

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ
DESTEKLEYİCİ GELİŞİMSEL BAKIMA YÖNELİK
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEVGİ BOZLAR

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP
2022**

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ
DESTEKLEYİCİ GELİŞİMSEL BAKIMA YÖNELİK
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

SEVGİ BOZLAR

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER

GAZİANTEP

2022

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgisini ve deneyimlerini esirgemeyen ve katkılarıyla bana rehberlik yapan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER'e,

Her zaman yanımda olduğunu hissettiren, desteğiyle güç veren, sevgi ve sabrını esirgemeyen canım annem ve babam başta olmak üzere sevgi dolu kardeşim Zeynep Aydın'a ve ablam Fezanur SUBAŞI'na,

Yüksek lisans eğitimim için beni destekleyen ve bana yardımcı olan fedakar arkadaşım Meltem SUNGUR'a,

Klinik çalışma hayatımda destekleriyle motivasyonumu arttıran, mesleğimize örnek olacak kadar mesleğini iyi temsil eden, yürekleri ve yaklaşımları güzel dostlarım; Yıldız KILIÇ, Zerrin BOZKURT ve İpek KARAKAŞ'a,

Hayatta önemli kararlar almamda davranışlarıyla farkında olmadan vizyonuma ışık tutmuş olan Elif BİLSİN'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi BOZLAR

Gaziantep, 2021

ÖZET

Sevgi BOZLAR, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakıma Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2022. Bu araştırma, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş, Destekleyici, Gelişimsel Bakıma Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Gaziantep ilinde yenidoğan yoğunbakımda çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 255 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri “Veri Toplama Formu”, "Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği (H-GDYÖ)" kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırmadan elde edilen bulguların analizi için; SPSS 24.0 programı kullanıldı. Çalışmaya katılan hemşirelerin %38.8’inin 21-24 yaş arasında, %44.3’ünün Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu, % 36.9’ unun meslekte çalışma süresinin 6 ile 10 yıl arasında olduğu, %42.7’ sinin yenidoğan yoğun bakımda çalışma süresinin 1 ile 5 yıl arasında, %49.4’ünün haftalık çalışma süresinin 41 ile 48 saat arasında olduğu, % 57.6’sının mesleğini isteyerek seçtiği, %78.8’inin çalıştığı birimi kendi seçtiği, 87.1’inin yenidoğan hemşireliği yapmaktan memnun olduğu belirlendi. Hemşirelerin %68.6’sının yenidoğan ile ilgili eğitim aldığı; alınan eğitimlerden % 54.1’inin Neonatal Resüstasyon Programı eğitimi, %9.8’inin yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi, % 20.8’inin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi, % 11.8’inin anne sütü eğitimi, %5.9’unun temel yenidoğan eğitimi aldığı belirlendi. Hemşirelerin %81.6’sının yenidoğan ile ilgili eğitim, %53.3 ‘ünün yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi ve %45.5’inin yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi eğitimi almak istediği görüldü. Hemşirelerin mezun olunan okula göre H-GDYÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde sağlık meslek lisesi mezunlarının H-GDYÖ toplam puanının lisans mezunlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hemşirelerin yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi eğitimi almak isteme durumlarına göre H-GDYÖ toplam puan ortalaması, Çevresel Destek, Etkileşim ve Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Anahtar kelimeler: Yenidoğan, Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği.

ABSTRACT

Sevgi BOZLAR, Evaluation of Attitudes of Nurses Working in the Neonatal Intensive Care Unit towards Individualized, Supportive and Developmental Care, Department of Nursing, Master's Thesis, Gaziantep, 2022. This research was carried out as a descriptive study in order to evaluate the Attitudes of Nurses Working in the Neonatal Intensive Care Unit towards Individualized, Supportive and Developmental Care of the Newborn. The sample of the study consisted of 255 nurses working in the neonatal intensive care unit in Gaziantep and voluntarily agreed to participate in the study. The data of the study were collected by face-to-face interview method using the "Data Collection Form", "Developmental Support Sufficiency Scale for Nurses (DSCS-N) ". For the analysis of the findings obtained from the research; SPSS 24.0 program was used. 38.8% of the nurses participating in the study were between the ages of 21-24, 44.3% were graduated from Health Vocational High School, 36.9% had a working time between 6 and 10 years, 42.7% worked in neonatal intensive care for 1 to 5 years. It was determined that 49.4% of them had a weekly working time between 41 and 48 hours, 57.6% of them chose their profession voluntarily, 78.8% of them chose the unit they worked in, and 87.1% were satisfied with being a neonatal nurse. It was determined that 68.6% of the nurses received training on newborns; It was determined that 54.1% of the trainings received Neonatal Resuscitation Program training, 9.8% neonatal individualized supportive developmental care training, 20.8% neonatal intensive care nursing certificate training, 11.8% breast milk training, 5.9% basic newborn training. It was seen that 81.6% of the nurses wanted to receive neonatal education, 53.3% of them wanted to receive neonatal intensive care nursing certificate training and 45.5% of them wanted to receive newborn individualized supportive developmental care training. When the (DSCS-N) total score average of the nurses according to the graduated school was examined, it was determined that the (DSCS-N) total score of the health vocational high school graduates was statistically significant and higher than the undergraduate graduates ($p<0.05$). A statistically significant difference was found between the mean scores of (DSCS-N) total score, Environmental Support, Interaction and Critical Thinking sub-dimensions according to the nurses' willingness to receive neonatal individualized supportive developmental care education ($p<0.05$).

Keywords: Newborn, Individualized Supportive Developmental Care, Neonatal Intensive Care Nursing

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....I

ÖZET.....II

ABSTRACT.....III

İÇİNDEKİLER.....IV

TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI..... V

ŞEKİL DİZİNİ.....VII

TABLO DİZİNİ.....VIII

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ..... IX

1. GİRİŞ.....1

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....1

1.2. Araştırmacının Amacı.....2

2. GENEL BİLGİLER.....3

2.1. Yenidoğanın Tanımı.....3

2.1.1. Preterm Bebeğin Gebelik Yaşına Göre Gruplandırılması.....3

2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ve Sınıflandırılması.....4

2.3. Yenidoğan Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları.....5

2.3.1. Yenidoğan Hemşiresi.....5

2.3.1. Yenidoğan Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları.....5

2.4. Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım Teori ve Modeller.....6

2.4.1. Sinaktif Teori ve Yenidoğanın Değerlendirilmesi.....6

2.4.2. Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı.....7

2.4.3. Gelişimsel Bakım Model Evreni.....8

2.5. Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakımın Temel Bileşenleri.....9

2.5.1. Çevrenin Düzenlenmesi-İyileştirici Çevre.....9

2.5.2. Uyku- Uyanıklık Düzeninin Sağlanması.....11

2.5.3. Aile Merkezli Bakım.....12

2.5.4. Gelişimsel Destekleyici Aktiviteler.....12

2.6. Gestasyon Haftalarına Göre Bebeğin Gelişimsel Bakımının Planlanması.....14

2.7. Gelişimsel Bakımda Ağrının Değerlendirilmesi.....15

2.8. Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakımın Sürdürülmesinde Yenidoğan Hemşiresinin Rolü	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Soruları.....	21
3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.5. Veri Toplama Gereçleri.....	22
3.5.1. Veri Toplama Formu.....	22
3.5.2. Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği (H-GDYÖ).....	22
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.8. Verilerin İstatiksel Analizi.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	40
5.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	49
6.1. SONUÇLAR	49
6.2. ÖNERİLER.....	51
6.3. SINIRLILIKLAR.....	51
KAYNAKLAR.....	52
EKLER.....	58
Ek:1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
Ek:2 Etik Kurul Onay Formu	
Ek:3 Kurum İzni	
Ek:4 Ölçek Kullanım İzni	
Ek:5 Veri Toplama Formları	
Ek:6 Gönüllüleri Bilgilendirme Olur (rıza) Formu	
Ek:7 İntihal Raporu	
Ek:8 Araştırmacının Özgeçmişi	

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI



ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller

Sayfa No

Şekil 2.1. Gebelik Yaşına Göre Yenidoğanların Sınıflandırılması.....3

Şekil 4.1.1. Sinaktif Modeli Gösterimi.....6



TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa
No	
Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Yaş, Medeni Durum ve Mezun Olunan Okul Özellikleri Dağılımı	25
Tablo 4.1.2. Hemşirelerin Çalışılan Hastane Özellikleri Dağılımı	26
Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Çalışma Yaşamı Özellikleri Dağılımı.....	26
Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler ve Yenidoğan ile İlgili Almak İsteddiği Eğitimlerin Dağılımı.....	27
Tablo 4.3.1. H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri.....	28
Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Yaş, Medeni Durum ve Mezun Olunan Okul Özellikleri ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.3.3. Hemşirelerin Çalışılan Hastane Özellikleri ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.3.4. Hemşirelerin Çalışma Yaşamı Özellikleri ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.4.1. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.4.2. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Almak İsteddiği Eğitimler ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.4.3. H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları ve Minimum-Maximum.....	38
Tablo 4.4.4. H-GDYÖ Toplam Puanın Çoklu Regresyon Analizine Göre Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamı Özellikler Üzerine Etkisi.....	39

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

AMB: Aile Merkezli Bakım

BDGB : Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım

COVERS: Neonatal Pain Scale (Yenidoğan Ağrı Skalası)

CRIES : Neonatal Postoperatif Pain Scale (Yenidoğan Postoperatif Ağrı Skalası)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

H-GDYÖ: Hemşireler için Gelişimsel Destek Yeterlilik ölçeği

NIDCAP: Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı

NIPS: Neonatal Infant Pain Scale (Yenidoğan Ağrı Skalası)

NRP : Yenidoğan Canlandırma Programı

PIPP : Premature Infant Pain Profile (Prematüre Yenidoğan Ağrı Profili)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

YBDGB: Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımı

YYBÜ : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ

1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden olan bebek ölüm hızı bin canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayısını ifade eder. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)'e göre Türkiye'de 2018 yılında bebek ölüm hızı binde 11 olup gelişmiş ülkelerde bu oran binde 5'tir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de bebek ölüm hızı 2009 yılında binde 13,9'tan 2019 yılında binde 9,1'e düşmüştür (2). 2019 yılındaki binde 9,1'lik bebek ölüm hızının 5,8'ini neonatal (0-28 gün/yenidoğan) ölüm hızı oluşturmaktadır (3).

Yıllar içindeki ölüm hızındaki azalmaya; prenatal bakımların düzenlenmesi, neonatoloji uzmanlarının çoğalması, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin (YYBÜ) teknolojik ve bilimsel yönden ilerlemesi, yenidoğan hemşireleri için eğitim programlarının yaygınlaştırılması etkili olmaktadır (3,4).

Yenidoğan mortalitesinde azalma görülürken diğer yandan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 yılı verilerine göre yıllık 15 milyona yakın bebek preterm (37. gebelik haftasından önce) doğmakta ve bu miktar artış göstermektedir (5). Preterm, beyin gelişimi matürasyonunu tamamlayamadan gelişimini destekleyen intrauterin ortamdan ayrılıp gelişimine elverişli olmayan yüksek ses, hareket içeren aşırı aydınlık bir ortama (YYBÜ) geçtiklerinden ve sistemlerinin düzenleme yapmak için olgunlaşmamış olmasından aşırı strese girerler. Bu travmatik durum erken ve geç dönemde preterm gelişimini olumsuz etkilemektedir (6). Preterm, nörodavranışsal açıdan incelendiğinde ilerleyen çocukluk yaşlarında dikkatin sürdürülmesi, akademik başarıda yetersizlik gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (7).

YYBÜ'de yatan yenidoğanlara bakım sağlayan hemşirelerin tecrübeli ve bilgili olması bu dönemde organ ve sistemleri tam olarak gelişmeyen bu yüzden riskli durumda olan yenidoğanların gelişimini ve bakımının niteliğini arttırdığından önemlidir. Bunun için YYBÜ'deki yenidoğanlara “*Bireyselleştirilmiş Destekleyici ve Gelişimsel Bakım (BDGB)*” uygulaması ile yaklaşmak çok önemlidir (4).

Bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım Heidelese Als (1982) tarafından Sinaktif Teori'den temel alınarak geliştirilmiştir. Bu model preterm yenidoğanların nörolojik ve sistemsal matürasyonunun oluşmasında, yenidoğanın davranışsal becerilerinin değerlendirilmesinde, uzun zaman devam eden fiziki çevreye ait faktörlerin istenmeyen

neticelerinin oluşmasını engellemekte kullanılır. Ayrıca yenidoğanın stres ve fonksiyonel stabilitesini anlatan birincil iletişimini davranışları oluşturmaktadır. BDGB yaklaşımı, belirli organizasyon ve gelişim yeteneği olan preterm, gelişimine uygun bakım uygulamanın gelişimini etkilediğini ifade eder. Yenidoğanın zararlı uyaranların (ses, ışık, koku, dokunma, hareket) azaltılması, yenidoğana gestasyonel haftaya göre girişimlerde bulunulması ve bakım uygulamalarının işlevselliğini artırmanın gerekliliğini ifade eder (8).

Moody ve ark. yaptığı çalışma ≤ 32 gebelik haftasında doğan ve YYBÜ’de yatan yenidoğanlar üzerine uygulanan BGDB’nin yenidoğanın gelişimsel gecikmeleri en aza indirdiğini, taburculuk süresini azalttığı, ebeveyn memnuniyetini artırdığını, ve böylece hastaneye yatış maliyetini azalttığını göstermektedir (9).

Symington ve Pinelli’nin yaptığı çalışmaya göre BDGB’nin erken doğmuş bebeklere orta/şiddetli kronik akciğer hastalığında azalma, nekrotizan enterokolit insidansında azalma yönünden etkileri bulunmuştur (10).

Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamalarının YYBÜ’de bakım içinde gerçekleştirilmesinde yenidoğan hemşiresi önemli rol oynamaktadır. Bunun için hemşireler, çevresel uyaranları ayarlayarak preterm bebeklerin stres belirti, uyku ve ağrı problemlerinin giderilmesini sağlayarak aile merkezli bakımı gerçekleştirirler. Dünyaya gelen pretermelerin sayısının çoğalmasına bağlı olarak hastanede yatış sürelerinin artmasından dolayı yenidoğan hemşiresinin rol ve yükümlülüğü, eğitimi, istihdamı çok önemlidir (4). Bu doğrultuda çalışma Gaziantep ili özel ve devlet hastanelerinde YYBÜ’nde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakıma yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla gelişimsel destek yeterlilik ölçeği (H-GDYÖ) kullanılarak yapılmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda Türkiye’deki YYBÜ’lerde çalışan hemşirelerin BDGB hakkında tutumlarının değerlendirilmesi ve konu hakkında bilgilerin karşılanması ve ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planlanmasını olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

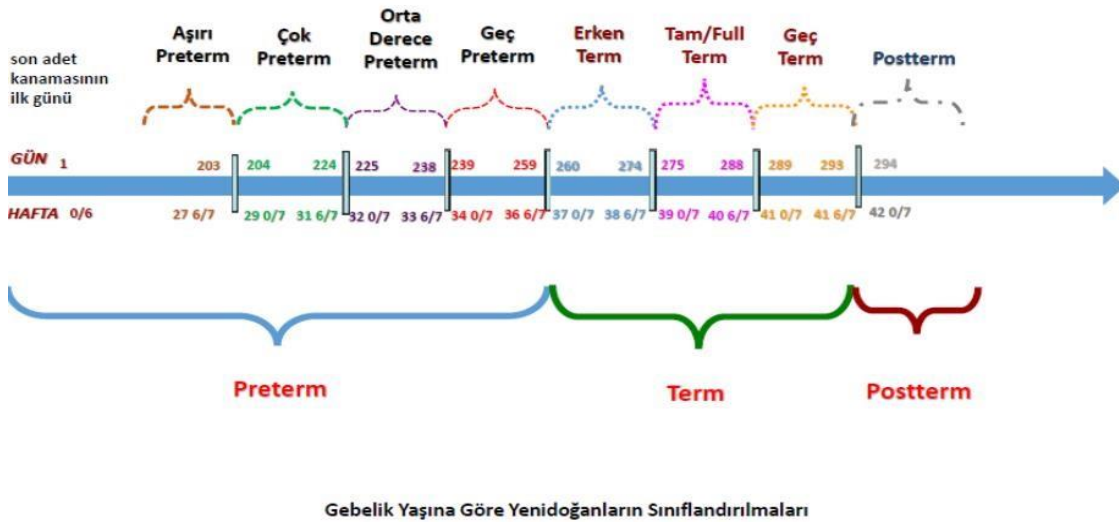
1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma YYBÜ’nde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakımına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yenidoğan Tanımı

Yenidoğan dönemi bebeğin doğumuyla başlayan ve takip eden ilk 28 günü kapsayan süreç olarak adlandırılmaktadır (11). Normal gebelik süresi anne adayının son adet tarihinin birinci günü itibariyle doğuma kadar süren zaman olup; ortalama 40 hafta veya 280 gündür ve bu zaman 38 -42 hafta arasında sürebilmektedir. Bu süre içerisinde canlı bir şekilde doğan bebek "term" ya da zamanında dünyaya gelen yenidoğan şeklinde tanımlanmaktadır. "Preterm" veya "zamanından önce" dünyaya gelen bebek; 38 gebelik haftasından (<37) veya 259 günden önce doğan, "postterm" veya "zamanından sonra" dünyaya gelen bebek ise; 42 gebelik haftasından (>41) veya 294 günden sonra dünyaya gelen olarak tanımlanmaktadır (12).



Şekil 2.1. Gebelik yaşına göre yenidoğanların sınıflandırılması (12)'nden alınmıştır.

2.1.1. Preterm Bebeğin Gebelik Yaşına Göre Gruplandırılması

Preterm bebek için güncel olarak geçerli ve en sık kullanılan gruplama biçimi;

- İleri derecede aşırı preterm (204 günden veya 28. gebelik haftasından önce dünyaya gelen),
- Çok preterm (204 -224 gün arasında veya 29. gebelik haftasıyla 31. gebelik haftası arasında dünyaya gelen),
- Orta seviyede preterm (225 – 238 gün arasında veya 32. gebelik haftasıyla 33. gebelik haftası arasında dünyaya gelen),

-Geç preterm (225 -238 gün arasında veya 34. gebelik haftasıyla 36. gebelik haftasında dünyaya gelen) olarak ayrılmıştır.

Preterm dünyaya gelen bebeklerde genellikle komplike sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Preterm dünyaya gelen bebekleri ifade eden zaman aralığının uzun olması preterm bebeklerde ortaya çıkabilecek problemlerin çeşitliliğini tespit etmekte güçlüklerle yol açmaktadır. Bununla beraber bebeğin gebelik haftası değişkenlik gösterdikçe sağlık problemlerinin daha fazla ortaya çıkmaktadır. Diğer bir ifade ile gebelik haftası arttıkça bebekte sağlık probleminin ortaya çıkma oranı düşmektedir (12).

