

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA KÜVET BANYO İLE
SİLME BANYONUN YENİDOĞAN FİZYOLOJİK
DEĞİŞKENLERİNE VE KONFORUNA ETKİSİ**

Halil İbrahim TAŞDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2017-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA KÜVET BANYO İLE
SİLME BANYONUN YENİDOĞAN FİZYOLOJİK
DEĞİŞKENLERİNE VE KONFORUNA ETKİSİ**

Halil İbrahim TAŞDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine EFE

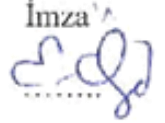
“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2017-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 13/01/2017

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Emine EFE
Akdeniz Üniversitesi

İmza


Üye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi



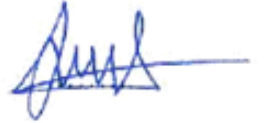
Üye : Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Atatürk Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Narin DERİN

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
Halil İbrahim TAŞDEMİR
İmza

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Emine EFE
İmza

TEŐEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, g¼ler y¼z¼n¼ hiç eksik etmeyen, değerli katkılarıyla çalışmaya ışık tutan ve öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Emine Efe'ye,

Y¼ksek Lisans eğitimim boyunca g¼ler y¼z¼n¼ ve bilgisini eksik etmeyen değerli hocam Doç. Dr. Ayřeg¼l İşler Dalgıç'a,

Araştırmanın İstatistiksel analizinde ve değerlendirilmesinde g¼stermiř olduğu her t¼rl¼ destek, sabır ve emekten dolayı sayın hocam Prof. Dr. Mehmet Ziya Fırat'a,

Değerleri g¼r¼ř ve katkılarından ötür¼ sayın Prof. Dr. Sebahat G¼z¼m ve Prof. Dr. Duygu Arıkan'a

Y¼ksek Lisans eğitimim s¼resince yardımlarını eksik etmeyen Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ mensuplarına,

Birlikte zevkle çalışma imkanı bulduğum, her bir girişim hastası için sabırla bekleyen ve her aşamada yanımda olan g¼zel insan Araç. Gör. Deniz Demet'e,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen, bana g¼ç veren ve bu g¼nlere gelmemde en b¼y¼k pay sahibi olan y¼ce g¼n¼ll¼ ANNEM, BABAM ve KARDEŐLERİME,

Uygulamalar sırasında çok keyifli zamanlar geçirdiğim birbirinden g¼zel bebeklere ve onların değerli ebeveynlerine sonsuz teőekk¼rler.

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı, prematüre yenidoğanlarda küvet banyo ile silme banyo yöntemlerinin yenidoğanın fizyolojik değişkenlerine (oksijen saturasyonu, kalp atım hızı, vücut sıcaklığı, solunum sayısı) ve konforuna etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma, randomize deneysel kontrollü tipte yapılmıştır. Araştırma, Kasım 2015-Kasım 2016 tarihleri arasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesi'nde tedavi ve bakım alan, seçim kriterlerine uyan prematüre yenidoğanlar ile (n=120) uygulanmıştır. 1. girişim grubundaki (n=60) yenidoğanlara küvet banyo, 2. girişim grubundakilere silme banyo yöntemi uygulanmıştır (n=60). Her iki gruptaki prematüre yenidoğanların işlemden 10 dakika önce fizyolojik değişkenleri ve konforu değerlendirilmiştir. İşlemden 10 dakika sonra primer ve yardımcı araştırmacı tarafından yenidoğanların konforu değerlendirilmiştir. İşlem bittikten 15 ve 30 dakika sonra fizyolojik değişkenleri tekrar değerlendirilmiştir. Araştırmada, etik kurul, kurum ve ailelerden yazılı izin alınmıştır. Elde edilen veriler, yüzdelik dağılımlar, ortalama, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, ileri analiz olarak bonferroni analizi ve bağımlı gruplarda t testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Küvet banyo yönteminin, silme banyo yöntemine göre yenidoğanın kalp atım hızını anlamlı düzeyde normal sınırlarda daha fazla azalttığı bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki yöntemin yenidoğanın solunum sayısını düşürdüğü, bununla birlikte banyo yöntemleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Her iki banyo yönteminin yenidoğanın oksijen saturasyonunu arttırdığı ve banyo yöntemleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Küvet banyo yöntemi uygulanan prematüre yenidoğanların silme banyo yöntemi uygulananlara göre vücut ısılarını anlamlı düzeyde koruduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Küvet banyo uygulanan yenidoğanların konforunun silme banyo uygulananlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde 32-37 hafta preterm yenidoğanlara küvet banyosu güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, prematüre, banyo, konfor, hemşire

ABSTRACT

Objective: The purpose of the study is to examine the effect of the bath tub and the sponge bath on the physiological variables of the newborn (oxygen saturation, heart rate, body temperature, respiration rate) and comfort in preterm infants.

Method: The study was conducted randomly on experimental controlled type. The study was conducted between November 2015 and November 2016 with premature newborns (n = 120) who received treatment and care in the neonatal intensive care unit and met selection criteria. Newborns in the first attempt group (n = 60) were given tub bathing, and the second attempt group was sponge bathing method (n = 60). Physiological variables and comfort were assessed 10 minutes before the procedure for premature newborns in both groups. Ten minutes after the procedure, the comfort of the newborns was assessed by the primary and secondary investigator. After 15 and 30 minutes, the physiological variables were reevaluated. In the survey, written consent was obtained from the ethics committee, institutions and families. The obtained data were analyzed by means of percentage distributions, mean, variance analysis in repeated measures, bonferroni analysis as a further analysis and t test in dependent groups.

Results: The tub bath method was found to significantly reduce the heart rate of the newborn at a significantly higher level than the sponge bath method ($p < 0.05$). It was determined that both methods reduced the number of newborns breathing and there was no difference between the bathing methods ($p > 0.05$). Both bathing methods increased the oxygen saturation of the newborn and there was no difference between bathing methods ($p > 0.05$). It was determined that premature newborns who applied tub bathing method had significantly higher body temperature than those who sponge bathing method ($p < 0.05$). The tub bathing was found that the comfort of newborns applied was significantly higher than those of the sponge baths ($p < 0.05$).

Conclusion: Newborn intensive care units can be applied safely to the newborns for 32-37 weeks preterm bath tub.

Key words: Newborn, premature, bath, comfort, nurse

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar	vi
ŞEKİLLER	viii
SİMGELELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Yenidoğan Dönemi	3
2.1.1. Yenidoğanın Sınıflandırılması	4
2.1.1.1. Gestasyon Haftasına Göre Sınıflandırma	4
2.1.1.2. Doğum Ağırlığına Göre Sınıflandırma	4
2.1.1.3. Doğum Ölçülerine(ağırlık, boy, baş çevresi) Göre Yenidoğanlar	5
2.2. Prematürenin Tanımı ve Görülme Sıklığı	6
2.3. Prematüre Nedenleri	8
2.4. Prematürelerin Özellikleri	8
2.4.1. Prematürelerin Fiziksel Özellikleri	9
2.4.2. Prematürelerin Fizyolojik Özellikleri	10
2.5. Prematürelerin Fizyolojik Bulguları	11
2.5.1. Termoregülasyon, Vücut Isısı-Ölçümü	11
2.5.2. Kalp Atım Hızı	15
2.5.3. Solunum Fonksiyonu	16
2.5.4. Oksijen Saturasyonu	17
2.6. Yenidoğanın Bakım Gereksinimleri	18
2.7. Yenidoğanın Cilt Bakımı	19
2.7.1. Yenidoğan Banyosu	21
2.7.1.1. Silme Banyosu	24
2.7.1.2. Küvet Banyosu	26
2.8. Hemşirelikte Kuram Kullanımı	28
	iii

2.9. Konfor Kuramı	29
2.9.1. Kavram olarak konfor	31
2.9.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Konfor ve Hemşirenin Rolü	34
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın şekli	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	36
3.4. Araştırma Grubu Seçim Kriterleri	37
3.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları	37
3.5.1. Ölçek Güvenirliği ve İç tutarlık	40
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Uygulama Aşamaları	41
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	47
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.9. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler ve Sınırlılıklar	47
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	48
3.11. Tezin Yürütülmesinde İşbirliği Yapılan Kurumlar	48
4. BULGULAR	
4.1. Prematüre Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
4.2. Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı, Solunum Sayısı, Oksijen Saturasyonu ve Vücut Sıcaklıklarına İlişkin Bulgular	53
4.3. Prematüre Yenidoğanların Konfor Davranışlarına İlişkin Bulgular	68
5. TARTIşMA	
5.1. Silme ve Küvet şeklinde Banyonun Yenidoğanların Kalp Atım Hızı Üzerine Etkisi	75
5.2. Küvet ve Silme şeklinde Banyonun Yenidoğanların Solunum Sayısı Üzerine Etkisi	76
5.3. Küvet ve Silme şeklinde Banyonun Yenidoğanların Oksijen Saturasyonu Üzerine Etkisi	77
5.4. Küvet ve Silme şeklinde Banyonun Yenidoğanların Vücut Sıcaklığı Üzerine Etkisi	78

5.5. Küvet ve Silme Şeklinde Banyonun Yenidoğanların Konforları zerine Etkisi	80
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
KAYNAKLAR	
EKLER	
EK-1. Ebeveyn Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-2. Fizyolojik Değişkenler İzlem Formu	
EK-3. Yenidoğan Tanıtım Formu	
EK-4. Oda Isısı, Nemi ve Küvöz Isısı Formu	
EK-5. Yenidoğan Konfor Davranış lçeği	
EK-6. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Araştırma İzin Yazısı	
EK-7. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	
EK-8. Yenidoğan Konfor Davranış lçeği Kullanım İzni	
EK-9. Tez Projesi neri Formu	
EK-10. zgeçmiş	

TABLULAR DİZİNİ

Tablo

2.1.	WHO'ya Göre Prematürelerin Gestasyon Haftalarına Göre Sınıflandırılması	7
2.2.	Prematürelğe Neden Olan Faktörler	8
2.3.	Farklı Doğum Ağırlıklı Yenidoğanlar İçin Günlere Göre Uygun Kuvöz Isıları	14
2.4.	Prematüre, Term Yenidoğan ve Erişkin Derisinin Fonksiyonel Özelliklerinin Karşılaştırılması	20
2.5.	Birinci Evre Konfor Düzeyleri	31
3.1.	İç Tutarlılık ve Madde Güvenilirliği Analizi	40
4.1.	Banyo Yöntemine Göre Prematüre Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımının Karşılaştırılması	49
4.2.	Banyo Yöntemine Göre Prematüre Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	51
4.3.	Küvet ve Silme Banyo Gruplarındaki Yenidoğanların Tıbbi Tanılarının Dağılımı	52
4.4.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı, Solunum Sayısı, Oksijen Saturasyonu ve Vücut Sıcaklıkları Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
4.5.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı Ortalamaları	56
4.6.	Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması	57
4.7.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Solunum Sayısı Ortalamaları	59
4.8.	Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Solunum Sayısı Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması	60
4.9.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Oksijen Saturasyonu Ortalamaları	62

4.10.	Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Oksijen Saturasyonu Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması	63
4.11.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Vücut Sıcaklığı Ortalamaları	65
4.12.	Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Vücut Sıcaklığı Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması	66
4.13.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Konfor Davranışları Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	69
4.14.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Konfor Puanı Ortalamaları	72
4.15.	Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Konfor Puanı Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil

2.1.	Lubchenko'nun intrauterin büyüme eğrisi	6
2.2.	Yenidoğan Silme Banyosu	26
2.3.	Yenidoğan Küvet Banyosu1	26
2.4.	Yenidoğan Küvet Banyosu2	28
2.5.	Konfor Kavramının Taksonomik Yapısı	33
4.1.	Küvet ve Silme Banyo Gruplarındaki Yenidoğanların Tıbbi Tanılarının Dağılımı	52
4.2.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı Ortalamaları	58
4.3.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Solunum Sayısı Ortalamaları	61
4.4.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Oksijen Saturasyonu Ortalamaları	64
4.5.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Vücut Sıcaklığı Ortalamaları	67
4.6.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Konfor Davranış Ölçeği Madde Ortalamaları	71
4.7.	Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Total Konfor Puan Ortalamalarının Dağılımı	74

SİMGELER ve KISALTMALAR

AAP:	American Academy of Pediatrics
AGA:	Appropriate for Gestational Age
AWHONN:	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
DDA:	Düşük Doğum Ağırlığı
ELBW:	Extremely Low Birth Weight
IUGG:	İntrauterin Gelişme Geriliği
KAH:	Kalp Atım Hızı
LBW:	Low Birth Weight
LGA:	Large for Gestational Age
p:	Önemlilik
RDS:	Respiratuar Distres Sendrom
SAS:	Statistical Analysis Software
SGA:	Small for Gestational Age
SO₂:	Oksijen Saturasyonu
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
SS:	Standart sapma
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VLBW:	Very Low Birth Weight
YYBÜ:	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
WHO:	World Health Organization
gr:	Gram
°C:	Santigrat Derece
%:	Yüzde

1. GİRİŞ

Prematürelilik, yenidoğan yoğun bakım ünitesine en önemli kabul nedenidir (Askın ve Wilson, 2007). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012’de yayımlanan ve 184 ülkenin yer aldığı “Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu”na göre, dünyada prematüre doğum oranı %5-18 arasında değişmektedir. Türkiye’de ise %11.97 olarak belirtilmektedir (Born Too Soon, 2012). Dünyada 5 yaş altı ölüm nedenleri içinde prematürelilik %17 ile ikinci sırada, Türkiye’de ise %24 ile ilk sırada yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü verileri, 2013).

Preterm yenidoğanların doğum ağırlığı ve gestasyon yaşı ne kadar küçük ise sistemlerin olgunlaşma eksikliği ve prematürelilik komplikasyonlarına yatkınlığı da o kadar fazladır (Onay, 2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki (YYBÜ) prematüre yenidoğanlar, aşırı gürültü ve ışık seviyeleri, sıkça uygulanan tıbbi veya hemşirelik girişimleriyle ağırlı uyaranlar da dahil olmak üzere çok sayıda stres faktörü uyarılar ve anneden ayrılmaya bağlı sıkıntılar yaşamaktadırlar (Montirosso ve ark., 2012). Yenidoğan yoğun bakım üniteleri için vazgeçilmez olan yararlı ve gerekli hemşirelik girişimleri ve işlemler sağlıklı prematüre yenidoğanlarda bile fizyolojik ve davranışsal tepkilere yol açabilmektedir (Lee, 2002; Liaw, 2006; Bulut, 2009; Blume-peytavi ve ark., 2016). Hemşirelik bakımının prematüre yenidoğanlarda en az strese yol açacak şekilde geliştirilmesi gerekmektedir çünkü stres, yenidoğanların sağlığını ve büyümesini etkiler ve iyileşmeyi yavaşlatır (Liaw, 2006). Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik girişimleri uygulanarak hasta konfor düzeyinin artırılması profesyonel hemşirelik bakımının ayrılmaz bir bileşenidir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşiresi, bebeğin fizyolojik sorunlarına çözüm getirmeli, bebeğin stres düzeyini azaltmak için konfor düzeyini arttırmalı ve bebeğin bulunduğu ortamın iyileştirilmesini sağlamalıdır (Sarı, 2013; Aydın ve Çiftçi, 2015). Prematüre yenidoğan, hemşirenin bakım verme müdahalelerine ilişkin kararlarından önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu nedenle, prematüre yenidoğanlar için hemşirelik bakımı kanıta dayalı araştırmalarla yönlendirilmelidir.

Yoğun bakım ünitelerinde stresin/ağrının uygun ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi ve girişimsel ağrının yönetiminde farmakolojik ya da farmakolojik

olmayan yöntemlerin kullanılması hasta konfor düzeyinin artırılmasında önem taşımaktadır (Titler, 2001; Kolcaba and Dimarco, 2005; Sarı, 2013).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde en yaygın yapılan uygulamalardan birisi yenidoğanlara küvet ya da silme banyo işleminin yaptırılmasıdır. Çok sayıda çalışma sonucu, bebeğe zarar vermeden banyo işleminin gerçekleştirilebileceğini açıkça ortaya koymuştur (Darmstadt, 2000; Bryanton, 2004; Medveys ve O'Brein, 2004; Batels ve ark., 2009; Loring, 2012; Erdaki ve ark. 2014; Blume Peytavi ve ark., 2016). Silme banyoyla karşılaştırıldığında, küvet banyo uygulamalarının birçok avantajı olduğu gösterilmiştir. Banyonun hijyen açısından elde ettiği faydalar açık olsa da, diğer faydaları ile ilgili çalışmalar da yapılmaktadır. Genel olarak banyonun psikolojik yararları iki kategoriye ayrılabilir. Birinci olarak, banyo yapmak bebeğe keyifli bir deneyim sunmak ve yenidoğan ile ebeveyn veya bakım verenin arasındaki bağın desteklenmesinde büyük öneme sahiptir (Darmstadt ve Dinulos, 2000; Bryanton, 2004). İkinci olarak, sayısız çalışma, banyo yapmanın yenidoğanda sakinleştirici ve yatıştırıcı bir deneyim olabileceğini göstermiştir (Darmstadt ve Dinulos, 2000; Correa ve ark, 2004; Liaw, 2006; Bryanton, 2004; Erdaki ve ark., 2014).

Bu bilgiler ışığında araştırmanın amacı, prematüre yenidoğanlarda küvet banyo ile silme banyo yönteminin yenidoğanın fizyolojik değişkenlerine (kalp atım hızı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı) ve konforuna etkisini incelemektir.

Araştırmanın Hipotezleri:

1. Hipotez. H_1 : Prematüre yenidoğanlara uygulanan küvet banyosu ile silme banyosunun yenidoğanın kalp atım hızına etkileri arasında fark vardır.
2. Hipotez. H_1 : Prematüre yenidoğanlara uygulanan küvet banyosu ile silme banyosunun yenidoğanın solunum sayısına etkileri arasında fark vardır.
3. Hipotez. H_1 : Prematüre yenidoğanlara uygulanan küvet banyosu ile silme banyosunun yenidoğanın oksijen saturasyonuna etkileri arasında fark vardır.
4. Hipotez. H_1 : Prematüre yenidoğanlara uygulanan küvet banyosu ile silme banyosunun yenidoğanın vücut sıcaklığına etkileri arasında fark vardır.
5. Hipotez. H_1 . Prematüre yenidoğanlara uygulanan küvet banyosu, silme banyosuna göre yenidoğan konforunu artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yenidoğan Dönemi

Yenidoğan dönemi, yaşamın ilk 28 günlük dönemi içine almaktadır (Conk ve ark., 2013). Doğumla birlikte yenidoğanların her yönden dış dünyaya uyum süreci başlamaktadır. Birçok yenidoğan bu süreci sağlıklı bir şekilde tamamlayarak yaşamına devam etmektedir, (Törüner ve Büyükgönel, 2012) Fakat yenidoğanların bazıları perinatal ve neonatal nedenlerden dolayı yenidoğan döneminde yaşamsal desteğe ihtiyaç duyabilmekte bazen de kaybedilmektedir (Alay, 2016).

Bebek ölümlerinin dörtte üçü önlenabilir nedenler, hastalıklar ya da eksikliklerden kaynaklanmaktadır (Lissauer ve Fanaroff, 2013). Erken doğumdan sonra respiratuar distres sendromu, intraventriküler kanama, perinatal asfiksi/hipoksik iskemik ensefalopati, pnömotoraks, nekrotizan enterokolit, postmatürite, doğum travması, mekonyum aspirasyon sendromu, intrauterin enfeksiyonlar yenidoğan döneminde en sık rastlanan temel ölüm nedenlerindedir (Neyzi ve Ertuğrul, 2010; Korkmaz ve ark., 2013).

Tıbbi teknolojinin ilerlemesiyle beraber neonatal ölümlerdeki azalmalar dikkati çekmektedir (Liaw ve ark., 2006; Meeks ve ark., 2012). Bu nedenle yenidoğanın dış dünyaya uyumunda sağlık çalışanlarının desteği önemli bir yer teşkil etmektedir. Doğum odasında doğru ve zamanında müdahale, ebeveyn ve yenidoğan beslenmenin desteklenmesi ve yenidoğan bakımındaki gelişmelerle birlikte neonatal mortalitede azalma saptanmıştır (TNSA, 2013; Zenciroğlu ve Koç, 2014). Sağlık Bakanlığı verilerine göre neonatal (yenidoğan) ölüm hızı 2008'de binde 13, 2009'da binde 10 iken 2013'te binde 4,2 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009; Sağlık Bakanlığı, 2013; Zenciroğlu ve Koç, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu ise neonatal ölüm hızını 2009 da binde 8,9; 2010'da binde 7,6; 2011'de binde 7,3; 2012'de binde 7,6 olarak açıklanmış olup bir ayını tamamlayamadan ölen bebeklerin oranı 2014 yılında %67,1 iken 2015 yılında %64,2 olmuştur. Ölen bebeklerin 2015 yılında %13,4'ünün ilk gün, %30,2'sinin 1-6 günlük iken, %20,6'sının ise 7-29 günlük iken yaşamını yitirdiği görülmüştür (TÜİK, 2013,2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Türkiye'de neonatal ölüm hızı 2009'da binde 10,8; 2010'da 10,1; 2011'de 9,3; 2012'de 8,7; 2013'te 8,1; 2014'te 7,5 olarak açıklanmıştır (WHO, 2013).

Yenidoğanın gebelik haftası ve doğum ağırlığı mortalite ve morbidite için oldukça önemli parametrelerdir (Hasanoğlu ve ark., 2010). Yenidoğan kliniklerinde yenidoğanın gebelik haftası, doğum ağırlığı, boy ve baş çevresi gibi parametrelerden yararlanılarak çeşitli sınıflandırmalar yapılmaktadır.(Adams ve Towle, 2010; Wong, 2011)

2.1.1. Yenidoğanın Sınıflandırılması

Doğum ağırlığı, baş çevresi ve boy ölçümleri prenatal gelişimi ve tanımlanması, perinatal mortalite ve morbidite ile yakından ilişkilidir, (Sarıkaya-Karabudak ve Ergün,2013) Bu ölçümler yaygın olarak kullanılan, yenidoğan dönemi boyunca yakın izlem ve değerlendirme gerektiren önemli klinik göstergelerdir (Fok ve ark., 2003).

2.1.1.1. Gestasyon Haftasına Göre Sınıflandırma

Normal gebelik süresi (gestasyon) annenin son adet kanamasının başladığı tarihten doğuma kadar geçen süredir. Bu süre normalde 40 haftadır. Ancak uygulamada 38 ile 42 hafta arası normal kabul edilmektedir. (Dağoğlu ve Görak 2008; Wong, 2011; Törüner ve Büyükgönenç, 2012) Yenidoğanlar gestasyon haftasına göre;

Prematüre/preterm yenidoğan: Son adet tarihinin ilk gününden itibaren doğuma kadar olan gebelik süresinin 258 gün ve 258 günün altında bulunmasına veya 37. haftanın son günün tamamlanmasından önce doğan bebeğe denir (Törüner ve Büyükgönenç, 2012; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün,2013).

Term Yenidoğan: Gebelik süresince 38-42 gestasyonel hafta içinde doğan bebeklerdir.

Postmatür/Postterm Yenidoğan: 42. gestasyonel haftanın tamamlanmasından sonra doğan bebeklerdir (Engle, 2006; Törüner ve Büyükgönenç, 2012).

2.1.1.2. Doğum Ağırlığına Göre Sınıflandırma

Bu sınıflandırma, yenidoğanı değerlendirmede tek başına yeterlidir. Uygulamada oldukça sık kullanılan bir ölçümdür. Yenidoğanın gestasyonel haftasına bakılmaksızın doğum ağırlığına göre yapılan sınıflandırma üç grupta incelenir.

Düşük doğum ağırlığı (Low birth weight - LBW): 1500-2500 gram arasında doğan bebekler düşük doğum ağırlıklı olarak adlandırılmaktadır.

Çok düşük doğum ağırlığı (Very low birth weight - VLBW): 1000-1500 gram arasında doğan bebekler çok düşük doğum ağırlıklı olarak adlandırılmaktadır.

Aşırı düşük doğum ağırlığı (Extremely very low birth weight - ELBW) : 1000 gram altında doğan bebekler aşırı düşük doğum ağırlıklı olarak adlandırılmaktadır (Can, 2002; Aydın, 2006;Çiğdem, 2006; Görak, 2008).

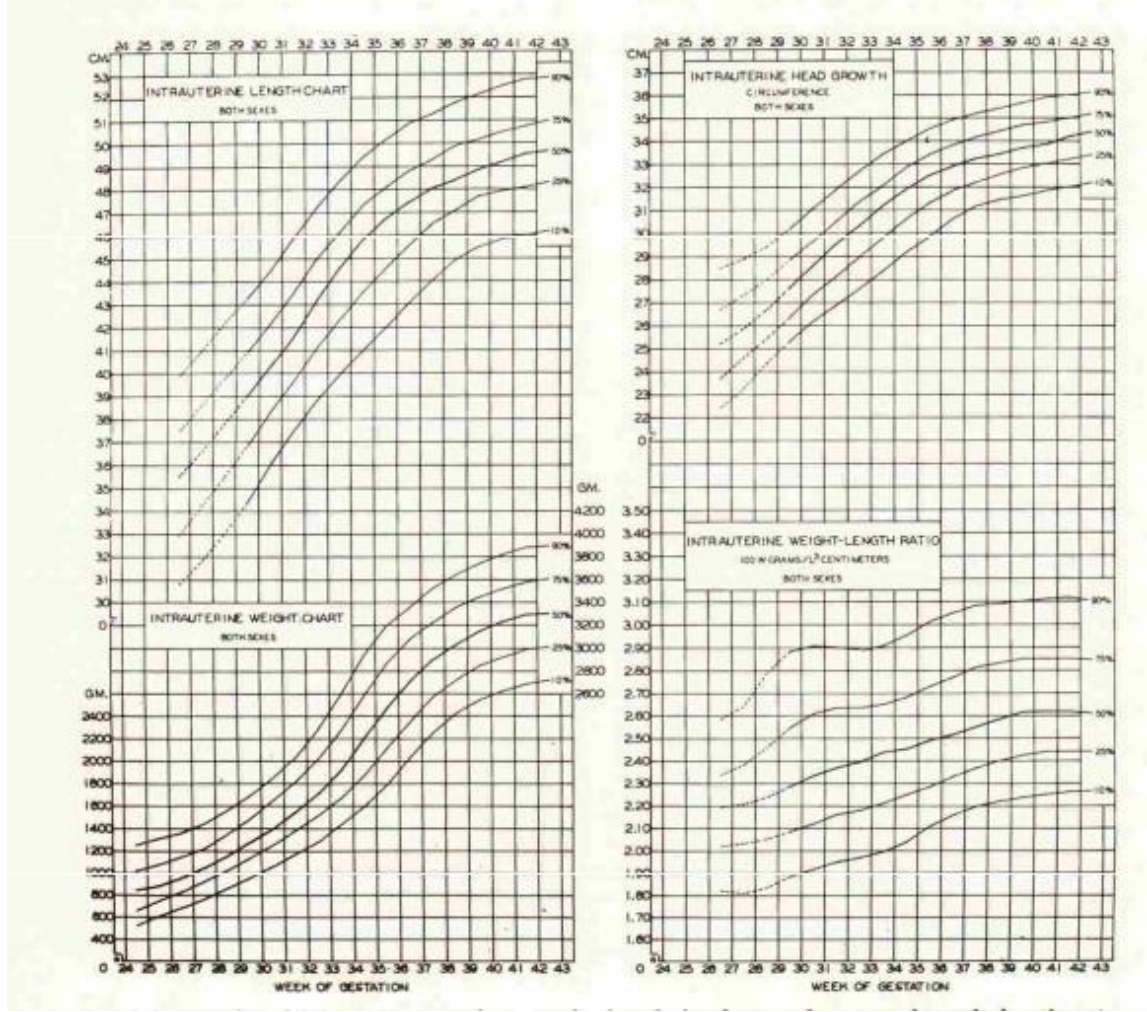
2.1.1.3. Doğum Ölçülerine (ağırlık, boy, baş çevresi) Göre Yenidoğanlar

Doğum ölçülerine göre sınıflama yapılırken farklı terimler kullanılır. Bebeğin doğum ağırlığı, boyu, baş çevresinin tanımlanmasını sağlayan standart grafik eğrileri vardır (persentil eğrileri). Bu eğriler kullanılarak aynı gestasyon haftasındaki ve cinsiyetteki yenidoğanlarda baş çevresi, ağırlık ve boy karşılaştırılarak fetusun büyüme gelişmesi hakkında bilgi edinilmektedir (Sarıkaya-Karabudak ve Ergün,2013; U.S. National Library of Medicine, 2013). Gestasyon yaşına göre sınıflandırmalar farklılık gösterse de en yaygın kabul edilen sınıflama Lubchenco'nun yaptığı sınıflamadırın (Şekil 1) (Kurtoğlu, 2011). İntrauterin büyüme eğrilerinin ilk örneği Lubchenco ve arkadaşları tarafından denizden 1,600 metre yükseklikteki Denver kentinde yapılmış, 1966'da yayınlanmıştır (Lubchenco ve ark., 1966). Bu sınıflamaya göre yenidoğanlar üç gruba ayrılır.

Gestasyon Yaşına Göre Küçük Yenidoğan (Small for Gestational Age - SGA) : Gestasyonel haftasına göre az gelişim gösteren, gestasyonel haftasına göre ağırlığı, boy ve baş çevresi 10. persantil altında olan bebeklerdir.

Gestasyon Yaşına Uygun Yenidoğan (Appropriate for Gestational Age - AGA): Gestasyonel haftasına göre ağırlığı, boy ve baş çevresi 10.-90. persantil arasında olan, normal gelişim gösteren bebeklerdir.

Gestasyon Yaşına Göre Büyük Yenidoğan (Large for Gestational Age - LGA) : Gestasyonel haftasına göre ağırlığı, boy ve baş çevresi 90. persantilin üzerinde olan, gestasyonel haftaya göre fazla gelişim gösteren bebeklerdir (Lubchenco ve ark., 1966; Meeks ve ark., 2012; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün,2013).



Şekil 2.1. Lubchenko'nun intrauterin büyüme eğrisi

2.2. Prematürenin Tanımı ve Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, son adet tarihinin ilk gününden itibaren 37. gestasyonel haftasını tamamlamadan doğan bebekler doğum ağırlığına bakılmaksızın prematüre olarak kabul edilmektedir (WHO 2013). Prematür doğmuş olmak fetus için olağan bir durum değildir. 30 hafta veya daha düşük gestasyonel yaş gibi erken doğan yenidoğanlar sağkalım ve daha sonraki yaşamının kalitesi bakımından tedaviye ve bakıma ihtiyaçları vardır. Perinatal tıptaki olumlu gelişmelere rağmen, ABD de son iki dekat boyunca preterm doğumlar artış göstererek 2006 da %12.8 lik yüksek canlı doğum oranına ulaşmıştır (Martin ve ark., 2009). Bu da şu anlama gelmektedir; yıl boyunca dakikada bir preterm doğuma denk gelmektedir. Toplum sağlığı açısından bakıldığında bu sonuçlar düşündürücüdür; çünkü zamanından bir ila iki hafta erken doğan bebekler bile yaşam boyunca daha yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir(Kardaş, 2012).

DSÖ (2012), 184 ülkenin içinde bulunduğu “Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu”nda, dünyada prematüre doğum oranlarının % 5-18 arasında olduğu ifade edilirken, ülkemizin 2010 yılı canlı doğum sayısı 1,298,300, prematüre doğum oranı ise %11,97 olarak bildirilmiştir (WHO 2013). Dünya genelinde, her 100 doğum için prematüre doğum oranları karşılaştırıldığında Malavi %18,1 ile en yüksek, Beyaz-Rusya %4,1 ile en düşük prematüre doğum oranına sahiptir. Türkiye’deki prematüre doğum oranı, diğer ülkelerin oranlarıyla karşılaştırıldığında %12 ile 53. sırada yer almaktadır (WHO 2013).

