Yenidoğan Yüz Görüntü Puanlama Sistemi - Neonatal Facial Image Scoring System (NFISS):** Chen ve arkadaşları (2005) tarafından preterm ve term yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi için geliştirilen ve yatak başında uygulanabilen bir skaladır. Bu skalada; (1) Alın Kırıştırma (2) Göz sıkma (3) Nazolabial oluğun belirginleşmesi (4) Açık dudaklar (5) Ağız germe (vertical) (6) Dudak büzme (horizontal) (7) Gergin dil (8) Dilde çıkıntı (9) Yanak şişirme değerlendirilmektedir.

**Maksimum Yüz Hareketleri Kodlama Sistemi - Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX Scale):** Izard (1983) tarafından 23-32

haftalık yenidoğanlarda girişimsel ağrıda kullanılmak üzere geliştirilen bir skaladır. Bu skalada; (1) Kas hareketleri, (1) Göz hareketleri, (1) Ağız hareketleri, (1) Yüz ifadesi değerlendirilmektedir.

**Yenidoğan Ağrı Davranış Göstergeleri - Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP):** Holsti ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilen ve yatak başında kullanılabilen bir skaladır. Bu skalada; (1) Uyku/Uyanıklık durumu ve (2) Yüz ve el hareketleri değerlendirilmektedir.

**Yenidoğan Ağrı Skalası - Neonatal Pain Scale (COVERS):** Hand ve arkadaşları (2010) tarafından tüm yenidoğanlarda girişimsel ağrının değerlendirilmesi için geliştirilen ve yatak başında uygulanabilen bir skaladır. Bu skalada: (1) Ağlama, (2) O<sub>2</sub> tüketimi (3) Yaşam bulguları (4) Uyanıklık (5) Yüz ifadesi (6) Stres belirtileri değerlendirilmektedir.

**Yenidoğan Ağrı ve Rahatsızlık Ölçeği - Échelle Douleur Inconfort Nouveau (EDIN Scale):** Debillon ve arkadaşları (2001) tarafından preterm ve term yenidoğanlarda kronik ağrıyı değerlendirmek için geliştirilen bir skaladır. Bu skalada; (1) Yüz hareketleri, (2) Vücut Hareketleri, (3) Uyku kalitesi, (4) Hemşireyle iletişimin kalitesi ve (5) Rahatlık durumu değerlendirilmektedir.

**Yenidoğan Yüz Kodlama Skalası - Neonatal Facial Coding Scale (NFCS):** Granau ve arkadaşları (1998) tarafından preterm ve term yenidoğanlarda ve 4 aydan küçük bebeklerde kullanılmak üzere geliştirilen, yatak başında uygulanabilen bir skaladır. Bu skalada; (1) Alın Kırıştırma, (2) Göz sıkma, (3) Nazolabial oluğun belirginleşmesi, (4) Açık dudaklar, (5) Ağız germe, (6) Dudak büzme, (7) Gergin dil, (8) Çene titremesi, (9) Dilde çıkıntı değerlendirilmektedir.

**Ağrı Değerlendirme Aracı - Pain Assessment Tool (PAT):** Hodgkinson ve arkadaşları (1994) tarafından 27-40 haftalık yenidoğanlardagirişimsel ağrıda ve ameliyat sonrası dönemde kullanılmak üzere geliştirilen bir skaladır. Bu skalada; (1) Solunum Sayısı, (2) Kalp atım hızı, (3) O<sub>2</sub> doygunluğu, (4) Kan basıncı, (5) Ağlama, (6)

Yüz ifadesi, (7) Uyanıklık, (8) Postür/Tonüs ve (9) Hemşirenin Ağrı Algılaması değerlendirilmektedir.

Yenidoğanlarda ağrı ve stresin ölçülmesinde kullanılan skalada yer alan bulgular yenidoğan izlem formuna kaydedilmeli, bir anormallik tespit edildiğinde diğer ekip üyeleri bilgilendirilmeli ve yenidoğanın BDGB'de yenidoğana özel uygulamaların hayata geçmesi sağlanmalıdır (Dursun ve Bülbül, 2014; Şengöz, 2015).

#### **4.8.1. Bakım ve Tedavi Sırasında Yenidoğanın Aktivitelerinin Ağrı/Stres Açısından Değerlendirilmesi**

Yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi; hareketleri, yüz ifadesinin görünüşü, ağlaması gibi davranışsal yanıtların ve taşikardi, hipertansiyon, taşipne, hipoksemi, avuç içi terlemesi gibi fizyolojik yanıtların gözlenmesiyle yapılmaktadır. Davranışsal yaklaşıma göre yenidoğanın ağrı ve strese verdiği tepki ağlama şeklinde kendini gösterir. Yenidoğan, doğum, aç olma, sağlıklı ya da hasta olma durumlarında farklı şekillerde ağlar (Güzeldemir, 1995). Dolayısıyla bakım ve tedavi sırasında yenidoğanın çeşitli hareketleri ağrı ve stres belirtisi olabilir. Bu bakımdan yenidoğanın aktivitelerinin ağrı/stres açısından değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

#### **4.8.2. Yenidoğanlarda Ağrının Giderilmesinde Non-Farmakolojik Yöntemlerinin Kullanılması**

Yenidoğanlarda ağrıyı azaltmada kullanılan farmakolojik yöntemlerin birçok yan etkisi bulunmaktadır. Dolayısıyla farmakolojik yöntemlerin non-farmakolojik yöntemlerle desteklenmesi önerilmektedir. Yenidoğanlarda sık uygulanan topuk kanı alma ve aspirasyon gibi işlemler sırasında ağrıyı azaltmak için sukroz verme, sarmalama, emzik verme, kucağa alma, emzirme, müzik dinletme, kanguru bakımı, prone pozisyonu verme, cenin pozisyonu verme, sallama, annenin dokunması, anne sesi ve kokusu gibi uygulama ve yöntemler kullanılmaktadır (Çağlayan ve Balcı, 2014). Aşağıda bu yöntemler kısaca ele alınmıştır.

##### **Sukroz Verme**

Yenidoğanın davranışsal durumu 32. gestasyon haftasında önemli derecede belirginleşir. Sessiz-derin uyku 30. hafta civarında artar. Yenidoğan dokunmaya

fizyolojik dengesizlik yanıtı verir ve tipik stres belirtilerini gösterir. Bu nedenle 31. gestasyon haftasından itibaren yenidoğanlara sukroz uygulaması düşünülebilir (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013). Diğer yandan, sadece cenin pozisyonu verilen yenidoğanlarda oral sukroz uygulamasına göre ağrının daha fazla azaldığı, her iki yöntemin birlikte uygulandığı durumda ise ağrının daha da azaldığı bildirilmiştir (Çağlayan ve Balcı, 2014).

### **Sarmalama**

Yenidoğanda ağrı azaltmada kullanılan yöntemlerden biri de sarmalamadır. Yenidoğanı sakinleştirmek için annelerin kullandığı yöntemlerden biri sarmalamadır (Ovalı, 2013; Özel Efe, 2013). Sarmalama uygulanan yenidoğanların günlük ağlama sürelerinin daha kısa olduğu bildirilmiştir (Özel Efe, 2013). Ancak burada belirtilen geleneksel kundaklamadan farklı olarak yenidoğanın bacaklarının ve kalçalarının serbest hareketine olanak sağlayan gevşek bir sarmalamadır. Geleneksel sıkı kundaklamada (kalça ve dizleri zorla düzeltilerek sıkıca kundağa sarmak gibi), yenidoğanlardakalçaların çıkığa eğilimli hale geldiği, çukuru henüz tam gelişmemiş yenidoğanın, bu zorlamalar nedeniyle kalçasının çıkabildiği de bildirilmiştir (Özel Efe, 2013). Yenidoğanda stresi azaltmaya yönelik olarak sarmalama uygulamalarının 33. gestasyon haftasından itibaren uygulanabileceği belirtilmiştir (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2015). 25-36. gestasyonel haftadaki 30 yenidoğandantopuk kanı alma işlemi sırasında uygulanan sarmalamanın ağrı, kalp tepe atımı ve oksijen saturasyonları üzerindeki olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Çağlayan ve Balcı, 2014; Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013).

### **Emzik Verme**

Preterm yenidoğanlarda emzik verme, yenidoğanın canlılık düzeyini ve ağlama süresini azaltarak sessiz uyanıklık durumunu artırır (Çetin Kaşıkçıoğlu, 2014). Ayrıca pretermelerde emzik vermenin, topuk kanı alma ve aspirasyon gibi işlemler sırasında ağrıyı azalttığı gösterilmiştir (Çağlayan ve Balcı, 2014). Özellikle, özel durumlarda sondayla beslenen riskli yenidoğanların oral beslenmeye geçiş süresinin hızlandırılması için emzik kullanılabilir (Çetin Kaşıkçıoğlu, 2014). Ancak sağlıklı term yenidoğanlarda emzik vermenin yenidoğanın anne sütü alma miktar ve süresini azalttığı da bildirilmiştir



(Özel Efe, 2013). Bu bakımdan emzirme döneminde yenidoğanlara yapay meme veya emziğin verilmemesi önerilmektedir (Kılıçarslan Törüner, 2014).

### **Kucağa Alma**

Yenidoğanları sakinleştirmede, ağrısını azaltmada kullanılan yöntemlerden biri de kucaklama ya da kucağa almadır (Ovalı, 2013; Özel Efe, 2013; Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013; Çetin Kaşıkçioğlu, 2014). Kucağa alma, yenidoğanın fizyolojik gelişimine, oral beslenmesine olumlu katkıda bulunmaktadır (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013). Kucağa alarak emzirmenin, yenidoğanlarda periferik venöz kan örnekleme sırasındaki ağrıyı azaltmada da etkili olduğu bildirilmiştir (Özel Efe, 2003). Tüm yenidoğan annelerinin kucağa alma yöntemini daha çok kullanmaları yönünde teşvik edilmeleri, kucaklamanın faydaları konusunda bilgilendirilmeleri yenidoğanın sadece ağrısının azaltılmasında değil, sağlıklı gelişimi açısından da oldukça önemlidir (Çetin Kaşıkçioğlu, 2014; Erdeve ve ark., 2008).

### **Emzirme**

Emzirmenin yenidoğanlarda ağrıyı azalttığı (Çetin Kaşıkçioğlu, 2014); kucakta emzirmenin, periferik venöz kan örnekleme sırasında yenidoğanın ağrısının azaltılmasında etkili olduğu (Özel Efe, 2003) bildirilmiştir. Yenidoğana, anneye ya da doğuma ilişkin faktörler emzirmeyi, emzirme süresini ve şeklini etkileyebilmekte; yanlış emzirmeye ya da emzirme eksikliğine yol açabilmektedir. Bu bakımdan emzirmenin ağrı azaltıcı etkisi yanında diğer faydalarının da yenidoğan annelerine açıklanması, emzirmenin teşvik edilmesi önemlidir.

### **Müzik Dinletme**

Gestasyonun son haftalarında, konuşma ve müzik gibi potansiyel olarak olumlu yüksek frekansların dinletilmesi, yenidoğanın duyma ve dil becerilerinin gelişimine (Lahav and Skoe, 2014), sağlık durumunun, psikomotor becerilerinin gelişimine (Bieleninik and Gold, 2014) ve ailesiyle arasındaki bağın gelişimine (Abromeit, 2003; Bieleninik and Gold, 2014) katkıda bulunabileceği bildirilmiştir. Müzik dinletme ya da müzik terapisi, günümüzde YYBÜ'lerde BDGB çerçevesinde yenidoğanın stresinin ve ağrısının azaltılması, büyümesinin hızlandırılması, beslenmeye ve uykuya geçişinin

kolaylaştırılması, oksijen saturasyon düzeyinin ve kalp tepe atımı değerlerinin istenen seviyelere getirilmesinin sağlanması ve hastanede kalış süresinin azaltılmasında değerlendirilmektedir (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012).

### **Pozisyon Verme**

Yenidoğanların kas lifleri ve refleks gelişimlerinin tamamlanmamış olması, iskelet ve eklem hareketliliklerinin yetersiz olması, yenidoğana pozisyon verilmesi ihtiyacını doğurur (Kahraman ve ark., 2011). Özellikle preterm yenidoğanların hipotonik yapısı nedeniyle pozisyonunu koruyamaması nedeniyle pozisyon verme gerekliliği vardır. Diğer yandan, pozisyon verme yöntemi; yenidoğanların tedavi ve bakım uygulamalarının yol açtığı ağrı ve acıdan, çevresel uyarıcılardan etkilenmesini azaltmasında, aynı zamanda postürlerini koruyarak stresle baş etmelerini sağlamalarında olumlu etkide bulunur (Aydın ve Karaca Çiftçi, 2015). Kahraman, Başbakkal ve Yalaz'ın (2014) YYBÜ'lerinde yatan, gestasyon yaşı 27-40 hafta arasındaki 120 yenidoğanla yaptığı çalışmada; preterm yenidoğanların pozisyonunun desteklenmeye ve çevrelemeye ihtiyaç duyduğu, fleksiyon postürlerinin teşvik edilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

### **El-Yüz Manipülasyonu**

El-ağız ve el-yüz manipülasyonu yenidoğanı sakinleştirmede kullanılan yöntemlerden biridir (Ovalı, 2013). Yenidoğanın gelişimsel bakımında 23. gestasyon haftasından itibaren el kavrama ve yüzün uyarılması uygulaması önerilmektedir (Laudert et al., 2007).

### **4.8.3. Yenidoğanlarda Ağrının Giderilmesinde Farmakolojik Yöntemlerin Kullanılması**

Yenidoğanın BDGB'de birçok işlem sırasında yenidoğanda ağrılı durumlar oluşabilir. Yenidoğanın ağrısını azaltmak amacıyla önceki bölümde bahsedilen nonfarmakolojik yöntemler dışında, farmakolojik yöntemler de tek başına ya da nonfarmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanabilmektedir. Derin anestezi ya da narkotik analjeziklerin intraoperatif kullanımının yenidoğanda ağrının azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir (Güzeldemir, 1995). Ağrılı işlemler öncesinde yenidoğanın

ağrısını önlemek amacıyla uygulanan başlıca farmakolojik yöntemler; opioid verme, asetaminofen (parasetamol) verme, diğer sistemik analjezikleri verme, EMLA (Lokal Anestezik Pomad) uygulama ve diğer farmakolojik yöntemler olarak sıralanabilir. Aşağıda bu farmakolojik yöntemler incelenecektir.

### **Opioid Verme**

Temel olarak mü, kappa, delta ve sigma olmak üzere dört tipte bulunan ve asıl etkileri analjezi sağlamak olan opioidler doğumun erken evrelerinde ağrı azaltmada (Dostbil, 2006), sezaryan sonrası ağrı kontrolünde etkin olarak kullanılır (Kendigelen, 2010). Opioidlerin lokal anesteziklerle kombine edilmesi, yan etkileri azaltmasının yanısıra optimal ağrı kontrolü de sağlamaktadır (Camgöz Eryılmaz, 2008). En sık kullanılanları morfin, meperidin, sufentanil ve fentanil olan opioidler, ağrının azaltılmasında en etkili sistemik analjeziklerdendir (Akay, 2008; İsaoglu, 2009, Kendigelen, 2010), Wittels ve arkadaşlarının (1990, 1997) morfin ve meperidinin yenidoğan üzerine etkilerini inceledikleri çalışmalarında, sezaryan sonrası analjezide kümülatif PCA opioid kullanımının yenidoğanları anlamlı olarak deprese ettiği; Kendigelen'in (2010) çalışmasında da Tramadol grubunda kümülatif PCA opioid kullanımının zaman içinde yenidoğanın davranışsal değerlendirilmesinde anlamlı düşüşe neden olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan anne sütüyle beslenen yenidoğanlarda sistemik opioid toksisite riskini (Kendigelen, 2010; Tortop, 2012) ve solunum depresyonunu riskini arttırdığı (Akay, 2008) da bildirilmiştir. Bu bakımdan anne sütüyle beslenen yenidoğanlarda opioidlerin ağrı tedavisindeki güvenilirliği tartışılmaktadır (Kendigelen, 2010).

### **Asetaminofen (Parasetamol) Verme**

Birçok cerrahi sonrası postoperatif analjezide oral olarak tek başına ya da diğer ilaçlarla birlikte ve ayrıca postoperatif erken dönemde oral kullanımının mümkün olmaması ve hızlı etki istenmesi nedeniyle intravenöz olarak kullanılan asetaminofen (parasetamol), özellikle gebelerde ve yenidoğanlarda analjezide en güvenilir analjeziklerden biri olarak kabul edilmektedir (Kendigelen, 2010). Gebelikte (Rudolph, 1981) ve emziren annelerde (Committee on Drugs, 1994; Rathmell et al., 1997)

kullanımı uygun olan parasetamol, YYBÜ’de suppozituar olarak kullanılabilir. Suppozituar buzdolabında saklanmalıdır (Kalenderer ve ark., 2013). Ergün’ün (2013).

### **EMLA (Lokal Anestezik Pomad) Uygulama**

Doğum sonrası anne ve yenidoğanda ağrı azaltmada kullanılan lokal anestezikler; solüsyon, pomad, krem, jel, lipozomal kapsül, tablet, fitil ve sprey halinde bulunurlar (Kibar, 2011). EMLA % 5 krem, %2,5 mg lidokain ve %2,5 mg prilokain lokal anesteziklerinden oluşur (Canoğlu ve ark., 2009). Amid türü lokal anesteziklere aşırı duyarlılığı olanlarda ve gestasyon yaşı 37 haftadan küçük prematüre yenidoğanlarda kontrendikedir (Kibar, 2011).

EMLA kremin, Gourrier ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında prematüre ve term yenidoğanlarda güvenli olduğu; Brisman ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında, 1 gram dozda, 1 saatten az yüzeysel uygulamalarda 3 ayın altında yenidoğanlarda güvenli olduğu bildirilmiştir. Ancak bazı çalışmalarda (Brisman et al., 1992; Puthoff et al., 1996; Frey and Kehrer, 1999; Knobloch and Proctor, 2001; Bozaykut ve ark., 2004; Öztürk ve ark., 2010) elde edilen sonuçların doz, uygulama süresi ve uygulama bölgesinin özelliklerine göre değişkenlik gösterdiği, siyanoz ve methemoglobinemi gelişimine yol açabildiği bildirilmiştir. Sonuç olarak, literatürdeki çalışmalardan elde edilen sonuçlar, EMLA’nın güvenilirliği bakımından daha fazla araştırma yapılmasının gerektiğini göstermektedir.

### **Ailelere Yenidoğanın Ağrısını Azaltıcı Yöntemlere İlişkin Eğitim Verme**

Yenidoğanlar, ağrısını ifade etmekte güçlük çeken hastalar grubuna girer. Yenidoğanın ağrısını değerlendirmede ve azaltmada uygun bulunduğu taktirde yenidoğanın ailesinden yararlanılabilir (Şengöz, 2015). Aileler, yenidoğanın rahatlık ve ağrılı durumlarına ilişkin kaygı duyarlar. Bu durumda aileler üzerinde, özellikle yenidoğanın rahatlatılmadığını düşünen yenidoğan anneleri üzerinde önemli derecede stres oluşabilir ve bu stres annelerin yenidoğana duydukları pozitif duyguları ve yenidoğanların ihtiyaçlarına verdikleri yanıtları olumsuz etkileyebilir (Erdeve ve ark., 2008). Diğer yandan, bireyselleşmiş gelişimsel bakım, aile merkezli uygulamayı ve yenidoğanla karşılıklı ilişkiye dayanan bir tedavi modeli oluşturulmasını gerektirir (Derebent ve Yiğit, 2006). Bu bakımdan ailelere yenidoğanın ağrısını azaltıcı

yöntemlere ilişkin eğitim verme, hem BDGB açısından, hemde anne-baba stresini azaltması ve aile-yenidoğan etkileşimini olumlu yönde geliştirmesi bakımından önemlidir (Erdeve ve ark., 2008).

#### **4.9. Fiziki Çevrenin Düzenlenmesi**

İnsan, bulunduğu ortamın ses, ışık gibi fiziksel özelliklerinden etkilenir (İnceslesli, 2005: 18). Yetersiz ya da aşırı ışık, gürültü gibi uyaranlar, hastanelerdeki başlıca fiziksel tehlike ve risklerdendir (Taşçıoğlu, 2007). Als ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yenidoğanın beyin gelişiminde çevresel faktörlerin önemli etkisi olduğu belirtilmiştir (Als, 1982; Als et al., 1988a, 1988b). Dolayısıyla yenidoğanın çevresel bakımının planlanması (ses, ışık vb. ağırlı uyaranların azaltılması) kapsamında; YYBÜ’de sürekli ses veya geçici alarm sesleri, aydınlatma ve koku gibi uyaranların yenidoğan için güvenli sınırlarda tutulması gerekmektedir. Bu bağlamda, YYBÜ personelinin, asgari ses çıkartacak şekilde eğitilmesi, ses düzeyi kontrolünü sağlayacak protokollerin oluşturulması önemlidir (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012). Yenidoğanın çevresel bakımına ilişkin uygulamalar aşağıdaki bölümlerde ele alınmıştır. Hastanelerde telefon zili, yere düşen objeler, açılıp kapanan kapılar, çöp kutusuna atılan çöpler, alarm zilleri, personel, hasta ve ziyaretçi konuşmaları, yemek hazırlama ve dağıtma sesleri, su sesi yada bozuk musluklardan su damlaması, radyo vb. etmenler gürültüye neden olmaktadır (İnceslesli, 2005). Yenidoğan ünitelerindeki yenidoğan da aşırı gürültü, ses ve ağırlı uyaran gibi stresörlere maruz kalmakta, stresörlere erken dönemde karşılaşılması uzun vadede gelişimsel sekellere neden olmaktadır (Dinçer ve ark., 2011; Kenner and Grath, 2004; Gharavi, Schott and Linderkamp, 2005; Lahav and Skoe, 2014).

YYBÜ’de, aletlerin alarmları minimuma getirilmesi, aletlerin hızlı çekilmesinin, düşürülmesinin, kapıların çarpılmasının önlenmesi, personelin yenidoğanın yanında klinik açıdan güvenli olacak şekilde alçak ve yumuşak ses tonuyla konuşmasının sağlanması ve klasik müzik dışında gereksiz radyo açılmaması önerilmektedir (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012; Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013). 80 dB’in üzerindeki sesler insan sağlığını olumsuz etkileyebilmekte, uyku bozukluğuna, kan basıncında artmaya ve öfkeye neden olmaktadır (İnceslesli, 2005). YYBÜ’deki yüksek sesler yenidoğanın uyanık kalma süresinde artışa, işitme kaybına, yenidoğanın kalp

hızının ve kan basıncının artmasına; üniteadaki ani sesler ise ajitasyon, ağlama, irritabilite, intrakranial basınç artışı ve oksijenizasyonun azalmasına neden olabilmektedir (Çetin Kaşıkçoğlu ve ark., 2014). Türkiye’de Gürültü Kontrol Yönetmeliği’ne göre, hastanelerde izin verilen “maksimum” ses düzeyi 35 dB olarak belirlenmiştir (Taşçioğlu, 2007). Diğer yandan YYBÜ’de gürültünün engellenebilmesi için Amerikan Pediatri Akademisi’ne (AAP: Association of American Pediatri) göre yenidoğanlar için üniteadaki ses şiddetinin 45 dB’in altında olması güvenli kabul edilmektedir (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012; Özel Efe, 2013). Üniteadaki en yüksek “anlı” ses şiddeti 65 dB’i, ünite dışı destek alanlarında “sabit” ses şiddeti 55 dB’i, bu destek alanlarındaki “anı” ses şiddeti ise 70 dB’i aşmamalıdır (Salihoğlu ve ark., 2011).

Erken doğan yenidoğanlarda immatür retina damarlarının anormal proliferasyonu sonucu Prematüre Retinopatisi (PR) görülebilmektedir (Özbek ve ark., 2011). Geceleri, gündüze göre daha az parlaklıkta ışığa maruz kalan yenidoğanlarda kalp hızları düşmekte, biyolojik ritm düzenli hale gelmekte, uyku süreleri uzamakta, beslenme ve tartı alımları artmaktadır (Çetin Kaşıkçoğlu, 2014). Diğer yandan loş ışık, yenidoğanın uykuya geçişini kolaylaştırmaktadır (Çetin Kaşıkçoğlu, 2014). Bu bakımdan, yenidoğanın BDGB’yeyönelik hemşirelik girişimleri sırasında aydınlatma araçlarının düzeylerinin bilinmesi, aydınlatmanın günün farklı saatlerine göre ayarlanması, yenidoğanın gözlerinin parlak ışıktan korunması, kuvözler için hazırlanmış özel örtülerin kullanılması, fototerapi esnasında gözlerinin kapatılması, yenidoğanın yakınındaki kuvözlerden gelen ışıktan korunması, YYBÜ’de gece güvenliği tehlikeye sokmayacak şekilde loş ışıklar kullanılması, bu sayede yenidoğanın sirkadyen ritm gelişiminin, REM uykusunun desteklenmesi önerilmektedir (Eras ve ark., 2013; Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013).