2.2.Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ve Sınıflandırılması

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi; yoğun tıbbi bakım ve tedavi gereksinimi olan yenidoğanlara, gereksinim durumunda sürekli yaşam desteği ve yoğun bakım imkanlarının sunulduğu birimdir. Yenidoğanın tedavisi sırasında desteklenmesi önemli olan sistemler arasında “*solunum, dolaşım, gastrointestinal, nöroloji, boşaltım, immünoloji ve dermatoloji*” yer almaktadır. Bakımın kalitesinin değerlendirilmesinde; nörolojik, gelişimsel sorunların yaşanma sıklığının incelenmesi son derece önemlidir (13).

Dünya çapında YYBÜ’nin sınıflandırması farklılık göstermektedir. Önerilen ise; bu sınıflandırmaların ülkeye özgü geliştirilmesidir. YYBÜ’nün sınıflandırılması ve kurulmasında; toplumun yıllık nüfus artışı, doğurganlık hızı, gibi ölçütler dikkate alınarak I., II., III. ve IV. düzey veya I, II, IIIA, IIIB, IIIC şeklinde yapılmaktadır (14,15).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 21 Ağustos 2020 tarihinde resmî gazetede yayınlanan “*Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’ine*” göre YYBÜ’si I., II., III. ve IV. Seviye olarak sınıflandırılmıştır.

I. seviye; doğum ağırlığı 2.500 gramın üstünde sağlık yönüyle risk teşkil eden yenidoğanın tedavi ve takibinin yapıldığı,

II. seviye; birinci seviyeye ek olarak ağırlığı 1500 ile 2500 gram arasında bulunan bebeklerin tedavilerinin yapıldığı,

III. seviyede; ikinci seviyeye ek olarak YYBÜ’nde ileri derecede bakım ihtiyacı olan yenidoğana “devamlı yaşam desteği” sürdürüldüğü,

IV. seviyede; üçüncü seviyeye ek olarak majör cerrahi gerekli olan bebeklerin tedavilerinin sağlandığı üniteler olup uygulanan girişimsel işleme bağlı olarak A ve B diye ikiye ayrılmaktadır (15).

2.3.Yenidoğan Hemşiresin Görev Yetki ve Sorumlulukları

2.3.1.Yenidoğan Hemşiresi

Resmî Gazete’de 08.03.2010 tarihinde yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ne göre Yenidoğan Hemşiresi: “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 iletişimi ve onlara uygun terapötik yaklaşım kurabilen, eğitim ve danışmanlık yapabilen ve ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip hemşiredir” şeklinde tanımlanmıştır (16).

Resmî Gazete’de 08.03.2010 tarihinde yayınlanan “Hemşirelik Yönetmeliği’ne göre Yenidoğan hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları” açık olarak belirtilmiştir. Hemşirenin görevlerini 3 başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar;

“**Hemşirelik bakımı** (Yenidoğanın değerlendirilmesi ve anormal durumların tespiti, enfeksiyonların önlenmesi için gereken önlemlerin alınması, gerektiğinde hastanın güvenli bir biçimde transportu için tüm koşulların hazırlanması ve transportunun gerçekleştirilmesi),

Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılma (tanı amaçlı bebekten alınması gereken örneklerin alınması, gerektiğinde cerrahi işlemler için hastanın hazırlanması, ilaç uygulamalarını yapar, ilaçların etkisi yönünden gözler, istenmeyen bir etki görüldüğünde uygun girişimlerde bulunmak),

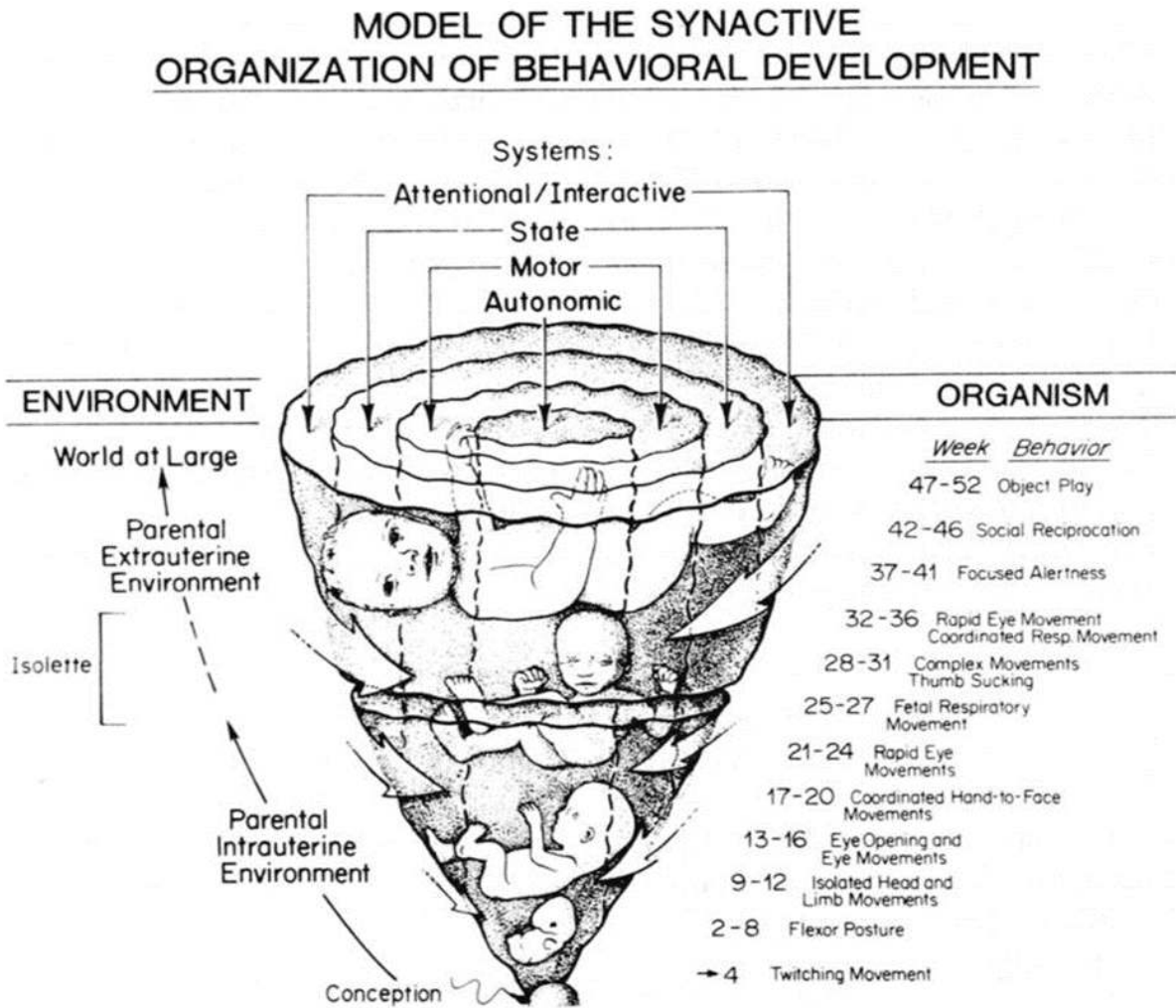
Eğitim ve Danışmanlık (bebeğin sağlığını koruma ve geliştirme için bakımın her düzeyinde aileye rehberlik etmek, sağlık eğitimini planlayıp uygulamak)” olarak sınıflandırılmıştır (16).

2.4. Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım-Teori ve Modeller

2.4.1. Sinaktif Teori ve Yenidoğanın Değerlendirilmesi

Heidelise Als tarafından 1970'lerin sonlarında tanıtılan nörodavranışsal gelişimin eşzamanlı teorisi olarak adlandırılan sinaktif teori; gelişimsel bakım pratiği, fizyolojik durum ve motor davranışlar yoluyla bebek ipuçlarının anlaşılması için teorik temel sağlamıştır (17,18).

Sinaktif teori, bebek beyin gelişiminin olgunlaşma ile daha belirgin hale gelen davranışların farklılaşmasıyla düzenli bir sıra izlediğini öne sürer. Beyin gelişimi ve sonraki davranışsal tepkiler bireysel bir oranda gerçekleşir, ancak bakıcı ve çevre ile etkileşiminden etkilenir (18).



Şekil 2.4.1.1. Sinaktif Modeli gösterimi

Als H. (19)'tan alınmıştır.

Sinaktif Modeli gösterimi fetal ve neonatal aşamalara uygulanan gelişim açısından kavramları görselleştirmek için kullanılmıştır. Yukarıdan bakıldığında eş merkezli daire veya koni görülmektedir. Bu koniler bir problem olmadığı sürece sürekli bitişiktirler ve her koni bir sistemi belirtmektedir (19). Her sistemin uğraştığı alt sistem içi farklılaşma, diğer alt sistemin desteğine ve sağlığına bağlıdır. Organizma içi alt sistem etkileşimi ile tüm organizma kademeli olarak olgunlaşmaktadır. Organizma sürekli olarak çevre ile etkileşim halinde olduğundan ve çevre tarafından şekillendirilebilmektedir (19).

Sinaktif Teori “5 alt sistemden oluşmaktadır. Bunlar;

1-Otonomik/fizyolojik sistem (kalp hızı, solunum hızı-şekli, ısı kontrolü vb),

2-Motor sistem (kas tonüsü vücut hareketi ve postür),

3-Durum düzenleme sistemi (aktif uyku-uyanıklık),

4-Dikkat-etkileşim Sistemi/Sosyal Etkileşim Sistemi (çevresel uyaranlara karşılık verme, çevreyle etkileşim),

5-Kendi kendini düzenleme sistemi (stabil ve rahat durumu sürdürme, el-ağız, el-ayak, ayak - ağız manevraları) dir” (20).

2.4.2. Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı

Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım ve Değerlendirme Programı [Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)] Heidelise Als aracılığıyla 1986’da ortaya konmuştur. Hedefi; bebeğe bireyselleştirilmiş, nörogelişimsel açıdan destek olmak ve onun aile odaklı bir yapı içerisinde etkin bakım almasını gerçekleştirerek, danışmanlık ve eğitim hizmeti vermektir. Yenidoğan, davranışlarıyla gelişimini ve gücünü gösterir. NIDCAP, bebeği izleyen sağlık personeline rehberlik etmektedir. Sağlık personeli ve aile, bebeğin davranışlarını gözlemleyerek gelişim amaçlarını ve değişen yeteneklerini araştırma imkânı sağlar (21).

Gebelik haftası ve doğumdaki vücut ağırlığı dikkate alınmadan mortalite ve morbidite riski yüksek olan bebeğin ve preterm yenidoğanın davranışlarının anlaşılmasında; Preterm Bebeklerin Davranışlarının Değerlendirilmesi [Assessment of Preterm Infants’ Behavior (APIB)] ve NIDCAP gözlemi kullanılır. NIDCAP ve APIB davranışsal bir gözlem aracıdır (21-22). İkisi de sinaktif teoriyi temel alıp bebeklerin; “*motor sistemi, otonom /fizyolojik sistem, durum düzenleme sistemi, dikkat etkileşim ve kendi kendini düzenleme sistemi*” çerçevesinde toplayarak bebeğin hassasiyet ve durumunun adlandırılması için kullanılmaktadır (21).

Anand, ve Scalzo (2000)'ya göre erken doğan bebeğin zihinsel gelişimini olumsuz etkileyerek bebeğin beyin gelişiminde olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Preterm bebeklerin hayatlarını kurtarmak için gerekli yoğun bakım teknolojisi ve tedaviler, beyin gelişimini bozmaktadır. Anneden uzak olmak, günlük ağrı ve rahatsızlık yaşamının oluşturduğu stres; nörotoksik etki ederek beyni değiştiren etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (23).

NIDCAP yenidoğan bebeğe gerekli uyaran vererek, ebeveyn-bebek ilişkisini kuvvetlendirip bebeğin nörolojik gelişimini hız kazandırmak isteyen, aileyi merkeze alıp destek sağlayan bir programdır. YYBÜ'nde bebeklere yaklaşımda eğitim ve hemşirelik girişimlerini hazırlayarak gelişimsel bakımın uygulanmasını sağlayan model NIDCAP'dir. NIDCAP eğitilmiş uzman ekip bebeğin davranışlarını izleyerek bebeğin gelişimini desteklemek amacıyla kullanılan kaynaktır (24).

Yapılmış örnek çalışmalarda bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım verilen preterm bebeklerde; kronik akciğer rahatsızlıklarında ve intraventriküler hemorajide düşüş, mekanik ventilasyon cihazından çabuk ayrılma, “*nekrotizan enterekolit (NEC)*” görülme sıklığını düşürme, gastrik sondayla beslenme ve hastanede yatış süresini azalttığı, kilo alımını sağladığı, retinopati ve beslenme güçlüğü tehditini azaltıp, nörogelişimsel fayda ettiğini bildirmektedir (10, 25, 26, 27).

2.4.3. Gelişimsel Bakım Model Evreni

Gelişimsel Bakım Model Evreni [The Universe Of Developmental Care Model (UDC)] Sinaktif teoriden sonra geliştirilmiş olup, Gibbins ve arkadaşları (2008) tarafından ortaya çıkarılmıştır. Hem teorik hem de ampirik temellerde “*paylaşılan yüzey (shared surface)*” kavramı ya da “*ortak bakım yüzeyi (shared care surface)*” merkez noktasını oluşturur. Model organizmayla çevrenin etkileşimini içeren yüzey kavramına, hasta ve aile merkezli gelişimsel bakım uygulamalarına özen göstermektedir. Bakım yüzeyini; yenidoğanın düzenleyici sistemleri (pozisyon, beslenme, termoregülasyon vb.) fizyolojik sistemleri (kardiyak, metabolik, pulmoner vb.) bakım verenler, çevre ve aile faktörleri oluşturmakta ve bu yüzeyler birbiriyle bağlantılıdır (18,21).

Yüzey, organizma-çevre ilişkisinden dolayı “*nörogelişimsel özelliğe*” sahiptir. Buna göre yüzey kendiliğinden beyin ve çevreyi birbirinden ayıran bir bariyer değil, ikisinin birleşimidir.

Bu yapı gelişimsel bakım modelinin bir parçasıdır. Bireyler iki ayrı yüzey olarak görünselerde bakım verildiğinde bir ara yüz aracılığıyla kusursuz bir şekilde ve yakından bağlanırlar. Her kişi birbirinden olumlu ya da olumsuz etkilenebilir, önemli olan diğer kişinin etkileşime katkısına bakmaktır. Bu model, preterm ve riskli bebeklerin aile ve bakım verenlerine sorumluluk vermektedir. Aile ve bakım verenleri bebeğin etkileşimlere (fizyolojik ve davranışsal tepkiler) katkılarının farkına varma ve büyüme ve gelişmelerine destek olan bir etkileşimi amaçlamaktadır (18).

Gelişimsel bakım modeli, hemşirelere güvenli ve etkin gelişimsel bakım uygulamada pratik bir yol göstermektedir. Model ailelere ve bakım vericilere, bebekle etkileşimlerine (fizyolojik ve davranışsal tepkiler aracılığıyla) katkılarını tanımak, bebeklerin büyümelerini ve gelişimlerini destekleyen bir etkileşim sağlamayı hedeflemektedir (18-21).

Gelişimsel bakımın evreni modeli, YYBÜ’ de teknolojik açıdan karmaşık bir ortamda hasta için bireyselleştirilmiş bakım planları hazırlamak için kullanılabilir bir temel oluşturmaktadır. Bu model, gelişimi destekleyen bakımın uygulanması ve kabullenilmesi için eğitim ve personel eğitimi sağlamaktadır. Gelişimsel bakım evreni modelinde sağlık bakımının merkezinde hasta vardır. Bu hasta merkezli bakımı ifade eder. UDC modelinde kalite ölçmek için 5 temel unsur vardır. Kanıt temelli gelişimsel bakım uygulamalarının standartlaştırılmasının başlangıcı, temel unsurların ortaya çıkarılmasıyla olmuştur. Bu ölçüm unsurları; “*yaşam aktivitelerinin yönetimi (beslenme, pozisyon, cilt bakımı), uykuyu korumak, iyileşme ortamı, aile merkezli bakım, ağrı ve stres değerlendirme*” olarak sayılabilir (24).

2.5. Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakımın Temel Bileşenleri

2.5.1. Çevrenin Düzenlenmesi –İyileştirici Çevre

YYBÜ 1960’lı yıllarda yüksek riskli bebeklerin bakımı için kurulan ve o zamandan beri bakım olanakları sağlayan teknolojinin kullanıldığı birimlerdir. Teknolojik gelişmelerle birlikte bebek ölümleri oranı azalırken, bebeklerin YYBÜ’de yatış sürelerinde artış olmuştur. Bundan dolayı YYBÜ’lerde çevrenin düzenlenmesi-iyileştirici çevrenin oluşturulması bebeğin sağlığına kavuşturulmasında önemi büyüktür (28).

Bebek intrauterin ortamdan ekstrauterin ortama geçtikten sonra hızlı bir şekilde radyant ısıtıcı veya kuvöze konulduğunda YYBÜ ‘nin duyuşsal ve fiziksel çevresiyle (ses, ışık, ısı, dokunma, koku/tat) karşılaşmaktadır. Nörogelişimsel açıdan çevre yenidoğan için çok önemli olduğundan bebeğin gelişimini destekleyecek şekilde çevrenin düzenlenmesi ve zarar verecek uyaranların minimuma indirilmesi önemlidir (29).

Işık Kontrolü

YYBÜ'deki ışık bebeğin merkezi sinir sistemini ve fizyolojik stabilizasyonunu doğrudan etkilemektedir. Buna bağlı olarak bebeğin uyku döngüsü, vücut ısısının ve beslenme tarzının değişmesini etkilemektedir (30).

YYBÜ'de bebeklerin büyüme-gelişmesini desteklemek ve günlük biyolojik ritim döngüsünü sağlamak için fetal dönemdeki yaşamına yakın ışık şiddetinin ayarlanması yapılmalıdır. Sağlık personelinin bakım ve tedavi uyguladığı süre içinde birimin ışık ayarlaması genellikle ihmal edilmektedir (31). YYBÜ'de ışık şiddeti ortalama 10-600 lüks olup; gündüz 300-580, gece 30 lüks olarak ayarlanması tavsiye edilir (32, 33).

YYBÜ'deki ideal aydınlatmanın bebeğin; kalp tepe atımında ve hareketinde azalmaya, dinlendirici uykusunu arttırıp, biyolojik temposunu kuvvetlendirdiği, bebeğin çevreye olan ilgisinde artma ve beslenmesinde iyileşme yaparak, kilo artışı sağladığı bildirilmiştir (13).

YYBÜ 'de gelişimi destekleyecek tedbirler içinde;

- Bebeğin olduğu alanda bakım uygulamaları haricinde doğrudan ışık gelmesini engelleyerek daha az ışığa uğramasını sağlamak,
- Gün içinde belirli saatlerde ışık ayarlarının değiştirilerek, gece-gündüz döngüsü oluşturulması ile REM uykusunu koruyarak desteklemek,
- Bakım alanında her bir bebeğin ayrı ışıklandırmasının olmasıyla aydınlatmanın bireyselleştirilmesi bakım ve uygulamada hasta başı ışıktan yararlanmak gerekir (34).

