

Sağlıklı Yenidoğanların İlk Günleri, Erken Taburculukları ve Yeniden Hastaneye Yatış Sebepleri

The First Day of Healthy Newborns Early Hospital Discharge and Causes of Readmission to Hospital

Bayram ÇOBAN¹, Burhan TOPAL¹, Fatih AYTEKİN², Halit KAPLAN¹, Anıl DOLGUN³, Nesrin ÜLKÜ¹

¹Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Alanya, Türkiye

²Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Alanya, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Bilim Dalı, Ankara, Türkiye



ÖZET

Amaç: Sağlıklı bebeklerin 48 saat izlendikten sonra taburcu edilmeleri uygun olur. Son yıllarda bebeklerin erken taburcu edilmeleri şeklinde bir eğilim vardır. Araştırmamızda son bir yıl içinde doğum yapmış anne ve bebeklerinin demografik özelliklerini, ilk idrar ve mekonyum saatlerini, taburculuk zamanlarını, ilk gün ve ilk hafta içindeki vücut ağırlığı değişimlerini, hastaneye tekrar yatış oran ve nedenlerini sorgulamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Hastane otomasyon sistemi, hasta dosyaları ve doğum defterleri geriye dönük tarandı.

Bulgular: Annelerin yaşları 27.95±5.30 yıl, ortalama gebelik süreleri 38.67±1.23 hafta idi. Annelerin %84.6'sı sezaryen doğumla bebek sahibi olurken, %38.8 annede mükerrer sezaryen en sık sezaryen sebebiydi. Bebekler ilk gün ortalama 104.41±54.59 gram ağırlık kaybetmişlerdi. İlk gün ortalama kayıp yüzdesi 3.14±1.57 hesaplandı. İlk gün kaybedilen ağırlık gram ve yüzdesi sezaryen ile dünyaya gelen bebeklerde anlamlı derecede daha fazlaydı (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001). Bebekler ilk idrarını 4.87±3.84 (0-28) saatinde; dışkıyı ortalama 7.86±5.45 (0-30) saatte yapmıştı. İlk idrar süresi normal doğan bebeklerde anlamlı derecede daha uzundu (p=0.006). Bebekler ortalama 26.71±13.13 saat sonra taburcu oldular. Bir ay içinde bebeklerin %12.6'sı tekrar servise yatırıldı, bunların %81.4'ünün nedeni sarılıktı.

Sonuç: Hastaneden erken taburculuk için ebeveynlerle görüşülerek karar verilmeli, ilk hafta içinde tüm bebekler tekrar değerlendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Erken taburculuk, İlk idrar, Mekonyum, Tekrar hastaneye yatış, Yenidoğan

ABSTRACT

Objective: Healthy newborns must stay at hospital 48 hours before discharge. During recent years there is a tendency for early newborn discharge. We studied the demographics of mothers and babies, first day of healthy newborns, early hospital discharge and causes of readmission to hospital.

Material and Methods: Hospital computer records, patients' documents and birth entries were scanned retrospectively.

Results: Mothers had a mean age of 27.95±5.30 years old, gestational age of babies was 38.67±1.23 weeks. Cesarean section (C/S) was the delivery method for 84.6% of mothers. Recurrent C/S was the most common (38.8%) reason for C/S. During first day, mean weight loss of babies was 104.41±54.59 grams. Percentage of weight loss was 3.14±1.57. Infants born with C/S had significantly more body weight loss in grams and percentage (p<0.001 and p<0.001 respectively). First urination time was 4.87±3.84 (0-28) hours, babies had meconium passage in 7.86±5.45 (0-30) hours. Urine time in infants born with vaginal delivery was longer (p=0.006). Length of hospital stay was 26.71±13.13 hours. Readmission rate was 12.6% with in the first month, hyperbilirubinemia was the most common (81.4%) reason for readmission.

Conclusion: Early hospital discharge must be decided with parents and all the babies must be reevaluated in first week.

