



T. C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRETERM BEBEKLERDE TABURCULUK ÖNCESİ
SUPİNE (SIRTÜSTÜ) POZİSYONDA
KALMA SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MELEK AYDIN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. ZERRİN ÇİĞDEM

İSTANBUL – 2008

I. TEŞEKKÜR

Çalışmamın oluşmasında büyük emeği olan, birlikte çalıştığımız süre boyunca bilimsel ve manevi desteğini her an yanımda hissettiğim değerli danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Zerrin ÇİĞDEM'e,

Veri toplama süresi boyunca benden yardımlarını esirgemeyen, çalışmam için uygun koşulları sağlayarak bana destek olan Memorial Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'ne, özellikle Memorial Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşireleri'ne,

Bugünlere gelmemde sonsuz emekleri olan değerli aileme,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Melek AYDIN

İstanbul, 2008

II. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Preterm Bebek Tanımı ve Preterm Bebeklerde Prognoz	7
4.2. Düzeylerine Göre Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Özellikleri	8
4.3. Preterm Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım'daki Hemşirelik Bakımlarının Özellikleri	11
4.4. Preterm Bebeklere Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Verilen Yatış Pozisyonları	13
4.4.1. Yenidoğan Yoğun Bakımda Prone Pozisyonu	14
4.4.1.1. Destekli Prone Pozisyon Verme	15
4.4.2. Yenidoğan Yoğun Bakımda Yan Yatış Pozisyonu	21
4.4.3. Yenidoğan Yoğun Bakımda Supine Pozisyonu	23
4.4.4. Ne Zaman Prone, Ne Zaman Supine Yatıralım?	24
5. GEREÇ VE YÖNTEM	28
5.1. Araştırmanın Türü	28
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç Gereçler	29
5.4.1. Yenidoğan Bilgi Formu	29
5.4.2. Yenidoğan İzlem Formu	29
5.5. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular	30
5.6. Araştırmanın Etik Yönleri	31
5.7. Verilerin Toplanması	31
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	32

6. BULGULAR	33
6.1. Yenidoğanların Özellikleri ve İzlemlerine Ait Bulgular	33
6.2 Yenidoğanların Supine Yatış Durumlarına Ait Bulgular	44
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	62
7.1. Yenidoğanların Doğuma İlişkin Özelliklerin Supine Yatmaya	
Alışma Durumuyla İlişkisi	62
7.2. Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerinin Supine Yatmaya Alışma	
Durumuyla İlişkisi	64
7.3. Yenidoğanların Solunum/Dolaşım İzlemlerine Ait Özelliklerinin	
Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi	65
7.4. Yenidoğanların Beslenme İzlemlerine Ait Özelliklerin Supine	
Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi	69
7.5. Yenidoğanların Açık Yatakta Yatma ve Kuvöze Geçme Günlerinin	
Ortalaması ile Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi	72
7.6. Yenidoğanlarda Görülen Komplikasyonların Supine Yatmaya Alışma	
Durumuyla İlişkisi	73
7.7. Yenidoğanların Taburculuğa İlişkin Özelliklerinin Supine Yatmaya	
Alışma Durumuyla İlişkisi	74
7.8. Yenidoğanların Supine Yatış Durumuna Ait Özellikleri	75
8. KAYNAKLAR.....	77
9. ÖZGEÇMİŞ	84
10. EKLER	
(EK 1) Kurum İzin Yazısı	85
(EK 2) Katılımcı Bilgilendirme Formu	86
(EK 3) Hasta Onay Formu	88
(EK 4) Yenidoğan Bilgi Formu	89
(EK 5) Yenidoğan İzlem Formu	90
(EK 6) Yenidoğanın Matürite ve İntrauterin Gelişimine Göre Sınıflandırılması	95
(EK 7) Araştırma Etik Kurul İzin Yazısı	96

III. KISALTMALAR LİSTESİ

YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
GH	: Gestasyonel Hafta
AGA	: Average for Gestational Age /Gestasyon Yaşına Uygun
ELBW	: Extremely Low Birth Weight / Aşırı Düşük Doğum Ağırlığı
VLBW	: Very Low Birth Weight / Çok Düşük Doğum Ağırlığı
TTN	:Transient Tachipnea of Newborn /Yenidoğanın Geçici Takipnesi
RDS	: Respirotuar Distres Sendromu
BPD	: Bronkopulmoner Displazi
PDA	: Patent Ductus Arteriozus
ROP	: Rethinopathy of Prematurity /Prematüre Retinopatisi
IVH	: İntraventriküler Hemoraji
UVK	: Umblikal Venöz Katater
UAK	: Umblikal Arter Katateri
PICC	: Peripherally Inserted Central Catheter / Periferel Yerleşimli Santral Katater
OGS	: Orogastrik Sonda
ABÖS	: Ani Bebek Ölümü Sendromu
NSD	: Normal Spontan Doğum
CPAP	: Continuous Positive Airway Pressure / Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı
TPN	: Total Parenteral Nütrisyon / Total Parenteral Beslenme
HOOD	: Oksijen Başlığı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AAP	: American Academia of Pediatric / Amerikan Pediatri Akademisi
OTA	: Office of Technology Assessment / Teknoloji Değerlendirme Ofisi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

IV. RESİMLER VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Resim 1: YYBÜ’de prone pozisyonu	15
Resim 2: SnuggleUp	16
Resim 3: Bendy bumper	16
Resim 4: Bebek bezi	16
Resim 5: Baş için jel yastık	16
Resim 6: İçi dolu pozisyon materyali	17
Resim 7: Gelişimsel Destek Paketi	17
Resim 8: Kundak	18
Resim 9: Baş yükseltilerek prone pozisyon verilmesi	20
Resim 10: Yatak kenarlarına sıkıştırılan battaniye ile bebeğin desteklenmesi....	22
Resim 11: YYBÜ’de bendy bumper ile U şeklinde desteklenmiş yan yatış pozisyonu	22
Şekil 1 : Olguların cinsiyetlere göre dağılımı	36
Şekil 2 : Doğum şekline göre dağılımlar	36
Şekil 3 : Gestasyon haftalarının supine yatma durumuna göre dağılımı	46
Şekil 4: Supine yatmaya alışma durumuna göre PDA ve Enfeksiyon dağılımı....	60

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 6.1.1. Yenidoğanların Doğuma İlişkin Özellikleri	33
Tablo 6.1.2. Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	35
Tablo 6.1.3. Yenidoğanların Solunum/Dolaşım İzlemlerine Ait Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 6.1.4. Yenidoğanların Solunum İzlemlerine Ait Özelliklerinin Ortalaması	38
Tablo 6.1.5. Yenidoğanların Beslenme İzlemlerine Ait Özelliklerin Dağılımı	39
Tablo 6.1.6. Yenidoğanların Beslenme İzlemlerine Ait Özelliklerin Ortalaması	40
Tablo 6.1.7. Yenidoğanların Açık Yatakta Yatma ve Küvöze Geçme Günlerinin Ortalaması	41
Tablo 6.1.8. Yenidoğanlarda Görülen Komplikasyonların Dağılımı	42
Tablo 6.1.9. Yenidoğanların Taburculuğa İlişkin Özellikleri	43
Tablo 6.2.1. Yenidoğanların Supine Yatış Durumuna Ait Özellikleri	44
Tablo 6.2.2. Yenidoğanların Doğuma İlişkin Özellikleri İle Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 6.2.3. Yenidoğanların Tanıtıcı Özellikleri ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 6.2.4. Yenidoğanların Solunum İzlem Özellikleri ile Supine Yatma Durumlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 6.2.5. Yenidoğanların Solunum İzlem Özellikleri Ortalamaları ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 6.2.6. Yenidoğanların Beslenme İzlem Özellikleri ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 6.2.7. Yenidoğanların Beslenme Özellikleri Ortalamaları ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 6.2.8. Yenidoğanların Açık Yatakta Yatma ve Küvöze Geçiş Günlerinin Ortalaması ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 6.2.9 Yenidoğanların; Görülen Komplikasyonlar İle Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 6.2.10 Yenidoğanların Taburculuğa İlişkin Özellikleri ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması	61

1. ÖZET

Bu çalışma Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ) tedavi/bakım alan preterm bebeklerde taburculuk öncesi supine pozisyonda kalma sürecinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışma İstanbul il sınırları içinde III. düzey yoğun bakım hizmeti veren bir özel hastanede 1.7.2007 - 31.12.2007 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapıldığı YYBÜ'ye 1.7.2007-31.12.2007 tarihleri arasında yatan tüm bebekler, örneklemini ise aynı tarihler arası YYBÜ'ye yatan 30 preterm bebek oluşturmuştur.

Araştırma verileri literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan Yenidoğan Bilgi Formu ve Yenidoğan İzlem Formu kullanılarak elde edilmiştir. YYBÜ'deki tüm preterm bebeklerin aileleri araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerden yazılı izin alınmıştır.

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonucunda preterm bebeklerin supine yatmaya alışmasını primer olarak etkileyen faktörün bebeğin doğumdaki gestasyon haftası olduğu söylenebilir. Ayrıca bebeğin doğumdaki gestasyonel haftası (GH) ile supine yatmaya alışma süresi arasında ters orantı olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak benzer çalışmaların daha büyük gruplarda değişik GH'daki preterm bebeklerde; GH'larına göre yapılmasını önermekteyiz.

Çalışmada pretermilerin taburculuk öncesi supine pozisyonda yatmaya alıştırılmaları sürecinde, aileler de bebeklerini YYBÜ'de gözlemledikleri için bu pozisyonun devamını evde daha kolay sağlayacakları düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Preterm, prone, supine, pozisyon, yenidoğan yoğun bakım.

2. SUMMARY

TO ASSESS THE PROCESS OF STAYING IN SUPINE POSITION BEFORE DISCHARGE IN PRETERM BABIES

The purpose of this study was to assess the process of staying in supine position before discharge in preterm babies who were treated in newborn intensive care unit (NICU).

Study was conducted between 1st of July 2007 and 31st of December 2007, in a private hospital which has 3rd level intensive care unit, in the boundaries of Istanbul.

The population of this study was all babies who were in NICU between 1st of January 2007 and 31st of December 2007 and sample of this study was 30 preterm babies in NICU between the same dates.

Data were conducted by means of Newborn Information Form and Newborn Monitor Form which were created through literature. All preterm babies' parents in NICU were informed about the study and written permissions were taken from the parents who accepted to participate in this study.

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 was used to analyse the data. Quantitative data were analyzed using Student T-Test to compare the groups which had normal distributed parameters and Mann Whitney U test to compare the groups which had non-normal distributed parameters, besides descriptive statistics (mean, standart deviation). Chi-Square Test and Fisher's Exact Chi-Square Test were also used to analyze the qualitative data. Results were assesed through 95% confidence interval and $p < 0.05$ signifance level.

According to the findings of this study, we indicated that gestation week in birth of the baby was the primary factor which had influence on the adjustance of the baby to supine position. We also thought that there was an inverse correlation between baby's gestational age's and settling-in period to supine position.

As a result, we suggested that similar researches should be done according to gestational ages, with large samples of preterm babies in different gestational ages.

We also believed that due to the parents' observation of the adjusting process to staying in supine position before discharge of preterms, parents can provide the continuance of this position easier.

Key Words: Preterm, prone, supine, position, neonatal intensive care.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Preterm (zamanından önce) doğan bebeklerin YYBÜ’de kaldıkları süre içinde prone (yüzüstü) yatmaları tercih edilmektedir. Prone pozisyon intrauterin pozisyonun devamını sağladığı için bebeklerin fizyolojik stabilizasyonlarını kolaylaştırmakta, solunum için kullandığı oksijen gereksinimlerini azaltmakta, postür bozukluklarını önlemekte, stresle başetmeyi öğrenmesine yardımcı olmakta ve uyku-uyanıklık düzenini kolaylaştırmayı sağlamaktadır. Ayrıca prone pozisyon; destek yüzey alanı ile vücudun en çok temas ettiği pozisyon olduğu için amaçsız motor aktivitelerini azaltmak için en etkin yoldur (20, 52).

Bununla birlikte prone pozisyonu sağlıklı yenidoğanlarda/bebeklerde Ani Bebek Ölümü Sendromu (ABÖS) için büyük risk oluşturmaktadır (8,30). Bir yaşından küçük bebeklerin bilinmeyen nedenlerle yataklarında aniden ölmeleri ABÖS olarak tanımlanmaktadır ve gelişmiş ülkelerde 1-12 aylık bebekler arasında en sık görülen ölüm nedenidir. En sık 2-3. ayda görülür ve daha sonra sıklığı giderek azalır (3, 34).

Yapılan çalışmalarla ABÖS için risk oluşturan faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler; preterm olma, düşük doğum ağırlığı, prone uyku pozisyonu, sigara dumanına maruz kalma, gebelik döneminde sigara kullanımı, doğum öncesi sağlık bakımı almama ya da geç sağlık bakımı alma, kış aylarında doğmuş olma ve erkek cinsiyet olma şeklinde sıralanabilir (39, 41, 46, 48, 50).

Son yıllarda özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ABÖS’ten ölen bebek oranının artması nedeniyle Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ilk kez 1992 yılında “Back to Sleep” (Sırt üstü uyuma) kampanyası başlatmıştır. Bu ulusal kampanyanın amacı; ABÖS’ü ciddi şekilde arttıran prone pozisyonda uyumayı azaltmaktır. Yıllar içinde ABÖS’ten ölüm oranları azalmıştır ancak uyku ile ilgili diğer sebeplerden dolayı ölümler sürmektedir. AAP’nin konuyla ilgili en son kılavuzu 2005 yılında yayınlanmıştır (4).

Kılavuzda ABÖS'den korunmanın ve riski azaltmanın yolları bildirilmektedir:

- Evde bebeklerin sırtüstü yatırılması
- Bebeğin yatması için sert ve düzgün yüzeyli yatakların tercih edilmesi
- Bebeğin yatağına yumuşak battaniye, yastık, oyuncak gibi materyallerin koyulmaması
- Hamilelik boyunca sigara içilmemesi
- Bebekle aynı yatakta yatılmaması
- Mekanizması tam olarak bilinmese de uykuya dalarken bebeğe emzik verilmesi
- Bebek uyurken çok fazla giydirilmemesi gibi ABÖS riskini azaltmak için alınması gereken basit önlemler anlatılmaktadır (4).

Preterm bebeklerin gelişimini en iyi destekleyen prone pozisyonun YYBÜ'de tercih edilmesi önerilirken, özellikle ebeveynlere; taburculuktan sonra bebeklerini evde bu pozisyonda yatırmamaları önerilmektedir. Ancak literatürde ailelerin bebeklerini evde; özellikle uyku sırasında prone pozisyonda yatırmaya devam ettikleri vurgulanmaktadır (45, 47).

Bu gözlemler sonucunda araştırmalar bebeklerin YYBÜ'den taburcu olmadan önce supine pozisyonda yatırılmaya başlanmaları ve bu yatış pozisyonunda yatmayı öğrendikten sonra taburcu edilmelerinin önemini belirtmektedirler (45).

Tüm bu literatür bilgileri ışığında, bu çalışma YYBÜ'de tedavi/bakım alan preterm bebeklerde taburculuk öncesi supine pozisyonunda kalma sürecinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Preterm Bebek Tanımı ve Preterm Bebeklerde Prognoz

Preterm bebek 37.GH'dan önce doğan bebeklere denmektedir (43, 44). Yenidoğan yoğun bakım servislerindeki teknolojik gelişmelerle birlikte preterm bebeklerin mortalite oranları azalmış ve yaşam sınırı 23 hafta gibi erken gestasyonel yaşlara kadar indirilmiştir (19, 35).

Preterm doğumlar tüm canlı doğumların %8-10'unu oluşturmalarına rağmen yenidoğan dönemi morbidite ve mortalitelerinin %70-80'inden sorumludur. Ayrıca tüm dünyada ve ülkemizde yardımcı üreme tekniklerinin artmasıyla çoğul gebelikler; buna paralel olarak da preterm doğum sayıları artış göstermektedir (14, 24, 26, 49, 58).

Gelişen teknolojiye bağlı olarak preterm bebeklerin doğduktan sonra sağkalım şansı 22-23.GH'da %20-30, 25.GH'da %70'lerde, 28.GH'da ise %80-90'a çıkmıştır (35).

Can ve arkadaşları (13) çok düşük doğum ağırlıklı (VLBW) 42 preterm bebeğin erken adölesan dönemdeki morbiditelerini araştırmışlardır. Araştırmanın sonucunda majör nörolojik sorun serebral palsy (%11.9) olarak bulunmuştur. Serebral palsili çocukların 1'i okuma yazma bilmemekte, 1'i ilkokuldan terk, 1'i ilkokul mezunu, 1'i liseden terk, 1'i lise mezunudur. Göz ile ilgili sorunlar ise %57.5 çocukta görülmektedir.

Türk Neonatoloji Derneği'nin (51) 2005 yılında yapmış olduğu çok merkezli çalışmasında Türkiye'de 28 merkezin YYBÜ'nde neonatal mortalite hızları incelenmiş ve bebeklerin gestasyonel haftalarına göre mortalite oranları 22-24.GH'da %90.7, 25-26.GH'da %61.4, 27-28.GH'da %31.6, 29-30.GH'da %10.1, 31-32.GH'da %7, 33-34.GH'da %3.6, 35-36.GH'da %2.4, 37-42.GH'da % 1.3 olarak belirlenmiştir.

Günümüzde neonatoloji alanındaki gelişmelere bağlı olarak bu bebeklerin mortalite oranları azalırken morbidite oranlarında artış görülmektedir. Zamanından önce doğan bebeklerde görülen sorunların en önemli nedeni sistemlerin immatüritesidir (35, 49). Bu nedenle bebekte hayatı tehdit eden bazı sorunlar gelişebilir, bu sorunların en önemlileri arasında respiratuar distres sendromu (RDS), intraventriküler hemoraji (İVH), nekrotizan enterekolit (NEK), sepsis, patent ductus arteriosus (PDA), hiperbilirubinemi, prematüre retinopatisi (ROP), bronkopulmoner displazi (BPD), ısı regülasyon bozuklukları ve sıvı elektrolit dengesizlikleri sayılabilir. Bu sorunların görülme oranı gebelik haftası ilerledikçe azalır (19, 24, 38, 32).

Preterm bebekler gelişimsel yönden de risk altındadır. ABD’de 1990’lı yıllarda 1500 gramın altında doğan bebeklerin %80’inin yaşadığı, bunların %5-15’inin serebral palsy, %25-50’sinde bilişsel, davranışsal bozukluklar, öğrenme güçlükleri görüldüğü bildirilirken; 2000’li yıllarda 1000-1500 gram arasındaki bebeklerde %36 oranında gelişimsel gerilik görüldüğü, doğum ağırlığı arttıkça bu olasılığın azaldığı bildirilmektedir (5).

Atasay ve arkadaşlarının (7) Ankara ilinde 1997-2000 yılları arasında çok düşük doğum ağırlıklı (VLBW) pretermilerin izlemi ile ilgili çalışmalarında vaka sayısı 133, GH ise 30.3 ± 2.9 olarak açıklanmıştır. Araştırmacılar bebeklerin sağ kalım oranlarını %83.5 olarak açıklarken olgularda %10-27.5 arasında değişen oranlarda NEK, infeksiyon, RDS, BPD ve PDA görüldüğünü belirtmişlerdir. İzlem polikliniğinde izlenen %90 oranındaki bu olguların zihinsel gelişim indeksleri %71.2 oranında, psikomotor gelişim indeksleri ise %44.2 oranında normal bulunduğunu saptamışlardır.

4.2. Düzeylerine Göre Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Özellikleri

Preterm bebeklerin bakımı amacıyla çocuk servislerinden ayrı yenidoğan ünitelerinin kurulmasına ilk kez 1920’li yıllarda ABD’de başlanmıştır. Zamanla

yenidoğan ünitesi ve doğum servislerinin birbirlerine yakın ve ilişki içinde olması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Özellikle gelişmiş ülkeler 1970’lerde kendi koşullarına uygun yenidoğan servislerinin kuruluşu, ekipmanı, personeli ve işleyişine yönelik tanımlamaları yapmaya başlamışlardır. Bu çalışmalar yıllar içinde yeni bilgi ve gelişmeler doğrultusunda gelişerek günümüzde yenidoğan bakım ünitelerinin düzey tanımları olarak gündeme gelmiştir (61).

Bir yenidoğan yoğun bakım ünitesinin oluşmasını belirleyen ulusal bir standart bulunmamaktadır. Bazı ülkeler belirli düzeyler belirlemiş ve bu düzeyleri hastanelere ayırmışlardır. Ancak bazı ülkelerin ise belli düzeyleri yoktur ya da yazılı hale getirilmemiştir. ABD’de Office of Technology Assessment (OTA) tarafından yayınlanan bir raporda, bakım düzeyinin kadrolaşma ve teknolojik donanım yeterliliğinden çok, tedavi edilen hastaların tipi ve hastalıkların ciddiyeti ile belirlenmesi gerektiği önerilmektedir. Bu öneriler bu yaklaşımı yansıtır ve yoğun bakımı geniş olarak tanımlar. Bu rapor; yenidoğan yoğun bakım ünitesini, devamlı hemşire bakımını, komplike ameliyat yöntemlerini, sürekli solunum desteğini ve diğer yoğun bakım girişimlerini gerektiren kritik hastaların veya tıbbi olarak düzene girmemiş yenidoğanların bakımını tanımlanmıştır. Orta derecede bakım daha az hemşire bakımı gerektiren fakat solunum desteğini de kapsayan hasta bebeklerin bakımını kapsar. Yoğun bakım ünitesi varlığında, orta dereceli bakım odası yoğun bakım alanından bir alt basamak olarak görev yapar (29).

Yenidoğan bakım ünitelerinin düzey tanımlamaları gelişmelere göre güncellenmekte ve ülkeden ülkeye bazı değişiklikler göstermekle birlikte genel olarak III düzeyde yapılmaktadır.