Sesin Kontrolü

Bebeklerde nörogelişimsel açıdan ses kontrolünün önemidir ve sesin yüksekliği/şiddeti bebeğin sağlığını tehlikeye atabilmektedir. Fetüs 18. gebelik haftasında işitmeye başlar, 28. gebelik haftasında işitme gelişir (13).

Yüksek ses ve gürültü, bebeklerin; kalp tepe atımı, soluk sayısı ve kan basıncında artış ve korkuya sebep olmaktadır. Amerika Pediatri Akademisi (AAP), YYBÜ'de sesin 45 desibel (db) üzerinde olmaması gerektiğini belirtir (35). Preterm bebeklerin uyaranlara karşı otonomi ve öz düzenleme kabiliyetleri azaldığından zararlı uyaranları filtreleyemedikleri için yüksek gürültü seviyelerine karşı savunmasızdır (36).

YYBÜ'de 50 db üzerindeki ses bebeklerin gelişimi açısından zararlı olmaktadır. Slevin M. (2000)'nin yaptığı çalışmada gürültülü ortamdaki her 4 desibellik azalışın; oksijen desteğini azalttığı ve diyastolik kan basıncını düşürdüğünü belirlemiştir (37).

YYBÜ'lerde en çok gürültü nedenlerinden biri, sağlık çalışanları vardiya değişim zamanında hasta başı vizitte olmaktadır. YYBÜ'deki gürültü çevre ve davranış üzerine çeşitli değişiklikler yaparak azaltılabilir. Azalan gürültüyle birlikte bebeğin YYBÜ'de yatış süresini ve ventilatör desteği gereksinimini azaltarak sağlık kuruluşuna ve ebeveyne olan maliyeti düşürür. Kaynak sınırlılığı olan durumda bile yalnızca gürültünün azaltılması tedavinin etkinliğini yükseltecektir. Dolayısıyla YYBÜ'de gürültünün azaltılmasına yönelik bir protokol hazırlanabilir (38).

Hemşireler YYBÜ'de bebeğin bakımından birinci derecede sorumludurlar. Hemşireler çevredeki uyarıcıları bebeğin gelişimini desteklemek için dikkate almak durumundalardır. Bu bağlamda YYBÜ'de gürültüyü azaltacak önlemler:

- Her vardiyada sessiz saat uygulamasını gerçekleştirirerek gürültü düzeyi bu zaman periyodunda en az olmasını sağlamak (39),
- Monitör, telefon ve infüzyon makinası gibi cihazların modunu uygun zamanlarda sessize almak,
- Yatak başı konuşmaları/ziyaretleri gibi durumları engellemek,
- Ağlayan bebeğe hızlıca müdahalede bulunmak,
- Kuvöz içine ses emen paneller yerleştirmek, kuvözün üstünün örtüyle kapatmak,
- YYBÜ'deki ses seviyesi belirli aralıklarla ölçülüp, birim çalışanlara gürültü hakkında eğitim vermek (40).

2.5.2. Uyku-Uyanıklık Düzeninin Sağlanması

Yenidoğanlar zamanlarının çoğunu uyuyarak geçirirler. İnsan gelişiminin geç fetal ve erken neonatal evrelerinde ilk aktiviteleri uyumaktır (41). Sistemleri henüz gelişmekte olan bebekler karanlık, sessiz, sıcak, sakın ve sıvı dolu uterustan ayrılmış birden fazla uyarı olan YYBÜ'nde hayatına devam edecek olan yenidoğanda; aşırı stres ortaya çıkarmakta, beyin olgunlaşması ve gelişimi için gerekli olan uyku-uyanıklık düzenine olumsuz etkilemektedir. Bebeğin nörosensöriyel sisteminin gelişmesi için kapsamlı uyku gereksiniminin giderilmesi son derece önemlidir. Bebeğin REM dönemi uyku aktivitesinin fetal yaşamdaki beyin aktivitesinin tamamıyla benzerdir. Bebeklerde REM uyku dönemi uykunun büyük bir bölümünü oluşturmakta ve yetişkinlerden daha çok uyumaktadırlar. Dolayısıyla bebeğin sağlıklı gelişimiyle yenidoğan zamanındaki uyku niteliği direkt ilişkilidir (30,42).

Bebeğin uyku-uyanıklık düzeninin sisteminin gelişiminin sağlanmasında;

- Acil olmayan tüm bakım, bebeklerin uyanıklık durumlarında yapılmalı,

- Işık ve ses gibi uyaranların seviyelerine dikkat edilerek, tavsiye edilen düzeyde kullanılmalı,
- Devirli aydınlatma kullanılarak, bebeklerin gece uykusuna destek olunmalı,
- Besleyici olmayan emme, uygun pozisyon, kanguru bakımı gibi uykuyu desteklemek için kullanılan aktiviteler bebeğin bakım planına günlük uyarlanmalıdır (32).

2.5.3. Aile Merkezli Bakım

Aile merkezli bakım (AMB); ailenin çocuk ve yenidoğanın bakımındaki görevini kabullenerek, aile üyelerinin güçlerine destek sağlayan ve aileye saygı gösteren sağlık personeli ile aile/çocuk arasındaki etkileşimdir (42).

Aile merkezli bakım, çocuğun hayatında ailenin sürekli olduğu anlayışını barındırır. AMB' nin temelinde aileyle birlik olunarak, çocuğun bakım ihtiyaçlarının giderilmesi, ailenin güçlendirilerek yeterliliğinin sağlanması yer almaktadır. YYBÜ'de yatan bebeğin annesinin gebeliğinde geçirdiği travmatik stres ve yaşadığı duygusal olaylar bebek-anne bağının oluşumunu negatif etkilemektedir. Bebeğin ilerleyen hayatındaki gelişimi ve becerileri için erken oluşturulan aile-bebek bağının niteliği ve ailenin erken doğumun ortaya çıkardığı şartlara uyum sağlaması çok önemlidir. Bu yüzden AMB' ın aileye saygı, bilgi paylaşımı, iş birliği ve bakıma katma gibi temel özellikleri ışığında yapılan bakım, ailenin endişe ve stresinin azalmasına, bakım verenlere yönelik güvenin artmasına ve karşılıklı olarak özgüvenin artışına katkı sağlayacaktır. AMB'nin YYBÜ'de etkin biçimde kullanılması için; aile, bebeklerinin bakımına katılabilmeli ve kesintisiz 24 saat aileler bebeklerini görebilmelidir. Aileye bebeğinin klinik durumu hakkında bilgi verilmeli ve ailenin duygu-durum değişiklikleri ve yeterlilik hissetme durumları belirli aralıklarla değerlendirilmelidir (42).

2.5.4. Gelişimsel Destekleyici Aktiviteler

Besleyici Olmayan Emmenin Desteklenmesi

Bebeklerde gelişimsel bakımın önemli bir unsuru besleyici olmayan emmedir (43). Bu beslenmede bir besin verilmeden genellikle emzik desteğiyle emme becerisinin gelişmesi ve desteklenmesi sağlanır. Besleyici olmayan emmede bir saniye içinde iki emme davranışı vardır (44).

Bebeklerdeki yutma-emme ve solunum sistemi koordinasyonunun gelişmesi, beslenme becerisiyle ilişkilidir. Bu beceri 34. haftadan önce tam gelişmemiş olduğundan 28-30. haftalardaki bebekler gastrik tüp ile beslenmektedir. Gastrik tüp ile beslenen bebeklerin oral beslenme yeteneğini desteklemek ve oral uyarım yoksunluğu oluşmasını engellemek için

besleyici olmayan emme kullanılır (13). Besleyici olmayan emme için “*emzik kullanımı(pacifiersucking), eldivenli işaret parmağı (gloved finger) ve boşaltılmış anne memesinin emzirilmesi (empty breast feeding)*” teknikleri kullanılabilir (44).

Besleyici olmayan emme, gebelik haftasına bakmaksızın bebeklere terapötik etki yapmaktadır. Bunlar: Uykuya geçişin kolaylaşması, sakinleşmeyi sağlama, gastrikten oral beslenmeye geçiş kolaylık yaratmak ve analjezik etki göstermesidir (13).

Foster JP ve ark. (2016) ’nın yaptığı çalışmayla besleyici olmayan emzirmenin; hastanede kalış süresini kısaltma, gastrik sonda ile beslenmeden oral beslenmeye geçiş süresini kısaltma, sindirimi hızlandırma gibi olumlu sonuçlar ortaya koymuştur (45).

YYBÜ ’deki bebeklerin oral beslenmelerinden önce ve gastrik beslenmeleri sırasında besleyici olmayan emme tekniklerin kullanılması ve preterm yenidoğanların güven ve başarı içinde oral beslenme becerilerinin geliştirilmesi ve desteklenmesinde yenidoğan hemşirelerinin rolü önemlidir (46).

Uygun Pozisyonun Sağlanması (Gelişimsel Pozisyonun Korunması)

Bebeklerin YYBÜ’ye giriş yaparak çevresel etkenlere çok fazla hassasiyet gösterdikleri ilk zamanlarda santral sinir ve diğer sistemlerin en yüksek seviyede işlevselliğini sağlayacak spesifik pozisyonlara gereksinim duyulmaktadır. Yenidoğana uygun pozisyon verilmediğinde uzun süreçte kronik postür bozukluğu; kısa süreçte ise uyku-uyanıklık bozukluğu, sürekli ağrı, motor ve davranışsal problemler ortaya çıkabilmektedir (42).

Bebeğe verilen pozisyonlar olumlu ya da olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Örneğin; supine pozisyonunda uyarılma eşiğinin düşmesiyle sıkça uyanma olduğundan “*ani bebek ölümü sendromu (ABÖS)’nu*” önlerken; motor, kas-iskelet sistemlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. YYBÜ’de solunum sıkıntısı yaşamayan bebekler sırtüstü yatırılmalıdır (42). ABÖS oluşma tehlikesinden dolayı bebek uyurken prone pozisyonu önerilmemektedir (39). Preterm yenidoğanlar, termlere kıyasla hipotonik olduklarından fetal hayattaki pozisyonunu korumakta zorlanırlar. Battaniye veya özel malzemelerle yapılan yuva şekline getirilmiş yatakta bebeğin fleksiyon pozisyonu desteklenebilir (42).

Bebeğin baş ve boynu aynı doğrultu üzerinde olmalı, çok fazla rotasyon ve hiperekstansiyondan uzak durulmalıdır. Bütün bebekler gelişimsel olarak supine postürde kendiliğinden başını hiperekstansiyona getirdiklerinden dolayı bebeğin baş ve boynunu desteklemek için yastık kullanılmalıdır (13).

Kanguru Bakımı

Ebeveyn-yenidoğan arasında bağlantı kuran, hem ebeveyn ve hem de yenidoğan için çok fazla faydası olan bir metottur. Kanguru bakımının yenidoğanların uykusunu düzenleyerek anne ve babanın bakım becerilerini arttırmaktadır (42).

Kanguru bakımının uygulanması yenidoğanın annenin iki memesinin ortasında ve annenin kıyafetlerinin içine ten tene değecek şekilde düşey postürde yerleştirilmesidir. Yenidoğanın üzerinde bere ve bez haricinde bir şey olmamalıdır. Bebeğin hayati bulgularında bir problem olmadığı sürece uygun zaman aralığında kanguru bakımına devam edilmelidir (13). Kanguru bakımının yararları;

- Ten tene temasın oluşturulmasıyla doğum anından itibaren anne-bebek bağının güçlenmesini sağlar.
- Kanguru bakımı ile emzirmeye erken başlanır
- Kanguru bakımı sırasında annenin dokunması, kokusu, vücudu ve sesiyle dış ortamdan kaynaklanan gerginliği düşürerek, yenidoğanın merkezi sinir sisteminin olgunlaşmasını hızlandırır.
- Preterm yenidoğanlar için hastanede kalış süresini azaltır.
- Yenidoğanın vücut ısısının ve uyku sürecinin ayarlanmasına katkı sağlar.
- Emzirme zamanını arttırarak, kilo artışını sağlar (13).

2.6. Gestasyon haftalarına göre bebeğin gelişimsel bakımın planlanması

Preterm yenidoğanın işaret ve iletişimi gelişimsel bakımın planlanmasının temelini oluşturur. YYBÜ’nde gelişimsel bakım; çevrenin düzenlenmesini, gerekli pozisyonun ve besleyici olmayan emmenin sağlanmasını, toplu bakım ve kanguru bakımının uygulanmasını, çoğul dünyaya gelen yenidoğanların birlikte uyutulmasını, işbirlikçi davranışın bütün girişim ve değerlendirmelerde kullanılmasını, kendi-kendini sakinleştirme becerisinin kazandırılması, ailenin olabildiği kadar bakıma katılımı desteklenerek yenidoğanın konforunun oluşturulmasını, ebeveyn-bebek bağının oluşmasını destekleyen ortamın düzenlemesi, sosyal bağın devam ettirilmesini ve yenidoğanın taburculuğunu oluşturur. Bunun yanı sıra yenidoğana özel girişim planının uygulanması lazımdır. Çevresel /biyolojik etmenler açısından zarar görme riski yüksek olan çocukların bilişsel, duygusal, fiziksel açıdan sınırlarını kaldırmak veya azaltmak için yapılan müdahalelere ‘erken girişim’ denir. Fiziksel, iletişim, bilişsel, sosyal ve duygusal durumlarda gelişme yetersizliği bulunan yenidoğan, çocuk ve bunların ebeveynlerine, doğumdan üç yaşına dek geçen sürede verilen belirli ilkelere dayalı yöntemdir. Yetersizlik

yönünden risk grubu olan pretermlere yenidoğana ilişkin uyaranların erken girişim programı çerçevesinde uygulanmalıdır. Bunlar; anne sesi dinletme, emzik emme, sallama, masaj, hareket, görsel uyarı oluşturan materyaller ve kucaklamadan oluşmaktadır (8).

Pretermiler, nörodavranışsal ve nöromotor becerileri, ölçüleri, tıbbi vaziyeti, beslenmesi yönünden oldukça farklıdırlar. Bütün bakım veya tedavi girişiminde yenidoğanın gestasyonel yaşına dikkat edilerek yapılmalıdır. 37-40 gestasyon haftalarında girişimler yenidoğanı sakinleştirirken, daha erken gestasyonel haftadaki yenidoğan için strese neden olan olabilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde preterm yapılacak girişimin ilk öncesinde girişim sürecinde ve girişimden sonra pretermin davranışsal, fizyolojik ve fiziksel şartlara yanıtları doğru değerlendirilerek her pretermin ihtiyaçlarına göre bir bakım çevresi ayarlanmalıdır (8).

YYBÜ’de tedavi ve bakım veren hemşirelere bakımın planlanması aşamasında rehberlik etmesi açısından literatürde 24 ile 36. gestasyon haftasına kadar girişim ve dokunmalarda bebek “*fizyolojik instabilite*” gösterdiğinden hassas ve sakin bir tutum göstermeyi, 24. haftadan sonra koku tat duyularının geliştiği, 28 ile 30. haftalar arası yutma ve emme reflekslerinin çok fazla gelişmemiş olmasından dolayı beslenmenin biberon ile yapılması tehlikeli olabileceği, 23. haftada iç kulak maturasyonu geliştiğinden YYBÜ’si ses ve gürültü açısından iyileştirilmeli gürültüyü oluşturan çevresel faktörlerin minimuma indirgenmesi, 24 ile 32. haftalarda motor gelişiminin zayıf olduğundan bebeğe verilecek pozisyonun önemli olduğu gibi bebeğin gelişimine destek sağlayacak bilgiler yer almaktadır (20, 8).

2. 7. Gelişimsel Bakımda Ağrının Değerlendirilmesi

Bebeklerde cilt ve diğer organlar, ağrı impulslarını algılamaya yönelik “spesifik reseptörlere (nosiseptör)” sahiptir. Fetal yaşamın 7. haftası ilk nosiseptörler peroral bölgede oluşur ve 20. haftada bütün yüzeylere dağılmıştır. Ağrının iletimi deride bulunan nosiseptörden başlar ve beyin korteksine kadar devam eder. Yenidoğanların ağrı çekmeleri durumunda beyin ve duyu organlarının gelişimi, ebeveyn- bebek arasındaki etkileşim, büyüme, davranışları ve yenidoğanın çevreye adaptasyonu erteleyebilmektedir (47).

YYBÜ’de bebekler teşhis ve tedavi için birden fazla girişim sırasında stres ve ağrı yaşamakta, bunun sonucunda metabolik/fizyolojik problemler oluşmaktadır. Bebekler maruz kaldıkları ağrıyı sözel ifade edemedikleri için ağrılı durumlarda bebek iyi gözlenmelidir. Ağrı sonunda bebeklerde fizyolojik, hormonal, davranışsal ve metabolik farklılık oluşmaktadır. Ağrının düzeyini öğrenmek için bu farklılığın değerlendirilmesi gerekmektedir. Klinikte ağrıya

karşı yenidoğanın cevabı tedaviye biçim kazandırdığından yenidoğanın cevabının değerlendirilmesi rutinleştirilmelidir. Yenidoğanlar ağrılarını en fazla yüz ifadesi değişikliğiyle beraberinde ağlamayla ifade ederler. Tablo 2.7’de yenidoğanda ağrı belirtilerinden fizyolojik ve davranışsal değişiklikler; ağrının kısa periyot değerlendirilmesinde, metabolik ve hormonal değişkenler ise uzun dönem ağrının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (47).



Tablo 2.7.1. Yenidoğanda Ağrı Belirtileri

Dinçer Ş. (48)'den alınmıştır.

DAVRANIŞSAL DEĞİŞİKLİKLER	FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER
Vokalizasyonlar	Artmalar
Ağlama	Kalp hızı
İnleme	Kan basıncı
Yüz ifadeleri	İntrakranial basınç
Yüz buruşturma	Solunum hızı ve efor
Kaş ve alında kırışmalar	Kaslarda gerilme
Göz sıkma	Karbondioksit (transkütanöz karbondioksit basıncı)
Vücut hareketleri	Ortalama hava yolu basıncı
Genel ve yaygın vücut hareketleri	Azalmalar
Kol/bacakta çekilmeler, kuvvetli darbeler	Solunum derinliği
Çırpınma	Oksijenizasyon
TONUSTA DEĞİŞMELER	Solgunluk/kızarma
Tonusta artma/gerilme/ yumruk sıkma	Diaforez/palmer terleme
Tonusta azalma/gevşeme	HORMONAL DEĞİŞİKLİKLER
Dokunmaya zıt tepkiler	Artmalar
DURUMLAR	Plazma renin aktivitesi
Uyuma, uyanma periyotlarında değişimler/uyanıklık	Katekolamin düzeyleri (epinefrin/norepinefrin)
Aktivite düzeyinde değişim:huzursuzlukta artma/irritabilite	Kortizol düzeyleri
	Büyüme hormonu, glukagon, aldesteron salınımı
Beslenme güçsüzlükleri	Azalmalar
Rahatlama, sakinleşme ve sessizlik oluşmasında güçlük	İnsülin salınım

Kan basıncı, vücut sıcaklığı, kalp tepe atımı gibi objektif şekilde hesaplanamayan ağrının tanınmasında değişkenlerin değerlendirilmesi için çeşitli ölçekler oluşturulmuştur (48). Bu ölçekler güvenilirlik ve geçerliliği kanıtlanarak, standart parametreleri olan, değişik gebelik

haftalarında olan yenidoğanların ağrısını hesaplayan, çok yönlü ve içerikli olan, fizyolojik ve davranışsal nitelikleri kapsayan ölçeklerdir (49).

