

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN GELİŞİMSEL
BAKIMA YÖNELİK BİLGİLERİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melek KESKİN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

ŞANLIURFA

2018

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN GELİŞİMSEL
BAKIMA YÖNELİK BİLGİLERİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melek KESKİN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

ŞANLIURFA

2018

T. C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Melek Keskin'in hazırladığı "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi" başlıklı çalışması 28/06/2018 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.



BAŞKAN

Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



ÜYE

Doç. Dr. Esra KARACA ÇİFTÇİ
Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Yüksekokulu
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Arzu TİMUÇİN
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

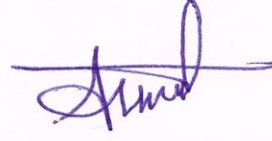
Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 03/07/2018 tarih ve 2018/09/06... sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde yol gösterici katkılarda bulunan Sayın Doç. Dr. Hülya KARATAŞ'a, Araştırmaya katılım sağlayan hastane yöneticilerine ve hemşirelere, Hayatımın her döneminde yanımda olan çok kıymetli anneme ve babama, Sabırla beni destekleyen eşim Nihat KESKİN, oğlum Yiğit Eren KESKİN ve kızım Reyyan KESKİN'e çok teşekkür ederim.



Melek KESKİN

2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR VE ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	v
SİMGE VE KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Sinaktif Teori ve Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı- YBGBDP	4
2.1.1. Fiziksel Çevrenin Düzenlenmesi (Ses, Işık, Uygun Dokunma, Koku/Tat)	6
2.1.2. Toplu Bakım Verme	12
2.1.3. Pozisyon Verme Uygulamaları	12
2.1.4. Ailenin Katılımının Sağlanması	13
2.1.5. Besleyici Olmayan Emmenin Desteklenmesi	15
2.1.6. Kendi Kendini Sakinleştirmeyi Öğretme/ Kolaylaştırma, Stresin Önlenmesi	16
2.1.7. Prematüre Bebeğe Ağrı Yönetimi	18
2.1.8. Kanguru Bakımı Uygulaması	23
2.2. Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımda Yenidoğan Hemşiresinin Rolü, Görev ve Sorumlulukları	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Türü, Yapıldığı Yer ve Tarih	28
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.3. Veri Toplama Araçları	29
3.4. Verilerin Toplanması	29
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	30

3.7. Araştırmanın Etik Yönü	30
4. BULGULAR	31
4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri	31
4.2. Hemşirelerin Gelişimsel Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumu	32
4.3. Fiziki Çevrenin Düzenlenmesi	33
4.4. Hemşirelerin Stres Belirtilerini Değerlendirme ve Toplu Bakım Verme Bulguları	34
4.5. Hemşirelerin Pozisyon Verme Uygulama Bulguları	35
4.6. Aile Katılımının Sağlanmasına Yönelik Bulgular	36
4.7. Hemşirelerin Bebeklerin Beslenmesinin Desteklenmesi ve Bebeklerin Kendi Kendini Sakinleştirmesine Katkılarına Yönelik Bulgular	36
4.8. Ağrı Yönetimine İlişkin Bulgular	37
4.9. Hemşirelerin Kanguru Bakımına İlişkin Uygulama Bulguları	37
4.10. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması	38
4.11. Hemşirelerin Yenidoğanda Çalışma Yılı ile Gelişimsel Bakım Uygulama Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	39
4.12. Hemşirelerin Gelişimsel Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumunun Karşılaştırılması	41
4.13. Hemşirelerin Devlet veya Özel Hastanede Çalışma Durumlarına Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumunun Karşılaştırılması	43
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	61
8. EKLER	73
Ek-1. Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu	
EK-2. Gelişimsel Bakıma İlişkin Soru Formu	
Ek- 3. Klinik Tanımlayıcı Form	
Ek- 4. Kamu Hastaneleri Birliği Şanlıurfa Genel Sekreterliği İzin Yazısı	
Ek- 5. Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı	

- Ek- 6. Özel OSM Ortadoğu Hastanesi İzin Yazısı
Ek- 7. Özel El Ruha Academia Hastanesi İzin Yazısı
Ek- 8. Özel Metrolife Hastanesi İzin Yazısı
Ek- 9. Özel Ursu Hastanesi İzin Yazısı
Ek-10. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Yazısı
Ek-11. Orjinallik Raporu
Ek-12. Tez Veri Giriş Formu
Ek-13. Özgeçmiş



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Olan Kurumların Özellikleri.....	28
Tablo 2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri	31
Tablo 3. Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Eğitim Alma ve Uygulama Durumunun İncelenmesi.....	32
Tablo 4. Hemşirelerin Fiziksel Çevre Özelliklerini Düzenlemelerine Yönelik Bulgular	33
Tablo 5. Hemşirelerin Stres Belirtilerini Değerlendirme ve Toplu Bakım Vermelerine Yönelik Bulgular.....	34
Tablo 6. Hemşirelerin Pozisyon Verme Uygulaması Bulguları	35
Tablo 7. Ailenin Bakıma Katılımına Yönelik Bulgular	36
Tablo 8. Hemşirelerin Bebeklerin Beslenmesinin Desteklenmesi ve Bebeklerin Kendi Kendini Sakinleştirmesine Katkılarına Yönelik Bulgular	37
Tablo 9. Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bulgular	37
Tablo 10. Hemşirelerin Kanguru Bakımına Yönelik Uygulamaları	38
Tablo 11. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 12. Hemşirelerin Yenidoğanda Çalışma Yılına Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 13. Hemşirelerin Gelişimsel Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 14. Hemşirelerin Devlet veya Özel Hastanede Çalışma Durumlarına Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması	43

KISALTMALAR

BDGB : Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım

YBDBDP : Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Bakımı ve Değerlendirme Programı

NIDCAP : Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

YYBÜ : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

WHO : World Health Organization

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

APA : Amerikan Pediatri Akademisi

Db : Desibel

KB : Kanguru Bakımı

IASP : Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği

ÖZET

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN GELİŞİMSEL BAKIMA YÖNELİK BİLGİLERİNİN İNCELENMESİ

Melek KESKİN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Çalışma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma Şanlıurfa ilinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi bulunan 1 üniversite hastanesi, 2 kamu hastanesi, 4 özel hastanede Eylül 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın verileri Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu, Gelişimsel Bakım Soru Formu ve Klinik Tanımlayıcı Form kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 20.0 programında tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Hemşirelerin %59,8'i 18-25 yaş arasında, %49,5'i lisans mezunu ve %63,2'si bir yıldan uzun süredir yenidoğan hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %73,5'i gelişimsel bakım konusunda eğitim aldığı, %27,9'unun eğitimi yeterli bulunduğu ve %80,9'u çalıştıkları üniteye gelişimsel bakıma yönelik uygulama yaptıklarını bildirmiştir. Çalışmanın sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre gelişimsel bakım uygulama durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan analizde, bebeğe gereksiz dokunmadan kaçınma ile ailenin bakıma katılması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yenidoğanda çalışma yılına göre kuş yuvası tekniği ile yatırması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alma durumlarına göre, düşük ses düzeyinin sağlanması, akşam ve gece üniteye ışıkların kapatması ve azaltması, küvözün üzerini örtmesi, bebeği stres belirtileri yönünden değerlendirmesi ve kuş yuvası tekniği ile yatırması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştıkları kurum türü ile kanguru bakımı uygulaması ve bebeğin alınmasından itibaren bakıma ailenin katılım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Gelişimsel bakım eğitimlerinin sürdürülmesinin yenidoğan ve çocuk sağlığına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler; Hemşirelik, gelişimsel bakım, yenidoğan, yenidoğan yoğun bakım ünitesi.



ABSTRACT

ANALYSIS OF THE KNOWLEDGE LEVELS OF THE NURSES WORKING IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS ON DEVELOPMENTAL CARE

Melek KESKİN

Department of Nursing, Master's Thesis

The study was designed as a descriptive study to determine the knowledge level and practices of the nurses working in the neonatal intensive care units on the individualized neonatal supportive developmental care. The study was conducted between September 2015 and January 2016 in 1 university hospital, 2 public hospitals and 4 private hospitals having a neonatal intensive care unit in Şanlıurfa, Turkey. The data of the study were collected by using the Descriptive Characteristics Questionnaire, the Developmental Care Questionnaire and the Clinical Descriptive Form. The data were analyzed by using descriptive statistics and Chi-square test in the SPSS 20.0 program. 59.8% of the nurses were between the ages of 18-25, 49.5% of them had a bachelor's degree and 63.2% of them had been working as newborn nurses for more than 1 year at the time of the study. According to their statements, 73.5% of the nurses were educated about developmental care, 27.9% of them found thought that education was sufficient, 80.9% of them performed applications for developmental care in the unit which they worked.

As a result of the study, it was found that there was no statistically significant difference between keeping away from unnecessary physical contact with infants and parental involvement in care, in the analysis of the developmental care application status of the nurses participating in the study. A statistically significant difference was found between putting the infant to bed with the bird nest technique according to the year of the study in the infants. According to the developmental care education status of the nurses, a statistically significant difference was found between maintaining a low sound level, turning off and reducing the lights in the evening and night, covering the incubator, evaluating the infant according to the stress symptoms and putting the infant to bed with the bird nest technique. There was a statistically significant difference between the type of institution that the nurses were working and kangaroo care and the participation status of the family since the beginning of the care.

It is thought that the maintenance of developmental maintenance training will provide significant contributions to the health of neonate and children.

Keywords; Nursing, developmental care, neonate, neonatal intensive care unit.



1. GİRİŞ

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi yüksek riskli bebeklerin bakımını sağlamak amacıyla kurulan teknolojik odaklı merkezlerdir. Bu merkezlerde son yirmi yılda uygun tedavi ve bakımlarla bebek ölümlerinde belirgin bir azalma görülmektedir. Ancak bu durum kalıcı nörogelişimsel problemler, öğrenme bozuklukları, davranış problemleri, motor becerilerde azalma ve diğer gelişimsel problemleri de beraberinde getirmiştir. Özellikle preterm doğumların %70'den fazlasının yenidoğan kliniklerinde ortalama üç ay yattığı belirtilmektedir. Bu ortamın bebeğin gelişimine uygun düzenlenmemesi, yapılan olumsuz girişimler bebeğin yaşama uyumunu güçleştirmektedir. Günümüzde YYBÜ'de fiziksel çevrenin bebeğin fiziksel ve davranışsal gelişimini olumsuz etkilediği dikkate alınarak, ünitelerin bebeğin gelişimini destekler düzeyde yeniden düzenlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (1, 2, 3).

Gelişmiş ülkelerde bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım (BDGB) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanmaktadır. Bu kavram ilk olarak Heidelise Als ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (2). Yenidoğanın bireyselleştirilmiş destekleyici bakımı ve değerlendirme programı (YBDBDP) 85 ayrı davranışı kapsamakta ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde profesyonel gelişimsel bakım sağlamak için disiplinlerarası çalışmalardan faydalanılarak geliştirilmiş bir programdır (3). Programın temel amacı, yenidoğanların iyileşmesini desteklemek, kritik yenidoğanların gelişimine rehberlik etmek için yapılandırılmış bakım ortamı sağlamaktır (4).

BDGB, yüksek riskli yenidoğanlarda yoğun bakım çevresinin olumsuz etkilerini en aza indirmeyi amaçlayan ve 1980'li yıllarda uygulanmaya başlanan bir bakım verme modelidir (5). BDGB'nin yararlarından bazıları, hızlı kilo alımı, yoğun bakım komplikasyonlarının azalması, uyku düzeninin sağlanması, ventilatörden erken dönemde ayrılıp stabil solunumun sağlanması, hastaneden daha erken taburcu olma ve maliyette belirgin azalma olarak sayılabilir (6,7, 8, 9).

Gelişimsel bakımın kökleri Florence Nightingale'e dayanmaktadır. Florence Nightingale, "iyileşme sürecine yardım eden çevreyi oluşturma ve bunu sürdürmede hemşirelerin sorumlulukları vardır" sözleriyle gelişimsel bakımın temelini oluşturmuştur. Gelişimsel bakım, yüksek riskli bebeklerin ve ailelerinin fiziksel, psikolojik ve duygusal olarak zayıf noktalarını tanımlar ve hastanede kalmayla ilişkili kısa veya uzun dönemli olası komplikasyonları azaltmaya odaklanır. Ayrıca gelişimsel bakım, hemşirelerin YYBÜ'nin sürekli ve hızlıca değişen teknolojik çevresinde keşfetme, değerlendirme ve geliştirme ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri profesyonel bir uygulama, eğitim ve araştırma fırsatıdır (10).

Doğumdan hemen sonra hayatın birinci günü, birinci haftası ve birinci ayı yenidoğanın dış ortama uyum sağlaması için düzenlenmesi gereken ve çevreye ihtiyaç duyduğu en önemli dönemdir. Bu dönemde çevreye oldukça fazla ihtiyacı vardır ve değişikliklere duyarlıdır. Yenidoğanın bireyselliği ve davranış organizasyonundan yola çıkılarak ektrauterin yaşama uyumunu kolaylaştırmak için çevresel faktörlerin kontrolü iyi izlenmeli ve gözlem altına alınmalıdır. Yenidoğanın tüm bakımı ihtiyaçlarına göre düzenlenmeli, bakım gereksinimleri bebek merkezli ele alınmalı ve bebeğin gelişmesini destekler nitelikte uygulanmalıdır. Bu şekilde uygulamanın tamamı "Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım" yaklaşımını oluşturmaktadır (6, 10, 11).

Gelişimsel bakım yaklaşımının ilkeleri; her bebeğin bireyselleştirilmiş bakımı, aile merkezli bakım, hemşirelik bakım ve girişimlerinde toplu bakım verme, uygun pozisyonu sağlama, kanguru bakımı, besleyici olmayan emme, dış çevrenin negatif uyarılarını (gürültü, ışık ve koku gibi) pozitif uyarılar ile değiştirmek ve ağrı yönetimini içerir. Bu girişimler, stres seviyesinin azalması ve bebek için yararlı olan dinlenme sürelerinin uzamasını sağlar (5, 12). Gelişimsel bakım sağlandığı zaman bebek için beklenen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır (12):

- Stabil nabız ve solunum sayısı,
- Bakımı ve gerekli işlemlerin yapımı sırasında minimal renk değişiminin olması,
- Regürjitasyonda azalma ile birlikte beslenmede haz yaşaması ve kiloda artış,
- Yumuşak ve senkronize olmuş vücut hareketleri,
- Bebeğin kendi kendini rahatlatan davranışları başarılı şekilde gerçekleşmesi (El-ağız, el-yüz manevrası, dil emme, el kavrama, parmak kıvrırma ve ekstremitelerin fleksiyonunu sağlama, ayak destekleme),
- Ventilatörden erken ayrılması,

- Oral beslenmenin gerçekleşmesi,
- Postür bozukluklarında düzelme veya azalma,
- Sağlıklı büyüme ve gelişmenin gözlenmesi,
- Erken taburcu olması (7, 9, 12).

2017 TÜİK verilerine göre yıllık nüfus artış hızı binde 12.4 olarak gerçekleşmiştir. Yıllık nüfus artış hızı Türkiye ortalaması 2016 yılında %13.5 iken, 2017 yılında %12.4 olmuştur. Şanlıurfa'nın nüfus artışı ise 2017 yılında % 22 olarak belirlenmiştir (13).

2017 verilerine göre doğurganlık hızının en yüksek olduğu il 4.29 oran ile Şanlıurfa olduğu görülmektedir. Bebek ölüm hızı illere göre incelendiğinde, 2016 yılında bebek ölüm hızının en yüksek olduğu il binde 18.2 ile Bingöl oldu. Bu ili binde 18 ile Şanlıurfa, binde 15.3 ile Hakkari ve binde 15 ile Muş izlemiştir (13).

Doğum oranının yüksek olması, aynı zamanda riskli gebelikler sonucu YYBÜ'de bakıma ihtiyaç duyacak yenidoğan sayısının artmasına neden olmaktadır. YYBÜ'de çalışan hemşirelerin gelişimsel bakım konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi, bu konuda yapılacak çalışmalara yön verecek ve çocuk sağlığını önemli ölçüde etkileyecektir (13).

Çalışmada, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin gelişimsel bakıma yönelik bilgilerinin değerlendirilerek, gelişimsel bakım uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sinaktif Teori ve Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı-YBGBDP

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde (YYBÜ) verilen bakımın özelliği son yıllarda iyileşerek büyük bir değişme söz konusu olmuştur. Yeni doğan bakım ünitelerinde yenidoğanın bireysel ihtiyaçlarını ve psikolojik durumlarını ve bu değişikliklere göre odaklanarak bakım yapılması hedeflemiştir. Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım (BDGB) ilk olarak Heidelise Als ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Heidelise Als, 1980 yılından sonra yapmış olduğu çalışmalarında hasta ve riskli yenidoğanın gelişimini desteklemek amacıyla Sinaktif teoriye dayanarak 'Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Programı'nı oluşturmuştur. Sinaktif teoriye göre yenidoğan, sürekli birbiriyle ve aynı zamanda yenidoğanla temas halindeki çevresel uyaranlarla (ısı, ışık, ses, sosyal etkileşim, dokunma vb.) etkileşim halinde olan otonomik/fizyolojik sistem, motor sistem, durum düzenleme sistemi, dikkat-etkileşim sistemi/ sosyal etkileşim sistemi, kendi kendini düzenleme sistemi olmak üzere 5 alt sistemden oluşmaktadır (1,2, 7,12,14,15). Programın hipotezi yenidoğan yoğun bakım ortamının ÇDDA bebeğin bireysel fizyolojik gereksinimlerine göre düzenlenmesinin stresi azaltarak beyin gelişimini olumlu etkileyeceğine dayanmaktadır. Bu nedenle preterm yenidoğanların erken beyin gelişiminin desteklenmesi açısından oldukça önemlidir (1,7,12,14,15). Bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel davranış modeli gelişiminde çevre ve sosyal etkileşim etkisi oldukça büyüktür. Çevresel faktörler kavramsal gelişimi sağlamakta, zeka düzeyini etkilemekte ve özellikle risk taşıyan yenidoğanda ve pretermilerin ekstrauterin yaşama adaptasyonunuda etkilemektedir. Bu nedenle preterm yenidoğanların bakımı veren kişi ile veya ailesi ile etkileşimi oldukça derece önem taşımaktadır (7, 8, 15).

Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım'ın planlanması, beslenmenin, kan almanın, bakım vermenin her türlü girişim öncesi, bu işlemlerin süreci ve sonrasında yenidoğanın fizyolojik, davranışsal (motor) ve durumsal özelliklerinin gözlemi ve değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmektedir. Gelişimsel bakım planlamasında, "fizyolojik denge başarısı", "enerji koruması", "uyaranlarda azaltma" ve "kendi kendisini sakinleştirmeyi kolaylaştırmanın sağlanması" ana amaçtır. Çevresel değişiklikler, bireysel bakım ilkeleri ve

aile gereksinimleri göz önüne alınmakta ve yenidoğanın gelişimine uygun olarak planlanmaktadır (16).

Pretermin işaret ve iletişimi ana hedef olan YYBÜ'deki gelişimsel bakımın girişim ve uygulamaları aşağıdaki konuları kapsamalıdır (7,4);

- Fiziki çevrenin kontrol edilmesi,
- Uygun fleksiyon pozisyonunun verilmesi,
- Toplu bakım uygulamaların verilmesi,
- Besleyici olmayan emmeyi desteklemesi,
- Kanguru bakımının sağlanması,
- Kanguru bakımının devamı,
- Yenidoğanlarda eğer çoğul doğum varsa birlikte yatırılması,
- Kendi kendisini sakinleştirmesini öğretme,
- Diğer birimlerle işbirliği içinde olması,
- Yenidoğan ebeveynlerinin bakımına dahil olmalarını sağlama,
- Ailenin yenidoğanı sevmeleri ve yaklaşmasını sağlamak,
- Taburculuk planlaması.

Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım yaklaşımının planlanması ve uygulanması için, bebeğin işlem öncesi, işlem sırasında ve işlem sonrası başta olmak üzere sürekli değerlendirilmesi gerekir. Prematürenin bütün sistemleri gibi sinir sistemi de immatür olduğundan gürültü, ışık, dokunma gibi uyaranlarla strese girebilir. Bu nedenle bebeğin sürekli değerlendirilmesi önem taşımaktadır (4,7,14).

NIDCAP, yenidoğanda bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturmak için geliştirilen bir programdır. Özellikle eğitilmiş bakım vericilerin yetiştirilmesi hedeflenir. Bebeğin özgeçmişi, şu andaki sağlık durumu bilgileri, bebeğin çevresi ve çevresel koordinasyonu hakkındaki bilgilerin toplanması, bebeğin doğal davranışlarının ayrıntılı gözlenmesi ve bakım planının kapsamlı bir şekilde sentez edilmesini içerir. Bu bilgiler ışığında şu andaki hedefler belirlenerek çevresel düzenleme için öneriler verilir ve direkt bakım sağlanır (9,14,17). Bebeğin çevresine ait bilgiler de (yatağı, yatak çevresi, giysileri, bebek odasının özellikleri, ses, ışık, aktivite düzeyi) NIDCAP için gereklidir (18).

Bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakımın planlanmasının birinci şartı olan bebeğin değerlendirilmesi için, hemşire bebeği fizyolojik, davranışsal (motor) ve durumsal olmak üzere üç yönden gözlemelidir. Fizyolojik/otonomik olarak solunum (rahat ve düzenli),

renk (pembe stabil renk), dolaşım (kalp hızı ve basıncı düzenli), davranışsal (motor) sistemi olarak yüz ifadesi (yanaklarda yumuşama, gülümseme), vücut hareketleri (yumuşak ve senkronize, iyi ve sürekli kas tonüsü, yumuşak ve düzgün şekilde: elle tutma, bacak ve ayaklan tutma, parmak tutma, parmak kıvrırma, el-ağız manevrası, el-yüz manevrası, dil emme ve yakalama), durumsal olarak uyku-uyanıklık (iyi uyku/ uyanıklık durumu, uyku/uyanıklık durumları arasında yumuşak geçiş, kolay sakinleşebilme), vokal değişimler (güçlü ağlama, kumru gibi ses çıkarma), organizasyon ve disorganizasyon (stres) bulguları açısından sürekli olarak değerlendirilir (7,12,14,15).

Yapılan bu değerlendirmeler sonrasında oluşabilecek anomaliler ise, fizyolojik/otonomik değerlendirmelerde, solunum hızında düzensizlik (artma/azalma) apne, parciel oksijen ve oksijen saturasyonunda azalma, renk değişimlerinde nazolabial bölgede solukluk, dudaklarda morarma, mermer görünüm, mavi, gri kızarıklık, dolaşımında kalp hızı düzensizlikleri, kan basıncı düzensizlikleri, içsel olarak da hıçkırık, esneme, öksürük, seğirme, iç çekme, tükürük salgılama, hapşırma, öğürme ve bağırsak hareketi oluyormuş gibi gürültü olarak sıralanabilir. Davranışsal (motor) sisteminde yüz ifadesinde yüz buruşturma, kaşları çatma, gözleri sıkıca kapatma, donuk bir ifade, dudak sıkıştırma, dili dışarıya çıkarma, vücut hareketlerinde kontrolsüz aktivite, (bükülme-kıvrılma) tremor, kas dokusunda değişimler, bacak ve kollarda ekstansiyon, sırtın kavis yapması, selamlama hareketi, parmakların açılması, yumruk yapma, bacağı ve ayağı kuvöze veya örtüye itirme ve örtüyü yakalama davranışlarından biri ya da birçoğu birlikte gözlenebilir. Son olarak durumsal değerlendirmelerde de uyku durumunda seğirme, ses çıkarma, kasılma, düzensiz solunum, inleme ve yüz buruşturma, uyanıklık durumunda camısı gözler, panik-korkulu bakışlar, gözlerde kayma, iritabilite, sabit bakma, huzursuzluk, neşesizlik, sıkıntılı ağlama, inleme-inilti, hıçkırarak ağlama ve ani durum değişiklikleri anomali olarak kabul edilir (7,12,14,15).

2.1.1. Fiziksel Çevrenin Düzenlenmesi (Ses, Işık, Uygun Dokunma, Koku/Tat

YYBÜ'de çevrenin düzenlenmesindeki amaç, dış ortamın bebeğin henüz ayrıldığı uterusu benzetilmesi, yenidoğanın medikal, gelişimsel ve emosyonel gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Fiziksel düzenleme, mimari ve mühendislik alt yapısının düzenlenmesi ile uyanların (ses ve gürültü, ışık, koku/tat, dokunma) azaltılması olarak iki aşamadan oluşmaktadır.