Key Words: Early discharge, Urination, Meconium, Readmission, Newborn

GİRİŞ

Ülkemizde 0-1 yaş arasındaki çocuk ölümlerinin yaklaşık yarısı yenidoğan döneminde olmaktadır, bu nedenle yenidoğan bebeğin oldukça iyi değerlendirilmesi gerekir. Doğum odasında yapılan muayenenin ardından 24 saat içinde daha detaylı bir muayene yapılarak bebek ikinci kez değerlendirilmeli, taburculuk öncesi son kez değerlendirilmelidir (1).

Taburculuk seçiminde; yenidoğanın güvenliği ve iyiliği ile ebeveynin ihtiyaç ve kapasitesi arasında bir denge kurularak karar verilmelidir. Taburculuk bilimsel kanıtlara dayandırılmalı, ekonomi veya maliyet sonraki düşünceler olmalıdır (2). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), 38-42 haftalık gebelik sonrası doğmuş bebeğin taburculuk öncesi tamamlanması gereken şartları belirlemiştir (3,4). Buna göre fizik muayeneleri normal, bebeğin yaşamsal göstergeleri en az 12 saattir stabil (kararlı) olmalıdır. Düzenli idrar ve dışkı çıkışı görülmelidir. Ardışık iki beslenmenin problemsiz olması gerekmektedir. Annenin enfeksiyon taramalarının negatif olduğu görülmeli, gerekirse testler tekrar çalışılmalıdır. Anne ve bebek kan grupları ile gerektiğinde Direkt Coombs testi değerlendirilmeli, sarılık için risk grubu tespit edilmelidir. Bebeğin hepatit B aşısı yapılmalı, işitme ve metabolik tarama testleri tamamlanmalıdır. Annenin bebekle ilgili eğitimleri verilmeli, acil ve beklenmedik durumlar için planlar anlatılmalı, doğum sonrası kontrol randevuları teyit edilmelidir. Bebek ve annenin sağlığından ve evde bakımlarının devamından emin olunduktan sonra taburculuk düşünülmalıdır.

Sağlıklı bebeklerin 48 saat izlendikten sonra taburcu edilmeleri uygun olur. Son yıllarda doğumdan sonra anne ve bebeğin sağlık durumu iyi ise, erken taburcu edilmeleri şeklinde bir eğilim vardır (5,6). Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Komitesi (ACOG) ve AAP 48 saat içinde erken taburcu olmuş bebek ve annenin ilk hafta içinde tekrar muayenesini önermektedir (7).

Araştırmamızda, son bir yıl içinde doğum yapmış anne ve bebeklerinin demografik özelliklerini, ilk idrar ve mekonyum saatlerini, taburculuk zamanlarını, ilk gün ve ilk hafta içindeki vücut ağırlığı değişimlerini, hastaneye tekrar yatış oran ve nedenlerini sorgulamayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Retrospektif çalışmaya, Kasım 2012 – Ekim 2013 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Servisinde doğan 656 bebek alındı. 12 bebek dosya bilgileri eksikliği veya yenidoğan yoğun bakım ünitesine sevkleri nedeni ile çalışmaya alınmadılar. Hastanemizde yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmadığından riskli doğumlar acil durumlar dışında yapılmamaktadır, intrauterin sevk tercih edilmektedir. Hastane otomasyon sistemi, hasta dosyaları ve doğum defterleri geriye dönük tarandı. Tüm tartılar bebekler çıplak iken alınmıştır. İlk gün tartıları bebek taburcu

olmadan hemen önce veya 24. saat sonunda yapıldı. Tüm bebeklerin ilk muayeneleri çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından doğum salonunda yapılmıştır. Sabah ve akşam vizitlerinde muayeneleri tekrarlanmıştır. Vitamin K ve hepatit B aşısı doğum salonunda uygulanmıştır. Servis sorumlu hemşiresi tarafından annelere eğitim verilmektedir. Beşinci gün bebekler poliklinik kontrolüne çağırılmıştır. Topuk kanı, işitme testi ve poliklinik kontrol randevuları taburculuk öncesi tekrar kontrol edilmiştir. İdrar ve mekonyum saatleri hemşire gözleminden hesaplanmıştır. Retrospektif çalışma nedeni ile etik kurul izni alınmamış, ulaşılabilen ailelerden sözlü izin alınmıştır.