2.7.2. Yenidoğan Ağrı Ölçekleri

Fizyolojik ve davranışsal niteliklere bakılarak ağrının ölçülmesinde preterm ile term bebeklerde ‘‘NIPS, CRIES, PIPP, EDIN ölçekleri’’ kullanılırken, sadece davranışsal niteliklere bakıldığında preterm bebeklerde ‘‘EDIN ölçeği’’ kullanılabilir (47). Bebeklerde ağrının kontrol edilmesi sadece farmakolojik değildir (50). AAP nonfarmakolojik yöntemlerin, yenidoğanların günlük yapılan hafif ağrılı girişimlerden oluşan ağrının azaltılması için uygulanmasını tavsiye etmektedir (51). Bu nonfarmakolojik yöntemler; kanguru bakımı pozisyon değiştirme, masaj, emzik verme ya da anne sütü, müzik, tatlı solüsyonlar, çevresel uyarıların azaltılmasıdır. Bu uygulamalarla ağrı ile karşılaşan yenidoğanın kendiliğinden baş etme ve düzenleme mekanizmasını destekleyerek stres ve ağrının hafifleyerek yönetimini sağlamaktadır (47).

Çalışmalar, ağrı skorlarının düşürülmesi için yenidoğanın küçük ağrılı rutin işlemlerinde kanguru bakımını ve sukrozun yararını ortaya koymaktadır (52,53). Rebacca Pillai ve ark. (2015) emzik verme, kundaklama ve sallamanın ağrının azaltılmasında en etkin yöntem olduğunu yaptıkları çalışmayla ortaya koymuşlardır (54).

Badr ve arkadaşları (2017) ’nın yaptığı çalışmada topuktan kan alınması sırasında, preterm bebeklere annelerinin gebelikte dinledikleri müziğin dinletilmesi ile ağrının fizyolojik ve davranışsal parametrelerinde anlamlı azalma görülmüştür (55).

Yenidoğanlara pozisyon verilerek (prone) rahatlatmak, ağrının hafifletilmesinde kullanılabilir. Yenidoğanın sakinleşmesi, kendini güvende hissederek stres ve ağrı ile baş etmesini desteklemek için cenin pozisyonu verilebilir (50).

Atal H. (2019)’ın 37-42 haftalar arasındaki yenidoğanlarda anne ve amniyotik sıvı kokusunun, topuk kanı alınmasıyla oluşan ağrıyı hafifletmedeki etkisini randomize olarak çalışmıştır. Çalışmada NIPS ölçeği kullanmıştır. Sonuç olarak, anne ve amniyon sıvısı kokusunun topuk kanı alınmasıyla oluşan ağrıların hafifletilmesinde etkili olduğu görülmüştür (56). Ağrı yönetiminde;

- Ağrının erkenden ve doğru değerlendirip gereken farmakolojik/nonfarmakolojik metotlarla ağrının üstesinden gelmesi için desteklenerek yenidoğanın duyduğu ağrı azaltılabilir.

- Ağrı sebeplerini genellikle günlük bakım oluşturduğundan ilk yöntem yenidoğanda ağrıya yol açan girişimlerin eksiltilmesidir.
- Non-invaziv değerlendirme metotlarının kullanılması,
- Kan numunelerinin kateterden alınması,
- Bilirubin ve kan gazının transkütan olarak takip etmek,
- Ağrıya neden olan girişimlerin zorunluluk halinin tekrar düşünülmesi,
- Kan alma işlemlerinin sıklığını tek girişime indirmek,
- Lüzumsuz aspirasyonun engellenmesi, girişimlerin tecrübeli bireyler tarafından uygun yöntemlerle yapılması gibi tedbirler alınabilir (47).

2.8 Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakımın Sürdürülmesinde Yenidoğan Hemşiresinin Rolü

Hemşireler hastalarının iyileşmeleri için uygun çevre koşullarını oluşturma ve bu durumu devam ettirme prensiplerinden yükümlüdür. Bu prensip ve gelişimsel nörobiyolojideki temel yapıları kaynak olarak gelişimsel bakım ortaya çıkmıştır. Bu model bebeğin bireysel davranışlarının düzenlenmesi, büyüme ve gelişmenin sağlanması, fizyolojik stabilitenin sürdürülmesi, uyku -uyanıklık dengesinin oluşturulması kavramlarını içermektedir.

Teknolojinin süratle gelişmesiyle değişen YYBÜ'deki hemşirelerin devamlı araştırma yapması, yorumlaması ve değiştirmesi gereken bakım pratiği gelişimsel bakımı oluşturur. Hemşirelik yaklaşımındaki çeşitli görüşleri kapsayan, yenidoğanın büyüme ve gelişmesini arttıran ve ebeveynlerin de bakıma katılmasını sağlayan küresel bir modeldir. Yenidoğan hemşirelerinin bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım prensiplerini bilmesi ve konuyla ilgili davranışlarının sistemli bir şekilde ilerlemesi bakımından aktif devamlılığı sağlanmalıdır (42).

Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımda yenidoğan hemşiresi;

- İş merkezli bakım, YYBÜ'nde yerini bebeğin değişen davranışlara sahip bakımın merkezinde bulunan davranışlarını temel alan aile merkezli gelişimsel bakıma bırakmalıdır.
- Yenidoğanın davranışları girişimlere verdiği yanıtı oluşturduğundan izlenerek bakım planında yenidoğanın bireysel gereksinimlerine yer verilmelidir.
- Yenidoğanın bakımı konusunda aileyi desteklemek, bakımda iş birliği sağlamak ve kararlara katmak, aile ve yenidoğanın fizyolojik ve duygusal gereksinimlerinin karşılanmasına ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasına olanak tanıyacaktır.

- Yenidoğan bakım anında stres davranışlarında bulunursa hassasça hareketleri sınırlandırılmalı veya bakımı sonraya bırakılmalıdır.
- Yenidoğan ile konuşurken yumuşak bir ses tonu kullanılmalı ve uyumuyorsa bakım verilmelidir. Uykudaysa aniden uyandırılmamalıdır.
- Strese yol açabilecek girişimlerde yenidoğanın kolları ve bacakları olabildiğince fleksiyonda olmalı ve dinlenmesi için zaman ayarlanmalıdır.
- Pretermiler, desteksiz sırtüstü şekilde yatırıldığında stres davranışı gösterdiğinden bez değiştirme sırasında pretermilerin pozisyonu yana doğru olmalıdır.
- Gürültü, ışık gibi ortam uyaranları pretermilerin stresinin azaltılması için ayarlanmalı, güvenli sınır oluşturup, postural olgunlaşmanın üst seviyede olmasını destekleyen pozisyon fleksiyondur.
- Als, uyaran olmadan yenidoğanların uyanırken beslenmesini ve aile/hemşire ile yenidoğanların pozisyonunun konforunu sağlayacak şekilde ayarlanmasını önermiştir.
- Beslenme esnasında yenidoğan ile yumuşak sesle iletişim kurulmalı ve emzikle emme desteklenmelidir (42).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Soruları

- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş, destekleyici, gelişimsel bakıma yönelik tutum değerlendirmeleri nasıldır?
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş, destekleyici, gelişimsel bakıma yönelik tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma, YYBÜ’nde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş, destekleyici, gelişimsel bakıma yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak Gaziantep İlindeki Devlet ve Özel hastaneler; Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Şehitkamil Devlet Hastanesi, Özel Medikal Park Hastanesi, Özel Ncr Hastanesi, Özel Sanko Hastanesi, Özel Hatem Hastanesi. Özel Defa Life Hastanesi, Özel Akademi Hastanesi, Özel Deva hastanesinden izin alınarak çalışma için veri toplanmaya çalışıldı. Özel Defa Life Hastane Yönetiminin çalışmaya izin vermemesinden dolayı bu hastane çalışmadan çıkarıldı. Çalışma 15 Aralık 2020 -20 Mart 2021 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma konusu Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu 18.09.2020 tarih ve 2020/26 sayılı onayı ile kabul edildi (Ek1). Araştırmanın yapılabilmesi, etik ve yasal bir sorun yaşanmaması için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul izni 05.11.2020 tarih ve 2020/096 sayılı onayı ile izin alındı (Ek 2). Sağlık Bakanlığı Gaziantep ili Cengiz Gökçek ve Çocuk Hastanesi ve Şehitkamil Devlet Hastanesi için İl Sağlık Müdürlüğü’nden, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nden, Özel Medikal Park Hastanesi’nden, Özel Ncr Hastanesi’nden, Özel Sanko Hastanesi’nden, Özel Hatem Hastanesi’nden, Özel Akademi Hastanesi’nden, Özel Deva Hastanesi’nden yazılı kurum izinleri alındı (Ek 3). Araştırma kapsamına alınan hemşirelere araştırmanın amacı, formların içeriği, araştırma verilerinin gizliliği, araştırmaya gönüllü olarak katılım sözlü ve yazılı açıklama yapılarak yazılı onam alındı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gaziantep ilindeki; Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Şehitkamil Devlet Hastanesi, Özel Medikal Park Hastanesi, Özel Ncr Hastanesi, Özel Sanko Hastanesi, Özel Hatem Hastanesi, Özel Akademi Hastanesi, Özel Deva hastanesinde YYBÜ' nde çalışan toplam 303 hemşire oluşturdu. Örneklem evrenini bu hastanelerde Yenidoğan Yoğun bakım Ünitesinde görev yapan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 255 hemşire (%84,15) oluşturdu. Katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınarak, veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Hemşirelik mezunu olmak,
- İletişim problemi olmayanlar,
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olanlar.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- Hemşirelik mezunu olmamak (Ebelik, Att vs.),
- Gaziantep ilinde görev yapmayanlar,
- İletişim problemi olanlar,

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Veri Toplama Formu”, “Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği (H-GDYÖ)” ile elde edildi.

3.5.1. Veri Toplama Formu

Veri toplama formunda sosyo-demografik özellikleri, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan kurumun türü, hemşire olarak çalışma süresi (meslekteki çalışma süresi), yenidoğan ünitesindeki çalışma süresi (mevcut görevinde çalışma süresi), yenidoğan ile ilgili aldığı eğitimler ve almak istediği eğitimler gibi bilgilere ilişkin verilerin yer aldığı toplam 12 soruluk bir formdur.

3.5.2. Hemşireler İçin Gelişimsel Destek ve Yeterlilik Ölçeği (H-GDYÖ)

Hemşireler için Gelişimsel Destek ve Yeterlilik Ölçeği YYBÜ hemşirelerinin gelişimsel destekleyici bakım uygulamaları yeterliliğini değerlendirmek için Kim ve Shin tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Developmental Support Efficiency Scale (DSCS-N), 19 madde ve 6 alt boyuttan oluşan ve 1 ile 4 arasında puanlanan (4. Hemen hemen her zaman, 3. Sıklıkla, 2.

Bazen, 1. Hiçbir zaman) 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Bu ölçekte alınan en düşük puan 19, en büyük puan ise 76' dır. Alınan yüksek puan tutumun olumlu olduğunu belirtmekte ve ölçeğin ters maddesi bulunmamaktadır. Alt ölçekler; çevresel destek (nöromotor gelişimi destekleyen çevre ile ilgili 4 madde), ebeveyn desteği (ebeveyn ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hemşirelik bakımını içeren 3 madde), etkileşim (bebek davranışsal ipuçlarının tanınması ve yansıtılmasına ilişkin maddeler), eleştirel düşünme (hemşirelerin karar verme ve bilgiyi entegre etme becerilerini içeren 3 madde), profesyonel destek (hemşirelerin kendilerini profesyonel olarak geliştirmeleri için uygulamalar hakkında 3 madde) ve ortaklık (3 maddeyi içeren diğer sağlık uzmanlarıyla işbirliği) şeklindedir (58). Ölçek alt maddeleri aşağıdaki gibidir:

Çevresel Destek 1, 2, 3, 4. maddeler

Ebeveyn Desteği 5, 6, 7. maddeler

Etkileşim 8, 9, 10. maddeler

Eleştirel Düşünme 11, 12, 13. maddeler

Profesyonel Destek 14, 15, 16. maddeler

Ortaklık 17, 18, 19. maddelerdir.

Ölçekten alınacak en yüksek puan 76, en düşük puan 19'dur (59). Bu çalışmanın Türkçe güvenirlik ve geçerliliğini Sibel Serap Ceylan tarafından Mayıs 2020'de yapılmıştır. Ölçek dil ve içerik geçerliliği, yapı geçerliliği, iç tutarlılık ve zamanla değişmezlik açısından değerlendirilmiştir. Ölçek 19 maddeden ve altı alt ölçekten oluşmaktadır. Geçerlilik analizi olan doğrulayıcı analizde, ölçeğin faktör yüklerinin 0,27 ile 0,92 arasında değiştiği ve Ki-Karenin serbestlik derecesine oranının 1,64 olduğu bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak bulundu. Madde analizi sonuçlarına göre madde-toplam korelasyonları 0,26 ile 0,66 arasında değişmektedir (59). Cronbach alfa katsayısı bizim çalışmada 0,887 olarak bulundu.

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma Gaziantep ilinde 3 kamu ve 7 özel hastanesinde yönetimden izin alınarak veri toplanmaya çalışıldı. Özel Defa Life Hastane yönetiminin izin vermemesinden dolayı bu hastane araştırmadan çıkarıldı. Araştırma 15 Aralık 2020 -20 Mart 2021 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı, veri toplama öncesi kendini tanıttı ve araştırmanın amacı, araştırma verilerinin gizliliği, araştırmaya gönüllü olarak katılım hakkında katılımcılara sözlü açıklama yaptı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı onam alınarak her veri 20 dakika süre ile toplandı. Hemşirelerin birbirinden etkilenmeden araştırmaya katılımları sağlandı.

3.8. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada elde edilen bulguların analizi için SPSS 24.0 (Statistical packet for Social Sciences for Windows) istatistik paket programı kullanıldı. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren veriler için bağımsız gruplarda ANOVA testi, normal dağılım göstermeyen veriler için Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri bağımsız değişkenlerden anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post-Hoc Multiple Comparisons testlerinde Tukey, normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri bağımsız değişkenlerden anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlenmek için Post-Hoc Multiple Comparisons testlerinde Tamhane's T2 kullanılmıştır. Araştırmada değişkenler arasındaki etkileri tespit etmek için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. İç tutarlık Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve p anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

YYBÜ’de Çalışan Hemşirelerin Yenidoğan Bebeğin Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular, 2 bölüme ayrıldı.

4.1. Hemşirelerin Sosyo–Demografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguları

4.2. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler ve Almak İsteddiği Eğitimlere İlişkin Bulgular

4.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma özellikleri ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.4. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler ve Almak İsteddiği Eğitimler ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.1. Hemşirelerin Sosyo–Demografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Yaş, Medeni Durum ve Mezun Olunan Okul Özellikleri Dağılımı

	n	%
Yaş		
21-24 yaş arası	99	38.8
25-28 yaş arası	78	30.6
≥ 29 yaş	78	30.6
Medeni Durum		
Bekar	159	62.4
Evli	96	37.6
Mezun Olunan Okul		
Sağlık meslek lisesi	113	44.3
Ön lisans	30	11.8
Lisans	105	41.2
Lisans üstü	7	2.7
Toplam	255	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %38.8’inin 21-24 yaş aralığında, %62.4’ünün bekar ve %44,3’ünün sağlık meslek lisesi mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Hemşirelerin Çalışılan Hastane Özellikleri Dağılımı

	n	%
Çalışılan Hastane		
Kamu Hastaneleri	106	41,6
Özel Hastaneler	149	58,4
Toplam	255	100.0

Tablo 3’de hemşirelerin çalıştığı hastane yer almaktadır. Hemşirelerin %41,6’sının kamu, %58,4’ünün özel hastanelerinde çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Çalışma Yaşamı Özellikleri Dağılımı

	n	%
Meslekte Çalışma Süresi		
< 1 yıl	18	7.1
1-5 yıl	90	35.3
6-10 yıl	94	36.9
> 10 yıl	53	20.8
Yenidoğan Yoğun Bakımda Çalışma Süresi		
< 1 yıl	30	11.8
1-5 yıl	109	42.7
6-10 yıl	86	33.7
> 10 yıl	30	11.8
Haftalık Çalışma Süresi		
≤ 40 saat	53	20.8
41-48 saat	126	49.4
≥ 49 saat	76	29.8
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	35	13.7
Sürekli gece	21	8.2
Vardiyalı	199	78.0
Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu		
Evet	147	57.6
Hayır	54	21.2
Kısmen	54	21.2
Çalıştığı Birimi Kendisi Seçme Durumu		
Evet	201	78.8
Hayır	54	21.2
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Yapmaktan Memnun Olma Durumu		
Evet	222	87.1
Hayır	6	2.4
Kısmen	27	10.6
Toplam	255	100.0
	$\bar{X} \pm SD$	
Yaş ortalaması (yıl)	27.94±6.63	
Meslekte Çalışma Süresi (yıl)	2.71±0.87	
Yenidoğan Yoğun Bakımda Çalışma Süresi (yıl)	2.45±0.84	
Haftalık Çalışma Süresi (saat)	49.28±7.85	

SD=Standart sapma.

Hemşirelerin %36.9'unun meslekte 6-10 yıldır çalıştığı, %42.7'sinin YYBÜ'nde 1 ile 5 yıl arasında çalıştığı, %49.4'ünün haftalık çalışma süresinin 41-48 arasında olduğu, %78.0'ının vardiyalı şekilde çalıştığı, %57.6'sının mesleğini isteyerek seçtiği, %78.8'inin çalıştığı birimi kendisi seçtiği, %87.1'inin yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaş ortalaması 27.94±6.63 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.3).

