



Türkiye'deki Yenidoğan Hemşirelerinin Profilleri ve Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakıma Yönelik Uygulamaları

Profiles and Interventions on Individualized Developmental Care of Neonatal Nurses in Turkey

Seda ÇAĞLAR¹®, Sadiye DUR¹®, Duygu SÖNMEZ DÜZKAYA²®, Tuba KOÇ ÖZKAN³®
Nazan TORUN⁴®, Zerrin ÇİĞDEM⁵®, Suzan YILDIZ¹®, Serap BALCI¹®, Duygu GÖZEN¹®
Gizem KERİMOĞLU YILDIZ⁶®

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye

³Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Adıyaman, Türkiye

⁴Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hizmet İçi Eğitim Birimi

⁵Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep, Türkiye

⁶Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Hatay, Türkiye

ÖZ

Amaç: Araştırma; Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı kurumların Yenidoğan ünitelerinde görev yapan hemşirelerin profillerini ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakıma yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın verileri Ocak-Mayıs 2015 tarihleri arasında Türkiye'nin 79 ilindeki 2.965 yenidoğan hemşiresinden anket formu aracılığıyla toplandı. Elde edilen verilerin analizinde yüzdelik, aritmetik ortalama, Pearson ki-kare ve varyans analizi (ANOVA) kullanıldı.

Bulgular: Türkiye'deki yenidoğan hemşirelerin yaş ortalamalarının 31,84±6,60 yıl, %60,7'sinin çalışma deneyiminin 0-4 yıl, %52,8'inin lisans mezunu, %83,6'sının bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlendi. Hemşirelerin eğitim, sertifika programlarına katılım ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulama durumları arasındaki farkların bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,001).

Sonuç: Türkiye'deki yenidoğan hemşirelerinin bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yaklaşımı konusunda bilgi sahibi oldukları ancak uygulamaların halen yeterli düzeyde olmadığı, hemşirelerin eğitim durumları ve uyguladıkları yöntemlerin bölgeler arasında farklılıklar gösterdiği belirlendi.

Anahtar kelimeler: Yenidoğan hemşireliği, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım, ağrı yönetimi, aile merkezli bakım, hemşirelik bakımı, hemşire profili

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine profiles and interventions of neonatal nurses on individualized developmental care in Neonatal Units of the Health Institutes Affiliated with Ministry of Health in Turkey.

Methods: This descriptive study was carried from January to May 2016 through questionnaire survey forms gathered from 2965 neonatal nurses in 79 provinces of Turkey. Percentage, arithmetic mean, Pearson chi-square and analysis of variance (ANOVA) were used in the analysis of the obtained data.

Results: The mean age of neonatal nurses was 31.84±6.60 years, and 60.7% of them had a work experience of 0-4 years While 52.8% of them had a bachelor's degree, and it has been determined that 83.6% of them had been informed of individualized developmental care. It was found that nurses' educational level, and their participation in certificate programs and individualized developmental care were statistically significantly different between the regions (p<0.001).

Conclusion: It has been determined that neonatal nurses in Turkey are knowledgeable about individualized care approach but their practices were still not at an adequate level., the educational status of nurses and the methods they applied showed differences between among regions.

Keywords: Neonatal nursing, individualized developmental care, pain management, family-centered care, nursing care, nurse profile

Yazışma adresi: Dr. Sadiye Dur, İstanbul Üniversitesi-Florence Nightingale Hem. Fa, Abide-i Hürriyet Cad. Şişli - 34381 - İstanbul - Türkiye

e-posta: sadiye_fb@hotmail.com

doi: 10.5222/jaren.2019.42104

ORCID numaraları

S.Ç. 0000-0001-8768-9282, S.D. 0000-0001-9272-3561, D.S.D. 0000-0002-1815-8821, T.K.O. 0000-0003-4740-147X,

N.T. 0000-0003-1793-3248, Z.Ç. 0000-0001-8193-9877, S.Y. 0000-0002-2528-2185,

S.B. 0000-0001-8915-6690, D.G. 0000-0001-9272-3561, G.K.Y. 0000-0002-6850-7233

Alındığı tarih: 11.01.2019

Kabul tarihi: 19.03.2019

GİRİŞ

Türkiye’de neonatal ölüm hızının son 5 yılda 1.000 canlı doğumda 13’ten 7’ye düştüğü ve neonatal ölüm hızındaki düşme nedenlerinin; antenatal bakımların iyileştirilmesi, Yenidoğan ünitelerinin bilimsel ve teknolojik olarak gelişmesi, neonatolog sayılarının artması, yenidoğan hemşirelerine yönelik sertifika programlarının yaygınlaşmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Neonatal ölüm hızındaki düşüşe rağmen, dünyada her yıl yaklaşık 15 milyon preterm bebek dünyaya gelmekte ve bu sayı giderek artmaktadır. Dünya genelinde preterm doğum oranlarının %5-18 arasında değiştiği, ülkemizde ise %11,97 olduğu bildirilmektedir⁽¹⁻⁴⁾.