Mimari ve mühendislik alt yapısının düzenlenmesi; Ünite, diğer birimlerden ayrı bir alanda, rutin hastane trafiğinden uzak olmalı, diğer servislere geçiş ünitenin içinden olmamalı, doğumhane ile aynı katta bulunmalı ve ayrı ise özel bir asansörü olmalıdır (19).

Tek kişilik odalarda ekipman ve personelin geçişine izin verecek şekilde minimum 2.4 m genişlikte koridor bulunmalı, her bebek için kullanım alanı (lavabolar ve koridorlar hariç) yaklaşık 11,2 m² olarak ayrılmalı, iki küvöz/yatak arası mesafe 2,4 m olmalıdır (19, 20). Her bir yatak başında, aynı anda hizmet verebilecek yeterli sayıda (en az 20) elektrik çıkışı (toprak hatlı) ve 3'er basınçlı hava, oksijen ve vakum çıkışları olmalıdır. Üniteye izolasyon odası bulunmalı, izole bebeği uzaktan izleyebilecek monitorizasyon sistemi olmalı, bu odanın girişinde el yıkama, giyinme, temiz ve kirlili materyal depolama alanları bulunmalıdır. Havalandırma ve filtre sistemi olmalı (partikül girişine izin vermemeli). Taze havanın üniteye giriş noktası, üniteden dışarıya atılan hava noktasından en az 7,6 m uzaklıkta olmalıdır. Ünitenin oda ısısı 22-26 C'ye göreceli nem %30-%60 oranında olmalıdır. Tek odalı sistemde her odada, çok yataklı odalarda her bir yataktan en fazla 6 m uzaklıkta, el değmeden açılıp kapanabilen sıcak ve soğuk suyu olan lavabolar bulunmalıdır. Sabun, kağıt havlu ve ayakla açılabilen çöp kovaları olmalıdır. Taban döşemesi kolay temizlenebilir nitelikte olmalı, duvar renginde parlak mavi ve sarı renk bebeğin cilt renginin gözlenmesini zorlaştıracığından tercih edilmemelidir (19, 20). Ebeveynliğe uyumlarını kolaylaştırmak için ailelere özgü özel alanlar olmalı, bu alanlar bebek ve aileye özerklik sağlamalıdır (2,8,21).

Ses: Fetusta 10 haftada dış kulak ve kulak zarı gelişir. 18.haftada gelişmeye başlayan orta kulak kemikleri bu gelişmeleri takiben 32.haftada tamamlanır. Fetusun 24. haftadan önce sesli uyanlara yanıt vermediği, 34. haftada ise işitme duyularının tamamlandığı kabul edilir. Yenidoğan bebeklerin annelerinin seslerine daha kuvvetli yanıtlar vermeleri fetusun erken dönemden itibaren sesleri belleklerinde kaydettiklerinin göstergesidir (11,12,14,22).

Doğumda bebeğin işitme duyusu görmeye göre daha fazla, dokunmaya göre daha az gelişmiştir. Bebeğin olgunlaşma yaşına göre sese verdiği yanıtlar farklıdır. 28-32 haftalık bir bebekte yüksek ses ve gürültü solunum ritminde değişikliklere neden olurken, zamanında doğan bir bebek seslere, hareketleri ve solunumda değişikliklerle yanıt vermektedir (7,14,22).

Yenidoğanın sese verdiği yanıtlar: Motor aktivitede değişim, gözlerini kırpar, aktiviteleri azalır, kollarını hareket ettirir ve başını çevirir. Kalp ritmi ve solunum ritmi değişir, bebek uyuyorsa uyarılarla kalp ritmi artarken, ağlıyorsa kalp ritmi azalır, solunum ritmi değişir. Gülümse, ağlar ya da ağlaması durur. Korkar, şaşırır, yüzünü buruşturur. Alarma geçer,

canlanır. Eğer emiyorsa emmeyi bırakırlar (7,23,24).

Sesli uyaranlara yanıt vermede sesin niteliği de önemlidir. Yüksek frekanslı ve volümü yüksek seslerden rahatsız olur, stres belirtileri gösterirken, düşük frekanslı ve ritmik sesler sakinleştirici etki yapar. Örneğin annenin kalp sesi gibi ritmik seslerden hoşlanır (7,23). Kuvözdeki bebeğin çevresel gürültüden korunması gerekmektedir. Çünkü “Gelişimsel Bakım” yaklaşımına göre bebeğin stres faktörlerinden uzak tutulması gerekir. YYBÜ’lerinde ses düzeyi 60 db (desibel)’den fazla olmamalıdır. Ses şiddetinin güvenli kabul edilebilirliği 45 db olarak bildirilmiştir. 45db’in üzerindeki ses seviyesinin prematüre bebekte koklea hasarına ya da normal büyüme gelişmenin bozulmasına neden olduğu belirtilmektedir (20,24). Bununla birlikte YYBÜ’de bir çok ses düzeyi 85 dB üzerinde ölçülmüş bu değer 118 dB kadar çıkabildiği vurgulanmıştır (7,24,25).

Yoğun bakım ünitelerindeki teknolojik cihazlar da(monitör vb) ses düzeyini artıran faktörlerdendir. Kuvöz kapaklarının dikkatsiz açılıp kapanması, kapıların açılıp kapanma sesi, radyo, telefon, alarm sesleri, çeşitli teknolojik cihazlar, günlük yapılan rutin işlemler, bakım girişimleri gibi etmenler de üniteadaki ses düzeyini etkilemektedir (24,25,26). Son yıllarda ışık ve sesin prematüre gelişimi üzerine etkileri gösterildikten sonra ışığın kontrollü kullanımında giderek olumlu etkiler sağlanmış ancak gürültünün kısıtlanması konusunda yeterli etki sağlanamamıştır. Sanıldığı aksine YYBÜ’lerinde gürültünün kaynağı mekanik cihazlardan çok insan kaynaklı olduğu gösterilmiştir (24,25,26). YYBÜ’lerinde ses düzeyi olabildiğince azaltılmalıdır. Bunun için;

- Yoğun Bakım Üniteleri’nde ses düzeyini belirleyen cihazlar bulunmalıdır.
- YYBÜ’de ses düzeyinin kontrolü amacı ile protokoller oluşturulmalıdır.
- Yenidoğan bebek ve anne arasındaki iletişimi sağlamak üzere özellikle yatak başında sesli iletişim sağlanmalıdır.
- Telefon ya da sesli cihazlar yenidoğana yaklaştırılmamalıdır.
- Rulo haline getirilmiş battaniye ile bebeğin başı sarılmalı ve kuvöz üzeri battaniye ile kapatılmalıdır.
- Kuvözlerin üzerine vurma ve çarpmaların önlenmelidir.
- Kuvöz üzerine biberon, dosya vb konulmamalıdır.
- Kuvöz çekmece ve kapakları dikkatli açılıp kapanmalıdır.
- Venilatörlerdeki nemlendiricinin fazla suyu dökülmelidir.
- Alarm ve telefonlar çabuk yanıtlanmalıdır.

- Ünitenin kapıları süngerle kaplanmalıdır.
- YYBÜ'lerinin akustik mimaride yapılandırılması sağlanmalıdır.
- Yatak yanlarına sessizliği hatırlatıcı işaretler yerleştirilmelidir (7,11,16,19).

Oliveira ve arkadaşları Arjantin'de bir YYBÜ'nde 24 saat boyunca ünitenin gürültü düzeyini ölçmüşler ve ortalama 64 dB olarak bulmuşlardır. Çalışmada gürültüyü azaltan faktörlerden biri olan kuvöz örtüsünü kullanmışlar, kuvöz kapalı ve üzerinde örtü varken, kuvöz içi gürültü düzeyini ortalama 48 dB olarak bulmuşlardır (26). Kellam'ın çalışmasında, YYBÜ' de kullanılan kuvöz örtüsünün gürültüyü azalttığını ve bebeklerde kilo alımını desteklediğini göstermiştir (27). Karadağ'ın çalışmasında da kuvöz örtüsünün gürültüyü azalttığı belirtilmiştir (9). YYBÜ'de çalışan personelin, asgari ses çıkartacak şekilde eğitilmesi, ses düzeyi kontrolünü sağlayacak protokollerin oluşturulması uygulamanın sağlıklı yürütülmesinde önemlidir (24).

Işık: Konsepsiyondan sonra 26. günde gözler gelişmeye başlar. Göz kapağı 10. haftada birleşir ve 26. haftaya kadar birleşik kalır Doğumda fotoreseptörler gelişmiştir fakat olgunlaşma birkaç ay tamamlanamaz. Fetüs aydınlığı karanlıktan ayırt edebilir ve anne kanunda bile parlak ışıktan irkilir. Göz kapağı hareketleri de yine bu dönemde başlamıştır. Doğmamış bir bebekte gelişimini tamamlayan en son duyu organı görme duyusudur. Term bir bebekte bile görsel sistem immatürdür ve ilk 6ay ila 1 yılda önemli değişimler görülür Sesten farklı olarak uterus ışığı geçirme konusunda güçlü bir engel görevi görür ve bebeğin ışıktan etkilenmesi engellenir. Uterus içinde iken ışıktan böylesine iyi korunan bir bebek doğduğunda yoğun bir ışığa maruz kalır. Parlak ışıkta gözlerini kapatır, gözlerini kaçıtır. Gelişimsel destek olarak, bebek gözlerini kaçırdığında ısrar edilmez, göz göze gelmemeye özen gösterilir. Parlak ışıktan korunur, kucaklandığında ışığa tutulmaz, ışıktan korunur. Eğer fototerapi alması gerekiyorsa koruyucu bir göz bandı kullanılarak gözlerini açabilmesi için cesaretlendirilir (7,9,12,15).

Prematüre bebekler özellikle 35 haftanın ve 1800 gr'ın altında olanlar oksijen desteği aldılarsa retinopati yönünden risk altındadır. Bazı araştırmalar parlak ışığın da retinopati riskini artırdığını gösterilmiştir (28). Son yirmi yılda bebek odalarındaki ışık yoğunluğunun 5-10 kat arttığı rapor edilmiştir (28).

Yoğun bakım ünitelerindeki bebekler genellikle 24 saat florasan veya soğuk beyaz ışık alırlar. Bazı ünitelerde pencereden gelen ışıklar, fototerapiler, randyant ısıtıcıların ışığı ile bu artabilir. Günün belli saatlerinde ışık düzeylerinin azaltılmasının kalp hızında ve

aktivitede azalmaya neden olduğu, biyolojik ritmi güçlendirdiği, dinlendirici uykuyu arttırdığı, beslenmeyi iyileştirdiği, kilo alımını ve bebeğin çevreyle ilgisini arttırdığı bildirilmektedir (8). Yapılan bir araştırmada prematürelde sürekli ve parlak ışığın, bebeğin uyku ritmini ve tartı alımını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Yapılan başka bir araştırmada sabah-akşam 07-19 saatleri arasında ışık ve gürültünün azaltılmasıyla bebeğin tartı alımında ortalama 0,5 kg artış, beslenme süresinde azalma, uyku periyodlarında artma olduğunu saptamışlardır (7,9).

Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics–AAP) yenidoğan yoğun bakım odalarının ışıklandırmasında, her yatak başında ışık düzeyinin en düşük 10 lux en fazla 600 lux arasında olmasını önermektedir. Loş ışığın sağlanması için de gözlem için 60 w, işlemler için 100 w ışık sağlanmalıdır. Ayrıca kuvözün kalın bir örtü ile örtülmesi, başucundaki ışık kaynağının azaltılması, fototerapi alan bebeklerde koruyucu bandın kullanılması da önerilmektedir. Bunun dışında bebeğin stabil uyanıklık durumunu sürdürmede zorluk çektiği durumlarda bebekle göz temasının en aza indirilmesi gerekir. Işıklandırmada kullanılan doğal ve elektrikli aydınlatma araçları loş ışığı sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Elektrik kaynaklarının renk indeksi 80 ve üzerinde olmalı, ultraviyole veya infrared içermemelidir. Aydınlatmada kullanılan araçlar kolay temizlenebilir olmalı, her infantın bakım alanı içinde ayrı ışıklandırma bulunmalıdır. Bu ışıklandırma gölge ve loşluğu minimuma indirecek şekilde düzenlenmelidir. Işıklandırma direkt olmamalı yenidoğanın yatağının yanında olmalıdır (7,8,9,11,14,20).

Loş ışığın sağlanmasının etkileri; uyku süresi artar, ağlamada azalma olur, motor aktivitede azalma olur, motor koordinasyonda artış, kalp ve solunum hızında azalmalar gerçekteşmektedir. Uyku kalitesinin artmasıyla birlikte kiloda artma ve retinopati insidansında azalma olarak açıklanmaktadır (8,20,28).

Uygun Dokunma: Fiziksel dokunma bir iletişim yolu olup aynı zamanda sözlü iletişimi tamamlayan bütünleştirici bir parçadır. Yenidoğan ve bebek için iletişimin majör metodu dokunsal temastır. Fetal dönemde ritmik olgunlaşma hareketleri ve amnios sıvısının hareketleri ile dokunsal temas sağlanmış olur. Uterusta bile dokunma duyusu çok iyi gelişmiştir. Çok immatür bebeklerde bile dokunsal duyarlılık çok güçlüdür. Bebekte dokunma duyusunun en iyi geliştiği bölgeler, dudak çevresi, alın, yüz ve ellerdir (29). Bebeğin dış dünyayı tanınması kucağa alınma, dokunma ile olacaktır. Uygun dokunma ve masaj yenidoğanı sakinleştirir (30).

Defalarca ağırlı uyarı insan teması ile birlikte alan YYBÜ bebekleri bundan hoşlanmazlar. Kontrolsüz olarak ağlamaya başlarlar, kollarını bacaklarını sallarlar ve dokunulduğunda irkilirler. Bu nedenle acil ve gerekli olmadıkça acı veren girişimler en aza indirilmelidir ve bebeğe dokunurken çok nazik ve yumuşak olmalı, dokunma sürtünme şeklinde değil elin sabit yerleştirilmesi şeklinde olmalıdır. Ani tutma ve çekme davranışlarından her zaman kaçınılmalıdır. YYBÜ'lerinde bebekler aşırı dokunulmaktan hoşlanmazlar bunun sonucunda da kan basıncında değişme, beyin kan akımında değişiklik, hipoksi, stres, apne, bradikardi, uyku periyodlarında bozulma gözlenir (7,12,15).

Yapılan bir çalışmada YYBÜ'de 24 saatte bebeğe fiziksel dokunma sıklığı ortalama 130 kez bulunmuştur. Bebeğe hiç dokunulmadan dinlenmesi için bırakılan kesintisiz süre ise sadece 4.6-19.2 dakikadır (7,15). Yenidoğan bebeklerin annelerinin kucağa alma yöntemini kullanarak bebeklerin hem stresi azaltmaları hem de sağlıklı gelişimini destekleyecekleri belirtilmiştir (23). YYBÜ'de acı veren girişimler genellikle tıbbi girişimlerdir ve çok gerekliyse yapılmalıdır. Bu nedenle işlem esnasında bebeğin vücudunun fleksiyona getirilerek tutulması, emzik gibi rahatlatıcı önlemler alınması, işlem bittikten sonra ise 5-30 dakika kadar bebeğin yanında kalarak kol ya da bacağına tutulması onun kendini sakinleştirmesine yardımcı olacaktır (7,8,12,15).

Koku/Tat: Fetusta ilk olarak tad alma duyusu gelişir. Gebeliğin 12. haftasında gelişmeye başlayan tad alma hücreleri 28. haftada gelişimlerini büyük ölçüde tamamlamıştır. Amnion sıvısının tadı anne adayının aldığı gıdalara göre değişir buna bağlı olarak da bebeğin verdiği tepkilerde de değişiklikler olabilir. Tat intrauterin dönemde fetüsün çevresini denetlemesinin bir yolu olabilmektedir. Tat ve koku birbirinden ayrılmaz iki duyumuzdur bu iki duyu beraber gelişir. Yenidoğan bir bebekte koku duyusu çok iyi gelişmiştir, bunun en önemli belirtisi anne memesi ve anne sütüdür. Bebek doğumdan sonraki 5. günde annesinin sütünü ayırt edebilir ve yabancı bir kokuya karşı annesinin kokusunu tercih eder. Bebeğin hoş kokuya yanıtı hareketlenmek ve emme şeklindeyken hoş olmayan kokuya yanıtı geri çekilerek olmaktadır (7,15).

YYBÜ'nde, riskli bebekler alkol, çeşitli cilt solüsyonları ve betadin içeren kokularla kuvözde karşılaşılır. Çok küçük preterm bebekler ağlama ile ya da kendini geri çekerek bu duruma cevap veremediğinden, solunum oranında artma/azalma, apne, kalp ritminde artma gibi değişiklikler ile bu zararlı etkilerden rahatsız olduklarını anlatmaya çalışılır. Bu nedenle hoş olmayan kokulan içeren materyalin kuvözden uzak tutulması, kesici ve delici aletlerin

uzaklaştırılması kadar önemlidir. Yenidoğan ünitesinde çalışan personelin de yenidoğanı rahatsız edebilecek kokular sürmekten uzak durması da gerekmektedir. Bunun yanında anne sütünün kokusu emme refleksini ortaya çıkarabileceğinden, bebeğin dudaklarına pamukla anne sütü temas ettirilmesi ya da anne sütüyle ıslatılmış petlerin kuvözde bebeğin yanına konulması bebeğin anne kokusunu tanımasına yardım edecektir (7,13,31).

YYBÜ'lerinde keskin kokuların önlenmesi bebeğin solunum ve kalp hızında azalma gibi etkiler oluşturacağından YYBÜ'lerinde alkol içeren solüsyonlar ve parfümden sakınılması bununla birlikte bebeğin yanına anne sütü ile ıslatılmış pedlerin yerleştirilmesi önerilmektedir (31).

Keskin kokulardan yenidoğanın uzak tutulması, koku gibi uyaranların yenidoğanda güvenli sınırlarda tutulması yenidoğanı rahatlatıcak girişimlerden olduğu belirtilmiştir (24,31).

2.1.2. Toplu Bakım Verme

Toplu bakım verme de amaç, prematüreyi ve hasta yenidoğanı minimal uyarmaktır. Preterm bebeklerde zamanında doğan bebeklere göre daha fazla kan basıncı artışı, periferik oksijenlenmede daha fazla azalma yanında hıçkırık, esneme, kolları ile selamlama, el kol hareketlerinde artma gibi stres bulguları saptanmıştır. Bu nedenle prematüre davranışlarının sürekli gözlemi ve değerlendirilmesi ile fizyolojik ve motor sistemleri stabil oluncaya kadar sosyal uyaran verilmemesi, olanak varsa bakımın 3-4 saatlik aralıklarla planlanarak bebeğe dinlenme periyodlarının sağlanması, planlanan girişimler arasında bebeğin gözlenerek ilave muayene ve işlemlerin bebeğin uyanık olduğu dönemlerde yapılması (hayati tehlike yoksa), bakım ve işlemlerden sonra 5 dk kadar bebeğin yanında kalınarak kendini sakinleştirmesinin beklenmesi ve tolere edebildiğinde teker teker olmak üzere sosyal uyaran verilmeye başlanması önerilmektedir. Yapılan bu girişimler bebeğin fizyolojik, motor ve durumsal değişmelerinde stabilite sağlayarak strese girmesini önleyecektir (11,12).

2.1.3 Pozisyon Verme Uygulamaları

Yenidoğanda pozisyon verme, bebeklerin çevrenin olumsuz etkisinden, her türlü girişim ve bakımın neden olduğu stres ve ağrıdan etkilenmesini azaltmak ve postürlerini korumak amacıyla uygulanmaktadır (8,32,33,34).

Anne karnında bebekler fleksiyon pozisyonundadır. Yenidoğan döneminde nöromotor

gelişim ve fleksör tonus gelişimini sağlamak, stresten uzak tutmak için prone, supine ve yan yatış pozisyonları önerilmektedir. Bu pozisyonların bebeğin büyüme ve gelişimine olumlu etkisi olduğu, stresin azalmasında olumlu rol oynadığı, bebeğin gereksiz enerji harcamasını engelleyerek dinlenmesini sağladığı belirtilmektedir (7,15, 33,34,35). 2014 yılında Kahraman ve arkadaşlarının 27-40 hafta arasındaki doğan 120 bebekte yaptığı çalışmada; yenidoğanların desteklenmeye ve etrafının çevrelenmesine ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (36). Yenidoğan bebeklerin otuz dört hafta altı olanlar kuşyuvası şekli oluşturularak pozisyonu desteklenmeli ve jel yastık kullanılmalıdır (7,8,11,12,15,35,36).

Çağlayan ve Balcı'nın yaptığı 37. gestasyonel hafta altı 41 bebeğe uygulanan fleksiyon pozisyon vermenin, topuktan kan alımı anında kalp atımı, oksijen saturasyonu, ağlama ve ağrı durumunu değerlendirdikleri çalışmada diğer pozisyonlara göre daha az ağladıkları ve ağrı puanlarının daha az olduğu saptanmıştır (37). Çağlayan'ın yaptığı çalışmada yüzüstü fleksiyon ve sırtüstü fleksiyondaki bebeklerin kalp atımı, oksijen saturasyonu ve ağrı değerlendirmesi yapılmış her iki pozisyon arasında anlamlı fark bulunamamıştır (38).

Yenidoğan yoğun bakımda yatan bebekler mekanik ventilatöre bağlı olması ve uzun süreli yatış gerektiren uygulamalar sonrası vücut postürünün yanlış desteklenmesi sonucu bebeklerin baş, boyun ve ekstremitelerinde deformasyon olduğu belirtilmiştir (32,38). Bu nedenle bebeğin pozisyonunun düzenli aralıklarla uygun pozisyonlarla desteklenmesi önerilmektedir (33,38)

2.1.4. Ailenin Katılımının Sağlanması

Ailenin bakıma katılması gelişimsel bakımın ayrılmaz parçalarından biridir (2,8,12,23,39). Cooper ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı bir çalışmada ailenin bakıma katılmasının bebek ile aile arasındaki bağlılığın ve bebeklere bakım becerilerinin artmasında ve bebeğin sağlık durumu hakkında bilgilerinin artmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir (40).

Aile merkezli bakımın kapsamında ailenin yenidoğanın gelişimi ve güvenliği ile ilgili bilgi verilmesi, yenidoğanın bakımına anne babanın katılması, ten tene temas (kanguru bakımı), invaziv girişimlerde ailenin yenidoğanın yanında bulunmasına izin verme, ailenin istediği zaman yenidoğan ile ilgili bilgi ve kayıtlara ulaşabilmesini kapsar. Ailenin eğitimi de hemşirenin sorumluluğundadır (21).

Prematüre bebeğin YYBÜ'de kalması ve YYBÜ'den eve geçişi aileler için stresli

olabilir. Çünkü prematüre bebeğin genellikle tahmin edilemez, beklenmedik davranışları vardır, anlaşılması zordur. Ebeveynlere bebeğin genel durumu ve dış dünya ile iletişim kurmak için kullandığı davranış şekilleri hakkında bilgi verilir, yani bebeklerini anlayabilmeleri ve içinde buldukları duruma uyum sağlayabilmeleri için desteklenmeye ihtiyaçları vardır (21).

YYBÜ’de temel amaç, yenidoğanın davranış ve gelişim organizasyonu için katkı sağlanması ve verilen bakımın daha az gerekliliğini sağlamaktır. Bu görevin en çok hakkı olan sahiplerine yani ana-babalarına devretmektir (22). Ebeveyn ve aile bireylerinin bebek bakımında ekip üyeleri olarak değerlendirilmesi ve desteklenmesi, ailenin bebeklerine bakım vermede güven duygusunu geliştirirken, bebeklerinin gelişimsel aktivitesini tanıyabilme ve pozitif sosyal etkileşim sağlamalarını destekler (21).

