

Bölüm 4

PREMATÜRE YENİDOĞAN BAKIMI VE TABURCULUK EĞİTİMİ

Hazal ÖZCAN¹

GİRİŞ

Prematüre (Preterm) bebek, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre otuz yedinci gestasyon haftasını tamamlayamadan doğan canlı bebeklerdir. Gestasyon haftasına göre aşırı preterm (< 28 hafta), erken preterm (28-32 hafta), orta preterm (32-34 hafta) ve geç preterm (34-37 hafta) olarak dört gruba ayrılır (American Academy of Pediatrics, 2019).

Epidemiyolojisi: Beş yaş altı çocuklar arasında preterm doğumların neden olduğu erken doğum komplikasyonları, önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Yanı sıra 2015 yılında yaklaşık bir milyon bebek ölümünün nedeni olarak belirtilmiştir. DSÖ'nün 184 ülkeyi kapsayan raporunda, preterm doğum oranları %5 -18 arasında değiştiği bildirilmiştir (WHO, 2018). DSÖ'ye göre, 2019 yılında 5 yaş altı ölümlerin %47'si yenidoğan döneminde meydana gelmiş; bu ölümlerin yaklaşık üçte biri ilk günde, dörtte üçü ise doğumdan sonraki ilk hafta içerisinde gelişmiştir (TÜİK, 2018). Ülkemizde ise 2018 yılında 1,291,055 bebek dünyaya gelmiş; yenidoğan ölüm hızının 1,000 canlı doğumda 6 olduğu ve prematüreliliğin ise en önemli bebek ölüm nedeni olduğu (%29,6), canlı doğumlar içinde prematürelilik oranının, %15,6 olduğu rapor edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Etiyolojisi: Etiyolojide çeşitli etkenler rol oynar:

Fetal Faktörler: Çoğul gebelik, vajinal kanama, fetal anomali, gelişme geriliği, yetersiz amniyon sıvısı, fetal distres

Plasental Faktörler: Plasenta previa, ablasyo plasenta, ilk trimester kanamaları, plasental yerleşim yeri kanamaları vb.

¹ Öğr. Gör. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Eğitim AD, atalay@ksbu.edu.tr

Anneye Ait (Maternal) Faktörler: Uterus, serviks anomalisi, miyomlar, kötü obstetrik öykü, diyabet, yaş (<17 veya >35), ırk, sosyoekonomik durum, cerrahi girişimler, preeklampsi, stres, enfeksiyon (Syphilis, HIV/AIDS, Rubella), abortus/prematüre doğum öyküsü olması vb.

Uterusa Ait Faktörler: Konjenital uterus malformasyonu, erken membran rüptürü, kısa serviks, prematüre dilatasyon (Usynina & ark, 2016; Leonard & ark, 2015).

Tıbbi Tedavi: Yoğun bakım ünitelerindeki destek tedavileri ile ağır morbidite olmadan sağ kalımı ve nörogelişimsel tedavi ve izlemi karşılayacak şekilde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım verilerek tedavi sağlanmaktadır (Uysal, 2010).

Amaç: Prematürelerin fiziksel, duygusal, zihinsel alanlardaki özgün bakım gereksinimlerine dikkat çekmek ve bakım ünitesi sonrasında aynı özgün bakımın ev koşullarında süregelmesini vurgulamak amacıyla bu bölümde prematür bakımı ve taburculuk eğitimi ele alınmıştır.

OLGU

Şikayet: Gestasyon haftası 36+4 olan olgu, kalp tepe atımı (KTA) <100/dk olması üzerine entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmıştır.

Hastalık Öyküsü: 32 yaşında, G₃P₂ olan anneden erken membran rüptürü (EMR) sebebi ile C/S ile doğan bebeğin 1. dakika apgar skorunun 4, 5. Dakika apgar skoru 5 olarak saptanmıştır. Yetersiz solunum üzerine taktik uyaran verilen bebeğe, KTA'sının >100 üzerine çıkmaması, tüm vücudun siyanotik olması ve retraksiyonu olması sebebi ile *Pozitif basınçlı ventilasyon (PBV) uygulanmış, uygulamanın etkin olmaması üzerine bebek entübe edilmiştir. Bebeğe periferik damar yolu (brakial) açılarak takibine başlanmıştır.

- *PBV, yetersiz solunum çabası gösteren, apneik veya bradikardik yenidoğanlara solunum desteği sağlamada birincil yöntemdir.
- Pozitif Basınçlı Ventilasyon: PBV'nin iki endikasyonu vardır:
 1. Apne
 2. Kalp atım hızının < 100/dk olması (Wyckoff & ark, 2020; Aziz & ark, 2020).

Fiziksel Değerlendirme

Antropometrik Ölçümler: Vücut ağırlığı: 3110 gr (25-50 persantil arası), Baş çevresi: 35.1 cm (50-75 persantil arası), Boy: 54 cm (75-90 persantil arası)

Vital Bulgular

Vital Bulgular	İlk 15 dakika	İlk 1 saat
Vücut Isısı	35.2 °C	36.6 °C
Kalp Tepe Atımı	96/dk	116/dk
Kan Basıncı	62/34 mm/ Hg	74/36 mm/Hg
Solunum	50/dk (entübe)	50/dk (entübe)
Satürasyon	% 84-88	% 90-95

Genel Görünüm/ Değerlendirme: Bebeğin yoğun bakıma yatışı sağlandığında genel durumu orta, bilinci açıktı. Genel siyanozu mevcuttu. İnterkostal, subkostal retraksiyonu ve burun kanadı solunumu vardı. Her iki hemitoraks, solunuma eşit katılıyordu. Ral ve ronküs duyulmadı. Bağırsak sesleri normoaktifti. Nörolojik muayenede kas tonüsü ve yenidoğan refleksleri normaldi. Fontaneler açık ve normal bombelikteydi. Kapiller dolun zamanı <2 saniye. Ekstremiteler muayenesi, doğal/normaldi. Olgu, solunum sıkıntısı tanısı ile takip edilmeye başlandı.

Tablo 1. Olgu Üzerindeki Destek Girişimleri

Solunum Desteği	Olgu, 3.5 numaralı ETT ile entübe edilerek tüp sabiti ağız kenarında 9.1 cm'de tespit edilmiştir. Pediatrik ventilatör seti kullanılarak, mekanik ventilasyon desteği almaktadır.
Oksijenasyon	Oksijen satürasyonunun düzenli takibi için sağ bileğine pulse oksimetre probu takılmıştır.
EKG monitörizasyon	Olgu, kardiyak ve solunumsal ritmin düzenli takibi için EKG monitörize edilmiştir.
Kan Basıncı	Olguda kan basıncı takibi için monitöre bağlı bir tansiyon manşonu mevcuttur. Takibin yapılacağı saatlerde manşon hastaya takılıp ölçüm sonrası çıkarılmaktadır.
Gastrik Yönetim	Postnatal 24 saat beslenmeyecek olması sebebi ile 8 Fr orogastrik sonda ölçümü yapılarak ağız kenarında 23 cm'de sabitlemiştir.
Transkütanöz Monitörizasyon **	pO ₂ ve pCO ₂ takibi amacı ile olgunun sağ üst kadrana cihaz sensörü yerleştirilmiştir.