Neonatal dönem birçok organ ve sistemin immatür olması nedeniyle çeşitli komplikasyonlar açısından risk grubunu oluşturur. Bu özel gruba bakım veren hemşirelerin bilgili ve donanımlı olması risk oluşumunu azaltmakta ve bakımın kalitesini arttırmaktadır⁽⁵⁾. Yapılan çalışmalarda, risk grubundaki bebeklere uygun bakım verilmediği takdirde ilerleyen yıllarda dikkat, davranış, konuşma ve görsel-motor entegrasyon alanlarında sorun yaşadıkları belirtilmektedir. Bu doğrultuda, yenidoğanlara bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamalarıyla yaklaşım oldukça önemlidir^(6,7).

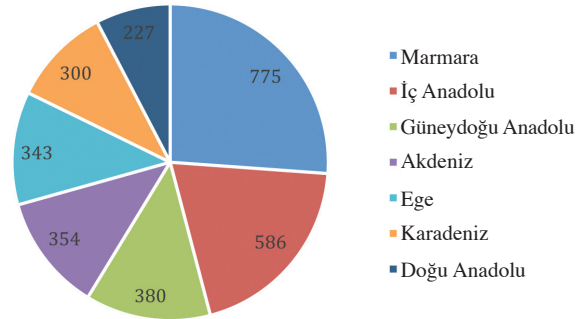
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesinde yenidoğan hemşirelerinin rolü büyüktür⁽⁷⁾. Yenidoğan hemşireleri, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında pretermilerin stres bulguları, ağrı ve uykuya geçiş sorunlarını azaltmak için çevresel uyaranları düzenleme ve aile merkezli bakım yaklaşımını uygulama rollerine sahiptirler⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Preterm doğumların artması ve uzun süreli hastane yatışlarının olması nedeniyle yenidoğan hemşirelerinin eğitimi, istihdamı, rol ve işlevlerinin etkili kullanımını oldukça önemlidir⁽¹¹⁾. Bu doğrultuda araştırma; Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı kurumların Yenidoğan ünitelerinde görev yapan hemşirelerin profillerini ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım hakkındaki farkındalıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Türkiye; Marmara, Ege, Akdeniz, Karadeniz, İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu olmak üzere toplam 7 bölge ve bu bölgelerdeki toplam 81 ilden oluşmaktadır. Araştırmanın evrenini, Türkiye’nin 7 bölgesinde yer alan 81 ildeki Sağlık Bakanlığına bağlı kurumların Yenidoğan ünitelerinde görev yapan tüm hemşireler oluşturdu (Şekil 1). Araştırmanın örneklemini ise, evren içinden anketleri yanıtlamaya gönüllü 78 ilden toplam 2.965 hemşire oluşturdu. Üç ilde (Sinop, Bilecik, Kastamonu) Yenidoğan Ünitesi olmadığı için bu iller araştırmaya dahil edilmedi.



Şekil 1. Bölgelere göre yenidoğan hemşirelerinin dağılımı.

Türkiye’de,

- Yenidoğan ünitelerinde görev yapan hemşirelerin genel özellikleri (yaş, medeni durumu, çalışma yılı, eğitim durumu, sertifika alma durumu, çalıştığı Yenidoğan Ünitesi düzeyi, hemşire-hasta oranı) nasıldır?
- Yenidoğan hemşireleri yenidoğanın bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımına yönelik hangi uygulamaları yapıyor?
- Yenidoğan hemşirelerinin eğitim durumları ile yaşadıkları bölgeler arasında fark var mı?
- Yenidoğan hemşirelerinin bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamaları ile yaşadıkları bölgeler arasında fark var mı?

Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu 16 sorudan oluşmaktadır. Anket içinde hemşirelerin demografik özelliklerine yönelik 8 soru (yaş, medeni durum, eğitim durumu, deneyim süresi, sertifika alma durumu, hemşire-hasta oranı), bireyselleş-

tirilmiş gelişimsel bakım girişimlerine yönelik 8 soru (bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım hakkında bilgi sahibi olma, uygulanan yöntemler, ağrı ölçeği kullanma, kullanılan nonfarmakolojik ağrı/geçirme yöntemleri, annelerin bebek bakımına aktif katılım durumları, annelerin üniteye kabul edilme sıklıkları, ünite içinde süt sağma odası varlığı) yer almaktadır.