Aile Merkezli Bakımın Genel İlkeleri

Aile merkezli bakımın genel ilkeleri Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics (AAP)’ne göre (2003);

- Ailelere ve çocuklara birey ayırt etmeden saygı duymak,
- Etnik, etik, kültürel ve sosyo-ekonomik farklılıklara dayanan ve ailelerin deneyimlerinden kaynaklanan ve bakım konusunda anlayışlara saygı göstermek,
- Zor ve destek gerektiren durumlarda hem aile hem de çocuğun gücünü bilmek, kabul etmek ve onları cesaretlendirmek,
- Bebek bakımı ve destek yaklaşımlarıyla, çocukların ve ailelerin seçimlerini desteklemek ve yol göstermek,
- Politika, yöntem ve gereksinimleri karşılayan uygulamaları uygulanır hale getirmek, bu hizmetleri çocukların ve ailelerin kültürlerine, inançlarına ve gereksinimlerine göre uygulanabilirliğini sağlamak,
- Aileler ile daima geçerliliği olan faydalı ve doğru olan yollarla dürüst ve tarafsız bilgi paylaşmak,
- Çocuklara, ailelere ya da bakım veren bireylere, bebeklik, çocukluk, gebelik, doğum ve yetişkinlik dönemlerinde resmi ya da gayri resmi destek sağlanmalı ve uygulanabilirliğini sağlamak,
- Ailelerin, çocukların bakımlarında, eğitimlerinde, plan ve programlarını geliştirmelerinde sağlık konularında desteklemek ve işbirliği sağlamaktır (41).

Ailenin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanırken, ailenin yargılanmamasına

dikkat edilmeli ve taburculuk planlamasında ve prematürenin izleminde aile eğitimi planlanmalıdır (21). Yapılan çalışmalar, preterm doğumun anne-bebek etkileşiminin kalitesini ve çocuğun ileri dönemdeki gelişimini de olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (42,43). Ailenin preterm doğumun oluşturduğu şartlara adapte olma becerisi ve erken oluşturulan ebeveyn-bebek ilişki kalitesinin bebeğin daha sonraki dönemlerde becerileri ve gelişimi açısından kritik önem taşıdığı savunulmaktadır (44).

Yenidoğanın bakımına ve yenidoğan ile verilecek kararlarda aile üyelerinin katılımının desteklenmesi, bebeğin gelişimi açısından olumlu sonuçlar alınması, ailelerin ve bakım ekibinin memnuniyetini arttıracaktır (45). Yenidoğanın bakım ekibinin aileye bilgi vermesi, yenidoğanın hastalığı ve gelişimi, hastanede kalış süresi, ailenin endişelerini ifade edebilmesi, ailenin sıkıntılarının azalmasına yardımcı olacağı belirtilmiştir (23,45,46).

Ülkemizde aile merkezli bakımın durumu incelendiğinde, ailelerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin standart bir uygulamanın olmadığı, bu durumun da aile merkezli bakım uygulamalarının gelişmiş ülkelerde daha yaygın olduğunu, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise etkin kullanılmadığı görüşünü desteklemektedir (45).

Taburculuk öncesi yenidoğanların bakımında aileye bakımı ve güvenliği ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmeli ve aile desteklenmelidir (23). Yoğun bakımda başlayıp evde devam ettirilen gelişimsel bakım uygulamaları yenidoğanın beyin gelişimine uzun vadede olumlu katkısı olacaktır (47). Aileye verilecek eğitimin görsel materyallerle desteklenmesi ve sürekli olması önerilmektedir (48).

Çiyiltepe ve ark.'nın 2017 yılında Eskişehir'de pediatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %85 anne ile iletişim becerisi, %80 pediatri hemşiresinin yetersizliği, %65 prematüre konusunda hemşirelerin yeterli eğitim almaması, %45 'i çalışma saatlerinin yoğunluğu nedeniyle anneye eğitim veremediğini belirtmiştir (49). Sonuç olarak bebeğin gelişimi için aile gereksinimi kaçınılmazdır. Anne babanın, ilk doğduğu andan itibaren bebeği yakından izlemeleri, görmeleri, karşılıklı etkileşim içine girmeleri çok önemlidir. Tüm sağlık elemanlarının yaklaşımı özellikle anne bebeğin etkileşimini artırmayı sağlayacak şekilde olmalıdır (23).

2.1.5. Besleyici Olmayan Emmenin Desteklenmesi

Prematüre bebeklerin beslenmesi YYBÜ'lerinin en önemli sorunlarından birisidir. Prematüre bebeğin beslenmesini zorlaştıran 3 önemli faktör vardır. Bunlar:

*Miadından önce doğan düşük doğum tartılı bebeklerin gastrointestinal sistemlerinin fonksiyonları (motilite, sindirim, emilim, sekresyon) henüz yeterince olgunlaşmamıştır. Emme-yutma-solunum koordinasyonu azdır, öğürme refleksi yok ya da çok azdır, kardiyak sfinkter yetersizdir ve mide boşalımı daha geç gerçekleşmektedir.

*Prematüre bebekler fetal büyüme hızının en yüksek olduğu (24-36. haftalar arası-15-20gr/kg/gün) bir dönemde doğarlar. Postnatal bir dönemde miadında doğan bir bebeğe oranla daha hızlı büyürler ve daha çok besine gereksinim duyarlar. Düşük doğum tartılı bebeklerin besin depoları oldukça fakirdir (8,9,15).

*Hasta ya da preterm bebeğin beslenmesi için yardıma gereksinimi vardır. Bir çoğu emzikten emme için henüz olgunlaşmamıştır. Her bir bebekte hedefimiz, her bebek için daha iyi beslenme yöntemleri kullanarak bebeğin kondisyonunu sağlamaktır. Bebeğin beslenmesine parenteral beslenme (IV) ve enteral beslenme olmak üzere iki şekilde yardım edilebilir (16).

Prematüre bebeğin nasıl besleneceği bebeğin;

- Gestasyon yaşına,
- Hasta olup olmamasına,
- Kişisel toleransına bağlı olarak değişir (16).

Gestasyon yaşı 32-34 haftadan fazla (1500 gr üzeri) bebeklerde emme -yutma fonksiyonları genellikle normal olduğundan eğer kardiopulmoner ve nörolojik problemler yoksa meme veya biberonla beslenebilir (16).

Çalışmalar göstermektedir ki besleyici olmayan emmenin desteklenmesi preterm bebeklerde hastanede kalma süresini kısaltmaktadır. Bebeklerin ağızdan beslenmeye geçişlerini hızlandırdığı ve beslenme performansına katkı sağladığı görülmektedir. Ayrıca, gastrik tüple beslenme sırasında stres oluşturması gerekirken bebeğin sakin kalmasına karşı koyucu davranış sergilediği görülmektedir. Bebek beslenme sırasında veya sonrasında daha hızlı sakinleşme ve uykuya dalışı hızlandırmaktadır (11,50).

2.1.6. Kendi Kendini Sakinleştirmeyi Öğretme / Kolaylaştırma, Stresin Önlenmesi

Bebekler sıcak anne karnından dış dünyaya gelince yoğun bir stres altına girmektedir. Yoğun bakım ortamı bu stresi daha da artırmaktadır. Yenidoğan hemşirelerinin bebekte stres bulgularını değerlendirmesi, bebekleri sakinleştirmeyi sağlaması bebeğin gelişimi için önemli rol oynamaktadır. Sağlıklı bebekler stres durumlarında ağlama tepkisi verirken, preterm ve ya

hasta bebeklerde stres belirtileri farklı davranış değişiklikleri olarak görülmektedir. Stresin algılanmasına göre hafif, orta ve ağır stres belirtileri görülmektedir (7,51).

Hafif stres belirtisi genellikle bebeklerin göz göze gelememe, ağzını açma, dilini çıkarma, öksürük gibi belirtilerdir. Orta düzeyde stres belirtileri ise, yüzde ve vücutta kızarıklıklar, iç çekme, ani çekilmeler, el parmaklarının dışa açılması gibi belirtilerdir. Ağır stres belirtileri ise, siyanoz, bradikardi, taşikardi, apne olarak belirtilmektedir (7,9,51).

Pozisyon verme, sarmalama, kendi kendini sakinleştirmeyi sağlamanın amacı stabil ve rahat durumu sağlamak ve sürdürmektir. Bebeğin kendi kendini sakinleştirmesini kolaylaştırmak için öncelikle bebeğin kendini güvende hissetmesini sağlamak gereklidir. Bunun için de bebeğin ortamının kendini en güvende hissettiği ortam olan intrauterin ortama benzetilmesi önerilmektedir (31).

Bebeğin extremitelerinin anne karnındaki gibi fleksiyonda tutulması için battaniye ile sarılır ve pozisyon verilir. Kıvrılabilir tampon ya da battaniyelerle desteklenerek öncelikle prone ya da yan yatış pozisyonu verilerek fizyolojik fleksiyon sağlanmış olur. Bunun yanında yalancı emzik verilmesi ile vücut hareketleri azalır, uyku periyodunda uzama olur ve kilo alımında artış sağlanır. Elle tutması için yumuşak gazlı bez verilmesi, bacak ve ayağının battaniye ile desteklenmesi, bakımdan sonra ayaklarının, sabitleşene kadar hafifçe tutulması, parmağınızı tutmasına izin verme ve el- ağız, el-yüz manevrasında kolaylık sağlanması bebeğin kendini sakinleştirmesine yardım edecektir (15).

Bebeğin kendini güvende hissetmesi vücut kontrolünü artırır, sakinleşmesini sağlar ve fizyolojik stabiliteyi arttırarak kendini kontrol eder, fizyolojik ve davranışsal stresi azalır, strese dayanma gücü artar. Birçok prematüre bebek kuvözün yanlarına ya da en alt kısmına gider. Çünkü bebek kendini güvensiz hissediyordur ve kendini güvenli hissettiği yere giderek rahatlar. Bebeğe battaniye ile sınır sağlanırsa ayaklarını dayayabileceği bir pozisyon sağlanacağından kendini anne karnındaki gibi ayaklarını uterusu dayar hissederek güven duyar ve kuvöz içinde dolaşmaktan kurtulur (35,36).

Müzik terapisi, YYBÜ'lerinde yenidoğanın bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımı sağlamada stres azaltıcı, büyüme hızlandırıcı, beslenme kolaylaştırıcı, ağrı azaltıcı, uyku geçişini kolaylaştırıcı, oksijen saturasyon düzeyi (SO₂), kalp tepe atımı (KTA) değerinde olumlu değişimler sağlayıcı ve hastanede kalış süresinde azaltıcı yöntem olarak kullanılmaktadır (52,53,54). Yenidoğanlara klasik müzik dinletilmesi, ninniler, geleneksel müzik dinletilmesi, anne-kadın sesi dinletme, yenidoğanlar üzerinde rahatlatıcı etki

sağlamaktadır. Müzik, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde istenmeyen gürültüleri örtterek yenidoğan için enerji verici, yatıştırıcı, uyarıcı, uyandırıcı rol oynamaktadır (55,56). Çalışmalarda preterm bebeğin sakinleşmesi ve uyarılmasında müziği kullanmanın önemi tartışılmaktadır. YYBÜ'lerinde rahatsızlık veren seslerin maskelenmesi, böylece bebeğin nörolojik gelişimini arttıran homeostasisi kolaylaştırdığı kanıtlanmıştır. Müziğin bebeklerde neden/sonuç ilişkisini geliştirmede tetikleyici rolü oynadığı savunulmaktadır. Ayrıca preterm bebekler için emziğin emmeyi başlatıcı ninni sisteminin geliştirilmesinde kullanıldığı görülmektedir (31,51,55).

Haslbeck'in yaptığı bir çalışmada, otuz dört bebek, yoğun bakım ünitesinde günde üç kez yirmi dakika süreyle müzik sesi veya normal ses ortamına maruz bırakılmıştır. Müzik sesi verilen bebeklerin kalp atışlarında belirgin düzeyde bir düşüş gözlenmiştir. Bu çalışma, gestasyonel yaşı 32. haftasından itibaren prematüre bebekler için destekleyici önlemler geliştiren Haslbeck gibi müzik terapistlerinin giderek artan çabalarını destekler niteliktedir. Terapistlerin gözlemlerine göre dikkatle kullanılan bir müzik terapisi, iletişim becerilerini teşvik edebilir ve bu yolla genel gelişimi ilerletebilir. Sonuç olarak doğru gürültü olması kaydıyla, gürültü faydalı da olabilir (57).

2.1.7. Prematüre Bebekte Ağrı Yönetimi

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP) ağrıyı, mevcut ya da ortaya çıkabilecek doku hasarına bağlı ve ya bu hasar ile anlatılan rahatsız edici, bireyin geçmiş deneyimlerinden etkilenen duyuşsal algı olarak nitelemektedir.

Yenidoğanda 1920-1980 yılları arasında ağrı konusunda çalışma az yapılmıştır. Yenidoğan sinir sisteminin immatür ve myelinizasyonun yetişkine göre daha az olduğuna dair yapılan az sayıda çalışmalar, bebeklerin ağrı duyusunun algılama ve yorumlamada yetersiz olduğu düşüncesinin ortaya çıkmasını sağlamıştır (58,59).

1980 yılından sonra yapılan araştırmalarda yenidoğanın ağrıyı hissettiği, ağrının algılanması için myelizasyonun şart olmadığını göstermiştir (58,59). Reyes'in 2003 yılında yaptığı bir çalışmada bebeklerin, gebelikte 20-24. haftalardan itibaren ağrıyı hissettikleri gözlemlenmiştir (60).

Yaşamının ilk haftasını YYBÜ'nin ortamında geçiren yenidoğanlar sayısız birçok sebepten stres ve ağrı yaşamaktadırlar. En önemli stres kaynakları anneden ayrılmak ve tekrarlayan invaziv girişimlere bağlı ağrılara maruz kalmaktır. Bu invaziv girişimler bebeğin

muayene edilmesi, topuktan kan alma, venöz ve arteriyel girişimlerde bulunma, pansuman uygulamaları, lomber ponksiyon, intramüsküler enjeksiyon uygulama, feeding sonda ve buna benzer uygulamalar sayılabilmektedir. Bu ağırlı girişimler ve stres, bebeklerin klinik durumunu da etkilemekte, bebeklerin davranışları değişmekte, aile bebek iletişimi, dış dünyaya uyumu engellenebilmektedir. Beyin ve duyuların gelişiminde, büyüme de olumsuzluklar ortaya çıkabilmektedir. Yenidoğanda ağrı tanımı, büyük çocuklar gibi yapılamadığı için ağrı kontrolü ve yaklaşımı tedavisi önemlidir (58,61,62).

Yenidoğanlarda ağrı değerlendirilmesinde hareketlerinin izlenmesi, yüz ifadesinin görünüşleri, ağlamaları gibi davranışsal yanıtların ve taşikardi, hipertansiyon, taşipne, hipoksemi, avuç içi terlemeleri gibi fizyolojik yanıtların gözlenmesi ile olmaktadır. Yenidoğanlarda ağrıya verilen tepki ağlama olarak kendini göstermektedir. Yenidoğan aç kalma, hasta olma, rahatsızlık ve huzursuzluklarında ağlama tepkileri göstermektedir (58,63). Dolayısıyla bakım ve tedavi sırasında yenidoğanın çeşitli hareketleri ağrı ve stres belirtisi olabilir.

Ağrının değerlendirilmesi için henüz ideal bir yöntem yoktur. Yenidoğanın ağrı ve stresinin değerlendirilmesinde, davranışsal ve fizyolojik yaklaşımlara uygun olarak farklı ölçekler kullanılmaktadır (58,63). Yenidoğanlarda ağrı ve stresin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin bazıları şunlardır:

Yenidoğan ağrı skalası (NIPS -Neonatal Infant Pain Scale); Lawrence ve arkadaşları (1993) tarafından yenidoğanlarda invaziv girişimleri işlemlerin öncesinde, işlem sırasında ve sonrasında verdikleri davranışsal ağrı yanıtlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bebeklerin bacak hareketleri, yüz ifadeleri, solunum şekilleri, kol hareketleri, uyanık olma durumları ve ağlama şekilleri değerlendirilmektedir (64).

Yenidoğan postoperatif ağrı skalası (CRIES Skalası); Krechel ve Bildner (1996) tarafından gebeliklerinin 32 haftasından sonra ve ameliyattan sonraki dönemde yenidoğanlarda fizyolojik olarak ortaya çıkan ağrıyı değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu skala ancak yatak başında değerlendirilmektedir. Ağlama, oksijen gereksinimi, yaşamsal bulgular, yüz ifadeleri ve uykusuzlukları değerlendirilmektedir (65).

Prematüre yenidoğan ağrı profili (PIPP - Prematüre Infant Pain Profile); Stevens ve arkadaşları (1996) tarafından 28-36 haftalık yenidoğanlarda ağrı ve ameliyat sonrası dönem içinde için geliştirilmiştir. Bu skalaya göre gebelik yaşı, davranış durumları,

kalp atım sayısı, oksijen yoğunluğu, alın kırıışıklığı, göz sıkma gibi parametreler değerlendirilmektedir (66).

Yenidoğan yüz görüntü puanlama sistemi (NFCS -Neonatal Face Coding System); Chen ve arkadaşları (2006) tarafından preterm ve term yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş ve yatak başı uygulamaya uygun skaladır. Alın kırııştırma, göz sıkma, nazolabial oluşun belirginleşmesi, açık dudaklar, ağız germe (vertical) dudak büzme (horizontal) gergin dil, dilde çıkıntı, yanak şişirme parametreleri değerlendirilmektedir (67).

Maksimum yüz hareketleri kodlama sistemi, yenidoğan ağrı davranış göstergeleri, yenidoğan ağrı skalası, yenidoğan ağrı ve rahatsızlık ölçeği, yenidoğan yüz kodlama skalası ve ağrı değerlendirme aracı da ölçüm yöntemlerinden diğerleridir (58,68).

Ağrıyı Azaltmada Nonfarmakolojik yöntemler;

1. Çevresel yöntemler
2. Davranışsal yöntemler.

Çevresel yöntemler, Uygun aydınlatmayı sağlama, aşırı gürültünün önlenmesi, keskin kokuların kullanılmaması, gece-gündüz döngüsünün oluşturulması, hafif müzik dinletilmesi (24,51,54,58).

Davranışsal yöntemler, Yenidoğan ile iletişim kurabilmek, stres durumunda fizyolojik ve davranışsal ipuçlarını yakalayabilmek (sinaktif teori), gelişimini destekleyici pozisyon vermek (prone), gereksiz dokunmayı engellemek, ağrı ve acı veren uyarlardan önce ve sırasında bebeği sararak fleksiyon pozisyonuna getirmek (24,51,54,58).

Tatlı madde verme, Yenidoğanlarda emzik ile birlikte sukroz ya da tatlı madde verilmesi ağrının azalmasında etkili rol oynadığı belirlenmiştir (58,69). Yenidoğanın davranışsal durumu 32. gestasyon haftasında önemli derecede belirginleşir. 30. hafta civarında sessiz-derin uyku artar. Yenidoğan dokunmaya yanıtı fizyolojik dengesizlik ve tipik stres belirtileridir. 31. gestasyon haftasından itibaren bu sebeple yenidoğanlara sukroz verilmesi düşünülebilir (7,58). Cenin pozisyonu verilen yenidoğanların oral sukroz uygulamasına göre ağrıda daha fazla azalma olduğu görülmektedir. Eğer yeni doğanlara ağırlı dönemde bu iki yöntemde uygulanırsa ağrının daha da azaldığı görülmektedir (33).

Anne sütü, emzirme, emzik verme, Yalancı emzik uygulamasının, bebeklerde ağlama sürelerinde azalma ve uyanık olarak sessiz şekilde kalma sürelerinde artış ve ağrı azaltıcı etkisi olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalara göre emmenin seratonin

salgılanmasına yol açtığı bunun doğrudan ya da dolaylı olarak ağrının azalmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (69). Çalışmalara göre pretermelerde emzik vermek, topuk kanı alma sırasında ve aspirasyon işlemler anında ağrıyı azalttığı belirtilmektedir (33).

Topuktan kan alma uygulaması sırasında anne sütünün yenidoğanda oluşan ağrıyı azalttığı bildirilmektedir. Emzirme yönteminin de ekonomik ve doğal bir yöntem olması, başka hazırlığa gerek duyulmaması sebebiyle ağrıyı azaltmak için tercih edilmektedir (58,62). Emzirmek aşı uygulamalarında bebeklerin ağrıların da azaltmada kullanılabilir. Yenidoğanlarla bir iletişim yolu olan fiziksel dokunma/temas etme, aynı zamanda yenidoğanın sakinleşmesinde de önemli rol oynar (70).

Yenidoğanlarda koku duyusunun iyi gelişmiş olması rahatlatıcı kokularında kullanılmasının ağrı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (71). Akcan'ın 2014 yılında yaptığı bir çalışmada topuk kanı alınması sırasında bebeğe amniyotik sıvı, anne sütü ve lavanta kokusu koklatılarak NIPS puanı ölçülmüştür. Koku uygulaması yapılan bebeklerde topuk kanı alma sırası ve sonrası NIPS puanları, hiçbir koku uygulanmayan bebeklere göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır (72).

Pozisyon değiştirme; Pozisyon değişiminin bebeklerde rahatlık sağladığı, ağrı olunca da bebeği rahatlattığı belirtilmektedir. Ağrılı girişimler sırasında bebeklere orta hatta fleksiyon pozisyonu verilmesi, ellerinin ağzına götürülmesi sakinleşmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir (12,32,71,73).

Kanguru bakımı; Anne ile bebeğin ten tene temasını sağlayan uygulamada bebeğin dış ortama uyumunda etkili olduğu kanıtlanmış olan kanguru bakımı uygulaması ağrının hafifletilmesinde de etkilidir. Kanguru bakımı uygulaması hem anne hem de hemşirelerin kolaylıkla uygulayacağı bir yöntemdir (62, 69, 74).

Gray ve arkadaşlarının 30 yenidoğanda yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada topuk kanı alınırken annesi ile ten teması sağlanan bebeklerin, ten teması sağlamayanlara göre %82 ağlama sürelerinde ve %65 yüz buruşturma davranışlarında azalma bildirilmiştir (69). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşire kucağında topuktan kan alınan bebeklerin, kucağa alınmayanlara göre daha az ağladıkları bildirilmiştir (75).

Dikkati başka yöne çekme; Bebeğin dikkatini başka yöne çekme, dikkatini ağrılı uyarandan başka yöne odaklaması sebebiyle tolerans göstermesini artırmaktadır. Çocukların ağrısını azaltmada oldukça etkin bir yöntemdir. Yapılan çalışmalarda aşı uygulamalarında ağrıyı giderme yöntemleri arasında yaşamın ilk 7 yılında etkili olduğu belirtilmiştir

(75,76,77).

Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım; Gelişimsel bakım uygulamalarının yenidoğanda ağrıyı azalttığı, kendi kendini sakinleştirmeyi sağladığı, uyku sürelerini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (7,11,12,15,58). Gelişimsel bakım uygulamaları bebeğin gelişimi için bütün olarak ele alınınca çevresel uyarıların azaltılması, toplu bakım verilmesi, gereksiz dokunmaların azaltılması, uygun pozisyon verilmesi, kanguru bakımı uygulaması gibi bebeği rahatlatan uygulamaları içermesi nedeniyle bütün olarak ağrının azaltılmasında etkilidir (7,11,12,15,58,77).

Masaj tedavisi: Dokunma ve masaj yüzyıllardır değişik kültürlerde tedavi ve sağlığın korunmasında önemli bir yer almıştır. Masajın tedavi amaçlı kullanımına Mısırlıların en eski dokümanı olan Eper papürüslerinde rastlanmıştır. Bu dokümana göre masaj, “histeri”yi tedavi amaçlı kullanılmaktaydı. Aristo MÖ 4000’li yıllarda dokunma duyusunu ilk kez beş duyardan biri olarak tanımlamıştır (29).

Doğum sırasında bebeğin annenin doğum kanalından geçişi bebeğe uygulanan ilk masajdır. Dokunma ve masaj vücut temasını sürdürmek ve güvende olma duygusunu güçlendirmek açısından yenidoğan için önemlidir (29).

Farklı kültürlerde yapılan dokunma ve bebek masajı ile ilgili araştırmalarda, dokunmanın anne ve bebek arasındaki ilişkide ve dokunma biçiminde farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hangi kültürde olursa olsun bütün anneler bebeklerini beslerken, severken, uyuturken ve temizlerken hep bebeklerine dokunmaktadırlar (78).