4.2. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler ve Almak İstedikleri Eğitimlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler ve Yenidoğan ile İlgili Almak İstedikleri Eğitimlerin Dağılımı

			n	%
Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler	Yenidoğan ile ilgili Eğitim Alma	Evet	175	68.6
		Hayır	80	31.4
	Neonatal Resisütasyon Programı Eğitimi*	Evet	138	54.1
		Hayır	117	45.9
	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi *	Evet	53	20.8
		Hayır	202	79.2
	Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi *	Evet	25	9.8
		Hayır	230	90.2
Anne Sütü Eğitimi*	Evet	30	11.8	
	Hayır	225	88.2	
Temel Yenidoğan Eğitimi*	Evet	15	5.9	
	Hayır	240	94.1	
Diğer**	Evet	37	14.5	
	Hayır	218	85.5	
Yenidoğan ile İlgili Almak İsteddiği Eğitimler	Yenidoğan ile ilgili Eğitim Almak İsteme	Evet	208	81.6
		Hayır	47	18.4
	Neonatal Resisütasyon Programı Eğitimi*	Evet	100	39.2
		Hayır	155	60.8
	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi*	Evet	136	53.3
		Hayır	119	46.7
	Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi*	Evet	116	45.5
		Hayır	139	54.5
Diğer***	Evet	12	4.7	
	Hayır	243	95.3	

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Diğer= Doula eğitimi, Picclne kateter uygulama.

*** Diğer= Picclne kateter uygulama, Anne sütü eğitimi.

Hemşirelerin %68.6'sının yenidoğan ile ilgili eğitim aldığı; alınan eğitimlerden %54.1'inin neonatal resüstasyon programı eğitimi, 20.8'inin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi, %9.8'inin yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi, %11.8'inin anne sütü eğitimi, %5.9'unun temel yenidoğan eğitimi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %81.6'sının yenidoğan ile ilgili eğitim almak istediği; alınmak istenen eğitimlerden %39.2'sinin neonatal resüstasyon programı eğitimi, %53.3'ünün yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi, %45.5'inin yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.1).

4.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Özellikleri ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri

	Cronbach alfa	p
H-GDYÖ Toplam	0.887	0.002
Çevresel Destek	0.686	0.000
Ebeveyn Desteği	0.727	0.000
Etkileşim	0.680	0.000
Eleştirel Düşünme	0.736	0.000
Profesyonel Destek	0.704	0.000
Ortaklık	0.696	0.000

p değeri Kolmogorov-Smirnov testinden elde edilmiştir.
H-GDYÖ= Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği.

H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa değerleri incelendiğinde H-GDYÖ Toplam Cronbach Alfa 0.887 ve alt boyutları Çevresel Destek 0.686, Ebeveyn Desteği 0.727, Etkileşim 0.680, Eleştirel Düşünme 0.736, Profesyonel Destek 0.704, Ortaklık 0.704 olarak birbiriyle anlamlı bulunmuştur($p < 0.05$)(Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Yaş, Medeni Durum ve Mezun Olunan Okul Özellikleri ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çevresel Destek	Ebeveyn Desteği	Etkileşim	Eleştirel Düşünme	Profesyonel Destek	Ortaklık	H-GDYÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yaş							
21-24 yaş arası	13.69±1.70	9.46±1.75	10.67±1.42	10.44±1.59	9.17±1.72	9.97±1.62	63.43±7.15
25-28 yaş arası	13.55±1.82	9.42±1.89	10.60±1.36	10.33±1.49	9.38±1.67	9.80±1.51	63.10±7.58
≥ 29 yaş	13.43±2.05	8.58±2.09	10.41±1.48	10.28±1.42	9.00±1.83	9.53±1.70	61.25±8.07
İstatistik	KW=0.388 p=0.824	KW=9.623 p=0.008	KW=1, 1.528 p=0.466	KW=0.897 p=0.639	KW=1.810 p=0.405	KW=3.367 p=0.186	KW=3.799 p=0.150
Medeni Durum							
Bekar	13.64±1.87	9.43±1.81	10.59±1.48	10.39±1.52	9.32±1.67	9.87±1.60	63.27±7.46
Evli	13.45±1.81	8.77±2.06	10.53±1.32	10.30±1.48	9.94±1.83	9.65±1.65	61.66±7.77
İstatistik	Z=-0.871 p=0.384	Z=-2.372 p=0.018	Z=-0.709 p=0.479	Z=-0.573 p=0.567	Z=-1.450 p=0.147	Z=-0.999 p=0.318	Z=-1.569 p=0.110
Mezun Olunan Okul							
Sağlık meslek lisesi	13.97±1.73	9.76±1.80	10.83±1.27	10.74±1.48	9.47±1.74	10.22±1.54	65.01±6.90
Ön lisans	13.30±2.08	9.40±1.47	10.53±1.47	10.30±1.51	9.30±1.60	10.06±1.70	62.90±7.92
Lisans	13.22±1.82	8.58±1.99	10.36±1.50	10.04±1.38	8.86±1.71	9.31±1.53	60.40±7.24
Lisans üstü	13.42±2.14	7.85±2.03	9.71±1.70	9.14±2.19	8.71±2.36	8.85±1.67	57.71±11.08
İstatistik	KW=9.218 p=0.027	KW=22.991 p=0.000	KW=7.641 p=0.054	KW=16.972 p=0.001	KW=7.288 p=0.063	KW=21.129 p=0.000	KW=23.266 p=0.000

H-GDYÖ= Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği. SD=Standart sapma. KW=Kruskal Wallis testi, p<0.05.

Hemşirelerin mezun olunan okula göre H-GDYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0.05). Yapılan ileri düzey analizinde sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunları arasında (p=0.000) anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Hemşirelerin yaş ve medeni durumlarına göre H-GDYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Hemşirelerin mezun olunan okula göre Çevresel Destek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0.05). Yapılan ileri düzey analizinde sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunları arasında (p=0.014) anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4.3.2). Hemşirelerin yaş ve medeni durumlarına göre Çevresel Destek alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin yaş, medeni durum ve mezun olunan okula göre Ebeveyn Desteği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark

saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri düzey analizinde 21-24 yaş aralığında olanlar ile ≥ 29 yaş aralığında olanlar arasında ($p=0.011$); 25-28 yaş ile ≥ 29 yaş aralığında olanlar arasında ($p=0.030$) anlamlı farklılık saptanmıştır. Yapılan ileri düzey analizinde sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunları arasında ($p=0.000$) anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin mezun olunan okula göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri düzey analizinde sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunları arasında ($p=0.002$) anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4.3.2). Hemşirelerin yaş ve medeni durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin yaş, medeni durum ve mezun olunan okula göre Etkileşim ve Profesyonel Destek alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin mezun olunan okula göre Ortaklık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri düzey analizinde sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunları arasında ($p=0.014$) anlamlı bulunmuştur. Hemşirelerin yaş ve medeni durumlarına göre Ortaklık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3. Hemşirelerin Çalışılan Hastane Özellikleri ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çevresel Destek	Ebeveyn Desteği	Etkileşim	Eleştirel Düşünme	Profesyonel Destek	Ortaklık	H-GDYÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Çalışılan Hastane							
Kamu Hastaneleri	13,14 $\pm$ 1,87	8,40 $\pm$ 1,93	10,39 $\pm$ 1,44	10,00 $\pm$ 1,47	8,70 $\pm$ 1,75	9,18 $\pm$ 1,63	59,84 $\pm$ 7,49
Özel Hastaneler	13,87 $\pm$ 1,77	9,73 $\pm$ 1,74	10,69 $\pm$ 1,39	10,61 $\pm$ 1,48	9,52 $\pm$ 1,66	10,22 $\pm$ 1,47	64,67 $\pm$ 7,04
İstatistik	Z=-3,091 p=0,002	Z=-5,399 p=0,001	Z=-1,777 p=0,076	Z=-3,257 p=0,001	Z=-3,696 p=0,001	Z=-4,971 p=0,001	Z=-4,954 p=0,001

H-GDYÖ= Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği. SD=Standart sapma. Z=Mann Whitney U testi, $p<0.05$.

Hemşirelerin çalıştığı hastaneye göre H-GDYÖ toplam, Çevresel Destek, Ebeveyn Desteği, Eleştirel Düşünme, Profesyonel Destek, Ortaklık, alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştığı hastaneye göre Etkileşim alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.4. Hemşirelerin Çalışma Yaşamı Özellikleri ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çevresel Destek	Ebeveyn Desteği	Etkileşim	Eleştirel Düşünme	Profesyonel Destek	Ortaklık	H-GDYÖ Toplam
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Meslekte Çalışma Süresi							
< 1 yıl	13.19±1.75	9.54±1.58	10.38±1.47	9.87±1.58	8.87±1.58	9.51±1.36	61.38±7.19
1-5 yıl	13.49±1.90	9.33±1.81	10.53±1.52	10.33±1.56	9.21±1.76	9.87±1.64	62.79±7.88
6-10 yıl	13.74±1.73	8.98±1.93	10.61±1.31	10.47±1.45	9.12±1.70	9.74±1.59	62.69±7.32
> 10 yıl	13.75±1.99	8.87±2.23	10.72±1.33	10.60±1.33	9.45±1.92	9.87±1.81	63.27±7.86
İstatistik	F=0.845 p=0.470	F=1.200 p=0.310	F=0.370 p=0.774	F=1.601 p=0.190	F=0.678 p=0.566	F=0.452 p=0.716	F=0.385 p=0.764
Yenidoğan Yoğun Bakımda Çalışma Süresi							
< 1 yıl	13.06±1.93	9.30±1.83	10.34±1.45	9.95±1.51	9.10±1.75	9.73±1.44	61.51±7.69
1-5 yıl	13.50±1.75	9.13±1.85	10.50±1.51	10.35±1.56	9.06±1.75	9.64±1.61	62.19±1.61
6-10 yıl	13.91±1.88	9.17±1.86	10.71±1.27	10.59±1.42	9.37±1.66	10.04±1.58	63.82±7.18
> 10 yıl	13.96±1.85	9.20±2.69	10.96±1.27	10.56±1.32	9.40±1.91	9.92±2.03	64.00±8.44
İstatistik	F=2.441 p=0.065	F=0.092 p=0.964	F=1.361 p=0.255	F=1.875 p=0.134	F=0.610 p=0.609	F=0.947 p=0.419	F=1.300 p=0.275
Haftalık Çalışma Süresi							
≤ 40 saat	13.33±1.90	8.62±1.83	10.39±1.49	10.26±1.61	9.01±1.82	9.26±1.77	60.90±8.17
41-48 saat	13.54±1.86	9.38±1.76	10.57±1.34	10.38±1.49	9.34±1.72	9.96±1.48	63.20±7.17
≥ 49 saat	13.77±1.79	9.23±2.22	10.68±1.50	10.39±1.46	9.03±1.73	9.86±1.66	63.00±7.81
İstatistik	F=0.891 p=0.412	F=2.998 p=0.052	F=0.640 p=0.528	F=0.139 p=0.871	F=1.009 p=0.366	F=3.714 p=0.026	F=1.823 p=0.164
Çalışma Şekli							
Sürekli gündüz	13.28±2.03	9.48±1.83	10.45±1.40	10.51±1.42	9.48±1.75	9.91±1.73	63.14±8.04
Sürekli gece	13.33±1.52	9.61±2.47	11.00±1.34	10.66±1.31	8.76±1.97	9.95±1.62	62.33±7.78
Vardiyalı	13.64±1.84	9.19±1.89	10.54±1.43	10.30±1.54	9.17±1.71	9.75±1.60	62.61±7.54
İstatistik	KW=1.639 p=0.441	KW=1.450 p=0.484	KW=2.290 p=0.318	KW=1.093 p=0.579	KW=1.637 p=0.441	KW=0.308 p=0.857	KW=0.061 p=0.970
Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu							
Evet	13.59±1.91	9.37±1.79	10.55±1.43	10.46±1.54	9.27±1.71	9.86±1.54	63.12±7.41
Hayır	13.70±1.83	9.00±2.22	10.68±1.42	10.55±1.43	9.37±1.86	9.90±1.77	63.22±7.85
Kısmen	13.37±1.68	8.85±1.99	10.51±1.41	9.88±1.39	8.75±1.68	9.48±1.65	60.87±7.74
İstatistik	KW=1.250 p=0.535	KW=3.126 p=0.209	KW=0.558 p=0.756	KW=7.842 p=0.020	KW=5.0554 p=0.080	KW=2.293 p=0.318	KW=4.097 p=0.129
Çalıştığı Birimi Kendisi Seçme Durumu							
Evet	13.66±1.83	9.28±1.88	10.59±1.41	10.38±1.53	9.32±1.70	9.76±1.62	63.03±7.78
Hayır	13.24±1.88	8.79±2.10	10.50±1.45	10.25±1.41	8.66±1.81	9.81±1.62	61.27±6.80
İstatistik	Z=-1.465 p=0.143	Z=-1.588 p=0.112	Z=-0.387 p=0.699	Z=-0.748 p=0.455	Z=-2.255 p=0.024	Z=-0.021 p=0.983	Z=-1.550 p=0.121
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Yapmaktan Memnun Olma Durumu							
Evet	13.69±1.83	9.22±1.89	10.63±1.39	10.46±1.42	9.27±1.74	9.88±1.57	63.18±7.28
Hayır	13.16±1.16	9.50±2.58	10.50±1.51	10.50±1.64	9.00±1.26	9.50±1.64	62.16±7.11
Kısmen	12.62±1.84	8.81±2.18	10.11±1.57	9.48±1.88	8.44±1.71	9.07±1.85	58.55±9.19
İstatistik	KW=8.763 p=0.013	KW=1.349 p=0.510	KW=2.738 p=0.254	KW=7.271 p=0.026	KW=5.769 p=0.056	KW=5.359 p=0.069	KW=7.000 p=0.030

H-GDYÖ= Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği. SD=Standart sapma. F=ANOVA testi, KW=Kruskal Wallis testi, Z=Mann Whitney U testi, p<0.05.

Hemşirelerin yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre H-GDYÖ toplam ve Çevresel Destek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri düzey analizinde H-GDYÖ toplam puan ortalamaları için yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olanlar ile kısmen memnun olanlar ($p=0.041$); Çevresel Destek alt boyut puan ortalamaları için yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olanlar ile kısmen memnun olanlar ($p=0.023$) arasında anlamlılık belirlenmiştir. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi, yenidoğan yoğun bakımda çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, mesleğini isteyerek seçme durumu, çalıştığı birimi kendisi seçme, çalıştığı birimi kendisi seçme durumlarına göre H-GDYÖ toplam ve Çevresel Destek alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.4).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi, yenidoğan yoğun bakımda çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, mesleğini isteyerek seçme durumu, çalıştığı birimi kendisi seçme ve yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre Ebeveyn Destek ve Etkileşim alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.4).

Hemşirelerin mesleğini isteyerek seçme ve yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). İleri düzey analizinde mesleğini isteyerek seçenler ile kısmen seçenler ($p=0.041$); kısmen seçenler ile isteyerek seçmeyenler ($p=0.048$) arasında anlamlılık saptanmıştır. Yine yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olanlar ile kısmen memnun olanlar ($p=0.041$) arasında anlamlılık tespit edilmiştir. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi, yenidoğan yoğun bakımda çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, çalıştığı birimi kendisi seçme, çalıştığı birimi kendisi seçme durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.4).

Hemşirelerin çalıştığı birimini kendisi seçme durumlarına göre Profesyonel Destek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). yapılan ileri düzey analizinde seçenler ile kısmen seçenler ($p=0.032$); kısmen seçenler ile isteyerek seçmeyenler ($p=0.015$) arasında anlamlılık saptanmıştır.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi, yenidoğan yoğun bakımda çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, mesleğini isteyerek seçme durumu ve yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre Profesyonel Destek alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.4).

Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre Ortaklık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizinde haftalık çalışma süresi ≤ 40 saat ile 41-48 saat olanlar ($p=0.039$) arasında anlamlılık belirlenmiştir. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi, yenidoğan yoğun bakımda çalışma süresi, çalışma şekli, mesleğini isteyerek seçme durumu, çalıştığı birimi kendisi seçme ve yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre Ortaklık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.4).

4.4. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler ve Almak İsteddiği Eğitimler ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

			Çevresel Destek	Ebeveyn Desteği	Etkileşim	Eleştirel Düşünme	Profesyonel Destek	Ortaklık	H-GDYÖ Toplam
			$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler	Yenidoğan ile ilgili Eğitim Alma	Evet	13.70±1.79	9.14±2.05	10.63±1.43	10.47±1.53	9.30±1.79	9.30±1.79	63.05±7.85
		Hayır	13.28±1.94	9.26±1.67	10.43±1.38	10.11±1.41	8.92±1.62	8.92±1.62	61.82±7.01
		İstatistik	Z=-1.599 p=0.110	Z=-0.205 p=0.838	Z=-1.164 p=0.244	Z=-1.978 p=0.048	Z=-1.706 p=0.088	Z=-0.069 p=0.945	Z=-1.398 p=0.162
	Neonatal Resüsütasyon Programı Eğitimi	Evet	13.74±1.78	9.14±2.04	10.61±1.38	10.60±1.41	9.34±1.77	9.81±1.64	63.26±7.44
		Hayır	13.36±1.91	9.23±1.81	10.52±1.47	10.07±1.57	9.00±1.70	9.76±1.60	61.95±7.76
		İstatistik	Z=-1.563 p=0.118	Z=-0.347 p=0.729	Z=-0.376 p=0.707	Z=-2.583 p=0.010	Z=-1.745 p=0.081	Z=-0.240 p=0.811	Z=-1.364 p=0.172
	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi	Evet	14.01±1.85	9.58±1.85	10.88±1.43	10.79±1.48	9.41±1.93	10.07±1.77	64.77±7.59
		Hayır	13.45±1.83	9.07±1.95	10.49±1.41	10.24±1.49	9.12±1.69	9.71±1.57	62.11±7.53
		İstatistik	Z=-2.094 p=0.036	Z=-1.735 p=0.083	Z=-2.049 p=0.040	Z=-2.442 p=0.015	Z=-1.061 p=0.289	Z=-1.655 p=0.098	Z=-2.428 p=0.015
Yenidoğan ile İlgili Aldığı Eğitimler	Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi	Evet	13.84±2.07	9.36±2.21	10.44±1.80	10.20±1.95	9.24±1.50	9.64±1.82	62.72±9.52
		Hayır	13.54±1.82	9.16±1.91	10.58±1.37	10.37±1.45	9.17±1.77	9.80±1.60	62.66±7.39
		İstatistik	Z=-0.934 p=0.350	Z=-0.692 p=0.489	Z=-0.068 p=0.946	Z=-0.049 p=0.961	Z=-0.201 p=0.840	Z=-0.448 p=0.654	Z=-0.389 p=0.697
	Anne Sütü Eğitimi	Evet	13.96±1.79	9.50±2.04	10.76±1.27	10.50±1.54	9.26±1.89	9.83±1.74	62.83±7.48
		Hayır	13.52±1.85	9.14±1.92	10.54±1.44	10.34±1.50	9.17±1.72	9.78±1.60	62.51±7.62
		İstatistik	Z=-1.191 p=0.234	Z=-1.172 p=0.241	Z=-0.583 p=0.560	Z=-0.609 p=0.543	Z=-0.162 p=0.872	Z=-0.019 p=0.985	Z=-0.844 p=0.399
	Temel Yenidoğan Eğitimi	Evet	14.46±1.80	10.13±1.50	11.40±1.73	10.80±1.52	9.33±1.71	10.40±1.59	66.53±5.97
		Hayır	13.51±1.84	9.12±1.95	10.52±1.44	10.33±1.50	9.17±1.75	9.75±1.61	62.42±7.64
		İstatistik	Z=-2.173 p=0.030	Z=-1.945 p=0.052	Z=-2.207 p=0.027	Z=-1.261 p=0.207	Z=-0.278 p=0.781	Z=-1.542 p=0.123	Z=-2.028 p=0.048
Diğer*		Evet	13.91±1.82	9.67±1.98	10.86±1.20	10.64±1.47	9.40±1.80	10.16±1.67	65.56±7.14
		Hayır	13.53±1.85	9.10±1.92	10.52±1.45	10.31±1.51	9.14±1.73	9.72±1.60	62.34±7.64
		İstatistik	Z=-0.890 p=0.373	Z=-1.862 p=0.063	Z=-1.079 p=0.281	Z=-1.341 p=0.180	Z=-0.762 p=0.446	Z=-1.464 p=0.143	Z=-1.663 p=0.096

*Diğer= Doula eğitimi, Picclne kateter uygulama. H-GDYÖ= Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği. SD=Standart sapma. Z=Mann Whitney U testi, p<0.05

Hemşirelerin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi ve temel yenidoğan eğitimi alma durumlarına göre H-GDYÖ toplam, Çevresel Destek ve Etkileşim alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin yenidoğan ile ilgili eğitim alma, neonatal resüstasyon programı eğitimi, yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi, anne sütü eğitimi alma durumlarına göre H-GDYÖ toplam, Çevresel Destek ve Etkileşim alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.1).