I. Düzey Yenidoğan Üniteleri: Temel yenidoğan bakımı verilir. Bu ünitelerde bebeklere resusitasyon yapılabilecek uygun ekipman ve personel olmalı, sağlıklı yenidoğanların değerlendirilmesi ve postnatal rutin bakımları yapılabilmesi, yenidoğan yoğun bakıma nakli gereken bebeklerin stabilizasyonu sağlanabilmelidir (54, 61).

II. Düzey Yenidoğan (Özel Bakım) Üniteleri : Temel bakıma ek olarak orta derecede hasta, kısa sürede sorununun çözülebileceği düşünülen bebeklerin bakımı, ayrıca ciddi hastalığı düzelmekte olan ve III.düzeyde bakımı yapılan hastaların geri

alınarak tedavilerinin tamamlanması sağlanır. Genel olarak 32 GH'nın ve 1500 gramın üzerinde doğan bebeklere bakım verilir.

II.düzey; solunum desteği tedavisi verebilme kapasitesine göre IIA ve IIB olmak üzere ikiye ayrılır. Düzey IIA'da bebeklere daha üst bir merkeze sevke kadar geçen süre dışında solunum destek tedavisi verilmesi beklenmez. Düzey IIB ünitelerde ise kısa süreli mekanik ventilasyon (24 saatten az) ya da sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) uygulanabilir. Bu merkezlerde tedavinin sürdürülebilmesi için gerekli teknik cihazlar ve tıbbi görevlilerin olması gereklidir (61).

III. Düzey Yenidoğan (Yoğun Bakım) Üniteleri: Yüksek riskli gebelik ve yenidoğan bakımı konusunda planlanmış bütün hizmetleri verebilecek, neonatal ve maternal servislerin olduğu perinatal merkezler III. düzey merkez olarak kabul edilir(22, 54).

İdeal olarak yenidoğan yoğun bakım ünitesi kadın doğum ünitesi ile yakın olmalı, ünite de en az bir neonatologla bir perinatolog ile birlikte yapılandırılmalıdır. Doğumhane ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri arasında mutlak suretle bağlantı olmalıdır. Her iki bölümün de hemşirelik hizmetleri birbirleriyle iletişim halinde olmalıdır (54, 61).

III.düzey yenidoğan ünitelerinde bakılması gereken yüksek riskli yenidoğanlar; gestasyonel yaşı 32 haftadan küçük ve doğum ağırlığı 500 gramdan az olan bebekler, ağır derecede immün yetmezliği olan, RDS olan, önemli derecede ağır konjenital anomalisi, ağır komplikasyonları olan, sepsisli bebekler ve neonatoloji dışında spesifik bir bilim dalı konsültasyonu gereksinimi olan bebeklerdir.

III.düzey yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki bebeklerin %3'ünün ağır düzeyde sorunu olup özel bakıma ihtiyaçları vardır. Bu bebekler; mekanik ventilasyon uygulanan, 28.GH'dan küçük olan, 1000 gramdan küçük olan, total parenteral nütrisyon (TPN) gereksimi olan, majör bir cerrahi girişimden önce ve sonra 48 saatten daha uzun süreyle hemşirelik bakımı uygulanan, hekim – hemşire dahil olan bir ekiple transportu gereken ve terminal dönemde olan bebeklerdir. Bu düzeyde hastalara nitelikli ve yenidoğana yönelik eğitim almış hemşireler tarafından bakım verilmelidir (22, 54).

Doğum ağırlığı 1000 gram ve 28.GH'dan büyük olan bebeklerin bakımı Düzey IIIA merkezlerde sağlanır. Bu merkezler geleneksel mekanik tedaviyi gerektiği durumda kullanabilir ancak yüksek frekanslı ventilasyon gibi ileri derece uygulamaları yapamaz. Santral katater takılması ve umbilikal herni onarımı gibi minör cerrahi işlemler bu merkezlerde yapılabilir.

28. GH'dan ve 1000 gramdan daha küçük doğan pretermilerin Düzey IIIB merkezlerde tedavi edilmesi önerilir. Düzey IIIB merkezlerde ileri solunum desteği, fizyolojik monitörizasyon, laboratuvar, görüntüleme olanakları olmalıdır. Bu merkezlerde majör cerrahi işlemlerin yapılabileceği pediatrik cerrahi üniteleri de bulunmalıdır. Düzey IIIC merkezler, genellikle çocuk ya da üniversite hastanelerinde bulunan, ciddi doğumsal bozukluklara müdahale edilebilen merkezlerdir. Düzey IIIB ve IIIC merkezlere yan dal konsültanları kolay ulaşabilir şekilde olmalıdır.

Yapılan yayınlarda; I. düzeyde 6-8 bebeğe bir hemşire, II. düzeyde 3-4 bebeğe bir hemşire, III. düzeyde ise 1-2 bebeğe bir hemşire olacak şekilde kadroların oluşturulması durumunda hemşirelik hizmetlerinin aksamadan sürdürülebileceği önerilmektedir (22, 54, 61).

4.3. Preterm Bebeklerin Yenidoğan Yoğun Bakım'daki Hemşirelik Bakımlarının Özellikleri

Preterm bebekler zamanından önce dünyaya geldikleri için vücut sistemleri immatürdür. Bu nedenden dolayı yoğun bakımda kaldıkları sürece son derece özenli ve dikkatli bakılmalıdırlar (55, 56).

Yenidoğan hemşiresi hemşirelik uygulamalarının yanı sıra tıbbi bakımda da söz sahibidir. Yenidoğanın hemşirelik bakımı özellikle yenidoğanın gereksinimleri üzerine yoğunlaşır. YYBÜ'lerde çalışan hemşireler yoğun bakım ekibinin özel eğitilmiş ve deneyimli üyeleridir. Bebekle diğer ekip üyelerinden daha fazla zaman geçirmekte olan hemşirenin; iletişimi iyi, konusunda deneyimli ve becerikli, bağımsız

fonksiyonlarının farkında olan ve bunları uygulayan, YYBÜ'nün karmaşık yapısına uyum sağlayabilecek, sorunları pratik olarak çözümleyebilecek, değişikliğe açık, girişimci, araştırmacı ve gözlem yeteneğinin iyi gelişmiş olması şarttır (53).

Yenidoğan yoğun bakım hemşiresi bebeğin bakımına ilişkin klinik kararları vermede hekime bilgi sağlamak için yaptığı gözlemlerin kayıtlarını sağlıklı bir şekilde tutmalı, bebeğin haklarını savunabilmeli, bakımını programlamalı, kişisel hemşirelik kararlarını verebilmeli, eylemlerini uygulayabilmeli ve hemşirelik uygulamalarını geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmalıdır (33).

Yenidoğan yoğun bakıma başlayan her hemşire oryantasyon eğitiminden geçmelidir. Kaliteli bir hemşirelik bakımı sağlamak için üniteye uygulanan tüm işlemler standardize edilmeli ve yazılı hale getirilmelidir. Bu standartlar sayesinde uygulamalar kişisel algılama farklılıklarından etkilenmemiş olur. Yazılı hale getirilmiş standartlar özellikle işe yeni başlayan hemşireler için rehber olabilir (33, 55, 56).

Yoğun bakımda rutin hemşirelik bakımlarından biri olan pozisyon verme; yenidoğanın genellikle ilk hemşiresi tarafından uygulanır. İyi gözlem yapabilen, eğitilmiş bir yenidoğan hemşiresi bebek için en doğru ve sağlıklı olan pozisyonu bilmelidir. Yenidoğanın fizyolojik stabilitesini sağlamak için mümkün olduğu kadar bebeğin hoşnut olduğu pozisyonlar seçilmeli hoşnut olmadıklarından ise zorunlu kalınmadıkça kaçınılmalıdır. Bu sayede yeni doğanlar stresten uzak olacaklardır. Eğer yenidoğanda strese neden olacak başka bir pozisyon verme gerekli ise onu destekleyici ve stresini azaltıcı pozisyon verme ile fizyolojik ve motor stabilizasyonunu kaybetme durumunun etkileri azaltılabilir (12, 20,38, 52).

252 hemşireyi kapsayan, pretermilerin YYBÜ'deki yatış pozisyonlarıyla ilgili olarak hemşirelerin bilgisini ölçen bir çalışmada %65 oranında hemşire preterm bebekler için en iyi pozisyonun prone olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %52'si taburculuk sırasında aileye bebeğin evde supine pozisyonda yatırmalarını önermişlerdir (6).

Brandon ve arkadaşlarının (9) 71 bebek ile yaptıkları araştırmanın sonucunda YYBÜ'deki bebeklerin uyku uyanıklık ve sinirlilik davranışlarının hemşireler yanlarında olduğu zamanlarda farklılık gösterdiği bildirilmiştir:

Uyku- uyanıklık durumları gelişimi sadece biyolojik gelişmeyle değil hemşirenin sağladığı bakım stilinden, kendilerine verilen yatış pozisyonundan da etkilendiğini belirtmişlerdir.

4.4. Preterm Bebeklere Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Verilen Yatış Pozisyonları

Preterm bebeklerin çevresel stresörlere en fazla duyarlı oldukları dönem YYBÜ'ye kabul edildikleri ilk günler/haftalardır. Yenidoğanlar özellikle bu dönemdeki bakımlarında merkezi sinir sistemi ve diğer sistemlerinin optimal düzeyde fonksiyonelliğinin sağlanması için çok özel ve spesifik pozisyonlarda yatmaya gereksinim duyarlar (31, 52).

Pozisyon verme bebeklerin gelişimindeki birçok faal alanı etkiler bu yüzden doğru pozisyon verme kısa ve uzun vadede YYBÜ'deki bebeklerin rahatı açısından kritik bir durum oluşturur. Pozisyon verme bebeklerin vücut sistemlerini olumlu veya olumsuz etkileyebilir. Doğru pozisyon verme bebeklerin kendi kendini düzenleme şartlarını yükseltir ve bebeklerin ellerini ağızlarına götürmeleri gibi davranışları zorluk çekmeden yapabilmelerini kolaylaştırır. Uygun olmayan pozisyonlar bebekte kısa dönemde motor ve davranışsal bozukluklara, uyku-uyanıklık düzensizliklerine, kronik ağrıya; uzun dönemde ise kalıcı postür bozukluklarına neden olmaktadır (12, 31).

YYBÜ'de pozisyon yönetiminin temel amacı; bebeklerin tedavi/bakım girişimlerinin neden olduğu ağrı/acıdan ve çevreden kaynaklanan stresörlerden etkilenmesini azaltmak, aynı zamanda postürlerini koruyarak stresle baş etmeyi sağlamalarını kolaylaştırmaktır (12, 25).

YYBÜ'lerde preterm bebekler için en uygun yatış pozisyonu prone pozisyonudur. Bebeğin genel durumuna ve durumunun ciddiyetine göre zorunlu hallerde supine ve yan pozisyon da verilebilir (19). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) de preterm bebekler için yoğun bakımda yattığı sürece prone pozisyonu önermektedir (3,4).

4.4.1. Yenidoğan Yoğun Bakımda Prone Pozisyonu

Preterm yenidoğanlara prone pozisyon verilmesi düzenlenmiş solunum, iyi uyanma ritmi, daha az enerji tüketimi ve daha iyi fizyolojik durum olarak özetlenebilir. Prone pozisyonunun genel avantajı ekstrauterin çevrede daha yumuşak düzenlemelerle bebeğin kendini güvende hissetmesini sağlamak ve yenidoğanın gelişim potansiyelini desteklemektir (2, 31).

✓ Fizyolojik Yararları

- *Oksijenizasyonda %15-25 artma sağlar (daha az oksijen tüketimi).*
- *Apne ve takipne görülme oranı azalır.*
- *Kalp atımının düzenli olmasını sağlar.*
- *Ürkmeye, titremeye ani hareketlere daha az stresle cevap verir.*
- *Çevresel uyaranlara (ses, ışık) daha az maruz kalır.*
- *Beyne venöz dönüşüm gelişmiştir ve intrakraniyal basınç azalır.*

✓ Nöromotor Yararlar

- *El-yüz, el-ağız manevrasında kolaylık sağlayarak yenidoğanın kendi kendini sakinleştirmesini kolaylaştırır.*
- *Supine pozisyona kıyasla daha iyi baş kontrolü sağlar.*
- *Postüral asimetritleri engeller, postür bozukluklarını önler.*
- *Boyun ekstansiyonunu önler.*
- *Ekstremitelerin fleksiyonunu kolaylaştırır. Ekstansiyonu azaltır. Böylece bebeğin hareketleri sağlıklı yenidoğanlardakine benzer bir şekilde başarmasını sağlar.*

✓ Uyuma-Uyanma Ritmindeki Yararları

- *Bebeğin uyuma periyodlarının artmasını sağlar. Böylece bebek daha uzun süre uyur, enerjisini korur ve kilo alması artar.*
- *Kalori harcanmasında azalma sağlar.*
- *Özellikle beslenmeden sonra sessiz uyuma süresini artırır ve aktif uyumadaki ağladığı süreyi azaltır.*

✓ Diğer Yararlar

- o Yatak başı 30 derece yükseldiğinde reflüde azalma sağlar.
(2, 12, 16, 20, 25, 27, 31, 40, 52).

Prone Pozisyonun Dezavantajları

Prone pozisyonunun bilinen bu avantajları yanında bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Özellikle baş hareketleri mekanik ventilasyon veya başka tedavi nedenleriyle kısıtlanmış preterm bebeklerde asimetrik baş duruşu ve başın yassılaşması prone pozisyonunun dezavantajları olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu dezavantajlar pozisyon verme yastıkları, başa belli aralıklarla pozisyon verilmesi ve baş-gövde hizasının korunması ile ortadan kaldırılabilir (31, 52).



Resim 1: YYBÜ’de prone pozisyonu

4.4.1.1. Destekli Prone Pozisyon Verme

Prone pozisyonu gövde ve kalçaya destek vererek daha da geliştirilebilir, iyileştirilebilir. Destek genellikle başlıca ağırlık noktalarını taşıyan bölgelere (omuz, gövde, pelvis) konur ve bu sayede yenidoğanın akciğerlerinin rahat havalanması sağlanır.

Gövde ve pelvisteki destekler kollara ve bacaklara uygulanan yerçekiminin etkisini azaltır ve yenidoğanın rahat bir fizyolojik duruş şeklini benimseyebilmesini kolaylaştırır. Destek; yenidoğan kollarını ve bacaklarını fleksiyon/addüksiyon şeklini koruyabilmesi için yeterli derecede yüksek olmalıdır (52).

Pozisyon Verme Araçları

Pozisyon verme çeşitli materyallerle sağlanabilir. En çok kullanılan uygun pozisyon destek araçları:

- Sarılmış battaniyeler, bebek bezi,
- Bendy Bumper,
- Jel yastıklar, pad (küçük yastık, tampon)
- Tek kullanımlık polyester veya pamuklu giyecekler,
- Isımarlama yapılmış köpük materyaller,
- İçi dolu oyuncaklar,
- Battaniyelerdir.



Resim 2: SnuggleUp



Resim 3.: Bendy bumper



Resim 4 : Bebek bezi



Resim 5: Baş için jel yastık



Resim 6: İçi dolu pozisyon materyali



Resim 7: Gelişimsel Destek Paketi

Pozisyon verme materyalleri cildi koruma açısından yumuşak ve pürüzsüz olmalıdır. Prematüre bebeklerde kulaklar bazen gözden kaçsa da cildinin bozulmasında önemli bir alandır. Yenidoğanlar başlarını hareket ettirdiklerinde destek yüzeyine sürtünmeden dolayı kulakları tahriş olur. Kullanılan pozisyon verme materyalleri yumuşak battaniyeler ile sarılarak sürtünme etkisi en aza indirilmelidir (52).

Prone pozisyonunda destek şekli birkaç şekilde olabilir:

U şekli; yenidoğanı çevreleyerek gereksiz hareketler yapmasını engeller. Gövdede (kollar ve omuzlarda) W duruşu, kalça ve diz gerilmesini engeller. Bacakların çevresi de dahil; bebeği çevrelemenin en güvenli yoludur. Sarılmış battaniyeler, içi yoğun köpük, içi dolu oyuncaklar ve beanbags en sık kullanılan çevreleme araçlarıdır.

T şekli; ile destek sağlamak için özel yapım köpükler ya da ince sarılmış battaniyelerin birbirine dikey koyulabilmektedir. T şeklinin üst kısmı başı yan kısımları ise gövde ve kalçayı destekler. T şekli en iyi U şekli ile belli bir kombinasyon ile yapıldığında oldukça etkin olur.

I şekli; T şeklinin değişikliğe uğramış halidir. Burada destekleyici parça daha kısadır ve yeni doğanın sadece gövdesinin üst kısmına destek sağlar. Daha kısa olan I pelvis boyunca destek sağlar ve pelvisi kaldırarak tam kalça addüksiyonu sağlar. Bu pozisyon verme en iyi tek parça özel üretilmiş materyaller ile yapılabilir fakat bazen rulo yapılmış battaniyeler de kullanılabilir. Aynı zamanda çevreleme içeriği ile de kullanılabilir (52).

Vergara 1993 yılında tek parçalık bir pozisyon materyali dizayn etmiştir. Bu materyal orta yoğunlukta yumurtalık köpüğünden yapılmış bir dikdörtgen şeklindedir. Yenidoğanın bacaklarından daha uzun ve kalçasından daha geniş bir şekilde dikdörtgen şeklindeki bir parça kesilir. Gövde kısmı pelvisi göbek hizasından destekleyerek kaldırır ve bacakların kıvrılmasını kolaylaştırır. Kolların üst kısmındaki yumurta kabı dişlileri kesilir ve omuzların kıvrılmasını kolaylaştırır. Yenidoğanın bu pozisyon materyali üzerindeyken etrafının battaniye ile sarılması bebeğin amaçsız hareketlerini azaltarak enerji kaybını önler ve fleksiyonu destekler. Araç üst ekstremiteler pozisyonlarından daha çok alt ekstremiteler için etkindir (52).

Hipotonik yenidoğanlarda gövde ve kalça destekleri genellikle işe yarar. Çok hareketli ve aşırı hassas yenidoğanlar uygun pozisyonda kalabilmek için ek olarak vücutlarının yan taraflarından da desteklenmeye ihtiyaç duyabilirler. Pozisyon vermek için kullanılan malzemeler beslenmeden beslenmeye yeniden düzenlenmelidir. Düzgün olmayan (formu bozulmuş) destek yüzeyleri yenidoğanlarda motor aktivitelerinin bozulmasına, doğru pozisyonun kaybolmasına ve stresin artmasına neden olur. Sarılmış battaniyeler ve şekil vermesi kolay, hareket ettirilebilen materyaller kullanım açısından en iyi olanlardır. Ancak pozisyon materyallerinde dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan birisi; acil durumlarda sağlık personelinin bebeğe müdahalesini etkilemeyecek şekilde kullanılıyor olmasıdır (52).

Kundak yapma prone pozisyonunu tamamlayıcıdır, etkindir ve pratiktir. Fleksör duruşu iyileştirir ve VLBW yeni doğanlarda nöromüsküler gelişimi artırır. Yine kundağın da kullanımı acil şartlarda müdahaleyi geciktirmeyecek şekilde olmalıdır (12).



Resim 8: Kundak

Basınçlı-yayılmış köpük yastıkların, havalı yatakların, jel yastıkların ve yatakların kullanımı preterm yeni doğanların başındaki yassılaşmayı azalttığı bilinmektedir (31, 52).

Bazı durumlarda; özellikle iritabilitesi olan yeni doğanlar prone pozisyonunu tolere edemezler ve bu pozisyonunda yatmak istemezler. Prone pozisyonuna yatırıldıklarında aşırı gerilme ve kıvrınma gösterebilirler. Hiperekstansiyona geçen bebekler battaniye ile sarılabilir ve bu duruma adapte olana kadar sabit bir şekilde fleksiyon durumunda tutulabilirler böylece yeni bir fleksör duruşu benimseyeceklerdir. Ekstra destekler dahi koyulsa az sayıda bebek prone pozisyonunu reddeder ama yine de bu durum zorlanmamalıdır. Bu durumda olan yenidoğanlara alternatif destekler ile pozisyon verilerek prone pozisyonunu benimsemeye çalışmalarını sağlamak gereklidir (52).

Chang ve arkadaşlarının (16) yaptığı çalışmada 25-36 hafta arası doğan ve entübe edilen preterm bebekler doğduktan sonra bir hafta boyunca izlenmiştir. Bebeklerin pozisyonu her 2 saatte bir değiştirilmiştir. Monitorize olan bebeklerin oksijen saturasyonları her pozisyon değişiminde izlenmiştir. Sonuç olarak prone pozisyonunda yatan bebeklerin supine pozisyonunda yatan bebeklere göre daha az motor aktivitede bulundukları, daha yüksek oksijen saturasyonuna sahip oldukları, daha az saturasyon düşme periyotları yaşadıkları, bunun da enerjiyi depolamaya yardım ettiğini; prone pozisyonun özellikle beslenmeden sonra sessiz uyuma süresini artırdığını ve bebeğin aktif uyumada ağladığı süreyi azalttığı sonucunu bulmuşlardır.

Chen ve arkadaşlarının yaptığı araştırma (15) 26-36 GH'daki bebekleri kapsamaktadır. Bebekler hemşirelik bakım aktivitelerinden sonra 2 saatte bir prone den supineye, supine den proneye çevrilmiştir. Pozisyon değişikliğinden yaklaşık 1 saat sonra bebeklerin fizyolojik parametrelerine bakılmıştır. Sonuç olarak da prone yatan bebeklerin supine yatan bebeklere göre oksijen saturasyonları daha yüksek, kalp atım hızlarının ve solunumlarının daha düzenli olduğu bulunmuştur. Bu da prone pozisyonun preterm bebekler için avantajını göstermektedir.

Bhat ve arkadaşları (10) ise taburculuk öncesi preterm bebeklerin akciğer kapasiteleri ve oksijenizasyonlarında postürün etkisini çalışmışlardır. Çalışma 20 bebek üzerinde yapılmıştır. 2 gün boyunca bebeklere 3 saatte bir pozisyon vermişler,

bebeklerin oksijen satürasyonunu monitörden izlemişlerdir. Sonuç olarak fonksiyonel rezidüel kapasitenin ve oksijen satürasyonunun prone yatan bebeklerde daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır.