Dokunma reseptörleri henüz fetüs 7 haftalık iken ilk olarak ağız çevresinde ortaya çıkar. Buradan tüm yüze, kollara, bacaklara ve tüm vücuda yayılarak 20. haftada son şeklini alır. Fetusta dokunma ve ağrı duygusu 24. haftada tamamlanır (14,78).

Masaj tedavisinin, bebeğin kendini sakinleştirme ve sosyal ilişki kurma becerisini düzelttiği düşünülmektedir (78,79). Masaj tedavisi, tıbbi problemleri karmaşık olan bebeklerde bile uygulanması ve ailelerin kendi bebek bakımına katılmalarını sağlamaktadır (79). Masaj, sadece anne değil kim tarafından uygulanırsa uygulansın sakinleştirici etkiye sahiptir. Preterm bebeklerin daha uzun süreler uyanık kalmasını sağlayarak bebeğin ilişki kurmadaki pasifliğini azaltmakta, çevresi ve annesiyle daha erken, sık ve güçlü ilişki kurmasını sağlamaktadır (78).

Akdemir ve arkadaşları hemşireler tarafından uygulanan farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri incelemiştir. Hastaların dinlenmesini sağlamak, farmakolojik

yöntemleri ve uygun pozisyon vermenin ilk sırada, dikkati başka yöne çekmenin ve egzersizin ikinci sırada olduğu bulunmuştur. Üçüncü sırada ise sıcak ve soğuk uygulamasının yer aldığı belirlenmiştir (80).

Göl ve Onarıcı'nın hemşirelerin çocuklardaki ağrı değerlendirmelerinde kullandıkları göstergelerin incelendiği araştırmada, hemşireler ağlama, huzursuzluk ve yüz ifadelerini ağrı belirtisi olarak belirtmişlerdir. Ayrıca hemşireler ağrı değerlendirmede kullanılan ölçekler hakkında bilgi sahibi olmadıkları ve non-farmakolojik yöntemleri uygulamadıklarını belirtmiştir (81).

Yenidoğanda ağrı yönetiminde hemşirenin sorumlulukları

1. Bebeklerde stres, ağrı, endişe belirtilerinin azalmasını sağlamalıdır.
2. Farmakolojik, nonfarmakolojik ağrı yönetimi stratejilerini uygulamalı bakım planı değerlendirmelidir.
3. Çevresel uyaranların azalmasını sağlamalıdır.
4. İşlemler esnasında bebeklerin rahat edecekleri uygun pozisyonun verilmesini sağlamalıdır.
5. Ağrılı girişimler öncesi ve arasında dinlenme periyotları kullanılmalıdır.
6. İnvaziv girişimlerinin deneyimli sağlık personelleri tarafından yerine getirilmesi sağlanmalıdır.
7. Huzursuzluk yaratan ağrılı işlemlerin olabildiğince hepsi bir arada yapılması sağlanmalı ve ekibin de uyması sağlanmalıdır.
8. Kanıta dayalı araştırmalar yoluyla yeni nonfarmakolojik yöntemler takip edilmeli ve uygulamaya geçirilmesi konusunda rehber olunmalıdır (33,80).

2.1.8. Kanguru Bakımı Uygulaması

Kanguru bakımında amaç, ailelerde, bebekleri ile ilgili anksiyete ve korkuların, bebekte ise yoğun bakım stresinin azaltılmasıdır (82). Güney Amerika'da bebeklerini kendi vücutları ile birlikte devamlı olarak taşıyan anne ve babaların bebeklerinin daha iyi geliştikleri gözlenmiştir. Anadolu'da da göçebe yaşamında annelerin bebeklerini genellikle önde taşıdıkları ve beraber göç ettikleri bilinmektedir.

Kanguru bakımı prematürenin ve ebeveynin "cilt-cilde" temasıdır. Ebeveyni ile sarılan bebek onun kalp sesleri ile rahatlar ve derin, rahat bir uykuya dalar. Kanguru bakımı uygulaması ilk kez Colombia Bogota'da ekonomik yetersizlik nedeniyle bebek

kuvözünün eksik olduğu durumlarda alternatif bir bakım olarak başlamıştır. Doktorlar, anneleri bebeklerini kucaklayarak gün boyunca “ten tene temas” ile ısıtmaya teşvik etmişlerdir. Daha sonraları sadece anneler değil babalar da kanguru bakımı için teşvik edilmişlerdir. Kanguru bakımı hastanede verilen bakımı tamamlayıcı bir unsurdur. Hem anne hem bebek açısından birçok etkisi saptanmıştır. Anneye hamileliğini tamamlama duygusu vermenin yanında, ebeveynlerin anne-babalık rolüne geçişlerini kolaylaştırma ve kendilerine olan güvenlerini artırmaktadır. Anne bebeğinin gelişimsel aktivitelerini daha yakından takip eder ve bebeği ile sosyal etkileşimi sağlar (82). Diğer taraftan annede süt yapımı artarken bebeğin anne sütü ile beslenme süresi artar, tartı alımında artış ve ağlamalarında azalma gözlenir. Isı dengesini sağlayabilme ve apne nöbetlerinde azalma ile birlikte bütün bunların sonucunda da bebeğin erken taburculuğu sağlanmaktadır (83). Kanguru bakımı 31-36 haftalık bebeklerde, anne ya da baba tarafından uygulanabilmektedir. Günde 1 kez 30 dk ile başlanarak 2-3 saat uygulanabilir (82,83).

Kanguru bakımı uygulanan yenidoğanlar kuvözdeki bebeklere göre vücut ısılarını üç saate kadar sürdürebildikleri ve daha yüksek vücut ısısına sahip oldukları belirtilmiştir. Ayrıca büyümesi, kilo alması, uyku düzeninin oluşması anne bebek bağlanması üzerinde de olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir. Bebeğin kliniği de daha stabil olmaktadır (2,7,8,14,15,84).

Yenidoğanlarda kanguru bakımına yönelik hemşirelik girişimleri şöyle özetlenebilir; annelere uygulama hakkında bilgi verilmesi, uygulamasının desteklenmesi, günlük olarak uygulamanın sağlanması, entübe olan yenidoğanlara da uygulanması, çevre düzenlemelerinin uygulamayı kolaylaştıracak şekilde yapılması önerilmektedir (84).

Diğer çalışmalar incelendiğinde kanguru bakımında annenin vücudu, sesi, kokusu, taktıl uyarısı ile çevresel stresi azalttığı ve bebeğin santral sinir sisteminin matürasyonunu olumlu etkilediği bildirilmektedir (82). Ahn ve ark.’nın yaptığı çalışmada, kanguru bakımı uygulayan annelerde maternal bağlanma puanlarında artış olduğu belirtilmiştir (85). Kanguru bakımı uygulanan bebeklerde, kanguru bakımı uygulanmayan bebeklere oranla kilo artışı görülmekte, yaşam bulguları daha stabil olmakta, enfeksiyon daha az görülmekte, mortalite oranı azalmakta ve bebekler hastaneden daha erken taburcu olmaktadır (85,86,87,88,89,90,91,92). Ayrıca

bebeklerine, kanguru bakımı uygulayan annelerin daha uzun emzirdikleri, daha az stresli oldukları ve daha rahat oldukları görülmüştür (86,87).

Kanguru bakımı sayesinde ailelerin bebekleriyle ilgili anksiyete ve korkularının azaldığı görülmektedir. Bu sayede bebeklerin yoğun bakım stresini azalacak ve anne bebek bağıllığı devam edecektir (93).

2.2. Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımda Yenidoğan Hemşiresinin Rolü, Görev ve Sorumlulukları

Tıpta teknolojik gelişmeler insanlığın yararına olmakla birlikte hayatın daha iyi/sağlıklı devam ettirilmesi konularının daha sık tartışılmasını da beraberinde getirmiştir. Neonatoloji kavramı pediatriye çok özel bir bölüm olarak geliştirilmiştir. Klinik uygulamalarda yapılan değişimler yanında ülkede yapılan sağlık bakımı yapılandırmaları da neonatoloji alanında gelişmeleri artırır. Bütün bunların yanında YYBÜ'nin maksimum düzeyde işlev görebilmesi için riskli yenidoğan bakımında uzmanlaşmış personele gereksinim vardır (14,35,94).

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 (48,95). Yenidoğan yoğun bakım eğitimi yanında hemşirelerin bir yıl da YYBÜ'de çalışmış olması gerekmektedir (23,96).

YYBÜ'de bakımın hedefi hasta ve aile merkezli olmalıdır. Hedefler aynı zamanda profesyonel bakımı da içermeli, verilen bakım gereksinimlere göre düzenlenmelidir. Bakım, bebeğin yaşamını en iyi ve en konforlu şekilde devam ettirmesi yanında, ağrı ve acının kontrolü/ azaltılmasını, yenidoğanın gelişim kapasitesinin izlenmesini ve aile bakımını içermelidir. Hemşireler başta olmak üzere, tüm ekip üyeleri yenidoğanda ağrı ve stres durumlarında fizyolojik, davranışsal ve durumsal belirtileri değerlendirebilmelidir (14,95).

YYBÜ'lerinde hizmet amacı sağlık bakım profesyonellerini içerecek şekilde net olarak tanımlanmalıdır. İş gücü ölçümleri, personelin nitelikleri, görev dağılımları, serviste varolan teknik donanımları, olanakları ile birlikte analiz edilmelidir. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekip üyeleri ve hasta aileleri için seçilmiş ünvanlar belirlenmeli, özellikle sağlık bakım üyelerinde ilerleme düzeylerine göre roller net olarak belirlenmeli ve karmaşa

önlenmelidir. YYBÜ birçok mesleki disiplin arasında ekip çalışmasını gerektirir. Hemşireler yenidoğan bakımının en önemli üyesidirler, sürekli değişim ve gelişimin içinde olmalıdırlar. 24 saat bebekle beraber olan hemşireler sürekli izlem ve gözlemleri ile ortaya çıkan değişiklikleri saptarlar ve elde edilen veriler bebeğin tedavisine ilişkin karar vermede hekime bilgi sağlar. Aileler tedavi hakkında bilgilendirilmeli, tedavinin/bakımın hedefleri ve beklenen sonuçlar net olarak aileye açıklanmalıdır. YYBÜ hemşiresi uygulamaları esnasında teknik beceri ve yöntemleri doğru olarak kullanmaktan sorumludur. Bununla birlikte, uzmanlık bilgilerini geliştirme, bireysel hemşirelik kararlar alma ve uygulama, hastanın optimum bakımını sağlama ve hemşirelik bakım standartlarını oluşturma sorumlulukları vardır (48,94).

YYBÜ’de başarının anahtarını, bütün modern hemşirelik rolleri yanında bebek ile iletişim kurma, bebeği değerlendirme ve bakımı planlamayı içeren “Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım” oluşturmaktadır. Gelişimsel ve destekleyici bakım sağlandığında, prematürenin fizyolojik ve davranışsal fonksiyonlarının stabilizasyonu sağlanır, sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişmesine yardımcı olunur (9,14).

8/3/2010 tarih ve 27515 sayılı numaralı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te belirtildiği üzere yenidoğan hemşiresi; profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin; 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 bebeği kapsamlı olarak değerlendirip klinik belirti ve bulguları yorumlayabilen, ailesi ile birlikte değerlendiren, yenidoğanın bakım gereksinimlerini tespit ederek kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda uygun bakımı planlayabilen, üniteadaki araç-gereçleri kullanabilen, araçlardaki verileri değerlendirip yorumlayabilen, bebekler ve yakınları ile iletişim ve onlara uygun terapötik yaklaşım kurabilen, eğitim ve danışmanlık yapabilen ve ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip hemşiredir (97).

YYBÜ’de verilen hemşirelik bakımının kalitesi artmıştır. Hemşireler yenidoğanın en iyi tedavi ve bakım almasında ekibin ana üyesi olmuştur (94). 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 (7,9,14,15).

Yenidoğan hemşireleri ile yapılan çalışmalarda hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi almasına karşılık, bu eğitimlerin yetersiz olduğu, gelişimsel bakım uygulamalarından pozisyon verilmesi, gereksiz dokunmanın azaltılması, kanguru bakımı uygulaması, stres belirtilerinin takibi, gürültü düzeyinin azaltılması gibi konularda yetersiz kaldıkları belirtilmiştir (14,34,49,96,98). Yaptığımız çalışma literatür doğrultusunda belirlenmiştir. Bu nedenle yenidoğan hemşiresinin çalışma ortamında donanımlı ve bilgili olması, bebeklerin uzun vadede sağlıklı bir yaşam sürmeleri için araştırmanın yeri çok önemlidir.(14)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü, Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Şanlıurfa ilinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi bulunan 1 üniversite hastanesi (Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi), 2 kamu hastanesi (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi), 4 özel hastanede (Özel OSM Hastanesi, Özel Metrolife Hastanesi, Özel URSU Hastanesi ve Özel Ruha Academia Hastanesi) Eylül 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi olan kurumların özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Olan Kurumların Özellikleri

Hastane Adları	1	2	3	4	5	6	7
Küvöz Sayısı	18	50	40	55	59	44	30
Hemşire Sayısı	14	42	40	52	33	44	20
Yenidoğan veya Pediatri Uzmanı Sayısı	3 (Pediatrist)	1 (Neonatolog)	2 (Neonatolog)	2 (Pediatrist)	3 (Pediatrist)	3 (Pediatrist)	1 (Pediatrist)
1.Basamak Küvöz	-	-	-	-	-	-	-
2.Basamak Küvöz	5	20	20	-	39	-	-
3.Basamak Küvöz	13	30	20	55	20	44	30
Gündüz Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	4	4	4	3	5	4-5	5-6
Gece hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	6	5-6	4-5	3	5	4-5	6-7

1. Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 2. Çocuk Hastalıkları Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, 4. Özel Osm Ortadoğu Hastanesi, 5. Özel Ruha Academia Hastanesi, 6. Özel Metrolife Hastanesi, 7. Özel Ursu Hastanesi

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa ilinde kamu ve özel hastanelerde YYBÜ'de çalışan 243 hemşire oluşturmaktadır. Hemşirelerin tümüne ulaşılmaya çalışılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden, veri toplama günü izinli olmayan, kamu ve üniversite hastanesinde 123 hemşire, özel hastanelerde 81 hemşire olmak üzere toplam 204 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. İzinli veya raporlu olan ve anketlerin tümünü yanıtlayan 39 hemşire çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya katılım oranı %83.9'dur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak ilgili literatür doğrultusunda form hazırlanmış ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli ve gelişimsel bakım konusunda çalışmaları olan 4 öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. "Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu", "Gelişimsel Bakıma İlişkin Soru Formu " ve "Klinik Tanımlayıcı Form" kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. 7 sorudan oluşmakta ve yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı, YYBÜ'de çalışma yılı, gelişimsel bakım eğitimi alma durumu gibi hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içermektedir (Ek 1).

Gelişimsel Bakıma İlişkin Soru Formu: 30 sorudan oluşmakta ve hemşirelerin gelişimsel bakıma yönelik bilgilerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır (Ek 2).

Klinik Tanımlayıcı Form: Bu form hastanelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nin fiziksel özelliklerini belirlemeye yönelik 8 sorudan oluşmakta olup sadece sorumlu hemşirelere uygulanmıştır (Ek 3).

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlamadan önce anketin geçerliğini değerlendirmek üzere Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan 10 hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Veriler Şanlıurfa ilinde kamu ve özel hastanelerde görev yapan hemşirelere araştırmanın amacı açıklandıktan ve sözlü onamları alındıktan sonra servislerde hemşire dinlenme odalarında yüz

yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Her bir anketin doldurulması yaklaşık 12-15 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 20.0 programında tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, frekans) ve ki-kare testi $p<0.05$ anlamlılık düzeyi kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini oluşturan 243 hemşire olmasına karşın çalışmaya katılmaya gönüllü 204 hemşireye anket uygulanabilmiştir. Araştırmanın verilerinin hemşire odasında toplanması sebebiyle birbirinden etkilenme durumu çalışmanın sınırlılığıdır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Kamu Hastaneleri Kurumu (Ek-4), Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Ek-5), Özel OSM Ortadoğu Hastanesi (Ek-6), Özel El Ruha Academia Hastanesi (Ek-7), Özel Metrolife Hastanesi (Ek-8) ve Özel Ursu Hastanesi (Ek-9) başhekimliklerinden ve Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'dan yazılı onay (Ek-10), hemşirelerden sözlü onay alınmıştır. Katılımcılara anket çalışmasında verdikleri kişisel bilgilerin gizli tutulacağı konusunda bilgilendirme yapılmıştır.

4. BULGULAR

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin gelişimsel bakıma yönelik bilgilerinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilen araştırma aşağıdaki iki başlık altında değerlendirilmiştir.

- Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Dağılımı
- Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre, Yenidoğanda Çalışma Süresine Göre, Gelişimsel Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre, Devlet veya Özel Hastanede Çalışma Durumlarına Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması

4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Özellik	Değişken	n	%
Cinsiyet	Kadın	119	58.3
	Erkek	85	41.7
Yaş	18-25	122	59.8
	26-33	79	38.7
	34-41	3	1.5
Medeni durum	Evli	74	36.3
	Bekar	130	63.7
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	103	50.5
	Lisans ve üstü	101	49.5
Çalıştığı kurum	Devlet hastanesi	81	39.7
	Özel hastane	123	60.3
Hemşirelik deneyimi	1 yıldan az	48	23.5
	1-3 yıl	90	44.1
	4-6 yıl	52	25.5
	7-9 yıl	10	4.9
	10 yıl ve üzeri	4	2.0
Yenidoğan hemşiresi olarak çalışma süresi	1 yıldan az	75	36.8
	1 ve 1 yıldan fazla	129	63.2

Araştırmaya katılan hemşirelerin %58.3'ü kadın ve %41.7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %59.8'inin 18-25 yaş arasında, %38.7'sinin 26-33 yaş arasında ve % 1.5'inin 34-41 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin % 36.3'ünün evli ve % 63.7'sinin bekar olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde hemşirelerin % 50.5'inin sağlık meslek lisesi mezunu ve %49.5'inin lisans ve üstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumları incelendiğinde %39.7'sinin devlet hastanesi ve %60.3'ünün özel hastanede görev yaptığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyimleri incelendiğinde %23.5'inin 1 yıldan az, %44.1'inin 1-3 yıl arasında, %25.5'inin 4-6 yıl arasında, hemşirelerin %4.9'unun 7-9 yıl arasında, hemşirelerin %2 'sinin 10 yıl ve üzerinde mesleğini yaptığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yeni doğan hemşiresi olarak görev yaptıkları yıl incelendiğinde hemşirelerin % 36.8'inin 1 yıldan az, %63.2'sinin 1yıl ve üzeri yenidoğan hemşiresi olarak görev yaptıkları belirlenmiştir.

4.2. Hemşirelerin Gelişimsel Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumu

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarına ilişkin bulgular Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 3. Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Eğitim Alma ve Uygulama Durumunun İncelenmesi

Özellik	Değişken	n	%
Eğitim alma	Evet	150	73.5
	Hayır	54	26.5
Eğitimin türü	Hizmet içi eğitim	89	43.6
	Okulda	16	7.8
	Seminer, konferans vb	45	22.1
Eğitimi yeterli bulma	Kararsız	52	25.5
	Evet	57	27.9
	Hayır	95	46.6
Ünitede gelişimsel bakım uygulama	Evet	165	80.9
	Hayır	39	19.1

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelişimsel eğitim almalarına ilişkin %73.5 'inin eğitimi aldığı, gelişimsel bakım eğitimi alma türü olarak %43.6'sının hizmet içi eğitim aldığı, almış oldukları eğitimin yeterlilik durumunu değerlendirdiklerinde %27.9'unun yeterli, %46.6'sının yetersiz ,% 25.5 'inin kararsız olduğu, ünite de gelişimsel bakım uygulanmasına ilişkin %80.9'unun bakımı uyguladığını bildirdiği belirlenmiştir.

4.3. Fiziki Çevrenin Düzenlenmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarında fiziksel çevre özelliklerini düzenlemelerine ilişkin bulgular Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Fiziksel Çevre Özelliklerini Düzenlemelerine Yönelik Bulgular

Özellik	Değişken	n	%
Düşük ses düzeyi sağlama durumu	Evet	159	77.9
	Hayır	45	22.1
Gürültü kontrol protokolü varlığı	Evet	50	24.5
	Hayır	111	54.4
	Bilmiyorum	43	21.1
Ses düzeyinin ölçülmesi durumu	Evet	11	5.4
	Hayır	193	94.6
Akşam ve gece ünite de ışıkların kapatması ve azaltması uygulaması durumu	Evet	100	49.0
	Hayır	104	51.0
Ünitenin ışıklandırılma türü	Bireysel yatak başı	2	1.0
	Genel aydınlatma	202	99.0
Gece yapılan işlemler için küvöz başı aydınlatma varlığı durumu	Evet	53	26.0
	Hayır	151	74.0
Bakım sonrası bebeğin kuvözünü karartma durumu	Evet	62	30.4
	Hayır	142	69.6
Kuvözün üzerini örtme durumu	Evet	163	79.9
	Hayır	39	19.1
	Bazen	2	1.0
Işık kontrol protokolü varlığı durumu	Evet	15	7.4
	Hayır	91	44.6
	Bilmiyorum	98	48.0
Gereksiz dokunmadan kaçınma durumu	Evet	186	91.2
	Hayır	18	8.8
Rahatsız edici kokular bebekten uzak tutma durumu	Evet	181	88.7
	Hayır	23	11.3
Hoşlandığı kokuları bebeğin yakınına yaklaştırma durumu	Evet	45	22.1
	Hayır	159	77.9

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından fiziksel çevre özelliklerini düzenlemelerine ilişkin %77.9'unun düşük ses düzeyini sağladıkları, %24.5'inin gürültü kontrol protokolü varlığını ifade ettikleri, %5.4'ünün ünite de ses düzeyini ölçen alet bulunduğu, %7.4'ünün ünite de ışık kontrol protokolü bulunduğu, %49'unun akşam ve gece ünite de ışıkların kapatılması ve azaltılmasını uyguladığı, %99'unun ışıklandırmanın genel aydınlatma olduğu, %26 'sı ise gece yapılan işlemler için kuvöz başı aydınlatmanın bulunduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin %30.4'ünün bakım sonrası bebeğin kuvözünün kararttıkları, %79.9'unun kuvözün üzerini örttüğü, %91.2'sinin gereksiz dokunmadan kaçındıkları, %88.7'sinin rahatsız edici kokuyu bebekten uzak tuttuğu, %22.1'inin bebeğin hoşlandığı kokuları bebeğin yakınına yaklaştırdığı belirlenmiştir.

4.4. Hemşirelerin Stres Belirtilerini Değerlendirme, Toplu Bakım Verme Bulguları

Araştırmaya katılan hemşirelerin stres belirtilerini değerlendirme ve toplu bakım vermelerine yönelik bulgular Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin Stres Belirtilerini Değerlendirme ve Toplu Bakım Vermelerine Yönelik Bulgular

Özellik	Değişken	n	%
Bebeği stres belirtileri yönünden değerlendirme durumu	Evet	127	62.3
	Hayır	77	37.7
Bebeği stres belirtileri yönünden ne sıklıkla değerlendirme durumu	Sık sık	21	10.3
	Bazen	13	6.4
	Vital bulgu takibi sırasında	7	3.4
	Bakım sırasında	22	10.8
	2 saatte bir	6	2.9
	Günlük	7	3.4
Hangi özellik açısından değerlendirme durumu	Solunum	5	2.5
	Cilt durumu	4	2.0
	Refleks yanıtı	8	3.9
	Genel durum	16	7.8
	Davranış mimik ve jest	26	12.7

Tablo 5. (Devam) Hemşirelerin Stres Belirtilerini Değerlendirme ve Toplu Bakım Vermelerine Yönelik Bulgular

Tedavi ve bakım uygulaması bebek uyuyorsa erteleme durumu	Evet	87	42.6
	Hayır	116	56.9
	Bazen	1	0.5
Hastaya bakan hemşirenin aynı olmasına dikkat etme durumu	Evet	122	59.8
	Hayır	82	40.2
Duyusal uyaranlara yanıtı değerlendirme durumu	Evet	168	82.4
	Hayır	36	17.6

Araştırmaya katılan hemşirelerin %62.3'ünün bebeklerin stres belirtilerini değerlendirdikleri, %10.3'ünün sık sık, %6.4'inin bazen, %3.4'ünün vital bulgu takibi sırasında değerlendirme yaptıkları belirlenmiştir. Bu değerlendirmenin %2.5'inin solunum, %2'sinin cilt durumu, %3.9'ünün refleks yanıtı, %7.8'ünün genel durum ve %12.7'sinin davranış mimik ve jest yönünden olduğu, bebeğin uyuması durumunda tedavi ve bakımın %42.6'sının ertelediği, %59.8'inin hastaya bakan hemşirenin aynı olmasına ve %82.4'ünün duyusal uyaranlara yanıtı değerlendirdikleri belirlenmiştir.