Erken doğum sayısı en fazla olan 10 ülke: (Blencowe ve ark., 2012)

- Hindistan: 3 519 100
- Çin: 1 172 300
- Nijerya: 773 600
- Pakistan: 748 100
- Endonezya: 675 700
- Amerika Birleşik Devletleri: 517 400
- Bangladeş: 424 100
- Filipinler: 348 900
- Demokratik Kongo Cumhuriyeti: 341 400
- Brezilya: 279 300

Özel bakım gereksinimlerinde yol gösterici olmak açısından prematüreler gestasyon yaşlarına ve ağırlıklarına göre gruplanmaktadır. WHO (Dünya SAğlık Örgütü) prematüre yenidoğanları gestasyon haftasına göre tablo 2.1’de belirtildiği şekilde gruplanmaktadır (Dağoğlu ve Görak 2002, Meeks ve ark., 2012; WHO 2013).

Tablo 2.1. WHO’ya göre prematürelerin gestasyon haftalarına göre sınıflandırılması

Prematüre Grubu	Gestasyon Haftası
İleri derecede prematüre	< 28 hafta
Orta derece prematüre	28-<32 hafta
Sınırdaki prematüre	32-37 hafta

WHO'nun Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu'nda yer verilen, 41 ülkeyi kapsayan ve 1990-2010 yılları arasında doğan prematürelere gestasyon haftalarına göre dağılımlarının tüm prematürelere oranı; sınırda prematüre %84,3, orta derece prematüre %10,4 ve ileri derecede prematüre %5,2 şeklinde bildirilmiştir (WHO 2012).

2.3. Prematüre Nedenleri

Prematüre doğumların nedeni her zaman tam olarak anlaşılabilir. Fakat prematüre doğumlarında etyolojik faktörler tablo 2.2.'deki gibi sınıflandırılabilir (WHO 2012; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013).

Tablo 2.2. Prematürelige Neden Olan Faktörler

Anneye Ait Faktörler		
<ul style="list-style-type: none"> • Kronik hastalık (Konjenital kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, diyabet) • Enfeksiyon (Üriner sistem enfeksiyonları, serviko-vajinal enfeksiyonlar) • Servikal yetmezlik, preeklampsi • Stres, şiddete maruz kalma, yanık veya travma • Önceki gebeliklerde abortus veya preterm öyküsü 	<ul style="list-style-type: none"> • Prenatal bakım ve takip eksikliği • Anne yaşının 16'dan küçük, 35'ten büyük olması, sık doğum (2 yıldan kısa aralıklarla) • Düşük sosyoekonomik-kültür (malnütrisyon vb) ve eğitim düzeyi • Sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi kötü sosyal alışkanlıklar 	
Fetal Faktörler	Plasenta İle İlgili Nedenler	Uterusa Ait Faktörler
<ul style="list-style-type: none"> • Fetal distress • Multifetal gebelik • Non immun hidrops • Eritroblastosis • Konjenital fetal anomali 	<ul style="list-style-type: none"> • İlk trimester kanamaları • Yerleşim yeri kanamaları • Plasenta previa • Ablatio plasenta • Plasenta patolojileri 	<ul style="list-style-type: none"> • Erken membran rüptürü • Konjenital uterus malformasyonu • Plasental dislokasyon • Kısa serviks

2.4. Prematürelere Özellikleri

Prematürelere özellikleri aynı zamanda karşılaştıkları sorunların da nedenleridir (Canbak 2009). Prematüre yenidoğanlara en doğru bakımı verebilmek, bebekte gelişen olağan ve olağan dışı durumları fark edebilmek, ebeveynleri taburculuğa hazırlarken eğitimlerde yenidoğanların özelliklerine de yer vererek ebeveynlerin normal ve normal dışı durumları öngörebilmesi açısından prematüre yenidoğanların özelliklerini bilmek önemlidir (Batman, 2014).

2.4.1. Prematürelerin Fiziksel Özellikleri

Prematüre yenidoğanlar, matür doğanlardan bazı yönlerden farklılık göstermektedirler. Prematüre yenidoğanlarda fizyolojik hipotoni mevcuttur. (Can, 2002). Kurbağa pozisyonunda (dirsekler, el bilekleri, dizler ve ayak bilekleri yatağa temas eder şekilde) yatarlar. Ekstremitelerde dinlenme sırasında üstte çok az fleksiyon, altta ise kısmi fleksiyon görülür. Baş vücuda oranla daha büyüktür. Başın gövdeye oranının normal yenidoğana kıyasla büyük olması prematüre megasefalisi olarak adlandırılmaktadır Gözler iri ve belirgindir. Kaş ve kirpikler bulunduğu aya göre az veya hiç yoktur (Wong ve ark., 2007; Çavuşoğlu, 2008).

Deri, gelişim haftasına göre ince, yumuşak, kırmızı, şeffaf, jelatinöz görünümlü, verniks kazeoza ve lanugo tüyleriyle kaplıdır (Stoll ve ark., 2008). Deri altı yağ dokusu normalden azdır. Dış etkilerden hızla etkilenirler. Miad yenidoğana oranla kanama ve enfeksiyona duyarlılık daha fazladır. Vücut yüzeyi ağırlığa oranla geniştir. Bu nedenle pretermelerde ısı kaybı ve ölçülemeyen sıvı kayıpları fazladır. Ödem ve dehidratasyon belirtileri hızlı gelişir. Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı prematürelerde alt ekstremitelerde, el sırtında, göz kapaklarında ödem gelişebilir (Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013; Quinn, 2005). Kulak kıkırdağının yapısı yumuşaktır. Tırnaklar yumuşak ve yuvalarından içeridedir. Boyun ve ekstremiteler kısa; baş, eller ve ayaklar belirgindir. Ayak tabanındaki enine çizgiler ve aralarındaki çukurluklar gelişmemiştir (Can, 2002; Çavuşoğlu, 2008; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013).

Karın geniştir, bağırsak hareketleri normal olarak ince karnın ön duvarından görülebilmektedir. Miadında doğanlarda meme başında görülen sertlik ve pigmentasyon prematüre yenidoğanlarda yoktur. Prematüre yenidoğandaki siyanoz kısa sürede, doğumu izleyen birkaç dakika içinde kaybolmaktadır. Genital organlar az gelişmiştir. Erkek yenidoğanlarda testisler skrotuma inmemiş olabilir, kızlarda labia majorler, labia minörleri örtmemiştir (Dağoğlu, 2004; Stoll ve ark., 2008; Atıcı, 2010; Törüner ve Büyükgönce, 2013).

2.4.2. Prematürelerin Fizyolojik Özellikleri

- Emme, yutma ve nefes alma koordine hareketlerle yapılabilir bir durum olduğundan gebeliğin 34-36. haftasına kadar bu kordinasyon tam olarak gelişmemiştir.
- Prematüre yenidoğanların mide hacmi küçük, besinlerin mideden geçişi oldukça yavaştır. Beslenmede özenli ve dikkatli olunmalıdır, aksi halde birçok sorun oluşturmaktadır.
- Kilo alımı oldukça yavaştır.
- Kahverengi yağ dokusu ve kas kitlesinin azlığı ve vücut ağırlığına oranla cilt yüzeyinin geniş olması nedeniyle normal vücut ısısını sağlama yetenekleri düşüktür ve hipotermiye eğilimlidirler.
- İntrauterin dönemde geçen immünglobulinlerin yetersiz olması, antikor oluşumunun iyi olmaması nedeniyle miad yenidoğanlara göre enfeksiyonlara eğilim fazladır.
- Özellikle doğum haftası <32 hafta olan prematürelerde sıvı elektrolit bozukluklarıyla sık karşılaşılır. Bu durumun nedeni böbrekteki glomerülötübuler dengesizlik veya yetersizliktir.
- Sık ventilasyonla da sıvı kaybederek elektrolit ve asit-baz dengeleri bozulabilmektedir.
- Glikojen, kalsiyum ve demir depoları yeterli değildir. Bu yetersizlik hipoglisemi, hipokalsemi ve erken fizyolojik anemi gözlenmesine neden olabilir.
- Serebral vaskülaritenin immatür olması sonucu intraventriküler germinal matriks kanamalarına eğilim artar.
- Hiperbilirubinemi ve kernikterusa eğilim daha fazladır. Miad yenidoğana oranla bilirubin düzeyleri çok daha düşük değerlerde kernikterusa neden olabilmektedir.
- Duktus arteriozusun açık kalması soldan sağa şanta neden olarak pulmoner gaz değişiminin daha fazla bozulmasına sebep olur.
- Santral sinir sisteminde solunum ve dolaşım sisteminin immatüritesine bağlı santral apne ve bradikardi yine oldukça sık rastlanan sorunlardandır.
- Akciğerlerin immatür olması nedeniyle RDS başta olmak üzere solunum sorunları ilk sırada yer almaktadır.

- Pulmoner immatürite sürfaktan eksikliği nedeniyle olduğu gibi, 26. Haftadan küçüklerde yapısal immatüriteye de bağlıdır.
- Prematüre yenidoğanlarda karaciğerde konjugasyon ve enzim sistemleri yetersiz olmaktadır (Quinn 2005, Bayram 2006; Wong ve ark., 2007; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013; Batman, 2014).

2.5. Prematürelerin Fizyolojik Bulguları

2.5.1. Termoregülasyon, Vücut ısı ve Ölçümü

Normal vücut içi sıcaklığı olan 36.5°C' deyen ısı üretimi ve kaybı denge halindedir. Termoregülasyon, bireyin bu normal aralıkta vücut sıcaklığını koruma amaçlı ısı kaybı ve kazancını dengede tutma becerisidir (Meeks ve ark., 2012; Zenciroğlu ve Koç, 2013).

Prematüre termoregülasyonu: Vücut ısısının sabit tutulması ısı üretimi ve ısı kaybı arasındaki dengenin sağlanması ile olur. Klinik standartlara göre, bu yenidoğanların deri ısısı yaklaşık 37 °C (36,8-37,5 °C) (bir çekirdek sıcaklığı, 35,5-37,5 °C 'de) muhafaza edilmesi gerekir (Heimann ve ark., 2013). Ancak, soğuk stresle karşılaşan yenidoğanda adrenalin ve tiroid hormonlarının salınımı ile de hepatik glikojenoliz ve lipoliz gelişir. Bu şekilde metabolik hız matür yenidoğanlarda 2-3 kat, prematürlerde ¼ oranında artar (Pereira ve ark., 2016). Ayrıca kas tonüsü ve motor aktivite artışı ile glikojenoliz ve glukoz oksidasyonu ile iskelet kaslarında ısı üretimi artırılır. soğuk stresine ısı üretimini arttırmada titremesiz ısı oluşumu (nonshivering termogenezis), istemli kas aktivitesi ve istemsiz kas aktivitesi (tonik veya ritmik titreme) gibi üç mekanizma rol oynar (Kösa ve Çınar, 2014; Pereira ve ark., 2016). Yenidoğanda ısı üretimi bu üç mekanizmadan titremeye bağlı olmayan ısı üretimi yolu ile olur. Bu metabolik ısı üretimi kahverengi yağ dokusu miktarına bağlıdır ve bu doku da prematüre yenidoğanda çok azdır (Knobel ve ark., 2011). Kahverengi yağ dokusu, soğukta adrenalin artışı ile okside olarak, ısı üretimine katkıda bulunur. Artan adrenalin ve tiroid hormonları; metabolik hızı ve ısı üretimini artırır (Zenciroğlu ve Koç., 2013; Pereira ve ark., 2016). Vücut ısını sabit tutmak için; büyüme, beyin gelişimi ve akciğer olgunlaşması gibi diğer süreçler için harcanan enerjiden daha fazla enerji kullanılabilir (Bissinger ve Annibale 2010). Buna ek olarak, ince deri altı yağ tabakası ve azaltılmış yalıtım kapasitesi; Kahverengi adipoz

doku, indirgenmiş bir miktarı; Evaporatif kayıplarının yüksek düzeyleri; Vücut ağırlık oranı artan yüzey alanı; ve yaşamın ilk günlerinde cildin damarsal az gelişmiş otonomik kontrolü oldukları için, preterm yenidoğanlar ısı kaybına karşı son derece savunmasızdırlar (Knobel ve ark., 2011). Yenidoğan bebek homeotermiktir, yani ısı kaybı ve ısı üretimi dengededir. Çevre ısısının aşırı yüksek/düşük oluşu, ısı kaybı ve ısı üretimi arasındaki dengeyi bozar (Zenciroğlu ve Koç., 2013). Isı dört temel mekanizma ile transfer edilir;

Kondüksiyon: Bebekle direk teması olan soğuk yüzeye doğru ısı transferine kondüksiyon denir (Meeks ve ark., 2012; Zenciroğlu ve Koç, 2013). Bu yolla ısı kaybı yenidoğan soğuk bir zeminle temas ettiğinde ortaya çıkar (Çınar ve Dede, 2006). Isı kaybına neden olan cisimler bebeğin doğumhanede üzerine yatırıldığı soğuk bir havlu, röntgen kasedi ya da soğuk tartı gibi soğuk yüzeyler olabilir. Birbirine temas eden iki cisim arasındaki ısı farkı arttıkça ısı kaybıda o kadar hızlı olur. Yenidoğanda meydana gelecek ısı kaybını önlemek için bebeğe temas edecek objelerin (steteskop ya da bakım verecek kişilerin elleri gibi) ve bebeğin üzerine yerleştirileceği tüm yüzeylerin önceden ısıtılmış olması çok önemlidir (Meeks ve ark., 2012; Morris ve Adappa, 2015).

Konveksiyon: Bebeğin cildi ile çevre havası arasındaki ısı değişimi nedeni ile ortaya çıkan ısı kaybı konveksiyon yolu ile meydana gelir (Çınar ve Dede, 2006; Zenciroğlu ve Koç, 2013). Konveksiyona açık pencere, kapı, klima ya da açık küvöz deliklerinden oluşan esinti sebep olmaktadır (Morris ve Adappa, 2015). Doğum yapan anneye göre ayarlanan oda ısısı nedeniyle doğum sırasında yenidoğanda konveksiyon yolu ile ısı kaybı artmaktadır (Kösa ve Çınar, 2014). Preterm doğumlarda 25-28 °C önerilen doğumhane ısısıdır (Morris ve Adappa, 2015). Ayrıca bebek doğar doğmaz konulduğu radyant ısıtıcılı yatağın kenarlıklarının kaldırılması bebeğe temas edecek esintinin şiddetini azaltabilir (Meeks ve ark., 2006; Morris ve Adappa, 2015).

Radyasyon: Temas halinde olmayan iki yüzeyden sıcak olandan soğuk olanlara ısı kaybıdır (Meeks ve ark., 2012; Zenciroğlu ve Koç, 2013). Bebeğin soğuk objelerle olan temasın artması ısı kaybının da artmasına neden olur. Yenidoğan bakım ortamları 26-28 °C olacak şekilde tutulmalı ve çift duvarlı küvözler kullanılmalıdır (Meeks ve ark., 2012).

Buharlaşma (Evaporasyon): Deriden dış ortama doğru su transferiyle meydana gelen ısı kaybına buharlaşma denir. Yenidoğanda bu yolla ısı kaybı bebekte ıslak deriden amniotik sıvının buharlaşması yoluyla ortaya çıkar (Zenciroğlu ve Koç, 2013; ınar ve Dede, 2006). Prematüre yenidoğanlarda doğumdan sonraki bir hafta suresince buharlaşmayla ısı kaybı temel ısı kaybı yollarının başında gelir. Ayrıca bu yenidoğanlarda term yenidoğanlara gore daha fazla olan lulemeyen su kaybının çoğu immatür ciltten buharlaşma ve solunum sistemi yoluyla olur. Su kaybı, evre ısısının ve vucut ısısının yukselmesi ile artar. Fakat ortamın nem oranı bu yolla ısı kaybının artmasına neden olan en önemli faktördür. İleri derecede düşük doğum ağırlıklı prematürelerde %20 den %80'e çıkan küvöz içi nem deriden su kaybını %75 azaltmaktadır.

Prematüre, küvöz içi nem %20 iken yaklaşık olarak 200ml/kg/gün ya da vucut ağırlığının %20'sini kaybederken; bu oran %80 olduğunda 50ml/kg/gün ya da vucut ağırlığının %5'ini kaybeder (ınar ve Dede, 2006; Ksa ve ınar, 2014). Buharlaşma ile meydana gelen kayıplar, vucut yüzeyinin çevrenin ısı kaybına yol açan etkilerinden korunmasıyla en aza indirilebilir. Odadaki soğuk hava, nemlendirilmemiş ve örtülmemiş yüzeylerinden ısı kaybedilmesine neden olmaktadır. Koruyucu giysiler, deri yalıtım kremleri ve bebeğin içinde bulunduğu ortamın nem oranının arttırılması, buharlaşmadan kaynaklanan ısı kayıplarının azalmasını sağlar. Ayrıca buharlaşmaya bağlı kayıpların ve doğumdan sonra ve bebeğe banyo yaptırılmasının ardından meydana gelen ısı kaybının önlemesi için verniks kaseosa yerinde bırakılmalıdır (ınar ve Dede, 2006; Ksa ve ınar, 2014). Doğumdan sonra yenidoğan intrauterin hayattan yaklaşık olarak 12°C daha düşük ısılı bir ortamda bulunur. Preterm/DDA'lı yenidoğanların ölüm oranını azaltmak ve klinik sonuçları iyileştirmek için, optimum evre sıcaklığını koruyarak hipo ve hipertermi önlemek çok önemlidir (Pereira ve ark., 2016). Eğer gerekli önlemler alınmazsa hipotermi kaçınılmazdır (Can, 2002; Ellis, 2005; Savaşer, 2008; Bulut, 2009; Alemdar 2013). Bu nedenle, çevresel ısı ve nem oranı ayarlanabilen küvözler (inkbtr) içinde uygun ısıda tutulmaları gerekmektedir (Tablo. 2.3).

Tablo 2.3. Farklı Doğum Ağırlıklı Yenidoğanlar İçin Günlere Göre Uygun Kuvöz Isıları

Doğum ağırlığı (g)	35 °C	34 °C	33 °C	32 °C
1000	İlk 10 gün	10 gün-3 Hafta arası	3-5 hafta arası	5 haftadan sonra
1500		İlk 10 gün	10gün-4 hafta arası	4 haftadan sonra
2000		İlk 2 gün	2 gün-3 hafta arası	3 haftadan sonra
>2500			İlk 2 gün	2 haftadan sonra

Vücut Isısı, Dünya Sağlık Örgütü yenidoğanlar için vücut ısısını 36- 36,4 °C ye kadar hafif hipotermi, 32-35.9° C 'ye kadar orta hipotermi, 32°C' den düşük olanları ağır hipotermi olarak sınıflandırmaktadır (McChall ve ark., 2010; Zenciroğlu ve Koç, 2013). Prematüre yenidoğanların cilt olgunlaşmasındaki farklılıklar gestasyonel ve postgestasyonel yaşa bağlı olarak değişir. Epidermisin en dıştaki tabakası olan stratum korneum su kaybı ve dışarıdan ajanların girişi için önemli bir bariyerdir. Stratum korneum 24. Haftadan 34. Haftaya kadar yapısal olarak olgunlaşmasını sürdürür. 32-34' üncü haftadan önce stratum korneumun tam olgunlaşmaması nedeni ile bu haftadan önce doğan bebeklerde ısı düzensizlikleri daha hızla görülür (Çalışır ve Güler, 2011). Yenidoğanın vücudu doğumda verniks kaseosa ile kaplıdır; ancak prematürelere verniks kaseosa ya çok azdır ya da yoktur. Yenidoğanda vücut yüzeyinin vücut ağırlığına oranı erişkinlere göre fazladır. Prematüre yenidoğanlarda ise bu oran daha da fazladır. Term yenidoğanlar vücut yüzey alanlarını azaltmak için ekstremitelerini gövdelerine yaklaştırarak, pozisyonlarını düzenlerler ve ısı kaybedilen alanlarını azaltırlar. Prematüre yenidoğanlar ise pozisyonlarını düzenleyemezler ve daha fazla ısı kaybederler (Dağoğlu ve Görak, 2008). Prematürelere, özellikle düşük bağıl nem ortamında olanlar, ilk gün miyadında doğan bebeklere göre daha fazla buharlaşma kayıpları yaşarlar ve ısı kayıplarına daha fazla ısı üreterek cevap verir. Buharlaşma sırasında kaybedilen her 1mL su ile birlikte yenidoğan 0,58 kcal kaybeder, 2-3°C ısı kaybı 200kcal/kg enerji kaybına neden olur (Bredemeyer ve ark., 2005; Karabulut, 2011). Bu durum prematüre yenidoğanlar için daha da ağır olmaktadır. Çok küçük prematüre yenidoğanlarda buharlaşma ile kaybedilen sıvı miktarı erişkinden 8-10 kat daha fazladır. Bu nedenle soğuk strese daha fazla eğilimlidirler. Prematüre yenidoğanlar özellikle hipotermiye karşı hassastır ve bu durum az veya olmayan kahverengi yağ dokusuna, ıyıyı korumak için gereken hareket, titreme ve esneme kısıtlılığına bağlıdır (Meeks ve Hallsworth,

2012). Prematüre yenidoğanlar için kabul edilmiş normal vücut ısısının tanımı henüz yoktur, bu konuda tartışmalar devam etmektedir (McChall ve ark., 2010).

Rektal Isı Ölçümü: Normal değeri 36.5-37.5°C arasındadır. Rektal yolla vücut ısısı ölçümü rektal perforasyon, vagal stimülasyon sonucu kardiyak aritmi ve bradikardiye sebep olabilmektedir. Son yıllarda çalışma sonuçlarına göre özellikle prematüre yenidoğanlarda rektal derece uygulamasının serebral kan akımında artış ve intrakranial kanamaya eğilimi artırdığı bilinmektedir (Dede Çınar ve Dede, 2006). Bundan dolayı rutinde rektal ölçüm kullanılmaz (Törüner ve Büyükgönceç, 2012; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013; Zencioğlu ve Koç, 2014).

Aksiller Isı Ölçümü Koltuk altına konulan derecenin termometrenin türüne göre uygun süre beklenmesiyle gerçekleştirilir. Aksiller yol elektronik termometrelerle ölçüm yapılabilen bir yoldur. Ölçüm sırasında koltuk altı ıslak olmamalı ve o ekstremiteden herhangi bir IV girişim veya infüzyon uygulanmamalıdır. Rektal ısıdan 0,5-1°C daha düşüktür. Term yenidoğanlarda normal değer 36,4-37,3°C, pretermde ise 36,3-36,9°C arasındadır. Bebeğe dokunulduğunda elleri ve ayakları, karın bölgesi kadar sıcak olmalıdır. Amerikan Pediyatristler Birliği (AAP) prematürelerde ve miad yenidoğanlarda rutinde aksiller ölçümü önermektedir (Altunay, 2006; Mathers ve Frankel, 2004; Törüner ve Büyükgönceç, 2012; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013; Zencioğlu ve Koç, 2014).

Küvözde izlenen yenidoğanlarda rutin ısı ölçümü karın derisinden yapılmaktadır (Altunay, 2006; Savaşer, 2008). Bunun için en uygun yer karının üst bölgesidir. Normal karın deri ısısı 36.2-37.2°C arasında değişmektedir (Altunay, 2006; Yurdakök ve ark., 2009). Bir kilonun altındaki yenidoğanlarda karın deri ısısı ile aksiller ve rektal ısı benzerlik göstermektedir (Bulut, 2009).

2.5.2. Kalp Atım Hızı

Bebeğin ilk solunumu ile birlikte dolaşım sisteminde artan oksijen seviyesine yanıt olarak fetal dolaşımdan neonatal dolaşıma geçiş gerçekleşmektedir. Yenidoğan döneminde kalp atımını değerlendirmek için apikal nabız sayılır (Çavuşoğlu, 2008; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013). Kalp atım hızı doğumun hemen ardından 170-180/dk iken bu oran ilk 12-24 saat içinde yavaş bir şekilde azalır ve uyku süresince ortalama 120-160/dk'dır. Derin uyku sırasında bu sayı 100'ün altına düşebilir.

Ağladığı zaman ise yenidoğanın kalp atım hızı yeniden 180/dk'ya yükselir (Törüner ve Büyükgöneç, 2012; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013).

Bebeğin davranış durumu (ağlama, uyku vb.), postnatal yaş, aktivite ve vücut ısısı (hipotermi/hipertermi) gibi faktörler kan basıncı ve kalp atım hızı üzerine etki göstermektedir. Kalp atımlarındaki kısa süreli düzensizlikler normal olarak kabul edilir. Prematüre yenidoğanlarda kalp atım hızının dakikada 90-100 atım altında olması olarak tanımlanan bradikardi, vagal yanıt, apne, serebral defekt ve konjenital kalp bloğu nedeniyle ortaya çıkabilir. Taşikardi ise kalp atım hızının dakikada yenidoğanda 160 atım, prematürelere 170-180 atımdan fazla olmasıdır ve nedenleri ise anemi, şok, konjestif kalp yetmezliği, solunum sıkıntısı, hipertermi ve supraventriküler taşikardi olabilir (Wong, 2007; Yıldız, 2008; Törüner ve Büyükgöneç, 2012; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013).

Yenidoğanda kalp atım hızını değerlendirmek için bakılan apikal nabız, 3-4. İnterkostal aralığın orta klavikular (midklavikular) hattından alınır. Ağlarken bebeğin kalp atım hızı arttığından dolayı uyurken ya da sakin olduğu zamanlarda bir dakika boyunca sayılmalıdır. Aort koarktasyonu bulgusu için dinlenmesi önemli olan femoral nabız hissedilebilir. Ancak yenidoğanın nabızı temporal ve radial arterlerden alınamaz. Doğumdan sonraki ilk saatlerde kalp atım hızı düzensizlik gösterebilir ve mürmur duyulabilir. İkinci reaktif dönemin bitmesi ile birlikte doğumdan sonraki 12-24 saat süresince bu düzensizlikler normale dönmelidir. Yenidoğanda nabızda tespit edilen normal olmayan hız, ritim ve sesler, varsa mürmur ve yeri hemşire gözlem formlarına kayıt edilmeli, hekime bildirilmeli ve takibi yapılmalıdır (Yıldız, 2008; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013).

2.5.3. Solunum Fonksiyonları

Solunum sisteminin gelişimi, preterm ve termde yenidoğan arasındaki farklılıklardan en önemlisidir. Çünkü 26-28. gebelik haftasından sonra alveolların ve alveolar kapillerin gelişimi ve 34. gebelik haftası ile birlikte surfaktan maddesi akciğerlerde yapılmaya başlar. Preterm yenidoğanlarda göğüs kafesinin yumuşak olması ve solunum kaslarının zayıflığı hipoventilasyona sebep olduğu için karbondioksit retansiyonu ve asidoz gelişir. Ayrıca term yenidoğanlara göre öğürme, öksürme gibi reflekslerin daha zayıf olması solunum yolundaki sekresyonların atımını zorlaştırır ve aspirasyona riskini artırır (Çavuşoğlu, 2008; Törüner ve Büyükgöneç, 2012).

Solunum sayısı, doğumdan sonraki birinci reaktif dönem süresince 80/dk'ya kadar çıkabilir. Bu değer, bebeğin solunum aktivitesi düzenlendikçe 30-60/dk olması gerekir. Her iki akciğerden de eşit duyulan solunum sesleri vardır ve göğüs hareketi simetriktir. Doğumdan sonraki ilk saatlerde solunum hızı, ritmi, derinliği düzensiz olabilir ancak daha sonra düzenlenir. Yenidoğan burnundan soluk alıp verdiği için burun deliklerinin temiz tutulması ve kapalı olmaması solunum sıkıntısı yaşamaması için gereklidir. Solunum sayısı abdominal bölgenin iniş çıkışına göre bir dakika boyunca sayılmalıdır (Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013). Apne, taşipne, hırıltı (respiratuar Distres Sendromu bulgusu), burun kanadı solunumu, anormal solunum sesleri ve bağırsak seslerinin göğüsten alınması (diyafragma hernisi bulgusu) gibi normal olmayan bulgular bakımından dikkatli bir şekilde inceleme yapılmalıdır (Törüner ve Büyükgönenç, 2012; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013).

Preterm yenidoğanlar termdeki bebeklerden solunum özellikleri açısından farklılık gösterir. Solunumları düzenli değildir ve belirli aralıklarla apneler görülür (Çavuşoğlu, 2008). Apne ile periyodik solunum farklı durumlardır. 5-20 saniye süren ve renk, kalp atımı ve tonusta değişiklik olmadan solunum duraksamalarının olmasına periyodik solunum denir. Doğumdan sonraki ilk 24 saatten sonra preterm yenidoğanlarda sık görülür. Herhangi bir tedavi gerektirmez. Periyodik solunumla birlikte siyanoz ve bradikardi görülmez. Apne ise daha uzun süre devam eder ve doğumdan sonraki herhangi bir zamanda görülebilir. Siyanoz ve bradikardinin eşlik etmesi ve apne dönemlerinin 10-20 saniyeyi aşması patolojiktir (Çavuşoğlu, 2008; Görak, 2008; Sarıkaya Karabudak ve Ergün, 2013). Solunum sayısının 40/dk'dan daha az olması bradipne, 60-70/dk'dan fazla olması taşipne olarak adlandırılır. Bradipne santral sinir sistemi depresyonunda, taşipne kardiyak hastalıklar, enfeksiyon, ağrı, hipertermi ve akciğer patolojisi ile ilişkilendirilebilir. Apne ise enfeksiyon, solunum yetmezliği, gastroözofajial reflü ve prematüritede görülebilir (Çavuşoğlu, 2008; Görak, 2008; Alemdar 2013).

2.5.4. Kan Oksijen Saturasyonu

Preterm yenidoğanlarda kan oksijen saturasyonu (SpO₂) değeri %93-95 arasında normal kabul edilir. Ancak ilk 6 aylık dönem süresince bu değerde, birden %80'e kadar düşmeler görülebilir. Oksijenlenmiş hemoglobinin, alıcıdaki kızılötesi (infrared) ışıklardan ışığı emme özelliği kullanılarak ölçüm yapan pulse oksimetre

cihazı, oksijen monitörizasyonunda en çok kullanılan metoddur (Lyon, 2005; Bulut, 2009). Bu cihazlar kalibrasyon gerektirmez, hızlı sonuç verir ve kullanımı kolaydır. Pulse oksimetre probunun yer değişikliğine dikkat edilmelidir ve en fazla bir saat aynı yerde tutulmalıdır (Dhar, 2007). Bebeğin hareketli olması oksijen satürasyonunu okumada sıkıntılara ve yanlış alarmlara neden olursa cihazın dalgasına bakılmalı ve dalga boyları düzgün değilse yapılan ölçüm dikkate alınmamalıdır (Lyon, 2005; Alemdar, 2013). Oksijen satürasyonu ölçen cihazların hiperoksi saptamadaki hassaslığı %26-45 olup hipoksi saptamadaki güvenilirliği ise %92-97'dir (Lyon, 2005; Bulut, 2009).

