

ARAŞTIRMA

DOĞUM SALONUNDA GÖREV YAPAN EBE/HEMŞİRELERİN YENİDOĞANIN İLK BAKIMINA YÖNELİK HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI

Şengül YAMAN* Ruveyde AYDIN** Canan UÇAKCI***

Sultan ÖZKAN*** Ayşegül KALKAN****

Alınış Tarihi: 05.04.2016

Kabul Tarihi: 14.10.2016

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, doğum salonunda görev yapan ebe/hemşirelerin yenidoğanın ilk bakımına yönelik hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmek amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Ankara'da bulunan altı hastanenin doğum salonlarında çalışan ebe/hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Ankette hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve yenidoğanın ilk bakımında hasta güvenliğine ilişkin uygulamalardan oluşan toplam 62 soru yer almaktadır.

Bulgular: Çalışmaya katılan ebe/hemşirelerin (n=60) %41,7'si ön lisans, %46,7'si lisans mezunudur. Ebe/hemşirelerin günlük ortalama bakım verdikleri bebek sayısı 3,63 'tür (1-8). Doğum salonunda bakımın hızlı ve sorunsuz yapılabilmesi için yapılan hazırlıklara bakıldığında; ebe/hemşirelerin %56,7'si doğumdan önce doğum salonu temizliğinin yapıldığını, %91,7'si doğumdan önce kullanılacak malzemelerin hazırlandığını söylemiş, %60'ı steril bohça hazırladığını, %61,7'si cihaz kontrolü yaptığını belirtmiştir.

Sonuç: Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda; ebe/hemşirelerin yenidoğan güvenliği için aldığı önlemlerin yeterli olmadığı görülmüştür. Bu nedenle ebe/hemşireler yenidoğan güvenliği açısından değerlendirilmeli ve bu konu hakkında hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan güvenliği; yenidoğan bakımı; doğum salonu.

ABSTRACT

The Patient Safety Practice of Midwife and Nurse Who Work in The Delivery Room Relating to The First Care of The Newborn

Objective: This study aims to examine that the patient safety practice of midwife and nurse who work in the delivery room relating to the first care of the newborn.

Methods: The research of population compose of midwife and nurse working six hospitals located in Ankara. In the study, a questionnaire developed by the researchers was used. The questionnaire consist of 62 questions is about socio-demographic characteristics of nurses and the patient safety practice in the first care of the newborn.

Results: 41.7% of participants are undergraduate and %46,7 of them are graduate degree. Given the number of baby care by them is 3.63 per day. Considering to preparations be done quickly and smoothly in the delivery room for neonatal care; 56,7 % of them reportet that the delivery room cleaning is done before birth. 91,7% of them reported that preparation of materials to be used before birth. While 60% of midwife and nurse stated that preparing sterile pack, 61,7% them point out device control.

Conclusion: Considering to the result of the study show that the measures taken by nurses and midwives is not sufficient for neonatal safety. Therefore, they should be evaluate and informed about neonatal safety

Keywords: Newborn safety; newborn care; delivery room

GİRİŞ

Hasta güvenliği "Sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır" şeklinde tanımlanmaktadır (Atan,

Dönmez ve Taşçı 2013; Hasta Güvenliği Yönetmeliği 2011). Hasta güvenliğinin sağlanması için ülkemizde; hasta kimlik bilgilerinin doğrulanması, tanımlanması, enfeksiyon komitelerinin oluşturulması, biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin

*Öğr.Gör. Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Arş. Gör., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi e-posta: aydinruveyde@gmail.com

*** Arş. Gör., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

****Servis Hemşiresi, Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi

alınması, laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması, izolasyon önlemlerinin alınması, mavi, beyaz, ve pembe kod uygulamalarının yapılması, asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsayan güvenlik raporlama sisteminin kurulması gibi uygulamalar yapılmaktadır (Hasta Güvenliği Yönetmeliği 2011).

Sağlık hizmetleri; hayati öneme sahip, hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses: ICN), hasta güvenliğinin artırılması için; hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilginin ve hasta güvenliğinin gelişmesine olanak sağlayacak altyapının oluşturulmasının gerekliliğine inanmaktadır (ICN 2002). Bu kapsamda, profesyonel hemşirelerin performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı ve riskli alanlarda gerekli önlemlerin alınmasını önermektedir (Akalin 2004; Hasta Güvenliği Yönetmeliği 2011; Atan, Dönmez ve Duran 2013).

Ebe/hemşireler, hemşirelik bakımının her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu bağlamda, hemşirelere risk ve riskin azaltılması, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi konusunda önemli görevler düşmektedir (Altındiş 2010).

Sağlıklı toplumların temelini sağlıklı nesiller, sağlıklı nesillerin temelini ise sağlıklı gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım oluşturur. Gebelik fizyolojik bir süreç olmakla birlikte hastalıkla sağlık arasında çok ince bir çizgidir. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem içinde anne ve yenidoğan için birçok risk barındırmaktadır. Gebelik, doğum ve bebek sahibi olma gibi eşsiz bir yaşam deneyimini mutlu sonlandırabilmek için perinatal dönemde hasta güvenliği odaklı sıfır hatayı hedefleyen kaliteli hizmet sunumu bir zorunluluktur. Yenidoğanın doğum salonunda ilk bakımının hızlı ve güvenli yapılması için birçok uygulamanın yapılması gerekmektedir. Örneğin yenidoğan güvenliği için, doğum salonunun doğuma hazırlanması (asepsi, sıcaklık ve malzeme), yenidoğanın kimliklendirilmesi, ilaç uygulamaları, mavi ve pembe kod uygulaması, hipoterminin ve düşmelerin önlenmesi bu uygulamalar arasındadır (Kömürcü ve Özkan

2012). Aynı zamanda, yenidoğanın ultraviyole ve infrared radyasyondan korumak için uygun lambalar, mercekler ve filtreler kullanılması, ışık sistemi yenidoğanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilmesi ve yenidoğanın gelişmekte olan retinasının ışıktan zarar görmesini engelleyici düzenlemelerin yapılmasıdır (<http://www.resmigazete.gov.tr>).

Yenidoğan güvenliğinin sağlanması ve bakımın kalite standartlarına uygun olması için doğumhanelerde kimlik tanımlayıcı sistemlerinin olması, Doğum Eylemi Yönetim Rehberinin, Bebek ve Çocuk İzlem Protokolünün ve Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberinin bulundurulması ve klinik karar süreçlerinde aktif olarak kullanımının sağlanması gerekmektedir. Aynı zamanda, doğum servisinde; doğum öncesi izlem ve doğum işlemi tek kişilik odalarda yapılması, doğumhane katında acil müdahale gerektiği durumlarda kullanılmak üzere, 1 adet anestezi cihazı ve monitör bütün sancı, doğum, gözlem ve doğum sonrası bakım odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemi (hasta başı paneli) bulundurulması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, doğumhane bölümünde operatif doğumlarda gerekebilecek her türlü teçhizat (forseps, vakum vb.) bulundurulması, her doğum odasında 1 adet bebek ısıtıcısı, bebek aspiratörü, laringoskop ve uygun boyutta ambular, yeni doğanın dış merkezlere sevk edilmesi gerekliliğine yönelik 1 adet transport kuvüzü bulundurulması ve doğum servisi personeli NRP (Neonatal Resusitasyon Programı) Eğitimi almış olması gerekmektedir (<https://kalite.saglik.gov.tr>).

Bu çalışmada, doğum salonunda görev yapan ebe/hemşirelerin yenidoğanın ilk bakımına yönelik hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli: Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum salonlarında çalışan toplam 83 ebe/hemşirelerden oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilen tüm hastanelerde doğumhane bulunmaktadır ve doğum yaptırılmaktadır.

Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 60 ebe/hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilen ebe/hemşireler doğum tipi ayırt etmeksizin doğumhanede aktif olarak çalışan ve yenidoğan ilk bakımı veren ebe/hemşirelerden oluşmaktadır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada, literatür ve hasta güvenliği yönetmeliği doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Ankette hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve yenidoğanın ilk bakımında hasta güvenliğine ilişkin uygulamalardan oluşan toplam 62 soru yer almaktadır.

Verilerin Toplanması: Araştırmanın verileri 25.01.2015/15.08.2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Uygulama sırasında araştırma hakkında bilgi verilerek ebe/hemşirelerden katılımları konusunda yazılı onam alınmıştır. Veriler hafta içi 08:00-16:00'ı şifinde yüz yüze görüşme metoduyla toplanmıştır. Her bir anket uygulaması 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 18.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik dağılımları, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapıldığı kurumlardan, gerekli izinler ve katılımcılardan yazılı onam alındıktan sonra uygulamaya başlanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllük esasına göre sağlanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma bulguları ebe/hemşirelerin bildirimine dayanmaktadır. Çalışmanın örneklemini yalnızca Ankara'da bulunan beş hastanede çalışan ebe/hemşireler oluşturmaktadır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar sadece örnekleme alınan hastanelere genellenebilir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hasta güvenliği hedefleri arasında tedavinin doğru ve tam olarak yapılması, komplikasyonların önlenmesi, hastanın hastane kaynaklı enfeksiyonlardan korunması ve hastaların karıştırılmasının engellenmesi yer almaktadır (Akalin 2004). Bu nedenle hasta güvenliği ilkeleri doğrultusunda doğum salonunda ebe/hemşireler tarafından yapılan

bakım uygulamaların aseptisi ilkelerine uygun olarak doğru ve eksiksiz yapılması gerekmektedir. Doğum salonunun hazırlanması, annenin ve yenidoğanın ilk bakımı gibi doğum salonunda yapılan uygulamaların büyük çoğunluğunda ebe ve hemşireler önemli bir yer tutmaktadır. Bu açıdan düşünüldüğünde doğum salonunda yenidoğana yönelik yapılan bakımın güvenli bir şekilde verilmesi ebe ve hemşirelerin sorumluluğundadır (Altındış 2010).

Çalışmaya katılanların %71.7'si ebe, %28.3'ü ise hemşiredir. Araştırmaya katılan ebe/hemşirelerin yaşları 26 ile 56 arasında olup yaş ortalaması 36.6±6.77 (Min:26-Max:56) olarak bulunmuştur. Ebe/hemşirelerin % 88.3'ü evli, %11.7'si ise bekarıdır. Çalışmaya katılanların % 5'i lise, %41.7'si ön lisans, %46.7'si lisans, %6.7'si yüksek lisans/doktora mezunudur. Çalışmaya alınan ebe/hemşirelerin meslekte çalışma yılı 3-36 yıl arasında değişirken, ortalama 16.06±8.12 yıl, doğum salonunda çalışma yılının ise 0-27 yıl arasında değişirken ortalama 6.5±6.67 yıl olduğu saptanmıştır. Ayrıca ebe/hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süresi 43±4.96 (Min:20-Max:48) saat, haftalık nöbet sayısı 2.4 (Min:0-7) ve ortalama nöbet süresi 16.66 saat (8-24 saat) olarak bulunmuştur. Ebe ve hemşirelerin her şifte ortalama bakım verdikleri bebek sayısı ise 3.63 (0-8) tür. Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin %85'i yenidoğanla ilgili bir sertifika alırken, %15'i yenidoğanla ilgili herhangi bir sertifika almamıştır. Sertifika alan ebe ve hemşirelerin ise; %55.6'sı Neonatal Resesutasyon Programı (NRP) sertifikası, %25.6'sı NRP, Anne Sütü ve Emzirme Sertifikası, %18.9'u ise NRP, Anne Sütü, Emzirme ve Acil Obstetri sertifikalarını aldıkları saptanmıştır. Ebe/hemşireler meslekten memnuniyet durumlarına bakıldığında ise, %81.7'sinin mesleğinden memnun olduğu, %18.3'nin ise mesleğinden memnun olmadıkları tespit edilmiştir (Tablo 1).

Doğum salonunda bakımın yapılabilmesi için yapılan hazırlıklara bakıldığında; Ebe/hemşirelerin %56.7'si doğumdan önce doğum salonu temizliğinin yapıldığını, %91.7'si doğumdan önce kullanılacak malzemelerin hazırlandığını söylemiş, %60'ı steril bohça hazırladığını ve %61.7'si cihaz kontrolü yaptığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Ebe/hemşireler Bazı Sosyo-demografik ve Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:60)

Özellikler	Min-Max	X	SS
Yaş	26.0-56.0	36.6	6.77
Meslekte çalışma yılı	3.00-36.00	16.06	8.12
Doğum salonunda çalışma yılı	0.00-27.00	6.50	6.67
Haftalık çalışma süresi (saat)	20.00-48.00	43.08	4.96
Haftalık nöbet sayısı	0.00-7.00	2.40	1.67
Nöbet süresi	8.0-24.0	16.66	1.46
Her şifte bakım verilen bebek sayısı	0.00-8.00	3.63	2.05
		Sayı	%
Medeni Durum	Evli	53	88.3
	Bekar	6	11.7
Eğitim Durumu	Lise	3	5.0
	Ön Lisans	25	41.7
	Lisans	28	46.7
	Yüksek Lisans/Doktora	4	6.7
	Hemşire	17	28.3
Meslek	Ebe	43	71.7
	Evet	49	81.7
Memnuniyeti	Hayır	11	18.3
	Evet	51	85.0
Sertifika Durumu	Hayır	9	15.0
	NRP	28	55.6
Alınan Sertifika Türü	NRP, Anne sütü ve emzirme	10	25.6
	NRP, Anne sütü ve emzirme, Acil Obstetri	6	18.9

Yenidoğanlar doğum sonrasında ıslaktır ve ısı kaybı fazladır. Bununla birlikte yenidoğanın termoregülasyon sistemleri gelişmemiştir ve yenidoğanlar soğuk stresini tolere edemezler. Hipotermi arterial oksijen seviyelerini azaltır ve metabolik asidoza neden

olabilir. Bu nedenle yenidoğanın vücut ısısını normal değerler arasında tutmak önemlidir (Laptook and Watkinson 2008).

Çalışmamızda ebe/hemşirelerin yenidoğanın vücut ısısını korumaya yönelik yaptıkları uygulamalara bakıldığında; ebe ve hemşirelerin %81.7'si oda ısısını düzenlediğini, %73.3'nün yenidoğanı doğar doğmaz kuruladığını, %90'ı yenidoğanı radyan ısıtıcı altına aldığını, %95'i vücut ısısını değerlendirmek için cilt probu kullandığını, %51.7'si yenidoğanı ısıtmak için hemen kıyafet giydirdiğini ifade etmiştir (Tablo 2). Bulgularımız ebe ve hemşirelerin yenidoğanın vücut ısısını koruma konusundaki farkındalıklarının yeterli olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 2. Yenidoğan Bakımının Hızlı ve Sorunsuz Yapılması ve Yenidoğanın Vücut Isısını Korumaya Yönelik Ebe/hemşireler Tarafından Yapılan Hazırlıkların Dağılımı (n:60)

Özellikler	Sayı	%	
Doğum Salonun	Evet	34	56.70
Asepsi/Sterilizasyonu	Hayır	26	43.30
Malzemelerin Hazırlığı	Evet	55	91.70
Steril Bohça Hazırlığı	Hayır	5	8.30
Cihazların Çalışıp Çalışmadığının Kontrolü	Evet	36	60.00
Oda ısısının düzenlemesi	Hayır	24	40.00
Sıcak kompreslerle kurulama	Evet	37	61.70
Radyan ısıtıcı altında bakım verme	Hayır	23	38.30
Cilt probuyla vücut ısısını değerlendirme	Evet	49	81.7
Kıyafetlerini giydirme	Hayır	11	18.3
	Evet	44	73.3
	Hayır	16	26.7
	Evet	54	90.0
	Hayır	6	10.0
	Evet	57	95.0
	Hayır	3	5.0
	Evet	31	51.7
	Hayır	29	48.3

İmmünolojik olgunlaşma eksikliği nedeniyle yenidoğanlar enfeksiyona yatkındır ve yenidoğanda gelişen enfeksiyonlar ölüme yol açabilmektedir (Posfay-Barbe, Zerr and Pittet 2008). Enfeksiyon etkeni doğum öncesinde ya da doğum sırasında anneden alınabilmekte ya da hastane ortamından bulaşabilmektedir. Bu nedenle yenidoğanı enfeksiyondan korumaya yönelik eldiven, önlük, maske gibi koruyucu ekipman giyilmeli, doğum salonu ve malzeme sterilizasyonu uygun şekilde yapılmalı ve bakım veren ebe ve hemşireler aseptik tekniklere uymalıdır (Beşer, Topçu 2013). Doğum

salonunda enfeksiyon kontrol uygulamaları ile ilgili yapılan bir çalışmada, doğum salonunun yüzey temizliğinin düzenli olarak yapılması, doğum salonunda kullanılan havlu ve battaniyelerin otoklavda sterilize edilmesi, umbilikal klemplerin %70 lik etanol solüsyonu ile yıkanması, doğum setlerinin her bir doğum için otoklav ile sterilize edilmesi ve doğum salonunda çalışan personelin steril eldiven giymesi, eldiven giymeden önce ve sonrasında ellerin mutlaka yıkanarak temizlenmesi ve tek kullanımlık maske kullanılması önerilmektedir (Mahmood, Rehman and Chughtai 2008). Çalışmada yer alan ebe/hemşirelerin yenidoğanda enfeksiyon gelişimini önlemeye yönelik yaptıkları uygulamalara bakıldığında ebe ve hemşirelerin % 85'i doğum salonundaki malzemelerin sterilizasyonunun her kullanımdan sonra yapıldığını ifade ederken, %5'i günde bir kez yapıldığını ifade etmiştir. Yine, doğum salonunda görev yapan ebe/hemşirelerden %91.7'si yenidoğanın ilk bakımını yaparken koruyucu ekipman (eldiven, maske, önlük vb.) giydiğini, % 8.3'ü ise sadece steril eldiven ve önlük giydiğini belirtmiştir. Çalışmada sonuçları literatürdeki önerilerle uyumludur ve çalışmanın bulguları yenidoğanların enfeksiyona karşı korunmalarında doğum salonlarında kullanılan malzemeler ve sterilizasyon açısından yeterli önlemlerin alındığını düşündürmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verniks kaseozanın korunmasını, doğum sonrası banyonun mümkün olduğunca geciktirilmesini ve yenidoğanın doğumdan sonraki ilk 24 saat banyo yaptırılmamasını önermektedir (DSÖ 2008). Doğum sonrası dönemde verniksin etkisiyle ilk dört gün içinde yenidoğanın cilt pH'sı (4.95) asit hale gelir. Asit örtünün mikroorganizmalardan koruyucu etkisi olması, banyo uygulamasının cilt pH'sını alkaliye dönüştürmesi ve verniksin cilt üzerinde normal floranın kolonizasyonunu kolaylaştırması nedeniyle temizlenmemesi önerilmektedir (Gözen 2015) Sağlık Bakanlığı da benzer şekilde mekanyum ve annede bilinen bir genital yol enfeksiyonunun olmadığı durumlarda yenidoğanın cildindeki atıkları temizlemek için doğum salonunda sıcak kuru havlular ile iyice kurulanmalarının yeterli olacağı görüşündedir (Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı 2015). Çalışmamızda Ebe/hemşireler tamamına yakını (%93.3) yenidoğanı banyo yaptıklarını ifade etmişlerdir. Literatürde yenidoğan banyosu yaptırmaya ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim bulgumuz

ebe/hemşirelerin yenidoğanın enfeksiyondan korunması için önem teşkil eden verniksin korunmasına ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Doğum esnasında annenin doğum kanalından ya da bakım esnasında hastane ortamından çeşitli mikroorganizmalar yenidoğanın gözlerine bulaşabilmektedir. Henüz bağışıklık sistemi yeterince gelişmemiş olan yenidoğanda gelişen göz enfeksiyonları körlüğe kadar giden sonuçlar doğurabilmektedir (Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı, 2014). Bu nedenle yenidoğanın ilk bakımında kullanılan göz bakım malzemesi ve göz bakımının nasıl yapıldığı önem kazanmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2015 Temel Yenidoğan Bakım Rehberi'nde doğumdan sonra ilk saat içinde göz çevresi ve göz kapaklarının steril (distile) su veya Serum fizyolojik (SF) ile ıslatılmış pamukla dıştan içe doğru silinmesini ve sonrasında göz kapaklarının hafifçe açılarak konjunktivaya, eritromisin %0.5 veya %2.5 luk povidone iodine veya azitromycin göz damlası uygulanmasını önermektedir. Ancak, annenin bilinen bir genital yol enfeksiyonu olduğu durumlarda mevcut enfeksiyon ajanına karşı etkin olan göz damlası/pomatları tercih edilebilmektedir. Çalışmada ebe/hemşirelerin %78.3'ü göz bakımı yaptığını belirtirken; göz bakımı yapan ebe ve hemşirelerin %40.5'i göz bakımını iç kantüsten dış kantüse doğru yaptığını, %35.2'si gözün açık olmasına ve damlanın göz içine yayılımına dikkat ettiğini belirtmiştir. Doğum salonunda çalışan ebe/hemşirelerin göz bakımında kullandıkları malzemelere bakıldığında ise; %20'si serum fizyolojik ile sulandırılmış batikon solüsyonu ve %3.3'ü ise gentamisin; %1.7'si ise sadece serum fizyolojik kullandıklarını ifade etmiştir. Göz bakımı yaptığını ifade edenlerin büyük çoğunluğunun Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı Rehberine uygun şekilde bakım verdiği görülmüştür. Öte yandan her dört ebe/hemşireden biri göz bakımı yaptığını belirtmemiş, çoğunluğu uygulama esnasında dikkat ettiği noktalara değinmemiş ve büyük çoğunluğu göz bakımında hangi malzemeyi kullandığını ifade etmemiştir. Literatürde yenidoğan göz bakımına ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yenidoğan göz bakımı tüm yenidoğanlarda atlanmadan ve yenidoğana uygun malzeme seçilerek verilmesi gereken bir bakımdır (Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı 2015). Çalışmadaki ebe/hemşirelerin dörtte birinin göz bakımı yapmadığını ifade etmesi yenidoğan göz

bakımına yeterli hassasiyeti göstermediklerini düşündürmektedir.

Yenidoğana göbek bakımı verilirken pek çok dezenfektan madde kullanılmaktadır. Ancak yenidoğanın cildi henüz olgunlaşmadığı için bu maddelerin kullanımı yenidoğan açısından pek çok riski de beraberinde getirebilmektedir. Günümüzde yaygın olarak kullanılan Povidon-iyot'un yenidoğanda kateterizasyon, venöz girişimler vb işlemler öncesinde cilt temizliğinde etkili olduğu belirtilerek kullanımı önerilmektedir. Ancak povidon-iyot kullanımının prematürelde geçici hipotroksinemi ve hipotroidi olguları nedeniyle toksisite riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Şenol, 2015). Çalışmada ebe/hemşirelerin %73.3 göbek bakımı yaptığını, %23.3'ü ise göbek bakımı

yapmadıklarını ifade etmiştir. Ebe/hemşirelerden %29.9 u göbek bakımında povidon-iyot, %10.1'i ise serum fizyolojik ile sulandırılmış povidon-iyot solüsyonu kullandığını söylemiştir. Yine ebe/hemşireler göbek bakımı yaparken; %23.4'ü kordonun bezin dışında kalmasına dikkat ettiğini, %23.3'ünün göbeği steril spançla sildiğini, %20'sinin ise kanama ve enfeksiyon bulgularını gözlemlediğini; %33.3'ü ise dikkat etmediklerini ifade etmiştir (Tablo 3). Yenidoğanın umbilikal kordu klemplenip kesildikten sonra arter ve ven sayısı açısından ve kanama açısından gözlenmesi gerekmektedir. Çalışmamızda ebe/hemşirelerin yaklaşık üçte biri (%33.3) kanama bulgularına dikkat etme konusunda herhangi bir şey belirtmemiştir.

Tablo 3. Doğum Salonunda Ebe/hemşireler Tarafından Yenidoğanda Enfeksiyon Gelişimini Önlemeye Yönelik Yapılan Uygulamaların Dağılımı (n:60)

Özellikler		Sayı	%
Doğum salonundaki malzemelerin sterilizasyon sıklığı	Her kullanımdan sonra	51	85.0
	Günde 1 kez	3	5.0
Bakım verenin kendi hazırlığı	Cevapsız	6	10
	Koruyucu Ekipman	55	91.7
Göz bakımı	Steril eldiven, önlük	5	8.3
	Evet	47	78.3
Göz bakımında dikkat edilen hususlar	Hayır	13	21.7
	İç kantüsten dış kantüse doğru	24	40.5
Göz bakımında kullanılan malzemeler	Gözün açık olmasına ve damlanın göz içine yayılımına	13	35.2
	Cevapsız	23	24.8
Göbek bakımı	SF ile ayrıştırılmış batikon solüsyonu	5	20.0
	Gentamisin pomad	2	3.3
Göbek bakımında kullanılan malzemeler	SF	1	1.7
	Cevapsız	45	75.0
Göbek bakımında kullanılan malzemeler	Evet	44	73.3
	Hayır	14	23.3
Göbek bakımında kullanılan malzemeler	Cevapsız	2	3.3
	SF ile ayrıştırılmış batikon solüsyonu	6	10.1
Göbek bakımında kullanılan malzemeler	Povidon iyot	7	29.9
	Cevapsız	36	60.0
Göbek bakımında kullanılan malzemeler	Steril spançla silme	14	23.3
	Kordonun bezin dışında kalmasını sağlama	14	23.4
Göbek bakımında kullanılan malzemeler	Kanama ve enfeksiyon kontrolü yapma	12	20.0
	Dikkat edilmiyor	20	33.3
Yenidoğanı Yıkama	Evet	4	6.7
	Hayır	56	93.3
Toplam		60	100.00

Yenidoğan solunum sıkıntısı sendromu doğumdan hemen sonra başlayan ve doğumdan sonraki ilk 2 gün içinde şiddeti artan pulmoner yetmezlik durumudur (Sweet, Carnielli, Greisen, Hallman, Ozek, Plavka ve ark. 2013). Ancak

yenidoğan solunum sıkıntısı sendromu gelişmeden önce erken solunum yetmezliği gözlenir. Resüsitasyon için Avrupa Resüsitasyon Birliği Uluslararası Liyazon Komitesi (ILCOR) ve Amerikan Kalp Birliği (AHA) tarafından

güncellenen neonatal resüsitasyon rehberinde solunum sıkıntısı yaşayan bebeğin ısıtılması, hava yolu açıklığının sağlanması gibi öneriler bulunmaktadır. Çalışmamızda solunum sıkıntısı yaşayan yenidoğanla karşılaştıklarında ebe ve hemşirelerin aspirasyon, oksijen desteği ve ısıtma gibi uygulamaları yaptıkları belirlenmiştir. Doğum salonunda yenidoğanın solunumunu sağlama ve sürdürmeye yönelik ebe/hemşirelerin yaptıkları uygulamalara bakıldığında; %44.9'u aspirasyon ve oksijen verdiğini; %26.7'si aspirasyon, vücut ısısını koruma, oksijen verdiğini, havayolu açıklığını sağladığını; %15'i ısıtma, uyarma ve oksijen verdiğini; %13.4'ü kurulama, pozisyon verme, hava yolu açıklığını sağladığını ve oksijen verdiğini belirtmiştir. Ebe/hemşirelerin yenidoğandaki solunum sıkıntısını nasıl anladıkları sorulduğunda; %41.7'si burun kanatlarının solunuma eşlik ettiğini, düzensiz solunum olduğunu ve siyanoz gözlemlediklerini; %26.6'sının siyanoz, göğüste çekilme, ve burun kanatlarının solunuma eşlik ettiğini; %18.3'nün siyanoz, solunum sayısı ve oksijen saturasyonuna dikkat ettiğini; %13.4'ünün ise siyanoz ve solunum sayısına dikkat ettiğini belirtmişlerdir. Yenidoğanlar solunum sıkıntısı yaşadıklarında ebe/hemşireler

%25'i aspirasyon, oksijen desteği ve hava yolu açıklığını sağladıklarını; %23.3'ü sadece oksijen verdiğini, %16.7'si purla temizleme ve oksijen verdiğini; %16.7'si bebeği ısıttığını, oksijen verdiğini ve yeniden değerlendirdiğini; %10'u ambulayıp taktik uyaran verdiğini ve aspire ettiğini; %8.4'ü ise kuvöze alıp oksijen verdiğini belirtmiştir. Ebe/hemşireler %85'i yenidoğanlara bakım verdikten sonra sadece yan yatış pozisyonu verdiğini söylerken %15'i başı hafif ekstansiyon durumuna getirip yan yatış pozisyonu verdiklerini söylemiştir (Tablo 4). Literatürde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda doğum salonunda Erken Solunum Yetmezliği gözlemlendiğinde; umbilikal kordun klemplenmesinin en az 60 saniye geciktirilmesi, oksijen uygulanması, 28 haftanın altındaki bebeklerde hipotermi riskini azaltmak için radyan ısıtıcı altında ısıtma işlemi, yenidoğanların yan koklama pozisyonuna ("sniffing" pozisyonu) getirilmesi, ağız içinin aspire edilmesi gibi uygulamalar önerilmektedir (Sweet, Carnielli, Greisen, Hallman, Ozek, Plavka ve ark. 2013; Özdamar 2013). Çalışmada solunum sıkıntısı yaşayan yenidoğana yapılan müdahaleler ile literatürde önerilen müdahaleler benzerdir.

Tablo 4. Doğum Salonunda Ebe/hemşireler Tarafından Yenidoğanda Solunum Sıkıntısı Gelişimini Önlemeye Yönelik Yapılan Uygulamaların Dağılımı (n:60)

Özellikler	Sayı	%	
Bebeğin solunumunu sağlama ve sürdürme	Aspirasyon. uyaran. O ₂ desteği	27	44.9
	Aspirasyon. ısıtma. O ₂ desteği	16	26.7
	Kurulama. pozisyon verme. aspirasyon. uyaran. O ₂ desteği	8	13.4
	Isıtma. uyarma. O ₂ desteği	9	15.0
Solunum sıkıntısını anlama	Burun kanatlarının solunuma eşliği. düzensiz solunum. siyanoz	25	41.7
	Siyanoz. göğüste çekilme. burun kanatların eşlik etmesi	16	26.6
	Siyanoz. solunum sayısı. O ₂ saturasyonu	11	18.3
	Siyanoz. solunum sayısı	8	13.4
Solunum sıkıntısında yapılan müdahaleler	Purla temizleme. O ₂ desteği	10	16.7
	O ₂ desteği	14	23.3
	Aspirasyon. taktik uyaran. ambu	6	10.0
	Isıtma. değerlendirme. O ₂ desteği	10	16.7
	Aspirasyon. O ₂ desteği	15	25.0
	Kuvöz. O ₂ desteği	5	8.4
Bakım Sonrası Verilen Pozisyon	Baş hafif ekstansiyon ve yan yatış	9	15.0
	Yan yatış	51	85.0

Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin %88.3'ü yenidoğanın göbek kordonunu keserken bebeği anne ile aynı hizada tuttuğunu söylerken, %6.7'si göbek kordonunu keserken yenidoğanın hangi hizada tuttuklarına dikkat etmediğini

belirtmiştir. Ayrıca ebe/hemşirelerin %66.7'si göbek kordonunu erken kestğini, %33.3'ü ise geç kestğini belirtmiştir (Tablo 5). Plasental kord klemplenmeden önce yenidoğan, plasentalın seviyesinin üstünde yer alan annenin

abdomenine konulabilir, plasentanın seviyesinde annenin bacaklarının arasında tutulabilir ya da plasentanın seviyesinin altında tutulabilir (Rabe, Diaz-Rossello, Duley and Dowswell 2012). Plasental kordun ne zaman klemplenmesinin daha uygun olduğu konusunda çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Bu konuda yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda umblikal kordun ne zaman klemplenmesi gerektiği, hangi pozisyonda olması gerektiği ve etkilerinin yenidoğan açısından ne olduğu ile ilgili net bir fikir birliği henüz bulunmamaktadır (Rabe, Diaz-Rossello, Duley and Dowswell 2012; McDonald and Middleton 2009). Çalışmada umblikal kordun klemplenmesinin zamanı ile ilgili ebe/hemşirelerin farklı uygulamalar yaptığı fakat umblikal kord kesilirken seviyesine dikkat ettikleri görülmektedir.

K vitamini eksikliği yaşamın ilk haftalarında yenidoğanda kanamaya yol açabilir. Bu durum yenidoğanın hemorajik hastalığı olarak bilinmektedir. Gastrointestinal sistem, deri ve intrakraniyal alanlar en yaygın kanama alanlarıdır. K vitamini yenidoğanın hemorajik hastalığını önlemek amacıyla doğumdan sonra profilaktik olarak verilmektedir ancak uygulanma şekli belirsizdir (Puckett and Offringa 2000). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), K vitamininin her yenidoğana 0.5 mg dan 1mg a kadar intramüsküler olarak uygulanmasını önermektedir. Oral profilaksi için ise 2 mg K vitamininin doğumda verildikten sonra ikinci dozu 1-2. hafta arasında üçüncü dozun ise dördüncü haftada verilmesini alternatif olarak önermiştir (AAP 2003). Çalışmaya katılanlara K vitamini saklama koşulları sorulduğunda ise %80'i saklanmadığını (hazırladıktan hemen sonra uyguladığını), %15'i buzdolabında sakladıklarını, %5'i ise karanlık ortamda sakladıklarını söylemiştir. Katılımcıların %53.5'i K vitaminini uygularken vastus lateralis kasını kullandıklarını ifade ederken %35'i rektus femoris kasını kullandığını, %11.3'lük bir kısmı ise deltoid kasını kullandıklarını ifade etmiştir (Tablo 5). Çalışmada ebe ve hemşirelerin tamamına yakınının yenidoğana K vitaminini intramüsküler olarak uyguladıkları saptanmıştır. Ancak ebe ve hemşirelerin K vitaminini uyguladıkları bölgeler çeşitlilik göstermektedir. Literatürde 18 Aydan küçük bebekler için vastus

lateralis ve ventrogluteal bölgeler intramüsküler enjeksiyonlar için önerilmektedir(Alparlan 2008). Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin %53.5'i Vastus lateralis kasını kullandıklarını ifade ederken, ventrogluteal bölgeyi kullanan herhangi bir hemşire bulunmamaktadır. Ayrıca ebe ve hemşirelerin %35 i rektus femoris %11.3'ü ise deltoid kasını kullandıklarını ifade etmişlerdir. Ancak literatürde çocuklarda ve bebeklerde (özellikle 18 aydan küçük olanlarda) kas dokusu henüz gelişmediği için deltoid kasın intramüsküler enjeksiyonlarda kullanılmaması önerilmektedir (Potter, Perry 2009).Bu açıdan değerlendirildiğinde uygun olmayan bölgelere uygulanan K vitamininin istenen etkinliği sağlamayacağı ve yenidoğan açısından ciddi kanamalar ile sonuçlanabilecek risklere yol açabileceği düşünülmektedir.

Ebe/hemşirelere yenidoğanların ilk emzirilme saatleri sorulduğunda %96.7' si ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatıldığını, %3.3'ü ise anne yatağa alındığı zaman emzirmenin başlatıldığını ifade etmiştir (Tablo 5). Emzirme, yenidoğanı beslemenin en sağlıklı yoludur ve başarılı bir laktasyon temel olarak erken emzirmenin başlamasına bağlıdır. (Mahmood,Jamal, Khan 2011) Diğer yandan, yenidoğanların doğumdan sonraki ilk bir saatlik dönemde etkin olarak emzirmemesi hipoglisemi oluşmasına neden olabilmektedir (Taşkın 2016). Postpartum yenidoğan hipoglisemisini önlemek, neonatal morbidite ve mortalite riskini azaltmak ve daha sonraki aylarda da emzirmenin devam etmesi ve başarılı bir emzirme süreci açısından emzirmeye erken başlanması önemlidir. Çalışmamıza katılan ebe/hemşirelerin tamamına yakını (%96.7) normal vajinal doğumlarda ilk yarım saat içinde emzirmeyi başlattıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalardan birinde, annelerin % 69.9'u ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiklerini; diğer bir çalışmada ise annelerin % 67.3'ü ilk bir saat içinde bebeklerini anne sütü ile emzirmeye başladıklarını ifade etmişlerdir (Eker, Yurdakul 2006; Ünsal, Atlıhan, Özkan, Targan ve Hassoy 2005). Literatürdeki bulgularla karşılaştırıldığında bulgularımız ebe ve hemşirelerin yenidoğanın ilk bir saat içinde emzirilmesi konusunda yeterli hassasiyeti gösterdiklerini düşündürmektedir.

Tablo 5. Doğum Salonunda Ebe/Hemşireler Tarafından Yenidoğanda Komplikasyon Gelişimini Önlemeye Yönelik ve Acil Durum Geliştiğinde Yapılan Uygulamaların Dağılımı (n:60)

Özellikler	Sayı	%	
Kord kesimi sırasında yenidoğanın pozisyonu	Göbek hizasında	53	88.3
	Dikkat edilmiyor	4	6.7
	Cevapsız	3	5
Kordun kesim süresi	Erken*	40	66.7
	Geç**	20	33.3
K vitamini saklama	Saklanmıyor	48	80.0
	Karanlık ortamda	3	5.0
	Buz dolabında	9	15.0
K vitamini uygulama	Vastus Lateralis	32	53.5
	Rektus femoris	21	35.2
	Deltoid kas	7	11.3
	İlk yarım saat	45	96.7
	Anne yatağa alındığı zaman	2	3.3
Yenidoğanların ilk emzirilme saati	İlk yarım saatte emzirme	58	96.7
	Anne yatağa alındığında	2	3.3
Apgar skor düşükse yapılanlar	7'nin altında oksijen. 3'ün altında resustasyon	38	64.1
	Yenidoğan uzmanı çağrılır. oksijen verilir	14	23.3
	7'nin altında ise 5 dk bir değerlendirme	8	13.3
Acil arabasının sayım ve kontrolü	Her şifte	25	47.1
	Günde bir kez ve her kullanım sonunda	29	48.4
	Haftada 1 kez	3	5.0
	Ayda 1 kez	3	5.0
Kol bant bilgileri	Anne adı-soyadı. protokol no. tarih	49	81.7
	Kol bant no. anne adı-soyadı	6	10
	Bebek adı soyadı. protokol numarası. doğum tarihi	5	8.3
Doğum kart bilgisi	Tam	49	81.7
	Eksik	11	18.3
Ayak ve parmak izi alınırken dikkat edilen durumlar	Anne başparmak. bebeğin her iki ayağı. düzgün belirgin olmasına	37	61.6
	Anne sağ parmağı. bebeğin başparmaklarına. düzgün ve belirgin olmasına	23	38.4
Bebek kaçırma durumunda	Pembe kod aranır	32	53.3
	Pembe kod aranır. giriş çıkışlar kapatılır	28	46.7
Toplam		60	100.00

*Erken: Umbilikal kordun bebeğin doğumundan itibaren 1-2 dk içinde kesilmesi

**Geç: Umbilikal kordun bebeğin doğumundan 1-2 dk sonra kesilmesi

Apgarı düşük yenidoğanlara yapılan müdahaleler sorulduğunda ise ebe ve hemşirelerin %64, 7'nin altına oksijen verdiklerini, 3'ün altına ise resesütasyon

yaptıklarını; %23.3'ü yenidoğan uzmanı çağırdıklarını ve oksijen verdiklerini; %13.3'ü 7'nin altında olan apgar skorunda 5 dakikada bir değerlendirme yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Doğum salonunda acil arabasının sayım kontrolü sorulduğunda ebe ve hemşirelerin %48.4'ü günde bir kez ve her kullanımdan sonra; %47.1'i her shift değişiminde; %5'i haftada bir; yine %5'i ayda bir yapıldığını ifade etmiştir (Tablo 5).

Çalışmamızın yapıldığı doğum salonları çok fazla doğumun yapıldığı yoğun bölümlerdir. Bu nedenle yenidoğanların karışma ya da kaybolma/çalınma riskleri de oldukça fazladır. Bu gibi istenmeyen durumları önlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı "doğumhanede numaralı kol bandı uygulaması" nı önermektedir. Buna göre, hastaneye yatışta iki kol bandı hazırlanmalı, erkekler için mavi, kızlar için pembe kol bandı kullanılmalı, yenidoğanın kol bandında anne adı ve soyadı, yenidoğanın doğum tarihi ve annenin protokol numarası bulunmalı ve doğum sonrasında yenidoğanın koluna dolaşımı engellemeyecek şekilde takılmalıdır. Bunlara ek olarak yenidoğanın ayak izinin alınması ve yenidoğanın anneye gösterilmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı Temel Yenidoğan Bakımı 2015). Doğum salonunda yenidoğanların karışması ve çalınmasını önlemeye yönelik uygulamalara bakıldığında; ebe/hemşirelerin %81.7'si kol bandına anne adı-soyadı, protokol numarası ve tarih; %10'u kol bandı numarası, yenidoğan ve annenin adını; %8.3'ü ise yenidoğan adı soyadı, protokol numarası ve doğum tarihi yazdıklarını belirtmiştir. Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerden %81.7'si doğum kartına bilgileri tam olarak (kol bant numarası, protokol numarası, tarih, doğum saati, anne adı-soyadı, anne doğum tarihi, cinsiyet, kilo, boy, baş çevresi, doğum yaptıran sağlık personelinin adı soyadı) yazarken, %18.3'ü doğum kartına gereken tüm bilgileri yazmamıştır. Hemşire ve ebelerden %61.6'sı ayak ve parmak izi alırken; anne başparmağı ve yenidoğanın her iki ayağının düzgün ve belirgin olarak alınmasına dikkat ederken, %38.4'ü anne baş parmağı ve yenidoğanın baş parmaklarının izinin düzgün ve belirgin olmasına dikkat ettiklerini belirtmiştir. Katılımcılara herhangi bir bebek kaçırma durumunda neler yapıldığı sorulduğunda %53.3'ü sadece pembe kodun (3333) arandığını söylerken; %46.7'si pembe koda haber verilip, giriş çıkışların kapatıldığını söylemiştir (Tablo 5). Literatürde kol bandı uygulaması ve pembe kod uygulaması ile ilgili

bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bulgularımız yenidoğanın kaybolma/ çalınma ve karışma riskine karşı alınan önlemlerin yeterli olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda ebe/hemşirelerin yenidoğanın vücut ısısını koruma, yenidoğana göz bakımı verme, yenidoğanın ilk yarım saat içinde emzirmesi, solunum sıkıntısı yaşayan yenidoğana müdahale konularında yeterli bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Ancak umbilikal kord kesim süresi, göbek bakımı, intramüsküler K vitamini enjeksiyonu uygulamalarında farklı uygulamalar yapıldığı ve hizmet içi eğitimlerle desteklenmesinin gerekli olduğu saptanmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanelerde yenidoğanın ilk bakımına yönelik yapılan hasta güvenliği uygulamalarının Sağlık Bakanlığı'nın hasta güvenliği prosedürleri ile uyumlu olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda;

-Doğum salonlarına belirli aralıklarla objektif ekiplerce yapılacak denetimler ile eksikliklerin belirlenmesi ve yeni düzenlemelere olanak sağlanması,

-Hastanelerde hata bildirim sistemleri kurulması ve kurulması esnasında sağlık çalışanlarının hata bildirim yöntemi tercihlerinin göz önüne alınması,

- Doğum salonunda çalışan ebe/hemşirelere güncellenen bilgiler doğrultusunda yenidoğan güvenliği hakkında hizmet içi eğitimler verilmesi,

- Çalışmanın farklı illerde ve daha geniş bir örnekleme yapılması ve

- Hastanelerde hasta güvenliği yönetmeli ve kalite direktifleri doğrultusunda yapılmaktadır. Bu durumda araştırma sonuçları incelendiğinde ortaya çıkan durumlar için yönergenin tüm personel tarafından incelenmesi ya da tüm personele bu konuda eğitim verilmesi, ya da farkındalığı sağlamak ve yapılması gerekenleri göstermek için doğum salonunda algoritmalar kullanılması önerilmiştir.

Teşekkür

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde servis hemşiresi olan Nazlı Kapan'a veri toplama sırasında bize gösterdiği destekten dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Akalın HE. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?. *Ankem Dergisi* 2004; 18(2):12-3.

Atan ŞÜ, Dönmez S, Duran ET. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hastan Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013; 21(3): 172-80.

Alparşlan Ö. Çocukluk Dönemi Aşı Uygulama Teknikleri ve İlgili Standartlar.C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(2) : 1-11.

Altındış S. Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2010; 1(1): 17-30.

Beşer A, Topçu S. Sağlık Alanında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013;6 (1):241-7.

Committee on Fetus and Newborn. Controversies Concerning Vitamin K and The Newborn. *American Academy of Pediatrics* 2003; 112 (1): 191-4.

Eker A, Yurdakul M. Annelerin Bebek Beslenmesi ve Emzirmeye İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15(9):158-63

Erol FS, Özveren MF, Akdemir İ, Topsakal C, Yakar H. Yenidoğanda Geç Dönemde K Vitamini Eksikliğine Bağlı Olusan Kafa İçi Kanamalar.*Türk Nörosirürji Dergisi* 2004; 14(1):22-6

Gözen D. Yenidoğanda Verniks Kazeozanın Önemi ve Banyo Uygulaması.*Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics* 2015;1(2):11-6.

Katar S, Özbek MN, Güzel A, Devocioğlu C, Ecer S. Yenidoğanlarda K Vitamini Eksikliğine Bağlı İntrakranial Kanama. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49(4): 296-300.

Kömürçü N, Özkan A. Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uyarlanması ve Uygulama Rehberlerinin Geliştirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2012; 43(3): 90-6.

Laptook AR, Watkinson M. Temperature management in the delivery room. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2008;13(6):383-91.

Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2011; 21 (10): 601-5.

Mahmood A, Rehman F, Chughtai F. A survey of infection control practices in the delivery room and nursery to investigate and control the high rate of

neonatal sepsis: An experience at a secondary care hospital.*J Pak Med Assoc* 2008; 58(5): 237-40.

McDonald SJ, Middleton P. Effect of Timing of Umbilical Cord Clamping of Term Infants on Maternal and Neonatal Outcomes (Review). *The Cochrane Library* 2009;Issue 1:1-91.

Özdamar D. Neonatal Resüsitasyon. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics* 2013;6(2):67-75.

Özgür S, Ceylan Ö, Karademir S. Yenidoğan Saturasyon Taraması, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2014;23(4):588-605.

Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP et all. Special Report— Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Pediatrics* 2010; 126(5):1319-46.

Posfay-Barbe KM, Zerr DM, Pittet D. Infection control in paediatrics. *Lancet Infect Dis* 2008;8(1):19-31.

Potter P,Perry AG. Fundamentals of Nursing. Mosby Year Book Inc, St Louis;2009. p.751.

Puckett RM, Offringa M. Prophylactic Vitamin K for Vitamin K Deficiency Bleeding in Neonates (Review). *TheCochrane Library* 2000, Issue 4:1-35.

Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of Timing of Umbilical Cord Clamping and Other Strategies to Influence Placental Transfusion at Preterm Birth on Maternal and Infant Outcomes (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 8:1-84.

Sweet GD, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R et all. European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Preterm Infants – 2013 Update. *Neonatology* 2013;103:353-68.

Şenol S. Dezenfektan Ürünlerin Yenidoğan ve Çocuk Cilt Bakımında Kullanımı, *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics* 2015;1(2):39-45.

Taşkın L. Hipoglisemi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*.13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi 2016; sf: 515-8.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Temel Yenidoğan Bakımı, 2015.

Ünsal Atan Ş, Dönmez S, Taşçı DE. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013; 21(3): 172-80.