4.5 Hemşirelerin Pozisyon Verme Uygulaması Bulguları

Araştırmaya katılan hemşirelerin pozisyon verme uygulamasına yönelik bulgular Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Hemşirelerin Pozisyon Verme Uygulaması Bulguları

Özellik	Değişken	n	%
Kuş yuvası tekniği ile yatırma durumu	Evet	167	81.9
	Hayır	37	18.1
Bebeklere sıklıkla (kontrendikasyon yoksa) hangi pozisyonu verme durumu	Pozisyon verilmiyor	78	38.2
	Prone	55	27.0
	Supine	68	33.3
	Fleksiyon	3	1.5
Fleksiyon pozisyonu sürdürme durumu	Uygulanmıyor	3	1.5
	Evet	111	54.4
	Hayır	90	44.1

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %81.9'unun bebekleri kuş yuvası tekniği ile yatırmayı uyguladıkları , %38.2'sinin bebekte herhangi bir kontrendikasyon durumu yoksa bebeklere %27.0 prone, %33.3 supine, %1.5 fleksiyon pozisyonu verdiği, %54.4'ünün fleksiyon pozisyonu sürdürmeyi uyguladıkları belirlenmiştir.

4.6. Aile Katılımının Sağlanmasına Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından aile katılımına yönelik bulguları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Ailenin Bakıma Katılımına Yönelik Bulgular

Özellik	Değişken	n	%
Bebeğin üniteye alınmasından itibaren bakıma aileyi katma	Evet	59	28.9
	Hayır	145	71.1
Bebeğin gelişimi konusunda aileye bilgi verme	Evet	176	86.3
	Hayır	28	13.7
Üniteye aile bireyleri ziyareti yaptırma durumu	Evet	118	57.8
	Hayır	86	42.2
Anneyi her istediği zaman üniteye alma durumu	Evet	46	22.5
	Hayır	158	77.5
Aileye taburculuk eğitimi verme durumu	Evet	187	91.7
	Hayır	17	8.3

Araştırmaya katılan hemşirelerin aile katılımına ilişkin %28.9'unun bebeğin üniteye alınmasından itibaren aileyi bakıma dahil ettikleri, %86.3'ünün bebeğin gelişimi konusunda aileye bilgi verdikleri , %58.7'sinin üniteye aile ziyaretine izin verdikleri, %22.5'inin anneyi her istediğinde üniteye aldıkları, %91.7'sinin ailelere taburculuk eğitimi verdikleri belirlenmiştir.

4.7 Hemşirelerin Bebeklerin Beslenmesinin Desteklenmesi ve Bebeklerin Kendi Kendini Sakinleştirmesine Katkılarına Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından olan bebeklerin beslenmelerini destekleme ve bebeklerin kendi kendini sakınleştirmesine katkı sağlama uygulama durumları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin Bebeklerin Beslenmesinin Desteklenmesi ve Bebeklerin Kendi Kendini Sakinleştirmesine Katkılarına Yönelik Bulgular

Özellik	Değişken	n	%
Bebğin kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını destekleme durumu	Evet	187	91.7
	Hayır	17	8.3
Bebğin beslenmesinin desteklenmesine yönelik uygulama yapma durumu	Evet	190	93.1
	Hayır	14	6.9

Araştırmaya katılan hemşirelerin %91.7'sinin bebeklerin kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını destekledikleri , %93.1'inin bebğin beslenmesinin desteklenmesine yönelik uygulamalar yaptığı belirlenmiştir.

4.8. Ağrı Yönetimine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin bulguları Tablo 9'da gösterilmektedir.

Tablo 9. Hemşirelerin Ağrı Yönetimine İlişkin Bulgular

Özellik	Değişken	n	%
Ağrı değerlendirme skalası kullanma durumu	Evet	86	42.2
	Hayır	118	57.8
Ağrı kontrolü için nonfarmakolojik bir yöntem uygulama durumu	Evet	121	59.3
	Hayır	83	40.7

Araştırmaya katılan hemşirelerin bebeklerin ağrı yönetimine ilişkin %42.2'sinin ağrı değerlendirme skalası kullandığı, %59.3'ünün ağrı kontrolü için nonfarmakolojik yöntemleri uyguladığı belirlenmiştir.

4.9. Hemşirelerin Kanguru Bakımına Yönelik Uygulama Bulguları

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarında kanguru bakım uygulamasına ilişkin bulgular Tablo10'da gösterilmektedir.

Tablo 10. Hemşirelerin Kanguru Bakımına Yönelik Uygulamaları

Özellik	Değişken	n	%
Kanguru bakımı uygulama durumu	Evet	74	36.3
	Hayır	130	63.7
Bebegi sarmalama durumu	Evet	146	71.6
	Hayır	58	28.4

Araştırmaya katılan hemşirelerin %36.3'ünün kanguru bakımı uyguladıkları, %71.6'nın sarmalama tekniğini kullandıkları belirlenmiştir.

4.10. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin eğitim durumuna göre gelişimsel bakım uygulama durumlarının karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması

		Hemşirelerin Eğitim Durumu						Test Değeri
		Sağlık Meslek Lisesi		Lisans ve üstü		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Gereksiz dokunmadan kaçınma	Evet	98	48.0	88	43.1	186	91.2	x ² :4.074 ^a p:0.044*
	Hayır	5	2.5	13	6.4	18	8.8	
Düşük ses düzeyini sağlama	Evet	83	40.7	76	37.3	159	77.9	x ² :0.844 ^a p:0.358
	Hayır	20	9.8	25	12.3	45	22.1	
Akşam ve gece ünitelerde ışıkların kapatma ve azaltma durumu	Evet	48	23.5	52	25.5	100	49.0	x ² :0.487 ^a p:0.485
	Hayır	55	27.0	49	24.0	104	51.0	
Küvözün üzeri örtme durumu	Evet	83	40.7	80	39.2	163	79.9	x ² :0.061 ^a p:0.970
	Hayır	19	9.3	20	9.8	39	19.1	
	Bazen	1	0.5	1	0.5	2	1.0	
Bebegi stres belirtileri yönünden değerlendirme durumu	Evet	67	32.8	60	29.4	127	62.3	x ² :0.691 ^a p:0.406
	Hayır	36	17.6	41	20.1	77	37.7	

*p<0,05

Tablo 11. (Devam) Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması

Kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını destekleme durumu	Evet	92	45.1	95	46.6	187	91.7	$\chi^2:1.499^a$ p:0.221
	Hayır	11	5.4	6	2.9	17	8.3	
Kanguru bakımı uygulama durumu	Evet	35	17.2	39	19.1	74	36.3	$\chi^2:0.474^a$ p:0.491
	Hayır	68	33.3	62	30.4	130	63.7	
Sarmalama yapma durumu	Evet	75	36.8	71	34.8	146	71.6	$\chi^2:0.159^a$ p:0.690
	Hayır	28	13.7	30	14.7	58	28.4	
Kuş yuvası tekniği ile yatırma uygulama durumu	Evet	87	42.6	80	39.2	167	81.9	$\chi^2:0.950^a$ p:0.330
	Hayır	16	7.8	21	10.3	37	18.1	
Bebeğin alınmasından itibaren bakıma aileyi katma durumu	Evet	23	11.3	36	17.6	59	28.9	$\chi^2:4.397^a$ p:0.036*
	Hayır	80	39.2	65	31.9	145	71.1	

*p<0,05

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre gelişimsel bakım uygulama durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan analizde, bebeğe gereksiz dokunmadan kaçınma ve bakıma aileyi katma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo11, p<0.05).

Diğer değişkenlerle (düşük ses düzeyini sağlama, akşam gece ışıkların kapatması, küvözün üzerini örtmesi, bebeği stres belirtileri yönünden değerlendirmesi, kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını desteklemesi, kanguru bakımı uygulaması, sarmalama yapması, kuş yuvası tekniği ile yatırma durumu) arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 11, p>0.05).

4.11.Hemşirelerin Yenidoğanda Çalışma Yılı ile Gelişimsel Bakım Uygulama Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin yenidoğanda çalışma yılı ile gelişimsel bakım uygulamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Hemşirelerin Yenidoğanda Çalışma Yılına Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması

		Yenidoğanda Çalışma Yılı						Test Değeri
		1 yıldan az		1 yıl ve üstü		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Gereksiz dokunmadan kaçınma	Evet	71	34.8	115	56.4	186	91.2	x ² :1.796 ^a p:0.180
	Hayır	4	2.0	14	6.9	18	8.8	
Düşük ses düzeyini sağlama durumu	Evet	58	28.4	101	49.5	159	77.9	x ² :0.025 ^a p:0.873
	Hayır	17	8.3	28	13.7	45	22.1	
Akşam ve gece ünite de ışıkları kapatma ve azaltma durumu	Evet	34	16.7	66	32.4	100	49.0	x ² :0.645 ^a p:0.422
	Hayır	41	20.1	63	30.9	104	51.0	
Kuvözün üzerini örtme durumu	Evet	60	29.4	103	50.5	163	79.9	x ² :3.638 ^a p:0.162
	Hayır	13	6.4	26	12.7	39	19.1	
	Bazen	2	1.0	0	0	2	1.0	
Bebeği stres belirtileri yönünden değerlendirme durumu	Evet	42	20.6	85	41.7	127	62.3	x ² :1.975 ^a p:0.160
	Hayır	33	16.2	44	21.6	77	37.7	
Bebeğin kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını destekleme durumu	Evet	67	32.8	120	58.8	187	91.7	x ² :0.845 ^a p:0.358
	Hayır	8	3.9	9	4.4	17	8.3	
Kanguru bakımı uygulama durumu	Evet	25	12.3	49	24.0	74	36.3	x ² :0.444 ^a p:0.505
	Hayır	50	24.5	80	39.2	130	63.7	
Sarmalama yapma durumu	Evet	49	24.0	97	47.5	146	71.6	x ² :2.266 ^a p:0.132
	Hayır	26	12.7	32	15.7	58	28.4	
Kuş yuvası tekniği ile yatırma durumu	Evet	55	27.0	112	54.9	167	81.9	x ² :5.811 ^a p:0.016*
	Hayır	20	9.8	17	8.3	37	18.1	
Bebeğin alınmasından itibaren bakıma aileyi katma durumu	Evet	20	9.8	39	19.1	59	28.9	x ² :0.293 ^a p:0.588
	Hayır	55	27.0	90	44.1	145	71.1	

*p<0,05

Araştırmaya katılan hemşirelerin yenidoğanda çalışma yılına göre gelişimsel bakım uygulamalarının karşılaştırılması amacıyla yapılan analizde, kuş yuvası tekniği ile yatırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 12, $p<0.05$).

Bir yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin, bir yıldan az çalışan hemşirelere göre kuş yuvası tekniği ile yatırma arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (Tablo 12, $p<0.05$).

Diğer değişkenlerle (gereksiz dokunmadan kaçınma, düşük ses düzeyini sağlama, akşam ve gece ünite ışıkları kapatması ve azaltması, kuvözün üzerini örtmesi, bebeği stres belirtileri yönünden değerlendirmesi, kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını desteklemesi, kanguru bakımı uygulaması, sarmalama yapması, bebeğin alınmasından itibaren bakıma aileyi katma durumu) arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 12, $p>0.05$).

4.12 Hemşirelerin Gelişimsel Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumunun Karşılaştırılması

Hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alma durumuna göre gelişimsel bakım uygulama durumlarının karşılaştırılması Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Hemşirelerin Gelişimsel Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması

Gelişimsel Bakım Eğitimi Alma Durumu								
		GB eğitimi alan		GB eğitimi almayan		Toplam		Test Değeri
		n	%	n	%	n	%	
Gereksiz dokunmadan kaçınma	Evet	138	67.6	48	23.5	186	91.2	$\chi^2:1.426^a$ $p:0.232$
	Hayır	11	5.4	7	3.4	18	8.8	
Düşük ses düzeyini sağlama durumu	Evet	122	59.8	37	18.1	159	77.9	$\chi^2:4.985^a$ $p:0.026^*$
	Hayır	27	13.2	18	8.8	45	22.1	
Akşam ve gece ünite ışıkları kapatma ve azaltma durumu	Evet	80	39.2	20	9.8	100	49.0	$\chi^2:4.826^a$ $p:0.028^*$
	Hayır	69	33.8	35	17.2	104	51.0	
Kuvözün üzerini örtme durumu	Evet	127	62.3	36	17.6	163	79.9	$\chi^2:9.802^a$ $p:0.007^*$
	Hayır	21	10.3	18	8.8	39	19.1	
	Bazen	1	0.5	1	0.5	2	1.0	

* $p<0,05$

Tablo 13. (Devam) Hemşirelerin Gelişimsel Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması

Bebęi stres belirtileri yönünden değerlendirme durumu	Evet	99	48.5	28	13.7	127	62.3	$\chi^2:4.125^a$ p:0.042*
	Hayır	50	24.5	27	13.2	77	37.7	
Bebęin kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını destekleme durumu	Evet	138	67.6	49	24.0	187	91.7	$\chi^2:6.654^a$ p:0.419
	Hayır	11	5.4	6	2.9	17	8.3	
Kanguru bakımı uygulama durumu	Evet	56	27.5	18	8.8	74	36.3	$\chi^2:4.410^a$ p:0.522
	Hayır	93	45.6	37	18.1	130	63.7	
Sarmalama yapma durumu	Evet	110	53.9	36	17.6	146	71.6	$\chi^2:1.383^a$ p:0.240
	Hayır	39	19.1	19	9.3	58	28.4	
Kuş yuvası tekniği ile yatırma durumu	Evet	130	63.7	37	18.1	167	81.9	$\chi^2:10.796^a$ p:0.001*
	Hayır	19	9.3	18	8.8	37	18.1	
Bebęin alınmasından itibaren bakıma aileyi katma durumu	Evet	48	23.5	11	5.4	59	28.9	$\chi^2:2.916^a$ p:0.088
	Hayır	101	49.5	44	21.6	145	71.1	

*p<0,05

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alma durumlarına göre gelişimsel bakım uygulama durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan analizde, düşük ses düzeyini sağlaması, akşam ve gece ünite de ışıkları kapatması ve azaltması uygulaması, kuvözün üzerini örtmesi, bebęi stres belirtileri yönünden değerlendirmesi ve kuş yuvası tekniği ile yatırması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 13, p<0.05).

Gelişimsel Bakım eğitimi alan hemşirelerin, almayanlara göre düşük ses düzeyini sağlaması, akşam ve gece ünite de ışıklar kapatması ve azaltması uygulaması, kuvözün üzerini örtmesi, bebęi stres belirtileri yönünden değerlendirmesi ve kuş yuvası tekniği ile yatırması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur (Tablo 13, p<0.05).

Diğer değişkenlerle (gereksiz dokunmadan kaçınma, kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını desteklemesi, kanguru bakımı uygulaması, sarmalama yapması, bebęin alınmasından itibaren bakıma aileyi katma) arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 13, p>0.05).

4.13. Hemşirelerin Devlet veya Özel Hastanede Çalışma Durumlarına Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumunun Karşılaştırılması

Hemşirelerin devlet veya özel hastanede çalışma durumlarına göre gelişimsel bakım uygulama durumlarının karşılaştırılması Tablo14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Hemşirelerin Devlet veya Özel Hastanede Çalışma Durumlarına Göre Gelişimsel Bakım Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması

		Çalıştığınız kurum				Toplam		Test Değeri
		Devlet hastanesi		Özel hastane		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Gereksiz dokunmadan kaçınma	Evet	70	34.3	116	56,9	186	91,2	χ^2 :3.778 ^a p:0.052
	Hayır	11	5.4	7	3,4	18	8,8	
Düşük ses düzeyini sağlama durumu	Evet	61	29.9	98	48.0	159	77.9	χ^2 :0.542 ^a p:0.462
	Hayır	20	9.8	25	12.3	45	22.1	
Akşam ve gece ünite de ışıkları kapatma ve azaltma durumu	Evet	43	21.1	57	27.9	100	49.0	χ^2 :0.889 ^a p:0.346
	Hayır	38	18.6	66	32.4	104	51.0	
Küvözün üzerini örtme durumu	Evet	69	33.8	94	46.1	163	79.9	χ^2 :3.087 ^a p:0.214
	Hayır	12	5.9	27	13.2	39	19.1	
	Bazen	0	0.0	2	1.0	2	1.0	
Bebeği stres belirtileri yönünden değerlendirme durumu	Evet	46	22.5	81	39.7	127	62.3	χ^2 :1.707 ^a p:0.191
	Hayır	35	17.2	42	20.6	77	37.7	
Bebeğin kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını destekleme durumu	Evet	72	35.3	115	56.4	187	91.7	χ^2 :1.357 ^a p:0.244
	Hayır	9	4.4	8	3.9	17	8.3	
Kanguru bakımı uygulama durumu	Evet	41	20.1	33	16.2	74	36.3	χ^2 :11.955 ^a p:0.001*
	Hayır	40	19.6	90	44.1	130	63.7	
Sarmalama yapma durumu	Evet	57	27.9	89	43.6	146	71.6	χ^2 :0.095 ^a p:0.758
	Hayır	24	11.8	34	16.7	58	28.4	
Kuş yuvası tekniği ile yatırma durumu	Evet	64	31.4	103	50.5	167	81.9	χ^2 :0.735 ^a p:0.391
	Hayır	17	8.3	20	9.8	37	18.1	
Bebeğin alınmasından itibaren bakıma aileyi katma durumu	Evet	37	18.1	22	10.8	59	28.9	χ^2 :18.351 ^a p:0.000*
	Hayır	44	21.6	101	49.5	145	71.1	

*p<0,05

Araştırmaya katılan hemşirelerin devlet veya özel hastanede çalışma durumlarına göre gelişimsel bakım uygulama durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan analizde, kanguru

bakımı uygulaması ve bebeğin alınmasından itibaren bakıma aileyi katma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 14, $p<0.05$).

Devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin özel hastanede çalışanlara göre kanguru bakımı uygulanması ve bebeğin alınmasından itibaren bakıma ailenin katılım durumları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur (Tablo 14, $p<0.05$).

Diğer değişkenlerle (gereksiz dokunmadan kaçınma, düşük ses düzeyini sağlaması, akşam ve gece ünite de ışıkların kapatması ve azaltması, kühazün üzerini örtmesi, bebeği stres belirtileri yönünden değerlendirmesi, kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını desteklemesi, sarmalama yapması, kuş yuvası tekniği ile yatırması) arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 14, $p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın gelişimsel bakımına yönelik bilgilerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’de belirtildiği üzere 2.basamak yatak için her beş hastaya bir hemşire, 3.basamak yatak için dört hastaya bir hemşire olması gerektiği belirtilmektedir (98). Çalışmamızda 2. ve 3.basamak yatak bulunan hastanelerde hemşire başına düşen hasta sayısı gündüz 3-6 hasta arası, mesai dışı da 3-7 arasında değişmekte ve standartlara uymadığı belirlenmiştir. Bu durumun hastanelerin hemşire sayısının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo1).

Aynı tebliğde 2.basamak için yenidoğan sorumlusu çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve mesai dışı en az bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 3.basamak yoğun bakım için yoğun bakım sorumlusu bir neonatolog, mesai sonrası serviste görevli bir neonatolog veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olması gerektiği belirtilmektedir (98). İki kamu hastanesinde neonatolog, diğer hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının yenidoğan yoğun bakım sorumlusu olduğu ve standartlarla uyumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %59.8’inin 18-25 yaş arasında, %38.7’sinin 26-33 yaş arasında ve % 1.5’inin 34-41 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri Tablo-2’de gösterilmiştir. Bu sonuç YYBÜ de çalışan hemşirelerin çoğunluğunu genç nüfustaki bireylerin oluşturduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde hemşirelerin %50.5’inin sağlık meslek lisesi mezunu ve %49.5’inin lisans ve üstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Lisans ve üstü eğitim durumuna sahip hemşire oranı Aydın ve Karaca’nın çalışmasında %65, Varlı’nın çalışmasında %59.8, Çalikuşu İncekar’ın çalışmasında %63, Göl ve Onarıcı’nın çalışmasında %40 olarak belirtilmiştir (14,34,81,99). Bu çalışmada lisans mezunu hemşire sayısı Gül ve Onarıcı’nın çalışması ile aynı düzeyde, diğer çalışmalara oranla daha düşük düzeydedir. Bu

sonucun ilde istihdam edilen hemşirelerin niteliğinden (yaş, eğitim durumu vs) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyimleri incelendiğinde %23.5'inin 1 yıldan az, %44.1'inin 1-3 yıl arasında, %25.5'inin 4-6 yıl arasında, hemşirelerin %4.9'unun 7-9 yıl arasında, %2 'sinin 10 yıl ve üzerinde mesleğini yaptığı belirlenmiştir. Yaptığımız çalışmada hemşirelerin mesleki deneyimi %69.6'sının 4 yıldan az , %36.8'inin 1 yıldan az YYBÜ'de çalıştığı görülmüştür. Konu ilgili literatür incelendiğinde, Aytekin ve ark.'nın, Çalikuşu İncekar'ın, Karadaş'ın, Aydın ve Karaca Çiftçi'nin ve Varlı'nın yaptıkları çalışmalarda araştırma sonuçlarımıza benzer bulunmuş ve YYBÜ'de çalışan hemşirelerin 5 yıldan az süreyle çalıştığı belirtilmiştir (14,34,35,96,99).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumları incelendiğinde %39.7'sinin devlet hastanesi ve %60.3'ünün özel hastanede görev yaptığı belirlenmiştir. Varlı'nın çalışmasında hemşirelerin %34'ünün özel hastanede, %30 üniversite hastanesinde, %36'sının eğitim araştırma hastanesi'nde çalıştığı belirtilmiştir. Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı şehirlerin özelliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yenidoğan hemşirelerinin gelişimsel bakım eğitimi konusunda %73.5'inin eğitim aldığı, aldıkları eğitimin %43.6 oranında hizmet içi eğitim olduğu, 27.9'unun eğitimi yeterli bulduğu saptanmıştır (Tablo 3). Yaptığımız çalışmada hizmetiçi eğitimin yüksek olması hastanelerin bu konuya önem verdiğinin göstergesi olduğunu düşündürmüştür. YYBÜ'de çalışan hemşirelerle yapılan çalışmalarda, GB eğitim alma oranı Varlı'nın çalışmasında % 80.7, Aydın ve Karaca Çiftçi'nin çalışmasında %35, Karadaş'ın çalışmasında %41, Özcan Şenses'in çalışmasında %58.5 olarak belirtilmiştir. Özcan Şenses'in ve Varlı'nın yaptığı çalışmadaki hemşirelerin eğitim oranı bizim araştırmamız ile benzerlik göstermektedir (14,34,35,48).

Varlı'nın çalışmasında eğitimi yeterli bulma %22 iken, yaptığımız çalışmada %27.9'unun yeterli bulması benzerlik göstermektedir. Bu durum gelişimsel bakım eğitimlerinin içeriğinin artırılarak verilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Hemşirelik Kanunu ve Sağlık Bakanlığı genelgelerine göre YYBÜ hemşirelerinin tamamının yenidoğan yoğun bakım eğitimi almış olmaları ve her yıl eğitimlerini güncellemeleri gerekmektedir (95). Hemşirenin gelişimsel bakım konusundaki bilgisi yenidoğanın gelişimini doğrudan etkilemektedir. Gelişimsel bakım uygulanan bebekler üzerinde yapılan randomize kontrollü

çalışmalarda gelişimsel bakımın bebeklerin nörofizyolojik gelişimi üzerinde kısa ve uzun vadeli dönemde önemli değişiklikler oluşturduğu belirtilmiştir (4,8,100).