Verilerin Toplanması

Anket formları Sağlık Bakanlığı tarafından 81 ildeki hastanelere dağıtıldı. Anketler hastanelerde sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü tarafından hemşirelere dağıtıldı. Hemşireler anketleri bireysel olarak yaklaşık 45 dk.'da yanıtladılar ve anketler doldurulduktan sonra Sağlık Bakanlığına posta yoluyla gönderildi.

Verilerin Analizi

Elde edilen veriler, İstanbul Üniversitesi lisanslı SPSS 21.0 paket programında uygun istatistik yöntemleri ile değerlendirildi. Araştırmada tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yüzdeler ve aritmetik ortalamanın yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda Pearson ki-kare ve bağımsız gruplarda varyans analizi (ANOVA) yöntemleri kullanıldı. Önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli Etik Kurul izni bir üniversite hastanesinin Etik Kurulundan alındı (Etik Kurul no: 10840098-604.01.01-E.1459 /387). Ayrıca Sağlık Bakanlığı ve bağlı kurumlardan gerekli kurum izinleri alındı. Çalışma kapsamındaki hemşireler araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerden "Bilgilendirilmiş Olur" belgesi alındı.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde; yaşlarının ortalaması $31,84 \pm 6,60$ yıl [18-55 yaş], %68,3'ünün evli, %60,7'sinin 0-4 yıl çalışma deneyimi, %52,8'inin lisans mezunu, %32'sinin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikası, %40,6'sının neonatal resüsitasyon sertifikası olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları Yenidoğan Ünitesi düzeyleri incelendiğinde; %36,6'sının 1. düzey, %20,3'ünün 2. düzey, %35,6'sının 3. düzey Yenidoğan Ünitesinde, %7,5'inin ise doğum odasında çalıştığı görülmüştür.

Hemşire-hasta oranına bakıldığında ise, hemşire başına düşen bebek sayısı ortalaması gündüz mesaisinde $4,22 \pm 2,95$ iken, gece mesaisinde $6,26 \pm 5,13$ olarak belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Yenidoğan Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N=2965).

Özellikler	mean±SD [Min-Max]	
Yaş (yıl) (n=2917)	31,84±6,60 [18-55]	
		Sayı %
Medeni durum (n=2955)		
Evli	2018	68,3
Bekar	937	31,7
YYBÜ deneyimi (n=2905)		
0-4 yıl	1763	60,7
5-9 yıl	724	24,9
10-14 yıl	258	8,9
15-19 yıl	106	3,6
20 yıl üzeri	54	1,9
Eğitim (2953)		
Sağlık Meslek Lisesi	395	13,4
Ön lisans	819	27,7
Lisans	1558	52,8
Yüksek Lisans	177	6,0
Doktora	4	0,2
Sertifika (n=2965)		
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası	950	32,0
Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP) Sertifikası	1203	40,6
YYBÜ düzey (n=2951)		
Düzye 1	1080	36,6
Düzye 2	599	20,3
Düzye 3	1051	35,6
Doğumhane	221	7,5
Hemşire-hasta oranı (mean±SD)		
Gündüz vardiyası (n=2914)	4,22±2,95	
Gece vardiyası (n=2906)	6,26±5,13	

Yenidoğan hemşirelerinin bireyselleştirilmiş gelişimsel bakıma yönelik uygulamaları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%83,6) bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım hakkında bilgi sahibi olduğu ve hemşirelerin ışığı azaltma (%81,5), kuvöz üzerini örtme (%77,4), gürtlüyü önleme (%78), yuvaya alma (51,6), sarmalama (%55,4), emzik verme (%51) yöntemlerini uyguladıkları, çoğunluğunun ağrı ölçeği kullanmadığı (%70,9), ancak nonfarmakolojik ağrı geçirme yöntemlerini uyguladığı (%70,9) ve ağrı verici işlemler sırasında sükröz verme (%54,1), sarmalama (%47,7), annenin emzirmesi (%43,6), anne ile tentene temas (%38) yöntemlerini uyguladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %68,3'ünün anneleri



bebeklerinin bakımına aktif olarak dahil ettiği, %56,7'sinin yalnızca emzirme saatleri geldiğinde anneleri üniteye kabul ettiği ve %80'inin ünitesinde annelerin dinlendiği ve süt sağabildiği odaların olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Yenidoğan Hemşirelerinin Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakıma Yönelik Uygulamaları (N=2965).