Baş Yükseltilerek Prone Pozisyon Verilmesi

En çok tavsiye edilen pozisyon başın 30 derece yükseltilmiş olduğu prone pozisyonudur. Başın yükseltilmesi ile ilgili en etkin çalışmalar 1980’lerde yapılmış olsa da kanıtlar sürekli olarak artarak birbirine eklenmiştir ve birkaç sayılabilir yarar ortaya çıkmıştır:

- İntrakranial basıncın azalması (venöz dönüşümdeki hidrostatik bası değişimleri ve gelişimlerine bağlı).
- Azalmış hipoksemi ve bradikardi
- Reflüde azalma



Resim 9: Baş yükseltilerek prone pozisyon verilmesi

Baş yükseltilerek pozisyon verme çoğu hasta yenidoğan için tavsiye edilmekte ve kullanılmaktadır. Baş yüksek bir düzlemde pozisyone edildiğinde yenidoğan yerçekiminden dolayı aşağı doğru kayma eğilimine girer ve güvenli bir pozisyon bulmak için fazla enerji sarfeder.

Yenidoğanın yerçekimine karşı kaymasını engellemek için bir battaniye veya havlu katlanarak bebeğin yatağında gluteal bölgesine destek olacak şekilde yerleştirilerek

kullanılabilir. Aynı zamanda yenidoğanın kalçasını hafif eğerek pelvisi de kaldırarak pozisyone etmek gerekmektedir (31, 52).

4.4.2. Yenidoğan Yoğun Bakımda Yan Yatış Pozisyonu

Yan yatış YYBÜ’de prone pozisyonunun kullanılmadığı durumlarda en iyi alternatiftir. Mekanik ventilatör desteği alan yenidoğanlarda ekstremitelerin orta hatta kalmasını sağladığı için tavsiye için tercih edilen pozisyonlardan biridir.

Yan yatışın hedefleri prone ile benzer olarak fleksiyonu kolaylaştırmak ve postür bozukluklarının önlemektir. Dengeli bir yan yatış pozisyonu fleksiyonu, simetriyi, el-ağız manevralarını destekler. Desteklenmemiş yan yatış pozisyonundaki yenidoğanların karşılaştıkları sorunlar omuz retraksiyonu, boyun ve gövdede hiperekstensiyon olarak açıklanmıştır. Boyun hiperekstensiyonu yan yatış pozisyonunda uzun süre kalmış veya entübe yenidoğanlarda daha çok görülür (31).

Yan yatış pozisyonunda postural dengeyi artırmak ve hiperekstensiyonu azaltmak için kullanılabilecek stratejiler aşağıdaki gibi açıklanabilir:

- Kol ve bacaklar desteklenerek bebeğin yan yatıştan prone ya da supine pozisyonuna geçmesi engellenmelidir.
- Boyun ve gövde gerilmesini kontrol için destek başın arkasından kalçalara doğru genişlemelidir.
- Bebek yatağın kenarlarına sıkıştırılmış battaniye ile sarılarak denge arttırılabilir. Böylece fleksiyon gelişir ve asimetrik duruşlar önlenmiş olur.
- Yenidoğanın kalçası alttan ve arkadan desteklenerek gerilme ve kayma en aza indirilmeli ve supine pozisyona dönmesi önlenmelidir.
- Fleksiyonu desteklemek için bebeğin bacakları fleksiyonda iken yuvalanmalıdır. Yumuşak materyallerle sıkı şekilde sarma, yan yatış pozisyonunda fleksiyonun desteklenmesi için etkilidir.
- Uterus içini taklit eden pozisyon materyalleri kullanılmalıdır (25, 31).



Resim 10: Yatak kenarlarına sıkıştırılan battaniye ile bebeğin desteklenmesi

Entübe yenidoğanları boyunun hiperekstansiyonundan korumak için posterior bir destek gerekir ve pozisyon verildikten sonra bebek sürekli takip edilmelidir. Boyun fleksiyonu 15-30 derece arası olduğu durumda akciğerlerin havalanması mümkündür ancak bu açı 45 derece olursa yenidoğanın anatomik özelliklerinden dolayı hava akımı engellenir ve akciğerlerin havalanması zorlaşır. Bu nedenle entübe yenidoğanlarda boyun pozisyonu kesinlikle 30 dereceyi geçmemelidir. Yan yatış pozisyonu verilmiş yeni doğanların belirli aralıklarla yatırıldıkları tarafın aksine yatırılması postural asimetri ve özellikle baş yassılaşması önlemektedir (52).



Resim 11: YYBÜ’de bendy bumper ile U şeklinde desteklenmiş yan yatış pozisyonu

4.4.3. Yenidoğan Yoğun Bakımda Supine Pozisyonu

YYBÜ'lerde genel olarak supine pozisyon teşvik edilmez. Çünkü supine fleksiyonu desteklemez ve çoğu yeni doğan için streslidir. Uzun süreli supine pozisyonu her şeye rağmen özellikle mekanik ventilatör desteği alan yenidoğanlarda duruş deformasyonlarına ve ekstansiyonun artmasına neden olur. Supine pozisyonu aynı zamanda uyumanın azalmasına, uyanmanın, irkilmenin ve rastgele hareketlerin artmasına neden olur (31, 52).

Dimitrou ve arkadaşlarının (23) yaptığı araştırmaya göre supine pozisyonunun preterm bebeklerde solunum kaslarının gücünü arttırdığı ancak bu yenidoğanların oksijenasyonlarının güçlü solunumla geliştirilmediği bulunmuştur.

YYBÜ'lerdeki bazı bebekler için supine pozisyonu kaçınılmazdır. Bu pozisyon bazı bebeklerde bakım prosedürü açısından önemlidir. Özellikle karın veya göğse uygulanan herhangi bir cerrahi müdahale durumunda neonatal stabilizasyon evresinde sıklıkla kullanılır (31, 52).

Prone veya yan yatış pozisyonları gibi supine pozisyonunun da genel görevi fleksör modelleri geliştirmek, yeni doğanın sensori motor tecrübelerini artırmak ve bebeğin gereksiz hareketlerden dolayı ortaya çıkan enerji tüketiminin önüne geçmektir. Bu nedenle en iyi şekilde yuvalama destekleri de kullanılarak bebeğe pozisyon verilebilir. Yenidoğanın vücut fleksiyonunu sağlamak için etrafını saran ek malzemeler kullanılabilir (52).

Yuvalama yenidoğanın ellerini bir arada tutması veya el-ağız manevrası gibi hareketleri kolaylaştırarak yerçekiminin kollar üstündeki etkisini azaltır. Supine pozisyonundaki tekrar eden rastgele hareketler de yuvalama ile azaltılabilir.

Yuvalama için birkaç farklı teknik önerilmektedir:

- Uzun, ince katlanmış battaniye veya benzeri malzeme elips şekline getirilerek bebeğin altına koyulabilir. Omuzların yanlarına, pelvisin ve bacakların altına koyulan destekler fizyolojik fleksiyonu kolaylaştıracak kalınlıkta olmalıdır.
- Bendy Bumper'lar yanlara koyulacak etkin desteklerdir ancak servikal bölgeye uygulanarak boyun pozisyonunda kullanılmak için çok kalınlardır. İnce jel yastıklar boyun için Bendy Bumper'larla kombine kullanılabilir.
- Kısmen su ile doldurulmuş yataklar da supine pozisyonunda fleksiyonu artırmak için kullanılabilir. Tamamı su dolu yataklar kullanılmamalıdır çünkü onlar fleksiyonu kolaylaştırmak yerine genişlemeyi kolaylaştırırlar ve postural güvensizliğe, strese neden olurlar (52).

Genel olarak uygun kullanılmayan supine pozisyonun dezavantajlarına baktığımızda;

- Fleksiyonu desteklemez.
- Postür bozukluklarına neden olur.
- Bebeği strese sokabilir, enerji harcamasını artırır (16, 20, 52).

Pretermelerde battaniyeyle desteklenerek supine-fleksör pozisyonun entübe ventile edilen bebeklerde kullanılması önerilmektedir (16, 20, 52).

Martin ve arkadaşlarının (42) yaptığı çalışma sonucunda supine pozisyonda yatan bebeklerin dakika solunum sayılarının normalden fazla ve oksijen saturasyon düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir.

4.4.4. Ne Zaman Prone, Ne Zaman Supine Yatıralım?

Preterm bebek olma ABÖS için risk oluşturmaktadır. Prone pozisyonunda uyuma ise bu riski büyük oranda arttırmaktadır. Bu nedenle tüm preterm bebekler taburculuk öncesi YYBÜ'de mutlaka supine yatırılmalıdır. İlk yatışı takip eden süreçte bebeğin organizmasında meydana gelen fizyolojik değişiklikler gözlemlenmeli, kaydedilmeli ve yorumlanmalıdır.

Bebğin pozisyonu tolere edip etmediğı bilgisi çok önemlidir. Pozisyonu tolere etmeyen bebek zorlanmamalı, ancak zaman içinde tolere etmesi beklenmelidir (25).

YYBÜ’de prone pozisyonunu seçme nedenlerinden birisi de zamanında önce dünyaya gelmiş yenidoğanın uterus içindeki normal anatomik pozisyonunu devam ettirerek kendini güvende hissetmesini sağlamaktır (20).

Özellikle yardımcı destekler kullanılarak prone pozisyonunda yatırılan yenidoğanlar ABÖS riskinden dolayı daha dikkatli bir kontrol ve izlem altında tutulmalıdırlar. Bu nedenle yenidoğanlar YYBÜ’den kesinlikle prone pozisyonunu destekleyen araçlarla taburcu edilmemelidir. ABÖS riski nedeniyle sağlıklı yenidoğanlar için prone pozisyon verme kesinlikle uygun bulunmasa da sürekli yakın gözetim altında sadece YYBÜ’lerde kullanılır ve ancak bu şekilde güvenli olur (12, 31, 52).

Bebekleri uzun süre YYBÜ’de kalan ebeveynler yatış sürecinde bebeklerini ziyarete gittiklerinde, YYBÜ’de gördükleri hemşire ve diğer sağlık personelinin davranışlarından etkilenmektedirler (47).

Yoğun bakım hizmeti alan çok küçük preterm bebekler prone pozisyonda yatırılır. Bebek ve bebeğe bakım vere hemşire bu pozisyonu kullanmaya alışmıştır. Anneler ise bebeklerine bakım veren kişilerin verdikleri tavsiyeleri dikkate alırlar. Neonatologlar ve hemşireler, preterm bebeğin YYBÜ’den taburculuğu sırasındaki organizasyondan sorumludurlar (4). Bu sorumlulukları nedeniyle taburculuk eğitimlerinde evde verilecek uyku pozisyonunun öneminden bahsetmelidirler.

Colson ve arkadaşlarının (17) araştırmalarının sonucuna göre; araştırmaya alınan ailelerin %42’si bebeklerini uykuda genellikle supine yatırdıklarını, %26’sı ise bazı zamanlarda prone yatırdıklarını belirtmişlerdir. Bebeğini uykuda supine pozisyonda yatırması gerektiğini hemşire ya da doktorlardan öğrenen aileler çoğunlukla bu pozisyonu seçmektedirler. Benzer olarak; bebeğini hastanede sadece supine pozisyonda görenler de bebekleri için bu pozisyonu seçmektedirler.

Rao ve arkadaşlarının (47) 2007 yılında İngiltere’de yaptıkları çalışmada, çalışmaya dahil edilen merkezlerin %83’ünde bebeklerin taburculuktan 1-2 hafta önce supine yatırıldığı bulunmuştur.

Araştırmacılara göre, YYBÜ’de bebeğinin yüzükoyun yatırıldığını gören annelerin %93’ü evde de aynı pozisyonda yatırmaktadır. Bu durumda bebekler hastanede sırtüstü yatırılmadan direkt olarak taburcu olduklarında, ilk kez evde supine pozisyonda yatırmaktadırlar. Bebek ise daha önce hiç yatmadığı bir pozisyon olan supine’ye ilk anda uyum sağlayamamakta, ağlamakta, huysuzlanmakta, fizyolojik stabilizasyonlarını sağlayamamakta ve tekrar prone pozisyona dönmek istemektedirler. Prone pozisyonda bebeğinin daha rahat ve sessiz yattığını gören anneler de bebeklerini tekrar prone pozisyonda uyutmaya başlamaktadırlar. Bu nedenle bebek taburcu olmadan 1-2 hafta önce mutlaka hastanede supine pozisyonda yatırılmalı ve bebek buna alıştırılmalıdır (11,12).

Adams ve arkadaşları (1) taburcu edilmiş 167 sağlıklı preterm bebeğin anneleri ile yaptıkları çalışmalarında düzeltilmiş yaşı 1 ay olan bebeklerde supine/yan yatış oranını %64, 2 ay olan bebeklerde ise %35 olarak bulduklarını açıklamışlardır.

Sonuç olarak annelerin bebeklerini taburcu olduktan sonra supine/yan yatırdıkları, fakat bu davranışın kalıcı olmadığını vurgulamışlardır.

Ülkemizde bebeklerin yatış pozisyonlarıyla ilgili olarak yapılmış çok fazla çalışma yoktur. 2002 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Polikliniği’nde yapılan bir araştırmada poliklinikte izlenmekte olan 6 aydan küçük çocuklarda yatış pozisyonu değerlendirilmiştir. Değerlendirilen bebeklerin % 94.5’inin sırtüstü veya yan pozisyonda yatmakta olduğu görülmüştür.

Bu kadar yüksek oranda doğru pozisyonda yatış saptanması ve yatış pozisyonunun anne eğitimi ve sosyokültürel durumları ile ilişki göstermemesi, çocukları ilgili merkezde izlenen ebeveynlerin düzenli sağlık izlemleri sonucunda sağlık personeli ile sık karşılaşması ve sağlık konusunda daha fazla bilgi sahibi olmasına bağlamışlardır (36).

Bütün bunlara ek olarak;

1. ABÖS daha çok preterm bebeklerde görülür. Bu pozisyonu öğrenmeden eve gitmiş olan bebekler prone yattıklarında apneye girme durumlarında kendi kendini uyandıramamaktadırlar.

2. Prone yatmaya alışmış olan bebekte oksijen tüketimi azdır. Birdenbire supine yatışa geçen ve daha önce bu pozisyonda yatmadığı için gözlemlenmemiş olan bebekte solunum problemi oluşabilir.

3. Taburcu olduktan sonra evde bebek izlemi içeriğinde ailelere önerilen, bebeğin uykusu süresince supine ya da sağ-sol yan pozisyonda uyumalarını sağlamaktır (3,4).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, preterm bebeklerde taburculuk öncesi supine (sırtüstü) pozisyonunda kalma sürecinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul il sınırları içinde III.düzyer YYBÜ hizmeti veren özel bir hastanede, kurumdan gerekli yazılı izinler alındıktan sonra **(EK 1)** 1.7.2007 – 31.12. 2007 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı YYBÜ; 5 açık yatak ve 5 küvöze sahip, 10 yatak kapasitelidir. Her odada bir yatak olmak üzere iki adet de izolasyon odası bulunmaktadır. İzolasyon odası yatak sayısı toplam yatak kapasitesi sayısına dahildir

Çalışmanın yapıldığı hastane “Bebek Dostu Hastane”dir. Bu nedenle bebeklerin anne sütlerinin buzdolabında saklandığı ve beslenme öğünlerinde sütlerinin hazırlandığı bir mutfak, anne sütünün sağılması amacıyla bir emzirme ve süt sağma odası bulunmaktadır.

YYBÜ’de toplam 14 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler gece ve gündüz; 08-20, 20-08 saatleri arasında, 12 saat dönüşümlü olarak çalışmaktadırlar. Çalışma listesi yapılırken gece ve gündüz nöbetinde çalışacak hemşire sayısı; üniteye yatmakta olan hasta sayısı baz alınarak hazırlanmaktadır. Servis sorumlu hemşiresi gündüz nöbetinde çalışmaktadır.

Üniteye 1:1 veya 2:1 oranında hemşirelik bakımı verilmektedir. Taburculuk öncesi anne babaya; bebeğin eve gittikten sonraki bakımında nelere dikkat edileceği konusunda klinik eğitimi veren kişi YYBÜ’de bebeğe primer hizmet veren hemşiredir.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı özel hastanenin YYBÜ'ne 1.7.2007-31.12.2007 tarihler arasında yatan toplam 48 bebek oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise 37.gestasyonel haftadan küçük olan, ailesi çalışma hakkında bilgilendirilen (**EK 2**) ve ailesinden yazılı izin alınan (**EK 3**) 16'sı kız, 14'ü erkek toplam 30 preterm bebek oluşturmuştur.

5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç Gereçler

Verilerin toplanmasında literatür bilgileri ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen yenidoğanın natal ve postnatal bilgilerinin kaydedildiği “Yenidoğan Bilgi Formu (**EK 4**)”, yenidoğanın üniteye kabulünden taburcu olduğu güne kadar olan verilerinin günlük kaydedildiği “Yenidoğan İzlem Formu” (**EK 5**) kullanılmıştır.

5.4.1. Yenidoğan Bilgi Formu

Yenidoğan Bilgi Formu bebeğin natal ve postnatal bilgilerini içermektedir. Bebeğin protokol numarası, cinsiyeti, gestasyonel yaşı, doğum şekli, 1., 5. ve 10.dakika APGAR skoru, bebeğin YYBÜ'ne yatış tanıları, doğum tartısı, boy ve baş çevresi uzunluğu, kan grubu, açık yataktan küvöze alınma zamanı (hafta/gün), bebeği supine pozisyonda yatırma yaşı (hafta/gün) umbilikal venöz katater (UVK)ve umbilikal arterial katater (UAK) uygulanma durumu ile ortaya çıkan komplikasyon bilgilerini içeren 13 parametreden oluşmaktadır.

5.4.2. Yenidoğan İzlem Formu

Yenidoğan İzlem Formu bebeğin YYBÜ'ne kabul edildiği günden taburcu olduğu güne kadar geçen süredeki bilgilerini içermektedir. Formda bebeğin büyüme (vücut tartısı, boy ve baş çevresi uzunluğu), solunum/dolaşım (entübasyon durumu, surfaktan tedavisi, CPAP, hood, nazal kanül, UAK uygulamaları), beslenme (UVK,

TPN, parenteral sıvı, OGS, biberon ve anne göğsü gibi beslenme yöntemleri), yattığı yatak tipi (açık yatak, küvöz), yatış pozisyonu (prone, supine, yan yatış), supine pozisyonu tolere etme ve komplikasyon görülme durumlarının kaydedildiği bir çizelge olarak geliştirilmiştir.

Formda boy ve baş çevresi uzunlukları haftalık kaydedilirken diğer özelliklere ait olan bilgiler günlük olarak kaydedilmiştir.

Bebeklerin günlük vücut ağırlığı ölçümleri için Seca marka dijital tartı cihazı kullanılmıştır. Tartı cihazı 2007 yılı Mayıs ayında kalibre edilmiş olup kalibrasyon zamanı yılda bir kezdir. Bebekler her gün aynı saatte, çıplak olarak aç karnına tartılmışlardır.

Boy uzunluğu ve baş çevresi ölçme tekniğine uygun olarak, esnek olmayan mezura ile haftada bir kez ölçülmüştür.

Preterm bebeklerin supine pozisyonu tolere edip etmedikleri araştırmacının ve özellikle YYBÜ’de çalışan, bebeğin bakımından primer sorumlu olan hemşirelerin gözlemlerinden ve kayıtlarından yararlanılarak formda ilgili alana kaydedilmiştir.

5.5. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular

Araştırma, preterm bebeklerde taburculuk öncesi supine (sırtüstü) pozisyonunda kalma sürecinin değerlendirilmesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda yanıtlanması beklenen sorular şunlardır:

1. YYBÜ’de yatan preterm bebekler supine pozisyonunda yatmayı ne kadar sürede öğreniyorlar / alışıyorlar?
2. Preterm bebeklerin taburculuk öncesi supine pozisyonunda yatabilmelerini etkileyen faktörler nelerdir?

5.6. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın örneklemini oluşturacak preterm bebeklerin ailelerine,

- Yapılan çalışmanın amacı, planı, süresi, çalışmanın nasıl yapılacağı kendilerinden neden izin alındığı açıklanarak isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için **“aydınlatılmış onam/bilgilendirilmiş izin”** alındı.
- Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, vazgeçtikleri takdirde bebeklerinin katılımını çalışmanın hangi evresi olursa olsun sonlandırabilecekleri açıklanarak **“otonomi”** ilkesine uyuldu. Ailenin kendisinden ve bebeklerinden alınan bilgilerin araştırmacı ve tez danışmanı dışında hiç kimseyle paylaşılmayacağı ve bilgilerin YYBÜ’de çalışan ekip haricinde kimsenin ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek **“sadakat-gizlilik”** ilkesine bağlı kalındı.
- Bebeklerin bakım, takip ve tedavilerinin aksatılmadan devam etmesi sağlanarak **“zarar vermeme – yarar sağlama”** ilkesi korundu.

5.7. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından çalışma için yazılı izin alınmış olan ilgili hastanenin YYBÜ’ne 1.7.2007-31.12.2007 tarihleri arasında yatan, ailelerine çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı izin alınmış preterm bebeklerin her biri için “Yenidoğan Bilgi Formu” ve “Yenidoğan İzlem Formu” doldurulmuştur.

Formlardaki bilgiler bebek taburcu olana kadar günlük, boy ve baş çevresi uzunluğu ise haftalık olarak kaydedilmiştir.