**** Transkütanöz Monitörizasyon:** Kan gazı takibi, solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesi için elzemdir. Transkütanöz monitörizasyon, yenidoğanlarda kapiller kan gazı alımı ile oluşan invaziv girişimi en aza indirerek sürekli

topuk delinmesinin meydana getireceği ağrı, stres gelişimi ve enfeksiyon riskini elimine etmek amacı ile son yıllarda kullanım sıklığı artan noninvaziv bir yöntemdir. Düzenli tcPCO₂ ve tcPO₂ ölçümü sağlar (Ochiai & ark, 2020).

Gelişimsel Değerlendirme

Bilişsel Gelişme: Piaget'e göre 0-2 yaş dönemi, "Duyusal Motor Dönem" olarak adlandırılır. Bebek bu dönemde dış dünya ile duyu ve motor aktiviteleri aracılığıyla iletişim kurar. 0-1 aylık dönemde dışarıdan gelen ilkel refleksler ile yanıt verir (emme-yutma, kavrama gb). Bebek, bu refleksler aracılığı ile dokunma, görme ve tatma işlevlerine ait uyarınları alır. Bu refleksler, bebeğin ilk öğrenme deneyimleridir (Törüner & Büyükgönenç, 2017). Olgunun refleksleri aktiftir.

Psikososyal Gelişme: Erikson'a göre 0-1 yaş dönemi "Temel Güvene Karşı Güvensizlik Dönemi"dir. Bu dönem bebeğin bakım veren bireylere karşı güven duygusu oluşur. Temel güven duygusu, bebeğin gereksinimlerinin (beslenme, temizlik, rahatlatılma) ertelenmeden giderilmesi ile oluşur (Törüner & Büyükgönenç, 2017). Olgunun bakımları ve gereksinimleri, yoğun bakım süreci nedeni ile sağlık profesyonelleri tarafından karşılanmaktadır.

Psikoseksüel Gelişme: Freud'a göre 0-1 yaş dönemi "Oral Dönem"dir. Bu dönemde bebek emme, yutma ve çiğneme davranışları ile oral haz almaktadır. Bebeğin gerginliğini azaltma ve rahatlamasını sağlamada bu oral davranışlar etkindir (Törüner & Büyükgönenç, 2017). Olguda bebeğin emme yutma refleksi aktiftir (ekstübasyon sonrası refleksler kontrol edilmiştir).

Arteriyel Kan Gazı Değerleri

Arteriyel Kan Gazı Değerleri	Yoğun Bakıma Geliş	Yoğun Bakımda İlk 1 Saat	Yoğun Bakımda 6. Saat	Referans Aralığı
pH	7.28*	7.33	7.37	7.35-7.45
pCO ₂	92*	63*	38	35-45 mmHg
paO ₂	43*	68*	88	80-95 mmHg
HCO ₃	20.6*	22.7*	25.8	24-26 mEq/L

*Olgunun anormal kan gazı değerleri, gaz değişiminde bozulma bulgularını yansıtmaktadır.

Laboratuvar Bulguları

Tetkik Adı	Sonuç	Birim	Referans Aralığı
Tam Kan Sayımı			
Trombosit	120.000	µl	>100.000
Hemoglobin	16	g/dL	14-20
Hematokrit	62	%	38.000-68.000
WBC	13,7	10 ³ /µL	4,00-20,000
Biyokimyasal tetkikler			
Na	140	mEq/L	134- 146
Ca	9.2	mg/dL	9- 10.6
Mg	1,8	mg/dL	1.7-2.3
CRP*	2,4 ↑	mg /dL	0-0,5
Glikoz	52	mg/ dL	50-90
Kreatinin	0,45	mg/dL	0,27-0,95
Üre	38	mg/dL	0-50

*Olgunun tedavisini yansıtan laboratuvar bulgularıdır.

CRP'si referans aralığının üzerinde seyreden ve annede EMR öyküsü bulunan olguya antibiyotik tedavisi başlanmıştır.

Uygulanan Tedavi

İlacın adı	İçeriği	Etken Maddesi	Uygulama Sıklığı	Uygulanan Doz
Penbisin flk.	500 mg	Ampisilin	2×1	100 mg/kg/doz (2×310mg)
Genmisin amp.	80mg/ 2mL	Gentamisin	1×1	4mg/kg/doz (1×12mg)
TPN(Total Parenteral Nutrisyon)			24 st IV infüzyon	50 mL/kg 6.25 mL/st

Amaç: Bakımda temel amaç, sistemlerin etkin perfüzyonunu sağlamaktır. Bu olguda, prematüre yenidoğanda bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yaklaşımları doğrultusunda bütüncül bir bakım planı sunulması hedeflenmiştir.

HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik Tanısı 1: Akciğer perfüzyonunun azalmasına bağlı “Gaz Değişiminde Bozulma”

Tanımlayıcı Özellik: Olgunun kan gazı değerlerinin normal değer aralığında olmaması, burun kanadı solunumu yapması, subkostal ve interkostal retraksiyonlarının olması, desatüre olması

Amaç: Yeterli gaz değişiminin sürdürülmesi ve kan gazı değerlerinin normal değer aralığında olması

Hemşirelik Girişimleri

- Olgunun vital bulguları ve ventilatör parametreleri saatlik takip edildi (x24).
- Olguya 3.5 numara ETT takıldı ve dudak kenarı 9.1 cm’de olacak şekilde sabitlendi. Endotrakeal tüpün (ETT)’nin, her bakım saatinde (üç saatte bir) yerinde olup olmadığı kontrol edildi.

Tablo 2: Endotrakeal Tüp (ETT) Seçimi

Endotrakeal Tüp (ETT) Seçimi		
Tartı(gr)	Gebelik haftası	Tüpün iç çapı (mm)
<1000	<28 hafta	2,5
1000-2000	28-34 hafta	3
2000-3000	34-38 hafta	3,5
>3000	>38 hafta	3.5- 4,0

Kaynak: Gomella & ark, 2020.

- ETT’nin orotrakeal uzunluğu, “bebeğin kilosu+6” formülü ile hesaplanır. (Olgunun ETT santimi hesabı: $3.1 \text{ gr} + 6 = 9.1 \text{ cm}$) (Gürsoy, 2017).
- Yenidoğanda İnvaziv Mekanik Ventilasyon Endikasyonları
 - Ağır asfiksi
 - Yüksek oksijen ihtiyacı *
 - Ciddi respiratuvar asidoz
 - Yetersiz solunum çabası veya solunumun hiç olmaması *
 - Noninvaziv ventilasyonun yanı sıra apnenin saatte 6’dan fazla olması veya pozitif basınçlı ventilasyon (PBV) gerektiren ciddi apne olması *

- Masif akciğer kanaması
- Belirgin retraksiyon olması, ciddi takipne (>100/dk) olması
- Noninvaziv ventilasyonunun kontrendike olduğu ciddi solunum sıkıntısı varlığı (bağırsak obstrüksiyonu/ perforasyonu, diyafram hernisi vb.)
- Klinik durumda ani kötüleşme (intrakranial kanama, kardiyovasküler kollaps, pnömotoraks)
- Ağır ve erken sepsis
- Postop dönem (Gürsoy, 2017).

*Bu olguda, yüksek O₂ ihtiyacı, yetersiz solunum çabası ve doğumunda PBV uygulanması endikasyonları ile invaziv mekanik ventilasyon uygulandı.