Uygulamalar	Sayı	%
Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım hakkında bilgi sahibi olma (n=2743)	2293	83,6
Evet	450	16,4
Hayır		
Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakıma yönelik uygulanan yöntemler *		
Işığı azaltma	2088	81,5
Küvöz üzerini örtme	1981	77,4
Gürültüyü önleme	1998	78,0
Yuvaya alma	1319	51,6
Sarmalama	1417	55,4
Emzik verme	1304	51,0
Diğer	52	3,2
Ağrı ölçeği kullanma durumu (n=2719)		
Evet	792	29,1
Hayır	1927	70,9
Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumu (n=2738)		
Evet	1941	70,9
Hayır	797	29,1
Ağrı yönetiminde uygulanan nonfarmakolojik yöntemler*		
Ağızdan şükroz verme	1290	54,1
Sarmalama	1136	47,7
Annenin emzirmesi	1039	43,6
Anne ile ten tene temas sağlanması	905	38,0
Diğer	39	1,7
Annelerin bebeklerinin bakımına aktif olarak katılma durumu (n=2897)		
Evet	1978	68,3
Hayır	919	31,7
Annelerin üniteye kabul edilme sıklığı (n=2879)		
Anne her istediğinde	350	12,2
Emzirme saatleri geldiğinde	1632	56,7
Kurumun belirlediği ziyaret saatlerinde	776	27,0
Diğer	121	4,2
Ünite içinde annelerin dinlendiği, süt sağabildiği oda varlığı (n=2894)		
Evet	2315	80,0
Hayır	579	20,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin yaşadıkları bölgelere göre eğitim durumları karşılaştırıldığında; tüm bölgelerde lisans mezunu hemşire oranlarının %48,5'in üzerinde olduğu ancak Güneydoğu Anadolu

(%20,2) ve Doğu Anadolu (%20) bölgelerinde sağlık meslek lisesi mezunu oranlarının diğer bölgelere göre yüksek olduğu, yüksek lisans eğitim oranının en yüksek olduğu bölgenin Marmara bölgesi (%10,2) olduğu, bölgelere göre hemşirelerin eğitim durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (χ^2 : 104.291; $p=0,000$) (Tablo 3).

Hemşirelerin yaşadıkları bölgelere göre Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı'na katılma durumlarının; Marmara (%36,9), Ege (%34,4) ve İç Anadolu (%33,4) bölgelerinde diğer bölgelerden daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (χ^2 : 32.922; $p=0,000$). NRP sertifika programına katılım durumu bölgelere göre değerlendirildiğinde; Akdeniz (%48,8) ve Karadeniz (41,6) bölgesinde katılımın diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (χ^2 : 20.360; $p=0,002$). Araştırma kapsamındaki hemşirelerde buldukları bölgelere göre hemşire-hasta oranları incelendiğinde; gündüz vardiyasında en yüksek oran Doğu Anadolu bölgesinde ($4,8\pm 3,1$) görülürken, bu oranın gece vardiyasında Akdeniz bölgesinde ($7,5\pm 8,3$) olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaşadıkları bölgelere göre bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamaları karşılaştırıldığında; bilgi sahibi olma durumu oranlarının %76,8'in üzerinde en yüksek Ege bölgesi (%89), en düşük Doğu Anadolu bölgesi (%76,8) olduğu belirlendi. Bölgelere göre bilgi sahibi olma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (χ^2 : 25.113; $p=0,000$). Bölgelere göre ağrı ölçeği kullanma durumları incelendiğinde; Marmara (%43,1), Ege (%46,6) ve İç Anadolu (%37,9) bölgesindeki hemşirelerin diğer bölgelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda ağrı ölçeği kullandığı, ağrı ölçeğinin en az kullanıldığı bölgenin Akdeniz bölgesi (%5,2) olduğu belirlendi. Bölgelere göre ağrı ölçeği kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (χ^2 : 320.619; $p=0,000$). Çalışmaya katılan hemşirelerin buldukları bölgelere göre ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının Ege (%84,4), Marmara (%80,4) ve İç Anadolu (%75,4) bölgesinde diğer bölgelerden daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (χ^2 : 150.011; $p=0,000$). Anneleri bakım

Tablo 3. Yenidoğan Hemşirelerinin Yaşadıkları Bölgelere Göre Eğitim, Sertifika Durumları ve Hemşire-Hasta Oranlarının Karşılaştırılması (N=2965).