Araştırmacının olmadığı zamanlarda kayıt tutabilmeleri için YYBÜ’de çalışan hemşirelere konuyla ilgili bilgileri içeren bir eğitim verilmiş ve bu verilen eğitimden

sonra hemşirelerin; bebeğin yatış pozisyonuna ait olarak tutmuş olduğu kayıtlar doğrultusunda (bebeğin yattığı pozisyonunda rahat görünüp görünmediği, ilk kez supine yatırılan bebeğin pozisyonu tolere edip etmediği, sonucunda ne yapıldığı) ilgili formlar doldurulmuştur.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı ünitenin; hasta yatışı olmaması nedeniyle 3.8.2008-24.8.2008 tarihleri arasında 21 gün kapalı kalmış olması ve,

Örnekleme grubuna alınan preterm bebeklerden  tanesinin ailelerinin ekonomik nedenlerden dolayı başka bir hastaneye transport edilmeleri araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde uzman bir istatistik merkezinden yardım alınmıştır. İstatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

YYBÜ’ de tedavi/bakım alan preterm bebeklerde taburculuk öncesi supine pozisyonunda kalma sürecinin değerlendirilmesi amacıyla özel bir hastanenin YYBÜ’de yapılan çalışmayı toplam 30 preterm AGA bebek oluşturmuştur. Çalışmada elde edilen bulgular iki bölüm halinde sunulmuştur:

6.1. Yenidoğanların Özellikleri ve İzlemlerine Ait Bulgular

Tablo 6.1.1. Yenidoğanların Doğuma İlişkin Özellikleri (N=30)

Özellikler	Ort±SD	Min-Max
Doğum Ağırlığı	1770.33±651.61	730 – 2820
Gestasyon Haftası	31.37±3.19	26 – 36.71
APGAR Puanı		
1.dakika	6.36±1.15	4 – 8
5.dakika	7.86±0.89	6-10
10.dakika	8.70±0.95	7-10
Boy Uzunluğu	41.70±4.71	32 – 50
Baş Çevresi	29.88±3.25	24 – 35.50
Doğum Ağırlığına Ulaşma/Gün	12.04±3.38	5 – 21
Doğum Tartısına Ulaşma/Gestasyon Haftası	32.21±2.98	27.57 – 38

Tablo 6.1.1’de görüldüğü gibi olguların doğum ağırlıkları 730- ile 2820 gram arasında değişmekte olup; ortalama 1770.33±651.61 gramdır.

Olguların gestasyon haftaları 26 ve 36.71 haftalar olup; ortalamalarının 31.37±3.19 hafta olduğu görülmüştür.

Çalışma grubumuzu oluşturan preterm bebeklerin 1., 5., ve 10.dakika APGAR puanları ortalamaları sırasıyla 6.36±1.15, 7.86±0.89 ve 8.70±0.95 olarak bulunmuştur.

Bebeklerin doğum boy uzunluğunun 32 – 50 cm arasında değiştiği ve ortalama 41.70 ± 4.71 cm olduğu, doğum baş çevresinin ise 24 – 35.50 cm arasında olup; ortalama 29.88 ± 3.25 cm olduğu belirlenmiştir.

Olguların doğum ağırlığına ulaştıkları post natal yaşı 5 ile 21 gün arasında değişiklik göstererek 12.04 ± 3.38 gün olduğu; doğum ağırlığına ulaştığı gestasyon haftasının ise 32.21 ± 2.98 hafta olduğu gözlenmiştir.

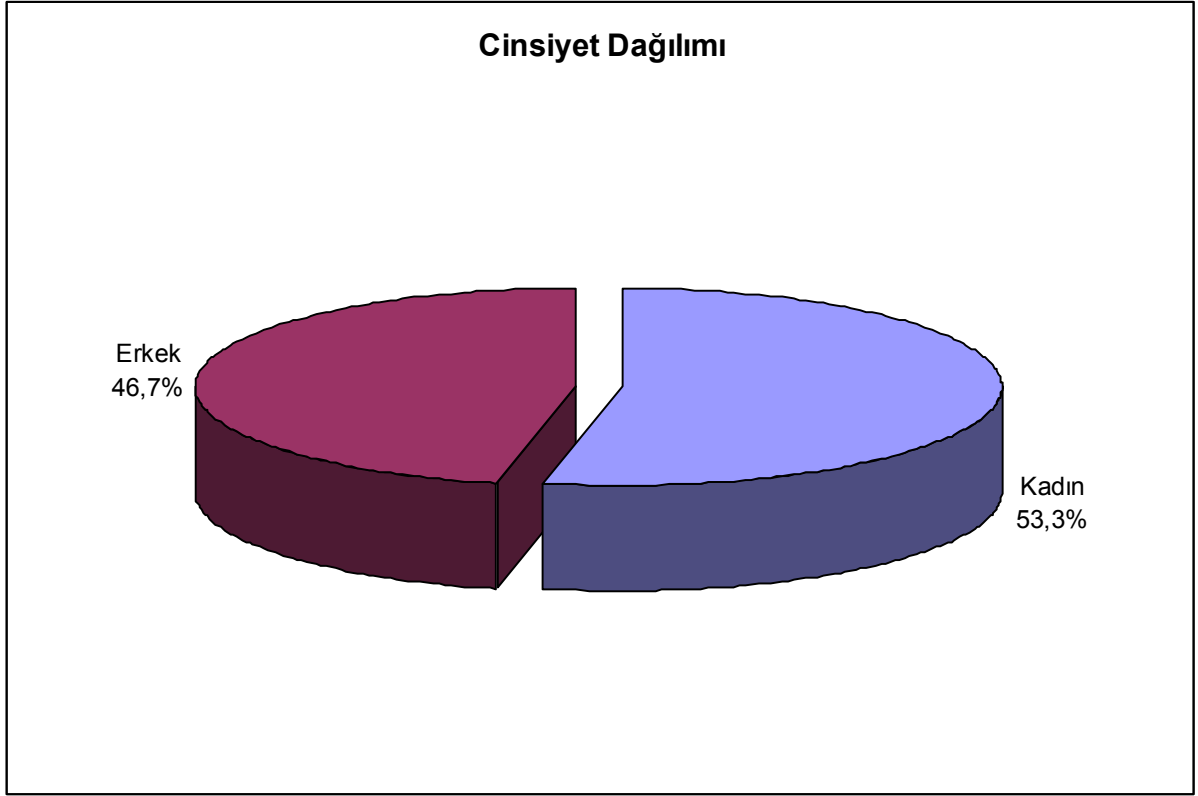
Tablo 6.1.2 Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=30)

Özellik	n	%
Cinsiyet		
Kız	16	53.3
Erkek	14	46.7
Doğum Şekli		
NSVD	4	13.3
Sectio	26	86.7
Sınıflandırma*		
Preterm AGA	30	100
İlave Tanı		
RDS	17	56.7
Gestasyonel Diyabet	4	13.3
TTN	2	6.7
ELBW	2	6.7
Maternal Ateş	2	6.7
Pnömoni	1	3.3
Oligohidroamnios	1	3.3
LBW	1	3.3
Toplam	30	100

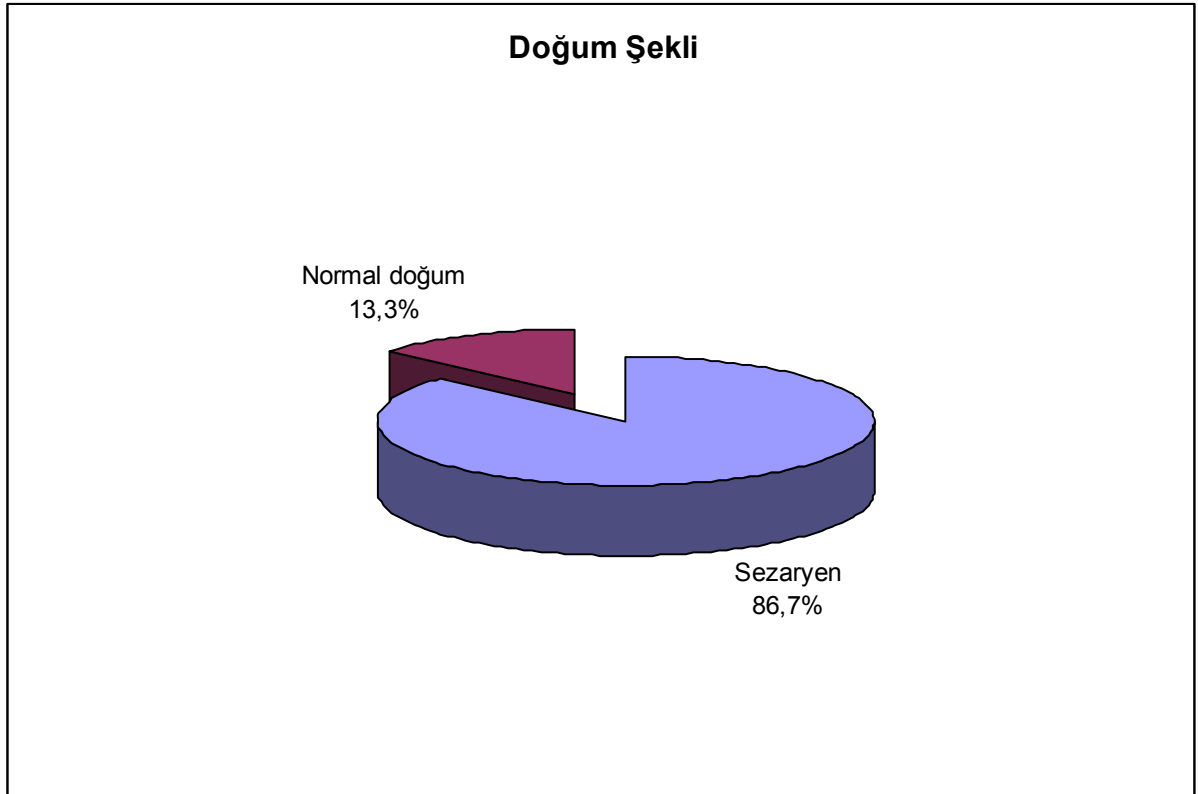
* Sınıflandırma “Yenidoğanın Matürite ve İnrauterin Gelişimine Göre Sınıflandırılması” tablosuna göre yapılmıştır. (EK 6)

Tablo 6.1.2’de çalışmaya alınan bebeklerin %53.3’ünün kız olduğu, %86.7’sinin sectio ile doğduğu ve tümünün (%100) preterm AGA (gestasyon haftasına uygun doğum ağırlığı) sınıflamasına girdiği görülmektedir.

Çalışmada preterm AGA bebeklerin ek olarak %56.7’sinin RDS, %13.3’ünün Gestasyonel Diyabet, benzer oranlarda %6.7’sinin TTN, ELBW, Maternal Ateş; yine benzer oranlarda %3.3’ünün ise Pnömoni, oligohidroamnios, LBW tanısı aldıkları gözlenmiştir



Şekil 1: Olguların cinsiyetlere göre dağılımı



Şekil 2: Doğum şekline göre dağılımlar

Tablo 6.1.3. Yenidoğanların Solunum/Dolaşım İzlemlerine Ait Özelliklerinin Dağılımı (N=30)

Özellik	n	%
Entübasyon Durumu		
Evet	4	13.3
Hayır	26	86.7
Surfaktan Tedavisi		
Evet	11	36.7
Hayır	19	63.3
CPAP		
Evet	20	66.7
Hayır	10	33.3
HOOD		
Evet	12	40.0
Hayır	18	60.0
Nazal Kanül		
Evet	11	36.7
Hayır	19	63.3
Küvöz İçi Oksijen		
Evet	4	13.3
Hayır	26	86.7
UAK		
Evet	10	33.3
Hayır	20	66.7
Toplam	30	100

Tablo 6.1.3 incelendiğinde olguların % 86.7'sinin entübe edilmediği (n=26), %63.3'ünün surfaktan tedavisi almadığı (n=19), %66.7'sinin CPAP'ta kaldığı (n=20), %60.0'ının HOOD (n=18), %63.3'ünün nazal kanül (n=19) ve %86.7'sinin küvöz içi oksijen (n=26) gereksinimi göstermediği, %66.7'sine (n=20) umbilikal arterial katater uygulanmadığı görülmektedir.

Tablo 6.1.4. Yenidoğanların Solunum İzlemlerine Ait Özelliklerinin Ortalaması (N=30)

Özellik	Ort±SD	Min-Max
Entübe Kalma Süresi/Gün	0.43±1.22	0-5
Surfaktan Tedavisi/Doz	0.43±0.62	0-2
CPAP Süresi/Gün	7.30±10.76	0 – 43
Nazal Kanül Süre/Gün	2.83±4.55	0 – 19
Oda Havasına Geçiş /Gün	14.16±14.43	1 – 50
Oda Havasına Geçiş/ Gestasyonel Hafta	33.39±2.07	27.85 – 37.14
UAK Kalış Süresi/Gün	1.26±2.09	0 – 8

Tablo 6.1.4'te görüldüğü gibi preterm bebeklerin ortalama olarak 0.43±1.22 gün entübe edildikleri, 0.43±0.62 doz surfaktan tedavisi aldıkları, 7.30±10.76 gün CPAP'ta kaldıkları, 2.83±4.55 gün nazal kanül ile oksijen gereksinimi gösterdikleri, 14.16±14.43 günde oda havasına geçtikleri ve herhangi bir solunum desteğine gereksinim duymadıkları, oda havasına geçişteki gestasyonel haftalarının 33.39±2.07 hafta olduğu ayrıca UAK'nın 1.26±2.09 gün kaldığı gözlenmiştir.

Tablo 6.1.5 Yenidoğanların Beslenme İzlemlerine Ait Özelliklerin Dağılımı
(N=30)

Özellik	n	%
TPN		
Evet	20	66.7
Hayır	10	33.3
Parenteral Sıvı		
Evet	20	66.7
Hayır	10	33.3
PICC		
Evet	3	10
Hayır	27	90
UVK		
Evet	14	46.7
Hayır	16	53.3
Toplam	30	100

Çalışmada preterm bebeklerin %66.7'sinin (n=20) TPN ile beslendikleri, benzer oranda (%66.7, n=20) parenteral yolla beslendikleri %90'ına (n=27) PICC, %53.3'üne (n=16) UVK uygulanmadığı görülmüştür (Tablo 6.1.5).

Tablo 6.1.6 Yenidoğanların Beslenme İzlemlerine Ait Özelliklerin Ortalaması (N=30)

Özellik	Ort±SD	Min-Max
TPN/Gün	3.73±3.62	0 – 12
Parenteral/Gün	1.70±2.64	0 – 14
PICC Kalış Süresi/Gün	0.53±1.67	0 - 7
UVK Kalış Süresi/Gün	2.60±3.11	0 – 10
OGS Başlama/Gün	1.86±0.68	1 – 4
OGS Beslenme Süresi/Gün	29.70±24.99	1 – 72
Biberona Başlama/Gün	24.80±21.56	2 – 60
Biberona Başlama/ Gestasyon Haftası	34.78±1.02	32.85 – 37.14
Anne Memesini Emme/ Gün	29.76±23.94	3 – 70
Anne Memesini Emme/Gestasyon Haftası	35.49±1.03	33.71 – 37.57

Tablo 6.1.6’da görüldüğü gibi olgularımızın ortalama olarak 3.73±3.62 gün TPN ile, 1.70±2.64 gün parenteral yolla beslendikleri gözlenmiştir.

Olgularımızda PICC kalış süresi, ortalama 0.53±1.67gün, UVK kalış süresi ise ortalama 2.60±3.11 gün olarak bulunmuştur.

Preterm’ler ortalama 1.86±0.68 günde OGS ile beslenmeye başlanmış ve OGS ile beslenme süresinin ortalama 29.70±24.99 gün olduğu görülmüştür.

Çalışma kapsamına giren preterm bebekler ortalama 24.80±21.56 günde ve 34.78±1.02 gestasyon haftasında biberon ile beslenmeye başlanmışlardır.

Anne memesini emmeye başlama günü ortalama 29.76±23.94 gün, anne memesini emmeye başlama sırasındaki gestasyonel haftası ise 35.49±1.03 hafta olarak bulunmuştur.

Tablo 6.1.7 Yenidoğanların Açık Yatakta Yatma ve Kuvöze Geçme Günlerinin Ortalaması (N=30)

Yatak Özelliği	Ort±SD	Min-Max
Açık Yatak/Gün	6.31±3.57	1 – 17
Kuvöze Geçiş/Gün	7.10±3.69	1 – 18

Tablo 6.1.7 incelendiğinde bebeklerin ortalama 6.31±3.57 gün açık yatakta yattıkları, 7.10±3.69. günde ise kuvöze geçtikleri görülmektedir.

Tablo 6.1.8 Yenidoğanlarda Görülen Komplikasyonların Dağılımı (N=30)

Komplikasyon	n	%
PDA		
Evet	9	30.0
Hayır	21	70.0
İnfeksiyon		
Evet	5	16.7
Hayır	25	83.3
ROP		
Evet	2	6.7
Hayır	28	93.3
IVH		
Evet	1	3.3
Hayır	29	96.7
Toplam	30	100

Komplikasyon olarak olguların %30'unda (n=9) PDA, %16.7'sinde (n=5) infeksiyon, %6.7'sinde (n=2) ROP ve %3.3'ünde IVH geliştiği Tablo 6.1.8'de görülmektedir.

Tablo 6.1.9 Yenidoğanların Taburculuğa İlişkin Özellikleri (N=30)

Özellikler	Ort±SD	Min-Max
Vücut ağırlığı	2444.16±334.32	1970 – 3520
Boy Uzunluğu	45.84±2.27	41 – 51
Baş Çevresi	32.90±1.39	30 – 35.50
Gestasyonel Hafta	36.25±1.15	31.14 – 38.14

Tablo 6.1.9’da görüldüğü gibi bebeklerin taburcu olma sırasındaki vücut ağırlığı ortalaması 2444.16±334.32 gram, boy uzunluğu ortalaması 45.84±2.27 cm, baş çevresi ortalaması 32.90±1.39 cm’dir.

Olguların taburcu olma sırasındaki gestasyonel yaş ortalaması ise 36.25±1.15 haftadır.

6.2. Yenidoğanların Supine Yatış Durumlarına Ait Bulgular

Tablo 6.2.1 Yenidoğanların Supine Yatış Durumuna Ait Özellikleri (N=30)

Supine Yatış	Ort ±SD	Min-Max
İlk Yatırılış/Gün	30.06±23.41	3 – 74
İlk Yatırılış/Gestasyonel Hafta	35.53±1.01	33.57 – 37.57
Tolere Etme Süresi/Gün	3.13±1.87	1 – 8

Tablo 6.2.1 incelendiğinde bebeklerin supine pozisyonda ilk yatırılma günü 3 ile 74 arasında değişmekte olup; ortalama 30.06±23.41 gündür.

İlk kez supine pozisyonda yatırıldıklarında gestasyonel haftalarının 33.57 – 37.57 arasında değiştiği ve ortalama 35.53±1.01 hafta olduğu, bebeklerin supine yatmayı tolere etme süresinin ise 1 ile 8 gün arasında değiştiği ve ortalama 3.13±1.87 gün olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan preterm bebeklerin supine pozisyonu tolere etme süresi 1-3 gün olanlar “kolay alışanlar”, 4 gün ve üzeri sürede tolere edenler ise “zor alışanlar” şeklinde sınıflanmış ve karşılaştırmalar/değerlendirmeler bu şekilde oluşturulan gruplar üzerinde yapılmıştır.

Tablo 6.2.2 Yenidoğanların Doğuma İlişkin Özellikleri İle Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

Supine Yatmaya Alışma Özellikler	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19) Ort±SD	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11) Ort±SD	Test değ; p
Doğum Ağırlığı	2102.63±524.20	1196.36±405.60	<i>t:4.930;</i> <i>p:0.001**</i>
Gestasyon Haftası	33.20±2.34	28.23±1.61	<i>t:6.213;</i> <i>p:0.001**</i>
APGAR Puanı			
1.Dakika (Medyan)	6.57±1.21	6.00±1.00	<i>Z: 1.219;</i> <i>p:0.223</i>
5.Dakika (Medyan)	8.05±1.02	7.54±0.52	<i>Z: 1.504;</i> <i>p:0.133</i>
10.Dakika (Medyan)	8.78±0.97	8.54±0.93	<i>Z: 0.743;</i> <i>p:0.457</i>
Boy Uzunluğu	44.03±3.59	37.68±3.62	<i>t:4.653;</i> <i>p:0.001**</i>
Baş Çevresi	31.66±2.27	26.80±2.23	<i>t:5.685;</i> <i>p:0.001**</i>
Doğum Ağırlığına Ulaşma/Gün	11.15±4.14	13.09±1.86	<i>t:1.430;</i> <i>p:0.167</i>
Doğum Ağırlığına Ulaşma/Gestasyon Haftası	34.12±2.48	29.95±1.66	<i>t:4.742;</i> <i>p:0.001**</i>

t: student t test
**p<0.05*

z: Mann Whitney U test
***p<0.01*

Tablo 6.2.2’de çalışmaya alınan olguların doğum ağırlıklarının supine yatmaya kolay alışanlarda 2102.63±524.20 gram, zor alışanlarda 1196.36±405.60 gram olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (*t:4.930, p<0.01*).

Grupların 1., 5. ve 10. dakikalardaki APGAR puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir (*Z: 1,219; Z: 1,504; Z: 0,743; p>0.05*).

