



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK
LİSANS
TEZİ

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN
PREMATÜRE BEBEKLERE UYGULANAN POZİSYON VERME VE
İZLEMİN DEFORMASYONEL PLAGİOSEFALİ GELİŞİMİNE ETKİSİ

ESRA ŞAHİN

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

OCAK 2023



**YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN
PREMATÜRE BEBEKLERE UYGULANAN POZİSYON VERME VE
İZLEMİN DEFORMASYONEL PLAGİOSEFALİ GELİŞİMİNE ETKİSİ**

Esra ŞAHİN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

OCAK 2023

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Esra ŞAHİN

23/01/2023

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN PREMATÜRE
BEBEKLERE UYGULANAN POZİSYON VERME VE İZLEMİN DEFORMASYONEL
PLAGİOSEFALİ GELİŞİMİNE ETKİSİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Esra ŞAHİN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2023

ÖZET

Araştırma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin bebeklerde deformasyonel plagiosefali (DP) gelişimine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın çalışma grubunu YYBÜ’de tedavi gören 65 yenidoğan (müdahale grubu [n=27], kontrol grubu [n=38]) oluşturmuştur. Araştırmaya başlamadan önce kurum, etik kurul izni ve yenidoğanların ebeveynlerinden yazılı onam alınmıştır. Araştırmada Yenidoğan ve Anne Tanımlayıcı Veri Formu, Yenidoğan İzlem Çizelgesi, Plagiosefali Skalası ve Baş Çevresi Ölçüm ve İzlem Çizelgesi kullanılmıştır. Müdahale grubundaki yenidoğanlara 4.günden itibaren Amerikan Pediatri Akademisi (2022)’ nin Uykuyla Bağlantılı Bebek Ölümleri Riskini Azaltmak için Güvenli Uyku Ortamına Yönelik 2022 Güncellenmiş Önerileri rehberliğinde bebeğin durumuna göre sol laterel, sağ lateral, supine ve prone pozisyonu verilmiştir. Pozisyon verme uygulaması iki saatte bir düzenli olarak yapılmış ve taburculuğa kadar devam etmiştir. Kontrol grubundaki bebeklere ünitenin rutin bakımı uygulanmıştır. Her iki grupta da yenidoğanların ilk gün, 8. Gün, 15. Gün, 22. Gün, 29. Gün, 35. Gün ve taburculukta olmak üzere toplamda 7 kez baş çevresi uzunluğu ve kafatası diyagonal uzunluk ölçümü yapılmıştır. Sonuçlar İzlem Çizelgesine kaydedilip Plagiosefali Skalası uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi ki-kare testi ile yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların 0.günde DP şiddet derecelerinde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). İzlem günü arttıkça müdahale grubunda şiddetli DP görülen yenidoğanların sayısının azaldığı, kontrol grubunda ise izlem günü arttıkça şiddetli DP görülme oranının arttığı saptanmıştır. 8 günden itibaren anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. DP gelişiminin önlenmesi ve şiddetinin azalması için YYBÜ hemşireleri tarafından bebeklere iki saatte bir pozisyon verilmesi, DP gelişimi izlenmesi ve ailelere bu konuda danışmanlık verilmesi önerilmektedir. Ayrıca hemşirelere DP bakım ve izlemenine yönelik sürekli eğitimler yapılmalıdır.

Bilim Kodu : 1032.08

Anahtar Kelimeler : Deformasyonel Plagiosefali, Pozisyon verme, Önleme, Prematüre,
YYBÜ

Sayfa Adedi : 74

Danışman : Prof. Dr. Naime ALTAY

THE EFFECT OF POSITIONING AND FOLLOW-UP ON THE DEVELOPMENT OF
DEFORMATIONAL PLAGIOCEPHALIES APPLIED TO PREMATE BABIES
TREATED IN THE NEWBORN INTENSIVE CARE UNIT

(M.Sc. Thesis)

Esra ŞAHİN

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

January 2023

ABSTRACT

The research is a quasi-experimental study with a control group to determine the effect of positioning and monitoring applied to premature babies treated in the neonatal intensive care unit (NICU) on the development of deformational plagiocephaly (DP) in babies. The study group consisted of 65 newborns treated in the NICU (intervention group [n = 27], control group [n = 38]). Before starting the study, permission from the institution, ethics committee and written consent from the parents of the newborns were obtained. In the study, the Newborn and Mother Descriptive Data Form, the Newborn Follow-up Chart, the Plagiocephaly Scale and Head Circumference Measurement, and the Follow-up Chart were used. The newborns in the intervention group were given left lateral, right lateral, supine, and prone positions, starting from the fourth day, according to the infant's condition, under the guidance of the American Academy of Pediatrics's Updated 2022 Recommendations for a Safe Sleep Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths. Positioning was done regularly every two hours and continued until discharge. The infants in the control group were given routine care in the unit. Head circumference and skull diagonal length were measured seven times in total: on the first day, the eighth day, the 15th day, the 22nd day, the 29th day, the 35th day, and at discharge of newborns in both groups. The results were recorded in the follow-up chart, and the Plagiocephaly Scale was applied. Evaluation of the data was done with the chi-square test. It was determined that there was no difference in the severity of DP at day 0 between the prematures in the intervention and control groups ($p > 0.05$). It was discovered that as the number of follow-up days increased, the number of newborns with severe DP decreased in the intervention group, while the incidence of severe DP increased in the control group. It was determined that there was a statistically significant difference between 8 days. In order to prevent the development of DP and reduce its severity, it is recommended that NICU nurses position babies every two hours, monitor the development of DP, and provide counseling to families on this issue. In addition, continuous training should be given to nurses regarding DP care and monitoring.

Science Code :1032.08

Keywords : Deformational plagiocephaly, Positioning, Prevention, Premature,
NICU

Page Number : 74

Supervisor : Prof. Dr. Naime ALTAY

TEŞEKKÜR

Lisans ve lisansüstü eğitim hayatım boyunca, bu çalışmanın her aşamasında bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Naime ALTAY'a en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım. Lisans ve lisansüstü eğitim sürecinde akademik gelişimime katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER'e en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım. Yüksek Lisans tez izlem komitesinde yer alarak tez çalışmamda beni yönlendiren Sayın Doç. Dr. Gülten KOÇ'a araştırmaya katkılarından dolayı çok teşekkür ederim. Destek ve yardımlarıyla yanımda olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Rukiye ÇELİK ve Dr. Öğretim Üyesi Çiğdem SARI ÖZTÜRK'e teşekkürlerimi sunarım. Çalışmanın yapıldığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi B blok yenidoğan yoğun bakımda hizmet veren çok değerli hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim. Çalışmada yer alan dünyalar tatlısı bebeklerime ve ailelerine teşekkür ederim. Benimle bu süreci yaşayan, hoşgörüsü, sabrı ve destekleri ile yanımda olan sevgili arkadaşım Melda USTABAŞ'a ve canım babam, annem ve kardeşime sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
RESİMLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Prematüre Bebek ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Bakımı	7
2.1.1. Prematüre bebek	7
2.1.2. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi bakımı.....	8
2.2. Plagiosefali Tanımı ve Sınıflandırılması.....	9
2.2.1. Deformasyonel plagiosefali.....	9
2.2.2. Deformasyonel plagiosefalinin önlenmesi	14
2.2.3. Deformasyonel plagiosefali tedavisi	15
2.3. Deformasyonel Plagiosefali Bakımında Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresinin Sorumlulukları	15
2.3.1. Deformasyonel plagiosefalinin önlenmesinde terapötik pozisyon verme	16
2.3.2. Deformasyonel plagiosefalinin izlemi	18
2.3.3. Aile eğitimi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23

	Sayfa
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	24
3.4. Araştırma Kriterleri.....	24
3.4.1. Dahil edilme kriterleri.....	24
3.4.2. Dışlama kriterleri.....	25
3.5. Veri Toplama Formları.....	25
3.5.1. Yenidoğan ve anne tanımlayıcı veri formu.....	25
3.5.2. Yenidoğan izlem çizelgesi.....	25
3.5.3. Baş çevresi ölçüm ve izlem çizelgesi.....	26
3.5.4. Plagiosefali skalası.....	26
3.6. Verilerin Toplanması.....	27
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.8. Etik Yönü.....	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Yenidoğanların ve Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
4.2. Yenidoğanların Beslenme Şekli, Solunum Durumu, Kullanılan Katater ve Hareketlilik Durumlarına İlişkin Bulgular.....	36
4.3. Yenidoğanların DP Şiddet Derecelerine İlişkin Bulgular.....	43
5. TARTIŞMA.....	47
5.1. Çalışmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1. Sonuçlar.....	51
6.2. Öneriler.....	51
KAYNAKLAR.....	53
EKLER.....	61
EK-1. Etik Kurul Onayı.....	62

	Sayfa
EK-2. Kurum İzin Yazıları	64
EK-3. Yenidoğan ve Anne Tanımlayıcı Veri Formu.....	68
EK-4. Yenidoğan Tanımlayıcı Veri Takibi Çizelgesi.....	69
EK-5. Baş Çevresi Ölçüm ve İzlem Çizelgesi	70
EK-6. Katılımcılar İçin Gönüllü Olur Formu	71
EK-7. Çalışmaya Katılacak Hemşirelerin Eğitimi.....	73
ÖZGEÇMİŞ	74



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. YYBÜ' de uzun süreli yatışın neden olduğu komplikasyonlar	8
Çizelge 2.2. DP patogeneğinde prepartum, peripartum ve postpartum risk faktörleri ...	11
Çizelge 3.1. Plagioşefali skalası	26
Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları	32
Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bebeklerin annelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları	34
Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların beslenme şekillerinin izlem zamanlarına göre dağılımı	36
Çizelge 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların solunum durumlarının izlem zamanlarına göre dağılımı	38
Çizelge 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların katater durumlarının izlem zamanlarına göre dağılımı	40
Çizelge 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların hareketlilik durumlarının günlere göre kıyaslanması	42
Çizelge 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların DP şiddet derecelerine göre dağılımı	44
Çizelge 4.8. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların DP şiddet derecelerinin ortalamalarının dağılımı	45

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Fizyolojik kafatası ve pozisyonel düzleşme görülen kafatası.....	10
Şekil 2.2. Diyagonal çap ölçümü referans noktaları	12
Şekil 2.3. Kafatasının 3-D stereofotogrametrisi	13
Şekil 3.1. Eğitim powerpoint görseli	28
Şekil 3.2. Akış şeması.....	30



RESİMLERİN LİSTESİ

Resim	Sayfa
Resim 2.1. Pelvimetre ile diyagonal çap ölçümü	12
Resim 3.1. Steril rulo yastık.....	29



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamalarıyla birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklama
%	Yüzde
m	Ortalama (Mean)
mak	Maksimum
min	Minimum
n	Örneklem Sayısı
Kısaltmalar	Açıklama
ABÖS	Ani Bebek Ölüm Sendromu
APA	American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
APTA	American Physical Therapy Association (Amerikan Fizik Tedavi Derneği)
CVA	Cranial Vault Asymmetry (Kraniyal Kubbe Asimetrisi)
CVAI	Cranial Vault Asymmetry Index (Kraniyal Kubbe Asimetri İndeksi)
DP	Deformasyonel Plagiosefali
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SOP	Sinostatik Olamayan Plagiosefali
SP	Sinostatik Plagiosefali
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ

Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 15 milyon bebek 37. gebelik haftasından önce yani prematüre olarak dünyaya gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her yıl 15 milyon bebeği prematüre olarak doğduğunu belirtmektedir (DSÖ, 2022). Ülkemizde prematüre doğum oranı Sağlık Bakanlığı 2018 verilerine göre %15,6 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Gestasyon haftası küçüldükçe prematüre bebeklerin karşılaşacağı sağlık sorunları artmaktadır. Prematüre bebekler fizyolojik yetersizlikleri ve tıbbi komplikasyonlar nedeniyle birçok sağlık sorunu açısından risk altındadır (Törüner ve Büyükgöncü, 2017). Bundan dolayı prematüre bebeklerin çoğunluğu fetal dönemden ekstrasuterin döneme adaptasyon sürecini yenidoğan yoğun bakım ünitesinde geçirmektedirler (Tarakçı ve Altunhan, 2019).

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri (YYBÜ); term ya da prematüre doğan, özel bakım gereksinimi olan, durumu stabil olmayan ve sürekli hemşirelik bakımına ihtiyacı olan tüm bebeklerin bakımı için tasarlanmıştır (Gülgün, 2014). Prematüre bebeğe uterus dışı ortama uyum sürecinde verilen bakım ve yapılan uygulamalar, bebeğin gelişimini ve iyileşmesini kolaylaştırıp çevreye uyumuna yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda bu bakım ve uygulamalar bebeğin gelecekteki öğrenme ve sosyal etkileşimi için önem taşıyan beyin gelişimi ve organizasyonunu sağlamaya yöneliktir. Ancak bakım ve tedavide yapılan yanlış ve/veya eksik uygulamalar bebeğin zihinsel, motor, duyuşal ve sosyal fonksiyonlarında kalıcı hasarlara neden olabilmektedir (Peng ve diğeri, 2014).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde uzun süreli yatışın neden olabildiği istenmeyen durumlardan biri de plagiosefalidir. YYBÜ'de uzun süre bebeklerin tıbbi ihtiyaçları nedeniyle pozisyon kısıtlamaları vardır (DeGrazia ve diğeri, 2015). Bu nedenle bebeğin başı uzun süre aynı pozisyonda kalabilmektedir. Pozisyon kısıtlaması olmasa bile bebeklerin başları gelişimsel olarak hızlı büyüdüğü için, bebeği sürekli olarak sırtüstü pozisyonda yatırmak plagiosefali prevalansını artırabilmektedir (Seruya, Oh, Taylor, Sauerhammer ve Rogers, 2013). Prematüre bebekler, erken doğumları, uzun süreli sırtüstü uyku pozisyonları ve yumuşak kafatasları nedeniyle term bebeklere kıyasla plagiosefali açısından yüksek riskli bir popülasyon olarak kabul edilmektedir (Yang ve diğeri, 2019).

YYBÜ’de uzun süreli kalmak ve prematüre bebek olmak da plagiosefali riskini daha da artırmaktadır.

Plagiosefali, çeşitli nedenlerle meydana gelen kraniyumun asimetrik deformasyonudur. Sinostotik ve sinostotik olmayan plagiosefali şeklinde iki tip olarak sınıflandırılır (Bennis ve diğerleri, 2016). Sinostatik plagiosefali (SP), kraniyal süturların erken kapanmasından kaynaklanmaktadır (Robert ve diğerleri, 2017). Sinostotik olmayan plagiosefali (SOP) de ise kafatasının süturları normaldir, kafatasının büyümesi genellikle engellenmez ancak kafatasında asimetrik deformasyonlar meydana gelir (Bennis ve diğerleri, 2016). Sinostatik olmayan plagiosefali tiplerinden biri deformasyonel plagiosefali (DP) veya pozisyonel plagiosefalidir (Robert ve diğerleri, 2017). DP nedenleri arasında çoğul gebelik, prematüre doğum, doğum sırasında yardımcı araç kullanılması (forseps, vakum) yer almaktadır. DP’nin ilk doğumlarda, erkek bebeklerde, konjenital tortikolliste ve uzun süre supine pozisyonunda kalan bebeklerde daha fazla görüldüğü bilinmektedir (De Bock, Braun ve Renz-Polster, 2017; Ditthakasem ve Kolar, 2017). DP oksipital bölgenin tek taraflı düzleşmesi ile sınırlı kalmayıp, gözlerin ve kulakların kaymasına veya ipsilateral alın çıkıntısına neden olarak yüz asimetrisine neden olabilmektedir (Yang ve diğerleri, 2019).