2.6. Yenidoğanın Bakım Gereksinimleri

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri yüksek teknolojiye sahip cihazların kullanıldığı, girişimsel işlemlerin yoğun olarak uygulandığı, mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğu, spesifik hemşirelik bakımı gerektiren ortamlardır. Son yıllarda teknolojiye gelişmeler ve yenidoğan bakım uygulamalarının standartlaştırılması sonucu yenidoğan yoğun bakımlarda mortalite ve morbidite oranlarında önemli düşme gözlenmiştir (TNSA, 2013). En az dokunma ve sürekli mönitörize izlem uygulanmalıdır. Multidisipliner ekibin bir üyesi yenidoğan hemşireleri hastaya dokunmadan önce fiziksel bulgularını değerlendirmeli, yapacağı uygulamanın yarar ve zararını tartmalı, uygulama sırasında çocuğa vereceği zararı en aza indirmelidir. Prematüre yenidoğanların rutin hemşirelik bakım uygulamaları sırasında en az strese maruz kalması, fizyolojik durumlarının stabilliğini koruması önemlidir. Yumuşak ve en az dokunma (Minimal Handling), sürekli yakın takip prematüre yenidoğanlar için en önemli bakım ilkelerinden biridir (Peters, 1998; Zencioğlu ve Koç, 2014). Bu bağlamda, hemşireler yenidoğan bakımı, termoregülasyonun sağlanması, normal ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların beslenmesi, riskli yenidoğanın bakımını, resüsitasyon, normal bakım ve enfeksiyon önleme görevlerini yerine getirerek yenidoğan yoğun bakımın bel kemiğini oluşturmaktadır (Adhisivam ve ark., 2010). Yenidoğan hemşireleri bu rolleri yerine getirirken birçok fiziksel ve gelişimsel bakım hizmeti sunmaktadır (Alay, 2016).

2.7. Yenidoğanın Cilt Bakımı

Cilt bariyerinin önemli görevleri arasında, sıvı ve elektrolit kayıplarını en aza indirmek, bireyi enfeksiyonlara karşı korumak ve ısı düzenlemesi gibi birçok fonksiyonu ile homeostazisin sürdürülmesi sayılabilir. (Nicolovsky ve ark., 2007; Karabulut 2011; Blume-Peytavi ve ark., 2012; Dyer 2013). Yaşamın ilk zamanlarında, suyun içindeki anne karnı ortamından kuru dış dünya ortamına uyum sağlamak için birçok sistemde, özellikle de deride birtakım değişiklikler meydana gelir. Derinin bariyer fonksiyonu doğum öncesi dönemde gelişmeye başlar ve gelişimi doğum sonrası ilk bir yılda tamamlanmış olur (Blume-Peytavi ve ark. 2009). Deri epidermis, dermis ve sübkütan doku denilen tabakalardan oluşur. Tablo.2.6.1. de prematüre, term ve yetişkin derisinin fonksiyonel farklılıkları karşılaştırılmıştır (Özer ve Akman, 2000). Derinin üst tabakaları boyunca su dağılımının yenidoğanlarda ve erişkinlerde farklı olduğu (124 infant ve 104 yetişkinle yapılan çalışma) saptanmıştır (Nikolovsk ve ark., 2007). Deri sıvı-elektrolit dengesini ve ısı kontrolünü sağlamada zorluk yaşar. Epidermis ve dermis arasındaki bağlantı zayıftır, kollajen ve elastik lifler az sayıdadır. Melanozom sayısı azdır. Ter bezleri daha az aktiftir. Bu özellikleri nedeniyle deri bakımı, dış etkenlerden korunmak ve derinin sağlıklı gelişmesini sağlamak açısından önemlidir (Sarkar ve ark., 2010; Ness ve ark., 2013).

Yenidoğan cildi bakımı toplumlar arasında değişiklik göstermekte, tecrübe, gelenek ve kültürden etkilenmektedir (Akpınar ve Göçmen, 2014). Dünya Sağlık Örgütü, Ulusal Sağlık Enstitüsü gibi önemli kurumlar, cilt bakımını da kapsayan Doğum sonrası bakım için genel kurallar geliştirmişlerdir (Demott ve ark., 2006; WHO 2013). AWHONN (Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği), preterm veya diğer riskli yenidoğanlarda, yenidoğan cilt bakımı ile ilgili kanıta dayalı özel rehberlik yayınlamıştır (Lund ve ark., 2007; Blume-Peytavi ve ark. 2012; Dyer 2013; AWHONN, 2013).

Tablo 2.4. Prematüre, Term Yenidoğan ve Erişkin Derisinin Fonksiyonel Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Erişkin	Yenidoğan (Term)	Prematüre
Geçirgenlik	<ul style="list-style-type: none">Fazla geçirgen değil	<ul style="list-style-type: none">Geçirgenlik orta (ancak yağda çözünen maddeler için yüksek)	<ul style="list-style-type: none">Geçirgenlik yüksek
Ekrin ter bezi fonksiyonu	<ul style="list-style-type: none">Terleme fonksiyonu normal	<ul style="list-style-type: none">İlk 2-5 gün terleme fonksiyonu yetersiz	<ul style="list-style-type: none">İlk 2-3 hafta terleme fonksiyonu yetersiz
Fotosensitivite	<ul style="list-style-type: none">Güneşe duyarlılık cilt tipine bağlı	<ul style="list-style-type: none">Melanin üretimi yetersiz	<ul style="list-style-type: none">Melanin üretimi yetersiz (kolayca güneş yanığı olabilir)
Diğer	<ul style="list-style-type: none">Allerjenlere kolayca duyarlılaşır	<ul style="list-style-type: none">Allerjenlere duyarlılık azEnfeksiyonla mücadele yetersiz	<ul style="list-style-type: none">Allerjenlere duyarlılık azEnfeksiyonlarla mücadele yetersiz

2007 yılında ‘‘Yenidoğan Temizliği için En İyi Uygulama’’ Avrupa Yuvarlak Masa toplantısı uzman dermatologlar ve pediatristler tarafından Avrupa genelinde yenidoğan banyo ve temizlik konusunda ortak fikir sağlamak amaçlı ilk kez ve 2009 yılında ikinci kez bilgi güncellemeleri amaçlı toplanmıştır. Bu konsensus sonrasında güncellenmiş bir takım öneriler sonuç olarak çıkmıştır (Blume-Peytavi ve ark. 2009;2016). Bu öneriler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Bebeğin doğumdan hemen sonra havluyla silinmesi tercih edilebilir ancak kontaminasyon söz konusu ise suyla silinebilir.
- İlk banyodaki zamanlama, yerel kültüre uygun olmalıdır.
- Bebeğin ilk banyosu yapılmadan önce vücut sıcaklığın dengelenmesi gerekir.
- Sağlık çalışanları ilk banyoda eldiven kullanmalıdır.
- Banyo bebeğe zarar vermez.
- Göbek kordonu düşmeden önce rutin banyolar başlayabilir, ancak bekleme ile ilgili avantajlar olabilir.
- Banyo, bir bezle yıkamaya göre daha iyidir.
- Akşam banyosu bebeğin sakinleşmesine ve uykunun iyileşmesine yardımcı olabilir.
- Yenidoğanlar için banyo 5-10 dakika sürmelidir.
- Yenidoğan banyosu yerel kültüre uygun oranda haftada 2-3 kez yapılmalıdır.
- Banyo, güvenli bir yerde yapılmalıdır.
- Mikrobiyolojik kontaminasyonu önlemek için banyo malzemeleri ve banyo oyuncakları dezenfekte edilmelidir

- Su sıcaklığı 37-37,5 ° C olmalıdır.
- Su derinliği bebeğin kalçasına kadar olmalıdır.
- Oda havası sıcaklığı 21-22 ° C olmalıdır.
- Yağlar kullanıldığında banyoya düzenli olarak dezenfekte edilmesi gereken bir paspas yerleştirilmelidir.
- Cildin yapısında (örn. Kuruluk, hasar) değişiklikler yumuşatıcı veya koruyucu bir merhemle (bebek bezi bölgesi) tedavi edilmelidir.
- Banyo yapmak, bebeğin ebeveynleri ve diğer bakıcılarla dokunsal uyarı ve bağ oluşturarak eğlenceli bir deneyim olmasını sağlar.
- Banyo, yenidoğan için sakinleştirici ve yatıştırıcı bir deneyim olabilir.
- Derinin durumu, nem ve sıcaklık gibi çevresel faktörlerden etkilenebilir.
- Kuruluk belirtileri, kızarıklık, tahriş veya cilt yapısında başka herhangi bir değişiklik olduğunda yumuşatıcılar kullanılmalıdır.

YYBÜ’de bulunan yenidoğanlarda sık damar yolu açma, kan alma, lomber ponksiyon veya umbilikal kateter takılması gibi invaziv işlemlere maruz kalındığından dolayı ve bu işlemler için çeşitli antiseptiklerle cilt dezenfeksiyonu yapılması sonucu deri bütünlüğü bozulmaktadır (Samancı, 2007). Aynı zamanda giysilerin çıkartılması, yatak pozisyonu, alt bezinin değişimi, elektrotların çıkartılması, bası ve hareket kısıtlamalarıyla da yenidoğanlarda deri bütünlüğü bozulabilir. Derinin en iyi değerlendirildiği zaman banyo zamanıdır (Conk ve ark., 2007; Blume-Peytavi ve ark, 2016).

2.7.1. Yenidoğan Banyosu

Yenidoğan banyosu sağlıklı, kültürel ve bireysel yararları olmasının yanında yenidoğan bakım uygulamalarının da önemli bir parçası olması yönünden büyük öneme sahiptir. Doğumdan sonra maternal kan, selüler debris, mekonyum ile bulaşma ve vücut salgılarının temizliği için yapılacak olan ilk banyo için, doğumdan sonra yenidoğanın vücut ısısının stabilleşmesinin (36,5-36,8 °C olması) beklenmesi önerilmektedir (Blume-Peytavi ve ark. 2009; 2016). Bazı kaynaklar ilk banyonun hipotermi riskini en aza indirmek amacıyla, bebeğin vital bulguları ve beden sıcaklığının stabilize olmasını takiben, doğum sonrası 2.-4. saatler arasında yapılmasını, WHO ilk banyonun özellikle gelişmekte olan ülkelerde 24 saat ertelenmesini eğer bu mümkün değilse özellikle yenidoğan bebeği hipotermiden

korumak amaçlı altı saat sonra yapılmasını önermektedir (WHO, 2013; AWHONN, 2013; Kuller, 2014). Bununla birlikte preterm yenidoğanın, yaşam bulguları normal seviyeye ulaşmadan ve hipotermi giderilmeden yaptırılan banyo, hipotermiyi ve oksijen tüketimini arttırarak solunum sıkıntısına yol açabilir (Ness ve ark. 2013). Vücut sıcaklığı stabil olan yenidoğanlarda doğumdan bir saat sonra ve iki saat sonra yaptırılan banyonun vücut ısısına olan etkisinin karşılaştırıldığı çalışmalarda doğumdan bir saat sonra yaptırılan banyonun vücut sıcaklığını etkilemediği bulunmuştur (Taheri ve ark., 2007; Varda ve Behnke, 2000).

Yenidoğanın banyo sıklığı konusunda kesin bir bilgi bulunmamaktadır. Bu konu ile ilgili varılan ortak görüş, günlük banyonun cilt pH'ını değiştirebileceği, irritasyon ve kuruluğa yol açabileceği şeklindedir (Darmstadt ve Dinulos 2000; Walker ve ark. 2005; Jackson 2008). Miadında yenidoğanlarda haftada 2-3 kez, prematüre yenidoğanlarda ise 4 günde bir yaptırılan banyonun cilt temizliği açısından yeterli olacağı ileri sürülmektedir (Ness ve ark. 2013; Lavender ve ark. 2013; Dyer 2013; Ekim ve Ocakçı, 2014; Blume-Peytavi ve ark. 2016). Banyo sıklığının preterm yenidoğanların cilt florası ve patojen kolonizasyonu üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, iki günde bir banyo yaptırmakla dört günde bir banyo yaptırmanın flora ve kolonizasyon açısından fark yaratmadığı bulunmuştur (Penny, 1996, Varda ve Behnke, 2000; Lund ve ark., 2007; Lavender ve ark., 2013). Preterm yenidoğanda rutin vücut bakımının içeriği konusunda çeşitli yayınlar vardır. Ancak kesin bir prosedür yer almamaktadır. Preterm yenidoğana nasıl banyo yaptırılacağı hala tartışılan konular arasında yer almaktadır (Franck ve ark., 2000; Liaw ve ark., 2006; Bartels ve ark., 2009; Garcia, 2009; Blume-Peytavi ve ark., 2012; Lund, 2016). Birçok yenidoğan yoğun bakım ünitesinde banyo standart hemşirelik uygulaması olmasına rağmen bunun kullanımını destekleyecek çok az bilimsel kanıt vardır (Yıldız, 2008; Blume-Peytavi ve ark., 2012; Lund, 2016).

Sağlık bakanlığı genellikle yenidoğanlara rutinde silme banyo yaptırılmasını önermektedir (Zenciroğlu ve Koç; 2014). Birçok kültürde, yenidoğanın ilk banyosu, göbek bağı düştükten sonra yapılmaktadır. Ancak, bu konuda yapılan çalışma sonuçları, banyonun göbek bağının düşme süresini etkilemediğini ve enfeksiyon açısından bir risk oluşturmadığını göstermektedir (Dyer 2013; Ness ve ark. 2013; Ayyıldız ve ark., 2015). AWHONN ve NANN 2001'de yayınladıkları rehberlerde

preterm yenidoğanlara ve stabil yenidoğanlara doğumdan sonra göbekleri kesilmeden önce bir kez küvette (daldırma) banyo uygulanmasını önermektedir (Bryanton ve ark., 2004; Blume-Peytavi ve ark., 2012). Ülkemizde Hacettepe hastanesindeki uygulama rehberlerinde 2500 g altındaki yenidoğanların yıkanmaması gerektiği, silinebileceği belirtilmektedir (Yurdakök ve ark., 2009). Ekstrauterin hayata adapte olmaya çalışan yenidoğanı tam stabilize olmadan yıkamak hipotermi gelişimine, bu da solunum sıkıntısı ve oksijen üretiminin artmasına yol açabilir (Ness ve ark. 2013; Blume-Peytavi ve ark., 2016; Lund, 2016).

Uygulamada da prematüre yenidoğanlara uygulanan banyo yönteminde bir standart yoktur. Pek çok ülkede veya hastanede silme banyo, küvet banyosu veya duş şeklinde banyo uygulanabilmektedir. Banyonun sıklığı, biçimi, kullanılan temizleme ajanları, silme ve küvet banyo yönergeleri ve uygulama zamanı değişmektedir (Franck ve ark., 2000; Bartels ve ark., 2009; Blume-Peytavi ve ark., 2012;2016; Lund, 2016). Kuzey Amerika’da yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde haftada iki defa rutin silme banyo uygulaması yararı kanıtlarla desteklenmemiş olsa da uygulanmaktadır. Kanada’daki hemşirelerin %80’i yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde silme banyo uygulamakta ve bu uygulama Kuzey Amerika’nın çeşitli yerlerinde farklılaşmaktadır. Güney Kore’de yararı kanıtlarla desteklenmese de, bebeklere her gün silme banyo yaptırılmaktadır (Peters, 1998; Lee, 2002). Ülkemizde de yenidoğan kliniklerinde yenidoğan yenidoğanların banyosu için kabul edilmiş tek bir banyo yöntemi ve sıklığını içeren standart bir uygulama rehberi bulunmamaktadır; ancak ülkemizde YYBÜ’de yatan yenidoğanlara günlük cilt bakımı silme banyo şeklinde uygulanır (Zenciroğlu ve Koç, 2014). İlk banyoda verniks enfeksiyonlara karşı koruma sağladığı, ısıyı koruduğu ve yara iyileşme sürecini hızlandırdığı bilindiğinden tamamen çıkartılmamalıdır (Visscher ve ark., 2015; Zenciroğlu ve Koç, 2014; Blume-Peytavi ve ark., 2016). Gestasyonel yaşı 32 haftadan küçük yenidoğanlarda anneden gelen sıvıları temizlemek amacıyla steril ılık su kullanılabilir (Dağoğlu ve ark., 2000; Yurdakök ve Erdem, 2004; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013; Zenciroğlu ve Koç, 2014; Blume-Peytavi ve ark., 2016). Rutin banyo uygun teknikler kullanılmadığı zaman kuruluk, irritasyon ve vücut ısısında ve diğer yaşamsal bulgularda destabilizasyon olabilmektedir (Furdon, 2003). İlk banyo anneden geçebilecek enfeksiyon hastalıklarını (Hepatit B veya HIV) önlemek için ılık su ve sabunla yaptırılmalıdır. Bununla birlikte cildi ovalamak da

yenidoğanlar için ağrı vericidir. Ilık sıcak su ile banyo sabun kullanılmadan ilk hafta için ideal olsa da nötr pH'lı temizleyici ajanlarla yapılan banyolarda anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Levander ve ark, 2013). Klorheksidin veya povidon iyot içeren antiseptik solüsyonların rutin olarak kullanılmasına gerek yoktur. Nötral pH'a sahip temizleyiciler kullanılabilir (Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013; Zenciroğlu ve Koç, 2014).

2.7.1.1. Silme Banyosu

İlk haftalarda silme banyosu için sadece ılık su yeterlidir. Fazla kirlenen kasık gibi bölgelerde gerekirse uygun (nötral pH'lı, alkali olmayan, boya, deodorant ve koruyucu kimyasal barındırmayan) sabunlar kullanılabilir. Alkali sabunlarla yıkanan yenidoğanların deri pH'ının normale inme süresi bir saatten uzundur. Derinin en uygun antibakteriyel işlevi için uygun pH, 5,0'in altıdır (Gelmetti, 2001; Hugill, 2014). Banyo hava sirkülasyonunun olmadığı, 24-25°C sıcaklıkta bir ortamda yaptırılır. Yenidoğanın banyosu iki emzirme arasındaki sürede yaptırılmalıdır. Çünkü emzirmeden hemen sonra banyo yaptırılırsa yenidoğanın kusmasına ve besin aspirasyonuna yol açabilir, aç iken ise huzursuz olmasına neden olabilir. Banyo süresince yenidoğan yalnız ve korumasız bırakılmamalıdır (Taşkın, 2000 Çavuşoğlu, 2008; Sarıkarabudak ve Ergün, 2013; Blume-Peytavi ve ark., 2016).

Yenidoğan silme banyosunda gerekli malzemeler;

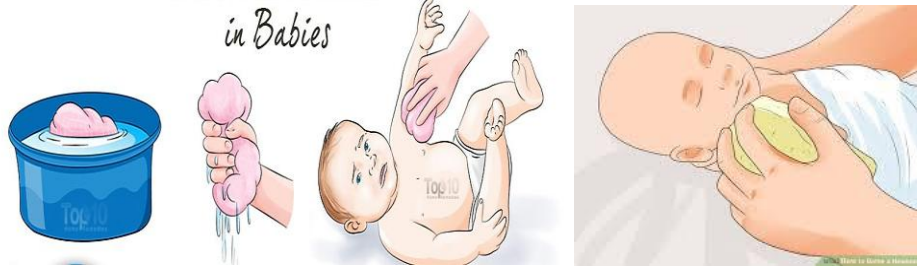
Bebek küveti, yeterli miktarda su, pamuk tampon, küçük havlular, iki adet havlu, bebek şampuanı, bebek sabunu, alkol, steril gazlı bez, temiz giysileri ve alt bezidir (Çavuşoğlu, 2008; Yıldız, 2008; Zenciroğlu ve Koç, 2014). İşleme başlamadan önce tüm malzemeler hazır bulundurulmalıdır. Silme banyosunda ısı kaybını önlemek için bebeğin vücudu bölge bölge açılarak silinir, kurulanır ve giydirilir.

İşlem Basamakları;

- Temizliğe önce gözden başlanır. Bir pamuk temiz ve ılık su ile ıslatılarak bebeğin gözleri içten dışa doğru yavaş darbelerle silinir. Her göz için ayrı bir pamuk tampon kullanılır.
- Küçük ıslak havlu bir bez ile yüzün orta bölümünden dışa doğru silinir.
- Burun, kulak çevresi ve kulaklarının arkası da aynı şekilde temizlenir. Burun ve kulak içleri yüzeysel olarak temizlenir. Burun mukozası ve kulak zarı tahrişini

önlemek için temizlik sırasında kulak ve burun içine sert pamuklu çubuklar sokulmamalıdır. Kulak kiri, görünen ve kolay alınabilecek yerde ise bir bez yardımı ile alınabilir.

- Daha sonra yenidoğan futbol pozisyonunda (bebeğin vücudu annenin kolunun altında, baş ve boyun kısmı annenin eliyle desteklenerek, yüzü anneye dönük şekilde) tutulur. Bebeğin başı, ısısı önceden ayarlanmış 37°C (bileğin iç kısmıyla kontrol edilir) su ile ıslatılır; göz yakmayan uygun pH'lı bir şampuan ile başını nazik hareketlerle önden arkaya doğru masaj yaparak yıkanır. Bu işlem sırasında fontanellere baskı yapılmadan yavaş hareketlerle ovulur.
- Bebeğin başı iyice durulanıp kurulandıktan sonra saçları yumuşak bir fırça/tarak ile taranır. Daha sonra bebeğin ısı kaybını önlemek için başı havlu ile sarılır.
- Aynı pozisyonda tutularak, ılık su ile ıslatılmış küçük bir havlu bez ile boyun ve boyundaki kıvrımlar silinir.
- Bebeğin üst örtüleri çıkarıldıktan sonra boynu desteklenir sırt, gövde ve ekstremiteler yukarıdan aşağıya doğru ıslak bez ile silinir.
- Vücudun üst kısmının temizleme işlemi bittikten sonra havlu ile kurularak giysileri giydirilir.
- Yenidoğanın bel altındaki giysileri ve bezi çıkarılır. Bacakları, ayakları ve parmakları temizlenir. Islak bir bezle durulanıp kurulanır. Cildin ıslak kalması cildi tahriş edeceğinden tüm boğumlar iyice kurulanır.
- Kız yenidoğanların perine bölgesinin temizliğinde sabun irritasyon yapabileceği için kullanılmamalıdır. Ilık su ile bölge önden arkaya doğru temiz yumuşak pamuklu bir bez ile temizlenir.
- Sünnetsiz erkek yenidoğanlarda, sünnet derisinin dışını yıkamak yeterlidir. Retraksiyon (geriye çekme) uygulanmamalıdır.
- Göbek bakımı yapılır.
- Yenidoğanın altını bezlerken göbek bağının üzerini kapatmamaya dikkat edilir.
- Tüm işlemlerden sonra yenidoğan giydirilerek üşümesi önlenir.
- Kullanılan malzemelerin temizliği yapılarak kaldırılır ve eller yıkanır (Taşkın, 2000; Bryanton ve ark., 2004; Çavuşoğlu, 2008; Yıldız, 2008; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2014).



Şekil 2.2 Yenidoğan Silme Banyosu

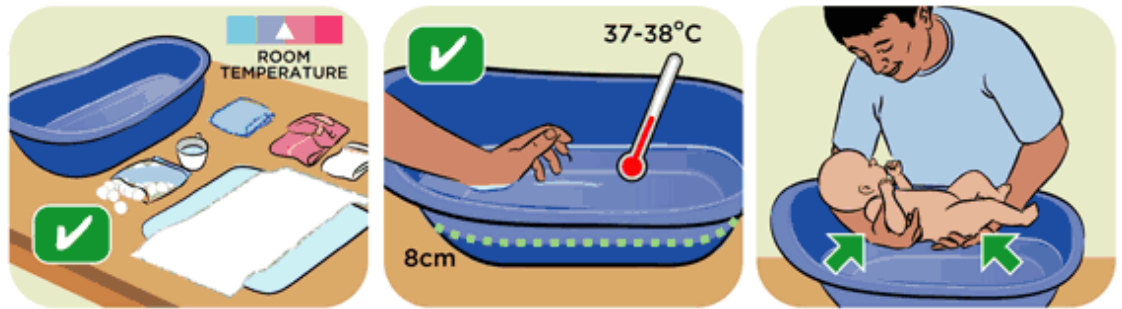
http://raisingchildren.net.au/articles/washing_newborn_aboriginal_parents_pip.html
Erişim tarihi:22.11.2016

2.7.1.2. Küvet Banyosu

Yenidoğan küvet banyosunda gerekli malzemeler;

Banyo küveti, küvet derecesi, banyo havlusu iki adet, prematüre bebeklerde üç adet, yumuşak bezler veya küçük havlular, pamuk topçuklar, steril gazlı bez, temiz giysiler ve alt bezi, bebek sabunu, bebek şampuanı, bebek nemlendiricisi, bebek yağı, pişik kremi (gerekirse), sıcaklığı 37-38°C ayarlanmış yeterli miktarda su, su tası, yumuşak saç fırçası veya tarak, tırnak makası (gerekirse), ıslak mendil (alerji yapmayan), emzik, alkol (BUÇH, 2008; Çavuşoğlu, 2008; Yıldız, 2008; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013; Zenciroğlu ve Koç, 2014).

Küvet banyosu için gerekli malzemeler hazırlanır. Ortam ısısı ayarlanır. Hava akımı olmayan bir yer seçilmelidir. Bebeğin güvenliği için küvette banyo verilirken küvetin tabanına havlu konularak kaymalar önlenir. Küvet banyosu verilirken küvet içinde su miktarı 5-10 cm'yi (3-4 inç) geçmemelidir (Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013; Zenciroğlu ve Koç, 2014).



Şekil 2.3. Yenidoğan Küvet Banyosu I

http://raisingchildren.net.au/articles/washing_newborn_aboriginal_parents_pip.html
Erişim tarihi:22.11.2016

İşlem Basamakları:

- Eller yıkanır, malzemeler hazırlanır. Su ısısı kontrol edilir, 37-38oC olması sağlanır. Bebeğin vucut ısısı kontrol edilir, hipotermisi varsa işlem ertelenebilir.
- Yüz ve baş temizliği silme banyodaki gibi yapılır.
- Havlu açılır alt bezi çıkarılır. Gerekliyse genital bölge banyo öncesi temizlenir. Yumuşak bez ıslatılıp sabun ile bolca köpürtülür ve tüm bölge ve cilt boğumları temizlenir.
- Bir kol bebeğin başının altından geçirilerek koltuk altından sıkıca kavranır. Diğer elle iki bacağından veya poposunun altından tutulur.
- Sıcaklığı kontrol edilmiş banyo küveti içindeki suya önce vücudun alt kısmı, sonra yavaşça tüm vücudu su içine daldırılır.
- Koltuk altından ve boynu kolun üzerinde yaslanmış olarak omuzları suya degecek şekilde tutulur.
- Bebeğin boynundan başlanarak, şampuanla sırasıyla boyun, göğüs, kollar, sırt, bacaklar ve genital bölge sabunla yıkanır.
- Ardından diğer elle hafif hareketlerle vücut durulanır.
- Küvete konulurken tutulan şekilde sıkıca tutularak, sudan çıkarılır, bu arada ikinci bir kişi su dökerek durulamada yardımcı olur ve temiz bir havlu üzerine yatırılır.
- Hızla tüm vücudu yumuşak hareketlerle kurulanır. Kurularken boğum aralarının, koltuk altının, kasıkların, parmak aralarının ve genital bölgenin iyice kurulanmasına dikkat edilir.
- Yenidoğan kuru havluya sarıldıktan sonra başı şampuanlanarak yıkanır, durulanır ve kurulanır. Ancak uygulamada hiçbir zaman bu şekilde uygulama yapıldığı görülmemektedir. Vücudu sabunla yıkanıp durulandıktan sonra başı şampuanla yıkanıp durulanarak işlemin sonlandırıldığı görülmektedir.
- Nemlendirici (bebe yağı) veya pişik kremi sürülür ve temiz bezi bağlanır. Göbek bakımı yapılır.
- Hızlı bir şekilde giydirilir ve battaniyesine sarılır.
- Kullanılan malzemeler temizliği yapılarak kaldırılır ve eller yıkanır. (Çavuşoğlu, 2008; Fern ve ark., 2002; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2014)



Şekil 2.4. Yenidoğan Küvet Banyosu2

Küvet banyosunun temel amacı cildi temizlemek ve gözlemlenmektir. Banyonun yenidoğanda derinin nemlenmesini sağlamak, kasları gevşeterek gerilimi ve ağrıyı ortadan kaldırmak, deri ile ilgili sorun oluşumunu önlemeye yardımcı olmak, yenidoğanın deri ile ilgili durumunun gözlenmesine olanak vermek gibi faydaları vardır (Frank ve ark. 2000; Tapia-Rombo ve ark., 2003; Liaw, 2006). Eğer uygun şekilde yapılmaz ise yenidoğanda fizyolojik ve davranışsal sorunlara neden olabilir (Darmstadt ve Dinulos, 2000; Sarıkaya-Karabudak ve Ergün, 2013).

Tapia-Rombo ve arkadaşları (2003), silme banyonun stabil preterm yenidoğanlarda yaşamsal bulgularında, periferik oksijen saturasyonunda, cilt renginde ve davranışında herhangi bir değişime neden olup olmadığını incelemek amacıyla yaptığı prospektif çalışmada 79 preterm yenidoğan izlenmiştir. Vital bulguları, periferal kan oksijen saturasyonu, cilt rengi ve davranışı silme banyodan 10 dk önce ve 10 dk sonra değerlendirilmiştir. Sonuçta vital bulgular, cilt rengi, davranışı ve periferal kan oksijen saturasyonu silme banyodan sonra önemli derecede değişmiştir ($p<.01$). Bütün bunlara bakarak prematüre yenidoğanlarda silme banyo işlemi vital bulgularda, cilt renginde, davranışta ve periferal kan oksijen saturasyonunda değişime neden olduğu için çok çabuk yapılması ve işlem uzatılmaması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

2.8. Hemşirelikte Kuram Kullanma

Hemşirelik örgütü 20. yy'da sunduğu hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmede tanımlayıcı çalışmaların ötesine geçme, bilimsel kanıt toplama, hemşirelik üretkenliğini kavramsallaştırabilme ve teoriye dayalı uygulamalar geliştirebilme gibi çeşitli zorlukları aşmak zorunda kalmıştır (Velioğlu, 1999; Aksoy-Derya, 2012). Profesyonel disiplerin hedefi mesleki uygulamalarda bilimsel bilgi ışığında hizmet vermektir. Bu bilgi, özellikle davranış ve sosyal bilimlerde

genellikle “kavram” ve “kuram” kelimeleriyle açıklanır. Hemşirelik kuramlarının birincil amacı hemşirelik biliminin gelişmesini sağlamaktır (İnan ve ark., 2013). Hemşirelik kuramları, hemşireliğin temel kavramlarıyla aralarındaki ilişkiyi tanımlama, açıklık getirme ve tahminlerde bulunma yoluyla sistematik bir görüş kazandıran, uygulamaları destekleyen, kolaylaştıran ve rehberlik eden hemşirelik bilimsel bilgisinin zihinsel çıktısıdır (Velioğlu, 1999; Fawcett, 2005; Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Vicdan ve Karabacak, 2014).

Hemşirelik kuramlarının dört metaparadigması, insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşireliktir. Hemşireler sistematik olarak bakım vermeye başladıktan sonra konfor, bakım ve iletişim gibi çeşitli kavramları kullanmaya başlamışlardır. Bu kavramlar metaparadigmalarla ilişkilendirilerek kuram geliştirme çalışmalarının temelini oluşturmuştur (Velioğlu, 1999; Çınar-Yücel, 2011). Model kullanımı, uygulamadaki sorunların araştırılmasına yön vererek çözüm önerileri geliştirilmesini, hemşirenin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını ve bakımın sistematize olmasını sağlar (Fawcett, 2005; Vicdan, 2010; Vicdan ve Karabacak, 2014).