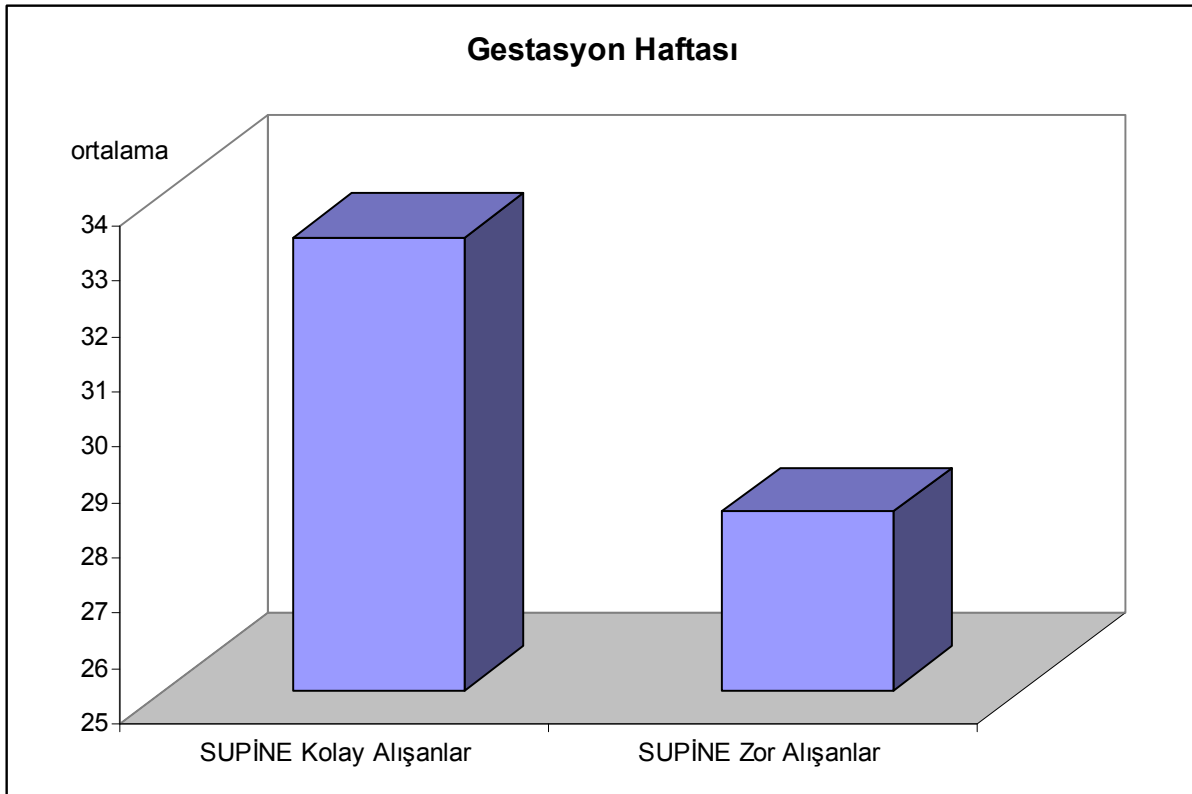
Supine yatmaya kolay alışan preterm bebeklerin doğumdaki boy uzunluğu ve baş çevresi ortalamaları sırasıyla 44.03±3.59 cm ve 31.66±2.27 cm iken supine

yatmaya zor alışanlarda bu ortalamalar sırasıyla 37.68 ± 3.62 ve 26.80 ± 2.23 cm olduğu görülmüştür.

Doğumdaki boy uzunlukları ve baş çevresi ölçümleri supine yatmaya zor alışan olgularda anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($t:4.653$, $p<0.01$, $t:5.685$; $p<0.01$).

Yenidoğanların doğum ağırlıklarına ulaştıkları postnatal yaş ortalamaları ile supine yatmaya alışma durumları arasında anlamlı fark görülmemiştir ($t:1.430$, $p>0.05$).

Çalışmaya alınan olguların doğum ağırlıklarına ulaştıkları ortalama gestasyon haftası supine yatmaya zor alışan olgularda anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($t:4.742$, $p<0.01$).



Şekil 3 : Gestasyon haftalarının supine yatma durumuna göre dağılımı

Tablo 6.2.3 Yenidoğanların Tanıtıcı Özellikleri ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

SupineYatmaya Alışma Tanıtıcı Özellikler	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19) n(%)	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11) n(%)	Test değ; <i>p</i>
Cinsiyet			
Kız	11 (% 57.9)	5 (% 45.5)	$\chi^2: 0.433;$
Erkek	8 (% 42.1)	6 (% 54.5)	$p:0.510$
Doğum Şekli			
NSD	0 (% 0.0)	4 (% 36.4)	$\chi^2: 7.72;$
Sectio	19 (% 100.0)	7 (% 63.6)	$p:0.012^*$
İlave Tanı			
RDS			
Evet	8 (% 42.1)	9 (% 81.8)	$\chi^2: 4.474;$
Hayır	11 (% 57.9)	2 (% 18.2)	$p:0.034^*$
Gestasyonel Diyabet			
Evet	2 (% 10.5)	2 (% 18.2)	$\chi^2: 0.353;$
Hayır	17 (% 89.5)	9 (% 81.8)	$p:0.611$
TTN			
Evet	2 (% 10.5)	0 (% 0.0)	$\chi^2: 1.241;$
Hayır	17 (% 89.5)	11 (% 100.0)	$p:0.520$
ELBW			
Evet	1 (% 5.3)	1 (% 9.1)	$\chi^2: 0.164;$
Hayır	18 (% 94.7)	10 (% 90.9)	$p:1.000$
Maternal Ateş			
Evet	2 (% 10.5)	0 (% 0.0)	$\chi^2: 1.241;$
Hayır	17 (% 89.5)	11 (% 100.0)	$p:0.520$

Pnömoni			
Evet	0 (% 0.0)	1 (% 9.1)	$\chi^2: 1.782;$
Hayır	19 (% 100.0)	10 (% 90.9)	$p:0.367$
Oligohidroamnios			
Evet	1 (% 5.3)	0 (% 0.0)	$\chi^2: 0.599;$
Hayır	18 (% 94.7)	11 (% 100.0)	$p:1.000$
LBW			
Evet	0 (% 0.0)	1 (% 9.1)	$\chi^2: 1.787;$
Hayır	19 (% 100.0)	10 (% 90.9)	$p:0.367$

χ^2 :Ki kare test * $p<0.05$ ** $p<0.01$

Tablo 6.2.3 incelendiğinde pretermilerin cinsiyetleri ile supine yatmaya kolay veya zor alışmaları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir (χ^2 : 0.,433, $p>0.05$).

Grupların doğum şekilleri incelendiğinde supine yatmaya kolay alışanların tümünün (%100.0, n=19), zor alışanların ise %63.6'sının (n=7) sectio ile; yine zor alışanların %36.4'ünün (n=4) NSD ile doğdukları saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (χ^2 : 7.72, $p<0.05$).

Supine yatmaya kolay alışan pretermilerin %42.1'i incelendiğinde (n=8) RDS görülürken, zor alışan pretermelerde bu oran %81.8 (n=9) olarak saptanmıştır. Supine yatmaya zor alışanların RDS oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (χ^2 : 4.474, $p<0,05$).

Çalışma grubuna alınan yenidoğanların gestasyonel diyabet, TTN, ELBW, maternal ateş, pnömoni, oligohidroamnios ve LBW olma ya da görülme durumları ile supine yatmaya alışma durumları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (χ^2 : 1.241; χ^2 : 0.164; χ^2 : 1.241; χ^2 : 1.782; χ^2 : 0.599; χ^2 : 1.787, $p>0.05$).

Tablo 6.2.4 Yenidoğanların Solunum İzlem Özellikleri ile Supine Yatma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

SupineYatmaya Alışma Solunum Özellikleri	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19) n (%)	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11) n (%)	Test değ; p
Entübasyon Durumu			
Evet	1 (% 5.3)	3 (% 27.3)	$\chi^2: 2.21;$
Hayır	18 (% 94.7)	8 (% 72.7)	$p:0.126$
Surfaktan Tedavisi			
Evet	3 (% 15.8)	8 (% 72.7)	$\chi^2: 9.726;$
Hayır	16 (% 84.2)	3 (% 27.3)	$p:0.002^{**}$
CPAP			
Evet	10 (% 52.6)	10 (% 90.9)	$\chi^2: 4.593;$
Hayır	9 (% 47.4)	1 (% 9.1)	$p:0.032^*$
HOOD			
Evet	9 (% 47.4)	3 (% 27.3)	$\chi^2: 1.172;$
Hayır	10 (% 52.6)	8 (% 72.7)	$p:0.279$
Nazal Kanül			
Evet	2 (% 10.5)	9 (% 81.8)	$\chi^2: 15.24;$
Hayır	17 (% 89.5)	2 (% 18.2)	$p:0.001^{**}$
Küvöz İçi Oksijen			
Evet	2 (% 10.5)	2 (% 18.2)	$F.\chi^2$
Hayır	17 (% 89.5)	9 (% 81.8)	$p:0.611$
UAK			
Evet	3 (% 15.8)	7 (% 63.6)	$\chi^2: 7.177;$
Hayır	16 (% 84.2)	4 (% 36.4)	$p:0.007^{**}$

χ^2 :Ki kare test
* $p<0.05$

$F.\chi^2$: Fisher's exact test
** $p<0.01$

Yenidoğanların solunum izlem özellikleri ile supine yatmayı tolere etme durumlarının karşılaştırılması Tablo 6.2.4'te sunulmuştur. Supine yatmaya kolay alışan pretermilerin %94.7'sinin (n=18), zor alışanların ise %72.7'sinin (n=8) entübe edilmediği, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (χ^2 : 2.21, p>0.05).

Surfaktan tedavisi kolay alışan grupta %84.2 (n=16) oranında uygulanmazken, zor alışan grupta %72.7 (n=8) oranında uygulandığı, farkın anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (χ^2 : 9.72, p<0.01).

Çalışmada supine yatmaya kolay alışan pretermilerin %52.6'sı (n=10), zor alışanların ise %90.9'u (n=10) CPAP gereksinimi göstermişlerdir. CPAP gereksinimi oranları supine yatmaya zor alışan olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (χ^2 : 4.593, p<0.05).

Preterm bebeklerin nazal kanül gereksinimi kolay alışan bebeklerde %10.5 (n=2), zor alışanlarda ise %81.8 (n=9) olarak belirlenmiş ve her iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir (χ^2 : 15.24, p<0,01).

Olguların HOOD ile oksijen uygulama ve küvöz içi oksijen gereksinimi supine yatma alışma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemiştir (χ^2 : 1.172; F. χ^2 = 0.611, p>0.05).

Çalışmada supine yatmaya kolay alışan preterm bebeklerde UAK uygulaması %15.8 (n=3) oranında iken bu değer zor alışan preterm grubunda %63.6 (n=7) oranında olduğu görülmüştür. Gruplar arasında farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2 : 7.177, p<0.01).

Tablo 6.2.5 Yenidoğanların Solunum İzlem Özellikleri Ortalamaları ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

SupineYatmaya Alışma Solunum İzlem Özellikleri	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19) Ort±SD	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11) Ort±SD	Test değ; p
Entübasyon Süresi/Gün (Medyan)	2.00	3.66±1.52 (4)	-
Surfaktan Tedavisi/Doz (Medyan)	1.00±0.0 (1.0)	1.25±0.46 (1.0)	Z: 0.913 p:0.361
CPAP Uygulama Süresi/Gün (Medyan)	6.60±7.45 (4.0)	15.30±13.67 (13.5)	Z: 1.593 p:0.111
Nazal Kanül/ Gün (Medyan)	6.00±2.82 (6.0)	8.11±4.6227 (7.,0)	Z: 0.593 p:0.553
Oda Havasına Geçiş/Gün (Medyan)	7.36±9.91 (4)	25.90±13.69 (25)	Z: 3.738 p:0.001**
Oda Havasına Geçiş/ Gestasyonel Hafta	34.10±1.50 (34)	32.06±2.41 (32.56)	Z: 2,319 p:0,001**
UAK Kalış Süresi / Gün (Medyan)	3.66±1.15 (3.0)	3.85±2.19 (4.0)	Z:0.,233 p:0.816

Z: Mann Whitney U test

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 6.2.5 incelendiğinde olguların entübe kalma süreleri ile supine yatmaya alışma durumları arasında kolay alışan grupta sadece bir bebek olduğundan değerlendirme yapılamamıştır.

Surfaktan tedavi dozu ortalamalarının supine yatmaya kolay alışanlarla 1.00±0.0, zor alışanlarda 1.25±0.46 olduğu gözlenmiş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Z:0.913, p>0.05).

Çalışmada bebeklere CPAP uygulama ve nazal kanül ile oksijen verme gün sayıları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir (Z:1.593; Z:0.593, $p>0.05$).

Olguların oksijen desteği almaksızın oda havasında (%21 konsantrasyonda) solunum fonksiyonlarını yerine getirebildikleri gün; supine kolay alışan grupta ortalama 7.36 ± 9.91 .ci gün iken, zor alışan grupta ortalama 25.90 ± 13.69 . cu gün olduğu görülmüştür. Oda havasına geçiş günleri supine yatmaya zor alışan olgularda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (Z: 3.738, $p<0.01$).

Supine yatmaya kolay alışan bebeklerin oksijen desteği almaksızın oda havasında solunum fonksiyonlarını yerine getirebildikleri gestasyon haftası ortalama 34.10 ± 1.50 , zor alışanlarda ise ortalama 32.06 ± 2.41 hafta olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (Z: 2.319, $p<0.01$).

Çalışmada pretermelerde UAK'nın kalış gün ortalamaları kolay alışan bebeklerde 3.66 ± 1.15 .ci gün, zor alışan bebeklerde ise 3.85 ± 2.19 .cu gün olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel fark gözlenmemiştir (Z:0.233, $p>0.05$).

Tablo 6.2.6 Yenidoğanların Beslenme İzlem Özellikleri ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

SupineYatmaya Alışma Beslenme Özellikleri	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19) n (%)	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11) n (%)	Test değ; p
TPN			
Evet	9 (% 47.4)	11 (% 100.0)	$\chi^2: 8.684;$
Hayır	10 (% 52.6)	0 (% 0.0)	$p:0.003^{**}$
Parenteral			
Evet	16 (% 84.2)	4 (% 36.4)	$\chi^2: 7.177;$
Hayır	3 (% 15.8)	7 (% 63.6)	$p:0.,007^{**}$
PICC			
Evet	0 (% 0.0)	3 (% 27.3)	$F.\chi^2$
Hayır	19 (% 100.0)	8 (% 72.7)	$p:0.041^*$
UVK			
Evet	6 (%31.6)	8 (% 72.7)	$\chi^2: 4.739;$
Hayır	13 (% 68.4)	3 (% 27.3)	$p:0.029^*$

χ^2 : Ki kare test
* $p<0.05$

F. χ^2 : Fisher's exact test
** $p<0.01$

Tablo 6.2.6 incelendiğinde supine yatmaya kolay alışan pretermilerin %47.4'ünün (n=9), zor alışanların ise tamamının (n=11) TPN ile beslendikleri ve iki grup arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir ($\chi^2: 8.684, p<0.01$).

Parenteral yolla beslenme oranları ise kolay alışan grupta %84.2 (n=9), zor alışan grupta %36.4 (n=4) olarak gözlenmiştir. Parenteral yolla beslenme açısından gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($\chi^2: 7.177, p<0.01$).

Çalışmada supine yatmaya kolay alışan olguların hiçbirine (n=19) PICC takılmadığı, zor alışan olguların ise %27.3'üne (n=3) PICC takıldığı görülmüştür. PICC takılma durumu supine yatmaya zor alışan grupta anlamlı düzeyde yüksek olarak gözlenmiştir ($F.\chi^2=0.041, p<0.05$).

Supine yatmaya kolay alışan pretermelerde UVK ile beslenme oranı %31.6 (n=6), zor alışanlarda ise %72.7 (n=8) olarak saptanmıştır. Supine yatmaya zor alışan bebeklerde UVK ile beslenmenin anlamlı düzeyde yüksek oranda olduğu görülmüştür (χ^2 : 4.739, $p>0.05$).

Tablo 6.2.7 Yenidoğanların Beslenme Özellikleri Ortalamaları ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

SupineYatmaya Alışma Beslenme Özellikleri	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19) Ort±SD	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11) Ort±SD	Test değ; <i>p</i>
TPN/Gün	4.00±2.23 (4)	6.90±3.01 (7)	<i>Z:2.064</i> <i>p:0.039*</i>
Parenteral /Gün	2.87±3.15 (2)	1.25±0.50 (1)	<i>Z:1.549</i> <i>p:0.121</i>
UVK Kalış Süresi/Gün	4.33±1.63 (4.5)	6.50±1.69 (6.5)	<i>Z:2.042;</i> <i>p:0.041*</i>
OGS Beslemeye Başlama/Gün	1.73±0.80 (2)	2.09±0.30 (2)	<i>Z:2.064</i> <i>p:0.055</i>
OGS Beslenme Süresi/Gün	14.52±16.37 (8)	55.90±11.63 (55)	<i>Z:1.917</i> <i>p:0.001**</i>
Biberonla Beslenmeye Başlama/Gün	11.21±13.13 (6)	48.27±8.98 (46)	<i>Z:4.203</i> <i>p:0.001**</i>
Biberonla Beslenmeye Başlama/ Gestasyonel Hafta	34.65±1.18	34.99±0.67	<i>t:0.865</i> <i>p:0.395</i>
Anne Memesini Emme / Gün	14.68±14.81 (7)	55.81±9.40 (52)	<i>Z:4.182</i> <i>p:0.001**</i>
Anne Memesini Emme/Gestasyonel Hafta	35.15±1.07	36.07±0.66	<i>t:2,571</i> <i>p:0.016*</i>

Z: Mann Whitney U test
**p<0.05*

t:student t test
***p<0.01*

Tablo 6.2.7’de görüldüğü gibi olguların TPN ile beslenme günleri supine yatmaya kolay alışan bebeklerde ortalama 4.00 ± 2.23 , zor alışan bebeklerde ise 6.90 ± 3.01 gün olarak bulunmuştur. Supine yatmaya zor alışan bebeklerde TPN ile beslenme günlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Z:2.064, $p < 0.05$).

Yenidoğanların parenteral yolla beslenme süresi supine yatmaya kolay alışan olgularda ortalama 2.87 ± 3.15 gün, zor alışanlarda ise ortalama 1.25 ± 0.50 gün olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Z: 1.549, $p > 0.05$).

Çalışma grubumuzu oluşturan yenidoğanların supine yatmaya kolay alışanlarda UVK ortalama 4.33 ± 1.63 .cı güne kadar kalırken, zor alışanlarda ortalama 6.50 ± 1.69 .cu güne kadar uzadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (Z:2.042, $p < 0.05$).

Yenidoğanların OGS ile beslenmeye başladıkları postnatal yaş ile supine yatmaya alışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Z:2.064, $p > 0.05$).

Olguların günleri incelendiğinde supine yatmaya kolay alışanların ortalama 14.52 ± 16.37 .ci, zor alışanların ise 55.90 ± 11.63 .cü güne kadar OGS ile beslendikleri gözlenmiş ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z:1.917, $p < 0.01$).

Yenidoğanların ortalama olarak biberon ile beslenmeye başlama günleri supine yatmaya kolay alışan grupta 11.21 ± 13.13 .cü gün, zor alışan grupta ise 48.27 ± 8.98 .ci gün olarak gözlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Z:4.203, $p < 0.01$).

Her iki grupta biberonla beslenmeye ortalama olarak benzer gestasyon haftalarında başlanmış olup, supine yatmaya alışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişlerdir (t:0.865, $p > 0.05$).

Çalışmada pretermilerin anne memesini ilk kez emme günü supine yatmaya kolay alışan olgularda ortalama 14.68 ± 14.81 .ci gün iken, zor alışan olgularda 55.81 ± 9.40 .cı gün olarak gözlenmiş ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z:4.182, $p < 0.01$).

Supine pozisyona kolay alışan olgular anne memesini ilk kez ortalama 35.15 ± 1.07 .ci gestasyon haftasında, zor alışan olgular ise ortalama 36.07 ± 0.66 .cı gestasyon haftasında emdikleri saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (t:2.571, $p < 0.05$).

Tablo 6.2.8 Yenidoğanların Açık Yatakta Yatma ve Kuvöze Geçiş Günlerinin Ortalaması ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

SupineYatmaya Alışma	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19)	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11)	Test değ; p
Yatak Özelliği	Ort±SD	Ort±SD	
Açık Yatak /Gün (Medyan)	4.83±2.43 (4.5)	8.72±3.92 (8)	Z:2.829; p:0.005**
Kuvöze Geçiş/Gün (Medyan)	5.57±2.61 (5.0)	9.72±3.92 (9.0)	Z: 2.946 p:0.002**

Z: Mann Whitney U test

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 6.2.8 incelendiğinde supine yatmaya kolay alışan pretermli bebekler açık yatakta ortalama 4.83±2.43 gün, zor alışanlar ise 8.72±3.92 gün yatmışlardır. Açık yatakta yatış gün sayısı supine yatmaya zor alışan olgularda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (Z:2.829, p<0.01).

Çalışmada supine yatmaya kolay alışan olguların ortalama 5.57±2.61.cı gün, zor alışan olguların ise 9.72±3.92.ci gün kuvözde yatmaya başladıkları gözlenmiş olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z:2.946, p<0.01).