Deformasyonel plagiosefalinin önceleri sadece estetik görünüm kaygısı olduğu düşünülse de, yapılan çalışmalar gelişimsel değişikliklere de olumsuz etkisi olduğunu ortaya koymuştur. DP tedavi edilmediğinde gelişimsel gecikmeye, zekâ geriliğine sebep olabilir ve serebrumun büyümesinin baskılanmasına sebep olmaktadır (Orra ve diğerleri, 2015). Bunlar göz önüne alındığında DP’yi önlemek, erken dönemde tespit etmek ve yönetmek için ilişkili faktörleri belirlemek önemlidir (Kim ve diğerleri, 2020). DP yönetimi sırasıyla önleyici bakım (gözlem, pozisyon verme ve mekanik ayarlamalar), fizik tedavi, ortez kask tedavisi ve cerrahi tedaviyi içermektedir (Flannery ve diğerleri, 2016). Güncel klinik çalışmalar, bebeklerin uyku pozisyonunda erken evrelerde (doğumdan sonraki 4 ay içinde) yapılan değişikliklerle hafif ve orta dereceli DP’nin çoğunun önemli ölçüde düzeltilebileceğini göstermiştir. DP’nin erken teşhis edilmesi hem DP’nin düzelmesinde hem de tedavi maliyetinin azalmasında olumlu yönde etki sağlamaktadır (Santiago, Santiago, Chwa ve Purnell, 2023; Flannery ve diğerleri, 2016). 4 aylıktan sonra orta ve şiddetli DP için, fizik tedavi uygulanması, kask takılması veya düzeltici ameliyat geçirilmesi gerekebilmektedir. Bu da tedavi maliyetini, ağrıyı ve aile üzerindeki yükü büyük ölçüde artırmaktadır (Persing, 2017).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan bebeklerin davranış organizasyonu, postürü ve hareket gelişiminin desteklenmesi için uygun pozisyonların verilmesi DP'nin önlenmesinde birinci basamak olan önleyici faaliyetleri içermektedir. Doğum sonrası uyku pozisyonu DP gelişimine sebep olan etkenlerde belirleyici bir faktördür (Linz, Kunz, Böhm ve Schweitzer, 2017). Prematüre bebekler; gelişimini tamamlamamış sistemlere, organlara, kas zayıflığına, yüksek kafa ağırlığı oranına ve daha yumuşak bir kafatasına sahiptir (Meyer-Marcotty ve diğerleri, 2014; Yang ve diğerleri, 2019). Başlarını hareket ettirme yetenekleri zayıftır ve daha uzun bir uyku süresine ihtiyaç duyarlar. Baş serbestçe döndürememeleri nedeniyle baş, uzun süre yatağa doğru bastırılır böylece kafatası giderek daha fazla deforme olmaktadır (Meyer-Marcotty ve diğerleri, 2014). Bebeğin başının maruz kaldığı bu basınç pozisyon verilerek azaltılabilmektedir (Zachry, Nolan, Hand ve Klemm, 2017). Prematüre bebeklerin davranış organizasyonunu sağlamada 1986'lı yıllarda Als ve diğerleri tarafından geliştirilen, Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakım (BGB)'a pozisyon verme de dahil edilmiştir. Cavalier ve diğerleri (2011), DP'yi önlemek için supine pozisyonunda uyuyan bebeklerde ileriye dönük olarak önleyici tedbirleri inceledikleri çalışmalarında kontrol grubuna dahil edilen bebeklerin annelerine sadece Ani Bebek Ölüm Sendromu (ABÖS) önleme hakkında bilgi vermişlerdir. Deney grubunda olan bebeklerin annelerine hem ABÖS hakkında hem de pozisyon değişimi konularında bilgi verilmiştir. Çalışmanın sonucunda deney grubundaki bebeklerde DP görülme oranının kontrol grubundaki bebeklere oranla daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Cavalier ve diğerleri, 2011). Wu ve diğerlerinin (2017), iki ay boyunca 8 aydan küçük bebeklerde pozisyon vermenin DP üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, pozisyon verme 8 aydan küçük bebeklerde DP'yi düzeltmede etkili, kullanışlı, güvenli ve kullanımı kolay olan bir yöntem olarak belirlenmiştir. Lennartsson ve Nordin'in yaptığı çalışmada (2019) hemşireler tarafından ailelere eğitim verilmiş ve eğitimin DP'nin önlenmesi ve DP gelişmiş ise düzeltilmesi üzerine etkisi değerlendirmiştir. Eğitim sonucunda asimetri gelişmiş bebeklerden müdahale grubunda olanlarda kontrol grubunda olanlara göre dört kat daha fazla düzelme olduğu sonucuna varılmıştır (Lennartsson ve Nordin, 2019). Bu çalışmalar DP'nin önlenmesinde pozisyonun önemini ve DP geliştiği takdirde yönetiminde erken müdahalenin etkisini vurgulamaktadır.

Yapılan çalışmalar DP ile ilişkili estetik sorunlar, gelişimsel gecikmelerin riskleri, ortez ve tedavi için ortaya çıkan maliyetler hem aile hem de toplumsal açıdan yenidoğanlarda DP'nin önlenmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır (Ballardini ve diğerleri 2018;

Ellwood, Draper-Rodi ve Carnes 2020; Martiniuk, Vujovich-Dunn, Park, Yu ve Lucas, 2017). Uykuyla Bağlantılı Bebek Ölümleri Riskini Azaltmak için Güvenli Uyku Ortamına Yönelik 2022 Güncellenmiş Önerileri'nde (Moon, Carlin ve Hand, 2022) YYBÜ'deki sağlık uzmanlarının ve ailelerin DP gelişme riskini azaltacak yöntemler konusunda eğitilmesini önermektedir. Bu bilgilere dayanarak hemşirelik bakımı içerisinde yer alan bebeğe doğru pozisyon verme, klinik durum stabilize olana kadar prone pozisyonda takip, supine pozisyonunda bebeğin başına sol ve sağ oksiputlar değiştirilerek pozisyon verilmesi, düzenli olarak iki saatte bir pozisyon değişiklikleri yapılması ve aile eğitimi gibi faktörler ile DP'nin önlenebileceği düşünülmektedir.

Prematüre bebeklerde DP riski yüksek olmasına rağmen bu alanda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Willis, Hsiao, Holland, Lee ve Pitetti, 2019; Yang ve diğerleri, 2019). Ülkemizde prematürelere DP yönetimi ile ilgili bir hemşirelik çalışmasına ulaşılamamıştır, bu yönüyle yapılan bu çalışma ilk olma özelliği taşımaktadır. DP izlemi ve düzenli olarak pozisyon verme uygulaması oksiputun sert bir basınca uzun süre maruz kalmasını önlemektedir. Bu sayede doğal olarak şekillenmiş kafatasının gelişimi desteklenerek yalnızca estetik olarak değil DP ile ilişkili gelişimsel ve motor beceride gecikmelerin önlenmesi ile yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı nesillerin gelişimi sağlanabilir. Aynı zamanda DP geliştiğinde uygulanacak olan fizik tedavi, kask takılması veya düzeltici ameliyat gibi olası tedavi maliyetini, ağrıyı ve aile üzerindeki yükü büyük ölçüde azaltacaktır.

Araştırma amacı

YYBÜ'de tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin DP gelişimini önlemede ve DP gelişen bebeklerde şiddetinin azalmasına etkisinin belirlenmesidir.

Araştırma hipotezleri

H₁: Prematüre bebeklere uygulanan iki saatte bir pozisyon değişikliğinin ve izlemin bebeklerde DP gelişimini önlemede etkisi vardır.

H1₂: Prematüre bebeklere uygulanan iki saatte bir pozisyon değişikliğinin ve izlemin DP Şiddetinin azalmasına d¼zeltmede etkisi vardır.





2. GENEL BİLGİLER

Deformasyonel plagiosefali (DP) YYBÜ'de yatan prematüre bebeklerin yaşamını etkileyebilecek risk faktörlerinden biridir. DP, hemşirelik bakım ve değerlendirmesi ile önlenilecek yaygın bir sorundur. Bu bölümde prematüre bebek, YYBÜ, plagiosefalinin tanımı ve sınıflandırılması, DP risk faktörleri, DP önlenmesinde pozisyon verme ve prematüre bebekte DP önlenmesinde YYBÜ hemşiresinin sorumlulukları konularına yer verilmiştir.

2.1. Prematüre Bebek ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Bakımı

Prematüre bebekler term bebeklere kıyasla solunum problemleri, enfeksiyon, hipoglisemi, hiperbilirubinemi gibi kısa süreli morbiditelerin yanı sıra uzun süreli hastalıklar açısından daha yüksek risk altındadır (Benzies ve diğerleri, 2017). Streslerini azaltmak ve güvenli bir çevre oluşturmak için yüksek riskli yenidoğanların ve/veya prematüre bebeklerin gelişimsel bakım müdahalelerine ve bireyselleştirilmiş bakıma gereksinimleri vardır (İncekar ve Gözen, 2019). YYBÜ, bebeğin gelişiminin devam ettiği ve gereksinimlerinin desteklendiği ortamdır. YYBÜ bakımının amacı prematüre bebeklerin gereksinimlerinin karşılanması ve bebeğin büyüme ve gelişmesini desteklemek ve geliştirmektir (Arpacı ve Altay, 2017).

2.1.1. Prematüre bebek

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), vücut ağırlığına bakılmaksızın son menstrüel sürecin ilk gününden itibaren 37. gebelik haftasından önce doğan tüm canlı bebekleri "prematüre bebek" olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2022). 2022 yılındaki DSÖ verilerine göre prematüre bebekler gebelik haftasına göre üç sınıfta incelenmektedir:

- Orta-geç preterm (32 (0/7) ile 37 (6/7) hafta arası)
- Erken preterm (28 (0/7) ile 32 (6/7) hafta arası)
- Aşırı preterm (28(0/7) hafta altı)

Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 15 milyon bebek prematüre bebek olarak doğmaktadır. Bu oran, her geçen yıl artarak birlikte, 10 bebekte 1'den fazladır. Küresel

bir problem olan prematüre doğumların çoğu düşük gelirli olan Afrika ve Güney Asya'da meydana gelmektedir (DSÖ, 2022).

2.1.2. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi bakımı

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri, toplumdaki doğurganlık hızı, yıllık nüfus artışı, hasta yenidoğanın özellikleri ve neonatal ve perinatal mortalite oranlarına göre; I., II., III., IVA ve IVB olarak dört düzeye ayrılmaktadır (Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Genel Yayın Müdürlüğü, 2017). YYBÜ'deki girişimlerin asıl amacı, bebeğin büyüme ve gelişmesini desteklemek ve kolaylaştırmaktır. Bunu yaparken YYBÜ'de çevre düzenlemesi yaparak bebeğin beyin ve nörolojik gelişiminin zarar görmesi engellenmelidir (Gardner, Goldson ve Hernandez, 2016). Prematüre bebekler, haftalar hatta aylarını yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde geçirmektedir. YYBÜ'de tasarlanan çevre, hassas ve duyarlı olan prematüre bebeklerin gestasyon haftalarına uygun gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaya elverişli olmalıdır. Bu gereksinimler yeterli ve uygun biçimde karşılandığında, yenidoğanın stresle başetme yeteneği ve strese karşı dayanıklılığı artmaktadır (Coughlin, 2016). Bu süreçte hemşireler bebeklerdeki stres belirtilerini değerlendirerek bebeklere müdahale etmelidirler (Ceylan ve Bolışık, 2017). YYBÜ'de uzun süreli yatışa bağlı olarak bebeklerde bazı sorunlar gelişebilmektedir. Bunlar Çizelge 2.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.1. YYBÜ' de uzun süreli yatışın neden olduğu komplikasyonlar (Tarakçı ve Altunhan, 2019; Törüner ve Büyükgöncü, 2017)

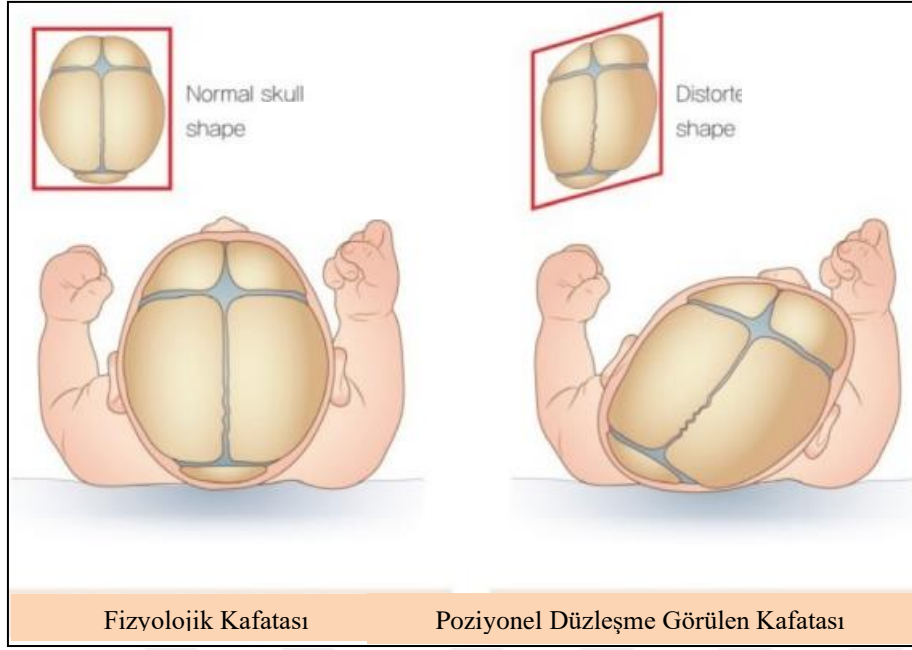
YYBÜ uzun süreli yatışa bağlı gelişebilecek sorunlar	Enfeksiyon (Sepsis, nekrotizan enterokolit vb.)
	Nörogelişimsel Sorunlar (İntraventricüler hemoraji, serebral palsi, konuşma bozuklukları, öğrenme bozuklukları, nöbet bozuklukları)
	Kafatası şekil bozukluğu (Sinostatik plagiosefali, deformasyonel plagiosefali, brakiosefali, skafosefali)
	Görme-ışitme problemleri (Prematüre retinopatisi, ı̇şitme kaybı)
	Zeka düzeylerinin düşük olması
	Kognitif fonksiyonlarda gerilik

2.2. Plagiosefali Tanımı ve Sınıflandırılması

Plagiosefali, kafatasındaki doğum öncesi veya sonrası kuvvetlerden kaynaklanan kraniyal bozulmayı tanımlayan bir terimdir (Jung ve Yun, 2020). Kraniyal asimetri sinostatik ve sinostatik olmayan plagiosefali olarak ikiye ayrılmaktadır. Sinostatik plagiosefali (SP), kafatası sütürlerinin erken kapanmasından kaynaklanmaktadır. Pozisyonel veya diğer adıyla deformasyonel plagiosefali (DP) ise uzun süre yatmaya bağlı olarak kafatası üzerinde gelişen baskıdan kaynaklanan asimetridir. Bebeklerin bir tarafa daha fazla yatma eğilimi olabilmektedir ve bunun sonucunda o taraf düzleşmektedir (Roberts ve diğerleri, 2017). DP kulağın aynı tarafta öne doğru yer değiştirmesinin eşlik ettiği asimetrik oksipital düzleşme, sıklıkla aynı taraf ön çıkıntı ve ön tarafta düzleşme ile karşı taraftaki paryetal çıkıntı özellikleri ile ayırt edilebilmektedir (Linz, Kunz, Böhm ve Schweitzer, 2017; The Korean Pediatric Neurosurgical Society, 2018; akt. Jung ve Yun, 2020). Bu bölümde, prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin kafatası gelişimi için önemli olduğu bilinen DP ele alınmıştır.

2.2.1. Deformasyonel plagiosefali

Deformasyonel plagiosefali, sütürlerin erken kapanmasından kaynaklanmaz ve sinostatik olmayan faktörlerle ilişkilidir (Cacciaguerra ve diğerleri, 2021). Başın uzun süre aynı pozisyonda tutulması, başın yere bakan kısmının düzleşmesine neden olmaktadır ve daha sonra yüzün üst kısmı düzleşmeye başlamaktadır. Tepe noktasından bakıldığında kafada paralelkenar şekli oluşmaktadır. Başın arka tarafının bir tarafı ciddi şekilde düzleşirse, diğer oksipital kemiğin belirgin bir şekilde dışarı çıkmasına neden olmaktadır (Shweikeh, Nuno, Danielpour, Krieger ve Drazin, 2013). Yassılaştıran oksipital kemik ipsilateral frontal kemiğin öne doğru çıkıntı yapmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda kulakların konumu da değişebilmektedir (The Korean Pediatric Neurosurgical Society, 2018; akt. Jung ve Yun, 2020). Sonuç olarak, kulak, alt çene ve göz çukurunun pozisyonları değişerek yüz asimetrisine de yol açmaktadır (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Fizyolojik kafatası ve pozisyonel düzleşme görülen kafatası (The Korean Pediatric Neurosurgical, 2018; akt. Jung ve Yun, 2020)

Bebeklerde görülme oranları

Deformasyonel plagiosefali prevalans verileri tanı kriterlerinde homojenliğin olmaması ve geniş yaş aralığından kaynaklı olarak değişkenlik göstermektedir (Mawji ve diğerleri, 2014). Literatürde bebeklerde görülen DP'nin prevalans yüzdeleri ile ilgili güncel verilere ulaşamamıştır. APA'nın 2016 yılında ABÖS'ü önlemek adına yayınladığı rehberde yer alan sırtüstü pozisyon önerisi ile ABÖS de yaklaşık %50 ye varan bir azalma görülmüştür, bununla birlikte DP görülme oranında artış gözlenmiştir (Branch ve diğerleri, 2015). APA'nın "Güvenli Uyku" kampanyasından sonra DP insidansının %400 ila %600 arttığı belirtilmiştir (Borad ve diğerleri, 2019; Hauck ve Tanabe, 2017; Marshall ve Shahzad, 2020). Bu sonuçlar üzerine DP' yi önlemek için bebeklik döneminde gözetimli prone pozisyonu önerileri oluşturulmuştur (American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2016). Mawji ve diğerlerinin (2014) DP insidansını belirlemek için Kanada, Calgary, Alberta'da yaptıkları kohort çalışmasında değerlendirilen 440 bebekten 205'inde bir tür plajiyosefali olduğunu gözlemlemiştir. 7 ila 12 haftalık bebeklerde plajiyosefali insidansının %46,6 olduğu ortaya konmuştur. Plajiyosefalili bebeklerin %63,2'si sağ tarafta, %78,3'ü hafif formda olduğu sonucuna varılmıştır (Mawji ve diğerleri, 2014). Ballardini ve diğerleri (2018) Ferrara/İtalya'da halka açık bir bağışıklama kliniğine başvuran term ve 8-12 hafta arasındaki tüm bebeklerde DP prevalansını değerlendirmiştir. İncelenen 283 bebekten 107'sinin (%37,8) 8-12 haftalıkken

DP bulgusu olduğu bulunmuştur. Bebeklerden DP gelişenlerin %50,5 oranında erkek olduğu ve DP gelişiminin %64,5 oranında sağ tarafta olduğu gözlenmiştir (Ballardini ve diğerleri, 2018).

Risk faktörleri

Deformasyonel plagiosefalinin gelişmesinde doğumdan önce, doğum sırasında ve sonrasında birçok içsel ve dışsal hazırlayıcı faktör rol oynayabilir (Linz ve diğerleri, 2017). DP' nin risk faktörleri arasında kısıtlı intrauterin boşluk veya zorlanmış anormal intrauterin pozisyon, primipar anne, çoğul gebelik, prematüre bebek, doğum sırasında yardımcı araç (forseps, vakum) ile doğum, erkek cinsiyet, konjenital malformasyon, doğumdan kaynaklanan yaralanma, konjenital müsküler tortikollis ve doğum sonrasında aynı pozisyonda uzun zaman geçirme yer almaktadır (Ditthakasem ve Kolar, 2017; Linz ve diğerleri, 2017). DP'nin patogenezinde prepartum, peripartum ve postpartum risk faktörleri Çizelge 2.2'de verilmiştir.