BÖLGELER*	MB		İAB		GAB		AB		EB		KB		DAB		x ² ; p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim (n=2953)															
Sağlık Meslek Lisesi	34	4,7	75	12,8	77	20,2	34	9,6	35	10,2	35	11,6	45	20,0	
Ön lisans	172	24,1	182	31,2	87	22,8	127	35,8	117	34,4	96	32,0	38	16,9	
Lisans	435	61,0	291	49,9	207	54,4	172	48,5	174	51,1	150	50,0	131	58,4	104,291
Yüksek Lisans	71	10,2	34	5,8	9	2,6	21	6,1	13	3,8	19	6,4	10	4,7	0,000
Doktora	0	0	1	0,3	0	0	0	0	1	0,5	0	0	0	0	
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı'na katılım (n=2965)															
Katıldım (n=950)	286	36,9	196	33,4	80	21,0	101	28,5	118	34,4	97	32,3	72	31,7	32,922;
Katılmadım (n=2015)	489	63,1	390	66,6	300	79,0	253	71,5	225	65,6	203	67,7	155	68,3	0,000
Neonatal Resüsitasyon Programı'na (NRP) katılım (n=2965)															
Katıldım (n=1203)	329	42,4	232	39,5	131	34,4	173	48,8	132	38,4	125	41,6	81	35,6	20,360;
Katılmadım (n=1762)	446	57,6	354	60,5	249	65,6	181	51,2	211	61,6	175	58,4	146	64,4	0,002
Hemşire-hasta oranı (mean±SD)															
Gündüz	4,3±3,6		4,1±3,2		4,3±1,5		4,4±3,5		3,6±1,7		4,1±2,8		4,8±3,1		
Gece	6,9±6,6		5,8±3,0		5,9±2,3		7,5±8,3		5,1±2,8		6,3±4,2		5,6±3,3		

*MB: Marmara Bölgesi, İAB: İç Anadolu Bölgesi, GAB: Güneydoğu Anadolu Bölgesi, AB: Akdeniz Bölgesi, EB: Ege Bölgesi, KB: Karadeniz Bölgesi, DAB: Doğu Anadolu Bölgesi

χ²: Pearson Ki-kare analizi

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi

Tablo 4. Yenidoğan Hemşirelerinin Yaşadıkları Bölgelere Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Uygulamalarının Karşılaştırılması (N=2965).

BÖLGELER	MB		İAB		GAB		AB		EB		KB		DAB		x ² ; p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım hakkında bilgi sahibi olma (n=2743)															
Evet (n=2293)	585	82,8	451	84,7	265	80,5	281	80,9	302	89,0	240	88,8	169	76,8	25,113
Hayır (n=450)	121	17,2	81	15,3	64	19,5	66	19,1	37	11	30	11,2	51	23,2	0,000*
Ağrı ölçeği kullanma (n=2719)															
Evet (n=792)	304	43,1	196	37,9	53	16,2	18	5,2	158	46,6	39	14,5	24	11,0	320,619
Hayır (n=1927)	401	56,9	321	62,1	273	83,8	327	94,8	181	53,4	230	85,5	194	89,0	0,000*
Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma (n=2738)															
Evet (n=1941)	569	80,4	402	75,4	197	61,3	197	56,7	287	84,4	152	56,5	137	61,9	150,011
Hayır (n=797)	138	19,6	131	24,6	124	38,7	150	43,3	53	15,6	117	43,5	84	38,1	0,000*
Anneleri bakım uygulamalarına dahil etme (n=2897)															
Evet (n=1978)	571	77,2	443	76,7	207	55,9	201	57,1	172	50,7	249	83,5	135	60,8	179,073
Hayır (n=919)	168	22,8	134	23,3	163	44,1	151	42,9	167	49,3	49	16,5	87	39,2	0,000*

*MB: Marmara Bölgesi, İAB: İç Anadolu Bölgesi, GAB: Güneydoğu Anadolu Bölgesi, AB: Akdeniz Bölgesi, EB: Ege Bölgesi, KB: Karadeniz Bölgesi, DAB: Doğu Anadolu Bölgesi

χ²: Pearson Ki-kare analizi

uygulamalarına dahil etme oranının en yüksek Karadeniz bölgesinde (%83,5), en düşük Ege bölgesinde (%50,7) olduğu, bölgeler arası farkın istatistik-

sel olarak anlamlı olduğu belirlendi (x²: 179,073; p=0,000) (Tablo 4).



TARTIŞMA

İntrauterin ortamlarından özellikle zamanından önce ayrılan pretermiler, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin farklı ortamıyla karşılaşarak uyum sürecine girerler. Bebeğin dış ortama uyumunu kolaylaştırmak için uygulanan bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımda; çevrenin bebeğe göre düzenlenmesi, ağrı kontrolünün sağlanması, aile merkezli bakım gibi uygulamalar yer almaktadır (7,8,12,13).

Türkiye'deki yenidoğan hemşirelerinin profillerini ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%83,6) bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım hakkında bilgi sahibi olduğu, ışığı azaltma (%81,5), kuvöz üzerini örtme (%77,4), gürültüyü önleme (%78), yuvaya alma (51,6), kundak yapma (%55,4), emzik verme (%51) yöntemlerini uyguladıkları belirlenmiştir. Literatürde yenidoğan hemşirelerinin bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım konusunda bilgi düzeyleri ve uyguladıkları yöntemler incelendiğinde; hemşirelerin genellikle bu konuda bilgi sahibi oldukları, uygulamalarda bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yöntemlerini kullandıkları ancak zaman kaybı ve iş yükü nedeniyle sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir (10,14,15).