- İnceleme ile siyanoz varlığı, solunum hızı ve göğüs hareketlerinin simetrisi değerlendirildi.
- Her iki hemitoraks oskulte edilerek hava girişinin yeterliliğine, solunum seslerinin eşitliğine ve ek seslerin varlığına (pulmoner hava kaçağı) bakıldı.
- Olguda ETT yeri kontrolü yapılırken eş zamanlı olarak *solunum sesleri de değerlendirildi.
 - *Solunum sesleri, bir tarafta daha fazla (sağ akciğer), diğer tarafta daha az duyuluyorsa (sol akciğer), ETT'nin sağ ana bronşa gitmiş olma ihtimali yüksek olduğu için, tüp yavaşça geri çekilerek eş zamanlı oskültasyon ve inceleme ile muayeneye devam edilmelidir. Eğer akciğerlerden ses alınamıyor, ses alınsa dahi mideden alınan ses daha fazla ise tüpün özofagusta olma ihtimali vardır. Bu durumda tüp çıkarılarak reentübasyon yapılmalıdır. Her iki durumda da tüp yeri radyolojik olarak kontrol edilmelidir.
- ETT, dudak kenarından itibaren 3cm bırakılarak* kısaltıldı.
 - *ETT, sabitlendikten sonra ağız kenarından en fazla 3 cm bırakılarak tüp kısaltılmalı; böylelikle ölü boşluk azaltılarak ventilasyon etkinliği artırılmalıdır (Gürsoy, 2017).
- Pulmoner hava akımı duyulmadığı ve hasta desatüre olduğu zamanlarda ETT içi kapalı sistem aspirasyon kateteri kullanılarak aspire edildi.
 - Aspirasyon esnasında intrakranial basınç ve beyin kan akımında artış, hipoksi ve bradikardi gelişir. Bu nedenle bebekler rutin olarak aspire edilmemelidir (Gürsoy, 2017). İşlem sırasında bebeğin mümkün ol-

duğunca az hipoksiye maruz kalmasını sağlamak amacı ile öncesinde FiO_2 değeri %10 kadar arttırılmalı ve aspirasyon işlemi 5-10 saniye sürmelidir. İşlem sırasında uygulanan basınç, 100 mmHg'yi geçmemelidir (Dursun & Bülbül, 2014).

- ETT içi sekresyonlar, kıvam, renk ve miktar açısından kontrol edildi.
- Ventilatörün verdiği *(chamber) ısı ve nem kontrolü yapıldı.
 - *Nemlendiriciler, ventilatör devresinin inspiryum hattı aracılığı ile mekanik ventilasyon sırasında bebeğe verilen gazları ısıtır ve nemlendirir (Gazlar 37 °C ısıtılmalı, nem ise %100 olmalıdır). Böylelikle yoğunlaşmayan sekresyonun aspirasyonu kolay olur ve ETT içi tıkanmalar engellenir (Rocha et al., 2018).
- İki saatte bir bebeğe *pozisyon verildi(12×1/gün).
 - *Pozisyon, solunum fizyolojisini etkiler. Prone pozisyonda supine yatışa göre oksijenizasyon, tidal hacim ve akciğer kompliansı artar (Dursun & Bülbül, 2014).
- Hastanın satürasyon seviyesinin %90-95 aralığında olması sağlandı.
- Aspirasyondan bir saat sonra kan gazı kontrolü yapıldı.
- Kan gazı değerlerine göre hekim orderı doğrultusunda ventilasyon parametreleri revize edildi.

Değerlendirme

Ventilatör Parametreleri	Mod	Solunum Sayısı	Ptepe	Peep	Tidal Volüm	Trigger	FiO_2
Girişimler öncesi ventilatör parametreleri	Ent/SIMV	55	16	6	0.35	0.5	35
Girişimler sonrası ventilatör parametreleri	Ent/ SIMV	40	15	5	0.35	0.5	21

Olgunun yoğun bakım izleminin ilk saatinde pCO_2 : 63 mmHg ve paO_2 : 68 mmHg iken, girişimler ve tedaviler sonrası pCO_2 : 38 mmHg, paO_2 : 88 mmHg olarak saptandı. Olgu, 48 saat entübe modda, ardından Nazal SIMV modda izleme başlandı. Yirmi dört saatlik N/SIMV takibinden sonra solunum desteğine ihtiyacı kalmayan, spontan solunum ile kan gazı değerlerinin normal aralıkta

takip edildiği, retraksiyonları düzelen olgu, spontan solunum ile takip edilmeye başlanmıştır. Olgu, postnatal 72. Saatte spontan solunum ile sPO₂ % 90- 95 aralığında takip edilmeye başlanmıştır.

Hemşirelik Tanısı 2: İnvaziv/ağrılı girişimlere bağlı “Akut Ağrı”

Tanımlayıcı Özellik: Olgunun Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale(N-PASS) ağrı skoru= 4 olması

Amaç: Olguda ağrının minimal düzeyde seyredilerek azaltılması (N-PASS değeri <3 olması)

Hemşirelik Girişimleri

- Ağrıya yönelik belirtilerin takibi yapıldı (Kalp tepe atımı ↑, kan basıncında ↑, oksijen satürasyonunda ↓, solunum sayısında ↑)
- Vital bulgulardaki değişimler, ağrıya özgü olmadığından değerlendirme için davranışsal değişkenler kullanılmaktadır (ağrı ölçekleri) (Yiğit ve ark, 2016). Olguda da ağrı, N-PASS ağrı skalasına göre değerlendirildi.

*Ağrı skorunun değerlendirilmesinde kullanılan parametreler işaretlenmiştir.

- N-PASS'a göre sedasyon ve ağrı değerlendirmesinin birlikte yapılmasına gerek yoktur. Ağrı skoru >3 ise, farmakolojik girişimler ya da ağrı tedavisi uygulanmalıdır. Tedavide amaç, skorun <3 olmasıdır. Ağrının sekiz saatte bir (x8) değerlendirilmesi gerekir (Yiğit, Ecevit & Köroğlu, 2016).
 - Olguya yapılacak invaziv girişimler ve rutin bakımlar aynı saatlerde yapıldı.
 - Olguya rutin aspirasyon yapılmadı.
- Mekanik ventilasyon, kronik ağrının en sık nedenidir; fakat ağrı kesicilerin rutin kullanımı önerilmemektedir. Bu nedenle, ağrı skoru değerlendirilerek tedavi uygulanmalıdır (Yiğit, Ecevit & Köroğlu, 2016).
 - Ağrı, 8 saatte bir (x8) değerlendirildi.
 - Topuk delinmesi, venöz girişime göre çok daha ağrılı bir işlem (Yiğit, Ecevit & Köroğlu, 2016) olduğu için kan şekeri takibi, olgunun bakım saatinde planlandı ve uygulandı. Olguya fazladan ağrılı girişim uygulanmadı.
 - Olgunun ajitasyonunun fazla olduğu durumlarda öncelikle nonfarmakolojik yöntemler uygulandı (pozisyon değiştirme, müzik dinletme, masaj, ışığı kapatma ve sessiz bir ortam sağlama). Ağrının azaltılmadığı durumlarda farmakolojik yöntemlere başvuruldu (Yiğit ve ark, 2018).
 - Tedaviler için intravenöz yol tercih edildi; intramusküler ve subkutan uygulama yapılmadı.