2.9. Konfor Kuramı

1965 yılında Cleveland’ da St. Luke’s Hospital School of Nursing’den mezun olan ve çeşitli ünitelerde çalışan Kolcaba, öncelikle “konfor” kavramını ve daha sonra hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalarını ortalama 15 yıl sürdürmüştür. Yaptığı çalışmalar neticesinde 1988’de “konfor” kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (Kolcaba, 1992; Aksoy-Derya, 2012; Krinsky ve ark., 2014). Daha sonra bu oluşturduğu taksonomik düzeni test etmek amaçlı 48 maddeden oluşan, 4’lü likert tipte “Genel Konfor Ölçeği” (General Comfort Questionary) geliştirme çalışmalarına başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayın haline getirmiştir (Kolcaba 1992). Ardından 1994 yılında konfor kuramını geliştirip, 2003 yılında da “ Konfor Kuramı ve Uygulama: Bütüncül Sağlık Bakımı ve Araştırma İçin Bir Görüş ” (Comfort Theory And Practice: A Vision For Holistic Care And Research) kitabını yayınlamıştır (Kolcaba, 2003).

Kolcaba, Konfor Kuramı’nın oluşumu sürecinde dört temel felsefi görüşün etkisi olduğunu savunulmaktadır. Bu kuramda en üstte çatıyı oluşturan bakış açısı holizm,

bir sonrakinde insan gereksinimleri, diğ er aş amadaysa Murray'in İnsanda Baskı Kuramından (1938) temel edinmiştir. Kuramın son sürecinde ise Orlando, Henderson ve Paterson gibi kuramcıların geliştirdiğ i üç orta düzey kuramdan yararlanılmış tır. Kolcaba bu dört bakış açısını ilişkilendirerek Konfor Kuramını ve alt kavramlarını geliştirmiştir (Kolcaba, 2003; Çınar Yücel, 2011; Aksoy-Derya, 2012).

Holizm (Bütünlük) Kavramı

Kolcaba “holizm” kavramını, kişinin bir bütün olarak fiziksel yapısı ile iç içe olan mental, spiritüel ve emosyonel tüm yaş antılarından oluştuğ unu, yaşamın devamı için sosyal ve çevresel karmaş ık ekolojiler içerisinde yer aldığ ını ve insanların bu etkileri eş zamanlı olarak algılayarak iç e ve/veya dış a dönük olarak tepki verdiklerini kabul etmektedir (Kolcaba, 2003; Çınar Yücel, 2011; Aksoy-Derya, 2012).

İnsan Gereksinimleri

Temel insan gereksinimlerinde Kolcaba bireyin hastane ortamında temel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yardımın hedeflendiğ i bu aş amada, özellikle kişinin beklentilerinin karşılanmasında bireysellik ve kültürel özellikler doğrultusunda bütüncül bakımın sürdürülmesinin önemi üzerinde durmuştur (Kolcaba, 1994).

İnsanda Baskı

Murray'ın Kuramı'nda; kişinin yaşadığ ı ortamdaki bireysel gereksinimler ve çevresel baskı arasında bir etkileş im söz konusudur. Çevresel baskı bireysel gereksinimlerin ya desteklendiğ i ya da engellendiğ i dış faktörleri belirtmektedir. Murray'a göre alfa baskısı ve beta baskısı olmak üzere iki tip baskı vardır. Alfa baskısı dış tıan duyulan çevresel baskıyı ifade ederken, beta baskısı çevresel durumu bireyin kendisinin algılamasını ifade etmektedir (Terzi, 2014). Alfa baskısı negatif güçler (zorlayıcı), pozitif güçler (kolaylaştırıcı) ve etkileş im içinde olan güçlerden oluşurken, beta baskısı alfa baskısında yer alan güçlerin toplam etkisinin birey tarafından algılanması olarak açıklanmaktadır. Birey tarafından yapılan öz değ erlendirmede sonucun olumlu algılanması, diğ er durumların da olumlu sonuçlanacağı beklentisini güçlendirmektedir. Kolcaba'nın, konfor kuramında alfa baskısını oluşturan negatif güçleri sağıık bakımı gereksinimleri, pozitif güçleri hemş irelik müdahaleleri olarak ele alınırken, etkileş im içinde olan güçleri hem kişinin ihtiyaçlarını hem de bakım

gereksinimlerini etkileyen yaş, cinsiyet vb. değişkenler olarak tanımlanmaktadır. Beta baskısını ise, hastane ortamında hastanın konforunu sağlayacak, sağlık bakımı gereksinimlerini ve bunların karşılanmasına yönelik yapılan hemşirelik müdahale/girişimlerini algılaması olarak tanımlanmaktadır. Yükselen konfor algısı kişiyi olumsuz etkileyen gerginliğin azalmasına, yaşama amacı ve yaşam aktivitelerinin yeniden güçlenmesine neden olduğu belirtilmektedir (Kolcaba 1994, 2001; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011).

2.9.1. Kavram Olarak Konfor

Kolcaba, konforu; “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde karmaşık yapıya sahip beklenen sonuç” olarak tanımlamıştır (Kolcaba, 1991, 2003). Kolcaba konfor kavramını bütüncül yaklaşımla “ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimi” olarak açıklamıştır (Kolcaba, 2003).

Konfor kavramının taksonomik yapısını iki evrede ele almıştır. Kolcaba birinci evresinde: kişisel konfor gereksinimlerinin karşılanma seviyelerine göre konfor düzeylerini “ferahlama”, “rahatlama” ve “üstünlük” olarak belirlemiştir (Kolcaba, 2003).

Tablo 2.5. Birinci Evre Konfor Düzeyleri

<i>Ferahlama</i>	Kişinin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur. Örneğin hastaya yapılacak olan kan alma işlemi hastaya açıklanırsa birey ferahlama yaşar (Kolcaba, 1991).
<i>Rahatlama</i>	Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Hastanın rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumudur (Kolcaba, 1991, 2003).
<i>Üstünlük</i>	Kişinin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmıştır. Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir (Kolcaba, 1991, 2003).

Kolcaba ikinci evrede ise, holistik görüşle temellendirdiği konfor boyutlarını oluşturmuştur. Konfor kuramının boyutları; konforun gereksinimlerinin ortaya çıktığı “fiziksel”, “psikospiritüel”, “sosyokültürel”, “çevresel” ortamlardır.

Fiziksel Konfor: Bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve homeodinamizm, bağırsak işlevlerinin sürekliliği gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Ağrı, fiziksel konforun azalmasında en önemli durumlardan biri olarak görülmektedir. Kolcaba (1994) uyararı oluşturur ya da oluşturmasını fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtlarından kaynaklandığını belirtmektedir. Fizyolojik göstergelerin herhangi birinde oluşacak anormallik konforu da etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kolcaba 1994). Bu nedenle gerçekleştirilen araştırmada fizyolojik parametreler ölçülerek YYBÜ’deki fiziksel konforun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Psikospiritüel Konfor: Akılsal, tinsel ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam katan öğeler, öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendini farkında olmayla ilgili duygulardan oluşmaktadır (Kolcaba 1991).

Sosyokültürel konfor: Bireyin ve ailesinin inanç, gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım uygulama, bilgi verme, danışmanlık yapma ve iletişim sağlanması, finansal destek sistemlerinden yararlanma, taburculuğun planlanması ve eğitimi, evde bakımın sağlanması sosyokültürel bakımı oluşturan etmenler arasındadır. Sosyokültürel konforu düşüren etmenler arasında; kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, aileden ayrılma, özensiz bakım verme, bakımın sürekli olmaması, bakımın kalitesinin düşük olması, sosyal güvencesinin olmaması gibi etkenler sayılabilir (Kolcaba, 1991, 2003).

Çevresel konfor: Hastanede yatan kişilerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını destekleyen çevresel konfor öncelikli boyut olarak ele alınmıştır. Çevresel konforun tanımı dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini içine almaktadır. Bunun içinde gürültü, renk, sıcaklık, ışık düzeyi, manzara gibi kişinin dış ortamıyla ilgili kavramlar yer almaktadır. Çevresel konforu düşüren etmenler soğuk ortam, gürültülü sesler, kargaşa, çok parlak/çok düşük ışık, ter kokusu gibi kötü koku,

hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklar sayılabilir (Kolcaba, 1991,2003; Arslan ve Konuk Şener, 2009).

Konfor Boyutları	Konfor Düzeyleri		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospritu�el			
Sosyokültürel			
Çevresel			

Şekil 2.5. Konfor Kavramının Taksonomik Yapısı (Kolcaba, 2003)

Konfor bakım uygulamalarında hemşirenin sorumlulukları:

- Konfor gereksinimleri hastanın dört düzeydeki (fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel) deneyimlerinden yola çıkararak değerlendirilir.
- Geri kalan gereksinimlerini karşılamak için konfor ölümü planlanır ve uygulanır.
- Konfor  l m n n sonucunu etkileyen değişkenler göz önünde bulundurulur. Bu değişkenler genellikle yoksulluk, yalnızlık veya ölümcül hastalık gibi hemşirenin etkisinin dışında olan değişkenlerdir.
- Konfor  l mleri uygulandıktan sonra hastalar konfor durumlarını ve buna etki eden değişkenleri fark eder.
- Eğer konfor ölümleri başarıyla gerçekleştirildi ise hemşire hastanın konfor değerlendirmesini objektif ve subjektif olarak değerlendirir. Hemşire girişimlerin devam edip etmeyeceğine, yeni girişimler uygulanıp uygulanmayacağına ve konfor gereksinimlerinin yeniden değerlendirip değerlendirmeyeceğine karar verir.
- Eğer konfor sağlandıysa hastanın sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları etkili bir şekilde oluşmuştur. Böylece konfor bakımı hastaları destekler (Kolcaba, 1995).

2.9.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Konfor ve Hemşirenin Rolü

Konfor kavramı son zamanlarda yenidoğan yoğun bakım üniteleri ve yenidoğanlar için de sık sık kullanılmaya başlanmıştır. YYBÜ'de hemşirelik müdahaleleri uygulanarak hasta konfor düzeyinin yükseltilmesi profesyonel hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır (Arroyo-Novoa ve ark., 2007; Alemdar ve Tüfekçi, 2015). YYBÜ, yenidoğanlar için intrauterin yaşamın tam tersi ventilatör, monitör kaynaklı gürültünün fazla olduğu, ışık seviyesinin yüksek ve yerçekimin gücüyle bebeğin hareketlerini yapmakta zorlandığı bir ortamdır (Coughlin ve ark., 2009). YYBÜ'ün fiziksel şartlarıyla yenidoğanın anatomik ve fizyolojik yetersizlikleri, sık sık yapılan rutin bakım ve invaziv girişimler yenidoğanın konfor düzeylerini azaltabilmektedir. Bundan dolayı, yenidoğanın iyileşme ve taburculuk süreleri olumsuz etkilenmektedir (Kahraman ve ark., 2014). Konforun iyileşme hızını etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir (Ista ve ark., 2005). Bununla birlikte konfor, hasta-hastane fayda-maalîyet oranlarını ve memnuniyet düzeyini de yükseltici etkide olduğu vurgulanmaktadır (Kolcaba and Dimarco, 2005).

Son yıllarda pediatri hemşireliğinde konfor düzeyini yükseltici yöntemlerin geliştirilmesi öne çıkmıştır. YYBÜ'de izlenen yenidoğanlarda konforu sağlayıcı hemşirelik müdahalelerinin uygulandığı gözlenmektedir. Bu müdahaleler, konforlu pozisyon verme, çocuğa özel öz konfor davranışlarını kolaylaştırma, parmak emme, aile üyelerinin desteği, battaniyeye sarma ve sallamayı içermektedir (Kolcaba and Dimarco, 2005). Literatürde YYBÜ'de takip edilen yenidoğanlarda ağrılı ve stresli girişimler esnasında yenidoğanların konforlarını arttırmak, ağrı ve stresi azaltmak amacıyla pozisyon değişikliği, oral glikoz veya sukroz uygulamaları, kanguru bakımı, göz, ağız ve banyo gibi hijyen girişimleri, masaj, besleyici olmayan emme, pozisyon verme veya kundaklama gibi uygulamalar kullanılmaktadır (Losacco ve ark., 2011. Mathai et al., 2006; Arroyo-Novoa ve ark., 2007; Alemdar ve Tüfekçi, 2015).

Hasta sonuçlarını iyileştirmek için konfor teorisini kullanan örneklerin çoğu erişkin klinikleriyle ilgilidir. Yapılan literatür taraması sonrasında Kolcaba'nın konfor teorisinin YYBÜ'de banyo yaptırma sırasında kullanıldığı herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Bununla birlikte, preterm yenidoğanlarda konfor değerlendirilmesinin yapıldığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Alemdar ve

Tüfekçi (2015) tarafından yapılan çalışmada, aspirasyon öncesinde, sırasında ve sonrasında dinletilen anne kalp sesinin preterm yenidoğanların konforunu arttırdığı bulunmuştur. Monique ve arkadaşlarının (2007) prematüre yenidoğanlarda topuk kanı alımında konfor düzeylerini inceledikleri çalışmalarında, işlem öncesi konfor puanları ile işlem sonrası konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu saptamışlardır. Corff ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan çalışmada, topuk kanı alımı sırasında cenin pozisyonu verilen prematüre yenidoğanların konfor düzeylerinin anlamlı seviyede iyi olduğu belirlenmiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki prematüre yenidoğanlara uygulanan küvet banyo ile silme banyo yöntemlerinin, prematüre yenidoğanın fizyolojik değişkenlerine ve konforuna olan etkilerini karşılaştırmak amacıyla, randomize deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri, Kasım 2015- Kasım 2016 tarihleri arasında, Antalya ilinde bulunan, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine bir yılda yaklaşık 845 yenidoğan hasta alınmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü yenidoğan ünitesinde üç birim (1. basamak, 2. basamak ve 3. basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri) bulunmaktadır. Üçüncü basamak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 15 küvöz iki ısıtıcı; İkinci basamak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 6 küvöz, bir ısıtıcı; Birinci basamak yenidoğan ünitesinde 13 kot yatak bulunmaktadır. Yenidoğan ünitesinde iki öğretim üyesi, iki yandal asistanı, 4 asistan ve bir intörn görev yapmaktadır. Klinikte hemşireler iki shift şeklinde görev yapmaktadır. Üç bölümde gündüz shiftinde (08.00-16.00) 7, gece shiftinde (16.00-08.00) 5 olmak üzere 12 hemşire görev yapmaktadır. Birimde toplam çalışan hemşire sayısı 29 hemşiredir. Ünite de cilt bakımı rutin olarak sabah 08.00-09.00 arasında silme banyo şeklinde yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma örneklemini oluşturacak hasta sayısını belirlemek için power analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda örneklem sayısının 90 olmasının yeterli olabileceği saptanmasına karşın, bazı alt gruplara ait tanımlama ve analiz detaylarının vurgulanması ve $p=1$ düzeylerine sahip bir çalışma yapılabilmesi için örneklem sayısının 120 hasta olmasına karar verilmiştir. Sonuç olarak araştırmanın örneklemini; yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan, çalışmanın amacı açıklanarak, bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım için ebeveynlerinden yazılı ve sözlü izin alınan, dâhil edilme kriterlerine uyan toplam 120 preterm yenidoğan oluşturmuştur.

3.4. Araştırma Grubu Seçim Kriterleri

Dahil edilme Kriterleri

- ✓ 32 hafta+1gün ile 37 hafta+6 gün arasında doğanlar (sınırdaki preterm),
- ✓ 2000g ve üzerinde vücut ağırlığı olan preterm,
- ✓ Spontan solunumu olan preterm,
- ✓ Fizyolojik parametreleri stabil olan preterm,

Dışlanma Kriterleri

- ✓ 22-32 hafta gestasyon yaşına sahip olan ileri derecede preterm,
- ✓ Mekanik ventilatöre bağılı preterm,
- ✓ Son 12 saat içerisinde silme veya küvet banyo uygulanan preterm,
- ✓ Post operatif dönemde ilk 78 saat içinde olan preterm,
- ✓ Santral kateterli preterm,
- ✓ Sepsis tanısı olan preterm
- ✓ Sedatif ve/veya kas gevşetici ilaç kullanan preterm,
- ✓ Konjenital, kromozomal anomalileri olan preterm.

Araştırmada iki girişim grubu oluşturulmuştur.

1. Girişim grubu: Küvet banyosu uygulanacak preterm yenidoğanlar (n=60)

2. Girişim grubu: Silme banyo uygulanacak preterm yenidoğanlar (n=60)

Çalışmaya alınan bütün preterm yenidoğanların banyo uygulaması araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Girişim gruplarının belirlenmesi: Öncelikle araştırmada ebeveynler ile iletişime geçilerek araştırmaya katılmayı kabul edenlere bilgi verilmiştir. Girişim gruplarındaki prematüre yenidoğanları belirlemek için kapalı zarf usulü ile randomizasyon yöntemi kullanılmıştır.

3.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları

- ❖ Fizyolojik Değişkenler İzlem Formu (Ek-2)
- ❖ Yenidoğan Tanıtım Formu (Ek-3)
- ❖ Oda Isısı, Nemi ve Kuvöz Isısı Formu (Ek-4)
- ❖ Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeği (Ek-5)

Fizyolojik Değişkenler İzlem Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda, hazırlanan bu form; Yenidoğanın kalp atım hızı (dk), solunum hızı (dk), oksijen saturasyonu değeri (%SpO2) ve vücut ısısı (°C) parametlerinden oluşmaktadır. Literatür doğrultusunda (Bryanton ve ark., 2004; Loring ve ark., 2012; Edraki ve ark., 2014) ve 5 preterm yapılan ön test uygulaması sonrasında yenidoğanlarda fizyolojik değişkenler 3 ayrı zamanda değerlendirilmiştir (bunlar araştırmaya dahil edilmemiştir).

Silme/küvet banyo uygulamasından,

- ❖ 10 dakika öncesinde
- ❖ 15 dakika sonrasında
- ❖ 30 dakika sonrasında değerlendirilmiştir.

Araştırmada nelcor marka pulse oksimetri (nabız okuyucu) cihazı kullanılarak yenidoğanların kalp atım hızı ve oksijen saturasyon değerleri kaydedilmiştir. Prematüre yenidoğanların her birine ayrı pulse oksimetre probu takılmış olup, yenidoğanın vücut sıcaklığı her prematüre yenidoğan için ayrı dijital termometre kullanarak axiller bölgeden ölçülmüştür. Solunum sayısını ise gözlem yoluyla bir dakika sürede sayılmıştır. Bütün bu fizyolojik parametreler prematüre yenidoğanlar küvözlerinde iken araştırmacı tarafından değerlendirilip kaydedilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçüm cihazlarının kalibrasyonları uygun aralıklarla hastanede yapılmıştır.

Yenidoğan Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Bryanton ve ark., 2004; Loring ve ark., 2012; Edraki ve ark., 2014), preterm yenidoğanın natal ve postnatal bilgilerinin, yenidoğanların cinsiyet, doğum tarihi (gün/ay/yıl), doğum kilosu (gr), araştırma anındaki kilosu (gr), doğum haftası, doğum şekli, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış tarihi (gün/ay/yıl), tıbbi tanısı gibi tanıtıcı özelliklerin kaydedileceği formdur. Bu formdaki bilgiler araştırmacı tarafından doldurulmuş, gerekli yerlerde hasta dosyasından yararlanılmıştır.

Oda Isısı, Nemi ve Küvöz Isısı Formu: Araştırmacı tarafından bu form banyo sırasında oda ısısı (°C), küvöz ısısının (°C) ve ortam neminin (%) ölçümlerinin kaydedilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Oda ısısı ve nem oranı girişimin yapıldığı alanda dijital gösterge ile ölçülmüş olup, küvöz ısısı ise küvözler üzerinde bulunan ekrandan kaydedilmiştir.

Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeği (COMFORTneo): Ölçek yoğun bakımda izlenen yenidoğanların sedasyon ve konfor gereksinimini, ağrı ve distres değerlendirmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. Konfor Ölçeği (KÖ) Ambuel ve ark. (1992) tarafından pediatrik yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatör desteği alarak izlenen hastaların sıkıntısını değerlendirmek için oluşturulmuş olan bir ölçektir. Van Dijk ve ark. (2009) ölçeği revize etmiş ve fizyolojik parametreler olmadan yenidoğanlarda sadece davranışı ölçmek amacıyla COMFORTneo ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini yapmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması, Kahraman ve arkadaşları (2014) tarafından 60 yenidoğan üzerinde yapılmıştır (Kahraman ve ark. 2014). Ölçeğin bakım sonrası Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

COMFORTneo; uyanıklık, sakinlik/ajitasyon, respiratuar yanıt, ağlama, beden hareketleri, yüz gerginliği, kas tonüsü olmak üzere altı parametreden oluşan likert tipi bir ölçektir. Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeğinden alınabilecek en düşük puanın 6, en yüksek puanın ise 30 olduğu belirtilmiştir. Ölçek toplam puanı 6-13 arasında ise yenidoğanın konforlu olduğu, 14-30 arasında ise yenidoğanın ağrı veya distresinin olduğu, yenidoğanın konforsuz olduğu ve konfor sağlayacak girişimlere gereksinim duyduğu vurgulanmaktadır. Hemşire ya da gözlemci yenidoğanların ağrı ve distresini sayısal dereceleme ölçeklerinde 0-10 arasında olmak üzere gözlemlerine dayanarak değerlendirmektedir. Sayısal değerlendirme ölçeklerinden 4-6 puan almak orta derecede, 7-10 puan almak ise ciddi derecede ağrı ve distresi göstermektedir. Araştırmada, yenidoğanlarda Konfor Davranış Ölçeği literatür ışığında (Ambuel ve ark., 1992; Van Dijk ve ark., 2000; Kahraman ve ark., 2014) ve yapılan ön test sonrasında iki ayrı zamanda değerlendirilmiştir.

Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeği;

1. Silme/küvet banyo uygulamasından, 10 dakika önce
2. Silme/küvet banyo uygulamasından, 10 dakika sonra değerlendirilmiştir.

Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeğini kullanırken ve değerlendirirken yenidoğanın yüz ve vücudunu gören bir konumda yer almak gerekmektedir. Değerlendirme yaklaşık bir, iki dakika sürmektedir. Gözleme dayalı güvenilirliğinin belirlenmesinde bağımsız gözlemler arası uyum sıklıkla aranan özelliklerden birisi olduğu için, ölçeğin değerlendirilmesi araştırmacı ve belirlenen Yenidoğan Konfor Davranış

Ölçeğinin nasıl kullanılacağı öğretilen bir kişi tarafından yapılmıştır. Değerlendirmeyi yapan ikinci kişiye prematüre yenidoğana hangi girişimin uygulandığı söylenmemiştir. Bundan dolayı yardımcı araştırmacı sadece banyo sonrası 10. dakikada konfor değerlendirmesine katılmıştır.

3.5.1. Ölçek Güvenirliği

Araştırmada, banyo uygulamasında Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeği (YKDÖ) öğeleri arasında tutarlılık ve homojenliği incelemek amacıyla Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ve madde toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Tablo 3.5.'de görüldüğü gibi YKDÖ puanlama sisteminden elde edilen Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı banyo işlemi öncesi 0.94, banyo işlemi sonrası yardımcı araştırmacı 0.93, banyo işlemi sonrası primer araştırmacı 0.92 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı, herhangi bir test veya ölçekte bulunan soruların birbiriyle bir bütün oluşturup oluşturmadığını göstermektedir. Bir ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa testte bulunan soruların birbirleriyle o kadar tutarlı olduğu kabul edilir. Genellikle iç tutarlılığın yeterli olabilmesi için alfa değerinin 0.70'den büyük olması gerekmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Aktürk ve Acemoglu, 2012).

Tablo 3.1. İç Tutarlılık ve Madde Güvenilirliği Analizi

Ölçek boyutları	Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları	Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları
İşlem Öncesi	0.945	
Uyanıklık		0.835
Dinginlik/ajitasyon		0.880
Ağlama		0.880
Beden hareketleri		0.817
Yüz gerginliği		0.805
Kas Tonusu		0.781
İşlem Sonrası yrd. araştırmacı	0.936	
Uyanıklık		0.687
Dinginlik/ajitasyon		0.860
Ağlama		0.804
Beden hareketleri		0.870
Yüz gerginliği		0.852
Kas Tonusu		0.801
İşlem sonrası primer araştırmacı	0.924	
Uyanıklık		0.595
Dinginlik/ajitasyon		0.843
Ağlama		0.827
Beden hareketleri		0.838
Yüz gerginliği		0.824
Kas Tonusu		0.764

Araştırmada, banyo uygulaması öncesi madde toplam puan korelasyon katsayısı değerleri, uyanıklık 0.83; dinginlik/ajitasyon 0.88; ağlama 0.88; beden hareketleri 0.81; yüz gerginliği 0.80 ve kas tonusu 0.78 olarak bulunmuştur. Banyo uygulaması sonrasında yardımcı araştırmacı madde toplam puan korelasyon katsayısı değerleri, uyanıklık 0.68; dinginlik/ajitasyon 0.86; ağlama 0.80; beden hareketleri 0.87; yüz gerginliği 0.85 ve kas tonusu 0.80 olarak bulunmuştur. Banyo uygulaması sonrasında primer araştırmacı madde toplam puan korelasyon katsayısı değerleri, uyanıklık 0.59; dinginlik/ajitasyon 0.84; ağlama 0.82; beden hareketleri 0.83; yüz gerginliği 0.82 ve kas tonusu 0.76 olarak bulunmuştur. Kahraman ve ark.'nın (2014) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapmış oldukları çalışmada, YKDÖ'nin Cronbach alfa katsayısı, bakım öncesi primer araştırmacı için 0.85, bakım sonrası ise primer araştırmacı için 0.92, yardımcı araştırmacı için 0.85 olarak bulunmuştur. Araştırmada YKDÖ Türkçe formunun, cronbach alfa katsayısının literatürü destekler biçimde oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır. Bu durumda, zamanından önce doğmuş yenidoğanların konfor düzeylerini değerlendirmede YKDÖ'nin geçerli bir araç olduğunu söyleyebiliriz.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Uygulama Aşamaları

Araştırma verileri “birinci ve ikinci” bölümleri olmak üzere iki aşamada toplanmıştır.

Araştırmanın Birinci Aşaması: Girişim gruplarına dâhil edilecek yenidoğanların ebeveynlerine bilgilendirilmiş onam formu sunulup imzalatılmıştır. “Yenidoğan Tanıtım Formu” doldurulduktan sonra yenidoğanlara banyo işleminden 10 dakika önce, yenidoğandaki değişikliklerin kaydedildiği “Fizyolojik Değişkenler İzlem Formu” ve “Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeği” doldurulmuştur. Araştırmanın uygulandığı zamandaki oda ısısı, nem ve küvöz ısısının kaydedildiği “Oda Isısı, Nem ve Küvöz Isısı Formu” doldurulmuştur.

1. Girişim Grubu (Küvet banyo uygulanan grup)

İşlem Öncesi

- Gündüz saatlerinde klinik uygulamalar ve girişim-müdahaleler fazla olduğu için gece 21.00-03.00 aralığı banyo için ayarlanıp, en uygun zaman; iki beslenme arası olarak planlanmıştır.

- Banyo yenidoğan yoğun bakım ünitesi içerisinde bulunan müdahale masası üzerinde uygulanmış ve banyo küveti ile banyoda kullanılan materyaller kontaminasyonu önlemek için her banyo öncesi temizlenmiştir.
- Banyo için gerekli malzemeler (plastik bir küvet, pamuk tamponlar, boya ya da koruyucu kimyasallar gibi katkı maddeleri içermeyen nötral pH'lı şampuan, havlu, yenidoğanın giysileri, alt bezi vb.) önceden hazırlanmıştır.
- Uygulamanın yapıldığı yoğun bakım ünitesi sıcaklığı hipotermiyi önlemek amacıyla 26-27°C, banyo suyu ise özel su termometresiyle kontrol edilerek 37-38°C olması ve hava akımının olmadığı bir ortamın oluşturulması sağlanmıştır.
- Küvete doldurulacak suyun seviyesi yenidoğanın kalçası düzeyinde (yaklaşık 8-10 cm) olacak şekilde ayarlanmıştır.
- Yenidoğana banyo yaptırmaya başlamadan önce küvet içine katlanmış bir bez havlu yerleştirilmiştir.
- Banyo küveti, beden mekaniğine uygun olması amacıyla, bel hizasında olacak şekilde ayarlanmıştır.
- Yenidoğana banyo yaptırmadan önce mikroorganizmaların yayılmasını önlemek ve yenidoğanın güvenliğini sağlamak için eller yıkanıp, prematüre yenidoğanın üzerindeki materyaller (beslenme kateteri, pulse probu vb) çıkarılarak işleme başlanmıştır.

İşlem Sırası

- ❖ İlk olarak yüz temizliği, silme banyosundaki gibi yapılmıştır. Yenidoğanın cildi hassas olduğu için lif kullanılmamıştır.
- ❖ Yenidoğanın alt bezi çıkartılarak gerekiyorsa genital bölge temizliği yapılmıştır.
- ❖ Önce vücudunun alt kısmı, sonra tüm vücudu suyun içine daldırılmıştır.
- ❖ Bir kol yenidoğanın başının altından geçirilerek koltuk altından sıkıca kavranıp, diğer elle bacak ve poposunun altından tutulmuştur. Yenidoğan küvete başı ve boynu dışarda kalacak şekilde yerleştirilmiştir.
- ❖ Koltuk altından ve boynu kolun üzerine yaslanmış olarak tutmaya devam edilip, diğer elle hafif hareketlerle vücut yıkanarak durulanmıştır.
- ❖ Yenidoğan yine bir el koltuk altından destekleyecek şekilde tutularak, yüzüstü çevrilip, sırt ve bacakları yıkanıp durulanmıştır.
- ❖ Yenidoğanda en fazla ısı kaybı baş bölgesinden olduğu için, saçlar ve baş en son yıkanıp, yenidoğanın üşümesi engellenmeye çalışılmıştır.

- ❖ Yenidoğan küvete koyulduğu şekilde sıkıca tutularak sudan çıkarılıp temiz bir havlu üzerine yatırılmıştır.
- ❖ Hızlı bir şekilde yumuşak hareketlerle tüm vücut kurulanıp, genital bölge de kurulandıktan sonra bebek yağı sürülerek vücudu nemlendirilmiş ve temiz alt bezi bağlanmıştır.
- ❖ Preterm yenidoğanın dinlenmesine imkân sağlayan ve nörodavranışsal organizasyonunu destekleyen terapötik pozisyonlar prone, supine ve yan yatış olarak sıralanmaktadır (Aydın, 2008; JBI, 2010; Aydın ve Çiftçi, 2015). Girişim uygulanan yenidoğanların pozisyona bağlı farklılık göstermelerini engellemek amaçlı, tüm işlemlerden sonra küvöz ısısı kontrol edilerek yenidoğan başı 30 derece yüksekte sağ yan pozisyonunda yatırılmıştır.
- ❖ Prematüre yenidoğanın monitorizasyonu sağlanıp 10. dakikaya kadar stabil olması için beklenilmiştir ve bu esnada prematüre yenidoğana herhangi bir girişim/müdahale yapılmamıştır.
- ❖ 60 prematüre yenidoğanda küvet banyo işlem süresi ortalama 6.5 dk sürmüştür.

2. Girişim Grubu (Silme banyo uygulanan grup)

Silme işlemi için ortam ısısı, duru su ve şampuanlı su küveti, pamuk, havlu vb. malzemeler hazırlanmıştır. Yenidoğanlar küvözün ön kapağı açılarak, bebek yatağı dışarı çekilmeden üzerine örtü konularak silme işlemi için hazırlanmıştır. Silme banyo işlemi bebeğin bulunduğu küvetin dışında kot yatakta uygulanmıştır.