YYBÜ’de koku gibi uyarıların yenidoğan için güvenli sınırlarda tutulması (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012), keskin kokuların giderilmesi yenidoğanı rahatlatıcı girişimlerden biridir (Özel Efe, 2013). 33. gestasyon haftası ve sonrasında yenidoğanın orogastrik (OG) / nasogastrik (NG) beslenmesinde ve yenidoğanlarda sık uygulanan topuk kanı alma ve aspirasyon gibi işlemler sırasında ağrıyı azaltmak için anne-baba kucağına verilmesinin, yenidoğanın koku ve tat reseptörlerinin istenmeyen kokulara vereceği fizyolojik tepkilerin önüne geçilmesini sağladığı bildirilmiştir (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013; Çağlayan ve Balcı, 2014). Bu bakımdan yenidoğan ünitesinde çalışan

personelin de üniteye gelirken yenidoğanı rahatsız edebilecek kokular sürmekten kaçınması gerekmektedir.

YYBÜ’de yenidoğanı korkutacak ani ve sarsıcı hareketler korkuya ve ağrıya neden olabilmektedir. Bu tür çevresel uyaranların azaltılması yenidoğanda ağrının azaltılmasında yenidoğan hemşiresinin sorumlulukları arasındadır (Derebent ve Yiğit, 2006; Kelenderer ve ark., 2013) YYBÜ’de kuvözler üzerine biberon, dosya vb. nesnelere koymaktan ve kuvöz üzerini yazı yazmak için kullanmaktan, kuvözlerin üzerine vurma ve çarpmalardan kaçınılmalıdır (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012; Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013).

#### **4.10. Yenidoğanın Aile Merkezli Bakımı**

Yenidoğanın aile katılımı ve desteği ile bakımının planlanması kapsamında; YYBÜ’de ailelere yenidoğanın güvenliği ile ilgili eğitim verme; ailelerin vardiya değişimleri ve vizitlere katılmasına izin verme; ailelerin yenidoğanı kendilerinin, yıkama, giydirme, alt değişimi, cilt bakımı, cilt-cilde temas (kanguru bakımı) gibi uygulamalarına fırsat verme; ailelerin, yenidoğanın kayıtlı bilgi ve tıbbi raporlarını istediklerini zaman görebilmesini sağlama; ailelere yenidoğanın durumu ile ilgili bilgi verme; ailelerin invaziv girişimler sırasında yenidoğanın yanında bulunmasına izin verme gibi konuların planlanması gerekmektedir. Hasta ve ailesinin eğitiminin planlanması, hemşirenin görev ve sorumlulukları arasındadır (Aksoy, 2014). Bazı yenidoğanların taburcu edilmesi sırasında kısmen iyileşmeleri sağlanmış olup bakım ve tedavisinin evde sürdürülmesi gerekmektedir. Bu şekilde taburcu edilen yenidoğanların bakımında ailelerinin daha ayrıntılı eğitilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir (Çetin Kaşıkıoğlu ve ark., 2014). YYBÜ’de başlayıp evde devam ettirilen bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları, yenidoğanın uzun dönemli beyin gelişimine olumlu katkıda bulunmaktadır (McAnulty et al., 2013). Yenidoğanın YYBÜ’den taburcu edilmesi sırasında yenidoğan hemşirelerinin yenidoğanın güvenli ve sağlıklı gelişimi için evde bakımına ilişkin ailelere, özellikle annelere gereken bilgileri sağlaması önemlidir. Yenidoğanın temel ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin bu eğitim için görsel materyallerin kullanılması ve bilgilendirmenin sürekli olması önerilmektedir (Özcan Şenses, 2009). Ailelere verilen eğitim; yenidoğanın odasının ve beslenmesinin yenidoğanın durumuna uygun şekilde düzenlenmesi gerektiği, kullanması gereken

ilaçlar ve dozları, ilaçları düzenli kullanmanın faydaları, yenidoğan için evde kullanılması gereken cihazların nasıl kullanılacağına ilişkin uygulamalı bilgileri içermelidir (Çetin Kaşıkıoğlu ve ark., 2014).

Yenidoğanın BDGB'nin aile merkezli yaklaşımı gereğince, ailelerin vardiya değişimleri ya da vizitlere katılmalarına izin verilmesi gerekmektedir (Coughlin et al., 2009). Wigert ve arkadaşlarının (2013) YYBÜ'de yenidoğan aileleri ile hemşire ve hekimler arasındaki iletişimin zayıf ve güçlü yanları üzerine yaptıkları çalışmada; ailelerin yaklaşık %9'u hekimlerin yaptığı yenidoğan vizitlerine katılmadıklarını, dışlanmış ve yetersiz katılım hissettiklerini bildirmiştir. Bramwell ve Weindling'in (2005) yaptığı çalışmada da; YYBÜ'deki vizitlere ailelerin katılmasına izin verilmesinin, ailelerin bakım ekibi ile ilişki kurabilmesini ve yenidoğanı ilgilendiren kararlara katılabilmelerini sağladığı, ailelerin bu vizitlere katılmalarına izin verilmesini istedikleri bildirilmiştir.

Bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel davranış modeli gelişiminde çevrenin ve sosyal etkileşimin etkisi büyüktür. Çevresel faktörler kavramsal gelişimi sağlayıp, zeka düzeyini etkilediği gibi özellikle riskli yenidoğanlarda ve pretermelerin ekstrauterin yaşama adaptasyonunda da etkilidir. Bu nedenle pretermelerin bakım veren kişiyle veya ailesiyle etkileşimi son derece önemlidir (Aydın, 1996). Aile Merkezli Bakım (AMB), ailelerin iyi bilgilendirilmesini, özellikle yenidoğanın bakım sürecinde ve yenidoğanı etkileyen kararların alınmasında yüksek düzeyde aile katılımının sağlanmasını gerektirir (Wigert et al., 2013). Bilinçli, tasarlanmış ve özenli bakım verme, bakım sürecinde ailelerle yakın temasta olma ve ailelerin yenidoğanın bakımına destek ve katılımını sağlama, yenidoğanın daha sakin ve kendi kendini düzenleyici olmasını sağlayarak, beyin gelişimlerine olumlu katkıda bulunur. Ailelerinin, yenidoğanın ihtiyaçlarını düzenleyecek ve karşılayacak 24 saatlik destek programına katılıma entegre edilmesi, bu konuda istekli olan ailelerin işbirliği YYBÜ ekibinin verdiği bakımın etkinliğini arttırmaya yardımcı olması bakımından oldukça önemlidir (McAnulty, 2010). Bu bakımdan, AMB'nin temel gereği olarak, ailelerin yenidoğanı yıkama, giydirme, alt değişimi, cilt bakımı, cilt-cilde temas (kanguru bakımı) gibi uygulamaları kendilerinin yapabilmesine fırsat verilmesi gerekmektedir (Coughlin et al., 2009).

Temel olarak hemşireler, hasta ve ailesinin eğitiminin planlanmasından; hastaların bakım ve tedavi yöntemleriyle olası yan etkileri hakkında



bilgilendirilmesinden, hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlamaktan sorumludur (Aksoy, 2014). Yenidoğanla ailesi arasındaki en önemli iletişim köprüsü olan YYB hemşiresi, yenidoğanın birime kabul edilmesi, değerlendirilmesi, kayıtların düzenlenmesi, güvenliğinin sağlanması sorumluluklarının yanısıra, yenidoğanın sağlık durumu ve kliniğin işleyişi hakkında ailenin bilgilendirilmesi, tedavi ve bakım işlemlerinin uygulanması ve gözlemlerinin ekip üyeleriyle paylaşması yükümlülüklerini de yerine getirmelidir (Özcan Şenses, 2009). Ailelere yenidoğanın durumu ile ilgili bilgi verme ve ailelerin yenidoğanın kayıtlı bilgi ve tıbbi raporlarını istedikleri zaman görebilmelerine izin verme, YYBÜ’de yenidoğanın BDGB çerçevesinde ABM yaklaşımının temel gerekliliklerindedir (Coughlin et al., 2009). Bakım ekibi tarafından aileye yenidoğanın hastalığı, hastanede kalış süresi ve bakımına ilişkin bilgi verilmesinin, ailelerin endişelerini ifade edebilmelerine izin verilmesinin sıkıntılarını azaltmalarına yardımcı olacağı bildirilmiştir (Çırlak, 2009).

#### **4.10.1. İnvaziv Girişimlerde Ailenin Yeri**

AMB yaklaşımının temel gerekliliklerinden biri de ailelerin invaziv girişimler sırasında yenidoğanın yanında bulunmasına izin verilmesidir (Coughlin et al., 2009). Ancak, çoğu pediatrik sağlık bakım kurumunda, resüsitasyon faaliyetleri sırasında aile üyelerinin bulunmasına ilişkin kural bulunmamaktadır. Bu durum, YYBÜ’lerdeki bazı girişimlerde ailenin yenidoğanın yanında bulunmasına izin verilmemesi şeklinde kendini gösterebilmektedir. Halbuki AMB, ailelerle işbirliğinin ve aile katılımının desteklenmesi gerektiğini öne sürmektedir. Hastane personelinin, ailelere hayat kurtarıcı müdahaleler sırasında sağlık bakım ekibinin yanında bulunmak isteyip istemediklerini sorulması, ailelere bu konuda seçim yapma hakkı verilmesi, bakım ekibinin çaba ve yetkinliklerini daha iyi görmelerini sağlayarak kaygı ve şikayet etme düzeylerini azaltmaktadır (Nibert and Ondrejka, 2005). YYBÜ’deki bakıma ve yenidoğana ilişkin kararlarda aile üyelerinin doğrudan katılımının desteklenmesi, daha iyi gelişimsel ve sağlık sonuçları alınmasına, yenidoğan aileleri ve bakım ekibinin memnuniyetinin artmasına yardımcı olacaktır (Johnson et al., 2004).

#### **4.11. Bakımın Sürekliliğinin Sağlanması**

Yenidoğanın YYBÜ’de bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımının planlanmasında en önemli aşamalardan biri de bakımın sürekliliğinin sağlanmasıdır (Ovalı, 2013). Wigert ve arkadaşlarının (2013) YYBÜ’de yenidoğan aileleri ile hemşire ve hekimler arasındaki iletişimin zayıf ve güçlü yanları üzerine yaptıkları çalışmada elde edilen sonuçlar, YYBÜ’lerde bakımın sürekliliğini arttırmada ve böylece başarılı bir iletişimi teşvik etmede hemşirelerin rolünü desteklemektedir.

Bakımın sürekliliğinin sağlanmasında etik açıdan bakım ekibinin performansının da değerlendirilmesi ve ödüllendirilmesi önerilmektedir. Bu noktada performans değerlendirmeyi sağlayan kalite ölçümleri önemlidir. Kalite ölçümlerinin; bakımın ve kapsamlı bakım davranışlarının sürekliliğini sağlamanın yanısıra, kapsamlı bakımı tanımlaması, çoklu kompleks kronik durumların başarılı bir şekilde yönetilmesini sağlması, hastaların danışma ve iletişim gereksinimlerini karşılama, hekim-hasta ilişkisi ve uygun hasta bakımını sürdürmesi ve iyileştirmesi gerekir (Starfield, 2011).

#### **4.12. Yenidoğanın BDGB’ye Yönelik Hemşirelik Eğitimi**

Neonatolojideki gelişmelerle birlikte YYBH’lerin rollerinde de birtakım değişiklikler olmuş, YYBÜ’lerindeki bakımın kalitesi artmış ve yenidoğan hemşireleri, yenidoğanın en iyi şekilde tedavi edilmesinde bakım ekibinin çekirdek üyelerinden biri olarak yerini almıştır (Çöllü, 2012). Bu durum, YYBÜ’lerde gelişimsel destekleyici bakımın temel gerekliliklerinden biri olarak, hemşirelerin bu konudaki eğitimini daha da önemli kılmıştır (Coughlin et al., 2009). Özellikle YYBÜ’de yenidoğan ve ailelerinin tıbbi olmayan ihtiyaçlarının karşılanması için YYB hemşirelerin en üst düzeyde bilgi sahibi olması gerekir (Karadaş, 2010). 25/2/1954 tarih ve 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair 25/4/2007 tarih ve 5634 Sayılı Hemşirelik Kanunu’na göre yenidoğan hemşireleri, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili bilgi, beceri ve yetkinliklerini her yıl güncellemeli, klinik becerilerini arttırabileceği ve deneyim kazanabileceği eğitim fırsatlarını araştırmalıdır (5634 Say. Hemşirelik Kanunu, 2007; Özcan Şenses, 2009). YYBH’lerin, yenidoğan yoğun bakım eğitimi yanında bir yıl da YYBÜ’de çalışmış olması gerekmektedir (Aytekin ve Yılmaz Kurt, 2014; Çetin Kaşıkıoğlu ve ark., 2014; Özcan Şenses, 2009).

Aydın ve Karaca Çiftçi'nin (2015) YYB hemşirelerinin preterm yenidoğanlara uygulanacak terapötik pozisyonlar hakkındaki bilgi düzeyini belirlemek üzere 52 yenidoğan hemşiresiyle yaptığı çalışmada; hemşirelerin preterm yenidoğanlara YYBÜ'de ve taburculuk sonrasında uygulanabilecek terapötik pozisyonlara ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve bu konuda verilecek eğitimlerle artırılması gerektiği saptanmıştır. Mathew, Mathew ve Singhi'nin (2011) YYBÜ'de çalışan hemşirelerin yenidoğanda ağrıya ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek üzere 81 yenidoğan hemşiresiyle yaptığı çalışmada; gelişmekte olan ülkelerdeki YYBH'lerde bilgi ve uygulama noktasında sayısız eksiklik olduğu tespit edilmiştir.

Son yıllarda YYBÜ'ndeki BDGB yaklaşımı ve benzeri gelişmeler, artan bilgi ve deneyim, özellikle %16 oranında geç neonatal sepsis gelişimi ve %10 oranında mortalite görülen düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların sağkalım oranları ve yaşam kalitelerini arttırmıştır (Öztürk, 2003; Kul ve ark., 2005; Fairchild, 2012). Tyebkhan ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında gelişimsel bakımın nörofizyolojik olarak önemli değişiklikler yarattığı, yenidoğanın maturasyonu arttıkça, frontal lob alanında büyük değişiklikler gözlemlendiği ve gelişimsel bakımın yenidoğanın beyin gelişimini olumlu yönde etkilediği; McAnulty ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında YYBÜ'de başlayıp evde devam ettirilen BDGB uygulamalarının uzun dönemli beyin gelişimini desteklediği; Sizun ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında gelişimsel bakım uygulanan yenidoğanlara yapılan girişimlerde yenidoğanın daha az ağrı yaşamasının ve daha az hipoksiye maruz kalmasının uyku sürelerini arttırdığı; Symington ve Pinelli'nin (2006); Kleberg ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında da BDGB'nin kilo alımında artış, kendi kendini rahatlatan davranışların başarılı kullanımını, ventilatörden erken ayrılmayı, oral beslenmeye erken geçişi sağladığı, intraventriküler kanama, NEK, pronkopulmoner displazi gibi komplikasyonları azalttığı, hastanede kalış süresini, bakım ve tedavi maliyetlerini azalttığı, aile-yenidoğan etkileşiminde iyileşme, bilişsel ve psikomotor fonksiyonlarda gelişme sağladığı, davranışsal ve öğrenme güçlüklerini azalttığı; McAnulty ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) 2 hafta - 9 aylık preterm yenidoğanların yaşam kalitesini ve nörogelişimini iyileştirmeye, sağlığa ilişkin morbiditelerini azaltmaya yardımcı olduğu; Jacobs et al. (2002), Symington ve Pinelli (2002), Symington ve Pinelli'nin (2006) çalışmalarında ise, BDGB'nin hastanede kalış süresini ve hastane maliyetini azalttığı, tam enteral beslenmeye geçişi hızlandırdığı ve

9-12. ayda nöro-gelişimsel değerlendirme puanını arttırdığı belirtilmiştir. BDGB, yenidoğanın zeka düzeyini etkilediği gibi özellikle riskli yenidoğanlarda ve pretermilerin ektrauterin yaşama adaptasyonunda da etkilidir (Aydın, 1996). BDGB'nin bu faydaları göz önünde bulundurulduğunda, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde, BDGB'nin gerekliliklerinin eksiksiz yerine getirilmesinin oldukça önemli olduğu görülmektedir.



## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırma; yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın BDGB'ye yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

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

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan 2 EAH (İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi), 2 üniversite (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi) ve 2 özel hastanede (Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Acıbadem Maslak Hastanesi) 11 Şubat 2013 – 25 Mart 2015 tarihleri arasında yapıldı.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma evrenini 11 Şubat 2013 – 25 Mart 2015 tarihleri arasında, İstanbul ilinde bulunan ve araştırmanın yapılması için izin alınabilen; 2 EAH (İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi), 2 üniversite (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi) ve 2 özel hastanenin (Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Acıbadem Maslak Hastanesi) yenidoğan yoğun bakım bölümünde (YYBÜ) çalışan toplam 227 yenidoğan hemşiresi; örneklemini ise, aynı hastanelerin YYBÜ'de çalışan ve araştırmaya katılması teklif edilen, araştırmaya katılmaya istekli 150 hemşire oluşturdu. Toplam 214 yenidoğan hemşiresine araştırmaya katılması teklif edildi 162 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etti. 12 yenidoğan hemşiresi anket sorularının tamamını yanıtlamadığı için araştırma kapsamı dışında bırakıldı.

### **5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri**

- Araştırmaya katılmaya istekli olma,
- Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde hemşire olarak çalışıyor olma.

### **5.5. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini, sosyo-demografik özelliklerde; yaş, meslek, eğitim durumu, çalışılan kurumun türü, hastanedeki çalışma pozisyonu (görevi), hemşire olarak çalışma süresi (meslekteki çalışma süresi), yenidoğan ünitesindeki çalışma süresi (mevcut görevinde çalışma süresi), bağımsız değişkenlerini ise hemşirelerin yenidoğanın BDGB'na yönelik bilgi ve uygulamaları oluşturdu.

### **5.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan 7 maddeden oluşan Sosyo-Demografik Bilgiler Soru Formu (Ek-1) ve 47 maddeden oluşan Gelişimsel Bakım Soru Formu (Ek-2) kullanıldı.

#### **5.6.1. Sosyo-Demografik Bilgiler Soru Formu**

Sosyo-Demografik Bilgiler Soru Formu; danışman rehberliğinde araştırmacı tarafından hazırlanmış olup; araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş, meslek, eğitim durumu, çalışılan kurumun türü, hastanedeki çalışma pozisyonu (görevi), hemşire olarak çalışma süresi (meslekteki çalışma süresi), yenidoğan ünitesindeki çalışma süresi (mevcut görevinde çalışma süresi) gibi bilgilere ilişkin verilerin yer aldığı toplam 7 soruluk bir formdur (Ek 1).

#### **5.6.2. Gelişimsel Bakım Soru Formu**

Araştırmada kullanılan gelişimsel bakım soru formu literatüre dayanılarak (Coughlin, Gibbins ve Hoath; 2009) araştırmacı ve danışmanı tarafından geliştirilmiş 47 madden oluşan bir formdur (Ek 2).

### **5.7. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri İstanbul İlinde araştırmanın yapılması için izin alınabilen Üniversite (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi), Eğitim Araştırma Hastanesi (İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

ve Özel hastanelerin (Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Acıbadem Maslak Hastanesi) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile yüzyüze yapılan görüşmelerden elde edildi. Görüşmeye, hemşirelere araştırmanın amacı ve nerede kullanılacağı açıklanıp sözlü onay alındıktan sonra başlandı. Verilerin bir hemşireden toplanma süresi ortalama 10-15 dakika sürdü.

Çalışmaya yönelik geliştirilen araştırma soruları aşağıda sunulmuştur:

1. Yenidoğan hemşirelerinin Yenidoğan'ın BDGB'i konusundaki bilgi ve uygulamaları nelerdir?
2. Yenidoğan hemşirelerinin Yenidoğan'ın BDGB'i konusundaki bilgi ve uygulamalarının sosyo-demografik özellikleri ile ilişkisi nedir?
3. Yenidoğan hemşirelerinin, yenidoğanda uykunun düzenlenmesine yönelik bilgi ve uygulamaları nelerdir?
4. Yenidoğan hemşirelerinin ağrı ve stres değerlendirmesi ve yönetimi konusundaki bilgi ve uygulamaları nelerdir?
5. Yenidoğan hemşirelerinin aile merkezli bakıma yönelik bilgi ve uygulamaları nelerdir?
6. Yenidoğan hemşirelerinin yenidoğan ünitesinin düzenlenmesine (gürültü/ışık vb.) yönelik bilgi ve uygulamaları nelerdir?
7. Yenidoğan hemşirelerinin aşırı uyaranları azaltmaya yönelik bilgi ve uygulamaları nelerdir?

## **5.8. Etik İlkeler**

- Katılımcıların araştırmaya gönüllü olarak katılması
- Kurumlardan yazılı izin alınması (Ek 3, Ek 4, Ek 5, Ek 6, Ek 7)
- Etik kurul onayı alınması (Ek 8)
- Katılımcıların isim ve kişisel bilgilerinin kullanılmayacağı konusunda bilgi verilmesi olarak özetlenebilir.

## **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmaya katılan hemşirelerin soruları içtenlikle yanıtladığı ve yanıtlarının doğru olduğu kabul edildi.

- Araştırma bulguları, İstanbul'da bulunan 2 EAH, 2 üniversite ve 2 özel hastanenin yenidoğan yoğun bakım bölümünde (YYBÜ) çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 150 hemşire ile sınırlıdır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin soruları yanıtlarken odaklanmamaları durumunda çevre uyaranlarından (yenidoğanın ağlaması, ventilatör sesi, monitörün uyarı alarmı vb) etkilenebileceği kabul edildi.
- Araştırmanın çalışma ortamında yapılması sebebiyle hemşirelerin soruları yanıtlarken birbirlerinden etkilenebilecekleri kabul edildi.

#### **5.10. Verilerin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test, Fisher Freeman Halton Test ve Yates' continuity correction test (Yates düzeltmeli Ki-kare) kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,01$  ve  $p < 0,05$  düzeylerinde değerlendirildi.



## 6. BULGULAR

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin BDGB uygulamalarını değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilen araştırma aşağıdaki beş başlık altında incelendi:

- Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve BDGA'ya Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Dağılımı
- Hemşirelerin Çalıştıkları Kurum ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması
- Hemşirelerin Çalışma Süresi ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması
- Hemşirelerin Eğitim Durumu ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

## 6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve BDGA'a Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Dağılımı

Bu bölümde hemşirelerin yaşları, mezun olduğu okul, eğitim durumları, çalıştıkları kurum, çalışma süreleri gibi özelliklerin yanı sıra BDGB'a yönelik bilgi ve uygulamaları incelendi.

Tablo 6.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=150)

		Min-Mak	Ort±SS
Yaş (yıl)		18-42	26,26±3,89
		n	%
Yaş (yıl)	≤ 25 Yaş	68	45,3
	> 25 Yaş	82	54,7
Mezun olduğu okul	Hemşirelik	99	66,0
	Ebelik	37	24,7
	Diğer (ATT)	14	9,3
Eğitim durumu	Lise	45	30,0
	Ön Lisans	6	4,0
	Üniversite	89	59,3
	Yüksek Lisans	10	6,7
Çalıştığı kurum	EAH	54	36,0
	Üniversite	45	30,0
	Özel	51	34,0
Klinikteki görevi	Servis hemşiresi	142	94,7
	Eğitim hemşiresi	4	2,7
	Sorumlu hemşire	4	2,7
Çalışma süresi	≤5 yıl	96	64,0
	≥6 yıl	54	36,0
Yenidoğan ünitesinde çalışma süresi	< 2 yıl	52	34,7
	2-5 yıl	64	42,7
	5-10 yıl	23	15,3
	> 10 yıl	11	7,3
Ünitedeki bakım ve işleyiş	Hasta Merkezli	138	92,0
	İş Merkezli	12	8,0

Min.: Minimum, Mak.: Maksimum, Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, ATT: Acil Tıp Teknikerliği, EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.1); araştırma grubundaki hemşirelerin yaş ortalamasının 26,26±3,89 (min: 18 - mak: 42) olduğu, %66'sının (n=99) hemşirelik, %24,7'sinin (n=37) ebelik, %9,3'ünün (n=14) ATT mezunu olduğu, eğitim durumu incelendiğinde %30'unun (n=45) lise, %4'ünün

(n=6) ön lisans, %59,3'ünün (n=89) üniversite, %6,7'sinin (n=10) yüksek lisans mezunu olduğu, %36'sının (n=54) EAH'inde, %30'unun (n=45) üniversite hastanesinde, %34'ünün (n=51) özel hastanede çalıştığı, %94,7'sinin (n=142) servis hemşiresi, %2,7'sinin (n=4) eğitim hemşiresi, %2,7'sinin (n=4) sorumlu hemşire olarak çalıştığı, %64'ünün (n=96) 5 yıl ve altı, %36'sının (n=54) 6 yıl ve üzeri yıldır hemşire olarak çalıştığı, %34,7'sinin (n=52) 2 yıl altı, %42,7'sinin (n=64) 2-5 yıl arası, %15,3'ünün (n=23) 5-10 yıl arası, %7,3'ünün (n=11) 10 yıldan fazla süredir yenidoğan ünitesinde çalıştığı, üniteadaki bakım ve işleyiş değerlendirildiğinde %92'sinin (n=138) hasta merkezli, %8'inin (n=12) iş merkezli olduğu görüldü (Tablo 6.1).