Tablo 9. N-PASS Ağrı Skalası

Değerlendirme ölçütleri	Sedasyon	Normal Sedasyon/Ağrı	Ağrı/Ajitasyon
	-2	-1	1
Ağlama/irritabilite Huzursuzluk	Ağrılı uyaran ile ağlama yok	Ağrılı uyaran ile minimum ağlama ya da inleme	Huzursuzluk ya da aralıklı ağlama, avutulabilir
Davranış durumu	Uyarana cevap ve spontan hareket yok	Uyarana minimal cevap, az miktarda spontan hareket	Huzursuz, kıpırdanıyor Sık sık uyumuyor
Yüz ifadesi	Ağız gevşek, yüz ifadesinde duyulanım yok	Uyarana yüz ifadesinde çok az cevap	Aralıklı olarak ağrılı yüz ifadesi *
El – ayaklar Beden gerginliği (tonus)	Yakalama refleksi yok, tonus gevşek	Zayıf yakalama refleksi, kas tonusu azalmış	Aralıklı olarak (<30 sn) el ve/veya ayakların sıkılması veya parmakların açılması Vücut gergin
Yaşam bulguları KH (kalp hızı) SS (solunum sayısı)	Uyarana karşı yaşamsal bulgularda değişiklik yok.	Uyarana karşı yaşamsal bulgularda %10 altunda değişim	Uyarana karşı yaşamsal bulgularda >%20 değişim. SpO2 %75 ve altına düşüyor ve yavaş (>2 dk) yükseliyor. Ventilator ile uyumsuz, mücadele ediyor
SpO2 (oksijen saturasyonu)	Hipoventilasyon ya da apne var (ventilatordeki bebekte spontan solunum çabası yok)	Sedasyon ve ağrı belirtileri yok	Vücut gergin değil Uyarana karşı yaşamsal bulgularda %10-20 değişim. SpO2 %76-85 arasına düşüyor ve hızla (<2 dk) yükseliyor *
	Sedasyon skoru: Sedasyon almıyor.		Ağrı skoru: 4

Kaynak: Yiğit, Ecevit & Koroğlu, 2016.

Değerlendirme: Nonfarmakolojik yöntemlerle (müzik dinletme, karanlık ve sessiz ortam ve pozisyon verme) sakinleşen olgunun (N-PASS) ağrı skoru=2 olarak saptandı.

Hemşirelik Tanısı 3: İnvaziv girişimlere bağlı “Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski”

Amaç: Bebeğin cilt bütünlüğünü korumak, sürdürmek ve cilt hasarlarını önlemek

Hemşirelik Girişimleri

- Bebeğe 2 saatte bir (pozisyon x12 /24 sa) pozisyon verildi.
- TCO₂ probu bebekte takılı bırakılmadan düzenli aralıklarla (6x1/ gün) pCO₂ ve pO₂ takibi yapıldı.
- Tansiyon manşonu bebekte takılı bırakılmadı ve kullanım sonrası çıkarıldı.
- OGS, horizontal ve mümkün olduğunca küçük yüzeyde sabitlenerek cildin tahriş alanı azaltıldı.
- Cilde tespit gerektiren OGS ve ETT'nin cilt sabiti için cilde öncelikle koruyucu bir ara tabaka yapıştırıldı ve flasterler bu tabakanın üzerine yerleştirildi.
- Çözücü etkisi olan maddeler, yanık, nekroz, bülleşme veya toksisiteye neden olabileceği için yenidoğanlarda kullanımı uygun değildir (Tatlı & Gürel, 2002). Bu endenle endotrakeal tüp ve orogastrik sonda gibi cilde tespiti gereken tıbbi malzemelerin bantları değiştirilirken kenarları ıslak pamuk ile gevşetilerek ciltten dikkatli bir şekilde uzaklaştırıldı.
- OGS fiksasyonu, her değişimde (24 saatte bir) farklı yanağa uygulama yapılarak ciltte oluşabilecek kızarıklık ve tahriş önlendi.
- Kullanılan tüm sabitleyiciler minimal büyüklükte kesilerek cilt travmasına neden olacak alan azaltıldı.
- Olgunun banyosunda nötral pH içeriğine sahip, boya ve parfüm içermeyen sabunlar kullanıldı.
- Cilt, banyo sonrası *nemlendirildi.
 - *Nemlendiriciler, vazelin bazlı olmalı; koku, boya ve koruyucu madde içermemelidir (Dursun & Bülbül, 2014).
- Olgunun basınç ülseri gelişimi yönünden fiziksel takibi yapıldı.
- Bez dermatiti gelişimini önlemek* için cilt kuru tutuldu. Bez değişimi, 3 saatte bir (gerekirse daha sık aralıklarla) yapıldı ve sonrasında temiz cilde çinko oksit (bariyer krem) sürüldü.

* Bez dermatiti gelişimini önlemede nonfarmakolojik “ABCDE” kuralı etkili bir yöntemdir. Bunlar:

A: air (havalandırma): İdrar ve gaita yaptıktan hemen sonra bez çıkarılıp havalandırılmalıdır.

B: barrier: Bariyer kremin kullanımı, cildin idrar ve gaita ile temasını azaltıp nemi engelleyen bir bariyer oluşturarak tahriş ve enfeksiyon gelişimini önler.

C: cleansing (temizleme): Cilt, alkol içeren ıslak mendiller yerine ılık su veya su emdirilmiş ıslak mendiller kullanılarak temizlenmelidir.

D: diapering (bebek bezi): Bez değişim sıklığı arttıkça, bez dermatiti sıklığı azalır.

E: education (eğitim): Ebeveyn ve bakım vericilere eğitim verilmelidir (Yılmaz & Yıldız, 2019).

- Bebeğin yatağı için yumuşak çarşaflar kullanıldı.

Değerlendirme: Bebeğin cildinde tahriş, kızarıklık ve maserasyon görülmüdü. Bez dermatiti gelişmedi.

Hemşirelik Tanısı 4: İnvaziv girişimlere ve hospitalizasyona bağlı “**Enfeksiyon Riski**”

Amaç: Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi ve enfeksiyon belirti/ bulgularının erken dönemde tanılanması

Hemşirelik Girişimleri

- Her bakım saatinde (x8 /24 st) vital bulgu takip edildi..
- Laboratuvar bulguları (CRP, WBC vb) enfeksiyon açısından takip edildi.
- Olgu, *enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden takip edildi.
- *Yenidoğanda sepsis bulguları:
 - *Respiratuvar sistem:* Apne, takipne, siyanoz, retraksiyon, burun kanadı solunumu, inleme
 - *Kardiyovasküler sistemi:* Hipotansiyon, taşikardi/ bradikardi, kapiller geri dolun süresinde uzama, periferik dolaşım bozukluğu,
 - *Genitoüriner sistem:* Kusma, ishal, beslenme intoleransı, distansiyon,
 - *Hematolojik sistem:* Sarılık, peteşi, purpura, kanama
 - *Dermatolojik Sistem:* Kutis marmaratus, hipoaktivite, emme güçlüğü, ısı düzensizliği, nöbet, apse/püstül (Satar, Engin Arısoy & Han Çelik, 2018).
- Bebeğe uygulanan her işlem, aseptik teknik ile yapıldı.