İşlem Öncesi

- Silme banyoda her vücut bölgesi için ayrı kullanılacak pamuk havlular ayarlanmıştır.
- Günün herhangi bir aralığı banyo için ayarlanıp, en uygun zaman; iki beslenme arası olarak planlanmıştır.
- Banyo için gerekli malzemeler (havlu, pamuk tamponlar, yenidoğanın giysileri, alt bezi, yenidoğan şampuanı vb.) önceden hazır hale getirilmiştir.
- Oda sıcaklığı hipotermiyi önlemek amacıyla 26-27°C, tampon için kullanılacak suyun sıcaklığı ise 37-38°C olarak ayarlanmıştır.
- Yenidoğana banyo yaptırmadan önce mikroorganizmaların yayılmasını önlemek ve yenidoğanın güvenliğini sağlamak için eller yıkanmıştır.

- Prematüre yenidoğanın üzerindeki metaryallar (pulse probu, kardiyak problemler vb) çıkarılmıştır.

İşlem Sırası

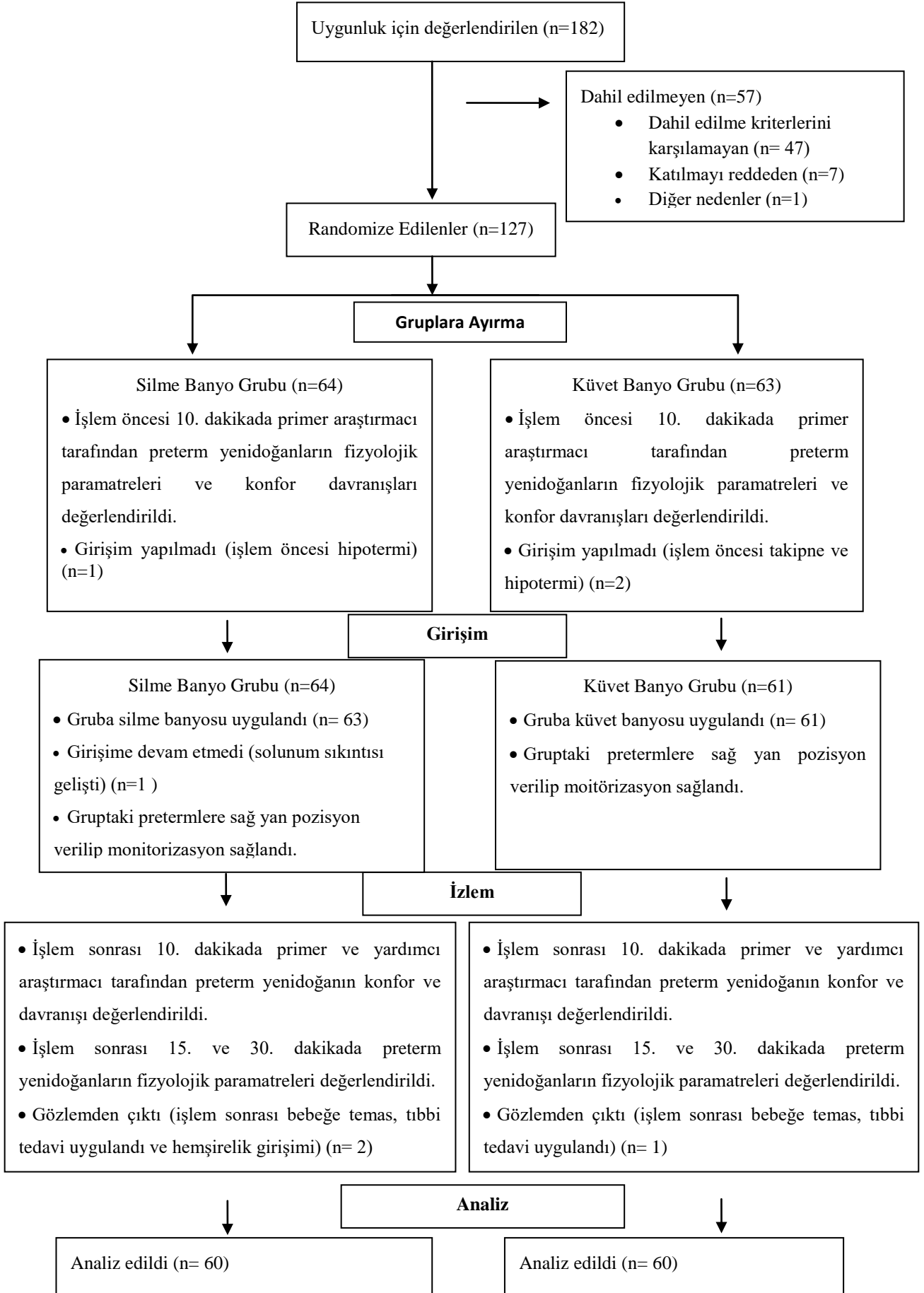
- Bebeğin giysileri çıkartılıp havluya sarılmıştır (alt bezi kalabilir).
- Temizliğe önce bebeğin yüzünden başlanıp, ılık su ile ıslatılmış pamuk ile yavaşça bebeğin gözleri silinerek ve her göz için yeni ve temiz pamuk kullanılarak göz içten dışa doğru hareketlerle silinmiştir.
- Temiz suyla ıslatılmış küçük bir pamuk ile yüzün orta bölümden dışa doğru silinerek, burun, kulak çevresi ve kulakların arkası da aynı şekilde temizlenmiştir.
- Bebeğin cildinin hassas olduğu unutulmadan, yavaşça pamuk/havluyla dokunarak, yumuşak hareketlerle kurulanmıştır.
- Yenidoğan sarılan havlu açılmadan, bir elle ensesinin altından başını destekleyerek, kolla da sırtına destek vererek koltuğun altına doğru, yüzü yukarı bakacak şekilde tutularak, şampuan ile başı nazik hareketlerle önden arkaya doğru masaj yapılarak silinmiştir.
- Temiz ve ılık suyla bebeğin başı durulandıktan sonra yenidoğan sırtüstü yatırılarak havlunun bir kenarıyla yavaşça kafası kurulanmıştır.
- Vücuduna sarılan havlu açılıp, yumuşak formüllü bir sıvı banyo ürünü ve suyla ıslatılan minik havlu ile vücudu silinip, sırtı da boyundan beline kadar iyice temizlenerek suyla ıslatılmış başka bir havlu bezle durulanmıştır.
- Daha sonra hafif havlu hareketleri ile cilt tamamen kurulanmıştır.
- Bebeğin alt bezi çıkartılıp, yavaşça bacakları, ayakları ve parmakları temizlenmiştir. Islak bir pamukla durulanarak ve ıslak kalmanın cildi tahriş edeceği göz önüne alınarak tüm boğumları iyice kurulanmıştır.
- Islak havlu ile genital bölge silinip, kız yenidoğanlar için bölge önden arkaya doğru temiz ve nemli bir pamukla temizlenmiştir. Erkek yenidoğanların glans penis geriye doğru çekilmeden silinerek temizlenmiştir.
- Bebek yağı sürülerek vücudu nemlendirilmiştir.
- Preterm yenidoğanın dinlenmesine imkân sağlayan ve nörodavranışsal organizasyonunu destekleyen terapötik pozisyonlar prone, supine ve yan yatış olarak sıralanmaktadır (Aydın, 2008; JBI, 2010; Aydın ve Çiftçi, 2015). Girişim uygulanan yenidoğanların pozisyona bağlı farklılık göstermelerini engellemek

amaçlı, tüm işlemlerden sonra küvöz ısısı kontrol edilerek yenidoğan başı 30 derece yüksekte sağ yan pozisyonunda yatırılmıştır.

- Yenidoğanın monitorizasyonu sağlanarak 10. dakikaya kadar stabil olması için beklenilerek bu esnada herhangi bir girişim/müdahale uygulanmamıştır.
- 60 prematüre yenidoğanda silme banyo işlem süresi ortalama 7 dk sürmüştür.

Arştırmanın İkinci Aşaması: Bu aşamada banyo yaptırılan her iki gruptaki prematüre yenidoğanlara banyodan sonra fizyolojik fonksiyonlarını rahat yapmalarına olanak sağlayacak ve stresi en aza indirgeyecek şekilde buldukları küvözlerde sağ yan pozisyon verilmiştir (Dağoğlu ve Görak, 2008). Uygulama sonrası prematüre yenidoğanlara değerlendirmelerin yapıldığı süreye kadar herhangi bir tedavi/girişim uygulanmamıştır. Banyodan 10 dakika sonra “Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeği” uygulanmış, daha sonra 15. dakikada fizyolojik değişkenleri belirlemek için “Fizyolojik Değişkenler İzlem Formu” doldurulmuştur. Banyodan sonraki 30. dakikada ise tekrar Fizyolojik Değişkenler İzlem Formu doldurulmuştur.

Araştırma Consort Seması



3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken

Yenidoğanların fizyolojik değişkenleri (oksijen saturasyonu, kalp atım hızı ve vücut sıcaklığı, solunum sayısı) ve konfor davranışları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişken

Preterm yenidoğanlara uygulanan küvet banyo ve silme banyo şekli araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS for Windows Version 20.0 ve SAS 9.3 paket programları kullanılmıştır. Sürekli nicel değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik nitel değişkenler ise sayı ve yüzde ile özetlenmiştir. Sürekli tipteki sayısal değişkenlerin normal dağılımına uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Küvet banyo ve silme banyo grupları arasında sürekli tipteki sayısal değişkenler bakımından farklılık olup olmadığı parametrik test koşullarının sağlanması durumunda bağımsız gruplarda t testi ile, kategorik değişkenler bakımından iki grup arasında farklılık olup olmadığına ise ki kare veya Fisher kesin ki-kare testi ile bakılmıştır.

Küvet banyo ve silme banyo gruplarındaki hastaların fizyolojik değişkenlerinin, Yenidoğan Konfor Davranış Ölçeğinin alt boyutlarının ve genel puan ortalamalarının farklı ölçüm zamanlarına göre dağılımı hem grafiksel yöntemlerle hem de zamanlar ve gruplar arasındaki farklılıklar ve zaman grup etkileşimleri tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yöntemi ile incelenmiştir. Yenidoğan Konfor Davranış ölçeğiyle alt maddeler puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ alınmıştır.

3.9. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler ve Sınırlılıklar

Araştırma yapılan örneklem grubu dışlanma kriterlerine bağlı olarak sınırlılık göstermektedir. Girişim öncesi 10. dakikadan başlayıp girişim sonrası 30. dakikaya kadar olan süreçte (50 dakika) preterm yenidoğana herhangi bir temas, girişim veya müdahale yapılmaması gerektiği için yoğun bakım ortamında bunu sağlamak zor olmuştur. Buna bağlı olarak 3 preterm yenidoğan araştırma sırasında dışlanmıştır.

Araştırmaya alınan preterm yenidoğanlar arasından işlem öncesinde 2 yenidoğanda hipotermi ve 1 yenidoğanda takipne geliştiği için, 1 yenidoğanda ise işlem sırasında solunum sıkıntısı yaşandığı için dışlanmıştır (işleme bağlı hiçbir yenidoğanda işlem sonrası hipotermi görülmemiştir). Araştırmanın uygulanması sırasında ünite içerisindeki personel kaynaklı gürültüyü önlemekte güçlükler yaşanmıştır. Araştırma sadece 32-37 haftalık solunum sıkıntısı olmayan preterm yenidoğanlara uygulanmış olduğu için araştırma sonuçları solunum sıkıntısı olan, sürekli oksijen alması gereken ya da ventilatör bakımı alan; ileri düzey preterm ve term yenidoğanlara genellenemez.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Etik Onam: Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Akdeniz Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır (Ek-7). Daha sonra araştırmanın yapılacağı Akdeniz Üniversitesi Hastanesinden izin alınmıştır (Ek-6). Araştırmanın örneklemini oluşturan yenidoğanların ebeveynlerine; araştırmanın amacı, yöntemi, süresi, önemi ve kendilerinden neden yazılı izin alındığı konusunda gerekli açıklamalar yapılarak, toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı sözlü ve yazılı olarak belirtilerek, isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında aydınlatılmış onamları alınmıştır (EK-1).

3.11. Tezin Yürütülmesinde İşbirliği Yapılan Kurumlar;

- * Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
- * Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
- * Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı
- * Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü

4. BULGULAR

Bu bölümde, prematüre yenidoğanlara uygulanan banyo yönteminin yenidoğanın fizyolojik değişkenlerine ve konforuna etkisi değerlendirilmiş, elde edilen bulgular sunulmuştur.

4.1. Prematüre Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.Banyo Yöntemine Göre Prematüre Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Küvet Banyo(n=60)		Silme Banyo (n=60)		Toplam(n=120)		X^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	30	50.0	26	43.3	56	46.7	0.536
Erkek	30	50.0	34	56.7	64	53.3	0.464
Gestasyon Yaşı							
32Hafta	3	5.0	4	6.7	7	5.8	2.585 0.764
33Hafta	8	13.3	4	6.7	12	10.0	
34Hafta	6	10.0	10	16.7	16	13.3	
35Hafta	12	20.0	11	18.3	23	19.2	
36Hafta	14	23.3	13	21.7	27	22.5	
37Hafta	17	28.3	18	30.0	35	29.2	
Doğum Şekli							
Sezaryen	51	85.0	51	85.0	102	85.0	0.000
Normal Doğum	9	15.0	9	15.0	18	15.0	1.000
Beslenme Şekli							
Anne sütü	15	25.0	9	15.0	24	20.0	5.837 0.212
Kap ile	12	20.0	7	11.7	19	15.8	
Kap+Anne sütü	14	23.3	13	21.7	27	22.5	
Orogastrik	12	20.0	21	35.0	33	27.5	
Diğer*	7	11.7	10	16.7	17	14.2	
Kaçıncı Çocuk							
1.	20	33.3	22	36.7	42	35.0	3.433 0.333
2.	18	30.0	19	31.7	37	30.8	
3.	13	21.7	16	26.7	29	24.2	
4. ve üzeri	9	15.0	3	5.0	12	10.0	

*Diğer: Total parenteral nutriasyon (TPN) ve orogastrik sonda, Oral alım yok.

Küvet banyo grubundaki hastaların %50.0'ının, silme banyo grubundaki hastaların %56.7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Küvet banyo grubundakilerin %5.0'ünün 32 haftalık, silme banyo grubundaki yenidoğanların ise %30.0'unun 37 haftalık gestasyon yaşına sahip oldukları belirlenmiştir. Her iki gruptaki yenidoğanların %85.0'i sezaryen ile doğmuştur. Küvet banyo grubundakilerin %33.3'ünün, silme banyo grubundakilerin ise %36.7'sinin ailenin birinci çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Küvet banyo grubundaki yenidoğanların %25.0'inin sadece anneyi emdiği, %23.3'ünün anneyi emdikten sonra ilave kap ile beslendiği, silme banyo grubundakilerin ise, %35.0'inin orogasrtik sonda ile beslendiği belirlenmiştir. Gruplar tanımcı özellikleri bakımından benzer bulunmuştur ($p>.05$) (Tablo4.1).

Tablo 4.2. Banyo Yöntemine Göre Prematüre Yenidoğanların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Küvet Banyo (n=60)	Silme Banyo (n=60)	t p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Yenidoğanın Doğum Kilosu (gr)	2510.47±417.12	2544.07±488.12	0.405 0.686
Yenidoğanın İşlem Anındaki kilosu (gr)	2572.30±461.74	2663.53±490.27	1.049 0.296
Yenidoğanın yaşı (gün)	2,68±0,98	2,62±1,12	0,346 0,730
Anne yaşı	30.37±5.83	30.52±5.95	0.139 0.889

Araştırma kapsamına alınan prematüre yenidoğanların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Küvet banyo grubundaki yenidoğanların doğum kilosu ortalaması 2544.07gr±488.12 gr ve silme banyo grubundaki yenidoğanların doğum kilosu ortalaması 2510.47gr±417.12 gr’dir. Küvet banyo grubundaki yenidoğanların işlem anındaki kilo ortalamalarının 2572.30gr±461.74 gr, silme banyo grubundakilerin ise 2663.53gr±490.27 gr olduğu belirlenmiştir. Yenidoğanın yaş ortalamaları küvet banyo grubunda 2,68±0,98 gün, silme banyo grubunda ise 2,62±1,12 gün olduğu belirlenmiştir. Küvet banyo grubundaki hastaların annelerinin yaş ortalamasının 30.37±5.83, silme banyo grubundakilerin ise 30.52±5.95 olduğu belirlenmiştir. Gruplar tanıtıcı özellikleri bakımından benzer bulunmuştur ($p>.05$) (Tablo 4.2).

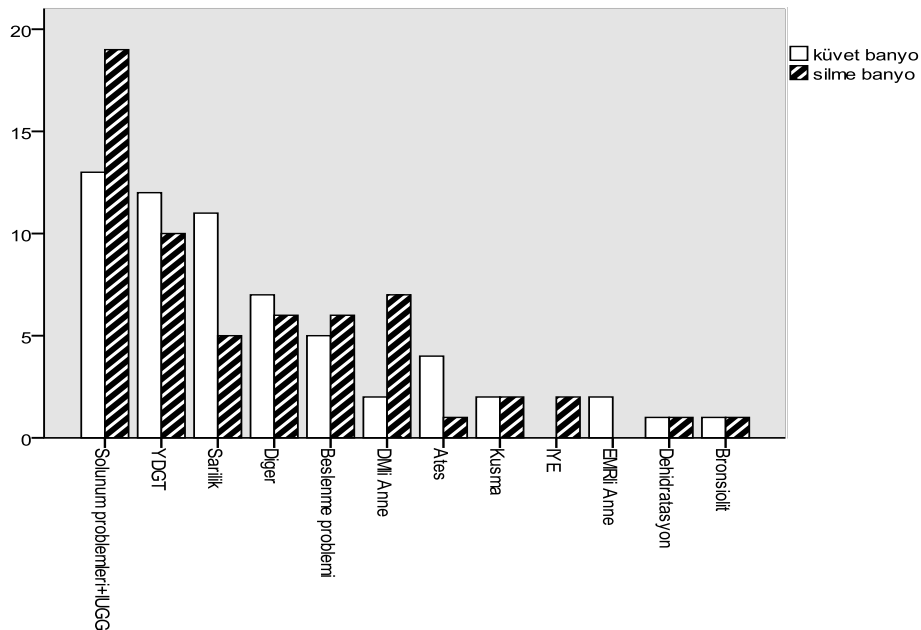
Tablo 4.3. Küvet ve Silme Banyo Gruplarındaki Yenidoğanların Tıbbi Tanılarının Dağılımı (n= 120)

Sosyodemografik Özellikler	Küvet Banyo(n=60)		Silme Banyo (n=60)		Toplam(n=120)		X ² P
	n	%	n	%	n	%	
Sarılık	11	18.3	5	8.3	16	13.3	12.302 0.341
Solunum problemleri ve IUGG*	13	21.7	19	31.7	32	26.7	
Beslenme problemi	5	8.3	6	10.0	11	9.2	
YDGT**	12	20.0	10	16.7	22	18.3	
Diyabetli anne bebeği	2	3.3	7	11.7	9	7.5	
Ateş	4	6.7	1	1.7	5	4.2	
İdrar yolu enfeksiyonu	0	0.0	2	3.3	2	1.7	
***EMRli anne bebeği	2	3.3	0	0.0	2	1.7	
Kusma	2	3.3	2	3.3	4	3.3	
Dehidratasyon	1	1.7	1	1.7	2	1.7	
Bronşiolit	1	1.7	1	1.7	2	1.7	
Diğer	7	11.7	6	10.0	13	10.8	

*IUGG: İntrauterine Gelişme Geriliği **YDGT: Yenidoğanın geçici takipnesi ***EMR: Erken Membran Ruptürü

Prematüre yenidoğanların tıbbi tanıları Tablo 4.3’de ve Grafik 4.1’de verilmiştir. Bu tanıların çeşitlilik göstermekle birlikte, küvet banyo grubundaki yenidoğanların %20’si YDGT (yenidoğan geçici takipnesi), %21.7’si prematürelığe bağlı solunum problemleri ve IUGG, %18.3’ü sarılık; silme banyo grubunda ise hastaların %16.7’si YDGT (yenidoğan geçici takipnesi), %31.7’si prematürelığe bağlı solunum problemleri ve IUGG ile yenidoğan servisinde yatmaktadırlar. Gruplar tanıları bakımından benzer bulunmuştur ($p>.05$) (Tablo 4.3).

Şekil 4.1. Küvet ve Silme Banyo Gruplarındaki Yenidoğanların Tıbbi Tanılarının Dağılımı



4.2. Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı, Solunum Sayısı, Oksijen Saturasyonu ve Vücut ısılarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde küvet banyo ve silme banyo grubunda yer alan preterm yenidoğanların uygulamaya başlamadan 10 dakika önce, uygulama bitiminden 15 dakika ve 30 dakika sonraki kaydedilen fizyolojik ölçüm (kalp atım hızı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu, vücut ısısı) değerlerinin ortalamaları ile grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.4. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı, Solunum Sayısı, Oksijen Saturasyonu ve Vücut ısısı Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=120)

FİZYOLOJİK DEĞİŞKENLER									
Gruplar	İşlem Zamanı	Kalp Atım Hızı		Solunum Sayısı		Oksijen Saturasyonu		Vücut Sıcaklığı	
		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Küvet Banyo	İşlem öncesi	158.37±16.79		53.15±5.79		97.00±1.48		36.83±0.36	
	İşlem sonrası 15. dk	132.88±12.00		47.20±5.27		97.70±1.48		36.75±0.26	
	İşlem sonrası 30. dk	130.33±11.23		45.57±5.39		98.35±0.88		36.77±0.22	
Silme Banyo	İşlem öncesi	150.53±17.09		51.20±6.00		96.95±1.47		36.84±0.28	
	İşlem sonrası 15. dk	144.00±17.74		48.77±5.12		97.83±1.15		36.59±0.25	
	İşlem sonrası 30. dk	139.37±18.95		47.20±5.41		97.85±1.36		36.72±0.20	
Test		F	p	F	p	F	p	F	p
	Gruplar arası farkları	6.00	0.014	0.52	0.472	1.12	0.291	6.51	0.011
	Zamana göre değişim (işlem öncesi, işlem sonrası 15. ve 30. dakikalarda) farkları	51.65	0.000	35.42	0.000	25.74	0.000	11.52	0.000
	Zaman-Grup etkileşimi farkları	3.09	0.000	4.16	0.016	2.05	0.130	2.99	0.051

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi kalp atım hızı açısından banyo uygulamalarında gruplar arasındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=6.00, p=.014). Kalp atım hızının zaman içinde (işlem öncesi, işlem sonrası 15. ve 30. dakika) değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=51.65, p=.000). Bununla birlikte, işlem öncesi, işlem sonrası 15. ve 30. dakikalardaki kalp atım hızı açısından grupların benzer yapıda olmadığı tespit edilmiştir. Yani herhangi bir zaman aralığı

noktalarındaki grup kalp atım hızı ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu görülmüştür ($F=3.09$, $p=.000$). Kalp atım hızının küvet banyo grubunda daha düşük olduğu ve normal sınırlara gelme yönünde daha hızlı düşüş gösterdiği, silme banyo grubunda da düşüş göstermekle birlikte bu düşüşün daha az olduğu, işlem sonrası 30. dakikada her iki grupta düşüşün en üst düzeye çıktığı saptanmıştır. Bu durum şekil 4.2 grafikte de görülmektedir.

Tablo 4.4.de görüldüğü gibi banyo uygulamalarında dakika solunum sayısı yönünden gruplar arasındaki farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($F=0.52$, $p=.472$). Solunum sayıları ortalamalarının zaman içinde (işlem öncesi, işlem sonrası 15. ve 30. dakika) değişiminin önemli olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F=35.42$, $p=.000$). Ayrıca, işlem öncesi, işlem sonrası 15. ve 30. dakikalardaki solunum sayısı açısından grupların benzer yapıda olmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, herhangi bir zaman aralığı noktalarındaki grup solunum sayısı ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu görülmüştür ($F=4.16$, $p=.016$). Solunum sayısının küvet banyo grubunda daha düşük olduğu ve normal sınırlara gelme yönünde banyo sonrası 15. dakikada daha hızlı düşüş gösterdiği, işlem sonrası 30. dakikada her iki grupta düşüşün benzer şekilde dağılım gösterdiği saptanmıştır. Bu durum şekil 4.3'deki grafikte de görülmektedir.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi banyo uygulamalarında oksijen saturasyonu ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($F=1.12$, $p=.291$). Oksijen saturasyonu ortalamalarının zaman içinde (işlem öncesi, işlem sonrası 15. ve 30. dakika) değişiminin önemli olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=25.74$, $p=.000$). Bununla birlikte, herhangi bir zaman aralığı noktalarındaki grup oksijen saturasyonu ortalamalarının istatistiksel olarak benzer olduğu görülmüştür ($F=2.05$, $p=.130$). İşlem zamanı sonrası ilk ölçümlerde oksijen saturasyonu silme banyoda daha yüksek olmakla birlikte, işlem sonrası ikinci ölçümde küvet banyoda maximum düzeye çıktığı saptanmıştır. Oksijen saturasyonunun her iki grupta zaman içinde artış gösterdiği belirlenmiştir. Ancak, küvet banyo grubundaki artışın sürekli ve daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum şekil 4.4'deki grafikte de görülmektedir.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi banyo uygulamalarında vücut ısısı ortalamaları yönünden gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F=6.51$, $p=.011$). Vücut ısısı

düzeylerinin zaman içinde (işlem öncesi, işlem sonrası 15. ve 30. dakika) değişiminin önemli olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=11.52$, $p=.000$). Bununla birlikte, herhangi bir zaman aralığı noktalarındaki grup vücut ısı ortalamalarının istatistiksel olarak benzer olduğu görülmüştür ($F=2.99$, $p=.052$). Ancak, silme banyo grubunda vücut sıcaklığındaki azalmanın küvet banyo grubuna göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum şekil 4.5'deki grafikte de görülmektedir.

Tablo.4.5. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı Ortalamaları

Banyo Yöntemi	Kalp Atım Hızı(/dk)			F	p	Anlamlı Fark
	Banyo öncesi ^a $\bar{X} \pm SS$	Banyodan 15 dakika sonra ^b $\bar{X} \pm SS$	Banyodan 30 dakika sonra ^c $\bar{X} \pm SS$			
Küvet Banyo	158.37±16.79	132.88±12.00	130.33±11.23	78.34	0.000	a>b,c
Silme banyo	150.53±17.09	144.00±17.74	139.37±18.95	5.87	0.003	a>b,c

Küvet ve silme banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi, banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonrası kalp atım hızlarının ortalaması tek yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 4.5 ve şekil 4.2'de görüldüğü gibi hem silme hem de küvet banyo yaptırılan yenidoğanların kalp atım hızı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (silme p=.003, küvet p=.000).

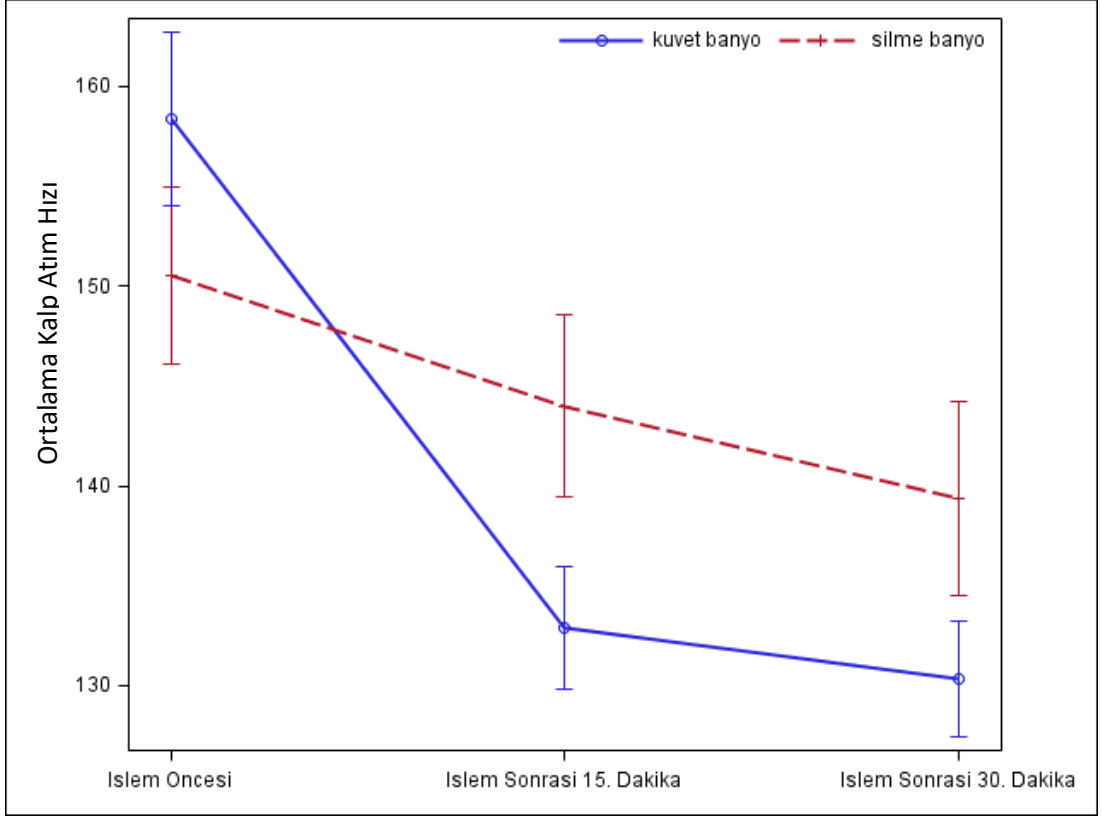
Her iki yöntemle banyo yaptırılan yenidoğanların zamana göre (işlem öncesi, işlem sonrası 15 ve 30 dakika) kalp atım hızı ortalamaları arasındaki farkın hangi ölçümlerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni ileri analizinde ölçümler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Her iki banyo yönteminde de banyodan 10 dakika önce ölçülen kalp atım hızının banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonra ölçülen kalp atım hızına göre anlamlı derecede yüksek olduğu (silme p = .000; küvet p = .000), banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonra ölçülen kalp atım hızının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (silme p=.159, küvet p = .305).

Tablo.4.6. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Zamana Göre Ölçümler Arası Kalp Atım Hızı Farkları	Banyo yöntemi	X±SS	t	p
Banyo öncesi ile banyodan 15 dakika sonra kalp atım hızı farkı (/dk)	Küvet Banyo	-25.483±15.772	6.81	0.000
	Silme Banyo	-6.533±14.7090		
Banyodan 15 dakika sonra ile banyodan 30 dakika sonrası kalp atım hızı farkı (/dk)	Küvet Banyo	-2.550±9.1307	-1.01	0.315
	Silme Banyo	-4.633±13.1278		
Banyo öncesi ile banyodan 30 dakika sonrası kalp atım hızı farkı (/dk)	Küvet Banyo	-28.033±18.0526	5.62	0.000
	Silme Banyo	-11.166±14.6208		

Tablo 4.6.'da her iki banyo yöntemine göre banyo öncesinde, banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonrasında kalp atım hızındaki değişimin farklı olup olmadığını belirlemek için ölçümler arasındaki farkların ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır.

Her iki yönteme göre, banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 15 dakika sonrası kalp atım hızı farkları ortalaması karşılaştırıldığında, küvet banyodaki kalp atım hızı azalması silme banyoya göre daha fazladır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=,000). Banyodan 15 dakika ile 30 dakika sonrası kalp atım hızları farkları ortalaması karşılaştırıldığında küvet banyo ile silme banyodaki kalp atım hızının azalma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p =.315). Yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 30 dakika sonrası kalp atım hızındaki değişimin küvet banyoda daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=.000).