Tablo 6.2.9 Yenidoğanların; Görülen Komplikasyonlar İle Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

SupineYatmaya Alışma Komplikasyonlar	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19) n (%)	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11) n (%)	Test değ; p
PDA			
Evet	1 (% 5.3)	8 (% 72.7)	$\chi^2: 15.09;$
Hayır	18 (% 94.7)	3 (% 27.3)	$p:0.001^{**}$
İnfeksiyon			
Evet	1 (% 5.3)	4 (% 36.4)	$F. \chi^2$
Hayır	18 (% 94.7)	7 (% 63.6)	$p:0.047^*$
ROP			
Evet	0 (% 0.0)	2 (% 18.2)	$F. \chi^2$
Hayır	19 (% 100.0)	9 (% 81.8)	$p:0.126$
IVH			
Evet	0 (% 0.0)	1 (% 9.1)	$F. \chi^2$
Hayır	19 (% 100.0)	10 (% 90.9)	$p:0.367$

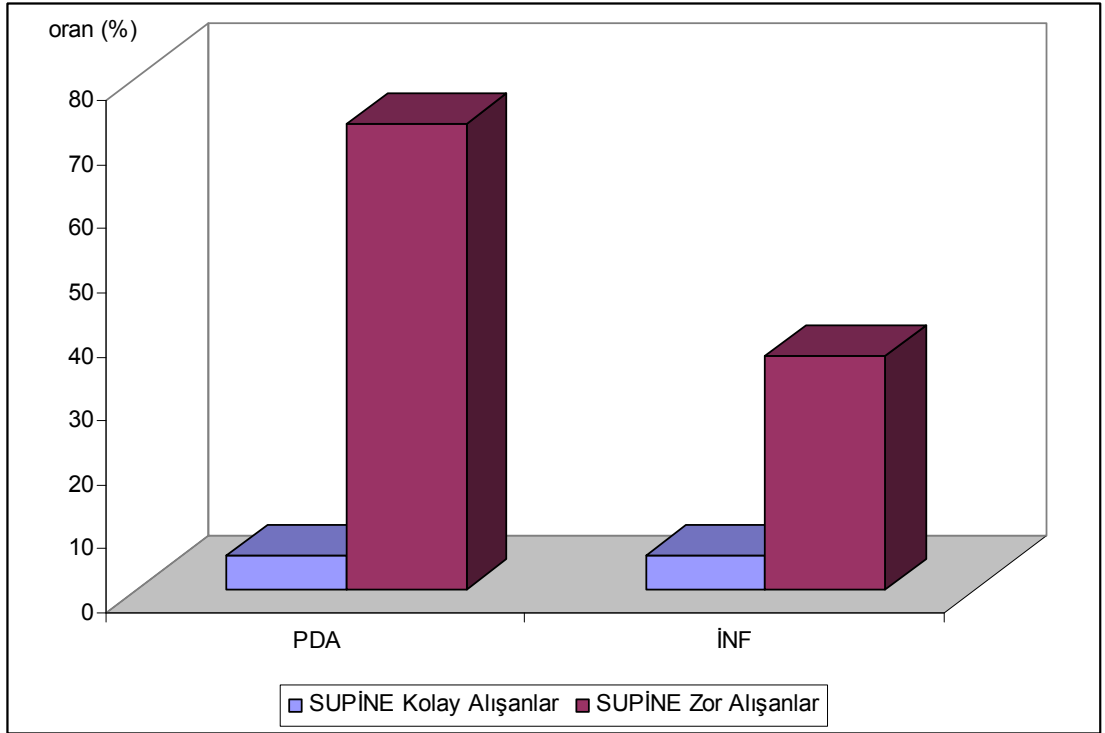
χ^2 : Ki kare test
* $p<0.05$

$F. \chi^2$: Fisher's exact test
** $p<0.01$

Tablo 6.2.9'da çalışmaya alınan yenidoğanlarda PDA görülme oranının supine yatmaya kolay alışanlarda %5.3 (n=1), zor alışanlarda %72.7 (n=8) olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($\chi^2:15.09$, $p<0.01$).

Olgularda infeksiyon görülme oranının da supine yatmaya kolay alışanlarda %5.3 (n=1), zor alışanlarda %36.4 (n=4) olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F.\chi^2:0.047$, $p<0.05$).

Supine yatmaya kolay alışan pretermelerde ROP ve IVH hiç görülmezken (n=0) zor alışanlarda bu oranlar sırasıyla %18.2 (n=2) ve %9.1(n=1) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel fark olmadığı gözlenmiştir ($F. \chi^2:0.126$; $F. \chi^2:0.367$, $p>0.05$).



Şekil 4: *Supine yatmaya alışma durumuna göre PDA ve İnfeksiyon dağılımı*

Tablo 6.2.10 Yenidoğanların Taburculuğa İlişkin Özellikleri ile Supine Yatmaya Alışma Durumlarının Karşılaştırılması (N=30)

SupineYatmaya Alışma Özellik	SUPİNE Kolay Alışanlar (n=19) Ort±SD	SUPİNE Zor Alışanlar (n=11) Ort±SD	Test değ; P
Vücut Ağırlığı	2353.15±248.05	2601.36±412.87	t:2.067; p:0.048*
Boy Uzunluğu	45.92±2.22	45.70±2.98	t:0.232; p:0.819
Baş Çevresi	32.79±1.12	33.10±1.82	t:0.569; p:0.574
Gestasyon Haftası	35.78±1.12	37.07±0.66	t:3.440; p:0.002**

t: student t test

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 6.2.10’da çalışmaya alınan olguların taburcu olma sırasındaki vücut ağırlık ortalamalarının supine yatmaya kolay alışan grupta 2353.15±248.05 gram, zor alışan grupta 2601.36±412.87 gram olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t:2.067, p<0.05).

Çalışmada yenidoğanların taburculuğa ilişkin boy uzunluğu ve baş çevresi ortalama değerleri; supine yatmaya alışma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t:0.232; t:0.569, p>0.05).

Olguların taburcu olma sırasındaki gestasyon haftası ortalamaları supine yatmaya kolay alışan grupta 35.78±1.12 hafta, zor alışan grupta ise 37.07±0.66 haftadır. İki grup arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (t:3.440, p<0.01).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

YYBÜ’de tedavi/bakım alan preterm bebeklerde taburculuk öncesi supine pozisyonunda kalma sürecinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın tartışması, elde edilen bulgulara paralel halde sunulmuştur. Yapılan literatür incelemesinde benzer çalışmaya rastlanamaması nedeniyle çalışmanın sonuçları kendi içinde tartışılmıştır.

Araştırma verilerinin sonuçları “Yenidoğanların Özellikleri ve İzlemlerine Ait Bulgular” ve “Yenidoğanların Supine Yatış Durumlarına Ait Bulgular” olarak iki bölüm halinde incelenmiş, tartışma kısmında ise bu veriler birleştirilmiş ve 8 başlık altında sunulmuştur.

Çalışma kapsamına alınan preterm bebeklerin supine pozisyonu tolere etme süresi 1-3 gün olanlar “kolay alışanlar”, 4 gün ve üzeri sürede tolere edenler ise “zor alışanlar” şeklinde sınıflandırılmıştır. Karşılaştırmalar/ değerlendirmeler bu şekilde oluşturulan gruplar üzerinde yapılmıştır.

7.1. Yenidoğanların Doğuma İlişkin Özelliklerin Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi

Araştırmamızı oluşturan preterm bebeklerin doğuma ilişkin özelliklerini incelediğimizde (**Tablo 6.1.1**) bebeklerin doğum ağırlığı 1770.33 ± 651.61 gram, doğum haftaları 31.37 ± 3.19 haftadır. Bebeklerin doğumdan sonraki ilk 1., 5., ve 10.dakika APGAR puanları ortalamalarının sırasıyla 6.36 ± 1.15 , 7.86 ± 0.89 ve 8.70 ± 0.95 olarak bulunmuştur. Doğum boy uzunluğunun 41.70 ± 4.71 cm, doğum baş çevresinin 29.88 ± 3.25 cm olduğu bulunmuştur.

Yukarıdaki sunulan bulgulara göre araştırmaya dahil olan bebeklerin orta düzeyde preterm olduklarını, doğumdaki vücut ağırlıklarının, boy ve baş çevresi uzunluklarının gestasyon haftalarına göre uyumlu oldukları görülmektedir.

Olguların doğum sonrası dönemdeki fizyolojik tartı kaybını takiben tekrar doğum ağırlığına ulaştıkları postnatal yaşı 12.04 ± 3.38 gün olduğu; doğum ağırlığına ulaştığı gestasyon haftasının ise 32.21 ± 2.98 hafta olduğu gözlenmiştir (**Tablo 6.1.1**).

Çalışmaya alınan olguların doğum ağırlıklarının supine yatmaya kolay alışanlarda 2102.63 ± 524.20 gram, zor alışanlarda 1196.36 ± 405.60 gram olduğu, gruplar arası farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($t:4.930$, $p<0.01$) (**Tablo 6.2.2**).

Supine yatmaya kolay alışan preterm bebeklerin doğumdaki boy uzunluğu ve baş çevresi ortalamaları sırasıyla 44.03 ± 3.59 cm ve 31.66 ± 2.27 cm iken supine yatmaya zor alışanlarda bu ortalamalar sırasıyla 37.68 ± 3.62 ve 26.80 ± 2.23 cm olarak görülmüştür (**Tablo 6.2.2**).

Doğumdaki boy uzunlukları ve baş çevresi ölçümleri supine yatmaya zor alışan olgularda anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($t:4.653$, $p<0.01$, $t:5.685$; $p<0.01$). Olguların doğum ağırlıklarına ulaştıkları ortalama gestasyon haftası supine yatmaya zor alışan olgularda anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($t:4.742$, $p<0.01$) (**Tablo 6.2.2**).

Bulgulardan da açıkça görüldüğü gibi doğum GH'sı küçük olan bebekler ilerideki dönemlerde supine yatmaya zor alışan gruba girmektedirler. Supine yatmaya zor alışanların GH'nın küçük olmasına bağlı olarak doğum vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi de küçük olarak bulunmuştur.

Yenidoğanların doğum ağırlıklarına ulaştıkları postnatal yaş ortalamaları ile supine yatmaya alışma durumları ($t:1.430$, $p>0.05$) ve 1., 5. ve 10. dakikalardaki APGAR puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir ($Z: 1,219$; $Z: 1,504$; $Z: 0,743$; $p>0.05$) (**Tablo 6.2.2**).

7.2. Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerinin Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi

Çalışmaya alınan bebeklerin %53.3'ü kız, %86.7'si sectio doğum ve bebeklerin tümünün (%100) preterm AGA oldukları görülmektedir (**Tablo 6.1.2**). Çalışmada preterm AGA bebeklerde en yüksek oranda (%56.7) (n=17) RDS, %13.3'ünün (n=4) annesinde ise Gestasyonel Diyabet görülmüştür (**Tablo 6.1.2**).

Supine yatmaya kolay alışan pretermilerin %42.1'i inde (n=8) RDS görülürken, zor alışan pretermelerde bu oran %81.8 (n=9) olarak saptanmıştır. Supine yatmaya zor alışanların RDS görülme oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (χ^2 : 4.474, $p<0,05$) (**Tablo 6.2.3**).

Alveoller içi yüzey gerilimini azaltan surfaktan maddesi 26.GH'da üretilmeye başlanıp 28. GH'dan sonra artmakta; yine 32-34. GH'da üretimi tamamlanmaktadır. Bu nedenle RDS en sık immatür akciğeri olan yenidoğanlarda görülen bir hastalıktır. RDS insidansı gestasyonel yaş ile ters orantılıdır. Prematürel RDS insidansını artırıcı en önemli faktördür (28). Bizim çalışmamız dahilinde olan bebeklerde RDS görülme insidansının yüksek olması literatür bilgisiyle paralellik göstermektedir.

Doğum şekillerine baktığımızda ise supine yatmaya kolay alışanların tümü (%100.0, n=19) sectio ile doğmuştur. Zor alışan bebeklerin %63.6'sı (n=7) sectio, %36.4'ü (n=4) NSD ile doğmuşlardır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (χ^2 : 7.72, $p<0.05$) (**Tablo 6.2.3**).

Yardımcı üreme tekniklerinin artmasına paralel olarak preterm doğumların da fazlaştığı bilinen bir gerçektir (49). Yardımcı üreme teknikleriyle sahip olunan bebekler “kıymetli bebek” olarak adlandırılıp; erken doğum sıklıkla beklenen bir sonuçtur. Bu bebeklerde doğum travmasını azaltmak amacıyla sectio doğum endikasyonu konulmaktadır. Sectio doğuma karar verilen bu gebeliklerde akciğerlerin olgunlaşması beklenir ve bebekler 32.GH'dan sonra sectio ile doğurtulur.

Çalışmada supine yatışa kolay alışan bebeklerin planlanmış sectio ile doğduklarını düşünmekteyiz.

Çalışmamız sonucunda pretermilerin cinsiyetleri ile supine yatmaya kolay veya zor alışmaları arasında anlamlı farklılık görülmediği sonucuna varılmıştır (χ^2 :0.433, $p>0.05$). Gestasyonel diyabet ve diğer ek tanılarının görülme durumları ile supine yatmaya alışma durumları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (χ^2 : 1.241; χ^2 : 0.164; χ^2 : 1.241; χ^2 : 1.782; χ^2 : 0.599; χ^2 : 1.787, $p>0.05$) (**Tablo 6.2.3**).

7.3. Yenidoğanların Solunum/Dolaşım İzlemlerine Ait Özelliklerinin Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi

Olgularımıza baktığımızda % 86.7'sinin entübe edilmediği (n=26), %63.3'ünün surfaktan tedavisi almadığı (n=19), %66.7'sine CPAP uygulandığı (n=20), %60.0'ının HOOD (n=18), %63.3'ünün nazal kanül (n=19) ve %86.7'sinin küvöz içi oksijen (n=26) gereksinimi göstermediği, %66.7'sine (n=20) umbilikal arterial katater uygulanmadığını görmekteyiz (**Tablo 6.1.3**).

Çalışmadaki preterm bebeklerin 0.43 ± 1.22 gün entübe edildikleri, 0.43 ± 0.62 doz surfaktan tedavisi aldıkları, 7.30 ± 10.76 gün CPAP'ta kaldıkları, 2.83 ± 4.55 gün nazal kanül ile oksijen gereksinimi gösterdikleri, 14.16 ± 14.43 günde oda havasına geçtikleri ve herhangi bir solunum desteğine gereksinim duymadıkları, oda havasına geçişteki gestasyonel haftalarının 33.39 ± 2.07 hafta olduğu ayrıca UAK'nın 1.26 ± 2.09 gün kaldığı gözlenmiştir (**Tablo 6.1.4**).

Yenidoğanların solunum izlem özellikleri ile supine yatmayı tolere etme durumlarının karşılaştırdığımızda supine yatmaya kolay alışan pretermilerin %94.7'sinin (n=18), zor alışanların ise %72.7'sinin (n=8) entübe edilmediği, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (χ^2 : 2.21, $p>0.05$) (**Tablo 6.2.4**).

Surfaktan tedavisi kolay alışan grupta %84.2 (n=16) oranında uygulanmazken, zor alışan grupta %72.7 (n=8) oranında uygulandığı, farkın anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (χ^2 : 9.72, $p<0.01$) (**Tablo 6.2.4**).

Surfaktan 24-38. GH'da akciğerlerden salgılanır. Bu haftadan önce doğan yenidoğanlar akciğer immatüritesi nedeniyle yeterli surfaktan sentez edemez. Bu bebeklere eksojen yoldan intratrakeal surfaktan uygulanması gerekir. Bazı bebekler için bir doz surfaktan uygulaması yeterli olurken bazı bebekler birden fazla doza ihtiyaç duyabilirler (59).

Yapmış olduğumuz çalışma sonucunda yukarıdaki literatür bilgisine paralel olarak kolay alışan gruptaki bebeklerin GH'ları daha büyük olduğundan dolayı surfaktan ihtiyacı duymadıkları ya da daha az duydukları, zor alışan gruptaki bebeklerin ise GH'ları küçük olduğu için daha fazla surfaktan ihtiyacı duydukları belirlenmiştir.

Çalışmada supine yatmaya kolay alışan pretermilerin %52.6'sı (n=10), zor alışanların ise %90.9'u (n=10) CPAP gereksinimi göstermişlerdir. CPAP gereksinimi oranları supine yatmaya zor alışan olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (χ^2 : 4.593, p<0.05) (**Tablo 6.2.4**).

CPAP; spontan solunumu olan bebeklerde üst hava yollarına sürekli olarak pozitif basınç uygulama yöntemidir. Özellikle küçük pretermelerde tercih edilmektedir. Ayrıca CPAP uygulamasıyla akciğerlerin eksojen surfaktan ihtiyacı azaltılabilmektedir (60).

Bizim çalışmamızda da bu literatür bilgisine paralel olarak zor alışan bebeklerin büyük oranda CPAP ihtiyacı duymuş olmalarının nedeni; GH'larının küçük olmalarına sekonder; akciğer immatüritesi, dolayısıyla solunum sıkıntısı yaşamış olmaları olarak belirlenmiştir (**Tablo 6.2.4**).

Preterm bebeklerin nazal kanül gereksinimi kolay alışan bebeklerde %10.5 (n=2), zor alışanlarda ise %81.8 (n=9) olarak belirlenmiş ve her iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu gözlenmiştir (χ^2 : 15.24, p<0,01). Bu bulgu da yukarıdaki literatür bilgisine ve çalışmada elde ettiğimiz CPAP uygulaması ve Supine yatış pozisyonuna alışma arasındaki ilişkiyle paralellik göstermektedir (**Tablo 6.2.4**).

Olguların HOOD ile oksijen uygulama ve küvöz içi oksijen gereksinimi supine yatma alışma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemiştir (χ^2 : 1.172; F. χ^2 = 0.611, p>0.05) (**Tablo 6.2.4**).

Çalışmada supine yatmaya kolay alışan preterm bebeklerde UAK uygulaması %15.8 (n=3) oranında iken bu değerin zor alışan preterm grubunda %63.6 (n=7) oranında olduğu görülmüştür. Gruplar arasında farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (χ^2 : 7.177, p<0.01) (**Tablo 6.2.4**).

UAK pretermelerde arterial kan basıncını sürekli izleyebilmek, özellikle kan gazı ve diğer laboratuvar tetkikleri için kan almakta kullanılmak üzere yerleştirilen bir kataterdir. Özellikle çok küçük pretermelerin yakından izlenmesinde, kan basıncındaki değişimlerin yakından takip edilmesinde, gerekirse pozitif inotrop ilaç tedavisi başlamak için erken müdahale edilmesinde tercih edilen bir yoldur.

Çalışmada supine yatmaya zor alışan olgularımızın GH'nın düşük olması, RDS'nin daha yüksek oranda görülmesi, bunun sonucunda surfaktana daha fazla gereksinim göstermelerine paralel olarak; bu bebeklerde; özellikle kan gazı ve kan basıncının daha yakından izlenmesi amacıyla UAK uygulamasına başvurulduğunu düşünmekteyiz.

Olguların entübe kalma süreleri ile supine yatmaya alışma durumları arasında kolay alışan grupta sadece bir bebek olduğundan değerlendirme yapılamamıştır (**Tablo 6.2.5**).

Bebeklerin surfaktan tedavi dozu ihtiyaçlarının ortalamalarına baktığımızda; supine yatmaya kolay alışanlarla 1.00 0.0, zor alışanlarda 1.25 0.46 olduğu bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Z:0.913, p>0.05) (**Tablo 6.2.5**).

Çalışmada bebeklere CPAP uygulama ve nazal kanül ile oksijen verme gün sayıları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir (Z:1.593; Z:0.593, p>0.05) (**Tablo 6.2.5**).

Olguların oksijen desteği almaksızın oda havasında (%21 konsantrasyonda) solunum fonksiyonlarını yerine getirebildikleri gün; supine kolay alışan grupta ortalama 7.36 ± 9.91 gün iken, zor alışan grupta ortalama 25.90 ± 13.69 gün olduğu görülmüştür. Oda havasına geçiş günleri supine yatmaya zor alışan olgularda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (Z: 3.738, $p < 0.01$) (**Tablo 6.2.5**).

Supine yatmaya kolay alışan bebeklerin oksijen desteği almaksızın oda havasında solunum fonksiyonlarını yerine getirebildikleri gestasyon haftası ortalama 34.10 ± 1.50 , zor alışanlarda ise ortalama 32.06 ± 2.41 hafta olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (Z: 2.319, $p < 0.01$) (**Tablo 6.2.5**).

Preterm bebeklerin doğumdaki GH'ları azaldıkça akciğer matüritesi azalmaktadır (28). Bu nedenle herhangi bir şekilde oksijen tedavisi ihtiyacı duymaktadırlar. Vakalarımızda da görüldüğü gibi oksijen tedavi gün sayısı, bebeğin GH'sı ile ters orantılı olup; bebek ne kadar büyük doğarsa oksijenden o kadar çabuk ayrılabilir. Genellikle YYBÜ'de uzun süre yatan pretermelerde kronik akciğer hastalıkları görülmekte ve bu da beraberinde oksijen tedavi zorunluluğunu doğurmaktadır. Ancak bulgularımızda oda havasında nefes alma haftası kolay alışan bebeklerde daha büyük, zor alışan bebeklerde daha küçüktür ve bu veri yanlış algılanmamalıdır. Kolay alışan bebekler daha büyük gestasyon haftasında doğdukları için daha az oksijen desteği almaktadır ve oksijenden daha erken ayrılabilirler. Ancak zor alışan bebeklerin doğumdaki GH'da daha küçük olduğu için oda havasına geçtiği belirtilen haftaya kadar geçen süre uzun bir süredir.

Çalışmada pretermelerde UAK'nın kalış gün ortalamaları kolay alışan bebeklerde 3.66 ± 1.15 .ci gün, zor alışan bebeklerde ise 3.85 ± 2.19 .cu gün olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel fark gözlenmemiştir (Z:0.233, $p > 0.05$) (**Tablo 6.2.5**).

7.4. Yenidoğanların Beslenme İzlemlerine Ait Özelliklerin Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi

Çalışmada preterm bebeklerin %66.7'sinin (n=20) TPN ile beslendikleri, benzer oranda (%66.7, n=20) parenteral yolla beslendikleri, yine bebeklerin %90'ına (n=27) PICC, %53.3'üne (n=16) UVK uygulanmadığı sonucuna varılmıştır (**Tablo 6.1.5**).

Olgularımızın ortalama olarak 3.73 ± 3.62 gün TPN ile, 1.70 ± 2.64 gün parenteral yolla beslendikleri, takılan kataterlerden PICC'in ortalama 0.53 ± 1.67 gün UVK'nın 2.60 ± 3.11 gün kaldığı saptanmıştır (**Tablo 6.1.6**).

Pretermiler ortalama 1.86 ± 0.68 günde OGS ile beslenmeye başlanmış ve OGS ile beslenme süresinin 29.70 ± 24.99 gün olduğu görülmüştür. Bebekler 24.80 ± 21.56 günde ve 34.78 ± 1.02 gestasyon haftasında biberon ile beslenmeye başlanmışlardır. Anne memesini ilk kez emmeye 29.76 ± 23.94 günde, anne memesini emmeye başlama sırasında ise 35.49 ± 1.03 GH'da oldukları bulunmuştur (**Tablo 6.1.6**).

Tablo 6.2.6 incelendiğinde supine yatmaya kolay alışan pretermilerin %47.4'ünün (n=9), zor alışanların ise tamamının (n=11) TPN ile beslendikleri ve iki grup arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (χ^2 : 8.684, $p < 0.01$).