Çizelge 2.2. DP patogenezinde prepartum, peripartum ve postpartum risk faktörleri (Linz ve diğerleri, 2017)

Faktörler
Doğum Öncesi faktörler
Erkek cinsiyet
Primipar anne
Genç ebeveyn
Düşük eğitim durumu
Zorla anormal intrauterin konumlandırma
Perinatal Müdahaleler
Obstetrik müdahaleler (vakum, forseps vb.)
Yüksek doğum ağırlığı
Prematürelilik
Büyük baş çevresi
Doğum Sonrası Faktörler
Yatay pozisyon
Kısıtlı baş hareketi, tortikollis
Bir taraf için tercih
Konum değiştirmeden biberonla değiştirme
Kısıtlı prone pozisyonu
Gelişimsel gecikme, az aktivite

Tanı yöntemleri

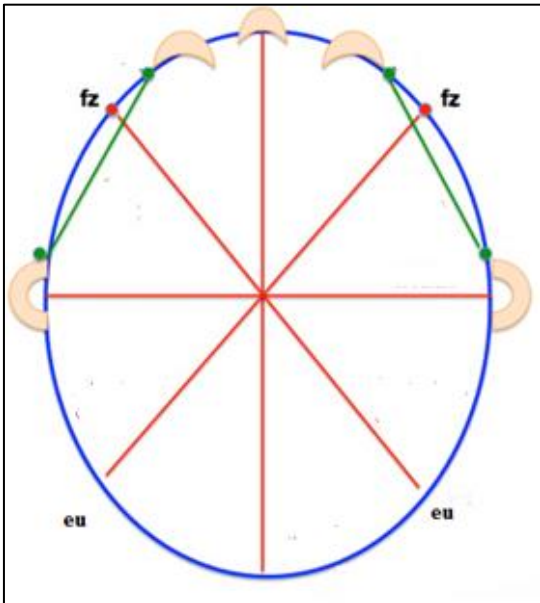
Deformasyonel plagiosefali tanısı genellikle klinik tıbbi muayene ile mümkündür (Flannery ve diğerleri, 2016). Klinik tanıda baş çevresi ölçümleri yapılır. Bu ölçümler

mezura, pelvimetre veya kumpas kullanılarak standart sefalometrik ölçümler uygulanarak başın diyagonal çapları, çevresi ölçülür (Kluba ve diğerleri, 2016). Resim 2.1’ de başın pelvimetre ile diyagonal çap ölçümü verilmiştir.



Resim 2.1. Pelvimetre ile diyagonal çap ölçümü (Linz ve diğerleri, 2017)

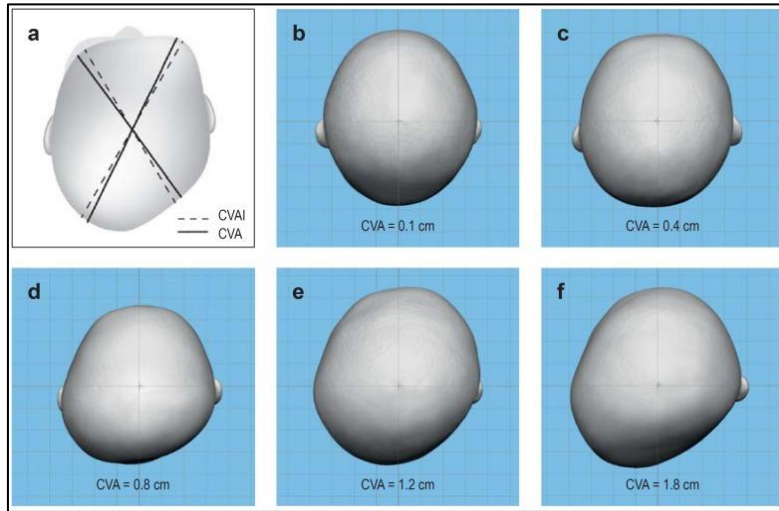
Baş çevresi ölçümleri anteriordan posteriora en uzun ve en kısa diyagonal uzunluk ölçümü ve baş çevresi uzunluğu ile elde edilir (Nahles, Klein, Yacoub ve Neyer, 2018). Baş çevresi uzunluğu glabella, kulakların üstü ve oksipital çıkıntı referans noktaları üzerinden ölçülür. Anteriordan posteriora en uzun ve en kısa diyagonal ölçümü eurion noktaları (eu) ve frontozigomatik noktaları (fz) referans alınarak yapılır (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Diyagonal çap ölçümü referans noktaları (Noto ve diğerleri, 2021)

Moss (1997) ve Mortenson ve Steinbok (2006); kafatasının en uzun ve en kısa diyagonal çapı arasındaki farkı kraniyal kubbe asimetrisi (CVA) olarak tanımlamıştır. Rosenbaum ve diğerleri (2014), <3 mm'lik bir CVA değerini fizyolojik, $= 3$ mm ile $= 12$ mm arasındaki bir sapmayı hafif ila orta derecede bir asimetri ve >12 mm'lik bir sapmayı, orta ila şiddetli bir asimetri olarak kabul etmiştir. Looman ve Flannery (2012); Linz ve diğerleri, (2017); Wu ve diğerleri (2017) ise $CVA < 3$ fizyolojik sınırdadır, $3 \leq CVA < 10$ hafif dereceli asimetri, $10 \leq CVA \leq 12$ orta dereceli asimetri, $CVA > 12$ şiddetli asimetri olarak değerlendirmektedir. Loveday ve de Chalain (2001) kraniyal kubbe asimetri indeksini (CVAI) tanımlamıştır. Bu amaçla, orta sagittal düzleme iki taraflı olarak 30° açılı iki köşegen kullanılmaktadır. CVAI, bu iki köşegenin farkının, daha uzun olan köşegene bölümü ile hesaplanmaktadır. %3,5'in altındaki değerler fizyolojik olarak kabul edilmektedir (Loveday ve de Chalain, 2001). Ölçüm sonuçları bu skalalara göre değerlendirilmektedir.

Kafatasının üç boyutluluğunu yakalamak için hızlı, tekrarlanabilir, radyasyonsuz ve kesin bir yöntem olan 3-D stereofotogrametri kullanılabilir (Flannery ve diğerleri, 2016). Şekil 2.3'te 3-D stereofotogrametri görüntüleri verilmiştir.



Şekil 2.3. Kafatasının 3-D stereofotogrametrisi (Linz ve diğerleri, 2017)

Dikkatli klinik muayeneden sonra bile belirsizlik varsa, tanı koymak için ultrasonografi veya röntgen tercih edilebilir. DP teşhisinde röntgen ve ultrasonun tanısal olmadığı durumlarda ciddi bir radyasyon yüküne neden olan bilgisayarlı tomografi taraması en son tercih edilen yöntemdir (Flannery ve diğerleri, 2016)

2.2.2. Deformasyonel plagiosefalinin önlenmesi

Deformasyonel plagiosefali gelişen bebeklerde gecikmiş motor gelişim ve bilişsel öğrenme bozukluğu gibi nörogelişim sorunlarının olduğu bilinmesi (Collett, Wallace, Kartın, Cunningham, Speltz, 2019; Knight, 2019; Leung, Mandrusiak, Watter, Gavranich, Johnston, 2018) DP' nin sadece kozmetik bir sorun olmadığını göstermektedir (Hussein, Woo, Yun, Park ve Kim 2018; Wittmeier ve Mulder, 2017; Martiniuk ve diğerleri, 2017). Bu nedenle, DP'yi erken dönemde tespit etmek ve DP'yi önlemek ve yönetmek için ilişkili faktörleri belirlemek önemlidir (Kim ve diğerleri, 2020). DP' nin önlenmesi, teşhisi ve başarılı yönetimi, doktor ve diğer sağlık hizmetleri personelleri tarafından üstlenilmelidir. Sağlık ekibindeki tüm profesyonellere ve ebeveynlere DP'nin önlenmesinde görev düşmektedir ancak primer sorumluluk prematüre bebeğe bakım veren hemşirelerdedir. Bu amaçla hemşirelere DP'nin önlenmesi, şiddetinin azaltılması ve tedavisi konusunda eğitimler düzenlenmelidir.

Deformasyonel Plagiocefalinin önlenmesinin önemi yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. DP gelişen bebeklerde gelişimsel ve motor beceride bazı sorunlar görülmüştür. Martiniuk ve diğerlerinin (2017), Plagiocefali ve Gelişimsel Gecikme: Sistemik İnceleme çalışmasında dahil edilme kriterlerine uyan 19 makaleden 13'ünde plagiocefali ile gelişimsel gecikme arasında pozitif bir ilişki bildirilmiştir. 19 makaleden güçlü metodolojik kaliteye sahip olarak derecelendirilen 5 makalede ise motor gecikme en sık etkilenen alan olarak rapor edilmiştir (Martiniuk ve diğerleri, 2017). Rohde ve diğerlerinin (2021), birinci basamakta DP ve gelişimsel gecikme arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmanın sonucunda gelişimsel gecikme ve plagiocefali arasında bağımsız bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca çalışmada gelişimsel gecikmenin yanı sıra motor ve dil gecikmelerinin de plagiocefali ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Rohde ve diğerleri, 2021). Collett ve diğerleri (2019), DP öyküsü olan 187 okul çağındaki çocuk ve DP öyküsü olmayan 149 çocuk üzerinde DP ile gelişim arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Orta ile şiddetli DP tanısı alan okul çağındaki çocuklar, bilişsel ve akademik ölçümlerde kontrollerden daha düşük puan alırken; hafif DP tanısı alan çocukların sonuçlarının ihmal edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Araştırmada DP'nin gelişimsel riskin bir belirteci olarak hizmet edebileceği sonucu bildirilmiştir (Collett ve diğerleri, 2019). Bu sonuçlar DP'nin önlenmesinin önemini ortaya koymuştur.

2.2.3. Deformasyonel plagiosefali tedavisi

Deformasyonel plagiosefali geliştiği takdirde tedavisi uzun sürelidir ve konservatif tedavi uygulanmalıdır (Kajdic, Spazzapan ve Velnar, 2018). Ayırıcı tanısal değerlendirme amacıyla, DP, SP'den ayırt edilmelidir (Shweikeh ve diğerleri, 2013). DP tedavisi öncelikle pozisyon davranış değişikliğini içermektedir. Pozisyon davranış değişikliği uyku postürü, karşı pozisyon, prone pozisyonu vermeyi içermektedir. Pozisyon verme, kafatası deformitesi tespit edildikten sonra ilk tercih edilecek yöntemdir. Özellikle 4. aydan önce çok başarılıdır (Linz ve diğerleri, 2017). Fizyoterapi ve kranial ortez kask tedavisi pozisyon verme ile düzelme olmadığı durumlarda konservatiftir (Orra ve diğerleri, 2015). CVA <10 mm olan 6 aydan küçük bebekler başlangıçta sadece pozisyon verme ve fizyoterapi kullanılarak tedavi edilmelidir (Steinberg, Rawlani, Humphries, Rawlani ve Vicari, 2015). Eğer deformite şiddetli ise kask ortez tedavisine başlanmalıdır (Tamber ve diğerleri, 2016). Kask tedavisi için optimal yaş 5-6 aydır ve 18 aydan sonra etkili değildir (Orra ve diğerleri, 2015). Kask tedavisi kafa derisine zarar verme, geçici saç dökülmesi, cilt problemleri (kaşıntı, egzama, alerjik reaksiyonlar vb.) gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Jung ve Yun, 2020) ancak Nörolojik Cerrahlar Kurulu şiddetli deformitelerde kask tedavisini önermektedir (Tamber ve diğerleri, 2016). DP'nin tedavisinde pozisyon verme, pozisyon verme ile fizik tedavi ve kask tedavisinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda pozisyon verme ve pozisyon verme ile fizik tedavinin birlikte uygulanması kıyaslandığında 4378 hastanın %77,1'inde tam düzeltme sağlandığı; %15,8'inin kask tedavisine geçişinin gerektiği gözlenmiştir (Steinberg ve diğerleri, 2015).

2.3. Deformasyonel Plagiosefali Bakımında Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresinin Sorumlulukları

Deformasyonel Plagiosefalinin önlenmesine yönelik hemşirelik bakımı içerisinde bebğe doğru pozisyon verme, klinik durum stabilize olana kadar prone pozisyonu, sol ve sağ lateral pozisyonda takip etme, supine pozisyonunda bebeğin başına sağ ve sol oksiputlar değiştirilerek pozisyon verilmesi, düzenli olarak iki saatte bir pozisyon değişikliği yapılması ve aile eğitimi yer almaktadır. YYBÜ hemşirelerinin DP konusunda sürekli bir eğitime katılması, takip etmesi gereken klavuzların sağlanması ve ebeveynlere öneriler sağlanması durumunda DP önlenilecek bir sorundur.

Deformasyonel plagiosefalinin önlenmesinde hemşirenin primer sorumluluğu rutin bakım esnasında kafatasının korunmasıdır. Kafatasının korunması oksiputtaki baskıyı azaltmayı ve asimetrik düzleşmenin önlenmesini içermektedir. İntrauterin ortamdaki zamanından önce ayrılan prematüre bebeklerin YYBÜ gibi oldukça farklı olan bir ortama uyum sağlama sürecinde, gelişimlerini desteklemek için BGB uygulamalarından yararlanılmaktadır (Als ve McAnulty, 2011). BGB, YYBÜ’de takip edilen 32. gestasyonel haftadan küçük olan preterm bebeklerde iyileşmeyi destekleme, buna yönelik çevre düzenlemesinin ve yapılandırılmış bakım ortamının sağlanmasını içeren hemşirelik girişimlerinin kullanıldığı bir yaklaşımdır (Arpacı ve Altay 2017; Kaya, Tutar-Güven ve İşler-Dalgıç, 2018). BGB’nin bileşenlerinden biri olan pozisyon verme DP’nin erken dönemde önlenmesinde etkili, uygun maliyetli ve kolay uygulanabilir bir hemşirelik girişimidir (Linz ve diğerleri, 2017). Çalışmalar pozisyon vermenin DP’yi önlemede etkisi olduğu kadar DP şiddetinin azaltılmasında da etkili olduğunu göstermiştir. Yaşamın 4. ayından önce, bebeği aktif olarak sırt üstü yatarken, bir yandan diğer yana ya da başının etkilenmeyen tarafa çevrilmesi hafif ve orta dereceli DP’de kafa şeklinin normalleşmesi için yeterli olabilmektedir (Flannery ve diğerleri, 2016). Literatürdeki bazı çalışmalarda pozisyon verme yardımcıları ile fizyoterapi kıyaslanmıştır ve ondan daha üstün, faydalı bir yöntem olarak tanımlanmıştır (Wilbrand ve diğerleri, 2013). Bu bölümde DP’de hemşire bakımı ve DP’nin önlenmesinde terapötik pozisyonlar, DP izlemi ve aile eğitimi olmak üzere üç başlıkta verilmiştir.

2.3.1. Deformasyonel plagiosefalinin önlenmesinde terapötik pozisyon verme

Deformasyonel Plagiosefali hemşirelik bakımı içerisinde yer alan bebeğe doğru pozisyon verme uygulaması ile önlenebilen bir durumdur. Uykuyla Bağlantılı Bebek Ölümleri Riskini Azaltmak için Güvenli Uyku Ortamına Yönelik 2022 Güncellenmiş Önerileri’nde (Moon ve diğerleri, 2022) YYBÜ’de yatışı süren prematüre bebeklere prone, supine, sağ ve sol latarel pozisyonların veya sağ/sol oksiput değişiminin bebeğin klinik durumu stabil olana kadar uygulanmasını önermektedir.

Sırtüstü pozisyon

Sırtüstü pozisyon Uykuyla Bağlantılı Bebek Ölümleri Riskini Azaltmak için Güvenli Uyku Ortamına Yönelik 2022 Güncellenmiş Önerileri’nde (Moon ve diğerleri, 2022) ABÖS

gelişimini önlemek amacıyla prematüre bebeklere taburculuk sürecinde önerilen pozisyonudur. YYBÜ'lerde batın bölgesinde gerginlik, distansif görünüm varsa oluşabilecek komplikasyonların erken fark edilmesi açısından ve umbilikal kateter varlığında tercih edilen pozisyonudur (Toso, Viera, Valter, Delatore ve Barreto, 2015).

Lateral pozisyon

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde prone pozisyonunun kullanılmadığı durumlarda tercih edilen pozisyonlardan biridir. Yerçekiminin etkilerini azaltması, baş ile el ve ayakların orta hat manevrası yapabilmesini kolaylaştırması lateral pozisyonun avantajlarından (Aydın ve Çiftçi, 2015). Lateral pozisyon verilen bebeklerin alt ve üst ekstremiteleri uygun materyallerle desteklenmelidir.

Prone pozisyonu

Prone pozisyonu bebeklerin düzenli kalp ritminin sağlanmasında, takipne ve apne periyodlarının azalmasında, beyne olan venöz dönüş artışında ve oksijen ihtiyacının azalmasında etkilidir. YYBÜ'lerde tercih edilen en uygun yatış pozisyonu prone pozisyonudur (Shepherd ve diğerleri, 2019). Moon ve diğerleri, (2022), YYBÜ'de takip edilen prematüre bebekler için klinik durumu stabil olana kadar prone pozisyonunu önermektedir. Prone pozisyonu gövde ve kalçaya destek verilerek bebek için daha uygun hale getirilmelidir (Madlinger-Lewis ve diğerleri, 2014). Destek materyalleri ağırlık noktaları olan omuz, gövde, pelvis gibi bölgelere konularak bebeğin akciğerlerinin rahat havalanmasını ve fizyolojik postürü desteklemelidir (Gomes ve diğerleri, 2019). DSÖ (2019) de günde 30 dakika prone pozisyonunu tavsiye etmiştir. Carson ve diğerleri (2017) günde 3 defadan az prone pozisyonunun verilmesi ve DP arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Başka bir araştırmada günde 3 defadan az prone pozisyonunda kalan bebeklerde 7 haftalıkken DP gelişme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (van Vlimmeren ve diğerleri, 2007). Mawji ve diğerlerinin (2014), yaptığı çalışmanın sonucunda sırtüstü pozisyonda uyuyan bebeklerde, sırtüstü yatırılmayan bebeklere kıyasla DP gelişme ihtimalinin yaklaşık 2,7 katı olduğu ortaya koyulmuştur.