- Beslenme sonrası OGS' den 1-2 ml steril su verilerek sondanın içi temizlendi.
- Ventilatör devresinde biriken sular, 2-4 saatte bir boşaltıldı. Devre haftada bir değiştirildi.
- TPN'ler ve line'lar 24 saatte bir değiştirildi.
- Her ilaç uygulaması için farklı serum seti ve enjektör kullanıldı.
- Küvöz günlük dezenfekte edildi ve haftada bir değişimi yapıldı.

Değerlendirme: CRP, 6. Günde normal değer aralığına geriledi ve olgunun annede EMR öyküsü ve yüksek CRP nedeni ile aldığı antibiyotik tedavisi durduruldu.

1. günde CRP: 2.4 mg /dL

6. günde CRP: 0.9 mg /dL

Hemşirelik Tanısı 5: Orogastrik sonda ile beslenmeye ve entübasyona bağlı "Aspirasyon Riski"

Amaç: Bebekte aspirasyon gelişiminin önlenmesi

Hemşirelik Girişimleri

- Her beslenme öncesi (x8), OGS*'nin yerinde olup olmadığı kontrol edildi.
 - *Orogastrik sonda, dudakın orta hattı üzerinden kulak memesine ve kulak memesinden ksifoid çıkıntının alt ucuna kadar ölçülür (Çay & Geylani, 2015).
- Beslenme öncesi mide içeriği kontrol edilerek (rezidü) hemşire gözlemine kaydedildi.
- Beslenme sırasında sütün/mamanın mideye yer çekimi drenajı yardımıyla akması için enjektör bebekten ortalama 20 cm yukarıda tutuldu.
- Batın distansiyonu takibi yapıldı.
- Beslenme sırasında ve sonrasında bebeğin başı 30 derece yüksekte olacak şekilde pozisyon verildi.

Değerlendirme: Bebekte aspirasyon gelişmedi.

Hemşirelik Tanısı 6: Entübasyon tüpü ve orogastrik sondaya bağlı "Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski"

Amaç: Oral mukoz membranın bütünlüğünün sürdürülmesi

Hemşirelik Girişimleri

- Oral mukoz membran, kuruma, kızarıklık, kanama, moniliazis (pamukçuk) yönünden değerlendirildi.

- Dudaklar, nemlendirici bir krem yardımı ile nemlendirildi.
- Gereksinime göre nazikçe oral aspirasyon yapıldı ve serum fizyolojik ile oral bakım verildi.

Değerlendirme: Oral mukoz membran bütünlüğü korundu.

Hemşirelik Tanısı 7: Bebeğin hospitalizasyonuna bağlı “Ebeveyn- Bebek Bağlılığında Bozulma Riski”

Amaç: Anne- bebek bağlılığının geliştirilmesi

Hemşirelik Girişimleri

- Anne, bakım saatlerinde yoğun bakıma alınarak bebeğini görmesine fırsat verildi.
- Anne ile birlikte bebeğe *kanguru bakımı yaptırıldı.
 - *Kanguru bakımı, anne ve bebeğin cilt cilde temasının sağlanacağı şekilde bebeğin üzerinde yalnızca bezi bırakılarak annenin göğsüne yatırılmasıdır. Bebeğin güven, sevgi, beslenme ve sıcaklık gereksinimlerinin karşılanması için en etkin yollardan biri kanguru anne bakımındır (WHO,2003; Turan & Erdoğan, 2018; Zengin, 2019).
- Bebeğin ekstübasyonu sonrası anne-bebek bağlılığını sürdürmek ve bebeğin anneyi etkin şekilde emmesini sağlamak için anne ile bebek her bakım saatinde bir araya getirildi ve bez değiştirme, besleme yapma, banyo etme gibi bakımlar konusunda eğitim verilerek *bebeğin bakımına katılımı sağlandı.
 - *Hemşireler, annelerin bebek bakımı becerilerinin gelişimine destek olarak anne-bebek bağlılığını arttırmalıdır (Merter, 2021; Şenol, Ergin & Bolsoy, 2006). Bebeği kucaklama, anne- bebek arasındaki yakınlaşmayı olumlu etkiler; bebeği fiziksel ve duygusal olarak destekler (Güleşen & Yıldız, 2013).

Değerlendirme: Bir hafta sonunda bebek anneli odaya alınarak annenin bebeğin tüm bakımlarına aktif şekilde katılması sağlandı.

TABURCULUK EĞİTİMİ

Günümüzde gelişen teknolojinin sağlık hizmetlerine etkisi ile birlikte hospitalizasyon süresi giderek kısalmaktadır. Erken taburculuk ise ailelerin tedavi sonrası bakım ve izlem sorumluluğunu arttırmaktadır. Henüz erken taburculuğa hazır olmayan aile üyelerinin ise hasta bakımına ilişkin eğitim gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle taburculuk eğitimi, sağlık bakım hizmetlerinde

önemli bir yer tutmaktadır (Ashbrook, Mourad, & Sehgal, 2013; Weiss, Yakusheva & Bobay, 2011).

Taburculuk eğitimi, gereksinimler doğrultusunda ilaç tedavisi, bakım uygulamaları, tıbbi araç gereç kullanımı, olası komplikasyonlar ve izlem randevuları gibi konularda hasta, aile veya bakım vericiye bilgi vermeyi ve gerekirse uygulama yaptırmayı kapsar (Shepperd & ark, 2013). Taburculuk eğitiminin etkili olabilmesi için planlama sürecinde bireyselleştirilmiş eğitim ve aile merkezli eğitim ilkeleri ile yapılandırılması önemlidir (Ashbrook, Mourad, & Sehgal, 2013). Eğitimler, taburculuk planlama sürecinin en erken dönemine başlamalıdır. Eğitimin başarılı olması ve bakıma uyum sağlama için, basit işlemlerden karmaşık işlemlere, somuttan soyuta, genelden özele doğru ilerlemelidir. Girişimler öncelikle bir maket üzerinde yapılmalıdır. Uygulamada araç-gereç kullanımı, eğitimi alan bireyin öz güvenini geliştirir. Bakım verici, eğitim içeriğindeki tüm uygulama/girişimlerde yeterli beceriyi göstermelidir. Eğitim sonunda uygun ölçüm aracı ile eğitim değerlendirilmeli; taburculuk öncesi aile/aile yakınlarına geliştirilen yazılı materyaller verilmelidir. Bu materyaller işlemlerin aşamalarını, ilaç rehberini (dozu, uygulama şekli, yan etkileri) içermeli ve hastanın bakımının tüm yönlerinin özeti şeklinde olmalıdır (Jones & ark, 2021; Buchko, Gutshall, & Jordan, 2012).