**Tablo 6.2. Hemşirelerin Yenidoğanla İlgili Eğitim Alma Durumlarının İncelenmesi (N=150)**

		n	%
<b>Yenidoğan bakımı ve izlemi eğitimi alma</b>	<b>Evet</b>	<b>89</b>	<b>59,3</b>
	Hayır	61	40,7
<b>Daha önce alınan eğitim*</b>	Eğitim almamış	61	35,3
	<b>YYB hemşireliği</b>	<b>89</b>	<b>52,0</b>
	Yenidoğan cilt bakımı	13	7,5
	NRP eğitimi	9	5,2
<b>Toplu bakım kavramını bilme</b>	<b>Evet</b>	<b>110</b>	<b>73,3</b>
	Hayır	40	26,7
<b>Toplu bakım uygulama</b>	<b>Evet</b>	<b>101</b>	<b>67,3</b>
	Hayır	49	32,7
<b>BDGB kavramını daha önce duyma</b>	<b>Evet</b>	<b>92</b>	<b>61,3</b>
	Hayır	58	38,7
<b>BDGB eğitimi alma</b>	Evet	29	19,3
	<b>Hayır</b>	<b>121</b>	<b>80,7</b>
<b>BDGB hakkında bilgisini yeterli bulma</b>	Evet	33	22,0
	<b>Hayır</b>	<b>117</b>	<b>78,0</b>
<b>Bireysel bakım planı hazırlama durumu</b>	<b>Evet</b>	<b>113</b>	<b>75,3</b>
	Hayır	37	24,7
<b>Bakım için bilimsel yayınlardan yararlanma</b>	<b>Evet</b>	<b>100</b>	<b>66,7</b>
	Hayır	50	33,3

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde, BDGB: Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım

\* Birden fazla eğitim alındığı için yüzde dağılımları toplam n sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 6.2 incelendiğinde; hemşirelerin %59,3'ünün (n=89) yenidoğan bakımı ve izlemine yönelik eğitim aldığı belirlendi. Alınan eğitimler incelendiğinde; %52'sinin

(n=89) YYB hemşireliği, %7,5'inin (n=13) yenidoğan cilt bakımı, %5,2'sinin (n=9) NRP eğitimi aldığı belirlendi.

Hemşirelerin %73,3'ünün (n=110) toplu bakım kavramını bildiği, %67,3'ünün (n=101) toplu bakım uyguladığı, %61,3'ünün (n=92) BDGB kavramını daha önce duyduğu, %19,3'ünün (n=29) BDGB eğitimi aldığı, %22'sinin (n=33) BDGB bilgisini yeterli bulduğu belirlendi. Hemşirelerin %75,3'ünün (n=113) yenidoğan için bireysel bakım planı yaptığını, %66,7'si bakım planı hazırlarken bilimsel yayınlardan yararlandığını belirtti (Tablo 6.2).

**Tablo 6.3. Hemşirelerin Yenidoğanda Uykunun Düzenlenmesine Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Dağılımı (N=150)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Uyku uyanıklık süresini değerlendirme</b>	<b>Evet</b>	<b>142</b>	<b>94,7</b>
	Hayır	8	5,3
<b>Uyku uyanıklık süresini kaydetme</b>	Evet	66	44,0
	<b>Hayır</b>	<b>84</b>	<b>56,0</b>
<b>Uykuya geçişi kolaylaştırıcı uygulama yapma</b>	<b>Evet</b>	<b>144</b>	<b>96,0</b>
	Hayır	6	4,0
<b>Uykuya geçişi kolaylaştırıcı uygulamalar</b>			
Masaj		52	36,1
Cilt Bakım		39	27,1
Banyo		60	41,7
<b>Sarmalama</b>		<b>76</b>	<b>52,8</b>
<b>Bakım zamanını uyku düzenine göre ayarlama</b>	<b>Evet</b>	<b>141</b>	<b>94,0</b>
	Hayır	9	6,0
<b>Gece, gündüze göre aydınlatma ve ses düzeyini azaltma</b>	<b>Evet</b>	<b>140</b>	<b>93,3</b>
	Hayır	10	6,7

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

Hemşirelerin yenidoğanda uykunun düzenlenmesine yönelik bilgi ve uygulamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.3); hemşirelerin %94,7'sinin (n=142) uyku uyanıklık süresini değerlendirdiği, %44'ünün (n=66) uyku uyanıklık süresini kaydettiği, %96'sının (n=144) uykuya geçişi kolaylaştırmak için uygulama yaptığı belirlendi. Uykuya geçişi kolaylaştırmak için yapılan uygulamalar incelendiğinde; %36,1'inin (n=52) masaj, %27,1'inin (n=39) cilt bakımı, %41,7'sinin (n=60) banyo, %52,8'inin (n=76) sarmalama yaptığı belirlendi. Bakım zamanı incelendiğinde; hemşirelerin %94'ü (n=141) bakımı uyku düzenine göre ayarladığını belirtti.

Hemşirelerin %93,3'ünün (n=140) gece ünitenin aydınlatma ve ses düzeyini azalttığı belirlendi (Tablo 6.3).



**Tablo 6.4. Hemşirelerin Yenidoğanda Ağrıyı Değerlendirmeye İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ağrı değerlendirme sıklığı</b>	<b>Her uyarın verildiğinde</b>	<b>80</b>	<b>53,3</b>
	2 saat arayla	3	2,0
	4 saat arayla	49	32,7
	Günde 1 kez	2	1,3
	Diğer	16	10,7
<b>Ağrı değerlendirme skalası kullanma</b>	<b>Evet</b>	<b>109</b>	<b>72,7</b>
	Hayır	41	27,3
<b>Kullanılan ağrı değerlendirme skalası (n=109)</b>	<b>CRIES ve PIPP</b>	<b>66</b>	<b>60,6</b>
	NIPS	28	25,7
	Yüzler Ağrı Skalası	15	13,8
<b>Ağrı skorunu kaydetme</b>	<b>Evet</b>	<b>114</b>	<b>76,0</b>
	Hayır	36	24,0
<b>Tedavide ağrı stres değerlendirme</b>	<b>Evet</b>	<b>134</b>	<b>89,3</b>
	Hayır	16	10,7
<b>Aileye yenidoğanın ağrı ve stresini azaltmaya yönelik eğitim verme</b>	<b>Evet</b>	<b>100</b>	<b>66,7</b>
	Hayır	50	33,3

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

Tablo 6.4 incelendiğinde; Hemşirelerin %53,3'ünün (n=80) ağrı değerlendirme sıklığını her uyarın verildiğinde, %2 'si (n=3) 2 saat ara ile, %32,7'si (n=49) 4 saat ara, %1,3'ü (n=2) günde 1 kez, yaptığı belirlendi.

Ağrı değerlendirmesi yaparken %72,7'sinin (n=109) skala kullandığı, kullanılan skalalar incelendiğinde; %60,6'sının (n=66) CRIES ve PIPP skalası, %25,7'sinin (n=28) NIPS skalası, %13,8'inin (n=15) yüzler ağrı skalasını kullandığı, %76'sının (n=114) ağrı skorunu kaydettiği belirlendi.

Hemşirelerin %89,3'ünün (n=134) tedavi uygularken yenidoğanı ağrı ve stres açısından değerlendirdiği, %66,7'sinin aileye yenidoğanın ağrı ve stresini azaltmaya yönelik eğitim verdiği belirlendi (Tablo 6.4).

**Tablo 6.5. Hemşirelerin Kullandıkları Non-Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerinin Dağılımı (N=150)**

		n	%
<b>Non-farmakolojik yöntem kullanma</b>	<b>Evet</b>	<b>131</b>	<b>87,3</b>
	Hayır	19	12,7
<b>Sukroz verme</b>	<b>Venöz kan alma</b>	<b>81</b>	<b>61,8</b>
	Topuk kanı alma	64	48,9
	Damar yolu açma	65	49,6
	ROP muayenesi	63	48,1
	BERA Testi	42	32,1
<b>Emzik verme</b>	<b>Venöz kan alma</b>	<b>86</b>	<b>65,6</b>
	Topuk kanı alma	72	55,0
	Damar yolu açma	71	54,2
	ROP muayenesi	59	45,0
	BERA Testi	53	40,5
<b>Emzirme</b>	<b>Venöz kan alma</b>	<b>9</b>	<b>6,9</b>
	Topuk kanı alma	8	6,1
	Damar yolu açma	6	4,6
	ROP muayenesi	6	4,6
	BERA Testi	8	6,1
<b>Pozisyon verme</b>	Venöz kan alma	29	22,1
	<b>Topuk kanı alma</b>	<b>32</b>	<b>24,4</b>
	Damar yolu açma	24	18,3
	ROP muayenesi	23	17,6
	BERA Testi	22	16,8
<b>Sarmalama</b>	Venöz kan alma	30	22,9
	<b>Topuk kanı alma</b>	<b>36</b>	<b>27,5</b>
	Damar yolu açma	30	22,9
	ROP muayenesi	31	23,7
	BERA Testi	31	23,7
<b>Kucağa alma</b>	<b>Venöz kan alma</b>	<b>17</b>	<b>13</b>
	Topuk kanı alma	13	9,9
	Damar yolu açma	11	8,4
	ROP muayenesi	11	8,4
	BERA Testi	11	8,4
<b>Müzik dinletme</b>	<b>Venöz kan alma</b>	<b>4</b>	<b>3,1</b>
	<b>Topuk kanı alma</b>	<b>4</b>	<b>3,1</b>
	<b>Damar yolu açma</b>	<b>4</b>	<b>3,1</b>
	<b>ROP muayenesi</b>	<b>4</b>	<b>3,1</b>
	BERA Testi	3	2,3
<b>El-yüz manipülasyonu</b>	Venöz kan alma	7	5,3
	<b>Topuk kanı alma</b>	<b>13</b>	<b>9,9</b>
	Damar yolu açma	7	5,3
	ROP muayenesi	9	6,9
	BERA Testi	9	6,9

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde, ROP: Retinopathy of prematurity (Prematüre Retinpatisi), BERA: Brainstem Evoked Response Audiometry (Beyin Sapı İşitsel Uyarılmış Potansiyeller Adyometrisi)

Hemşirelerin non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanma durumuna ilişkin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.5); hemşirelerin %87,3'ünün (n=131) non-farmakolojik ağrı giderme yöntemi kullandığı belirlendi. Kullanılan non-farmakolojik yöntemler incelendiğinde; %61,8'inin (n=81) venöz kan alma, %48,9'unun (n=64) topuk kanı alma, %49,6'sinin (n=65) damar yolu açma, %48,1'inin (n=63) ROP muayenesi, %32,1'inin (n=42) BERA Testi sırasında **sukroz** verdiği, %65,8'inin (n=86) venöz kan alma, %55'inin (n=72) topuk kanı alma, %54,2'sinin (n=71) damar yolu açma, %45'inin (n=59) ROP muayenesi, %40,5'inin (n=53) BERA Testi sırasında **emzik verdiği**, %6,9'unun (n=9) venöz kan alma, %6,1'inin (n=8) topuk kanı alma, %4,6'sinin (n=6) damar yolu açma, %4,6'sinin (n=6) ROP muayenesi, %6,1'sinin (n=8) BERA Testi sırasında anne memesini **emzirmeyi** tercih ettiği, %22,1'inin (n=29) venöz kan alma, %24,4'ünün (n=32) topuk kanı alma, %18,3'ünün (n=24) damar yolu açma, %17,6'sinin (n=23) ROP muayenesi, %16,8'inin (n=22) BERA Testi sırasında **pozisyon vermeyi** tercih ettiği, %22,9'unun (n=30) venöz kan alma, %27,5'inin (n=36) topuk kanı alma, %22,9'unun (n=30) damar yolu açma, %23,7'sinin (n=31) ROP muayenesi, %23,7'sinin (n=31) BERA Testi sırasında **sarmalamayı** tercih ettiği, %13'ünün (n=17) venöz kan alma, %9,9'unun (n=13) topuk kanı alma, %8,4'ünün (n=11) damar yolu açma, %8,4'ünün (n=11) ROP muayenesi, %8,4'ünün (n=11) BERA Testi sırasında **kucağa almayı** tercih ettiği, %3,1'inin (n=4) venöz kan alma, %3,1'inin (n=4) topuk kanı alma, %3,1'inin (n=4) damar yolu açma, %3,1'inin (n=4) ROP muayenesi, %2,3'ünün (n=3) BERA Testi sırasında **müzik dinletmeyi** tercih ettiği, %5,3'ünün (n=7) venöz kan alma %9,9'unun (n=13) topuk kanı alma, %5,3'ünün (n=7) damar yolu açma, %6,9'unun (n=9) ROP muayenesi, %6,9'unun (n=9) BERA Testi sırasında **el-yüz manüplasyonunu** uygulamayı tercih ettiği belirlendi (Tablo 6.5).



**Tablo 6.6. Hemşirelerin Kullandıkları Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerinin Dağılımı (N=150)**

		n	%
<b>Farmakolojik yöntem kullanma</b>	<b>Evet</b>	<b>113</b>	<b>75,3</b>
	Hayır	37	24,7
<b>Opioid verme</b>	<b>Entübasyon</b>	<b>74</b>	<b>65,5</b>
	Santral kateter takma	60	53,1
	Umblikal kateter takma	46	40,7
	Toraks tüpü takma	27	23,9
	Sünnet	9	8,0
<b>Asetaminofen verme</b>	<b>Entübasyon</b>	<b>31</b>	<b>27,7</b>
	Santral kateter takma	27	23,9
	Umblikal kateter takma	21	18,6
	Toraks tüpü takma	15	13,3
	Sünnet	2	1,8
<b>Diğer sistemik analjezikler</b>	Entübasyon	5	4,4
	<b>Santral kateter takma</b>	<b>7</b>	<b>6,2</b>
	<b>Umblikal kateter takma</b>	<b>7</b>	<b>6,2</b>
	<b>Toraks tüpü takma</b>	<b>7</b>	<b>6,2</b>
	<b>Sünnet</b>	<b>7</b>	<b>6,2</b>
<b>EMLA</b>	Entübasyon	-	-
	Santral kateter takma	-	-
	Umblikal kateter takma	-	-
	Toraks tüpü takma	1	0,9
	Lomber ponksiyon	2	1,8
	<b>Sünnet</b>	<b>35</b>	<b>31,0</b>

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

Tablo 6.6 incelendiğinde; hemşirelerin %75,32'sinin (n=113) farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullandığı belirlendi. Kullanılan farmakolojik ağrı giderme yöntemleri incelendiğinde; %65,5'inin (n=74) entübasyon, %53,1'inin (n=60) santral kateter takma, %40,7'sinin (n=46) umblikal kateter takma, %23,9'unun (n=27) toraks tüpü takma, %8'inin (n=9) sünnet işlemlerinde **opioid** verilmesini, %27,7'sinin (n=31) entübasyon, %23,9'unun (n=27) santral kateter takma, %18,6'sinin (n=21) umblikal kateter takma, %13,3'ünün (n=15) toraks tüpü takma, %1,8'inin (n=2) sünnet işlemlerinde **asetaminofen** verilmesini, %4,4'ünün (n=5) entübasyon, %6,2'sinin (n=7) santral kateter takma, %6,2'sinin (n=7) umblikal kateter takma, %6,2'sinin (n=7) toraks tüpü takma, %6,2'sinin (n=7) sünnet işlemlerinde **diğer sistemik analjeziklerin** verilmesini, %0,9'unun (n=1) toraks tüpü takma, %1,8'inin (n=2) lomber ponksiyon, %31'inin (n=35) sünnet işlemlerinde **EMLA** uygulanmasını tercih ettiği belirlendi (Tablo 6.6).

**Tablo 6.7. Hemşirelerin Pozisyon Verme ve Beslenmeye İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Simetrik gelişim açısından pozisyon değiştirme</b>	<b>Evet</b>	<b>145</b>	<b>96,7</b>
	Hayır	5	3,3
<b>Simetrik gelişim açısından pozisyon değiştirme sıklığı (n=145)</b>	<b>3-4 saat ara ile</b>	<b>142</b>	<b>97,9</b>
	Her bakım verdikçe	3	2,1
<b>Yuvalama (Nesting) uygulaması yapma</b>	<b>Evet</b>	<b>120</b>	<b>80,0</b>
	Hayır	30	20,0
<b>Pozisyon vermek için uygun materyal kullanma</b>	Evet	65	43,3
	<b>Hayır</b>	<b>85</b>	<b>56,7</b>
<b>Emme ya da oral beslenmeye teşvik etme</b>	<b>Evet</b>	<b>145</b>	<b>96,7</b>
	Hayır	5	3,3
<b>Emzik verme</b>		<b>107</b>	<b>73,8</b>
Biberon kullanma		13	9,0
Kadeh ile besleme		26	17,9
Anne memesine verme		24	16,6
<b>Anne sütüne teşvik etme</b>	<b>Evet</b>	<b>148</b>	<b>98,7</b>
	Hayır	2	1,3
<b>Beslerken kullanılan yöntem</b>			
<b>Kucakta besleme</b>		<b>92</b>	<b>61,3</b>
Kuvözde besleme		37	24,7
Anne kucağında besleme		66	44,0
Diğer		1	0,7

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

Hemşirelerin pozisyon verme ve beslenmeye ilişkin uygulamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.7); hemşirelerin %96,7'sinin (n=145) simetrik gelişim açısından yenidoğanın pozisyonunu değiştirdiği, %97,9'unun (n=142) 3-4 saat ara ile, %2,1'inin (n=3) her bakım sonrasında pozisyon değiştirdiği, %80'inin (n=120) yuvalama (nesting) uygulaması yaptığı, %43,3'ünün (n=65) pozisyon vermek için uygun materyal kullandığı belirlendi.

Hemşirelerin %96,7'sinin (n=145) emme ya da oral beslenmeye teşvik ettiği, teşvik için %73,8'inin (n=107) emzik verdiği, %9'unun (n=13) biberon kullandığı, %17,9'unun (n=26) kadeh ile beslediği, %16,6'sının (n=24) yenidoğanı anne memesine verdiği belirlendi.

Hemşirelerin %98,7'si (n=148) anneyi anne sütüne teşvik ettiğini belirttiği belirlendi. Hemşirelerin %61,3'ünün (n=92) yenidoğanı kendi kucağında, %24,7'sinin

(n=37) kuvözde, %44'ünün (n=66) anne kucağında, %0,7'sinin (n=1) diğer yöntemlerle beslemeyi tercih ettiği belirlendi (Tablo 6.7).

**Tablo 6.8. Hemşirelerin Cilt Bütünlüğünü Değerlendirme ve Korumaya İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150)**

		n	%
<b>Banyo yaptırma sıklığı</b>	<b>Günde bir defa</b>	<b>86</b>	<b>57,3</b>
	Gün aşırı	37	24,7
	İhtiyaç halinde	27	18,0
<b>Cilt bütünlüğünü değerlendirme</b>	<b>Evet</b>	<b>123</b>	<b>82,0</b>
	Hayır	27	18,0
<b>Cilt bütünlüğünü değerlendirme sıklığı (n=123)</b>	Günde bir defa	25	20,3
	12 saat ara ile	21	17,1
	<b>Risk skoruna göre</b>	<b>66</b>	<b>53,7</b>
	Her bakım verildiğinde	11	8,9
<b>Cilt bütünlüğünü değerlendirirken skala kullanma</b>	<b>Evet</b>	<b>81</b>	<b>54,0</b>
	Hayır	69	46,0
<b>Cilt bütünlüğünü değerlendirirken kullanılan skala (n=81)</b>	Braden Skalası	2	2,5
	<b>Braden Q Skalası</b>	<b>79</b>	<b>97,5</b>
<b>Cilt yüzeyi yapıştırıcılarını çıkarırken girişimde bulunma</b>	<b>Evet</b>	<b>135</b>	<b>90,0</b>
	Hayır	15	10,0
<b>Kullandıkları ürünler</b>	<b>Serum fizyolojik</b>	<b>77</b>	<b>57,0</b>
	Bebek yağı	60	44,4
	Krem	23	17,0
	Alkollü Swab	4	3,0
<b>Kullanılan cilt bakım ürünlerinin parfüm içermemesine dikkat etme</b>	<b>Evet</b>	<b>128</b>	<b>85,3</b>
	Hayır	22	14,7

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde, Swab: Mendil

Tablo 6.8 incelendiğinde; hemşirelerin %57,3'ünün (n=86) günde bir defa, %24,7'sinin (n=37) gün aşırı, %18'inin (n=27) ihtiyaç halinde banyo yaptırmayı tercih ettiği belirlendi, %82'sinin (n=123) yenidoğanın cilt bütünlüğünü değerlendirdiği, %20,3'ünün (n=25) bu değerlendirmeyi günde bir defa, %17,1'inin (n=21) 12 saat ara ile, %53,7'sinin (n=66) risk skoruna göre, %8,9'unun (n=11) her bakım verdiğinde yaptığı, %54'ünün (n=81) cilt bütünlüğünü değerlendirirken skala kullandığı, %2,5'inin (n=2) Braden skası, %97,5'inin (n=79) Braden Q skalası kullandığı belirlendi.

Cilt yüzeyi yapıştırıcılarını çıkarırken %90'ının (n=135) girişimde bulunduğu, bu girişimler incelendiğinde; %57'sinin (n=77) serum fizyolojik, %44,4'ünün (n=60) bebek yağı, %17'sinin (n=23) krem, %3'ünün (n=4) alkollü swab kullandığı belirlendi.

Hemşirelerin %85,3'ünün (n=128) kullanılan cilt bakım ürünlerinin parfüm içermemesine dikkat ettiği belirlendi (Tablo 6.8).

**Tablo 6.9. Hemşirelerin Aydınlatma ve Ses Düzeyinin Değerlendirmeye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Dağılımı (N=150)**

		n	%
<b>Ünitede ses ölçer kullanımı</b>	Evet	-	0
	<b>Hayır</b>	<b>150</b>	<b>100</b>
<b>Ünitedeki ses düzeyinin güvenli sınırdaki olması</b>	Evet	33	22,0
	Bilmiyorum	56	37,3
	<b>Hayır</b>	<b>61</b>	<b>40,7</b>
<b>YYBÜ'de olması gereken güvenli ses düzeyi</b>	Fikrim yok	40	26,7
	45 db altı	44	29,3
	<b>65 db altı</b>	<b>57</b>	<b>38,0</b>
	100 db altı	9	6,0
<b>Ünitedeki aydınlatmanın ayarlanabilmesi</b>	<b>Evet</b>	<b>129</b>	<b>86,0</b>
	Hayır	21	14,0
<b>Üniteye gelirken koku sürmekten kaçınma</b>	<b>Evet</b>	<b>134</b>	<b>89,3</b>
	Hayır	16	10,7
<b>Yenidoğanı korkutacak hızlı manipülasyondan kaçınma</b>	<b>Evet</b>	<b>146</b>	<b>97,3</b>
	Hayır	4	2,7
<b>Kuvöz üzerine biberon koyma</b>	Evet	51	34,0
	<b>Hayır</b>	<b>99</b>	<b>66,0</b>

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

Hemşirelerin aydınlatma ve ses düzeyinin değerlendirmeye ilişkin bilgi ve uygulamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.9); üniteye ses ölçer kullanılmadığı belirlendi. Hemşirelerin %22'sinin (n=33) üniteye ses düzeyinin güvenli sınırdaki olduğunu, %37,3'ünün (n=56) bilmediği, %40,7'sinin (n=61) güvenli sınırdaki olmadığını düşündüğü belirlendi. Hemşirelerin %26,7'sinin (n=40) YYBÜ'de olması gereken güvenli ses düzeyi konusunda fikrinin olmadığını, %29,3'ünün (n=44) 45 db altı, %38'inin (n=57) 65 db altı, %6'sının (n=9) 100 db altı olması gerektiğini belirttiği görüldü.