Yaşamlarına YYBÜ'de başlamak zorunda kalan preterm ve term yenidoğanlar sayısız ve çok farklı nedenlerle ağrı ve stres yaşarlar (7,16). Günümüzde yenidoğanlar için geliştirilmiş, ağırlı girişimler sırasında meydana gelen fizyolojik değişiklikleri değerlendiren ağrı ölçekleri kullanılmaktadır (17-19). Türk Neonatoloji Derneği, ülkemiz şartlarında Yenidoğan ünitelerinde "Neonatal Ağrı, Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği" (Neonatal Pain Agitation And Sedation Scale; N-PASS) ağrı ölçeğinin kullanılmasını önermektedir (20). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı ölçeği kullanmadığı (%70,9) belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; yenidoğan hemşirelerinin ağrı skalası kullanma oranlarının %5,4-%75 arasında değiştiği görülmektedir (21). Ülkemizde ağrı ölçeği kullanmama durumunun, hemşirelerin ağrı ölçeklerine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmamalarından, ağrının bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesinin gerekli olduğuna inanmamalarından, iş yükü fazlalığından ve ağrı yönetimiyle ilgili olarak kurum politikalarının uygulamaya geçi-

rilmesindeki sorunlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ağrı yönetimindeki nonfarmakolojik uygulamalar, hemşirelerin bağımsız rollerini kolaylıkla yerine getirebildiği bir alandır (22). Yenidoğanların ağrı kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (23). Literatürde ağırlı işlemler sırasında; sükröz verme, sarmalama, emzik, kanguru bakımı, annenin emzirmesi gibi nonfarmakolojik yöntemler önerilmektedir (16,24). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%70,9) ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullandıkları ve genellikle kullandıkları yöntemlerin; ağızdan sükröz verme (%54,1), sarmalama (%47,7), annenin emzirmesi (%43,6) ve ten tene temasın sağlanması (%38) olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; yenidoğan hemşirelerinin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri daha çok kullandıkları belirtilmektedir (24-27). Uygulanan yöntemler incelendiğinde ise, kanguru bakımı (23,26), emzik verme (24,25,27), sükröz (25) ve olumsuz çevre koşullarını azaltma (24,27) yöntemlerinin daha çok kullanıldığı belirtilmektedir. Yenidoğan ünitelerindeki hemşirelerin ağrının bebekler üzerindeki olumsuz etkilerinin farkında olmaları nedeniyle nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerini daha fazla kullandıkları düşünülmektedir.

Çocuk hemşireliğinde bir bakım felsefesi olarak benimsenen aile merkezli bakım; bebeğin/çocuğun yaşamında ailenin önemini ve devamlılığını tanıma, bebeğin/çocuğun sağlığıyla ailenin sağlığının etkileşim içinde olduğu, bebeğin/çocuğun bakım süreçlerine ve kararlarına ailenin katılma hakkı ve katılımın sağlanması için ailenin güçlendirilmesi gerektiği inancına dayanır (28). Çalışmalar aile merkezli bakım uygulamalarının ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon semptomlarını azalttığı, hastanede ve taburculuktan sonra ailelerin bebek bakımı ile ilgili kendilerine güvenlerinin arttığını göstermektedir (29,30). Literatürde Yenidoğan ünitelerinde tek kişilik ebeveyn odalarının varlığının ebeveynlerin kendilerine ait özel bir alanları olması açısından önemli olduğu vurgulanmakta ve bu odaların üniteye var olan karışıklık ya da gürültüden etkilenmeyi azalttığı gösterilmektedir (31). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%68,3) anneleri bebeklerinin bakımına aktif olarak dahil ettikleri, %56,7'sinin emzirme saatlerinde, yalnızca %12,2'sinin anne her