Taburculuk eğitiminde dikkat edilecek konular:

- Eğitim, hastaların kendi dillerinde ve eğitim düzeylerine uygun olmalıdır.
- Öğretimin etkili olmasında, bireyin güdülenmesi odak noktadadır. Birey/hasta, konuyu öğrenmeye/yapmaya karşı istek duymalı ve neden öğrenmesi gerektiğini kavramalıdır.
- Birey/hasta eğitiminde düşünmeyi uyarak, hastanın soru sormasını destekleyecek, aktif katılımını sağlayacak öğretim yöntem ve teknikleri kullanılmalıdır.
- Bireye/hastaya öğretim etkinlikleri sırasında broşür/kitapçık/video kaydı gibi öğrenmeyi destekleyecek yazılı/görsel/işitsel kaynaklar verilebilir. Böylelikle, öğrendiklerini hatırlaması ve tekrar uygulaması sağlanır.
- Bireye/ hastaya mutlaka geribildirim verilmeli ve öğrenmeler gerçekleştiğinde bunlar pekiştirilerek bireyin başarılı olduğunu hissetmesi sağlanmalıdır. Başarı en iyi güdüleyicidir ve öğrenme isteği uyandırır.
- Birey/ hasta, bir konuyu öğrenme konusunda zorlanmamalıdır. Öğrenmede zorlandığı durumda uygulamada değişiklik yapılmalı, gerekirse eğitime ara verilerek sorunun ana nedeni araştırılmalıdır.

- Öğretim ile ilgili bir sorun çıktığında, konu diğer ekip üyeleriyle (sağlık profesyonelleri ile) paylaşılmalı ve ortak çözüm yolları aranmalıdır (Collier, & Harrington, 2005; Sheperd & ark, 2013).

YYBÜ' de yatan bir prematürenin hastaneden ne zaman taburcu edileceği kararı karmaşıktır. Fizyolojik stabilite sağlanmadan önce bebeklerin taburcu olması, morbidite ve mortalite riskini arttırabilir (Goldstein & Malcolm, 2019). Türk Neonatoloji Derneği'nin hazırladığı Yüksek Riskli Bebeğin İzlem Rehberi'nde YYBÜ'de yatan bebeğin yatışından taburculuğuna uzanan yönetim planı, üç aşamada gerçekleşir:

1. Bebeğin Taburculuğa Hazır Olduğunun Tespiti

- Klinik olarak vital bulguların, taburculuktan en az 12 saat öncesinde normal değer aralığında seyretmesi (kalp atım hızı 100-160 atım/dk, solunum hızı <60/dk, aksiller ısı 36,5-37,4°C)
- Bebeğe yeterli tartı alımının olması (3999 gr altında 15 gr/gün, 2000 gr üstünde 15-20 gr/gün)
- Bebeğin oda ısısında gıysili ve açık yatakta iken vücut ısısını koruyabilmesi
- Solunum kontrolünün apne ve bradikardi görülmeden, yeterli miktarda ve uygun şekilde beslenerek sağlanması,
- Bebeğin metabolik tarama testlerinin ve uygun aşılarının yapılmış olması,
- Görme muayenesi ve işitme taramasının yapılmış olması,
- Nörolojik, gelişimsel ve nörodavranışsal durumunun değerlendirilerek ailenin/bakım vericilerin bilgilendirilmesi
- Beslenme konusunda oluşabilecek risklerin belirlenmesi ve bebeğe özgü bireyselleştirilmiş ev bakım planı hazırlanması gereklidir (Türk Neonatoloji Derneği, 2018).

2. Aile ve Ev Ortamının Hazırlığı

- Ailenin ekonomik durumunun değerlendirilmesi (yeterli ısınma koşullarının varlığı, temiz içme suyu ve elektrik varlığı, ailede yirmi dört saat iletişim kurulabilecek cep telefonunun olması)
- Aile bireylerinin taburculuk öncesi ruhsal durumlarının taburculuğa hazır olması,
- Bebeğin bakımından sorumlu olacak en az iki kişinin, temel bebek bakımı konusunda yeterliliklerin sağlanması,

- Uygun ev ortamının varlığı (bebeğin beşiğinin anne odasında yer alması, evde sigara kullanılmaması, bebek odasında, uygun oda ısısının sağlanması, mümkünse odanın güneş görmesi ve günde en az iki defa havalandırılması)
- Ev kazalarına (zehirlenme, yanık vb) yol açmayacak bir ortam olması,
- Bebeğin izlemine engelleyecek ulaşım, yabancı dil gibi sorunların çözümlenmesi gereklidir (Türk Neonatoloji Derneği, 2018).

3. Aile ve Sağlık Bakımını Sağlayacaklar Arasındaki İletişim ve Taburculuk

YYBÜ’de tedavi gören hastaların taburculuğu sonrası takip programları ile ilgili kabul görmüş/standart bir uygulama bulunmamaktadır. Taburculuk sonrası izlemde önemli noktalar: bebeğin önceden tanımlanan sorunlarını izlemek, ortaya çıkabilecek yeni sorunları tanımak ve gerektiğinde de ilgili bilim dallarına yönlendirerek rutin sağlam çocuk izlemine de yürütmektir (Türk Neonatoloji Derneği, 2018).

Taburculuk Planlamada Hemşirenin Rolü

Hastaneye yatışın ilk gününden itibaren hastanın taburculuğa hazırlanması sorumluluğu hemşirelere aittir. Taburculuk süreci, “mevcut sorunların tanımlanması, planlama, uygun girişimlerde bulunma ve girişimleri değerlendirme” olmak üzere dört aşamadan oluşur. Bu aşamalardan herhangi birinin doğru uygulanmadığı veya atlandığı durumda, taburculuk aşamasında çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir (Collier, & Harrington, 2005; Taylan, Sultan, & Kadioğlu, 2012; Lin & ark, 2013).

Hemşirelerin, eğitici ve danışmanlık rolünü sergileyerek hastanın/ailenin gereksinimi olan taburculuk eğitimi vermesi, hasta ve ailenin fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırır; hastalığa uyum sürecini kolaylaştırarak bireyin yaşam biçimindeki değişikliklere uygun baş etme yöntemi geliştirmelerini ve uygulamalarını sağlar (Şenol, 2018; Şenyuva & Taşocak, 2007). Taburculuk eğitimi, yeterli, etkin şekilde planlanır ve uygulanırsa, hasta bakımının niteliği artar, hastaneye ikinci defa başvurular ve dolayısı ile sağlık masrafları azalır (Lin & ark, 2013).

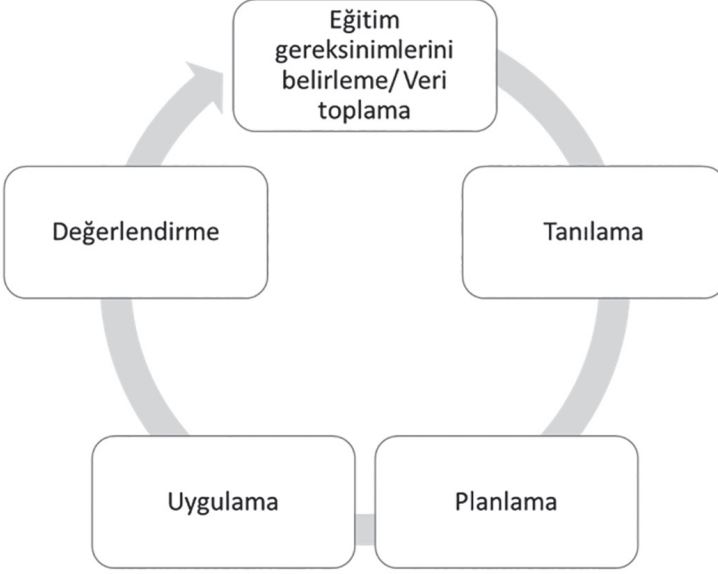
Prematüre Yenidoğanın Taburculuk Eğitimi