Hemşirelerin gelişimsel bakıma uygun olarak fiziksel çevre koşullarını düzenleme durumları incelendiğinde, en yüksek oranda, %91.2'sinin gereksiz dokunmadan kaçındığı, %77.9'un düşük ses düzeyini sağlaması, %49'unun gece üniteye ışıkların azaltması, %79.9'unun kuvözün üzerini örttüğü, %88.7'sinin rahatsız edici kokulardan uzak tuttuğu saptanmıştır. En düşük oranda ise %26 'sı gece yapılan işlemler için kuvözbaşı aydınlatmanın kullanılması, %5.4 üniteye ses düzeyini ölçen aletin olması, %7.4 üniteye ışık kontrol protokolü olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Fiziksel çevrenin yenidoğanın gelişimi üzerine etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda, Moraq ve Ohlsson sürekli loş ışığın, sürekli parlak ışığa benzer açık dezavantajlarının olduğunu bildirmiş ve çalışmada periyodik aydınlatma yapılan ünitelerdeki bebeklerin kilo alımı ve uyku durumunun düzene girdiği belirtilmiştir (100). Ani ışık değişikliklerinin de yenidoğanda strese neden olduğu bildirilmiştir (4,11).

Yenidoğanların, bakım verilen ortamda ağırlı uyaranlara, yüksek ses ve ışığa, birçok olumsuz uyarana maruz kalması yenidoğanın gelişimini etkileyerek morbiditesini artırmaktadır. Pretermlerde 45 desibelin üstündeki sesler işitme kaybı oluşturmasının yanında ve birtakım stres reaksiyonlarına da sebep olabilir. Bu sebeple gelişimsel bakım uygulamalarında gürültünün önlenmesi önem taşır. Sesin amplifikasyonunu ya da odaklanmasını önleyici tedbirler alınması gerektiği belirtilmiştir (1,9,15).

Çakır'ın çalışmasında bebeklerin maruz kaldıkları gürültü düzeyi araştırılmış ve ventilatör desteği alan bebeklerin daha fazla gürültüye maruz kaldığı belirlenmiştir (25).

Varlı'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %93.3 gece ünitenin aydınlatma ve ses düzeyini azalttığı, bizim çalışmamızda %49'unun gece üniteye ışıkların azaltması uygulaması benzerlik göstermemektedir. Çalışmamızda hastanelerde ışıklandırma sistemlerinin genel aydınlatma olması nedeniyle gece ışıkların azaltılması uygulamasının yapılamadığı görülmüştür.

Varlı'nın yaptığı çalışmada, %100 üniteye ses ölçer kullanılmadığı, %86'sının üniteye aydınlatmanın ayarlanabilir nitelikte olduğu belirtilmiştir. Ses ölçerin olmaması çalışmamız ile benzerlik göstermekte fakat aydınlatmanın ayarlanabilir olması çalışmamızla farklılık göstermektedir. Bu bilgiler doğrultusunda yaptığımız çalışmanın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Fiziki çevre bulgularındaki eksikliklerin kurum kaynaklı olduğu

görülmüştür. Aydınlatmanın mimari yapı ile ilgili olması hastanelerin kurulmasında yoğun bakımların ışıklandırması ile ilgili literatür doğrultusunda davranılması gerektiği düşünülmüştür.

Hemşirelerin %62.3'unun bebeklerin stres belirtileri yönünden değerlendirdikleri, bu değerlendirmenin ne sıklıkla yapıldığı ise en yüksek %10.8 bakım sırasında saptanmıştır. Değerlendirildiği özellikler açısından, %12.7 davranış, mimik ve jest, %2.5'inin solunum, %2'sinin cilt durumu, %3.9'ünün refleks yanıtı, %7.8'ünün genel durum olarak saptanmıştır (Tablo5). Yenidoğan yoğun bakım ortamındaki ışığın, bebeğin fizyolojik stabilite ve santral sinir sisteminin organizasyonu üzerine direkt etkisi vardır. Ani ışık değişiklikleri de (hızlı arttırma) yenidoğanda strese neden olabilir. Bunlara ek olarak kan örneği alınması, görüntüleme yöntemleri, aspirasyon, göğüs fizyoterapisi gibi işlemlerin düzenlenmesi ve bebeğe yeterli sessiz ve dinlenme zamanlarının sağlanması gelişimin desteklenmesi yönünde çok önem taşımaktadır (11, 101). Yaptığımız çalışmada hemşireler bebeklerin stres belirtileri yönünden değerlendirdiğini belirtmiş olsa da en fazla %10.8 gibi düşük bir oran ile bakım sırasında değerlendirmeleri bu bulgunun öneminin farkında olmadıkları ve konu ile ilgili ayrıntılı eğitim almaları gerektiği düşünülmüştür.

Yaptığımız çalışmada hemşirelerin toplu bakım verme durumları incelendiğinde, %82.4 duyuşsal uyarıan verme en yüksek oranda saptanmıştır. Yenidoğan farklı dokunma uyarıanlarına farklı yanıtlar verebilir. Prematüre bebeğe ne sıklıkla dokunulacağını bebekten alınan yanıta göre düzenlemek gereklidir. Beslerken göz teması kurulması ve bir elinin tutulması ya da alınının, saçlarının sıvazlanması, gülümseme önemlidir (102). Yaptığımız çalışmanın literatür doğrultusunda olduğu görülmüştür.

Varlı'nın çalışmasında hemşirelerin %94'ünün bakım uygulamalarını uyku düzenine göre ayarladığı bildirilmiş, çalışmamızda bebeğin uyuması durumunda tedavi ve bakımın %42.6'sının ertelediği, %59.8'inin hastaya bakan hemşirenin aynı olmasına dikkat ettikleri belirlenmiş, bu uygulamaların Şanlıurfa'nın doğum hızının yüksek olması sebebiyle YYBÜ'lerinin sürekli dolu olması, hemşire başına düşen hasta sayısının farklı olması, hemşirelerin işleri yetiştirme çabasıyla Varlı'nın çalışmasına göre düşük olduğu düşünülmüştür.

Yenidoğan hemşirelerinin bebeklerin pozisyon verme durumları incelendiğinde en yüksek oranda %81.9 kuş yuvası tekniği ile yatırma olarak saptanmıştır. Kuş yuvası tekniği ile yatırma oranının yüksek olması hemşirelerin bakımda kanıta dayalı uygulamaları yapma

çabası içinde olduğunu düşündürmüştür. Bebeklere, %33.3 oranında supine, %27 prone, %1.5'i fleksiyon pozisyon verildiği saptanmıştır (Tablo 6).

Aydın ve Karaca tarafından yenidoğan hemşirelerinin pozisyonlara ilişkin bilgilerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin sadece %11.5'i pozisyonlar hakkında doğru bilgi vermiştir. Yenidoğan için uygun pozisyonların prone, supine ve yan yatış pozisyonları olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu çalışmamız bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca yenidoğan hemşirelerinin pozisyon vermede %88 materyal kullandığını belirtmişler (34). Bu bulgu kuşyuvası tekniği ile yatırma oranımızın benzer olduğunu düşündürmüştür. Yine aynı çalışmada hemşirelerin preterm bebeklerin yenidoğanda %44.2'si prone pozisyonu, hastaneden çıktıktan sonra ani bebek ölümünden korumak için verilecek pozisyona, %25'i supine pozisyonu cevabını vermişlerdir (34).

Aris ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelere bebekleri hangi pozisyonda yatırdığı sorulduğu ve %95'inin sırtüstü olmayan pozisyonlar cevabı verdiği görülmüştür (103).

Candia ve ark.'nın herhangi bir invaziv işlem yapılmaksızın yenidoğan bebeğe verilen pozisyonların tükürük kortizol düzeyine etkisini inceledikleri çalışmalarında, tükürük kortizol düzeyinin prone pozisyonunda, yan veya sırtüstü pozisyon ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu belirlenmiştir (104).

Varlı'nın çalışmasında hemşirelerin %96.7'sinin yenidoğanın pozisyonunu değiştirdiği, %97.9'unun 3-4 saat ara ile, %2.1'inin her bakım sonrasında pozisyon değiştirdiği, %80'inin yuvalama uygulaması yaptığı belirtilmiştir (14).

Bebekler perinatal dönemde fleksiyon pozisyonunda olduğu için yenidoğan döneminde tonüs ve nöromotor gelişimini desteklemek için çeşitli pozisyonlar önerilmektedir. Bu pozisyonlar supine, prone ve yan yatış olarak belirtilmektedir. Gelişimsel bakım doğrultusunda bu pozisyonlar bebeğin kendini güvende hissetmesini ve deformiteleri önlemesini sağladığı bildirilmiştir (32,34).

Yaptığımız çalışmada %54.4'ünün fleksiyon pozisyonu sürdürmeyi uygulamasına karşılık %1.5 fleksiyon pozisyon verdiklerini belirtmesi ise çelişki olarak görülmüştür. Bu bulgu hemşirelerin pozisyon ile ilgili bilgilerinin geçerliliğinin sorgulanması ve eğitim verilmesi gerektiğini düşündürdü. Pozisyon uygulamasının literatür ile aynı doğrultuda olmadığı düşünüldü.

Hemşirelerin bebeklerin bakımına aile katılımının sağlanması durumları incelendiğinde en yüksek oranda %91.7 aileye taburculuk eğitiminin verilmesi olduğu

saptanmıştır. Bebeğin gelişimsel gereksinimleri konusunda da %86.3 aileye bilgi verildiği, %28.9'unun bebeğin üniteye alınmasından itibaren aile bakıma dahil ettikleri, , %58.7'sinin üniteye aile ziyaretine izin verdikleri, %22.5'inin anneyi her istediğinde bakım ünitesine aldıkları saptanmıştır (Tablo 7).

Varlı'nın çalışmasında %94 ailelerin yenidoğanın bakımına katılmasına izin verdiği, %78.7'sinin ailelerin tıbbi kayıtlara istedikleri zaman ulaşabilmesine izin verdiği, %89.3'ünün ailelere bilgi verdiğini belirttiği, sadece %47.8'inin aileler istediklerinde bilgi vermeyi tercih ettiği belirlenmiş olup çalışmamızla uyumluluk göstermektedir (14).

Anne bebek iletişiminin olumlu yönde olması ve erken başlaması 1 yaşında bebeğin annesiyle güvenli ilişki kurmasını, okulöncesi dönemde de davranış sorunlarını azalttığı ve okul döneminde de bilişsel gelişim üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının bebek bakımında anneyi destekleyerek iyi ilişki kurmasını sağlamalı ve bu uygulamalarda annenin gözlem yeteneğini iyi kullanmasına rehberlik etmesi önemlidir (35).

Byers ve arkadaşları tarafından aileleri de kapsayan, 114 preterm bebek üzerinde yapılan çalışmada ailenin katılımının gerçekleştirildiği grupta bebekler daha az ağrı hissettiği, daha az strese girdikleri ve daha az ağladıkları bildirilmiştir (105).

Cooper ve arkadaşları aile merkezli bakımın yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının yararını belirlemek için yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulamalarının ailelerin bebek ile arasındaki bağlılığın ve bebek bakım becerilerinin artmasında ve ailelerin bebeğin sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgi sahibi olmalarında etkili olduğunu saptamışlardır (106).

Erdeve ve arkadaşları yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerinin bakımına katılan annelerin, katılmayan annelere göre bakım becerilerinin daha artmış olması nedeniyle bebeklerinin tekrar hastaneye yatma oranının iki kat daha az olduğunu belirtmişlerdir (107).

Aydın'ın yaptığı çalışmada pretermelerin taburculuk öncesi supine pozisyonda yatmaya alıştırmaları sürecinde, aileler de bebeklerini YYBÜ'de gözlemlediklerinde bu pozisyonun devamını evde daha kolay sağlayacaklarını önermektedir (32).

Ülkemizde aile merkezli bakımın durumu incelendiğinde, ailelerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin standart bir uygulamanın olmadığı belirtilmiştir (45). Aile merkezli bakımın günümüz şartlarında başarılı olması için sağlık personelinin yeterli olması, aile ile sağlık personellerinin arasındaki ilişkinin pozitif yönde ilerlemesi için güç

birliği yapılması, ekip üyeleriyle ailenin rol karmaşasını düzenlemeleri, hastane içi fiziki şartların sağlanması ve hastane politikalarının düzenlenip tutarsızlıkların giderilmesi ile mümkün olacağı bildirilmiştir (39,45). Yaptığımız çalışmaya katılan hemşirelerin literatür ile aynı doğrultuda aile merkezli bakıma yönelik uygulamaları kanıta dayalı olarak uyguladıkları düşünülmüştür.

Yaptığımız çalışmada hemşirelerin yüksek oranda %91.7'sinin bebeklerin kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını destekledikleri , %93.1'inin bebeğın beslenmesinin desteklenmesine yönelik uygulamalar yaptığı belirlenmiştir (Tablo8).

Bebeğın kendi kendini sakinleştirmesinde önemli rol oynayan besleyici olmayan emmenin hastanede kalış süresinin azalması, stresi azaltması, oral beslenmeye geçişin hızlanması gibi olumlu etkileri olduğunu bildirmektedir. Bebeğın stresinin azalarak sakinleşmesi de uykuya geçişi hızlandırmakta olduğu bildirilmiştir (11).

Emmenin seretonin salgısını artırdığı ve buna bağılı doğrudan ya da dolaylı ağırlı uyaranların iletimine de etkisi olduğu bildirilmiştir (69,108).

Bebeğın kendi kendini sakinleştirmesini kolaylaştırmak için öncelikle bebeğın kendini güvende hissetmesini sağlamak gereklidir. Bunun için de bebeğın ortamının kendini en güvende hissettiğı ortam olan intrauterin ortama benzetilmesi önerilmektedir (31,32,34). Yaptığımız çalışmanın da literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Yaptığımız çalışma da ünitebe bebeklerin ağırı yönetimine ilişkin %42.2'sinin ünitebe ağırı değerlendirme skalası kullandığı belirlenmiştir (Tablo9). Varlı'nın yaptığı çalışmada %72.7'sinin ağırıyı değerlendirirken skala kullandığı ve yaptığımız çalışma ile uyumlu olmadığı belirlenmiştir (14). Göl ve Onarıcı'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %95'inin herhangi bir ölçek kullanmadığı belirlenmiştir (81). Bu farklılık çalışma ortamında rutinde ölçek kullanımının hastaneye göre değıştini düşündürmektedir.

Ağırının değerlendirilmesinde "altın standart" olmadığı ve yöntemler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Değerlendirilmesi kolay olması nedeniyle davranışsal parametreler kullanılmaktadır (109).

Akdemir ve ark'nın yaptığı çalışmada farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin sorgulandığı hemşireler ile yapılan çalışmada, sırasıyla uygun pozisyon verme ve dikkati başka yöne çekme, egzersiz ve son olarak da sıcak/soğuk uygulama bulunmuştur (80).

Yapılan çalışmalara göre yenidoğanlar ağırıyı çok iyi algılayabilirler ve intrauterin hayattan itibaren de ağırıyı hissettikleri belirtilmiştir. Bebeklerin ağırı durumunu acil olarak

değerlendirmek gerekir ve davranış ve fizyolojik bulguları iyi gözlemlenmeli bu nedenle farmakolojik yöntemlerin yanında non-farmakolojik yöntemlerin de uygulaması gerekir (58).

Derebent ve Yiğit çalışmalarında ağrı yönetiminde sağlık personelinin rolleri, ağrı değerlendirme ve yönetimini açıklamışlardır. Bunlar ağrının doğru tanımlanması, ağrıya neden olan etkenlerin en aza indirilmesi, bakım planının sürekli değerlendirilmesi, buna bağlı bebek gelişimini destekleyici, stres bulgularını azaltıcı bireysel bakım yapmak olarak bildirilmiştir. Bu doğrultuda yenidoğan hemşirelerinin ağrının bebeğin gelişimi üzerindeki etkisi, bebekte ağrı belirtileri ve ağrı yönetimi için kanıta dayalı uygulamalar yapması önerilmektedir (58).

Ağrı yönetiminin (masaj tedavisi, yumuşak taktil uyarı, sukroz verme, emzirme vb.) prematüre bebeklerde stresi azaltıcı, bebeğin büyümesini destekleyici, uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenleyici olduğu saptanmıştır (78).

Varlı'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %87.3'ünün non-farmakolojik ağrı giderme yöntemi kullandığı, Akgün Kostak ve ark.'nın yaptığı yenidoğan hemşirelerinin ağrıya karşı uyguladıkları yöntemlerin incelendiği çalışmada %74.9 oranıyla non-farmakolojik yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir (14,110)

Yaptığımız çalışmada hemşirelerin %59.3'ünün nonfarmakolojik yöntem kullandığı görülmüştür. Literatürle benzerlik göstermemekte ama hemşirelerinin yenidoğanın ağrısını azaltmak için belirli non-farmakolojik yöntemleri kullanma eğiliminde oldukları düşünülmüştür.

Bu çalışmada hemşirelerin, %36.3'ünün kanguru bakımı uyguladıkları, %71.6'nın sarmalama tekniğini kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 10).

Varlı'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %94'ünün, sarmalama tekniğini kullandığı ve çalışmamızla uyumlu olduğu görülmüştür (14). Yaptığımız çalışmada hemşirelerin düşük düzeyde, %36.3 kanguru bakımı uyguladıkları belirlenmiştir.

Literatürdeki çalışmalarda; Yılmaz Kurt ve AYTEKİN'in yaptığı tanımlayıcı araştırma da, kanguru bakımı ile ilgili hemşirelik ve ebellek öğrencilerinin bilgi ve tutumları incelenmiş ve öğrencilerin kanguru bakımı ile ilgili bilgilerinin olduğu ancak kanguru bakımı uygulanması konusunda yeterli tecrübe ve özyeterliliğe sahip olmadığı görülmüştür (96).

Mahboobeh Namnabati ve ark.'nın 2016 yılında İran İsfahan kentinde YYBÜ'de çalışan 80 hemşirenin, 96 bebek üzerinde kanguru bakımı engellerini inceleyen bir araştırmada, KB uygulamasındaki en önemli engelin, annelerin klinikte sürekli olmayan

katılımları, prematüre bebeklerine dokunma korkuları ve personelin KB uygulaması için hekimin yazılı bir emrine ihtiyacının olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, özellikle de prematüre bebekler olmak üzere bebek bakım programının geliştirilmesi için, bu engellerin değiştirilmesi ve KB'nın uzunluğunun artırılması için önlemler alınması gerektiği bildirilmiştir (111).

Flynn'ın 2010 yılında İrlanda'da 56 İrlandalı yenidoğan hemşiresinin kanguru bakımı hakkındaki bilgi ve inançlarını araştırmak için yaptığı bir çalışmada hemşirelerin % 90.3 'ü kanguru bakımı bilgilerinin iyi bir düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (112).

Yaptığımız çalışma literatür ile aynı doğrultuda, kanguru bakımı uygulamasının desteklenmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Hemşirelerin eğitim durumları ile yenidoğan bebeklere gereksiz dokunmadan kaçınma arasında ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo11). Yaptığımız çalışmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde bebeklere gereksiz dokunmadan kaçınma uygulamasında lisans ve üstü eğitimi olan hemşirelere göre istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamızdaki eğitim alan hemşirelerin çoğunluğunu (76 hemşire), sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin oluşturması gereksiz dokunmayı uygulamada daha başarılı olduklarını göstermektedir. Bu durum gelişimsel bakım eğitimin önemini düşündürmüştür.

Hemşirelerin eğitim durumları ile gelişimsel bakım uygulamalarından bebeğin alınmasından itibaren bakıma ailenin katılım durumu arasında farkın belirlenmesi amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo11). Araştırmamızda lisans ve üstü düzeyde eğitim gören hemşirelerin sağlık meslek lisesi mezunlarına göre bebeğin bakımına ailenin katılması uygulamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin lisans mezunu olması gerektiğini belirten Hemşirelik Kanunu ile aynı doğrultuda bir sonuç olduğu ve eğitimin önemli olduğu görülmüştür (95).

Hemşirelerin yeni doğanda çalışma yılları ile gelişimsel bakım uygulamalarından kuşyuvası tekniği ile yatırma durumu arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo12). Yenidoğanda 1 yıl ve üzeri çalışanların kuşyuvası tekniği ile bebeği yatırmasında, 1 yıldan az çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum yenidoğanda tecrübe arttıkça uygulamanın daha iyi yapıldığı ve kanıta dayalı uygulamanın benimsendiğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda gelişimsel bakım eğitimi alan hemşirelerin akşam ve gece ünite de ışıkların kapatması ve azaltması uygulamasında Gelişimsel Bakım eğitimi almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo13). Çalışmamızda Gelişimsel bakım eğitiminin faydalı olduğu sonucu olarak akşam ve gece ışıkların azaltılmasının bebekler için faydalı olacağı literatür doğrultusunda görülmüştür. Hastanelerin hizmet içi eğitimleri artırması gerektiği düşünülmüştür.

Hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alma durumları ile gelişimsel bakım uygulamalarından kuş yuvası tekniği ile yatırmada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo13). Yenidoğanda bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım eğitimi alan hemşirelerin almayanlara göre daha fazla bebekleri kuş yuvası tekniği ile yatırmayı gerçekleştirdikleri saptanmıştır. GB eğitimi alan hemşirelerin kuşyuvası tekniği ile yatırmayı eğitim ışığında yapmış olduğu düşünüldü. Bu bulgu da Gelişimsel Bakım eğitiminin faydalı olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Hastanelerin hizmet içi eğitimleri artırması gerektiği düşünülmüştür.

Çağlayan çalışmasında 46 preterm bebek üzerinde sırtüstü fleksiyon ve yüzüstü fleksiyon pozisyonlarının etkisini incelemek amacıyla iki farklı pozisyonu 2 saat arayla tüm gruba uygulamış ve kalp tepe atımı, ağrı ve oksijen saturasyonunu değerlendirerek, bebeklerin 2.saat sonuçlarından yüzüstü fleksiyondaki kalp tepe atımı, yüzüstü fleksiyon pozisyonundan anlamlı çıktığı belirtilmiştir (38).

Hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alma durumları ile gelişimsel bakım uygulamalarından bebeğin stres belirtileri yönünden değerlendirilme durumu arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo13). Hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alma durumlarının bebeğin stres belirtileri yönünden değerlendirmelerine olumlu katkı sağladığı görülmüştür. Yenidoğan yoğun bakım hemşireleri bebeklerin stresini gösteren davranışsal ipuçlarını düzenli olarak izlemeli ve strese neden olan uyaranları mümkün olduğunca azaltmalıdır. Bunun için de geçerli ve güvenilir ölçme araçları kullanılmalıdır (113).

Yenidoğan hemşirelerinin ve hekimlerin bebeklerin stresini değerlendirmede ölçeklerin yanı sıra tükürük kortizol düzeyinden yararlanması, stres durumunda planlanan girişimi uygulamasını ve sonuçlarını izlemesi önerilmektedir (114).

Nimbalkar ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada hemşireler %90 ağlama, %85'i de yüz ifadesini çocuklarda ağrı belirtisi olarak bildiklerini belirtmiştir (115).

Kanbur'un 28-35 haftalık doğan 48 preterm üzerinde yaptığı çalışmasında anne sütü grubu, vanilya kokusu grubu ve kontrol grubu olmak üzere oluşturduğu gruplarda vanilya kokusu verilen grupta apne sıklığı belirgin şekilde azalmıştır. İlaçlara yanıt vermeyen apne tedavisinde tedavi edici değeri olduğunu belirtmiştir (116).

Hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alması, stres belirtileri hakkında bilgi sahibi olması ve stres belirtilerini doğru gözlemlemesini sağlamış ve eğitim bebeğin gelişimine literatür doğrultusunda faydalı olmuştur.

Hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alma durumları ile gelişimsel bakım uygulamalarından düşük ses düzeyini sağlaması durumu arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo13). Gelişimsel bakım eğitimi alan hemşirelerin bebek bakımında düşük ses düzeyine önem verdikleri görülmektedir.

Yenidoğanların, bakım verilen ortamda yüksek ses maruz kalması yenidoğanın gelişimini etkileyerek morbiditesini artırmaktadır. Swathi ve ark'nın yaptığı çalışmaya göre, gürültü farkındalığı, yoğun bakım ünitelerinde ve akut acil durumlarda günlük operasyon koşturması yüzünden zamanla azalabilir ve insanlar gürültü düzeylerine dikkat edemeyebilir. Bu nedenle düzenli aralıklarla eğitimin tekrarlanması önermektedir (117).