istediğinde, %27'sinin ise kurumun belirlediği ziyaret saatlerinde üniteye kabul ettikleri ve %80'inin ünitesinde annelerin dinlendiği ve süt sağabildiği odalarının olduğu belirlenmiştir. Maclean ve ark. (32) 961 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin çoğunun (%75) yazılı herhangi bir politika olmamasına rağmen, ebeveynlerin hastanede çocuklarıyla olması gerektiğini belirttikleri belirlenmiştir. Mosqueda-Pen̄a ve ark.'nın (14) çalışmasında, 20 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin tamamının ebeveynler için 24 saat açık kapı politikasına sahip olduğu belirtilmiştir. Konukbay ve Arslan'ın 45 yenidoğanın ebeveyni ile yaptıkları çalışmada, ailelerin yarısının (%51,1) bebeklerini yoğun bakım ünitesinde istedikleri zaman göremedikleri ve yarıdan fazlasının (%62,20) çocuklarını sınırlı görme nedeniyle sorun yaşadıkları, ayrıca ailelerin çoğunluğunun (%88,9) yoğun bakım ünitesinde bebeklerinin bakımına katılmadığı belirlenmiştir (33). Özkan ve Taş Arslan'ın 155 hemşireyle yaptığı çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%81,9) ailelerin bakıma katılımının çocukların korku ve anksiyetesini giderdiğini fakat aynı hemşirelerin %62,6'sının bu durumun ebeveynde anksiyete ve korkuya neden olacağını düşündükleri belirlenmiştir (34). Sağlık bakım profesyonellerinin aile merkezli bakım konusunda olumlu düşüncelerine rağmen, günümüzde halen aile merkezli bakım yaklaşımını uygulamada yetersizlikler olduğu görülmektedir.

Araştırmada yenidoğan hemşirelerinin eğitim, sertifika durumları, hemşire-hasta oranlarıyla bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamaları bölgelere göre karşılaştırılmış ve bölgeler arasında farklılıklar olduğu görülmüştür (Tablo 3-4). Ülke genelinde lisans mezunu hemşire oranlarının yüksek olduğu (%52,8) ancak bölgeler arasında eşitsizlikler olduğu, özellikle Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sağlık meslek lisesi mezunu hemşire oranlarının daha yüksek olduğu, yüksek lisans eğitim oranının ise en yüksek Marmara bölgesinde (%10,2) olduğu görülmektedir. Hemşire-hasta oranları incelendiğinde de yine bölgeler arasında dengesizlikler olduğu belirlenmiştir. Özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir'in içinde yer aldığı Marmara, İç Anadolu ve Ege bölgelerinde eğitim, sertifika durumlarının ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamaların daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durumun bu bölgelerdeki büyük şehirlerde yaşayan hemşirelerin sertifika ve

diğer eğitim programlarına (kurs, sempozyum, kongre vb.) katılım olanaklarının diğer bölgelerde yaşayan hemşirelere göre daha iyi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım, yenidoğanın büyüme gelişmesini olumlu yönde etkileyen ve ailenin bakıma dahil olmasını destekleyen evrensel bir yaklaşımdır. Araştırma sonucunda, yenidoğan hemşirelerinin bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yaklaşımını konusunda bilgi sahibi oldukları ancak halen uygulamaların yeterli düzeyde olmadığı ve bölgeler arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Kurumların bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım kapsamında özellikle çevresel uyaranların düzenlenmesi, ağrı kontrolü ve aile merkezli bakım konularında hizmet içi eğitimler düzenleyerek farkındalığı artırması, resmi kurum politikaları ve rehberler oluşturmaları, özellikle yeni kurulan ünitelerin fiziksel şartlarının bu doğrultuda düzenlenmesi ve Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen "Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programları"na tüm ülkedeki yenidoğan hemşirelerinin katılımının zorunlu hale getirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013, Ankara. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi: 13.12.2017).
2. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. *Lancet*. 2016;388(10063):3027-35. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
3. Preterm birth. Fact sheet N°363 Updated November 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Erişim Tarihi: 12.02.2018
4. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. Born Too Soon: the Global Action Report on Preterm Birth. World Health Organization, March of Dimes, PMNCH, Save the Children. Geneva: WHO Press; 2012. p.112.
5. Altay N, Törüner KE. Neonatoloji Hemşireliği Derneği Türkiye'de Neonatoloji Hemşirelerinin Çalışma Koşulları ve Sağlıkları Üzerine Etkileri: Araştırma Raporu. Erişim adresi: <http://www.neonatolojihemşireligi.org.tr> Erişim tarihi: 30.07.2017.