Hemşirelerin %86'sı (n=129) üniteye aydınlatmanın ayarlanabilir nitelikte olduğunu, %89,3'ünün (n=134) yenidoğanı rahatsız edecek kokular sürmekten kaçındığı, %97,3'ünün (n=146) yenidoğanı korkutacak hızlı manipülasyonlardan kaçındığı, %34'ünün (n=51) kuvöz üzerine biberon koyduğu belirlendi (Tablo 6.9).

**Tablo 6.10. Hemşirelerin Aile Merkezli Bakımı (AMB) Vermeye İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aileye yenidoğan güvenliği eğitimi verme</b>	<b>Evet</b>	<b>121</b>	<b>80,7</b>
	Hayır	29	19,3
<b>Ailenin yenidoğanın bakımına katılmasına izin verme</b>	<b>Evet</b>	<b>141</b>	<b>94,0</b>
	Hayır	9	6,0
<b>Ailelerin tıbbi kayıtlara istedikleri zaman ulaşabilmesi</b>	<b>Evet</b>	<b>118</b>	<b>78,7</b>
	Hayır	32	21,3
<b>Ailelere bilgi verme</b>	<b>Evet</b>	<b>134</b>	<b>89,3</b>
	Hayır	16	10,7
<b>Ailelere bilgi verme sıklığı (n=134)</b>	Günde bir kez	53	39,6
	Ünite uygunsu	15	11,2
	<b>Aileler istediklerinde</b>	<b>64</b>	<b>47,8</b>
	Ünitenin belirlediği saatte	2	1,5
<b>Ailenin invaziv girişimlerde yanında bulunmasına izin verme</b>	Evet	10	6,7
	<b>Hayır</b>	<b>140</b>	<b>93,3</b>

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

Tablo 6.10 incelendiğinde; hemşirelerin %80,7'sinin (n=121) ailelere yenidoğan güvenliği konusunda eğitimi verdiği, %94'ünün (n=141) ailelerin yenidoğanın bakımına katılmasına izin verdiği, %78,7'sinin (n=118) ailelerin tıbbi kayıtlara istedikleri zaman ulaşabilmesine izin verdiği belirlendi.

Hemşirelerin %89,3'ünün (n=134) ailelere bilgi verdiğini belirttiği, bilgi verme sıklığı incelendiğinde; %39,6'sının (n=53) günde bir kez, %11,2'sinin (n=15) ünite uygunluğuna göre, %47,8'inin (n=64) aileler istediklerinde, %1,5'inin (n=2) ünitenin belirlediği saatte ailelere bilgi verdiği, %6,7'sinin (n=10) ailelerin invaziv girişimlerde yenidoğanın yanında bulunmasına izin verdiği belirlendi (Tablo 6.10).

**Tablo 6.11. Hemşirelerin İnvaziv Girişimlerde Aile Katılımına İzin Verilmemesine İlişkin Uygulamalarının Dağılımı (N=150)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Venöz kan alma</b>	Evet	71	47,3
	<b>Hayır</b>	<b>79</b>	<b>52,7</b>
<b>Topuk kanı alma</b>	Evet	61	40,7
	<b>Hayır</b>	<b>89</b>	<b>59,3</b>
<b>Damar yolu açma</b>	<b>Evet</b>	<b>95</b>	<b>63,3</b>
	Hayır	55	36,7
<b>ROP muayenesi</b>	Evet	47	31,3
	<b>Hayır</b>	<b>103</b>	<b>68,7</b>
<b>BERA testi</b>	Evet	37	24,7
	<b>Hayır</b>	<b>113</b>	<b>75,3</b>
<b>Entübasyon</b>	<b>Evet</b>	<b>100</b>	<b>66,7</b>
	Hayır	50	33,3
<b>Santral kateter takma</b>	<b>Evet</b>	<b>93</b>	<b>62,0</b>
	Hayır	57	38,0
<b>Umbilikal kateter takma</b>	<b>Evet</b>	<b>85</b>	<b>56,7</b>
	Hayır	65	43,3
<b>Toraks tüpü takma</b>	Evet	58	38,7
	<b>Hayır</b>	<b>92</b>	<b>61,3</b>
<b>Resüsitasyon</b>	Evet	63	42,0
	<b>Hayır</b>	<b>87</b>	<b>58,0</b>
<b>Lomber ponksiyon</b>	Evet	50	33,3
	<b>Hayır</b>	<b>100</b>	<b>66,7</b>
<b>Aspirasyon</b>	Evet	56	37,3
	<b>Hayır</b>	<b>94</b>	<b>62,7</b>
<b>Büyük invaziv girişim</b> (entübasyon, santral kateter takma, umbilikal kateter takma, toraks tüpü takma, resüsitasyon, lomber ponksiyon)	Evet	18	12,0
	<b>Hayır</b>	<b>132</b>	<b>88,0</b>
<b>Küçük invaziv girişim</b> (venöz kan alma, topuk kanı alma, damar yolu açma, ROP muayenesi, BERA testi, aspirasyon)	Evet	34	22,7
	<b>Hayır</b>	<b>116</b>	<b>77,3</b>

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

Hemşirelerin invaziv girişimlerde aile katılımına izin verilmemesine ilişkin uygulamalarının dağılımı (Tablo 6.11) incelendiğinde; %47,3'ünün (n=71) venöz kan alma, %40,7'sinin (n=61) topuk kanı alma, %63,3'ünün (n=95) damar yolu açma, %31,3'ünün (n=47) ROP muayenesi, %24,7'sinin (n=37) BERA Testi, %66,7'sinin (n=100) entübasyon, %62'sinin (n=93) santral kateter takma, %56,7'sinin (n=85)

umbilikal kateter takma, %38,7'sinin (n=58) toraks tüpü takma, %42'sinin (n=63) resüsitasyon, %33,3'ünün (n=50) lomber ponksiyon, %37,3'ünün (n=56) aspirasyon sırasında ailenin çocuğun yanında olmasını tercih ettiği, %88'inin (n=132) büyük invaziv girişimler sırasında, %77,3'ünün (n=116) küçük invaziv girişimler sırasında ailenin yenidoğanın yanında olmasına izin vermediği belirlendi (Tablo 6.11).



## 6.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurum ile Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Uygulamaları (BDGB) Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Bu bölümde hemşirelerin çalıştıkları kurum ile BDGB uygulamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

**Tablo 6.12. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre BDGB ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

		Çalışılan Kurum			Test değeri	P
		EAH <sup>x</sup> (N=54) n (%)	Üniversite <sup>y</sup> (N=45) n (%)	Özel <sup>z</sup> (N=51) n (%)		
<b>BDGB eğitimi alma</b>	Evet	4 (7,4)	<b>17 (37,8)</b>	8 (15,7)	15,176	<sup>c</sup> <b>0,001**</b> (y>x,z)
	Hayır	50 (92,6)	28 (62,2)	43 (84,3)		
<b>BDGB bilgisini yeterli bulma</b>	Evet	4 (7,4)	<b>17 (37,8)</b>	<b>12 (23,5)</b>	13,299	<sup>c</sup> <b>0,001**</b> (y=z>x)
	Hayır	50 (92,6)	28 (62,2)	39 (76,5)		

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \*p<0,05 \*\*p<0,01

Tablo 6.12 incelendiğinde; **BDGB** eğitimi alma ile hemşirelerin çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,001). EAH'inde ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin **BDGB** eğitimi alma oranı, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0,001).

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile **BDGB** bilgisini yeterli bulma açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,001;). EAH'inde çalışan hemşirelerin **BDGB** bilgisinin yeterli bulma oranı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p=0,001; p=0,043) (Tablo 6.12).



**Tablo 6.13. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Yenidoğanın Uyku Uyanıklık Durumuna İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

		Çalışılan Kurum			Test değeri	p
		EAH <sup>x</sup> (N=54) n (%)	Üniversite <sup>y</sup> (N=45) n (%)	Özel <sup>z</sup> (N=51) n (%)		
Uyku uyanıklık sürelerini kaydetme	Evet	13 (24,1)	16 (35,6)	<b>37 (72,5)</b>	26,874	<sup>c</sup> <b>0,001**</b> (z>x=y)
	Hayır	41 (75,9)	29 (64,4)	14 (27,5)		
Bakım uygulamalarını uyku düzenine göre ayarlama	Evet	52 (96,3)	38 (84,4)	<b>51 (100,0)</b>	11,045	<sup>d</sup> <b>0,004**</b> (z>x>y)
	Hayır	2 (3,7)	7 (15,6)	0 (0)		
Gece, gündüze göre aydınlatma ve ses düzeyini azaltma	Evet	<b>53 (98,1)</b>	38 (84,4)	49 (96,1)	8,344	<sup>d</sup> <b>0,027*</b> (x,z>y)
	Hayır	1 (1,9)	7 (15,6)	2 (3,9)		

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \*p<0,05 \*\*p<0,01

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre yenidoğanın uyku uyanıklık durumuna ilişkin uygulamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6.13) ; yenidoğanın uyku-uyanıklık zaman ve sürelerini kaydetme ile hemşirelerin çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,001). Özel hastanede çalışan hemşirelerin yenidoğanın uyku-uyanıklık zaman ve sürelerini kaydetme oranı, EAH ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,001; p=0,001).

Bakım uygulamalarını yenidoğanın uyku-uyanıklık periyotlarına göre ayarlama ile hemşirelerin çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,004). Özel hastanede çalışan hemşirelerin bakım uygulamalarını yenidoğanın uyku-uyanıklık periyotlarına göre ayarlama oranı, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu(p=0,004).

Yenidoğanın gece uykusunu desteklemek için gece, gündüze göre aydınlatmayı ve ses düzeyini azaltma ile hemşirelerin çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,027). EAH'nde çalışan hemşirelerin yenidoğanın gece uykusunu desteklemek için aydınlatmayı ve ses düzeyini azaltma oranı, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,022) (Tablo 6.13).

**Tablo 6.14. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Ağrı Giderme Yöntemlerinin Kullanımına İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

	Çalışılan Kurum			Test değeri	p
	EAH <sup>x</sup>	Üniversit <sup>y</sup>	Özel <sup>z</sup>		
	(N=54) n (%)	(N=45) n (%)	(N=51) n (%)		
Her uyarın verildiğinde	26 (48,1)	15 (33,3)	<b>39 (76,5)</b>	18,785	<sup>c</sup> <b>0,001**</b> (z>y>x)
2 saat arayla	0 (0)	<b>3 (6,7)</b>	0 (0)	4,791	<sup>d</sup> <b>0,024*</b> (y>x=z)
Ağrı değerlendirme sıklığı					
4 saat arayla	<b>28 (51,9)</b>	<b>21 (46,7)</b>	0 (0)	37,789	<sup>c</sup> <b>0,001**</b> (x=y>z)
Günde 1 kez	0 (0)	2 (4,4)	0 (0)	3,117	<sup>d</sup> 0,090
Diğer	0 (0)	<b>4 (8,9)</b>	<b>12 (23,5)</b>	16,243	<sup>c</sup> <b>0,001**</b> (z>y>x)
Ağrı değerlendirmesinde skala kullanma					
Evet	<b>54 (100)</b>	15 (33,3)	<b>40 (78,4)</b>	56,217	<sup>c</sup> <b>0,001**</b> (x>z>y)
Hayır	0 (0)	30 (66,7)	11 (21,6)		
Kullanılan skala					
CRIES ve PIPP	<b>26 (48,1)</b>	0 (0)	<b>40 (100)</b>	143,254	<sup>d</sup> <b>0,001**</b>
NIPS	<b>28 (51,9)</b>	0 (0)	0 (0)		
Yüzler ağrı skalası	0 (0)	<b>15 (100)</b>	0 (0)		
Ağrı değerlendirmesini kayıt etme					
Evet	<b>46 (85,2)</b>	28 (62,2)	40 (78,4)	7,346	<sup>c</sup> <b>0,025*</b> (x,z>y)
Hayır	8 (14,8)	17 (37,8)	11 (21,6)		

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test

<sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Tablo 6.14 incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları kurum ile yenidoğanın her uyarın verildiğinde ağrısını/ stresini değerlendirme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,001). Özel hastanede çalışan hemşirelerin yenidoğanın her uyarın verildiğinde ağrısını/ stresini değerlendirme oranı, EAH ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,005; p=0,001). Özel hastanede çalışan hemşirelerin 4 saat arayla yenidoğanın ağrısını/ stresini değerlendirme oranı, EAH ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0,001; p=0,001). EAH çalışan hemşirelerin diğer zaman dilimlerinde yenidoğanın ağrısını/ stresini değerlendirme oranı, üniversite hastanesi ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0,040; p=0,001).

Yenidoğanın ağrısını değerlendirirken herhangi bir ağrı skalası kullanma durumu ile hemşirelerin çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı. EAH hastanesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın ağrısını değerlendirirken ağrı skalası kullanma oranı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ). Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin yenidoğanın ağrısını değerlendirirken ağrı skalası kullanma oranı, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ).

Hemşirelerin kullandıkları skalaların dağılımı ile çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Özel hastanede çalışan hemşirelerin **CRIES** ve **PIPP** skalası kullanma oranı, EAH ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ). EAH çalışan hemşirelerin **CRIES** ve **PIPP** skalası kullanma oranı, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ). EAH’nde çalışan hemşirelerin **NIPS** skalası kullanma oranı, üniversite ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin **Yüzler ağrı skalası** kullanma oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ).

Yenidoğanın ağrı değerlendirmesini kaydetme ile hemşirelerin çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,025$ ). EAH’nde çalışan hemşirelerin yenidoğanın ağrı değerlendirmesini kaydetme oranının, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi ( $p=0,017$ ) (Tablo 6.14).

**Tablo 6.15. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Non-Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerine İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

		Çalışılan Kurum			Test değeri	p
		EAH <sup>x</sup>	Üniversi <sup>y</sup>	Özel <sup>z</sup>		
		(N=54) n (%)	(N=45) n (%)	(N=51) n (%)		
<b>Non-Farmakolojik Yöntem kullanma</b>	Evet	41 (75,9)	44 (97,8)	46 (90,2)	11,168	<sup>c</sup> <b>0,004**</b> (y>z>x)
	Hayır	13 (24,1)	1 (2,2)	5 (9,8)		
<b>Sukroz verme</b>	Bera testi	8 (19,5)	21 (47,7)	13 (28,3)	8,227	<sup>c</sup> <b>0,016*</b>
<b>Emzik verme</b>	Venöz kan alma	19 (46,3)	36 (81,8)	31 (67,4)	11,940	<sup>c</sup> <b>0,003**</b>
<b>Emzirme</b>	Venöz kan alma	1 (2,4)	8 (18,2)	0 (0)	13,451	<sup>d</sup> <b>0,001**</b>
	Topuk kanı alma	1 (2,4)	7 (15,9)	0 (0)	11,327	<sup>d</sup> <b>0,003**</b>
	Damar yolu açma	1 (2,4)	5 (11,4)	0 (0)	7,271	<sup>d</sup> <b>0,024*</b>
	ROP muayenesi	1 (2,4)	5 (11,4)	0 (0)	7,271	<sup>d</sup> <b>0,024*</b>
	Bera testi	1 (2,4)	7 (15,9)	0 (0)	11,327	<sup>d</sup> <b>0,003**</b>
<b>Pozisyon verme</b>	Venöz kan alma	6 (14,6)	17 (38,6)	6 (13)	10,495	<sup>c</sup> <b>0,005**</b>
	Topuk kanı alma	6 (14,6)	18 (40,9)	8 (17,4)	9,838	<sup>c</sup> <b>0,007**</b>
	Damar yolu açma	3 (7,3)	17 (38,6)	4 (8,7)	18,301	<sup>c</sup> <b>0,001**</b>
	ROP muayenesi	1 (2,4)	17 (38,6)	5 (10,9)	21,402	<sup>c</sup> <b>0,001**</b>
	Bera testi	1 (2,4)	17 (38,6)	4 (8,7)	23,228	<sup>c</sup> <b>0,001**</b>
<b>Sarmalama</b>	Venöz kan alma	3 (7,3)	17 (38,6)	10 (21,7)	11,845	<sup>c</sup> <b>0,003**</b>
	Topuk kanı alma	7 (17,1)	18 (40,9)	11 (23,9)	6,503	<sup>c</sup> <b>0,039*</b>
	Damar yolu açma	5 (12,2)	16 (36,4)	9 (19,6)	7,468	<sup>c</sup> <b>0,024*</b>
<b>Kucağa alma</b>	Venöz kan alma	0 (0)	13 (29,5)	4 (8,7)	17,556	<sup>c</sup> <b>0,001**</b>
	Topuk kanı alma	0 (0)	12 (27,3)	1 (2,2)	22,423	<sup>c</sup> <b>0,001**</b>
	Damar yolu açma	0 (0)	10 (22,7)	1 (2,2)	17,821	<sup>c</sup> <b>0,001**</b>
	ROP muayenesi	0 (0)	10 (22,7)	1 (2,2)	17,821	<sup>d</sup> <b>0,001**</b>
	Bera testi	0 (0)	10 (22,7)	1 (2,2)	17,821	<sup>d</sup> <b>0,001**</b>
<b>El yüz manipülasyonu</b>	Venöz kan alma	0 (0)	6 (13,6)	1 (2,2)	9,211	<sup>d</sup> <b>0,013*</b>
	Damar yolu açma	0 (0)	6 (13,6)	1 (2,2)	9,211	<sup>d</sup> <b>0,013*</b>

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \*p<0,05 \*\*p<0,01

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerine ilişkin uygulamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6.15); ağırlı işlem öncesinde yenidoğanın ağrısını önlemek amacı ile non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanmaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,004). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ağırlı işlem öncesinde yenidoğanın ağrısını önlemek amacıyla non-farmakolojik yöntemler kullanma oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,005).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Bera testi öncesinde yenidoğana **sukroz verme** oranı, venöz kan alma öncesinde **emzik verme** oranı EAH'nde çalışan

hemşirelere göre istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek bulundu ( $p=0,012$ ;  $p<0,05$ ).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma öncesinde yenidoğanı **emzirtme** oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,030$ ;  $p=0,002$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin topuk kanı alma öncesinde yenidoğanı **emzirtme** oranı, özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,005$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin damar yolu açma öncesinde yenidoğanı **emzirtme** oranı, özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,024$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ROP muayenesi öncesinde yenidoğanı **emzirtme** oranı, özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,025$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Bera testi öncesinde yenidoğanı **emzirtme** oranı, özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,005$ ).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma öncesinde yenidoğana **pozisyon verme** oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,025$ ;  $p=0,011$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin topuk kanı alma öncesinde yenidoğana pozisyon verme oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,014$ ;  $p=0,026$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin damar yolu açma öncesinde yenidoğana pozisyon verme oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,002$ ;  $p=0,002$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ROP muayenesi öncesinde yenidoğana pozisyon verme oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Bera testi öncesinde yenidoğana pozisyon verme oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,002$ ).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma öncesinde yenidoğanı **sarmalama** oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,002$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin topuk kanı alma öncesinde yenidoğanı **sarmalama** oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı

düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,042$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin damar yolu açma öncesinde yenidoğanı **sarmalama** oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,020$ ).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma öncesinde yenidoğanı **kucağa alma** oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,024$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin topuk kanı alma öncesinde yenidoğanı **kucağa alma** oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,001$ ;  $p=0,002$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin damar yolu açma öncesinde yenidoğanı **kucağa alma** oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,008$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ROP muayenesi öncesinde yenidoğanı **kucağa alma** oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. ( $p=0,001$ ;  $p=0,008$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Bera testi öncesinde yenidoğanı **kucağa alma** oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,008$ ).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma öncesinde yenidoğana **el yüz manipülasyonu yapma** oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,026$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin damar yolu açma öncesinde yenidoğana **el yüz manipülasyonu yapma** oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,026$ ) (Tablo 6.15).

**Tablo 6.16. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerine İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

		Çalışılan Kurum			Test değeri	p
		EAH <sup>x</sup> (N=54) n (%)	Üniversit <sup>y</sup> (N=45) n (%)	Özel <sup>z</sup> (N=51) n (%)		
<b>Farmakolojik ağrı giderme yöntemi uygulama</b>	Evet	44 (81,5)	33 (73,3)	36 (70,6)	1,813	<sup>c</sup> <b>0,404</b>
	Hayır	10 (18,5)	12 (26,7)	15 (29,4)		
<b>Opioid</b>	Entübasyon	30 (68,2)	16 (48,5)	28 (77,8)	6,768	<sup>c</sup> <b>0,034*</b> (x,z>y)
<b>Asetaminofen</b>	Entübasyon	17 (38,6)	2 (6,1)	12 (33,3)	10,976	<sup>c</sup> <b>0,004**</b>
	Santral kateter takma	14 (31,8)	2 (6,1)	11 (30,6)	8,169	<sup>c</sup> <b>0,017*</b>
	Umblikal kateter takma	1 (2,3)	6 (18,2)	0 (0)	11,702	<sup>d</sup> <b>0,004**</b>
	Toraks tüpü takma	1 (2,3)	6 (18,2)	0 (0)	11,702	<sup>d</sup> <b>0,004**</b>
	Sünnet	2 (4,5)	5 (15,2)	0 (0)	7,139	<sup>d</sup> <b>0,022*</b>

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde  
<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \*p<0,05 \*\*p<0,01

Tablo 6.16 incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları kurum ile ağırlı işlem öncesinde yenidoğanın ağrısını önlemek amacı ile farmakolojik ağrı giderme yöntemi kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Özel hastanede çalışan hemşirelerin entübasyon öncesi yenidoğana opioid verme oranları, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,023).

Farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanan hemşirelerin umblikal kateter takma, toraks tüpü takma, lomber ponksiyon ve sünnet işlemlerinden önce yenidoğana asetaminofen verme oranları, hemşirelerin çalıştıkları kurumların dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p>0,05); üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin entübasyon öncesi yenidoğanlara asetaminofen verme oranı, devlet/egitim araştırma ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0,003; p=0,012). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin santral katater takma öncesi yenidoğanlara asetaminofen verme oranı, EAH ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0,013; p=0,022) (Tablo 6.16).

**Tablo 6.17. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Pozisyon Verme ve Beslenmeye İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

		Çalışılan Kurum			Test değeri	p
		EAH <sup>x</sup>	Üniversite <sup>y</sup>	Özel <sup>z</sup>		
		(N=54) n (%)	(N=45) n (%)	(N=51) n (%)		
<b>Simetrik gelişim açısından pozisyon değiştirme sıklığı</b>	3-4 saat ara ile	52 (100)	40 (93,0)	50 (100)	4,868	<b><i>d</i>0,021*</b> ( <i>x=z&gt;y</i> )
	Her bakımda	0 (0)	3 (7,0)	0 (0)		
<b>Yuvalama (Nesting) uygulaması yapma</b>	Evet	40 (74,1)	42 (93,3)	38 (74,5)	7,146	<b><i>c</i>0,028*</b> ( <i>y&gt;x=z</i> )
	Hayır	14 (25,9)	3 (6,7)	13 (25,5)		
<b>Pozisyon vermek için uygun materyal kullanma</b>	Evet	7 (13)	22 (48,9)	36 (70,6)	36,277	<b><i>c</i>0,001**</b> ( <i>z&gt;y&gt;x</i> )
	Hayır	47 (87)	23 (51,1)	15 (29,4)		
<b>Emme ya da oral beslenmeye teşvik etme</b>	Evet	51 (94,4)	44 (97,8)	50 (98)	1,160	<b><i>d</i>0,623</b>
	Hayır	3 (5,6)	1 (2,2)	1 (2)		
Emzik verme		30 (58,8)	40 (90,9)	37 (74)	12,576	<b><i>c</i>0,002**</b>
Biberon kullanma		4 (7,8)	1 (2,3)	8 (16)	5,525	<b><i>d</i>0,072</b>
Kadeh ile besleme		11 (21,6)	3 (6,8)	12 (24)	5,403	<b><i>c</i>0,067</b>
Anne memesini verme		14 (27,5)	4 (9,1)	3 (6)	10,863	<b><i>c</i>0,004**</b>
<b>Anne sütüne teşvik etme</b>	Evet	52 (96,3)	45 (100)	51 (100)	3,604	<b><i>d</i>0,334</b>
	Hayır	2 (3,7)	0 (100)	0 (0)		
<b>Kucakta besleme</b>		32 (59,3)	28 (62,2)	32 (62,7)	0,156	<b><i>c</i>0,925</b>
<b>Kuvözde besleme</b>		9 (16,7)	19 (42,2)	9 (17,6)	10,676	<b><i>c</i>0,005**</b>
<b>Anne kucağında besleme</b>		23 (42,6)	20 (44,4)	23 (45,1)	0,072	<b><i>c</i>0,965</b>

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \**p*<0,05 \*\**p*<0,01

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre pozisyon verme ve beslenmeye ilişkin uygulamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6.17); yenidoğanın pozisyonunu değiştiren hemşirelerin pozisyon değiştirme sıklıkları ile çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (*p*=0,021). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın pozisyonunu her bakım verdiğinde değiştirme oranı, EAH ve özel hastanelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (*p*=0,004; *p*=0,005).