Parenteral yolla beslenme oranları ise kolay alışan grupta %84.2 (n=9), zor alışan grupta %36.4 (n=4) olarak gözlenmiştir. Parenteral yolla beslenme açısından gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (χ^2 : 7.177, $p < 0.01$) (**Tablo 6.2.6**).

Parenteral mayi fizyolojik stabilizasyonu daha iyi olan, oral beslenmeye hızla başlanabilecek olan yenidoğanlara oral beslenmeye başlayacağı ana kadar verilir. Oral olarak biberonla beslenmeye başlanan bebeklerde parenteral verilen sıvının miktarı azaltılarak kesilir. Supine kolay alışan grupta parenteral sıvı alma miktarı, GH ile paralel olarak, bebeklerin emme yutma refleksinin geliştiği, dolayısıyla oral beslenmeye daha çabuk geçebilmelerinin sayesinde yüksek olduğu düşünülmektedir. Supine yatmaya zor alışan daha küçük pretermilerin oral beslenmeye başlaması uzun haftalar sonra gerçekleşmektedir. Oral beslenmeye başlamadan önce bebek, ihtiyacı olan protein ve kaloriyi TPN desteği ile sağlayabilmektedir (57).

Çalışma bulgularımızda yukarıdaki literatür bilgisine paralellik göstererek araştırma kapsamındaki bebeklerde besin desteğinin parenteral sıvı ile değil TPN desteği ile verildiği belirlenmiştir.

Çalışmada supine yatmaya kolay alışan olguların hiçbirine (n=19)PICC takılmadığı, zor alışan olguların ise %27.3'üne (n=3) PICC takıldığı görülmüştür. PICC takılma durumu supine yatmaya zor alışan grupta anlamlı düzeyde yüksek olarak gözlenmiştir (F. χ^2 =0.041, p<0.05) (**Tablo 6.2.6**).

Supine yatmaya kolay alışan pretermelerde UVK ile beslenme oranı %31.6 (n=6), zor alışanlarda ise%72.7 (n=8) olarak saptanmıştır. Supine yatmaya zor alışan bebeklerde UVK ile beslenmenin anlamlı düzeyde yüksek oranda olduğu görülmüştür (χ^2 : 4.739, p<0.05) (**Tablo 6.2.6**).

PICC ve UVK küçük pretermlere damar yolu sağlamak amacıyla yapılan uygulamalardandır. Kataterin ucu sağ atriuma yakın konumdadır. Gestasyon haftası küçük olan bebeklerin sıvı desteği ve tedavi ihtiyaçları damar yolundan sağlanmaktadır. Bu sürede damar yolu değişmesi gerektiği taktirde bebeğin travmaya uğrayacağı, bu iki uygulama santral kataterlerle sağlandığı için bebeğin daha az travmatize olacağı, takılan kataterin uzun süre kullanılabileceği nedeniyle küçük pretermelerde tercih edilmektedir. Zor alışan bebeklerde PICC ve UVK uygulama sıklığının yüksek oranda bulunmuş olması, bu bebeklerin gestasyon haftasının küçük olması ile ilişkilidir.

Tablo 6.2.7'de görüldüğü gibi olguların TPN ile beslenme günleri supine yatmaya kolay alışan bebeklerde ortalama 4.00±2.23, zor alışan bebeklerde ise 6.90±3.01gün olarak bulunmuştur. Supine yatmaya zor alışan bebeklerde TPN ile beslenme günlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Z:2.064, p<0.05).

Bu sonuç yine benzer şekilde GH'sı daha küçük olan bebeklerin daha uzun süre TPN desteği alma ihtiyacı/zorunluluğu ile ilişkilendirilebilir.

Yenidoğanların parenteral yolla beslenme süresi supine yatmaya kolay alışan olgularda ortalama 2.87 ± 3.15 gün, zor alışanlarda ise ortalama 1.25 ± 0.50 gün olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Z: 1.549, $p > 0.05$) (**Tablo 6.2.7**).

Çalışma grubumuzu oluşturan yenidoğanların supine yatmaya kolay alışanlarda UVK ortalama 4.33 ± 1.63 güne kadar kalırken, zor alışanlarda ortalama 6.50 ± 1.69 güne kadar uzadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (Z:2.042, $p < 0.05$) (**Tablo 6.2.7**).

Yenidoğanların OGS ile beslenmeye başladıkları postnatal yaş ile supine yatmaya alışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Z:2.064, $p > 0.05$) (**Tablo 6.2.7**).

Araştırmanın yapıldığı YYBÜ’de standart olarak tüm bebeklerin en kısa sürede OGS ile beslenmesi hedeflenmektedir, Başlangıçta gastrointestinal sistemi (GİS) besinlere alıştırmak, sindirim hormonlarını stimüle etmek ve GİS maturasyonunu hızlandırmak için verilir. Beslenmeye 48. saatte başlanabilir (37). Bizim çalışma grubumuzdaki bebekler ne kadar küçük olursa olsun beslenmeye kontrendike bir durum olmadığı taktirde anne sütü gelir gelmez bebek minimal enteral beslenmeye başlanmaktadır. Bu durum literatür bilgileriyle paralellik gösterdiğinden iki grupta da sonucun benzer çıkmasının normal olduğu düşünülmektedir.

Olguların günleri incelendiğinde supine yatmaya kolay alışanların 14.52 ± 16.37 .ci, zor alışanların ise 55.90 ± 11.63 .cü güne kadar OGS ile beslendikleri (Z:1.917, $p < 0.01$), yenidoğanların biberon ile beslenmeye başlama günleri supine yatmaya kolay alışan grupta 11.21 ± 13.13 .cü gün, zor alışan grupta ise 48.27 ± 8.98 .ci gün olduğu (Z:4.203, $p < 0.01$), anne memesini ilk kez emme günü supine yatmaya kolay alışan olgularda ortalama 14.68 ± 14.81 .ci gün iken, zor alışan olgularda 55.81 ± 9.40 .cı gün olduğu (Z:4.182, $p < 0.01$) ve supine pozisyona kolay alışan olgular anne memesini ilk kez ortalama 35.15 ± 1.07 .ci gestasyon haftasında, zor alışan olgular ise ortalama 36.07 ± 0.66 .cı gestasyon haftasında emdikleri saptanmıştır (t:2.571, $p < 0.05$).

Bulunan tüm verilerde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Biberonla beslenmeye ortalama olarak benzer gestasyon haftalarında başlanmış olup, supine yatmaya alışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişlerdir ($t:0.865$, $p>0.05$) (**Tablo 6.2.7**).

Emme yutma refleksi 32-34. haftalarda koordineli bir şekilde gerçekleşir. Bu koordinasyon gerçekleşmeden bebek oral beslenemez. Oral beslenme en az 32-34 haftalık ve emme-yutma-nefes alma koordinasyonu olan bebeklerde uygulanabilir (37). Bu haftalardan önce bebek biberon ve anne göğsü alamaz, alsa bile emmesi etkin değildir, yeterli beslenemez, efor harcadığında apneler görülebilir. Yutma koordineli olmadığı için beslenme sırasında aspirasyon riski vardır. Bu yüzden bebeklerde emme yutma refleksi tam olarak koordineli gerçekleşmediği takdirde oral beslenme denenmez. Bu koordinasyonun oluşması için geçen sürede bebeğe anne sütü OGS yolu ile verilir (57). Zor alışan olguların çok uzun süre OGS ile beslenmesi, bu bebeklerin doğumdaki GH'larının daha erken olması, dolayısıyla emme yutma refleksinin geliştiği haftaya ulaşmalarının geçen sürenin daha uzun olmasıdır.

7.5. Yenidoğanların Açık Yatakta Yatma ve Kuvöze Geçme Günlerinin Ortalaması ile Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi

Bebeklerin ortalama 6.31 ± 3.57 gün açık yatakta yattıkları, 7.10 ± 3.69 günde ise kuvöze geçtikleri görülmektedir (**Tablo 6.1.7**).

Tablo 6.2.8 incelendiğinde supine yatmaya kolay alışan pretermiler açık yatakta ortalama 4.83 ± 2.43 gün, zor alışanlar ise 8.72 ± 3.92 gün yatmışlardır. Açık yatakta yatış gün sayısı supine yatmaya zor alışan olgularda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($Z:2.829$, $p<0.01$).

Çalışmamızda supine yatmaya kolay alışan olguların ortalama 5.57 ± 2.61 .cı gün, zor alışan olguların ise 9.72 ± 3.92 .ci gün kuvözde yatmaya başladıkları gözlenmiş olupiki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z:2.946$, $p<0.01$) (**Tablo 6.2.8**).

Çalışmanın yapıldığı YYBÜ’de bebekler doğum sonrası açık yatağa alınarak izlenmektedirler. Açık yatak bebeğin manüplasyonu, invaziv girişimlerin kolay uygulanması ve kolay takip edilmesi, yenidoğanın genel olarak daha kolay takip edilmesi açısından avantajlıdır. Ancak açık yatakta bebekler etraftaki dış uyaranlara daha fazla maruz kalmaktadır. Ses ve ışık bu uyanların en başında gelmektedir. Uyaranlara maruz kalma sonucunda bebekte stresin arttığı, iyileşme sürecinin yavaşladığı ve fizyolojik stabilizasyonun geç sağlandığı bilinmektedir (2, 21). Fizyolojik stabilizasyonunu sağlamayı büyük oranda başarabilen bebekler küvöze alınmakta ve izlenmekte, bebek büyüyüp vücut ısını koruyabilecek duruma geldiğinde (taburculuğa yakın) küvözün ısı kapatılmaktadır. Araştırmanın yapıldığı YYBÜ’de kod kullanılmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki bebeklerden supine yatmaya zor alışan bebeklerin açık yatakta daha uzun süre yatmış olmaları çevresel uyaranlara daha fazla maruz kaldıkları anlamına gelmektedir. Bu durum bebeğin fizyolojik stabilizasyonunun daha geç gerçekleşmesi, bebeklerin daha fazla stres yaşamaları , dolayısıyla supine pozisyonunda kalmanın uzamasını beraberinde getirmektedir.

7.6. Yenidoğanlarda Görülen Komplikasyonların Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi

Komplikasyon olarak olguların %30’unda (n=9) PDA, %16.7’sinde (n=5) infeksiyon geliştiği görülmektedir (**Tablo 6.1.8**).

Tablo 6.2.9’da çalışmaya alınan yenidoğanlarda PDA görülme oranının supine yatmaya kolay alışanlarda %5.3 (n=1), zor alışanlarda %2.7 (n=8) olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (χ^2 :15.09, $p<0.01$).

Olgularda infeksiyon görülme oranının da supine yatmaya kolay alışanlarda %5.3 (n=1), zor alışanlarda %36.4 (n=4) olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F. χ^2 :0.047, $p<0.05$) (**Tablo 6.2.9**).

Yenidoğan döneminde infeksiyonlar en önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Yenidoğanda immün sistem immatür olduğundan infeksiyonlara karşı

savunma yeterli değildir (21). İmmün sistemin olgunlaşması GH ile doğru orantılıdır. Çalışmada supine yatmaya zor alışan bebeklerin GH'nın düşük olması, buna bağlı invaziv uygulamaların daha fazla olması ve sonuçta da infeksiyonların daha yüksek oranda görülmesini düşündürmektedir.

Supine yatmaya kolay alışan pretermelerde ROP ve IVH hiç görülmezken (n=0) zor alışanlarda bu oranlar sırasıyla %18.2(n=2) ve %9.1(n=1) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel fark olmadığı gözlenmiştir (F. χ^2 :0.126; F. χ^2 :0.367, p>0.05) (Tablo 6.2.9).

7.7. Yenidoğanların Taburculuğa İlişkin Özelliklerinin Supine Yatmaya Alışma Durumuyla İlişkisi

Tablo 6.1.9'da görüldüğü gibi bebeklerin taburcu olma sırasındaki vücut ağırlığı ortalaması 2444.16±334.32 gram, boy uzunluğu ortalaması 45.84±2.27 cm, baş çevresi ortalaması 32.90±1.39 cm'dir. Olguların taburcu olma sırasındaki gestasyonel yaş ortalaması ise 36.25±1.15 haftadır.

Tablo 6.2.10'da çalışmaya alınan olguların taburcu olma sırasındaki vücut ağırlık ortalamalarının supine yatmaya kolay alışan grupta 2353.15±248.05 gram, zor alışan grupta 2601.36±412.87 gram olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t:2.067, p<0.05). Olguların taburcu olma sırasındaki gestasyon haftası ortalamaları supine yatmaya kolay alışan grupta 35.78±1.12 hafta, zor alışan grupta ise 37.07±0.66 haftadır. İki grup arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (t:3.440, p<0.01) (Tablo 6.2.10).

Yukarıdaki bulgulara baktığımızda supine kolay alışan bebeklerin vücut ağırlıklarının ve taburculuktaki gestasyon haftalarının daha düşük olduğunu görmekteyiz. Zor alışan bebeklerin daha fazla vücut ağırlığına sahip olması ve taburculuktaki gestasyon haftasının daha büyük olması bu bebeklerin daha uzun süre tedavi almak ve buna bağlı olarak daha uzun süre hastanede yatmak zorunda kalmasına bağlanabilir. Buradan da gestasyonel haftası küçük ve doğum vücut ağırlığı daha az olan bebeklerin immatür itelerin daha fazla olduğu, bundan dolayı tedavi ve

bakım süreçlerinin daha uzun sürdüğü ve hastanede yatış süresinin daha uzun olduğu sonucuna varmaktayız.

Çalışmada yenidoğanların taburculuğa ilişkin boy uzunluğu ve baş çevresi ortalama değerleri; supine yatmaya alışma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t:0.232; t:0.569, p>0.05) (**Tablo 6.2.10**).

7.8. Yenidoğanların Supine Yatış Durumuna Ait Özellikleri

Yapılan literatür incelemesinde 32 GH'dan küçük bebeklerin özellikle prone de yatırılması önerilirken 34 GH'dan büyük olan bebeklerin supine de yatırılacakları belirtilmektedir. Bununla birlikte son 5 yıldır yapılan yayınlarda bebeklerin YYBÜ'den supine yatmaya alıştıktan sonra taburcu edilmeleri gerektiği önemle vurgulanmaktadır. Bazı kaynaklar pretermli supine yatmaya alıştırma sürecinin taburculuktan 1-2 hafta öncesi başlanmasını önerirken bazıları birkaç günden bir haftaya kadar geçen sürenin yeterli olduğunu belirtmektedirler (12, 45).

İngiltere'de 225 YYBÜ'de 2003 ve 2007 yılları olmak üzere 2 kez yapılan araştırma sonuçlarına göre; YYBÜ'den taburcu olmadan supine yatmaya alıştırılan pretermli oranın 2003 yılında %43 iken, 2007 yılında bu oranın %83 olduğu gözlenmiştir (11, 47).

Çalışmada bebeklerin supine pozisyonda ilk yatırılma günü 3 ile 74 arasında değişmekte olup; ortalama 30.06 ± 23.41 gündür (**Tablo 6.2.1**).

Bebekler taburcu olmadan ortalama 1 hafta önce supine yatırmaya başlanmışlardır. Genel olarak supine ilk yatırma günleri arasında büyük fark olmasının nedenini çalışma grubumuzu çeşitli GH'lardan olan bebeklerin oluşturmuş olması şeklinde açıklayabiliriz.

İlk kez supine pozisyonda yatırılmadaki gestasyonel haftalara baktığımızda 33.57 – 37.57 arasında değiştiğini ve ortalama 35.53 ± 1.01 hafta olduğunu; bebeklerin

supine yatmayı tolere etme süresinin ise 1 ile 8 gün arasında değiştiği ve ortalama 3.13 ± 1.87 gün olduğu görülmektedir (**Tablo 6.2.1**).

Çalışma sonucunda preterm bebeklerin supine yatmaya alışmasını primer olarak etkileyen faktörün bebeğin doğumdaki gestasyon haftası olduğunu söylemekteyiz. Ayrıca bebeğin GH'sı ile supine yatmaya alışma süresi arasında ters orantı olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak benzer çalışmaların daha büyük gruplarda değişik GH'daki preterm bebeklerde; GH'larına göre yapılmasını önermekteyiz.

Çalışmada pretermilerin taburculuk öncesi supine pozisyonda yatmaya alıştırmaları sürecinde, aileler de bebeklerini YYBÜ'de gözlemledikleri için bu pozisyonun devamını evde daha kolay sağlayacaklarını düşünmekteyiz.

8. KAYNAKLAR

1. Adams M.M., Kugener B., Mirmiran M., Ariagno R.L.: Survey of Sleeping Position After Hospital Discharge in Healthy Preterm Infants. J Perinatology, 18(3):168-172, 1998.
2. Altimier L.B.: Developmentally Supportive Care - Newborn and Infant Neurobehavioral Development. Comprehensive Neonatal Nursing. A Physiologic Perspective. Third Edition. s.256-257, Saunders, USA, 2003.
3. American Academy of Pediatrics: Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleep Position. Pediatrics, 105(3):650-656, March 2000.
4. American Academy of Pediatrics Policy Statement: Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleepin Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. Pediatrics, 116(5): 1245-1255, November 2005.
5. Anlar B.: Prematüre Bebekte Nörolojik İzlem. Katkı Pediatri Dergisi. 27.Cilt, 5.Sayı, 479. Alp Ofset Matbaacılık, Ankara, Eylül – Ekim 2005.
6. Aris C., Stevens T.P., Lemura C., Lipke B., McMullen M., Cote-Arsenault D., Consenstein L.: NICU Nurses' Knowledge and Discharge Teaching Related to Infant Sleep Position and Risk of SIDS. Adv Neonatal Care. 6(5): 281-284, October 2006.
7. Atasay B., Günlemez A., Ünal S., Ertem İ., Arsan S.: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Pretermilerin İzlem Sonuçları. XI.Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı, Sözel Bildiri. 13-17 Nisan 2005.
8. Blair P.S., Platt M.W., Smith I.J., Fleming P.J.: Sudden Infant Death Syndrome and Sleeping Position In Pre-Term And Low Birth Weight Infants: An Opportunity For Targeted Intervention. Arch Dis Child., 91(2):101-106, May 2006.

9. Brandon D.H., Holditch-Davis D., Beylea M.: Nursing Care and the Development of Sleeping and Waking Behaviors in Preterm Infants. *Research in Nursing & Health*, 22:217-229, 1999.
10. Bhat R.Y., Leipälä J.A., Singh N.R-P, Rafferty G.F., Hannam S., Greenough A.: Effect of Posture on Oxygenation, Lung Volume, and Respiratory Mechanics in Premature Infants Studied Before Discharge. *Pediatrics*. 112(1), 29-32, July 2003.
11. Bhat R.Y., Leipälä J.A., Rafferty G.Y., Hannam S., Greenough A.: Survey of Sleeping Position Recommendations for Prematurely Born Infants on NICU Discharge. *European Journal of Pediatrics*. 12 (6), 426-427, 2003.
12. Carrier C.T: Developmental Support. Ed: Verklan M.T., Walden M., Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing. Third Edition, s.236-264, Elsevier Saunders, USA, 2004.
13. Can G., Karadeniz L., Özmen M., Tatlı B., Saydam R., Çoban A., İnce Z.: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Pretermelerde Erken Adölesan Dönemde Morbidite: Preliminer Sonuçlar. 14.Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı, s.159, Nisan 2006
14. Catlett A.T., Davis H.D.: Environmental Stimulation of the Acutely Ill Premature Infant : Physiological Effects and Nursing Implications. *Neonatal Network*. 8(6):19-26, 1990.
15. Chen Y.C., Hou H.M., Chang H.M.,: The effectiveness of **prone position** on physiological parameters in preterm infants. The 18th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice Poster presentation, 11-14 July 2007.
16. Chang Y. J., Anderson G.C., Dowling D., Lin C.H.: Decreased activity and oxygen desaturation in prone ventilated preterm infants during the first postnatal week, *Heart Lung*., 31(1):34-42. Jan-Feb 2002 .
17. Colson E.R., Bergman D.M., Shapiro E., Leventhal J.H.: Position For Newborn Sleep: Associations With Parents' Perceptions of Their Nursery Experience. *Birth*. 28(4): 249-253, December 2001.

18. Constantin E., Waters K.A., Morielli A., Brouillette R.T.: Head Turning and Face-Down Positioning in Prone-Sleeping Premature Infants.J Pediatr, 134:5, 558-562. May 1999.
19. Çiçek N., Vitrinel A., Cömert S., Erdağ G., Aksoy F., Akın Y.: Prematüre bebeklerin izlem sonuçları. Türk Pediatri Arşivi. 40(1): 33-38, 2005.
20. Çiğdem Z.: Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Ders Notları Cilt 2, 42-62, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği, 2006.
21. Çiğdem Z.: Yenidoğan Enfeksiyonları. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Ders Notları Cilt 2, 1-5, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği, 2006
22. Dağoğlu T., Samancı N.: Yenidoğan Ünitelerinin Organizasyonu. Ed:Dağoğlu T., Neonatoloji. s 9-10, Nobel Tıp Kitapevleri, 2000.
23. Dimitriou G., Greenough A., Pink L., McGhee A., Hickey A., Rafferty G.F.: Effect of Posture On Oxygenation and Respiratory Muscle Strength in Convalescent Infants. Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition, 86:147-150, 2002.
24. Fırat A.: Preterm Eylem Tedavisinde Nifedipin'in Etkinliğinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Klinik şefi Op. Dr. Yavuz Ceylan, İstanbul – 2005
25. Gardner S.L., Lubchenco L.O.: The Neonate and The Environment:Impact on Development.Handbook of Neonatal Intensive Care. Fourth Edition. s.220-224. Mosby – Year Book, USA, 1998.
26. Gilbert E.S., Harmon J.S.: Preterm Eylem – Erken Doğum Eylemi. Ed: Taşkın L., Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı.s.540-560. Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.
27. Goto K., Mirmiran M., Adams M.M., Longford R.V., Baldwin R.B., Boeddiker M.A., Ariagno R.L.: More Awakenings and Heart Rate Variability During Supine Sleep in Preterm Infants. Pediatrics. 103(3):603-609, March 1999.