Şekil.4.2. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Kalp Atım Hızı Ortalamaları

Tablo.4.7. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Solunum Sayısı Ortalamaları

Banyo Yöntemi	Solunum Sayısı (/dk)			F	p	Anlamlı Fark
	Banyo Öncesi ^a $\bar{X} \pm SS$	Banyodan 15 Dakika Sonra ^b $\bar{X} \pm SS$	Banyodan 30 Dakika Sonra ^c $\bar{X} \pm SS$			
Küvet Banyo	53.15±5.79	47.20±5.27	45.57±5.39	31.73	0.000	a>b,c
Silme banyo	51.20±6.00	48.77±5.12	47.20±5.41	8.00	0.001	a>b,c

Tablo 4.7.'de küvet ve silme banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi, banyodan 15 dakika ve banyodan 30 dakika sonrası solunum sayısı ortalamaları tek yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Tablo 4.7 ve şekil 4.3'de görüldüğü gibi hem küvet hem de silme banyo yaptırılan yenidoğanların solunum sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (silme p=.000, küvet p=.000).

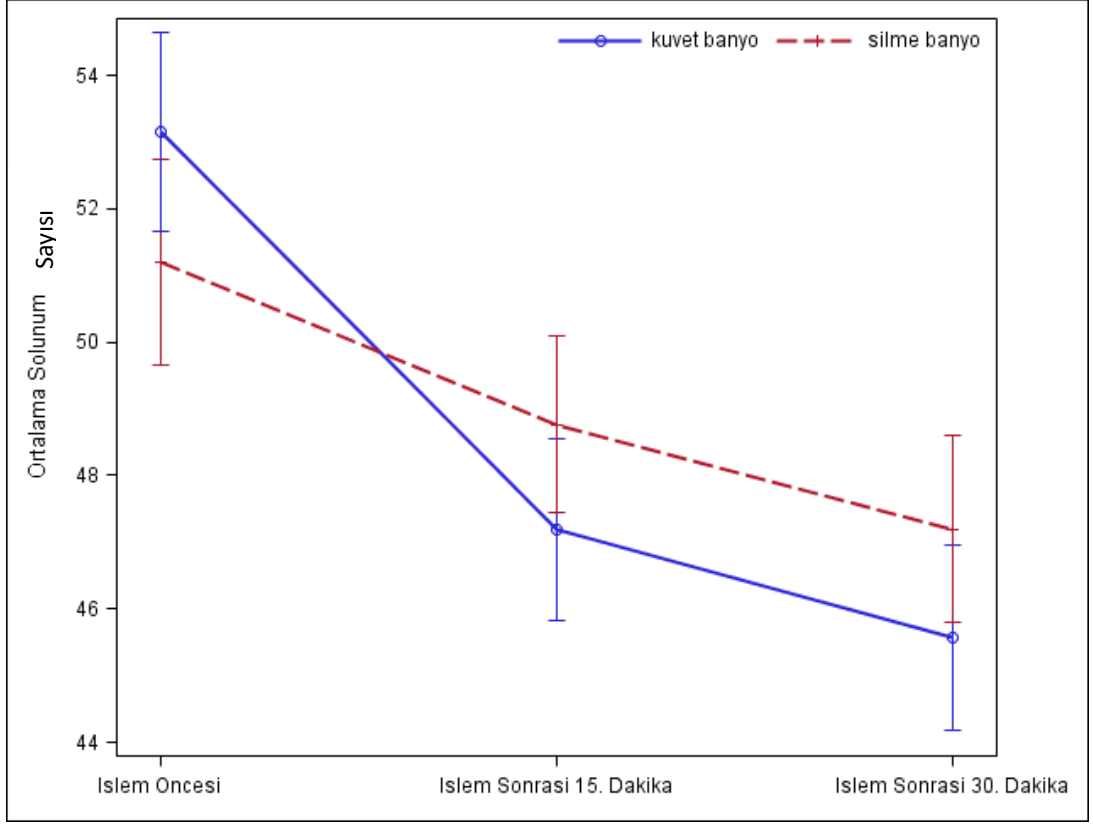
Her iki yöntemle banyo yaptırılan yenidoğanların zamana göre (banyo öncesi, banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonrası) solunum sayısı ortalamaları arasındaki farkın hangi ölçümlerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni ileri analizinde ölçümler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Her iki yöntemde de banyodan 15 dakika sonra ölçülen solunum sayısının banyo öncesine göre anlamlı derecede düşük olduğu (silme p = .017, küvet p = .000), banyodan 30 dakika sonra ölçülen solunum sayısının banyodan önceki sayıya göre anlamlı derecede düşük olduğu (silme p = .000, küvet p = .000), ancak banyodan 15 dakika sonrası solunum sayısı ile banyodan 30 dakika sonraki solunum sayıları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (silme p = .122, küvet p = .105).

Tablo.4.8. Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Solunum Sayısı Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Zamana Göre Ölçümler Arası Solunum Sayısı Farkları	Banyo yöntemi	X±SS	t	p
Banyo Öncesi İle Banyodan 15 Dakika Sonra Solunum Sayısı Farkı (/dk)	Küvet Banyo	-5.950±5.0099	4.00	0.000
	Silme Banyo	-2.433±4.6153		
Banyo 15 Dakika Sonra İle Banyodan 30 Sonrası Solunum Sayısı Farkı (/dk)	Küvet Banyo	-1.633±2.9109	0.11	0.913
	Silme Banyo	-1.566±3.7388		
Banyo Öncesi İle Banyodan 30 Sonrası Solunum Sayısı Farkı (/dk)	Küvet Banyo	-7.583±5.1000	3.88	0.000
	Silme Banyo	-4.000±5.0220		

Tablo 4.8.'de her iki banyo yöntemine göre banyo öncesinde, banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonrasında solunum sayısındaki değişimin farklı olup olmadığını belirlemek için ölçümler arasındaki farkların ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır.

Her iki yöntemine göre banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 15 dakika sonrası solunum sayısı farkları ortalaması karşılaştırıldığında, küvet banyodaki solunum sayısındaki azalma silme banyoya göre daha fazladır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=.000). Banyodan 15 dakika ile 30 dakika sonrası solunum sayıları farkları ortalaması karşılaştırıldığında silme banyo ile küvet banyodaki değişim benzer bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı değildir (p =.913). Yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 30 dakika sonrası solunum sayılarındaki değişim küvet banyoda daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=.000).



Şekil.4.3. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Solunum Sayısı Ortalamaları

Tablo.4.9. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Oksijen Saturasyonu Ortalamaları

Banyo Yöntemi	Oksijen Saturasyonu (%)			F	p	Anlamlı Fark
	Banyo Öncesi ^a $\bar{X} \pm SS$	Banyodan 15 Dakika Sonra ^b $\bar{X} \pm SS$	Banyodan 30 Dakika Sonra ^c $\bar{X} \pm SS$			
Küvet Banyo	97.00±1.48	97.70±1.48	98.35±0.88	20.49	0.000	c>b>a
Silme banyo	96.95±1.47	97.83±1.15	97.85±1.36	8.94	0.000	c,b>a

Küvet ve silme banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi, banyodan 15 sonra ve banyodan 30 dakika sonra oksijen saturasyon ortalaması tek yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile karşılaştırıldığında tablo 4.9 ve şekil 4.4'de görüldüğü gibi hem küvet banyo (p=.000) hem de silme banyo (p =.000) yaptırılan yenidoğanların oksijen saturasyon ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Her iki yöntemle banyo yaptırılan yenidoğanların zamana göre oksijen saturasyon ortalamaları arasındaki farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni ileri analizinde ölçümler ikili olarak karşılaştırılmıştır.

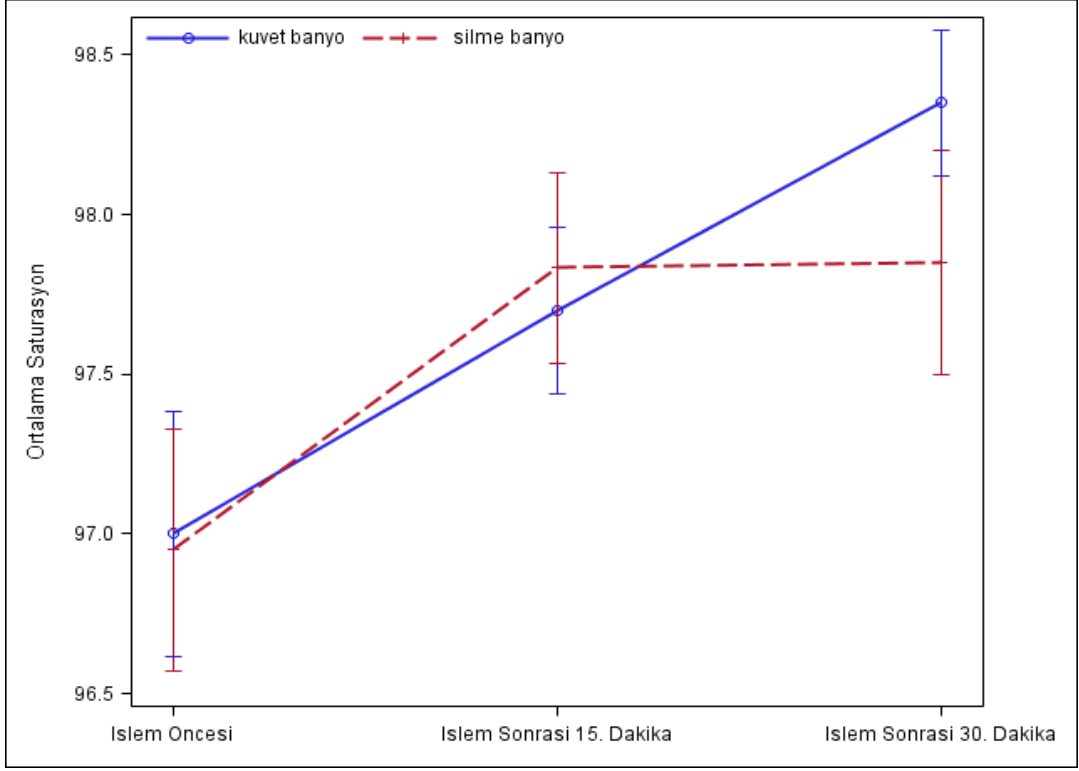
Silme ve küvet banyo yaptırılan yenidoğanların banyodan 15 dakika sonra ölçülen oksijen saturasyonunun banyodan 10 dakika öncesine göre anlamlı derecede yükseldiği (silme p =.000, küvet p=.001), silme banyo yapılan yenidoğanların banyodan 15 dakika sonra ve banyodan 30 dakika sonra ölçülen oksijen saturasyonu arasında fark olmadığı (p = .945) , küvet banyo yapılan yenidoğanların ise banyodan 30 dakika sonra ölçülen oksijen saturasyonunun banyodan 15 dakika sonra ölçülen oksijen saturasyonuna göre anlamlı derecede yükseldiği (p = .002) bulunmuştur. Hem silme hem küvet banyo yapılan yenidoğanların banyodan 30 dakika sonrası ölçülen oksijen saturasyonunda banyodan öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme olduğu (silme p = .000, küvet p = .000) saptanmıştır.

Tablo.4.10. Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Oksijen Saturasyonu Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Zamana Göre Ölçümler Arası Oksijen Saturasyonu Farkları	Banyo yöntemi	X±SS	t	p
Banyo Öncesi İle Banyodan 15 Dakika Sonra Oksijen Saturasyonu Farkı (%)	Küvet Banyo	0.7000±1.0783	0.97	0.335
	Silme Banyo	0.8833±0.9931		
Banyo 15 Dakika Sonra İle Banyodan 30 Sonrası Oksijen Saturasyonu (%)	Küvet Banyo	0.6500±0.9356	-3.62	0.000
	Silme Banyo	0.0167±0.9828		
Banyo Öncesi İle Banyodan 30 Sonrası Oksijen Saturasyonu Farkı (%)	Küvet Banyo	1.3500±1.3633	-1.99	0.049
	Silme Banyo	0.9000±1.1001		

Tablo 4.10.'da her iki banyo yöntemine göre banyo öncesinde, banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonrasında oksijen saturasyonundaki değişimin farklı olup olmadığını belirlemek için ölçümler arasındaki farkların ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır.

Her iki yöntemine göre banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 15 dakika sonrası oksijen saturasyonu farkları ortalaması karşılaştırıldığında, küvet banyodaki oksijen saturasyonundaki artışla silme banyo ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır (p=.335). Banyodan 15 sonrası ile 30 dakika sonrası oksijen saturasyonu farkları ortalaması karşılaştırıldığında küvet banyodaki artış, silme banyo yapılan yenidoğanlardaki artıştan fazla bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=.000). Yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 30 dakika sonrası oksijen saturasyonundaki değişim küvet banyoda daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p.049).



Şekil.4.4. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Oksijen Saturasyonu Ortalamaları

Tablo.4.11. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Vücut Sıcaklığı Ortalamaları

Banyo Yöntemi	Vücut Sıcaklığı (°C)			F	p	Anlamlı Fark
	Banyo Öncesi ^a $\bar{X} \pm SS$	Banyodan 15 Dakika Sonra ^b $\bar{X} \pm SS$	Banyodan 30 Dakika Sonra ^c $\bar{X} \pm SS$			
Küvet Banyo	36.83±0.36	36.75±0.26	36,77±0.22	1.28	0.279	a,b,c
Silme banyo	36.84±0.28	36.59±0.25	36.72±0.20	15.36	0.000	a>c>b

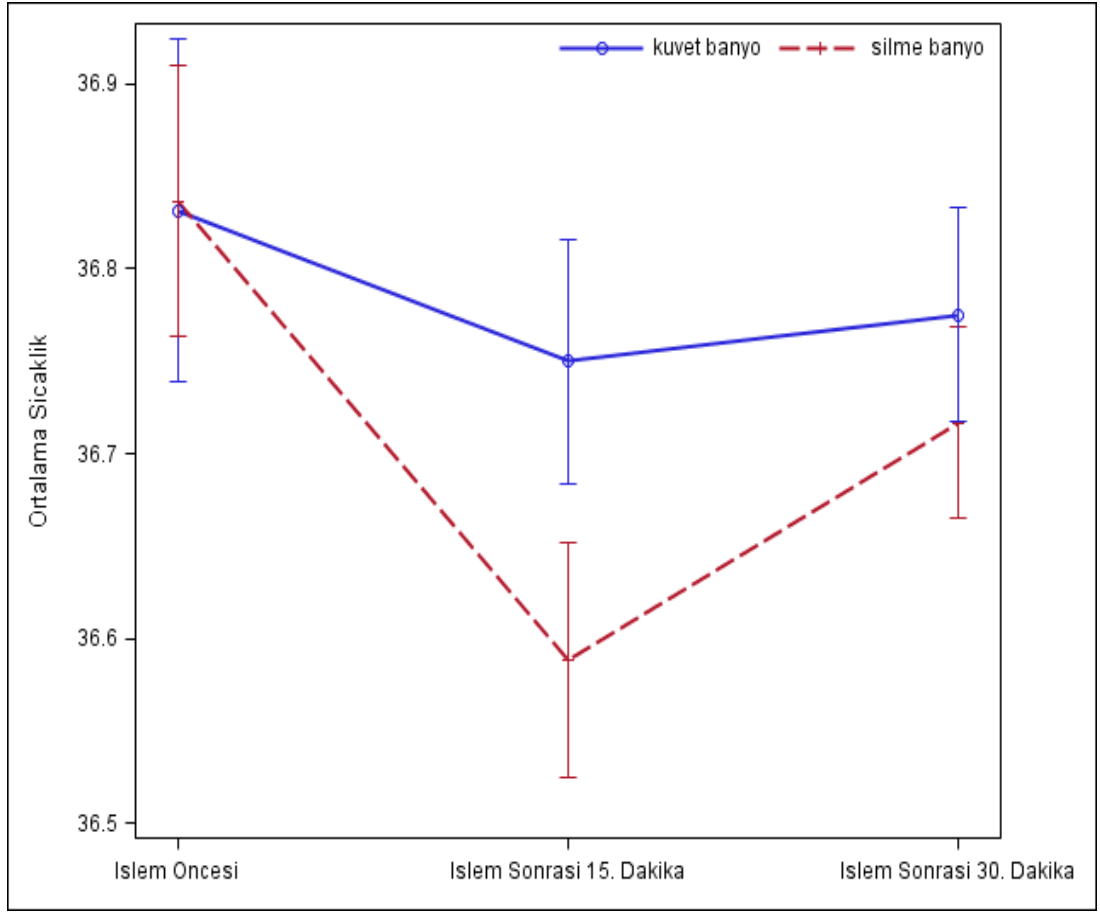
Küvet ve silme banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi, banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonra vücut sıcaklığı ortalaması tek yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile karşılaştırıldığında tablo 4.11 ve şekil 4.5'de görüldüğü gibi silme banyo yaptırılan yenidoğanların vücut sıcaklık ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Silme $p = .000$); Ancak Küvet banyo yaptırılan yenidoğanların vücut sıcaklığı ortalamalarında değişim benzer görülmüş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=.279$). Silme banyo yaptırılan yenidoğanların zamana göre vücut sıcaklığı ortalamaları arasındaki farkın hangi ölçümlerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni ileri analizinde ölçümler ikili olarak karşılaştırılmıştır. Silme banyodan 15 dakika sonra ölçülen sıcaklığının banyo öncesi sıcaklığına göre anlamlı derecede düşük olduğu ($p = .000$), banyodan 30 dakika sonra ölçülen sıcaklığının banyodan 15 dakika sonraki sıcaklığa göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($p = .000$) ancak banyo öncesi sıcaklığa göre anlamlı derecede daha düşük olduğu ($p= .000$) bulunmuştur.

Tablo.4.12. Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Vücut Sıcaklığı Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Zamana Göre Ölçümler Arası Isı Değişim Farkları	Banyo yöntemi	X±SS	t	p
Banyo Öncesi İle Banyodan 15 Dakika Sonra Vücut Isıları Farkı (°C)	Küvet Banyo	-0.081±0.1827	-5.35	0.000
	Silme Banyo	-0.248±0.1578		
Banyo 15 Dakika Sonra İle Banyodan 30 Sonrası Vücut Isıları (°C)	Küvet Banyo	0.025±0.1019	4.96	0.000
	Silme Banyo	0.128±0.1250		
Banyo Öncesi İle Banyodan 30 Sonrası Vücut Isıları Farkı (°C)	Küvet Banyo	-0.056±0.2134	-1.88	0.062
	Silme Banyo	-0.120±0.1493		

Banyodan 15 dakika sonra vücut sıcaklığındaki düşme ve 30 dakika sonrası yükselme silme banyo yönteminde anlamlı bulunmuştur ancak küvet banyoda anlamlı değildir. Tablo 4.12'de bu düşme ve yükselme şeklindeki sıcaklık farkının benzer olup olmadığını belirlemek için ölçümler arasındaki sıcaklık farklarının ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır.

Her iki yöntemde göre banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 15 dakika sonrası vücut sıcaklık farkları ortalaması karşılaştırıldığında, silme banyo yapılan yenidoğanların vücut sıcaklığındaki azalma küvet banyoya göre daha fazladır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=.000). Banyodan 15 dakika ile 30 dakika sonrası vücut sıcaklığı farkları ortalaması karşılaştırıldığında silme banyodaki artış, küvet banyo yapılan yenidoğanlardaki artıştan anlamlı olarak fazla bulunmuş (p=.000). Yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 30 dakika sonrası vücut sıcaklıklarındaki değişimin her iki grupta da benzer olduğu saptanmıştır (p=.062).



Şekil 4.5. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Vücut sıcaklığı Ortalamaları

4.3. Prematüre Yenidoğanların Konfor Davranışlarına İlişkin Bulgular

Bu aşamada ise küvet banyo ve silme banyo grubunda yer alan preterm yenidoğanların uygulamaya başlamadan 10 dakika önce sadece primer araştırmacı tarafından, uygulama bitiminden 10 dakika sonra primer ve yardımcı araştırmacı tarafından kaydedilen yenidoğan konfor davranış değerlerinin ortalamaları ile grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. Grupların yenidoğan konfor davranış puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre dağılımı Tablo 4.4 ile şekil 4.6 ve şekil 4.7'deki grafiklerde yer almaktadır.

Tablo 4.13. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Konfor Davranışları Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Zaman	UYANIKLIK	DİNGİNLİK/ AJİTASYON	AĞLAMA	BEDEN HAREKETLERİ	YÜZ GERGİNLİĞİ	KAS TONUSU	KONFOR PUANI
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Küvet Banyo	İşlem öncesi primer araştırmacı	3.97±0.80	2.62±1.18	2.62±1.56	3.47±1.23	3.00±0.69	3.45±0.59	19.13±5.56
	İşlem sonrası 10. dakika yardımcı araştırmacı	2.27±0.94	1.08±0.33	1.05±0.39	1.32±0.68	1.62±0.52	1.78±0.69	9.15±2.56
	İşlem sonrası 10. dakika primer araştırmacı	2.23±1.00	1.08±0.33	1.05±0.39	1.37±0.64	1.73±0.52	2.00±0.74	9.47±2.55
Silme Banyo	İşlem öncesi primer araştırmacı	3.92±0.72	2.52±0.98	2.40±1.39	3.08±0.98	2.98±0.65	3.45±0.65	18.38±4.74
	İşlem sonrası 10. dakika yardımcı araştırmacı	3.45±0.91	2.00±1.10	1.83±1.26	2.50±0.89	2.58±0.77	2.97±0.69	15.33±4.92
	İşlem sonrası 10. dakika primer araştırmacı	3.32±0.85	1.87±1.10	1.85±1.26	2.33±0.86	2.57±0.79	2.95±0.70	14.85±4.77
Test		F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p
	Gruplar arası farkları	64.23 0.001	29.27 0.001	14.24 0.002	38.53 0.001	72.07 0.001	99.04 0.001	61.85 0.001
	Zamana göre değişim işlem öncesi, işlem sonrası (15. ve 30. dakikalar) farkları	66.45 0.001	52.84 0.001	34.43 0.001	96.33 0.001	68.25 0.001	92.11 0.001	90.69 0.001
		18.40 0.001	10.48 0.001	7.75 0.005	26.69 0.001	19.34 0.001	25.65 0.001	22.82 0.001

Ölçekte bulunan altı parametreden oluşan 5 maddeli değerlendirmede, uyanıklık puanının; gruplar arasında farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=64.23$, $p=.001$). Zaman içerisindeki değişiminin önemli olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=66.45$, $p=.001$), değişiminin her iki grupta benzer yapı göstermediği saptanmıştır ($F=18.40$, $p=.001$). Bununla birlikte, uyanıklık puanının küvet banyo grubunda işlem sonrası iki gözlemcide de daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

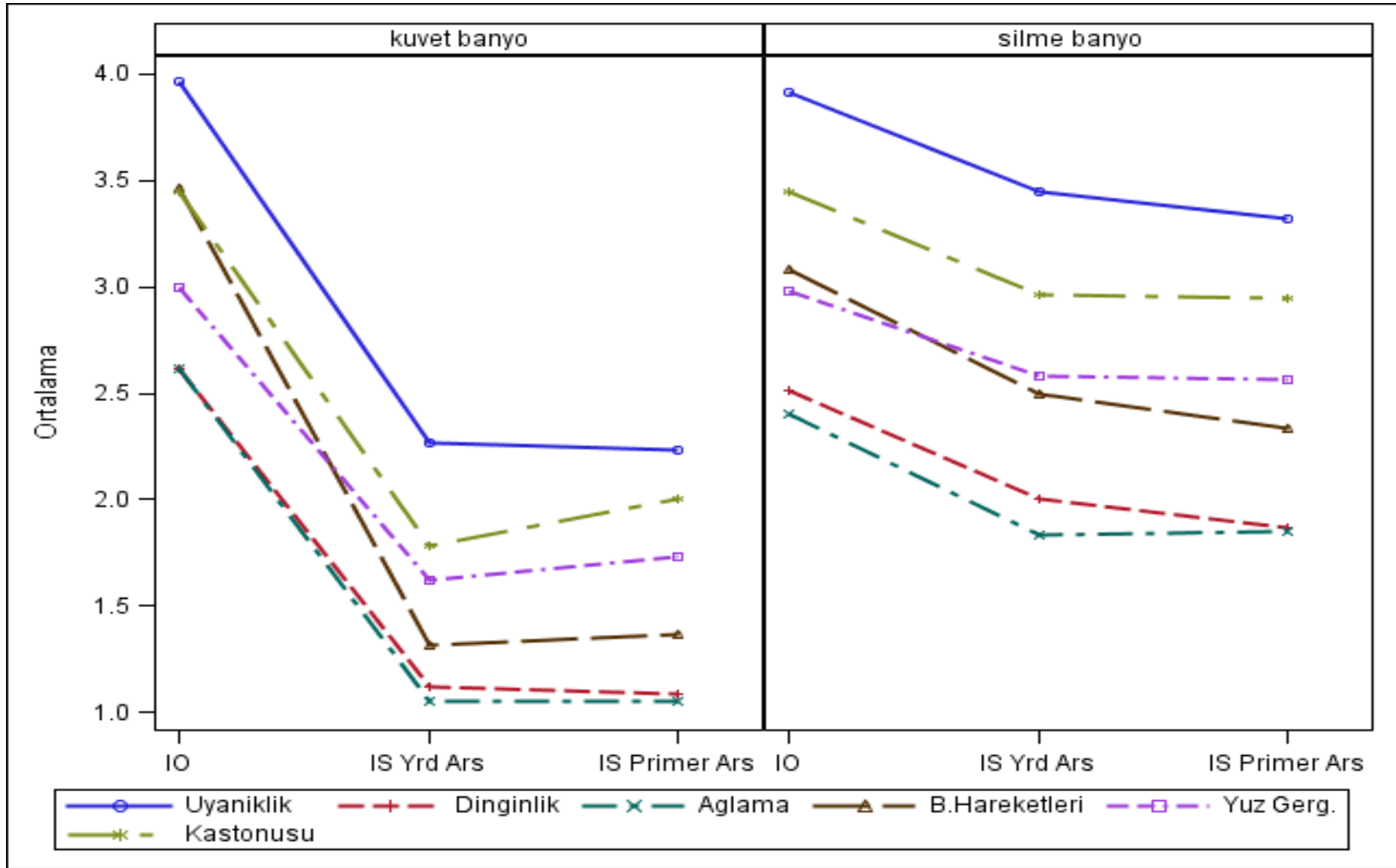
Dinginlik/ajitasyon puanının; gruplar arasında farklılık gösterdiği ($F=29.27$, $p=.001$), zaman içerisindeki değişiminin önemli olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=52.84$, $p=.001$). Zaman içinde değişimin her iki grupta benzer yapıda olmadığı belirlenmiştir ($F=10.48$, $p=.001$). Bununla birlikte, dinginlik/ajitasyon puanının küvet banyo grubunda işlem sonrası iki gözlemcide de daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Ağlama puanının; gruplar arasında farklılık gösterdiği ($F=14.24$, $p=0.002$), zaman içerisindeki değişiminin önemli olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=34.43$, $p=.001$). Zaman içinde değişimin her iki grupta benzer yapıda olmadığı belirlenmiştir ($F=7.75$, $p=0.005$). Bununla birlikte, ağlama puanının küvet banyo grubunda işlem sonrası iki gözlemcide de taban puana çok yakın (ağlama gözlenmediği) olduğu tespit edilmiştir.

Beden hareketleri puanının; gruplar arasında farklılık olduğu ($F=38.53$, $p=.001$), zaman içerisindeki değişiminin önemli olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=96.33$, $p=.001$), Zaman içinde değişimin her iki grupta benzer yapıda olmadığı belirlenmiştir ($F=26.69$, $p=.001$). Beden hareketleri puanının küvet banyo grubunda işlem sonrası iki gözlemcide de taban puana çok yakın silme banyoda ise ortalamalarda tespit edilmiştir.

Yüz gerginliği puanının; gruplar arasında farklılık gösterdiği ($F=72.07$, $p=.001$), zaman içerisindeki değişiminin önemli olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=68.25$, $p=.001$). Zaman içinde değişimin her iki grupta benzer yapıda olmadığı belirlenmiştir ($F=19.34$, $p=.001$). Yüz gerginliği puanının küvet banyo grubunda işlem sonrası iki gözlemcide de taban puana çok yakın olduğu tespit edilmiştir.

Kas tonusu puanının; gruplar arasında farklılık gösterdiği ($F=99.04$, $p=.001$), zaman içerisindeki değişiminin önemli olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=92.11$, $p=.001$). Zaman içinde değişimin her iki grupta benzer yapıda olmadığı belirlenmiştir ($F=25.65$, $p=.001$). Kas tonusu puanının küvet banyo grubunda işlem sonrası iki gözlemcide de minimum değere çok yaklaştığı tespit edilmiştir.



Şekil 4.6. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Konfor Davranış Ölçeği Madde Ortalamaları

IO: İşlem Öncesi, IS Yrd Ars: İşlem sonrası yardımcı araştırmacı, IS Primer Ars: İşlem sonrası primer araştırmacı

Total konfor puanının; gruplar arasında farklılık gösterdiği (F=61.85, p=.001), zaman içerisindeki değişiminin önemli olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=90.69, p=.001). Tablo 4.3.1 incelendiğinde , işlem öncesi ile işlem sonrası 10. dakikadaki her iki araştırmacının değerlendirmiş olduğu konforunu açısından grupların benzer yapıda olmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, herhangi bir zaman aralığı noktalarındaki grup konfor puanı ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu görülmüştür (F=22.82, p=.001). Total konfor puanının her iki grupta zaman içinde düştüğü ancak küvet banyo grubundaki düşüşün sürekli ve daha fazla olduğu taban puana yaklaştığı (konforun maximum değere ulaştığı) saptanmıştır. Bu durum şekil 4.3.2'deki grafikte de görülmektedir.

Tablo.4.14. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Konfor Puanı Ortalamaları

Banyo Yöntemi	Konfor Puanı			F	p	Anlamlı Fark
	Banyo Öncesi ^a $\bar{X} \pm SS$	Banyodan Sonra Yardımcı Araştırmacı ^b $\bar{X} \pm SS$	Banyodan Sonra Primer Araştırmacı ^c $\bar{X} \pm SS$			
Küvet Banyo	19.13±5.56	9.15±2.56	9.47±2.55	131.66	0.000	a>b,c
Silme banyo	18.38±4.74	15.33±4.92	14.85±4.77	9.51	0.000	a>b,c

Küvet ve silme banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi primer araştırmacı tarafından ölçülen konfor değeri, banyodan 10 dakika sonra yardımcı araştırmacı ve primer araştırmacı tarafından ölçülen konfor değeri ortalamaları tek yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 4.3.2 ve şekil 4.3.2.'de görüldüğü gibi küvet ve silme banyo yaptırılan yenidoğanların konfor puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (silme p=.000, küvet p=.000).