Bebeğin beslenmesi ve gaz çıkarılması esnasında her iki tarafın kullanımı, DP'nin gelişmesini engellemede önemli bir pozisyon uygulamasıdır. Prematüre bebekler biberonla

beslenirken taraf değiştirilmelidir. Tek taraflı besleme bebek için bir pozisyon tercihi başlatabilir, bu da başın tercih edilen pozisyon tarafında DP gelişimi ile sonuçlanır (Aarnivala ve diğerleri, 2015; Flannery ve diğerleri, 2016). Bir bebeğin sağ veya sol pozisyon tercihi olduğunda DP gelişme olasılığının, pozisyon tercihi olmayan bir bebeğe göre 4 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Mawji ve diğerleri, 2014). Bebeğin tercih ettiği bir yön varsa ilgisini tersi yöne çekmek için oyuncak, nesnelere kullanılmalıdır. Bebeğin uyarı aldığı tarafın aynı olmasından kaçınılmalıdır (Aarnivala ve diğerleri, 2015; Flannery ve diğerleri, 2016). Ayrıca bebeklerde pozisyon tercihi oluşmasını engellemek için küvözlerin tek taraflı kullanımına, hemşirelerin sağ veya sol elini sık kullanımına ve fiziki şartlara (alan darlığı nedeniyle küvözün bir tarafının duvara yaslanması, pencereye yakın küvözlerde güneş ışığının bir tarafından vurması vb.) yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

2.3.2. Deformasyonel plagiosefalinin izlemi

Bebeğin kafatasının değerlendirilmesi ve izlemi erken saptamada önemlidir. Değerlendirme şunları içermelidir:

- Bebeğin oksiput kısmının incelenmesi
 - _ Düzleşmiş bir alan var mı? Bebeğin çok saçı varsa palpe edilerek kontrol edilmelidir.
 - _ Tek taraflı saçsız bir nokta var mı? Ortalanmış bir saçsız alan normaldir.
- Bebeğin başının aşağıda tutulup yukarıdan incelenmesi
 - _ Düzleşmiş bir alan var mı?
 - _ Bir tarafa doğru düzleşme mevcut mu? Alın o tarafa doğru çıkıntı oluşturmuş mu?
 - _ Düzleşen tarafta kulak eğilmesi var mı?
- Bebeğin kafasının gözlemlenmesi
 - _ Bebek başını her zaman aynı yöne mi çeviriyor?
 - _ Bebeğin başını her iki yöne çevirmesi zor mu? (Lennartsson, 2011b)

Hastanede kalış süresince asimetri durumu takip edilmelidir. Ancak literatürde hastanede kalış süresince takip edilme sıklığı konusunda bir bilgiye rastlanmamıştır. Standardizasyon için belirli bir skala/klavuz kullanılmalıdır. İsveç'in Ulusal Çocuk Sağlığı Bakım Programı vardır ve 2005' te katılım oranı neredeyse %100 olarak bildirilmiştir (Hallberg, Lindblad, Petersson, Råstam ve Hakansson, 2005). Buna bağlı olarak 2008 yılında İsveç'in Skaraborg kentinde bebek kafatası şeklini izlemek ve ebeveynlere DP önleme önerileri sağlamak için bir proje başlatılmıştır. Proje, hemşireler için kanıta dayalı kılavuzlar geliştirmek için DP önleme uygulamaları üzerine bir literatür araştırması ile başlamıştır. Kılavuzlar bir pilot çalışmada test edilip revize edilmiştir (Lennartsson, 2011a; Lennartsson, 2011b). Hemşireler için revize kılavuzları içeren DP konusunda sürekli bir eğitim geliştirilmiştir ve klinik müdahale planlanmıştır. DP'nin önlenmesi ve yönetimi için çalışmaların sayısı artırılarak ortak bir klavuz oluşturulmalı ve izlemlerde bunlardan yararlanılmalıdır. Ayrıca taburcu olduktan sonra da 1 yaşına kadar yenidoğan izlem zamanlarında DP gelişimi değerlendirilmelidir.

2.3.3. Aile eğitimi

Bireyselleştirilmiş Gelişimsel Bakımın bir diğer bileşeni aile merkezli bakımdır. Ebeveyn uyumu ve ailenin bakıma katılması, DP olasılığını azaltmada veya asimetri geliştirse tersine çevirmede çok önemlidir. Ailenin bakıma katılımında hemşirelik girişimlerinden danışmanlık/eğitici rolü öne çıkmaktadır. Aile ile güven ve saygıya dayanan terapötik bir ilişki kurulmalıdır. Primer bakım vericinin fiziksel, emosyonel ve eğitim durumu ile ilgili kaynaklar belirlenmelidir. Hedefler oluşturulmalıdır (Wagner, Bulechek, Butcher ve Dochterman, 2017). Hedefler doğrultusunda aileye önleyici stratejiler anlatılmalı, uygulamalı olarak gösterilmeli ve gerekirse eğitim broşürlerle desteklenmelidir. Lennartsson (2020) güvenli bebek uyku uygulamalarını teşvik ederken DP' yi önlemenin mümkün olup olmadığını değerlendiren bir çalışma yapmıştır. Çalışmada müdahale grubu hemşirelerine, ailelere eğitim vermek üzere plajiyosefali ile ilgili sürekli eğitim verilmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin DP konusunda eğitilmesinin, ebeveynlerin önerilere ilişkin farkındalığını artırdığı ve pozisyon verme önerilerinin pratikte entegrasyonunu sağladığı görülmüştür. Müdahale ile erken DP'nin geri döndürüldüğü ve asimetri riskinin müdahale grubunda azaldığı görülmüştür (Lennartsson, 2020). Aarnivala ve diğerleri (2015), ailelere bebekler taburcu edilmeden önce bebeklerinin çevresi, pozisyonu ve bakımı hakkında önerilerde bulunmanın; DP'nin yaygınlığını ve şiddetini azaltabileceğini

vurgulamıştır. Linz ve diğerleri (2017), ebeveynlerin belirli bir tarafı tercih etmesi sonucunda bebekte favori bir pozisyon geliştirebileceğini bildirmiştir. Bunun, çoğu ebeveynin sağlıklı olduğu için sağ tarafta daha sık etkilenme olduğu gerçeğini açıklayabileceğini ileri sürmüştür.

DP'nin önlenmesinde ebeveynlere verilen eğitim;

- Bebeklerin gözetim altında 7 haftalıkken günde en az 15 ile 30 dakika yüzüstü pozisyonda zaman geçirebileceği (Moon ve diğerleri, 2022),
- Bebeğin prone pozisyonuna alışmasına yardımcı olmak için;

- _ Bebekle birlikte yerde olup önüne oyuncak konulması
- _ Kısa sürelerle başlanıp sürenin artırılarak devam edilmesi
- _ Uzanmış bir ebeveynin göğsüne bebeğin yatırılmasının önerilmesi
- _ Bebeğin prone pozisyonunda göğsünün altına koltuk altı seviyesinde küçük bir rulo kumaş yerleştirilirse, bebeğin başını kaldırmasının daha kolay olacağı anlatılmalıdır (Lennartsson, 2011b)

- Bebeklerinin sırtüstü, sağ ve sol oksiput değişimleri yaparak sırtüstü, sağ ve sol lateral pozisyonlarda uyuması,
- Araç koltukları, pusetler, bebek taşıyıcıları gibi araçlarda minimum zaman geçirme ve uyku yeri olarak kullanılmaması (Moon ve diğerleri, 2022),
- Klinikte bebeğe doğru pozisyon vermenin anlatılması,
- Biberon ile beslemede veya emzirme esnasında sağ ve sol pozisyonun kullanımı,
- Bebeği tutarken düzenli olarak taraf değiştirilmesi (örneğin, bebeğin başını desteklerken sağ veya sol el) (Aarnivala ve diğerleri, 2015).
- Gaz çıkarma işlemi esnasında sağ ve sol oksiput değişimleri yapılması,
- Bebeğin ilgisini çeken nesne ve oyuncakların sağ/sol her iki taraf değiştirilerek gösterilmesini (Aarnivala ve diğerleri, 2015; Flannery ve diğerleri, 2016),
- Bebeğin oto koltuğu ve bebek koltuğunda uzun süreli kalmasından kaçınılması (Moon ve diğerleri, 2022),
- Bebeğin yatağının pencere veya kapıya göre yönünü değiştirmenin ve çeşitli açılardan fiziksel temas kurmanın önleyici bir etkisi olduğunu içermelidir (Aarnivala ve diğerleri, 2015; Flannery ve diğerleri, 2016)

Deformite olasılığını ve ciddiyetini azaltmak için koruyucu sağlık hizmetleri ve hastanelerde sağlık personellerine klavuzlar geliştirilmelidir. Klavuzlar, DP'nin nasıl geliştiği, risk faktörleri, hangi bebeklerin ekstra savunmasız olduğu, kranial formun nasıl değerlendirileceği, DP'nin kraniyosinostozdan nasıl ayırt edileceği, bebeklerin ebeveynleri için önleme önerileri ve ebeveynlere yeni başlayan asimetrinin nasıl düzeltileceği konusunda tavsiyeleri içermelidir (Lennartsson, Nordin ve Wennergren, 2016).





3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

YYBÜ’de tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin DP gelişimini önlemede ve DP gelişen bebeklerde şiddetinin azalmasına etkisini belirlemek amacıyla kontrol gruplu yarı deneysel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi B blok ünitesinde yapılması planlanmıştır. YYBÜ üçüncü düzey hizmet veren bir ünite olup, 2009 yılından beri hizmet vermektedir. YYBÜ’de 3. düzey 33 kuvöz ve 1 adet transport kuvöz bulunmaktadır. Üniteye 53 hemşire; ikisi profesör, dördü doçent, dördü yan dal asistanı, yedisi çocuk uzmanı olmak üzere 17 hekim görev yapmaktadır. Üniteye hemşireler 8-16 ve 16-08 olmak üzere iki vardiyaya şeklinde çalışmaktadır. Gündüz vardiyasında 14 hemşire, gece vardiyasında 10 hemşire prematüre bebeklerin tedavi ve bakımlarını yapmaktadır. Ağır bakım gereksinimi olan bebeklerin bulunduğu odada bir hemşire 1 ile 3 prematüre bebeğin bakım ve tedavisinden sorumluyken, durumu daha stabil olan bebeklerin bulunduğu odalarda bir hemşire 3 ile 5 prematüre bebeğin bakım ve tedavisinden sorumlu olmaktadır. Üniteye çalışan hemşirelerden 42’si Sağlık Bakanlığı onaylı yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahiptir. Üniteye 32 haftadan küçük/1500 gr altı preterm bebeklerin yatışı yapılmaktadır. Üniteye bebekler en sık olarak prematürite, ileri derecede düşük doğum ağırlığı, respiratuvar distres sendromu nedeniyle izlenmektedir. YYBÜ’ye Ocak 2020- Ocak 2021 tarihleri arasında üniteye 221 prematüre bebek yatışı olmuştur. Gestasyon haftası 26 hafta ve üzeri, doğum ağırlığı 750 gr ve üzeri olan prematüre bebek sayısı 142’dir.

Üniteye DP gelişimi riskini belirlemeye yönelik herhangi bir form kullanılmamaktadır, DP gelişimine yönelik bir gözlem ya da ölçüm yapılmamaktadır. Sadece haftada bir kez rutin olarak beyin gelişimi açısından baş çevresi uzunluğu ölçümü yapılmaktadır. YYBÜ’de bebeklerin pozisyonları hemşireler tarafından, bebeğin durumuna göre 2-4 saatte bir değiştirilmektedir. Bebeklerin omuz ve başlarını desteklemek için hemşireler tarafından

hazırlanan steril rulolar kullanılmaktadır. Hemşirelere DP gelişimini önlemeye yönelik bir hizmet içi eğitim verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini Kasım 2021 ve Kasım 2022 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi B blok ünitesinde tedavi görmekte olan gestasyon yaşı 26 hafta ve üzeri, doğum ağırlığı 750 gr ve üzeri olan prematüre bebekler oluşturmuştur. Belirtilen tarihlerde üniteye 188 bebek yatışı olmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini uyan bebek sayısı 134'tür. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş bebekten dahil edilme kriterlerine uyan ve ailesi çalışmayı kabul eden tüm bebekler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma kriterlerine uyan 15 bebekle ön uygulama yapılmış ve ön uygulama yapılan bebekler çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca 4 bebek araştırmanın uygulanması sırasında atalektazi tanısı aldığı, 5 bebek başka üniteye sevk edildiği, 16 bebek ex olduğu, 17 bebeğin ailesi çalışmaya katılmayı kabul etmediği ve 12 bebek kontrol grubu ölçümleri tamamlanırken hemşirelere eğitim verilmeden önce üniteye yatışı nedeniyle örnekleme alınamamıştır. Araştırmanın örneklemini 38 bebek kontrol grubu, 27 bebek müdahale grubu olacak şekilde toplam 65 bebek oluşturmuştur.

3.4. Araştırma Kriterleri

3.4.1. Dahil edilme kriterleri

Yenidoğanların dahil edilme kriterleri

1. Doğum ağırlığı 750 gr ve daha fazla olan
2. Gestasyon yaşı 26 hafta ve daha fazla olan
3. Doğumdan sonraki 4 gün içinde YYBÜ'ye yatışı yapılan
4. Ebeveynleri araştırmaya katılmayı kabul eden yenidoğanlar dahil edilmiştir.

3.4.2. Dışlama kriterleri

1. Doğumu sırasında yardımcı araç kullanılan,
2. Kromozom anomalisi, iskelet deformitesi, konjenital tortikollis, trizomi ve down sendromu tanısı olan,
3. İzlem sürecinde atelektazi gelişen bebekler çalışmadan çıkarılmıştır.

3.5. Veri Toplama Formları

Veriler, Yenidoğan ve Anne Tanımlayıcı Veri Formu, Yenidoğan İzlem Çizelgesi, Plagiosefali Skalası ve Baş Çevresi Ölçüm ve İzlem Çizelgesi ile toplanmıştır. Ayrıca bebekleri pozisyon verirken desteklemek amacıyla serviste rutin olarak kullanılan steril rulolar kullanılmıştır.

3.5.1. Yenidoğan ve anne tanımlayıcı veri formu

Deformasyonel plagiosefali oluşumunu etkileyebilecek yenidoğan özelliklerini belirlemeye yönelik bilgiler çocuk ve anne tanımlayıcı veri formu ile toplanmıştır. Formda yenidoğanın; doğum şekli, doğum kilosu, gestasyon haftası, cinsiyeti, tıbbi tanısı (5 soru) ve annenin yaşı, gebelik sayısı, perinatal ve natal tanılarına ilişkin sorulara (4 soru) yer verilmiştir (EK-3). Yenidoğan ve Anne Tanımlayıcı Veri Formunda doğum kilosu literatüre göre üç grup olarak gruplanmıştır. Bu gruplar 750 gr -999 gr, 1000-1499 gr, 1500 gr ve üstü şeklindedir (Engle, 2004). Çizelgeye kaydedilen kilo ölçümleri hemşire gözleminden alınmıştır. Gestasyon haftası 26 hafta-28 hafta, 29 hafta-31 hafta ve 32 hafta-33 hafta olarak gruplanmıştır. Gruplama DSÖ sınıflamasına uygun yapılmıştır (DSÖ, 2022).

3.5.2. Yenidoğan izlem çizelgesi

Çizelgede yenidoğanın izlem süresince beslenme, solunum desteği, vasküler katater durumu, hareketliliği gibi özelliklere ilişkin sorulara (4 soru) yer verilmiştir. (EK-4). Yenidoğan İzlem Çizelgesinde beslenme şekli, solunum durumu, katater ve hareket durumu hemşire gözlemindeki verilere dayanarak toplanmıştır. Beslenme şekli, oral, parenteral, enteral, parenteral-entreal, enteral-oral şeklinde belirtilmiştir. Solunum durumu oksijen desteği yok, küvöz içi oksijen, binazal kanül, prong maske ve entübasyon tüpü

şeklinde. Hemşire gözlemindeki verilere göre katater yok, periferik intravenöz katater, piccline ve umbilikal katater şeklinde dört gruba ayrılmıştır. Yenidoğanların hareketlilik durumunun değerlendirilmesinde ünite rutin olarak kullanılan Yenidoğan Cilt Risk Değerlendirme Formu (Huffines Ölçeği) kullanılmıştır. Ölçek Huffines ve Logsdon (1997) tarafından geliştirilmiştir. Sari ve Altay (2017) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek gestasyon yaşına göre düzenlenmiş olup; fiziksel durum, beslenme, hareketlilik, aktivite, mental durum ve nem olmak üzere toplam altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte hareket durumu Tamamen Hareketsiz, Oldukça Sınırlı, Hafif Sınırlı ve Sınırlama Yok şeklinde sınıflandırılmıştır (Sari ve Altay, 2017).

3.5.3. Baş çevresi ölçüm ve izlem çizelgesi

Baş Çevresi Ölçüm ve İzlem Çizelgesi; Plagiosefali Skalasında yer alan gözlemleri ve baş çevresi ölçümlerinin izlem süresince kaydedilmesi için araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Çizelge baş çevresi uzunluğunu, anteriordan posteriora en uzun ve en kısa diyagonal uzunluğu ve CVA değerini içermektedir (EK-5).

3.5.4. Plagiosefali skalası

Plagiosefali şiddetini değerlendirmek için literatürde DP ölçümü için kullanılan Plagiosefali Skalası kullanılmıştır (Şekil 3.1). Plagiosefali Skalası kranial kubbe asimetrisi (CVA) değerine göre hafif, orta ve şiddetli olarak ayrılmaktadır. CVA, orta hattan 30 derece açıyla ölçülen iki köşegen uzunluğunun arasındaki farkın, iki köşegen uzunluğundan büyük olanına bölünmesiyle elde edilen değerdir. Anteriordan posteriora en uzun ve en kısa diyagonal ölçümü eurion noktaları (eu) ve frontozigomatik noktaları (fz) referans alınarak yapılmıştır (Şekil 2.2). $CVA < 3$ fizyolojik sınırdır, $3 \leq CVA < 10$ hafif dereceli asimetri, $10 \leq CVA \leq 12$ orta dereceli asimetri, $CVA > 12$ şiddetli asimetri olarak değerlendirilmiştir (Linz ve diğerleri, 2017; Looman ve Flannery, 2012; Rosenbaum ve diğerleri, 2014; Wu ve diğerleri, 2017).