Bebeğin prematüre doğması, aile için bir kriz nedenidir ve annede prematüre doğum sonrası şok tablosu gelişebilir. Anne bu süreçte fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, duygusal ve ekonomik sorunlar yaşayabilir (Çırlak & Erdemir,

2013; Demirel Bozkurt, 2018). Annenin her şeyi yapmasına rağmen gebeliğin istenmeyen bir şekilde sonuçlanmış olması kızgınlık ve hayal kırıklığına neden olur. Bebeğin prematüre doğumundan kaynaklanan tıbbi riskleri ile ailenin sosyal riskleri birleştiğinde anne-bebek ilişkisi ve annelik işlevleri üzerine olumsuz etkiler ortaya çıkar (Korja, 2009). Annede bebeğe ait olumlu algılar gelişmesi, anne bebek arasındaki ilişkiye ve dolaylı olarak bebeğin büyüme ve gelişmesine katkı sağlar. Annenin bebeğe ilişkin alguları pozitif yönde gelişmez ise anne hem kendisinin hem de bebeğinin sağlığını riske atabilir. Bu nedenle anne-bebek ilişkisi için risk yaratan durumların erken dönemde tespit edilerek, anne-bebek arasında etkileşimin güçlendirilmesi önemlidir (Manav & Yıldırım, 2010).

Anneler bebeğin beslenmesi, alt bakımı gibi bebeğin bakım ihtiyaçlarını karşıladıkça annenin bakım rolünde güven duygusu artar (İşler & Görak, 2007). Anne-bebek etkileşiminin gelişiminde hemşirelerin sorumluluğu büyüktür. Hemşire, anne ve bebeğe zaman ayırarak bebeğin davranışları, bu davranışları annenin nasıl yorumlayacağı, nasıl tepki vereceği konusunda destekleyici, eğitici ve danışman rolde olmalıdırlar (Manav & Yıldırım, 2010). Bakım vericilerin bebeğin bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yeterli olup olmadığı, taburculuk öncesi belirlenmelidir. Bakım vericilerin/ ebeveynlerin bebeğin evdeki bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için gerekli bilgi ve becerilerin taburculuk öncesi kazandırılması gereklidir. Taburculuk planı, bu bilgi ve beceriler aileye kazandırıldıktan sonra yapılmalıdır (Turgut & Taş Arslan, 2013).

Hemşirenin verdiği taburculuk eğitiminin içinde, temel bebek bakımı, banyo, deri bakımı, bebeğin giydirilmesi, vücut ısısı ölçümü, emzirme ve biberonla besleme, tartı ölçümü, aşılar, uyku, büyüme ve gelişmesinin takibi, ilaçların verilmiş şekli ve dozları, hastalıkların erken belirti ve bulgularını anlama vb. konular yer almalı ve eğitim uygulamalı olarak gerçekleştirilmelidir (Kabasakal, 2012). Hemşire, eğitimin planlanma aşamasında öğrenme amaç ve hedeflerini, eğitim önceliklerini, uygun zaman ve süreyi belirlemeli; eğitim içeriğini düzenlemeli, uygun öğretim yöntem ve tekniklerini, kullanılacak araç ve gereçlerini, değerlendirme yöntemlerini belirlemeli ve öğretim planını yazılı hale getirmelidir. Uygulama aşamasında hemşire kullandığı öğretim yöntem ve tekniklerini, araç ve gereçlerin düşünmeyi, soru sormayı, etkin katılımı, tartışmayı sağlayacak şekilde seçmeli; eğitim süresini çok uzun tutmamalıdır. Eğitim sonunda hasta ve ailesine olumlu geri bildirim verilmeli; yanı sıra duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine fırsat verilmelidir (Şenyuva & Taşocak, 2007).



Şekil 1. Eğitim Süreci Aşamaları

Kaynak: Şenyuva & Taşocak, 2007.

Literatürde, aşağıdaki konularda annelerin sorun yaşadıkları ve desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Bu konularda eğitim verilmesi oldukça önemlidir:

Hijyen kurallarına uyararak yenidoğan bebek bakımı ve beslenmesinin sağlanması

- Prematüre banyosu
 - Pişik bakımı
 - Ağız bakımı
 - Beslenme
 - Göz, burun, kulak bakımı
 - Göbek bakımı
 - Alt temizliği
 - Vücut ısısının değerlendirilmesi
 - Prematüre giydirilmesi
 - Uyku hijyeni
 - Gazı
 - Prematüre bebeğin oda sıcaklığı

- Prematüre bebekte normal ve patolojik bulgularını ayırt edilebilmesi
- Gerekliğinde bebeğe ilk yardım ve temel yaşam desteği sağlayabilmesi,
- Hastalık belirtilerini tanıyabilme (ateş, beslenememe, kusma, ishal, vb.),
- Ev kazalarından korunma konusunda bilgilendirilmesi,
- Özel bakım gereksinimi olan bebeklere gerekli uygulamaları doğru yapabileme (gastrik tüp ile beslenme, ev tipi mekanik ventilatör, infüzyon pompası, nabız oksimetre, aspiratör, trakeostomi, oksijen tüpü kullanımı vb.),
- Taburculuk sonrası evde kullanılacak ilaçların kullanma şeklini ve saklama koşullarını bilmesi (Türk Neonatoloji Derneği, 2018).

SONUÇ

Pediatric hemşireliğinin yaşamın ilk anlarındaki özel bakım gerektiren prematüre bakımındaki rolünü üstlenen yenidoğan hemşireliği bilgi, deneyim, sevgi ve şefkat bütününde yaşama dokunan önemli rollerin ilk adımıdır. Yenidoğan hemşiresinin bakım verici, savunucu, karar verici, danışman ve eğitici yönü prematürenin nitelikli bakım almasını sağlar. Klinik ortamdaki profesyonel hemşirelik bakımının ardından, bakımın ev koşullarında süregelmesini sağlamak amacıyla taburculuk eğitiminin de özenle ve sabırla sunulması bebek, anne ve ailenin yaşam kalitesine katkı sağlamaktadır. Bu nedenle prematüre bakımına yönelik taburculuk eğitimlerinin bakım kılavuzları ışığında düzenli, sürekli ve standart bir bakıma yönelik olmasının daha katkı sağlayıcı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Acunaş B, Uslu S, Baş AY. (2019). Turkish Neonatal Society guideline for the follow-up of highrisk newborn infants. *Turk Pediatri Ars*; 53(Suppl 1):S180.
- American Academy of Pediatrics. (2019). LatePreterm and Early-Term Infants. *Pediatrics*, 144(5), e20192760 DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2760>.
- Ashbrook, L., Mourad, M., & Sehgal, N. (2013). Communicating discharge instructions to patients: a survey of nurse, intern, and hospitalist practices. *Journal of hospital medicine*, 8(1), 36-41.
- Aziz, K., Lee, H. C., Escobedo, M. B., Hoover, A., V., Kamath-Rayne, B., D., Kapadia V., S.,... Zaichkin, J. (2020). Part 5: Neonatal resuscitation: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(2), 524-S550. doi: 10.1161/ CIR.0000000000000902
- Buchko, B. L., Gutshall, C. H., & Jordan, E. T. (2012). Improving quality and efficiency of