28. Göktepe N.: Solunum Sistemi.Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Yayınlanmamış Ders Notları. Cilt:1 s.72-73, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği, 2006
29. Gürsoy T.: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Dizaynında Önerilen Standartlar. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni. 8:29, Güz 2003.Çeviri ve uyarlama: J Perinatol 2003; 23: S8-21
30. Horne R.S.C., Ferens D., Watts A-M., Vitkovic J., Lacey B., Andrew S., Cranage S.M., Chau B., Greaves R., Adamson T.M.: Effects of Maternal Tobacco Smoking, Sleeping Position and Sleep State on Arousal in Healthy term Infants. Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition. 87:100-105,2002.
31. Hunter J.: Positioning. Ed:Kenner C.,McGrath J., Developmental Care of Newborns & Infants.A Guide For Health Professionals. s.300-314, Mosby, USA, 2004.
32. Johnston P.G.B., Flood K., Spinks K.: Preterm Infants. Ninth Edition. s.107-120 Churchill Livingstone Elsevier Limited, 2004.
33. Karakoç A.: Yenidoğan Ünitesinde Çağdaş Hemşirelik Bakımının Özellikleri. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Notları.
34. Kerckmar C M.: Ani Bebek Ölümü Sendromu. Ed:Behrman R.E, Kliegman R.M., Nelson-Essentials of Pediatrics, 4. Edisyon, 546-547, W.B. Saunders Company, 2003.
35. Korkmaz A.: Prematüre Bebeklerde Uzun Süreli İzlemin Temel İlkeleri. Katkı Pediatri Dergisi. 27(5):455-456, Alp Ofset Matbaacılık, Ankara, Eylül Ekim 2005.
36. Koturoğlu G., Akşit S., Kurugöl Z.:Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Polikliniğinde İzlenen Bebeklerin Yatış Pozisyonunun Değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi. 39 (2):78-82, 2004.
37. Köksal N., Akpınar R., Köse H., Sayrım K.: Prematüre ve Yenidoğan Beslenmesi Güncel Pediatri. 1 : 59-72, 2003.

38. Ladewig P.A.W., London M.L., Davidson M.R.: The At-Risk Newborn. Clinical Handbook for Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care. Sixth Edition. 221.-224. Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2006.
39. Landrigan P.J., Carlson J.E., Bearer C.F., Cranmer J.S., Bullard R.D., Etzel R.A., Groopman J., McLachlan J.A., Perera F.P., Reigart J.R., Robison L., Schell L., Suk W.A.: Çocukluk Hastalıkları ve Çevre Korunma Araştırmalarında Bir Yeni Gündem. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. Yıl 20, Sayı 2, Nisan 1999.
40. Levy J., Habib R.H., Liptsen E., Singh R., Kahn D., Steele A.M., Courtney S.E.: Prone Versus Supine Positioning In The Well Preterm Infant: Effects On Work Of Breathing And Breathing Patterns. *Pediatr Pulmonol.* , 41(8): 754 - 758, 2006.
41. Malloy M.H: Size For Gestational Age at Birth: Impact on Risk For Sudden Infant Death and Other Causes of Death, USA 2002. *Arch.Dis.Child Fetal Neonatal Ed.*, 92:474-478, 21 Feb 2007.
42. Martin R.J., DiFiore J.M., Korenke C.B., Randal H., Miller M.J., Brooks L.J.: Vulnerability Of Respiratory Control In Healthy Preterm Infants Placed Supine. *J Pediatr.*, 127(4):609-614, 1995.
43. Neyzi O.: Preterm Doğanelar, İntrauterin Büyüme Geriliği. Ed.: Neyzi O., Ertuğrul T. *Pediatric Cilt :1, 3. Baskı*, s.326, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002.
44. Ovalı F.: Preterm Bebeklerin Takibi. Ed: Dağoğlu T., Neonatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, Alemdar Ofset, s.171-177, 2000.
45. Poets C.F., Bodman A.V.: Placing Preterm Infants For Sleep: First Prone, Then Supine. *Arch.Dis.Child Fetal Neonatal Ed.*, 92:331-332, 2007.
46. Platt M.J., Pharoah P.O.: Ani Bebek Ölümü Sendromu Epidemiyolojisi. *Archives of Disease in Childhood*. 1(1):14-16. Ocak – Şubat – Mart 2003.
47. Rao H., May C. Hannam S., Rafferty G.F., Greenough A.: Survey of Sleeping Position Recommendations For Prematurely Born Infants on Neonatal Intensive Care Unit Discharge. *European Journal of Pediatrics*. 166(8):809-811, August, 2007

48. Sawnani H., Jackson T., Murphy T., Beckerman R., Simakajornboon N.: The Effect of Maternal Smoking and Arousal Patterns in Preterm Infants during Sleep. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 169: 733-738, 2004.
49. Sermet H.: 16-24. Haftalardaki Gebelerde Preterm Doğum Riskinin Belirlenmesinde Ultrasonografik Servikal Değerlendirme. T.C.Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul,2005.
50. Thompson J.M., Mitchell E.A.: Are The Risk Factors For SIDS Different For Preterm and Term Infants? Arch Dis Child, 91(2): 107-111. Feb 2006.
51. Türkiye’de Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri’nde Mortalite -2005. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni. Sayı 14, 10-14. Güz 2006.
52. Vergara E.R., Bigsby R.:Elements of Neonatal Positioning. Developmental and Therapeutic Interventions in The NICU. 177-203, Paul H.Brookes Publishing co, Baltimore, 2004.
53. Verklan M.T.: Legal Issues. Ed: Verklan M.T., Walden M., Core Curriculum For Neonatal Intensive Care Nursing. Third Edition, 952-957, Elseiver Saunders, 2004.
54. Yıldız S.: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu. Ed:Dağoğlu T.,Görak G., Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. s 20-21, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
55. Yıldız S.: Dünyada ve Ülkemizde Yenidoğan Hemşireliği. Ed: Dağoğlu T., Görak G., Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri s.3-17.Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul,2002.
56. Yıldız S.:Yenidoğan Hemşireliği. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Yayınlanmamış Ders Notları. Cilt:1, 4-5. Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu SANERC ve Çocuk Hemşireliği Derneği, 2006.

- 57.** Yiğit Ş.: Prematüre Bebeğin Taburcu Olduktan Sonraki Beslenme Takibi. Katkı Pediatri Dergisi. 27(5):463-466. Alp Ofset Matbaacılık, Ankara, Eylül – Ekim 2005.
- 58.** Yurdakök M.: Prematürelerde Mortalite ve Morbidite. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni, Sayı 11, 2-5. Bahar 2005.
- 59.** Yurdakök M.: İlaçlar. Yenidoğanın Mekanik Ventilasyonu. s.214-215, Takav Matbaacılık Ankara, 1999.
- 60.** Yurdakök M: CPAP. Yenidoğanın Mekanik Ventilasyonu. s.47-53, Takav Matbaacılık Ankara, 1999.
- 61.** Zenciroğlu A.: I, II, III Düzey Yenidoğan Ünitelerinin Organizasyonu ve III.Düzey Ünitelerde Gerekleri. 13.Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, 27-30, 2005.

9. ÖZGEÇMİŞ

Melek Aydın 1980 yılında İstanbul'da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini Ankara'da tamamlamıştır. 2003 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun olmuş, aynı yıl Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde göreve başlamıştır. 2003- 2005 yılları arasında aynı bölümde görevini sürdürmüştür.

2005 yılında Memorial Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışmaya başlamıştır. Halen aynı hastanede eğitim hemşiresi olarak görevini sürdürmektedir.

Melek Aydın Türk Hemşireler Derneği ve Çocuk Hemşireleri Derneği üyesidir.

6.2.2008

Marmara Üniversitesi
Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü'ne

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi
Melek Aydın'ın "Preterm Bebeklerde Taburculuk Öncesi Supine (Sırtüstü) Pozisyonda Kalma
Sürecinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım
Ünitesi'nde yapması uygundur.

Saygılarımla,



Azime USLU

Memorial Hastanesi

Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

**Preterm Bebeklerde Taburculuk Öncesi
Supine Pozisyonda Kalma Sürecinin
Değerlendirilmesi**

Katılımcı Bilgilendirme Formu

Sayın Katılımcı Aile,

Bu çalışma Yenidoğan Yoğun Bakımda yatan preterm (37.haftadan önce doğan) bebeklerin taburcu olmadan önce yüzüstü yatma pozisyonununundan sonra sırtüstü yatma pozisyonunda kalmalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu çalışma sonucunda evde bebeğinizin daha rahat yatabilmesi, uyku pozisyonuna bağlı soluk yolu kapanamalarını ve bebeğinizin bu pozisyonda kaldığı zamanlarda gelişebilecek stresini azaltabilmesi amaçlanmaktadır. Bundan dolayı yenidoğan yoğun bakımda kalan ve 37. gebelik haftasından önce doğan preterm bebekler araştırma kapsamına alınacaktır.

Çalışmada kriterlere uyan bebekler gözlemlenecek ve veriler kaydedilecektir. Kriterler bebeğin taburculuk kararının verilmiş olması, vitamin dışında herhangi bir ilaç kullanmıyor olması ve tüm beslenmelerini anne memesi veya biberonla alabiliyor olmasıdır.

Bu çalışmanın yapılması için Memorial Hastanesi Medikal Direktörlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma gözlem ve kayıttan oluşacaktır. Eve gitmeye hazır olan bebekler sırtüstü pozisyonda yatırılmaya başlanacak ve bu durumda kalmaya alışmalarını hangi faktörlerin etkilediğini belirlemek üzere belirli veriler kaydedilecektir. Bu veriler bebeğin haftası, vücut tartısı, kalp atım hızı, kandaki oksijen miktarı, bebeğin yüz ifadeleri, mimiklerin, bebeğin cilt rengi, kol bacak ve vücut duruşu gibi verilerdir.

Gözleme dayalı olan bu araştırmanın size yada bebeğinize hiç bir zararı olmayacaktır. Planlanan çalışma süresi bebeğinizin taburculuğunun planlandığı günden başlayarak taburcu olduğu güne kadar olan süredir. İstedığınız zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız bebeğinizin tedavi sürecini etkilemeyecektir ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir, bebeğinizin ismi gizli tutulacaktır.

Çalışma Hakkında Genel Bilgi

Tüm bebekler anne karnında kolları bacakları fleksiyonda yani birbirine yakın, vücuda değecek biçimde katlanmış olarak bulunurlar.

Bu pozisyon sayesinde eklemlerin aşırı gerginliği önlenir, postür (duruş) pozisyonlarındaki bozukluklar azalır, boyun ekstansiyonu (geriye doğru pozisyon alması) önlenir. Preterm bebekler ise erken doğdukları için bu pozisyonu doğduktan sonra da sürdürmelidirler. Çünkü normal şartlarda anne karnında olmaları gereken bu dönemde de fleksiyonda (kol ve bacakların gövdeye yakın, yani içe doğru hareketi ve pozisyon alması) bulunacaklardır. Doğduktan sonra kendilerini güvende hissetmek için pozisyonlarını korumak isteyeceklerdir

Amerikan Pediatri Akademisi (APA) preterm bebekler için prone (yüzüstü) yatış pozisyonunu önermektedir. Prone pozisyon boyun ekstansiyonu (geriye doğru pozisyon almasını) önler, oksijenizasyonu %15-25 oranında artırır, bebeğin uyuma periyotlarını artırarak kalori harcamasını azaltır, böylece bebeğin büyümesine yardımcı olur. Tüm bu nedenlerden dolayı preterm bebekler Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YYBÜ'de) kaldığı süre boyunca mümkün olduğunca prone pozisyonda yatırılır.

Yine Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerisine göre bebekler eve gittiklerinde yüzüstü (prone) değil sırtüstü (supine) yatmalıdır. Bu, bebeği Ani Bebek Ölümü Sendromundan (ABÖS) korumak için gereklidir.

Uzun bir süre prone yatan bebek eve gittikten sonra birden bire sırtüstü yatırma pozisyonuna geçirilirse fizyolojik sistemlerinde ani değişiklikler gerçekleşebilir, bebek strese girebilir. Bundan dolayı bebek taburcu olmadan önce YYBÜ hemşiresi tarafından sırtüstü yatma pozisyonu bebeğe verilmeli ve bebek gözlemlenmelidir. Bunun nedeni bebek eve gittiğinde sırtüstü yattığında görülebilecek fizyolojik belirtiler ve stres belirtilerinin ortadan kaldırılmasını sağlamaktır.

Bu çalışmada amaçlanan preterm bebeğin taburcu olup eve gitmeden önce supine (sırtüstü) pozisyonda herhangi fizyolojik ve stres belirtisi göstermeden kalmasını sağlayabilmektir.

Melek AYDIN
M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hast. Hem. A.D Yüksek Lisans Öğrencisi

**Preterm Bebeklerde Taburculuk Öncesi
Supine Pozisyonda Kalma Sürecinin
Değerlendirilmesi**

HASTA ONAY FORMU

Ben, Bebek’in anne/babası olarak bu çalışma için bize verilen bilgilerin yazılı bulunduğu Hasta Bilgilendirme Formu’nu okudum. Anlatılan bilgileri anladım. Bu bilgiler doğrultusunda bebeğimin bu çalışmaya dahil edilmesine onay veriyorum.

Katılımcı (imza) :

Araştırmacı (imza) :

Tanık (imza) :

YENİDOĞAN BİLGİ FORMU

Protokol No:			
Cinsiyet:			
Gestasyonel Yaşı:			
Doğum Şekli			
APGAR	1.dk:	5.dk:	10.dk:
Sınıflandırma/Yatış Tanısı			
Doğum Tartısı			
Boy- Baş Çevresi (cm)			
Kan grubu			
Açık yataktan Küvöze Alınma: (hafta/gün)			
Supine'de yatırma yaşı (hafta/gün)			
UVK (Umbilikal venöz katater)			
UAK (umbilikal arterial katater)			
Komplikasyon			

Notlar:

Yenidoğan İzlem Formu

Tarih	Gestasyonel hafta	Günler/Girişimler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Büyüme	Tartı																			
Solunum/ Dolaşım	Boy																			
	Baş Çevresi																			
	Entübe																			
	Surfaktan																			
	CPAP																			
Beslenme	Hood																			
	Nazal Kanül																			
	UAK																			
	UVK																			
	TPN																			
Beslenme	Parenteral																			
	OGS ile beslenme																			
	Biberon																			
	Anne Göğsü																			
	Açık yatak																			
Yatak Tipi	Küvöz																			
	Prone																			
	Supine																			
Yatış pozisyonu	Yan Yatış																			
	Supine																			
Supine Pozisyonu Tolere Etme																				
Komplikasyon Görülme																				

Yenidoğan İzlem Formu

Tarih	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Gestasyonel hafta																		
Günler/Girişimler																		
Büyüme	Tartı																	
	Boy																	
	Baş Çevresi																	
	Entübe																	
	Surfaktan																	
	CPAP																	
	Hood																	
	Nazal Kanül																	
	UAK																	
	UVK																	
	TPN																	
	Parenteral																	
	OGS ile beslenme																	
	Biberon																	
	Anne Göğsü																	
	Açık yatak																	
	Küvöz																	
	Prone																	
	Supine																	
	Yan Yatış																	
	SupinePozisyonu Tolere Etme																	
	Komplikasyon Görülme																	

Yenidoğan İzlem Formu

Tarih	Gestasyonel hafta	Günler/Girişimler	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
Büyüme	Tartı																			
	Boy																			
	Baş Çevresi																			
Solunum/ Dolaşım	Entübe																			
	Surfaktan																			
	CPAP																			
	Hood																			
	Nazal Kanül																			
Beslenme	UAK																			
	UVK																			
	TPN																			
	Parenteral																			
	OGS ile beslenme																			
Yatak Tipi	Biberon																			
	Anne Göğsü																			
	Açık yatak																			
Yatış Pozisyonu	Küvöz																			
	Prone																			
	Supine																			
SupinePozisyonu Tolere Etme	Yan Yatış																			
Komplikasyon Görülme																				

Yenidoğan İzlem Formu

Tarih	Gestasyonel hafta	Günler/Girişimler	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
Doğum																				
Boy																				
Baş Çevresi																				
Entübe																				
Surfaktan																				
CPAP																				
Hood																				
Nazal Kanül																				
UAK																				
UVK																				
TPN																				
Parenteral																				
OGS ile beslenme																				
Biberon																				
Anne Göğsü																				
Açık yatak																				
Küvöz																				
Prone																				
Supine																				
Yan Yatış																				
Supine Pozisyonu Tolerance Etme																				
Komplikasyon Görülme																				



Yenidoğan İzlem Formu

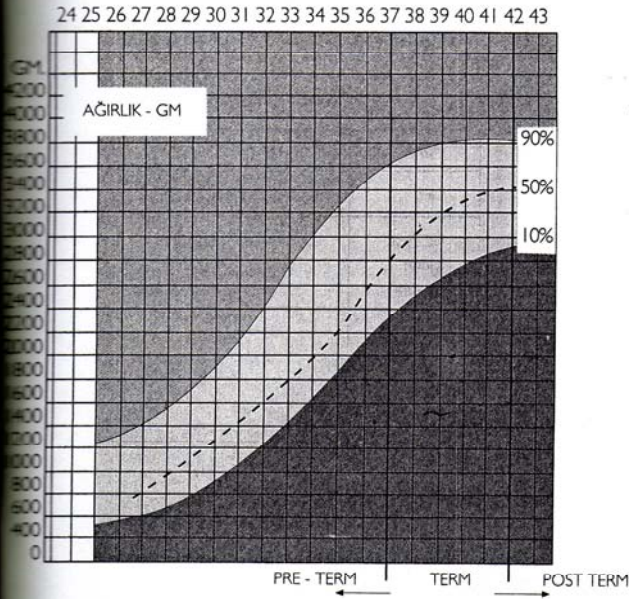
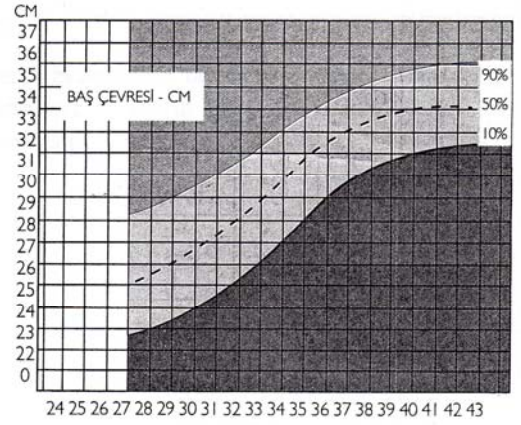
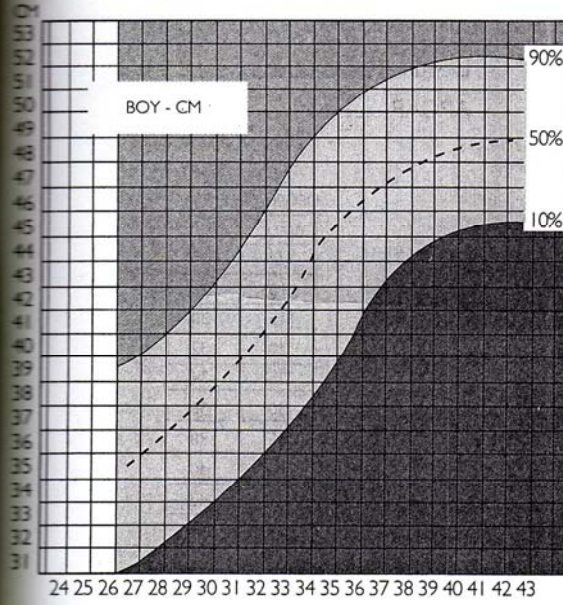
Tarih	Gestasyonel hafta	Günler/Girişimler	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
Tartı																				
Boy																				
Baş Çevresi																				
Entübe																				
Surfaktan																				
CPAP																				
Hood																				
Nazal Kanül																				
UAK																				
UVK																				
TPN																				
Parenteral																				
OGS ile beslenme																				
Biberon																				
Anne Göğsü																				
Açık yatak																				
Küvöz																				
Prone																				
Supine																				
Yan Yatış																				
Supine Pozisyonu Tolere Etme																				
Komplikasyon Görülme																				

Organization Accredited
The Joint Commission Internationalİstanbul Memorial Hastanesi
Piyale Paşa Bulvarı 34385 ŞişliSuadiye Memorial Tıp Merkezi
Bağdat Cad. No:420 34740 SuadiyeEtiler Memorial Polikliniği
Nispetiye Cad. No:38 34330 EtilerAtasehir Memorial Hastanesi
Fedat Güneş Cad. No:30 34418 Küçükçekircek / Kadıköy (2008)

www.memorial.com.tr

YENİDOĞAN'IN MATÜRİTE VE İNTRAUTERİN GELİŞİMİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI

Hasta Kayıt No :
Porotokol No :
Adı Soyadı :
Cinsiyeti : E ☐ K ☐
Doğum Tarihi :
Bölüm :
Tarih :



(LGA)	
(AGA)	
(SGA)	
Dr. İmzası	

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/ 1212
Konu :

14.09.2007

Sayın Yrd.Doç.Dr. Zerrin ÇİĞDEM

MAR-YÇ-2007-0208 protokol nolu " Preterm bebeklerde taburculuk öncesi supine (sırtüstü) pozisyonda kalma sürecinin değerlendirilmesi " isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hâner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 10. / 03. / 2008

İMZA

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Zerrin ÇİĞDEM
Üniversitesi : Marmara

.....Çiğdem.....

Üye : Prof .Dr.Sema KUĞUOĞLU
Üniversitesi : Marmara

.....Sema Kuguoglu.....

Üye : Prof.Dr. Suzan YILDIZ
Üniversitesi : (M.Ü. Tıp Fak. Biyofizik A.Dalı)

.....Suzan Yildiz.....

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 10. / 04 / 2008 tarih ve 04 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....S.O.S.....
Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür