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile yuvalama (nesting) uygulaması yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (*p*=0,028). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yuvalama uygulaması yapma oranı, devlet/egitim araştırma ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (*p*=0,024; *p*=0,028).

Çalışılan kurum ile hemşirelerin yenidoğana pozisyon vermek için uygun materyallerden yararlanması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık



saptandı ( $p=0,001$ ). Özel hastanede çalışan hemşirelerin pozisyon vermek için uygun materyallerden yararlanma oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,042$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin pozisyon vermek için uygun materyallerden yararlanma oranı, EAH çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,001$ ).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin emmeyi teşvik için emzik verme oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,034$ ). EAH'nde çalışan hemşirelerin emmeye teşvik için anne memesini verme oranı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,044$ ;  $p=0,009$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanı kuvözde besleme oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,010$ ;  $p=0,016$ ) (Tablo 6.17).

**Tablo 6.18. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Ses, Aydınlatma ve Cilt Bütünlüğüne İlişkin Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

		Çalışılan Kurum			Test değeri	p
		EAH <sup>c</sup>	Üniversite <sup>y</sup>	Özel <sup>z</sup>		
		(N=54)	(N=45)	(N=51)		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Ünitadaki ses düzeyinin güvenli sınırlarda olması	Evet	15 (27,8)	5 (11,1)	13 (25,5)	10,989	<sup>c</sup> 0,027*
	Hayır	21 (38,9)	26 (57,8)	14 (27,5)		
	Bilmiyorum	18 (33,3)	14 (31,1)	24 (47,1)		
YYBÜ’de olması gereken güvenli ses düzeyini bilme	Fikrim yok	15 (27,8)	10 (22,2)	15 (29,4)	24,418	<sup>d</sup> 0,001**
	45 db altı	5 (9,3)	21 (46,7)	18 (35,3)		
	65 db altı	27 (50)	12 (26,7)	18 (35,3)		
	100 db altı	7 (13)	2 (4,4)	0 (0)		
Cilt bütünlüğünü değerlendirme sıklığı	Günde bir defa	0 (0)	14 (31,8)	11 (21,6)	94,936	<sup>d</sup> 0,001**
	12 saat ara ile	0 (0)	21 (47,7)	0 (0)		
	Risk skoruna göre	26 (92,9)	0 (0)	40 (78,4)		
	Her bakım verildiğinde	2 (7,1)	9 (20,5)	0 (0)		

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde  
<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \*p<0,05 \*\*p<0,01

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre ses, aydınlatma ve cilt bütünlüğüne ilişkin uygulamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 6.18); hemşirelerin ünitesinde ses düzeyinin güvenli sınırlarda olması ile çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,027). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ünitelerindeki ses düzeyinin güvenli sınırlarda olmadığını belirtme oranı, özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,005).

Çalışılan kurum ile hemşirelerin YYBÜ’de olması gereken güvenli ses düzeyini bilmesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). EAH’nde çalışan hemşirelerin 45 db altı olduğunu belirtme oranının üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerden anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p=0,001; p=0,003). EAH’nde çalışan hemşirelerden güvenli ses düzeyinin 65 db altı olduğunu belirtenlerin oranı üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,031). EAH’nde çalışan hemşirelerden güvenli ses düzeyinin 100 db altı olduğunu belirtenlerin oranı özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,013).

Cilt bütünlüğünü değerlendiren hemşirelerin cilt bütünlüğünü değerlendirme sıklıkları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,001).

EAH'nde çalışan hemşirelerin günde bir defa cilt bütünlüğünü değerlendirme oranı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p=0,003$ ;  $p=0,006$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin 12 saat ara ile cilt bütünlüğünü değerlendirme oranı, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin her bakım verildiğinde cilt bütünlüğünü değerlendirme oranı, özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,001$ ) (Tablo 6.18).



**Tablo 6.19. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlara Göre AMB'ye İlişkin Uygulamaların Karşılaştırılması (N=150)**

		Çalışılan Kurum			Test değeri	P
		EAH <sup>x</sup>	Üniversite <sup>y</sup>	Özel <sup>z</sup>		
		(N=54) n (%)	(N=45) n (%)	(N=51) n (%)		
Aileye yenidoğan güvenliği eğitimi verme	Evet	48 (88,9)	38 (84,4)	35 (68,6)	7,492	<sup>c</sup> 0,024* (x=y>z)
	Hayır	6 (11,1)	7 (15,6)	16 (31,4)		
Ailenin vizite katılmasına izin verme	Evet	0 (0)	1 (2,2)	7 (13,7)	11,019	<sup>d</sup> 0,003** (z>y>x)
	Hayır	54 (100)	44 (97,8)	44 (86,3)		
Ailelere bilgi verme	Evet	44 (81,5)	44 (97,8)	46 (90,2)	6,901	<sup>d</sup> 0,029* (y,z>x)
	Hayır	10 (18,5)	1 (2,2)	5 (9,8)		
Ailelere bilgi verme sıklık	Günde bir kez	22 (50)	25 (56,8)	6 (13)	46,235	<sup>d</sup> 0,001**
	Ünite uygunsa	10 (22,7)	4 (9,1)	1 (2,2)		
	Aileler her istediklerinde	10 (22,7)	15 (34,1)	39 (84,8)		
	Ünitenin belirlediği saat aralıklarında	2 (4,5)	0 (0)	0 (0)		
Ailenin invaziv girişimlerde yanında bulunmasına izin verme	Evet	0 (0)	6 (13,3)	4 (7,8)	7,185	<sup>d</sup> 0,011* (y,z>x)
	Hayır	54 (100)	39 (86,7)	47 (92,2)		

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi, n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde  
<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \*p<0,05 \*\*p<0,01

Tablo 6.19 incelendiğinde; çalışılan kurum ile hemşirelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ailelere yenidoğan güvenliği ile ilgili eğitim verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,024). EAH'nde çalışan hemşirelerin yenidoğan güvenliği ile ilgili eğitim verme oranı, özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,021).

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile ailelerin vardiya değişimlerine ya da vizite katılmasına izin verme durumları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p=0,003). Özel hastanede çalışan hemşirelerin ailelere vardiya ya da vizitlere katılma izni verme oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,005).

Hemşirelerin ailelere yenidoğanın durumu ile ilgili bilgi vermesi ile çalıştıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,027). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ailelere yenidoğanın durumu ile ilgili bilgi verme oranı, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,025).

Ailelere yenidoğanın durumu ile ilgili bilgi veren hemşirelerin bilgi verme sıklıkları arasında da çalışılan kuruma göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Özel hastanede çalışan hemşirelerin ailelere günde bir kez bilgi verme oranı, EAH ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ). Özel hastanede çalışan hemşirelerin ailelere ünite uygunsu bilgi verme oranı, EAH hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p=0,008$ ). Özel hastanede çalışan hemşirelerin ailelere her istediklerinde bilgi verme oranı, EAH ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ).

Çalışılan kurum ile hemşirelerin ailelerin invaziv girişimler sırasında yenidoğanın yanında bulunmasına izin vermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,027$ ). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ailelere izin verme oranı, EAH hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,007$ ) (Tablo 6.19).

### 6.3. Hemşirelerin Çalışma Süresi ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Bu bölümde hemşirelerin çalışma süresi ile BDGB uygulamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

**Tablo 6.20. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre BDGB'ye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

		Çalışma Süresi		Test değeri	p
		≤5 Yıl (N=96) n (%)	≥6 Yıl (N=54) n (%)		
Toplu bakım kavramını bilme	Evet	63 (65,6)	47 (87,0)	7,045	<sup>a</sup> 0,008**
	Hayır	33 (34,4)	7 (13,0)		
Tedavide sırasında ağrı ve stres açısından değerlendirme	Evet	90 (93,8)	44 (81,5)	4,247	<sup>a</sup> 0,039*
	Hayır	6 (6,3)	10 (18,5)		
Banyo yaptırma sıklığı	Günde bir defa	61 (63,5)	25 (46,3)	4,625	°0,099
	Gün aşırı	19 (19,8)	18 (33,3)		
	İhtiyaç halinde	16 (16,7)	11 (20,4)		
Cilt bütünlüğünü değerlendirme	Evet	80 (83,3)	43 (79,6)	0,119	<sup>a</sup> 0,730
	Hayır	16 (16,7)	11 (20,4)		
Cilt bütünlüğünü değerlendirme sıklığı	Günde bir defa	11 (13,8)	14 (32,6)	22,609	<sup>a</sup> 0,001**
	12 saat ara ile	7 (8,8)	14 (32,6)		
	Risk skoruna göre	54 (67,5)	12 (27,9)		
	Her bakım verildiğinde	8 (10,0)	3 (7,0)		
Cilt yüzeyi yapıştırıcılarını çıkarırken girişimde bulunma	Evet	87 (90,6)	48 (88,9)	0,003	<sup>a</sup> 0,955
	Hayır	9 (9,4)	6 (11,1)		
Cilt temizleyicilerin parfüm içermemesine dikkat etme	Evet	82 (85,4)	46 (85,2)	0,001	<sup>a</sup> 1,000
	Hayır	14 (14,6)	8 (14,8)		

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde

<sup>a</sup>Yates Continuity Correction Test °Pearson Chi-Square Test \*p<0,05 \*\*p<0,01

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre BDGB'a ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6.20); çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin toplu bakım kavramını bilme oranları çalışma süresi 5 yıl ve altı olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,008).

Çalışma süresi 5 yıl ve altı olan hemşirelerin bakım ve tedavi sırasında yenidoğanın aktivitelerini ağrı/stres belirtileri açısından değerlendirme oranı ise, çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,039).

Hemşirelerin çalışma süresi ile banyo yaptıırma sıklığı, cilt bütünlüğünü değerlendirme durumları, cilt yüzeyi yapıştırıcılarını çıkartırken cilt bütünlüğünü korumaya yönelik girişimlerde bulunma ve cilt temizleyicileri ve nemlendiricilerin parfüm içermemesine dikkat etme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Cilt bütünlüğünü değerlendiren hemşirelerin cilt bütünlüğünü değerlendirme sıklıkları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin günde bir defa ve 12 saatte bir cilt bütünlüğünü değerlendirme oranı anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,025$ ;  $p=0,002$ ). Çalışma süresi 5 yıl ve altında olan hemşirelerin risk skoruna göre cilt bütünlüğünü değerlendirme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,001$ ) (Tablo 6.20).

**Tablo 6.21. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre AMB'ye Yönelik Uygulamalarının Karşılaştırılması(N=150)**

		Çalışma Süresi		Test değeri	p
		≤5 Yıl (N=96) n (%)	≥6 Yıl (N=54) n (%)		
Aileye yenidoğan güvenliği eğitimi verme	Evet	79 (82,3)	42 (77,8)	0,208	<sup>a</sup> 0,648
	Hayır	17 (17,7)	12 (22,2)		
Ailenin vizite katılmasına izin verme	Evet	6 (6,3)	2 (3,7)	0,444	<sup>b</sup> 0,712
	Hayır	90 (93,8)	52 (96,3)		
Ailelere bilgi verme	Evet	83 (86,5)	51 (94,4)	1,551	<sup>a</sup> 0,213
	Hayır	13 (13,5)	3 (5,6)		
Ailenin invaziv girişimlerde yanında bulunmasına izin verme	Evet	5 (5,2)	5 (9,3)	0,911	<sup>b</sup> 0,497
	Hayır	91 (94,8)	49 (90,7)		
Aile katılımına izin verilen girişim Entübasyon	Evet	70 (72,9)	30 (55,6)	3,939	<sup>a</sup> 0,047*
	Hayır	26 (27,1)	24 (44,4)		

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde <sup>a</sup>Yates Continuity Correction Test <sup>b</sup>Fisher's Exact Test  
<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \* $p<0,05$

Tablo 6.21 incelendiğinde; hemşirelerin çalışma süreleri ile ailelere yenidoğan güvenliği ile ilgili eğitim verme, ailelerin vardiya değişimlerine ya da vizite katılmasına izin verme, ailelere yenidoğanın durumu ile ilgili bilgi verme ve ailelerin invaziv girişimler sırasında yenidoğanın yanında bulunmasına izin vermesi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Çalışma süresi 5 yıl ve altı olan hemşirelerin entübasyon işlemi sırasında ailelerin bulunmasına izin vermesinin, çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ( $p=0,047$ ) (Tablo 6.21).





#### 6.4. Hemşirelerin Eğitim Durumu ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Bu bölümde hemşirelerin eğitim durumu ile BDGB uygulamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

**Tablo 6.22. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre BDGB'ye yönelik Bazı Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=150)**

		Eğitim		Test değeri	p
		Lise/ Ön lisans (N=51) n (%)	Üniversite/ Yüksek Lisans (N=99) n (%)		
Toplu bakım kavramını bilme	Evet	32 (62,7)	78 (78,8)	3,648	0,056
	Hayır	19 (37,3)	21 (21,2)		
BDGB kavramını daha önce duyma	Evet	25 (49,0)	67 (67,7)	4,941	0,026*
	Hayır	26 (51,0)	32 (32,3)		
Non-Farmakolojik ağrı giderme yöntemi kullanma	Evet	40 (78,4)	91 (91,9)	4,383	0,036*
	Hayır	11 (21,6)	8 (8,1)		
Farmakolojik ağrı giderme yöntemi uygulama	Evet	35 (68,6)	78 (78,8)	1,363	0,243
	Hayır	16 (31,4)	21 (21,2)		

n: Katılımcı Sayısı, %: Yüzde <sup>a</sup>Yates Continuity Correction Test <sup>b</sup>Fisher's Exact Test  
<sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test \*p<0,05

Hemşirelerin eğitim durumuna göre BDGB'a yönelik bazı bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında (Tablo 6.22); eğitim durumu ile hemşirelerin toplu bakım kavramını bilmesi durumu ve yenidoğanın ağrısını önlemek amacı ile farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanması aranı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Üniversite ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin BDGB kavramını duyma oranları istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek bulundu. (p=0,026).

Eğitim durumu üniversite/yüksek lisans olan hemşirelerin ağırlı işlem öncesinde yenidoğanın ağrısını önlemek amacı ile non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanma oranı lise/önlisans olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,036) (Tablo 6.22).

## 7. TARTIŞMA

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım'ına (BDGB) yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular, literatür eşliğinde tartışıldı.

### 7.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve BDGB'a Yönelik Bilgi ve Uygulamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma grubundaki hemşirelerin sadece %66'sının hemşirelik mezunu ve sadece %59,3'ünün üniversite mezunu olduğu, büyük çoğunluğunun da (%64) deneyiminin 5 yıldan az olduğu görülmektedir (Tablo 6.1). Konu ilgili literatür incelendiğinde, Aytekin ve Yılmaz Kurt'un (2014) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde iş doyumu ve etkileyen faktörleri araştırdıkları tanımlayıcı çalışmalarında araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde araştırmacılar hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%72) 5 yıldan az bir süredir çalıştığını belirtmişlerdir.

Özcan Şenses'in (2009) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu kararlarına ilişkin hekim ve hemşirelerin tutumları konulu çalışmasında ise hemşirelerin sadece % 37'sinin 4 yıldan fazla deneyimi olduğu belirtilmektedir. Aydın ve Karaca Çiftçi'nin (2015) YYB hemşirelerinin preterm yenidoğanlara uygulanacak terapötik pozisyonlar hakkındaki bilgi düzeylerini araştırdıkları tanımlayıcı çalışmalarında; yüksek okul mezunu hemşire oranı araştırmamızdan biraz yüksek olsa da (%65) mesleki deneyimleri açısından araştırmamızla benzerlik göstermektedir (%71). Çalıklı İnecar'ın (2014) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan eğitimin gürlüğü düzeyini azaltmadaki etkisini incelediği yarı deneysel çalışmasında ise, benzer şekilde hemşirelerinin yaklaşık %63'ünün üniversite mezunu olduğu, yaklaşık %63'ünün 5 yıldan az bir süredir yenidoğan ünitesinde çalışmakta olduğu bildirilmektedir. Karadağ'ın (2010) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin preterm yenidoğanlara uygulanacak terapötik pozisyonlar konusundaki farkındalık düzeyinin artırılmasını incelediği yarı deneysel çalışmasında; hemşirelerin %87'sinin 5 yıldan az bir süredir yenidoğan ünitesinde çalışmakta olduğu bildirilmektedir.

Bu sonuçlar bize YYBÜ gibi spesifik bir birimde olması gerektiğinin aksine hemşirelerin hem deneyimsiz hem de eğitim düzeylerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca hemşire dışındaki kişilerinde yenidoğan hemşiresi olarak YYBÜ’de görev yapması düşündürücüdür. Bu sonuçların yenidoğan bakım kalitesini olumsuz etkileyebileceği söylenebilir. Hemşirelik Kanunu’na göre yoğun bakım hemşirelerinin lisans mezunu olması gerekmektedir. Hem literatür sonuçları hem de araştırma sonuçlarımız YYBÜ’deki hemşirelerin niteliğinin yasalarda belirtilen kriterleri karşılamaktan uzak olduğunu düşündürdü.

Araştırma grubundaki hemşirelerin sadece %59,3’ünün yenidoğan bakımı ve izlemine yönelik eğitim aldığı ve yaklaşık yarısının (%52) YYB hemşireliği eğitimi aldığı, büyük çoğunluğu toplu bakım kavramını bilse de (%73,3) sadece %67,3’ünün toplu bakım uyguladığı görülmektedir. Ayrıca %80,7’sinin BDGB eğitimi aldığı, büyük çoğunluğunun (%78)’inin yenidoğan için bireysel bakım planı yaptığı, %66,7’sinin kanıta dayalı bakım yaptığını ifade ettiği görülmektedir (Tablo 6.2).

Konu ile ilgili literatür incelendiğine Özcan Şenses’in (2009) çalışmasında çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde hemşirelerin %58,5’inin yenidoğan yoğun bakıma özgü eğitim aldığı belirtilmektedir. Ülkemizde YYBÜ’de çalışan hemşirelerle yapılan diğer çalışmalarda bu oranın %35 (Aydın ve Karaca Çiftçi 2015) ile %41 (Karadaş 2010) arasında değiştiği belirlenmiştir. Hemşirelik Kanunu ve Sağlık Bakanlığı genelgelerine göre YYB hemşirelerinin tamamının yenidoğan yoğun bakım eğitimi almış olmaları ve her yıl eğitimlerini güncellemeleri gerekmektedir. (5634 Say. Hemşirelik Kanunu, 2007; Özcan Şenses, 2009: 19). Ülkemizde YYBÜ’de çalışan hemşirelerin YYB’ye özel eğitim almadan ünitelerde çalışma oranlarının yüksek olması, kanunlarda belirtilen kriterlere uyulmadığını, bu durumun bakımın kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünüldü.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin yenidoğanda uykunun düzenlenmesine yönelik bilgi ve uygulamaları incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%94,7) yenidoğanın uyku uyanıklık süresini değerlendirdiği anca yarısından fazlasının (%56) uyku uyanıklık süresini kaydetmediği, tamamına yakınının (%96) uykuya geçişi kolaylaştırmaya yönelik girişimlerde bulunduğu, en sık uygulanan girişimin ise (% 52,8) sarmalama olduğu, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%94) bakım uygulamalarını uyku düzenine göre ayarladığı ve gece ünitenin aydınlatma ve ses düzeyini azalttığı (%93,3) görülmektedir (Tablo 6.3).

Yenidoğanın uyku-uyanıklık durumunun düzenlenmesinin, sessiz uyanıklık durumunu arttırmada, ağlama süresini ve ağrıyı azaltmada, beyin fonksiyonlarının sağlıklı gelişiminde, motor gelişimin desteklenmesinde (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013) olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir (Çetin Kaşıkçoğlu, 2014). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun bakım uygulamalarını uyku uyanıklık durumuna göre ayarlaması yenidoğanın gelişimsel bakımı açısından olumlu bir uygulama olarak değerlendirildi.

Sarmalamanın, yenidoğanın ağrı, kalp tepe atımı ve oksijen saturasyonları üzerindeki olumlu etkisi olduğu ve yenidoğanı rahatlatarak uykuya geçişini kolaylaştırdığı bildirilmektedir (Çağlayan ve Balcı, 2014). Araştırmaya katılan hemşirelerin en fazla uyguladığı uykuya geçişi kolaylaştırıcı yöntemin sarmalama olması hemşirelerin bakımda kanıta dayalı uygulamaları yapma çabası içinde olduğunu düşündürdü.

Aydınlatma ve ses düzeyinin gece, gündüze göre azaltılmasının yenidoğanın uykuya geçişini kolaylaştırdığı (Çetin Kaşıkçoğlu, 2014; Kılıçarslan Törüner, 2014) bildirilmiştir. Araştırmamızda elde edilen bulguların, literatürde bildirilen bulgularla uyumlu olduğu görülmektedir. Diğer yandan YYB hemşirelerinin tamamına yakınının (%94,7) yenidoğanın uyku-uyanıklık süresini değerlendirdiğini bildirmesine rağmen yaklaşık yarısının (%56) uyku uyanıklık sürelerini kaydetmemesi çeşitli bakım uygulamalarını yapsalar da bunları kaydetme konusunda yeterli özeni göstermediklerini düşündürdü. Oysa bakımın kaydedilmesi görünürlüğünün sağlanması ve gerektiğinde geriye dönük kontrollerin yapılabilmesi açısından çok önemlidir. Bu nedenle YYBÜ’de çalışan hemşirelere uyguladıkları girişimleri kaydetmelerin önemini vurgulandığı eğitimlere gereksinimleri olduğu söylenebilir. Kayıtları yetersiz olması hata yapma riskini artırabileceği gibi yenidoğanın uyku-uyanıklık süresinin sağlıklı değerlendirilememesine de neden olabileceği söylenebilir.

Araştırma grubundaki hemşirelerin yarısının (%53,3) her uyarın verildiğinde ağrı değerlendirmesi yaptığı, %72,7’sinin ağrıyı değerlendirirken skala kullandığı, %76’sının ağrı skorunu kaydettiği, büyük çoğunluğunun (%89,3) tedavi uygularken yenidoğanı ağrı ve stres açısından değerlendirdiği, %66,7’sinin aileye yenidoğanın ağrı ve stresini azaltmaya yönelik eğitim verdiği görülmektedir (Tablo 6.4).

Yenidoğanda ağrı ve stresin değerlendirilmesinde, davranışsal ve fizyolojik yaklaşımlara uygun olarak farklı skalalar kullanılmaktadır (Güzeldemir, 1995: 19). Araştırma grubunda ağrı

skalasını kullandığını belirten her 10 YYBÜ hemşiresinden yaklaşık 6'sı CRIES ve PIPP skalası, 3'ü NIPS skalası, 1'i yüzler ağrı skalasını kullandığını belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin tamına yakını her uyarana verildiğinde ya da 4 saat arayla ağrı değerlendirme yaptığını bildirmiştir. Bu bakımdan araştırma grubundaki hemşirelerinin ağrı değerlendirme sıklığının ve değerlendirme yönteminin yeterli düzeyde olsa da ağrı düzeyini kaydetme konusunda yeterli özeni göstermedikleri düşünüldü.

Hemşirelerin non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin kullanılma durumu ve kullanılan yöntemlere yönelik uygulamaları incelendiğinde; %87,3'ünün non-farmakolojik ağrı giderme yöntemi kullandığı, kullanılan non-farmakolojik yöntemler arasında; %61,8 ile venöz kan alma sırasında sukroz kullanımının ve %65,8 ile emzik vermenin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Diğer non-farmakolojik yöntemlerin kullanım oranları ise oldukça düşüktür (%6,9 venöz kan almada anne memesine verme; %27,5 topuk kanı almada sarmalama; %9,9 topuk kanı almada el-yüz manüplasyonu vb.) (Tablo 6.5).

Akgün Kostak ve arkadaşlarının (2015), Türkiye de YYB hemşirelerinin ağrı gidermede kullandıkları yöntemleri inceledikleri kesitsel çalışmalarında, araştırma sonuçlarına benzer şekilde hemşirelerin (74.9%) çoğunluğunun ağrı gidermede non-farmakolojik yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir.

Sukroz uygulamasının, sarmalamanın, emzik vermenin, kucağa almanın müzik dinletmenin, pozisyon vermenin, el-yüz manipülasyonunun (Yıldırım Sarı ve Çiğdem, 2013; Çağlayan ve Balcı, 2014; Ovalı, 2013; Özel Efe, 2013; Çetin Kaşıkçioğlu, 2014; (Özel Efe, 2003; Lahav and Skoe, 2014; Bieleninik and Gold, 2014; Abromeit, 2003; İmseytoğlu ve Yıldız, 2012); yenidoğanın stres ve ağrısının azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir. Tedavi ve bakım uygulamalarının yol açtığı ağrı, acı ve stresin azaltılmasında yardımcı olduğu (Aydın ve Karaca Çiftçi, 2015); yenidoğanın sakinleşmesine olumlu katkıda bulunduğu (Laudert et al., 2007; Ovalı, 2013: 34) bildirilmiştir.