- postpartum hospital education. *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), 238-247.
- Collier, E. J., & Harrington, C. (2005). Discharge planning, nursing home placement, and the Internet. *Nursing Outlook*, 53(2), 95-103.
- Çay, S., Geylani, S, G. (2015). Yenidoğan Beslenmesinde Kullanılan Enteral Yöntemler ve Hemşirelik Bakımı. *JAREN Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(1), 39-44. doi: 10.5222/jaren.2015.039.
- Çırlak, A., Erdemir, F. (2013). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünİtelерinde Yatan Bebeklerin Ebeveynlerinin Rahatlık Düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16.(2), s: 51-134. 28.
- Demirel Bozkurt, Ö. (2018). Yenidoğan ile Anne Baba Olmak. Selmin Şenol (Ed.), *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği* içinde (s79-93). Ankara: Akademisyen Yayınevi.
- Dursun, M., Bülbül, A. (2014). Mekanik ventilasyondaki yenidoğan bebeğın bakımı. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48, 67-78. doi: 10.5350/SEMB.20140331061031
- Eryürek D. , Başdaş Ö. , Korkmaz Z. , Yıldız İ. , Mumcu Ö. , Bayat M. (2021). Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 196-202.
- Goldstein, R. F., & Malcolm, W. F. (2019). Care of the neonatal intensive care unit graduate after discharge. *Pediatric Clinics*, 66(2), 489-508.
- Gomella, T. L., Cunningham, M.D., Eyal, F.G., Tuttle, D.J. (Eds). (2020). *Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs*. Diseases and Disorders General, (8. ed., pp 997- 1005). New York: McGraw-Hill Education Medical.
- Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanması Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2). doi: 10.5455/pmb1-1336130426.
- Gürsoy, T. (2017). Yenidoğanda Hipoksik İskemik Ensefalopati. Dağoğlu, T., Ovalı, F., (Ed), *Neonatoloji içinde* (595-596). 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- İşler, A., & Görak, G. (2007). Prematüre bebeğı olan annelerde olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında hemşirelik yaklaşımının önemi. *Çocuk Dergisi*, 7(1), 36-41.
- Jones, E., Stewart, F., Taylor, B., Davis, P. G., & Brown, S. J. (2021). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Kabasakal, A.(2012). Annelerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Prematüre Bebeklerinin Bakımına Yönelik Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, s: 1-114
- Korja, R.(2009). Early relationship between very preterm infant and mother: The role of infant, maternal and dyadic factors. Department of Child Psychiatry, University of Turku, s: 4-66.
- Leonard, S.A., Crespi, C.M., Gee, D.C., Zhu, Y., and Whaley, S.E. (2015). Prepregnancy risk factors for preterm birth and the role of maternal nativity in a low-income, hispanic population. *Matern Child Health Journal*, 19(10), 2295-2302.
- Lin, S. C., Cheng, S. J., Shih, S. C., Chang, W. L., Chu, C. H., & Tjung, J. J. (2013). The past, present, and future of discharge planning in Taiwan. *International Journal of*

Gerontology, 7(2), 65-69.

- Manav, G., & Yıldırım, F. (2010). Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 32(2), 149-157.
- Merter, Ö.S. (2021). Prematüre bebeklerde emme davranışının gelişimi ve hemşirelik yaklaşımı. Selmin Şenol (Ed.), *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği II*. İçinde (s37-43). Ankara: Akademisyen Kitabevi A.Ş.
- Ochiai, M., Kurata, H., Inoue, H., Ichiyama, M., Fujiyoshi, J., Watabe, S., ... & Ohga, S. (2020). Transcutaneous blood gas monitoring among neonatal intensive care units in Japan. *Pediatrics International*, 62(2), 169-174. doi: 10.1111/ped.14107.
- Rocha, G., Soares, P., Goncalves, A., Silva, A. I., Almeida, D., Figueiredo, S., ... & Guimaraes, H. (2018). Respiratory care for the ventilated neonate. *Canadian respiratory journal*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/7472964>
- Sağlık Bakanlığı, (2018). https://ohsad.org/wp-content/uploads/2020/01/SB_istatistik-y%C4%B1ll%C4%B1%C4%9F%C4%B1-2018.pdf (Erişim Tarihi: 13.09.2022).
- Satar, M., Engin Arısoy, A., Han Çelik, I. (2018). Türk Neonatoloji Derneği yenidoğan enfeksiyonları tanı ve tedavi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(1), 88-100.
- Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Şenol, S., Ergin, D., & Bolsoy, N. (2006). 0-3 aylık bebeği olan annelerin bebek bakım becerilerini etkileyen faktörler. *Ege Pediatri Bülteni*, 13(2), 99-106.
- Şenol, S. (2018). Tarih Boyunca Pediatri Hemşiresinin Rol ve İşlevleri. *Türkiye Klinikleri J Pediatri Nurse-Special Topics*, 4(1), 1-7.
- Şenyuva, E., & Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 15(59), 100-106.
- Tatlı, M.M., Gürel, M S. (2002). Yenidoğanın cilt bakımı. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 11(2), 108-112.
- Taylan, S., Sultan., & Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74.
- Törüner, E. K., Büyükgöncü, L. (2017). Çocuk sağlığı: temel hemşirelik yaklaşımları. (2. Baskı). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Turan, T., & Erdoğan, Ç. (2018). Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki prematüre bebeğin gelişiminin desteklenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(2), 127-132.
- Turgut, R., & Taş Arslan, F. (2013). Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri Ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2018). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> (Erişim Tarihi: 13.09.2022).
- Usynina, A.A., Postoev, V.A., Grjibovski, A.M., Krettek, A., Nieboer, E., Odland, J.Ø., and Anda, E.E. (2016). Maternal risk factors for preterm birth in murmansk county, russia: a registry- based study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 30(5), 462- 472.
- Uysal, S. (2010). Prematüre bebekler ve nörogelişimsel morbidite Çağrılı Yazar. *Türk*

- Pediatric Arşivi*, 45(12), 20-22.
- Yılmaz, G., Yıldız, S. (2019). Bez Dermatiti ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(2), 31-37.
- Yiğit, Ş., Ecevit, A., Köroğlu, Ö, A. (2016). Yenidoğan döneminde ağrı ve tedavisi rehberi. *Türk Pediatric Arşivi*, 53(1), 161-171. doi: 10.5152/TurkPediatriArs.2018.01802.
- Yiğit, Ş., Ecevit, A., & Köroğlu, Ö. A. (2018). Türk Neonatoloji Derneği yenidoğan döneminde ağrı ve tedavisi rehberi. *Türk Pediatric Arşivi*, 53(1), 161-171.
- Weiss, M. E., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health services research*, 46(5), 1473-1494.
- WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (Erişim Tarihi: 13.09.2022).
- World Health Organization. Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, Who; 2003. P. 1-48.
- Wyckoff, M. H., Wyllie, J., Aziz, K., de Almeida, M. F., Fabres, J., Fawke, J., ...Weiner, G. M. (2020). Neonatal life support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 142(16 suppl 1), 185-S221. doi: 10.1161/CIR.0000000000000895.
- Zengin, D. (2019). Respiratuar Distres Sendromunda (RDS) Bakım. Selmin Şenol (Ed.), *Olgularla Pediatric Bakım içinde* (s16-28). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