Çizelge 3.1. Plagiosefali skalası (Linz ve diğerleri, 2017; Looman ve Flannery, 2012; Rosenbaum ve diğerleri, 2014; Wu ve diğerleri, 2017)

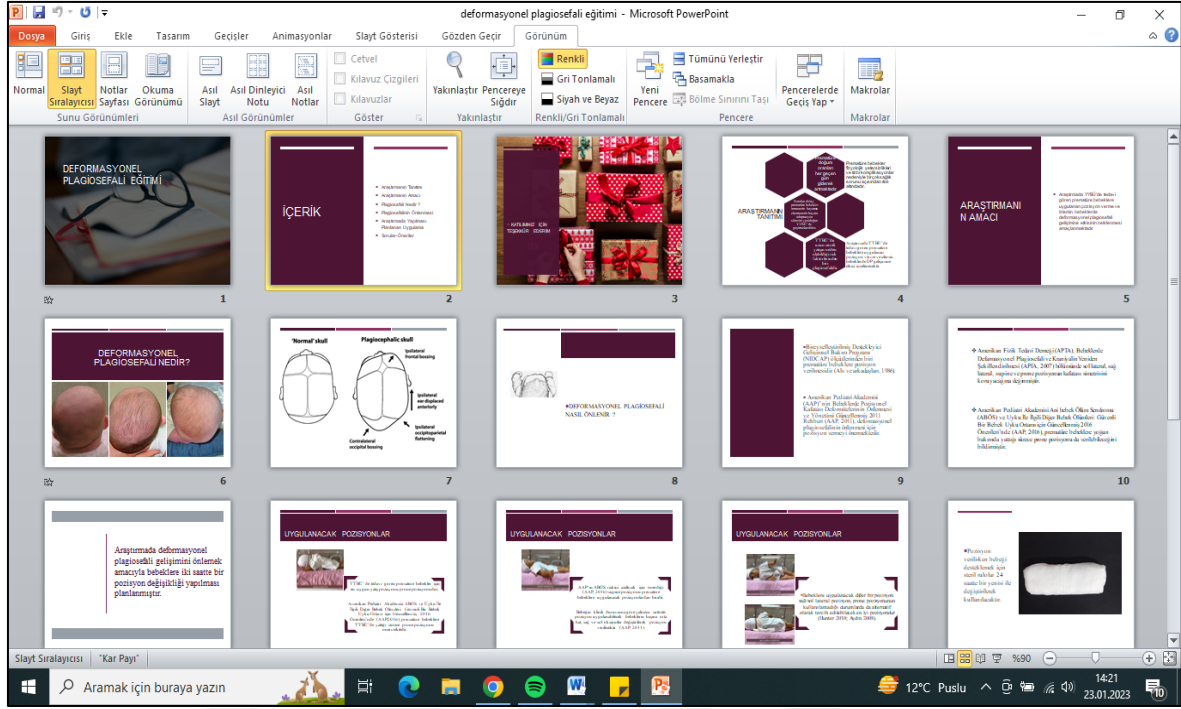
Bebek Adı:		CVA Değeri:	
Fizyolojik Sınırdır	Hafif Dereceli Asimetri	Orta Dereceli Asimetri	Şiddetli Asimetri
$CVA < 3$ mm	$3 \text{ mm} \leq CVA < 10 \text{ mm}$	$10 \text{ mm} \leq CVA \leq 12 \text{ mm}$	$CVA > 12 \text{ mm}$

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Kasım 2021- Kasım 2022 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım B Blok ünitesinden toplanmıştır. YYBÜ’de araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan bebeklerin ebeveynleri ile tanışılmış ve çalışmanın amacı anlatılmıştır. Araştırmaya bebeklerinin katılmasını kabul eden ebeveynlere onam formu (EK-6) imzalatılarak bebekler araştırmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanması kontrol grubunun verilerinin toplanması, hemşirelere DP eğitimi verilmesi ve müdahale grubunun verilerinin toplanması olarak üç aşamada yapılmıştır.

Çalışmaya kontrol grubunun verilerinin toplanması ile başlanmıştır. Kontrol grubuna alınan prematüre bebeklere üniteye yatışı yapıldığı gün araştırmacı tarafından Yenidoğan ve Anne Tanımlayıcı Veri Formu ve Yenidoğan İzlem Çizelgesi doldurulmuştur. Beslenme şekli, solunum durumu, katater ve hareketlilik durumu araştırmacı tarafından Yenidoğan İzlem Çizelgesine, izlem süresince günlük olarak kaydedilmiştir. Çalışmada yenidoğanlara ilk gün, 8. Gün, 15. Gün, 22. Gün, 29. Gün, 35. Gün ve taburculukta olmak üzere toplamda 7 kez standart baş çevresi ve kafatası diyagonal uzunluk ölçümü yapılmıştır. Yenidoğanlar her gün takip edilmiştir ancak fiziksel özellikleri ve fizyolojik gelişimlerinden dolayı haftalık ölçümler yapılmıştır (Törüner ve Büyükgöneç, 2017). Elde edilen değerler Baş Çevresi Ölçüm ve İzlem Çizelgesine kaydedilip, Plagiosefali Skalası uygulanmıştır. Kontrol grubundaki yenidoğanlara herhangi bir müdahalede bulunulmamış, ünitenin rutin bakım prosedürleri uygulanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında kontrol grubundaki yenidoğanların verileri tamamlandıktan sonra, müdahale grubunun verileri toplanmadan önce hemşirelere DP Eğitimi verilmiştir (Şekil 3.1). Eğitim; araştırmanın tanıtımı, plagiosefali nedir, plagiosefalinin önlenmesi, araştırmada yapılması planlanan uygulama ve sorular-öneriler başlıklarını içermektedir (EK-7). Eğitim ortalama 35-40 dakika sürmüştür (Şekil 3.1). Hemşirelerde farkındalık oluşturması açısından müdahale grubuna dahil edilen yenidoğanların küvözlerinde bulunan tanıtıcı kartlarına erkek bebekler için uğur böceği şeklinde sticker, kız bebeklere ise çilek şeklinde sticker yapıştırılmıştır.



Şekil 3.1. Eğitim powerpoint görseli

Araştırmanın ikinci aşamasında hemşirelerin eğitimi tamamlandıktan sonra müdahale grubunun verileri toplanmaya başlanmıştır. Müdahale grubundaki yenidoğanlara üniteye yatışı yapıldığı gün araştırmacı tarafından Yenidoğan ve Anne Tanımlayıcı Veri Formu ve Yenidoğan İzlem Çizelgesi doldurulmuştur. Beslenme şekli, solunum durumu, katater ve hareketlilik durumu araştırmacı tarafından Yenidoğan İzlem Çizelgesine, izlem süresince günlük olarak kaydedilmiştir. Yenidoğanlara ilk gün, 8. gün ve 15. Gün, 22. Gün, 29. Gün, 35. Gün ve taburculukta olmak üzere toplamda 7 kez baş çevresi ve kafatası diyagonal uzunluk ölçümü yapılmıştır. Ölçülen değerler Baş Çevresi Ölçümü ve İzlem Çizelgesine kaydedilip, Plagiosefali Skalası uygulanmıştır. Taburculuğa kadar müdahale grubundaki her bebeğe 4. Günden başlanarak ünite hemşireleri tarafından düzenli olarak iki saatte bir pozisyon verilmiştir.

Prematüre bebeklerde doğumdan sonra ilk üç günde başın bir yöne dönmesi o taraftaki juguler venöz basınçta azalmaya sebep olarak Germinal Matris Kanaması-İntraventricüler Kanamaya neden olabilmektedir (Kochan ve diğerleri, 2019; Lim ve Hagen, 2019). Bu nedenle müdahale grubundaki her bebeğe 4. Günden başlanarak düzenli olarak iki saatte bir pozisyon verilmiştir. APA'nın Uykuyla Bağlantılı Bebek Ölümleri Riskini Azaltmak için Güvenli Uyku Ortamına Yönelik 2022 Güncellenmiş Önerileri (Moon ve diğerleri, 2022) rehberliğinde prone, supine, sağ ve sol lateral olmak üzere dört terapötik pozisyon kullanılmıştır. Her bebeğin klinik

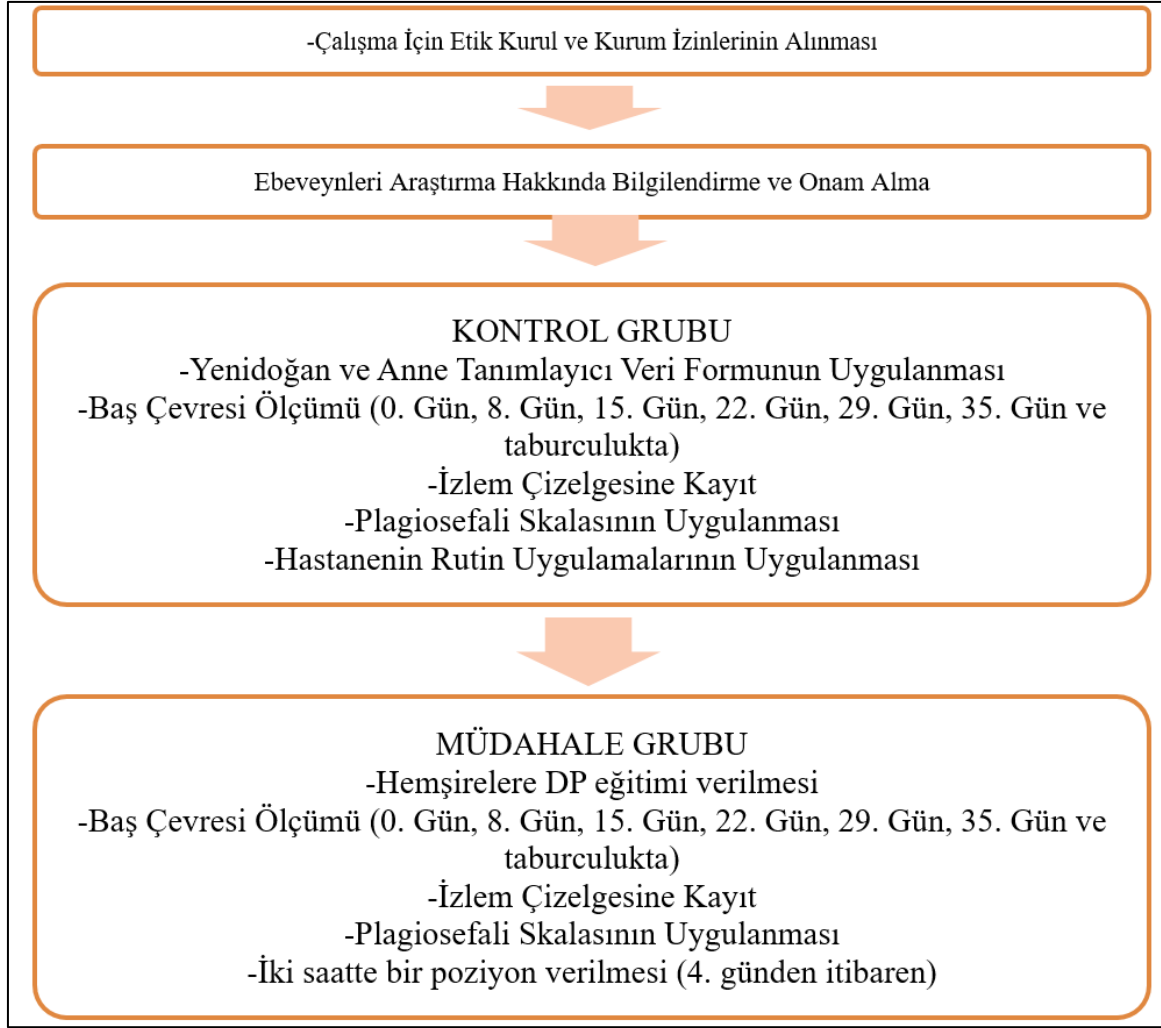
durumuna göre pozisyon tercihi yapılmıştır. Bebeğin klinik durumuna göre yalnızca sırtüstü pozisyon uygulanabilecek bebeklerin başına orta hat, sağ ve sol oksiputlar değiştirilerek pozisyon verilmiştir. Bebeklerin baş ve omzunu desteklemek, verilen pozisyonda bebeğin dönmesini önlemek amacıyla serviste rutin olarak kullanılan steril rulolar kullanılmıştır. Rulo gazlı beze sarılmış pamuktan yapılmıştır ve yaklaşık olarak 16 cm uzunluğunda, 16 cm çapında silindirik şeklindedir (Resim 3.1).



Resim 3.1. Steril rulo yastık

Rulolar hazırlandıktan sonra paketlenip sterilizasyon biriminde steril edilmektedir. Supine pozisyonundaki bebeklerin baş ve omzunu desteklemek için bir adet, prone pozisyonundaki bebeklerin başını ve diyafragmasını desteklemek için iki adet, sağ ve sol lateral pozisyonundaki bebeklerin başını desteklemek ve dönmesini önlemek amacıyla iki rulo kullanılmıştır. Steril rulolar yirmi dört saat sonunda yenisi ile değiştirilmiştir. İki saatte bir pozisyon verme uygulamasına düzenli olarak taburculuğa kadar devam edilmiştir.

Baş çevresi ölçümleri Nahles ve diğerlerinin (2018), çalışması doğrultusunda anteriordan posteriora en uzun ve en kısa diyagonal uzunluk ölçümü ve baş çevresi uzunluğu ile elde edilmiştir. Baş çevresi; oksipital kemiğin en çıkıntılı noktası, kaşların üzeri (glabella) ve kulakların üzerini referans alarak kafanın en geniş çevresini içine alacak şekilde esnek olmayan bir mezura ile ölçülmüştür (Conk, Başbakkal, Yılmaz ve Bolışık, 2018).



Şekil 3.2. Akış şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) veri programında değerlendirilecektir. Verilerin yüzdeler, frekans değerleri verilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; bebeklerin ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleridir. Araştırmanın bağımlı değişkenini iki saatte bir pozisyon verme oluşturmaktadır.

3.8. Etik Yönü

Araştırma için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan yazılı izin ve Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen yenidoğanların ailelerinden yazılı onam alınmıştır. Bebeklerde DP fark edildiği bebeğe bakım veren doktor ve hemşire ekibine bilgi verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, YYBÜ’de tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin bebeklerde DP gelişimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık olarak verilmiştir;

1. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan yenidoğanların ve annelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Yenidoğanların beslenme, solunum, kullanılan katater ve hareketlilik durumlarına ilişkin bulgular,
3. Yenidoğanların Deformasyonel Plagiosefali şiddet derecelerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Yenidoğanların ve Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

32

Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan yenidoğanların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları

	Müdahale (n=27)		Kontrol (n=38)		Test	
	(M±SD)	(Min-Mak)	(M±SD)	(Min-Mak)	z	p
Gestasyon haftası	29,39±2,27	26-34,1	29,56±1,95	26-34	-0,523	0,59
Yatış günü	51,52±19,77	30-116	49,76±17,21	18-109	-0,007	0,99
	n	%	n	%	χ²	p
Cinsiyet						
Kız	13	48,1	26	68,4	2,70	0,10
Erkek	14	51,9	12	31,6		
Gestasyon haftası						
26 hafta-28 hafta	12	44,4	12	31,6	1,18	0,55
29 hafta-31 hafta	11	40,8	20	52,6		
32 hafta-33 hafta	4	14,8	6	15,8		
Doğum kilosu						
750-999 gr	5	18,5	5	13,2	2,43	0,29
1000-1499 gr	22	81,5	30	78,9		
1500 gr ve üstü	0	0	3	7,9		
Doğum şekli						
C/S	25	92,6	31	81,6	1,60	0,20
NSVY	2	7,4	7	18,4		
Tıbbi tanı						
PM* ve RDS**	17	63,0	22	57,9	1,84	0,60
PM	4	14,8	10	26,3		
PM ve IUGR***	5	18,5	4	10,5		
PM, IUGR ve RDS	1	3,7	2	5,3		

* PM: Prematürite

** RDS: Respiratuar distres sendromu

*** IUGR: İntra uterin gelişme geriliği

Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların tanımlayıcı özellikleri Çizelge 4.1’de verilmiştir. Çalışmamızda müdahale grubundaki yenidoğanların gestasyon haftası ortalaması $29,39 \pm 2,27$, kontrol grubunda $29,56 \pm 1,95$ olup, iki grubun yenidoğanlarının gestasyon haftası ortalaması açısından ($z = -0,523$ $p = 0,59$) aralarındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki yenidoğanların cinsiyetleri ($\chi^2 = 2,70$, $p = 0,10$), doğum kilosu ($\chi^2 = 2,43$, $p = 0,29$) ve doğum şekli ($\chi^2 = 1,60$, $p = 0,20$) özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların çoğunluğunun tıbbi tanısının (müdahale grubu %63,0; kontrol grubu %57,9) Prematürite ve Respiratuvar Distres Sendromu olduğu görülmüştür.



Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bebeklerin annelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları

	Müdahale (n=27)		Kontrol (n=38)		Test	
	(M±SD)	(Min-Mak)	(M±SD)	(Min-Mak)	z	p
Anne Yaşı	28,85±6,08	18-39	30,45±5,93	18-42	-1,034	0,30
	n	%	n	%	χ²	p
Gebelik sayısı						
1. gebelik	10	37,0	13	34,2	4,80	0,09
2. veya 3. Gebelik	9	33,4	21	55,3		
4. veya üstü gebelik	8	29,6	4	10,5		
Doğum sayısı						
1 doğum	11	40,7	17	44,7	0,14	0,93
2 veya 3 doğum	15	55,6	20	52,6		
4 veya üstü doğum	1	3,7	1	2,7		

Çizelge 4.2’de müdahale ve kontrol grubundaki annelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması arasında fark olmadığı saptanmıştır ($z=-1.034$, $p=0,30$). Her iki grubun gebelik sayısı açısından benzer ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=4,80$, $p=0,09$). İki grupta 2 veya 3 doğum sayısının çoğunlukta olduğu (müdahale %55,6; kontrol %52,6) belirlenmiştir.