Araştırmamızda elde edilen bulgular, literatürle benzerlik göstermekte, YYBÜ hemşirelerinin yenidoğanın ağrısını azaltmak için belirli non-farmakolojik yöntemleri daha ağırlıklı olarak kullanmakla birlikte non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanma eğiliminde olduklarını düşünüldü.

Araştırma grubundaki hemşirelerin çoğunluğunun (%75,3) farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullandığı, bunların yarısından fazlasının (%65,5) entübasyon işlemlerinde opioid

verilmesini, daha az bir kısmının asetominefen verilmesini (%27,7), %31'inin ise sünnet işlemlerinde EMLA uygulanmasını kullandığını belirttiği görülmektedir (Tablo 6.6).

Literatürdeki bazı çalışmalarda (Dostbil, 2006; Akay, 2008; Camgöz Eryılmaz, 2008; İsaoglu, 2009; Kendigelen, 2010) opioid vermenin yenidoğanda ağrının azaltılmasında etkili olduğu; diğer çalışmalarda ise opioid kullanımının yenidoğanı deprese edebildiği (Wittels et al., 1990, 1997), zaman içinde yenidoğanın davranışsal değerlendirilmesinde anlamlı ölçüde düşüşe neden olduğu (Kendigelen, 2010), anne sütüyle beslenen yenidoğanlarda toksisite (Kendigelen, 2010; Tortop, 2012) ve solunum depresyonu riskini arttırdığı (Akay, 2008) bu nedenle anne sütüyle beslenen yenidoğanlarda ağrı tedavisindeki güvenilirliğinin tartışmalı olduğu (Kendigelen, 2010) bildirilmiştir. Buna karşın intravenöz yolla uygulanan asetaminofenin özellikle gebelerde ve yenidoğanlarda analjezide en güvenilir analjeziklerden biri olduğu (Kendigelen, 2010); gebelikte (Rudolph, 1981) ve emziren annelerde (Committee on Drugs, 1994; Rathmell et al., 1997) kullanımının uygun olduğu belirtilmektedir. Ancak entübasyon uygulamalarında opioid kullanımı ile ilgili literatür incelendiğinde opioidlerin, entübasyon sırasında oluşan hipertansiyon ve taşikardiye santral opioid reseptörler üzerine etki ederek engellediği görülmüştür (Çatal, 2004). Bu nedene araştırma katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun entübasyonda opioid kullandığını ifade etmesi bir kurum politikası olarak entübasyon sırasındaki analjezide opioidlerin tercih edildiğini ve bununla literatür ile uyumlu olduğu görüldü.

Gourrier ve arkadaşlarının (1995) prematüre ve term yenidoğanlarda EMLA krem etkinlik ve toleransını incelediği çalışmalarında prematüre ve term yenidoğanlarda güvenli olduğu belirlenmiştir. Brisman ve arkadaşlarının (1992) yenidoğanlarda EMLA krem kullanıldıktan sonra metaemoglobin oluşmasını inceledikleri çalışmalarında, 1 gram dozda, 1 saatten az yüzeysel uygulamalarda 3 ayın altında yenidoğanlarda güvenli olduğunu bildirilmiştir. Ancak EMLA'nın amid türü lokal anesteziyelere aşırı duyarlılığı olanlarda ve gestasyon yaşı 37 haftadan küçük prematüre yenidoğanlarda kontrendike olduğu (Kibar, 2011), ayrıca birçok çalışmada (Brisman vd., 1992; Puthoff vd., 1996; Frey and Kehrer, 1999; Knobloch and Proctor, 2001; Bozaykut vd., 2004; Öztürk vd., 2010) etkisinin kullanılan doz, uygulama süresi ve uygulama bölgesinin özelliklerine göre değişkenlik gösterdiği, siyanoz ve methemoglobinemi gelişimine yol açabildiği; dolayısıyla EMLA'nın güvenilirliği bakımından daha fazla araştırmaya gereksinim olduğu bildirilmiştir.

Pozisyon verme ve beslenmeye ilişkin uygulamalara yönelik olarak araştırma grubundaki hemşirelerin neredeyse tamamının (%96,7) simetrik gelişim açısından yenidoğanın pozisyonunu değiştirdiği, ve bunlarında çok büyük kısmının (%97,9) 3-4 saat ara ile pozisyon değiştirdiği ancak yarısından azının (%43,3) pozisyon vermek için uygun materyal kullandığı, büyük çoğunluğunun (%80) yuvalama (nesting) uygulaması yaptığı, tamamına yakınının (%96,7) yenidoğanı emme ve oral beslenmeye, %98,7'sinin yenidoğanı anne sütü almaya teşvik ettiği, yarısından çoğunun (%61,3) yenidoğanı kendi kucağında beslemeyi tercih ettiği görülmektedir (Tablo 6.7).

Literatür incelendiğinde simetrik gelişim açısından yenidoğanın pozisyonunun 2-3 saat aralarla değiştirilmesi önerilmektedir (Karadaş, 2013). Aydın ve Karaca Çiftçi'nin (2015) çalışmalarında YYB hemşirelerinin yaklaşık %88'inin yenidoğana pozisyon vermek için materyal kullandığı bildirilmiştir. Araştırma grubundaki hemşirelerin pozisyon vermede uygun materyal kullanımları her ne kadar Aydın ve Karaca çalışmalarından düşük olsa da hemşirelerin tamamına yakınının (%96,7) yenidoğana uygun aralıklarla pozisyon vermesi bu konuda farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu düşündürdü. Ayrıca hemşirelerin yenidoğanı anne sütüne teşvik etmesi, anne sütünün yenidoğanın gastrointestinal ve nöro-gelişimsel fonksiyonlarının gelişimine olan katkısını bildiklerini ve Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı "Anne Sütüne Teşvik ve Emzirme Politikası'nı benimsediklerini düşündürdü.

Hemşirelerin cilt bütünlüğünü değerlendirme ve korumaya yönelik uygulamaları incelendiğinde; yarısından fazlasının (%57,3) günde bir defa banyo yaptırmayı tercih ettiği görülmektedir (Tablo 6.8). Literatürde term yenidoğanlarda haftada 2 kez, preterm yenidoğanlarda 4 gün ara ile yıkama (Karabulut, 2011), ortalama olarak yenidoğanlara haftada 2-3 kez rutin banyo yaptırılması, rutin banyo dışında yenidoğanın banyo sıklığının, yaşına ve maruz kaldığı kirletici maddelere göre ayarlanması (Kelenderer vd., 2013) önerilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun her gün banyo yaptırmayı tercih etmesi, bu konudaki bilgilerinin güncelleme gereksinimi olduğunu düşündürdü.

Literatür incelendiğinde yenidoğanın cilt bütünlüğünün değerlendirilmesinde, Yenidoğan Cilt Durum Skalası'nın (NSCS: Neonatal Skin Condition Scale) (Karakoç, 2011; Lund, 2013) ve Yenidoğan Cilt Risk Değerlendirme Skalası'nın (NSRAS: The Neonatal Skin Risk Assessment Scale) (Huffines and Lodgson, 1997; Baharestani and Ratliff, 2007) kullanılmasının önerildiği

görülmektedir (Gözen, 2015, AWHONN), Hemşirelerin çoğunluğunun (%82) yenidoğanın cilt bütünlüğünü değerlendirdiği görülsede büyük çoğunluğunun cildin değerlendirilmesinde Braden Q skalası kullanması daha güvenilir cilt değerlendirme skalası kullanmaları konusundaki farkındalıklarının artırılmasına gereksinim olduğunu düşündürdü.

Araştırmada hemşirelerin %53,7'sinin cilt bütünlüğünü risk skoruna uygun sıklıkta değerlendirdiği belirlenmiştir. AWHONN Kanıta Dayalı Yenidoğan Cilt Bakımı Klinik Uygulama Rehberi'ne (Neonatal Skin Care AWHONN Evidence-Based Clinical Practice Guideline) göre; yenidoğanın cilt bütünlüğü, yenidoğan hemşiresi tarafından günlük olarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Karakoç, 2011). Bu sonuçlar hemşirelerin cilt bütünlüğünü değerlendirme sıklığı ile ilgili bilgilerinin güncellenme gereksinimi olduğunu düşündürdü.

Hemşirelerin %90'ının cilt yüzeyi yapıştırıcılarını çıkarırken girişimde bulunduğu, genellikle ara yüzeyi serum fizyolojik (%57) ile ıslattığını belirlenmiştir (Tablo 6.8). Bu sonuçlar Coughlin ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarındaki sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Literatürde ara yüzeyin suyla ıslatılması, çözücü kullanılmaması, tekrar flaster kullanılmayacaksa bölgeye vazelin sürülmesi önerilmektedir (Karakoç, 2011). Araştırma grubundaki hemşirelerin yenidoğanın cilt yüzeyi yapıştırıcılarını çıkarırken uygun ürünler kullanmaya özen gösterdikleri; cilt bakımında kullanılan cilt temizleyicileri ve nemlendiricilerin taşınması gereken özelliklere ilişkin yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları söylenebilir.

Hemşirelerin %85,3'ünün kullanılan cilt bakım ürünlerinin parfüm içermemesine dikkat ettiği görülmektedir (Tablo 6.8). Yenidoğanın cilt bakımında kullanılan cilt temizleyicileri ve nemlendiricilerinin; boya, kimyasal, parfüm ve koruyucu madde içermeyen, formülü yenidoğanlar için uygun ürünler olması, önerilmektedir (Karakoç, 2011: 83; Kelenderer vd., 2013: 12; Çetin Kaşıkçıoğlu vd., 2014: 24-25., Çöllü, 2012: 7).

Aydınlatma ve ses düzeyinin değerlendirmeye ilişkin bilgi ve uygulamalara yönelik olarak araştırma grubundaki hemşirelerin tamamının (%100) ünite de ses ölçer kullanılmadığını belirttiği, %40,7'ünitedeki ses düzeyinin güvenli sınırdan olmadığını düşündüğü, %38'inin (n=57) YYBÜ'de olması gereken güvenli ses düzeyinin 65 db altı olması gerektiğini belirttiği, %86'sının ünite de aydınlatmanın ayarlanabilir nitelikte olduğunu, %89,3'ünün yenidoğanı rahatsız edecek kokular sürmekten kaçındığı, tamamına yakınının (89,3) yenidoğanı korkutacak hızlı



maniplasyonlardan kaçındığı, %66'sının kuvöz üzerine biberon koymadığı tespit edildi (Tablo 6.9).

Amerikan Pediatri Akademisi'ne göre yenidoğanlar için üitedeki ses şiddetinin 45 dB'in altında olması güvenli kabul edilmekte (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012: 162; Özel Efe, 2013: 51); üitedeki en yüksek "anlık" ses şiddetinin 65 dB'i, ünite dışı destek alanlarında "sabit" ses şiddetinin 55 dB'i, bu destek alanlarındaki "ani" ses şiddetinin ise 70 dB'i aşmaması önerilmektedir (Salihoğlu vd., 2011: 50). Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin sadece %29'unun Çalikuşu İncekar'ın (2014) çalışmasındaki sonuçlara benzer şekilde YYBÜ'deki gürültü düzeyinin 45 dB'in altında olması gerektiğini bildiği görülmektedir. Bu sonuçlar hemşirelerinin YYB hemşireliği eğitimi alma oranının (%52) düşük olması ile ilişkili olabilir. Yapılacak hizmet içi eğitimlerde hemşirelerin üitedeki güvenli ses düzeyi konusunda bilgilerinin güncellenmesi gerektiği söylenebilir.

Aile merkezli bakımı (AMB) vermeye ilişkin uygulamalara yönelik olarak araştırma grubundaki hemşirelerin çoğunluğunun (%80,7) ailelere yenidoğan güvenliği konusunda eğitimi verdiği, tamamına yakınının (%94) ailelerin yenidoğanın bakımına katılmasına izin verdiği, %78,7'sinin ailelerin tıbbi kayıtlara istedikleri zaman ulaşabilmesine izin verdiği, büyük kısmının (%89,3) ailelere bilgi verdiğini belirttiği, sadece %47,8'inin aileler istediklerinde bilgi vermeyi tercih ettiği, %93,3'ünün ailelerin invaziv girişimlerde yenidoğanın yanında bulunmasına izin vermediği tespit edildi (Tablo 6.10), %88'inin büyük invaziv girişimler (entübasyon, santral kateter takma, umbilikal kateter takma, toraks tüpü takma, lomber ponksiyon), %77,3'ünün ise küçük invaziv girişimler (venöz kan alma, topuk kanı alma, damar yolu açma, ROP muayenesi, BERA Testi aspirasyon) sırasında ailenin yenidoğanın yanında olmasına izin vermediği tespit edildi (Tablo 6.11).

Araştırma grubundaki YYBÜ hemşirelerinin tamamına yakınının (%93,3) ailelerin invaziv girişimlerde yenidoğanın yanında bulunmasına izin vermemesi AMB'nin temel gereklilikleriyle uyuşmamaktadır. Sarıkaya Karabudak ve ark. (2010) girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı? Başlıklı çalışmalarında %92,6'sının lomber ponksiyon, %98,9'unun entübasyon, %91,62'sinin santral venöz kateter takma, %98,9'unun resüitasyon sırasında ailenin duygusal tepki verme riski olabileceği (%91,6), çalışanların stresini artırıp rahat çalışmalarını zorlaştırabileceği (%87,4), ve karışıklığa neden olabileceklerini (%80) düşündükleri için invaziv

girişimler sırasında ailelerin yenidoğanın yanında olmasını tercih etmediklerini belirtmektedirler. Ancak Ailelerin invaziv girişimler sırasında yenidoğanın yanında bulunmasına izin verilmesi AMB yaklaşımının temel gerekliliklerinden biri olup (Coughlin et al., 2009: 2244); ailelere bu konuda seçim yapma hakkı verilmesi, ailelerin kaygı ve şikayet etme düzeylerini azaltmakta (Nibert and Ondrejka, 2005: 145), memnuniyetinin artmasına yardımcı olmaktadır (Johnson et al., 2004: 145). Bu nedenle hemşirelerin AMB kavramı konusunda bilgilendirme gereksinim olduğu söylenebilir.

## **7.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurum ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Çalıştıkları kurumlara göre araştırma grubundaki hemşirelerin BDGB ile ilgili bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin BDGB eğitimi alma oranının EAH'nde ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ), üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin BDGB bilgisinin yeterli bulma oranının EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,043$ ) (Tablo 6.12). Bu sonuçlar üniversite hastanelerinde BDGB'a yönelik eğitimlerin daha fazla yapılması ile ilişkili olabilir.

Çalıştıkları kurumlara göre araştırma grubundaki hemşirelerin yenidoğanın uyku uyanıklık durumuna ilişkin uygulamaları karşılaştırıldığında; özel hastanede çalışan hemşirelerin bakım uygulamalarını yenidoğanın uyku-uyanıklık periyotlarına göre ayarlama oranının üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,004$ ) EAH'nde çalışan hemşirelerin yenidoğanın gece uykusunu desteklemek için aydınlatmayı ve ses düzeyini azaltma oranının üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0,022$ ) (Tablo 6.13). Bu sonuçlar, özel hastanelerin hizmet içi eğitimlerinde yenidoğanın uyku-uyanıklık düzenini sağlanmasına yönelik eğitimlere EAH hastanelerinde ise aydınlatma ve ses düzeyi ile ilgili eğitimlere daha çok yer verilmesiyle ilişkili olabilir.

Yenidoğanın ağrısı her uyarın verildiğinde ayrıca uyarın verilmediğinde ise her 4 saatte bir değerlendirilmelidir (Karadaş 2010). Çalıştıkları kurumlara göre araştırma grubundaki hemşirelerin yenidoğanın ağrı durumunun değerlendirme sıklığı incelendiğinde ise, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin her uyarın verildiğinde ( $p=0,001$ ) üniversite hastanesinde

çalışan hemşirelerin 2 saat arayla ( $p=0,024$ ), EAH'de çalışanların ise 4 saat ara ile yenidoğanın ağrısını değerlendirdiği görülmektedir ( $p=0,001$ ). EAH hastanesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın ağrısını değerlendirirken ağrı skalası kullanma oranının üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ), özel hastanelerde çalışan hemşirelerin yenidoğanın ağrısını değerlendirirken ağrı skalası kullanma oranının üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ), özel hastanede çalışan hemşirelerin CRIES ve PIPP skalası kullanma oranının EAH ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ), EAH'nde çalışan hemşirelerin CRIES ve PIPP skalası kullanma oranının üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ), EAH'nde çalışan hemşirelerin NIPS skalası kullanma oranının üniversite ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ), üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Yüzler ağrı skalası kullanma oranının EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ), EAH'nde çalışan hemşirelerin yenidoğanın ağrı değerlendirmesini kaydetme oranının üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ( $p=0,017$ ) (Tablo 6.14).

Bu sonuçlar, YYBÜ gibi spesifik bir alanda ağrının değerlendirilmesi, ağrının değerlendirme sıklığı ve kullanılan skalalar ile ilgili ülkemizde bir standardın olmadığını dolayısıyla her kurumun kendi belirlediği prosedüre göre ağrı değerlendirmesi ve yönetimi yaptığını düşündürmektedir.

Çalıştıkları kurumlara göre hemşirelerin non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanma durumları ve bu yöntemlere ilişkin uygulamaları karşılaştırıldığında; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ağrılı işlem öncesinde yenidoğanın ağrısını önlemek amacıyla non-farmakolojik yöntemler kullanma oranının, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,005$ ) belirlendi. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Bera testi öncesinde yenidoğana sukroz verme oranının ve venöz kan alma öncesinde emzik verme oranının EAH'nde çalışan hemşirelere göre istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu ( $p=0,012$ ;  $p<0,05$ ) görüldü. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma öncesinde yenidoğanı emzirtme oranının, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,030$ ;  $p=0,002$ ); üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin topuk kanı alma ( $p=0,005$ ), damar yolu açma ( $p=0,024$ ), ROP muayenesi ( $p=0,025$ ) ve Bera testi

( $p=0,005$ ) öncesinde yenidoğanı emzirtme oranının, özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma ( $p=0,025$ ;  $p=0,011$ ), topuk kanı alma ( $p=0,014$ ;  $p=0,026$ ), damar yolu açma ( $p=0,002$ ;  $p=0,002$ ), ROP muayenesi bulundu ( $p=0,001$ ;  $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ) ve Bera testi ( $p=0,001$ ;  $p=0,002$ ) öncesinde yenidoğana pozisyon verme oranının, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma ( $p=0,002$ ), topuk kanı alma ( $p=0,042$ ) ve damar yolu açma ( $p=0,020$ ) öncesinde yenidoğanı sarmalama oranının, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma ( $p=0,001$ ;  $p=0,024$ ), topuk kanı alma ( $p=0,001$ ;  $p=0,002$ ), damar yolu açma ( $p=0,001$ ;  $p=0,008$ ), ROP muayenesi ( $p=0,001$ ;  $p=0,008$ ) ve Bera testi ( $p=0,001$ ;  $p=0,008$ ) öncesinde yenidoğanı kucağa alma oranının, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu; Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin venöz kan alma ( $p=0,026$ ) ve damar yolu açma ( $p=0,026$ ) öncesinde yenidoğana el yüz manipülasyonu yapma oranının, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Tablo 6.15).

Bu sonuçlar, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinde kanıta dayalı uygulamaları kullanma eğilimlerinin fazla olduğunu düşündürdü. Bu sonuçlar üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin BDGB eğitimi alma oranlarının diğer kurumlarda çalışan hemşirelere göre daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Çalıştıkları kurumlara göre hemşirelerin farmakolojik ağrı giderme yöntemlerine ilişkin uygulamaları karşılaştırıldığında; özel hastanede çalışan hemşirelerin entübasyon öncesi yenidoğana opioid verme oranlarının, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,023$ ); farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanan EAH ve özel hastanede çalışan hemşirelerin entübasyon öncesi ( $p=0,003$ ;  $p=0,012$ ) ve santral katater takma öncesi ( $p=0,013$ ;  $p=0,022$ ) yenidoğanlara asetominofen verme oranının, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 6.16).

Çalıştıkları kurumlara göre hemşirelerin pozisyon verme ve beslenmeye ilişkin uygulamaları karşılaştırıldığında; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın pozisyonunu her bakım verdiğinde değiştirme oranının ( $p=0,004$ ;  $p=0,005$ ), yuvalama

uygulamasını yapma oranının ( $p=0,024$ ;  $p=0,028$ ), EAH ve özel hastanelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Üniversite ve özel hastanede çalışan hemşirelerin pozisyon vermek için uygun materyallerden yararlanma oranının, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ;  $p=0,042$ ); üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin emmeyi teşvik için emzik verme oranının ( $p=0,001$ ;  $p=0,034$ ) ve anne sütüne teşvik için yenidoğanları kuvözde besleme oranının ( $p=0,010$ ;  $p=0,016$ ) anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 6.17).

Çalışmamızda pozisyon verme, emmeyi teşvik etmek için emzik verme, yuvalama yapma gibi uygulamalarının üniversite hastanelerinde daha fazla uygulanması hemşirelerin BDGB eğitimi alma oranlarının fazla olması ile ilişkili olabilir.

Ağrılı işlemler öncesinde farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini, özel ve EAH hastanelerinde çalışan YYB hemşirelerin, üniversite hastanelerinde çalışan YYB hemşirelerine göre daha sık tercih etmeleri özel ve EAH hastanelerinde çalışan YYB hemşirelerin farmakolojik ağrı giderme yöntemleri hakkında yetersiz bilgiye sahip olduklarını düşündürdü.

Üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin YYBÜ'de olması gereken güvenli ses düzeyinin doğru bilme oranı (45 db altı) EAH'nde çalışan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ) görülmektedir; Amerikan Pediatri Akademisi'ne göre yenidoğanlar için üniteadaki ses şiddetinin 45 dB'in altında olması güvenli kabul edilmektedir. Çalışmamızda özel ve üniversite hastanelerinde çalışan YYB hemşireleri üniteki ses şiddetinin 45 dB'in altında olması gerektiğini belirtmekte olup literatür ile uyum sağlamaktadır. Diğer yandan EAH'nde çalışan YYB hemşirelerinin güvenli ses düzeyini bilme oranlarının düşük olması, hemşirelerin BDGB ve YYB eğitiminin yetersiz olduğunu ve kurumda ses şiddetinin güvenli sınırdan olması ile ilgili protokollerin olmadığını düşündürmektedir. Bu durum yenidoğanın gelişimini olumsuz etkilenmesine neden olması açısından oldukça dikkat çekicidir.

Araştırmanın yapıldığı hiçbir kurumda ünitenin ses düzeyini belirlemeye yönelik ses ölçer cihazların bulunmaması oldukça düşündürücüdür. Sağlık bakanlığının ünitelerde ses düzeyinin belirlenmesine yönelik standartlar geliştirmesi ve ses ölçer cihazların ünitelerde bulundurulmasının sağlanması önerilebilir. Çünkü hemşireler her ne kadar ünitelerdeki ses düzeyini güvenli sınırlar içinde tutmanın önemini kavramış olsalar da üniteki ses ölçer cihazların bulunmaması objektif bir değerlendirme yapmalarına olanak sağlamamaktadır.

Üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin günde bir defa cilt bütünlüğünü değerlendirme oranının, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,003$ ;  $p=0,006$ ); üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin 12 saat ara ile cilt bütünlüğünü değerlendirme oranının, EAH ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ); üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin her bakım verildiğinde cilt bütünlüğünü değerlendirme oranının, özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ( $p=0,001$ ) (Tablo 6.18). Bu sonuçlar üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerinin cilt bütünlüğünü değerlendirmeye yönelik farkındalıklarının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda kurumların cilt bütünlüğünü değerlendirme sıklığının farklı aralıklarda olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar ülkemizde yenidoğan gibi spesifik bir alanda cilt bütünlüğü değerlendirme ile ilgili bir standardın olmadığını düşündürmektedir.

Özel hastanede çalışan hemşirelerin ailelere vardiya ya da vizitlere katılma izni verme oranının, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p=0,005$ ); üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ailelere yenidoğanın durumu ile ilgili bilgi verme oranının ( $p=0,025$ ) ve invaziv girişimler sırasında ailelerin yenidoğanın yanında bulunmasına izin verme oranının ( $p=0,007$ ) EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu; görülmektedir (Tablo 6.19). Çalışmamızda AMB uygulamalarında sağlık bakım kurumlarında, kendi politikaları doğrultusunda aile ile iş birliği yapıldığı görülmektedir. Bu sonuçlar, kurumların AMB'da kanıta dayalı uygulamalar yapma çabası içerisinde olsalar da uygulamaların kuruma göre değiştiğini ve kurumların geneleni kapsayan bir AMB standardı olmadığını düşündürdü.