Philbin ve Klaas'ın gürültünün preterm üzerindeki otonomik etkilerini araştıran çalışmalarında, ani gelişen seslere cevap olarak bebeklerin kalp atım hızlarının tipik olarak arttığı bildirilmiştir. Philbin ve Gray 2002 yılında yaptıkları çalışmada YYBÜ'deki gürültü seviyelerinin bebeğin solunum ve kardiyovasküler sistemini, uyku kalitesini ve işitsel algılarını olumsuz yönde etkilediği bildirmektedir (118,119).

Çakır'ın yaptığı bir çalışmada, YYBÜ' deki gürültü ile bebeklerin kalp atımı, oksijen saturasyonları ve solunum sayıları arasındaki ilişkiye bakmış, çalışma sonucunda gürültünün yüksek olduğu zamanlarda bebeklerin kalp hızlarının yükseldiğini, oksijen saturasyonlarının düştüğünü fakat solunum sayılarının değişmediğini belirlemiştir (25).

Varlı'nın çalışmasında %100 ünitelerde ses ölçer kullanılmadığı, bizim çalışmamızda %77.9 ses düzeyini ölçen aletin olmamasına rağmen, hemşirelerin düşük ses düzeyine önem vermesi kanıta dayalı bulguların hemşireler tarafından önemsendiğini düşündürdü. Yaptığımız çalışma bu bulgular ile uyumludur.

Hemşirelerin gelişimsel bakım eğitimi alma durumları ile gelişimsel bakım uygulamalarından küvözün üzeri örtme durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo13). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde gelişimsel bakım içinde yer alan

uygulamaların yapılması ile pretermilerin stres düzeylerini değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu uygulamalardan biri olan kuvöz örtüsüne ilişkin çalışma sınırlı sayıdadır. Bundan dolayı bulgular stresi azaltmaya yönelik gelişimsel bakım uygulamalarını içeren çalışmaların verileri ile tartışılmıştır.

Oliveira ve ark. Arjantin’de bir YYBÜ’de 24 saat boyunca ünitenin gürültü düzeyini ölçmüşler ve ortalama 64 db olarak bulmuşlardır. Çalışmada gürültüyü azaltan faktörlerden biri olan kuvöz örtüsünü kullanmışlar, kuvöz kapalı ve üzerinde örtü varken, kuvöz içi gürültü düzeyini ortalama 48 db olarak bulmuşlardır (26).

Altuncu’nun YYBÜ’deki gürültü düzeylerini ve ses emici sünger kullanımının kuvöz içindeki ses düzeylerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında YYBÜ’deki ses düzeyini ortalama 56 db bulmuşlar ve bu sesin kuvöz içinde 47 db’ye kadar düştüğünü belirtmişlerdir. Kullanılan ses emici süngerlerin oldukça basit bir çözüm olduğunu ve kuvöz içinde ses düzeylerini zayıflattığını göstermişlerdir (120). Kellam çalışmasında, YYBÜ’de kullanılan kuvöz örtüsünün gürültüyü azalttığını ve bebeklerde kilo alımını desteklediğini göstermiştir (27).

Karadağ’ın yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören 30 preterm yenidoğanda, kullanılan kuvöz örtüsünün stres belirtilerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak gerçekleştirdiği araştırmada, kuvöz örtüsüz bebeklerin, örtülü olan bebeklere oranla kuvöz içi gürültü düzeyi ortalamasının daha yüksek olduğu ve kuvöz örtülü gruptaki pretermelerde kuvöz örtüsüz gruba göre el parmaklarında dışarıya doğru açılma, kol ve bacaklarda ekstansiyon ve ani çekilme hareketleri gibi orta stres belirtilerinde azalma olduğu, diğer stres bulgularında ise gruplara göre herhangi bir farklılık saptanmadığı görülmüştür (9). Yaptığımız çalışmada kuvöz üzerinin örtülmesinin literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin devlet veya özel hastanede çalışma durumlarına göre gelişimsel bakım uygulamalarından kanguru bakımı uygulanma durumu arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo14).

Yaptığımız çalışmada kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin özel hastanelerde çalışan hemşirelere göre kanguru bakımı uygulanmasında anlamlı fark görülmüştür

Koç ve Kaya’nın sağlıklı bebeklerin doğumunda kanguru bakımının etkisini belirlemek amacı ile yaptığı bir araştırmada, hastanede vajinal yol ile doğum için yatışı yapılan, 117 kadın ve bebeğin (60 müdahale grubunda, 57 kontrol grubunda), doğumda

kanguru bakımının yenidoğanın fizyolojik parametrelerini olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (121).

Takahashi ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı çalışmaya göre, doğumdan sonra ten tene temas uygulanan sağlıklı term bebeklerde tükürük kortizol, kalp atım hızı ve oksijen saturasyonu incelenmiş, 60 dakikadan fazla ten tene temas uygulanan gruptaki bebeklerden 60. ve 120. dakikalarda alınan tükürük kortizol seviyelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (122).

Nimbalkar ve ark.'nın çalışmalarında pretermelerde bir saat süren kanguru bakımı sonrasında annenin kan basıncı ve yenidoğanın solunum hızını düzenlediğini, yenidoğanın nabız sayısı ve SpO2 değerleri üzerinde etkisinin olmadığını saptamıştır (123).

Nimbalkar ve arkadaşları tarafından 2013 yılında kanguru bakımının preterm bebeklerde ağrıya olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada topuk kanı almadan 15 dk önce kanguru bakımı uygulanmasının ağrıyı azalttığı saptanmıştır (124)

Blomqvist ve ark.'nın yaptığı çalışmada İsveç'te iki YYBÜ'de, 28-33 hafta arasında doğan preterm bebeklerin 76 anne ve 74 baba ile yapılmıştır. Ebeveynlerin KB performansları için destek ve bariyerlere ilişkin cevaplarında dört kategori belirlenmiştir: Anne-baba ile ilgili faktörler, zaman, bebekler ile ilgili faktörler ve YYBÜ ve ev ortamı. Hastane personeli ve çevre, ebeveynler tarafından KB'nın uygulanması için hem destekleyici hem de engel olarak tanımlanmıştır. Bazı anneler bebeklerin beslenme sürecini KB'na engel olarak tanımlamışlar. Gece boyunca aynı pozisyonda bebek ile uyumanın zor olduğu ve rahatsız bir uyku pozisyonunun yetersiz uykuya neden olduğu bildirilmiştir. Hem annelerin hem de babaların çoğunluğunun, taburcu olduktan sonra KB'nı çocuğa bir miktar sağlamaya devam ettiği bildirilmiştir (125)

Çalık ve ark.'nın (2015) çalışmasında da yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin kanguru bakımını destekledikleri fakat personel sayısının az olması, fiziki ortamın ve şartların uygun olmaması ve iş yoğunluğunun fazla olması nedeniyle uygulamadıkları saptanmıştır (126).

Yapılan çalışmalarda da kanguru bakımının önündeki engeller sadece hemşire ile ilgili olmadığı belirlenmiştir. Bu engeller bilginin varlığı ama uygulamanın yapılmasında tecrübe eksikliği, kurum politikasının uygun olmaması, ailelere her zaman ulaşılmaması, hekim istemine de ihtiyaç duyulması, personel sayısının yetersizliği şeklinde literatürde engeller tanımlanmıştır. Çalışma yaptığımız hastanelerde devlet hastanelerinde neonatolog olmasının

kanıta dayalı uygulamada hemşirelerin daha kolay hareket ettiklerini düşündürmüştür. Özel hastanede çalışan hemşirelerin aile ile uyumu, kamuya göre daha az olduğu için uygulamada eksiklik olduğu düşünöldü.

Hemşirelerin devlet veya özel hastanede çalışma durumlarına göre gelişimsel bakım uygulamalarından bebeğin alınmasından itibaren bakıma ailenin katılım durumu arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo14). Dur ve ark.'nın (2016) özel ve devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin çocukların ebeveynlerinin bakım uygulamalarına katmalarına ilişkin tutumlarını karşılaştırmak amacıyla yaptığı bir çalışmada devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin çocukların bakımına aileyi katmalarına özel hastanede çalışanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (127).

Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin aile katılımının sağlanması, özel hastanede çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gerçekleştirdikleri görölmüştür. Çalışma yaptığımız hastanelerde devlet hastanelerinde neonatolog olması sebebiyle devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin literatür doğrultusunda daha kolay hareket ettikleri, özel hastanede çalışan hemşirelerin de kurum politikaları gereği ziyaretçi kısıtlaması nedeniyle aile ile uyumu sağlayamadığı düşünölmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şanlıurfa ili kamu ve özel hastanelerinde YYBÜ'de çalışmakta olan hemşirelerin yenidoğanlara yönelik gelişimsel bakım uygulamaları hakkındaki bilgilerinin incelenmesi amacıyla 204 hemşirede uygulanan çalışmamızda;

- Eğitim alan hemşirelerden sağlık meslek lisesi eğitim seviyesine sahip olan hemşirelerin gelişimsel bakım uygularken gereksiz dokunmadan kaçınmada lisans veya yüksek lisans hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,
- Eğitim alan hemşirelerden lisans veya yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin gelişimsel bakım uygularken bebeğin bakımına aile katılımını sağlamada sağlık meslek lisesi eğitim seviyesine sahip hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,
- Hemşirelerin yeni doğanda 1 yıl ve üzeri çalışanların gelişimsel bakım uygulamalarından kuşyuvası tekniği ile yatırmanın 1 yıldan az çalışan hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,
- Gelişimsel bakım eğitimi alan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından düşük ses düzeyinin sağlanması uygulamalarının, gelişimsel bakım eğitimi almayan hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,
- Gelişimsel bakım eğitimi alan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından akşam ve gece ünitelerde ışıkları kapatması ve azaltması uygulamalarının gelişimsel bakım eğitimi almayan hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,
- Gelişimsel bakım eğitimi alan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından kuvözün üzerini örtmesinin gelişimsel bakım eğitimi almayan hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,
- Gelişimsel bakım eğitimi alan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından bebeğin stres belirtileri yönünden değerlendirmesinin gelişimsel bakım eğitimi almayan hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,
- Gelişimsel bakım eğitimi alan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından kuşyuvası tekniği ile yatırmasının gelişimsel bakım eğitimi almayan hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,

- Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından kanguru bakımı uygulanmasının özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı fark olduğu,
- Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin gelişimsel bakım uygulamalarından bebeğin alınmasından itibaren bakıma ailenin katılımının sağlanmasında özel hastanede çalışan hemşirelere göre anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Öneriler;

Yaptığımız çalışma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşirelik kanununda belirtildiği gibi yenidoğanda çalışan hemşirelerin lisans mezunu olmaları şartına uyulması,
- Gelişimsel bakım eğitimlerinin içeriğinin zenginleştirilerek düzenli aralıklarla yenidoğanda çalışan hemşirelere verilmesi,
- Fiziksel çevrenin düzenlenmesi amacıyla kliniklerde ses ölçen cihazların olması, gün içinde düzenli aralıklarla gürültü ölçümü yapılması,
- Yoğun bakım aydınlatmalarının (bireysel) yatakbaşı olması,
- Hemşirelere stres belirtileri konusunda eğitim verilmesi ve hemşirelerin stres belirtilerinin takibini sistematik hale getirmesi,
- Ünitelerde ağrı değerlendirmenin sistematik hale getirilmesi,
- Hemşirelere pozisyon verme ile ilgili eğitim verilmesi ve hemşirelerin pozisyon değişimini sistematik hale getirmesi,
- Kanguru bakımı konusunda hemşirelerin kurum ve hekim tarafından desteklenmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yayınlara dayalı olarak fiziki çevrenin düzenlenmesi ile ilgili politikalar geliştirmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nın gelişimsel bakım uygulamalarının denetlenmesini politika haline getirmesi,
- Ülkemizde gelişimsel bakıma ilişkin çalışmaların artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1-Altimier L, Phillips R.M. The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn ve Infant Nursing Reviews*, 2013; 13: 9–22.
- 2-Als H. Toward a synactive theory of development, promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 1982; 3: 229-243.
- 3-Holsty L, Grunau RE, Oberlander TF ve Whitfield M F. Specific newborn individualized developmental care and assessment program movements are associated with acute pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit pediatrics. 2004; July, 114(1): 65–72.
- 4-Kenner C, Grath JM. *Developmental care of new-borns and infants: A guide for health professionals*. St. Louis, Missouri: Mosby.2004.
- 5-Byers JF. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2003; 28: 174-179.
- 6- Tarı A, Çiğdem Z. Prematüre bebeklerde biberonla beslenmeye geçiş sırasında uygulanan geleneksel ve gelişimsel bakım yöntemlerinin karşılaştırılması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2008; 1: 1-12.
- 7-Yıldırım Sarı H, Çiğdem Z. Gestasyon haftalarına göre bebeğin gelişimsel bakımının planlanması. *DEUHYO ED “Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi”*, 2013; 6(1): 40–48.
- 8- Eras Z, Atay G, Şakrucu Durgut E, Bingöler E, Dilmen U. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2013; 47(3):97-103.
- 9-Karadağ Ö E. Preterm Yenidoğanlarda kullanılan kuvöz örtüsünün stres belirtilerine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2016. (Danışman Yrd. Doç. Dr. Serap Balcı).*
- 10-Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *J Adv Nurs*. 2009; 65:2239-2248.
- 11- Sizun F, Westrup B. Early developmental care of preterm neonates: a call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89: 384-389.

- 12-Karataş H. Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım ve sonuçları. Uluslararası Katılımlı 3. Ulusalpediatri Hemşireliği Kongresi Kitabı, İzmir, 2011; 6-8.
- 13- Türkiye İstatistik Kurumu, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060, erişim tarihi 20.05.2018.
- 14- Varlı G. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2016. (Danışman Doç. Dr. Sevil İnal).
- 15-Yıldırım Z. Prematürelde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım. X1.Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, Samsun, 2001.
- 16-Karakoç Tarı A. Prematüre bebeklerde biberonla beslenmeye geçiş sırasında uygulanan geleneksel ve gelişimsel bakım yönteminin karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
- 17- Ovalı F. Gelişimsel izlem. 3. aile hekimliği sempozyumu. Konya: Anne ve Bebek Sağlığı Vakfı, 25 Mayıs 2013; 1-58.
- 18-Haznedaroğlu D. Türkiye’de yenidoğan sağlığının durumu ve yapılan çalışmalar. XI Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, Samsun, 2001.
- 19- Özgül Salihoğlu, Canan Hasbal Akkuş, Sami Hatipoğlu. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi standartları Bakırköy Tıp Dergisi, 2011; Cilt 7, Sayı 2, /Medical Journal of Bakırköy, Volume 7, Number 2, 2011.
- 20- White RD. Recommended standards for newborn icu design. committee to establish recommended standards for newborn icu design. J Perinatol 1999; 19: S1-12.
- 21-Kılıçarslan Törüner E, Altay N, Arpacı T, Sarı Ç, Zıraman S, Ateş B, Çoşkun M, Bilgili G, Öztürk Ç ve Polat A. Bebeğinizin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ve evde bakımı, Ankara: Neonatoloji Hemşireliği Derneği, 2014.
- 22- Neyzi O. Ertuğrul T. Pediatri I, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002; s.326-338,3.ed.
- 23- Çetin Kaşıkçioğlu F, Efe E, Öncel S, Kırca N, Taşkiran B, Gönen M, Bozkurt F, Koçak H, Erdoğan E, Akman D, Baştürk A. Riskli bebeklerde hemşirelik bakımı ve güvenli taburculuk standartları, 2014.

- 24- İmseytoğlu D, Yıldız S. Yenidoğan yoğun bakım unitelerinde m¼zik terapi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 2012; 20(2): 160–165.
- 25-Çakır U. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin maruz kaldıkları g¼r¼lt¼ düzeylerinin belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Ankara. 2010.
- 26- Olivera JM, Rocha LA, Ruiz E, Rotger VI ve Herrera MC. New approach to evaluate acoustic pollution in hospital environments. In Journal of Physics: Conference Series, 2013; 477,1-10.
- 27- Kellam B.C. Reducing noise in neonatal intensive care nurseries: incubator covers. Doktora Tezi. Submitted to the Faculty of the School of Graduate Studies of the Medical College of Georgia. America, 2005.
- 28-Özbek E, Genel F, Atlıhan F, G¼ng¼r İ, Malatyalı R, Menteş J ve Berk T. Yenidoğan yoğun bakım ünitemizde premat¼re retinopatisi insidansı, risk fakt¼rleri ve izlem sonuçları. Journal of Dr. Behcet Uz Childrens Hospital, 2011; 1(1): 7–12.
- 29- Kılıç M. Dokunma ve Masajın Önemi. XI. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, Samsun, 2000.
- 30- Efe E, Savaser S. The Effect of The different methods used during peripheral venous blood collection on pain rreduction in neonates. Ağrı, 2007; 19(2): 49-52.
- 31- Özel Efe E. Yenidoğanlara uygulanan rahatlatıcı girişimler ve hemşirelik yaklaşımı. 57. Türkiye Milli Pediatri Kongresi (30 Ekim - 3 Kasım 2013). Antalya: Türkiye Milli Pediatri Derneği, 2013; 1–57.
- 32-Aydın M. Preterm bebeklerde taburculuk öncesi supine pozisyonda kalma sürecinin değerlendirilmesi.Y¼ksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼; 2008.
- 33-Balcı S, Çağlayan N. Preterm yenidoğanlarda ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem: cenin pozisyonu. İstanbul. F.N. Hemşirelik Dergisi, 2014; 22(1): 63-68.
- 34-Aydın D, Karaca Çiftçi E. Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin preterm yenidoğanlara uygulanacak terap¼tik pozisyonlar hakkındaki bilgi düzeyi. G¼ncel Pediatri, 2015; 13(1):21–30.

- 35- Karadaş GE. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin preterm bebeklere uygulanacak terapötik pozisyonlar konusunda farkındalık düzeyinin artırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010. (Danışman: Prof.Dr. Suzan Yıldız).
- 36-Kahraman A, Başbakkal Z. & Yalaz M. Yenidoğan bebeklerin pozisyon gereksinimlerinin değerlendirilmesi. 4. Ege Pediatri Hemşireliği Kongresi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir. 10- 13 Haziran 2014.
- 37-Çağlayan N, Balcı S. Preterm Yenidoğanlarda ayak topuğundan kan alma işlemi sırasında el ile verilen cenin pozisyonunun ağrı üzerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2011.
- 38- Çağlayan S. Preterm Bebeklerde yatış pozisyonunun kalp tepe atımı, oksijen saturasyonu ve ağrı düzeyine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2016. (Danışman Doç. Dr. Duygu Gözen).
- 39- İşler A, Conk Z. Pediatriye aile merkezli bakım. Ege Pediatri Bülteni, 2006; 13(3), 187-190.
- 40-Cooper I, Gooding J, Gallagher J, Sternesky I, Ledsky R, Berns S. Impact of family centered care initiative on nıcu care, staff and families. Journal of Perinatology, 2007; 27(1), 32-37.
- 41-American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics 2003; 112(3): 690-697.
- 42-Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. Pediatrics 2006; 118: 107-114.
- 43-Feldman R. Parent-Infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes and risk conditions. J Child Psychol Psychiatry 2007; 48(314): 329-54.
- 44-Ferber SG, Feldman R, Kohelet D, Kuint J, Dollberg S, Arbel E, Weller A. Massage Therapy facilities mother-infant interaction in premature infants. Infant Behav Dev 2005; 28: 74-81.

- 45- Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2014; 3(1).
- 46- Çırlak, A. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009. (Danışman: Doç.Dr. Firdevs Erdemir).
- 47- McAnulty G, Duffy FH, Kosta S, Weisenfeld NI, Warfield SK, Butler SC, Alidoost M, Holmes Bernstein, J. Robertson, R. Zurakowski, D. & Als, H. School-age effects of the newborn individualized developmental care and assessment program for preterm infants with intrauterine growth restriction: preliminary findings. BMC pediatrics, 2013; 13(1): 25.
- 48-Özcan Şenses M. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu kararlarına ilişkin hekim ve hemşirelerin tutumları. Kocaeli Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kocaeli, 2009.
- 49- Çiyiltepe M, Balıkcı K, Budak M, Doğan S. Prematüre bebeklerin bakım elemanları açısından karşılaştığı problemler, 10.Ege Pediatri ve 6. Ege Pediatri Hemşireliği Kongresi,2017; Pediatri bilgi kitabı, sf 75.
- 50- Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 2008; 1: CD001071 pub 2.
- 51- Aydın İmseytoğlu D. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematurelere dinletilen Türk müziğinin prematürelere stres belirtileri, büyüme, oksijen saturasyon düzeyi üzerine etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul. 2011. (Danışman: Prof.Dr. Suzan Yıldız).
- 52-Ahmadshah F, Rana A, Sohalia K, Habibollah E, Asraf M. The Effect of listening to lullaby music on physiologic response and weight gain of premature infants. Journal of Neonatal Perinatal Medicine, 2010; 3(2): 103-7.
- 53-Arnon S. ve ark. Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. birth, 2006; 33(2): 131-6.
- 54-Aydın D. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan pretermlere dinletilen klasik müziğin, bebeklerin stres belirtileri, büyümesi, oksijen saturasyon düzeyi ve hastanede kalış süresine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2006. (Danışman: Prof. Dr. Suzan Yıldız).

- 55-Standley JM. The effect of contingent music to increase non-nutritive sucking of premature infants. *Pediatric Nursing*, 2000; 26(5): 493-495, 498-499.
- 56- Standley JM. The effect of music-reinforced nonnutritive sucking on feeding rate of premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 2003; 18(3): 169-73.
- 57- Haslbeck F. Creative music therapy for premature infants: an analysis of video footage. *Nordic Journal of Music Therapy* 2013; 23(1): 5-.35.
- 58- Derebent E, Yiğit R. Yenidoğanda ağrı: değerlendirme ve yönetim; Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10 (2); s:41.
- 59- Yiğit Ş, Ecevit A, Altun Koroğlu Ö. Yenidoğan döneminde ağrı ve tedavisi rehberi. Ankara. 2015.
- 60- Reyes S. Nursing assessment of infant pain. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing; Academic Research Library*, 2003; 17(4): 291-303.
- 61- Dönmez K. Yenidoğan ünitelerinde yatan bebeklerde ve annelerinde oluşan stres etkilerinin azaltılmasında kanguru bakım modelinin etkisi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2005.
- 62-Efe ÖE, Öncel, S. yenidoğanlarda minör invaziv işlemlerde anne sütünün ağrıyı azaltmadaki etkisi. *Hemşirelik Forumu*, Mayıs-Haziran, 2005; s 42-46.
- 63- Güzeldemir M.E. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom*, Haziran 1995; 11–21sf.
- 64-Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray S.B, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain, *Neonatal Network*, 1993; 12(6): 59- 64.
- 65- Krechel SW & Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatr Anaesth*, 1995; 5(1):53-61.
- 66- Stevens B, Johnston C, Patrica P, Anna T. Premature infant painprofile: development and initial validation, *Clinical Journal of Pain*, 1996; 12(1):13- 22.
- 67-Chen CH, Wang TM, Chi CS. Individualized developmental care in newborn intensive care unit. *ACTA peditry Taiwan*, abst. 2005; :41.3. s.22- 119.
- 68- Grunau RV, Whitfield MF, Petrie JH. Pain sensivity and temperament in extremely low-birth-weight premature toddlers and preterm and full term controls, *pain*, 1994; 58: 341-346.