4.2. Yenidoğanların Beslenme Şekli, Solunum Durumu, Kullanılan Katater ve Hareketlilik Durumlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların beslenme şekillerinin izlem zamanlarına göre dağılımı

	Günler	0.gün		8.gün		15.gün		22.gün		29.gün		35.gün		Tab	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MÜDAHALE (n=27)	Parantral	18	66,7	2	7,4	2	7,4	-	-	-	-	-	-	-	-
	Enteral	-	-	12	44,4	21	77,8	17	63,0	16	59,3	12	52,2	-	-
	Parantral-Enteral	9	33,3	13	48,2	4	14,8	7	25,9	3	11,1	-	-	-	-
	Oral	-	-	-	-	-	-	-	-	4	14,8	6	26,1	27	100
	Oral-Enteral	-	-	-	-	-	-	3	11,1	4	14,8	5	21,7	-	-
KONTROL (n=38)	Parantral	34	89,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Enteral	-	-	12	31,6	27	71,1	24	64,9	22	62,9	13	40,6	-	-
	Parantral-Enteral	4	10,5	26	68,4	7	18,4	5	13,5	1	2,9	1	3,1	-	-
	Oral	-	-	-	-	1	2,6	3	8,1	4	11,4	7	21,9	38	100
	Oral-Enteral	-	-	-	-	3	7,9	5	13,5	8	22,9	11	34,4	-	-
Test	χ^2	5,13		4,60		5,87		3,55		2,28		1,94		*	
	P	0,02		0,10		0,20		0,31		0,51		0,58			

*Taburculukta beslenme şekli sabit olduğundan test yapılamamıştır.

Çizelge 4.3'te müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların 0.gün, 8.gün, 15.gün, 22.gün, 29.gün, 35. Gün ve taburculuktaki beslenme şekillerinin izlem zamanlarına göre dağılımı verilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki yenidoğanlarda 0.günde en çok görülen beslenme şeklinin paranteral besleme olduğu (müdahale %66,7; kontrol %89,5) ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir ($\chi^2=5,13$, $p=0,02$). Müdahale ve kontrol grubu arasında izlem süresince beslenme şekilleri arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. Taburculukta iki grupta da bebeklerin oral beslendiği görülmüştür.



Çizelge 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların solunum durumlarının izlem zamanlarına göre dağılımı

	Günler	0.gün		8.gün		15.gün		22.gün		29.gün		35.gün		Tab	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MÜDAHAL E (n=27)	Spontan	-	-	12	44,4	13	48,2	16	59,3	19	70,4	17	73,9	27	100
	Küvöziçi Oksijen	-	-	-	-	1	3,7	1	3,7	-	-	1	4,3	-	-
	Binazal Kanül	24	88,9	13	48,2	12	44,4	8	29,6	6	22,2	5	21,8	-	-
	Prong Maske	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Entübasyon Tüpü	3	11,1	2	7,4	1	3,7	2	7,4	2	7,4	-	-	-	-
KONTROL (n=38)	Spontan	-	-	19	50,0	28	73,7	26	70,3	27	77,1	29	90,6	38	100
	Küvöççi Oksijen	-	-	2	5,3	1	2,6	1	2,7	2	5,7	1	3,1	-	-
	Binazal Kanül	38	100,0	17	44,7	9	23,7	10	27	5	14,3	1	3,2	-	-
	Prong Maske	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	3,1	-	-
	Entübasyon Tüpü	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Test	χ^2	4,42		4,37		5,20		3,11		5,54		5,47		*	
	P	0,03		0,22		0,15		0,37		0,23		0,14			

*Taburculukta solunum durumu sabit olduğu için test yapılamamıştır.

Çizelge 4.4'te yenidoğanların solunum şekillerinin izlem zamanlarına göre dağılımı verilmiştir. 0.gün müdahale grubundaki yenidoğanlardan %88,9'u binazal kanülde, %11,1'i entübe; kontrol grubundaki yenidoğanların tümü binazal kanülde olarak belirlenmiştir. 8.gün, 15.gün, 22.gün, 29.gün ve 35.gün solunum şekilleri açısından incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Her iki grupta da 0.günden 35.güne doğru gidildikçe solunum desteği alan bebek sayılarında azalma saptanmıştır. Taburculukta her iki gruptaki yenidoğanların hiçbiri solunum desteği almadığı için test yapılamamıştır.



Çizelge 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların katater durumlarının izlem zamanlarına göre dağılımı

	Günler	0.gün		8.gün		15.gün		22.gün		29.gün		35.gün		Tab	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MÜDAHAL E (n=27)	Yok	-	-	13	48,1	21	77,8	20	74,1	22	81,5	23	100	27	100
	Periferik İntravenöz Katater	26	96,3	10	37	3	11,1	4	14,8	5	18,5	-	-	-	-
	Piccline	-	-	1	3,7	1	3,7	2	7,4	-	-	-	-	-	-
	Umblikal katater	1	3,7	3	11,2	2	7,4	1	3,7	-	-	-	-	-	-
KONTROL (n=38)	Yok	-	-	11	28,9	32	84,2	33	89,2	34	97,1	32	100	38	100
	Periferik İntravenöz Katater	37	97,4	21	55,3	5	13,2	4	10,8	1	2,9	-	-	-	-
	Piccline	1	2,6	3	7,9	1	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-
	Umblikal Katater	-	-	3	7,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Test	χ^2	0,06		3,30		3,0		4,74		4,27		*		*	
	P	0,80		0,34		0,39		0,19		0,03					

*35.gün ve taburculukta hiçbir yenidoğanda katater bulunmadığı için hesaplanamamıştır.

Çizelge 4.5'te müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların 0.gününden taburculağa kadar olan katater durumları verilmiştir. 0.gün, 8.gün, 15.gün ve 22.günde her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. Müdahale ve kontrol grubunda 29.günde katater bulunmayan yenidoğanlar çoğunluktadır (müdahale %81,5; kontrol %97,1) ve iki grup arasında fark olduğu görülmüştür ($\chi^2=4,27$, $p=0,03$). 35.gün ve taburculukta iki gruptaki hiçbir yenidoğanda katater bulunmadığı için test yapılamamıştır.



Çizelge 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların hareketlilik durumlarının günlere göre kıyaslanması

	Günler	0.gün		8.gün		15.gün		22.gün		29.gün		35.gün		Tab	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MÜDAHAL E (n=27)	Tamamen Hareketsiz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Oldukça Sınırlı	16	59,3	5	18,5	3	11,1	5	18,5	3	11,1	2	8,7	-	-
	Hafif Sınırlı	11	40,7	22	81,5	19	70,4	14	51,9	8	29,6	5	21,7	-	-
	Sınırlama Yok	-	-	-	-	5	18,5	8	29,6	16	59,3	16	69,6	27	100
KONTROL (n=38)	Tamamen Hareketsiz	-	-	1	2,6	1	2,6	2	5,4	2	5,7	1	3,1	-	-
	Oldukça Sınırlı	29	76,3	5	13,2	1	2,6	1	2,7	-	-	-	-	-	-
	Hafif Sınırlı	9	23,7	31	81,6	24	63,2	16	43,2	10	28,6	2	6,3	-	-
	Sınırlama Yok	-	-	1	2,6	12	31,6	18	48,7	23	65,7	29	90,6	38	100
Test	χ²	2,15		1,71		3,70		7,26		5,53		6,74		*	
	P	0,14		0,63		0,29		0,06		0,13		0,08			

* Taburculukta hareket durumu sabit olduğu için test yapılamamıştır.

Çizelge 4.6’da müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların hareketlilik durumlarının günlere göre kıyaslanması verilmiştir. Yenidoğanların hareket durumları incelendiğinde gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır. Taburculukta, yenidoğanların tümünde hareket durumu benzer olduğundan, kıyaslanacak veri bulunmadığı için test yapılamamıştır.

4.3. Yenidoğanların DP Şiddet Derecelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde YYBÜ’de tedavi gören yenidoğanlara iki saatte bir pozisyon vermenin 0.gün, 8.gün, 15.gün, 22.gün, 29.gün, 35.gün ve taburculukta DP şiddet derecelerine ve DP şiddet derecelerinin ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. DP şiddet dereceleri, fizyolojik sınır, hafif dereceli asimetri, orta dereceli asimetri ve şiddetli asimetri olarak sınıflandırılmaktadır.

Çizelge 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların DP şiddet derecelerine göre dağılımı

	Günler	0.gün		8.gün		15.gün		22.gün		29.gün		35.gün		Tab	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MÜDAHALE (n=27)	Fizyolojik Sınırdadır	6	22,3	6	22,2	4	14,8	1	3,7	3	11,2	-	-	-	-
	Hafif Dereceli Asimetri	7	25,9	6	22,2	3	11,1	14	51,9	9	33,3	13	56,5	7	25,9
	Orta Dereceli Asimetri	4	14,8	3	11,2	9	33,4	1	3,7	5	18,5	3	13,0	5	18,5
	Şiddetli Asimetri	10	37,0	12	44,4	11	40,7	11	40,7	10	37,0	7	30,5	15	55,6
KONTROL (n=38)	Fizyolojik Sınırdadır	7	18,4	3	7,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Hafif Dereceli Asimetri	9	23,7	2	5,3	1	2,7	1	2,7	1	2,9	-	-	1	2,6
	Orta Dereceli Asimetri	6	15,8	3	7,9	1	2,6	-	-	2	5,7	-	-	-	-
	Şiddetli Asimetri	16	42,1	30	78,9	36	94,7	36	97,3	32	91,4	31	100,0	37	97,4
Test	χ^2	0,25		9,11		23,51		25,6		21,5		30,5		17,44	
	P	0,96		0,02		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	

Çizelge 4.7’de müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların DP şiddet derecelerinin günlere göre dağılımı verilmiştir. 0.günde müdahale grubundaki yenidoğanların % 44,4’ünde; kontrol grubundaki yenidoğanların %78,9’unda şiddetli plagiosefali olduğu ve iki grup arasında DP şiddeti yönünden istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=0,25$, $p=0,96$). Çizelge incelendiğinde 8.günden itibaren gruplar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmektedir. İzlemin 8.gününde müdahale grubundaki yenidoğanların %44,4’ünde şiddetli asimetri görülürken, kontrol grubundaki yenidoğanların %78,9’unda şiddetli asimetri olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunda 15.gün fizyolojik sınırdaki yenidoğan oranı 14,8 iken kontrol grubunda fizyolojik sınırdaki yenidoğan bulunmamaktadır. 22. ve 29.günde müdahale grubundaki yenidoğanların çoğunluğunun asimetri derecesinde değişiklik vardır ancak kontrol grubundaki yenidoğanların çoğunluğunda şiddetli asimetri görülmektedir. Kontrol grubundaki yenidoğanların tamamı 35.günde şiddetli asimetri derecesi ile takip edilirken, müdahale grubundaki yenidoğanlarda hafif, orta ve şiddetli dereceli asimetri olduğu belirlenmiştir. İzlem günü arttıkça müdahale grubunda şiddetli DP görülen yenidoğanların sayısının azaldığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise izlem günü arttıkça şiddetli DP görülme oranı artmaktadır. Taburculukta müdahale grubundaki yenidoğanların %25,9’unda hafif dereceli asimetri, %18,5’inde orta dereceli asimetri, %55,6’sında şiddetli asimetri; kontrol grubundaki yenidoğanların %2,6’sında hafif dereceli asimetri, 97,4’ünde şiddetli asimetri olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.8. Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların DP şiddet derecelerinin ortalamalarının dağılımı

	Günler	0.gün	8.gün	15.gün	22.gün	29.gün	35.gün	Taburculuk
MÜDAHALE (n=27)	Fizyolojik Sınırdaki	0,3	0	0,5	0	1,3	-	-
	Hafif Dereceli Asimetri	5,0	4,7	5,0	5,0	5,0	4,9	4,3
	Orta Dereceli Asimetri	10,5	10,0	10,0	10,0	11,2	10,7	10,4
	Şiddetli Asimetri	17,1	19,8	17,3	16,3	18,3	17,0	18,9
KONTROL (n=38)	Fizyolojik Sınırdaki	0	0	-	-	-	-	-
	Hafif Dereceli Asimetri	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	-	5,0
	Orta Dereceli Asimetri	10,0	10,0	10,0	-	10,0	-	-
	Şiddetli Asimetri	23,7	27,8	29,7	30,9	36,7	37,4	39,8

Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların DP şiddet ortalamalarının dağılımı Çizelge 4.8’de verilmiştir. Kontrol grubundaki yenidoğanların izlem günü arttıkça DP şiddet ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. 0. Günde kontrol grubunda şiddetli asimetri görülen bebeklerde derece ortalaması 23,7 iken taburculukta 39,8’e yükselmiştir. Müdahale grubunda ise şiddetli asimetri derecesi ile taburcu edilen bebeklerde şiddet ortalaması 18,9 olarak saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Deformasyonel plagiosefali, gecikmiş motor gelişim, bilişsel öğrenme bozukluğu ve estetik kaygı gibi birçok sorun ile yenidoğanların kaliteli bir yaşam sürmesine engel olmaktadır. YYBÜ’de tedavi gören prematüre bebeklerde hemşirelerin bakım ve değerlendirilmeleri ile DP gelişmesini önlemek mümkündür. Kafatasının korunmasındaki primer önlemlerden; yenidoğana doğru pozisyon verilmesi, YYBÜ’ de kalışı süresince prone pozisyon kullanımı, supine pozisyonunda yenidoğana başının sol ve sağ oksiputlar değiştirilerek pozisyon verilmesi DP’nin erken dönemde önlenmesinde etkili bir hemşirelik girişimidir.

Çalışmamızda 0.günde müdahale grubunun %44,4’ünde, kontrol grubunun %78,9’unda şiddetli plagiosefali olduğu ve iki grup arasında DP şiddeti yönünden istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir. Yang ve diğerlerinin (2019) DP prevalansı belirlemek için yaptıkları çalışmada doğum sonrasında 530 bebekte DP ile birlikte brakisefali görülme oranı %48,7, tek başına DP görülen bebek oranı %1,7 olarak saptanmıştır. Prematüre bebeklerin erken doğması, kafatasının term bebeklere göre daha yumuşak olması doğum sonrasında DP görülmesinin nedeni olabilmektedir (Meyer-Marcotty, 2014). Çalışmamızda 0. günde iki grupta şiddetli plagiosefali görülme oranının yüksek olmasının bebeklerin prematüre olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Birçok çalışmada DP ile gelişimsel gecikme ve motor becerilerdeki sorunların bağlantılı olabileceğinden bahsedilmiştir (Martiniuk ve diğerleri, 2017; Rohde ve diğerleri, 2021; Speltz, 2019). DP’nin önlenmesi ve yönetimi yenidoğanın sağlıklı gelişimi için önemlidir.

Çalışmamızda izlem günü ilerledikçe müdahale grubunda DP şiddetinin azaldığı, kontrol grubunda şiddetli DP görülme oranının arttığı belirlenmiştir ve araştırmanın H2 hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde YYBÜ tedavi gören bebeklerde DP önlenmesi amacıyla pozisyon vermenin etkinliğini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde pozisyon vermenin DP şiddetinin azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Cavalier ve diğerleri (2011) yenidoğanları doğumdan sonra DP gelişimini önleme açısından 1, 2 ve 4. aylarında takip etmiştir. Çalışmada kontrol grubunda bulunan yenidoğanların annelerine ABÖS’ü önlemek için eğitim, müdahale grubundaki yenidoğanların annelerine hem ABÖS’ü önlemek hem de DP’nin gelişmesini önlemek amacıyla eğitim verilmiştir. Çalışmanın sonucunda DP görülme oranı açısından müdahale

grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$) (Cavalier ve diğeri, 2011). Dört aydan küçük bebeklerde sırtüstü pozisyona ek olarak sağ ve sol pozisyonlandırmanın orta şiddetli DP'nin düzelmesinde etkili bir terapötik yaklaşım olduğu belirlenmiştir (Flannery ve diğeri, 2016). Benzer bir çalışmada hemşireler ailelere DP hakkında eğitim vermiş, eğitimin DP'nin önlenmesi ve düzeltilmesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Pozisyon vermenin DP gelişirse düzelmede etkili olduğu ve müdahale grubundaki bebeklerde kontrol grubundaki bebeklere göre DP düzelme oranının dört kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Lennartsson ve Nordin, 2019). Çalışmamızda müdahale grubundaki bebeklerde şiddetli DP görülme oranının azalmasında bebeklere düzenli olarak yapılan iki saatte bir pozisyon değişikliğinin, DP şiddetindeki değerlerin izleminin yapılmasının etkili olduğu görülmektedir. Hemşirelere verilen eğitim, DP'nin önlenmesi ve DP şiddetini azaltma konusunda etkili olmuştur.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde prematüre bebeklerde gelişimsel destekleyici bakımda BGB uygulamalarının kullanılmasının pek çok faydası olduğu bilinmektedir (Taş-Arslan ve Akkayon, 2019). BGB uygulamaları bileşenlerinden olan “gelişimsel destekleyici pozisyon verme uygulamaları” DP'nin önlenmesi ve korunma yollarında etkili primer faktördür. Bu durum yenidoğanların bakımından birebir sorumlu olan hemşirelerin bakım verici rollerini ön plana çıkarmaktadır. Yapılan bu çalışma ile hemşirelerde DP tanımı, risk faktörleri, önleme ve korunma yolları konusunda farkındalık oluşturulmuştur. Aynı zamanda hem bebeğe hem aileye en yakın sağlık ekibi üyesi olan hemşireler, bakım verdikleri savunmasız yenidoğanın gereksinimleri doğrultusunda savunucusudur (Gözen ve Özakar, 2014). DP'nin yönetiminde doğru bilgi ve uygulamaları kullanması konusunda ebeveynlere rol modelidir. Hemşirelerin ve sağlık ekibinin DP risk faktörleri, önleme ve korunma yolları konusunda ebeveynlere danışmanlık yapması önemli bir yere sahiptir.