### **7.3. Hemşirelerin Çalışma Süresi ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Çalışma sürelerine göre hemşirelerin BDGB'a ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında; çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin, toplu bakım kavramını bilme oranının ( $p=0,008$ ) ve günde bir defa değerlendirme oranının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0,025$ ) (Tablo 6.20). Literatür incelendiğinde, AWHONN Kanıta Dayalı Yenidoğan Cilt Bakımı Klinik Uygulama Rehberi'ne (Neonatal Skin Care AWHONN Evidence-

Based Clinical Practice Guideline) göre; yenidoğanın cilt bütünlüğü, yenidoğan hemşiresi tarafından günlük olarak değerlendirilmesi gerektiği (Karakoç, 2011) bildirilmektedir. Bu sonuçlar, deneyimli hemşirelerin toplu bakım kavramını daha iyi bildiklerini ve cilt değerlendirmesini daha doğru sıklıkla yaptığını göstermektedir. Bu sonuçlar deneyimli hemşirelerin kanıta dayalı bakım verme eğiliminin fazla olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma sürelerine göre hemşirelerin AMB'ye ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında; diğer invazif girişimler açısından fark olmasa da 5 yıl ve altı deneyime sahip hemşirelerin entübasyon işlemi sırasında ailelerin bulunmasına izin verme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0,047$ ) (Tablo 6.21). Bu sonuçlar, 5 yıldan daha kısa süredir çalışan hemşirelerin, AMB uygulamalarını daha iyi benimsediğini, çalışma süresinin 6 yıl ve üzeri olanların duruma daha geleneksel bir bakış açısıyla yaklaştıklarını düşündürdü.

#### **7.4. Hemşirelerin Eğitim Durumu ile BDGB Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Eğitim durumuna göre hemşirelerin BDGB'a yönelik bazı bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında; üniversite/yüksek lisans mezunu hemşirelerin BDGB kavramını duyma oranının ( $p=0,026$ ) ve ağırlı işlem öncesinde yenidoğanın ağrısını önlemek amacı ile non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanma oranının ( $p=0,036$ ), lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 6.22).

YYB gibi spesifik alanlardaki hemşirelerin Hemşirelik Kanun'da belirtildiği gibi üniversite mezunu olmaları gerekmektedir, YYBÜ çalışan hemşirelerin lisans eğitimine sahip olmasının sağlanmasının ünitelerde BDGB uygulanmasını olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuçlar;

- Hemşirelerin yaş ortalamasının  $26,26 \pm 3,89$  olduğu, %59,3'ünün (n=89) üniversite mezunu olduğu, %36'sının (n=54) EAH'inde çalıştığı, %34,7'sinin (n=52) 2 yıldan daha kısa süredir YYBÜ'de çalıştığı,
- Hemşirelerin %59,3'ünün yenidoğan bakımı ve izlemine yönelik eğitim aldığı, %73,3'ü toplu bakım kavramını bildiği, %80,7'sinin BDGB eğitimi aldığı, %66,7'sinin kanıta dayalı bakım yaptığını belirttiği,
- Hemşirelerin %94,7'sinin yenidoğanın uyku uyanıklık süresini değerlendirdiği belirlense de sadece %44'ünün uyku uyanıklık süresini kaydettiği,
- Uykuya geçişi kolaylaştırmaya yönelik girişimler arasında en sık uygulanan girişimin sarmalama olduğu(% 52,8),
- Hemşirelerin %72,7'sinin ağrıyı değerlendirirken skala kullandığı, %76'sının ağrı skorunu kaydettiği, %89,3'ünün tedavi uygularken yenidoğanı ağrı ve stres açısından değerlendirdiği, %66,7'sinin aileye yenidoğanın ağrı ve stresini azaltmaya yönelik eğitim verdiği,
- Hemşirelerin %87,3'ünün non-farmakolojik ağrı giderme yöntemi kullandığı, kullanılan non-farmakolojik yöntemler arasında; venöz kan alma sırasında emzik vermenin %65,8 ile ilk sırada, sukroz vermenin %61,8 ile ikinci sırada yer aldığı,
- Hemşirelerin %75,3'ü farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullandığı,
- Hemşirelerin %96,7'sinin simetrik gelişim açısından yenidoğanın pozisyonunu değiştirdiği, %80'inin yuvalama (nesting) uygulaması yaptığı, %43,3'ünün pozisyon vermek için uygun materyal kullandığı,



- Hemşirelerin %96,7'sinin yenidoğanı emme ya da oral beslenmeye teşvik ettiği, %73,8'inin emme ya da oral beslenmeye teşvik için emzik verdiği,
- Hemşirelerin %82'sinin yenidoğanın cilt bütünlüğünü değerlendirdiği, %54'ünün cilt bütünlüğünü değerlendirirken skala kullandığı,
- Ünitelerin hiçbirinde ses ölçer kullanılmadığı, hemşirelerin sadece %29,3'ünün ünitedeki güvenli ses düzeyini doğru olarak bildiği,
- Hemşirelerin %94'ünün ailelerin yenidoğanın bakımına katılmasına izin verdiği, ancak %93,3'ünün invaziv girişimler sırasında ailelerin yenidoğanın yanında bulunmasına izin vermediği,
- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin BDGB eğitimi alma oranının EAH'inde ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Özel hastanede çalışan hemşirelerin yenidoğanın uyku-uyanıklık zaman ve sürelerini kaydetme oranının, bakım uygulamalarını yenidoğanın uyku-uyanıklık periyotlarına göre ayarlama oranının üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- EAH hastanesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın ağrısını değerlendirirken ağrı skalası kullanma oranının üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ağrılı işlem öncesinde yenidoğanın ağrısını önlemek amacıyla non-farmakolojik yöntemler kullanma oranının, EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin emmeyi teşvik için emzik verme oranının EAH ve özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin YYBÜ'de olması gereken güvenli ses düzeyinin 45 db altı olması gerektiğini belirtme oranının, EAH'nde çalışan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ailelere yenidoğanın durumu ile ilgili bilgi verme oranının ve invaziv girişimler sırasında ailelerin yenidoğanın yanında bulunmasına izin verme oranının EAH'nde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin, toplu bakım kavramını bilme oranının, çalışma süresi 5 yıl ve altı olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Üniversite/yüksek lisans mezunu hemşirelerin BDGB kavramını duyma oranının ( $p=0,026$ ) ve ağrılı işlem öncesinde yenidoğanın ağrısını önlemek amacı ile non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanma oranının, lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu sonucuna varıldı.

## **Öneriler:**

Sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- EAH, üniversite ve özel hastanelerin YYBÜ'nde çalışacak hemşirelerin seçiminde Hemşirelik Kanunu'nda belirtildiği şekilde lisans mezunu olmaları şartına uyulması,
- YYB hemşirelerinin tamamının, Hemşirelik Kanunu ve Sağlık Bakanlığı genelgelerine uygun olarak yenidoğan yoğun bakım eğitimi almış olmaları, en az 1 yıl yoğun bakım ünitesinde çalışmış olmalarına dikkat edilmesi ve her yıl birimlerine özel eğitimlerinin güncellenmesi,
- YYBÜ hemşirelerinin, yenidoğanın uyku uyanıklık süresini kaydetme konusunda gerekli özeni göstermelerinin sağlanması,
- YYB hemşirelerinin farmakolojik ve non-farmakolojik ağrı giderme yöntemleri konusunda bilgilerinin güncellenmesi,
- Hemşirelere yenidoğana pozisyon verme ve pozisyon verme materyalleri konusunda eğitimin verilmesi,
- Hemşirelerin geçerli ve güvenilirliği olan cilt değerlendirme skalaları konusunda bilgilendirilmesi,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ses ölçümlerinin düzenli olarak yapılmasının sağlanması,
- Hemşirelere ünitedeki gürültü düzeyine ilişkin eğitim verilmesi,
- Hemşirelerinin AMB'nin temel ilkeleri konusunda bilgilendirilmesi ve invaziv girişimlerde ailenin yenidoğanın yanında bulunmalarına izin vermeleri yönünde bilgilendirilmeleri,
- Tüm hastanelerde yenidoğan hemşirelerine BDGB eğitimi verilmesi,
- Hemşirelerin yenidoğanın BDGB'na yönelik eğitiminde sürekliliğin sağlanması ve eğitim kalitesinin daha da iyileştirilmesi önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

Abromeit, D.H. (2003). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as a model for clinical music therapy interventions with premature infants. *Music Therapy Perspectives*, 21(2):60–68.

Adar Uyaniker, E. (2014). Yönetici Hemşirelerin genel öz yeterlilik inancı ile zaman yönetimi arasındaki ilişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yar.Doç.Dr. Makbule BATMAZ).

Akay, S., (2008). Sezaryen operasyonlarında intratekal levobupivakain ve opioid kombinasyonlarının etkileri. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak (Danışman: Yar.Doç.Dr. Hilal AYOĞLU).

Akgün, Kostak M., İnal, S., Efe, E., Bal Yılmaz, H., Şenel Z., (2015). Determination of methods used by the neonatal care unit nurses for management of procedural pain in Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association* Vol.65, No.5.

Aksoy, B. (2014). Hemşirelik uygulamaları. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi (<http://www.kanunieah.gov.tr/wp-content/uploads/2014/05/beng%C3%BC-aksoy.pdf>), Erişim tarihi: 05 Aralık 2015).

Akyürek, B. & Conk, Z. (2006). Yenidoğan bebeklere uygulanan iğneli girişimlerde nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(1):1-17.

Aliefendioğlu, D. & Güzoğlu, N. (2015). Yenidoğanda ağrı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (58):35–42.

Als, H. (1982). Towards a synactive theory of development: promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*; 3:229–243.

Als, H., Duffy, F.H. & McAnulty, G. (1988a). Behavioral differences between preterm and fullterm newborns as measured with the APIB system scores: I. Infant Behavior Development; 11:305–318.

Als, H., Duffy, F.H. & McAnulty, G. (1988b). The APIB, an assessment of functional competence in preterm and fullterm newborns regardless of gestational age at birth: II. Infant Behavior Development.;11:319–331.

Als, H. & McAnulty, G.B. (2011). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive care for preterm infants. Curr Womens Health Rev, 7(3): 288–301.

Aslan, M. (2015). Yenidoğanda Ağrı Değerlendirmesi. Acıbadem Maslak Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ([http://docplayer.biz.tr/10488564-Yenidoganda-agri-degerlendirmesi.html#download\\_tab\\_content](http://docplayer.biz.tr/10488564-Yenidoganda-agri-degerlendirmesi.html#download_tab_content)., Erişim tarihi: 05 Ocak 2016).

Aydın, D. (1996). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan pretermelerde dinletilen klasik müziğin bebeklerin stres belirtileri, büyümesi, oksijen saturasyon düzeyi ve hastanede kalış süresine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Aydın, G. (2009). Doğum eylemindeki gebelerde analjezik olarak intravenöz parasetamol kullanımının etkinliği. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa (Danışman: Prof.Dr. Mehpere TÜFEKÇİ).

Aydın, D. & Karaca Çiftçi, E. (2015). Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Preterm Yenidoğanlara Uygulanacak Terapötik Pozisyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeyi. Güncel Pediatri, 13(1):21–30 (<http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/2/900/article/21-30.pdf>., Erişim tarihi: 04 Ocak 2016).

Aytekin, A. & Yılmaz Kurt, F. (2014). Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde çalışan hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 4(1): 51–58  
([http://www.journalagent.com/behcetuz/pdfs/BUCHD\\_4\\_1\\_51\\_58.pdf](http://www.journalagent.com/behcetuz/pdfs/BUCHD_4_1_51_58.pdf)., Erişim tarihi: 05 Kasım 2015).

Baharestani, M.M. & Ratliff, C.R. (2007). Pressure ulcers in neonates and children: an NPUAP white paper. *Advances in skin & wound care*, 20(4):208, 210, 212, 214, 216, 218–220.

Bal Yılmaz, H. & Conk, Z. (2009). The effect of massage by mothers on growth in healthy full term infants. *International Journal of Human Sciences*, 6(1), 969–977.

Beal, J.A. (2005). Evidence for best practices in the neonatal period. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 30(6):397–403.

Bieleninik, L. & Gold, C. (2014). Early intervention for premature infants in neonatal intensive care unit. *Acta Neuropsychologica*, 12(2):185–203.

Bozaykut, A., Güven, G., Erkum, T., Pulat Seren, L., Yıldırım, E. & Ünver, A. (2004). Topikal anestezi krem uygulamasına sekonder metemoglobinemi: Olgu sunumu. *Türk Pediatri Arşivi*, 39:88-90.

Bramwell, R. & Weindling, M. (2005). Families' views on ward rounds in neonatal units. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 90(5):F429–F431.

Brisman, M., Ljung, B.M., Otterbom, I., Larsson, L.E. & Andréasson, S.E. (1998). Methaemoglobin formation after the use of EMLA cream in term neonates. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 87(11):1191–1194.

Brunton, B. & Beaman, M. (2000). Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12(11):451–456.

Camgöz Eryılmaz, N. (2008). Sezaryen operasyonlarında intratekal izobarik ropivakain ve bupivakain kullanımının karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Prof.Dr. Berrin GÜNAYDIN).

Canoğlu, E., Güngör, H.C. & Bozkurt, A., 2009. Çocuk diş hekimliğinde ilaç kullanımı. Hacettepe Diş Hek Fak Derg, 33(2), 30–44.

Chen, C.M., Lin K.H., Su H.Y., Lin M.H. & Hsu C.L. (2014). Improving the provision of nesting and positioning for premature infants by nurses in neonatal intensive care units. *Hu Li Za Zhi*, 61(2 Suppl):S41-9.

Committee on Drugs. (1994). American Academy of Pediatrics The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 93(1):137–150.

Constand, M.K., MacDermid, J.C., Dal Bello-Haas, V. & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC health services research*, 14, 271.

Coughlin, M., Gibbins, S. & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice, *J Adv Nurs*. October, 65(10): 2239–2248.

Çağlayan, N. & Balcı, S. (2014). Preterm yenidoğanlarda ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem: Cenin pozisyonu. *F.N. Hem. Derg*, 22(1): 63–68.

Çalığıuşu İncekar, M. (2014). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan eğitimin gürültü düzeyini azaltmadaki etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Serap BALCI).

Çam, O., Baysan Arabacı, L., Gördeles Beşer, N., & Yıldırım, S. (2010). Psikiyatri hemşireliği eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 44–51.

Çatal, B. (2004). Entübasyonda oluşan hemodinamik yanıtları önlemede esmolol ve fentanil'in etkilerinin karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uz. Dr Nur Akgün)

Çetin Kaşıkçıoğlu, F., Efe, E., Öncel, S., Kırca, N., Taşkıran, B., Gönen, M., Bozkurt, F., Koçak, H., Erdoğan, E., Akman, D. & Baştürk, A. (2014). Riskli Bebeklerde Hemşirelik Bakımı ve Güvenli Taburculuk Standartları (Eds.: Ü. Hülür, F. Çetin Kaşıkçıoğlu, E. Efe, S. Öncel, N. Kırca & B. Taşkıran.), Antalya: Antalya İl Sağlık Müdürlüğü  
(<http://www.antalyasm.gov.tr/DosyaIndir.ashx?Tip=2&Id=41&U=.pdf&DosyaAd=Riskli%20Bebeklerde%20Hem%20Firelik%20Bak%C4%B1m%C4%B1%20ve%20G%C3%BCvenli%20Taburculuk%20Standartlar%C4%B1>., Erişim tarih: 03 Kasım 2015).

Çırlak, A. (2009). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Doç.Dr. Firdevs ERDEMİR).

Çöllü, E., 2012. Hemşirelik öğrencilerinin yenidoğanda bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. Gülay GÖRAK) (<http://acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11446/125/430989.pdf?sequence=1&isAllowed=y>., Erişim tarihi: 27 Aralık 2015).

Dalpezzo, N.K. (2009). Nursing care: a concept analysis. Nursing forum, 44(4):256–264.

Derebent, E. & Yiğit, R. (2006). Yenidoğanda ağrı: Değerlendirme ve yönetim. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2):41–48.

Dinç, L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi, (40):113–119.

Dinçer, Ş., Yurtçu, M. & Günel, E. (2011). Yenidoğanlarda ağrı ve nonfarmakolojik tedavi. Selçuk Üniv Tıp Derg, 27(1):46–51.



Dostbil, A. (2006). Epidural doğum analjezisinde düşük doz bupivakaine morfin eklenmesinin maternal ve neonatal etkileri. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erzurum (Danışman: Yar.Doç.Dr. H.Ahmet ALICI).

Dursun, M. & Bülbül, A. (2014). Mekanik ventilasyondaki yenidoğan bebeğin bakımı. SiSli Etfal Hastanesi Tıp Bulteni, 48(2):67–78.

Eker, A. & Yurdakul, M. (2008). Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg., 1(1), 26–35.

Epstein, R.M., Franks, P., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Miller, K.N., Campbell, T.L. & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Annals of family medicine*, 3(5):415–21.

Eras, Z., Atay, G., Durgut Şakrucu, E., Bingöler, E.B. & Dilmen, U. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. SiSli Etfal Hastanesi Tıp Bulteni/ The Medical Bulletin of Sisli Hospital, 47(3): 97–103.

Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S. & Türmen, T. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (51): 104–109.

Ergün, M.O. (2013). Elektif sezaryan ameliyatlarında anne ve yenidoğan üzerine etkileri açısından optimal anestezi yöntemi: Genel, spinal veya epidural anestezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. Zeynep ETİ).

Erken, S. (2013). Hemşirelik Bakım Süreci, İzmir İli Güney Genel Sekreterliği Sağ. Bak. Hiz. Koor. (<http://www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/04HEMSIRELIKBAKIMSURECL.pdf>., Erişim tarihi: ).

Fairchild, K. & Aschner, (2012). HeRO monitoring to reduce mortality in NICU patients. *Research and Reports in Neonatology*, 65.

Ferber, S.G., Feldman, R., Kohelet, D., Kuint, J., Dollberg, S., Arbel, E. & Weller, A. (2005). Massage therapy facilitates mother-infant interaction in premature infants. *Infant Behavior and Development*, 28(1):74–81.

Forrest, D. (1989). The experience of caring. *Journal of advanced nursing*, 14(10):815–823.

Frey, B. & Kehrer, B. (1999). Toxic methaemoglobin concentrations in premature infants after application of a prilocaine-containing cream and peridural prilocaine. *European Journal of Pediatrics*, 158(10):785–788.

Gourrier, E., Karoubi, P., El-Hanache, A., Merbouche, S., Mouchnino, G., Dhabhi, S. & Leraillez, J. (1995). Use of EMLA cream in premature and full-term newborn infants. Study of efficacy and tolerance. *Arch Pediatr*, 2(11):1041–1046.

Görak, G. (1994). Hastane infeksiyonlarını önlemede hemşirelik hizmetlerinin rolü ve tek kullanımlık malzemenin kullanım alanları. *Hemşirelik Bülteni*, VIII(34), 29–36.

Gözen, D. (2015). Pediatrik hastalarda cilt durumunun değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs*, 1(2):59–62.

Gauvain-Piquard, A., Rodary, C., Rezvani, A., & Lemerle, J. (1987). Pain in children aged 2-6 years: A new observational rating scale elaborated in a pediatric oncology unit - preliminary report. *Pain*, 31(2), 177–188.

Güzeldemir, M.E. (1995). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom*, (Haziran):11–21.

Hahn, I.-H., Hoffman, R.S. & Nelson, L.S. (2004). EMLA®-induced methemoglobinemia and systemic topical anesthetic toxicity. *The Journal of Emergency Medicine*, 26(1):85–88.

Hernandez-Reif, M., Diego, M. & Field, T. (2007). Preterm infants show reduced stress behaviors and activity after 5 days of massage therapy. *Infant Behavior and Development*, 30(4), 557–561.

Holsti, L., Grunau, R.E., Oberlander, T.F. & Whitfield, M.F. (2004). Specific Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program Movements Are Associated With Acute Pain in Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*. July; 114(1): 65–72.

Huffines, B. & Logsdon, M.C. (1997). The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for predicting skin breakdown in neonates. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 20(2):103–114.

Huppertz, C., Gharavi, B., Schott, C. & Linderkamp, O. (2005). Individual developmental care based on the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Kinderkrankenschwester*. 24(9): 359-64.

Hutchings, H.A. (2012). Patient-centered professionalism. *Patient Intelligence*, 11–21.

İmseytoğlu, D. & Yıldız, S. (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde müzik terapi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 20(2): 160–165

İnal, S. (2003). Sağlıklı bebeklerde düzenli bebek masajının büyüme ve mental-motor gelişime etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Suzan YILDIZ).

İnceseli, A. (2005). Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Prof.Dr. Nazan ALPARSLAN).

İsaoglu, N. (2009). Epidural doğum analjezisinde düşük doz Levobupivakain'e morfin eklenmesinin maternal ve neonatal etkileri. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erzurum (Danışman: Doç.Dr. H.Ahmet ALICI).

Jacobs, S., Sokol, J. & Ohlsson, A. (2002). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program is not supported by meta analyses of the data. *Journal of Pediatrics*, 140: 699–706.

Johnson, B.H., Abraham, M.R. & Parrish, R.N. (2004). Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement. *Clinics in Perinatology*, 31(2):353–382.

Kahraman, A., Başbakkal, Z. & Yalaz, M. (2014). Yenidoğan bebeklerin pozisyon gereksinimlerinin değerlendirilmesi. 4. Ege Pediatri Hemşireliği Kongresi. 10-13 Haziran 2014. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Kalenderer, Ö., Özel, A. & Turan, D. (2013). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelik Rehberi 2013 (<http://tepecikeah.saglik.gov.tr/userfiles/files/Yenidogan%20hastal%C4%B1klar%C4%B1%20hem%C5%9Firelik%20bak%C4%B1m%20rehberi.pdf>), Erişim tarihi: 23 Ekim 2015).

Karabulut, A.A. (2011). Yenidoğanda deri fizyolojisi ve topikal ilaç kullanımı. *Turkderm*, 45(2):60–67.

Karadaş, G.E. (2010). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Preterm Bebeklere Uygulanacak Terapötik Pozisyonlar Konusunda Farkındalık Düzeyinin Arttırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. Suzan Yıldız).

Karadaş, G.E. (2013) (ed) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Oryantasyon Kitabı, Acıbadem Sağlık Grubu Yayınları, Armoni Nüans A.Ş, İstanbul, s:186-211.

Karakoç, A. (2011). Yenidoğan bakımında kanıtlar. I. Uluslararası ve II. Ulusal Ebelik Kongresi, 13-16 Ekim 2011, Safranbolu, 81-85.

Karakoç Tarı, A. (2003). Prematüre Bebeklerde Biberonla Beslenmeye Geçiş Sırasında Uygulanan Geleneksel ve Gelişimsel Bakım Yönteminin Karşılaştırılması.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yar.Doç.Dr. Zerrin ÇİĞDEM).

Karakoç Tarı, A. & Çiğdem, Z. (2008). Preterm bebeklerde biberonla beslenmeye geçiş sırasında uygulanan geleneksel ve gelişimsel bakım yönteminin karşılaştırılması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2): 26–28.

Karataş, H. (2008). Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Sonuçları. *Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Notları*. s:6-8.

Kendigelen, P. (2010). Sezaryan sonrası ağrı tedavisinde intravenöz Parasetamol ve Tramadol'ün anne ve emen bebekte etkilerinin karşılaştırılması. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi*, İstanbul.

Kenner, C. & Grath, J.M. (2004). *Developmental Care of New-borns and Infants: A Guide for Health Professionals*. St. Louis, Missouri: Mosby.

Kılıçarslan Törüner, E., Altay, N., Arpacı, T., Sarı, Ç., Zıraman, S., Ateş, B., Coşkun, M., Bilgili, G., Öztürk, Ç. & Polat, A. (2014). *Bebeğinizin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde ve Evde Bakımı*, Ankara: Neonatoloji Hemşireliği Derneği.

Kleberg, A., Westrup, B. & Stjernqvist, K. (2000). Developmental outcome, child behaviour and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) intervention. *Early Human Development*, 60:123–135.

Knobeloch L. & Proctor M. (2001). Eight blue babies. *WMJ*, 100:43-47.

Krechel, S.W. & Bildner, J. (1995). CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatr Anaesth*, 5(1):53-61.

Kul, M., Saldır, M., Gülgün, M., Kesik, V., Sarıcı, S.Ü. & Alpay, F. (2005). *Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde respiratuvar distres sendromu tanısıyla takip edilen*

düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların retrospektif değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, (47): 290–293.