- 69- Gray L, Watt L, Blass EM. Skin to skin contact is analgesic in healthy newborns, *Pediatrics*, 2000; 105(1):14.
- 70- Erkul M, Efe E. Bebeklerde aşı uygulamaları sırasında oluşan ağrıyı azaltmada emzirme yönteminin kullanılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 18: 4.
- 71-Eroğlu A, Arslan S. Yenidoğanda ağrının algılanması, değerlendirilmesi ve yönetimi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / DÜ Sağlık Bil Enst Derg. Journal of Duzce University Health Sciences Institute / J DU Health Sci Inst ISSN: 2146-443X sbdergi@duzce.edu.tr* 2018; 8(1): 52-60.
- 72-Akcan E. Yenidoğanlarda topuk kanı alma sırasında oluşan ağrıya amniyotik sıvı, anne sütü ve lavanta kokusunun etkisi. Doktora tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri; 2014.
- 73- Yiğit Ş, Ecevit A, Altun Ö. Yenidoğan döneminde ağrı ve tedavisi rehberi; *Türk Neonatoloji Derneği*; 2016. [Erişim tarihi: 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.neonatology.org.tr/neonatoloji/tani-ve-tedavi-protokolleri>.
- 74- Johnston CC, Stevens B, Pinelli J, Gibbins S, Filion F, Jack A, Steele S, Boyer K, Veilleux A. Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2003; 157(11):1084-1088.
- 75- Yılmaz G, Gürakan B, Saatçi Ü. Topuk kanı alınma sonrası bebeklerin ağlama sürelerine etki eden faktörler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2002; 45: 233-236.
- 76- Göl İ. Altuğ Özsoy. Aşı enjeksiyonlarında ağrının azaltılmasına yönelik kanıta dayalı uygulamalar, *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics* 2017; 3(1):39-45.
- 77-İnal S, Canbulat N. Çocuklarda işlemsel ağrı yönetiminde dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin kullanımı. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri* 2015; 13(2):116-21.
- 78- Vickers A, Ohlsson A, Lacy JB, Horsley A. Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 1: CD00390 pub 2.
- 79- Livingstone K, Beider S, Kont AJ, Gallardo CC, Joseph MH, Gold JI. Touch and massage for medically fragile infants. *Evid Based Complement Alternat Med* 2007; 6.

- 80- Akdemir N, Akyar İ, Görgülü Ü. Hemşirelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatan ya da polikliniğe başvuran hastaların ağrı sorununa yönelik yaklaşımları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2008; (54): 157–163.
- 81- Göl İ, Onarıcı M. Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları nurses' knowledge and practices about pain and pain control in children (Araştırma) Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015; 20–29.
- 82-Cande-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother-care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev 2008; 4: CD002771.
- 83- Johnston CC, Filion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L et al. Enhanced Kangaroo mother-care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial. J Perinatol 2009; 29(1): 51-6.
- 84- King P, Annen N, Mandlco B. Growth and development of the newborn. in N.L. Potts., B.L. Mandlco(Ed.), Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families, Third Edition, USA, Delmar Cengage Learning. 2012; pp.191-225.
- 85- Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachmentand post-partum depression in south korea. J Trop Pediatr 2010; 56(5): 342-344.
- 86- Ali SM, Sharma J, Sharma R, Alam S. Kangaroo mother care as compared to conventional care for low birth weight babies. Dicle Med J 2009; 36(3):155-160.
- 87- Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja U, George G. Kangaroo mother care in very low birth weight infants. Indian J Pediatr2001; 68(11):1019-1023.
- 88- Ludington- Hoe S, Anderson GC, Swinth JY, Thompson C, Hadeed AJ. Randomized controlled trial of kangaroo care: Cardiorespiratory and thermal effects on healthy preterm infants. Neonatal Network, 2004; 23: 39-48.
- 89- Johnson AN. Career and technical education, kangaroo holding beyond the NICU. Pediatric Nursing 2005; 31(1): 53-56.
- 90- Charpak N, Riuz-Pelae JG, Figueroa Z, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants less than orequalto 2000 grams: a randomised controlled trial. Pediatrics 1997; 100:682–68991-Conde AA, Belizán JM.2014.

- 91- Feldman R, Eidelman AI, Weller LS, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 2002;110(1):16-26.
- 92- Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birth weight infants. *International network on kangaroo mother care. Acta Paediatr* 1998; 87(4): 440-445.
- 93- Bal Yılmaz H, Conk Z. Prematüre bebeklerde kanguru bakım modeli uygulaması ve hemşirelik bakımında yeri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;16 (2-3):93-98.
- 94- Çöllü E. Hemşirelik öğrencilerinin yenidoğanda bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012. (Danışman: Prof.Dr. Gülay Görak).
- 95-Sağlık Bakanlığı, Yenidoğan yoğun bakım servisi hemşiresi görev yetki ve sorumluluklar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, 2011. (Erişim tarihi: 04 Kasım 2017).
- 96- Yılmaz Kurt F, Aytekin A. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin kanguru bakımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4(1): 5-9.
- 97-Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik-Resmî Gazete/11.04.2011, 8/3/2010 tarih ve sayı; 27515.
- 98-Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, EK-3; YYBÜ Asgari Donanım , Personel ve Hizmet Standartları, 22 Mart 2017, Çarşamba, Resmî gazete Sayı : 30015.
- 99- Çalığışu İncekar M. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan eğitimin gürültü düzeyini azaltmadaki etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014. (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Serap Balcı).
- 100- Morag I, Ohlsson A. Cycled light in the intensive care unit for preterm and low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD006982.

- 101- Sehgal A, Stack J. Developmentally supportive care and NIDCAP. *Indian J Pediatr* 2006; 73 (11): 1007-1110.
- 102- Karakoç A. Yenidoğan bakımında kanıtlar. I. Uluslararası ve II. Ulusal Ebelik Kongresi, 13-16 Ekim 2011; Safranbolu, 81-85.
- 103- Aris C. Stevens TP. Lemura C & et al. NICU nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. *Advances in Neonatal Care*. 2006; 6 (5); 281-94.
- 104- Cândia MF, Osaku EF, Leite MA. et al. Influence of prone positioning on premature newborn infant stress assessed by means of salivary cortisol measurement: Pilot Study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014 Apr-Jun;26(2):169-75.
- 105- Byers JF, Lowman LB, Francis J, et al. A Quasi experimental on individualized, developmentally supportive family-centered care. *JOGN* 2006; 35: 105-115.
- 106- Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns S. Impact Of A Family-Centered care initiative on nicu care, staff and families. *Journal of Perinatology* 2007; 27(1): 32-37.
- 107- Erdeve Ö, Arsan S, Armangil D, Atasay B, Korkmaz A. The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge. *Acta Paediatrica* 2008; 97: 1351-1357.
- 108-Akdovan T. Sağlıklı yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi, emzik verme ve kucağa alma yönteminin etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi. 1999.
- 109- Aliefendioğlu D, Güzoğlu N. Yenidoğanda ağrı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2015; 58: 35-42.
- 110- Akgün Kostak M, İnal S, Efe E, Bal Yılmaz H, Şenel Z. Determination of methods used by the neonatal care unit nurses for management of procedural pain in Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2015; Vol.65, No.5.
- 111- Mahboobeh Namnabati, Sedigheh Talakoub, Majid Mohammadizadeh, and Fatemesadat Mousaviasl, The implementation of kangaroo mother care and nurses' perspective of barriers in Iranian' NICUs *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. Jan-Feb 2016; 21(1)84.

- 112- Flynn A, Leahy-Warren P. Neonatal nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care with preterm infants in an Irish neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing*. 2010; 16:221–8.
- 113- Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları ile veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. in: hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik. Semra Erdoğan, Nursen Nahçıvan ve M. Nihal Esin Eds. İstanbul, Nobel. 2014; p.193-232.
- 114-Kahraman A, Başbakkal Z. Yenidoğan bebeklerin stresini değerlendirmede bir yöntem; tükürük kortizol düzeyi. *Balikesir Saglik Bil Derg Cilt:6 Sayı:3 Aralık 2017*; s. 136.
- 115- Nimbalkar SA, Dongara RA. Phatak GA, Nimbalkar MS. Knowledge and attitudes Regarding Neonatal Pain Among Nursing Staff Of Pediatric Department: an Indian experience, *Pain Management Nursing*, 2014; 15(1):69-75.
- 116-Kanbur B. Pretermyenidoğanlarda uygulanan vanilya esansı ve anne sütü kokusunun apne sıklığı üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2013; (Danışman: Yard. Doç. Dr. Serap Balcı).
- 117- Swathi S, Ramesh A, Nagapoornima M et Al. Sustaining a “culture of silence” in the neonatal intensive care unit during nonemergency situations: A grounded theory on ensuring adherence to behavioral modification to reduce noise levels *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014; 9.
- 118- Philbin MK. Planning the acoustic environment of a neonatal intensive care Unit. *Clin Perinatol*; 2004; 31(2): 331–352.
- 119-Philbin MK, Gray L. Changing levels of quiet in an intensive care nursery. *J Perinatol*, 2002; 22(6), 455-460.
- 120- Altuncu E, Akman I, Kulekci S, Akdas F, Bilgen H, ve Ozek E. Noise levels in neonatal intensive care unit and use of sound absorbing panel in the isolette. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2009; 73(7), 951-953.
- 121- Koç S, Kaya N. Effect of kangaroo care at birth on physiological parameters of healthy newborns, doğumda kanguru bakımının sağlıklı yeni doğanların fizyolojik parametrelerine etkisi. ISSN:1307- 9557 (Basılı), ISSN: 1307- 9549 (Online) *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2017; 19(1): 1-13.

- 122- Takahashi Y, Tamakoshi K. Matsushima M. Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants, *Early Hum Dev.* 2011; 87(3): 151-7.
- 123- Nimbalkar A, Patel D, Sethi A, Nimbalkar S. Effect of skin to skin care to neonates on pulse rate, respiratory rate SPO2 and blood pressure in mothers. *Indian J Physiol Pharmacol* 2013; 58(2): 174-177.
- 124-Nimbalkar SM, Chaudhary NS, Gadhavi KV, Phatak A. Kangaroo mother care in reducing pain in preterm neonates on heel prick. *Indian J Pediatr.* 2013; 80(1):6–10.
- 125- Blomqvist YT, Frölund L, Rubertsson C, Nyqvist KH *Scand J Caring Sci.* . Provision of kangaroo mother care: supportive factors and barriers perceived by parents. 2013 Jun; 27(2):345-53.
- 126-Çalık C, Esenay F.I, Sezer TA. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanguru bakımı uygulama durumları ve engeller, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2015; 17(1): 1-9.
- 127-Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları, *Güncel Pediatri* 2016; 14: 1-9.

8. EKLER

Ek 1: . Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu

1. Cinsiyetiniz: 1. Kadın () 2. Erkek ()

2. Yaşınız: 1. 18-25 yaş () 2. 26-33 yaş () 3. 34-41 yaş () 4. 42-39 yaş () 5. 50 yaş ve üzeri ()

3. Medeni durumunuz? 1. Evli() 2. Bekar ()

4. Eğitim durumunuz?

1. Sağlık Meslek Lisesi() 2. Önlisans () 3. Lisans() 4. Yüksek Lisans() 5. Doktora ve üstü ()

5. Çalıştığınız hastane: 1. Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi,

2. Çocuk Hastalıkları Hastanesi, 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi,

4. Özel OSM Hastanesi 5. Özel Ruha Academia Hastanesi 6. Özel METROLİFE Hastanesi

7. Özel URSU Hastanesi

6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

1. 1 yıldan az 2. 1-3 yıl 3. 4-6 yıl 4. 7-9 yıl 5. 10 yıl ve üzeri

7. Kaç yıldır yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışıyorsunuz?

1. 1 yıldan az 2. 1 yıl ve üzeri

EK 2: Gelişimsel Bakıma İlişkin Soru Formu

1. Yenidoğanda gelişimsel bakım konusunda eğitim aldınız mı? 1. Evet () 2.Hayır ()
2. Eğitimi nerede aldınız? (1. soruya yanıtınız evet ise cevaplayınız)
 - 2.1. Hizmet içi eğitim,
 - 2.2. Okulda,
 - 2.3. Seminer, konferans vb.
 - 2.4. Çocuk Hemşireliği Derneği eğitimi
 - 2.5. Diğer (gazete, dergi, internet vb.)
3. Aldığınız eğitim sizce yeterli mi? 1. Evet () 2. Hayır ()
4. Çalıştığınız birimde gelişimsel bakım uygulanıyor mu? 1. Evet () 2. Hayır ()
5. Siz ünitenizde gelişimsel bakım uygulamalarından hangisini uyguluyorsunuz? (Lütfen tüm seçenekleri evet, hayır ya da bilmiyorum şeklinde işaretleyiniz)
 - 5.1. Düşük ses düzeyinin sağlanması (uyarıcı afişlerin kullanımı, monitor, telefon sesinin azaltılması, radyo ve müziğin azaltılması, konuşma seslerini düşürme vs) 1. Evet ()2. Hayır () 3.Diğer
 - 5.2. Ünite de gürültü kontrol protokolü (sessiz saatlerin uygulanması) var mı? 1.Evet () 2.Hayır () 3.Bilmiyorum ()
 - 5.3. Çalıştığınız birimde ortamın ses düzeyini düzenli olarak ölçen bir alet var mı? 1.Evet () 2. Hayır ()
 - 5.4. Akşam ve gece ünite de ışıkların kapatılması/azaltılması uygulaması var mı? 1.Evet () ,2. Hayır ()
 - 5.5.Ünitenizin ışıklandırılması nasıl? 1.Bireysel (yatak başı) () 2.Genel aydınlatma()
 - 5.6.Gece sadece işlem yapılacak hastalar için kullanılacak küvöz başı aydınlatmalar var mı? 1.Evet () Hayır ()
 - 5.7. İnvaziv işlem, bakım uygulamaları sonrası ünite de bebeğin küvözünün karartılması uygulaması var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()
 - 5.8. Küvözün ışıktan korumak için üzerini örtme yapılıyor mu? 1. Evet () 2. Hayır ()
 - 5.9. Ünite ışık kontrol protokolü var mı?1. Evet () 2.Hayır () 3.Bilmiyorum ()
 - 5.10. Gereksiz / sık dokunmadan kaçınma yapıyor musunuz? 1. Evet () 2.Hayır ()
 - 5.11.Bebeğin duyuşal uyarılara yanıtını değerlendiriyor musunuz? (işitsel, dokunsal) 1.Evet () 2.Hayır ()

EK 2: (Devam) Gelişimsel Bakıma İlişkin Soru Formu

5.12. Bebeğe duyuşal (dokunma, işitme, koku ve tat) uyaran vermede dikkat ediyor musunuz?

1.Evet () 2.Hayır ()

5.13. Bebek stres belirtileri yönünden değerlendiriliyor mu? 1. Evet () 2.Hayır ()

(Cevabınız evet ise) 5.13.a. Ne sıklıkla değerlendiriliyor?

(Cevabınız evet ise) 5.13.b. Hangi özellikler açısından değerlendiriliyor?.....

5.14. Ünitenizde ağrı değerlendirme skalası kullanıyor musunuz? 1.Evet () 2. Hayır ()

5.15. Ağrı kontrolünün sağlanması için herhangi bir uygulama yapıyor musunuz?

(nonfarmakolojik) Evet () Hayır ()

5.16. Rahatsız edici kokuları bebekten uzak tutuyor musunuz? Evet () Hayır ()

5.17. Hoşlandığı kokuları bebeğin yakınına yaklaştırıyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

5.18. Bebeğin kendi kendini sakinleştirmeyi kolaylaştırmasını (bebeğin parmağını tutma, elini ağzına/yüzüne götürme, ayağını destekleme, orta hatta getirme vb) destekliyor musunuz? 1. Evet () 2.Hayır ()

5.19. Herhangi bir tedavi/bakım uygulaması bebek uyuyorsa erteliyor mu? 1.Evet () 2. Hayır ()

5.20. Beslenmenin desteklenmesine yönelik uygulamalar yapılıyor mu? (emme refleksinin artırılması vb. Evet () Hayır ()

5.21. Hastaya bakan hemşirenin aynı olmasına dikkat ediliyor mu? 1.Evet () 2. Hayır ()

5.22. Ünitenizde bebelere sıklıkla (bir kontrendikasyon yoksa) hangi pozisyon veriliyor?

5.22. Flexiyon pozisyonunu sürdürme uygulanıyor mu? 1.Evet () 2.Hayır ()

5.23. Kanguru bakımı uygulanıyor mu? 1. Evet () 2.Hayır ()

5.24. Sarmalama yapılıyor mu? 1. Evet () 2.Hayır ()

5.25. Kuş yuvası tekniği ile yatırma uygulanıyor mu? 1.Evet () 2.Hayır ()

5.26. Üniteye bebeğin alınmasından itibaren bebeğin bakımına ailenin katılması sağlanıyor mu? 1.Evet() 2. Hayır ()

5.27. Bebeğin gelişimsel gereksinimleri konusunda aileye bilgi veriliyor mu? 1.Evet 2.Hayır

5.28. Üniteye aile ziyareti serbest mi? 1.Evet () 2. Hayır ()

5.29. Anne her istediği zaman üniteye girebiliyor mu? 1.Evet () 2.Hayır ()

5.30. Annenin dışında diğer aile bireylerinin (baba, kardeş) ziyaretine izin veriliyor mu?

1.Evet () 2.Hayır ()

5.31. Aileye taburculuk eğitimi veriliyor mu? 1.Evet () 2.Hayır ()

Ek-3: Klinik Tanımlayıcı Form

1.Kurumun adı:

2. Çalıştığınız birimde toplam yatak/ küvöz sayısı:

3. Çalıştığınız birimde tedavi/bakım uygulamaları nasıl? 1.)Saatlik() 2.)Bireysel()

4. Çalıştığınız birimde toplam hemşire sayısı

5. Çalıştığınız ünite de toplam yenidoğan uzmanı sayısı

6. Ünitenede gündüz hemşire başına düşen hasta sayısı

7. Ünitenede gece hemşire başına düşen hasta sayısı

8. Çalıştığınız birimde verilen bakım düzeyi:

1.) I. Basamak

2.) II. Basamak

3.)III. Basamak

Ek-4: Kamu Hastaneleri Birliği Şanlıurfa Genel Sekreterliği İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 74617813/605.99
Konu : Anket Çalışması

HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İliği: 29.05.2015 tarihli ve 78521740-300-632/4190 sayılı yazınız.

İliği yazınıza istinaden; Üniversiteniz Yüksek Lisans öğrencisi 135322008 nolu Melek KIVRAK KESKİN' in Genel Sekreterliğimize bağlı Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde " Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi " konulu anket çalışması yapması ilgili çalışmanın bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi kaydı ile uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr.Mehmet Cihan EKMEN
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
23.06.2015
Ömer MESİOĞLU
Uz.İst.

Paşabağı Mah. Ticaret ve Sanayi Odası Yeni Binası Kat:6 Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Haliliye /
ŞANLIURFA
mmed ESEN TLF: 0 (414) 318 24 62 e-Posta: muhammed.esen@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ce20494f-a802-4acd-a5b9-ca12958fd93e kodu ile erişebilirsiniz.

Ek-4: (Devam) Kamu Hastaneleri Birliği Şanlıurfa Genel Sekreterliği İzin Yazısı



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İŞleri Daire Başkanlığı

Sayı : 78521740-300- 747 - 4914
Konu : Anket Çalışması

30/06/2015

SAğLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: a) 26.05.2015 tarih ve 178 sayılı yazınız.
b) Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 22.06.2015 tarih ve 588 sayılı yazısı.

Yüksekokulunuz Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ'ın gözetiminde Yüksek Lisans öğrencisi 135322008 nolu Melek KIVRAK KESKİN' in "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Eylül 2015- Ocak 2016 tarihleri arasında Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinin yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle anket çalışmasının yapılabilmesi ile ilgili ilgi b yazı ekte gönderilmiŐtir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Őerafettin ÇELİK
Rektör Yardımcısı

Ek:
- İlgi b yazı (1 sayfa)

Ek-5: Harran Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Sayı : 66063783-903-99 - 1407
Konu : Tez Çalışması

02.05/2015

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 26.05.2015 tarih ve 175 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla, okulunuz öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Hülya KARATAŞ'ın gözetiminde yüksek lisans öğrencilerinizden 135322008 numaralı Melek KIVRAK KESKİN'in tezi kapsamında Eylül 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında yeni doğan yoğun bakım ünitemizde çalışan hemşirelere yönelik "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının hastanemizde yapılıp yapılamayacağı sorulmaktadır. Söz konusu tez çalışmasının hastanemizde yapılması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. İbrahim Can KÜRKÇÜOĞLU
Başhekim

Ek-6: Özel OSM Ortadoğu Hastanesi İzin Yazısı



**OSM ORTADOĞU
HASTANESİ**

Sayı: 2015/0215/0836
Konu: Anket HK.

Tarih: 09.06.2015

HARRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 26.05.2015 tarih 17815178/300-177 sayılı yazınız.
İlgi yazınıza istinaden Eylül 2015 – Ocak 2016 tarihleri arasında hemşirelerimiz ile anket çalışması yapılması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Gürhan GÜRESER
Mesul Müdür Yardımcısı

Ek-7: Özel El Ruha Academia Hastanesi İzin Yazısı

ÖZEL RUHA ACADEMIA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE;
ŞANLIURFA

Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi olarak çalışmaktayım. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi" konulu çalışmamın yapılabilmesi için izin verilmesi hususunda gereğini arz ederim.

23.12.2015

Melek KESKİN

Adres:

Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Enfeksiyon Kontrol Birimi

Haliliye-Şanlıurfa


ÖZEL RUHA ACADEMIA HASTANESİ
Op. Dr. Bahadır BAĞCI
Mesul Müdür

Ek-8: Özel Metrolife Hastanesi İzin Yazısı

ÖZEL METROLİFE HASTANESİ
ŞANLIURFA

Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi olarak çalışmaktayım. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi" konulu çalışmamın yapılabilmesi için izin verilmesi hususunda gereğini arz ederim.

Adres:

Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Enfeksiyon Kontrol Birimi
Haliliye-Şanlıurfa

23.12.2015
Melek KEŞKİN

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)
Özel Metrolife Hastanesi
Nedide HEVACI
İnsan Kaynakları Sorumlusu
Sayı: 125



Ek-9: Özel Ursu Hastanesi İzin Yazısı

ÖZEL URSU HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE ŞANLIURFA

Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi olarak çalışmaktayım. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi" konulu çalışmamın yapılabilmesi için izin verilmesi hususunda gereğini arz ederim.

Adres:

Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Enfeksiyon Kontrol Birimi
Haliliye-Şanlıurfa

24.12.2015
Melek KESKİN



EK-10. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 74059997.050.01.04/ 102
Konu : Proje

25/05/2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ
Sağlık Meslek Yüksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücülüğünüzde bulunan "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi" başlıklı çalışmaya onay verilmesine ilişkin, Kurulumuzun 15.05.2015 tarih ve 05 nolu oturum 09 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nurten AKSOY
Etik Kurul Başkanı V.

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenipehir Kampüsü 63300 SANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 15.05.2015
OTURUM	: 05
SAAT	: 14:00

15/05/09	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Meslek Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p>ASLI GİBİDİR Prof. Dr. Nurten AKSOY Etik Kurul Başkanı V.</p>
----------	---

EK-11: Orjinallik Raporu

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi

ORJİNALLIK RAPORU

% 14 BENZERLİK ENDEKSİ	% 10 İNTERNET KAYNAKLARI	% 6 YAYINLAR	% 6 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

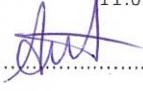
1	Submitted to Haliç Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 3
2	onlinemakale.sislietfaltip.org İnternet Kaynağı	% 1
3	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	cms.galenos.com.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.saglikplatform.com İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
7	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% 1
8	kubraydin.blogcu.com İnternet Kaynağı	% 1

Ek-12. Tez Veri Giriş Formu

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10200524
Yazar Adı / Soyadı	MELEK KESKİN
T.C.Kimlik No	27536311356
Telefon	5053882731
E-Posta	maide48@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi
Tezin Tercümesi	Analysis of The Knowledge Levels of The Nurses Working in The Neonatal Intensive Care Units on Developmental Care
Konu	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları = Child Health and Diseases ; Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	101
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. HÜLYA KARATAŞ
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

11.07.2018
İmza:.....

Ek-13. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Melek KESKİN

Doğum Yeri ve Tarihi: Fethiye-09.04.1982

Medeni Hali : Evli

Yabancı Dil : İngilizce

E-posta Adresi : maide48@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Bölüm	Mezuniyet Yılı
Lise: Antalya Sağlık Meslek Lisesi	Hemşirelik	1998
Lisans: Harran Üniversitesi	Hemşirelik	2005
Lisans: Atatürk Üniversitesi	Sosyal Hizmet Lisans Programı	2017

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde pediatri hemşireliği,	2000 -2002
Şanlıurfa Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde pediatri hemşireliği,	2002-2005
Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesinde pediatri hemşireliği, yenidoğan hemşireliği, enfeksiyon kontrol hemşireliği, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü,	2005-2016
Özel Metrolife Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi sorumlu hemşiresi	2017-2018

Sertifikalar:

Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği sertifikası (2009)

Sağlık Eğitimi dalında Pedagojik Formasyon Sertifikası (2016).