Bebek 5-6 aylık ve şiddetli asimetri gelişmişse kask tedavisi uygulanmaktadır (Orra ve diğeri, 2015). Kask tedavisinin kafa derisine zarar vermesi, geçici saç dökülmesi, cilt problemleri (kaşıntı, egzama, alerjik reaksiyonlar vb.) gibi komplikasyonları bulunmaktadır (Jung ve Yun, 2020). Ancak bu sorunlar uygun bakım ile çözülebilmektedir. Uygun bakımın verilebilmesi için hemşireler eğitici rolü ile doğru bilgi ve uygulamaları ebeveynlere aktarmalıdır. Kask tedavisi komplikasyonlara ek olarak tedavi maliyetini, ağrıyı ve ebeveynler üzerine yük getirmektedir (Persing, 2017). Bunlar göz önünde bulundurulduğunda DP'nin önlenmesi ve korunma yollarının yenidoğana

sağlayacağı yararın yanısıra hem aileye hem de ülke ekonomisine yarar sağlayacağı öngörülmektedir.

5.1. Çalışmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmamız YYBÜ’de tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin DP gelişimini önlemede ve DP gelişen bebeklerde şiddetinin azalmasında belirlenmesi amacıyla yürütülmüş olup, bu konuda Dünya’da ve Türkiye’de yapılmış ilk çalışmadır. YYBÜ’de tedavisi devam eden prematüre bebeklerin kafatasının korunmasındaki primer önlemlerden olan pozisyon verme uygulaması hem estetik açıdan hem de gelişimsel olarak DP’nin yönetiminde büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda hemşirelere verilen eğitimin farkındalık oluşturması ve pozisyon vermenin bebeklerde gelişen DP şiddetinin azalmasında etkili olması çalışmamızın güçlü yönleridir.

Araştırmamızın tek araştırmacı tarafından yürütülmesi ve Ankara ilindeki tek hastanede gerçekleştirilmesinden dolayı sonuçların genellenememesi çalışmanın sınırlılığdır.

Bu bilgiler ışığında YYBÜ’de tedavi gören prematüre bebeklere pozisyon verilmesinin DP yönetimi açısından kaliteli ve sağlıklı bir yaşam için katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin, ebeveynlere DP risk faktörleri, önleme ve korunma yolları konusunda danışmanlığı önemli rol ve işlevleridir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yenidoğan Yoğun Ünitesinde tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin bebeklerde DP gelişimini önlemede ve DP gelişen bebeklerde şiddetinin azalmasına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Müdahale ve kontrol grubundaki yenidoğanların DP şiddet derecelerinin günlere göre dağılımı incelendiğinde 0.günde müdahale grubundaki yenidoğanların % 44,4'ünde; kontrol grubundaki yenidoğanların %78,9'unda şiddetli plagiosefali saptanmıştır. Her iki grup arasında 0.gün istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.
- İzlem günü ilerledikçe müdahale grubunda DP şiddetinde azalma görülen yenidoğanların sayısının azaldığı, kontrol grubunda ise izlem günü ilerledikçe şiddetli DP görülme oranının arttığı saptanmıştır. 8.günden itibaren gruplar arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Taburculukta müdahale grubundaki yenidoğanların %25,9'unda hafif dereceli asimetri, %18,5'inde orta dereceli asimetri, %55,6'sında şiddetli asimetri; kontrol grubundaki yenidoğanların %2,6'sında hafif dereceli asimetri, 97,4'ünde şiddetli asimetri olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.7).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatışı süren prematüre bebeklere klinik durumu gözetilerek prone, supine, sağ ve sol laterel pozisyonlar veya sağ/sol oksiput değişimi düzenli olarak en geç iki saatte bir uygulanmalıdır.
- Yenidoğanda bir taraf tercihi gelişmemesi için pozisyona ek olarak küvözlerin çift taraflı kullanımı, hemşirelerin bakım esnasında sağ ve sol elini dönüşümlü kullanması, gaz çıkarma işleminde ve biberonla beslenmede sağ ve sol oksiputların dönüşümlü kullanımı sağlanmalıdır.

- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatışı süren her prematüre bebekte DP yönetimi için izlem çizelgesi oluşturulmalı ve takibi yapılmalıdır. Taburculuktan sonra rutin sağlık kontrollerinde DP izlemi devam etmelidir.
- Hemşireler DP'nin önlenmesi ve DP geliştiğinde şiddetinin azaltılması ile ilgili kendi bilgilerini güncellemeli ve kanıta dayalı çalışmalar ile desteklemelidir. DP'nin tanımı, risk faktörleri, önleme ve korunma yolları konusunda eğitimler düzenlenerek, konu ile ilgili farkındalığın artırılması sağlanmalıdır.
- Deformasyonel Plagiosefalinin önlenmesini destekleyen çalışmaların sayısı artırılmalıdır. Güvenilir ve uygulanabilir ortak bir klavuz oluşturulmalı ve izlemlerde bu klavuzdan yararlanılmalıdır.



KAYNAKLAR

- Aarnivala, H., Vuollo, V., Harila, V., Heikkinen, T., Pirttiniemi, P., and Valkama, A. M. (2015). Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial. *European Journal of Pediatrics*, 174(9), 1197–1208.
- Als, H., B., and McAnulty, G. (2011). The newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) with kangaroo mother care (KMC): comprehensive care for preterm infants. *Current Women's Health Reviews*, 7(3), 288–301.
- Als, H., Lawhon, G., Brown, E., Gibes, R., Duffy, F.H., McAnulty, G. and Blickman, J.G. (1986). Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics*, 78(6), 1123-1132.
- American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, (2016). SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 138(5), 20162938
- Arpacı, T., ve Altay, N. (2017). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım: Güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(3), 245-254.
- Aydın, D., ve Çiftçi, E. K. (2015). Neonatal intensive care unit nurses' levels of information regarding therapeutic positions to be applied to preterm newborns. *The Journal of Current Pediatrics*, 13(1), 21–30.
- Ballardini, E., Sisti, M., Basaglia, N., Benedetto, M., Baldan, A., and Borgna-Pignatti, C. (2018). Prevalence and characteristics of positional plagiocephaly in healthy full-term infants at 8-12 weeks of life. *European Journal of Pediatrics*, 177(10), 1547–54.
- Bennis, Y., Wolber, A., Vinchon, M., Belkhou, A., Duquennoy-Martinot, V., and Guerreschi, P. (2016). Les craniosténoses non syndromiques non syndromic craniosynostosis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 61(5), 389–407.
- Benzies, K. M., Shah, V., Aziz, K., Isaranuwachai, W., Palacio-Derflinger, L., Scotland, and Lodha, A. (2017). Family integrated care (FICare) in level II neonatal intensive care units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 467.
- Borad, V., Cordes E.J., Liljeberg, K.M., Sylvanus, T.S., Lim, P.K., and Wood, R.J. (2019). Isolated lambdoid craniosynostosis. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(8), 2390-2392.
- Branch, L.G., Kesty, K., Krebs, E., Wright, L., Leger, S. and David, L. (2015). Argenta clinical classification of deformational plagiocephaly. *The Journal of Cranio Facial Surgery*, 26(3), 606-610.
- Cacciaguerra, G., Palermo, M., Marino, L. Rapisarda, F.A. Pavone, P., Falsaperla, R., and Marino, S. (2021). The evolution of the role of imaging in the diagnosis of craniosynostosis: a narrative review. *Children*, 8(9), 727.

- Carson, V., Lee, E.Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., and Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0-4 years). *BioMed Central Public Health*, 17(5), 854.
- Cavalier, A., Picot, M.C., Artiaga, C., Mazurier, E., Amilhau, M.O., Froye, E., and Picaud, J.C. (2011). Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. *Early Human Development*, 87(8), 537–543.
- Ceylan, S.S., ve Bolışık, B. (2017). Yenidoğan stres ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 97-103.
- Collett, B.R., Wallace, E.R., Kartin, D., Cunningham, M.L., and Speltz, M.L. (2019). Cognitive outcomes and positional plagiocephaly. *Pediatrics*, 143(2), 20182373.
- Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, B., H., ve Bolışık, B. (2018). *Pediatric hemşireliği*. (2. Baskı). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 57.
- Coughlin, M.E. (2016). Transformative nursing in the nicu trauma-informed age-appropriate care. *Springer Publishing Company*, 103-108.
- De Bock, F., Braun, V., and Renz-Polster, H. (2017). Deformational plagiocephaly in normal infants: a systematic review of causes and hypotheses. *Archives of Disease in Childhood*, 102(6), 535–542.
- DeGrazia, M., Giambanco, D., Hamn, G., Ditzel, A., Tucker, L., and Gauvreau, K. (2015). Prevention of deformational plagiocephaly in hospitalized infants using a new orthotic device. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 28–41.
- Ditthakasem, K., and Kolar J.C. (2017). Deformational plagiocephaly: a review. *Pediatric Nursing*, 43(2), 59–64.
- Ellwood, J., Draper-Rodi, J., and Carnes, D. (2020). The effectiveness and safety of conservative interventions for positional plagiocephaly and congenital muscular torticollis: A synthesis of systematic reviews and guidance. *Chiropractic & Manual Therapies*, 28(1), 1– 11.
- Engle, W.A. (2004). Age terminology during the perinatal period. *Pediatrics*, 114 (5), 1362-4.
- Flannery, A.M., Tamber, M.S., Mazzola, C., Jr, P.K., Baird, L.C., Tyagi, R., and Nikas, D. (2016). Congress of neurological surgeons systematic review and evidence-based guidelines for the management of patients with positional plagiocephaly: Executive summary. *Neurosurgery*, 79(5), 623–624.
- Gardner, S.L., Goldson, E., and Hernandez, J.A. (2016). The neonate and the environment impact on development. S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, J. A. Hernandez (Ed), *Merenstein&Gardner's Handbook of Neonatal Intensive Care*. (8th edition). St Louis: Elsevier, 262-314.

- Gomes, E., Santos, C., Santos, A., Silva, A., Frana, M., Romanini, D. S., and Costa, D. (2019). Autonomic responses of premature newborns to body position and environmental noise in the neonatal intensive care unit. *Respostas autonômicas de recém-nascidos prematuros ao posicionamento do corpo e ruídos ambientais na unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(3), 296–302.
- Gözen, D., ve Özakar, S. (2014). Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. *Florance Nightingale Journal of Nursing*, 21(3), 213-218.
- Gülgün, M. (2014). *Bebeğın yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışının aile üzerine etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin, 16.
- Hallberg, A.-C., Lindbladh, E., Petersson, K., Råstam, L., and Hakansson, A. (2005). Swedish child health care in a changing society. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 196–203.
- Hauck, F.R., and Tanabe, K.O. (2017). Beyond "Back to Sleep": Ways to further reduce the risk of sudden infant death syndrome. *Pediatr Annals*, 46(8), 284-290.
- Huffines, B., and Logston, M.C. (1997). The neonatal skin risk assessment scale for predicting skin breakdown in neonates. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 20(2), 103-114.
- Hussein, M.A., Woo, T., Yun, I.S., Park, H., and Kim, Y.O. (2018). Analysis of the correlation between deformational plagiocephaly and neurodevelopmental delay. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(1), 112–7.
- İncekar, Ç. M., ve Gözen, D. (2019). Preterm bebeklerde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım. *Journal of Health and Sport Sciences*, 2(1), 16-21.
- İnternet: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Genel Yayın Müdürlüğü (2017, 22 Mart). *Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ*. Web: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170322-31.htm> adresinden 18 Aralık 2022'de alınmıştır.
- İnternet: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (14 Kasım, 2022). *Preterm birth*. Web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> adresinden 29 Aralık 2022'de alınmıştır.
- İnternet: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Switzerland*, Web: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664> adresinden 11 Ocak 2023'de alınmıştır.
- İnternet: Sağlık Bakanlığı (2019). *Program istatistikleri*. Web: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/prem.pdf adresinden 22 Ocak 2023'de alınmıştır.

- Jung, B., K., and Yun, I., S. (2020). Diagnosis and treatment of positional plagiocephaly. *Archives of Craniofacial Surgery*, 21(2), 80-86.
- Kajdic, N., Spazzapan, P., and Velnar, T. (2018). Craniosynostosis - recognition, clinical characteristics, and treatment. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 18(2), 110-116.
- Kaya, A., Tutar-Güven, Ş., ve İşler-Dalgıç, A. (2018). Preterm yenidoğanların bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım uygulamalarında kanıta dayalı hemşirelik yaklaşımları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2(6), 96-115.
- Kim, E.H., Kim, K. E., Jeon, J., Sheen, Y. H., Lee, H.S., Yoon, S.Y., and Choi, K.M. (2020). Delayed motor development and infant obesity as risk factors for severe deformational plagiocephaly: A matched case–control study. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 582360.
- Kluba, S., Roskopf, F., Kraut, W., Peters, J.P., Calgeer, B., Reinert, S., and Krimmel, N. (2016). Malocclusion in the primary dentition in children with and without deformational plagiocephaly. *Clin Oral Investig*, 20(9), 2395–2401.
- Knight, S. (2019). Positional plagiocephaly/brachycephaly is associated with later cognitive and academic outcomes. *The Journal of Pediatrics*, 210, 239–42.
- Kochan, M., Leonardi, B., Firestine, A., McPadden, J., Cobb, D., Shah, T.A., Vazifedan, T., and Bass, T.W. (2019). Elevated midline head positioning of extremely low birth weight infants: effects on cardiopulmonary function and the incidence of periventricular-intraventricular hemorrhage. *Journal of Perinatology*, 39(1), 54-62.
- Lennartsson, F. (2011a). Testing guidelines for child health care nurse stop revert nonsynostotic plagiocephaly: a Swedish pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(6), 541–551.
- Lennartsson, F. (2011b). Developing guidelines for child health care nurses to prevent nonsynostotic plagiocephaly: Searching for the Evidence. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 348–358.
- Lennartsson, F. (2020). Nonsynostotic plagiocephaly: Prevention strategies in child health care. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), 3946.
- Lennartsson, F., and Nordin, P. (2019). Nonsynostotic plagiocephaly: a child health care intervention in skaraborg, Sweden. *BMC Pediatrics*, 19, 48.
- Lennartsson, F., Nordin, P., and Wennergren, G. (2016). Teaching parents how to prevent acquired cranial asymmetry in infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 252–61.
- Leung, A., Mandrusiak, A., Watter, P., Gavranich, J., and Johnston, L.M. (2018). Impact of parent practices of infant positioning on head orientation profile and development of positional plagiocephaly in healthy term infants. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 38(1), 1–14.

- Lim, J., and Hagen, E. (2019). Reducing germinal matrix-intraventricular hemorrhage: Perinatal and delivery room factors. *NeoReviews*, 20(8), 452-463.
- Linz, C., Kunz, F., Böhm, H., and Schweitzer, T. (2017). Positional skull deformities: Etiology, prevention, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(31-32), 535–542.
- Looman, W.S, and Flannery, A.B. (2012). Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, part I : assessment and diagnosis. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(4), 242–250.
- Loveday, B.P., and de Chalain, T.B. (2001). Active counterpositioning or orthotic device to treat positional plagiocephaly? *The Journal of Craniofacial Surgery*, 12(4), 308–313.
- Madlinger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Inder, T., and Pineda, R. (2014). The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*, 35(2), 490–497.
- Marshall, J.M., and Shahzad, F. (2020). Safe sleep, plagiocephaly, and brachycephaly: Assessment, risks, treatment, and when to refer. *Pediatric Annals*, 49(10), 440-447.
- Martiniuk, A.L., Vujovich-Dunn, C., Park, M., Yu, W., and Lucas, B.R. (2017). Plagiocephaly and developmental delay: a systematic review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 38(1), 67–78.
- Mawji, A., Vollman, A.R., Fung, T., Hatfield, J., McNeil, D.A., and Sauv e, R. (2014). Risk factors for positional plagiocephaly and appropriate time frames for prevention messaging. *Paediatrics & Child Health*, 19(8),423-7.
- Meyer-Marcotty, P., Böhm, H., Linz, C., Kochel, J., Blecher, C., Stellzig-Eisenhauer, A, and Schweitzer, T. (2014). Spectrum of positional deformities – is there a real difference between plagiocephaly and brachycephaly? *Journal of Cranio-maxillo-facial Surgery*, 42(6), 1010–6.
- Moon, R.Y., Carlin, R. F., and Hand, I. (2022). Evidence base for 2022 updated recommendations for a safe infant sleeping environment to reduce the risk of sleep-related infant deaths. *Pediatrics*, 150(1), 2022057991.
- Mortenson, P.A., and Steinbok, P. (2006). Quantifying positional plagiocephaly: reliability and validity of anthropometric measurements. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 17(3), 413–419.
- Moss, S.D. (1997). Nonsurgical, nonorthotic treatment of occipital plagiocephaly: what is the natural history of the misshapen neonatal head? *Journal of Neurosurgery*, 87(5), 667–670.
- Nahles, S., Klein, M., Yacoub, A., and Meyer, J., (2018). Evaluation of positional plagiocephaly: Conventional anthropometric measurement versus laser scanning method. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 46(1), 11-21.