Lahav, A. & Skoe, E. (2014). An acoustic gap between the NICU and womb: a potential risk for compromised neuroplasticity of the auditory system in preterm infants. *Frontiers in Neuroscience*, 8(Article 381):1–8.

Lawhon, G. & Hedlung, R.E. (2008). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) training guide. *J Perinat Neonatal Nurs.*, 22(2): 133–144.

Lawrence, J., Kay, J., MacMurray, S.B., Alcock, D., McGrath, P. & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw*, 12(6):59–66.

Leininger, M.M. (1988). Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nurs Sci Q*, 1(4):152–160.

Laudert, S., Liu, W.F., Blackington, S., Perkins, B., Martin, S., Macmillan-York, E., Graven, S. & Handyside, J. (2007). Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 27(Suppl 2):S75–S93.

Lund, C.H., Osborne, J.W., Kuller, J, Lane, A.T., Lott, J.W. & Raines, D.A. 2001. Neonatal Skin Care: Clinical Outcomes of the AWHONN/NANN Evidence-Based Clinical Practice Guideline. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 30(1):41–51.

Lund, C. (2013). An Overview of the 2013 Neonatal Skin Care Guideline.

Mathew, P.J., Mathew, J.L. & Singhi, S. (2011). Knowledge, attitude and practice of pediatric critical care nurses towards pain: survey in a developing country setting. *Journal of postgraduate medicine*, 57(3):196–200.

McAnulty, G., Duffy, F.H., Butler, S., Parad, R., Ringer, S., Zurakowski, D. & Als, H. (2009). Individualized developmental care for a large sample of very preterm

infants: health, neurobehaviour and neurophysiology. *Acta Paediatr.*, 98(12): 1920–1926.

McAnulty, G.B., Duffy, F.H., Butler, S.C., Bernstein, J.H., Zurakowski, D. & Als, H. (2010). Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: Preliminary data. *Clin Pediatr (Phila.)*, 49(3): 258–270.

McAnulty, G., Duffy, F.H., Kosta, S., Weisenfeld, N.I., Warfield, S.K., Butler, S.C., Alidoost, M., Holmes Bernstein, J., Robertson, R., Zurakowski, D. & Als, H. (2013). School-age effects of the newborn individualized developmental care and assessment program for preterm infants with intrauterine growth restriction: preliminary findings. *BMC pediatrics*, 13(1): 25.

McCance, TV., McKenna, H.P. & Boore, R.P. (1997). Caring: Dealing with a difficult concept, *International journal of nursing Studies*, 34(4):241-248.

Nibert, L. & Ondrejka, D. (2005). Family presence during pediatric resuscitation: an integrative review for evidence-based practice. *Journal of pediatric nursing*, 20(2): 145–7.

Ovalı, F. (2013). Gelişimsel İzlem. 3. Aile Hekimliği Sempozyumu (25 Mayıs 2013). Konya: Anne ve Bebek Sağlığı Vakfı, 1–58.

Özbek, E., Genel, F., Atlıhan, F., Güngör, İ., Malatyalı, R., Menteş, J. & Berk, T. (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitemizde prematüre retinopatisi insidansı, risk faktörleri ve izlem sonuçları. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital*, 1(1): 7–12.

Öner Altıok, H., Şengün, F. & Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram analizi. *DEUHYO ED “Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi”*, 4(3):137–140.

Özcan Şenses, M. (2009). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim ve Hemşirelerin Tutumları. Kocaeli Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kocaeli, (Danışman: Prof.Dr. Nermin ERSOY).

Özel Efe, E. (2003). Yenidoğanlarda periferik venöz kan örnekleme sırasındaki ağrıyı azaltmada; kucakta emzirme ve emzikle sukroz solüsyonu uygulamasının karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. Sevim SAVAŞER).

Özel Efe, E. (2013). Yenidoğanlara uygulanan rahatlatıcı girişimler ve hemşirelik yaklaşımı. 57. Türkiye Milli Pediatri Kongresi (30 Ekim - 3 Kasım 2013). Antalya: Türkiye Milli Pediatri Derneği, 1–57.

Öztürk, M.A. (2003). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde candida sepsisinin önlenmesinde nystatin profilaksisinin önemi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi Tezi (Danışman: Prof.Dr. Neşide ÇETİN).

Öztürk, E., Turalı Aktaş, B., Öztarhan, K. & Adal, E. (2010). Lokal Anestezik Uygulaması Sonrası Gelişen Methemoglobinemi. JOPP Derg 2(1):46-48.

Potter, P.A., Perry, A.G. (2005). Caring in nursing practice, fundamentals of nursing, (6th. Edition, 107-112), America: Mosby Inc.

Puthoff, T.D., Visconti, J.A. & Tschampel, M.M. (1996). Use of Emla prior to circumcision. Ann Pharmacother, 30(11):1327–1330.

Rathmell, J.P., Viscomi, C.M. & Ashburn, M.A. (1997). Management of nonobstetric pain during pregnancy and lactation. Anesthesia and analgesia, 85(5):1074–1087.

Rudolph, A.M. (1981). Effects of aspirin and acetaminophen in pregnancy and in the newborn. Archives of internal medicine, 141(3 Spec No):358–363.

Sağlık Bakanlığı. (2013). Yeni Doğan ve Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi Hemşiresi Görev Yetki ve Sorumluluklar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü (<http://gaziantepecocuk.gov.tr/upload/dosyalar/130287220560022456.pdf>, Erişim tarihi: 04 Kasım 2015).



Salihoğlu, Ö., Akkuş, C.H. & Hatipoğlu, S. (2011). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi standartları. *Bakirkoy Tıp Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*, 7(2): 45–51.

Sarıkaya Karabudak, S., Ak, Bedriye., Başbakkal, Z. (2010). Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı?. *Türk Pediatri Arşivi*, (45): 53-60.

Sinisterra, S., Miravet, E., Alfonso, I., Soliz, A. & Papazian, O. (2002). Methemoglobinemia in an infant receiving nitric oxide after the use of eutectic mixture of local anesthetic. *Journal of Pediatrics*, 141(2):285–286. Accessed in 03.01.2016 through <Go to ISI>://WOS:000177612500030.

Sizun, J. & Westrup, B. (2004). Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 89:F384–F388.

Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente journal*, 15(2):63–69.

Symington, A. & Pinelli J.M. (2002). Distilling the evidence on developmental care a systematic review. *Advances in Neonatal Care*, 2: 198–221.

Symington, A. & Pinelli J.M. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2: CD001814.

şengöz, B. (2015). Ağrının Değerlendirilmesi. Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Gelişim Koordinatörlüğü Eğitim ve Gelişim Bölümü. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/80/docs/ug-1.pdf>.

Taşçıoğlu, İ. (2007). Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin algılama Süzeylerinin Saptanması. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Doç.Dr. Galip EKUKLU)*.

Thoman, E.B. (2003). Temporal patterns of caregiving for preterm infants indicate individualized developmental care. *Journal of Perinatology*, 23(1): 29–36.

Tortop, E. (2012). Sezaryen operasyonlarında spinal anestezi için bupibakaine eklenen intratekal fentanil ve sufentanilin maternal ve neonatal etkilerinin karşılaştırılması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Samsun (Danışman: Doç.Dr. Elif Bengi ŞENER).

Tyebkhan, J., Peters, K., Cote, J.J., McPherson, C.A., Hendson, L. (2004). The impact of developmental care in the NICU: the Edmonton RCT of NIDCAP. *Pediatr Res*, 55:505.

Vickers, A., Ohlsson, A., Lacy, J.B. & Horsley, A. (2004). Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (4):CD000390.

Westrup, B. (2007). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) - Family-centered developmentally supportive care. *Early Human Development*, 83(7):443–449.

Wigert, H., Dellenmark, M.B. & Bry, K. (2013). Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC pediatrics*, 13:71.

Wilkin, K. & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: An investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1):50–59.

Wittels, B., Glosten, B., Faure, E.A., Moawad, A.H., Ismail, M., Hibbard, J., Senal, J.A., Cox, S.M., Blackman, S.C., Karl, L. & Thisted, R.A. (1997). Postcesarean analgesia with both epidural morphine and intravenous patient-controlled analgesia: neurobehavioral outcomes among nursing neonates. *Anesth Analg*, 85(3):600–606.

Wittels, B., Scott, D.T. & Sinatra, R.S. (1990). Exogenous opioids in human breast milk and acute neonatal neurobehavior: a preliminary study. *Anesthesiology*, 73(5):864–869.

Yıldırım Sarı, H. & Çiğdem, Z. (2013). Gestasyon haftalarına göre bebeğin gelişimsel bakımının planlanması. DEUHYO ED “Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi”, 6(1): 40–48.

Yılmaz, M. & Okyay, N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 3:41-52.

5634 Sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (<http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/1-46937/h/hemsirelikkanunu.doc.>, Erişim tarihi: 25 Aralık 2015).



## 10. EKLER

### Ek 1. Sosyo-Demografik Bilgiler Soru Formu

Form No:

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
YENİDOĞANIN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ DESTEKLEYİCİ GELİŞİMSEL  
BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARI

Değerli Meslektaşım,

Araştırma Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Tezi için yapılmaktadır. Araştırmanın amacı “**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarını**” belirlemektir.

Araştırmaya katılan kişilerin bilgileri gizli tutulacaktır.  
Sorulara samimi cevaplar vereceğinize inanıyoruz.  
Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımla  
Gamze VARLI

Görüşme tarihi:.....  
Görüşme yeri:.....  
Görüşme süresi:.....  
Görüşme reddedildi ise nedeni:.....  
.....  
.....  
.....

1-Yaşınız?.....

2-Mesleğinizi belirtiniz

- Hemşire
- Ebe
- ATT
- Diğer.....

3-Eğitim Durumunuz?

- Lise Mezunu
- Ön lisans Mezunu
- Üniversite Mezunu
- Yüksek Lisans Mezunu
- Doktora Mezunu

4- Çalıştığınız kurumu belirtiniz.

- Devlet hastanesi/Eğitim araştırma hastanesi
- Üniversite Hastanesi
- Özel hastane
- Diğer.....

5-Hastanedeki çalışma pozisyonunuzu belirtiniz.

- Servis hemşiresi
- Klinik Eğitim Hemşiresi
- Sorumlu Hemşire
- Diğer...

6-Hemşire olarak çalışma süreniz:.....

7-Yenidoğan ünitesinde çalışma süreniz:.....

## Ek 2. Gelişimsel Bakım Soru Formu

Aşağıdaki ifadeler, sizin YYBÜ’de yenidoğanın bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak ilgili maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre, yanıtınızı ilgili maddelerin solundaki parantez içine (X) işareti koyarak belirtiniz.

8- Ünitinizdeki bakımın ve tedavinin işleyişini nasıl tanımlarsınız?

- Hasta merkezli  
 İş merkezli  
 Diğer.....

9-Daha önce yenidoğan bakımı ve izlemine yönelik bir eğitim aldınız mı?

- Evet, cevabınız evet ise belirtiniz.....  
 Hayır

10-Toplu bakım kavramını biliyor musunuz?

- Evet, cevabınız evet ise uyguluyor musunuz?.....  
 Hayır

11-Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Bakımı Kavramını daha önce duydunuz mu?

- Evet       Hayır

12-Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Bakımına yönelik eğitim aldınız mı?

- Evet       Hayır

13-Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımına Yönelik bilginizi yeterli buluyor musunuz?

- Evet       Hayır

14-Ünitinizde bebekler için bireysel bakım planı hazırlıyor musunuz?

- Evet       Hayır

15- Yenidoğanın bakımını planlarken bilimsel yayınlardan yararlanıyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır

16-Bebeğin uyku-uyanıklık durumlarını değerlendiriyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır

17-Bebeğin uyku-uyanıklık zaman ve sürelerini kaydediyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır

18-Bebeğin uyku dönemine geçişini kolaylaştırmak için bebeğe özgü bir uygulamanız var mı? (Masaj, cilt bakımı, banyo, sarmalama vb)  
( ) Evet, cevabınız evet ise belirtiniz.....  
( ) Hayır

19-Bakım uygulamalarını bebeğin uyku-uyanıklık periyotlarına göre ayarlıyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır

20-Bebeğin gece uykusunu desteklemek için gece, gündüze göre aydınlatmayı ve ses düzeyini azaltıyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır

21-Bebeğin ağrısını/stresini ne sıklıkla değerlendiriyorsunuz?  
( ) Her uyaran verdiğimde ( ) 2 saat arayla  
( ) 4 saat arayla ( ) Günde 1 kez  
( ) Diğer.....

22-Bebeğin ağrısını değerlendirirken herhangi bir ağrı skalası (ölçeği) kullanıyor musunuz?  
( ) Evet, cevabınız evet ise belirtiniz.....  
( ) Hayır

23-Bebeğin ağrı değerlendirmesini kaydediyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır

24-Bakım ve tedavi sırasında bebeğin aktivitelerini ağrı/stres açısından değerlendiriyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır

25-Ağrılı işlem öncesinde bebeğin ağrısını önlemek amacı ile non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evet ise hangi nonfarmakolojik yöntemleri hangi ağrılı işlemlerde kullandığınızı belirtiniz.

( ) Sükroz verme;..... ( ) Sarmalama;.....  
( ) Emzik verme;..... ( ) Kucağa alma;.....  
( ) Emzirme;..... ( ) Müzik dinletme;.....  
( ) Pozisyon verme.....( ) El-yüz manipülasyonu;.....  
( ) Diğer:.....

26-Ağrılı işlem öncesinde bebeğin ağrısını önlemek amacı ile farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evet hangi yöntemi hangi ağrılı işlemlerde kullandığınızı belirtiniz

( ) Opioid verme:.....( ) Asetaminofen verme:.....  
( ) Diğer sistemik analjezikleri verme:.....  
( ) EMLA (lokal anestezi pomad) Uygulama:.....( ) Diğer:.....

27-Ailelere bebeğin ağrısını azaltıcı yöntemlere ilişkin eğitim veriyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

28-Bebeğin pozisyonunu simetrik gelişimi açısından değiştiriyor musunuz?

( ) Evet, cevabınız evet ise ne sıklıkla belirtiniz:.....  
( ) Hayır

29- Yuvalama (nesting) uygulaması yapıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

30-Yenidoğana pozisyon vermek için uygun materyallerden yararlanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

31-Bebeklerde emmeye ya da oral beslenmeye teşvik edici girişimler uyguluyor musunuz?

( ) Evet, cevabınız evet ise belirtiniz: .....  
( ) Hayır



32-Oral beslenmeye geçişte ilk tercihiniz hangisi?

- Anne sütü  
 Formüle mama  
 Diğer.....

33-Bebegin anne sütü ile beslenmesi için aileleri teşvik ediyor musunuz?

- Evet  Hayır

34-Bebekleri beslerken hangi yöntemi tercih ediyorsunuz?

- Kucakta besleme  Kuvözde besleme  
 Anne kucağına verme  Diğer.....

35-Bebekleri ne sıklıkla banyo yaptırıyorsunuz?

.....

36-Cilt bütünlüğünü değerlendiriyor musunuz?

- Evet, cevabınız evet ise hangi sıklıkla değerlendirdiğinizi belirtiniz;.....  
 Hayır

37-Cilt bütünlüğünü değerlendirmek için kullandığınız bir skalası(ölçek) var mı?

- Evet, cevabınız evet ise belirtiniz: .....  
 Hayır

38-Cilt yüzeyi yapıştırıcılarını çıkartırken cilt bütünlüğünü korumaya yönelik girişimlerde bulunuyor musunuz?

- Evet, cevabınız evet ise belirtiniz: .....  
 Hayır

39-Kullandığınız cilt temizleyicileri ve nemlendiricilerinin parfüm içermemesine dikkat ediyor musunuz?

- Evet  Hayır

40-Ünitenizde sürekli ses veya geçici alarm seslerini ölçen cihazınız var mı?

- Evet  Hayır

42-Ünitenizde sürekli ses veya geçici alarm seslerinin yenidoğan için güvenli sınırlarda olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet  Hayır  Bilmiyorum

43-Sizce YYBÜ’de yenidoğan için güvenli ses düzeyi ne kadar olmalıdır?

- Fikrim yok  
 45 desibelin altı  
 65 desibelin altı  
 100 desibelin altı  
 Diğer

44-Ünitenizdeki aydınlatma ayarlanılabilir nitelikte mi? (Işığın şiddeti azaltılıp, artırılabilir mi)?

- Evet  Hayır

45-Üniteye gelirken bebekleri rahatsız edebilecek kokular sürmekten kaçınıyor musunuz?

- Evet  Hayır

46-Bebeği korkutacak hızlı manüplasyonlardan kaçınıyor musunuz?

- Evet  Hayır

47-Kuvöz üzerine biberon, dosya vb. koyar mısınız?

- Evet  Hayır

48-Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ailelere bebek güvenliği ile ilgili eğitim veriyor musunuz?

- Evet  Hayır

49-Ailelerin vardiya değişimlerine ya da vizitlere katılmasına izin veriliyor mu?

- Evet  Hayır

50-Ailelerin bebeğini kendilerinin, yıkama, giydirme, alt değişimi, cilt bakımı, cilt-cilde temas (kanguru bakımı) gibi uygulamalarına fırsat veriliyor mu?

- Evet  Hayır

51-Aileler bebeklerinin kayıtlı bilgi ve tıbbi raporlarını istediklerini zaman görebiliyorlar mı?

- Evet  Hayır

52-Ailelere bebeklerin durumları ile ilgili bilgi veriyor musunuz?  
( ) Evet, cevabınız evet ise ne sıklıkla belirtiniz: .....  
( ) Hayır

53-Ailelerin invaziv girişimler sırasında bebeklerinin yanında bulunmasına izin veriyor musuz?  
( ) Evet, cevabınız evet ise; hangi invazif girişimlerde olduğunu belirtiniz:  
.....  
( ) Hayır

54-Ailenin bebeğin yanında olmasını tercih etmediğiniz bir girişim var mı?  
( ) Evet, cevabınız evet ise belirtiniz: .....  
( ) Hayır



### Ek 3. Acıbadem Maslak ve Acıbadem Bakırköy Hastanelerinden Alınan İzin



25.09.2014

Sayın Gamze Varlı

Etik onay için yaptığımız başvurunuz ATADEK'İN 23 Eylül 2014 tarihli toplantısında görüşülerek karara bağlanmıştır. Kararı aşağıda bilgileriniz için sunuyorum.

Prof.Dr.İsmail H.ULUS

ATADEK Başkanı

KARAR:

1. Gamze Varlı'nın sorumlu araştırıcı olduğu **“Yenidoğan Yoğun Bakım  nitelerinde alışan Hemşirelerin Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Desteleyici Gelişimsel Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları”** başlıklı ATADEK 2014-696 sayılı başvuru dosyası ATADEK'in 23 Eylül 2014 tarihli toplantısında görüşülerek etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir. (Karar No: ATADEK 2014-696)

**ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME  
KURULU (ATADEK)**

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:

**Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yenidoğanın  
Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları**

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):


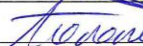

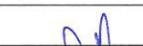





**Gamze Varlı**

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (  ) Revizyon ( ) \* Etik olarak uygun değil ( ) \*\*

Toplantı tarihi: 23/ 9 /2014

Karar numarası: 2014- 696

Kurul Üyesi-Unvan Ad-soyad	İmza	Karara	
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		( x )	( )
Prof. Dr. Nadi Bakırcı		( x )	( )
Prof. Dr. Fevzi Toraman		( x )	( )
Prof. Dr. Yasemin Alanay		( )	( )
Prof. Dr. Murat Saruç		( )	( )
Prof. Dr. Güldal Süyen		( x )	( )
Prof. Dr. Mert Ülgen		( x )	( )
Doç. Dr. Ülkü Karabacak		( x )	( )
Yrd. Doç. Dr. Emre Dorman		( )	( )
Uzman Dr. Sertaç Uzel		( )	( )
Uzman Dr. Nalan Karadağ		( )	( )
Avukat Ferda Öztürk		( )	( )

\*

\*\*

\*\*\*

## Ek 4. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan İzin



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



İstanbul ...../...../.....

Sayı : 83045809/ 3505

Konu:

12 Şubat 2013

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Müdürlüğüne

İLGİ: 07.10.2013 tarihli, 12 sayılı yazınıza:

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi **Yardı.Doç.Dr.Sevi İNAL**'ın danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze KAYA**'nın yürüttüğü "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyicisi Gelişimsel Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" başlıklı **Yüksek Lisans Tezi (Anket)** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **05 Şubat 2013** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgilerinizi,durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini rica ederim.

Eki:  
1 dosya

Prof.Dr.Fatih ALTINDAŞ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Not: Yazılarımızda yazılmayan gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/İSTANBUL  
Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili: 22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta:cfetik@istanbul.edu.tr.



## **Ek 6. Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Alınan İzin**

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bölüm Şefi'nden sözlü izin alındı.





## **Ek 7. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan İzin**

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Bölüm Şefi'nden sözlü izin alındı.



## Ek 8. Etik Kurul Onayı

GİRİŞİMSEL OLMAYAN İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU	
ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul
TELEFON	+90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300
FAKS	+90 (212) 632 00 40
E-POSTA	ctfetik@istanbul.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Gamze KAYA		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Sevil İNAL		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Fatih-İstanbul		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	Yok		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	Yok		
UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Anket çalışması <input type="checkbox"/> Retrospektif (geriye dönük) araştırma <input type="checkbox"/> Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırma <input type="checkbox"/> Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle (kan, idrar, gaita, doku, görüntü gibi) yapılan çalışma <input type="checkbox"/> Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılan araştırma <input type="checkbox"/> Vücut fizyolojisi çalışması <input type="checkbox"/> Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma <input type="checkbox"/> Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışması DIĞER <input type="checkbox"/> Diğer ise belirtiniz:			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DIĞER				Açıklama:

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel: +90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300.  
 İnternet adresi: [www.cif.edu.tr/etikkurul](http://www.cif.edu.tr/etikkurul) E-posta: [ctfetik@istanbul.edu.tr](mailto:ctfetik@istanbul.edu.tr) Form revizyon tarihi: 16.08.2012

	<b>Karar No: A-21</b>	<b>Tarih:05 Şubat 2013</b>
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Yard.Doç.Dr. Sevil İNAL'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğr. Gamze KAYA'nın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:</b>	Prof. Dr. Fatış ALTINDAŞ

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvani/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Fatış ALTINDAŞ (başkan)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Öner SÜZER (başkan yardımcısı)	Tıbbi Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (raportör)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK	İç Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sebhattin SAIP	Nöroloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fahri ERDOĞAN	Ortopedi ve Travmatoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Mazeretli
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK	Genel Cerrahi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuran Şenel BEŞE	Radyasyon Onkolojisi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Yurtdışında
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Muhlis Cem AR	İç Hastalıkları	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Mazeretli

\* :Araştırma ile İlişki

\*\* :Toplantıda Bulunma

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı** : Gamze VARLI  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : Bakırköy-21.07.1987  
**Medeni Hali** : Evli  
**Yabancı Dil** : İngilizce  
**E-posta Adresi** : [gamzekaya011@gmail.com](mailto:gamzekaya011@gmail.com)  
**Tel** : 0532 567 02 27

### Eğitim ve Akademik Durumu

<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lise</b> : Bahçelievler Bağlar Lisesi	2003
<b>Lisans</b> : Haliç Üniversitesi	2011

### İş Tecrübesi

<b>Görev</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Acıbadem Maslak Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi-	2010 - 2013
Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi- Pedyatrik Yoğun Bakım Ünitesi (Klinik Eğitim Hemşiresi)	2013 - devam

### Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Çocuk Hemşireler Derneği

### Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

XII. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi, VIII. Çocuk Acil ve Tıp Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Hemşirelik Poster Bildiri Üçüncülük Ödülü.

### Bildiriler / Yayınlar

XV Encuentro Internatonel de Investigacion en Cuidados, 15 th International Nursing Reserch Conferance “pain Levels of Orthopedic Surgery Patients and Pain Perceptions of Their Relatives and Nurses ” 2011 (Sözel Bildiri)

XII.Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi, VIII. Çocuk Acil ve Tıp Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi. “Ektrakorporéal Membran (ECMO) Uygulaması Yapılan Çocuk Hastanın Gordonun Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Örnek Bakım Planı” 2015 (Poster Bildirisi)

Amerikan Pediatri Akademisi Katılımı İle 56. Türkiye Milli Pediatri Kongresi “Hipoksik İskemik Ensefalopatide Selektif Baş Soğutma” 2012 (Poster Bildirisi)

Amerikan Pediatri Akademisi Katılımı İle 56. Türkiye Milli Pediatri Kongresi “Hipoksik İskemik Ensefalopatide Selektif Baş Soğutma Uygulanan Hastanın Gordonun Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Örnek bakım Planı ” 2012 (Sözel Bildiri)