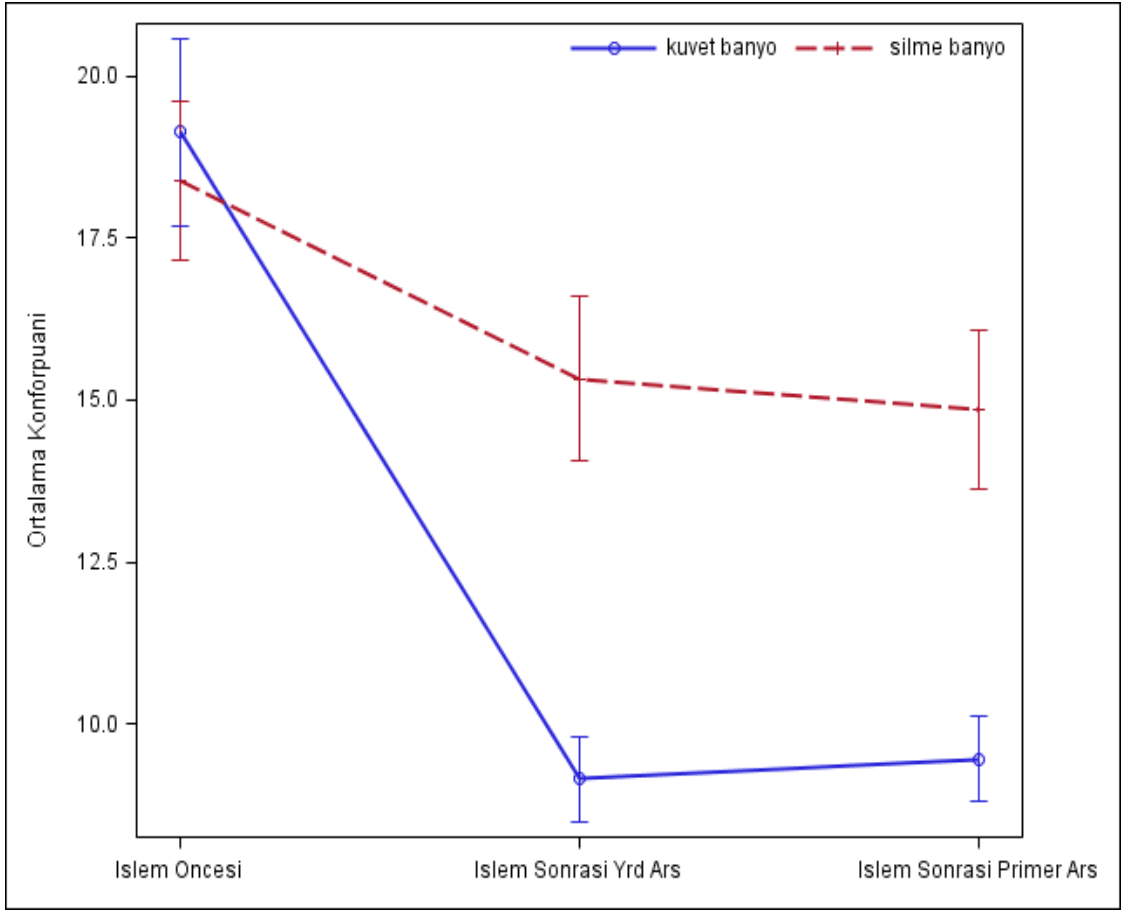
Tablo.4.15. Banyo Yöntemine ve Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Konfor Puanı Ortalamaları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

Zamana Göre Ölçümler Arası Konfor Puanı Farkları	Banyo yöntemi	X±SS	t	P
Banyo Öncesi İle Banyo Sonrası Yardımcı Araştırmacı Farkı	Küvet Banyo	-9.983±5.2059	7.51	0.000
	Silme Banyo	-3.050±4.9074		
Banyo Öncesi İle Banyo Sonrası Primer Araştırmacı Farkı	Küvet Banyo	-9.667±5.1934	6.65	0.000
	Silme Banyo	-3.533±4.9041		

Banyodan 10 dakika sonraki yardımcı araştırmacı ve primer araştırmacı tarafından ölçülen konfor değeri düzeyindeki değişimin hangi yöntemde daha farklı olduğunu belirlemek için ölçümler arasındaki konfor puanı farklarının ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 4.3.3).

Her iki yöntemde göre banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 10 dakika sonraki yardımcı araştırmacı tarafından ölçülen konfor değeri farkları ortalaması karşılaştırıldığında, küvet banyo yapılan yenidoğanların konfor puanındaki azalma silme banyoya göre daha fazladır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=.000).

Banyo öncesi ile banyodan 10 dakika sonra primer araştırmacı tarafından ölçülen konfor puanı farkları ortalaması karşılaştırıldığında küvet banyo yapılan yenidoğanların konfor puanındaki azalma silme banyoya göre daha fazladır, bu fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=.000).



Şekil 4.7. Banyo Yöntemine ve İşlem Zamanına Göre Prematüre Yenidoğanların Total Konfor Puan Ortalamalarının Dağılımı

5. TARTIŞMA

Bu bölümde prematüre yenidoğanlarda silme ve küvet şeklinde banyonun yenidoğanların fizyolojik değişkenleri (vücut ısısı, kalp atım hızı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu) üzerine ve konforuna olan etkileri tartışılmıştır.

5.1. Silme ve Küvet Şeklinde Banyonun Yenidoğanların Kalp Atım Hızı Üzerine Etkisi

Yenidoğanlarda stres yaratan işlemlere karşı gösterilen tepkilerden birisi de kalp atım hızında artmadır. Bu araştırmada hem silme şeklinde hem de küvet şeklinde banyo yaptırılan yenidoğanların kalp atım hızı ortalamaları banyodan 10 dakika ve 30 dakika sonra ölçüldüğünde azalma göstermiştir. Her iki banyo işlemi sonrasında premature yenidoğanların kalp atım hızlarının azaldığı ancak, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p = .001$). Küvet şeklindeki banyodaki azalma, silme şeklindeki banyoya göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p = .014$). Küvet şeklindeki banyoda işlem sonrası 10. dakikada kalp atım hızı ortalaması 26 birim düşüş göstermesine karşın, silme banyoda bu düşüşün sadece 6 birim olduğu saptanmıştır. İşlemden 30 dakika sonra ise küvet banyo uygulanan grupta düşüş 28 birimken silme şeklinde banyo grubunda bu ortalama farkı 11 birim olarak belirlenmiştir. Araştırmada, banyo işlemi bittikten sonra dinlenmeye bırakılan her iki gruptaki yenidoğanlarda kalp atım hızları normal fizyolojik süreç olarak ve rahatlamaya bağlı olarak azalmaya başlamış ve banyo öncesi değerlere göre düşüş göstermiştir. Bulut'un (2009) yapmış olduğu çalışmada banyoda hemen sonra yenidoğanların kalp atım hızı ortalaması silme banyoda 10 birim artarken duş şeklinde banyoda 12 birim arttığı saptanmıştır. Yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan 10 dakika sonrası kalp atım hızındaki değişim her iki banyo yönteminde benzer bulunmuştur ($p > .05$). Lee'nin çalışmasında da (2002) silme banyo sırasında kalp atım hızı ortalaması banyo sırasında anlamlı olarak (ortalama 10 birim) artmıştır ($p = .001$). Peters'in (1998) prematüre yenidoğanlarla yaptığı çalışmada silme banyo sırasında kalp atım hızlarının anlamlı olarak arttığı ve banyodan sonra bu artışın azalmaya başladığı bulunmuştur. Araştırmamızdaki prematüre yenidoğanların her iki banyo yöntemi sonrasında kalp atım hızındaki azalma literatür

bilgisiyle uyum göstermektedir. Literatürde, yenidoğanlara banyo yaptırmanın kalp atım hızını ve kan basıncını aktivite ettiği ve bebeğin davranış durumunu (uyku, ağlama vb.) etkilediği belirtilmektedir (Göktepe, 2006; Yıldız, 2008). Bu araştırmada da işlem anındaki kalp atım hızı değerlendirilmemiş olup girişim sonrası durum değerlendirilmiştir. Prematüre yenidoğanlara yapılacak her türlü müdahale kalp hızında artışa neden olacağı için araştırmada işlemden hemen sonra değerlendirme yapılmamıştır. Yenidoğanlarda stres yaratan işlemlere karşı gösterilen fizyolojik yanıtlardan birisi kalp atım hızındaki artmadır. Bu araştırmada her iki banyo yönteminde de işlem sonrası kalp atım hızlarının düştüğü, ancak küvet şeklindeki banyo yönteminde daha fazla düştüğü belirlenmiştir. Bu sonuç, küvet şeklinde banyo yaptırılan prematüre yenidoğanların streslerinin silme banyo yöntemine göre daha az olduğunu bize göstermektedir. Araştırmanın birinci hipotezi kabul edilmiştir. Oysaki, Bulut (2009) çalışmasında silme ve duş şeklinde banyo yöntemlerinin yenidoğanlarda kalp atım hızındaki değişimler açısından benzer olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, banyonun yenidoğanlarda kalp atım hızı üzerinde etkili, ancak banyo yönteminin kalp atım hızı üzerinde etkili olmadığını belirtmiştir. Araştırma sonucumuz bu bakımdan Bulut'un yapmış olduğu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

5.2. Küvet ve Silme Şeklinde Banyonun Yenidoğanların Solunum Sayısı Üzerine Etkisi

Bu araştırmada hem silme hem de küvet şeklinde banyo yaptırılan yenidoğanların solunum sayısı banyo işleminin bitmesi ve dinlenmenin etkisiyle banyodan 15 dakika ve 30 dakika sonrasında düşüş gösterdiği ve banyo öncesi değerlerin altına indiği belirlenmiştir. Solunum sayısındaki değişimin her iki grupta da benzer olduğu görülmüştür ($p=.473$). Banyonun prematüre yenidoğanlarda solunum üzerine etkili olduğu ancak, banyo yönteminin solunum üzerine etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmanın ikinci hipotezi reddedilmiştir.

Literatürde yer alan çalışmalarda banyo yöntemine göre solunum hızının değişimi ile ilgili çalışma sınırlıdır. Strese karşı gösterilen fizyolojik tepkiler arasında solunum sayısının artması da bulunmaktadır (Çiğdem, 2006). Bulut (2009) yaptığı çalışmada duş ve silme banyonun bebeğin işlem anında solunumunu artırdığını, işlem sonrasında ise

tekrardan düşürdüğünü saptamış, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmiştir. Araştırmamızda ise banyodan sonra prematüre yenidoğanların solunum sayılarının her iki grupta da düşmesi, banyo sonrası rahatlamalarına ve dinlenmelerine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Küvet ve Silme Şeklinde Banyonun Yenidoğanların Oksijen Saturasyonu Üzerine Etkisi

Bu araştırmada hem küvet hem de silme şeklinde banyo yaptırılan preterm yenidoğanların oksijen saturasyonları banyo sonrasında anlamlı düzeyde yükselmiştir. Prematüre yenidoğanlarda banyodan 10 dakika öncesi ile banyodan 30 dakika sonrası ölçülen oksijen saturasyonu değerlerinin silme şeklindeki banyoya göre küvet şeklindeki banyoda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=.049$). Ancak, her iki banyo işleminden 15 dakika sonra ölçülen oksijen saturasyon düzeylerindeki yükselişin her iki grupta benzerlik gösterdiği belirlenmiştir ($p=.335$). Araştırmamızda banyo sonrası 30. dakikada oksijen saturasyonu değeri küvet banyo grubunda yükselmiş olsa bile, gruplar arası karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=.291$). Araştırmanın üçüncü hipotezi reddedilmiştir. Araştırmamızda, silme banyo yaptırılan gruptaki bir yenidoğanda solunum sıkıntısı gelişmiş, oksijen saturasyonu %89'a düşmüş ve oksijen desteği sağlanmıştır. Bununla birlikte, her iki gruptaki diğer yenidoğanlarda herhangi bir solunum sıkıntısı görülmemiştir. Bulut (2009)'un 37 preterm yenidoğanla yapmış olduğu çalışmada, silme banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesine göre banyodan hemen sonra ölçülen oksijen saturasyon değerlerinin anlamlı derecede düştüğünü göstermiştir. Buna ilave olarak, duş şeklinde banyo yaptırılan yenidoğanların banyo öncesi ile banyodan hemen sonrası oksijen saturasyon değerleri arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir. Lee (2002) prematüre yenidoğanlarla yaptığı çalışmasında, silme banyo sırasında oksijen saturasyonlarında herhangi bir değişim olmadığını saptamıştır. Ayrıca, silme banyonun preterm yenidoğanlarda stres verici olabildiğini, ancak oksijen saturasyonunda değişiklik yaratmadığını belirtmiştir. Bu durum kompensasyonun devreye girmesi ile açıklanabilir (Bryanton ve ark., 2004, Lee, 2002). Zahr (1996) banyo yaptırılan prematüre yenidoğanlarda oksijen saturasyonunun düştüğünü bildirmiştir. Peters (1998) yaptığı çalışmasında silme banyo sırasında prematüre yenidoğanlarda oksijen saturasyonunun banyo sırasında önemli derecede

azaldığını bildirmiştir ($p<.000$). Tapia-Rombo ve arkadaşları da (2003) silme banyonun prematüre yenidoğanların kan oksijen saturasyonunu etkilediğini ve bu yüzden silme banyo işleminin çok çabuk bitirilmesi gerektiğini bildirmiştir. Çalışmamızdaki küvet banyo yöntemiyle banyo yaptırılan yenidoğanların oksijen saturasyonlarındaki artışın yenidoğanlardaki stresin azalmasından dolayı olabileceği düşünülmektedir. Silme banyo yöntemindeki artışın ise işlem sırasında cilde yapılan uygulamaların dokulara kan akımının artmasını sağladığı, dolayısıyla saturasyonu yükselttiği düşünülebilir.

5.4. Küvet ve Silme Şeklinde Banyonun Yenidoğanların Vücut Sıcaklıkları Üzerine Etkisi

Bu araştırmada küvet banyo yapılan yenidoğanların vücut sıcaklıkları ölçüldüğünde banyodan 10 dakika öncesi ile banyo sonrası 15. ve 30. dakikalar arasındaki sıcaklık değişiminin anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p=0.279$). Silme banyoda ise işlemden 10 dakika öncesine göre işlem sonrası 15. ve 30. dakikalarda anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür. Banyodan 30 dakika sonra ölçülen sıcaklıklarının banyodan 15 dakika sonra ölçülen sıcaklığa göre anlamlı derecede yüksek olduğu, ancak banyo öncesi sıcaklığa göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.000$). Yapılan çalışmalarda da gösterildiği gibi (Hysten ve ark. 1983; Anderson ve ark. 1995; Bryanton ve ark. 2004; Medves ve O'Brien, 2004; Bulut, 2009; Loring, 2012) banyo işlemi yenidoğanlarda bir miktar sıcaklık kaybına yol açmaktadır. Bebeğe soğuk stresi yaşatmadan banyo işlemini yapmak önemlidir. Bu araştırmada silme banyodaki sıcaklık düşüş farkının (-0.3°C) küvet banyodaki düşüşe (-0.1°C) göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=.000$). Araştırmanın dördüncü hipotezi kabul edilmiştir. Banyo sonrasında vücut sıcaklıkları düşen yenidoğanların kurulanması ve kuvöze alınması sonrasında termoregülasyon mekanizmalarının da devreye girmesi ile banyodan 30 dakika sonra vücut sıcaklıkları yeniden yükselmeye başlamıştır. Silme banyo yapılan yenidoğanların vücut sıcaklıkları daha çok düştüğü için yükselme buna bağlı olarak daha çok olmuştur, ancak yine de silme banyo 0.1°C daha düşük kalmıştır. Prematüre yenidoğanlarda her iki banyo yönteminin etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmalar sınırlıdır. Term yenidoğanlarla yapılan çalışmalarda dahi silme banyonun sıcaklık kaybına yol açtığı bildirilirken evaporatif kayıpların daha fazla olduğu pretermelerde silme banyoda sıcaklık kaybının daha fazla olması kaçınılmaz olabilir. Ar'ın, (2015) akan su altında

banyo ve küvet banyo uygulamalarının yenidoğanların vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu ve kalp tepe atımına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel çalışmasında her iki banyo yönteminin vücut sıcaklığını azalttığı, araştırma sonucunda banyo sonrası dönemde ilk, 10., 20., 40. ve 60. dakikalarda gerçekleştirilen yaşam bulgularının değerlendirmesinde deney ve kontrol grubunda anlamlı fark olmadığını saptamıştır. ($p>0,05$) Loring ve ark., (2012) 100 preterm yenidoğanlarda yapmış oldukları çalışmalarında, küvet banyo yaptırılan yenidoğanların vücut sıcaklığında değişkenlik oranı belirgin şekilde daha düşük olduğu ve banyo sonrası silme banyo uygulanan yenidoğanlara kıyasla 10. dakika ve 30. dakikalarda daha sıcak olduğunu saptamışlardır ($p=.024$). Bulut, (2009) çalışmasında prematüre yenidoğanlara duş şeklinde banyo sırasında silme banyoya göre daha az sıcaklık kaybı olduğunu bulmuştur. Duş şeklinde banyo yaptırılan yenidoğanlarda ortalama sıcaklık kaybı 0.3°C iken, silme banyoda bu kayıp ortalama 0.6°C bulunmuştur. Bununla birlikte duş şeklinde banyo uygulanan yenidoğanların banyo sonrası ölçülen sıcaklıklarının, silme banyo yaptırılanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir ($p=.011$). Bryanton ve ark. (2004) sağlıklı yenidoğanlarda küvet banyosu sırasında silme banyoya göre daha az sıcaklık kaybı olduğunu, küvet banyosu yaptırılan yenidoğanlarda ortalama sıcaklık kaybı 0.2°C iken, silme banyoda bu kaybın ortalama 0.4°C olduğunu ve küvet banyosu uygulanan yenidoğanların banyo sonrası ölçülen sıcaklıklarının, silme banyo yaptırılanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir ($p=.02$). Cole ve ark., (1999) küvet banyosunun soğuk stres, ağlamada azalma, motor ajitasyon ve ebeveyn konforunu belirlemek amacı ile yapmış oldukları çalışmalarında, 10 yenidoğan küvette ve 10 yenidoğan ise silme banyo şeklinde süngerle yıkanmışlardır. Silme banyo yapılan yenidoğanların %90'ında sıcaklık düşüşü olduğunu, buna karşın küvet banyo ile yıkanan yenidoğanların sıcaklıklarını koruduğunu saptamışlardır. Hylen ve arkadaşlarının (1983) silme banyo ile küvette banyo yaptırılan yenidoğanların vücut sıcaklıklarının karşılaştırıldığı çalışmalarında küvette banyo yaptırılan yenidoğanların %44'ünde, silme banyo yaptırılan grubun %64'ünde vücut sıcaklık kaybının olduğunu bildirmişlerdir. Henningsson ve ark., (1981) yaptıkları çalışmada, doğumdan 2-3 saat sonra yenidoğanların annelerinin odasında bebeklere küvet veya silme banyo işlemlerini uygulamışlardır. Banyo öncesi ve banyo sonrası rektal sıcaklıkları ölçüldüğünde küvet

banyo grubundaki yenidoğanlarda (% 41), silme banyo yaptıranlara (% 75) göre daha az bir sıcaklık düşüşü saptamışlardır. Bütün bu literatürdeki çalışmalarda görüldüğü gibi silme banyo yöntemi küvet banyo yöntemine göre daha fazla sıcaklık kaybına neden olmaktadır. Literatürde küvet banyosunun vücut sıcaklığının korunmasında ve sürdürülmesinde silme banyoya göre daha etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Yenidoğanların küvette banyo sırasında su ile kaplı olması sıcaklığın korunmasını sağlamakta ve silme banyoda oluşan evaporatif kayıpları engellemektedir (Bryanton ve ark., 2004). Bizim araştırmamızda küvet banyo ile yıkananların 38°C'lik suyla teması nedeniyle sıcaklık kaybının daha az olduğu, silme banyoda sürekli su ile temas olmadığı, ortam ısısının sudan daha düşük olduğu için sıcaklık kayıplarının daha fazla olduğu düşünülmüştür. Araştırmamızda her iki grupta hipotermi gelişen yenidoğan olmamıştır.

5.5. Küvet ve Silme Şeklinde Banyonun Yenidoğanların Konforları Üzerine Etkisi

Bu araştırmada küvet şeklinde banyo yaptırılan preterm yenidoğanların konfor puanlarının anlamlı derecede taban puana yaklaştığı görülmektedir ($p=.000$). Hem primer hem de yardımcı araştırmacı tarafından değerlendirme sonrası iki grup karşılaştırıldığında silme banyoya göre küvet banyonun bebeğin konforunu anlamlı derecede arttırdığı saptanmıştır ($p=.000$). Araştırmanın beşinci hipotezi kabul edilmiştir. Silme banyo yöntemi ile karşılaştırıldığında, küvet banyo yönteminin birçok avantajı olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar, yenidoğanların küvet yöntemiyle yıkanırken silme banyoyla karşılaştırıldığında genellikle daha sakin ve daha sessiz olduğunu göstermiştir (Henningsson ve ark., 1981; Anderson ve ark., 1995; Darmstadt ve Dinulos, 2000; Bryanton ve ark., 2004; Correa ve ark., 2004). Bryanton ve arkadaşları (2004), küvet banyo yönteminin silme banyo yöntemine göre yenidoğanlarda anlamlı derecede daha sakinleştirici (Brazelton Yenidoğan Davranış Değerlendirme Ölçeği) olduğunu göstermişlerdir ($p<0.01$). Cole ve arkadaşları, (1999) Brazelton Yenidoğan Davranış Değerlendirme Ölçeğinin değerlendirmelerinde silme banyo yaptıran yenidoğanların %90'ı banyo yaparken rahatsız edici davranışlar göstermiş ve ağlamış iken, küvet banyo uygulanan yenidoğanların %70'i uyumlu veya sessiz uyanık halde olduğunu bildirmişlerdir. Henningsson ve arkadaşları (1981) yaptıkları çalışmada, 232 bebeği çift veya tek numaraya dayalı iki gruba ayırmışlar, küvet banyo uygulanan yenidoğanların, silme banyo uygulananlara göre daha sakin ve daha sakin olma eğilimi gösterildiği

saptamışlardır. Hylan ve ark., (1983) 618 yenidoğanla randomize kontrollü yaptıkları çalışmalarında, silme banyo uygulanan grupta (% 57) yüksek sesle ağlayan yenidoğan sayısının, küvet banyo uygulanan gruba (% 17) göre daha fazla olduğunu bulmuşlardır.

Literatürde banyo yöntemlerine yönelik yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi küvet yöntemi ile yapılan banyo, silme banyo yöntemine göre yenidoğanların konforunu arttırmakta, sakinleşmelerini sağlamaktadır. Bu sonuçlar bizim çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Küvet banyo ile silme banyo yöntemlerinin prematüre yenidoğanların fizyolojik değişkenler (kalp atım hızı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu ve vücut ısısı) ve konforu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla toplam 120 prematüre yenidoğanlarla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Küvet şeklinde banyo yaptırılan prematüre yenidoğanların kalp atım hızı silme banyo yaptırılanlara göre daha düşüktür ($p<0.05$).
- Küvet ve silme şeklinde banyo yaptırılan prematüre yenidoğanların solunum sayısı normal değerlerde ulaşmıştır fakat banyo yöntemleri arasında fark yoktur ($p>0.05$).
- Prematüre yenidoğanlara uygulanan her iki banyo yöntemi prematüre yenidoğanların oksijen saturasyonunu benzer değerlerde arttırmıştır ($p>0.05$).
- Prematüre yenidoğanlara uygulanan küvet banyo yönteminde vücut ısısı korunmaktadır. Silme banyo yönteminde ise yenidoğanın ısısının düştüğü görülmüştür ($p<0.05$).
- Küvet banyo uygulanan prematüre yenidoğanların konforu silme şeklindekilere göre daha fazladır ($p<0.05$).

Öneriler:

- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde küvet banyo 32-37 haftalık, genel durumu stabil olan ve herhangi bir solunum problemi olmayan preterm yenidoğanlara güvenle uygulanabilir.
- Küvet şeklinde banyonun term ve diğer preterm gruplara olan etkileri ileriki çalışmalarda yapılması önerilmektedir.
- Gelişimsel izlemin bir parçası olarak küvet şeklinde banyo, hastane politikası olarak yenidoğan ünitelerinde rutin bir hemşirelik bakımı olarak uygulanabilir.

KAYNAKLAR

Adams E, Towle MA. Pediatric Nursing Care. Pearson Education Inc. Upper Saddle River. New Jersey; 2009, p:486-553.

Adhısıvam B, Narayanan P, Femitha P, Bhat V. Essential newborn care—a need to reorient nursing staff. Indian Journal of Pediatrics. 2010; 77(11): 1340-1341.

Akpınar F, Göçmen İ. Yenidoğanlarda deri bakımı. Maltepe Tıp Dergisi. 2014; 6:2.

Aksoy-Derya Y. Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. T Pasinlioğlu).

Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. Dicle Tıp Dergisi. 2012; 39: 316-319.

Alay B. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Term Bebeklere Uygulanan Müziğin Fizyolojik Ölçümler, Hastanede Kalış Süresi ve Stres Belirtilerine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. FI Esenay).

Alemdar DK. Aspirasyon İşlemi Sırasında Prematüre Bebeklere Dinletilen Anne Kalp Sesinin Ağrı Konfor ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. FG Tüfekçi).

Alemdar DK, Tüfekçi FG. Prematüre bebek konfor ölçeği'nin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12(2): 142-148.

Altunay M. Yenidoğanda vücut ısısının korunması. Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) ve Çocuk Hemşireliği Derneği Yenidoğan Yoğun Bakım Kursu Ders Notları I. 2006; 62-70.

Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. Assessing distress in pediatric intensive care environments: the comfort scale. *Journal of Pediatric Psychology*. 1992, p:95-109.

Anderson GC, Lane AE, Chang HP. Axillary temperature in transitional newborn infants before and after tub bath. *Appl Nurs Res*. 1995;8: 123–128.

Ar Işıl. İki Farklı Banyo Yönteminin Yenidoğanın Kalp Tepe Atımı, Oksijen Satürasyonu, Vücut Sıcaklığına Etkisinin Karşılaştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. D Gözen).

Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA, Stanik-Hutt J, Lynn Thompson C, White C, Rietman Wild L. Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adults: A descriptive study. *Intensive Critical Care Nursing*. 2007;10: 1016-24.

Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritualite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009; 2: 51–58.

Askin FD, Wilson D. The high risk newborn and family. In: Hockenberry MJ, Wilson D, eds. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. 8st ed. Canada: Mosby; 2007, p: 344-421.

Association of Women's Health. *Obstetric and Neonatal Nurses: Evidence-based Clinical practice guideline: Neonatal Skin Care*. Washington, 2013. 3. Ed. DC: AWHONN.

Atıcı A. Yenidoğanın değerlendirilmesi. İçinde: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, editörler. *Temel Pediatri*. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2010, s: 450-454.

Aydın D, Çiftçi EK. Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin preterm yenidoğanlara uygulanacak terapötik pozisyonlar hakkındaki bilgi düzeyi. *The Journal of Current Pediatrics*. 2015;13: 21-30.

Aydın D. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Pretermlere Dinletilen Klasik Müziğin, Yenidoğanların Stres Belirtileri, Büyümesi, Oksijen Saturasyon Düzeyi ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. S Yıldız).

Aydın M. Preterm Bebeklerde Taburculuk Öncesi Supine Pozisyonda Kalma Sürecinin Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z Çiğdem).

Ayyıldız T, Kulakçı H, Ayoğlu FN, Kalıncı N, Veren F. The effects of two bathing methods on the time of separation of umbilical cord in term babies in turkey. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2015;17(1): e19053.

Bartels NG, Mleczko A, Schink T, Proquitté H, Wauer RR. Influence of bathing or washing on skin barrier function in newborns during the first four weeks of life. Skin Pharmacol. 2009;22: 248-257.

Batman D. Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerine Uygulanan Web Tabanlı Eğitimin Bebeğin Bakımına Yönelik Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Aydın (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Şeker).

Bayram N. Riskli Pretermlerde Transport Edilen ve Edilmeyen Grupların Morbidite ve Mortalite Yönünden Karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2006, İstanbul (Klinik Şefi: Dr. S Kavuncuoğlu).

Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Pediatri Çeviri Editörü: Akçay T. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara; 2008, s: 160-220.

Bissinger RL, Annibale DJ. Thermoregulation in very low-birth-weight infants during the golden hour: results and implications. Adv. Neonatal Care Off. J. Natl. Assoc. Neonatal Nurses. 2010;10: 230–238.

Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*. 2012 Jun 9;379(9832): 2162-72.

Blume-Peytavi U, Cork MJ, Faergemann J ve ark. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*. 2009;23(7): 751-759.

Blume-Peytavi U, Hauser M, Georgios N, Stamatas D, Pathirana D, Bartels NG. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric Dermatology*. 2012;29: 1.

Blume-Peytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, Ryumina I, Stalder JF, Torrelo A, Cork M. Recommendations from a european roundtable meeting on best practice healthy infant skin care. *Pediatric Dermatology*. 2016;33(3): 311–321.

Bredemeyer S, Reid S, Wallace M. Thermal management for premature births. *J Adv Nurs*. 2005;52(5): 482-89.

Bryanton J, Walsh D, Baret M, Gaudet D. Tub bathing versus traditional sponge bathing for the newborn. *Jognn-Journal Of Obstetric Gynecologic And Neonatal Nursing JOGNN*. 2004;33: 704-712.

Bulut HK. Prematüre Bebeklerde İki Banyo Yönteminin Fizyolojik Ölçüm Sonuçlarına Etkisi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. S. Çimen).

Can G. Preterm doğanlar, intrauterin büyüme geriliği. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul TY, editörler. *Pediyatri*. 3. Baskı, Nobel Matbaacılık, İstanbul; 2002, s: 326-334.

Canbak Y, Şilfeler İ, Dorum Bİ, Kurnaz H, Dorum S. Bir devlet hastanesinde çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda hastalık ve ölüm oranları. *Türk Ped Arşivi*. 2011;46: 144-50.

Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F. Pediatri Hemşireliği. Ed: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara; 2013.

Corff KE, Seideman R, Venkataraman PS, Lutes L, Yates B. Facilitated tucking: a nonpharmacologic comfort measure for pain in preterm neonates. *Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nursing*. 1995;24: 143–147.

Correa Filho L, Paula AM, Carvalho DA, Azevedo MP, Teixeira Lde A. The impact of different types of bath in the behaviour and physiology of ‘rooming in’ newborn babies. *Neuro Endocrinol Lett*. 2004;25(Suppl. 1): 141–155.

Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 2239–2248.

Çalışır H, Güler F. Riskli yenidoğanların cilt bakımında kanıta dayalı uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2011;3(2): 100-10.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği. 9. Baskı, Sistem Ofset Basımevi, Ankara; 2008, s: 23-210.

Çiğdem Z. Yenidoğanların sınıflandırılması. Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) ve Çocuk Hemşireliği Derneği Yenidoğan Yoğun Bakım Kursu Ders Notları I. 2006, s: 23-30.

Çiğdem Z. Yenidoğanda deri bakımı. Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) ve Çocuk Hemşireliği Derneği Yenidoğan Yoğun Bakım Kursu Ders Notları II. 2006, s: 153-159.

Çınar ND, Dede C. Neonatal hypothermia. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006;1(2): 119-125.

Çınar Yücel Ş. Kolcaba’nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2011;27: 79-88.

Dağoğlu T, Ovalı F. Samancı N. Neonatoloji. 2. Baskı, Nobel Kitapevleri, Ankara; 2007, s: 141-197.

Dağoğlu T, Görak G. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı, Nobel Matbaacılık, İstanbul; 2008, s: 267-689.

Dağoğlu T. Prematürite. İçinde: Yurdakök M, Erdem G, editörler. Neonatoloji. 1. Baskı, Alp Ofset, Ankara; 2004, s: 123-129.

Darmstadt GL, Dinulos JG. Neonatal skin care. Pediatric Clinics of North America. 2000;47(4): 757-782.

Demott K, Bick D, Norman R et al. Clinical guidelines and evidence review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2006.

Dyer JD. Newborn skin care. Seminars in Perinatology. 2013;37: 3–7.

Edraki M, Paran M, Montaseri S, Nejad MR, Montaseri Z. Comparing the effects of swaddled and conventional bathing methods on body temperature and crying duration in premature infants: a randomized clinical trial. Journal of Caring Sciences. 2014;3(2): 83-91.

Ekim A, Ocağcı AF. Yenidoğan cilt bakımında güncel yaklaşımlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2014;3(2): 30-37.

Ellis J. Neonatal hypothermia. Journal of neonatal Nursing. 2005;1: 76-82.

Engle WA. A recommendation for the definition of late preterm (near term) and the birth weight gestational age classification system. Seminars in Perinatology. 2006;30(1): 2-7.

Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evolution of Nursing Models and Theories. 2th ed. Philadelphia: Fa Davis Company; 2005, p:364–437.

Fernandes JD, Prado de Olivera ZN, Machado MCR. Children and newborn skin care and prevention. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2011;86: 102-106.

Fok TF, So HK, Wong E, Ng PC, Chang A, Lau J, Chow CB, Lee WH. Updated gestational age specific birth weight, crown-heel length, and head circumference of chinese newborns. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003;88(3): 229–236.

Franck LS, Quinn D, Zahr L. Effect of less frequent bathing of preterm infants on skin flora and pathojen colonization. *JOGNN*. 2000;29(6): 584-589.

Furdon SA. Challenges in neonatal nursing: Providing evidence-based skin care. National Association of Neonatal Nurses (NANN) 2003 Annual Conference. Erisim Adresi: <http://www.medscape.org/viewarticle/465017>. Erisim Tarihi: 25/10/2016

Garcia BN, Mleczko A, Schink T, Proquitte H, Wauer RR, Blume-Peytavi U. Influence of bathing or washing on skin barrier function in newborns during the first four weeks of life. *Skin Pharmacology and Physiology*. 2009;22: 248–257.

Gelmetti C. Skin cleansing in children. *European Academy of Dermatology and Venereology*. 2001;15: 12-15.

Görak G. Yenidoğanın değerlendirilmesi. İçinde: Dağoğlu T, Görak G (editörler). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*. 2. Baskı. Nobel Tıp Matbaacılık, İstanbul; 2008, s: 127-152.

Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürler arası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;5: 3-14.

Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. *Temel Pediatri*. 1. basım, Günes Tıp Kitabevleri, Türkiye; 2010, s: 929-931.

Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR. Neonatal Baby. In: Sarılioğlu F, Varan A, Yazıcı N, Köksoy  T, eds. Current Diagnosis and Treatment Pediatrics. 20. Baskı. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara; 2013, s:13.

Heimann K, Jergus K, Abbas AK, Heussen N, Leonhardt S, Orlikowsky T. Infrared thermography for detailed registration of thermoregulation in premature infants. J Perinat Med. 2013;41(5): 613–620.

Henningsson A, Nystrom B, Tunnell R. Bathing or washing babies after birth? Lancet. 1981;2: 1401–1403.

Howson, mV Kinney, Je lawn. World health. Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth. Geneva, 2012, p: 1-88.

Hugill K. Neonatal skin cleansing revisited: Whether or not to use skin cleansing products. British Journal of Midwifery. 2014;22: 10.

Hylen AM, Karlsson E, Svanberg L, Walder M. Hygiene for the newborn: To bathe or to wash? Journal of Hygiene. 1983;91: 529-534.

Ista E, Van Dijk M, Tibboel D, Hoog M. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the COMFORT “behavior” scale. Pediatric Critical Care Medicine. 2005;6: 58-63.

JBİ Positioning of preterm infants for optimal physiological development Best Practice 2010; 14(18). <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=5391>. (Erişim Tarihi: 20.10.2016).

Kahraman A, Başbakkal Z, Yalaz M. Yenidoğan konfor davranış  leği'nin türkçe geçerlik ve güvenirliği. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2014;2(1): 1-11.

Karabacak  , Acaroğlu R. Konfor kuramı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4: 197-202.

Karabulut A. Yenidoğanda deri fizyolojisi ve topikal ilaç kullanımı. Sürekli Eğitim, Türkderm. 2011;45(2): 60-67.

Kardaş Z. Prematür İnfantlarda Karnitin tedavisinin Rds Gelişimi ve Seyri Üzerine Etkileri. E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. MA Öztürk).

Knobel RB, Guenther BD, Rice HE. Thermoregulation and thermography in neonatal physiology and disease. Biol Res Nurs. 2011;13(3): 274–282.

Kolcaba K, Dımarco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. Pediatr Nursing. 2005;31: 187-194.

Kolcaba K. Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse -sensitive outcome. Advances in Nursing Science. 1992;15: 1-10.

Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. Nursing Outlook. 2001;49: 86-92.

Kolcaba K. Comfort Theory And Practice. A Vision For Holistic Care And Research. Newyork, Springer Publishing Company. 2003.

Kolcaba K. Theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursmg. 1994;19: 1178-1184.

Korkmaz A, Aydın Ş, Duyan-Çamurdan A, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, Polat E, Şenel S, Tezel B, Tezer H, Köse MR. Türkiye’de Bebek Ölüm Nedenlerinin ve Ulusal Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2013;56: 105-121.

Kösa E, Çınar N. Prematüre bebeklerde hipotermiinin önlenmesi: plastik örtü kullanımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(3): 161-165.

Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Appl Nurs Res.* 2014;27(2): 147–50.

Kurtoğlu S, Akın MA, Sarıcı D. İnteruterin büyüme: prenatal ve postnatal değeriendirilmesi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi.* 2011;15(3): 91-100.

Lavender T, Bedwell C, Roberts S, Hart A, Turner MA, Carter L, J’Cork M. Randomized, controlled trial evaluating a baby wash product on skin barrier function in healthy, term neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(2): 203-214.

Lee HK. Effects of sponge bathing on vagal tone and behavioural responses in premature infants. *Journal of Clinical Nursing.* 2002;11: 510-519.

Lıssauer T, Fanaroff AA. Neonatolojide Kilometre Taşları. İçinde: Bir Bakışta Neonatoloji. Çeviren: Okumuş N, Zenciroğlu A. Akademisyen Kitabevi, Ankara; 2013, s: 28-168.

Liaw JJ, Yang L, Yuh YS, Yin T. Effects of tub bathing procedures on preterm infants’ behavior. *Journal of Nursing Research.* 2006;14(4): 297-304.

Loring C, Gregory K, Gargan B, LeBlanc V, Lundgren D, Reilly J, Stobo K, Walker C, Zaya C. Tub bathing improves thermoregulation of the late preterm infant. *J Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing.* 2012;41(2): 171-9.

Losacco V, Cuttını M, Greisen G, Haumont D, Pallás-Alonso CR, Pierrat V, Warren I, Smit BJ, Westrup B, Sızun J. Heel blood sampling in European neonatal intensive care units: compliance with pain management guidelines. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2011;96(1): 65–68.

Lubchenco LO, Hansman C, Boyd E. Intrauterine growth in length and head circumference as estimated from live births at gestational ages from 26 to 42 weeks. *Pediatrics.* 1966;37: 403-8.

Lund C, Kuller J, Lane A, Lott JW, Raines DA. Neonatal skin care: The scientific basis for practice. *Neonatal Netw.* 1999;18(4): 15-27.

Lund C, Kuller J, Raines DA et al. Neonatal Skin Care; Evidence-based Clinical Practice Guideline. Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). 2007.

Lund C. Bathing and Beyond. *Advances in Neonatal Care.* 2016;16(5): 13-20.

Maree C, Becker P. The effect of developmentally supportive positioning (DSP) on preterm infants stress levels. *Health SA Gesondheid.* 2008;12(1): 3-11.

Martin A, Brady E, Hamilton D, Stephanie J, Ventura, M.A.; Michelle J.K. Osterman, M.H.S.; Sharon Kirmeyer, Ph.D.; T.J. Mathews, M.S.; and Elizabeth C. Wilson,. Births: final data for 2009. *Neonatal Vital Statistics Report.* 2011; 60: p:1–70.

Mathai S, Natrajan N, Rajalakshmi NR. A comparative study of non-pharmacological methods to reduce pain in neonates. *Indian Pediatrics.* 2006;43: 1070-1075.

Mathers LH, Frankel LR. Stabilization of the critically ill child. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 17th ed. International Edition, Saunders Company; 2004, p:280-283.

McChall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;3: 1- 20.

Meeks M, Hallsworth M, Yeo H. Nursing of Neonatal Çeviren: Yurdakök M. Yenidoğan Hemşireliği. 2. basım, Rotatıp Kitapevi, Ankara; 2012, p: 2-88.

Medves JM, O'Brien B. The effect of bather and location of first bath on maintaining thermal stability in newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004;33: 175–182.

Monique AA, Caljouw Marguerite AC, Kloos Madeleine Y, Olivier Ida W, Heemskerk Winke CR, Pison Gerben D, Stigter Anne-Mieke JH, Verhoef .Measurement Of Pain İn Premature İnfants With A Gestational Age Between 28 To 37 Weeks: Validation Of The Adapted COMFORT Scale. Journal of Neonatal Nursing, 2007, 13: 13-18.

Montirosso R, Prete A, Bellu R, Tronic E, Borgatti R. Level of NICU quality of developmental care and neurobehavioral performance in very preterm infants. Pediatrics. 2012;129(5): 1129-1137.

Morris I, Adappa R. Early care of the preterm infant-current evidence. Paediatrics and Child Health. 2016;4(26): 157-161.Ness MJ, Davis DM, Carey WA. Neonatal skin care: a concise review. Int J Dermatol. 2013;52: 14-22.

Nikolovski J, Stamatias G, Kollias N, Wiegand B. Infant skin barrier maturation in the first year of life. J Am Acad Dermatol. 2007; 56(2): AB153.

Onay SÖ. Küçük bebek. İçinde: Yurdakök M. (Çev.Ed.). Yenidoğan Hemşireliği. 2. Baskı. Rotatıp, Ankara; 2012, s: 65-78.

Özek E, Akman İ. Yenidoğanın cilt bakımı. İçinde: Dağoğlu T, Ovak F, Samancı N (Editörler). Neonatoloji. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2000; s:145-150.

Penny-MacGillivray T. A newborn's first bath: When? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996;25: 481-487.

Pereira CB, Heimann K, Czaplak M, Blazeka V, Venemaa B, Leonhardt S. Thermoregulation in premature infants: A mathematical model. Journal of Thermal Biology. 2016;62: 159-169.

Peters KL. Bathing premature infants: Physiological and behavioral consequences. American Journal of Critical Care. 1998;7(2): 90-100.

Razi CH. Pediatri. Klinisyen Tıp Kitabevleri: Türkiye; 2008. p: 185-218.

Samancı N. Yenidoğanın genel bakım prensipleri. İçinde: Dağoğlu T, Ovak F, Samancı N, Editörler. Neonatoloji. 2. basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2007, p: 169-170.

Samancı N, Yenidoğanın genel bakım prensipleri. İçinde: Dağoğlu T, Ovak F, Samancı N, Editörler. Neonatoloji. Alemdar Ofset, Nobel Tıp Kitabevi, 2000.

Sarı HY, Çiğdem Z. Gestasyon haftalarına göre bebeğin gelişimsel bakımının planlanması. DEÜED. 2013;6: 40-8.

Sarıkaya-Karabudak S, Ergün S. Yenidoğan hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Bal-Yılmaz H, Bolışık B, editörler. Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2013, p: 289.

Sarkar R, Basu S, Agrawal RK, Gupta P. Skin care for the newborn. Indian Pediatr. 2010;47: 593-598.

Savaser S. Yenidoğanda ısı kontrolü. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. basım, Nobel Tıp Kitabevi, 2008, p:179-193.

Smack DP, Harrington AC, Dunn C et al. Infection and allergy incidence in ambulatory surgery patients using white petrolatum vs bacitracin ointment. A randomized controlled trial. JAMA 1996; 276: 972–977.

Stoll BJ, Kliegman RM. Yenidoğan bebek. İçinde: Akçay T, çeviri editörü. Nelson Pediatri. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2008, p: 523- 527.

Şengün İnan F, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(2): 132-139.

Taheri AP, Fakhraee H, Sotoudeh K. Effect of early bathing on temperature of normal newborn infants. Iranian J Publ Health. 2007;36(2): 82-86.

Tapia-Rombo CA, Morales-Mora M, Alvarez-Vázquez E. Variations of vital signs, skin color, behavior and oxygen saturation in premature neonates after sponge bathing. Possible complications. Rev Invest Clin. 2003;55(4): 438-43.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 4. basım, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; 2000, s: 1-17, s: 328-334.

Terzi B. Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. N Kaya).

Titler MG, Rakel BA. Nonpharmacologic treatment of pain. Critical Care Nursing Clinics of North America. 2001;13: 221-229.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA (2013). Ana Rapor. Erişim Adresi: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf]. Erişim Tarihi:25/10/2016.

Törüner EK, Büyükgönenç L. Sağlıklı yenidoğan. İçinde: Törüner EK, Büyükgönenç L, editörler. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımı. Göktuğ Yayıncılık, 2012, s: 359-389.

Türkiye İstatistik Kurumu TÜİK (2013). İstatistiklerle Çocuk- Statistics on Child. Erişim Adresi: [www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=269]. Erişim Tarihi: 25/10/2016.

Türkiye İstatistik Kurumu TÜİK (2015). İstatistiklerle Çocuk- Statistics on Child. Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21522. Erişim Tarihi: 25/10/2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2009). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Erişim Adresi: [http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72059/h/siy2009.pdf]. Erişim Tarihi: 22/10/2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Dünyada ve Ülkemizde Yenidoğan Sağlığı. İçinde: Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Kitapçığı. Bölüm 1.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Yenidoğanın Hemşirelik Bakımı ve İlkeleri. İçinde: Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Kitapçığı. Bölüm 3.

Uçar E, Dede Çınar, N. Yenidoğanın ilk banyosu: Ne zaman yapılmalı? Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2015;3(1): 43-49.

U.S. National Library Of Medicine (2013). Appropriate for Gestational Age. Erişim Adresi: [<https://medlineplus.gov/ency/article/002225.htm>]. Erişim Tarihi: 24/10/2016

Van Dijk M, Boer J, Koot H, Tibboel D, Passchier J, Duivenvoorden H. The reliability and validity of the comfort scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3-year-old infants. International Association for the Study of Pain. 2000; p:367-377.

Varda KE, Behnke RS. The effect of timing of initial bath on newborn's temperature. JOGNN. 2000;29(1): 27-32.

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul 1999.

Vicdan Kacaroğlu A, Karabacak BG. Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;4(5): 255-259.

Vicdan Kacaroğlu A. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy adaptasyon modeline göre incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi. 2010;2: 106-118.

Visscher MO, Adam R, Brink S et al. Newborn infant skin: physiology, development, and care. Clin Dermatol. 2015;33: 271-280.

Yıldız S. İlk günden sonraki bakım. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. basım, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2008, s: 769-788.

Yıldız S. Yenidoğanın kalp hastalıkları. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, editörler. Temel Neonatoloji ve Hemsirelik İlkeleri. 2. basım, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2008, s: 337-350.

Yurdakök M, Erdem G. Yenidoğan cilt bakımı. Türk Neonatoloji Derneği. Neonatoloji Kitabı, Alp Ofset, Ankara; 2004.

Yurdakök M, Tekinalp G, Yiğit S, Korkmaz A. Yenidoğan Bakımında Hacettepe Uygulamaları. Güncellenmiş 2. basım, Günes Tıp Kitabevi, Ankara; 2009.

Wong, DL. Wong's Nursing Care Of Infants and Children. 8. Basım, St. Louis, Mo. Mosby/Elseiver; 2011, p: 240-290.

Wong D, Eaton MH, Winkelstein ML, et al. Nursing care of infants and children: St. Louis Missouri: Mosby Company, 2007: 411-433, 1151-1168.

World Health Organization (2002). Global Health Observatory Country Views, Turkey Statistics Summary Erişim Adresi: [<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-TUR>]. Erişim Tarihi: 25/10/2016.

World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva, İsviçre: 2006.

World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF, The World Bank . Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice. Geneva, Switzerland : WHO ; 2013

World Health Organization. 2013. Preterm Bbird. Erişim Adresi: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>] Erişim Tarihi: 25.10.2016

Zenciroğlu A, Koç O. Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Kitapçığı. Ankara; 2014, s: 7-164.

Quinn D, Newton N, Piecuch R. Effect of less frequent bathing on premature infant skin. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2005;34: 741-746.

EK-I EBEVEYN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili Anne-Babalar,

Adım Halil İbrahim TAŞDEMİR, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek lisans öğrencisiyim. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeğinize uygulanan küvet banyosu ile silme banyosunun, bebeğiniz üzerindeki kalp atım hızı, vücut sıcaklığı, solunum sayısı, konfor ve davranışlarına olan etkilerini değerlendirmek amacıyla bir çalışma planlanmıştır.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır, herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı tamamen reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada ayrılabilirsiniz. Sizin ve bebeğinizin kimlik bilgileri gizli kalması koşuluyla, sizin sağladığınız veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır; ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendiniz ve bebeğinize ait araştırmayla ilgili bilgilerinize ulaşabilirsiniz.

Araştırmacının ve araştırmanın adı, amacı, süreci, Gönüllü/Katılımcı hakları ve araştırma sonuçlarının yorumlanması konusunda araştırmanın uygulayıcısı tarafından bilgilendirildim. Aklıma takılan tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Benim ve bebeğimin çalışmaya katılmasını isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. bu koşullar altında, bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne izin veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin yapılan daveti hiç bir zorlama ve baskı altında kalmadan gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmacının,

Adı-soyadı:

Tarih ve imza:

EBEVEYNİN,

Adı-soyadı:

Tarih ve imza:

EK-2. FİZYOLOJİK DEĞİŞKENLER İZLEM FORMU

Dosya No:

İşlem Zamanı Fizyolojik Değişkenler	Küvet / Silme Banyo		
	İşleme başlamadan 10 dakika önce	İşlemden 15 dakika sonra	İşlemden 30 dakika sonra
Nabız Hızı (dk)			
Solunum Hızı (dk)			
Oksijen Satürasyonu Değeri (SpO2)			
Vücut Sıcaklığı (°C)			

EK-3. YENİDOĞAN TANITIM FORMU

1-Yenidoğanın Adı-Soyadı

Dosya No:

2-Anne yaşı

3- Ailenin kaçınıcı çocuğu

4- Yenidoğanın doğum haftası:.....

5-Yenidoğanın doğum kilosu (gr):..... Girişim öncesi kilosu (gr).....

6- Yenidoğanın doğum tarihi (gün/ay/yıl)

7- Yenidoğanın yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış tarihi (gün/ay/yıl),

8-Yenidoğanın doğum şekli:

9-Yenidoğanın cinsiyeti: a)Kız b)Erkek

10 - Yenidoğanın Tıbbi Tanısı:

11- Yenidoğanın beslenme şekli:

12- Girişim grubu:

EK.4 ODA ISISI, NEM VE KÜVÖZ ISISI FORMU

Dosya No:

TARİH	SAAT	ODA NEMİ (%)	ODA ISISI (°C)	KÜVÖZ ISISI (°C)

EK-5. YENİDOĞAN KONFOR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ

Dosya No:

Lütfen uygun yanıtı işaretleyiniz.

Uyanıklık

- 1 sakin uyku (gözler kapalı, yüz hareketi yok)
- 2 aktif uyku (gözler kapalı, yüz hareketleri var)
- 3 sessizce uyanık (gözler açık, yüz hareketi yok)
- 4 aktif uyanık (gözler açık, yüz hareketleri var)
- 5 uyanık ve hiperalert

Dinginlik/Ajitasyon

- 1 sakin (berrak ve sakin görünüyor)
- 2 biraz endişeli (hafif anksiyeteli görünüyor)
- 3 endişeli (ajite görünür ama kontrollü görünme)
- 4 çok endişeli (çok ajite görünür, kontrol etmek güç)
- 5 panik halinde (kontrolünün kaybı ile ciddi sıkıntı)

Respiratuar Cevap (sadece mekanik ventilatöre bağlı olan yenidoğanlarda)

- 1 spontan solunum
- 2 ventilatöre bağlı spontan solunum
- 3 ventilatöre direnç veya huzursuzluk
- 4 ventilatöre karşı aktif solunum ve düzenli öksürük
- 5 ventilatör ile savaş

Ağlama (Sadece spontan soluyan yenidoğanlarda)

- 1 ağlama yok
- 2 sakin ağlama
- 3 yumuşak ağlama ya da inleme
- 4 sabit ağlama
- 5 yoğun ağlama ya da çığlık

Yenidoğan Konfor Davranış
Ölçeği

Tarih:

Saat:

Gözlemci:

Beden hareketleri

- 1 minimal hareket ya da hareket yok
- 2 üç tane hafif kol ve / veya bacak hareketleri
- 3 üçten fazla hafif kol ve / veya bacak hareketleri
- 4 üç tane güçlü kol ve / veya bacak hareketleri
- 5 üçten fazla güçlü kol ve / veya bacak hareketleri, ya da tüm vücut

Yüz gerginliği

- 1 tamamen rahat yüz kasları, rahat ağız açık
- 2 normal yüz gerginliği
- 3 aralıklı göz sıkamak ve kaş kırışıklığı
- 4 kesintisiz göz sıkama ve kaş kırışıklığı
- 5 yüz kasları çarpılmış ve buruşturma (Göz sıkamak, kaş kırışıklığı, ağız açık, burun-dudak hatları)


(Gövde) Kas tonüsü (sadece gözlem)

- 1 kasları tamamen rahat (eller açık, ağız açık)
- 2 azalmış kas tonüsü; normalden daha az direnç
- 3 normal kas tonüsü
- 4 artmış kas tonüsü (sıkılı eller ve / veya sıkılı, bükülmüş ayak)
- 5 aşırı kas tonüsü (parmak ve / veya ayak rijiditesi ve fleksiyon)

Total Skor **İlaç/Tedavi Detayları****Çocuğun Durumunun Detayları****Değerlendirmenin Türü**

Ağrı Tahmini (0 = ağrı yok, 10 = en kötü ağrı)
Distres Tahmini (0 = distres yok, 10 = en kötü distres)

EK-6. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİN YAZISI



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

Sayı: 48031751/998
Konu: Tez Çalışması


ANTALYA
15/09/2015

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğine

İlgi: 23.06.2015 tarih ve 1443 sayılı yazınız.

İlgili yazıda belirtilen; Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Halil İbrahim TAŞDEMİR' in Ağustos 2015-Ağustos 2016 tarihleri arasında "Yenidoğanlarda Küvet Banyo ile Silme Banyonun Fizyolojik Değişkenlere ve Yenidoğan Konforuna Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasının Anabilim Dalımızda çalışılması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Fırat KARDELEN
Anabilim Dalı Başkanı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA

EK-7. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

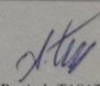
T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/
Konu:

2015

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Emine EFE	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Prematüre Yenidoğanlarda Küvet ile Silme Banyonun Yenidoğan Fizyolojik Değişkenlerine ve Konforuna Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 251	Tarih: 21.10.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın bütçesinin Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		


Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı (İznil)

Prof. Dr. Can ÇEVİKOL
Üye (İznil)

Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof. Dr. Demirel İZAN
Üye

Prof. Dr. Necmiye HADİMOĞLU
Üye

Prof. Dr. Gülay ÖZBİLİM
Üye

Doç. Dr. Feriye ŞENOL
Üye

Doç. Dr. Gülşen Öztepe HAYSA
Üye

Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye

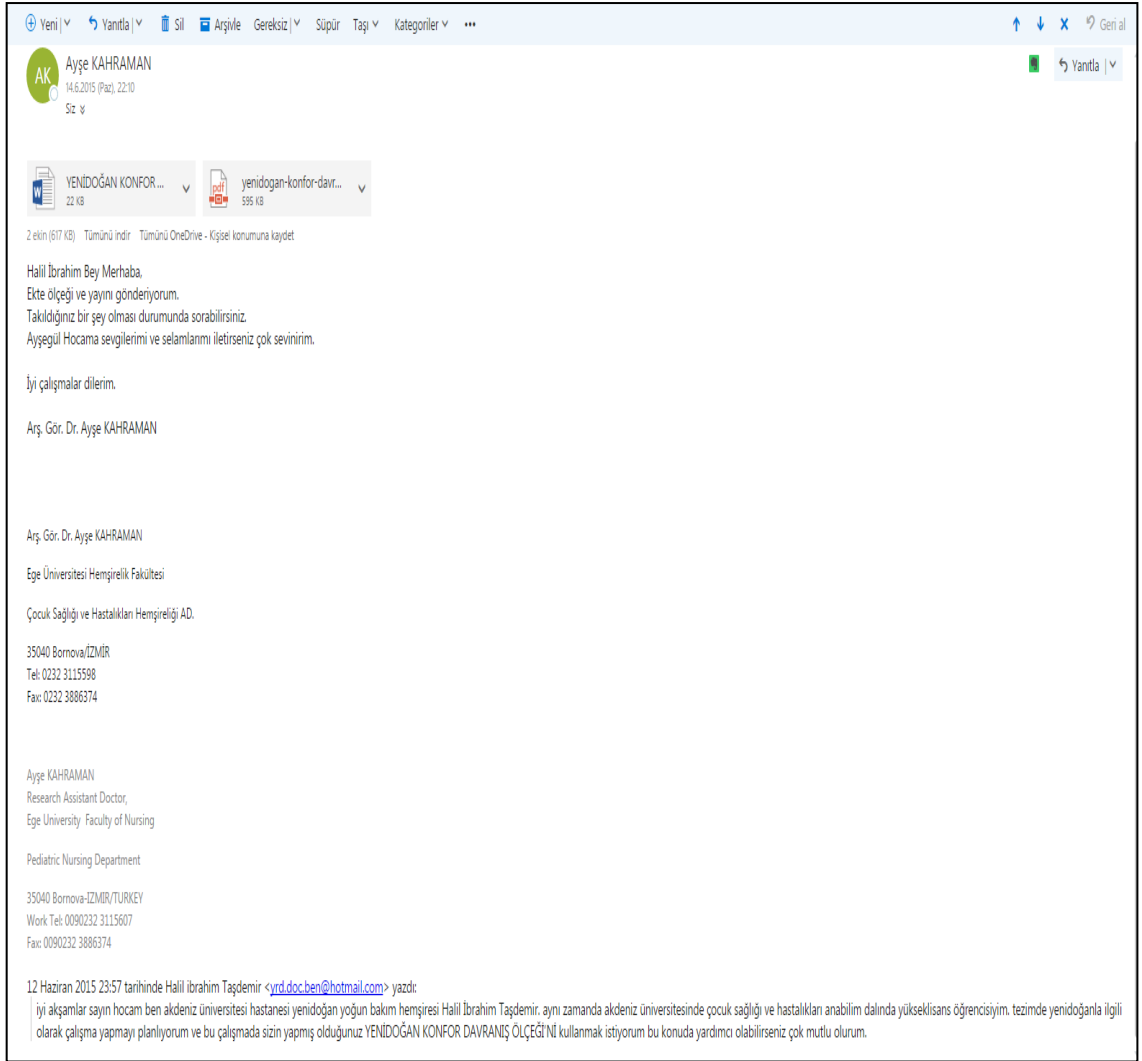
Doç. Dr. Ali Berkant AYCI
Üye

Doç. Dr. Dile KİPİM KORGUN
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

Turgut ALTUN
Üye

EK-8. YENİDOĞAN KONFOR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gerekli | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Ayşe KAHRAMAN
14.6.2015 (Paz), 22:10
Siz

YENİDOĞAN KONFOR ... 22 KB
yenidoğan-konfor-davr... 595 KB

2 ekin (517 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Halil İbrahim Bey Merhaba,
Ekte ölçeği ve yayını gönderiyorum.
Taktığımız bir şey olması durumunda sorabilirsiniz.
Ayşegül Hocama sevgilerimi ve selamlarımı iletirseniz çok sevinirim.

İyi çalışmalar dilerim.

Arş. Gör. Dr. Ayşe KAHRAMAN

Arş. Gör. Dr. Ayşe KAHRAMAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
35040 Bornova/İZMİR
Tel: 0232 3115598
Fax: 0232 3886374

Ayşe KAHRAMAN
Research Assistant Doctor,
Ege University Faculty of Nursing
Pediatric Nursing Department
35040 Bornova-İZMİR/TURKEY
Work Tel: 0090232 3115607
Fax: 0090232 3886374

12 Haziran 2015 23:57 tarihinde Halil İbrahim Taşdemir <yrd.doc.ben@hotmail.com> yazdı:
İyi akşamlar sayın hocam ben akdeniz üniversitesi hastanesi yenidoğan yoğun bakım hemşiresi Halil İbrahim Taşdemir, aynı zamanda akdeniz üniversitesinde çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim. tezimde yenidoğanla ilgili olarak çalışma yapmayı planlıyorum ve bu çalışmada sizin yapmış olduğunuz YENİDOĞAN KONFOR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ'Nİ kullanmak istiyorum bu konuda yardımcı olabilirsiniz çok mutlu olurum.

EK-9. TEZ PROJESİ ÖNERİ FORMU

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ PROJESİ ÖNERİ FORMU

22/06/2015

Sayı:

Öğrencinin Adı Soyadı	Halil İbrahim TAŞDEMİR
Öğrencinin Numarası	20145011004
Yüksek Lisans Programının Anabilim Dalı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Danışmanın Adı Soyadı	Prof.Dr. Emine EFE
Tez Konusu Y u k a	Prematüre Yenidoğanlarda Küvet Banyo ile Silme Banyonun Yenidoğanın Fizyolojik Değişkenlerine ve Konforuna Etkisi

Yukarıda kimlik bilgileri verilen Yüksek Lisans öğrencisinin tez proje önerisi aşağıda belirtilen üyeler tarafından değerlendirilmiş, uygun olduğuna karar verilmiştir. Gereğini arz ederim.

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Emine EFE

Asıl Üyeler*				
	Unvanı, Adı ve Soyadı	Anabilim Dalı	Uygun / Uygun Değil	İmza
1	Prof.Dr. Emine EFE	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Uygun	
2	Doç.Dr. Ayşegül İŞLER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Uygun	
3	Yrd. Doç.Dr. İlkay ARSLAN	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Uygun	
4				
5				

*Resmi tutanak olduğu için en az 3 öğretim üyesinin bulunması önerilmektedir.

Sınav Yeri : Derslik 1
Sınav Tarihi ve Saati: 22/06/2015 11:00

EK: Yüksek Lisans Tez Projesi Öneri Formu

EK-10**ÖZGEÇMİŞ****Kişisel Bilgiler**

Adı	Halil İbrahim	Uyruğu	TC
Soyadı	TAŞDEMİR	Tel no	5443356575
Doğum tarihi	03.10.1991	e-posta	ibrahimtasdemir@akdeniz.edu.tr

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Cumhuriyet Lisesi	2009
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2013
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	Lokman Hekim Hastanesi	2013-2014
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2014-2016
Çocuk Acil Hemşiresi	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2016-Devam

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Parmak Bebek	Sağlık Bakanlığı + Charles Üniversitesi	2014

Yayınlar ve Bildiriler:

Solid Organ Nakli Olan Hastaların Çocuk Acil Servisine başvurularının Değerlendirilmesi. IX. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildirisi.

Sağlıkla Dergisi, 18. Sayı. Bölüm yazısı "Ailenin Hemşire Üyesi"

Sağlıkla Dergisi, 18. Sayı. Bölüm yazısı "Ben Hasta Değilim"

Sertifikalar:

- Neonatal Resüsitasyon Uygulayıcı Sertifikası. 2014. Sağlık Bakanlığı
- Yenidoğan Hemşireliği Sertifikası. 2014 Fakultni Nemocnice V Motole
- Europass Mobility Sertificate. 2014. Sağlık Bakanlığı
- Nutritional Support in the Perioperative Period. 2015 ESPEN
- Nutritional Support in Pediatric Patients. 2015. ESPEN
- Çocuk İleri Yaşam Desteği Uygulayıcı Sertifikası. 2016. Sağlık Bakanlığı