- Noto, T., Nagano, N., Kato, R., Hashimoto, S., Saito, K., Miyabayashi, H., and Morioka, I. (2021). Naturel-course evaluation of infants with positional severe plagiocephaly using a three-dimensional scanner in Japan: Comparison with those who received cranial helmet therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 10(16), 3531.
- Orra S., Tadisina, K.K., Gharb, B.B., Rampazzo, A., Doumit, G. and Papay, F. (2015). The danger of posterior plagiocephaly. *Eplasty*, 15, ic26.
- Peng, N.H., Chen, L.L., Li, T.C., Smith, M., Chang, Y.S., and Huang, L.C. (2014). The effect of positioning on preterm infants' sleep-wake states and stress behaviours during exposure to environmental stressors. *Journal of Child Health Care*, 18(4), 314–325.
- Persing, J. (2017). Prevention and management of positional skull deformities in infants. *AmAcad Pediatr*, 112,199–202.
- Roberts, S. A. G., Symonds, J. D., Chawla, R., Toman, E., Bishop, J., and Solanki, G. A. (2017). Positional plagiocephaly following ventriculoperitoneal shunting in neonates and infancy—how serious is it? *Child's Nervous System*, 33(2), 275–280.
- Rohde, J., Goyal, N.K., Slovin, S.R., Hossain, J., Pachter, L.M., Di, and Guglielmo, M.D. (2021). Association of positional plagiocephaly and developmental delay within a primary care network. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 42(2), 128-134.
- Rosenbaum, T., Borusiak, P., Schweitzer, T., Berweck, S., Sprinz, A., Straßburg, H., and Klepper, J. (2014). Dynamische kopforthesen („helmtherapie“) stellungnahme der gemeinsamen therapie kommission der gesellschaftfür neuropädiatrieund der deutschen gesellschaftfür sozialpädiatrieund jugendmedizin 2012. *Neuropädiatrie in Klinik und Praxis*, 1, 4–9.
- Santiago, G.S., Santiago, C.N., Chwa, E.S., and Purnell, C.A. (2023). Positional plagiocephaly and craniosynostosis. *Pediatric Annals*, 52(1), 10-17.
- Sari, Ç., ve Altay, N. (2017). The validity and reliability of the Turkish version of the neonatal skin risk assessment scale. *Advances in Skin & Wound Care*, 30(3), 131-136.
- Seruya, M., Oh, A.K., Taylor, J.H., Sauerhammer, T.M., and Rogers, G.F. (2013). Helmet treatment of deformational plagiocephaly: The relationship between age at initiation and rate of correction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(1), 55–61.
- Shepherd, K.L., Yiallourou, S.R., Odoi, A., Brew, N., Yeomans, E., Willis, S., and Wong, F.Y. (2019). Effects of prone sleeping on cerebral oxygenation in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 204, 103– 110.
- Shweikeh, F., Nuño, M., Danielpour, M., Krieger, M.D., and Drazin, D. (2013). Positional plagiocephaly: an analysis of the literature on the effectiveness of current guidelines. *Neurosurgical Focus*, 35(4), 1.

- Steinberg, J.P., Rawlani, R., Humphries, L.S., Rawlani, V., and Vicari, F.A. (2015). Effectiveness of conservative therapy and helmet therapy for positional cranial deformation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 135(3), 833–842.
- Tamber, M.S., Nikas, D., Beier, A., Baird, L.C., Bauer, D.F., Durham, S., and Flannery, A.M. (2016). Guidelines: Congress of neurological surgeons systematic review and evidence-based guideline on the role of cranial molding orthosis (helmet) therapy for patients with positional plagiocephaly. *Neurosurgery*, 79(5), 632-633.
- Tarakçı, N., ve Altunhan, H. (2019). Taburculuğa hazırlanan preterm infantlarda kritik olmayan morfolojik deformiteler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(1), 16-21.
- Taş-Arslan, F., ve Akkoyun, S. (2019). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel bakım model ve uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(4), 468-473.
- Toso, B.R.G.O., Viera, C.S., Valter, J.M., Delatore, S., and Barreto, G.M.S. (2015). Validation of newborn positioning protocol in intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6),835-841.
- Törüner, K. E., ve Büyükgönenç, L. (2017). *Çocuk sağlığı: temel hemşirelik yaklaşımları*. (1. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 393.
- van Vlimmeren, L.A., van der Graaf, Y., Boore Boonekamp, M.M., L’Hoir, M.P., Helders, P.J., and Engelbert, R.H. (2007). Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: a prospective cohort study. *Pediatrics*, 119(2), e408-18.
- Wagner, C., Bulechek, G.M., Butcher, H.K., and Dochterman, J.M. (2017). *Hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC)* (F. Erdemir, S. Kav, ve A.A., Yılmaz, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 121.
- Wilbrand, J.F., Seidl, M., Wilbrand, M., Streckbein, P., Böttger, S., Pons-Kuehnemann, J., and Howaldt H.P. (2013). A prospective randomized trial on preventative methods for positional head deformity: physiotherapy versus a positioning pillow. *The Journal of Pediatrics*, 162(2), 1216–1221.
- Willis, S., Hsiao, R., Holland, R. A., Lee, K., and Pitetti, K. (2019). Measuring for nonsynostotic head deformities in preterm infants during NICU management: A pilot study. *Early Human Development*, 131, 56–62.
- Wittmeier, K., and Mulder, K. (2017). Time to revisit tummy time: a commentary on plagiocephaly and development. *Paediatric & Child Health*, 22(3), 159–61.
- Wu, Y., Wu, Z., Zhang, Y., Zhao, C., Yu, X., Yang, W., and Pan, Q. (2017). Efficacy of sleep position correction for treating infants with positional plagiocephaly. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*, 19(6), 688–692.
- Yang, W., Chen, J., Shen, W., Wang, C., Wu, Z., Chang, Q., and Zhang, Y. (2019). Prevalence of positional skull deformities in 530 premature infants with a corrected age of upto 6 months: a multicenter study. *BioMed Central Public Pediatrics*, 19(1), 520.

Zachry, A.H., Nolan, G. V., Hand, B.S., and Klemm A.S. (2017). Maternal and child health. *Journal Voliime*, 21(12), 2229–2236.





EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.08.2021-E.132421			
T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ Etik Komisyonu			
Sayı :	E-77082166-302.08.01-132421	10.08.2021	
Konu :	Bilimsel ve Eğitim Amaçlı		
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE			
İlgi :	31.05.2021 tarihli ve 14574941-199- 96358 sayılı yazı.		
İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Esra ŞAHİN'in, Prof. Dr. Naime ALTAY'ın danışmanlığında yürüttüğü "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Prematüre Bebeklere Uygulanan Pozisyon Verme ve İzlemin Deformasyonel Plagiosefali Gelişimine Etkisi" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 22.06.2021 tarih ve 11 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,			
İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.			
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.			
Araştırma Kod No: 2021 - 720			
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA Komisyon Başkanı			
Ek:1 Liste			
Belge Doğrulama Kodu :BSUZ1ST571		<small>Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Belge Takip Adresi : https://belgedogrulama.gazi.edu.tr/belgedogrulama.aspx</small>	
<small>Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76 İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/ Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr</small>		<small>Bilgi için :Escengül BOŞNAK Genel Evrak Sorumlusu Telefon No:03122022666</small>	
<small>Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.</small>			

EK-1. (devam) Etik Kurul Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 22.06.2021	TOPLANTI SAYISI : 11
ADI – SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN	
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülây BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	

EK-2. Kurum İzin Yazıları



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ETLİK ZÜBEYDE HANIM
KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN
HASTALIKLARI EAH TIBBİ EĞİTİM (EPK) BİRİMİ
22/12/2021 12:15 - E-90057706 - 799 - 497



Sayı : E-90057706-799
Konu : TUEK Başvurusu Hemş. Esra
ŞAHİN (Tez Çalışması)

Esra ŞAHİN
Hemşire

İlgi : 24.11.2021 tarih ve E - 0057706-000-6824 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarih sayılı dilekçesine istinaden Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ana bilim dalı yüksek lisans öğrencisi Hemşire Esra ŞAHİN'in Prof. Dr. Naime ALTAY danışmanlığında “ Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlenim deformasyonel plagiosefali gelişime etkisi” konulu tez çalışması 17.12.2021 tarihinde toplanan SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından incelenmiş olup, 14/11 no'lu karar yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN
Başhekim

Ek :
1 Adet TUEK Kararı
1 Adet Dilekçe
1 Adet İlgili Yazı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 31db98f5-7634-4d42-a292-9dac4367ab07 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH

Bilgi için: Doğan AYTAŞ

Telefon: Faks No: 03123220184

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

e-Posta: dogan.aytas@saglik.gov.tr İnternet Adresi: dogan.aytas@saglik.gov.tr

Telefon No: (0 312) 567 47 24



EK-2. (devam) Kurum İzin Yazıları



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

KARAR TARİHİ : 17.12.2021

KARAR NO : 14

KARAR

11. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ana bilim dalı yüksek lisans öğrencisi Hemşire Esra ŞAHİN'in Prof. Dr. Naime ALTAY danışmanlığında yapacağı " Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin deformasyonel plagiosefali gelişimine etkisi " konulu tez çalışması 24.11.2021 tarih ve 6824 sayılı dilekçesine istinaden Yenidoğan Kliniği Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. Nihal DEMİREL ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ tarafından tekrar değerlendirilmiş olup, hastanemizde yapılmasının kabulüne,

Karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salim ERKAYA

Prof. Dr. Şevki ÇELEN

Doç. Dr. Ayşen Sumru KAVURT
Eğitim GörevlisiDoç. Dr. Vakkas KORKMAZ
Eğitim Görevlisi

Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN

EK-2. (devam) Kurum İzin Yazıları

24.11.2021

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ETLİK ZÜBEYDE
HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - ETLİK ZÜBEYDE
HANIM KADIN HASTALIKLARI EAH EVRAK
KAYIT YAZI İŞLERİ BİRİMİ
24/11/2021 11:18 - F. 2057706-000-6824



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (SUAM) BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören prematüre bebeklerin gelişimsel açıdan izlemi için kliniğimizde haftada bir rutin olarak baş çevresi ölçümü yapılmaktadır ve bebeklere pozisyon verilmektedir. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Prematüre Bebeklere Uygulanan Pozisyon Verme ve İzlemin Bebeklerde Deformasyonel Plagiosefali Gelişimine Etkisi" adlı tez çalışmamda haftada bir baş ölçümü ve pozisyon verme uygulanacaktır, klinikteki rutin uygulanmalardan farklı bir uygulama yapılmayacaktır. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Hemşire

Esra Şahin

EKLER:

- 1- 1 Adet İlgili Yazı
- 2- 1 Adet TUEK Kararı

EK-2. (devam) Kurum İzin Yazıları

24.11.2021

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (SUAM) BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi gören prematüre bebeklerin gelişimsel açıdan izlemi için kliniğimizde haftada bir rutin olarak baş çevresi ölçümü yapılmaktadır ve bebeklere pozisyon verilmektedir. "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Prematüre Bebeklere Uygulanan Pozisyon Verme ve İzlemin Bebeklerde Deformasyonel Plagiosefali Gelişimine Etkisi" adlı tez çalışmasının kliniğimizde yapılması uygundur. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Eğitim Sorumlusu

Prof. Dr. Nihal Demirel

İdari Sorumlu

Prof. Dr. Aynur Yağmur Baş

EK-3. Yenidoğan ve Anne Tanımlayıcı Veri Formu

YENİDOĞAN VE ANNE TANIMLAYICI VERİ FORMU

Yenidoğanın;

1. Doğum Şekli: C/S () Spontan ()
2. Doğum Kilosu:
3. Gestasyon Haftası:
4. Cinsiyeti: Kız () Erkek ()
5. Tıbbi Tanısı:

Anneye Ait Tanımlayıcı Bilgiler;

6. Annenin Yaşı:
7. Annenin Gebelik Sayısı:
8. Annenin Prenatal Tanıları:
9. Annenin Natal Tanıları:

EK-4. Yenidoğan Tanımlayıcı Veri Takibi Çizelgesi

YENİDOĞAN TANIMLAYICI VERİ TAKİBİ ÇİZELGESİ

Ölçüm Günü	0. gün	8. gün	15. gün	22. gün	29. gün	35. gün	Taburculuk Günü (..... gün)
Beslenme Tipi (Oral, enteral, parenteral, diğer)							
Solunum Desteği (Var/yok) (Varsa; oksijen maskesi, CPAP/BİPAP maskeleri, nazal kanül, entübasyon tüpü, trakeostomi)							
Vasküler Katateri (Var/Yok) (Varsa; periferik intravenöz katater, piccline katateri, göbek katateri, santral venöz katater, arteriyel katater)							
Hareketlilik* (Tamamen hareketsiz, oldukça sınırlı, hafif sınırlı, sınırlama yok)							

* **Tamamen Hareketsiz:** Yardım olmadan vücutta ya da ekstremitte pozisyonunda hafif değişiklikler yapamaz
Oldukça Sınırlı: Vücutta ya da ekstremitte nadiren hafif değişiklikler yapar ancak bağımsız olarak sık sık değişiklik yapamaz.

Hafif Sınırlı: Bağımsız olarak vücutta ya da ekstremitte pozisyonunda sık ama hafif değişiklikler yapar.

Sınırlama Yok: Yardım olmadan pozisyonda büyük ve sık değişiklikler yapar (başını döndürmek gibi)

EK-5. Baş Çevresi Ölçüm ve İzlem Çizelgesi

BAŞ ÇEVRESİ ÖLÇÜM VE İZLEM ÇİZELGESİ

Ölçüm Günü	0.Gün	8.Gün	15.Gün	22.Gün	29.Gün	35.Gün	Taburculuk Günü (..... gün)
Baş Çevresi Uzunluğu (mm)							
Anteriordan Posteriora En Uzun Diyagonal Ölçüm							
Anteriordan Posteriora En Kısa Diyagonal Ölçüm							
CVA							

EK-6. Katılımcılar İçin Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

VELİ ONAM FORMU

Değerli Ebeveyn;

Yenidoğan Yoğun Bakımda tedavi gördüğü sürece bebeklere pozisyon verme ve izlem, kafatasının doğal şeklini korunmada oldukça önemlidir. Yenidoğan Yoğun Bakımda tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin bebeklerde kafatası şekil bozuklukları gelişimine etkisini değerlendirmek için bir çalışma planlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmadan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır ve kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Bilgilendirildim, çocuğumun ve kendimin bu çalışmaya katılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının Adı- Soyadı:

İmza:.....

Araştırmayı Yürüten Kişiler

Prof. Dr. Naime Altay

Hemşire Esra Şahin

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

EK-6. (devam) Katılımcılar İçin Gönüllü Olur Formu (Müdahale Grubu)

VELİ ONAM FORMU

Değerli Ebeveyn;

Yenidoğan Yoğun Bakımda tedavi gördüğü sürece bebeklere pozisyon verme ve izlem, kafatasının doğal şeklini korunmada oldukça önemlidir. Kafatası şekil bozuklukları ileriki dönemlerde bebeğinizin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

Yenidoğan Yoğun Bakımda tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin bebeklerde kafatası şekil bozuklukları gelişimine etkisini değerlendirmek için bir çalışma planlanmıştır. Bebeğinize kafatası şeklini korumak amacıyla iki saatte bir pozisyon verilecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmadan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır ve kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Bilgilendirildim, çocuğumun ve kendimin bu çalışmaya katılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmza:.....

Araştırmayı Yürüten Kişiler

Prof. Dr. Naime Altay

Hemşire Esra Şahin

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

EK-7. Çalışmaya Katılacak Hemşirelerin Eğitimi

Konu	Konu İçeriği	Eğitim Yöntemi	Eğitim Materyalleri
Araştırmanın Tanımı	Prematüre doğum oranları her geçen gün giderek artmaktadır. Prematüre bebekler fizyolojik yetersizlikleri ve tıbbi komplikasyonlar nedeniyle birçok sağlık sorunu açısından risk altındadır. Bundan dolayı prematüre bebekler intrauterin hayattan ekstrauterin hayata adaptasyon sürecini YYBÜ’de geçirmektedirler. YYBÜ’de uzun süreli yatışın neden olabildiği risk faktörlerinden biri plagiosefalidir. Araştırmada YYBÜ’de tedavi gören prematüre bebeklere uygulanan pozisyon verme ve izlemin bebeklerde DP gelişimine etkisi incelenecektir.	Anlatım, Soru-Cevap	Powerpoint sunum
Plagiosefali Nedir?	Plagiosefali, çeşitli nedenlerle meydana gelen kraniyumun asimetrik deformasyonudur. Sinostotik ve sinostotik olmayan plagiosefali şeklinde iki tip olarak sınıflandırılır (Bennis ve diğerleri, 2016). Sinostatikplagiosefali (SP),kraniya lsüturların erken kapanmasından kaynaklanmaktadır (Robert ve diğerleri, 2017). Pozisyonel veya deformasyonel plagiosefali (DP) ise sinostotik olmayan plagiosefali (SOP) olarak tanımlanır ve kafatasının sütürleri normaldir, kafatasının büyümesi genellikle engellenmez ancak kafatasında asimetrik deformasyonlar meydana gelir.	Anlatım, Soru-Cevap	Powerpoint sunum, resimler
Plagiosefalinin Önlenmesi	Hemşirelik bakımı içerisinde yer alan bebeğe doğru pozisyon verme, uyanırken prone pozisyonuna çevirme, supine pozisyonunda bebeğin başına sol ve sağ oksiputlar değiştirilerek pozisyon verilmesi, biberon ile beslenen bebeklerde dönüşümlü olarak iki taraftan beslenmenin yapılması, iki saatte bir pozisyon değişiklikleri yapılması ile DP önlenmektedir.	Anlatım, Soru-Cevap	Powerpoint sunum, resimler
Araştırmada Yapılması Planlanan Uygulama	Prematüre bebeklerin başlarını hareket ettirme yetenekleri zayıftır ve daha uzun bir uyku süresine ihtiyaç duyarlar. Başlarını serbestçe döndürememeleri nedeniyle baş, uzun süre yatağa doğru bastırılır böylece kafatası giderek daha fazla deforme olmaktadır. Araştırmada DP riski fazla olan YYBÜ’de tedavi gören prematüre bebeklere iki saatte bir pozisyon verilmesinin DP gelişimine etkisi incelenecektir. APA’nın önerileri rehberliğinde bebeklere supine, prone ve sağ/sol lateral pozisyon verilecektir. Bebeklerin pozisyonları steril rulolar ile desteklenecektir.	Anlatım, Soru-Cevap, Demonstrasyon	Powerpoint sunum, bebek maketi, steril rulo



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..



Gazili olmak ayrıcalıktır