6. Sizun J, Westrup B. Early developmental care for preterm neonates: A call for more research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004;89:384-9. <https://doi.org/10.1136/adc.2002.025114>
7. Wielenga JM, Smit BJ, Merkus MP, Wolf MJ, Sonderen L, Kok JH. Development and growth in very preterm infants in relation to NIDCAP in a Dutch NICU: two years of follow-up. *Acta Paediatr.* 2009;98(2):291-7. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.01038.x>
8. Aydın D, Çiftçi Karaca E. Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin preterm yenidoğanlara uygulanacak terapötik pozisyonlar hakkındaki bilgi düzeyi. *J Cur Pediatrics.* 2015;13(1):21-30.
9. Erdem E, Sezer Efe Y, Başdaş Ö. Yenidoğan hemşiresinin rol ve işlevleri. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs Special Topics.* 2018;4(1):38-42.
10. Young J, Gore R, Gorman B, Watson K. Wrapping and swaddling infants: child health nurses' knowledge, attitudes and practice. *Neonatal, Paediatric And Child Health Nursing.* 2013;16(3):1-11.
11. Arpacı T, Altay N. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım: güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2017;9(3):245-54. <https://doi.org/10.5336/nurses.2017-55289>
12. Yıldırım Sarı H, Çiğdem Z. Gestasyon haftalarına göre bebeğin gelişimsel bakımının planlanması DEUHYO ED. 2013;6(1):40-8.
13. Als H, Duffy FH, Mcanulty GB. Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (nicu). *Acta Paediatrica.* 1996;85:21-30. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1996.tb14273.x>
14. Mosqueda-Pen˜a R, Lora-Pablos D, Pavo˜n-Mun˜oz A, Ureta-Velasco N, Teresa Moral-Pumarega M, Palla's-Alonso CR. Impact of a developmental care training course on the knowledge and satisfaction of health care professionals in neonatal units: a multicenter study. *Pediatrics and Neonatology.* 2016;57:97-104. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2015.04.010>
15. van der Pal SM, Maguire CM, Cessie SL, Veen S, Wit JM, Walther FJ, Bruil J. Staff opinions regarding the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Early Hum Dev.* 2007;83(7):425-32. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.03.007>
16. Derebent E, Yiğit R. Yenidoğanda ağrı ve yönetim. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2006;10(2):41-8.
17. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics Section on Surgery, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics.* 2006;118(5):2231-41. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2277>
18. Ball, JW, Bindler RC, Cowen KJ. Pain assesment and management. *Child Health Nursing*, 2nd edition, Pearson Education, London; 2010. p. 523-31.
19. Gardner SL, Enzman-Hines M, Dickey LA. Pain and pain relief. In: Gardner SL, Carter BS, Enzman-Hines M, Hernandez JA. (eds.) *Neonatal Intensive Care*, Seventh edition, Mosby Elsevier, America; 2011. p. 223-69.
20. Yiğit Ş, Ecevit A ve Altun Köroğlu Ö. Yenidoğan Döneminde Ağrı ve Tedavisi Rehberi, 2015. Erişim adresi: <http://www.neonatology.org.tr/neonatoloji/tani-ve-tedavi-protokolleri/> erişim tarihi: 17.01.2019.
21. Pölkki T, Korhonen A, Laukkala H, Saarela T, Vehviläˆinen-Julkunen K, Pietiläˆ A. Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scand J Caring Sci.* 2010;24:49-55. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00683.x>
22. Kılıç, M., Öztunç, G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2012;7(21):35-51.
23. Törtüner EK, Büyükgöneç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Ankara; 2012:146-70.
24. Efe E, Altun E, Çetin H, İşler A. Türkiye'de bazı illerde çocuk servislerinde çalışan çocuk hekimi ve hemşirelerin yenidoğanlarda ağrı konusundaki bilgi ve uygulamaları. *Ağrı.* 2007;19(3):16-25.
25. Codipietro L, Bailo E, Nangeroni M, Ponzone A, Grazia G. Analgesic techniques in minor painful procedures in neonatal units: a survey in northern Italy. *Pain Practice.* 2010;11(2):154-59. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2010.00406.x>
26. Akgün Kostak M, İnal S, Efe E, Bal Yılmaz H, Şenel Z. Determination of methods used by the neonatal care unit nurses for management of procedural pain in Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association.* 2015;65(5):526-31.
27. Akcan E, Yiğit R. Türkiye'de yenidoğan kliniklerinde çalışan hemşire ve hekimlerin yenidoğanda ağrı yönetimi ile ilgili yaklaşımları. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2016;3:147-53.
28. Harrison TM. Family centered pediatric nursing care: State of the science. *Journal of Pediatric Nursing.* 2009;25(5):335-43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>
29. Obeidat H, Kahalaf I, Callister L, Froelicher E. Use of facilitated tucking for nonpharmacological pain management in preterm infants: A systematic review. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.* 2009;23:372-77. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3181bdcf77>
30. Gance-Cleveland B. Family-centered care: Decreasing disparities. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing.* 2006;11(1):72-6. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2006.00046.x>

31. Manning AN. The NICU experience how does it affect the parents' relationship? *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2012;26(4):353-57.
<https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3182710002>

32. Maclean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, Désy P. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2003;29(3):208-21.
<https://doi.org/10.1067/men.2003.100>

33. Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(2):16-22.

34. Özkan S, Taş Arslan F. Hemşirelerin hastanede yatan çocuğun bakımına ebeveyn katılımı hakkında görüşleri. *J Contemp Med*. 2017;7(4):1-10.
<https://doi.org/10.16899/gopctd.359798>