Hemşirelerin yenidoğan ile ilgili eğitim alma, neonatal resüstasyon programı eğitimi ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi alma durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi, anne sütü eğitimi ve temel yenidoğan eğitim alma durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.1).

Hemşirelerin yenidoğan ile ilgili eğitim alma, neonatal resüstasyon programı eğitimi, yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi, yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi, anne sütü eğitimi ve temel yenidoğan eğitim alma durumlarına göre Ebeveyn Desteği, Profesyonel Destek ve Ortaklık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.2. Hemşirelerin Yenidoğan ile İlgili Almak İstediği Eğitimler ile H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

			Çevresel Destek	Ebeveyn Desteği	Etkileşim	Eleştirel Düşünme	Profesyonel Destek	Ortaklık	H-GDYÖ Toplam
			$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yenidoğan ile İlgili Almak İstediği Eğitimler	Yenidoğan ile ilgili Eğitim Almak İsteme	Evet Hayır İstatistik	13.57±1.81 13.55±2.03 Z=-0.116 p=0.908	9.17±1.94 9.21±1.92 Z=-0.067 p=0.947	10.58±1.40 10.53±1.50 Z=-0.140 p=0.889	10.30±1.51 10.61±1.46 Z=-1.283 p=0.200	9.18±1.71 9.17±1.88 Z=-0.043 p=0.965	9.75±1.63 9.95±1.58 Z=-0.798 p=0.425	62.58±7.69 63.04±7.26 Z=-0.295 p=0.768
	Neonatal Resüsütasyon Programı Eğitimi	Evet Hayır İstatistik	13.43±1.91 13.66±1.81 Z=-0.890 p=0.373	9.21±1.83 9.16±2.00 Z=-0.031 p=0.975	10.62±1.48 10.54±1.38 Z=-0.725 p=0.469	10.12±1.63 10.51±1.40 Z=-1.659 p=0.097	9.00±1.67 9.30±1.78 Z=-1.486 p=0.137	9.72±1.65 9.83±1.60 Z=-0.544 p=0.586	62.10±8.01 63.03±7.32 Z=-0.820 p=0.412
	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi	Evet Hayır İstatistik	13.55±1.87 13.58±1.83 Z=-0.125 p=0.900	9.03±1.98 9.35±1.88 Z=-1.315 p=0.188	10.52±1.43 10.62±1.41 Z=-0.445 p=0.657	10.27±1.46 10.46±1.55 Z=-1.171 p=0.242	9.12±1.62 9.25±1.86 Z=-0.568 p=0.570	9.76±1.62 9.82±1.61 Z=-0.455 p=0.649	62.28±7.99 63.10±7.13 Z=-0.865 p=0.387
	Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi	Evet Hayır İstatistik	13.95±1.71 13.25±1.90 Z=-2.850 p=0.004	9.41±1.91 8.99±1.95 Z=-1.761 p=0.078	10.81±1.27 10.36±1.50 Z=-2.403 p=0.016	10.57±1.41 10.17±1.56 Z=-1.983 p=0.047	9.40±1.77 9.00±1.70 Z=-1.932 p=0.053	9.94±1.51 9.66±1.70 Z=-1.364 p=0.173	64.12±7.34 61.45±7.63 Z=-2.616 p=0.009
	Diğer*	Evet Hayır İstatistik	13.83±1.33 13.55±1.87 Z=-0.401 p=0.689	9.25±1.54 9.18±1.96 Z=-0.146 p=0.884	11.33±1.58 10.53±1.43 Z=-1.879 p=0.060	10.41±1.31 10.35±1.51 Z=-0.010 p=0.992	9.33±1.55 9.17±1.75 Z=-0.388 p=0.698	9.83±1.64 9.79±1.62 Z=-0.096 p=0.923	64.00±3.86 62.60±7.74 Z=-0.744 p=0.457

*Diğer= Piccline kateter uygulama, Anne sütü eğitimi. H-GDYÖ= Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği. SD=Standart sapma. Z=Mann Whitney U testi, p<0.05.

Hemşirelerin Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi almak isteme durumlarına göre H-GDYÖ toplam, Çevresel Destek, Etkileşim ve Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin yenidoğan ile ilgili eğitim almak isteme, neonatal resüstasyon programı eğitimi ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi almak isteme durumlarına göre H-GDYÖ toplam, Çevresel Destek, Etkileşim ve Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.2).

Hemşirelerin yenidoğan ile ilgili eğitim almak isteme, neonatal resüstasyon programı eğitimi, yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi ve yenidoğan bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi almak isteme durumlarına göre Ebeveyn Desteği, Profesyonel Destek ve Ortaklık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.3. H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları ve Minimum-Maximum

	$\bar{X}$	SD	Alınan Min-Max. Puanlar
H-GDYÖ Toplam	62.66	7.60	42-76
Çevresel Destek	13.57	1.85	9-16
Ebeveyn Desteği	9.18	1.94	3-12
Etkileşim	10.57	1.42	7-12
Eleştirel Düşünme	10.36	1.50	6-12
Profesyonel Destek	9.18	1.74	5-12
Ortaklık	9.79	1.62	5-12

Değerleri

H-GDYÖ= Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği. SD=Standart sapma.

Araştırmaya dahil edilen bütün hemşirelerin H-GDYÖ toplam puan ortalaması 62.66 ± 7.60 ; Çevresel Destek alt boyut puan ortalaması 13.57 ± 1.85 ; Ebeveyn Destek alt boyut puan ortalaması 9.18 ± 1.94 ; Etkileşim alt boyut puan ortalaması 10.57 ± 1.42 ; Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalaması 10.36 ± 1.50 ; Profesyonel Destek alt boyut puan ortalaması 9.18 ± 1.74 ; Ortaklık alt boyut puan ortalaması 9.79 ± 1.62 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.4. H-GDYÖ Toplam Puanın Çoklu Regresyon Analizine Göre Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamı Özellikler Üzerine Etkisi

	H-GDYÖ			
	Beta	t	p	
Yaş	-0.021	-0.207	0.836	R=0.394
Medeni Durum	-0.088	-1.128	0.260	
Mezun Olunan Okul	-0.265	-3.425	0.001	
Meslekte Çalışma Süresi	0.038	0.319	0.750	R ² =0.155
Yenidoğan Yoğun Bakımda Çalışma Süresi	0.110	1.084	0.279	Adjusted R ² =0.120
Haftalık Çalışma Süresi	-0.011	-0.181	0.856	
Çalışma Şekli	-0.045	-0.708	0.479	
Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu	-0.030	-0.493	0.623	F = 4.476 p<0.001.
Çalıştığı Birimi Kendisi Seçme Durumu	-0.096	-1.594	0.112	
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Yapmaktan Memnun Olma Durumu	-0.122	-1.991	0.048	

H-GDYÖ= Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği.

Tablo 12’de hemşirelerin Gelişimsel Destek Yeterliliklerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamı özellikler üzerindeki etkisini araştırmak üzere yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır (F=4.476, p<0.001). Hemşirelerin Gelişimsel Destek Yeterliliklerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamı özellikler üzerindeki düzeyinin %12.0’ını açıklamaktadır. Beta katsayılarına bakıldığında, tüm bağımsız değişkenlerin Gelişimsel Destek Yeterliliklerine ilişkin algı düzeylerini açıklamadığı görülmektedir. En yüksek beta değerine sahip mezun olunan okul ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği yapmaktan memnun olma durumları en önemli bağımsız değişken olduğu söylenebilir (Tablo 4.4.4).

5. TARTIŞMA

YYBÜ’de çalışan hemşirelerin yenidoğan bebeğin bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakımına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmada elde edilen veriler, 2 bölümde literatür bilgileri, kendi içerisinde ve benzer çalışma sonuçlarıyla tartışıldı.

5.1. Hemşirelerin Sosyo–Demografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Hemşirelerin Sosyo–Demografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarına göre Tartışılması

5.1. Hemşirelerin Sosyo–Demografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan YYBÜ’de çalışan 255 hemşirenin sosyo–demografik ve çalışma özelliklerine ilişkin bulguları tartışıldı. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin 1/3’ünden fazlasının 21-24 yaş aralığında, büyük çoğunluğunun bekar olduğu saptandı. (Tablo 4.1.1). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde Aydın ve Karaca Çiftçi’nin (60) tanımlayıcı olarak yaptığı benzer çalışmada % 48,1’inin 21-30 yaş aralığında, % 65,4 bekar olduğu, Park ve Kim’in (68) çalışmasında hemşirelerin yaş ortalamalarını 28.78 ± 4.97 , %77,3’ünü bekar, 75,9’unu lisans mezunu, yenidoğan yoğun bakımda çalışma süresini 5,16 yıl olarak hesaplanmıştır. Yapılan çalışma ile benzer çalışmaların sonuçları Türkiye’de ve Kore’de YYBÜ’de çalışan hemşirelerin çoğunluğunu genç nüfustaki bireylerden oluştuğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %44,3’ünün sağlık meslek lisesi mezunu ve %43,9’unun lisans ve üstü mezunu olduğu saptandı. (Tablo 4.1.1). Keskin’in (61) benzer çalışmasında %50,5’inin sağlık meslek lisesi mezunu, %49,5’inin lisans ve üstü mezunu olduğunu, Varlı’nın (62) çalışmasında %30’unun sağlık meslek lisesi mezunu, %66’sının lisans ve üstü mezunu, Kore’de Park ve Kim (68) tarafından yapılan benzer çalışmada %10,6’sının ön lisans, %75,9’unun lisans, %13,5’inin lisans üstü eğitime sahip olduğu bulmuştur. Bu çalışmada eğitim durumu Keskin’in çalışması ile aynı düzeyde, diğer çalışmalardan farklı düzeydedir. Bu sonucun ülkemizde farklı iller arasında istihdam edilen hemşirelerin niteliğinden (yaş, eğitim durumu vs) kaynaklandığı, yurt dışında yapılan çalışmada ise Kore’de YYBÜ’lerinde daha çok lisans ve lisans üstü eğitim düzeyinde hemşire çalıştığı düşünülmektedir. Bununla birlikte Türk

Mevzuatında bulunan Hemşirelik Kanunu'na göre yoğun bakım hemşirelerinin lisans mezunu olması belirtilmektedir.

Hemşirelerin çalışma yaşamı özellikleri incelendiğinde %36.9'unun meslekte 6-10 yıldır çalıştığı, %42.7'sinin yenidoğan YYBÜ'nde 1 ile 5 yıl arasında çalıştığı, %49.4'ünün haftalık çalışma süresinin 41-48 arasında olduğu, %78.0'ının vardiyalı şekilde çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin yaş ortalaması 27.94 ± 6.63 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.3). Varlı'nın (62) yaptığı benzer çalışmada hemşirelerin %64'ünün meslekte ve %42,7'sinin ise YYBÜ'de 5 yıldan az süre çalıştığını yaş ortalamasını 26.26 ± 3.89 olarak bulmuştur. Karadaş'ın (65) YYBÜ'de çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin %78,5'inin meslekte ve %87'sinin YYBÜ'de 5 yıldan az süredir çalıştığını hemşirelerin bulmuştur. Bu sonuçlar; çalışma bulguları ile literatür bulguları benzerlik göstermektedir. YYBÜ gibi özellikli bir birimde görev yapan hemşirelerin bu alanda mesleki deneyim ve meslekte çalışma yıllarının az olması dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin yarısından çoğunun mesleğini isteyerek seçtiği, yaklaşık olarak beş hemşireden birinin çalıştığı birimi kendisi seçtiği, büyük bir çoğunluğunun YYBÜ'de çalışmaktan memnun olduğu saptandı (Tablo 4.1.3). Nacar'ın (64) YYBÜ'de yenidoğan hemşirelerine yaptığı benzer bir çalışmada %98,2'sinin isteyerek çalıştığı, Karagöz'ün (63) YYBÜ'nde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile "hemşirelerin duygusal tükenmişlik" puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Nacar'ın çalışmasının örneklem sayısının çalışmamız ile farklılık göstermesine rağmen bulgular benzer sonuçlara sahiptir. Çalışmamızın sonuçları ile Karagöz'ün çalışması ile farklılık göstermektedir. Çalışmamız ile yapılan çalışmaların benzerlik ve farklılık göstermesinin nedeni; çalışmaların örneklem sayılarının, hemşirelerin mesleki deneyimlerinin, YYBÜ'de çalışma sürelerinin ve mesleği isteyerek yapmalarından kaynaklanabileceğinden düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun yenidoğan ile ilgili eğitim aldığı %54.1 neonatal resüstasyon programı (NRP), %20.8 yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi, %9.8 bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım eğitimi, %11.8 anne sütü eğitimi, %5.9 temel yenidoğan eğitimi) belirlendi (Tablo 4.2.1).Konu ile ilgili literatür incelendiğinde Karadaş'ın (65) çalışmasında çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak hemşirelerin %59,5'unun yenidoğan yoğun bakım hemşireliği eğitimi, %68,4'inin NRP eğitimi aldığı bulunmuştur. Varlı'nın (62) çalışmasında ise %52'sinin yenidoğan yoğun bakım eğitimi %5,2 sinin NRP eğitimi aldığı, Çağlar ve ark.'nın (4) "Türkiye'deki Yenidoğan Hemşirelerinin Profilleri ve Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakıma Yönelik

Uygulamaları'' çalışmasında %32'sinin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikası %40'nın NRP eğitimi aldığını bulmuştur. Çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Yoğun bakım hemşiresinin niteliklerine yönelik, Türk Mevzuatında bulunan Hemşirelik Kanunu'nda (2007) *“yoğun bakım hemşiresi lisans mezunu olmalı, mezuniyet sonrasında yoğun bakım hemşireliği sertifikası, ileri yaşam desteği ve enfeksiyon eğitimi almış olmalı ve her yıl birimlerine özel eğitimini güncellemelidir”* metni yer almaktadır Yoğun bakım hemşiresinin sahip olması beklenen yenidoğan yoğun bakım eğitimi yanında bir yıl YYBÜ tecrübesinin olması gereklidir (70). Ülkemizde yenidoğanla ilgili eğitim almadan YYBÜ'de çalışan hemşire oranlarının fazla olması kanun belirlenen standartların sağlanmadığını bu durumun sağlık sistemindeki bakımın kalitesini olumsuz etkileyeceği düşünüldü.

Hemşirelere YYBÜ ile aldıkları/yeni almak istedikleri eğitim sorulduğunda beş kişiden dördünün almak istediklerini belirlendi. En fazla almak istedikleri eğitim yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikası eğitimi ve ikinci olarak ise neredeyse yarısının BDGB hemşireliği eğitimi olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde Keskin'in (61) benzer çalışmasında hemşirelerin yaklaşık olarak dörtte üçünün yenidoğan ile ilgili eğitim aldıkları ve yaklaşık olarak yarısının eğitimleri yetersiz buldukları saptanmıştır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'ndan 14 Şubat 2014 yılında 28903 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliğine göre YYBÜ hemşireliği sertifika eğitimi; hemşirelerin *“görevlerini etkin bir şekilde yerine getirmeleri için gerekli bilgi, beceri ve tutum kazandırılması”* amacıyla yenidoğana ait tüm sistem hastalıkları, girişimleri ve bakımı, yenidoğan bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım eğitimi ve NRP'yi de içeren teorik ve uygulamadan oluşan 186 saatlik bir eğitimden oluşurken, NRP ise *“asfiksiye bağlı ölümlerin ve sekellerin azaltılması”* amacıyla yenidoğanın canlandırma basamaklarını teorik ve uygulamalı olarak gösteren 24 saatlik bir eğitimden oluşmaktadır (66,67). YYBÜ hemşireliği sertifika eğitimi NRP'yi ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım eğitimini kapsamaktadır. Bu durum hemşirelerin büyük bir kısmının diğer eğitimlere göre daha çok bunu tercih etmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın çarpıcı sonuçlarından biri ise hemşirelerin anne sütü ile ilgili eğitimi alma durumu %11,8 gibi düşük bir oran iken, hemşirelere almak istedikleri eğitimler sorulduğunda %4,7'sinden daha az kısmının anne sütü ile ilgili eğitime katılmak istedikleri belirlendi (Tablo 4.2.1). Bu durum YYBÜ'de çalışan hemşirelerin anne sütünün öneminin farkında olmadıkları ya da bu konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündürebilir.

5.2. Hemşirelerin Sosyo–Demografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların H-GDYÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamalarına göre Tartışılması

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan YYBÜ’de çalışan 255 hemşirenin sosyo–demografik ve çalışma özelliklerine ilişkin bulguları ile H-GDYÖ toplam ve alt boyut ortalamaları tartışıldı. Hemşirelerin mezun olunan okula göre H-GDYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0.05$). Hemşirelerin yaş ve medeni durumlarına göre H-GDYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (4.3.2). Literatür incelemesi yapıldığında Park J. ve Kim JS. (68)’nin 141 yenidoğan hemşiresiyle yaptığı çalışmada lisans mezunlarının (40.55 ± 4.26) önlisans ($40,27 \pm 4,35$) mezunlarına göre H-GDYÖ puanı yüksek bulunmuştur. Keskin’in (61) yaptığı araştırmada “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’’gibi uygulamalarda sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde lisans ve üstü eğitimi olan hemşirelere göre istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin ölçek toplam puan ortalamaları yüksek olarak hesaplandı. Çalışmamız ile yapılan çalışmaların farklılık göstermesi; örneklem büyüklüğü, bölgeler veya ülkelerin farklı olması, hemşirelerin mesleki deneyimlerinin üç çalışmada da farklı olmasına yordanabilir.

Çalışmamızda ölçeğin alt boyutlarından Çevresel Destek alt boyut puan ortalamaları ile hemşirelerin mezun olunan okul karşılaştırıldığında; arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0,05$). Çalışmamızda lisans mezunu hemşirelerin aldığı ($13,22 \pm 1,82$) çevresel destek alt boyut puan ortalamaları sağlık meslek lisesi mezunlarına ($13,97 \pm 1,73$) göre düşük olduğu saptanmıştır. Park J. ve Kim JS. (68)’nin çalışmada çevresel destek alt boyutlarını ölçen “Kuvözü parlak ışıklardan koruyarak, uyku döngülerini korumak ve uyku kesintilerini önlemek için çaba sarf ederim.”maddesinden puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Keskin (61)’in’ araştırmasında çevresel destek maddesi olan ‘gereksiz dokunmadan kaçınma’ davranışını sağlık meslek lisesi mezunlarının (%48) lisans ve üstü mezunlarına (%43) göre istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Çalışmamızın bulguları ile literatür bulguları benzerlik göstermektedir.

Ebeveyn Desteği alt boyut puan ortalamaları ile hemşirelerin yaş, medeni durum ve mezun olunan okul durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı. ($p<0.05$). (Tablo 4.3.2). Literatür incelemesi yapıldığında Park J. ve Kim JS. (68) çalışmasında ebeveyn desteğini ölçmede kullandıkları “YYBÜ’deki ziyaret saatlerinde ebeveyn ile birlikte olmak için çaba sarf ederim ve preterm yenidoğanın gelişimi hakkında ebeveynin bilgi ihtiyacı ve endişesi hakkında soru sorarım” maddelerine verilen cevabın ortalama H-GDYÖ puanının çok düşük olduğunu bulmuştur. Bu çalışmayla çalışmamız arasındaki minimal bir farklılık olup, bunun çalışma evrenlerinin coğrafik ve kültürel farklılıktan kaynaklanabileceği düşünüldü.

Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları ile hemşirelerin mezun oldukları okula göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$). Tablo (4.3.2). Literatür incelemesi yapıldığında Park J. ve Kim JS. (68)’nin çalışmasında hemşirelerin “eleştirel düşünme” alt boyutunu ölçmek için sorulan (hemşirelerin karar verme ve bilgiyi entegre etme becerilerini içeren) 3 maddeden “Bakım ve öncelikleri gelişimsel ihtiyaçlarıyla uyumlu olarak değiştiririm” maddesine verilen cevabın ortalama H-GDYÖ puanını düşük bulmuştur. Arslan ve ark. (69)’nın yaptığı çalışmada %55.8’inin lise, %36.0’nın önlisans, %8.2 ‘sini lisans mezunu olduğunu ve hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimi toplam puanlarını lise mezununun (201.55 ± 23.17) önlisans (198.22 ± 22.04) ve lisans mezunlarına (197.66 ± 8.43) göre daha yüksek olduğunu; mezun olunan okula göre eleştirel düşünme eğilimi toplam puanları ve alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız bulmuştur ($p>0.05$). Çalışma bulgusu Park J. ve Kim JS’in çalışması ile uyumluluk göstermekte olup Arslan ile farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre H-GDYÖ toplam ve Çevresel Destek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Literatür incelendiğinde Nacar’ın (64) çalışmasında “hemşirelerin yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma” durumu ile hemşirelerin ebeveyn katılımı tutum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulmamıştır ($p>0$). Yani YYBÜ’de çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerin EKTÖ puanı daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları Nacar’ın çalışma bulgularından farklıdır. Bu farklılık çalışmamızda hemşirelerin bebeklere çevresel destek sağlarken işlerini severek yapmalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Nitekim Çelik ve Karaca’nın (71) 304 hemşireyle yaptığı çalışmaya göre

motivasyon ölçeğinden ise en yüksek puanı “İşimi severek yapıyorum” maddesinin aldığı görülmüştür. Nörogelişimsel açıdan çevre yenidoğan için çok önemli olduğundan bebeğin gelişimini destekleyecek şekilde çevrenin düzenlenmesi ve zarar verecek uyaranların minimuma indirilmesi önemlidir (29). Bebeklerin YYBÜ’ye giriş yaparak çevresel etkenlere çok fazla hassasiyet gösterdikleri ilk zamanlarda santral sinir ve diğer sistemlerin en yüksek seviyede işlevselliğini sağlayacak spesifik pozisyonlara ihtiyaç duyulmaktadır. Yenidoğana uygun pozisyon verilmediğinde uzun süreçte kronik postür bozukluğu; kısa süreçte ise uyku-uyanıklık bozukluğu, sürekli ağrı, motor ve davranışsal problemler ortaya çıkabilmektedir (42).

Hemşirelerin mesleğini isteyerek seçme ve yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$)(Tablo 4.3.4). Literatür incelendiğinde, Durmuş’un (72) hemşirelerin iş doyumunu düzeyini, iş doyumunu etkileyen faktörleri ve iş doyumunu ile durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkilerini belirlemek amacıyla 622 hemşireyle yaptığı nitel çalışmada hemşirelerin %56,4’ü hemşirelik mesleğine kendisinin karar verdiğini, %77,4’ü hemşirelik mesleğinin kendisi için uygun olduğunu düşündüğünü ve %80,1’inin severek çalıştığını bulmuştur. Araştırmadan mesleğini severek yapan hemşirelerin iş doyumunu, sevmeyerek yaptığını belirten hemşirelerden daha yüksek çıkmıştır. Kahraman ve ark.’nın (73) çalışmasında hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin puan ortalamalarının, istemeyerek seçen hemşirelerin puan ortalamalarından daha fazla olarak bulunmuştur ($p=0.00$). Aytekin’in (74) çalışmasında hemşirelerin % 67.4 ‘ü mesleği kendileri değil aileleri tercih etmiş, %67.4’ü YYBÜ’de çalışmayı kendileri tercih etmemiş, %76,6 ‘sı YYBÜ’ de çalışmaktan kısmen memnun olduğunu bulmuştur. Ayrıca literatürde hemşirenin, hastanın ihtiyacı olan bakımın hızlı bir şekilde algılayabilen bilgi kapasitesine sahip kaliteli ve güvenilir bakımın verilmesinde eleştirel düşünme önemlidir. Eleştirel düşünme, bilişsel bir yetenek olup hemşirenin tecrübe ve eğitimlerini kullanarak kompleks bilgileri hızlı analiz yapar ve en uygun yöntemde karar vermelerini sağlamak olduğu vurgulanmıştır. (75). Çalışmamız Durmuş, Kahraman ve ark.’nın araştırmasıyla benzerdir.

Hemşirelerin çalıştığı birimini kendisi seçme durumlarına göre Profesyonel Destek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Profesyonellik “yüksek oranda uzmanlık, beceri, bilgi, tutum ve

davranış biçimi''olarak ifade edilebilmektedir. Bundan dolayı profesyonelliğin ölçütü, yapılması gereken işi mükemmel şekilde sonuçlandırabilmektir. Profesyonellik, hemşirenin çeşitli meslek grupları arasında yetenek, bilgi-becerisini kullanarak mesleğini gerçekleştirmesinde önemlidir. Bu kavram kaliteli hasta bakımı ve mesleki standartların meydana getirmesinde büyük önem arz etmektedir. Mesleki profesyonellik kişiye tesirinin beraberinde kurumu ve ordaki görevlerin aksaklığa uğramasına veya nitelik olarak azalmasına, hizmet sağlayan ve sağlanan kişilerin hoşnutsuzluğuna bağlı olarak problemlere sebep oluşturmaktadır (76). Literatür incelendiğinde Bozkurt ve ark.'larının (77) yaptığı çalışmaya göre hemşirelerin %70,3'ünün yoğun bakımda çalışmayı kendi tercih ettiği 63,9'unun yoğun bakımda çalışmaktan memnun olduğu %24,3'ünün branşa özgü yayın takibi yaptığını bulmuştur. Dikmen ve ark.'larının (78) "Hemşirelerin Profesyonel Tutumları ile Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"adlı çalışmasında hemşirelerden bilimsel etkinliklere katılanların, diğerlerine göre profesyonel tutumları daha fazla ve anlamlı bulundu ($p<0.05$). "Bilimsel toplantılara katılma" ve "meslekten memnuniyet" durumlarının profesyonel tutumu pozitif olarak etkilediği bulunmuştur. Çalışmamız ve Bozkurt ve ark.'larının çalışması paralel özellikler göstermektedir. Bu durum çalışılan birimin kişilerin tercihinin olması Profesyonellik tutumlarıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin haftalık çalışma süresi ile Ortaklık alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta, haftalık çalışması 40 saat ve altındakilerin 41 ile 48 saat arasında çalışanlara göre ortaklık puan ortalamalarının daha az olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4). Ortaklık kavramı hemşirenin işbirliğini anlatmaktadır. Hemşirelerde işbirliği, birlikte bir amaca yönelik (hasta bireyin iyileşmesi) çeşitli branştaki sağlık ekibinin bulunduğu sağlık profesyonellerinin birbiriyle olan görüşme ve etkileşimi kapsayan bir süreci ifade etmektedir (79). Yoğun bakım birimlerinde kritik düzeyde hasta takibi olduğundan ve çeşitli sağlık profesyonellerinin ekip olarak hizmet sağlamasından dolayı ekip işbirliğinin niteliği hastanın sağlığına kavuşmasında önemlidir. İşbirliğiyle hasta takip ve tedavisinde devamlılık oluşturularak tekrarlayıcı işlemler önlenmekte, hastaların yatış süreleri azalmakta, süre ve maddi kazanç yönünden olumlu etkileri olmaktadır (80). Ölçekte "Gelişimsel destek için diğer hemşire ve sağlık profesyonelleriyle iletişim kurma ve preterm yenidoğan hakkında önemli bilgileri ebeveyn ile paylaşma" maddeleri hemşirenin ortaklık kavramını ölçmek için kullanılmıştır. Haftalık çalışma saatinin artmasıyla ortaklık puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Bu durum bize Hemşirelik mesleğinde işbirliğinin kullanılma sıklığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi ve Temel Yenidoğan Eğitimi alma durumlarına göre H-GDYÖ toplam, Çevresel Destek ve Etkileşim alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.4.1). Çalışmamızda yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikası ($64,77\pm7,59$) ve temel yenidoğan eğitimi alan hemşirelerin H-GDYÖ puanlarının ($66,53\pm5,97$) yüksek ve birbirine yakın değerlerde olduğu saptanmıştır. Bu eğitimleri alan hemşirelerin çevresel destek için; “yenidoğan ağladığında titrediğinde fizyolojik stabilitesi için dokunuş yaparak postural destek yaptığı, kuvvüzü parlak ışıklardan koruyarak uyku döngülerini desteklediği, preterm bebeklerin postüral desteği için yastık ve battaniye kullandığını” maddelerini işaretlemişlerdir. Etkileşim boyutunda ise; “preterm bebeğin beslenme yanıtına göre beslenme tekniği uyguladığı, preterm yenidoğanın gelişimi ve sağlık durumu için sorumluluk duyduğu, pretermin durumu ve ihtiyacı hakkında davranışsal ipuçları göstereceğini düşündükleri” maddelerini işaretlemişlerdir. Literatür incelendiğinde, Kundak ve arkadaşlarının (81) yaptığı çalışmada hemşirelerin uzmanlık eğitimine uygun biriminde çalışanlarda ($n=12$) toplam Minnesota iş tatmin puanı 69.3 ± 16.0 , isteği dışında çalışanlarda ($n=49$) ve 59.9 ± 14.3 , isteğiyle birimde çalışan hemşirelerde ($n=68$) ve 62.0 ± 17.0 olarak bulmuştur ($p=0,030$). Bebek intrauterin ortamdan ekstrauterin ortama geçtikten sonra kuvvöze konulduğunda YYBÜ ’nün duysal ve fiziksel çevresiyle (ses, ışık, ısı, dokunma, koku/tat) karşılaşmaktadır. Nörogelişimsel açıdan çevre yenidoğan için çok önemli olduğundan bebeğin gelişimini destekleyecek şekilde çevrenin düzenlenmesi ve zarar verecek uyaranların minimuma indirilmesi önemlidir (29).

Hemşirelerin Yenidoğan ile ilgili Eğitim Alma, Neonatal Resisütasyon Programı Eğitimi ve Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi alma durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4.1). Literatür incelendiğinde, Ayaz’ın (82) yaptığı çalışmada hemşirelerin “Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği” (HİYKÖ) toplam puan ortalaması ile eğitim/ sertifika programına katılma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kobyay Bulut’un (83) “pediatri hemşirelerinin eleştirel düşünme beceri düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi” amacıyla 133 hemşireyle yaptığı çalışmada pediatri hemşirelerinin yaklaşık 1/3’ünün sertifikasının olduğu, hemşirelerin tamamına yakınının kurumdaki hizmet içi eğitime katıldığı, yaklaşık dörtte birinin bilimsel yayın okuduğunu bulmuştur. Çalışmada pediatri hemşirelerinin alanıyla ilgili sertifika sahibi olma durumuna göre “California Eleştirel Eğilimleri Ölçeği” (CEDEÖ) toplam puanıyla

sertifikası olan ve olmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). CEDEÖ puan ortalaması 240'ın altında $220,40\pm 23,85$ bulunduğundan düşük olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızın bulguları Ayaz'ın çalışma bulgularıyla paralellik göstermekte Kobya Bulut'un çalışmasıyla farklılık göstermektedir. Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Hemşirelerin Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi almak isteme durumlarına göre H-GDYÖ toplam, Çevresel Destek, Etkileşim ve Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.4.2). Çalışmamızda Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi eğitimi almak isteyen hemşirelerin Çevresel Destek, Etkileşim ve Eleştirel Düşünme alt boyut puanlarıyla toplam H-GDYÖ puanlarının yüksek olması hemşirelerin bu model hakkında bilgi sahibi olduklarını ve klinikte uyguladıklarını gösterir. Ebeveyn Destek, Profesyonel Destek ve Ortaklık alt boyut puanlarının diğerlerine göre düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen bütün hemşirelerin H-GDYÖ toplam puan ortalaması 62.66 ± 7.60 ; Çevresel Destek alt boyut puan ortalaması 13.57 ± 1.85 ; Ebeveyn Destek alt boyut puan ortalaması 9.18 ± 1.94 ; Etkileşim alt boyut puan ortalaması $10,57\pm 1,42$; Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalaması 10.36 ± 1.50 ; Profesyonel Destek alt boyut puan ortalaması 9.18 ± 1.74 ; Ortaklık alt boyut puan ortalaması 9.79 ± 1.62 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.3).

Tablo 12'de hemşirelerin Gelişimsel Destek Yeterliliklerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamı özellikler üzerindeki etkisini araştırmak üzere yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=4.476$, $p<0.001$). Hemşirelerin Gelişimsel Destek Yeterliliklerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamı özellikler üzerindeki düzeyinin %12.0'ını açıklamaktadır. Beta katsayılarına bakıldığında, tüm bağımsız değişkenlerin Gelişimsel Destek Yeterliliklerine ilişkin algı düzeylerini açıklamadığı görülmektedir. En yüksek beta değerine sahip mezun olunan okul ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği yapmaktan memnun olma durumları en önemli bağımsız değişken olduğu söylenebilir (Tablo 4.4.4). H-GDYÖ ile Türkiye'de çalışma yapılmadığından ve Yurtdışında bu ölçek ile yapılan çalışmada ise regresyon analizi yapılmadığından bu tablo tartışılmadı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

YYBÜ Çalışan Hemşirelerin Yenidoğanın Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakıma Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

Hemşirelerin yaş ortalamasının 27.94 ± 6.63 olduğu, %38.8'inin yaşının 21 ile 24 arasında olduğu, büyük bir kısmının bekar ve %44.3'ünün sağlık meslek lisesi mezunu olduğu görüldü.

Hemşirelerin büyük kısmının meslekte çalışma süresinin 6-10 yıl arasında değiştiği, %42.7'sinin YYBÜ'de çalışma süresinin 1 ile 5 yıl arasında olduğu bulundu.

Hemşirelerin yaklaşık yarısının haftalık çalışma süresinin 41-48 saat olduğu, %78'inin vardiyalı olarak çalıştığı ve hemşirelerin yarısından fazlasının mesleğini isteyerek seçtiği bulundu.

Hemşirelerin %78.8'inin çalıştığı birimi kendi seçtiği, 87.1'inin YYBÜ hemşireliği yapmaktan memnun olduğu bulundu.

Hemşirelerin %68.6'sının yenidoğan ile ilgili eğitim aldığı; alınan eğitimlerden %54.1'inin NRP, %9.8'inin YBDGB eğitimi, %20.8'inin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi, %11.8'inin anne sütü eğitimi, %5.9'unun temel yenidoğan eğitimi aldığı belirlendi.

Hemşirelerin %81.6'sının yenidoğan ile ilgili eğitim, %53.3'ünün yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi ve %45.5'inin YBDGB eğitimi almak istediği görüldü.

Hemşirelerin mezun olunan okula göre H-GDYÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde sağlık meslek lisesi mezunlarının H-GDYÖ toplam puanının (65.01 ± 6.90) lisans mezunlarına (60.40 ± 7.24) göre istatistiksel açıdan anlamlı ve yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Hemşirelerin mezun olunan okula göre Çevresel Destek, Ebeveyn Destek, Eleştirel Düşünme ve Ortaklık alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında sağlık meslek lisesi

mezunlarının bu alt boyutlardaki puan ortalamalarının lisans mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak belirlendi.

Hemşirelerden 21 ile 24 yaş aralığında olanların (9.46 ± 1.75) 29 yaş ve üstünde olanlara (8.58 ± 2.09); 25-28 yaş (9.42 ± 1.89) 29 yaş ve üstünde (8.58 ± 2.09) olanlara göre Ebeveyn Desteği alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak belirlendi ($p < 0.05$).

Hemşirelerin yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre H-GDYÖ toplam puanı (63.18 ± 7.28) ve Çevresel Destek alt boyut puan ortalamaları (13.69 ± 1.83) istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak belirlendi ($p < 0.05$).

Hemşirelerin mesleğini isteyerek seçme ve yenidoğan yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak belirlendi ($p < 0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı birimini kendisi seçenlerin Profesyonel Destek alt boyut puan ortalamaları (9.32 ± 1.70) istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak belirlendi ($p < 0.05$).

Hemşirelerin haftalık çalışma süresi 40 saat ve altında olanların Ortaklık alt boyut puan ortalamaları (9.26 ± 1.77), 41-48 saat olanlara (9.96 ± 1.48) göre daha düşük ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak belirlendi ($p < 0.05$).

Hemşirelerin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi ve temel yenidoğan eğitimi alma durumlarına göre H-GDYÖ toplam, Çevresel Destek ve Etkileşim alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Hemşirelerin yenidoğan ile ilgili eğitim alma, neonatal resüsitasyon programı eğitimi ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimi alma durumlarına göre Eleştirel Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p < 0.05$).

Hemşirelerin YBDGB eğitimi almak isteme durumlarına göre H-GDYÖ toplam puan ortalaması (64.12 ± 7.34), Çevresel Destek (13.95 ± 1.71), Etkileşim (10.81 ± 1.27) ve Eleştirel Düşünme (10.57 ± 1.41) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlendi ($p < 0.05$).

6.2. ÖNERİLER

YYBÜ gibi özellikli bir birimde çalışacak hemşirelerin seçiminde gönüllülük ve yeterlilik göz önünde bulundurulmalı,

YYBÜ’de çalışan hemşirelerin tümünün Sağlık Bakanlığı Genelgeleri ve Hemşirelik Kanunu’nda belirtilenlere uygun şekilde minimum bir yıl yoğun bakımda görev almış olmaları, yenidoğan yoğun bakım eğitimi almaları sağlanmalı, hastane birimlerine özgü eğitimlerin güncellenmesi,

Hastane yönetiminin BDGB eğitime önem vermesi, bütün YYBÜ hemşirelerine BDGB eğitimi verilmesi,

YYBÜ’de çalışan hemşirenin bireyselleştirilmiş destekleyici, gelişimsel bakıma yönelik tutumlarını ölçmek için daha kapsamlı ölçekler kullanılabilir.

6.3. SINIRLILIKLAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin gönüllü olması ve veriler pandemi sürecinde toplandığından görüşmelerin sağlandığı yerlerde sosyal mesafenin korunmasına, maske kullanılarak iletişim kurmaya çalışmak araştırmanın sınırlılıklarındandır

KAYNAKLAR

1. UNICEF (2018). Level and trends in child mortality report. Erişim adresi: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/09/UN-IGME-Child-Mortality-Report2018.pdf>
2. Türkiye İstatistik Kurumu (2019). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
3. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2019). Haber Bülteni Erişim adresi : <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/39024/0/haber-bulteni-2019pdf.pdf>
4. Çağlar S., Dur Ş., Düzkaya DS., Özkan TK., Torun N., Çiğdem Z., Yıldız S., Balcı S., Gözen D., Kerimoğlu Yıldız G. (2019). Türkiye’deki yenidoğan hemşirelerinin profilleri ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakıma yönelik uygulamaları. *Jaren*.5(2):132-140
5. World Health Organisation. Preterm Birth. URL: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> Erişim Tarihi: 28.02.2019
6. Eras Z., Atay G., Şakrucu E. D., Bingöler E. B., Dilmen, U. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 47(3): 97-103.
7. Aarnoudse-Moens C.S.H., Weisglas-Kuperus N., Van Goudoever J. B., Oosterlaan, J. (2009). Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children. *Pediatrics*.124(2), 717–728.
8. Tutar Güven Ş., Kaya A., İşler Dalgıç A. (2019). Preterm Bebeklerde Gestasyonel Haftalara Göre Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Uygulamaları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 12(4):283-293.
9. Moody C., Callahan T.J., Aldrich H., Gance-Cleveland B., Sables-Baus S. (2017). Early Initiation of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) Reduces Length of Stay: A Quality Improvement Project. *Journal of Pediatric Nursing*.(32):59-63.
10. Symington A., Pinelli J. (2006). Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*.(2):CD001814.
11. Yiğit R., & Üğücü G. (2019). Yüksek Riskli Yenidoğan ve Bakımının Tarihsel Gelişimi: Dünya ve Türkiye. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*.3(3): 200-211.

12. Güler S.(2020). *Preterm bebeklerde oral motor uyarımın emme kapasitesine etkisi*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). HKU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.
13. Kaynak S., Bal Yılmaz H., Başbakkal Z. & Yardımcı F. (2020). Yenidoğan Yoğun bakım Ünitesinde Gelişimsel Bakım. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.15(3):82-87.
14. Dündar SA., Bayat M., Erdem E. (2011). Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20(2):137-142.
15. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Resmi Gazete 21 Ağustos 2020 Sayı:31220. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7.htm>
16. Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm>
17. Ohlsson A., Jacobs S.E.(2013). NIDCAP: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Pediatric*.131(3): e881–e893.
18. Gibbins S., Hoath S. B., Coughlin M., Gibbins A., Franck L. (2008). The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*. 8(3):141-147.
19. Als H. (1986). A Synactive Model of Newborn Behavior Organization: Physical and Occupational Therapy *Pediatrics*. 6(3-4):3-53.
20. Sarı H.Y., Çiğdem Z. (2013).Gebelik Haftalarına Göre Gelişimsel Bakımının Planlanması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*.6(1):40-48.
21. İncekar M.Ç., ve Gözen D. (2019). Preterm Bebeklerde Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım. *Sağlık ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2(1):16-21.
22. Smith K., Buehler D., Hedlund R., Kosta S. ve Als H. (2011). NIDCAP nursery certification program (NNCP): A guide to preparation, application and implementation of NIDCAP nursery certification. Erişim adresi: <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2013/11/NNCP-Guide-7Jul11.pdf>

23. Anand KJS., Scalzo FM.(2000). Can Adverse Neonatal Experiences Alter Brain Development and Subsequent Behavior? *Neonatology*.77(2): 69-82
24. Taş Arslan F., Akkoyun S. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişimsel Bakım Model ve Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* .8 (4) : 468-473 .
25. Chen LC., Wu YC., Hsieh WS. (2013). "The effect of inhospital developmental care on neonatal morbidity, growth and development of preterm Taiwanese infants: A randomized controlled trial." *Early Hum Dev*.89 (5): 301-6.
26. Kaffashi F., Scher MS., Ludington-Hoe SM., Loparo KA. (2013). "An analysis of the kangaroo care intervention using neonatal EEG complexity: a preliminary study." *Clin Neurophysiol*. 124 (2): 238-46.
27. Burke S. (2018). "Systematic review of developmental care interventions in the neonatal intensive care unit since 2006." *J Child Health Care*.22 (2): 269-286.
28. Nathan LM., Tuomi SK., Müller AM., Kirsten GF. (2008).Noise levels in a neonatal intensive care unit in the Cape Metropole. *South African Journal of Child Health*. 2(2):50-4.
29. Altimier L.,Phillips RM.(2013).The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Essential Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Baby Nursing Reviews*. 13(1): 9–22.
- 30.Vandenberg KA.(2007).Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: a practice guideline. *Early Hum Dev*.83(7):433-42.
31. Begum, E.ara., Bonno M., Obata M., Yamamoto H., Kawai., M., Komada Y. (2006). Emergence of physiological rhythmicity in term and preterm neonates in a neonatal intensive care unit. *Journal of Circadian Rhythms*. 4(0):11.
32. Coughlin M., Gibbins S., Hoath S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*.65(10):2239–2248.
33. Lasky R. E., Williams A. L. (2009). Noise and Light Exposures for Extremely Low Birth Weight Newborns During Their Stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*.123(2):540–546.

34. Aucott S., Donohue P. K., Atkins E., Allen M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(4), 298–308.
35. American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health (1997) Noise: A hazard for the fetus and newborn. *Pediatrics*. 100:724-727
36. Wachman E.M., & Lahav A. (2010). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 96(4): F305–F309.
37. Slevin M. (2000). Altering the NICU and measuring infants' responses. *Acta Paediatrica*. 89(5): 577–581.
38. Ramesh A., Suman Rao P. N., Sandeep G., Nagapoornima M., Srilakshmi V., Dominic M., & Swarnarekha. (2009). Efficacy of a low cost protocol in reducing noise levels in the neonatal intensive care unit. *The Indian Journal of Pediatrics*. 76(5): 475–478.
39. Bremmer P., Byers JF., Kiehl E.(2003).Noise and the premature infant: Physiological effects and practice implications. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 32(4):447-54.
40. Joseph A, Ulrich R.(2007).Sound control for improved outcomes in healthcare settings. *The Center for Health Care Design*.4:1-15
41. Vanden Hoogen A., Teunis C.J., Shellhaas R. A., Pillen S., Benders M., Dudink, J. (2017). How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review. *Early Human Development*. 113:78–86.
42. Arpacı T., Altay N. (2017). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım: Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(3).
43. Pinelli J, Symington A. (2005).Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. (4):CD001071.
44. Kurt Sezer H., Küçükoğlu S. (2020). Preterm bebeklerde oral-motor fonksiyonların gelişimini destekleyici uygulamalar . *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi* .8 (1) :141-149
45. Foster JP., Psaila K., Patterson T. (2016).Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 10(10):CD001071.

46. Gözen D., Girgin B.A. (2017). Preterm bebeklerde oral beslenmeyi destekleyici kanıta dayalı girişimler. *Clinical and Experimental Health Sciences*.7(4):171-174.
47. Eroğlu A., Arslan S. (2018). Yenidoğanda Ağrının Algılanması, Değerlendirilmesi ve Yönetimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* .8 (1) : 52-60.
48. Dinçer Ş., Yurtçu M., Günel E. (2011). Yenidoğanlarda ağrı ve nonfarmakolojik tedavi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*. 27(1): 46-51.
49. Aslan M. (2015). *Topuk kanı alınmasıyla oluşan ağrı düzeyine farmakolojik olmayan yöntemlerin etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.İstanbul
50. Özçevik D., Ocakçı A. F. Yenidoğanda ağrı: değerlendirme, yönetim ve hemşirenin rolü. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*.18(1): 18-26.
51. Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; American Academy of Pediatrics Section on Surgery; Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee, Batton DG., Barrington KJ., Wallman C.(2006).Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*. 118(5):2231-41.
52. Stevens B., Yamada J., Lee GY., Ohlsson A.(2013). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 31(1):CD001069.
53. Bueno M., Yamada J., Harrison D., Khan S., Ohlsson A., Adams-Webber T., Beyene J., Stevens B.(2013). A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates. *Pain Res Manag*. 18(3):153-61.
54. Pillai Riddell RR., Racine NM., Gennis HG., Turcotte K., Uman LS., Horton RE., Ahola Kohut S., Hillgrove Stuart J., Stevens B., Lisi DM.(2015).Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(12):CD006275.
55. Kurdahi Badr L., Demerjian T., Daaboul T., Abbas H., Hasan Zeineddine M., Charafeddine L.(2017).Preterm infants exhibited less pain during a heel stick when they were played the same music their mothers listened to during pregnancy. *Acta Paediatr*.106(3):438-445.
56. Atal, H. (2019). *Yenidoğanlarda topuk kanı alma sırasında oluşan ağrıya anne kokusu ve amniyotik sıvı kokusunun etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi).Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

57. Jeong Soon K., Hee Sun S. (2016).Development of the Developmental Support Competency Scale for Nurses Caring for Preterm Infants. *J Korean Acad Nurs.* 46(6):793-803.
58. Kahraman A, Ceylan SS. (2020).Psychometric Properties of the Turkish Version of the Developmental Support Competency Scale for Nurses (DSCS-N) . *Journal of Pediatric Nursing.*54:47-52.
59. Aydın D., Karaca Çiftçi E. (2015). Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Erken Yenidoğanlara Uygulanacak Terapötik Pozisyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeyi . *Güncel Pediatri* .13 (1) : 21-30 .
60. Keskin M.(2018).*Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin gelişimsel bakıma yönelik bilgilerinin incelenmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).Harran Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep
61. Varlı G.(2016).*Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları*, (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
62. Karagöz E.(2019).*Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin iş-yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). HKU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.
63. Nacar S.(2019).*Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları iş yükünün aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarına etkisi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). HKU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.
64. Karadaş G.E.(2010).*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Preterm Bebekler Uygulanacak Terapötik Pozisyonlar Konusunda Farkındalık Düzeyinin Arttırılması*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü,İstanbul.
65. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü.Sağlık Bakım Hasta Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı
Erişim adresi:<https://khgmsaglikbakimdb.saglik.gov.tr/TR-34300/genel-mudurlugumuz-tarafindan-yurutulen-sertifikali-egitim-programlari.html>
66. T.C.Sağlık Bakanlığı.Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
<https://shgm.saglik.gov.tr/TR,86003/yenidogan-canlandirmaneonatal-resusitasyon-programi-nrp-uygulayici-sertifikali-egitim-programi-standardi.html>

67. Park J., Kim, J.S. (2019). Factors influencing developmental care practice among neonatal intensive care unit nurses. *Journal of Pediatric Nursing*.
68. Arslan Gürol G., Demir Y., Khorshid L., Eşer İ. (2009). Hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimini etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(1):72-80.
69. Hemşirelik Kanunu 6283
Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=502:6283
70. Çelik A., Karaca A. (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 14 (4): 254-263
71. Durmuş S., Günay O. (2007). Hemşirelerde iş doyum ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 29(2):139-146.
72. Kahraman G., Engin E., Dülgerler Ş. (2011). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 4(1):12-18
73. Aytekin A., Kurt Yılmaz F. (2014). Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde çalışan hemşirelerde iş doyum ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*. 4(1):51-58
74. Küçükçüçlü Ö., Kanbay Y. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ile klinik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(3)
75. Çelik S., Ümit Ü., Saruhan S. (2012). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 20(3): 193-199.
76. Bozkurt G., Ören B., Zengin N., Ergün Y., Afacan S. A., Madenoğlu Kıvanç M., Keskin G.K., Kıraner E.K. (2019). Bir Kamu Üniversitesine Bağlı Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Profili. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 23 (2) : 73-80

77. Dikmen Y., Yönder M., Yorgun S., Usta Y. Y., Sema Umur., Aytekin A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Tutumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* .17 (3).
78. Çelik Durmuş S., Yıldırım A. (2018). Hemşireler Arası İşbirliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 5(3): 210-216.
79. Düzgün F., Yılmaz D.U., Karaman D., Çınar H. G., Dikmen Y., Yılmaz D. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 9(1):32-36
80. Kundak Z. , Taş H.Ü., Keleş A., Eğicioğlu H. (2015). Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelik Mesleğinde İş Tatmini ve Motivasyon. *Kocatepe Tıp Dergisi*.16 (1) : 1-10
81. Ayaz S, Beydağ K.D. (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler: Balıkesir örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*.2(1):60-69.
82. Kobya Bulut H., Bulut A.(2020).Pediatri hemşirelerinin eleştirel düşünme eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler.*Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*.12(1):37-48





















ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Ek 4



SAYIN KATILIMCI; Bu çalışma Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin yenidoğanın bireyselleştirilmiş, destekleyici, gelişimsel bakıma yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Elde edilen bilgiler çalışmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Sevgi BOZLAR
Yüksek Lisans Öğrencisi

VERİ TOPLAMA FORMU

1. Doğum Yılıınız:.....
2. Medeni durumunuz: a) Bekar b) Evli
5. En son mezun olduğunuz okul:
a) Sağlık meslek lisesi b) Ön lisans c) Lisans d) Lisansüstü
4. Hemşirelik mesleğinde çalışma yılınız:.....
5. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışma yılınız:.....
6. Haftalık çalışma süreniz:..... saat
7. Çalışma şekliniz:
a) Sürekli gündüz b) Sürekli gece c) Vardiya d) Diğer belirtiniz...
8. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
9. Çalıştığınız üniteyi kendiniz mi seçtiniz?
a) Evet b) Hayır
10. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği yapmaktan memnun musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
11. Yenidoğan ile ilgili hangi eğitimleri aldınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
a) NRP (Neonatal Resüstasyon Programı)
b) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi
c) Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi
d) Diğer (Belirtiniz).....
12. Yenidoğan ile ilgili eğitimlerden herhangi birini almadıysanız hangi/hangilerini almak istesiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
a) NRP (Neonatal Resüstasyon Programı)
b) Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi
c) Yenidoğan Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Eğitimi
d) Diğer (Belirtiniz).....

HEMŞİRELER İÇİN GELİŞİMSEL DESTEK YETERLİLİK ÖLÇEĞİ (H-GDYÖ)

Aşağıdaki maddeler yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre yenidoğan bakımını gerçekleştiren hemşirelerin gelişimsel destekleyici uygulamalarını açıklamaktır. Lütfen her bir madde için bir kutucuğu işaretleyerek hemşirelik davranışınıza ilişkin aşağıdaki maddeleri değerlendirin.

	Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Her zaman
1	Göz teması ve okşama gibi pozitif duyuşsal uyarın sağlarım.				
2	Yenidoğan ağladığında ve titrediğinde, fizyolojik stabilitesi için yumuşak dokunuş ve postüral destek sağlarım.				
3	Kuvözü parlak ışıktan koruyarak, uyku döngülerini korumak ve uyku kesintilerini önlemek için çaba sarf ederim.				
4	Prematüre yenidoğanın postüral desteği için yastık ve battaniye kullanırım.				
5	Ebeveynlerin hemşirelik bakımı planı hakkındaki görüşüne saygı duyarım.				
6	YYBÜ'indeki ziyaret saatlerinde ebeveynlerle birlikte olmak için çaba sarf ederim.				
7	Prematüre yenidoğanın gelişimi hakkında ebeveynin bilgi ihtiyacı ve endişesi hakkında soru sorarım.				
8	Prematüre yenidoğanın beslenme yanıtına göre besleme tekniği uygularam.				
9	Prematüre yenidoğanın gelişimi veya sağlık durumu hakkında sorumluluk duyarım.				
10	Prematüre yenidoğanın, durumu veya ihtiyacı hakkında davranışsal ipuçları gösterebileceğini düşünürüm.				
11	Yenidoğan bakımına karar vermede büyüme ve gelişme bilgisini bütünleştiririm.				
12	Prematüre yenidoğanın bakımı için yenidoğan gelişimi ile ilgili bilgilerden yararlanırım.				
13	Bakım ve öncelikleri gelişimsel ihtiyaçlarıyla uyumlu olarak değiştiririm.				
14	Hemşirelik uygulamaları için güncel bilgilerden yararlanırım.				
15	Prematüre yenidoğanın beslenme yeterliliğini desteklemek için ebeveynleriyle iletişim kurarım ve eğitirim.				
16	Kendi öğrenme planıma göre konferansa ve seminerlere katılırım.				
17	Düşüncemi, karşıt görüşe sahip birini rahatsız etmeden ifade edebilirim.				
18	Gelişimsel destek için diğer hemşireler ve sağlık profesyonelleriyle iletişim kurarım.				
19	Prematüre yenidoğan hakkında önemli bilgileri ebeveynler ile paylaşıram.				



GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş, Destekleyici, Gelişimsel Bakıma Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi adlı çalışmayı yürütmekteyiz. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size sosyo-demografik bilgilerinizi ve Hemşireler İçin Gelişimsel Destek Yeterlilik Ölçeği (DSCS-N) 'ne yönelik sorular soracağız. Çalışma boyunca elde edeceğimiz bilgiler, sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Sorulara verdiğiniz tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gerekli görülürse incelenecektir.

Bu çalışmaya katılmanızı ve bu bilgileri benimle paylaşmanızı arz ediyorum. Yardımlarınız için teşekkür ederim

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün

Adı:

Soyadı:

İmzası :

Adresi :

Telefon Numarası:

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı: Sevgi

Soyadı: BOZLAR

İmzası

İNTİHAL RAPORU



ARAşTIRMACININ ÖZGEÇMİşİ