Veriler Office Excel ve IBM SPSS versiyon 21 programları kullanılarak düzenlenmiş ve analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerden sayısal ölçümler için ortalama±standart sapma (minimum-maksimum) ve ortanca değer; niteliksel ölçümler için ise sayı ve yüzde (%) kullanılmıştır. Sezaryen ve normal doğum gruplarında ölçümlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk's testi ile araştırılmış, gruplarda veriler normal dağılım göstermediğinden grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. İki grupta yüzde karşılaştırması ise Ki-kare analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerin tümünde p<0.05 ise anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Son bir yılda hastanemizde doğum yapan annelerin yaşları 27.95±5.30 (16-43) yıldı. 35 yaş üstü anneler tüm annelerin %9.8'ini oluştururken, 18 yaş altı anneler çalışma grubunun %1.6'sıydı. Ortalama gebelik süreleri 38.67±1.23 (30-42) haftaydı. 37 hafta ve altı doğumlar %9.5 iken, 41 hafta ve üstü doğum %7.4'di. Annelerin ortalama çocuk sayısı 1.78±0.89 (1-6) bulundu. Annelerin %45.1'i ilk, %37.6'sı ikinci çocuğunu dünyaya getirdi. %4.4 ailenin toplam dört ve üstü çocukları vardı.

Annelerin %84.6'sı sezaryen doğum, %15.4'ü spontan vajinal yolla bebek sahibi olmuşlardır. %38.8 anne mükerrer sezaryen, %24 anne bebek geliş anomalileri, %14 anne fetal distres nedeni ile sezaryen ile doğum yaptılar. Diğer sebepler ilerlemeyen eylem, çoğul gebelik, plasenta previa'di. Bebeklerin ortalama ağırlıkları 3307.50±429.59 (1770-4660) gramdı. %3.3 bebek 2500 gram ve altındaydı. 24 saat sonunda veya taburcu olmadan önceki ilk gün tartılarında %8.2 bebekte kilo kaybı yoktu. Bebekler ortalama 104.41±54.59 (10-290) gram ağırlık kaybetmişlerdi. İlk gün ortalama kayıp yüzdesi 3.14±1.57 (0.26-9.15) hesaplandı. Bebeklerin %50.3'ü %3 ve altı ağırlık kaybetmişti. İlk gün %5 ve üstü ağırlık kaybedenler %13.5 bebektir.

Bebekler ilk idrarını 4.87±3.84 (0-28) saatinde yapmıştı, %96.0 bebek 12 saatte ilk idrarını yaptı. İlk mekonyum ortalama 7.86±5.45 (0-30) saatte yapıldı, %99.2 bebek ilk 24 saatte mekonyum yaptı. İlk 24 saatte annelerin %58.2'si sadece anne sütü ile bebeklerini beslerken, %41.8 bebek anne sütü yanında mama desteği aldı.

Bebekler ortalama 26.71±13.13 (9-240) saat sonra taburcu oldular. İlk 24 saatte taburcu olanların oranı %58'di. Otuzuncu saatte bebeklerin %86.3, 36. saatte bebeklerin %92.4'ü taburcu edildiler. İkinci günü dolduktan sonra hastaneden taburcu olanlar %3.0'di.

Bebeklerin %94.6'sı 4-6. günlerinde poliklinik kontrollerine geldiler. Kontrolde ortalama vücut ağırlıkları 3305.03±426.36 (1780-4640) gram ölçüldü. Doğum ağırlığına göre bebeklerin %32.4'ü ortalama yüzde 3.05±2.79 (0.21-21.14) ağırlık alırken; bebeklerin %43.7'si ortalama yüzde 3.59±2.81 (0.24-13.80) ağırlık kaybetmişti.

Bir ay içinde bebeklerin %12.6'sı (n: 81) tekrar servise yatırıldı. Bebeklerin %10.2'si (n: 66) yenidoğan sarılığı, %0.8'i (n:5) beslenme yetersizliği nedeni ile yatırılmıştı. 4 hasta idrar yolu enfeksiyonu, 3 bebek solunum yolu enfeksiyonu, 2 hasta nedeni gösterilememiş ateş ve 1 hasta omfalit tanısı ile toplam %1.6 bebek enfeksiyon nedeniyle izlendi. Hiperbilirubinemi nedeni ile yatan hastaların ortalama bilirubini 16.47±2.79 (10.90-23.21) mg/dl hesaplanmıştır. Birer hastada hipotiroidi ve direkt Coombs pozitifliği, 23 hastada (%34.8) ABO uyumsuzluğu tespit edilen nedenlerdi. Tüm hastalara fototerapi uygulandı.

Sezaryen ve normal doğumla dünyaya gelen bebekler karşılaştırıldığında, gebelik haftası sezaryen ile doğan bebekler için anlamlı derecede daha düşüktü (p<0.001) (Tablo I). İlk gün kaybedilen ağırlık gram ve yüzdesi sezaryen ile dünyaya gelen bebeklerde anlamlı derecede daha fazlaydı (sırasıyla p<0.001 ve p<0.001). İlk idrar yapma süresi normal doğan bebeklerde anlamlı derecede daha uzundu (p=0.006). Taburculuk saati normal doğan bebeklerde anlamlı derecede daha kısa bulundu

(p<0.001). Kontrolde alınan kilolar karşılaştırıldığında ise normal doğan bebekler anlamlı derecede daha fazla kilo almışlardı (p=0.005). İki grupta çocuk sayısı, doğum ağırlığı, ilk mekonyum saati, kontrol ağırlıkları, kontrol kilo kaybı ortalamaları ve hiperbilirubinemi, ikinci kez yatış oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (tüm p>0.05).

TARTIŞMA

Anne ve bebeğin hastaneden erken taburculukları ebeveyn istekleri ve sağlık kuruluşlarının ekonomik önerileri doğrultusunda hızla artmaktadır. Bu rutin uygulamanın güvenliği açısından riskli bebekleri ve anneleri belirlemek için daha net sınırlara ihtiyaç vardır (8).

Doğumdan sonraki ilk haftada fizyolojik ağırlık kaybı görülür. Günde %2-3 ve ilk haftada term bebekte toplam %10 kayıp fizyolojiktir (9). İlk gün %5 ve üstü kayıplara müdahale edilmesi gerektiği bildirilmektedir (10). Bizim çalışmamızda %5 ve üstü kaybı olan bebekler %13.5'di. Hastaların günlük ve taburculuk öncesi ağırlık takibi önemlidir. Bebeklerde ağırlık kaybı %10 ve üstüne çıktığında hipernatremi olasılığı %63'leri bulmaktadır. Hipernatremi için sezaryen bebekleri normal doğuma göre 3.4 kat daha risk altındadır (11). Sezaryen bebeklerinde %10 ve üstü ağırlık kaybı, %22.5 oranında bildirilirken en sık kilo kaybının ilk iki haftada özellikle 4. gün civarında olduğu belirtilmektedir (12). Bizim hastalarımızın %94.6'sı ilk hafta içinde kontrole gelmiştir. Doğularımızın çoğu sezaryen olsa da %10 ve üstü ağırlık kaybı sadece 12 (%1.86) bebeğimizde görülmüştür. Servisimizde ilk gün tartılarında %3 ve üstü kaybı olan bebekler

Tablo I: Sezaryen ve normal yolla doğan bebeklerin özellikleri.

	Sezaryen Doğum 545 (%84.6)	Normal Doğum 99 (%15.4)	Toplam Bebek 644 (%100)	p değeri
Gebelik haftası	38.60 ± 1.22	39.03 ± 1.23	38.67 ± 1.23	p<0.001
Çocuk sayısı	1.79 ± 0.89	1.74 ± 0.85	1.78 ± 0.89	0.722
Doğum ağırlığı (gr)	3318.60 ± 424.29	3246.06 ± 455.07	3307.50 ± 429.59	0.137
İlk gün kayıp (gr)	109.35 ± 53.93	74.57 ± 48.99	104.41 ± 54.59	p<0.001
İlk gün kayıp	%3.28 ± 1.55	%2.27 ± 1.42	%3.14 ± 1.57	p<0.001
İlk idrar (saat)	4 (0-23)	5 (0-28)	4 (0-28)	0.006
İlk mekonyum (saat)	7 (0-30)	7 (0-28)	7 (0-30)	0.306
Taburculuk saati	24 (10-240)	22 (9-96)	24 (9-240)	p<0.001
Kontrol ağırlık (gr)	3294.93 ± 418.31	3361.74 ± 467.45	3305.03 ± 426.36	0.172
Kontrol alım (gr)	90.80 ± 76.17	137.87 ± 121.15	101.39 ± 90.14	0.005
Kontrol alım	%2.75 ± 2.29	%4.06 ± 3.92	3.05 ± 2.79	0.005
Kontrol kayıp (gr)	117.12 ± 88.85	96.11 ± 87.79	115.78 ± 88.77	0.275
Kontrol kayıp	%3.62 ± 2.78	%3.21 ± 3.25	3.59 ± 2.81	0.473
Hiperbilirubinemi*	57 (%10.5)	9 (%9.1)	66 (%10.2)	0.679
İkinci yatış*	70 (%12.8)	11 (%11.1)	81 (%12.6)	0.632

Ortalama ± Standart sapma, Ortanca (minimum- maksimum) değerleri. *: hasta sayısı ve yüzde verilmiştir.

yakından takip edilmiş, gerekenlere (%41.8) formula mama desteği başlanmıştır. %3 ve üstü kaybı olan bebeklerimizin oranı %51.4'tür. Kilo kaybı, yakın beslenme ve mama desteği ile azalan bebekler taburcu edilmiş, kilo kaybı %5 ve üstünde olan ve kilo kaybı devam eden 11 bebeğe intravenöz mayi takılmış, tetkik edilmiştir. Mama kullanım oranımız bu nedenle yüksek çıkmış olsa da, ilerleyen dönemlerde anne sütünün artmasıyla çoğu anne, mamayı bırakabilmiştir. Dehidrate bebek sayımızın azlığını mama desteğine bağladık. Yetgin kişilerce iyi eğitim verilirse, erken taburcu edilen bebeklerde anne sütü ile beslenme olumsuz etkilenmemektedir (13). Sezaryen ve normal doğum gruplarının demografik özellikler, anne bilgileri, doğum hafta ve ağırlıklarıyla daha benzer gruplar oluşturularak karşılaştırılması daha uygun olacaktır, çalışmamızın eksik taraflarından birisidir.

İlk idrar ve dışkı çıkışı üriner ve gastrointestinal sistemin sağlık göstergesidir. Çalışmamızda 24. saatte bebeklerin %99.7'si ilk idrarını, %99.2'si ilk dışkısını yapmıştı. Ortanca ilk idrar ve mekonyum saatleri 4 ve 7 saat olarak hesaplandı. Okoro ilk dışkı çıkışını ortalama 16. saat olarak hesaplamış; bunun cinsiyet, ağırlık, çocuk sayısı ve anne yaşıyla etkilenmediğini bildirmiştir (14). Kayıran ilk 24 saatte idrar çıkarmayı %99 oranında çalışmamıza benzer bulurken, dışkı çıkışını daha düşük oranda %90 olarak rapor etmiştir (15).

Bebeklerde bir sorun geliyecekse bunların çoğunluğu (%68.3) yaşamın 5-24. saatinde tanınmaktadır. İkinci günden sonra %5.6 bebekte problem gelişebilmektedir (16). Erken taburculukta geriye tekrar yatış oranı önemlidir. Bebeklerimizin hastaneye tekrar yatış oranı %12.6 iken, bunların %81.4'ü hiperbilirubinemi nedeni ile olmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde; Akın ve ark. (17) tekrar yatış oranını %15, hiperbilirubinemi oranını %87 bulmuştur. Farhat raporunda %7.9 tekrar yatış oranı duyururken, %84.2 ile sarılık yine en sık neden olmuştur (18). Transkutan bilirubin ölçümü, bilirubin artış hızı veya risk değerlendirmesine göre erken kontrol randevusu hiperbilirubinemi tanıyamızda yardımcı olur (19). İlk haftada tekrar yatışlarda hiperbilirubinemi ilk neden iken sonrasında yenidoğan sepsisi ilk sırayı almaktadır (20).

Sonuç olarak, hastaneden erken taburculuk için ebeveynlerle görüşülerek karar verilmeli, ilk hafta içinde tüm bebekler tekrar değerlendirilmelidir ve taburculuk sonrası iyi bir bakım planı oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Atıcı A. Yenidoğanın değerlendirilmesi. In: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A (eds). Temel Pediatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2010:450-5.
2. Vasarri PL. Discharge of the newborn: Timing, mode and controls. Early Human Development 2013; 89:S27-S8.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. Pediatrics 2010;125:405-9.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. Pediatrics 2004;113:1434-6.
5. Tekinalp G, Yurdakök M, Yiğit Ş, Korkmaz A. Yenidoğan bakımında Hacettepe uygulamaları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2009: 10-13.
6. Sadeh-Mestechkin D, Walfisch A, Zeadna A, Shoham-Vardi I, Hallak I. Early post partum discharge: Is it possible? Arch Gynecol Obstet 2007; 276: 65-70.
7. Fink AM. Early hospital discharge in maternal and newborn care. JOGNN 2011; 40: 149-56.
8. Vanpée M, Rylander E, Bergius H, Marchini G. Early discharge for healthy newborn infants. The Scandinavian model. Archives de Pediatrie 2009;16:709-10.
9. Akman İ. Yenidoğanda sıvı-elektrolit tedavisi. In: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A (eds). Temel Pediatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2010: 458-61.
10. Flaherman VJ, Kuzniewicz MW, Li S, Walsh E, McCulloch CE, Newman TB. First-day weight loss predicts eventual weight nadir for breastfeeding newborns. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2013;98: 488-92.
11. Konetzny G, Bucher HU, Arlettaz R. Prevention of hypernatraemic dehydration in breastfed newborn infants by daily weighing. Eur J Pediatr 2009;168:815-8.
12. Bakar FT, Ozen A, Karatepe HÖ, Berber M, Ercan H. Impact of early weight loss on growth of Caesarean delivered babies: How long does it last? Child Care Health Dev 2012;38:706-13.
13. Cambonie G, Rey V, Sabarros S, Baum TP, Fournier-Favre S, Mazurier E, et al. Early postpartum discharge and breastfeeding: An observational study from France. Pediatr Int 2010;52:180-6.
14. Okoro PE, Enyindah CE. Time of passage of first stool in newborns in a tertiary health facility in Southern Nigeria. Niger J Surg 2013;19: 20-2.
15. Kayıran SM, Eroğlu E, Kayıran P, Sazak S, Gürakan B. Meconium/ stool and urinary patterns of healthy newborns. Marmara Medical Journal 2012; 25:143-7.
16. Jackson GL, Kennedy KA, Sendelbach DM, Talley DH, Aldridge CL, Vedro DA, et al. Problem identification in apparently well neonates: Implications for early discharge. Clin Pediatr 2000;39: 581-90.
17. Akın MA, Kavuncuoğlu S, Özbek S, ve ark. Erken taburcu olan yenidoğanlarda yeniden hastaneye yatış nedenleri ve sonuçları. Türk Pediatri Arşivi 2006;41:201-7.
18. Farhat R, Rajab M. Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. North Am J Med Sci 2011;3:146-51.
19. De Luca D, Carnielli VP, Paolillo P. Neonatal hyperbilirubinemia and early discharge from the maternity ward. Eur J Pediatr 2009;168:1025-30.
20. Habip HS. Impact of discharge timings of healthy newborns on the rates and etiology of neonatal hospital readmissions. J Coll Physicians Surg Pak 2013;23:715-9.